

**C. G. Jungs Assoziationsexperiment im Vergleich mit
ausgewählten standardisierten klinischen Instrumenten**

Empirische Ergebnisse – eine Gegenüberstellung

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Kulturwissenschaftlichen Fakultät
der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)

Vorgelegt von Tina van Uffelen

Datum der Disputation: 23.11.2016

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Harald Walach

Fakultät für Kulturwissenschaft der Europa-Universität Viadrina in
Frankfurt (Oder)

Zweitgutachter: Prof. Dr. Christian Roesler

Fakultät für Psychologie der Katholischen Fachhochschule in Freiburg

Abstract

Die Zielsetzung der vorgelegten Arbeit ist die Untersuchung der Frage, was das Assoziationsexperiment, wie es Carl Gustav Jung (1875-1961) Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt und untersucht hat, im Hinblick auf psychische Beschwerden und die unbewusste Komplexlandschaft im Verhältnis zur klinischen Standarddiagnostik erfasst.

Für die vorgelegte Studie wurden 18 Probanden zwischen 17 und 69 Jahren untersucht, die sich für eine psychologische Beratung angemeldet hatten. Es wurde der SCL-90®-S als Selbstbeurteilungsinventar zur Messung von Beschwerden und Symptomen innerhalb der letzten sieben Tage, der FPI-R zur Erhebung überdauernder Persönlichkeitsmerkmale und das Assoziationsexperiment (Reizwortliste von Schlegel, 1979) durchgeführt. Weiterhin wurde eine Anamnese erhoben. Die Ergebnisse wurden hinsichtlich der standardisierten klinischen Instrumente, des Assoziationsexperiments und der Anamnese verglichen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass alle Probanden mit Auffälligkeiten in den standardisierten klinischen Instrumenten ($n = 8$) vergleichbare Auffälligkeiten im Assoziationsexperiment aufweisen. Die Kategorie der psychosomatischen Beschwerden zeigt sich durch die angewendeten Messinstrumente bei allen Probanden ($n = 18$) gleichermaßen. Über die Kategorien der standardisierten klinischen Instrumente hinaus erfasste das Assoziationsexperiment bei allen Probanden ($n = 18$) psychodynamische Aspekte, beispielsweise schuld- und schamhafte Verarbeitung, und bei fünf Probanden unverarbeitete chronische Trauer. Bei zehn von 18 Probanden zeigen sich deutliche Auffälligkeiten durch das Assoziationsexperiment und geringe bis keine Auffälligkeiten durch die standardisierten klinischen Instrumente. Diese zehn Probanden weisen im Assoziationsexperiment - neben anderen auffälligen Kategorien - durchgängig einen niedrigen Selbstwert, eine deutliche Orientierung und Anpassung an soziale Normen sowie eine schuld- und schamhafte Verarbeitung auf. Die Anamnese ermöglicht eine vertiefte Betrachtung der einzelnen Probanden.

Ressourcen und Entwicklungsthemen im Sinne des finalen Aspekts ließen sich bei allen 18 Probanden durch das Assoziationsexperiment ableiten. Informationen zur Biografie konnten durch die Assoziationen quasi „nebenbei“ erhoben werden, da die Probanden innere Bilder, Stimmungen und Gefühle während des Assoziierens frei äußerten.

Eine der Hauptstärken der Analytischen Psychologie ist der Freiraum für individuelle Wege und Besonderheiten. Im Hinblick auf die standardisierten Instrumente heißt „Objektivierung“, Bezug zu einem Normwert, zu einem Durchschnitt zu nehmen. Die Analytische Psychologie und Therapie interessieren sich aber gerade für das individuell Abweichende, das für den Individuationsprozess von großer Bedeutung ist. Gerade in diesem Bereich zeigen die Ergebnisse der empirischen Studie klare Ergebnisse, die die Anwendung des Experiments als ganzheitliches Diagnostikum bestätigen, das über einfache Beschreibungen von Symptomen, Verhalten, und dem Vergleich standardisierter Werte hinausgeht. Das Assoziationsexperiment ermöglicht ein Verstehen des subjektiven Erlebens, der unbewussten Konflikte und Motivationen eines jeden Einzelnen.

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Harald Walach und Herrn Prof. Dr. Christian Roesler für ihr Interesse an meinem Thema und die Betreuung meiner Arbeit. Ganz besonders möchte ich mich für die wertvollen Rückmeldungen, die inhaltlichen Anregungen und Diskussionen sowie die stets erbrachte Hilfestellung bedanken.

Insbesondere bedanke ich mich bei Dr. Christof Ammermann vom C. G. Jung-Institut in Zürich für die interessanten und fruchtbaren Diskussionen, Impulse und Feedbacks.

Ich danke auch meinen Kollegen und Kolleginnen für die Unterstützung bei der Durchführung der Studie, für das Interesse an meinem Thema, für den fachlichen Austausch und für die vielen spannenden Diskussionen und Impulse.

Bedanken möchte ich mich zudem beim C. G. Jung-Institut Stuttgart, das mich im Rahmen meiner Ausbildung bei der Durchführung der Arbeit unterstützt hat. Ich danke meinen Ausbildungskollegen und -kolleginnen für die vielen Anregungen und hilfreichen Ideen in Bezug auf die Durchführung und Ausarbeitung meiner Arbeit, hierbei sind insbesondere Inga Oberzaucher und Kai Appel zu nennen. Inga und Frank Oberzaucher verdienen meinen Dank vor allem für die Organisation der Forschungswerkstatt, die eine Plattform für Diskussionen, Impulse, Feedbacks und für Austausch bot.

Ich danke den teilnehmenden Probanden und Probandinnen für das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie, insbesondere für das entgegengebrachte Vertrauen, ihre Offenheit sowie für die durchweg zuverlässige Termineinhaltung.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Lehranalytikerin Frau Herlind Stark-Völz für die geduldige Begleitung durch sämtliche Turbulenzen, die im Rahmen der Abfassung dieser Arbeit entstanden sind.

Weiterhin bedanke ich mich bei Juliane, Claudia und meiner Mutter Gunhild für ihre Unterstützung rund um die ganze Arbeit sowie ihre große Hilfe beim Korrigieren und

Durchsehen der Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Mann Raphael und meiner Familie, ohne deren wertvolle Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre und nicht zu dem Werk hätte gedeihen können, das es heute ist.

Gewidmet
Katharina und Sebastian

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	13
2	Einführung in die Analytische Psychologie C. G. Jungs.....	17
2.1	Carl Gustav Jung (1875 bis 1961) - Eine Notiz zur Person.....	17
2.2	Aufbau der Psyche auf Grundlage der Theorie C. G. Jungs.....	22
2.2.1	Der Begriff des Selbst in der Analytischen Psychologie in Abgrenzung zum Ich- und Selbstbegriff von Freud.....	26
2.2.2	Das Individuationskonzept C. G. Jungs: Individuation als drängender schöpferischer Impuls.....	28
2.3	Analytische Psychologie im Lichte der Kulturwissenschaften.....	32
3	Die Komplextheorie nach C. G. Jung.....	38
3.1	<i>Komplex</i> – Eine Begriffsklärung.....	39
3.2	Die Komplexstruktur.....	41
3.3	Die Wirkweise des Komplexes.....	42
3.4	Der Ich-Komplex.....	44
3.5	Verschiedene Komplexformen.....	46
4	Übersicht über anschlussfähige Modelle an die Komplextheorie.....	50
4.1	Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften und der Säuglingsforschung.....	50
4.2	Komplexe als Netzwerke.....	53
4.3	Schematherapie und ihre Bezüge zur Komplextheorie.....	53
4.3.1	Einblick in die Entstehungsgeschichte der Schematherapie.....	54
4.3.2	Entwicklung des Schemabegriffs.....	55
4.3.3	Frühe maladaptive Schemata und Schemadomänen.....	57
4.3.4	Schematherapie nach Young im Lichte der Komplextheorie von Jung.....	59
4.4	Zusammenfassung.....	62
5	Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen.....	64
5.1	Implizites und explizites Gedächtnis – Eine Begriffsklärung.....	64
5.2	Komplexe Reaktionen unter dem Gesichtspunkt des impliziten Gedächtnisses – Ein Fazit für den therapeutischen Prozess.....	67
5.3	Projektive Tests - Eine Einführung.....	71
5.3.1	Projektive Verfahren in der Kritik – Ein Paradigmenwechsel.....	73
5.3.2	Objektivität vs. Subjektivität projektiver Verfahren in ihrer diagnostischen Bedeutung.....	75
6	Das Assoziationsexperiment nach C. G. Jung.....	78
6.1	Assoziation – Eine Begriffsklärung.....	78
6.2	Historische Entwicklung des Assoziationsexperiments.....	80
6.3	Die Reizwortliste nach C. G. Jung.....	82
6.4	Ergebnisse aus Jungs Assoziationsstudien.....	84
6.5	Die Zürcher Schule.....	86
6.6	Die weitere Geschichte des Assoziationsexperiments.....	87
6.7	Psychophysiologische Variablen.....	89
6.8	Anwendungsbereiche des Assoziationsexperiments.....	90
6.9	Methode des freien Assoziierens.....	91

7 Aktueller Forschungsstand und empirische Ergebnisse zum Assoziationsexperiment und zur Komplextheorie.....	94
7.1 Datenbankrecherche.....	94
7.2 Empirische Ergebnisse über das Assoziationsexperiment seit 1979.....	96
7.3 Empirische Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren.....	102
8 Aufbau und Design der empirischen Studie.....	106
8.1 Methodologische Verortung der empirischen Studie.....	106
8.1.1 Die Mixed-Method als der Studie zugrunde liegendes theoretisches Forschungsdesign.....	107
8.1.2 Die Studie und ihre Bezüge zur qualitativen Forschung.....	109
8.1.3 Die Studie und ihre Bezüge zur quantitativen Forschung.....	112
8.2 Die Fragestellung der empirischen Studie.....	113
8.3 Versuchsplan.....	115
8.4 Auswahlverfahren.....	117
9 Methodisches Vorgehen.....	120
9.1 Die Reizwortliste von Mario Schlegel.....	120
9.1.1 Beschreibung des Experiments.....	123
9.1.2 Durchführung.....	124
9.1.3 Kontextaufnahme.....	125
9.2 Auswertung des Assoziationsexperiments.....	126
9.2.1 Formale Auswertung des Assoziationsexperiments.....	126
9.2.2 Die Bildung einer Deutungshypothese.....	127
9.2.3 Auswertung der Kontextaufnahme.....	128
9.3 Symptom-Checklist-90-Standard (SCL-90®-S).....	132
9.3.1 Aufbau und Zielsetzung der SCL-90®-S.....	132
9.3.2 Die Normierung der SCL-90®-S.....	133
9.3.3 Testdurchführung und Instruktion.....	134
9.3.4 Auswertung der SCL-90®-S.....	135
9.3.5 Interpretation der SCL-90®-S.....	135
9.3.6 Das Antwortverhalten.....	136
9.4 Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R).....	136
9.4.1 Aufbau und Zielsetzung des FPI-R.....	137
9.4.2 Die Normierung des FPI-R.....	137
9.4.3 Testdurchführung und Instruktion.....	138
9.4.4 Auswertung und Interpretation des FPI-R.....	139
9.4.5 Social desirability.....	139
9.5 Die biographische Anamnese.....	140
9.5.1 Die biographische Anamnese im Kontext der therapeutischen Praxis.....	141
9.5.2 Die biographische Anamnese und ihre Ergebnisse im Forschungskontext.....	143
9.6 Die Methode der gesprächsanalytischen Datensitzung nach C. Schwarze... ..	148
9.6.1 Praktisches Vorgehen und Kategorisierung der Ergebnisse.....	149
9.7 Begründung für die Wahl der Methoden und methodische Limitation.....	152
9.7.1 Auswahlbegründung.....	152
9.7.2 Methodische Limitation.....	156

10 Ergebnisse.....	159
10.1 Exemplarische Auswertung anhand zweier Beispiele.....	160
10.1.1 Exemplarische Auswertung anhand eines 49-jährigen Probanden....	161
10.1.2 Exemplarische Auswertung anhand eines 60-jährigen Probanden....	174
10.2 Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse.....	185
10.3 Kategorisierung der Ergebnisse.....	192
10.3.1 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse.....	195
10.3.2 Graphische Darstellung der Einzelergebnisse.....	197
10.4 Fallübergreifende Zusammenschau der Ergebnisse.....	210
10.5 Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen.....	211
11 Zusammenfassung.....	215
12 Diskussion.....	219
13 Ausblick.....	226
14 Literaturverzeichnis.....	229
A Anhang.....	248

1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell vom Aufbau der Psyche.....	23
Abbildung 2: Wirkweise des Komplexes. Aus: Jacobi, 1971, S. 46.....	43
Abbildung 3: Einteilung unterschiedlicher Formen des Langzeitgedächtnisses. Aus: Roth und Prinz, 1996.....	65
Abbildung 4: Zusammenfassende Darstellung der Korrelationen aller Variablen. Aus: Schlegel 1979, S. 89.....	98
Abbildung 5: Schematische Darstellung des Versuchsplans.....	116
Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Reaktionszeiten (RZ) und Erinnerungszeiten (EZ). Aus: Schlegel 1979, S. 66.....	122
Abbildung 7: Fallvignette: Proband 4, graphische Darstellung der Ergebnisse.....	173
Abbildung 8: Fallvignette: Proband 6, graphische Darstellung der Ergebnisse.....	183
Abbildung 9: Proband 2, männlich, 28 Jahre.....	199
Abbildung 10: Proband 4, männlich, 49 Jahre.....	199
Abbildung 11: Proband 5, männlich, 50 Jahre.....	200
Abbildung 12: Proband 8, weiblich, 19 Jahre.....	200
Abbildung 13: Proband 9, weiblich, 22 Jahre.....	201
Abbildung 14: Proband 11, weiblich, 36 Jahre.....	201
Abbildung 15: Proband 17, weiblich, 68 Jahre.....	202
Abbildung 16: Proband 18, weiblich, 69 Jahre.....	203
Abbildung 17: Proband 1, männlich, 18 Jahre.....	204
Abbildung 18: Proband 3, männlich, 38 Jahre.....	205
Abbildung 19: Proband 6, männlich, 60 Jahre.....	205
Abbildung 20: Proband 7, weiblich, 17 Jahre.....	206
Abbildung 21: Proband 10, weiblich, 27 Jahre.....	206
Abbildung 22: Proband 12, weiblich, 40 Jahre.....	207
Abbildung 23: Proband 13, weiblich, 43 Jahre.....	207
Abbildung 24: Proband 14, weiblich, 44 Jahre.....	208
Abbildung 25: Proband 15, weiblich, 56 Jahre.....	208
Abbildung 26: Proband 16, weiblich, 59 Jahre.....	209
Abbildung 27: Zusammenschau der Ergebnisse.....	210

2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Exemplarische Auswertung anhand eines 49-jährigen Probanden.....	162
Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse.....	172
Tabelle 3: Exemplarische Auswertung anhand eines 60-jährigen Probanden.....	176
Tabelle 4: Zusammenfassung der Ergebnisse.....	182
Tabelle 5: Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse aller Probanden.....	190
Tabelle 6: Probanden 1 - 6.....	195
Tabelle 7: Probanden 7 - 12.....	196
Tabelle 8: Probanden 13 - 18.....	196
Tabelle 9: Auswertung finaler Aspekt.....	214

1 Einleitung

Die Komplextheorie von Carl Gustav Jung (1875-1961), die er um die Jahrhundertwende auf Grundlage seiner Assoziationsstudien ausgearbeitet hat, gewinnt durch die Ergebnisse der Neurowissenschaften sowie der Bindungs- und Säuglingsforschung neue Bestätigung.

Der Assoziationstest zur Eruierung unbewusster Komplexinhalte ist in der heutigen psychotherapeutischen Forschung und Diagnostik weitgehend in Vergessenheit geraten, obgleich er einen hohen diagnostischen Wert hinsichtlich der unbewussten Komplexlandschaft und der schöpferischen Potenziale eines Patienten aufzeigt, wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen werden. Diese lenken darauf hin, welchen zentralen Grundstein das Assoziationsexperiment in der Ausbildung von Psychotherapeuten bilden sollte, da bei der Durchführung und der Auswertung des Experiments angetriggerte Komplexe sehr deutlich sichtbar und wahrnehmbar werden.

An der Universitätsklinik Burghölzli in Zürich richtete Jung unter den strengen Augen Eugen Bleulers (1857-1939) sein Interesse nach der Jahrhundertwende (1904-1910) auf die diagnostische Verwendung des Assoziationsexperiments in der Psychopathologie (Jung, 1979). Durch die von Bleuler angestoßenen Assoziationsstudien entwickelte sich der Assoziationstest zu einer schnellen und zuverlässigen differenzialdiagnostischen Methode und bildete eine wichtige Grundlage für die Komplextheorie von C. G. Jung (Mösli, 2012; Jung, 1979). Sie konnten nachweisen, dass bei spezifischen Krankheitsbildern die Ergebnisse des Assoziationsexperiments deutlich miteinander korrelierten (Jung, 1982; 1979). Bei der Untersuchung gesunder Erwachsener konnten sie zeigen, dass verlängerte Reaktionszeiten beim Assoziieren zum größten Teil durch das Auftreten von „intensiven Gefühlsströmen“ (Jung, 1982) hervorgerufen werden, die auf Vorstellungskomplexe von individueller Be-

deutsamkeit zurückzuführen sind.

Dass Assoziationen von basaler Bedeutung für unsere Denkprozesse sind, lässt sich bis zu Aristoteles (384-322 v. Chr.) zurückverfolgen. In seiner Schrift „De memoria“ stellte er bereits verschiedene Assoziationsprinzipien auf (Fröhlich, 2010; Ulich und Bösel, 2005). Jedoch wurden erst mit der empirisch-naturwissenschaftlichen Strömung des 17. und 18. Jahrhunderts die Assoziationstheorien wiederbelebt (Lück; Miller, 1999), vor allem durch den britischen Empiriker David Hume (1711-1776), der mit seiner Publikation „Treatise of Human Nature“ (1739-1740) das Interesse wieder auf die Assoziationstheorien lenkte (Hume, 2014; Herring, 2013).

In seiner ursprünglichen Form geht das von Jung entwickelte Assoziationsexperiment auf Sir Francis Galton (1822-1911) zurück. Galtons Wortassoziationsexperiment wurde später unter anderem von Wilhelm Wundt (1832-1920) verwendet, um psychische Vorgänge zu beschreiben (Lück, 2013).

Heute liegen nur wenige neuere Arbeiten über das Assoziationsexperiment und die Komplextheorie vor: So gibt es beispielsweise Forschungsergebnisse mit bildgebenden Verfahren von Kehyayan, Best, Schmeing u.a. (2013) und von Petchkovsky (2011, 2013), die aktivierte Komplexe beim Assoziieren sichtbar machen; von Vezzoli, Bressi, Tricarico (2007) liegt eine Verlaufsstudie zum Therapieverlauf unter Einsatz des Assoziationsexperiments vor. Weiterhin untermauern und erweitern neuere Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften und der Säuglingsforschung (Bovensiepen 2006, 2009, 2011) die Komplextheorie. Einen ebenso interessanten Aspekt bildet die Schematherapie von Jeffrey Young: Wie in Kapitel 4.3 zur Darstellung gebracht wird, kann sie als Weiterentwicklung der Komplextheorie verstanden werden.

Die vorliegende Arbeit untersucht die Frage, inwieweit sich Parallelen, Übereinstimmungen oder Abweichungen zwischen den Ergebnissen aus dem Assoziationsexperi-

ment, standardisierten klinischen Messinstrumenten und der Anamnese hinsichtlich unbewusster Komplexlandschaften und der Psychodynamik zeigen. Manualisierung ist heute modisch, scheint effektiv und ökonomisch. Sie birgt aber auch die Gefahr, das Individuelle in der Individuation zu unterdrücken oder einfach unbemerkt zu lassen. Im Hinblick auf die standardisierten Instrumente heißt „Objektivierung“ Bezug zu einem Normwert, zu einem Durchschnitt zu nehmen. Die Analytische Psychologie und Therapie interessiert sich aber gerade für das individuell Abweichende, das für den Individuationsprozess von großer Bedeutung ist. Eben in diesem Bereich zeigen die Ergebnisse der empirischen Studie klare Ergebnisse. Die Anwendung des Experiments als projektives Verfahren vermag den standardisierten klinischen Instrumenten deutliche Aussagekraft entgegenzusetzen. Es werden die besonderen und aufschlussreichen Ergebnisse, die das Assoziationsexperiment im Verhältnis zur klinischen Standarddiagnostik erfasst, dargestellt. Daraus abgeleitet wird erläutert, welchen wichtigen Beitrag das Experiment in der Landschaft der Diagnoseinstrumente darstellt: Die Arbeit versteht sich auch als Plädoyer für eine ganzheitliche Diagnostik, die über die einfachen Beschreibungen von Symptomen, Verhalten und über den Vergleich standardisierter Werte hinausgeht, und versucht das subjektive Erleben sowie unbewusste Konflikte und Motivationen unter Einbezug der Psychodynamik eines jeden Einzelnen zu verstehen.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil: Kapitel 1 und 2 liefern eine Einführung in die Analytische Psychologie Jungs und es werden die wichtigsten Begriffe erläutert. In Kapitel 3 wird die Komplextheorie aufgezeigt um in Kapitel 4 mit anschlussfähigen neueren Erkenntnissen zur Komplextheorie fortzufahren. Kapitel 5 stellt die Bezüge zum impliziten Gedächtnis dar, die wichtige Grundlagen zum Verstehen komplexhafter Reaktionen bilden. Kapitel 6 widmet sich der Historie des Assoziationsexperiments und es werden Einsatzmöglichkeiten und diagnostischer Nutzen besprochen. Kapitel 7 befasst sich mit neueren Publikationen

und empirischen Forschungsergebnissen rund um das Assoziationsexperiment.

Es folgt in Kapitel 8 *Aufbau und Design der empirischen Studie*. Es werden das Forschungsprojekt sowie die gewonnenen Ergebnisse zur Darstellung gebracht, kritisch beleuchtet und diskutiert. In Kapitel 9 werden sowohl die methodologische Verortung als auch das methodische Vorgehen dargestellt. Unter dem Kapitel 10 *Ergebnisse* werden zwei Auswertungsbeispiele exemplarisch präsentiert. Die Einzelergebnisse sowie die Gesamtergebnisse aller Studienteilnehmer werden tabellarisch und in Graphiken aufgeführt. Die Arbeit schließt mit einer kritischen Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse sowie mit einem Ausblick auf mögliche weiterführende Studien, die an die vorliegende Arbeit anknüpfen könnten, ab.

Zugunsten des Leseflusses wurde für Personen- und Berufsbezeichnungen das generische Maskulin verwendet. Selbstverständlich bezieht sich dies auf beide Geschlechter.

2 Einführung in die Analytische Psychologie C. G. Jungs

*„[...] und was der Arzt dann tut, ist weniger Behandlung als vielmehr
Entwicklung der im Patienten liegenden schöpferischen Keime“.
(Jung, 1976a, S. 44)*

Dieses Zitat C. G. Jungs beschreibt in kurzen, einfachen Worten die Besonderheit der Jung'schen Theorie und Therapie. Jung hat mit seiner Theorie das Thema der Individuation, der Entwicklung der Identität eines Individuums und seiner schöpferischen Kräfte in der Beziehung zum persönlichen Unbewussten, dem kollektiven Unbewussten und der Beziehung zu anderen Menschen in den Mittelpunkt gerückt. Die Ergebnisse der empirischen Studie werden im Verlauf der Untersuchung zeigen, wie sehr sich das Assoziationsexperiment nach C. G. Jung eignet, um eben diese schöpferischen Kräfte diagnostisch zu erfassen, die dann für den späteren Therapieverlauf aufschlussreich sein könnten.

Im folgenden Abschnitt wird eine kurze Einführung in die Analytische Psychologie gegeben, um einen allgemeinen Überblick über die Theorien Jungs zu schaffen. Es folgt zunächst ein biographischer Überblick mit einer kurzen historischen Einordnung der wichtigsten Eckpunkte des Lebens von C. G. Jung. In Kapitel 2.3 wird die Analytische Psychologie im Lichte der Kulturwissenschaften betrachtet und eingeordnet.

2.1 Carl Gustav Jung (1875 bis 1961) - Eine Notiz zur Person

Carl Gustav Jung wird am 26.7.1875 als Sohn eines reformierten Pfarrers im schweizerischen Kesswill/Kanton Thurgau geboren. Als junger Mann beginnt C. G. Jung 1895 sein Studium der Medizin in Basel. 1902 erscheint seine Dissertation unter dem Titel „Zur Psychologie und Pathologie sog. okkulter Phänomene“. 1903 heiratet

er die Industriellentochter Emma Rauschenbach, mit der er fünf Kinder bekommt.

An der Universitätsklinik Burghölzli in Zürich richtet Jung unter den strengen Augen Eugen Bleulers¹ (1857-1939) sein Interesse nach der Jahrhundertwende (1904-1910) auf die diagnostische Verwendung des Assoziationsexperiments in der Psychopathologie (Jung, 1979). Durch die von Bleuler angestoßenen Assoziationsstudien entwickelt sich der Assoziationstest zu einer schnellen und zuverlässigen Methode zur Ermittlung unbewusster psychischer Konstellationen und bildet eine wichtige Grundlage für die Komplextheorie C. G. Jungs.

Jung, der sich während seiner Lehrjahre in der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli Kenntnisse insbesondere im Bereich der Schizophrenie aneignet, beginnt 1906 anlässlich der Arbeit „Über die Psychologie der Dementia praecox“ (Jung, 2015) einen Briefwechsel mit Sigmund Freud (1856-1939), dem Begründer der Psychoanalyse. Um diese Freundschaft ranken sich mittlerweile viele Mythen, und es hat sich so etwas wie eine „freudozentrische“ Legende manifestiert, nach der die Freud'sche Psychoanalyse für Jungs Theorie und Psychologie Grundlage und Inspiration gewesen sei (Shamdasani, 2010, 2012).

Laut Shamdasani (2010) habe dies jedoch zu einer falschen Sichtweise auf Jungs Werk geführt. Denn die Komplextheorie und deren wissenschaftliche Etablierung habe Jung bereits vor dem Zusammentreffen mit Freud praktiziert. Vor allem sei Jung in seinem wissenschaftlichen Schaffen von seinen Lehrern Eugen Bleuler (1857-

1 Der Name des Schweizer Psychiaters Eugen Bleuler (1857–1939) ist untrennbar mit der heutigen Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich, dem Burghölzli, verbunden. Fast drei Jahrzehnte fungierte Bleuler dem Burghölzli als Direktor und führte viele dringend notwendige soziale und therapeutische Reformen durch, beispielsweise systematische Schulungen des Personals, Arbeitsverträge in Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft und als therapeutisches Prinzip die Eingliederung des Patienten in die „tätige Gemeinschaft“ (vgl. Lück und Miller, 1999, S. 149). Die Begriffe „Schizophrenie“ und „Autismus“ prägte Bleuler nachhaltig und erwirkte einen bis heute gültigen Wandel in Umgang und Haltung gegenüber psychischer Krankheit (Mösli, 2012; Lück und Miller 1999). Unter den strengen Augen Bleulers war Jungs schöpferischer Umgang mit dem Assoziationsexperimenten ein Teil der Pionierforschung, wie sie Anfang des Jahrhunderts am Burghölzli durchgeführt wurden (Jung-Merker und Rüb, 1979).

1939), Pierre Janet (1859-1847) und Theodore Flournoy (1854-1921) beeinflusst. Inspiriert ist Jung insbesondere von dem Schweizer Psychologen T. Flournoy. Dieser vertritt die Suggestionstradition und die französische Hypnothistenlehre. Auch Eugen Bleuler vertritt diese Ansätze und führte sie im Burghölzli in seiner Lehre weiter (Walach, 2013; Shamdasani, 2012).

Nachdem Jung 1906 zu Sigmund Freud Kontakt aufgenommen hat, wird dieser zu seiner wissenschaftlichen Leitfigur. Jung besucht Freud 1907 in Wien und begleitet ihn 1909 zu Gastvorlesungen in die USA. Aus diesem intensiven Arbeitsverhältnis erwächst eine bedeutsame Kooperation im Bereich der Psychoanalyse, von der Freud und Jung wechselseitig profitieren.

Jung verspürt nach und nach in der Universitätsklinik Burkhölzli Unzufriedenheit ob der starren Schranken der experimentellen Psychologie und verlässt 1909 das Burghölzli: Er hat den Wunsch, sich intensiver seinen Patienten in seiner eigenen Praxis zu widmen sowie sich weiter in seine Forschungen zu vertiefen. Seine Forschungsinteressen haben sich Richtung Mythologie, Alchemie, Religion und Traumdeutung verändert.

Anlässlich der Veröffentlichung der Schrift „Wandlungen und Symbole des Libidobegriffs“, die bereits 1912 erscheint und die Kernpunkte der Differenzen zwischen Freud und Jungs enthält, folgt das Zerwürfnis mit Sigmund Freud. Jung und Freud unterscheiden sich deutlich in ihren Ansichten: Während Freud das pathologische Material der Schizophreniekranken auf infantile Wünsche reduziert, beobachtet Jung typische Motive, er interessiert sich in seiner Arbeit mit Schizophrenen für den möglichen Heilungsaspekt des pathologischen Materials. Er versteht Wahnvorstellungen wie Träume, die uns wichtige Botschaften aus dem Unbewussten senden, nur dass sie eben im wachen Zustand produziert werden. Wahnideen werden zum ersten Mal in der Geschichte der Psychiatrie als etwas gesehen, das interpretations-

würdig sein könnte und hilfreich für das bessere Verstehen eines Kranken (Jung, 1907).

Jung durchlebt nach eigenen Angaben von 1913 bis 1918 eine tiefe psychische Krise und bezeichnet diese als eine „seelische Nachtmeerfahrt“. Nach seinem Bruch mit der klassischen Psychoanalyse freudscher Prägung beginnt Jung, der den eigenen Krisen- und Heilungsprozess in seiner Lehre objektiviert und dabei aus den Bildern seiner eigenen „introspektiven Erfahrung“ schöpft, mit seinen Reisen nach Nordafrika. Des Weiteren reist er zu den nordamerikanischen Puebloindianern und besucht die Regionen verschiedener ostafrikanischer Stämme.

Diese Besuche haben immensen Einfluss auf Jungs Konzeptionen der Traumdeutung und der Symbolik der Archetypen des kollektiven Unbewussten. Jung, der seit 1916 im „Psychologischen Club Zürich“ einen Schülerkreis um sich versammelt, erlangt durch die Entwicklung seiner eigenen tiefenpsychologischen Schule, der sogenannten *Analytischen Psychologie*, internationales Renommee. Er hält 1936 den Festvortrag bei der 300-Jahr-Feier der Universität Harvard und wird gleichzeitig durch die Verleihung der Ehrendoktorwürde geehrt.

1935 deutet Jung den Nationalsozialismus als Ausbruch des Archetypen Wotan: Wotan als Sturm- und Brausegott, der Entfessler der Leidenschaften und der Kampfbegier. Weiterhin gilt Wotan als mächtiger Magier und Zauberer, der die Massen zu unvorstellbaren „Dingen“ anstacheln könne. Aufgrund mancher antisemitischer Äußerungen Jungs zu Beginn des Nationalsozialismus ist seine Person auch heute noch umstritten. Er leugnet selber nicht, dass seine Haltung zunächst einigermmaßen ambivalent war und gestand zu, das ganze Ausmaß jener drohenden Gefahr weit unterschätzt zu haben. Shamdasani (2005) zeigt auf, dass Jung als Arzt und Wissenschaftler bis Ende der Zwanziger Jahre zu Propaganda-Zwecken benutzt wurde: Er gab im guten Glauben an die Wissenschaft seinen Namen her. Die Beschädigung sei-

nes Rufes hat ihn diesbezüglich persönlich schwer getroffen (Bair, 2005; Shamdasani, 2005). Die Kritik an Jung wird einseitig und anfechtbar, wenn einzelne Sätze aus dem Kontext genommen und missverständlich herangezogen werden. Ebenso sollte aber Jungs anfängliche Ambivalenz sowie die missverständlichen Äußerungen jener Zeit nicht bagatellisiert oder geleugnet werden.

1938 emigriert Freud nach London und es findet der letzte Kongress der „Internationalen Gesellschaft“ unter der Präsidentschaft Jungs statt. 1940 wird die internationale Gesellschaft durch Matthias Göring gleichgeschaltet, deren Vorsitz Jung kurz vorher aufgegeben hat. Die Schriften Jungs werden in Deutschland verboten und er wird auf die Schwarze Liste gesetzt.

Jung, der seit 1943 als Ordentlicher Professor für Psychologie an der Universität Basel unterrichtet, hat in seinem wissenschaftlichen Schaffen eine besondere Werktypik entwickelt. In seiner Auseinandersetzung mit der frühchristlichen Religionsgeschichte, der Gnosis und der Alchemie, beschäftigt sich Jung mit längst vergessenen Wissensbeständen. In seiner wissenschaftlichen Analyse der Märchen, Mythen und Träume entwickelt Jung seine Lehre von den Archetypen des kollektiven Unbewussten (Vgl. Jaffé, 1983, 1977; Bair, 2005, Shamdasani, 2012 und Wehr, 2013).

Die Analytische Psychologie Jungs sieht als Kernstück ihrer Theorie das Thema der Individuation, der Entwicklung der eigenen Identität eines Individuums und seiner schöpferischen Kräfte, in der Beziehung zum persönlichen Unbewussten, dem kollektiven Unbewussten und der Beziehung zu anderen Menschen. Sie kann als „Normalpsychologie“ betrachtet werden, bei der es in erster Linie um den individuellen Weg der Ganzwerdung und der Selbstwerdung eines Individuums geht und nicht um die Behandlung und Spezifizierung der Neurosen (Schnocks, 2013).

Es scheint als würden sich an der Person Jungs noch immer die Geister scheiden. Er gilt nach wie vor als umstrittene Person, die von den einen als „genial“ und „zutiefst

menschenfreundlich“ (Schnocks, 2013) verehrt wird, von anderen hingegen aufgrund seiner antisemitischen Äußerungen, seiner Liebesaffären und seiner religiösen und spirituellen Haltung sehr kritisch betrachtet wird. Doch trotz aller Kontroversen in Bezug auf Leben und Werk C. G. Jungs gilt er auch heute noch in der westlichen Welt als eine bedeutende Persönlichkeit (Shamdasani, 2012).

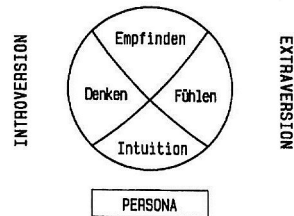
2.2 Aufbau der Psyche auf Grundlage der Theorie C. G. Jungs

Das der Analytischen Psychologie zugrunde liegende Modell, soll in diesem Kapitel zur Darstellung gebracht und erläutert werden. Weiterhin folgen Erklärungen der wichtigsten spezifisch jungianischen Begriffe. Die dargestellte Graphik (Abb. 1) ist entnommen von Dieter Schnocks (Schnocks, 2013). In der Vergangenheit wurden verschiedene Modelle des Aufbaus der Psyche publiziert, wie das von Ursula Eschenbach (Eschenbach, 1996) oder von Jolande Jacobi (Jacobi, 1971), einer Schülerin Jungs. Ein weiteres neueres Modell des Aufbaus der Psyche in der Analytischen Psychologie ist zu finden bei Lutz Müller (Müller und Müller, 2003).

Das hier angeführte Modell ist übersichtlich, verständlich und enthält dennoch die wichtigsten und zentralsten Inhalte, um den sehr komplexen Aufbau der Psyche übersichtlich darzustellen. Zunächst folgt Abbildung 1 und daran anschließend eine Erklärung zu den einzelnen Schichten und Begriffen:

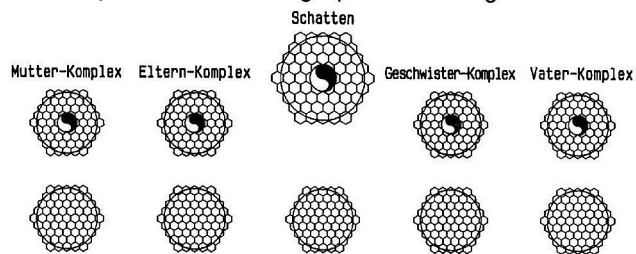
DAS KOLLEKTIVE BEWUSSTSEIN

ICH-BEWUSSTSEIN



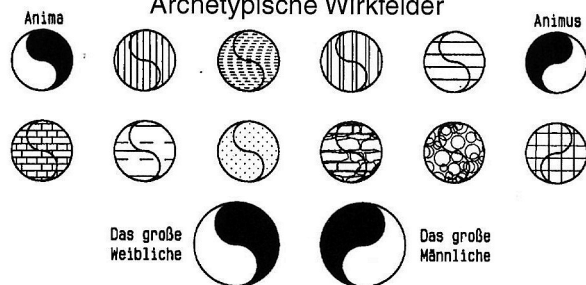
PERSÖNLICHES UNBEWUSSTES

Komplexfelder mit biographischen Engrammen



KOLLEKTIVES UNBEWUSSTES

Archetypische Wirkfelder



SELBST-SEIN

Abbildung 1: Modell vom Aufbau der Psyche.

Aus: Schnocks, 2013, S. 32

Die vier Schichten in Bezug auf den Aufbau der Psyche sind:

1. Die **obere Schicht** zeigt das kollektive Bewusstsein als die Gesamtheit des bewussten Wissens der menschlichen Gesellschaft, das jeden einzelnen umgibt. Das Ich-Bewusstsein fungiert mit seinen Orientierungsfunktionen als Bewusstseinsschicht und zur Realitätsprüfung.
2. In der **mittleren Schicht** ist das persönliche Unbewusste mit den Komplexen und dem Schatten abgebildet (bei Freud das Vorbewusste, das Verdrängte, Vergessene).
3. Die **untere Schicht** beinhaltet das kollektive Unbewusste zusammen mit den Archetypen, die als „Mutterboden“ die Basis unseres Menschseins ausmachen.
4. Das Selbstsein bildet die **vierte Schicht**. Es ist sozusagen die Rahmung oder die Gesamtpsyché (Bewusstes und Unbewusstes). Das Selbst umgibt die anderen Schichten als übergeordnete Instanz allen seelischen Geschehens.

Die obere Schicht: Nach C. G. Jung stellt das Ich-Bewusstsein nur einen Bruchteil der Gesamtpsyché dar. Es leistet das, was auch Freud dem Ich als Realitätskontrolle beimisst. In der Analytischen Psychologie wird das Ich als Ich-Komplex bezeichnet (siehe Kap. 3.4, *Der Ich-Komplex*). In den Jahren nach 1918, der seelischen Nachtmeerfahrt Jungs, beschreibt er die Einstellungsfunktionen der Extraversion und der Intraversion und entwickelt das Konzept der vier Orientierungsfunktionen des Ichs: Intuition und Empfinden auf der Wahrnehmungsachse und Fühlen und Denken auf der Urteilsachse. Anhand dieses Konzepts beschreibt er, wie der Mensch seine innere und äußere Welt wahrnimmt und verarbeitet (vgl. Adam, 2006).

Die mittlere Schicht (Komplexe und Schatten): In der mittleren Schicht zeigt das Schema die Komplexe und den Schatten. Komplexe gehören nach der Konzeption

der Analytischen Psychologie zu den normalen Lebenserscheinungen: Sie sind eine Sublimierung von Bildern, Vorstellungen, Fantasien, Realerfahrungen und subjektiv erlebten Erfahrungen, die ständig durch Literatur, Kunst, Gesellschaft usw. stimuliert und amplifiziert werden. Diese Ansammlungen sind als Komplexschale um einen Kern gruppiert, der sich nach C. G. Jung aus dem kollektiven Unbewussten, den Archetypen, bildet.

Jung und auch Autoren wie Dieckmann (1991) unterteilten den Komplex in Kern und Schale: Die Komplexschale mit ihren Amplifikationen und Assoziationen ordnen sie dem persönlichen Unbewussten zu, den eigentlichen Komplexkern dem kollektiven Unbewussten, d.h. den Archetypen. Jung definiert die Komplexe als „abgesprengte seelische Persönlichkeitsteile“, die sich vom Bewusstsein abgespalten haben und nun willkürlich und autonom fungieren. Er hat diese Abspaltungen mit einem Magneten verglichen, der Eisenspäne um sich herum anzieht und versammelt (vgl. Dieckmann, 1991). Diese Metapher muss natürlich mehrdimensional verstanden werden, da sich Komplexe häufig in frühen Entwicklungsphasen anreichern (siehe Kap. 3, *Komplextheorie*).

Der Schatten: Im Jung'schen Modell der Analytischen Psychologie steht das Ich-Bewusstsein mit der nach außen gezeigten Persona² dem Schatten gegenüber. Der Schatten unserer Persönlichkeit speichert unsere „Antiwerte“: Dinge, die eine Person nicht an sich wissen/wahrhaben möchte, etwas, das Böse, unangepasst oder kindisch ist, Dinge, die dem eigenen Ich-Ideal nicht entsprechen (Schnocks, 2013). Der Schatten gilt als Komplex, in dem sich die Inhalte wiederfinden, die verdrängt und vom Ich-Bewusstsein nicht akzeptiert wurden und werden.

Die untere Schicht, das kollektive Unbewusste: Mit seinem Konzept des kollektiven

2 Persona: Unter dem Begriff der Persona wird in der Analytischen Psychologie eine Art Maske verstanden, die jeder Mensch trägt und mit der er seiner Außenwelt begegnet. Entlehnt ist der Begriff aus der antiken Theaterwelt: Dort bezeichnet Persona die Maske des Schauspielers, die ihm das Gesicht gibt, das die Rolle verlangt.

Unbewussten differenziert sich Jung deutlich vom Konzept Sigmund Freuds. Freud lehnte die Vorstellung eines kollektiven Unbewussten ab. Für Jung bildet die Vorstellung des kollektiven Unbewussten das Herzstück seiner Theorie. Er schreibt dazu: *„Das Kollektive Unbewusste ist die gewaltige geistige Erbmasse der Menschheitsentwicklung; wiedergeboren in jeder individuellen Hirnstruktur“* (Jung, S. 342).

Jung sah als Arzt und Psychiater viele Patienten und deren Träume, Fantasien und auch Halluzinationen. Er entdeckte dort immer wiederkehrende Symbole, welche auch in Märchen und Mythen zu finden sind. Diese Beobachtung veranlasste ihn zu der Annahme, dass es ein kollektives Unbewusstes, eine allen Menschen gemeinsame Instanz gibt, die allen Menschen zu eigen ist (vgl. Kap. 2.3, *Analytische Psychologie im Lichte der Kulturwissenschaften*). Zum Weiterlesen bezüglich des kollektiven Unbewussten und der Archetypen sei verwiesen auf Roesler (2009, 2010, 2014). Roesler beleuchtet kritisch neue Erkenntnisse aus der Genforschung hinsichtlich des Archetypenmodells von C. G. Jung.

2.2.1 Der Begriff des Selbst in der Analytischen Psychologie in Abgrenzung zum Ich- und Selbstbegriff von Freud

„Das Selbst entspricht der Gesamtpsyché. Es hat ein eigenes Zentrum und einen viel größeren Umfang als das Ich, da es dieses und das gesamte Unbewusste einschließt. Dadurch fallen die Zentren von Ich und Selbst naturgemäß nicht in eins“.

(Adam, 2006, S. 10)

Für Jung stellt das Selbst die vollständige Persönlichkeit, das gesamte Potenzial und die Gesamtheit eines Menschen als Ganzes dar. Das Selbst bildet als zusammenführende Größe in der menschlichen Psyche die zentrale Autorität hinsichtlich des psychischen Lebens eines Menschen.

Die indische Atman-Vorstellung diente Jung als Modell für sein Selbst-Konzept: Alle

tiefer gehenden Impulse für den Individuationsprozess stammen letztendlich aus dem Selbst. Das Selbst ist somit dem Ich übergeordnet. Das Selbst, als die Ganzheit der Psyche, bildet auch die Instanz der Vereinigung der Gegensätze innerhalb der Gesamtstruktur der Psyche (vgl. Kast, 2014; Schnocks, 2013; Samuels, Shorter, Plaut, 1989).

Die Ansichten von Jung und Freud unterscheiden sich in diesen Punkten deutlich. Beide haben die Begriffe nach unterschiedlichen Aspekten beschrieben: Freud verwendet die Begriffe Selbst und Ich nahezu identisch und fokussiert auf die Ausbildung und Reifung des Ichs, im Sinne von „wo Es war, soll Ich werden“ (Freud, 1992). Das Ich (auch Selbst) bei Freud dient der Realitätsprüfung, es kontrolliert das Lustprinzip, das im ES regiert. Für das Ich spielt die Wahrnehmung, im Sinne der Realitätsprüfung die entscheidende Rolle, im ES sind es der Trieb und die Leidenschaft. Für Jung dagegen stellt das Selbst die dem Ich übergeordnete Instanz dar. Erst das Selbst ermöglicht bei Jung eine Persönlichkeit in ihrer Ganzheit. Gemeinsam ist beiden Theorien jedoch die Vorstellung, dass bei gelingender Differenzierung und Konsolidierung des Freud'schen Ich und des Jung'schen Selbst positive Beziehungsgestaltungen, Individuation und Selbstverwirklichung möglich werden. Zum Weiterlesen sei an dieser Stelle auf Freud, 1992 (Das Ich und das Es), verwiesen.

Im anschließenden Kapitel geht es um den Individuationsprozess als drängender schöpferischer Impuls im Menschen. Die Bedeutung der Individuation vor dem Hintergrund des Assoziationsexperiments und das sich durch seine Ergebnisse aufzeigende schöpferische Potenzial, im Sinne des finalen Aspekts werden dort beschrieben.

2.2.2 Das Individuationskonzept C. G. Jungs: Individuation als drängender schöpferischer Impuls

„Dieses Wachstum des Einzelnen, Einmaligen ist das, was Jung beim Menschen als den Individuationsprozess bezeichnet“.

(von Franz, 1988, S. 162)

Das Individuationskonzept wird in diesem Kapitel ausführlich beschrieben, da es für die empirische Studie der vorgelegten Arbeit von zentraler Bedeutung ist. In Kapitel 10.5 *Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen* werden die schöpferischen Impulse, die sich durch die Ergebnisse und Durchführung des Assoziationsexperiments ergeben haben, differenziert beschrieben. Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit liegt auf der Erkenntnis, dass das Assoziationsexperiment schöpferische Impulse und Strebungen sowie das kreative Potenzial eines Menschen sichtbar macht. Es kann folglich schon im Vorfeld der Therapie wegweisend aufzeigen, wo die Ressourcen eines Patienten liegen könnten. Dies fasst Jung unter dem Begriff des finalen Aspekts zusammen.

Der Begriff der Individuation ist abgeleitet von dem lateinischen Begriff des Individuums, was das Ungeteilte, das Einzelwesen bedeutet, in der Biologie das Einzelwesen einer Spezies (Duden, 2006).

Seit etwa 1910 verwendet Jung den Begriff der Individuation. Der Individuationsprozess, den er als Prozess der Selbstverwirklichung und der Selbstentfaltung beschreibt, bildet ein zentrales Konzept seiner Psychologie. In Abgrenzung zu anderen psychologischen Schulen, die den Begriff der Individuation durchaus unterschieden hiervon beschreiben, wird das Jung'sche Verständnis des Begriffs zunächst abgegrenzt von dem der Objektbeziehungstheoretikerin Margaret Mahler und dem Ich-Psychologen Erik H. Erikson.

Margaret Mahler (1897–1985), die psychoanalytische Freudnachfolgerin postuliert

eine in der frühen Kindheit liegende Individuationsphase. Die Loslösungs- und Individuationsphase (Differenzierungsphase 5. bis 12. Monat) sind zwei getrennte, aber im Idealfall parallel verlaufende Entwicklungsvorgänge. Die Individuationsphase bezeichnet die Phase der Formung einer intrapsychischen Autonomie und die Erlangung von Objektkonstanz. Die Loslösung beinhaltet eine Differenzierung des Körperschemas und Abgrenzung zum Objekt (Mahler, 1972).

Erik H. Erikson (1902-1994), psychoanalytischer Ich-Psychologe, dagegen beschreibt Individuation als Identitätsentwicklung resultierend aus mehreren psychosozialen Krisen im Laufe des Lebens (Erikson, 1980).

Für Jung bedeutet Individuation: *„Zum Einzelwesen werden, und, sofern wir unter Individualität unsere innerste, letzte und vergleichbare Einzigartigkeit verstehen, zum eigenen Selbst werden. Man könnte Individuation darum auch mit Verselbstung oder Selbstverwirklichung übersetzen“.* (C. G. Jung, 1981, S. 266)

Es geht somit nach dem Jung'schen Individuationsverständnis um ein Selbstwerden, um die Selbstentfaltung der eigenen Persönlichkeit. Dies bildet den zentralen Kern der Jung'schen Psychologie. Der Individuationsprozess gilt als schöpferischer Prozess (Kast, 2014). Jung (1993) beschreibt, dass die größten und wichtigsten Lebensprobleme im Grunde unlösbar seien. Sie müssten es auch sein, da sie die notwendige Polarität erzeugten, die für jedes sich selbstregulierende System unabdingbar seien. Er beschreibt die Möglichkeit der Weiterentwicklung der Seele als von Natur aus Gegebenes - das Steckenbleiben, das sich nicht Weiterentwickelnde an oder in einem Konflikt aber sei das Krankhafte. Doch wie können neue Impulse und Weiterentwicklung aufgenommen werden? Jung (1993) betont, dass es eine grundlegende Haltung sein sollte, *sich selber* als ernsthafte Aufgabe zu sehen. Der Mensch werde durch einen Entwicklungsdrang, der aus dem Unbewussten käme, geleitet. Dieser Entwicklungsdrang äußere sich in Träumen - insbesondere in Traumserien (Kast, 2015). Auch

durch Imaginationen und Techniken der aktiven Imagination, Malen aus dem Unbewussten kann der Entwicklungsdrang und das schöpferische Potenzial eines Menschen deutlich werden (vgl. Kast 1988b; Reddemann, 2010; Dorst und Vogel, 2014).

Der Individuationsprozess zielt final auf die Ganzwerdung hin, sodass die eigene Persönlichkeit sichtbar wird. Marie-Louise von Franz (1915–1998) eine enge Mitarbeiterin C. G. Jungs, sowie auch Jung selber symbolisieren den Individuationsprozess durch einen Samen und den daraus erwachsenden Baum, der sich zu voller Pracht entfaltet (Franz, 1988). Marie-Louise von Franz (1988) verwendet die Metapher einer Bergföhre³: Im Samen einer jeder Bergföhre sei zwar das Bild einer Föhre angelegt. Jeder Föhrensamen falle aber zu unterschiedlichen Zeiten an unterschiedliche Orte. Erdbeschaffenheit, Steine, Wasserversorgung, Wind, Sonneneinstrahlung, Schatten – diese Variablen sind immer unterschiedlich und an bestimmte Bedingungen geknüpft. Das ganzheitliche Gewächs der Föhre reagiere darauf: Sie neigt sich, wächst krumm, verwurzelt sich entsprechend der Wasserzufuhr usw. und wird letztendlich zu einer einzigartigen Kreatur. *„Dieses Wachstum des Einzelnen, Einmaligen ist das, was Jung beim Menschen als den Individuationsprozess bezeichnet“* (von Franz, 1988, S. 162).

Verena Kast (2014) unterstreicht dies, indem sie die Metapher einer Eichel und eines daraus erwachsenden Eichenbaums beschreibt: Aus einer Eichel wird eine Eiche erwachsen müssen und sie könne sich nicht einfach entscheiden eine Buche zu werden. Im übertragenen Sinne könne ein Mensch allerdings ein Leben führen, das eben nicht zu ihm passt. Um bei der Metapher der Eichel zu bleiben, schreibt Kast weiter, dass je nach Ort, an den die Eichel fällt, sie sich unterschiedlich entwickeln kann. Sie kann ein stabiler Eichenbaum werden, wenn sie an einem geschützten Platz landet. Sie kann aber auch an einem ungeschützten Platz Stürmen und Winden

3 Die Bergföhre: Auch *Latsche*, *Latschenkiefer*, *Legkiefer*, *Krummholzkiefer* oder *Krüppelkiefer* genannt.

ausgesetzt sein, an einem schattigen Platz wenig Licht und Wärme bekommen, zerzausen oder klein bleiben. Nach Kast (2014) zeige erst die ausgewachsene Eiche, welche Anlagen der Same beherbergte. Dieser Prozess könne sehr lange dauern.

Der Individuationsprozess stelle nach Jung vor allem eine Entwicklungsaufgabe der zweiten Lebenshälfte dar und betone die Entwicklung bis zum Tod. Das Postulat, dass das Entwicklungspotenzial bis zum Tode virulent sei, beschrieb Jung als Erster (Jung, 1983; Schnocks, 2013; Kast, 2014). Nach Jung (1982) liege der Fokus der ersten Lebenshälfte auf Familie, Beruf, Freunden, Beziehung und Ansehen. Jung sah die Auseinandersetzung mit dem Unbewussten, im Sinne des „Selbst“, als besonders zentral in der zweiten Lebenshälfte, um dem Leben einen Sinn zu geben. Er betone, dass die Langlebigkeit eines Menschen einen Sinn haben müsse, da der „Lebensnachmittag“ (Kast, 2014) nicht ein „klägliches Anhängsel des Vormittags“ (Jung, 1982) sein könne.

Der Prozess der Individuation geschieht aus der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit dem Unbewussten und dem Bewussten. Der drängende Impuls zur Individuation entspringt aus dem Unbewussten. Es sind schöpferische Impulse, die immer wieder aus dem Unbewussten aufsteigen, sich in Emotionen äußern. In Fantasien, Träumen und Imaginationen werden sie in Form von Bildern sichtbar. Diese Bilder „drängen sich sozusagen von innen her dem Ich-Bewusstsein auf“ (Schnocks, 2013, S. 23). Der Individuationsprozess ist ein autonomer Prozess – er fokussiert jedoch auf Bewusstwerdung hin. Wenn der Individuationsprozess bejaht wird, führt er zu einer bewussten Gestaltung des Lebens. Der Ich-Komplex tritt den aufsteigenden unbewussten Impulsen neugierig entgegen. Dies kann dabei helfen, scheinbar sinnloses Leiden nicht ertragen zu müssen. Abschließend kann somit konstatiert werden, dass die Bewusstmachung die zentrale Aufgabe für einen konstruktiven und schöpferischen Umgang mit den individuellen Individuationsanforderungen (Metapher

der Föhre und der Eiche) ist. Selbstentfaltung, Selbstwerdung geschehen durch die bewusste Auseinandersetzung mit den unbewussten Impulsen und führt zu einer immer weiteren Differenzierung des Selbst. Innerpsychische Ressourcen werden sichtbar und können somit in das Leben assimiliert werden.

Im folgenden Kapitel wird die Analytische Psychologie im Lichte der Kulturwissenschaften betrachtet. Der Individualisierungsprozess als Herzstück der Analytischen Psychologie wird in diesem Kontext beschrieben und eingeordnet.

2.3 Analytische Psychologie im Lichte der Kulturwissenschaften

In diesem Kapitel soll das Kulturverständnis vor dem Hintergrund der Analytischen Psychologie beleuchtet werden. Es wird aufgezeigt, wie das Individuationsverständnis nach Jung in Bezug auf das Kulturverständnis gemäß der analytischen Psychologie einzuordnen ist. Zunächst sei einleitend eine Definition des Kulturbegriffs nach C. G. Jung angeführt: Jung verwendet den Begriff der Kultur im Allgemeinen synonym zu Gesellschaft. Er bezeichnet damit einen Ausschnitt einer Gruppe, die zum Gesamtkollektiv gehört. Er schlägt vom psychologischen Standpunkt aus vor, dass Kultur eine Gruppe beschreibt, die ihre eigene Identität und ihr eigenes Bewusstsein entwickelt hat. Weiterhin schließt er das Merkmal des Gefühls der Kontinuität und eines gemeinsamen Gefühls der Sinnhaftigkeit mit ein (Samuels, Shorter, Plaut, 1989).

Zum Vergleich sei noch eine Definition des Kulturbegriffs von Alexander Thomas angeführt. Thomas ist Psychologe, Soziologe und Politikwissenschaftler, dessen Forschungsschwerpunkt vor allem auf kulturvergleichenden Gebieten und der interkulturellen Psychologie liegt.

„Kultur ist ein universelles, für eine Nation, eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe sehr typisches Orientierungssystem. Dieses Orientierungssystem wird aus

spezifischen Symbolen gebildet. Es beeinflusst Wahrnehmen, Denken, Werte und Handeln aller Mitglieder und legt demzufolge deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft, Organisation oder Gruppe fest. Das Orientierungssystem ermöglicht den Mitgliedern ihre eigene Umweltbewältigung. Das so strukturierte Handlungsfeld reicht von geschaffenen Objekten bis hin zu Institutionen, Ideen und Werten“ (Thomas, 1993, S. 380).

Die Definition des Kulturbegriffs nach Thomas schließt neben dem Fokus, Kultur sei ein von Menschen gestalteter Teil der Umwelt, weiterführend die These mit ein, der Mensch habe sich durch Kultur ein Orientierungssystem geschaffen. Unter Zuhilfenahme dieses Orientierungssystems erklären sich Thomas und passend dazu auch Jung die Entstehung, Aufrechterhaltung und Weitergabe von Kultur. Gemäß Jung und Thomas sei das Bedürfnis nach Orientierung und Zugehörigkeit zu einer Gruppe ein zentrales menschliches Bedürfnis. Von dieser Warte aus betrachtet erklärt sich auch, dass sich Kultur in allen Formen des menschlichen Zusammenlebens entwickelt hat. Orientierungsfunktionen innerhalb einer Kultur verleihen dem Menschen ein Zugehörigkeitsgefühl und eine Sicherheit, was es den Menschen ermöglicht, in einer immer komplexer werdenden Welt miteinander zurechtzukommen (Thomas, 1996). Auch wenn die Definition von Thomas weiter gefasst und ausdifferenzierter ist als die von Jung, bleibt der Grundton doch gleich. Kultur fungiert als Orientierungssystem, das Sicherheit und Zugehörigkeit vermittelt.

Jung hat mit seiner Analytischen Psychologie die Wichtigkeit der kulturellen Identität aufgezeigt. Ihm gelang es mit seinem Konzept, Kultur und Therapie zu vereinigen. Diese Beziehung zwischen Individuum und Kultur erfüllt den Menschen nach Kast (2015) mit einer gewissen Selbstgewissheit und der Selbstsicherheit in seiner Verbindung zur Geschichte unserer Ethnie. Die Gestaltung des Unbewussten seien nach Mertens, Obrist, Scholpp (2004) individuell erfahrene und vom Kollektiv weiterver-

arbeitete Strukturen, Funktionen oder Bilder, die eng verknüpft sind mit den kulturellen Erfahrungen der Menschheit. Bestimmte Themen, die Jung auch archetypische Themen nannte, wie Geburt und Wiedergeburt, sind Gebiete, die für den Menschen schon von jeher von Interesse waren. Menschen erleben beispielsweise den Tod emotional ähnlich, haben vergleichbare Bilder, Rituale und vergleichbare emotionelle Trauerprozesse, um Trauer, Tod und Verlust zu verarbeiten.

Kluckhohn (1960) fand in einer vergleichenden Untersuchung in Bezug auf die Mythologie von über 50 zufällig ausgewählten Kulturen heraus, dass 39 von ihnen das Inzestmotiv zeigten. Aarne und Thompson (1961) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass sich die Mehrzahl der auf der Welt bekannten Volksmärchen einer begrenzten Anzahl an Typen zuordnen lässt und sich zu jedem Typ Exemplare aus völlig unterschiedlichen Erdteilen zu ordnen ließen. Roesler (2010) schreibt dazu, dass bei nahezu allen Völkern die vorkommenden mythologischen Themen und Motive des uranfänglichen Chaos, der Trennung von Himmel und Erde, eine verheerende Flut als Strafe für die Menschen, der Inzest der uranfänglichen göttlichen Geschwister sowie der Raub des Feuers von Göttern zu finden sind. Um 1900 wurden zwei Erklärungsmodelle für dieses Phänomen kontrovers diskutiert: Die Diffusions- oder Übertragungstheorie und die Theorie der Elementargedanken. Die Diffusions- oder Übertragungstheorie ging davon aus, dass die Ursache der Übereinstimmungen in tatsächlichem physischem Kontakt zwischen den Völkern bzw. Wanderungsbewegungen liege (Roesler, 2010). Baumann (1955) argumentierte sogar, dass alle Völker von einer „Kultursippe“ aus einem Kerngebiet zwischen dem Nil und dem Indus abstammten. Die Kontroverse zu dieser Theorie war das Modell der Elementargedanken. Diese Theorie besagte, dass die mythologischen Übereinstimmungen Ausdruck der psychologischen Gleichartigkeit aller Menschen sei. Diesen Gedanken der mythologischen Übereinstimmungen aller Menschen griff Jung in seiner Theorie der Archetypen als Grundlage seiner Psychologie auf.

Als Folge dieser wissenschaftlichen Kontroversen wurde in der Ethnologie vertieft geforscht. Die Wissenschaftler konnten interessanterweise Belege für beide Theorien finden und es lässt sich schlussfolgern, dass sich Kulturen ohne Zweifel gegenseitig beeinflusst haben. Die Diffusions- und Übertragungstheorie gilt dennoch als widerlegt (Roesler, 2010). Obrist (1990) beschreibt, dass Humanethnologen in kulturvergleichenden Studien ein Set von Universalien menschlichen Verhaltens identifiziert haben. Die Forscher beobachteten Übereinstimmungen des Sozialverhaltens bei der Mutter-Kind-Beziehung, der Paarfindung, beim Ausformen der Rangordnung, bei Territorialverhalten, bei Objektbesitz und Objekttausch, bei innerartlichem Feindverhalten sowie bei Neugierverhalten im Sinne explorativer Aggression.

Die tiefenpsychologische Forschung fokussiert die Stellen, an denen sich Kultur entwickelt. Mertens, Obrist, Scholpp (2004) schreiben, dass der Mensch nur wegen des Besitzes von Bewusstsein in der Lage sei, Kultur - genau gesagt objektunabhängige Kultur - zu schaffen. Während man jedoch infolge des im Ich zentrierten Menschenbilds der Aufklärung der Meinung war, Kultur entstehe allein aus dem Bewusstsein, hat die tiefenpsychologische Forschung gezeigt, dass es Gestaltungen des Unbewussten waren, aus denen die großen kulturellen Schöpfungen hervorgegangen sind.

Die Jung'schen Theorien können heute mit modernen Theorien bestätigt werden. So verstand Jung „Ordnungsprinzipien“ nicht als starre unveränderbare und vorgegebene Ordnung, sondern er verstand sie wie auch die systemische und konstruktivistische Theorie als Selbstorganisationsprinzipien. Dieses Verständnis impliziert, dass das Individuum nicht die Verantwortung für das eigene Leben und die eigene Lebensgestaltung abgeben kann. Das Individuum bleibt in der Verantwortung für die eigene Lebensführung. Kast (2015) beschreibt Archetypen als Ordnungsprinzipien, als Strukturierungsprinzipien, die allen Menschen zu eigen sind. Sie ermöglichen es,

Informationen und Emotionen in sinnvolle Bilder aufzunehmen und dadurch den Menschen zu vernünftigem Handeln anzuregen. Archetypen stellen psychische Strukturen dar, die bewirken, dass der Mensch sich in einer kulturellen Kontinuität versteht. Sie verhelfen dazu, eine vergleichbare Realität zu empfinden, und setzen Strukturen, sodass der Mensch mit der ständigen Informationsfülle klarkommt.

Mythen und Märchen sind Orientierungshilfen, die dabei helfen können, das Leben zu strukturieren, zu ordnen und Sicherheit verleihen. Auf diese alten symbolischen Geschichten reagiert der Mensch mit Resonanz, da sie wie Leitlinien oder Orientierungshilfen fungieren, die emotional belebt sind. „Kulturell gesehen sind die archetypischen Geschichten und archetypischen Bilder in ihren Ausformungen eine Kulturgeschichte der Menschheit, an der wir Anteil haben, die wir aufnehmen und weiterentwickeln, und die der Symbolarmut und damit der emotionalen Verarmung des westlichen Menschen entgegenwirken [...]“ (Kast, 2015, S. 8). Denn die Symbole gelten nach Kast (2010) als Verarbeitungsstätte der Komplexe (vgl. Kap. 3, *Komplexe*). Sie sind ausschlaggebend für Wandlungsprozesse im Zuge des Individuationsprozesses und entscheidend für die Aktivierung des Libidoflusses.

Verena Kast weist deutlich darauf hin, wie wichtig es beim Umgang mit archetypischen Bildern und Erzählungen ist, diese in Beziehung zu unserem aktuellen Leben und der Psyche zu setzen, die veränderbar und bei jedem Menschen auch individuell gefärbt ist. Die Archetypen sind keine zementierte Wahrheit, sondern sie stellen eine Orientierungshilfe dar. Sie helfen, Phantasien, innere Bilder und schöpferische Kräfte anzuregen, die den Individuationsprozess in kreativem Umgang inspirieren und stimulieren können. Therapie ohne Erinnerungen, Assoziationen, Imaginationen ist nicht möglich (vgl. Dorst und Vogel, 2014).

In vielen Therapieformen sind diese Werte heute wiederzuerkennen. Jung hat hierfür fundierte Theorien in Form der Komplextheorie (siehe Kap. 3) erarbeitet und mit

vielen Patienten untersucht und erforscht. Seine Theorie zeigt die Verbindung zwischen Störung und Entwicklung, zwischen Kultur und Individuum und die Bedeutung der Kultur für das individuelle Identitätserleben. „Persönliche Probleme können in der Resonanz auf archetypische Erzählungen und Bilder in einen Raum der schon immer möglichen Veränderungen hineingestellt werden“ (Kast, 2015, S. 8).

Kast (2015) betont, wie wichtig es ist, dass gerade in der heutigen gesellschaftlichen Situation das kulturelle Gedächtnis der Menschheit erhalten bleibt. Das kulturelle Gedächtnis zeugt davon, dass der Mensch immer wieder versucht, sich Klarheit über sich selbst zu verschaffen. Die Analytische Theorie und Therapie stellt daher in unserer modernen Zeit einen wichtigen Gegenpol zu der hohen Geschwindigkeit dar, in der sich die heutige Gesellschaft bewegt, und positioniert sich mit ihrem Konzept gegen den Zeitgeist der Schnellebigkeit, der Unbeständigkeit sowie der Anonymität und Beziehungslosigkeit durch die medialen Welten. Walach (2011) spricht diesbezüglich sogar von einer Kultur, die sich Richtung Dissoziation und Zerstreuung bewegt, einer Gesellschaft, in der sich Bewusstsein immer weiter reduziert – angefacht durch einen immer hektischer werdenden Alltag in Verbindung mit unaufhörlichem Konsumzwang.

3 Die Komplextheorie nach C. G. Jung

In vielen Kulturen sind Komplexe beschrieben worden, auch wenn sie nicht als solche benannt wurden. So schreibt Dieckmann (1991), dass die Naturvölker, die offensichtlich leichter psychischen Dissoziationen unterliegen, schon immer die Besessenheit durch Geister, Dämonen oder sogar Götter kannten. Diese würden sich als zweite Persönlichkeit an die Stelle ihres Ich-Komplexes setzen und lösten Wirkungen und Handlungen aus, die der normalen Persönlichkeit des Betroffenen eigentlich fremd seien. Übersetzt hieße das, dass der Ich-Komplex mit einem unbewussten Komplex identifiziert ist, was für den therapeutischen Prozess bedeuten würde, den Komplex zu lösen bzw. bewusst zu machen. Die Vorstellung, dass Assoziationen aus dem Unterbewussten auftauchen können, ist seit Aristoteles bekannt. Er hat sie anhand seiner eigenen Psyche beschrieben und verbindet unbewusste Teilseelen mit Körperteilen und Organen (Busche, 2001, vgl. auch Dieckmann, 1991). Heute würde man sagen, Aristoteles habe „psychosomatisch“ gedacht. Auch in der traditionellen chinesischen Medizin gebe es solche Theorien. So seien dort 365 Körpergottheiten beschrieben, die jeweils jedem Körperteil, jeder Körperfunktion, jedem inneren Organ oder Nervenzentrum zugeordnet seien (Dieckmann, 1991).

In den folgenden Kapiteln wird die Komplextheorie dargestellt. Grundlegend wird auf die Theorie von Jung Bezug genommen, es werden aber auch neuere Autoren, wie H. Dieckmann (1991) und V. Kast (1998) in die Darstellung mit eingeflochten, da sie im Grunde die Theorien Jungs mehr oder weniger unverändert übernommen haben. Zunächst wird der Begriff des Komplexes, daran anschließend die Struktur des Komplexes sowie der Ich-Komplex besprochen. Es werden darüber hinaus andere, die Jung'sche Theorie weiterentwickelnde, neuere theoretische Konzepte zur Komplextheorie beschrieben, beispielsweise von G. Bovensiepen (2006, 2009, 2011) mit neueren Ergebnissen aus der Säuglingsforschung. Diese weiteren Modelle

werden anschließend ebenfalls kurz skizziert. Für eine kritische Auseinandersetzung mit dem kollektiven Unbewussten und den Archetypen, die nach Jung den Komplexkern ausmachen, sei auf Roesler (2009, 2010, 2014) verwiesen. Roesler beleuchtet neue Erkenntnisse aus der Genforschung hinsichtlich des Archetypenmodells von C. G. Jung kritisch.

3.1 Komplex – Eine Begriffsklärung

Bevor eine Beschreibung des Begriffs „Komplex“ gemäß der Jungianerin Verena Kast und nach C. G. Jung selber dargestellt wird, wird zuerst eine Definition aus dem *Brockhaus Psychologie (2001)* vorgestellt.

Dort wird „Komplex“ folgendermaßen definiert:

Komplex [lat. „das Umfassen“, „die Verknüpfung“]:

- 1) *allgemein* ein aus mehreren miteinander verflochtenen Teilen bestehendes Ganzes.
- 2) in der *Psychologie* eine Verbindung mehrerer Sinneseindrücke, Vorstellungen, Assoziationen oder Gedächtnisinhalte zu einem größeren Ganzen.
- 3) in der *Tiefenpsychologie* Gebilde aus Vorstellungen und Gedanken, das mit starken Gefühlen verknüpft und unbewusst ist. [...]. In der Alltagssprache sind Komplexe ein Ausdruck für seelische Probleme schlechthin geworden.

Bei der Betrachtung der Übersetzung des Wort Komplex zeichnet sich auch schon die Wirkweise des Komplexes ab: Er kann ein Individuum schlichtweg umfassen, umschlingen, aber auch Erfahrungen und Gefühle miteinander verknüpfen. Bis etwa zum 19. Jahrhundert blieb die Forschung auf dem Gebiet der Komplexe stehen, bis der Engländer Stuart Mill (Hehlmann, 1963) und in Deutschland Wilhelm Wundt die Forschungen fast gleichzeitig aufnahmen. Beide untersuchten Assoziationsgruppen,

die nicht im Bewussten liegen, aber trotzdem Funktionen in der Psyche manipulieren (Fahrenberg, 2011, Lück und Miller 1999, Meier 1994). Allerdings benutzten beide hierfür nicht den Begriff des Komplexes. Interessanterweise taucht der Begriff bis Mitte des 19. Jahrhunderts in keinem Lexikon auf (vgl. Meier, 1994). Durch die enge Zusammenarbeit mit Eugen Bleuler und den Ergebnissen aus seinen Assoziationsstudien widmete sich Jung bis 1909 intensiv der Erforschung der Komplexe innerhalb der menschlichen Psyche. Bevor in den nachfolgenden Kapiteln (3.2–3.5) auf die Komplexstruktur und die Wirkweise des Komplexes eingegangen wird, werden zunächst eine Definition gemäß der Jungianerin Verena Kast und eine von C. G. Jung vorgestellt. Verena Kast schreibt:

„Komplexe sind Ausdruck von Lebensproblemen, die auch zentrale Lebensthemen sind, sie sind Ausdruck von Entwicklungsproblemen, die auch Entwicklungsthemen sind. Sie machen unsere psychische Disposition aus. Zu Neurosen führen die Komplexe, wenn sie verdrängt oder abgespalten werden.“ (Kast, 1998, S. 30)

Jung definiert in seinem Werk „Allgemeines zur Komplextheorie“ den Begriff des Komplexes wie nachfolgend:

„Was ist nun, wissenschaftlich gesprochen ein gefühlsbetonter Komplex? Er ist das Bild einer bestimmten psychischen Situation, die lebhaft emotional betont ist und sich zudem als inkompatibel mit der habituellen Bewusstseinslage und Einstellung erweist. Dieses Bild ist von starker innerer Geschlossenheit, es hat seine eigene Ganzheit und verfügt zudem über einen relativ hohen Grad von Autonomie, das heißt, es ist den Bewusstseinsdispositionen nur in geringem Maße unterworfen [...]“ (Jung, 1982, S. 302).

3.2 Die Komplexstruktur

Komplexe gehören nach der Konzeption der Analytischen Psychologie zu den normalen Lebenserscheinungen: Sie sind eine Sublimierung von Bildern, Vorstellungen, Fantasien, Realerfahrungen und subjektiv erlebten Erfahrungen, die durch Literatur, Kunst, Gesellschaft usw. ständig stimuliert und amplifiziert werden. Diese Ansammlungen sind als Komplexschale um einen Kern gruppiert, der sich nach Jung aus dem kollektiven Unbewussten, den Archetypen, bildet. Jung und auch Autoren wie Dieckmann (1991) unterteilen den Komplex in Kern und Schale: Die Komplexschale mit ihren Amplifikationen und Assoziationen ordnen sie dem persönlichen Unbewussten zu, den eigentlichen Komplexkern dem kollektiven Unbewussten, also den Archetypen.

Autoren, wie H. Dickmann (1991), V. Kast (1998) u.a., gehen aber davon aus, dass sich der Komplexkern neben dem Kollektiven, Archetypischen auch aus sehr frühen Kindheitserfahrungen konstituiert. Dieckmann (1991, S. 57–58) schreibt hierzu:

„Es ist klar, daß ein Komplex immer aus einer Mischung von kollektivem und persönlichem Material besteht, und je weiter seine Teile vom Ich-Komplex dissoziiert sind, desto mythologischeren Charakter enthalten sie. Ich stelle aber die Hypothese auf, daß auch im Komplexkern [...] ganz frühe persönliche Erfahrungselemente in den Kern des Komplexes eingearbeitet sind [...].“

Ergebnisse aus der Genforschung gehen von angeboren psychischen Strukturen wie Grundemotionen, Spracherwerb und Bindungsverhalten aus, die neben den frühen Kindheitserfahrungen den Komplexkern bilden. Jung definiert die Komplexe als „abgesprengte seelische Persönlichkeitsteile“, die sich vom Bewusstsein abgespalten haben und nun willkürlich und autonom fungieren. Er hat diese Abspaltungen mit einem Magneten verglichen, der Eisenspäne um sich herum anzieht und ver-

sammelt (vgl. Dieckmann, 1991). Diese Metapher muss natürlich mehrdimensional verstanden werden, da sich Komplexe häufig in frühen Entwicklungsphasen anreichern.

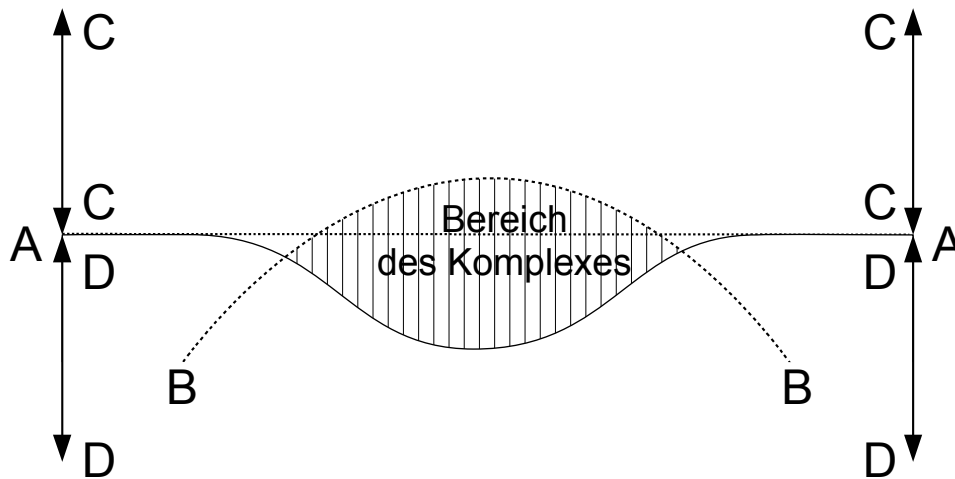
3.3 Die Wirkweise des Komplexes

Wenn sich ein Komplex konstituiert, trägt er zum Verhalten bei und ist, bewusst oder unbewusst, gezeichnet durch das Auftreten eines Affekts. Interessant ist das Phänomen, dass auch Inhalte, die gar nichts mit dem Komplex zu tun haben, bei paranoiden Komplexen umgedeutet und angepasst werden. So wird beispielsweise das Zulächeln eines neutralen Menschen zu einem fiesem Auslachen. Jung (1982, S. 253) stellt die These auf, dass Komplexe sich, „wie selbständige Lebewesen“ verhielten. Laut Dieckmann (1991) gäbe es keinen prinzipiellen Unterschied zwischen einer Teilpersönlichkeit und einem Komplex. Sie verhielten sich wie ein abgespaltener Teil der Psyche, wie „abgespaltene Ökotope“. Komplexe können negativ und positiv emotional aufgeladen sein und sich störend auf das Bewusstsein auswirken, da sie der Abwehr unterliegen.

Abbildung 2 zeigt den aufsteigenden Komplex, unter dessen Stoßwirkung das Bewusstsein einbricht und sich das Unbewusste über die Bewusstseinschwelle erhebt und in die Bewusstseinschwelle eindringt. Mit dem Einbrechen der Bewusstseinschwelle wird dem Bewusstsein Energie entzogen. Somit gerät die betreffende Person von einem „aktiv-bewussten Zustand“ in einen passiven Zustand des „Ergriffenseins“.

Bei einem pathologischen Komplex vergleicht Dieckmann (1991) den Komplex mit einem Diktator, der alle Macht an sich reißt und den bewussten Ich-Komplex immer wieder zu Handlungen zwingt, die dieser bei vernünftiger Überlegung niemals tun würde. Ein aufsteigender, sich konstituierender Komplex ist recht autonom und emotional gefärbt. Er verhält sich machtvoll, zeitweise auch die Freiheit des Ichs

einschränkend. Wichtig ist es zu beachten, dass jeder Mensch Komplexe hat und dass dies auch ganz normal ist, wie schon Sigmund Freud in seinem Werk „Psychopathologie des Alltagslebens“ (1919) beschreibt. Alle Arten von Fehlreaktionen zeigen dies in unmissverständlicher Weise auf.



AA = Bewusstseinschwelle, die auf der punktierten Stelle eingebrochen ist, d.h. sich ins Unbewusste gesenkt hat
BB = Der Weg des aufsteigenden Komplexes
CC = Bereich des Bewusstseins
DD = Bereich des Unbewussten

Abbildung 2: Wirkweise des Komplexes. Aus: Jacobi, 1971, S. 46

So beschreibt Jolande Jacobi (1971) eindrücklich, dass Komplexe nicht notwendig eine Minderwertigkeit bedeuten, sondern sie zeugten nur davon, dass „Unvereintes, Unassimiliertes, Konflikthaftes“ virulent ist. Dies könnte ein Hindernis, aber eben auch ein Anreiz zu größeren Anstrengungen und damit sogar zu neuen Erfolgsmöglichkeiten sein. Jacobi (1971) spricht sogar von Komplexen als Brenn- und Knotenpunkten des seelischen Lebens und stimmt mit Dieckmann (1991) überein, dass „Komplexe zur Grundstruktur der Psyche“ gehören und es dem Menschen immer aufgegeben ist, sie zu „erleiden“ und zu „lösen“. Ein Komplex wird erst zu etwas Negativem oder Störendem, wenn der Ich-Komplex nicht oder nur mangelhaft Konfron-

tierbar ist. Komplexe können durch Traumata oder einen emotionalen Schock entstehen. Dann bildet der Komplex eine Art abgesprengte Teilpsyche ein autonomes Ökotopt. Dies kann in früher und frühester Kindheit, aber auch in aktuellen Lebenssituationen, beispielsweise durch kleinere Verletzungen oder Konflikte, geschehen. Jung nannte den Komplex die „via regia zum Unbewussten“ und den „Architekt der Träume“. Der letzte Grund, warum sich ein Komplex entwickelt, finde sich aber vermutlich in der Unmöglichkeit einer Person, sich als „Ganzes“ zu bejahen (Jacobi, 1957).

3.4 Der Ich-Komplex

Um die möglichen Haltungen des Ich-Komplexes zu den anderen Komplexen zu verstehen, folgen zunächst zwei Definitionen C. G. Jungs, auf dessen Grundlage das Verständnis des Ich-Komplexes basiert:

"Der Ich-Komplex ist beim normalen Menschen die oberste psychische Instanz: wir verstehen darunter die Vorstellungsmasse des Ichs, welche von einem mächtigen und immer lebendigen Gefühlston des eigenen Körpers begleitet wird" (Jung, 1907, S. 82).

"Unter Ich verstehe ich einen Komplex von Vorstellungen, der mir das Zentrum meines Bewußtseinsfeldes ausmacht und mir von hoher Kontinuität und Identität mit sich selber zu sein scheint. Ich spreche daher auch von Ich-Komplex" (Jung, 1971, S. 471).

Entwicklungspsychologisch heißt das, dass sich der Mensch altersgerecht von den Mutter- und Vaterkomplexen ablösen muss, um „über einen kohärenten Ich-Komplex ein „hinreichend starkes Ich“ [...] entwickeln zu können, das es ihm oder ihr erlaubt, die Anforderungen des Lebens wahrzunehmen [...]“ (Kast, 2012, S. 10). Jung (1976b) schlägt in seiner Ausführung über „Die psychologischen Aspekte des Mut-

terarchetyps“ eine Differenzierung in negativen und positiven Mutterkomplex vor. Eine Differenzierung kann laut Jung nur hinsichtlich des Vater- und Mutterkomplexes geschehen, da alle anderen Komplexe in den Elternkomplexen Raum finden. Ausführlich beschrieben hat Verena Kast in ihrem Buch „Vater-Töchter/Mütter-Söhne“ (2012) den Vater- und den Mutterkomplex hinsichtlich des Individuationsprozesses.

Die Beziehung, die der Ich-Komplex gegenüber anderen Komplexen haben kann, wird in Anlehnung an Jacobi (1957) und Dieckmann (1991) verkürzt übernommen und skizziert:

1. Wenn ein wenig energetisch geladener Komplex im Unbewussten liegt, kann er sich an leichten „Fehlhandlungen“ oder an zu „vernachlässigenden Symptomen“ zeigen (Dieckmann, 1991, S. 31). Das Individuum kann seinen Alltag gut bewältigen und ist durch den Komplex nicht oder nur kaum beeinträchtigt. Verwiesen sei an dieser Stelle auf die „Psychopathologie des Alltagslebens“ von Freud (1919). Freud beschreibt darin leichte Fehlhandlungen des Vergessens, Vergreifens und Versprechens.

2. „Die affektive Energie des Komplexes ist sehr stark gestiegen und angereichert, wobei er sich in gewissem Sinne wie ein 2. Ich zu dem bewussten Ich in Gegensatz stellt“ (Dieckmann, 1991, S. 31). Es kommt zu einer Art Zerreißprobe des Individuums indem es zwischen zwei Vorstellungen hin und her pendelt. Ein typisches psychopathologisches Beispiel ist die Zwangsneurose mit deutlicher Entscheidungsunfähigkeit. Eine Steigerung wäre die „double personality“, der Komplex agiert völlig aus dem Zusammenhang gerissen, wie eine Teilpersönlichkeit.

3. Die Identifikation mit dem Ich-Komplex: Als Beispiel nennt Dieckmann (1991) die „hochgradige Verliebtheit,“ wenn ein Partner vollständig von dem in ihm existierenden inneren Bild des Partners besessen ist. Bei einer vollständigen Identifikation oder Identität des Ichs mit dem Komplex könne es dann zu einem Zustand der Infla-

tion kommen, was sich in den verschiedensten Formen von Psychosen zeige.

4. Der Komplex kann völlig unbewusst sein und durch den Abwehrmechanismus der Projektion auf die Umgebung projiziert werden. Ausführlich beschrieben hat Jung dieses Phänomen hinsichtlich der Schattenprojektionen.

5. Ein Komplex kann dem Individuum zwar bekannt sein, jedoch bleibt es bei einem einseitig intellektuellen Verständnis. Die emotionale Komponente unterliegt der Abwehr.

6. Der Ich-Komplex kann unbewusst identifiziert sein mit einem Elternteil, wenn beispielsweise die Tochter unter keinen Umständen so werden möchte wie die Mutter (negativer Mutterkomplex) und sich dennoch gerade so benimmt, da sich das Bewusste immer kompensatorisch zum Unbewussten gebärdet. Verena Kast (2012) erweitert die Einteilung für den Bereich der Identifikation mit dem Komplex in die Opferidentifikation (Kindpol) und in die Täteridentifikation (Elternteil).

7. Die letzte Einstellungsform des Ich-Komplexes gegenüber dem Komplex kann die Konfrontation mit dem Komplex in einer Therapie sein. Wenn ein Komplex erfolgreich aufgelöst wird, kann die psychische Energie, die in dem Komplex gebunden war, anderen Bereichen zukommen und neue Energien freisetzen.

3.5 Verschiedene Komplexformen

Es sind in der Literatur verschiedene Komplexe beschrieben worden (Dieckmann, 1991; Eschenbach, 1996; Kast, 2012). Letztendlich gibt es in der Analytischen Psychologie eine Vielzahl von verschiedenen Komplexen, da jeder Bereich komplexhaft besetzt sein kann. Als Beispiel sei der bekannte und in die Alltagssprache aufgenommene Minderwertigkeitskomplex genannt. Weitere Beispiele sind der Vater- und Mutterkomplex, auch Komplexe wie der Leistungskomplex, der Angstkomplex, Aggressionskomplex, Selbstwertkomplex, Schuldkomplex, Ödipuskomplex, Macht-

komplex und Rivalitätskomplex, um nur einige zu nennen. Bei jedem Menschen spielen die Beziehungskomplexe, das heißt die Mutter-, Vater-, Eltern- und Geschwisterkomplexe eine tragende Rolle. Wenn diese pathologisch sind, wird von negativ aufgeladenen Komplexen gesprochen.

Wichtig sei an dieser Stelle nochmals betont, dass Komplexe nicht per se pathologisch oder neurotisch sind. Sie sind etwas Normales, in jeder Psyche Vorkommendes. Sie enthalten schöpferisches und kreatives Potenzial und charakterisieren eine Persönlichkeit. Gerade die Jungianer vertreten eine ressourcenorientierte Sicht, mit Blick für das Besondere und Individuelle.

Komplexe sind Energieverdichtungen und Knotenpunkte, die teilweise im Unbewussten liegen. Erst wenn sich Komplexe neurotisch oder einseitig, d.h. negativ aufladen, spricht man von pathogenen Komplexen. Diese pathogenen Komplexe sind unbewusst und beeinflussen das Verhalten: So können Inhalte, die eigentlich gar nichts mit dem Komplex zu tun haben, bei pathogenen Komplexen umgedeutet und angepasst werden. Jung (1982, S. 253) stellt die These auf, dass Komplexe sich „wie selbständige Lebewesen“ verhielten. Komplexe können negativ und positiv emotional aufgeladen sein und sich störend auf das Bewusstsein auswirken, da sie der Abwehr unterliegen (vgl. Kap. 3.3).

Im folgenden werden in Anlehnung an Ursula Eschenbach (1996) die Komplexe auf vier Ebenen eingeteilt. Die oberste, dem Bewusstsein nächste Ebene entspricht den Beziehungskomplexen. Sie sind im persönlichen Unbewussten angesiedelt. Die Urkomplexe liegen auf der Grenze zwischen dem persönlichen Unbewussten und dem kollektiven Unbewussten. Die dritte Ebene der archetypischen Komplexe sind im kollektiven Unbewussten lokalisiert. Die vierte Ebene entspricht den archetypischen Komplexen der heilenden Schicht und des Selbstzentrums.

1. Beziehungskomplexe
2. Urkomplexe
3. archetypische Komplexe
4. heilende archetypische Schicht der Komplexe und des Selbstzentrums

1. Die Beziehungskomplexe speichern die Bindungserfahrungen mit familiären Bezugspersonen von früher Kindheit an (Eschenbach, 1996). Die anderen Komplexe entstehen entweder vor dem Hintergrund der Beziehungskomplexe schon in früher Kindheit oder bilden sich im Verlauf des späteren Lebens aus verschiedenen unverarbeitungten Erfahrungen und Traumatisierungen. Der Vater- und Mutterkomplex, der Geschwisterkomplex oder Komplexe, die sich auf andere Bezugspersonen beziehen, werden als Beziehungskomplexe bezeichnet. Diese Komplexe bilden sich aus belastenden biographischen Erfahrungen. Auch die biographischen Schuldkomplexe können in diesen Bereich durch verdrängte unbewältigte Schuldgefühle oder schuldhaftige Verfehlungen gehören.

2. Eschenbach (1996) spricht von vier Urkomplexen: Angstkomplex, Schuldkomplex, Rivalitätskomplex und Begabungskomplex. Diese Komplexe gehen über die biographischen Erfahrungen hinaus und werden als „Grunddeterminanten des menschlichen Seins“ (Adam, 2006) bezeichnet. Intrauterine oder frühkindliche Erfahrungen sowie Traumatisierungen können den Urkomplex negativ, d.h. pathogen aufladen (beispielsweise Deprivation im Säuglingsalter). Ein anderes Beispiel: Der Rivalitätskomplex kann als einer der vier Urkomplexe negativ energetisch aufgeladen sein und sich durch feindseliges, aggressives Verhalten äußern, sich dann auf biographischer Ebene mit einem Geschwisterkomplex verflechten und als dieser auch zu Tage treten.

3. Auch archetypische Komplexe können negativ aufgeladen sein und sich pathologisieren. Adam (2006) schreibt hierzu, dass es sinnvoll sei, dies von der Seite des Ich

zu betrachten, da Archetypen von ihrem tiefsten Wesen her immer den negativen und den positiven Pol enthalten. Die Frage ist nun: Wie kann sich ein Komplex negativ aufladen? Vom Ich her betrachtet, schreibt Adam, könne das schwache Ich den archetypischen Energien nicht standhalten und werde von ihnen überflutet. Die Orientierungsfunktionen (siehe Kap. 2.2) würden dann versagen. Als Beispiel für einen negativen Komplex aus dem archetypischen Raum sei die Psychose angeführt: Der archetypische Komplex erhält die Oberhand: Verfolgung von Dämonen, Angst vor kosmischen Strahlen, Wahnideen nehmen die Gesamtpsyché in ihren Bann. Einer psychotischen Entwicklung liegt immer ein schwaches Ich zugrunde, das mit diesen Energien nicht umgehen kann. Diese Energien können nicht durch Realitätsprüfung und Kritik gesteuert werden.

4. Auf die heilende archetypische Schicht der Komplexe kann vorgedrungen werden, wenn die abgesperrten Schichten der anderen drei Ebenen überwunden sind. In dieser heilenden Schicht, die mit der Metapher des Jungbrunnens beschrieben wird, können heilende Energien aufgenommen werden. Traumbilder von gesunder Natur, guten Beziehungen zu Tieren, Begegnungen mit weisen Gestalten sind hier zu finden (Adam, 2006).

Selbstverständlich ist dies lediglich eine schematische Einteilung der Komplexe, die nicht isoliert betrachtet werden sollten. Komplexe können auch als Mischformen auftreten.

4 Übersicht über anschlussfähige Modelle an die Komplextheorie

Nachfolgend werden neuere Theorien und Modelle, die sich seit den 1980er Jahren herauskristallisiert haben, zusammengefasst dargestellt. Diese neueren Theorien bauen auf den Auffassungen von C. G. Jung, J. Jacoby (1957), V. Kast (1988a/b, 2010, 2012) und H. Dieckmann (1991) auf und werden von Erkenntnissen aus den Neurowissenschaften sowie der Säuglings- und Bindungsforschung untermauert, ergänzt und an manchen Stellen weiterentwickelt.

4.1 Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften und der Säuglingsforschung

Mit seinem 1969 erschienenen Buch „Bindung – Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung“ begründete Bowlby die Bindungstheorie und beschreibt, dass es ein biologisch angelegtes System der Bindung gibt, das für die Entwicklung der emotionalen Beziehung zwischen Mutter und Kind verantwortlich ist. Bowlby beschreibt bereits im Rahmen seiner Bindungstheorie, dass die enge affektive Bindung des Säuglings an eine Bezugsperson ein grundlegendes menschliches Bedürfnis sei. Wenn diese Bindung nicht hinreichend gelingt, kann es in der weiteren Entwicklung zu Fixierungen und Störungen kommen.

Mittlerweile sind sich alle psychotherapeutischen Schulen einig, dass der frühen Kindheit eine zentrale Rolle hinsichtlich der Entwicklung von psychopathologischen Symptomen zukommt (vgl. Brisch, 2008).

Die Analytische Theorie und die Komplextheorie erhalten diesbezüglich eine deutliche Bestätigung durch empirische Ergebnisse aus der Neuropsychologie und der Hirnforschung, die eine um eine Vielzahl funktioneller Zentren angelegte Netzwerkorganisation der Gehirntätigkeit nachweisen, die scheinbar ohne zentrale Steuerung

auskommt. In Kreisen der Analytischen Psychologie haben sich vor allem Gustav Bovensiepen (2004) und Jean Knox (2003) aus Großbritannien einen Namen hinsichtlich des Modells von psychischen Netzwerkorganisationen gemacht. Es ist in deutlichem Maße gelungen, die Komplextheorie mit der kleinianischen Objektbeziehungstheorie in Verbindung zu setzen und Elemente zu integrieren (Lesmeister, 2011). Lesmeister (2011, S. 279) beschreibt die Komplexe als eine „Einheit von psychischen Paarbildungen“. Die Beziehungsdimension sei dadurch direkt an die Struktur eines Komplexes gekoppelt. Für Lesmeister (2011) bedeutet die Synthese aus Objektbeziehungstheorie und Komplextheorie eine Weiterentwicklung, da sie eine netzwerkartig-systemische Sicht auf die Psyche offenbart. Somit wird „der in permanenter Transformation befindlichen Vielgestaltigkeit der psychischen Realität, ihrer dezentralisierten Organisation sowie ihrer selbstregulierenden Potenz optimal“ (Lesmeister, 2011, S. 280) Rechnung getragen.

Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften und der Säuglingsforschung bestätigen weiterhin, dass dem impliziten Gedächtnis kein bewusster Zugang möglich ist, im Unterschied zum deklarativen Gedächtnis, das autobiographisches Wissen und bewusst erinnerbare Wissensbestände beinhaltet. Im impliziten Gedächtnis sind die sehr frühen Erfahrungen eines Säuglings, die vor Ausreifung des expliziten Gedächtnisses (ca. ab dem 3. Lebensjahr) gemacht wurden, gespeichert (Lesmeister, 2011; Roth, 2015; Wienand, 2016). Implizites Beziehungswissen sind frühkindliche Bindungserfahrungen, die später einen grundlegenden unbewussten Einfluss auf die späteren Objektbeziehungen haben.

Tretter (2015) beschreibt Ergebnisse aus den Neurowissenschaften, in denen anhand des Oxytocin-Spiegels bei Kindern oder Erwachsenen Korrelate einer sicheren Bindung nachgewiesen werden konnten (vgl. Ergebnisse aus den Neurowissenschaften von Francis et al., 2004; Insel & Young, 2001; Uvnäs-Moberg & Petersson, 2005).

Durch das Freisetzen von Oxytocin kommt es zu einer Förderung des Erkennens emotionaler Impulse sowie zu Vertrauensbildung und Hemmung des Stresssystems (Roth, 2015). Tretter (2015) weist darauf hin, dass noch andere Rezeptoren und Hormone beim Bindungserleben und -verhalten eine Rolle spielen (beispielsweise das Stresssystem und die Hormone Vasopressin und Cortisol).

Daniel Stern (1992) spricht in seinen Untersuchungen von RIGS (Representations of Interactions that have been Generalized). Stern konzentriert sich auf die Interaktionserfahrungen des Säuglings mit seinen Bezugspersonen. Die sogenannten RIGS prägen die frühesten Erfahrungen und Erwartungen an Beziehungen und an Selbstzustände des Säuglings in Anwesenheit eines anderen. Die RIGS von Daniel Stern werden als frühe Interaktionsmuster, die im impliziten Gedächtnis die frühen Interaktionsmuster des Säuglings mit seiner Mutter speichern und Verhaltenserwartungen und präverbale Repräsentationen darstellen, bezeichnet. Das Modell von Daniel Stern beschreibt fast 100 Jahre nach Jungs Formulierung der Komplextheorie ein nahezu ähnliches Konzept.

Zurückkommend auf die Komplextheorie kann mithilfe der aufgeführten Ergebnisse gezeigt werden, wie sich frühe Bindungserfahrungen als Komplexe in Netzwerkstrukturen konstellieren. Die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen können somit als Weiterentwicklung der Komplextheorie im Sinne einer nach Lesmeister (2011) oder Bovensiepen (2004) systemisch-netzwerkartigen Sichtweise verstanden werden. Es sei an dieser Stelle auch noch auf die Ergebnisse von Jean Knox (2003) verwiesen, die sich auch in ihrer Bindungstheorie auf die Komplextheorie bezieht: Knox versteht die Komplexe von C. G. Jung als eine Analogie zu den Repräsentanzen, die der Bindungsforschung als Theorie zugrunde liegen.

4.2 Komplexe als Netzwerke

In seinen theoretischen Arbeiten über Komplexe erweitert Bovensiepen (2006, 2009, 2011) die Komplextheorie im Sinne einer „Komplexorganisation“. Grundlegend für die Erweiterung ist die Auffassung, dass die Psyche aus einer Art Netzwerkstruktur besteht. Bovensiepen (2011) schreibt, dass er Komplexe als ein „Subnetzwerk“, als einen begrenzten Ausschnitt im Sinne eines Knotens mit vielen Verbindungen verstehe. Dieses Netzwerk enthält die gesamten intersubjektiven Erfahrungen seit frühester Kindheit.

Diese Theorie scheint Bovensiepen als modernes Verständnis von der Psyche angemessener als das traditionelle Modell der Analytischen Psychologie, in dem die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewussten als kompensatorische Beziehung angenommen wird, oder dem freudianischen Strukturmodell des Ich, - Es und Über-Ich, wobei sich nach Bovensiepen (2004) die von Jung beschriebene Dynamik der Psyche durch die Metapher einer Netzstruktur unseres Gehirns besser vereinbaren lässt als mit dem Freud'schen Strukturmodell.

Auch Kast (1988a) zeigt auf, wie sich Komplexe einer Person als System im Laufe einer Therapie umgestalten lassen, sodass sie andere Positionen zueinander einnehmen können. Sie führt den Begriff der „Komplexlandschaft“ eines Menschen ein.

4.3 Schematherapie und ihre Bezüge zur Komplextheorie

Da die Schematherapie von Jeffrey Young so augenscheinlich in vielen Punkten der Komplextheorie von C. G. Jung ähnelt und bei näherer Beschäftigung wie eine Weiterentwicklung der Komplextheorie wirkt, wird die Schematherapie in diesem Kapitel genauer beleuchtet. In den folgenden Abschnitten wird die Schematherapie mit ihren Bezügen zur Komplextheorie dargestellt. Zunächst wird in Kapitel 4.3.1 die Entwicklung der Schematherapie beschrieben, um in Kapitel 4.3.2 die Historie des

Schemakonstrukts zu erörtern. Es folgt des Weiteren eine Zusammenführung der Schematherapie mit der Komplextheorie von C. G. Jung.

4.3.1 Einblick in die Entstehungsgeschichte der Schematherapie

Die Schematherapie ist unweigerlich mit dem Namen Jeffrey Young verknüpft. Der Psychologe und Psychotherapeut Jeffrey E. Young (geb. 1950) lehrt an der Columbia University. Er gilt als Gründer und fungiert als Leiter des Cognitive Therapy Center in New York und Connecticut und des Schema Therapy Institute in New York City. Young (1990, 1999) entwickelt und begründet die Schematherapie, um Patienten, mit chronifizierten und charakterologischen Leiden, die oft ihren Ursprung in der frühen Kindheit nehmen, erfolgreicher behandeln zu können. Die Schematherapie wurde vor allem für Patienten mit frühen „maladaptiven (hinderlichen) Schemata (Early Maladaptive Schemas)“ (Young, Klosko, Weishaar, 2008) konzipiert.

Young beobachtete, dass die traditionellen verhaltenstherapeutischen Konzepte bei diesen Patienten häufig nicht zum gewünschten Behandlungserfolg führten. Als Erweiterung der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie verknüpfte er verschiedene Konzepte verschiedener Schulen miteinander. Elemente der Bindungstheorie, die Objektbeziehungstheorie, die Verhaltenstherapie, die Gestalttherapie und psychoanalytische Denkweisen flossen in das Konzept der Schematherapie mit ein. Elemente psychodynamischer Konzepte wurden ebenfalls in die Schematherapie mit aufgenommen. Die kognitive Verhaltenstherapie findet eine Erweiterung, indem emotionale Aspekte, die Therapeuten-Patienten-Beziehung sowie die Bindungserfahrungen eines Patienten viel mehr in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden. Young ging davon aus, dass es spezifische im Menschen angelegte „Grund-schemata“ gibt, die dazu bestimmt sind das menschliche Verhalten so zu bestimmen, dass grundlegende menschliche Bedürfnisse befriedigt werden.

Die Schematherapie soll Therapeut und Patient helfen die Symptome und Probleme

zu verstehen und nachzuvollziehen, wobei besonderes Augenmerk auf der Therapeut-Patienten-Beziehung liegt. Der Therapeut bildet mit seiner elterlichen Fürsorge quasi ein Gegenmodell zu der erfahrenen mangelnden elterlichen Fürsorglichkeit in der frühen Kindheit. Die frühen Schemata aus der Säuglingszeit bis hin zum Erwachsenenalter sollen herausgearbeitet, nachgezeichnet und verstanden werden. Hierzu werden kognitive, verhaltenstherapeutische, affektive und interpersonelle Strategien herangezogen (Young, Klosko, Weishaar, 2008). Hierbei wird strukturiert und systematisch gearbeitet. Die Behandlung erfolgt aktiv und direktiv – geht aber über bloßes kognitives Verständnis hinaus und versucht auch die emotionalen, affektiven und interpersonellen Veränderungen zu erwirken. Wenn der Patient während des Therapieprozesses auf alte dysfunktionale Schemata zurückfällt, wird er vom Therapeuten damit konfrontiert. Die Schematherapie wurde zur Behandlung von chronischen, charakterologischen Facetten psychischer Störungen konzipiert und wird bei der Behandlung chronisch erkrankter Patienten mit Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen sowie narzisstischen oder Borderline-Störungen eingesetzt. Weiterhin findet sie Einsatz bei Essstörungen, bei Suchterkrankungen und bei Beziehungsstörungen (Young, 1999).

4.3.2 Entwicklung des Schemabegriffs

Immanuel Kant hat in seiner Philosophie den Begriff des Schemas verwendet, um damit zusammenzufassen, welche Vorstellungen den Mitgliedern einer Klasse gemeinsam sind (Arendt, 1985). Ganz allgemein betrachtet bedeutet Schema „Grundstruktur“ oder „Grundgerüst“. In der Psychotherapie und der Psychologie wird Schema als organisierendes Prinzip verstanden, das dem Menschen dabei hilft ihr Leben einzuordnen und zu verstehen. Wichtig ist die Annahme, dass Schemata in der frühen Kindheit entwickelt werden, im Heranwachsen sich weiterentwickeln und auf spätere Erlebnisse einwirken. Nach Young, Klosko, Weishaar (2008) kann laut

dieser allgemeinen Definition ein Schema positiv, negativ, adaptiv oder maladaptiv sein. Schemata können sowohl in der frühen Kindheit als auch zu einem späteren Zeitpunkt entstehen. In der kognitiven Psychologie wird der Schemabegriff als eine Art Blaupause verstanden, als quasi abstrakte Repräsentation besonderer Ereignisse. Das Schema wirkt wie ein Muster, das dem Erlebten auferlegt wird, um es zu verstehen, zu deuten und Reaktionen und Verhaltensweisen entsprechend zu steuern. Young, Klosko, Weishaar (2008) sprechen auch von einem Leitfaden, der dem Menschen dabei hilft sich im Leben zu orientieren. Jean Piaget (1896-1980) hat mit seiner Theorie zur kognitiven Entwicklung des Kinds und seinen zahlreichen Veröffentlichungen zur kindlichen Entwicklung und des kindlichen Denkens, seiner Theorie zur kognitiven Entwicklung des Kinds (Piaget, 2005; Buggle, 2001) sicherlich den Grundstein für die Entwicklung moderner Therapieformen gelegt.

Young (1990, 1999) schreibt, dass frühe schädigende Kindheitserlebnisse, die Nichterfüllung grundlegender emotionaler Bedürfnisse, häufig die Ursache für frühe „maladaptive Schemata“ (Early Maladaptive Schemas) sind. Maladaptive Schemata sind demzufolge emotionale und kognitive Muster, die in der frühen Kindheit angelegt werden und uns lebenslang begleiten. Das Verhalten einer Person ist aber nicht Bestandteil eines Schemas, sondern Young weist explizit darauf hin, dass Verhaltensauffälligkeiten „in Reaktion“ auf ein Schema entstehen.

Young, Klosko, Weishaar (2008) postulieren fünf zentrale, für den Menschen universelle Bedürfnisse:

1. Sichere Bindung zu anderen Menschen
2. Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
3. Freiheit, berechnete Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken
4. Spontanität und Spiel

5. Realistische Grenzen setzen und selbst die Kontrolle innehaben

Wenn es hier zu Mängeln oder unzureichenden Entwicklungsspielräumen kommt und die Grundbedürfnisse, natürlich abhängig von der persönlichen psychischen Konstellation, Resilienzfaktoren, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen usw. unzureichend sind, kann dies dazu führen, dass Menschen ihr Leben und ihre Bedürfnisse auf maladaptive Weise zu bewältigen versuchen.

4.3.3 Frühe maladaptive Schemata und Schemadomänen

Im Konzept der Schematherapie von Jefferey Young werden 18 Schemata fünf allgemeineren Kategorien, die als Domänen bezeichnet werden, zugeordnet. Diese fünf Domänen gelten als emotionale menschliche Grundbedürfnisse.

Die fünf Domänen sind⁴ (Young, Klosko, Weishaar, 2008 und Young, 1990/1999):

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung (Disconnection and Rejection)

Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung (Impaired Autonomy and Performance)

Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen (Impaired Limits)

Domäne IV: Fremdorrientiertheit (Other-Directedness)

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit (Overvigilance and Inhibition)

Diesen fünf Schemadomänen werden 18 Schemata wie folgt zugeordnet:

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung

1. Verlassenheit/Instabilität

2. Misstrauen/Missbrauch

4 Ausführlich beschrieben und mit Fallbeispielen verdeutlicht sind die fünf Domänen mit ihren 18 Schemata in dem Buch: Young, Klosko, Weishaar (2008): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann-Verlag.

3. Emotionale Entbehrung

4. Unzulänglichkeit/Scham

5. Soziale Isolierung/Entfremdung

Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung

6. Abhängigkeit/Inkompetenz

7. Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten/Verstrickung/Unentwickeltes Selbst/Versagen

Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen

8. Anspruchshaltung/Grandiosität

9. Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin

Domäne IV: Fremdorientiertheit

10. Unterwerfung, Selbstaufopferung

11. Streben nach Zustimmung und Anerkennung

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

12. Negativität/Pessimismus

13. Emotionale Gehemmtheit

14. Überhöhte Standards/Übertrieben kritische Haltung oder Bestrafung

Young, Klosko, Weishaar (2008) unterteilen die Schemata noch weiter in gültige und bedingungslos gültige Schemata. In der Regel sind die Schemata, die in der frühesten Kindheit entstehen, bedingungslos gültige Überzeugungen. „Bedingungslos gültige Schemata lassen dem Patienten keine Chance“ (Young, Klosko, Weishaar, 2008, S. 55). Der Patient fühlt sich ganz sicher ungeliebt, hässlich, schlecht etc.. Daran lässt sich nichts ändern. Das Schema hat sich manifestiert und wirkt unveränderbar. Bedingt gültige Schemata entstehen häufig durch den Versuch der Befreiung von bedingungslos gültigen Schemata. Sie sind sozusagen das Resultat oder Produkt bedingungslos gültiger Schemata.

4.3.4 Schematherapie nach Young im Lichte der Komplextheorie von Jung

Forscher quer durch alle Psychotherapieschulen sind sich einig, dass der frühen Kindheit bei der Entstehung von psychischen Krankheiten eine besondere Wichtigkeit zukommt. Das Konzept der Schematherapie ähnelt dem Konzept der analytischen Psychologie in vielen Punkten sehr deutlich. Man könnte fast sagen, die Schematherapie ist eine Systematisierung oder Weiterentwicklung des Konzepts der Komplextheorie. Die beiden Konzepte werden im Folgenden miteinander verglichen, um Ähnlichkeiten, Übereinstimmungen und Abweichungen herauszustellen.

Obgleich sich Young nicht direkt auf Jung bezieht, weisen die Ergebnisse doch enorme Ähnlichkeiten auf. Beide Konzepte teilen die Auffassung, dass sich in früher Kindheit und Jugend Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster entwickeln, die ein Netz aus Erinnerungen, Emotionen, Empfindungen und Kognition beinhalten, die später das Verhalten mit beeinflussen. Die Schematherapie spricht hier von den bereits dargestellten „frühen maladaptiven Schemata“ (Young, Klosko, Weishaar, 2008), die Komplextheorie von Urkomplexen, Vater- und Mutterkomplexen, wie ebenfalls erwähnt. Als Beispiel kann hier das Schema der Domäne I „Abgetrenntheit und Ablehnung“ mit dem Schema Verlassenheit/Instabilität verglichen werden. Seine Entstehung wird explizit mit Erfahrungen von Verlassenheit und unsicheren Beziehungen zu Bezugspersonen in der Kindheit erklärt. So kann im Erwachsenenalter dieses Schema in unterschiedlichen Situationen aktiviert werden, beispielsweise in Mobbing-situationen, in Partnerschaftskonflikten, im Berufsleben. Der Betroffene wird nach seinem üblichen Muster (verletzt, gekränkt, wütend, aggressiv etc.) reagieren. Wenn man sich diese Beschreibung eines Schemas von Jeffrey Young ansieht, wird deutlich, dass sie dem negativen Mutterkomplex der Analytischen Psychologie nahezu entspricht.

Ebenso postulieren beide Therapierichtungen, dass es im Verlauf des Therapiepro-

zesses um die Bewusstwerdung der Komplexe bzw. Schemata gehen soll, die Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit, das Verstehen der eigenen Symbole sollen erarbeitet werden, um zu anderen Handlungsmöglichkeiten und Kognitionen zu kommen.

Zur Diagnostik der Schemata haben Young und seine Mitarbeiter fünf Schemadomänen beschrieben, in die 18 Schemata eingeordnet werden (siehe Kap. 4.3.2). Die Schematherapie bedient sich hierzu Fragebögen und verschiedenem Testmaterial um die vorwiegend wirksamen Schemata eines Patienten herauszuarbeiten.

In der Komplextheorie von C. G. Jung gibt es vielfältige Komplexe zu fast allen Lebensbereichen, wie in Kapitel 3.5 beschrieben. Die Komplextheorie ist daher sehr differenziert und wenig schablonenhaft. Der Patient kann in seiner ganz individuellen Situation und Leidensgeschichte einem bestimmten Komplex zugeordnet werden ohne der Gefahr ihm dabei etwas „überzustülpen“. Komplexe können beispielsweise mit dem Assoziationsexperiment (Jung, 1918; Schlegel, 1979; Kast, 1988a) eruiert werden. Es liegt ein großer Unterschied in der therapeutischen Haltung, ob ein Patient mit standardisierten Instrumenten diagnostiziert wird, um mit ihm dann eine manualisierte Therapie durchzuführen oder ob ein Patient in seiner Lebenswelt „abgeholt“ wird und die Symptomatik als „Lösungsversuch“, beispielsweise eine Sinnkrise, verstanden wird. So können die spirituellen, symbolischen Aspekte eines Patienten in die Therapie aufgenommen werden. Die Therapie schafft dann einen Raum für Entwicklung, Selbstentfaltung und Individuation.

Insgesamt gehen die Schematherapeuten bei der Behandlung von Patienten viel strukturierter vor als die analytischen Psychotherapeuten, die Patient-Therapeut-Beziehung spielt eine größere Rolle als in der Schematherapie, jedoch nicht so eine tragende Rolle wie in der Analytischen Psychotherapie. Dort wird der Therapeuten-Patienten-Beziehung mit den Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen die

entscheidende Rolle im Therapieprozess zugeschrieben. In der Schematherapie gestaltet sich die therapeutische Beziehung von einer begrenzten elterlichen Fürsorge („limited reparenting“) (Jacob, 2011; Young, Klosko, Weishaar, 2008).

Isabelle Meier (2012) bemängelt, dass im Konzept der Analytischen Psychologie eine Systematisierung der Komplexe fehlt, wohingegen bei der Schematherapie eine Kategorisierung in die fünf Domänen mit ihren 18 Schemata vorliegt. Meier (2012) schlägt in diesem Zusammenhang eine Systematisierung der Komplexe vor.

Es kann resümiert werden, dass grundlegende Ähnlichkeiten der beiden Konzepte vorliegen: Sei es in der Art der Entstehung eines Komplexes oder eines Schemas, sei es in der Aktivierung eines Komplexes oder Modus (bei Aktivierung sprechen die Schematherapeuten von einem Modus, bei Aktivierung wird das Schema zum Modus) oder sei es in Mustern, in dem Menschen allgemein auf aktivierte Komplexe und Schemata reagieren. Kabat-Zinn (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einem „emotionalen Autopilot“, der bei Aktivierung das Verhalten bestimmt. Trotz vieler Übereinstimmungen und der Anmutung, dass die Schematherapie eine Weiterentwicklung der Komplextheorie impliziert, bleibt die Frage offen, warum Young den Namen C. G. Jung überhaupt nicht erwähnt oder in seine Arbeiten mit aufgenommen hat.

4.4 Zusammenfassung

Komplexe gehören zur Grundstruktur der menschlichen Psyche. Sie konstellieren im Menschen Konflikte, die erlitten, reflektiert und gelöst werden müssen. Nach Jungs Auffassung ist Leiden jedoch nicht gleich etwas Krankhaftes, sondern es bildet den notwendigen Gegenpol zum Glück. Das eine ist ohne das andere nicht denkbar. Der Komplex wird erst pathologisch, wenn er verdrängt, unterdrückt und verleugnet wird. Nur wenn der Ich-Komplex nicht kohärent, nicht konfrontierbar ist, entwickelt sich der Komplex zu etwas Negativ-Krankhaftem. Jung betont immer wieder, dass die Auseinandersetzung mit den Komplexen etwas Positives, für den Individuationsprozess Unabdingbares ist, da das energetische Potenzial der Gegenpole zweier Komplexe den Libidofluss anregt. Jung hat bereits systemisch gedacht, indem er von Komplexen als Konstellationen oder als Systeme spricht, als ein Zusammenspiel von Kommunikation und Interaktion. Jungs Komplextheorie lässt sich „ohne theoretische Probleme an die neueren entwicklungspsychologischen Konzepte anschließen und praktisch gleichsetzen mit dem Konzept der internalisierten Objektbeziehung der aktuellen Psychoanalyse bzw. dem Konzept des internalen Arbeitsmodells der Bindungstheorie“ (Roesler, 2010, S. 25-26). Insgesamt sind die neueren Konzepte durch den Einsatz moderner Forschungsmethoden natürlich viel detaillierter als Jungs Theorien. Es ist beispielsweise nicht bekannt, dass sich Jung mit der kindlichen Entwicklung oder mit Modellen zur Entstehung von Komplexen beschäftigt hat. Dennoch erweist sich Jungs Theorie als erstaunlich modern und auf heutiges Wissen gut übertragbar. Die im Kapitel 4.1 und 4.2 genannten Autoren sind sich darin einig, dass die Komplextheorie ein „entwicklungspsychologisches Modell“ darstellt, da Komplexe dadurch entstehen, dass früheste Erfahrungen des Säuglings mit den Bezugspersonen als innere Repräsentanten abgespeichert und verinnerlicht werden. „Sie werden z.B. als innere Repräsentanzen gespeichert und im weiteren Entwick-

lungs-/Individuationsverlauf durch Rückkopplungsmechanismen permanent reorganisiert und möglicherweise nach archetypischen Mustern rekategorisiert“ (Bovensiepen, 2004, S. 35). Einigkeit besteht auch darin, dass Komplexe untereinander verknüpft sind – folglich nicht nur in primärer Beziehung zum Ich-Komplex stehen. Darauf lassen sich auch die Begrifflichkeiten der Matrix, des Netzwerks oder der Komplexlandschaften zurückführen.

Wie dargestellt, weist die Schematherapie Youngs (2008) grundlegende Ähnlichkeiten mit dem Konzept der Komplextheorie auf: sei es in der Art der Entstehung eines Komplexes oder eines Schemas, sei es in der Aktivierung eines Komplexes oder von Modi, sei es in dem Muster, in dem Menschen allgemein auf aktivierte Komplexe und Schemata reagieren. Kabat-Zinn (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einem „emotionalen Autopilot“, der bei Aktivierung das Verhalten bestimmt.

Wie sich Komplexe oder maladaptive Schemata im Gedächtnis speichern wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

5 Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

Rein mit expliziten Funktionsmodi zu arbeiten wäre, als würde man „eine weite Landschaft durch einen schmalen Sehschlitz“ (Grawe, 2004, S. 128) betrachten.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Grundlagen in Bezug auf das implizite Gedächtnis zusammengefasst dargestellt, die für das Verstehen von Assoziationsvorgängen und für die Einordnung der Ergebnisse des Assoziationsexperiments und von projektiven Methoden allgemein (siehe Kap. 5.2) von Bedeutung sind. Der Fokus wird auf Gedächtnisprozessen liegen, die schwerpunktmäßig durch Gedächtnisexperimente eruiert wurden. Diese erlauben einen Aufschluss darüber, wie lernen, erinnern, wiedergeben und vergessen funktioniert. Außen vor wird die zweite Herangehensweise an die Gedächtnisforschung gelassen, in der es um die Taxonomie, d.h. um die Kategorisierung von Gedächtnisarten und Strukturen geht.

5.1 Implizites und explizites Gedächtnis – Eine Begriffsklärung

Um die zentrale Bedeutung, die das Gedächtnis in unserem Leben einnimmt, darzustellen, soll mit einem Zitat von dem berühmten spanischen Regisseur Luis Buñuel begonnen werden:

„Man muss erst beginnen, sein Gedächtnis zu verlieren, und sei's nur stückweise, um sich darüber klar zu werden, dass das Gedächtnis unser ganzes Leben ist. Ein Leben ohne Gedächtnis wäre kein Leben [...]. Unser Gedächtnis ist unser Zusammenhalt, unser Grund, unser Handeln, unser Gefühl. Ohne Gedächtnis sind wir nichts ...“ (Buñuel, 1985, S. 2).

Eine Identität als Person wird in der Tat durch den „unsichtbaren Faden“ (Wentura

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

und Frings, 2013), aller Erfahrungen des Lebens, die miteinander verknüpft sind, gewonnen. Wentura und Frings (2013) sprechen von internen Repräsentanten als synonym für Gedächtnis. Dies scheint für die vorliegende Arbeit ein brauchbarer Begriff zu sein, der sich gut auf die Komplextheorie und seine weiterführenden Modelle anwenden lässt.

Unter den Neurobiologen und -psychologen besteht indes Einigkeit, dass es ein oder mehrere Gedächtnisse im Sinne morphologischer Speicher nicht gibt. Die Computermetapher, das Gedächtnis sei eine anatomische Variante des Computers ist demnach wenig hilfreich, um Gedächtnisprozesse zu verstehen (Ammermann, 1999). Relativ neu ist die Unterscheidung von expliziten und impliziten psychischen Prozessen. Diese Einteilung in zwei völlig unterschiedliche Gedächtnisformen wurde von Schacter (Graf und Schacter, 1985) vorgenommen und ausdifferenziert (anfänglich wurden die Termini deklarativ/nicht deklarativ verwendet). Die Abbildung 3 zeigt die verschiedenen Formen des Langzeitgedächtnisses, die aktuell unterschieden werden. Der Abbildung ist die Zuordnung zum expliziten und impliziten Funktionsmodus zu entnehmen.

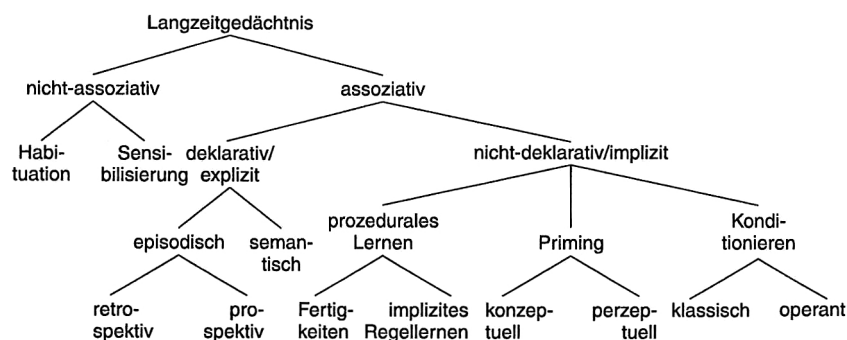


Abbildung 3: Einteilung unterschiedlicher Formen des Langzeitgedächtnisses. Aus: Roth und Prinz, 1996.

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

Zunächst sei eine kurze Definition von explizitem und implizitem Gedächtnis genannt, um diese übersichtlich einordnen zu können.

Ein Wissensstand, den wir bewusst erinnern und wiedergeben können, wird expliziter Gedächtnisinhalt genannt (Anderson, 2013).

Als impliziter Gedächtnisinhalt wird hingegen Wissen bezeichnet, das nicht bewusst erinnerbar ist und sich nicht durch Tests zum expliziten Abruf erinnerbar macht. Impliziter Gedächtnisinhalt kann sich jedoch in verbesserten Leistungen bei bestimmten Aufgaben niederschlagen (Anderson, 2013).

Nicht nur für das Gedächtnis gilt die Einteilung in einen impliziten und einen expliziten Funktionsmodus, sondern auch für die Emotionsregulation, das Beziehungsverhalten, die Wahrnehmungen, Motivation, Lernen und Handlungssteuerung. Die genannten Funktionen können explizit, d.h. bewusst mit willentlicher Kontrolle, mit dem Gefühl, man sei diejenige Person selbst, die handelt, ablaufen, aber eben auch unbewusst, das heißt implizit: Impliziter Gedächtnisinhalt beinhaltet Wissen, das nicht bewusst erinnerbar ist, aber dennoch eine große Wirkung auf unser Alltags Handeln hat. Mittlerweile erkennen sogar Kognitionspsychologen an, dass es ein Unbewusstes gibt, das das Denken, Handeln, Urteilen, Fühlen und Erinnern in deutlichem Maße bestimmt (Leuschner, Hau, Fischmann, 1998). Beutel (2009) schreibt hierzu, dass das Unbewusste lange als unwissenschaftlich beiseitegeschoben wurde, aber mittlerweile durch die Ergebnisse aus den Neurowissenschaften zunehmend Bestätigung findet.

Exkurs

Ein völliges Dissoziieren von expliziten und impliziten Gedächtnisinhalten ist bei gesunden Menschen selten. Patienten, die unter einer Amnesie leiden, haben oft keine bewussten Erinnerungen mehr an bestimmte Ereignisse, zeigen aber implizit,

dass sie über Erinnerungen an diese Ereignisse verfügen. An dieser Stelle sei auf Untersuchungen von Graf, Squire und Mandler (1984) verwiesen, die einen Vergleich durchführten mit Probanden mit und ohne Amnesie, gelernte Wörter frei wiederzugeben und/oder diese aus Wortfragmenten wieder zusammensetzen. Die Reproduktionen gelangen den Probanden mit Amnesie viel schlechter, bei den Wortergänzungen lagen keine Unterschiede zwischen Probanden mit und ohne Amnesie vor.

5.2 Komplexhafte Reaktionen unter dem Gesichtspunkt des impliziten Gedächtnisses – Ein Fazit für den therapeutischen Prozess

Wie in Kapitel 5.1 ausgeführt, wird der Bereich unbewusster Assoziationen dem impliziten Gedächtnis zugeordnet. Impliziter Gedächtnisinhalt beinhaltet Wissen, das nicht bewusst erinnerbar ist, aber dennoch eine große Wirkung auf unser Alltagshandeln und das Bewusstsein hat. Zunächst werden die Funktionsmodi des impliziten Gedächtnisses erläutert, um daran anschließend ein Fazit für den therapeutischen Prozess zu ziehen.

Funktionsmodi, wie der Funktionsmodus der Emotionsregulation, des Beziehungsverhaltens, der Wahrnehmungen, der Motivation, des Lernens und der Handlungssteuerung, werden durch implizite Prozesse stark beeinflusst, auch wenn es sich im Alltagshandeln häufig ganz anders, nämlich als ob sie unter expliziter Kontrolle wären, anfühlt. Die nachfolgend aufgeführten Punkte zeigen, dass implizite Prozesse eine ganz andere Qualität als explizite aufweisen (gekürzt übernommen aus: Grawe, 2004):

- Mehrere implizite Prozesse können gleichzeitig ablaufen, d.h., sie sind nicht abhängig von der Kapazität des Langzeitgedächtnisses
- Der Ablauf impliziter Prozesse ist rasch und kaum fehleranfällig (siehe

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

Schreibkraftbeispiel⁵⁾

- Implizite Prozesse bedürfen keiner Aufmerksamkeit oder Bewusstheit
- Implizite Prozesse unterliegen keiner willentlichen Kontrolle, sie können nicht/kaum kontrolliert werden (wichtig für die Ergebnisse des Assoziations-experiments!)
- Verankerte implizite Prozesse sind nur schwer veränderbar und benötigen für Veränderung viel Zeit (beispielsweise durch therapeutische Prozesse)
- Implizite Inhalte sind nicht oder nur kaum bewusst. Daher ist es fast unmöglich, sie in Sprache zu fassen (es gibt auch bewusste implizite Prozesse, die dennoch nicht bewusst ablaufen, da sie automatisiert sind, wie das Tippen auf der Tastatur oder Autofahren).

Um den Bogen zum Assoziationsexperiment und den Ergebnisse der vorgelegten Studie zu spannen, ist im Hinblick auf das implizite Gedächtnis auch der „Konsistenzsicherungsmechanismus“ (Grawe, 2004) zu nennen: Einige Prozesse bleiben im impliziten Gedächtnismodus, da ihnen der Zugang zum aktuellen Inhalt des Arbeitsgedächtnisses verwehrt bleibt. Grund hierfür ist der Konsistenzsicherungsmechanismus, der bei mit dem Ich-Ideal unvereinbaren Inhalten (bei C. G. Jung Schattenanteile, siehe Kapitel 2) eine Destabilisierung des Ich-Komplexes zur Folge haben könnte. Die Verdrängung aus dem Bewusstsein verhindert eine drohende Inkonsistenz. *Zur Erinnerung: Der Komplex wird erst pathologisch, wenn er verdrängt, unterdrückt und verleugnet wird. Nur wenn der Ich-Komplex nicht kohärent, nicht konfrontierbar ist, entwickelt sich der Komplex zu etwas Negativ-Krankhaftem.*

5 Zur Verdeutlichung sei das bekannte Beispiel der Schreibkräfte angeführt: Viele professionelle Schreibkräfte können den Aufbau einer Tastatur nicht beschreiben, sie entgegnen, keine Kenntnis darüber zu besitzen – erst in dem Moment, in dem sie sich vorstellen zu tippen, wird klar, dass die Finger genau wissen, an welcher Stelle welche Taste zu finden ist. Es besteht aber kein bewusster Zugang zu diesem Wissen. Dieses kleine Beispiel unterstreicht die Bedeutsamkeit der Abrufbedingungen beim Zugriff auf das Gedächtnis.

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

Neuropsychologische Forschungen bestätigen, dass die Grundlagen der Persönlichkeitsentwicklung in der frühesten Kindheit angelegt werden – und damit vor der Ausbildung des expliziten Gedächtnisses (Grawe, 2004). In Funktion und Struktur des Gehirns hinterlassen die frühesten Erfahrungen mit Bindungs- und Bezugspersonen ihre Spuren, und zwar in Funktion und Struktur (Jungianisch gesprochen als Komplexe oder Repräsentanten, die Schematherapeuten würden von frühen maladaptiven Schemata sprechen). Besonders deutlich konnte dies für den Bereich des Motivationssystems nachgewiesen werden (LeDoux, 2002). Diese frühesten Erfahrungen sind nicht erinnerbar – dennoch steuern sie unser Verhalten und Erleben (siehe Kapitel 3, *Komplexe*). Das bewusste Erleben wird laut Grawe (2004) zwar von äußeren Einflüssen tangiert und beeinflusst, aber in weit höherem Maße von Assoziationen innerhalb des Gehirns (vgl. Raichle, 2006).

Für den therapeutischen Prozess bedeuten diese Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften, dass die Arbeit mit dem expliziten Funktionsmodus unumgänglich ist, gerade wenn es darum geht, Neues zu erlernen. Roth (2001) sagt, dass die wichtigste Funktion des Bewusstseins darin läge, Neulernen zu ermöglichen. Das Arbeitsgedächtnis spiele für neue Verknüpfungen neuronaler Gruppen und neue Musterbildungen und innerhalb der Neuronen die zentrale Rolle. Durch zunehmende Bahnung neuer Verknüpfungsmuster gewinnen diese zunehmend an Speicherkraft, sodass sich neues Wissen immer mehr automatisiert. Im therapeutischen Prozess stellt es sich jedoch so dar, dass schwierige Muster, weswegen die Patienten in Therapie sind, im impliziten Funktionsmodus ablaufen. Zwangsgedanken, Ängste, Depression werden nicht als gewollt und beeinflussbar erlebt. Vom impliziten Funktionsmodus aus beeinflussen diese Gefühle das Arbeitsgedächtnis unbewusst und lösen negative und ungewollte Gefühle und Gedanken aus. Veränderungen durch einen therapeutischen Prozess müssen daher laut Grawe (2004) im impliziten Modus stattfinden. Für den aber, dies sei nochmals besonders betont, der explizite

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

Funktionsmodus genutzt werden sollte. Ausgangspunkt für negative Gefühle liegen im impliziten Funktionsmodus folglich außerhalb des assoziativen Kortex (beispielsweise der Amygdala) (vgl. Raichle, 2006). Die zentrale Aufgabe in Bezug auf den therapeutischen Prozess bedeutet das Herstellen einer guten Beziehungsgestaltung, um einen Kontext für die Arbeit mit dem impliziten Gedächtnis im expliziten Funktionsmodus zu ermöglichen. Durch den Einsatz des Assoziationsexperiments können unbewusste, aber momentan ansprechbare Komplexe erfasst werden und in die therapeutische Arbeit aufgenommen werden. Der Proband stellt eine unbewusste Verknüpfung zwischen dargebotenem Reizwort aus dem Assoziationsexperiment und den in früher Kindheit angelegten Repräsentanten/Komplexen oder, wie die Schematherapeuten sagen würden, frühen maladaptiven Schemata her. Die Reaktion auf das Reizwort wird bei einem angesprungenen Komplex entsprechend eines bestimmten Gefühlstons gefärbt sein. Dies zeigt sich dann in verlängerten Reaktionszeiten oder dem „Vergessen“ eines assoziierten Worts aus dem ersten Durchlauf des Assoziationsexperiments (ausführlich beschrieben ist das Vorgehen bei der Durchführung des Assoziationsexperiments sowie die Ermittlung komplexbelasteter Wörter unter Kapitel 9.1-9.2).

Jung betont immer wieder, dass die Auseinandersetzung mit den Komplexen etwas Positives, für den Individuationsprozess Unabdingbares ist, da das energetische Potenzial der Gegenpole zweier Komplexe den Libidofluss stimuliert und so schöpferisches Potenzial freisetzt. Die Sicht auf uns selbst vermittelt uns, dass wir rational handeln und unser Leben von Vernunft bestimmt wird. Der Bereich der psychischen Störungen zeigt aber, dass bei dieser Annahme eine Selbsttäuschung vorliegt. Psychische Störungen werden erlebt als etwas, das erlitten wird, als etwas, das nicht dem bewussten Ich unterliegt – etwas, das einem übergestülpt wurde. Aber: Diese Störungen sind ein Teil des Selbst, des impliziten Selbst, auch wenn sie vom bewussten Ich kategorisch abgelehnt werden (Grawe, 2004). Die im impliziten Gedächtnis

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

gespeicherten emotional bedeutsamen Erfahrungen werden mit affektiven, motivationalen und aktuellen somatischen Zuständen verknüpft und können mithilfe projektiver Methoden zum Ausdruck gebracht werden. Im Umgang mit einem Patienten ist die interessante Frage, welche Verknüpfung er zwischen Reizwort und Reaktion konstruiert – welcher Komplex im Meer des Unbewussten sichtbar wird.

Gerade für den therapeutischen Prozess wäre es nach Grawe (2004) „naiv“, nur mit dem Bewusstsein zu arbeiten, da die meisten neuronalen Prozesse implizit funktionierten – vorrangig insbesondere bei motivationalen und emotionalen Inhalten. Das, was bewusst abläuft, stelle nur einen geringen Teil des Ganzen dar. Rein mit expliziten Funktionsmodi zu arbeiten wäre, als würde man „eine weite Landschaft durch einen schmalen Sehschlitz“ (Grawe, 2004, S. 128) betrachten.

Der Einsatz projektiver Verfahren bietet die Möglichkeit, einen Eindruck über die Gesamtpersönlichkeit zu gewinnen. Im folgenden Kapitel wird der Bereich der projektiven Verfahren auch im Hinblick auf das implizite Gedächtnis beleuchtet sowie eine kritische Betrachtung der Objektivität versus Subjektivität vorgenommen.

5.3 Projektive Tests - Eine Einführung

Die Entstehungsgeschichte der meisten projektiven Tests findet sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die Experimente Wilhelm Wundts und Francis Galton mit Wortassoziationen (vgl. Kapitel 6.2) lassen sich in der experimentellen Epoche der Historie der Psychodiagnostik um 1890-1905 als Grundsteine für projektive Verfahren ansiedeln (siehe Kapitel 9.8). Sigmund Freuds „Traumdeutung“ (1900) und seine Methode des freien Assoziierens (siehe Kap. 6.9) öffneten den Blick für das Unbewusste und prägten für lange Zeit den Begriff der Projektion. Freud beschrieb Projektion als eine Verschiebung innerer Ängste auf eine äußere Gefahr und sah dies als verantwortlich für die Entstehung einer Angstneurose. Er beschrieb Projektion als Abwehrmechanismus, um Ängste einerseits zu verringern und andererseits eige-

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

ne unerwünschte Impulse auf andere Personen zu übertragen. Später hat er sein Projektionsverständnis erweitert: Die Projektion nach außen diene der „Ausgestaltung der Außenwelt“ und sei nicht unbedingt etwas Neurotisches. 1910 veröffentlicht Jung seine Assoziationsstudien, die er mithilfe des Assoziationsexperiments durchgeführt hat und konzipiert die Komplextheorie sowie das Konzept des dynamischen Unbewussten. Wohl aber den Meilenstein für projektive Verfahren legte der Schweizer Psychiater Hermann Rorschach (1884–1922) mit seinen zehn Bildtafeln des Rohrschachttests. Hierbei werden dem Probanden zehn Tafeln mit symmetrischen Tintenklexen vorgelegt, zu denen der Patient seine Einfälle äußern soll.

Der Sammelbegriff „projektive Methoden“ geht auf Frank (1939) zurück. Er postuliert den Projektionsbegriff allgemein und versteht darunter die Abbildung der Innenwelt eines Patienten auf die Außenwelt durch eine projektive Methode (vgl. Fisseni, 2004). Eine allgemeine Definition des Projektionsbegriffs stammt von Murstein und Pryer (1959), die beschreiben, dass Projektion dann vorliege, wenn ein Individuum ein Verhalten manifestiere, das auf emotionale Inhalte und Bedürfnisse hinweise. Fischer und Wiswede (2009) stellen hinsichtlich des Einsatzes projektiver Verfahren zusammenfassend Ergebnisse aus experimentellen Studien dar, die belegen, dass Emotionen, Motive und Bedürfnisse unsere Wahrnehmungen unbewusst lenken, und zwar um so stärker, je offener die Aufgabenstellung eines Tests ist.

Wie in Kapitel 5 dargestellt, bestätigen Neurowissenschaften die Bedeutung unbewusster Prozesse auf die Wahrnehmung. Diejenigen Abschnitte unseres Gehirns, die für Erinnerungen, Bedürfnisse, Gefühle und Wünsche zuständig sind, sind weitaus stärker ausgebaut als diejenigen Areale, die für das „Außen“ zuständig sind. Grawe (2004) beschreibt, dass während der Wahrnehmung eines äußeren komplexen Reizes (im Zeitraum von 300 ms) eine rasche, unbewusste und komplexe Verarbeitung

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

von Reizen stattfindet. Die subjektive Bedeutung der Wahrnehmung sowie die Reaktion darauf sei das Ergebnis einer Rückkopplung zwischen Gedächtnis- und Bedürfnissystem. Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Bedürfnisse, innere Bilder und Motive sowie subjektive Bedeutungen unsere Wahrnehmung entscheidend mit beeinflussen.

In den 1960er Jahren erfuhren projektive Verfahren eine feste Verankerung in Klinik und Lehre der Psychiatrie und Psychologie. Wittkowski (2011) stellt in einer Übersicht dar, dass in amerikanischen Fachzeitschriften konstant weiter über projektive Verfahren publiziert würde, während in den deutschsprachigen Fachzeitschriften die Publikationen zwischen 1970 und 1978 von 17 auf 5 Prozent gesunken seien. Dies wirft die Frage auf, wie in einer immer komplexer werdenden Welt den Fragen der Diagnostik Rechnung getragen wird. Eine Diagnostik, die rein störungsspezifisch fokussiert ist, birgt die Gefahr, wichtige Zusammenhänge und Dynamiken zu übersehen, die nicht von vornherein naheliegend sind. Die Diskussion um Objektivität versus Subjektivität projektiver Verfahren soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

5.3.1 Projektive Verfahren in der Kritik – Ein Paradigmenwechsel

Wie projektive Verfahren wissenschaftlich zu beurteilen sind, teilt die Psychologie und Pädagogik schon lange in zwei Lager. Die klassische Testtheorie legt bestimmte Testgütekriterien als Qualitätsmerkmale zugrunde. Objektivität, Reliabilität und die Validität gelten als grundlegend für einen standardisierten Test. Nur wenn diese Kriterien erfüllt sind, wird der Test als „aussagekräftig“ bezeichnet.

Die projektiven Verfahren hingegen basieren nicht auf einer einheitlichen Testtheorie. Die Aufgabenstellung ist meist offen, Antworten sind nicht vorgegeben, sondern erfolgen meist spontan, und die Auswertung zeichnet sich durch Individualität aus, die meist einem subjektiven Deutungsprozess unterliegt. Nach Fisseni (2004) verfügt so gut wie kein projektiver Test über Normdaten. Gerade die vermeintlich fehlende

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

Normierung projektiver Verfahren, der als wissenschaftstheoretischer Vorwand vorgebracht wird, könnte als Paradigmenwechsel in der Psychologie und Psychiatrie gesehen werden: Seit etwa den 50er Jahren gewannen Testgütekriterien und quantitatives Vorgehen enorm an Bedeutung. Die bis in die 1960er und 1970er Jahre dominierende phänomenologisch und psychoanalytisch fokussierte Psychiatrie wurde durch die Mental-Health-Bewegung und die Sozialpsychiatrie in den USA und Europa abgelöst. Durch diesen Paradigmenwechsel wurden gesamtgesellschaftliche Gründe für die Entstehung psychischer Krankheiten fokussiert - individuelle Aspekte rückten in den Hintergrund.

Ein sicherlich bedeutender Faktor für das Zurücktreten projektiver Diagnostik war die Verhaltenstherapie die sich seit den 1960er Jahren aus dem Behaviorismus entwickelte und psychodynamische Sichtweisen in den Hintergrund drängte. Humanistische Modelle rückten seit der 1960er Jahre in den Vordergrund und schärften den Blick für die im Patienten liegenden Ressourcen und wendeten den Blick von Defizit und Krankheit ab. Dadurch verlor die Testdiagnostik insgesamt an Aufmerksamkeit. Mit Sicherheit ist auch die ICD (International Classification of Diseases) als Klassifikationssystem psychischer Krankheiten neben der DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der Weltgesundheitsorganisation mit verantwortlich für den Paradigmenwechsel in der Psychologie (vgl. Wienand, 2016). Die ICD basiert auf einem deskriptiven theoriefreien Ansatz, der messbare Kriterien zugrunde legt. Wittkowski (2011) schreibt, dass Verfechter projektiver Verfahren insofern auf diese Kritik reagieren, als sie versuchen, projektive Tests zu quantifizieren, und leider nicht Kriterien heranzuführen, die dem qualitativen Paradigma entsprechen, wie die Methode der Datensitzung, wie in Kapitel 9.6 (Methode der gesprächsanalytischen Datensitzung) angewendet und beschrieben.

5.3.2 Objektivität vs. Subjektivität projektiver Verfahren in ihrer diagnostischen Bedeutung

„Eine komplexe Welt erfordert eine komplexe Diagnostik.“

(Wienand, 2016, S. 19)

Wie in Kapitel 9.8 ausgeführt, sind in den deutschsprachigen Fachzeitschriften die Publikationen deutlich in Bezug auf projektive Testverfahren, gesunken. Dies wirft die berechtigte Frage auf, wie in einer immer komplexer werdenden Welt die Frage nach einer entsprechenden Diagnostik beantwortet werden kann. In der Diskussion um die Wissenschaftlichkeit zeichnet sich die historische Kontroverse um Geisteswissenschaft versus Naturwissenschaft ab (vgl. Warnke, 1993; Kleining, 1995; Wienand, 2016).

Eine psychometrische Diagnostik zielt auf eine objektivierbare und genaue Messung von psychischen Merkmalsausprägungen. In Schul- und Leistungstests gilt dieses Verfahren beispielsweise als erfolgreich. Subjektivität wird weitest möglichst ausgeschlossen. Eine rein störungsspezifische Diagnostik via standardisierter Instrumente läuft Gefahr, wichtige Zusammenhänge und Dynamiken zu übersehen, da sie unter Umständen im Verborgenen liegen. Manualisierung und Objektivierung entsprechen derzeit dem Zeitgeist, scheinen effektiv und ökonomisch. Dies impliziert aber auch die Gefahr, das Individuelle in der Individuation zu unterdrücken oder einfach unbeachtet zu lassen. Im Hinblick auf die standardisierten Instrumente heißt „Objektivierung“, Bezug zu einem Normwert, zu einem Durchschnitt zu nehmen. Die Analytische Psychologie und Therapie interessiert sich aber gerade für das individuell Abweichende, das für den Individuationsprozess von großer Bedeutung ist.

Mittlerweile auch neurobiologisch begründet stellen projektive Verfahren eine Methode dar, die Vorstellungen, innere Bilder, Imagination, kreative, schöpferische und spirituelle Gestaltungen anregen und das Potenzial eines Patienten freilegen kön-

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

nen. Die im impliziten Gedächtnis gespeicherten emotional bedeutsamen Erfahrungen werden mit affektiven, motivationalen und aktuellen somatischen Zuständen verknüpft und können mithilfe projektiver Methoden zum Ausdruck gebracht werden. Narrativ oder als Bild können diese Inhalte dargestellt, interpretiert und verstanden werden (vgl. Wienand, 2016).

Objektive Daten unterliegen eben auch dem Verzicht auf wertvolle Informationen. Der Ausprägungsgrad einer Angstneurose wird ebenso wenig erfasst wie die Entwicklung der Störung an sich. Der psychodynamische Aspekt bleibt gänzlich unbeachtet (vgl. Warnke, 1993). Wienand (2016) betont, dass objektive Instrumente „hypothetische Konstrukte“ messen, die die Motivation eines Patienten voraussetzen zu reflektieren und ihre Befindlichkeit offen mitzuteilen. Plaum (1996) postuliert, dass Fragebögen anfällig seien für bewusste und unbewusste Beeinflussung der Ergebnisse hinsichtlich bestimmter Ziele. Zum einen kann bewusst dissimuliert werden im Sinne von „faking good“, d.h. die Person kreuzt zwar an, sie habe keine psychische Belastung, tatsächlich ist sie aber belastet. Zum anderen ist es möglich, bewusst eine Belastung im Sinne von „faking bad“ vorzutäuschen (Franke, 2014). Wienand (2016) plädiert für einen reflektierten Einsatz projektiver Verfahren als einen qualitativ-heuristischen Suchprozess, indem sich unterschiedliche diagnostische Methoden gegenseitig ergänzen.

Nach Kleining (1995) gelten Validität, Reliabilität und Geltung als Prüfvariablen qualitativ-heuristischer Vorgehensweisen – jedoch anders verstanden als bei den quantitativen Verfahren: Die Validität ergibt sich aus der Schlüssigkeit der interpersonellen und kommunikativen Interaktion innerhalb des dialogischen Prozesses zwischen Therapeut und Patient. Bei der Reliabilität sollen keine Messfehler verwässert werden, sondern es geht vielmehr darum, die eingesetzte Methode flexibel anzupassen, Gemeinsamkeiten und Abweichungen zu analysieren und eine intersubjekti-

Das implizite Gedächtnis als Speicher unbewusster Komplexe frühester Erfahrungen

ve Übereinstimmung zu erreichen.

Wichtig zu betonen ist an dieser Stelle, dass Abweichungen als ein grundlegender Bestandteil der Subjekt-Objekt-Differenz verstanden werden. Die Geltung der Ergebnisse erschließt sich aus dem Einbezug aller erhobenen Daten und Erkenntnisse. Das Gesamtbild erschließt sich letztendlich wie ein Puzzle aus Symptomatik, Anamnese, Ergebnis der projektiven Verfahren, aus psychodynamischen Erkenntnissen und Übertragungsprozessen. Kleining (1995) betont, dass die vermeintliche Objektivität nicht aus der „Ausmerzung“ der subjektiven Einflüsse bestehe, sondern vielmehr aus heuristischen Evaluationen, welche in reflektierten Prozessen und im Austausch mit Kollegen sich als Hypothesen dem Krankheitsbild eines Patienten annähern mit dem Anspruch, ein möglichst objektives Gesamtbild einer Person zu erfassen, das eigene Übertragungen und Projektionen soweit als möglich reduziert.

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, bietet sich das Assoziationsexperiment sehr gut an, um ein Gesamtbild einer Person hinsichtlich Ressourcen und Potenzial, aber auch der unbewussten Komplexlandschaft zu eruieren. Im folgenden Kapitel wird das Assoziationsexperiment gemäß C. G. Jung dargestellt und eingehend erörtert.

6 Das Assoziationsexperiment nach C. G. Jung

In diesem Kapitel wird die Entstehungsgeschichte des Assoziationsexperiments von C. G. Jung beleuchtet. So werden die von Jung konzipierte Reizwortliste sowie die Ergebnisse aus seinen Assoziationsstudien beschrieben. Weiterhin zeigt Kapitel 6.8 die Möglichkeiten der Anwendungsbereiche des Assoziationsexperiments auf. Die von Sigmund Freud hervorgebrachte Methode des freien Assoziierens wird in einer Einführung der Begriffe in Kapitel 6.9 erklärt. Zunächst aber wird mit der Klärung des Begriffs „Assoziation“ begonnen.

6.1 Assoziation – Eine Begriffsklärung

Bevor auf Klärung des Begriffs der *Assoziation* von Seiten der Jungianer Samuels, Shorter, Plaut (1989) und von C. G. Jung selber eingegangen wird, folgen zunächst die Definitionen gemäß Brockhaus Psychologie (2001) und nach Dorsch - Das Psychologische Wörterbuch (1998):

Der Brockhaus (2001, S. 56) definiert „*Assoziation*“ folgendermaßen:
„**Assoziation**“ [zu lat. *associare* „beigesellen“, „vereinigen“]: die Verbindung von Bewusstseinsinhalten (Vorstellungen, Gedanken, Begriffe), wodurch das Auftreten des einen das des anderen, damit assoziierten Inhalts nach sich zieht. Das Auftauchen eines Elements im Bewusstsein bewirkt die Erinnerung an das damit verknüpfte Element.“

In Dorsch - Das Psychologische Wörterbuch (1998, S. 70) findet sich folgende Definition:

„**Assoziation**“ [lat. *socius Verbündeter*, neulat. *Vergesellschaftung*, J. Locke] eine Verknüpfung seelischer Inhalte, die sich darin zeigt, daß das Auftreten des einen das Bewußtwerden des anderen (mit ihm assoziierten) nach sich zieht oder wenigstens

begünstigt. Ursprünglich und i.e.S. bezieht sich der Begriff A. auf die Verbindung von Vorstellungen („Ideenassoziation“), es können sich aber auch andere seelische Vorgänge bzw. Inhalte miteinander verbinden, z. B. Vorstellungen mit Gefühlen.“

Die Jungianer Samuels, Shorter, Plaut (1989) beschreiben die Assoziation als „eine spontane Verbindung von Vorstellungen, Wahrnehmungen, Bildern und Phantasien gemäß bestimmter persönlicher und psychologischer Themen, Motive, Ähnlichkeiten, Gegensätze oder Kausalitäten“. Jung (1979, S. 13) schreibt, dass „der Assoziationsvorgang ein außerordentlich flüchtiger und variabler psychischer Prozess (ist); er steht unter dem Einfluss unzähliger psychischer Ereignisse, die sich der objektiven Kontrolle entziehen“. Hinsichtlich des komplexen psychischen Vorgangs beim Assoziieren überlegten Jung und seine Mitarbeiter (1979), ob es nicht sinnvoller wäre, das Wort „Assoziation“ ganz wegzulassen und dafür von „sprachlicher Reaktion“ zu sprechen. Der äußerliche Zusammenhang von Reizwort und Reaktion sei viel zu grob, als dass er ein absolut genaues Bild von den außerordentlich komplizierten psychischen Vorgängen, den eigentlichen Assoziationen, geben könnte. Jung weist darauf hin, dass das Reizwort lediglich den „Reiz sensu strictiori“ darstellt – und daher bloß ein Symptom psychischer Vorgänge bildet (1979, S. 20).

Ganz allgemein basieren Assoziationstests auf der Grundlage, dass der Mensch jederzeit imstande ist zu assoziieren, dass seine Vorstellungen miteinander verknüpft sind, folglich eine Vorstellung eine andere ins Gedächtnis ruft (Jung, 1979).

Es wird zwischen Tests unterschieden, bei denen die Versuchsperson frei zu einem dargebotenen Reizwort assoziieren soll, und solchen, bei denen es bestimmte Vorgaben gibt. Bei Ersterem wird von „*freien Assoziationen*“, „*free associations*“ oder „*chance tests*“ gesprochen. Bei Letzterem handelt es sich um „*kontrollierte*“ oder „*gelenkte*“ Assoziationen. Die Versuchsperson wird beispielsweise aufgefordert, mit einem Synonym, einem Begriff gegenteiliger Bedeutung oder oder Ähnlichem, zu

antworten (Fröhlich, 2010).

Wortassoziationstests werden im Bereich der Sprachforschung, der Gedächtnisforschung, in der Persönlichkeitsforschung in der therapeutischen und beraterischen Praxis und zum Vergleich von kulturellen Eigenschaften eingesetzt. Ziel des in dieser Arbeit angewendeten Assoziationstests ist es, aus dem Meer des Unbewussten einzelne, momentan ansprechbare Komplexe sichtbar zu machen.

6.2 Historische Entwicklung des Assoziationsexperiments

Die Vorstellung, dass Assoziationen von basaler Bedeutung für unsere Denkprozesse sind, lässt sich bis zu Aristoteles zurückverfolgen. In seiner Schrift „De memoria“ stellte er bereits verschiedene Assoziationsgesetze auf. „Die primären Assoziationsgesetze beziehen sich auf *Nähe* (Kontiguität) und Ähnlichkeit, die sekundären auf das [...] *Primat* Vorrangigkeit, die *Neuheit* oder Frische, die *Häufigkeit* des Auftretens der Elemente und die *Anschaulichkeit*“ (Fröhlich, 2010. S. 78). Jedoch wurden die Assoziationsstudien erst mit der empirisch-naturwissenschaftlichen Strömung des 17. und 18. Jahrhunderts wiederbelebt. Eine wichtige Rolle nahm hier der britische Empiriker David Hume (1711-1776) ein, der mit seiner Publikation „Treatise of Human Nature“ (1739-1740) das Interesse wieder auf die Assoziationstheorien lenkte (Hume, 2014 und Herring, 2013).⁶ Er beschreibt, dass es „offenbar ein Prinzip der Verknüpfung (connexion) verschiedener Gedanken und Vorstellungen des Geistes [gibt], und wenn sie im Gedächtnis oder in der Einbildungskraft erscheinen, führt eine die andere gewissermaßen methodisch und regelmäßig ein. Selbst in [...] unse- ren wirklichen Träumen, werden wir finden, [...], daß die Einbildungskraft nicht völlig

6 Nachdem das Erstlingswerk David Humes, „A Treatise of Human Nature“, „in der gelehrten Welt stillschweigende, aber entschiedene Ablehnung erfuhr (Herring, 2013, S. 9), vereinfachte Hume für die „An Enquiry Concerning Human Understanding“ (1758) die Form und setzte etwas andere Schwerpunkte. Hume eruierte drei Prinzipien der „Vorstellungsverknüpfung“: Die „Ähnlichkeit (Resemblance), raum-zeitliche Berührung (Contiguity) und Ursache oder Wirkung (Cause or Effect)“ (Herring, 2013).

planlos verlief, sondern daß es zwischen den verschiedenen aufeinanderfolgenden Vorstellungen doch noch eine Verknüpfung gab“ (Herring, 2013, S. 38-39).

In seiner ursprünglichen Form geht das Assoziationsexperiment auf Sir Francis Galton (1822-1911) zurück. Galton war ein britischer Naturforscher und Schriftsteller und hat sich als Erster wissenschaftlich um 1878 mit dem Wortassoziationsexperiment beschäftigt. Er führte es mehrfach an sich selbst durch, wobei er verschiedene Wörter verwendete und während des Assoziierens mit einer Stoppuhr seine eigene Reaktionszeit vom Moment des ersten Blickkontakts mit dem Reizwort bis zur Bildung der ersten Wortassoziation maß (Straub, Kempf, Werbik, 1997).

Galtons Wortassoziationsexperiment wurde später unter anderem von Wilhelm Maximilian Wundt (1832-1920), dem Begründer der Experimentalpsychologie,⁷ verwendet, um psychische Vorgänge zu beschreiben. Wundt gilt als Vater der empirischen, experimentellen und allgemeinen Psychologie (vgl. Walach, 2013). Er ging der Frage nach, was innerpsychisch auf dem Weg von der Perzeption (Sinneswahrnehmung) bis zu Apperzeption (Erkennen) geschieht (Fahrenberg, 2012; Lück, 2013; Lück und Miller, 1999). Der Psychiater und Schüler Wundts, Emil Kräpelin (1856-1926), führte schließlich das psychologische Experiment als Methode in die Psychiatrie ein.

An der Universitätsklinik Burghölzli in Zürich richtete Jung unter den strengen Augen Eugen Bleulers sein Interesse nach der Jahrhundertwende (1904-1910) auf die diagnostische Verwendung des Assoziationsexperiments in der Psychopathologie (Jung, 1979). Sie konnten typische Reaktionsmuster für Krankheitsbilder der Psychiatrie aufzeigen. Jung (1915) fand bei seinen Untersuchungen gesunder Erwachsener mit

⁷ Wilhelm Wundt konzipierte schon früh, von dem Gedanken inspiriert, die Psychologie nach dem Vorbild der Naturwissenschaften zu gestalten, ein ihr angemessenes methodologisches Grundgerüst. Mit seinem psychologiehistorisch prägenden Werk *Grundzüge der physiologischen Psychologie* (1874/75) entwickelte er die Experimentalpsychologie zu einem eigenständigen Fachbereich. Er gründete mit dem Institut für experimentelle Psychologie im Jahre 1879 an der Leipziger Universität das erste psychologische Institut der Welt (Lück und Miller, 1999).

dem Assoziationsexperiment heraus, dass die über dem wahrscheinlichen Mittel liegenden Reaktionszeiten zum größten Teil durch das Auftreten von intensiven Gefühlsströmen verursacht seien, die auf Vorstellungskomplexe von individueller Bedeutsamkeit zurückzuführen sind.

Durch die Assoziationsstudien Jungs (1904-1910) entwickelte sich der Assoziations-test zu einer projektiven Methode zur Ermittlung unbewusster psychischer Konstellationen. Die Untersuchungen wurden in den zwei Bänden „Diagnostische Assoziationsstudien“ (Jung, 1979) zusammengefasst und veröffentlicht und bilden bis heute die Grundlage für die Psychologie Jungs.

6.3 Die Reizwortliste nach C. G. Jung

Jung konzipierte als Extrakt aus seinen Forschungen, mit insgesamt 12.400 Assoziationen, eine Reizwortliste mit hundert Wörtern. Vorerst hatte er eine Liste mit beliebigen Wörtern zusammengestellt und in den Anfängen des Assoziationstests gab es unterschiedliche Listen mit verschiedenen Wörtern und in unterschiedlicher Länge. Für die endgültige Liste hatte Jung Goethes Werther herangezogen und festgestellt, dass auf zwei Substantive immer ein Verb und ein Adjektiv folgen (Jung, 1979; Kast, 1988a). So konzipierte er die Wortfolge für sein Experiment entsprechend. Diese Anordnung scheint sich bewährt zu haben, da jede Wortart eine andere Befindlichkeit in uns hervorruft.

Jung erwähnte immer wieder, dass die Wörter in der Liste austauschbar seien. Es schien für ihn demnach nicht wesentlich gewesen zu sein, welche Wörter in der Liste vorkommen, was aus dem Komplexgedanken heraus auch nachvollziehbar erscheint: „Jeder Komplex greift auf verschiedene Bedeutungsgehalte über, man hat also von ganz verschiedenen Wörtern her eine Chance, einen Komplex zu konstellieren“ (Kast, 1988a, S. 222). Wichtig ist aber, dass die Wörter des Assoziationstests möglichst vieldeutig sind, sodass der Patient die Möglichkeit hat, mit der eigenen Er-

fahrungswelt daran anzuknüpfen.

Die Untersuchung mit dem Assoziationsexperiment fand unter experimentellen Bedingungen statt, sodass „Störungen“ beim Assoziieren und beim Erinnern auf vorhandene Komplexe zurückgeführt werden konnten. Die Reizwortliste wurde in einem ersten Durchgang dem Patienten vorgelesen und er wurde daraufhin aufgefordert, zu jedem Wort die erste Assoziation, die ihm in den Sinn kam, zu äußern:

„Antworten Sie so rasch wie möglich mit dem ersten ihnen einfallenden Wort.“ Jung bemerkte:

„Diese Instruktion ist so einfach, daß sich jedermann daran halten kann. Auch ist die Aufgabe enorm leicht, so daß man eigentlich erwarten könnte, daß jedermann mit größter Leichtigkeit und Promptheit sich dieser Aufgabe entledigen könnte. Wider Erwarten verhält es sich aber anders.“ (Jung, 1979, S. 463)

Die Assoziationszeit wurde gestoppt und das genannte Wort aufgeschrieben. Bei einem zweiten Durchgang ging es darum, zu schauen, an welche der assoziierten Wörter sich der Patient erinnern konnte. Das erste, was den Wissenschaftlern auffiel, waren die verlängerten Reaktionszeiten. Aus weiteren qualitativen Erhebungen extrahierte Jung schließlich die sogenannten „Störungsphänomene“.

Als Störungsphänomene galten längere oder kürzere Reaktionszeiten, ausgehend von dem ermittelten Median aller Reaktionszeiten, falsches oder kein Erinnern an das assoziierte Wort sowie auffällige Reaktionen, beispielsweise Kopf- und Handbewegungen, Lachen, Seufzen, Kommentare oder andere emotionale Reaktionen. Zu den Wörtern, die als „gestört“ galten, wurde gemeinsam mit dem Patienten der Kontext erhoben. Die Kontextaufnahme zu einem Wort mit „Störungsphänomenen“ soll zeigen, in welchem Assoziationsgefüge und in welchem emotionalen Zusammenhang dieses Wort steht.

6.4 Ergebnisse aus Jungs Assoziationsstudien

Jung kam durch seine Assoziationsstudien zu grundlegenden Schlüssen, die für die weitere Komplexforschung maßgeblich wurden. Die von Freud (1904) in „Zur Psychopathologie des Alltagslebens“ und in „Die Traumdeutung“ (1900) beschriebenen psychischen Mechanismen konnten durch Jungs Forschungen weiter vertieft und bestätigt werden. Jung untersuchte vor allem die Bereiche der verzögerten Reaktionszeiten, der ausbleibenden Reaktionen und der falschen Reproduktion. Im Folgenden werden die Resultate Jungs (1979) aus seinen Assoziationsstudien zusammengefasst:

1. Die Zeitmessung ergab eine durchschnittliche Reaktionszeit von 1,8 Sekunden bei gebildeten und ungebildeten Versuchspersonen.
2. Jung (1979) wies nach, dass die über dem wahrscheinlichen Mittel liegenden Reaktionszeiten in der Regel durch das Auftreten von „intensiven Gefühlstönen“, die individuell bedeutsamen Vorstellungskomplexen angehören, verursacht sind. Der Grund der Reaktionsverzögerung ist spontan und meist unbewusst. Die verlängerten Reaktionszeiten können daher als Indiz zur Ermittlung affektbetonter, meist unbewusster Vorstellungskomplexe fungieren.
3. Häufig klingt die Störung erst nach der nächstfolgenden Reaktion ab, sodass diese auch Störungsindizien enthält, ohne dass sich die Störung auf dieses Reizwort bezieht. Jung (1979) spricht diesbezüglich von „Perseveration des Gefühlstons“. Als Reproduktionsstörung wird die falsche oder die ausbleibende Erinnerung im zweiten Durchlauf des Assoziationsexperiments verstanden. Unser Gedächtnis wird ja nachweislich durch affektive Faktoren beeinflusst. So beschreibt schon Lichtenberg im Jahre 1802: „Vergangener Schmerz ist in der Erinnerung angenehm, vergangenes Vergnügen auch, künftiges Vergnügen wieder, auch gegenwärtiges. Also ist's nur der

zukünftige und gegenwärtige Schmerz, was uns quälet - ein merkliches Übergewicht von Seiten des Vergnügens in der Welt“ (Lichtenberg, 1802, S. 84).

Besonders ist zu betonen, dass die Neigung, unangenehme, unlustbetonte Erinnerungen zu vergessen, sich erst bei erwachsenen Versuchspersonen zeigte. Jugendliche wiesen dieses Phänomen viel weniger deutlich auf. W. Peters (1907) konnte dieses Phänomen in experimentellen Studien belegen. Jung (1979) schreibt hierzu, dass wenn man nach Vollendung eines Assoziationsexperiments die Versuchsperson prüft, ob sie sich bei jedem einzelnen Reizwort der früher gegebenen Reaktion richtig erinnert, so stellt sich heraus, dass das Vergessen in der Regel bei oder unmittelbar nach Komplexstörungen stattfindet. Es ist folglich ein „Freud'sches Vergessen“. Das Verfahren ergibt somit wertvolle Komplexmerkmale (Jung, 1979). Das Vergessen sei in den meisten Fällen durch den mit der Assoziation verknüpften „Unlustton“ bedingt, dass heißt man vergisst vorrangig das Unangenehme, folglich auch das mit dem Unangenehmen Assoziierte (Jung, 1979).

Jung schreibt hierzu: „Die [...] amnestischen Sperrungen unseres Experiments sind nichts anderes als hysterische Amnesien in nuce“ (1979, S. 306). Die Inhalte unangenehmer Erinnerungen werden vergessen. Im Gegenteil können sie aber auch einen aufdringlichen Charakter haben, was sich im Assoziationsexperiment durch sehr schnelle Reaktionszeiten niederschlagen kann. Die Reaktionszeiten liegen dann über dem wahrscheinlichen Mittel oder es treten Stereotypen auf (sich wiederholende Assoziationen). Sehr kurze Reaktionszeiten und Stereotypen können ebenfalls Hinweise auf Komplexe geben. Falsche Reproduktionen bleiben aber der häufigste Effekt von Emotionen. Diese Tatsache ist vor allem für die Forensik von besonderer Bedeutung und wird von jeher im Kreuzverhör eingesetzt. Über den skizzierten Mechanismus wird der Verdächtige zu widersprüchlichen Aussagen gebracht.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass verlängerte Reaktionszeiten und

Reproduktionsstörungen mit ungefähr doppelt so vielen Komplexmerkmalen behaftet sind als korrekt reproduzierte Reizwörter (Kast, 1988; Schlegel, 1979; Jung, 1979). Jung konnte somit mit seinen Assoziationsstudien bereits um 1907 die Existenz eines dynamischen Unbewussten nachweisen. In seinem Buch *„Empirie des Unbewussten“* stellt C. A. Meier (1994) die Resultate des Assoziationsexperiments detailliert zusammen. Besonderen Fokus legt er auf die klinischen und experimentellen Forschungen Jungs unter zentraler Betrachtung des Assoziationsexperiments. Die Ergebnisse der „Zürcher Schule“ werden im folgenden Abschnitt ausführlich beschrieben.

6.5 Die Zürcher Schule

Bei der „Zürcher Schule“ handelte es sich um eine Gruppe psychoanalytisch orientierter Psychiater, denen auch Bleuler und Jung angehörten. Neben den bekannten Persönlichkeiten waren es wohl die gründlichen quantitativen Untersuchungen der Störungsphänomene im Assoziationsexperiment, die als Grundlage für die Entwicklung der Komplextheorie gelten.

Beim Assoziationsexperiment wurden die gestörten Reizwörter zusammengefasst und daraus eine Hypothese für das vorliegende Krankheitsbild entwickelt. Im Sinne der von Freud angewandten Methode des freien Assoziierens wurde zu den gestörten Wörtern der Kontext erhoben. Der Komplex selber erwies sich als von großer Emotionalität geladen und konnte nicht nur Gedächtnisstörungen, sondern auch psychogene Symptome verursachen. „Des ‚Pudels Kern‘ allerdings war jeweils sorgfältig als Geheimnis gehütet, ja oft völlig unbewusst, d.h. verdrängt (Freud). Bei extremer Intensität der emotionalen ‚Ladung‘ des Komplexes konnte man ihn sogar als pathogen, d.h. krankheitserzeugend, ansprechen“ (Meier, 1994, S. 168-169).

Jung und Bleuler vertraten sogar die Ansicht, dass möglicherweise auch bei Schizophrenie (damals Dementia praecox) die Komplexe verantwortlich waren. Die Anre-

gungen hierfür gingen u.a. auf Freuds Versuch einer Analyse des berühmt gewordenen Falls von Daniel Paul Schreber, ehemaliger königlich-sächsischer Senatspräsident, zurück, der als Schizophrener seine Krankheitsgeschichte zur Selbstverteidigung publiziert hatte.

Durch rein experimentelle Untersuchungen Jungs mit quantitativer Bestätigung konnten Freuds Schlüsse über die Bedeutung des Unbewussten bei der Entstehung geistiger Störungen belegt werden.

Zusammenfassend hat die Zürcher Forschung ergeben, dass

- der assoziative Vorgang unwillkürlich ist.
- sich aus den Assoziationen eine psychologische Typologie ableiten lässt, die später von Jung als extrovertierter und introvertierter Typus bezeichnet wurde.
- sich das Unbewusste durch Störungen manifestiert und sich daraus Komplexmerkmale ableiten lassen.
- sich Freuds Methode des „freien Assoziierens“ zur Aufdeckung verdrängter Inhalte durch die Forschungen quantitativ bestätigen lässt.
- die Emotion als dynamischer Anteil für Komplexmerkmale ausschlaggebend ist.

Wegen des Zerwürfnisses zwischen Freud und Jung im Jahre 1913 hat sich die Zürcher Schule aufgelöst. Jung distanzierte sich von Freuds Psychoanalyse und bezeichnete seine Lehre fortan als Analytische Psychologie.

6.6 Die weitere Geschichte des Assoziationsexperiments

Es gibt in der Literatur kaum Hinweise darauf, warum Jung seine Assoziationsstudien nach seinen psychosenahen Erlebnissen, die er selber als „seelische Nachtmeer-

fahrt“ (1913-1918) bezeichnet, nicht weiterführte.

Da er sich nie vom Assoziationsexperiment distanziert oder begründet, warum er die Studien nicht weiterführte, lassen sich an dieser Stelle nur Vermutungen anstellen: C. G. Jung legte stets viel Wert darauf, „wissenschaftlich“ zu arbeiten (auch über Alchemie, wissend, dass das von vielen angezweifelt wird). In der Zeit, als er an seinen Assoziationsstudien arbeitete, war er als Arzt und Psychiater an der Klinik (Burghölzli, Schweiz) tätig. Das Assoziationsexperiment diente in der Alltagstherapie der präziseren Erfassung der hinter der präsentierten Symptomatik liegenden Komplexstruktur.

Durch den Bruch mit seinem einstigen Lehrer und seiner Vaterfigur Sigmund Freud durchlebt Jung in den Jahren 1913–1918 nach eigenen Worten eine tiefe psychische Krise, die er selber als „seelische Nachtmeerfahrt“ bezeichnete. Nach seiner schweren Krise beschreibt er seine als Jenseitig empfundenen Erfahrungen. Diese „jenseitigen“ Erfahrungen haben ihm vermutlich den Blick für die Spiritualität und Individuation, die Symbolwelten, wie Mythen, Märchen und Träume, der Alchemie als auch der Synchronizität geöffnet.

Nach seiner Krise verlegte er sein Interesse auf diese Themen (Jaffé, 2011, Shamdasani, 2003, 2012). Es scheint, als habe Jung, infolge des Bruchs mit Freud, seinen Fokus auf „größere“ Themen gerichtet: Er entwickelt seine Archetypenlehre, interessierte sich für Mystik und Alchemie sowie die Individuation an sich.

Die „kleine Alltagstherapie“ (normaler Klinikalltag, damit auch verbunden das Erfassen von Komplexen mit Hilfe des Assoziationsexperiments) war in seinen Augen dagegen sehr „klein“ und schien ihn zu langweilen. Da er über genügend finanzielle Möglichkeiten verfügte (seine Frau Emma Rauschenbach war sehr vermögend), war er auf normale Einkünfte nicht angewiesen und konnte sich seinen schöpferischen Energien und Impulsen zuwenden – was zweifelsohne die Analytische Psychologie

und Therapie sehr bereichert hat und die schöpferischen, kreativen und spirituellen menschlichen Fähigkeiten im Zusammenhang mit einem positiven, dem finalen Aspekt zustrebenden Menschenbilds inspirierte (vgl. Jaffé, 2011, Wehr, 2013, Shamasani 1998, 2003, 2012). Es scheint, als würde das Assoziationsexperiment in der klinischen Praxis weitgehend von der Traumdeutung abgelöst.

Wichtig zu betonen ist an dieser Stelle, dass das Assoziationsexperiment in Durchführung und Auswertung an einigen Ausbildungsinstituten nach wie vor einen Pflichtteil in der ersten Hälfte der Analytikerausbildung darstellt: Komplexlandschaften und einzelne „angesprungene“ Komplexe lassen sich durch das Assoziationsexperiment sehr deutlich zeigen. Das Experiment stellt so ein wichtiges Übungsmaterial dar, um den Umgang und das Diagnostizieren von Komplexen in beeindruckender Weise sichtbar und spürbar zu machen.

6.7 Psychophysiologische Variablen

Mit der experimentellen Entdeckung der Komplexe begann auch die Forschung hinsichtlich körperlicher Manifestationen, die durch einen getroffenen Komplex hervorgerufen werden. Es erfolgt ja immer eine emotionale Reaktion, wenn ein Komplex getroffen wird; somit scheint die Emotion das Bindeglied zwischen Körper und Psyche zu sein. Den Versuchsleitern fiel auf, dass bei kritischen Reaktionen psychomotorische Phänomene auftreten konnten, beispielsweise Körperbewegungen (auch tickartig), Zittern, starkes Schwitzen, Erröten und Erblassen, Tränen, Seufzen, Keuchen, Verlangsamung oder Beschleunigung der Atmung, Stottern oder Herzklopfen.

Es lag nahe, nun auch für die somatischen Symptome objektive Kriterien zu suchen und einzuführen. Teilweise gab es bereits um 1900 solche Methoden, wie den Sphygmograph zur Messung des Herz-Kreislauf-Systems und den Pneumograph für Atem- und Brustkorbmessungen. Auch hier sei wieder auf Jungs „Experimentelle

Untersuchungen“ (1979) und C. A. Meier (1994) verwiesen, der in seinem Buch „*Die Empirie des Unbewussten*“ Messmethoden und Resultate differenziert zusammenfasst. Als neuere Arbeit zur Untersuchung der psychophysiologischen Aspekte liegt die Dissertation von Mario Schlegel (1979) vor. Schlegel hat in seiner Arbeit eine eigene Reizwortliste normiert und psychophysiologische Aspekte beim Assoziieren, wie den Hautwiderstand, die Herzschlagrate, die Atmung, die Muskelaktivität oder das Lachen und das Bewegen untersucht. Auch er konnte eine deutliche Korrelation zwischen somatischen Reaktionen und berührten Komplexen nachweisen.

6.8 Anwendungsbereiche des Assoziationsexperiments

Kast (1988a) beschreibt drei mögliche Anwendungsbereiche des Assoziationsexperiments in der therapeutischen Praxis:

1. Diagnostische Erhebung zu Beginn einer Therapie

Durch den Einsatz des Assoziationsexperiments kann zu Beginn der Therapie ein Einblick in die aktuelle Problematik gewonnen werden. Dies trifft vor allem bei Patienten zu, die zwar ein Leiden verspüren, denen die Problematik jedoch völlig unbewusst ist. Das Assoziationsexperiment kann bei Kindern ab ca. zehn Jahren, bei Eltern und auch bei Paaren zur Ermittlung der Paardynamik angewendet werden.

2. Bei stockendem Therapieverlauf

Neben dem diagnostischen Effekt kann das Assoziationsexperiment der Therapie aufgrund seiner belebenden Wirkung auf das Unbewusste, dienlich sein. Wenn der Therapieverlauf ins Stocken gerät, weil wenig unbewusstes Material auftaucht, beispielsweise in Form von Träumen, kann es sinnvoll sein, das Experiment durchzuführen. Die Kontexterhebung kann vertieft und ausgeweitet oder es kann eine Imagination vorgenommen werden.

3. Kontrolle des Therapieverlaufs

Durch den Einsatz des Assoziationsexperiments kann geschaut werden, wie sich

während des Therapieverlaufs die Komplexbereiche verändert haben. Somit kann das Experiment als Prä-Post-Verfahren der Überprüfung des Therapieverlaufs dienen.

6.9 Methode des freien Assoziierens

Die Behandlungsmethode der freien Assoziation lässt sich auf Sigmund Freud (1856-1939) zurückführen und wird heute als „methodischer Geniestreich“ gewürdigt (Hölzer und Kächele, 2010). Der Begründer der klassischen Psychoanalyse und einstiger Lehrer und Weggefährte Carl Gustav Jungs beobachtete an neurotischen Patienten, dass die zunächst wirren und unzusammenhängend wirkenden Äußerungen mit dem jeweiligen Krankheitsbild in enger Verbindung standen. Er beobachtete dieses Phänomen bei weiteren Patienten und begann die Methode des freien Assoziierens auszuarbeiten und anzuwenden.

Allgemein wird der Patient beim freien Assoziieren aufgefordert, seine Einfälle zu Geschehnissen, Personen, Träumen und Symbolen unzensiert zu äußern, ihnen freien Lauf zu lassen. Die Assoziationen werden vom Therapeuten nicht bewertet oder kommentiert, sondern der Therapeut hat die Haltung der „freischwebenden Aufmerksamkeit“ inne. In der Psychoanalyse Freuds gilt die Behandlungstechnik der freien Assoziation als wichtigste Methode neben der Traumdeutung und der Analyse von Fehlleistungen, um Aufschluss über das Unbewusste zu erhalten (Freud, 2010; 1913).

Die Behandlungstechnik des freien Assoziierens basiert auf der Annahme Freuds, dass das Unbewusste die Handlungen eines Menschen sehr stark lenkt und beeinflusst. Verdrängte Gefühle, Regungen und Triebe, die der Abwehr unterliegen, werden im Alltag durch das Ich und das Über-Ich gesteuert und einer unbewussten Zensur unterzogen. Durch diese Steuerung von Ich und Über-Ich wird vor Konflikten, die den geltenden Normen widersprechen würden, vorgebeugt. Konfrontationen

mit den sittlichen Ansprüchen der sozialen Normen einer Gesellschaft werden dadurch vermieden. Diese Zensur vermeidet weiterhin die Konfrontation mit traumatischen, schmerzhaften und verdrängten Gefühlen. Eine Konfrontation mit Selbstwertgefährdenden bedrohenden Gefühlen wird vermieden. Die mannigfaltigen aus dem ES kommenden Triebregungen, Affekte, Gedanken und Gefühle, die die psychische Stabilität gefährden könnten, werden abgewehrt. Auch gefährliche, sexuell unerwünschte Regungen werden davor bewahrt, an die Oberfläche zu gelangen (Freud, 2013). Teilweise sind diese Phantasien bewusst und werden in inneren Phantasien zugelassen – ein großer Teil aber bleibt im Unbewussten virulent und zeigt sich durch Fehlleistungen (vergessen, versprechen usw.), Träumen, neurotischen Symptomen als sogenannte Kompromissbildungen, die immer wieder durch die „Wiederkehr des Verdrängten“ (Freud, 2013) zutage treten. Ziel ist es, durch die Methode des freien Assoziierens die Abwehr und die Zensur zumindest teilweise aufzuweichen, um diagnostische und therapeutische Erkenntnisse über das Unbewusste und dessen Mechanismen zu erlangen.

Jung konnte mit seinen Assoziationsstudien bereits um 1907 die Existenz eines dynamischen Unbewussten nachweisen und so die Theorie Freuds und die Existenz des dynamischen Unbewussten bestätigen. Die Patienten werden nach Durchführung des Assoziationsexperiments aufgefordert, zu den „gestörten“ und komplexhaft besetzten Wörtern frei zu assoziieren (vgl. Kapitel 9.1.3). Verena Kast spricht bei diesem Vorgehen von der „Erhebung des Assoziationskontexts“ (Kast, 1980). Zeigt sich beispielsweise bei einem Patienten das Wort „dumm“ mit Komplexmerkmalen behaftet, so wird nach der Untersuchung gefragt:

„Was fällt Ihnen zu diesem Wort ein?“

„Welche Gedanken haben Sie zu ‚dumm‘?“

„Was verbinden Sie mit ‚dumm‘?“

Der Patient wird ermuntert, seine Einfälle, Gedanken, Gefühle, innere Bilder und Stimmungen frei zu äußern. Eine Alternative zu der freien Assoziation bildet die Methode der Imagination, wie dies Verena Kast (1980) beschrieben hat.

Als Beispiel sei hier zum Abschluss die Assoziation einer 56-jährigen Probandin (Probandin Nr. 15, siehe Anhang) zu dem Wort Mutter angeführt. Diese Assoziation gibt wichtige Hinweise auf die Beschwerden der Probandin:

Mutter: *Anwesend, aber nicht beteiligt, sie war bei meiner Geburt 20 Jahre und hat noch studiert. Sie war zu jung, sie wollte nur den Mann (meinen Vater) durch die Schwangerschaft an sich binden. Nicht liebevoll, bin halt versorgt worden. Mutter war von 6.30 Uhr bis 19.00 Uhr bei der Arbeit. Wenn ich sie fragte, ob sie mich mal in den Arm nehmen kann, war das sehr schwierig für sie. Nie Fragen, was ich gemacht habe. Vater hat sich nur um seine Karriere gekümmert. Keiner hat sich die Mühe gemacht, nach mir zu fragen. Als Strafmaßnahme, wenn ich mal nicht nur funktioniert habe, hat Mutter mich eine Woche ignoriert. Mutter hat keine Liebe erfahren und konnte daher auch keine Liebe geben.*

Das Beispiel verdeutlicht, wie durch die Methode der freien Assoziation wichtige biographische Information mitsamt der emotionalen Färbung eruiert werden können, ohne dass den Patienten das Gefühl beschleicht, abgefragt zu werden.

Im nächsten Kapitel werden der aktuelle Forschungsstand sowie empirische Ergebnisse zum Assoziationsexperiment und der Komplextheorie dargestellt.

7 Aktueller Forschungsstand und empirische Ergebnisse zum Assoziationsexperiment und zur Komplextheorie

In diesem Kapitel werden das Vorgehen bei der Datenbankrecherche sowie die abgerufenen Datenbanken beschrieben. In den Kapiteln 7.1 und 7.2 werden die Ergebnisse der Datenbankrecherche dargestellt: Diese enthalten Ergebnisse aus empirischen Studien, die im Zusammenhang mit Jungs Assoziationsstudien von Interesse sind. Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren, die im Hinblick auf die Komplextheorie interessant sind, werden in Kapitel 7.3 zusammengefasst dargestellt.

7.1 Datenbankrecherche

Nach dem Tod Jungs sind in der Analytischen Psychologie nur wenige Texte zu dem Thema des Assoziationsexperiments publiziert worden. Die dargestellten Publikationen basieren neben der konventionellen Literaturrecherche auf einer Datenbankrecherche an der Universität Konstanz. Anhand des Datenbank-Infosystems (DBIS) der Konstanzer Bibliothek für das Fach Psychologie wurden die Datenbanken *Psyndex*, *Psyarticals* und *PsycINFO* durchsucht.

- *Psyndex* ist eine bibliographische Datenbank des Leibniz-Zentrums für psychologische Information und Dokumentation (ZPID) zur psychologischen Literatur und zu Testverfahren sowie für die Nachbardisziplinen Psychiatrie, Medizin, Erziehungswissenschaften, Soziologie, Sportwissenschaft, Linguistik, Betriebswirtschaft und Kriminologie.
- In *Psyarticals* finden sich Artikel aus Fachzeitschriften nationaler und internationaler Herkunft.
- *PsycINFO* ist eine Datenbank der American Psychological Association (APA),

in der psychologische Texte ab dem 18. Jahrhundert erfasst sind. Diese Texte sind in Abstracts beschrieben.

Weiterhin wurden die frei im Web verfügbaren Datenbanken www.psychologie.org und www.PubMed.gov durchsucht.

Alle genannten Datenbanken wurden anhand folgender Begriffe und Begriffskombinationen durchsucht:

- Assoziation und C. G. Jung
- Assoziationsexperiment und C. G. Jung
- Assoziation
- Assoziation und Experiment
- Assoziationsexperiment
- Assoziationstest
- Assoziationsexperiment und Komplex
- Reaktionszeitmessung
- Assoziation und Reaktionszeit
- Assoziation und Komplex
- Assoziation und bildgebende Verfahren und fMRI
- Komplex und bildgebende Verfahren und fMRI

Die angeführten Schlagwörter wurden in verschiedenen Kombinationen in die Suchmaschinen eingegeben. Die Ergebnisse der Datenbankrecherche, die für die vorliegende Studie relevant sind, werden in den Abschnitten 7.2 und 7.3 zur Darstellung gebracht.

7.2 Empirische Ergebnisse über das Assoziationsexperiment seit 1979

In diesem Abschnitt werden die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse aus empirischen Forschungen hinsichtlich des Assoziationsexperiments und der Komplextheorie zusammenfassend beschrieben. Begonnen wird mit der frühesten Publikation, um dann nach Erscheinungsjahr aufsteigend mit der Liste fortzufahren.

Mario Schlegel normierte 1979 in seiner Dissertation „*Psychologische und psychophysiologische Aspekte des Assoziationsexperiments*“ eine eigene Reizwortliste. Schlegel erhob Normdaten mit einer Gruppe von hundert Versuchspersonen für eine eigene 50-Wortliste. Mit 66 Hochschulstudenten (23 weibliche und 43 männliche) untersuchte er folgende Variablen: 1. nicht verbale Variablen: Hautwiderstand, Herzrate, elektrische Muskelaktivität, Atmung, Lächeln, Körperbewegungen und 2. verbale Variablen: Reaktionszeit, Assoziation, Erinnerungszeit, Erinnern der Assoziation.

Die Reizwörter wurden automatisch, über Band dargeboten. Im ersten Durchlauf des Experiments wurde die Versuchsperson aufgefordert, mit dem ersten Wort zu antworten, das ihr in den Sinn kam. Beim zweiten Durchlauf sollte sich die Versuchsperson an das assoziierte Wort aus dem ersten Durchlauf erinnern.

Es wurden für alle Variablen die durchschnittlichen Reaktionen aller Versuchspersonen statistisch berechnet. Mit diesem Vorgehen konnte die Frage, welcher Zusammenhang zwischen den gemessenen Verhaltensvariablen besteht, beantwortet werden. Schlegel stellte fest, dass die einzelnen Reizwörter sehr unterschiedliche Reaktionsstärken der Versuchspersonen hervorriefen. Signifikante Korrelationen ergaben sich zwischen den beiden Präsentationen der Hautwiderstandsreaktion, der Herzrate, der Häufigkeit des Lachens, der Körperbewegungen und bei den Reakti-

onszeiten. Weiterhin konnten signifikante Korrelationen zwischen den Variablen Reaktionszeit, Erinnerungszeit, Streuung der Antworten, Anzahl vergessene Assoziationen, Hautwiderstandsreaktionen, Häufigkeit des Lächelns und der Körperbewegungen eruiert werden.

Als deutlichster Parameter assoziativer Prozesse stachen die Hautwiderstandsreaktion, die Reaktionszeit und die Körperbewegungen ins Auge. Dies lässt die Vermutung zu, dass emotionale Faktoren als stärkster Faktor für das gemessene Verhalten verantwortlich sind. Nachfolgende Tabelle (Abb. 4) zeigt die Zusammenfassung der Korrelationen aller erhobenen Variablen.

Die Reizwortliste von Schlegel weist ein möglichst breites Spektrum der Wörter von neutral bis emotional auf und enthält ebenso wie die Liste von Verena Kast (1988a) und die Liste von Jung (1979) ein breites Spektrum verschiedener Lebensbereiche (siehe Kap. 6.3). Schlegel orientierte sich hierbei weiterhin an der „Menninger Word List“ (Schlegel, 1979). Wie den Ergebnissen von Schlegel (1979) entnommen werden kann, liegt die durchschnittliche Reaktionszeit beim Assoziieren, wie bei Kast (1988a) und Jung (1979), bei 1,8 Sekunden (siehe Kap. 6.3). Die Reizwortliste von Schlegel (1979) sowie die Ergebnisse aus seinen Untersuchungen werden in Kapitel 9.1 (Kap. 9, *Methodisches Vorgehen*) ausführlicher dargestellt, da diese Liste auch für die vorliegende Studie eingesetzt wurde.

Aktueller Forschungsstand und empirische Ergebnisse zum Assoziationsexperiment
und zur Komplextheorie

Tau	p	nichtverbales Verhalten										verbales Verhalten			
		Assoziieren					Erinnern					Ass.		Erinnern	
		SRR	HRA	AA	HMA	SRR	HRA	LA	BA	LE	BE	RZ	ALPHA	RZ	EZ
SRR.				.004	.002		.002	.005	.01			.001	.01	.04	.01
HRA			.02	.04		.02	.03		.01			.006			
AA		.20					.04		.02						.03
HMA		.17					.008		.004		.02			.04	
SRR.		.28										.006	.02		
HRA		.20													
LA		.29			.21			.001	.03	.02					
BA		.25	.18	.24			.34	.002	.002	.02	.01	.05	.02		
LE		.23					.40	.29	.001	.01	.001	.002			
BE		.21	.21	.26			.19	.28	.32	.003	.04	.003	.01		
RZ		.35	.25	.20	.25		.20	.30	.23	.28	.001	.001	.001		
ALPHA		.23			.20			.24	.31	.18	.56	.01	.001		
EZ		.18		.17	.17			.16	.29	.28	.56	.50	.001		
V		.23	.19				.20	.22	.41	.35	.55				

Residuen der Werte pro Wort:
 SRR : Hautwiderstandsreaktionen
 HRA : Anzahl der Herzratenabnahmen
 AA : Durchschnittliche Anzahl Atemzüge
 HMA : Häufigkeit erhöhter Muskelaktivität
 LA, BA : Häufigkeit des Lachens
 LE, BE : Häufigkeit des Bewegens
 RZ : Median der Reaktionszeit
 ALPHA : Verteilungsmaß der Assoziationen
 EZ : Median der Erinnerungszeit
 V : Anzahl vergessene Assoziationen

Abbildung 4: Zusammenfassende Darstellung der Korrelationen aller Variablen.
Aus: Schlegel 1979, S. 89

Verena Kast, Jahrgang 1943, studierte Psychologie, Philosophie und Literatur. Sie promovierte in Jung'scher Psychologie und war Professorin für Psychologie an der Universität Zürich, Lehranalytikerin und Dozentin am C. G. Jung-Institut in Zürich. Kast war Psychotherapeutin in eigener Praxis und ist seit April 2014 Präsidentin des C. G. Jung-Instituts, Zürich (Küsnacht). Sie beschreibt in ihrem Lehrbuch „*Das Assoziationsexperiment in der therapeutischen Praxis*“ (1988) Anwendung und Auswertungsbeispiele und sie erstellte mit 40 Studenten eine eigene Reizwortliste. Diese Reizwortliste umfasst 50 Wörter. Sie übernahm die bewährte Wortfolge Substantiv, Verb, Substantiv, Adjektiv von Jung. Diese Wortfolge hat sich bewährt, da jede Wortart etwas anderes in uns anklingen lässt. Weiterhin übernahm Kast den Hinweis Jungs, die Wortfolge möglichst vieldeutig zu wählen, um den Patienten die Möglichkeit zu bieten, sich in seiner eigenen Welt auszudrücken. Sie konzipierten eine Liste in der die Wörter folgender Gebiete vorkamen: Beziehung, Körper, Eros, Sexualität, Intelligenz, Leistung, Aggression, Ängste, Geborgenheit, Besitz, Stimmungen, Freiheit, Gebundenheit (Kast, 1988a, S. 223). Kast wählte eine 50-Wortliste, da die Auswertung der Kontextaufnahme (siehe Kap.9.2.3), die ja den Hauptfokus des Tests ausmacht, sehr viel Zeit beansprucht. Es käme laut Kast (1988a) häufig vor, dass durch den Assoziationstest starke komplexbeladene Themen berührt werden und der Patient dann auch dazu träumt. Diese Träume aufzugreifen und zu bearbeiten ist natürlich sehr wichtig – bei der 100-Wortliste besteht leicht die Gefahr etwas zu übersehen. Bei der 50-Wort-Liste sei es einfacher, den Überblick zu behalten.

Auch Kast (1988a) konnte in ihrer experimentellen Untersuchung mit den Studenten Komplexmerkmale, wie Jung sie beschrieben hat, nachweisen. Die Zeitmessung ergab eine durchschnittliche Reaktionszeit von 1,8 Sekunden bei den Versuchspersonen. Die über dem wahrscheinlichen Mittel liegenden Reaktionszeiten waren durch das Auftreten von „intensiven Gefühlstönen“, die individuell bedeutsamen Vorstel-

lungskomplexen angehört, verursacht. Der Grund der Reaktionsverzögerung ist spontan und meist unbewusst. Die verlängerten Reaktionszeiten können daher als Indiz zur Ermittlung affektbetonter, meist unbewusster Vorstellungskomplexe dienen. Häufig klingt die Störung erst nach der nächstfolgenden Reaktion ab, sodass diese auch Störungsindizien enthält, ohne dass sich die Störung auf dieses Reizwort bezieht. Als Reproduktionsstörung wird die falsche oder die ausbleibende Erinnerung im zweiten Durchlauf des Assoziationsexperiments verstanden.

Unsere Gedächtnis wird ja durch affektive Faktoren nachweislich beeinflusst, durch die Neigung, unangenehme, unlustbetonte Erinnerungen zu vergessen. Dies konnte auch Kast in ihrer Studie nachweisen. Das Vergessen ist in der Regel bei oder unmittelbar nach Komplexstörungen zu beobachten. Das Verfahren ergibt somit wertvolle Komplexmerkmale. Jung schreibt hierzu: „Die [...] amnestischen Sperrungen unseres Experiments sind nichts anderes als hysterische Amnesien in nuce“ (1979, S. 306). Die Inhalte unangenehmer Erinnerungen werden zum einen vergessen und können im Gegenteil zum anderen auch einen aufdringlichen Charakter haben, was sich im Assoziationsexperiment durch sehr schnelle Reaktionszeiten niederschlagen kann. Die Reaktionszeiten liegen dann über dem wahrscheinlichen Mittel oder es treten Stereotypen auf (sich wiederholende Assoziationen). Sehr kurze Reaktionszeiten und Stereotypen können ebenfalls Hinweise auf Komplexe geben. Falsche Reproduktionen bleiben aber der häufigste Effekt von Emotionen. Zusammengefasst kann folglich gesagt werden, dass verlängerte Reaktionszeiten und Reproduktionsstörungen mit ungefähr doppelt so vielen Komplexmerkmalen behaftet sind als korrekt reproduzierte Reizwörter (Kast, 1988; Schlegel, 1979; Jung 1979).

Koreanische Wissenschaftler um Shin, Lee, Han, Rhi, (2005) gingen in ihrer Studie der Frage nach, welche Auswirkungen Komplexe auf den indirekten Lernprozess haben. Sie verwendeten für ihre Untersuchungen das Assoziationsexperiment von

Jung (hundert Wortliste) in koreanischer Version. Nachdem die Versuchspersonen das Assoziationsexperiment durchlaufen hatten, wurde mittels der Störungssphänomene (Fehler) aus dem Assoziationsexperiment eine individuelle Liste mit Reizwörtern erstellt, die Wörter enthielt, die komplexhaft besetzt waren. Weiterhin wurde aus den Wörtern, die keine Komplexmerkmale aufwiesen, eine neutrale Liste erstellt. Anhand dieser beiden Wortlisten als Stimulusmaterial führten die Wissenschaftler einen Serial-Reaction-Time-Test (SRT) durch. Beim SRT werden den Versuchsteilnehmer Serien visueller Reize präsentiert, die einem verborgenen Muster folgen.

Es wurde eine Experimentalgruppe und eine Kontrollgruppe gebildet: Der Experimentalgruppe wurde die Reizwortliste mit den komplexbesetzten Wörtern präsentiert, der Kontrollgruppe jeweils die Listen mit den neutralen Wörtern. Den Probanden wurde nun das Stimulusmaterial dargeboten und ihre Aufgabe war es, so rasch als möglich das zum visuellen Reiz passende Button zu drücken.

Die Wissenschaftler gingen davon aus, dass die Experimentalgruppe aufgrund des komplexhaft dargebotenen Materials länger bräuchte, um die verborgenen Muster zu erkennen, das heißt implizit zu lernen. Die Ergebnisse zeigten aber, dass die Experimentalgruppe deutlich kürzere Reaktionszeiten aufwies also schneller lernte, als die Kontrollgruppe.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Aktivierung unbewusster Komplexe der Experimentalgruppe die Aufmerksamkeit während des Versuchs deutlich erhöhte und so schneller reagiert werden konnte. Diese Studie könnte Jungs Theorie der Komplexe untermauern, da er ja postuliert, dass Komplexe alle psychische Energie bündelt und die volle Aufmerksamkeit auf sich zieht. Die aktivierten Komplexe drängen alles andere in den Hintergrund. Es war somit die Aufmerksamkeit des Unbewussten, das

die Reaktionszeiten während des Versuchs verkürzte und nicht eine bewusste Aufmerksamkeit. Die Wissenschaftler konnten zeigen, dass die Probanden nach einiger Zeit unbewusst das Muster erkennen, da sich ihre Reaktionszeiten messbar verkürzten. Die Aktivierung der Komplexe hat das implizite Lernen erleichtert, da es die mentale Energie bündelt – im Gegensatz dazu stören sie bewusste Prozesse.

Wie auch immer die Ergebnisse interpretiert und ausgelegt werden, so zeigen sie doch in jedem Fall, dass die durch das Assoziationsexperiment eruierten Komplexstimuli eine messbare Veränderung in der Reaktionszeit erwirken und komplexe Stimuli eine Auswirkung auf unbewusste emotionale Inhalte und auf den impliziten Lernprozess haben.

Vezzoli, Bressi, Tricarico, u.a. (2007) untersuchten in einer prä-post angelegten Studie Jungs Wortassoziationsexperiment in der klinischen Anwendung mit stationären Patienten zu Beginn einer Therapie und nach einem Jahr Behandlung. Die Wissenschaftler gingen davon aus, dass sich durch die psychotherapeutische Arbeit eine grundlegende Veränderung innerhalb der Komplexstruktur eines Patienten erreichen ließ, und konnten im Vergleich der beiden Messzeitpunkte nachweisen, dass sich durch die Psychotherapie die Komplexlandschaft positiv verändert hatte. Es zeigte sich, dass sich der Ich-Komplex deutlicher von den Elternkomplexen differenzierte und eine stärkere Kohärenz aufwies.

7.3 Empirische Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren

„Den Termin habe ich wohl vergessen!“ Diesen Schreck kennen die meisten Menschen vermutlich aus ihren Alltagserfahrungen. Sigmund Freud (1856-1939) hat sich mit dem Vergessen, Versprechen und Vergreifen intensiv auseinandergesetzt und spricht in diesem Zusammenhang von Fehlleistungen und Fehlhandlungen. Er ging davon aus, dass solche Fehlleistungen eine „verborgene Motivierung“ haben. Freud

(1919, S. 312) schreibt: „Der gemeinsame Charakter aber der leichtesten wie der schwersten Fälle, [...] liegt in der Rückführbarkeit der Phänomene auf unvollkommenes unterdrücktes psychisches Material, das, vom Bewusstsein abgedrängt, doch nicht jeder Fähigkeit, sich zu äußern, beraubt worden ist.“

Die Forschungsgruppe um Leon Petchkovsky (2013, 2011) liefert hier interessante Ergebnisse: Mit zwölf „gesunden“ Versuchspersonen wurde ein Assoziationsexperiment durchgeführt. Bei der Durchführung des Assoziationsexperiments wurden per fMRT-Verfahren (funktionelle Magnetresonanztomographie) aktivierte Hirnareale während komplexhafter Reaktionen beim Assoziieren sichtbar gemacht. Die Forschungsgruppe konnte zeigen, dass es bei komplexbehafteten Wörtern typische Aktivierungsmuster gab. Das fMRT-Aktivationsmuster zeigte sich durchgängig bei komplexbesetzten Wörtern aktiviert (korrigierte Z-Werte zwischen 4.90 und 5.69). Durch das fMRT konnte weiterhin sichtbar gemacht werden, dass es einen Austausch zwischen den Hemisphären beim Assoziieren gab: Die linke Hemisphäre (verantwortlich für logisches Denken) könne die Rechte (u.a. gefühlsmäßiges Denken, Intuition, Kreativität, Empathie) innerhalb von drei Sekunden außer Kraft setzen.

Petchkovsky (2013) schreibt hierzu, dass Achtsamkeit und Empathie wesentliche Bestandteile einer guten Psychotherapie seien und dass die Komplexe „windows of opportunity“ (lernsensible Phasen) sein können, wenn der „Vorrherrschaft der linken Hemisphäre“ widerstanden würde. Die Studie legte laut Petchkovsky (2013) Grundsteine für weitere Forschungen, beispielsweise der (1.) QEEG-Untersuchungen (mit noch hochauflösender temporaler Kontrastierung) hinsichtlich Komplexantworten bei normalen Probanden, (2.) QEEG- und fMRT-Studien zur Sichtbarmachung aktivierter Hirnareale unter besonderen Bedingungen wie die der Schizophrenie, Posttraumatischen Belastungsstörung.

Petchkovsky sagt zu diesen Ergebnissen: *„We found that when a complex is activated, brain circuits involved in how we sense ourselves, but also other people, get activated. However, as there is no external person, the 'other' circuits really refer to internalized programs about how an 'other' person might respond. When a hot button gets pressed, 'internal self' and 'internal other' get into an argument.“* (Petchkovsky im Gespräch: zit. n. Wiley, 2013)

Demnach kann gesagt werden, dass auch diese Studie die Bedeutsamkeit des Assoziationsexperiments in seiner diagnostischen Aussagekraft unterstreicht, da die erfassten Komplexe wertvolle diagnostische Hinweise auf die therapeutische Arbeit und die „windows of opportunity“ geben können.

Die Forschungsgruppe um den Neurowissenschaftler Nikolai Axmacher (Kehyayan, Best, Schmeing u.a., 2013) von der Universität Bonn entwickelte ein Testverfahren, in dem die Probanden zu konfliktbezogenen Sätzen assoziieren sollten. Nach einer Stunde wurden die Probanden aufgefordert, die Sätze zu wiederholen. Es zeigte sich, dass konfliktvolle Wörter „vergessen“ waren. Durch bildgebende Verfahren konnten die Wissenschaftler nachweisen, dass Bereiche im Gehirn aktiviert wurden, die für die Konfliktverarbeitung zuständig sind.

Anhand einer experimentellen Studie konnten Neurowissenschaftler der Universitäten Konstanz und Regensburg um Hanselmayr (2012) mittels Kernspintomografie und EEG zeigen, was im Gehirn bei unerwünschten Gedanken geschieht, die willentlich unterdrückt werden.

Die Probanden wurden aufgefordert, eingeprägte Informationen zu vergessen und mit neueren zu überschreiben. Dieser Vorgang wurde mit bildgebenden Verfahren untersucht und begleitet. Die Forscher konnten zeigen, dass es dem Gehirn mithilfe spezieller Steuerungsprozesse im Hippocampus und im präfrontalen Kortex möglich

war, unerwünschte Gedanken zu unterdrücken. Das Vergessen kann somit auch ein aktiver Vorgang sein, indem willentlich unliebsame Gedanken „vergessen werden“.

Nach Freuds Theorie findet das Vergessen ja unbewusst statt, und zwar bei konflikt- oder komplexgeladenen Inhalten. Daher schließen sich als weiterführende Studie Ergebnisse der Forschungsgruppe des Neurowissenschaftlers Nikolai Axmacher (Kehyayan, Best, Schmeing, u.a., 2013) an, die per bildgebender Verfahren nachweisen konnten, dass das Vergessen konflikthafter Gedanken nicht durch willentliche Kontrolle geschieht, sondern ein unbewusster Vorgang ist.

Anhand der dargestellten empirischen Ergebnisse können die von Freud und Jung bereits um 1900 aufgestellten Theorien über hundert Jahre später wissenschaftlich untermauert werden. Gerade durch die modernen Methoden der bildgebenden Verfahren kann eindrücklich gezeigt werden, was bei komplexhaften Reaktionen im Gehirn geschieht.

Im nachfolgenden Abschnitt werden der Aufbau und das Design der vorliegenden Untersuchung dargestellt und beschrieben, wie die vorliegende Studie methodologisch eingeordnet werden kann.

8 Aufbau und Design der empirischen Studie

Wie im theoretischen Teil der Arbeit dargestellt, gibt es aus verschiedenen Forschungsrichtungen Bestätigung über die Virulenz unbewusster Komplexlandschaften. Diese Komplexe lassen sich durch das Assoziationsexperiment diagnostisch erfassen, da die im Moment ansprechbaren, konstellierbaren Komplexe in ihrem Verhältnis zum Ich-Komplex erfasst werden.

Forschungsergebnisse, wie die von Vezzoli, Bressi, Tricarico u.a. (2007) belegen den Einsatz des Assoziationsexperiments zur Evaluierung des therapeutischen Prozesses. Verena Kast (1988a) arbeitete den Einsatz des Assoziationstests als Diagnostikum zur Ermittlung vorliegender Komplexe im Hinblick auf den therapeutischen Prozess aus. Experimentelle Studien, die ermitteln, was das Assoziationsexperiment im Hinblick auf standardisierte klinische Verfahren erfasst, liegen bisher nicht vor. Eine Untersuchung des Assoziationsexperiments im Vergleich zu standardisierten klinischen Fragebögen soll nun diese Lücke schließen.

Zunächst werden die Vorüberlegungen und Annahmen, die sich aus den ausgeführten theoretischen Aspekten ergeben haben, erläutert. Daran anschließend werden das Untersuchungsdesign, die Methode, das Testmaterial und die Testdurchführung beschrieben.

8.1 Methodologische Verortung der empirischen Studie

In den folgenden Abschnitten werden Vorzüge und Nachteile der qualitativen und der quantitativen Datenerhebung sowie das der Studie zugrunde liegende Mixed-Method-Design besprochen.

8.1.1 Die Mixed-Method als der Studie zugrunde liegendes theoretisches Forschungsdesign

Daten wird nicht der Status von Objekten zugeordnet, die wie „Steine an einem Flussufer eingesammelt“ werden.

(Bergmann, 2006, S. 22)

In Europa hat die Methodenkombination aus qualitativen und quantitativen Anteilen eine lange Vorgeschichte. Noch im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts herrschte ein relativ unbefangener Umgang mit der Kombination verschiedener Methoden. Sogar in der Methodologie des Soziologen und Nationalökonoms Max Weber (1864–1920) zeigt sich eine systematische Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden.

Jedoch seit den 1920er Jahren separierten sich zunehmend die qualitativen von den quantitativen Ansätzen. Mit dem Behaviorismus in den 1950er Jahren kam es zunehmend zur oppositionellen Gegenüberstellung beider Ansätze, die teilweise auch feindlich geprägt waren. Von den beiden Paradigmen qualitative und quantitative Forschungsmethoden wird seit den späten 1970er Jahren sogar gesprochen, als seien die beiden Ansätze grundlegend verschieden hinsichtlich Logik und Regeln. In den 1960er und 1970er Jahren spielte die standardisierte, objektivierbare quantitative Forschung die entscheidende Rolle (vgl. Kuckartz, 2014). Seit den 1980er Jahren befindet sich die qualitative Forschung in deutlichem Aufschwung (Flick, 2015) und steht der quantitativen in Umfang und Methodenliteratur gleichwertig gegenüber. Die Diskussion um die Methoden und der Methodenstreit haben sich seit den 1980er Jahre entschärft und sind in eine Diskussion um Methodenkombinationen übergegangen (Methodenintegration, Triangulation u.a.).

Teddlie und Tashakkori (2003) sprechen von der Mixed-Method als drittes Paradigma neben qualitativen- und quantitativen Methoden. Die Mixed-Method trage ei-

nem zeitgemäßen Methodenverständnis, das der Komplexität heutiger Forschungsprojekte entspreche, Rechnung.

Kuckartz (2014) beschreibt die Mixed-Method als eine Kombination und Integration von quantitativen und qualitativen Methoden im gleichen Forschungsvorhaben. Das heißt, in ein und demselben Forschungsprojekt werden in ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten erhoben. Die Zusammenführung von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen erfolge je nach Versuchsaufbau bereits in frühen Projektphasen oder in der Schlussphase des Forschungsprojekts.

Im Kern gehört die Kompatibilitätsannahme beider Forschungsansätze natürlich zur Grundvoraussetzung: Beide Methoden müssen vereinbar sein, sich ergänzen und verschiedene Perspektiven eröffnen. Die Mixed-Method eröffnet eine neue Sicht auf Studienergebnisse: Beide Seiten werden beleuchtet, die qualitative des Sinnverstehens und die quantitative des Zählens. Dies bedeutet im Verhältnis zur dargestellten empirischen Studie: Durch das Assoziationsexperiment sowie durch die Anamnesenerhebung in Form eines halbstrukturierten Leitfadeninterviews wurden qualitative Daten gewonnen, indem auf die Probanden „einzelfallorientiert“ eingegangen wurde. Die methodologische Prämisse fokussierte darauf den Daten nicht den Status von Objekten zuzuordnen, die wie „Steine an einem Flussufer eingesammelt“ (Bergmann, 2006) werden. Es wurde ein detaillierter Blick nach „innen“ genommen auf das Spezifische, auf das Individuelle und das persönliche Erleben des Einzelnen.

Dem gegenüber wurden die Ergebnisse aus den standardisierten Instrumenten, die statistisch auswertbar sind, gestellt. Sie weiteten den Blick für eine andere Sichtweise der Symptomatik eines Probanden. Anhand von Skalenwerten konnte die Schwere einer Merkmalsausprägung oder einer Symptomatik abgelesen werden. In dieser Studie bereicherten sich qualitativ gewonnene Ergebnisse und quantitativ eruierte

Ergebnisse gegenseitig (vgl. Kuckart, 2014).

In dieser Evaluationsstudie geht es darum zu eruieren, was das Assoziationsexperiment im Verhältnis zur klinischen Standarddiagnostik hinsichtlich Beschwerden und unbewusster Komplexlandschaft erfasst. Es geht demnach nicht um die Generierung oder Testung von Hypothesen, sondern um die fundierte Bewertung darüber, was das Assoziationsexperiment erfasst.

Zwar scheint der Streit um das methodologisches Vorgehen seit den 1960er Jahren vorbei zu sein, doch lehnen Kritiker diesen narrativen Forschungsansatz noch immer ab. Kritiker verlangen von Wissenschaftlichkeit mathematische Nachweisbarkeit und Quantifizierbarkeit. Andersherum legen qualitative Forscher die quantitative Forschung als oberflächlich und wenig aussagekräftig aus. Der Methodenstreit scheint doch noch Virulenz zu besitzen, auch wenn es mittlerweile viele Annäherungen gibt, wie es die Vereinbarkeit beider Methoden durch Triangulation oder Mixed-Method-Designs zeigt (Flick, 2011; Kuckartz, 2014).

8.1.2 Die Studie und ihre Bezüge zur qualitativen Forschung

*„Genau genommen gibt es nirgends so etwas wie reine und einfache
Tatsachen.“*

(Schütz, 1971, S. 5)

Die objektivistische, mathematisch-naturwissenschaftliche Denkweise der westlichen Welt, die eng verbunden ist mit dem Positivismus und dem Empirismus, führte zu einem Wissenschaftsdenken, das sich an den naturwissenschaftlich erfolgreichen Methoden orientierte. Die qualitative Forschung nimmt eine realismuskritische, eine konstruktivistische Haltung ein. Diese Herangehensweise entspricht einer konstruktivistischen Zugangsweise zur Wirklichkeit, einer dem Konstruktivismus verpflichteten „Wirklichkeitsrekonstruktion“ (Walach, 2013, S. 332). In unterschiedlichsten Fä-

chern und Disziplinen hat sich die qualitative Forschung in den letzten Jahren zu einem eigenen anerkannten Feld entwickelt und ist zu einem wichtigen Bestandteil der empirischen Forschungsmethoden geworden. Die Tradition qualitativer Forschung geht bis auf die Anfänge der Sozialwissenschaften zurück. Seit den 1960er Jahren erlebt sie in den USA einen Aufschwung, im deutschsprachigen Raum etwa seit den 1970er Jahren. In den Geisteswissenschaften gilt die qualitative Forschung mittlerweile als wichtige und weitverbreitete Forschungsmethode. Kuhn schreibt bereits 1962, dass sich die qualitative Forschung im Sinne einer paradigmatischen „normal science“ etabliert habe. Die qualitative Forschung erhebt den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus zu erfassen, zu beschreiben, und geht offener als andere Forschungsmethoden an den Untersuchungsgegenstand heran. Sie gilt daher als idiographisch und induktiv, d.h., sie ist einzelfallorientiert und formuliert die Hypothesen vom Einzelfall hin zur Verallgemeinerung. Typische Methoden der qualitativen Forschung sind nach Sedlmeir und Renkewitz (2008) beispielsweise Interview, Diskussionen, Gruppendiskussionen, Beobachtungen, Inhaltsanalysen und die biographische Methode.

Die qualitative Forschung verfolgt nicht das Ziel, aus möglichst großen Datenmengen einen repräsentativen Wert zu ermitteln, sondern es geht um die genaue Beschreibung eines Falls. Die qualitative Forschung möchte zu einem besseren Verständnis von „sozialen Wirklichkeiten“ beitragen. Daher nimmt sie eine konstruktivistische Haltung ein, vor deren Hintergrund nicht von einer „Datensammlung“ gesprochen werden kann. Der gemeinsame Nenner der Traditionen der qualitativen Forschung ist das Alltagshandeln der Mitglieder einer Gesellschaft in ihren kulturellen Gegebenheiten und ihren sozialen Kontexten. Wichtige Hintergrundtheorien der qualitativen Forschung sind nach Flick (2015) die phänomenologische Lebensweltanalyse, Ethnomethodologie, der symbolische Interaktionismus, der Konstruktivismus und der hermeneutische Ansatz, die Tiefenhermeneutik und szenisches Verstehen. Diese

Herangehensweise regt sicherlich die Diskussion um die Frage nach der vermeintlichen „Wahrheit“ und der „Tatsachen“ hinsichtlich Objektivierung und statistischer Verallgemeinerung an. Hierzu sein ein kurzes Zitat von Alfred Schütz angeführt:

„Genau genommen gibt es nirgends so etwas wie reine und einfache Tatsachen. Alle Tatsachen sind immer schon aus einem universellen Zusammenhang durch unsere Bewusstseinsabläufe ausgewählte Tatsachen. Somit sind sie immer interpretierte Tatsachen: entweder sind sie in künstlicher Abstraktion aus ihrem Zusammenhang gelöst, oder sie werden nur in ihrem partikulären Zusammenhang gesehen. Daher tragen in beiden Fälle die Tatsachen ihren interpretativen inneren und äußeren Horizont mit.“ (Schütz, 1971, S. 5)

Die qualitative Forschung möchte nicht die „Tatsachen“ oder die „Wahrheit“ herausfinden, sondern vielmehr aus dem Erleben des Einzelfalls heraus durch Offenheit und Flexibilität zu einem Verstehen der subjektiven oder objektiven Sinnstrukturen kommen (vgl. Walach, 2013). Das biographische Interview, wie es in der vorgelegten Studie angewendet wurde, kann bei den qualitativen Forschungsmethoden verortet werden. Ebenso kann die Erhebung des Assoziationskontexts der gestörten Wörter aus dem Assoziationsexperiment den qualitativen Methoden zugeordnet werden: Das Vorgehen im ersten Durchlauf des Assoziationsexperiments ist zwar insoweit standardisiert, dass eine klare Testanweisung gegeben wird, ebenso verhält es sich mit dem ersten formalen Auswertungsschritt (Auszählung der Fehler und Verzögerungen (> 1,8 sek.)). Die Formulierung der Deutungshypothese gestaltet sich jedoch interpretativ und enthält die subjektive Deutung des Untersuchungsleiters. Die Aufnahme des Assoziationskontexts ist ebenso der qualitativen Methode zuzuordnen: Die Kontextaufnahme folgt keiner bestimmten Reihenfolge. Der Patient/Proband wird gebeten, die ihm noch im Sinn gebliebenen Wörter zu nennen und dazu frei zu assoziieren. Je nach psychischem Zustand des Probanden/Patienten wird mit der Erhebung des Assoziationskontexts umgegangen. Bei sehr belasteten Personen

oder denen, die eine hohe Assoziationsfülle aufweisen, werden vielleicht pro Sitzung nur ein bis drei Wörter besprochen. Bei stark strukturierten und eher rationalen Persönlichkeiten kann auch zu mehreren Wörtern der Assoziationskontext erhoben werden. Auch die Reihenfolge der Wörter, zu denen assoziiert wird, ist offen.

8.1.3 Die Studie und ihre Bezüge zur quantitativen Forschung

Bei der quantitativen Datenerhebung geht es darum, quantitative Regelmäßigkeiten zu eruieren. Diese quantitativen Regelmäßigkeiten zeichnen sich durch Korrelationen (Zusammenhänge) von empirisch erhobenen Merkmalen aus. Es werden homogene Gruppen (Cluster) gebildet und Kausalitäten erfasst. Der quantitativen Forschung liegt eine naturwissenschaftliche Sichtweise zugrunde: Noch im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts herrschte ein relativ unbefangener Umgang mit der Kombination verschiedener Methoden. Sogar in der Methodologie des Soziologen und Nationalökonoms Max Webers (1864–1920) zeigt sich eine systematische Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden. Doch seit den 1920er Jahren separierten sich zunehmend die qualitativen von den quantitativen Ansätzen (vgl. Kap. 8.1.2).

Im Gegensatz zu der qualitativen Methode werden zu Beginn eines Forschungsprojekts Hypothesen aufgestellt, die dann getestet und verifiziert bzw. falsifiziert werden. Die Methode steht weiterhin vorher fest, im Gegensatz zur qualitativen Methode, bei der die Methode untergeordnet ist. Die qualitative Forschung ist gekennzeichnet durch eine große Stichprobe. Es herrscht ein standardisiertes, strukturiertes Vorgehen beim Messen festgelegter Inhalte. Das Subjekt wird zum Objekt und Verhalten in Zahlen überführt. Das Vorgehen ist nomothetisch, d.h., Zahlen werden zusammengefasst, es wird deduktiv – vom Allgemeinen zum Besonderen vorgegangen. Die Forscher sind variablenorientiert. Die Methoden bestehen aus der Befragung, aus Durchführung von Testverfahren, Beobachtungen, Beurteilungen und

physiologischen Messungen.

Der Vorteil der quantitativen Methoden liegt in der Replizierbarkeit, der Aufwand und auch die Kosten sind oft geringer als bei qualitativen Projekten und dabei viel effizienter. Die Ergebnisse sind quantifizierbar und „objektiv“ und lassen eine gute Vergleichbarkeit zu, daher wird Verallgemeinerung möglich. Allerdings werden Individualität und sozialer Kontext kaum berücksichtigt. In der Regel werden keine offenen Fragen gestellt, sondern die Antworten sind vorgegeben. Während der Datenerhebung ist keine Flexibilität möglich, da die Untersuchungssituation standardisiert ist (vgl. Börtz und Döring, 2002; Huber, 2005; Sedlmeier und Renkewitz, 2008).

Die in der Studie eingesetzten standardisierten Instrumente FPI-R und SCL-90 gehören ganz klar in den Bereich der quantitativen Forschungsmethoden. Beiden Verfahren liegen belastbare Normierungen zugrunde. Die Testgütekriterien Reliabilität, Validität und Objektivität sind gegeben. Das Maß der Subjektivität und des Einflusses des Untersuchungsleiters ist bei diesen Instrumenten gering – wobei letztlich die Frage der Objektivierbarkeit offenbleiben muss. Es gibt keine Erkenntnisse darüber, inwieweit der Untersuchungsleiter, die Rahmensituation an sich und andere Größen Einfluss auf die Testergebnisse nehmen. Es bleibt folglich eine vermeintliche „Objektivierbarkeit“. Ortner, Proyer, Kubinger (2006) schreiben hierzu, dass ein faking-good meist möglich ist wie auch ein destruktives, nicht „instruktionskonformes Antwortverhalten“ (S. 40).

8.2 Die Fragestellung der empirischen Studie

Die Zielsetzung der Arbeit ist die Untersuchung der Frage, was das Assoziationsexperiment im Hinblick auf die Psychodynamik von psychischen Beschwerden und der unbewussten Komplexe im Verhältnis zur klinischen Standarddiagnostik erfasst. Daraus lassen sich folgende Überlegungen ableiten:

1. Die Ergebnisse des Assoziationsexperiments und der standardisierten Instrumente zeigen deutliche Parallelen, d.h., die Verfahren lassen vergleichbare diagnostische Rückschlüsse zu.

2. Eine psychometrische Diagnostik zielt auf eine objektivierbare und genaue Messung von psychischen Merkmalsausprägungen ab, daher ist sie in ihren Fragen eng gefasst und es werden nur die Kategorien erfasst, die auch abgefragt werden. Subjektivität soll ausgeschlossen werden. Eine rein störungsspezifische Diagnostik via standardisierter Instrumente läuft Gefahr, wichtige Zusammenhänge und Dynamiken zu übersehen, da sie möglicherweise im Verborgenen liegen. Dies impliziert die Gefahr das Individuelle in der Individuation zu unterdrücken oder einfach unbeachtet zu lassen.

Im Hinblick auf die standardisierten Instrumente heißt „Objektivierung“ Bezug zu einem Normwert, zu einem Durchschnitt zu nehmen. Die Analytische Psychologie und Therapie interessiert sich aber gerade für das individuell Abweichende, das für den Individuationsprozess von großer Bedeutung ist. Das Assoziationsexperiment als projektives Verfahren könnte daher über die eng gefassten Kategorien der standardisierten Verfahren hinaus die unbewusste Komplexlandschaft, psychodynamische Aspekte, Vorstellungen, innere Bilder und schöpferisches Potenzial erfassen.

Die im impliziten Gedächtnis gespeicherten emotional bedeutsamen Erfahrungen, werden mit affektiven, motivationalen und aktuellen somatischen Zuständen verknüpft und können mithilfe des Assoziationsexperiments zum Ausdruck gebracht werden. Objektiv gewonnene Daten unterliegen dem Verzicht auf wertvolle Informationen. Objektive Instrumente messen „hypothetische Konstrukte“ (Wienand, 2016), die die Motivation eines Patienten zu reflektieren und die Befindlichkeit offen mitzuteilen voraussetzen.

8.3 Versuchsplan

Zur Beantwortung der Frage, was das Assoziationsexperiment im Verhältnis zur klinischen Standarddiagnostik erfasst, wurden 18 Probanden untersucht, die sich für eine psychologische Beratung angemeldet hatten. Die Probanden mussten sich dazu bereit erklären, zu mindestens vier Sitzungen (zwischen 60 und 90 Minuten) in jeweils wöchentlichen Abständen zu erscheinen. Der Versuchsplan sah wie folgt aus:

1. Die Probanden wurden über das Studienvorhaben aufgeklärt und haben eine Einverständniserklärung unterzeichnet.
2. In der ersten Sitzung wurde der SCL-90®-S als Selbstbeurteilungsinventar zur Messung von Beschwerden und Symptomen innerhalb der letzten sieben Tage durchgeführt. Wenn möglich wurde bereits das Assoziationsexperiment angewendet.
3. In der zweiten Sitzung wurde das Assoziationsexperiment durchgeführt und mit der Kontextaufnahme zu den gestörten Wörtern begonnen.
4. In der dritten Stunde wurde weiter an der Kontextaufnahme gearbeitet sowie der FPI-R zur Erhebung überdauernder Persönlichkeitsmerkmale durchgeführt.
5. In der vierten Stunde wurde die Anamnese erhoben.

Selbstverständlich leitete sich aus der Teilnahme an der Studie entweder ein Beratungsprozess ein, oder es wurden Vorschläge zum weiteren Vorgehen, beispielsweise in Form einer Psychotherapie oder eines Klinikaufenthalts, erarbeitet.

Aufbau und Design der empirischen Studie

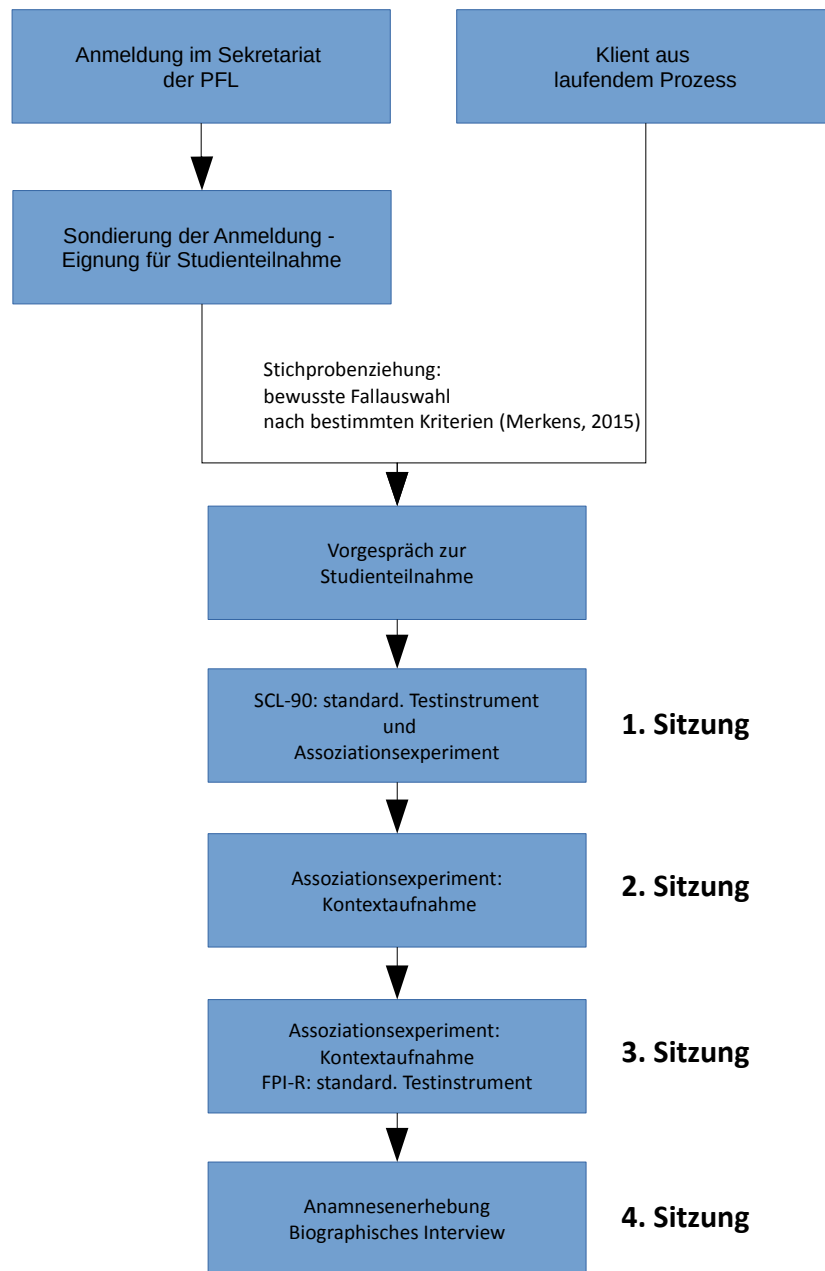


Abbildung 5: Schematische Darstellung des Versuchsplans

8.4 Auswahlverfahren

Die Probandengruppe wurde bewusst, d.h. absichtsvoll anhand bestimmter Kriterien ausgesucht (vgl. Merkens, 2015). Somit standen die Kriterien, nach denen die Probanden ausgesucht wurden, bereits vor Untersuchungsbeginn fest. Ziel der Untersuchung war eine differenzierte und detaillierte Beschreibung der einzelnen Fälle: Die Anamnesenerhebung und die Kontexterhebung zu den gestörten Wörtern des Assoziationsexperiments sind den qualitativen Erhebungsmethoden zuzuschreiben, da offen gefragt wird, der Untersuchungsleiter flexibel in der Durchführung reagiert, die Durchführungsdauer variabel war und die Interpretation subjektiv gefärbt ist durch den Untersuchungsleiter. Bei den beiden standardisierten Verfahren SCL-90-S und FPI-R handelt es sich ja um normierte Fragebögen, die der quantitativen Erhebungsmethoden zugesprochen sind und bei denen die statistische Verallgemeinerbarkeit möglich ist (Merkens, 2015). In dieser Studie handelt es sich um eine kleine Stichprobe von $n = 18$. Nach Mayring (2002) liegt der Fokus aber nicht auf der Stichprobengröße, hierzu gäbe es in der qualitativen Forschung keine Vorgaben, sondern erheblich und für die Auswertung grundlegend ist die Zusammensetzung der Stichprobe. Im Rahmen dieser Studie wurde nach dem Kriterium der theoretischen Sättigung (Merkens, 2015) vorgegangen, d.h., mit weiteren Erhebungen wurde aufgehört, als klar war, dass keine neuen Informationen und Erkenntnisse mehr gewonnen werden würden.

Die Stichprobe für diese Untersuchung sollte möglichst heterogen sein, da es vorrangig um die genaue Analyse der Einzelfälle ging, d.h., die Einzelfälle sollten verallgemeinerbar sei. Die Kriterien für die Stichprobenauswahl waren in Anlehnung an Morse (1994) folgende:

- Die Probandengruppe sollte altersmäßig ein möglichst breites Spektrum aufweisen, d.h., es wurde entsprechend einer guten Altersverteilung bei der

Stichprobenauswahl ausgesucht

- Die Probandengruppe sollte ein möglichst breites Beschwerdespektrum aufweisen, d.h., es wurde nach Symptomatik ausgewählt
- Die Probanden sollten beim telefonischen Erstkontakt möglichst genau und strukturiert ihre Beschwerden, Symptome und Anliegen nennen können
- Die Probanden mussten über die Fähigkeit zu reflektieren verfügen
- Die Probanden mussten sich artikulieren können
- Die Probanden sollten ausreichend Zeit und Motivation haben, um an der Studie teilzunehmen
- Die Probanden sollte über gute Deutschkenntnisse verfügen
- Die Probanden sollten über einen Schulabschluss verfügen oder noch zur Schule gehen
- Traumatisierte und labile oder suizidale Probanden wurden nicht in die Studie aufgenommen.

Bei der Probandengruppe handelte es sich um 18 Probanden, die eine ambulante psychologische Beratung aufsuchten. Der älteste männliche Proband war 60 Jahre alt, der jüngste männliche Proband hatte ein Alter von 18 Jahren. Die älteste weibliche Teilnehmerin war 69 Jahre und die jüngste war 17 Jahre alt. Insgesamt lag das durchschnittliche Alter bei 43 Jahren. Alle Studienteilnehmer verfügten über gute Deutschkenntnisse. Alle Probanden waren in einem Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis oder befanden sich noch im Studium oder in der Schule. Acht der teilnehmenden Probanden waren bereits in einem laufenden Beratungsprozess und zehn wurden über das Erstgespräch rekrutiert.

Nachdem in diesem Kapitel die methodologische Verortung, der Versuchsaufbau

und das Auswahlverfahren zur Rekrutierung der Probanden beleuchtet wurde, wird es im folgenden Abschnitt um das methodische Vorgehen der vorliegenden Untersuchung gehen.

9 Methodisches Vorgehen

Das der Studie zugrunde liegende Assoziationsexperiment (Reizwortliste von Schlegel, 1979) sowie die Testinstrumente SCL-90®-S und FPI-R werden im Folgenden beschrieben, und es wird eine Auswahlbegründung vorgenommen. In Kapitel 9.5 findet sich die Beschreibung des Leitfadeninterviews anhand dessen die biographische Anamnese erhoben wurde.

9.1 Die Reizwortliste von Mario Schlegel

Die in der Studie eingesetzte Reizwortliste⁸ von Mario Schlegel wurde 1979 im Zuge seiner Dissertation auf Grundlage von Jungs Theorien entwickelt und normiert. Mit 66 Hochschulstudenten, die ein Durchschnittsalter von 24 Jahren hatten, führte er einen Assoziationstest mit 50 Wörtern durch. Den Assoziationstest normierte er selber mit 100 Probanden. Er untersuchte mit seiner eigenen Reizwortliste folgende Variablen: Hautwiderstand, Elektrokardiogramm, Atmungskurve, Elektromyogramm, Reaktionszeit, Erinnerungszeit, Assoziation, das Vergessen der Assoziation bei der zweiten Präsentation, Nichtverstehen eines Worts, Lachen und Bewegungen. Schlegel entwarf mit 100 Versuchspersonen eine Reizwortliste, in der die Wörter ein möglichst breites Spektrum von neutral bis emotional aufwiesen. Der Forscher orientierte sich hierbei an der „Menninger Word List“ (Schlegel, 1979). Die verwendeten Reizwörter mussten folgenden Bedingungen genügen (Schlegel, 1979, S. 70-71 (teilweise auch wörtlich übernommen)):

- Die Wörter sollten im allgemeinen Sprachgebrauch relativ häufig vorkommen.
- Die Stimuluslänge sollte wegen der akustischen Gleichförmigkeit homogen sein. Daher wurden einfache und kurze Wörter gewählt.

⁸ Die Reizwortliste ist dem Anhang zu entnehmen.

Methodisches Vorgehen

- Erlebnis- und Erfahrungsbereiche sollten angesprochen sein. Daher wurden sie folgenden Kategorien entnommen: Bezugspersonen, soziale Bezüge, Umwelt, Körper, Sexualität, Angst, Aggression und Befindlichkeit.
- Die aufeinanderfolgenden Wörter sollten sich möglichst wenig beeinflussen und durften daher nicht aus demselben assoziativen Kontext stammen.
- Um die Probanden an die Testsituation zu gewöhnen, wurde diese mit vier möglichst neutralen Wörtern eingeleitet.
- Die Liste sollte möglichst kurz sein: Mit 50 Wörtern erfüllte die Liste die aufgeführten Bedingungen.

Wie den Ergebnissen von Schlegel (1979) entnommen werden kann, liegt die durchschnittliche Reaktionszeit beim Assoziieren bei 1,8 Sekunden (dicke Linie). Die dünne Linie zeigt die Reaktionszeiten für das Erinnern im zweiten Durchlauf des Experiments.

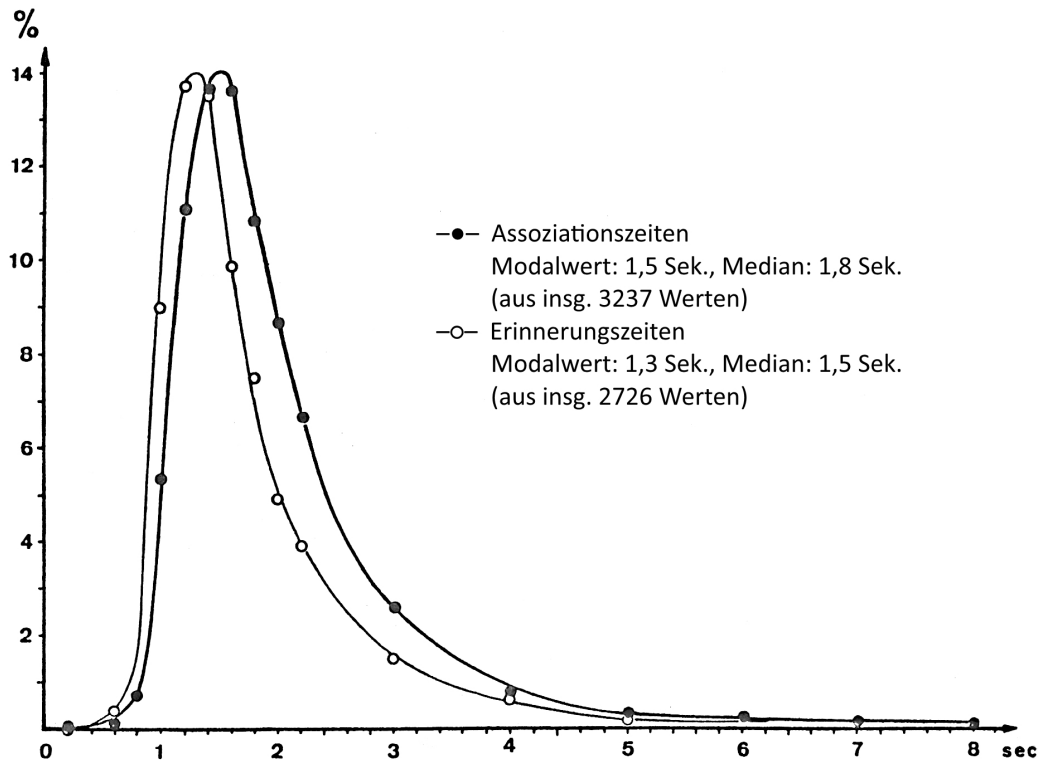


Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Reaktionszeiten (RZ) und Erinnerungszeiten (EZ). Aus: Schlegel 1979, S. 66

Laut Schlegel (1979) gebe die sehr deutliche Korrelation zwischen Reaktions- und Erinnerungszeiten Aufschluss darüber, dass der gleiche Abrufmechanismus bei beiden Darbietungen der Reizwörter einsetze. Bei der ersten Darbietung der Reizwörter werde eine Antwort aktiviert, die dann durch die nun schon vorhandene Bahnung zügiger abgerufen werden kann. Schlegel konnte zeigen, dass die Profile der Zugriffszeiten in der ersten Darbietung der Reizwörter und in der zweiten Darbietung deutliche Ähnlichkeiten aufwiesen. Ebenso konnte er nachweisen, dass die Erinnerungszeiten eine signifikant kürzere Reaktionszeit zeigten (Abb. 6), obwohl explizit darauf hingewiesen wurde, dass in der zweiten Darbietung keine Zeit mehr gemessen werde und auch kein Zeitdruck bestehe. Es hätten somit längere Reaktions-

zeiten im zweiten Durchlauf - im Sinne von Erinnerungszeiten - erwartet werden können als im ersten Durchlauf, bei dem es sich ja um spontane Assoziationszeiten handelte. Die Ergebnisse legen nahe, dass es sich im zweiten Durchlauf nicht um Erinnern im eigentlichen Sinne handelte: Es wurden keine abgespeicherten Verknüpfungen abgerufen, sondern die Probanden aktivierten bereits gebahnte assoziative Verbindungen, auf die ein schnellerer Zugriff möglich war. Auch die hohe Anzahl richtig wiedergegebener Reproduktionen von 84 Prozent untermauert die Hypothese, dass es sich nicht um Erinnern im eigentlichen Sinne handelte. Schlegel betont, dass ein Erinnern in dieser Höhe bei 50 Wortpaaren nicht möglich sei und die Erklärung darin liege, dass die Reizwörter und die Erinnerungen durch bereits gebahnte Assoziationen bereits in einem Bezug zueinander standen.

9.1.1 Beschreibung des Experiments

Der Versuchsraum war ein ruhiger Raum, in dem Störungen von außen ausgeschlossen werden konnten. Der Raum war reizarm, um mögliche Ablenkungen zu vermeiden. Den Probanden stand ein bequemer Stuhl zur Verfügung, um längeres Sitzen in entspannter Haltung zu ermöglichen. Den Probanden wurden die Reizwörter laut und deutlich vorgelesen und sie wurden aufgefordert, den ersten Einfall, die erste Assoziation zu dem jeweiligen Wort zu äußern. Hierbei wurde die Reaktionszeit mit einer Stoppuhr gemessen.

Nach einer Pause von etwa fünf Minuten wurde das Experiment wiederholt, um zu ermitteln, an welche Assoziationen sich der Proband erinnert. Für die Durchführung des Assoziationsexperiments werden ca. zwei Mal 15 bis 20 Minuten benötigt. Die Zeitmessung wurde mit einer Fünftelsekundenuhr durchgeführt. Jung (1979, S. 241) formuliert hierzu: „Die Messung mit der Fünftelsekundenuhr scheint deshalb nicht nur völlig genügend, sondern hat sich auch schon bei vielfachen Untersuchungen mehrerer Autoren bewährt.“ Die Zeit wurde ab dem Verbalisieren des ersten Vokals

des Reizworts gemessen und bei Formung des ersten Lauts des assoziierten Wortes gestoppt.

9.1.2 Durchführung

Die Instruktion zur Durchführung des Assoziationsexperiments lautete:

Erste Präsentation

„Ich werde Ihnen hintereinander 50 Wörter vorlesen. Zu jedem dieser Wörter sagen sie mir so schnell wie möglich das erste Wort, die erste Vorstellung oder das erste Bild, das Ihnen dazu einfällt. Wichtig ist, dass Sie wirklich den ersten Einfall, den Sie haben, aussprechen. Antworten Sie nur mit einem Wort, nicht mit Bemerkungen oder Sätzen, keine Fragen stellen. Ich werde die Zeit messen, die Sie zum Antworten benötigen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.“

Fünf Minuten Pause

Zweite Präsentation

„Ich lesen Ihnen jetzt nochmals die gleichen Wörter vor, um festzustellen, an welche Wörter sie sich noch erinnern. Es wird keine Zeit mehr gemessen.“

Bei der ersten Präsentation werden die Reaktionszeit sowie das jeweils assoziierte Wort in das Testprotokoll notiert. Weiterhin werden Körperreaktionen, wie Lachen, Bewegen, Stöhnen, Gesichtsbewegungen vermerkt. Auch das Ausbleiben eines Worts wird notiert. Beim zweiten Durchlauf findet keine Zeitmessung mehr statt. Es werden aber, wie im ersten Durchlauf, Körperreaktionen notiert, sowie die fehlerhaften Reproduktionen. Das bedeutet, wenn beispielsweise beim ersten Durchlauf der Proband zu dem Wort *Mutter – Herz* assoziiert und im zweiten Durchlauf zu *Mutter – Vater* assoziiert gilt dies als Fehler (fehlerhafte Reproduktion).

9.1.3 Kontextaufnahme

Durch die Kontextaufnahme⁹ soll erhoben werden, in welchem Assoziationsgefüge ein gestörtes Wort steht. Es wurde die Methode der Assoziation angewandt, indem den Probanden beispielsweise folgende Fragen gestellt wurden (vgl. Kast, 1988a):

„Was fällt Ihnen zu diesem Wort ein?“

„Was verbinden Sie mit diesem Wort?“

„Sie haben bei diesem Wort gezögert – können Sie sich das erklären?“

Die Assoziationen zu den gestörten Wörtern wurden gesammelt und notiert. Als gestörte Wörter werden diejenigen Wörter bezeichnet, die verzögerte Reaktionszeiten aufwiesen (>3,0 sek.), Reizwörter, bei denen dem Probanden keine Assoziation einfiel, das heißt eine ausbleibende Reaktion und bei falscher Reproduktion: Im ersten Durchlauf assoziierte der Proband beispielsweise zu dem Wort *Vater – Arbeit* und im zweiten Durchlauf assoziierte er zu dem Wort *Vater - Strenge*.

Teilweise war die Aufnahme des Assoziationskontexts nicht zu allen gestörten Wörtern möglich, da die Kontextaufnahme unter Umständen sehr viel Zeit beansprucht. Die Auswertung des Assoziationsprotokolls war aber dennoch möglich, da die gestörten Wörter ins Verhältnis zueinander gesetzt wurden, wodurch sich „Deutungshypothesen“ (Kast, 1988a) ableiten ließen. Die Sortierung der gestörten Wörter in Ober- und Unterbegriffe ist zwar eine subjektive Einschätzung des Versuchsleiters, dennoch aber ein wichtiges Vorgehen, um einen ersten Eindruck der gestörten Wörter in ihrem Bedeutungsgefüge zu gewinnen. Wichtig ist nur, dass dem Versuchsleiter bewusst ist, dass diese Deutung subjektiv und vorläufig ist. Die Deutungshypothese dient vor allem dazu, einen ersten Eindruck, ein Gefühl für den Test und ein

9 Es gibt Patienten, bei denen eine Kontextaufnahme nicht möglich ist: Entweder kommt ihnen einfach nichts in den Sinn oder die Abwehr ist zu groß. Verena Kast (1988a) schreibt hierzu, dass eine solche Abwehr zu respektieren ist.

erstes Verständnis für den Patienten zu bekommen.

9.2 Auswertung des Assoziationsexperiments

Im nächsten Abschnitt wird das Auswertungsvorgehen des Assoziationsexperiments erläutert und anhand von Beispielen veranschaulicht. Die Auswertung findet in insgesamt drei Schritten statt. Im ersten Schritt wird eine formale Auszählung der gestörten Wörter vorgenommen, in einem zweiten Schritt wird eine erste Deutungshypothese erstellt und in einem dritten Schritt wird die Kontextaufnahme zu den gestörten Wörtern interpretiert und werden Hypothesen über das Beschwerdebild des Patienten erstellt. Anhand von Auswertungsbeispielen soll das Auswertungsvorgehen schrittweise dargestellt werden.

9.2.1 Formale Auswertung des Assoziationsexperiments

Die Auswertung des Assoziationsexperiments findet im ersten Schritt **formal** statt, indem die Wörter, die Komplexmerkmale aufweisen, gezählt werden:

- Auszählung der Wörter mit einer Reaktionszeit > 3,0 Sekunden (aufgrund sehr vieler Verzögerungen bei den Probanden, da sehr komplexbeladen¹⁰).
- Auszählung der falschen Reproduktionen. Das heißt, der Patient hat im zweiten Durchlauf des Experiments keine oder eine fehlerhafte Erinnerung an die Assoziation aus dem ersten Durchlauf. Beispiel: Im ersten Durchlauf assoziiert er zu dem Wort *Mutter – Herz* und im zweiten Durchlauf zu *Mutter – Vater*. Es kann auch vorkommen, dass der Patient im zweiten Durchlauf keinen Einfall zu Mutter hat.
- Auszählung der Reizwörter, bei denen der Proband keine Assoziation hatte.

¹⁰ Bei den Untersuchungsteilnehmern von Schlegel (1979) handelte es sich um Studenten. Die Probanden dieser Studie waren psychisch belastete Menschen, die psychologische Hilfe und Unterstützung suchten.

- Stereotypen im Antwortverhalten. Beispiel: Ein Patient nennt als Assoziation mehrmals Liebe oder rot (siehe hierzu als Beispiel im Anhang Proband Nr. 1: Er assoziiert 5x das Wort Schmerz/traurig – Schmerz/Kampf – Schmerz usw.).
- Mimische, verbale oder motorische Störungsmerkmale, wie Lachen, Stöhnen, Wortwiederholung, Nachfragen, Körperbewegungen, Schwitzen, Gesichtsregungen.

9.2.2 Die Bildung einer Deutungshypothese

Im **zweiten Schritt** wurden die Wörter mit den meisten Komplexmerkmalen (KM) zusammengefasst. Diese Wörter wurden als Oberbegriffe notiert und die vom Sinnzusammenhang passenden Wörter dazu gruppiert. Es konnte eine erste Deutungshypothese (Kast, 1988a) über die Komplexbereiche eines Probanden erstellt werden.

Das Bilden einer Deutungshypothese soll am Beispiel eines 23-jährigen männlichen Studienteilnehmers veranschaulicht werden. Der junge Student meldete sich aufgrund von Prüfungsangst zur psychologischen Beratung an:

Nach der formalen Auswertung des Assoziationsexperiments fielen vor allem die Wörter *Arbeit* und *Angst* mit je vier Komplexmerkmalen auf. Daher wurden diese beiden Begriffe als Oberbegriffe gewählt.

Dem Wort *Arbeit* werden die inhaltlich passenden gestörten Wörter untergeordnet. Beispiel:

- **Arbeit (4 KM):** dumm, Chef, Kampf, faul, krank, zufrieden (jeweils 2–3 KM)

(Das Wort *Arbeit* wies vier Komplexmerkmale auf: verlängerte Reaktionszeit, falsche Reproduktion beim zweiten Durchlauf, Lachen und Handbewegungen)

Dem Oberbegriff *Angst* werden ebenfalls die vom Bedeutungszusammenhang her

passenden Wörter, die Störungsmerkmale aufweisen, untergeordnet. Beispiel:

- **Angst (4 KM):** Vertrauen, Freund, traurig, enttäuschen, Strafe, schlagen
(jeweils 2–3 KM)

(Das Wort Angst wies vier Komplexmerkmale auf: keine Assoziation beim ersten Durchlauf, Stöhnen beim ersten Durchlauf, keine Assoziation beim zweiten Durchlauf, Lachen beim zweiten Durchlauf) Aus dieser Sortierung könnte sich folgende Deutungshypothese ableiten:

Es ist anzunehmen, dass bei diesem Proband ein negativer Vaterkomplex und ein Schuldkomplex virulent sind, worauf die gestörten Wörter Arbeit, dumm, Chef, faul und krank hinweisen könnten. Der Schuldkomplex könnte durch die gestörten Wörter faul, enttäuschen, Strafe und schlagen belegt werden. Möglicherweise besteht ein schwieriges Vater-Sohn-Verhältnis geprägt durch einen patriarchalen leistungsorientierten Vater, dem der Sohn nie gerecht werden konnte, bei ängstlicher, nachgiebiger Mutter, die dem Vater wenig entgegenzusetzen hatte. Dies könnten die gestörten Wörter Angst, Vertrauen und krank widerspiegeln.

Es ist klar, dass es sich um eine erste Hypothese handelt, die eine bestimmte Richtung weisen könnte. Die Interpretation ist subjektiv und sicherlich gefärbt durch eigene unbewusste Anteile des Untersuchungsleiters. Dennoch ist es sinnvoll, die Deutungshypothese zu formulieren, da der Untersuchungsleiter ein erstes Gefühl, einen Eindruck von dem Patienten erhält.

9.2.3 Auswertung der Kontextaufnahme

Die Kontextaufnahme zu den gestörten Wörtern wird im **dritten Schritt** vorgenommen. Das freie Assoziieren bei der Kontextaufnahme stimuliert die Patienten, frei zu sprechen, den Gedanken freien Lauf zu lassen. Innere Bilder, Stimmungen und Gefühle sollen angeregt werden.

Durch diese Methode können die Deutungshypothesen geprüft werden, und es kann geschaut werden, welche Hypothesen sich verifizieren lassen oder verworfen werden müssen. Es zeigt sich, in welchem Beziehungsgefüge die Kontexte der gestörten Wörter untereinander stehen. Es wird geprüft, welche Emotionen angesprochen werden und wie der Proband mit seinen Problemen umgeht. Ziel der Kontextaufnahme ist, die Dynamik der Zusammenhänge der Kontexte zu erfassen, um daraus Hypothesen über die unbewusste Komplexlandschaft abzuleiten.

Dies soll am Beispiel einer 68-jährigen Studienteilnehmerin veranschaulicht werden. Die Rentnerin meldete sich aufgrund von Selbstzweifeln, Ängsten und kreisenden Gedanken zur psychologischen Beratung an. Sie lasse sich leicht von anderen Menschen (Freunden, Bekannten) verunsichern, habe dann kreisende Gedanken, fühle sich minderwertig. Sie habe Angst vor Schmerzen und traue sich beispielsweise nicht zur Krankengymnastik aus Sorge, sie könne dort Schmerzen erleiden.

Die Studienteilnehmerin wurde gebeten, zunächst die Wörter zu nennen, die ihr nach dem Assoziationsexperiment noch im Kopf geblieben sind. Das waren die beiden Wörter *Herz* und *Frau*. Mit diesen beiden Wörtern wurde begonnen. Nach der Methode des freien Assoziierens wurden die gestörten Wörter durchgegangen. Eine strikte Reihenfolge der gestörten Wörter einzuhalten hat sich als wenig sinnvoll erwiesen. Oft greifen Assoziationen eines Worts in das Begriffsfeld eines anderen Worts und Themenbereiche überschneiden sich. Hier sollte flexibel, immer in Absprache mit dem Patienten vorgegangen werden.

Assoziationsprotokoll einer 68-jährigen Studienteilnehmerin. Die nachfolgenden Assoziationen wurden per Tonband aufgenommen und transkribiert:

- **Herz:** Da fällt mir nichts ein (langes Schweigen). Schlagen, Herz-Schmerz, vom Organischen wichtig. Sprichwort: „Du hast das Herz auf dem rechten Fleck.“ „Das kommt von Herzen.“ Ich möchte manchmal gerne herzlicher

sein.

- **Frau:** Da fällt mir nichts ein (langes Schweigen). Bisschen negativ für mich. Interessiert mich nicht das Thema, wird überbewertet, in Vereinen, die sich zusammensetzen nur Frauen, Frauen, Frauen. Lauter Weiber (lacht, genervt). Wäre schöner in gemischten Gruppen. Viele Veranstaltungen, da sind nur Frauen – ich bin zwar auch eine Frau ... (lacht). Ich habe Verbindungen zu ehemaligen Kolleginnen, die das überbewerten. Es wird so betont, einseitig. Mein Wunsch wäre, mehr mit Männern zu tun zu haben. Wenn das aber so ist, habe ich Hemmungen.
- **Kampf:** Krieg, mein Vater hat gekämpft. Kämpfen – vielleicht möchte ich manchmal mehr kämpfen, mich durchsetzen, das fehlt mir irgendwo, für etwas zu kämpfen, wovon man überzeugt ist.
- **schlecht:** Schlechte Stimmung, mein Haus ist schlecht (stöhnen). (Probandin fühlt sich in ihrem Haus unwohl). Fühle mich manchmal schlecht.
- **Strafe:** Strafender Blick von meinem Vater. Kinder bestrafen finde ich schlimm.
- **dumm:** (langes Schweigen) Da fällt mir nichts ein.
- **Geiz:** (langes Schweigen) Da fällt mir nichts ein.
- **Mund:** Essen. Ich esse gerne. Sinnvolle Beschäftigung. Essen gibt Energie. Ich freue mich auf Essen (lacht). Wunsch, mit der Familie mehr zusammen zu essen. Ich habe manchmal harte Züge um den Mund.
- **fremd:** Ich komme mir alleine vor. Würde gerne anderen Menschen nahe stehen. Mit meinem Sohn funktioniert es gut, er ist aber auch der Einzige.
- **Mann:** Würde gerne einen Mann kennenlernen – hätte dann aber wieder Hemmungen. Würde gerne mehr mit Männern unternehmen.
- **Vater:** Strenger Blick. Dominierend. Aber auch schöne Unternehmungen. Hat viel mit uns gemacht.

- **Mutter:** Krank. Als Kind musste ich oft zu Bekannten zum Essen. Kontrolle. Prüfender Blick. War eifersüchtig auf die Nachbarn, wenn ich dort hingegangen bin – es war befreiend, aus unserem Haus rauszukommen. Bei uns war es nicht so gastfreundlich. Mutter konnte nicht freundlich sein. Sehr empfindlich, nachtragend, oft beleidigt.
- **Kopf:** Viele Gedanken in meinem Kopf, die etwas mit mir machen. Ich muss versuchen, die Gedanken zu ordnen. Abschalten. Es gibt schöne Köpfe – vom Äußeren her. Mein Enkel hat einen schönen Kopf.
- **Straße:** Einfach irgendwo hinfahren. Die vielen Gedanken zurücklassen. Vielleicht Urlaub machen, aber mit wem?

Aus diesen Kontexten könnten folgende psychodynamische Hypothesen abgeleitet werden:

Es fallen vor allem die Wörter auf, zu denen die Probandin keine Assoziation hatte: *Herz, Frau, Kampf, schlecht* und *Strafe*. Diese Wörter werden im Folgenden auch als die zentralen Komplexmerkmale betrachtet. Vor allem das Wort *Frau* scheint stark komplexhaft zu sein: Der Probandin fällt bei der Erhebung des Assoziationskontexts zunächst nichts ein. Nachdem sich die Blockade gelöst hat, strömen die Assoziationen. Es entsteht ein eher negatives Frauenbild. Dies könnte ein Hinweis auf einen negativen Mutterkomplex sein sowie die Frage nach der eigenen weiblichen Identifikation aufstellen. Vermutlich hat keine Triangulation stattgefunden und der ödipale Konflikt ist nach wie vor virulent. Das gestörte Wort *Herz* könnte ein Hinweis auf wenig erlebte Fürsorge und Herzlichkeit im Sinne von mütterlicher Pflege und Fürsorge aufwerfen, sowie die Hypothese auf eine frühe Bindungsstörung und eine orale Fixierung zulassen, untermauert von den gestörten Wörtern *Mutter, Geiz, fremd* und *Mund*. *Geiz* könnte das erlebte Mangelereben hinsichtlich Emotionalität, Nähe und Bindungssicherheit unterstreichen.

Die Wörter *schlecht* und *Strafe* könnten einen Hinweis auf ein Minderwertigkeitserleben und auf ein primäres Schuldgefühl sein (schlechte Stimmung, strafender Blick des Vaters). Insgesamt könnten als zentrale Komplexe der Urkomplex, Schuldkomplex (primäres Schuldgefühl), ein negativer Vaterkomplex (rigorose Über-Ich-Anforderungen) sowie ein negativer Mutterkomplex (Identifikation als Frau, negatives Frauenbild) eruiert werden.

Das Auswertungsbeispiel soll zeigen, wie aus dem Assoziationskontext Hypothesen abgeleitet werden können. Diese Hypothesen können wichtige Hinweise auf die unbewusste Komplexlandschaft eines Patienten geben, da die Assoziationen zu den gestörten Wörtern Impulse zum freien Assoziieren geben. Wichtig ist hierbei, die psychodynamischen Überlegungen als veränderbare Hypothesen zu betrachten und diese durch eine ausführliche Anamnese zu untermauern.

9.3 Symptom-Checklist-90-Standard (SCL-90®-S)

In diesem Abschnitt werden der Aufbau und die Zielsetzung der Symptom-Checklist-90®-S sowie die Testdurchführung und das Auswertungsvorgehen beschrieben. Weiterhin wird in Kapitel 9.3.5 dargelegt, wie die Ergebnisse zu interpretieren sind. Kapitel 9.3.6. befasst sich mit möglichem Antwortverhalten und möglichen Antworttendenzen.

9.3.1 Aufbau und Zielsetzung der SCL-90®-S

Die Symptom-Checklist-90®-S ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung des subjektiv empfundenen Leidens unter bestimmten Symptomen innerhalb der letzten sieben Tage. Die Ergebnisse zeigen, in welchen Bereichen und in welcher Intensität ein Leidensdruck empfunden wird, und kann somit die Hypothesenbildung von klinischen Diagnosen untermauern.

Sie erfasst mithilfe von 90 Items auf neun Skalen die Bereiche Aggressivität, Ängst-

lichkeit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit in Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit.

Der Proband kreuzt auf einer 5-stufigen Likert-Skala seine individuell eingeschätzte psychische Belastung innerhalb eines Zeitraums der letzten sieben Tage an. Es wird die psychische Belastung auf symptomatischer Ebene einer Person in Bezug auf die oben genannten neun Skalen und drei globalen Kennwerte GSI, PSDI und PST erfasst. Der GSI (Global Severity Index) misst die durchschnittliche psychische Belastung bei allen 90 Items. Der PSDI (Positive Symptom Distress Index) erhebt die durchschnittliche psychische Belastung nur bei dem Item, bei dem Zugestimmt wurde. Der PST (Positive Symptom Total) erfasst die Anzahl aller Items, denen zugestimmt wurde. Die drei globalen Kennwerte zeigen die psychische Belastung eines Probanden auf generellem Niveau vor dem Hintergrund des Antwortverhaltens aller 90 Items. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

9.3.2 Die Normierung der SCL-90®-S

Das Manual umfasst aktuelle bevölkerungsrepräsentative Normen und eine separate Normierung Studierender. Die Reliabilität der SCL-90®-S kann als zufriedenstellend (Skala Aggressivität/Feindseligkeit; $r_{min} \geq .76$) bis gut (paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt) sowie sehr gut (Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, GSI) bezeichnet werden. Der globale Kennwert GSI erzielte konstant sehr gute Reliabilitätswerte von Cronbachs $\alpha = .97$ bis $.98$. (Cronbach ist eine Maßzahl für die interne Konsistenz einer Skala, bezeichnet nach Lee Cronbach). Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist nach den vorliegenden Befunden gewährleistet, wie die bevölkerungsrepräsentative, deutschsprachige Stichprobe ($N = 2.025$, 16 bis 75

Jahre aus den Jahren 2011-2012) zeigt (Franke, 2014, S. 17–18).

9.3.3 Testdurchführung und Instruktion

Die SCL-90®-S lag als Papier-Bleistift-Verfahren vor, sodass dem Probanden als Material jeweils nur ein Fragebogen vorgelegt wurde. Jeder Proband erhielt eine standardisierte Einführung zur Beantwortung des Fragebogens:

*„Auf folgenden Seiten finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in den Kreis mit der Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach den richtigen Kreis an. **Beantworten Sie bitte jede Frage!**“ (Franke, 2014, S. 18)*

Der Test wurde nur in Einzelsitzungen durchgeführt. Die Probanden wurden aufgefordert, den Test zügig zu bearbeiten. Die Durchführungszeit betrug ca. 15-25 Minuten.

9.3.4 Auswertung der SCL-90[®]-S

Es liegt ein Auswertungsbogen vor, in den die Rohwerte aus den jeweiligen Skalen eingetragen werden. Anhand dieser Rohwerte werden standardisierte T-Werte ermittelt. Es liegen hierfür repräsentative Eichstichproben von 18 bis ≥ 65 Jahre vor. In den Profilbogen können dann die T-transformierten Werte eingetragen werden. Mithilfe des Profilbogens können die T-Werte auch im Prozentrang betrachtet werden. Der Mittelwert der Normgruppe liegt bei der T-Transformation auf 50, die Standardabweichung bei 10.

9.3.5 Interpretation der SCL-90[®]-S

Für die vorliegende Arbeit wurden für die Gesamtinterpretation die Werte aus vier Bereichen analysiert:

1. Ausprägung der globalen Kennwerte
2. Ergebnisse aus den neun Skalen
3. alle Werte mit $T \geq 60$
4. Analyse der sieben Zusatzitems.

Franke (2014) empfiehlt noch die „Bewertung der Schwere der Falldefinition.“ Um eine wissenschaftliche Vergleichbarkeit der angewandten Testverfahren zu erhalten, wird an dieser Stelle zugunsten der Objektivität auf die Falldefinition verzichtet.

Wichtig für das Verständnis der qualitativen Auswertung dieser Arbeit ist folgende Festlegung der Werte:

- T-Werte zwischen 40 und 60 gelten als unauffällig, da sich zwei Drittel der Normgruppe in diesem Bereich befinden.
- T-Werte zwischen 60 und 64 gelten als leicht erhöht.

- T-Werte zwischen 65 und 69 gelten als deutlich erhöht.
- T-Werte zwischen 70 und 74 gelten als stark erhöht.
- T-Werte zwischen 75 und 80 gelten als sehr stark erhöht.

Als besonders guter Indikator für die psychische Belastung gilt der GSI. Er fasst die subjektive Belastung aus allen 90 Items zusammen.

9.3.6 Das Antwortverhalten

Das Antwortverhalten kann auch beim SCL-90®-S, wie bei jedem anderen Selbstbeurteilungsfragebogen, bewusst verfälscht werden. Es gibt laut Bortz und Döring (2006, S. 231) praktisch keine Untersuchung, die nachweisen kann, dass der jeweils geprüfte Test nicht verfälschbar wäre. Bei der SCL-90®-S kann das Antwortverhalten „bewusst in zwei Richtungen verfälscht werden: zum Einen kann bewusst dissimuliert werden („faking good“), d.h. die Person kreuzt zwar an, sie habe keine psychische Belastung bei Item [...], tatsächlich ist sie aber belastet. Zum Anderen ist es möglich, bewusst eine Belastung zu simulieren („faking bad“) [...]“ (Franke, 2014, S. 34). In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse, bei denen das Antwortverhalten „faking good“ oder „faking bad“ angenommen wird, besonders gekennzeichnet und in die Gesamtauswertung mit einbezogen, um zu prüfen, inwieweit sich dieses Antwortverhalten bei den anderen beiden Verfahren widerspiegelt.

9.4 Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

Dieser Abschnitt beschreibt den Aufbau und die Zielsetzung des Freiburger Persönlichkeitsinventars sowie seine Normierung. Weiterhin werden die Testdurchführung und das Auswertungsvorgehen dargelegt. In Kapitel 9.4.4 wird erörtert, wie die Ergebnisse zu interpretieren sind. Kapitel 9.4.5 befasst sich mit einem möglichen Antwortverhalten und möglichen Antworttendenzen.

9.4.1 Aufbau und Zielsetzung des FPI-R

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar ist ein Fragebogen, der die Selbstbeschreibung einer Person zu bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen erfasst zu dem Zweck, interindividuelle vergleichbare Beschreibungen von Personen in Bezug auf Persönlichkeitsdimensionen zu erhalten. Er liefert Dispositionsprädikate, „welche eine statistische Erwartung formulieren, dass sich das betreffende Individuum in seinen künftigen Selbstschilderungen“ und „auch in seinem Verhalten konsistent mit dieser Eigenschaftsausprägung zeigen wird“ (Fahrenberg, 2009, S. 12). Das Inventar kann somit Hypothesen auf die Prognose eines Patienten sowie für vorhandene Symptome weiter untermauern sowie weitere Anhaltspunkte zur Erstellung eines Therapieplans geben.

Der FPI-R beinhaltet zehn Standardskalen und zwei Zusatzskalen mit insgesamt 138 Items, die mit folgenden Eigenschaftsnamen etikettiert sind: Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Offenheit, Extraversion und Emotionalität.

Auf Diskussion und Kritik¹¹ an Persönlichkeitsinventaren wird in Kapitel 9.8.2 im Zuge der Erörterung um Subjektivität versus Objektivität projektiver Verfahren eingegangen. Verwiesen sei aber schon auf Mummendey (1995 und 2014), der die Diskussion ausführlich beschreibt.

9.4.2 Die Normierung des FPI-R

Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen $\alpha = .73$ und $\alpha = .83$. Die interne Validität ist durch die Konvergenz von faktorenanalytischen und itemmetrischen Analysen sowie durch konfirmatorische Clusteranalysen gesichert. Die empirische

¹¹ Mummendey (1995, 2014) hat sich ausführlich mit Diskussion und Kritik von Persönlichkeitsinventaren befasst.

Validität ist u.a. durch die Korrelation mit Selbst- und Fremdeinstufungen, Daten des ambulanten Assessments, sowie mit anderen Persönlichkeitsfragebogen und Statusmerkmalen, u.a. aus beiden Repräsentativerhebungen, belegt. Die Normen wurden 1999 in einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung (n = 3.740) gewonnen. In 8. erweiterter Auflage ist das FPI-R seit 2010 lieferbar (Fahrenberg, Hampel, Selg, 2010).

9.4.3 Testdurchführung und Instruktion

Der FPI-R lag als Papier-Bleistift-Verfahren vor, sodass dem Probanden als Testmaterial jeweils ein Fragebogen vorgelegt wurde. Für die Durchführung des FPI-R erhielt jeder Proband eine standardisierte Einführung zur Beantwortung des Fragebogens:

„Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten finden. Sie können jede entweder mit ‚stimmt‘ oder ‚stimmt nicht‘ beantworten [...]. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.“
(Fahrenberg, 2009. S. 91)

Da dieser Fragebogen sehr persönliche Bereiche abfragt, werden die Probanden noch explizit darauf hingewiesen, nicht darüber nachzudenken, welche Antwort den besten Eindruck macht, sondern die Antworten zu geben, die ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Weiterhin wird auf die Schweigepflicht des Versuchsleiters hingewiesen. Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens beträgt zwischen 20 und 30 Minuten.

9.4.4 Auswertung und Interpretation des FPI-R

Zur Auswertung des FPI-R werden vorwiegend die „stimmt“, seltener die „stimmt-nicht“-Antworten, ausgezählt und nacheinander als Rohwerte in die jeweilige Skala eingetragen, sodass anschließend für jeden Probanden zwölf Rohwerte vorliegen. Die Rohwerte werden in Stanine-Werte (Abk. für „standard nine“) transformiert. Der Mittelwert liegt bei 5, die Standardabweichung bei 1.96. Normtabellen und Stanine-Werte liegen für 16 Jahre bis 70 Jahre und älter vor. Zur anschaulichen Testinterpretation werden die Stanine-Werte in einen Profilbogen eingetragen. Stanine-Werte, die zwischen 4 und 6 liegen, werden als unauffällig gewertet, da dies ca. 54 Prozent der Gesamtpopulation entspricht. Die Stanine-Werte < 4 und > 6 werden je nach Fragestellung interpretiert und können aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen nicht allgemeingültig dargelegt werden. Stanine-Werte in der Kategorie „Offenheit“, die < 3 sind oder auffällig hoch, sollten allerdings besonders beachtet werden, da sie für ein auffälliges Antwortverhalten sprechen.

9.4.5 Social desirability

Viswesvaran und Ones wiesen 1999 nach, dass die Verfälschbarkeit in Testverfahren, die die Bereiche der Big Five (fünf Hauptdimensionen der Persönlichkeit) maßen, gleich groß ist. Die größten Effekte zeigten sich aber bei Verfahren, die die soziale Erwünschtheit erhoben. Die Diskussion um Antworttendenzen richtet sich vor allem auf die Bereiche der sozialen Erwünschtheit und der Akquieszenz. Die breite Diskussion um dieses Methodenproblem wird in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht näher wiedergegeben. Es liegt jedoch umfassende Literatur zu dieser Thematik vor, beispielsweise die Untersuchungen Kubinger und Jäger (2003) und die Untersuchung von Kury (2002) zum Einsatz des FPI-R bei kriminologischen Fragestellungen. Wie in dem angewendeten Verfahren (FPI-R) damit umgegangen wird, wird jedoch kurz umrissen, da es für die Interpretation der Testergebnisse in Kapitel 10 (Ergeb-

nisse) bedeutsam sein wird.

Die Skala „Offenheit“ dient im FPI-R als Barometer dafür, inwieweit ein Proband bereit ist, kleinere Fehler und Alltagschwächen zuzugeben und inwieweit er über die Offenheit verfügt, sich unkonventionell zu äußern. „Es [...] könnte sich eine Tendenz zur Selbstidealisierung äußern“ (Fahrenberg, 2009, S. 51). Sie ist jedoch keine „Korrekturskala“ und kein direkter Barometer im Sinne der Antworttendenz „soziale Erwünschtheit“.

In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse mit hohen oder niedrigen Stanine-Werten in der Skala „Offenheit“ besonders gekennzeichnet und in die Gesamtauswertung mit einbezogen, um zu prüfen, inwieweit sich dieses Antwortverhalten bei den anderen beiden Verfahren widerspiegelt.

9.5 Die biographische Anamnese

„Die biographische Wahrheit ist nicht zu haben.“

(Freud/Zweig, 1984, S. 137)

Ein wichtiger Bestandteil der vorgelegten empirischen Studie stellt die Anamnese dar. Mit jedem der 18 Probanden wurde eine ausführliche biographische Anamnese erhoben.

Die Anamnese fungiert nicht als unabhängige Variable zur Kontrolle des Assoziationsexperimentes, sondern sie stellt eine weitere Vertiefung der Ergebnisse dar. In Kapitel 9.5.1 wird die biographische Anamnese im Kontext der therapeutischen Praxis referiert und in Kapitel 9.5.2 soll sie mit ihren Ergebnissen im Forschungskontext erörtert werden.

9.5.1 Die biographische Anamnese im Kontext der therapeutischen Praxis

Zur Einordnung des Begriffs der biographischen Anamnese folgt zunächst eine Definition von Schneider und Jansen:

„Die biographische Anamnese zielt darauf ab, die psychische, soziale und medizinische Entwicklungslinie eines Individuums herauszuarbeiten [...]. Auf diesem Hintergrund soll ein Verständnis für etwaige charakteristische Konflikte oder etwaige Akzentuierungen in der Persönlichkeitsentwicklung herausgearbeitet werden, die u.U. in einer relevanten Beziehung zur aktuellen oder vergangenen Krankheit des Individuums stehen.“ (Schneider und Jansen, 2009, S. 157)

In Abgrenzung zur allgemeinen oder klinischen Anamnese ist die biographische Anamnese viel stärker personen- und beziehungsbezogen, d.h., es geht nicht darum, Daten und Fakten abzufragen, sondern vielmehr soll ein Verständnis für die Psychodynamik eines Patienten entwickelt werden. Dem psychotherapeutischen Setting kommt der Beziehungsaufbau während der biographischen Anamnese eine zentrale Bedeutung zu. Zwar strukturiert die biographische Anamnese das Gespräch mehr, als es dem psychodynamischen Verständnis entspricht – dies kann jedoch durch eine flexible, freundlich zugewandt Gesprächsführung abgemildert werden.

Dem systematischen Informationsgewinn sollte immer die Therapeut-Patient-Beziehung vorangestellt werden. Schneider und Jansen (2009) empfehlen ein möglichst niedriges strukturiertes Vorgehen beim Erheben der biographischen Anamnese, um dem Patienten einen Entfaltungsspielraum zu eröffnen, indem er seine persönliche Sicht auf seine Symptomatik sowie seine Sicht der Entstehungsgeschichte und auslösenden Situationen schildern kann. Dührssen (2011) schreibt sogar, dass ein Abfragen biographischer Daten in Form eines halbstrukturierten Interviews ein vertieftes Kennenlernen zwischen Patient und Therapeut behindert oder gar hemmen

kann. Durch den Einsatz von biographischen Fragebögen würde laut Dührssen eine Annäherung an den Patienten unmöglich werden. Sie schlägt vor, die biographische Anamnese in Form eines Gesprächs durchzuführen, in dem der Therapeut eine interessierte neugierige Haltung gegenüber der Lebensgeschichte des Patienten einnimmt.

Die biographische Anamnese ist nicht auf der Suche nach der „biographischen Wahrheit“ (Dührssen, 2011; Rudolf 2009; vgl. auch Boessmann, 2012), sondern schaut nach Schwellensituationen und Knotenpunkten in einem Leben, schaut, wann eine Person krank geworden ist und was dazu beigetragen hat. Dabei sind die Rahmenbedingungen zu berücksichtigen: Einerseits wie und unter welchen Umständen der Patient aufgewachsen ist und andererseits ist es notwendig, die innerpsychische Situation und Entwicklung eines Patienten zu betrachten. Um dies zu verdeutlichen, sei der bekannte Satz von Sigmund Freud zitiert. Er schreibt 1936 in einem Brief an Arnold Zweig, dass die biographische Wahrheit nicht zu haben sei (Freud/Zweig, 1984).

Wichtig ist, dass das biographische Verständnis nicht auf eine objektive klare Abfolge von Lebensdaten abzielt, sondern dass es um ein Verständnis der Situation geht, in der sich ein Patient befindet. Man habe laut Lang (2000) in einem menschlichen Leben nicht mit einer Abfolge beliebiger Vorkommnisse oder einer fortlaufenden Kette von „life events“ zu tun, sondern es geht nach Rudolf (2009) darum, mit dem Patienten gemeinsam dessen Störung zu verstehen.

Ziel der biographischen Anamnese ist daher, neben der somatischen/psychosomatischen Symptomerfassung zu einem ersten Verständnis der Psychodynamik zu kommen. Soziale und ökonomische Rahmenbedingungen, die aktuelle Lebenssituation und Perspektiven und familiäre Ressourcen sind sicherlich wichtige Punkte, die eruiert werden sollten, da sie für eine Indikation und Behandlungsplanerstellung eine

wichtige Rolle spielen.

Inhaltlich sollte die biographische Anamnese nach Dührssen (2011) und Schneider und Jansen (2009) folgende Punkte enthalten:

- **Familienanamnese:** Informationen zu den Eltern, zu Geschwisterkonstellation, Familienklima, familiäre Erkrankungen und Dispositionen, frühkindliche Entwicklung, kindliche Verhaltensauffälligkeiten
- **Beziehungsanamnese:** Beziehung der Eltern und Geschwister, Freundschaften, Schule, Kindergarten
- **Beruflicher Werdegang und Schule**
- **Psychosexuelle Entwicklungen**
- **Eigene familiäre Konstellation**
- **Berufliche Situation**
- **Außerfamiliäre Lebensbereiche**
- **Einstellungen, Wertevorstellungen**
- **Krankheitsbezogene Einstellung, Therapiemotivation**

Im nächsten Abschnitt werden diese Erkenntnisse in Bezug auf die biographische Anamnese im Forschungskontext dargestellt sowie das praktische Vorgehen beim Erheben der Anamnese mit den Probanden beschrieben.

9.5.2 Die biographische Anamnese und ihre Ergebnisse im Forschungskontext

Wie im vorhergegangenen Kapitel aufgezeigt, dient die Anamnese neben der Erhebung von biographischen Daten entscheidend zum Beziehungsaufbau zwischen The-

rapeut und Patient. Vertrauensbildung, Bildung eines Arbeitsbündnisses und erste Übertragungen wahrzunehmen sind Grundlagen für einen gelingendes Therapiebündnis. Im Kontext der empirischen Forschung stellt die Vergleichbarkeit der Daten ein wichtiges Kriterium dar. Einheitlichkeit bei der Datengewinnung soll ein standardisiertes Vorgehen gewährleisten. Um den Vergleich der biographischen Erhebungen zu ermöglichen, wurde daher für diese empirische Studie die Methode des halbstrukturierten Leitfadeninterviews gewählt.

Nach Wittkowski (1994) handelt es sich bei einem Interview um *„eine planmäßige und zweckbestimmte sprachliche Interaktion zwischen zwei Personen, die in der Regel von Angesicht zu Angesicht stattfindet und vom Interviewer eingeleitet und auf bestimmte relevante Inhalte gelenkt wird mit dem Ziel, vom Interviewpartner durch gezielte Fragen oder Bemerkungen verbale Informationen objektiver und/oder subjektiver Art zu gewinnen“* (Wittkowski, 1994, S. 26).

Wittkowski (1994) unterscheidet zwischen unstrukturierten, halbstrukturierten und hochstrukturierten Interviews. Das unstrukturierte Interview ist gekennzeichnet durch ein geringes Maß an Vorgaben und Standardisierungen. Es ermöglicht dem Interviewer und dem zu Interviewendem einen großen Handlungsspielraum und Handlungsfreiheit. Auf einen Leitfaden und auf eine bestimmte Reihenfolge wird verzichtet. Der Interviewer gibt durch offene Fragen maximal Gesprächsanstöße zu bestimmten Themen. Die Durchführung zielt vor allem auf die Erhebung von sprachlichem Material ab und nicht auf die empirische Vergleichbarkeit von Daten.

Das narrative Interview gilt als bekannteste Form des unstrukturierten Interviews. Das narrative Interview wird beispielsweise von Wiedemann (1986) als die Idealform der qualitativen Forschung und Erkenntnisgewinnung betrachtet. Das narrative Interview hat die Erzählung zum Inhalt: Der Gesprächsstoff steht in Beziehung zu Themen, an denen der Interviewte in irgendeiner Form beteiligt ist.

Das halbstrukturierte und das strukturierte bzw. standardisierte Interview werden mithilfe eines Leitfadens und mit formulierten Fragen geführt. Nach Wittkowski (1994) ist das halbstrukturierte Interview mittelmäßig strukturiert, d.h. es gibt einen Leitfaden, dieser ist aber mit offenen Fragen konzipiert. Der Leitfaden besteht aus offenen Primär- und Sekundärfragen und/oder Stichworten, zu denen der Interviewer den Befragten interviewt. Der Interviewer hält sich bei den Primärfragen an die Reihenfolge und stellt die Fragen wörtlich. Die Sekundärfragen und Stichworte werden bei Bedarf eingebracht.

Das halbstrukturierte Leitfadeninterview bietet somit eine Grobstruktur, die ein Abschweifen verhindert - ohne zu stark zu reglementieren. Die Erhebung von bestimmten Daten ist gewährleistet, ohne den Handlungsspielraum statisch einzuschränken. Das hochstrukturierte Interview ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Reglementierung. Die Fragen sind wörtlich vorgegeben und müssen wörtlich wiedergegeben werden. Die Fragen sind als geschlossene Fragen formuliert. Es besteht ein geringer Handlungsspielraum und keine Flexibilität (Wittkowski, 1994). Zentrales Anliegen des hochstrukturierten Interviews ist die Auswertung: Es hat den Anspruch, quantitativ und vergleichbar - im Sinne eines standardisierten Verfahrens - zu sein und nach diesen Kriterien ausgewertet zu werden (Semler, 1990).

Für die vorgelegte Studie wurde ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview verwendet. Durch die Konzeption eines Leitfadens konnte ein möglichst vergleichbares Vorgehen gewährleistet werden, ohne die Probanden zu stark zu reglementieren. Die Primärfragen wurden wörtlich vorgelesen, sodass eine Vergleichbarkeit der Anamnesen innerhalb der Probandengruppe möglich war. Das halbstrukturierte Interview, das dieser Studie zugrunde liegt, erhebt die individuelle Sicht eines Probanden auf die eigene Biografie. Es versucht, Themen und wichtige Bezugspunkte im Leben eines Patienten zu eruieren. Ziel war es, zu einem psychodynamischen Verständnis

des Patienten und seiner Symptome zu gelangen. Der Leitfaden für das Interview ist in Anlehnung an Rudolf (2008), Jungclausen (2012) und Dührssen (2011) konzipiert. Das biographische Interview wurde folgendermaßen eingeleitet:

„Ich stelle Ihnen nun einige Fragen zu ihrer Biografie. Wir haben dazu ca. 90 Minuten Zeit. An einige Dinge, beispielsweise aus der frühen Kindheit, werden Sie vermutlich keine bewussten Erinnerungen haben. Bitte schildern Sie dann das, was Sie aus Erzählungen wissen, Bilder, an die Sie sich erinnern, Eindrücke oder Stimmungen. Ich werde während des Gesprächs mitschreiben. Alles was Sie erzählen, unterliegt der Schweigepflicht.“

Die nachfolgenden Items sind einzelne Beispiele aus dem Leitfadeninterview, um das methodische Vorgehen aufzuzeigen. Das gesamte Interview ist im Anhang zu finden. Die „fettgedruckten“ Fragen wurden vorgelesen, die Stichpunkte darunter dienten als Gesprächsimpulse.

Auszüge aus dem halbstrukturierten Leitfadeninterview:

Was führt Sie her?

Gab es einen Auslöser/eine auslösende Situation?

[...]

In welcher Lebenssituation befanden sich Ihre Eltern um die Zeit Ihrer Geburt?

Paarbeziehung

Berufliche Situation, Ausbildungssituation

Finanzielle Situation

Welche Stellung haben Sie innerhalb der Geschwisterreihe?

Haben Sie behinderte oder kranke Geschwister?

Was wissen Sie aus Ihrer frühen Kindheit?

Entwicklungsauffälligkeiten

Temperament

[...]

Bitte beschreiben Sie Ihren schulischen Werdegang?

Umgang mit Schwellensituationen

Abschlüsse, Probleme

[...]

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Lebenssituation?

Leben in einer Partnerschaft

Konflikte in der Partnerschaft/frühere Beziehungsprobleme

Eigene Kinder/Kinderwunsch

Gab oder gibt es Todesfälle und Krankheiten in der Familie?

Psychische Belastungen in der Familie

Suizid

Chronische Krankheiten etc.

Haben Sie bestimmte Interessen oder Hobbies?

Umgang mit Medien

Sport

Freundschaften

Gibt es sonst noch etwas, dass Sie gerne sagen möchten?

Die Interviews wurden teilweise auf Tonband aufgenommen, teilweise schriftlich protokolliert. Jedes Interview der 18 Probanden wurde daraufhin zusammengefasst und es wurden psychodynamische Hypothesen erstellt. Die Anamnese fungierte nicht als unabhängige Variable zur Kontrolle des Assoziationsexperiments, sondern sie stellt eine weitere Vertiefung der Ergebnisse dar.

9.6 Die Methode der gesprächsanalytischen Datensitzung nach C. Schwarze

Zur Auswertung und Interpretation der Ergebnisse aus dem Assoziationsexperiment sowie des biographischen Leitfadeninterviews wurde auf die Methode der gesprächsanalytischen Datensitzung zurückgegriffen. Das Konzept, das angewendet wurde, bezieht sich vor allem auf Cordula Schwarze und Carmen Konzett (Schwarze, Konzett, 2014). Beide Autorinnen sind Sprachwissenschaftlerinnen und forschen insbesondere zu Fragestellungen in den Bereichen der Gesprächsforschung und der Interaktionsforschung. Im Fokus des Interesses der beiden Forscherinnen stehen Phänomene wie Kulturaufrufe, Schülerinitiativen, Theatergestik, Beziehungsmanagement und empraktisches Sprechen. Die Datensitzung gilt in der qualitativen Forschung als unabdingbare Methode zur empirischen Überprüfung von Datenmaterial. Die Datensitzung gilt in der gesprächsanalytischen Forschung als Gütekriterium qualitativen Arbeitens (vgl. Schwarze, 2014).

Die Methode schien ausgesprochen geeignet für die Analyse und Interpretation der Ergebnisse aus dieser Studie, da sie eine subjektive Interpretation der Daten verhindert, der Vielschichtigkeit der quantitativ erhobenen Daten Rechnung trägt und der Kontrolle sowie der Basis für Reflexionen dient. Sie ermöglicht Diskussion, Meinungsaustausch und Debatten über das gesammelte Datenmaterial. Zunächst folgt eine kurze Definition der Datensitzung von Cordula Schwarze:

„Bei einer Datensitzung handelt es sich um einen methodisch kontrollierten Prozess, indem Fragen aus der Auseinandersetzung mit dem Material in Expertengruppen diskutiert werden. Diese Gruppe löst in der Sitzung kriteriengeleitet, kommunikativ und zielorientiert gemeinsam eine Aufgabe [...]“ (Schwarze, 2010, S. 105).

Die Datensitzung gilt als Gütemerkmal für qualitative Forschung und sollte daher bestimmten Kriterien entsprechen. Steinke (2012) beschreibt Kriterien, die für eine

Datensitzung unabdingbar als sind:

- Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit
- Die Interpretation des Datenmaterials in Gruppendiskussionen
- Die ständige empirische Verankerung der Daten, d.h. dass Fragestellungen, Konzepte und Hypothesen stets materialgestützt entwickelt werden und veränderbar sind.

Nach Schwarze (2014) gibt es drei mögliche Formen von Datensitzungen: 1. die Datensitzung als Methode der Analyse, 2. die Datensitzung als Präsentationsmethode und 3. die Datensitzung als Lehrmethode.

Diese Studie ging nach 1. „*Die Datensitzung als Methode der Analyse*“ vor. Es wurde jeweils eine konkrete Fragestellung und Fallmaterial vorbereitet.

Die Funktion dieser Art von Datensitzung sind Validierung, Intersubjektivierung, Nachvollziehbarkeit und die Diskussion der Analyseergebnisse. Für diese Studie lag das Erkenntnisziel der Datensitzung ganz klar auf der Überprüfung der Intersubjektivität der Interpretationen und der Überprüfung der Auswertungen des Datenmaterials sowie der Eröffnung neuer Perspektiven zur Kategorisierung der Daten. Ein weiterer wichtiger Fokus lag auf der Nachvollziehbarkeit der Analyse, auf dem Auswertungsvorgehen sowie auf der Kategorisierung in die zwölf Kategorien (vgl. Kap. 10.3) des Auswerteschemas.

9.6.1 Praktisches Vorgehen und Kategorisierung der Ergebnisse

Für die vorliegende Studie wurde nach 1. „*Die Datensitzung als Methode der Analyse*“ vorgegangen. Es wurde für jede Datensitzung Fallmaterial vorbereitet. Während der Sitzungen wurde das Datenmaterial bearbeitet und diskutiert, alle Ergebnisse ausgelegt und Kategorien gebildet. Die Vorgehensweise war folgendermaßen:

1. Die Ergebnisse des Assoziationsexperiments wurden ohne weitere Informationen an die Teilnehmer der Datensitzung ausgehändigt. Aufgabe war nun, eine Psychodynamik abzuleiten.

2. Die Ergebnisse aus 1. wurden mit der Anamnese verglichen. Welche Übereinstimmungen/Abweichungen konnten festgestellt werden?

3. Die Ergebnisse der standardisierten Verfahren wurden mit einbezogen und es wurde ein psychisches Profil für die dargebotenen Probanden abgeleitet.

In einem nächsten Schritt wurden alle Ergebnisse in Bezug auf die 18 teilnehmenden Probanden in der Expertenrunde mit folgender Fragestellung ausgehändigt:

- Welche Übereinstimmungen können festgestellt werden?
- Wo sind Abweichungen erkennbar?
- Lassen sich Kategorien ableiten?
- Wie bewerten die Teilnehmer die auffälligen Kategorien jedes einzelnen Studienteilnehmers in ihrer Stärke auf einer Skala von 1–5?

Die Stärke der jeweils auffälligen Kategorien aus den einzelnen Testverfahren wurde für jeden Probanden auf einer Skala von eins bis fünf in ihrer Ausprägung kategorisiert. Bei den Skalen, die auf den standardisierten Fragebögen basierten, wurden die T-Werte bzw. die Stanine-Werte in ihrer Kategorisierung des Testverfahrens mit einbezogen. Es galt:

1 = unauffällig

2 = leicht auffällig

3 = deutlich auffällig

4 = stark auffällig

5 = sehr stark auffällig

Ferner haben sich aus der Analyse des Datenmaterials und den Datensitzungen zwölf zentrale Kategorien abgebildet:

1. Selbstwertkomplex
2. An Normen orientiert/sehr angepasst
3. Aggressionshemmung
4. Aggression
5. Depression/Minderwertigkeitskomplex
6. Ängstlichkeit
7. Psychosomatische Beschwerden

Die Funktion dieser Art von Datensitzung war die Validierung, Intersubjektivierung, Nachvollziehbarkeit und die Diskussion der Analyseergebnisse. Bei der zusammengekommenen Gruppe handelte es sich um eine Expertengruppe aus Fachkollegen und Kolleginnen. Für diese Studie lag das Erkenntnisziel der Datensitzung auf der Überprüfung der Intersubjektivität der Interpretationen und Auswertungen des Datenmaterials, der Eröffnung neuer Perspektiven zur Kategorisierung der Daten. Ein weiterer wichtiger Fokus lag auf der Nachvollziehbarkeit der Analyse, das heißt des Auswertungsvorgehens, sowie der Kategorisierung in die zwölf Kategorien (vgl. Kap. 10.3) des Auswerteschemas. Die Ergebnisse aus den Diskussionen der Datensitzungen wurden kritisch überprüft und die eigene Subjektivität relativiert. Denkfehler, alternative Vorgehensweisen und Perspektiven wurden erörtert und mit in die Datenanalyse einbezogen. Ferner sollte die Qualität der Fragestellung anhand der gesammelten Daten geprüft werden.

9.7 Begründung für die Wahl der Methoden und methodische Limitation

Dieser Abschnitt begründet die Auswahl der herangezogenen Instrumente und die methodische Vorgehensweise. In Kapitel 9.7.2 werden die Methoden mit ihren Limitierungen dargestellt und kritisch erörtert.

9.7.1 Auswahlbegründung

Es wurden zwei standardisierte Testverfahren ausgewählt, deren Schwerpunkt auf der Erfassung unterschiedlicher Bereiche liegt. Der SCL-90[®]-S ist ein Symptombelastungstest, d.h., es wird gemessen, inwieweit der Proband in den letzten sieben Tagen der subjektiven Einschätzung nach unter bestimmten Symptomen gelitten hat. Der FPI-R ist hingegen ein Persönlichkeitsfragebogen, der überdauernde Persönlichkeitsmerkmale über einen längeren Zeitraum erfasst. Durch die unterschiedliche Schwerpunktsetzung der beiden Verfahren soll ein möglichst breit gefächertes und differenziertes Bild des Probanden bezüglich Beschwerden, Leidensdruck, Dispositionen und Persönlichkeitsmerkmalen entstehen. Aus der ersten Säule¹² der Auswertung können so Hypothesen über Diagnose und Symptombildung abgeleitet werden, die sich vorerst nur auf die Auswertung dieser beiden klinischen Verfahren stützen.

Für die vorgelegte Studie wurde das Assoziationsexperiment in Form einer 50-Wort-Liste gewählt, da sich die 100-Wort-Liste, wie sie von Jung vorgeschlagen wurde, sowohl hinsichtlich der Durchführung und Auswertung als auch der Kontextaufnahme als zu aufwendig erwies. Es liegt sicher nicht im Interesse des Tests, dass Komplexe aktiviert werden, die im therapeutisch-beraterischen Setting nicht aufgefangen werden können. Bei einer 50-Wort-Liste behält der Versuchsleiter leichter den Überblick, kann Konstellationen nachgehen und flexibler bleiben.

¹² Es werden insgesamt folgende drei Säulen ins Verhältnis gesetzt: klinische Standarddiagnostik (SCL-90[®]-S und FPI-R), Ergebnisse des Assoziationsexperiments und Anamnese.

Die Auswahl dieser drei Verfahren begründet sich darin, dass sich in der Zusammenschau der Ergebnisse ein breit gefächertes Bild über die Beschwerden eines Probanden ergibt. Die SCL-90®-S erfasst die individuelle Belastung eines Probanden auf symptomatischer Ebene, der FPI-R Persönlichkeitsmerkmale von überdauerndem Charakter und das Assoziationsexperiment die im Moment ansprechbaren, konstellierbaren Komplexe in ihrem Verhältnis zum Ich-Komplex. Somit erlauben die Ergebnisse dieser drei Verfahren eine Hypothesenbildung zum Beschwerdebild eines Probanden sowie zur unbewussten Komplexlandschaft.

Durch die Standardskalen der beiden klinischen Instrumente war die Möglichkeit der Vergleichbarkeit und der Zusammenfassung dieser beiden Testverfahren gegeben, die dann mit den Ergebnissen des Assoziationsexperiments ins Verhältnis gesetzt werden konnten. Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität des SCL-90 ist nach den vorliegenden Befunden gewährleistet, wie die bevölkerungsrepräsentative, deutschsprachige Stichprobe (N = 2.025, 16 bis 75 Jahre aus den Jahren 2011-2012) zeigt. Das Manual umfasst aktuelle bevölkerungsrepräsentative Normen und eine separate Normierung Studierender. Die Reliabilität der SCL-90®-S kann als zufriedenstellend (Skala Aggressivität/Feindseligkeit; $r_{min} \geq .76$) bis gut (paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt) sowie sehr gut (Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, GSI) bezeichnet werden. Dem globalen Kennwert GSI wird eine durchgängig sehr gute Reliabilität von Cronbachs $\alpha = .97$ bis $.98$ bescheinigt (Franke, 2014. S. 17–18).

Auch dem FPI-R liegt ein belastbarer Datensatz zugrunde: Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen $\alpha = .73$ und $\alpha = .83$. Die interne Validität ist durch die Konvergenz von faktorenanalytischen und itemmetrischen Analysen sowie durch konfirmatorische Clusteranalysen gesichert. Die empirische Validität ist u.a. durch die Korrelation mit Selbst- und Fremdeinstufungen, Daten des ambulanten Assessments

sowie mit anderen Persönlichkeitsfragebogen und Statusmerkmalen, u.a. aus beiden Repräsentativerhebungen, belegt. Die Normen wurden 1999 in einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung (N = 3.740) gewonnen.

Das Assoziationsexperiment von C. G Jung und auch das in vorliegender Studie durchgeführte Experiment von M. Schlegel werden als „projektives Verfahren mit bestimmten Regeln zur Durchführung“ verortet. Sowohl die Durchführung als auch die Reaktionszeitmessung ist durch wissenschaftliche Studien von Jung selber (1979), Schlegel (1979) und Kast (1988) belegt.

Dennoch birgt schon die Zeitmessung bei der Durchführung des Assoziationsexperiments im 1. Durchlauf eine Fehlerquote. Letztendlich hängt die Messung mit der Stoppuhr sehr stark vom Geschick und den Messfähigkeiten des Untersuchungsleiters ab.

Weiterhin ist unklar, inwieweit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse die Ergebnisse des Assoziationsexperiments beeinflussen wie natürlich der gesamte Beziehungsaspekt. Dieser Sachverhalt könnte in einem weitergehenden Forschungsprojekt eruiert werden (siehe Kap. 13, *Ausblick*). Auf der anderen Seite ist jedoch klar, dass diese Art der Datenerhebung nur funktioniert, wenn eine gelungene Beziehung zwischen Untersuchungsleiter und Proband vorliegt. Das heißt, der Beziehungsaspekt und die Übertragungsprozesse bilden eine unumgängliche Facette, die in die Daten mit hineinspielen. Besonders die Erhebung des Assoziationskontexts gelingt nur, wenn der Proband sich „sicher“ fühlt und eine vertrauensvolle Atmosphäre besteht (vgl. Kap. 12, *Diskussion*).

Die Anamnese fungierte in diesem Design nicht als unabhängige Variable oder zur Kontrolle des Assoziationsexperiments, sondern sie stellte eine weitere Vertiefung der Ergebnisse dar. Das halbstrukturierte Interview, in dieser Studie als biographische Anamnese, erhebt die individuelle Sicht eines Probanden auf die eigene Bio-

grafie. Es versucht Themen und wichtige Bezugspunkte im Leben eines Patienten zu eruieren, um zu einem psychodynamischen Verständnis des Patienten und seiner Symptome zu gelangen (Rudolf, 2008). Auch im biographischen Interview geht es nicht darum, „Wahrheiten“ oder „Tatsachen“ zu eruieren, sondern um die persönliche Sicht des Untersuchungsteilnehmers auf seine Biografie. Wie in der Kontexterhebung beim Assoziationsexperiment spielen auch hier Beziehung und Übertragungsprozesse eine nicht zu eliminierende Rolle: Sie stellen vielmehr die Grundvoraussetzung für ein biographisches Interview dar, indem der Proband sich vertrauensvoll öffnet und sich zutraut auch schwierige, belastende Ereignisse im biographischen Leben zu erzählen.

Durch das der Studie zugrunde liegende Mixed-Method-Design konnten die Vorteile der qualitativen und der quantitativen Methode genutzt werden. Die qualitative Herangehensweise erlaubt eine individuelle Sicht auf jede einzelne Persönlichkeit: Vor diesem Hintergrund wurden die Daten aus dem Assoziationsexperiment und der Anamnese interpretiert und ausgewertet. Daten erhielten nicht den Status von Steinen, die „an einem Flussufer eingesammelt“ (Bergmann, 2006, S. 22) werden, sondern es wurde versucht, den Mensch als Gesamtpersönlichkeit zu erfassen. Die Daten aus den standardisierten Instrumenten wurden quantitativ erhoben und ausgewertet. Insgesamt wurden die Ergebnisse miteinander ins Verhältnis gesetzt, um zu eruieren, was das Assoziationsexperiment erfasst. An bestimmten Schnittstellen nämlich der Testanweisung, dem Vorgehen in der Studie insgesamt, dem Ablauf, dem Material und dem Setting war das Vorgehen standardisiert, um ein Gleichmaß zu erzielen, das die persönlichen Einflüsse in einem überschaubaren und einschätzbaren Maß hielt. Selbstverständlich diente die Reflexion mit Kollegen als Gütemerkmal qualitativer Forschung der weiteren Reduzierung subjektiver Einflüsse. Wie schon formuliert, wäre aber diese Art von Studie ohne Beziehungsaspekt und Übertragungsprozesse nicht möglich. Die Analytische Psychologie und Therapie interes-

siert sich ja gerade für das individuell Abweichende, das für den Individuationsprozess von großer Bedeutung ist. Gerade in diesem Bereich sind die Ergebnisse der empirischen Studie ganz klar.

9.7.2 Methodische Limitation

Die Daten der vorliegenden Studie unterliegen verschiedenen methodischen Limitationen, auf die im folgenden eingegangen wird. Es könnte diskutiert werden, ob die Probandengruppe mit $n = 18$ eine zu kleine Gruppe darstellt, wobei diese Anzahl für die quantitative, am Einzelfall interessierte Forschung ausreichend ist (vgl. Bergmann, 2006). Die Rekrutierung erfolgte nach bestimmten Auswahlkriterien, d.h., es nahmen nur Probanden mit mindestens einem mittleren Bildungsniveau teil, des Weiteren handelte es sich um Versuchspersonen, die sich an einer psychologischen Beratungsstelle anmeldeten. Diese wurden nach bestimmten Merkmalen sondiert. Die Probandengruppe setzte sich aus Personen mit guter Struktur, guten Deutschkenntnissen und mittlerem Bildungsniveau zusammen (siehe Kap. 8.4, *Auswahlverfahren*). Die Frage, wie die Ergebnisse bei ungebildeten oder psychisch stärker beeinträchtigten Personen ausgefallen wäre, kann nicht beantwortet werden.

Weiterhin ist bei diesem Forschungsprojekt keine Kontrollgruppe untersucht worden. Die Kontrollgruppe hätte eine Gruppe von „gesunden“ Probanden bilden können. Eine Kontrollgruppe würde die Aussagekraft der eingesetzten Instrumente in ein möglicherweise anderes Verhältnis setzen.

Bei der vorliegenden Studie wurde keine Untersuchungsvariable variiert, relevante Störvariablen wurden nicht berücksichtigt. Da die Durchführung durch einen Versuchsleiter erfolgte, ist keine Aussage über die Durchführungsobjektivität möglich. Zur Auswertung der Ergebnisse wurden zwölf Kategorien gebildet auf denen die Probanden jeweils mit ihrer Symptomatik auf einer Skala von eins bis fünf eingestuft wurden. Diese Einschätzung unterliegt den Ergebnissen aus Datensitzungen und ist

nicht durch „objektive“ Interraterskalen belegt. Die Daten wurden in wissenschaftlicher Gruppenmethode (Ratervalidity) erarbeitet, es handelt sich daher um Kennwerte mit Rangskala-Niveau und eben nicht um eine Intervallskala. Die Interrater-Reliabilität kann bei der vorgelegten Studie nicht nachgewiesen werden.

Auch die beiden standardisierten Verfahren unterliegen der methodischen Limitation: Bei der SCL-90®-S kann das Antwortverhalten „bewusst in zwei Richtungen verfälscht werden: zum Einen kann bewusst dissimuliert werden („faking good“), d.h. die Person kreuzt zwar an, sie habe keine psychische Belastung bei Item xy - tatsächlich ist sie aber belastet. Zum Anderen ist es möglich, bewusst eine Belastung vorzugeben („faking bad“) (Franke, 2014). Die Diskussion um Antworttendenzen richtet sich vor allem auf die Bereiche der sozialen Erwünschtheit und der Akquieszenz, was ein Methodenproblem standardisierter Verfahren darstellt und somit die Frage nach der „Objektivierbarkeit“ stellt. Die Skala „Offenheit“ dient im FPI-R als Barometer dafür, inwieweit ein Proband bereit ist, kleinere Fehler und Alltagschwächen zuzugeben und inwieweit er über die Offenheit verfügt, sich unkonventionell zu äußern. „Es [...] könnte sich eine Tendenz zur Selbstidealisierung äußern“ (Fahrenberg, 2009, S. 51).

In der vorliegenden Arbeit wurde besonderes Augenmerk auf die Ergebnisse mit hohen oder niedrigen Stanine-Werten in der Skala „Offenheit“ gelegt sowie beim SCL-90-S auf das Antwortverhalten „faking good“ geachtet, das sich deutlich abzeichnete und in den Gesamtergebnissen widerspiegelt. Das Assoziationsexperiment als projektives Verfahren bietet kaum Möglichkeiten, das Antwortverhalten zu verfälschen. Die standardisierten Verfahren schließen viele Bereiche aus, sind eng gefasst, um eine größtmögliche „Objektivierbarkeit“ zu erhalten. Dies impliziert aber auch große Scheuklappen. So betont Rudolf (2008), dass die subjektive Welt bei jedem Einzelnen anders aussieht. Jedes Subjekt verfügt über eigene Konnotationen und ist als

Einzelfall zu erfassen. Das zeichnet die projektiven Verfahren aus und kann eindrücklich durch die vorliegende Arbeit bestätigt werden. Die Dimensionen standardisierter Verfahren sind in der Auswertung des Assoziationsexperiments genauso zu finden, doch es kommt der ganze Bereich der Psychodynamik und der persönlichen Konnotationen hinzu. Die Kategorien der standardisierten Instrumente sind zugunsten der „Manualisierung“ sehr eingeschränkt, was auf Kosten des Einzelfalls im klinischen Alltag gehen kann. Die Dimension der Kategorie „Einzigartigkeit“ geht bei standardisierten Verfahren verloren.

In diesem Kapitel wurden die eingesetzten Testinstrumente und das methodische Vorgehen der vorliegenden Untersuchung beschrieben. Eine Auswahlbegründung für die einzelnen Verfahren wurde erörtert sowie die methodischen Limitationen reflektiert. In Kapitel 10 werden die Ergebnisse der empirischen Studie präsentiert und anhand exemplarischer Auswertungen beschrieben.

10 Ergebnisse

Zunächst erfolgt in Kapitel 10.1 die Darstellung zweier exemplarischer Auswertungsbeispiele. In Kapitel 10.2 werden die Ergebnisse aller Probanden zusammengefasst dargestellt. Kapitel 10.3 legt dar, wie und nach welchen Kriterien die Ergebnisse kategorisiert worden sind. Es erfolgen die tabellarische und graphische Darstellung aller Einzelergebnisse in Kapitel 10.3.1 und 10.3.2 sowie eine fallübergreifende Zusammenschau aller Ergebnisse. Kapitel 10.5 präsentiert den finalen Aspekt und die Entwicklungsthemen der einzelnen Probanden, die sich aus dem Assoziationsexperiment ableiten ließen.

Alle personenbezogenen Daten sind so maskiert, dass eine Wiedererkennung der Probanden nicht möglich ist. Die Anamnesen und die sich daraus ergebenden psychodynamischen Hypothesen sind im Sinne der Vergleichbarkeit der Ergebnisse verkürzt dargestellt. Die möglicherweise daraus resultierende Vereinfachung wurde zugunsten der wissenschaftlichen Vergleichbarkeit akzeptiert.

Bei der Auflistung der Einzelergebnisse werden zunächst die männlichen Probanden, dem Alter entsprechend aufsteigend, daraufhin die weiblichen Probandinnen ebenfalls dem Alter entsprechend aufsteigend, dargestellt.

Bei der Bildung der psychodynamischen Hypothesen aus der Anamnese wird vor allem Bezug genommen auf die Konfliktdarstellung und Einteilung der OPD (2006), auf Menzos (1984, 2009), auf Rudolf (2008) sowie auf Jungclausen¹³ (2013). Die Darstellung der psychodynamischen Hypothesen aus dem Assoziationsexperiment orientiert sich an den Jung'schen Fachbegriffen (siehe Kap. 3), insbesondere an Auswertungsbeispielen von Verena Kast (1988a).

¹³ Jungclausen (2013) hat in seinem „Handbuch Psychotherapie-Antrag“ eine übersichtliche Darstellung der Konflikte aus OPD, von Menzos und Rudolf zusammengestellt.

Es werden nachfolgend diese Abkürzungen verwendet:

Proband = PB

Standardisierte Instrumente = ST

Assoziationsexperiment = AE

10.1 Exemplarische Auswertung anhand zweier Beispiele

Im Folgenden wird anhand zweier Beispiele das Auswertungsvorgehen exemplarisch dargestellt. Das erste Beispiel zeigt die Ergebnisse eines Probanden, bei dem die Werte und Ergebnisse der drei Säulen „klinische Instrumente“, „Assoziationsexperiment“ und „Anamnese“ teilweise übereinstimmen. Im zweiten Beispiel folgt die Darstellung der Ergebnisse eines Probanden, bei dem die Ergebnisse der klinischen Fragebögen sich als unauffällig erweisen, die Ergebnisse des Assoziationsexperiments und der Anamnese jedoch deutliche Auffälligkeiten zeigen. In beiden Fällen wird der finale Aspekt herausgearbeitet und es wird aufgezeigt, wie sich die Ressourcen und Entwicklungsthemen der einzelnen Probanden abzeichneten. Die Kontextaufnahme zu den gestörten Wörtern ist wörtlich transkribiert. Die Auswertung der einzelnen Ergebnisse für jeden Probanden¹⁴ erfolgte in fünf Schritten.

Im ersten Schritt, nachfolgend **Auswertung 1** genannt, zeigt eine Tabelle eine Übersicht über die vier erhobenen Kategorien und Ergebnisse von SCL-90®-S, FPI-R, Assoziationsexperiment und Anamnese.

Im zweiten Schritt, **Auswertung 2**, werden die Ergebnisse aus den klinischen Fragebögen SCL-90®-S und FPI-R zusammengefasst, und daraus wird ein psychisches Profil daraus abgeleitet.

Im dritten Schritt, nachfolgend **Auswertung 3**, geht es um die Darstellung des erho-

¹⁴ Im Anhang können die ausführlichen Auswertungen aller 18 Probanden nach der 5-Schritte-Methode nachgelesen werden.

benen Assoziationskontexts zu den gestörten Wörtern aus dem Assoziationsexperiment.

Unter **Auswertung 4** werden die psychodynamischen Hypothesen, die sich aus dem Assoziationsexperiment ableiten lassen, präsentiert.

Unter **Auswertung 5** folgt eine Tabelle, in der das psychische Profil aus den beiden klinischen Instrumenten, die psychodynamischen Überlegungen aus der Anamnese sowie die psychodynamischen Hypothesen aus dem Assoziationsexperiment übersichtlich dargestellt werden. In diesem letzten Schritt werden die Ergebnisse zusammengefasst und es wird überprüft, was das Assoziationsexperiment im Vergleich zu den beiden standardisierten Instrumenten und der Anamnese erfasst hat.

10.1.1 Exemplarische Auswertung anhand eines 49-jährigen Probanden

Bei diesem Probanden handelt es sich um einen 49-jährigen männlichen Studienteilnehmer, der sich aufgrund massiver Selbstzweifel, Schlafstörungen (Durchschlafstörung und frühes Erwachen), verschiedener psychosomatischer Beschwerden und Ängste, das berufliche Pensum nicht zu schaffen, angemeldet hatte. Weiterhin berichtete er, dass er sich nicht entspannen könne und er leide unter virulenter innerer Unruhe. Er habe bis vor fünf Jahren Alkoholprobleme gehabt, diese aber mithilfe eines Klinikaufenthalts für einige Jahre in den Griff bekommen. Seit einigen Monaten trinke er wieder abends zur Entspannung, habe aber Sorge, dass es mehr werden könne. Seit seiner Kindheit leide er unter Adipositas. Er sei seit vielen Jahren geschieden und habe zwei erwachsene Töchter. Er arbeite als Selbstständiger mit einigen Angestellten in der IT-Branche mit einer 50 bis 60 Stunden Woche.

Auswertung 1: Ergebnisse der drei Testinstrumente

SCL-90®-S T-Werte 40-60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4-6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale	
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	28!
Aggressivität	65	Lebenszufriedenheit	3	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	25
Ängstlichkeit	67	Soz. Orientierung	8	Keine Assoziation	-
Depressivität	65	Leistungs-orientierung	4	Keine Reproduktion	-
Paranoides Denken	57	Gehemmtheit	4	Stereotypen	3x oft, 2x Befriedigung, 3x Liebe(n)
Phob. Angst	63	Erregbarkeit	7	Wörter mit 2 KM: Tisch, dumm, Freund, zufrieden, Arbeit, Vertrauen, trinken, traurig, Chef, Kampf, faul, Baum, krank, Familie, fremd, Tier, schlagen, enttäuschen, Schmutz, Liebe, schlecht, Strafe	
Psychotizismus	64	Aggressivität	5	Wörter mit 3-4 KM: Geiz, Angst	
Somatisierung	65	Beanspruchung	7	Bedeutungszusammenhänge:	
Unsicherheit im Sozialkontakt	62	Körperl. Beschwerden	7	Angst: Vertrauen, Freund, traurig, trinken, enttäuschen, Strafe, Schmutz, schlagen	
Zwanghaftigkeit	65	Gesundheits-sorgen	7	Familie: fremd, Tier, Geiz, Liebe, vertrauen, Tisch	
GSI	66	Offenheit	6	Arbeit: dumm, Chef, Kampf, faul, krank, zufrieden	
PSDI	63	Extraversion	6		
PST	64	Emotionalität	7		

Tabelle 1: Exemplarische Auswertung anhand eines 49-jährigen Probanden

Anamnese

Vater: Der Vater sei Arbeiter gewesen und an einem Hirnschlag verstorben, als der Proband 16 Jahre alt war. Tod und Trauer wurden tabuisiert, keine Trauerbewältigung. Lebensmotto des Vaters: Arbeit - nichts war gut genug. Zuwendung des Vaters durch Leistung körperlicher Art, wie Mithilfe in Haus und Garten. **Mutter:** Hausfrau, bereits vor Geburt des Probanden chronisch psychisch und physisch krank. Nach Geburt habe sie sich nicht um den Säugling kümmern können (Familienhilfe). Später sei sie aufgrund periodischer depressiver Episoden immer wieder stationär in der Klinik gewesen. Der Proband schilderte, dass zu Hause kein Wohlfühlen möglich war. Das Haus sei schmutzig, ungemütlich und ungepflegt gewesen. Er sei von beiden Eltern geschlagen worden, auch mit dem Gürtel und anderen Gegenständen. **Zwei Schwestern** (+3, -2), die auch beide geschlagen worden seien. Von der Hauptschule habe er sich hochgearbeitet bis zum Studium, ohne elterliche und finanzielle Unterstützung. Beruflich sei er erfolgreich. Er leite ein eigenes Unternehmen mit mehreren Angestellten. Alkoholabhängigkeit und Adipositas. Keine Information über Großeltern - wie abgeschnitten.

Auswertung 2: Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI-R

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte zeigen sich im auffälligen Bereich, außer Leistungsorientierung. Leistungsorientierung zeigt sich im Normbereich liegend. Die Werte zeigen im Profil, dass sich der Pb tendenziell unzufrieden, bedrückt, traurig, oft angespannt und gestresst fühlt.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI-R), Erregbarkeit:

Die Werte für Aggressivität (SCL-90®-S) und Erregbarkeit zeigen sich im deutlich auffälligen Bereich, wobei die Werte Aggressivität im FPI-R im Normbereich liegen. Das

Bild zeigt dennoch insgesamt eine leichte Reizbarkeit, Unausgeglichenheit und hohe Empfindlichkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich in allen Bereichen, außer paranoides Denken (im Normbereich) und Gehemmtheit (gerade noch im Normbereich), Werte im auffälligen Bereich. Ängstlichkeit, Gefühl von Bedrohung, emotional labil und empfindlich, eher altruistisch mit Unsicherheit in Sozialkontakten.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen sich in allen Kategorien im auffälligen bis deutlich auffälligen Bereich im Hinblick auf körperliche Belastung, viele somatische Beschwerden und die Angst vor Erkrankung.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Es zeigen sich Werte im leicht auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen gerade noch im Normbereich, im Sinne von eher extravertiert, impulsiv, gesellig, ungeniert, unkonventionell.

GSI, PST: Die Werte zeigen eine deutliche psychische Belastung mit Symptomausprägung in mehreren Kategorien.

Profil

Die Ergebnisse zeigen auffällige Werte in den Kategorien der Depression. Trotz bedrückter Lebenseinstellung, Überforderungs- und Stressgefühlen scheint es dem Probanden unter großer Anstrengung zu gelingen, leistungsorientiert zu agieren. Aggressivität scheint vorhanden und äußert sich in Reizbarkeit und Unausgeglichenheitsgefühlen. Angst und Zwanghaftigkeit zeigen sich im auffälligen Bereich. Der

Proband scheint unter Ängstlichkeit und leichten Bedrohungsgefühlen sowie zwanghaftem Verhalten zu leiden. Dabei zeigen die Werte, dass er emotional labil und empfindlich ist und Unsicherheiten in Sozialkontakten aufweist. In den Kategorien der Somatisierung zeigen sich die Werte der verschiedenen Kategorien im deutlich auffälligen Bereich im Hinblick auf körperliche Belastung, viele somatische Beschwerden und Angst vor Erkrankung. Zusammenfassend scheint der Pb unter Depressionen, Ängsten, massiven Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstzweifeln zu leiden, die sich mutmaßlich auch in den erhöhten Werten der Kategorien „Psychotizismus“ und „Zwanghaftigkeit“ widerspiegeln. Dabei zeigen die Werte, dass er tendenziell extravertiert und impulsiv agiert. Weiterhin weisen die Werte deutliche psychosomatische Belastungen mit verschiedenen Symptomen auf.

Auswertung 3: Ergebnisse des Assoziationsexperiments

Bedeutungszusammenhänge und erste Hypothesenbildung aus dem Assoziationsexperiment

Aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments mit den Wörtern, die die meisten Störungsmerkmale aufzeigen, lässt sich eine erste „Deutungshypothese“ (Kast, 1988a) ableiten.

Deutungshypothese

Zuerst fiel auf, dass der Pb bei der zweiten Präsentation der Wörter über 50 Prozent, d.h. 28 von 50 Wörtern falsch reproduzierte. Weiterhin zeigte sich bei der Hälfte der Wörter eine verlängerte Reaktionszeit. Als Stereotypen zeigten sich die Wörter „oft“, „Befriedigung“ und „Liebe“. Dies könnte schon ein erster Hinweis auf ein mannigfaltiges unbewusstes Komplexerleben mit Ursprung in der frühen Kindheit sein.

Die zentrale Emotion scheint die Angst zu sein. *Angst* mit der Assoziation *oft* zeigte sich als gestörtes Wort mit vier Komplexmerkmalen. Weiterhin weist das Wort *Geiz* vier Komplexmerkmale auf. *Geiz* könnte in Verbindung mit den gestörten Wörtern

trinken, vertrauen, Tisch, traurig, fremd auf ein orales Mangelereben hinweisen. Stabilisierend scheint die Arbeit zu wirken, worin der Pb seinen schwachen Selbstwert stabilisiert. Eine massive Minderwertigkeitsproblematik könnten die gestörten Wörter *dumm, faul, enttäuschen, Liebe* und *vertrauen* vermuten lassen. Weiterhin könnten die gestörten Wörter *Arbeit, Chef, Kampf* auch eine Problematik im patriarchalen Bereich und einen negativen Vaterkomplex vermuten lassen.

Die gestörten Wörter sind im Folgenden nach Bedeutungszusammenhängen kategorisiert:

Arbeit: dumm, Chef, Kampf, faul, krank, zufrieden

Angst: Vertrauen, Freund, traurig, trinken, enttäuschen, Strafe, Schmutz, schlagen

Geiz: Familie, fremd, Tier, Liebe, vertrauen, Tisch

Als erste Deutungshypothese können ein Minderwertigkeitskomplex, Schuldkomplex und ein negativer Vaterkomplex - vor dem Hintergrund einer oralen Fixierung (vermutlich Mangelerebungen) mit der zentralen Emotion Angst - angenommen werden.

Erhebung des Assoziationskontexts

Die Kontextaufnahme zu den gestörten Wörtern soll nun zeigen, in welchem Assoziationsgefüge die Wörter mit Komplexmerkmalen stehen. Weiterhin soll die Deutungshypothese verifiziert werden.

Die Assoziationen sind wörtlich transkribiert.

dumm: Dumm, einfältig, eigensinnig, eingefahren in der Meinung. Manche Kollegen sind dumm. Mein Selbstwertgefühl ist zurzeit sehr niedrig. Ich hätte gerne Menschen um mich herum, die mich verstehen, mir sagen, dass ich ihnen leidtue, weil ich so viel zu tun habe. Anerkennung.

Freund: Das Klischee der Männerfreundschaften: Saufen und Fußball. So bin ich

nicht. Ich habe keinen richtigen Freund, habe da eher Frauenanteile – ich rede gerne über meine Probleme, das ist mir wichtig. Mein bester Freund ist eine Frau, wir reden viel. Ich stehe eigentlich alleine da, das war ja auch mein größtes Problem, dass ich mit niemandem reden konnte.

zufrieden: „Was macht mich wirklich zufrieden?“ Ich bin mit meiner Lebensführung nicht zufrieden und kann mich dennoch nicht davon lösen. Ich bin unzufrieden, aber zumindest zufriedener als früher. Ich habe Angst, mich und mein Leben zu verändern. Würde gerne Dinge in der Beziehung verändern, habe aber Angst vor den Konflikten – vielleicht auch vor der Konsequenz. Ich wünsche mir ein schönes Zuhause mit großer Familie, die viel zusammen ist, feiert. Ich kann nicht allein sein.

Arbeit: Gebe ich mich zufrieden, oft auch Bedrohung, hohes Pensum, kann nicht auftanken. Workaholic. Ohne Arbeit ginge es auch nicht, ich könnte die Leere nicht füllen. Ich brauche die Arbeit und die Bestätigung daraus.

Vertrauen: Missbrauch – nein, das Gegenteil ist Misstrauen. Jemandem vertrauen, der Persönliches preisgibt. Wem kannst du vertrauen? Meiner Partnerin vertraue ich. Wem kann man wirklich vertrauen?

Trinken: Ja (lachen). Man muss Wasser trinken, den Wasserhaushalt ausgleichen. Alkohol. Das mit dem Alkohol ist in letzter Zeit nicht gut. Ich denke auch wieder an eine Selbsthilfegruppe. Da kommt aber wieder das Thema Vertrauen ins Spiel: In so einer Gruppe ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, jemanden zu kennen. Das greift mich total an, mein Selbstwertgefühl leidet dermaßen darunter, dass ich das nicht im Griff habe. Ich bin sehr unzufrieden. Übrigens habe ich Sie die letzten Male angelogen, als Sie mich nach meinem Alkoholkonsum fragten (lacht): Ich trinke schon seit Längerem wieder jeden Abend (stöhnt). Der Alkohol tut mir nicht gut. Mein ganzer Zustand ist nicht gut. Ich trinke ein bis zwei Flaschen alleine, das macht mich fertig.

Traurig: Traurigkeit ist häufig in meinem Leben. Ich bin nahe am Wasser gebaut und

weine bei Filmen, wenn es irgendwie um Beziehungen zwischen Mann und Frau geht. Wenn sich zwei Menschen zugetan sind – das rührt mich, dann weine ich manchmal. Wo kommen diese tiefen Gefühle der Traurigkeit her? Das ist vielleicht diese Sehnsucht, kann auch schlecht alleine sein. Bin als Kind viel gehänselt worden. Meine Eltern haben mich geschlagen. Kläpse auf den Po, aber auch mit dem Gürtel.

Chef: Jetzt bin ich selber Chef. Habe Angestellte. Kann nicht richtig stolz darauf sein, obwohl es gut läuft.

Kampf: Das Leben ist ein Kampf. Das tägliche Fuß vor Fuß setzen, Schritt für Schritt gehen ist ein Kampf. Das tägliche Rauskämpfen aus den Gefühlen morgens beim Aufwachen. Der Kampf mit meinem Ich. Immer muss ich mich antreiben. Angst, Unruhe, ungute Gefühle. *Traum: Ich laufe weg und verstecke mich. Jemand verfolgt mich, der mich töten will. Bedrohung.*

Faul: Das wäre ich gerne, wünschte, einfach mal abschalten zu können und eine Tasse Kaffee zu genießen. Trotz Überlastung bei der Arbeit und Stressgefühlen weiß ich, es ginge mir noch schlechter, wenn ich nicht arbeiten würde.

Baum: Eine weite Baumkrone mit vielen Ästen, Zweigen und grünen Blättern. Baum löst eine Sehnsucht nach Entfaltung aus. Ich gehe gerne im Wald spazieren. Entspannung.

krank: Ich kann mich an kaum einen Tag meines Lebens erinnern, an dem ich nicht krank war. Magenschleimhautentzündung, Übelkeit, Rückenprobleme. Ich trainiere viel im Fitness und mache Sport, dennoch werden die Verspannungen und Muskelbeschwerden nicht besser.

Familie: Liebe, Eltern, Kinder, sich kümmern, Erziehung, Regeln, Feste, Feiern. Der Wunsch nach einer großen Familie, nach Geselligkeit. Wunsch nach Bindungen. Die Beziehung zu meinen Töchtern ist mir sehr wichtig. Ich habe regelmäßig Kontakt zu ihnen.

Fremd: Andere Sprachen und Kulturen, interessant. Dass ich Sprachen nicht

verstehe, macht mir Angst. Würde gerne Sprachen lernen, reisen. Fernweh.

schlagen: Als Kind wurde ich häufiger geschlagen, was halt so üblich war. Gürtel und Kochlöffel. Meine Eltern haben auch beide Prügel bekommen. Mit 20 Jahren habe ich Kampfsport gemacht, obwohl ich ängstlich bin. Bin auch aggressiv gewesen, immer in Verbindung mit Alkohol.

enttäuschen: Das Gegenteil fällt mir ein: zuverlässig. Ich bin sehr zuverlässig. Was ich sage, tue ich auch. Würde nie den Kontakt zu Freunden einfach abbrechen, ohne darüber gesprochen zu haben.

Schmutz: Mir ist es sauber lieber. Lege schon Wert auf Hygiene in Hotels. Zu Hause ist es normal, würde ich sagen.

Liebe: Das ist meine Sehnsucht. Ich wünsche mir Liebe und Geborgenheit in der Partnerschaft. Meine Partnerin und ich lieben uns schon, aber sie ist nicht so warmherzig, braucht nicht so viel Nähe und Zuwendung wie ich. Das ist sehr verletzend, macht traurig.

Strafe: Meine Töchter habe ich auch mal bestraft, aber nie geschlagen oder so. Das finde ich unnötig - auch wegen meiner eigenen Erfahrungen.

Geiz: Verschwendung – das Gegenteil ist sparsam. Ich bin nicht geizig – würde gerne viel mehr teilen mit meiner Partnerin, auch Gefühle. Man kann doch auch mit Gefühlen geizig sein? Ich glaube, ich treffe oft auf solche Menschen. Das verletzt mich. Ich kriege nie so viel, wie ich bräuchte, zurück, obwohl ich viel geben kann.

Angst: Innere Unruhe. Prüfungsangst: Angst steht vor mir, morgens beim Wachwerden. Allein sein. Verlassen. Die Suche nach Anerkennung und es kann nie genug sein. Schlaflosigkeit, Ängste, das Pensum nicht zu schaffen. Angst vor dem Alleinsein. Angst, nicht anerkannt zu sein. Angst vor Veränderung. Selbstzweifel.

Auswertung 4: Psychodynamische Hypothesen - abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Die gestörten Wörter sind teilweise in Klammern gesetzt oder im Fließtext kursiv markiert.

Im Zentrum der Problematik stehen vermutlich der Selbstwertkomplex, der Minderwertigkeitskomplex und eventuell auch der Urkomplex (Angst, trinken, zufrieden) mit der zentralen Emotion der Angst, mit vermutlich frühen Verlassenheitsgefühlen.

Es ist anzunehmen, dass diese Emotionen ihren Ursprung bereits in der oralen Phase unter Umständen auch schon intrauterin finden. Die gestörten Wörter *trinken* und *Geiz* sowie die Assoziationen dazu *Befriedigung* und *Ich kriege nie so viel, wie ich bräuchte* könnten eine orale Fixierung vermuten lassen. Es ist anzunehmen, dass der Pb bereits in früher Kindheit Verlassenheitsgefühlen ausgesetzt war und keine sicheren Objekte internalisieren konnte.

Es war der Mutter scheinbar nicht möglich, den Säugling ausreichend zu containen (Angst, Vertrauen). Diese Hypothese könnte auch von der großen Sehnsucht nach Familie unterstrichen werden (Familie, Freund). Stabilisierend sind sicherlich die Arbeit, die Bestätigung daraus, sowie die Leistungsfähigkeit des Probanden (Arbeit, Chef), wobei auch dieser Bereich von Versagensängsten und Selbstzweifeln geprägt scheint (dumm, faul, krank, Angst).

Weiterhin könnten die gestörten Wörter *Arbeit*, *Chef* und *Kampf* auch eine Problematik im patriarchalen Bereich und einen negativen Vaterkomplex vermuten lassen, im Sinne von rigorosen Anforderungen des Vaters und wenig Anerkennung. Die Somatisierungen und körperlichen Beschwerden könnten als Abwehr der frühen Ängste und Verlassenheitsgefühle in das Körper selbst hinein verstanden werden und als Symbol für diese Gefühle ge- bzw. benutzt werden. Dies könnte durch das gestörte Wort *krank* mit der Assoziation, *er könne sich an kaum einen Tag erinnern, an dem*

er nicht krank gewesen sei, untermauert werden. Der Pb scheint schuld- und schamhaft zu verarbeiten (trinken, zufrieden, Schamgefühle). Die gestörten Wörter *krank*, *schlecht* und *Angst* mit der stereotypen Assoziation *oft* könnten weiterhin einen massiven Angst-, Minderwertigkeits-, und Selbstwertkonflikt verifizieren. Die Stereotypen *Liebe* und *Befriedigung* könnten die Sehnsucht nach frühkindlicher Geborgenheit unterstreichen.

Ressourcen und finaler Aspekt

Als Ressource könnte die Beziehung zu den Töchtern (Familie) gesehen werden, die der Pb zu pflegen scheint. Dies könnte zeigen, dass er Beziehungen halten und eingehen kann. Weiterhin könnten die Assoziationen zu Familie (feiern, Feste, Geselligkeit) als Möglichkeit gesehen werden, den Libidofluss weiter zu aktivieren. Der Pb ist auf der Suche nach Selbstentfaltung: Was macht mich zufrieden? Dies könnte die Assoziation zu *Baum – Früchte* und *Lebenskraft* zeigen. Er assoziiert weiterhin eine weite *Baumkrone mit vielen Ästen, Zweigen* und *grünen Blättern* sowie die große Sehnsucht nach Entfaltung. Die Assoziation zu *fremd - andere Sprachen* und *Kulturen, interessant* könnten im Sinne der Individuation und Selbstentfaltung günstig sein. Möglicherweise zeigt das die Sehnsucht des Pb nach einer Reise durch das eigene Selbst? Die Leistungsbereitschaft, die Reflexionsbereitschaft sowie das Offenlegen des Alkoholproblems könnten im Sinne des finalen Aspekts positiv gewertet werden.

Auswertung 5: Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen Auffälligkeiten im Bereich der Depression und der Aggressivität mit deutlichen Überforderungs- und Stressgefühlen. Der Pb scheint sehr leicht erregbar, dabei emotional labil und extravertiert mit Unsicherheiten in Sozialkontakten. Weiterhin Auffälligkeiten in den Kategorien der Ängste und Zwanghaftigkeit. Viele somatische Beschwerden.</p>	<p>Minderwertigkeitskomplex und Leistungskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Mutter- und Vaterkomplexes mit oraler Fixierung (Alkohol, Adipositas) und Not-Ich-Entwicklung. Schuld- und schamhafte Verarbeitung. Somatisierung als Symbolisierung in das Körperselbst hinein und zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst. Stabilisierung durch beruflichen Erfolg.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen Beziehung zu den Töchtern pflegen und die Beziehung halten. Feiern, Feste, Geselligkeit: Libido könnte in Fluss kommen. Pb ist auf der Suche nach Selbstentfaltung: Was macht mich zufrieden? Leistungsbereitschaft trotz Depression und intellektuelle Fähigkeiten. Das Offenlegen des Alkoholproblems.</p>	<p>Frühkindliche Vernachlässigung und orale Fixierung. Stabile Objekte konnten nicht internalisiert werden. Es kommt zur Not-Ich - Entwicklung verbunden mit früher Überforderung und Selbstständigkeit. Die Energie des Ich-Komplexes bleibt in den Minderwertigkeitskomplexen, den Schuld- und Schamgefühlen und dem Vaterkomplex verhaftet und steht ihm so nicht zur Verfügung. Unverarbeitete Trauer hemmt die Autonomieentwicklung weiter. Gefühle der Leere, der Minderwertigkeit und der Angst ständig virulent. Nähe-Distanz-Konflikt und Objekthunger vs. Selbstberuhigung (Alkohol, Adipositas). Somatische Beschwerden zur Abwehr von Depression, Angst und frühen Verlassenheitsgefühlen. Stabilisierung durch beruflichen Erfolg.</p>

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse

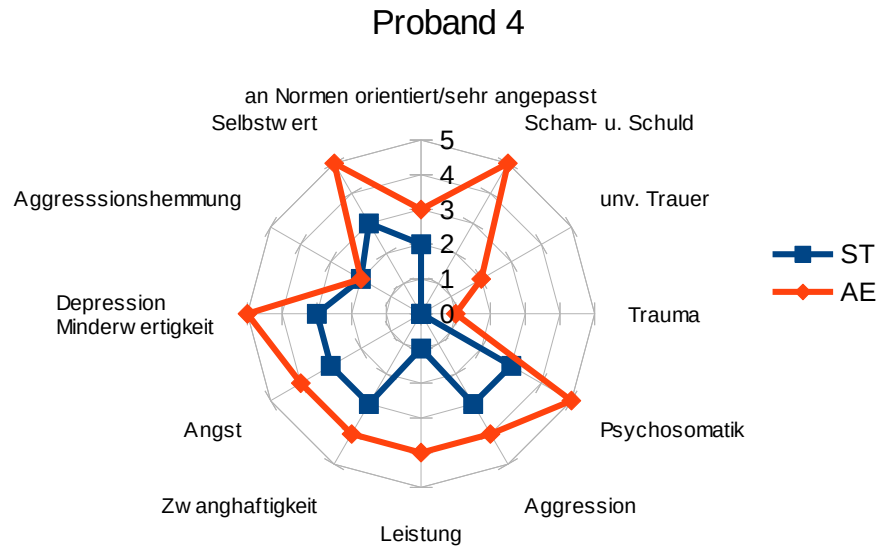


Abbildung 7: Fallvignette: Proband 4, graphische Darstellung der Ergebnisse

Die Graphik zeigt in der Zusammenschau eine weitgehende Übereinstimmung der Ergebnisse aus den angewendeten Verfahren. Die Auffälligkeiten und Symptome sind in sechs Kategorien hinsichtlich Beschwerden, Symptomen und Konflikten vergleichbar: So zeigen sich deutlich Depression (Minderwertigkeitskomplex), Angst, Stressgefühle sowie deutliche psychosomatische Beschwerden. Aggression zeigt sich ebenfalls in allen Verfahren. Die unverarbeitete Trauer über den Tod des Vaters zeigt sich nur in der Anamnese. Der schuld- und schamhafte Verarbeitungsmodus, die Alkoholproblematik, die Adipositas sowie die frühen Mangelserfahrungen und Verlassenheitsgefühle mit oraler Fixierung zeigen sich jedoch nur im Assoziationsexperiment und in der Anamnese.

Es kann resümiert werden, dass die Ergebnisse der drei Säulen bei diesem Probanden weitgehend vergleichbar sind. Es wird sowohl deutlich, in welchen Kategorien Auffälligkeiten vorliegen, als auch, wie schwer die Problematik ist.

Ebenso zeigt sich, dass die standardisierten Instrumente die Psychodynamik und den Verarbeitungsmodus als wichtige Bezugspunkte für den therapeutischen Prozess nicht erfassen. Die Leistungsorientierung, das heißt die Stabilisierung des Probanden durch Leistung und Anerkennung im Beruf zeigt sich nur im Assoziationsexperiment auffällig sowie in der Anamnese. Vermutlich unterliegen die starke Leistungsorientierung und die daraus resultierende Stabilisierung der Abwehr, was den unauffälligen Wert in den standardisierten Verfahren erklären könnte.

Die standardisierten Instrumente fragen dahingegen strukturiert verschiedene mögliche Merkmale, Kategorien und Symptombelastungen ab, was ein breites klinisches Bild über den Probanden erlaubt.

10.1.2 Exemplarische Auswertung anhand eines 60-jährigen Probanden

Der Proband, 60 Jahre, meldete sich aufgrund verschiedener psychosomatischer Beschwerden, depressiver Episoden, Gefühlen der Wertlosigkeit und der Minderwertigkeit zur psychologischen Beratung an. Er sei aufgrund chronischer Arthrose und Gastritis seit fünf Jahren in Frührente. Es belaste ihn sehr, nicht mehr arbeitsfähig zu sein. Er fühle sich „wie ein Krüppel“. Verheiratet, zwei erwachsene Töchter.

Anamnese

Die Mutter sei nach langer Krankheitsphase verstorben, als der Proband zwei Jahre alt war. Der Vater habe kurz darauf neu geheiratet. Zu seiner Stiefmutter habe er keine Beziehung aufbauen können. Er habe „keine Mutterliebe erfahren“. Die Stiefmutter sei kalt und gefühllos gewesen. Er habe einen Bruder, + 2, zu dem er bereits in der Kindheit keine Beziehung habe aufbauen können (starke Geschwisterrivalität und viel Streit). Der Vater habe als Arbeiter gearbeitet. Er sei „Wochenendalkoholiker“ gewesen. Er habe die Familie zwar finanziell versorgt, sei aber viel abwesend gewesen. Im Alter von 16 Jahren sei der Proband mit seiner

Ergebnisse

Familie aus Tschechien ausgewandert (Armut, keine Chance auf Arbeit). In Deutschland habe er eine handwerkliche Ausbildung absolviert und in diesem Beruf bis zu seiner Frühberentung gearbeitet. Seit 20– 5 Jahren leide er ständig unter Schmerzen im ganzen Körper. Er habe chronische Gastritis, chronische Arthrose und Dauerkopfschmerzen.

Auswertung 1: Ergebnisse der drei Testinstrumente

SCL-90®-S T-Werte 40-60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4-6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale	
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	18
Aggressivität	58	Lebenszufriedenheit	2	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	35
Ängstlichkeit	57	Soz. Orientierung	4	Keine Assoziation	-
Depressivität	59	Leistungs-orientierung	3	Keine Reproduktion	-
Paranoides Denken	51	Gehemmtheit	6	Reaktionszeiten > 10 sek.	dumm, zufrieden, Geiz, Heim, faul, Schmerz
Phob. Angst	56	Erregbarkeit	3		
Psychotizismus	50	Aggressivität	4	Wörter mit 2 KM: zufrieden, trinken, Geiz, gut, Chef, Kampf	
Somatisierung	70	Beanspruchung	7		
Unsicherheit im Sozialkontakt	52	Körperl. Beschwerden	9	Wörter mit 3 – 4 KM: Mutter, dumm, Gefühl, faul, Heim, Familie, Schmerz, enttäuschen, Strafe	
Zwanghaftigkeit	51	Gesundheits-sorgen	4	Bedeutungszusammenhänge:	
GSI	59	Offenheit	3	faul: dumm, enttäuschen	
PSDI	60	Extraversion	1	Schmerz/Strafe: Gefühl, Heim, Chef, Kampf, Geiz	
PST	57	Emotionalität	7	Mutter: Familie, gut, zufrieden, trinken	
		Achtung:		Inhaltlich	
		Offenheit = Stanine3!		faul: stinken und gefühllos	

Tabelle 3: Exemplarische Auswertung anhand eines 60-jährigen Probanden

Auswertung 2: Zusammenfassung der Ergebnisse aus SCL-90®-S und FPI-R

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte zeigen eine unzufriedene und negative Lebenseinstellung bei wenig Leistungsorientierung mit erhöhten Werten im Bereich Beanspruchung im Sinne von „sich überfordert im Stress“ fühlen.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI-R), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im Normbereich: wenig aggressiv, beherrscht.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich Werte noch im Normbereich liegend, eher gehemmt und zurückhaltend, dabei tendenziell emotional labil, ängstlich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen sich im deutlich auffälligen Bereich: körperlich sehr belastet, viele Beschwerden, mutmaßlich psychosomatisch gestört.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im Normbereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen außerhalb des Normbereichs im Sinne von auf einen guten Eindruck bedacht, introvertiert und verschlossen.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass keine grundsätzliche psychische Belastung vorliegt.

Profil

Die Ergebnisse zeigen eine bedrückte Lebenseinstellung mit einem Gefühl der starken Beanspruchung. Der Pb scheint emotional labil und dabei stark auf einen guten

Eindruck bedacht zu sein. Im Bereich der Psychosomatik weisen die Werte deutliche Auffälligkeiten mit verschiedenen körperlichen Beschwerden auf. In der Zusammenchau zeigen die Werte jedoch eine geringe psychische Belastung, wobei das Antwortverhalten „faking good“, das heißt bedacht auf einen guten Eindruck und wenig Bereitschaft zur Offenheit, in die Interpretation mit einbezogen werden sollte.

Auswertung 3: Ergebnisse des Assoziationsexperiments

Deutungshypothese

Zuerst fiel auf, dass der Pb bei 18 Wörtern fehlerhaft reproduzierte. Bei 35 Wörtern lag die Reaktionszeit über drei Sekunden und bei sechs Wörtern zeigte sich eine Reaktionszeit von über zehn Sekunden. Die langen Reaktionszeiten, die vielen falschen Reproduktionen sowie die starke Erschöpfung nach dem Experiment lassen eine deutliche unbewusste Komplexlandschaft in verschiedenen Bereichen vermuten.

Die gestörten Wörter sind im Folgenden nach Bedeutungszusammenhängen kategorisiert:

Schmerz/Strafe: Gefühl, Heim, Chef, Kampf, Geiz

Mutter: Familie, gut, zufrieden, trinken

Faul: dumm, enttäuschen

Inhaltlich fiel weiterhin die Assoziation zu *faul – stinken* und *gefühllos* auf.

Als erste Deutungshypothese können ein Minderwertigkeitskomplex, Selbstwertkomplex (dumm, enttäuschen, gut) und Schuldkomplex (Schmerz, Strafe) mit schamhafter Verarbeitung (faul, dumm, enttäuschen) vor dem Hintergrund einer oralen Fixierung (Mutter, trinken, Geiz, zufrieden) angenommen werden.

Erhebung des Assoziationskontexts

Kontextaufnahme war nur mit Wörtern, die 3-4 KM aufwiesen, möglich.

Wörter mit 2 KM

Zufrieden, trinken, Geiz, gut, Chef, Kampf

Wörter mit 3–4 KM:

Mutter: Ich habe keine Mutterliebe erfahren. Meine Mutter ist früh gestorben. Meine Stiefmutter war kalt. Es war keine Beziehung möglich. Sie hat sich nicht um mich und meinen Bruder gekümmert. Jetzt ist sie selber pflegebedürftig. Ich kümmere mich um sie, besuche sie jeden Tag und helfe ihr. Das ist für mich selbstverständlich.

dumm: Ich möchte nicht dumm sein. Es ist schlimm, wenn jemand dumm ist. Oft sind die Leute auch zu faul, dumm und faul. Ich habe immer gearbeitet. Jetzt geht es nicht mehr mit den vielen Krankheiten. Suche trotzdem nach einem Job, den ich machen kann. Möchte zu etwas nützlich sein. Man fühlt sich so nutzlos.

Gefühl: Gefühl – mh, was soll ich sagen. Hat mir vielleicht gefehlt – mütterliche Gefühle zu bekommen.

faul: Das ist schlimm, wenn jemand faul ist. Die auf dem Arbeitsamt stellen einen so hin, als wäre man zu faul zum Arbeiten. Das ist erniedrigend. Ich möchte ja Arbeit, aber es geht nicht mehr so wie früher.

Heim: Kinderheim. Keine echte Liebe. Viele Betten, großer Essensaal. Keine Eltern. Trauer. Tod. Unglück.

Familie: Meine Familie ist das Wichtigste, dass es meinen Kindern gut geht. Mein Enkel ist sehr wichtig für mich. Ich kümmere mich gerne um ihn. Bin stolz und glücklich, so eine tolle Familie zu haben. Würde gerne mehr dazu beitragen – finanziell

meine ich. Meine Frau muss arbeiten, weil ich es nicht mehr kann.

Schmerz: Schulter, Arme, im ganzen Körper, Magen, oft Kopfschmerzen. Tabletten helfen, die Schmerzen auszuhalten. Manchmal ist es so schlimm, dass ich nicht aufstehen kann.

enttäuschen: Ich hoffe, dass meine Familie nicht von mir enttäuscht ist – weil ich nicht arbeiten kann. Fühle mich nutzlos, bin enttäuscht von mir selber. Ich bin ein Krüppel.

Strafe: Strafe ist nicht gut. Ich würde meinen kleinen Enkel nie bestrafen, das ist schlimm, wenn Eltern ihre Kinder bestrafen mit Schlägen oder anderen Dingen. Manchmal muss es vielleicht sein, aber ich habe meine Kinder nicht bestraft, wir konnten das immer anders klären.

Auswertung 4: Psychodynamische Hypothesen - abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum der Thematik stehen wohl die gestörten Wörter *Mutter*, *Schmerz* und *Strafe* mit der zentralen Emotion der Schuld und Scham. Die unverarbeitete Trauer über den frühen Tod der Mutter (Schmerz), vermutlich mit traumatischem Erleben könnte zur chronischen Trauer und damit zur Hemmung des Ich-Komplexes geführt haben. Möglicherweise verbunden mit virulenten Schuldgefühlen über den Tod der Mutter (Strafe, enttäuschen). Das Wort *Heim* mit den Assoziationen *Kinderheim*, *keine echte Liebe*, *viele Betten*, *großer Essenssaal*, *keine Eltern*, *Trauer*, *Tod* und *Unglück* könnte die Assoziation an die eigene Kindheit und Jugend, in der er „keine Mutterliebe“ erfahren hat, aktiviert haben. *Keine Eltern*, *Essenssaal* und *trinken* könnte auf eine frühe emotionale und orale Vernachlässigung hinweisen und eine orale Fixierung vermuten lassen. Diese Assoziationen könnten auch einen Urkomplex vermuten lassen. Die Assoziation zu *Gefühl - hat mir vielleicht gefehlt*, *mütterliche Gefühle*

zu bekommen sowie die gestörten Wörter *Strafe, Schmerz, enttäuschen, Heim, zufrieden* könnten diese Vermutung weiter untermauern. Die Fokussierung auf die eigene Leistungsfähigkeit *faul – stinken, gefühllos* sowie die gestörten Wörter *dumm, Chef, Kampf* könnten einen Hinweis auf einen hoch aufgeladenen Leistungskomplex geben und dies bestätigen. Die Berufstätigkeit scheint den Pb stabilisiert zu haben. Gefühle der eigenen Minderwertigkeit, Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit (ich bin ein Krüppel) tauchten auf, als die Leistungsfähigkeit durch Krankheit eingeschränkt wurde. Die eigene Kernfamilie wird idealisiert und wirkt stabilisierend. Vermutlich rühren daher verstärkt die Ängste, die Familie zu enttäuschen (enttäuschen, Familie, Schuld).

Insgesamt kann von einem Urkomplex und Schuldkomplex mit unverarbeiteter Trauer und Traumatisierung bei vielen körperlichen Schmerzen und Beschwerden als Symbolisierung in das Körperselbst hinein und zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle, seelischer Schmerzen und Angst, ausgegangen werden.

Auswertung 5: Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen eine tendenziell bedrückte, unzufriedene Lebenseinstellung sowie verschiedene psychosomatische Beschwerden. In der Zusammenschau zeigen die Werte eine geringe psychische Belastung, wobei das Antwortverhalten „faking good“, Bedacht auf einen guten Eindruck und wenig Bereitschaft zur Offenheit mit in die Interpretation einbezogen werden sollte.</p>	<p>Urkomplex und Primärschuld, massiver Minderwertigkeitskomplex, Schuldkomplex und Leistungskomplex. Unverarbeitete Trauer und Traumatisierung. Somatisierung als Symbolisierung in das Körper selbst hinein zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst.</p> <p>Finaler Aspekt <i>Buch – Kultur</i> und <i>Kopf – Klugheit</i> könnten ein kulturelles Interesse und intellektuelle Fähigkeiten zeigen.</p>	<p>Vermutlich erlebte Vernachlässigung in Säuglings- und Kleinkindzeit, daher keine Internalisierung sicherer Objekte möglich. Der Tod (tabuisiert) der Mutter als ein traumatisches Erleben. Frühe Bedürftigkeit vs. Klaglosigkeit und Enttäuschungswut und frühe Versorgungsbedürfnisse vs. Schuld. Chronische unverarbeitete Trauer, dadurch Ich-Hemmung und Dauerüberlastung.</p> <p>Somatische Übererregbarkeit aufgrund fehlender Selbstberuhigung. Abwehr: Affektisolierung bzw. Somatisierung. Viele Jahre Stabilisierung durch das Berufsleben. Durch Frührente Destabilisierung und Reaktivierung der Konflikte.</p>

Tabelle 4: Zusammenfassung der Ergebnisse

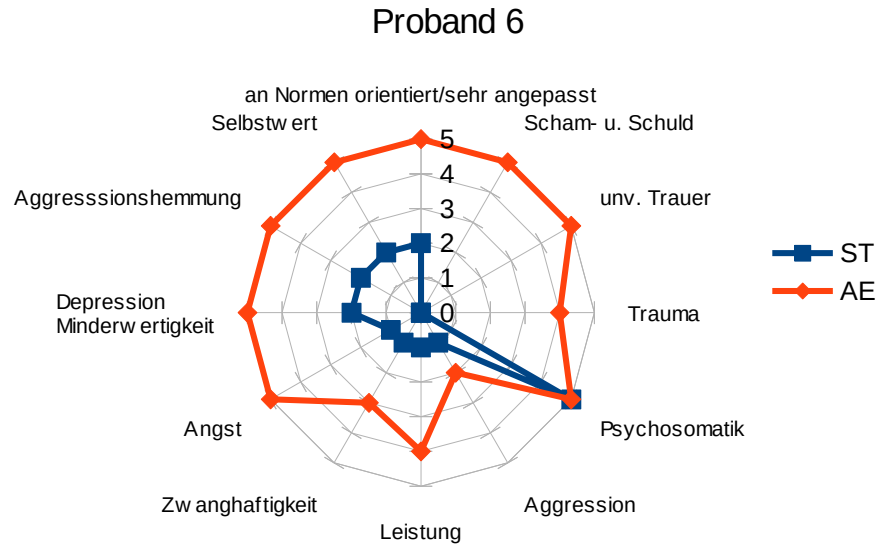


Abbildung 8: Fallvignette: Proband 6, graphische Darstellung der Ergebnisse

Die Graphik verdeutlicht die sehr starken Auffälligkeiten, die sich im Assoziationsexperiment gezeigt haben, sowie die geringen Auffälligkeiten in den standardisierten Instrumenten. Weiterhin zeigt Abbildung 8, dass vor allem Schuld- und Schamgefühle, ein massiver Minderwertigkeitskomplex sowie ein geringer Selbstwert vorherrschen.

In der Zusammenschau weisen die Werte Auffälligkeiten in den Ergebnissen des Assoziationsexperiments sowie in der Anamnese auf. Die Symptombeschreibung untermauert die Ergebnisse. Das psychische Profil aus den standardisierten Instrumenten zeigt weitgehend unauffällige oder leicht auffällige Werte. Im Bereich der psychosomatischen Beschwerden lassen sich durch alle drei Verfahren Auffälligkeiten und Belastungen ableiten. Der Vergleich der Ergebnisse aus den Verfahren lässt den Rückschluss zu, dass das Antwortverhalten in den standardisierten Instrumenten bewusst oder unbewusst verfälscht wurde. Dies könnte zwei Gründe haben:

Zum einen war es dem Pb möglicherweise wichtig, einen guten Eindruck zu hinterlassen und ein eher gemäßigtes Bild seiner Beschwerden zu zeigen. Scham- und Schuldgefühle könnten hier von Bedeutung sein.

Zum anderen könnte das Antwortverhalten als Abwehr gedeutet werden. Möglicherweise wehrt er ungute Gefühle durch die Somatisierung ab, die sich ja in beiden Verfahren als deutlich auffällig erweist. Durch das Assoziationsexperiment wird die unbewusste Komplexlandschaft deutlich. Der Pb kann beim Assoziieren nicht bewusst seine Reaktionen steuern. Dies bestärkt die Hypothese, dass das Assoziationsexperiment für die Anwendung in der aktuellen Psychotherapie ein wirksames diagnostisches und therapeutisches Instrument darstellt. Verena Kast (1988a) schreibt hierzu, dass sowohl die „Dimension der Außenwelt und die Dimension der Innenwelt“ gleichermaßen erfasst werden. Die Situation des ganzen Menschen, die sich aus dem Zusammenspiel aller Komplexe ergibt, bildet sich durch den Einsatz des Assoziationsexperiments ab, da die unbewussten Strebungen (Komplexe) die bewussten und rationalen Reaktionen „stören“ und sich durch verlängerte Reaktionszeiten zeigen (Kast, 1988a).

Dieses Beispiel zeigt, dass bei der Auswertung des Assoziationsexperiments in bestimmten Bereichen Auffälligkeiten im Sinne von negativ aufgeladenen Komplexen deutlicher werden als in den standardisierten Verfahren. Der Proband unterlag vermutlich bei den standardisierten Tests so sehr der Abwehr, dass er im Sinne des Antwortverhaltens „faking good“ und wenig Bereitschaft zur Offenheit geantwortet hat. Schamgefühle und Ängste sowie die Gefahr der Dekompensierung könnten Gründe für diese Abwehr sein. Der Ich-Komplex scheint wenig Kohärenz aufzuweisen.

10.2 Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse

Im Folgenden werden die psychodynamischen Überlegungen und das Profil aus den Bereichen der klinischen Fragebögen, des Assoziationsexperiments und der Anamnese aller 18 Probanden zusammengefasst dargestellt. Studienteilnehmer waren sechs männliche Probanden im Alter von 18 bis 60 Jahren und zwölf weibliche im Alter von 17 bis 69 Jahren. Die Probanden sind dem Alter entsprechend aufsteigend, mit den männlichen Studienteilnehmern beginnend, dargestellt.

Proband	Instrumente SCL-90®-S und FPI-R	Assoziationsexperiment	Anamnese
Nr. 1 18J/m	Deutliche Auffälligkeiten im Bereich der Gehemmtheit sowie leichte Auffälligkeiten in den Kategorien Ängstlichkeit, paranoides Denken und Psychotizismus. Im stark auffälligen Bereich liegt der Wert bei „Sozialer Orientierung“ (St = 9!). In der Zusammenschau zeigen die Werte leichte psychische Auffälligkeiten.	Urkomplex, Selbstwertkomplex, Minderwertigkeitskomplex und Schuldkomplex vor dem Hintergrund frühkindlicher Deprivation und Traumatisierung. Not-Ich-Entwicklung bei aggressiv-narzisstischer Verarbeitung. Größenphantasien zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst.	Frühkindliche Deprivation und Traumatisierung. Konflikt der Nähe und der Bindung. Frühe Versorgungsbedürfnisse vs. Schuld und narzisstischer Konflikt. Abwehr der Angst (schamhaft) durch Größenphantasien vs. narzisstischer Enttäuschungswut.
Nr. 2 28J/m	Depression, Angst und Zwänge mit verschiedenen psychosomatischen Beschwerden und Gesundheitsorgen. Gehemmt, introvertiert und unsicher in sozialen Kontakten. Auf Umgangsnormen bedacht.	Selbstwert-, Minderwertigkeits- und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Vaterkomplexes mit psychosomatischer Verarbeitung.	Überanpassung, Leistungsorientierung und Aggressionshemmung. Autonomie-Abhängigkeitskonflikt, Loyalitätskonflikt und Macht-Ohnmachtskonflikt mit depressiver Verarbeitung und Angst bei psychosomatischer Verarbeitung.

Proband	Instrumente SCL-90®-S und FPI-R	Assoziationsexperiment	Anamnese
Nr. 3 38J/m	Leichte Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression bei verminderter Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft. Viele körperliche Beschwerden. In der Gesamtschau der Ergebnisse zeigen die Werte eine geringe psychische Belastung. Offenheit: St = 8 und Gehemmtheit: St = 7!	Minderwertigkeits- Selbstwertkomplex und Schuldkomplex mit Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines ungelösten Elternkomplexes.	Depression vor dem Hintergrund ungestillter Versorgungsbedürfnisse vs. Schuldgefühlen mit Aggressionshemmung. Verarbeitung durch Ironisierung.
Nr. 4 49J/m	Depression mit deutlichen Überforderungs- und Stressgefühlen und Aggression sowie Zwanghaftigkeit. Leichte Erregbarkeit, dabei emotional labil und extravertiert mit Unsicherheiten in Sozialkontakten. Ängste und verschiedene somatische Beschwerden.	Minderwertigkeitskomplex und Leistungskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Mutter- und Vaterkomplexes mit oraler Fixierung und Not-Ich-Entwicklung. Schuld- und schamhafte Verarbeitung. Somatisierung als Symbolisierung in das Körperselbst hinein und zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst.	Frühkindliche Vernachlässigung, orale Fixierung und Not-Ich-Entwicklung. Selbstwertkonflikt, Nähe-Distanzkonflikt und Objekthunger vs. Selbstberuhigung (Alkohol, Adipositas) bei schuld- und schamhafter Verarbeitung. Unverarbeitete Trauer hemmt die Autonomieentwicklung weiter. Somatisierung als Symbolisierung in das Körperselbst hinein und zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst.
Nr. 5 50J/m	Depression mit Ängsten (auch phobischen Ängsten) und Aggressionshemmung sowie verschiedene psychosomatische Beschwerden.	Minderwertigkeits-, Selbstwert-, Leistungskomplex und Not-Ich-Entwicklung vor dem Hintergrund eines negativen Mutterkomplexes mit schuldhafter Verarbeitung. Kompensation durch das Berufsleben.	Mangelnde Objektkonstanten und traumatisches Erleben. Überanpassung sowie Leistungsorientierung. Depression und Angst bei Nähe-Distanz-Konflikt und Selbstwertkonflikt mit scham- und schuldhafter Verarbeitung. Verstärkung der Symptome durch unbewältigte Trauer über das totgeborene Kind. Stabilisierung vermutlich durch beruflichen Erfolg.

Proband	Instrumente SCL-90®-S und FPI-R	Assoziationsexperiment	Anamnese
Nr. 6 60J/m	Tendenziell bedrückte, unzufriedene Lebenseinstellung. Verschiedene psychosomatische Beschwerden. In der Zusammenschau zeigen die Werte eine geringe psychische Belastung. Antwortverhalten „faking good“ und wenig Bereitschaft zur Offenheit (St = 3).	Urkomplex, massiver Minderwertigkeitskomplex, Schuldkomplex (Primärschuld) und Leistungskomplex. Unverarbeitete Trauer und Traumatisierung. Zahlreiche körperliche Schmerzen und Beschwerden zur Abwehr von Depression, Angst und seelischen Schmerzen.	Tabuisierung des frühen Tods der Mutter, vermutl. traumatisches Erleben. Frühe Bedürftigkeit vs. Klaglosigkeit und Enttäuschungswut (Stiefmutter sei emotionslos gewesen). Chronische unverarbeitete Trauer, Ich-Hemmung und dauerüberlastetes Selbst. Somatisierung als Abwehr bei schuldhafter Verarbeitung.
Nr. 7 17J/w	Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich liegend. Anhand der Werte lässt sich keine psychische Belastung ableiten.	Negativer Vaterkomplex, Leistungskomplex, Identitätskomplex und Aggressionskomplex mit zentraler Emotion der Angst. Die psychosomatischen Beschwerden könnten als Abwehr der Angst, Depression und Wut dienen.	Not-Ich-Entwicklung, Überanpassung, Identitäts- und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt vor dem Hintergrund der Zwillingsthematik und des abwesenden Vaters. Somatisierung zur Abwehr von Angst und Depression sicherlich verstärkt durch adoleszente Konflikte.
Nr. 8 19J/w	Starke psychische Belastung mit stark erhöhten Werten in allen Bereichen, insbesondere in den Kategorien Aggression/Depression, Unsicherheit in sozialen Kontakten, Zwanghaftigkeit, Emotionalität und körperl. Beschwerden.	Selbstwertkomplex und Minderwertigkeitskomplex vor dem Hintergrund eines Eltern- und Geschwisterkomplexes mit zentraler Emotion der Angst. Frühe Verlassenheitsgefühle und orale Fixierung bei aggressiv-depressiver Verarbeitung.	Parentifizierung und starke Geschwisterrivalität. Klaglosigkeit vs. Enttäuschungswut, Macht-Ohnmachtskonflikt, Autonomie- Abhängigkeitskonflikt bei aggressiv-depressivem Verarbeitungsmodus.

Proband	Instrumente SCL-90®-S und FPI-R	Assoziationsexperiment	Anamnese
Nr. 9 22J/w	Deutliche Leistungsorientierung und aggressive Tendenzen bei immer wieder auftretenden depressiven Einbrüchen mit Überforderungs- und Stressgefühlen. Extravertiert und emotional labil. Ängstlich mit vielen psychosomatischen Beschwerden.	Selbstwertkomplex, Leistungskomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Vaterkomplexes, bei psychosomatischer Verarbeitung.	Schuldgefühle, Selbstzweifel und rigorose Über-Ich-Anforderungen. Aggressions- vs. Schuldkonflikt und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt vor dem Hintergrund einer symbiotischen Mutterbeziehung, mangelnder Triangulierung bei Tabuisierung von Aggression.
Nr. 10 27J/w	Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich liegend. Anhand der Werte lässt sich keine psychische Belastung ableiten.	Negativer Vaterkomplex, Selbstwertkomplex und Schuldkomplex bei idealisierter enger Mutter-Tochter-Beziehung. Vermutlich introjiziertes Selbstobjekt der Mutter.	Überanpassung und Not-Ich-Entwicklung. Introjiziertes Selbstobjekt der Mutter und Parentifizierung. Trauer und Schuldgefühle wegen der Trennung und des Beziehungsabbruchs des Vaters. Selbstwertkonflikt. Autonomie-Abhängigkeitskonflikt mit Trennungsschuld.
Nr. 11 36J/w	Die Werte zeigen deutliche Auffälligkeiten im Bereich der Depression, Ängstlichkeit, Aggression und Zwanghaftigkeit bei sehr deutlicher Introversion und Gehemmtheit.	Minderwertigkeitskomplex, Angst- und Schuldkomplex vor dem Hintergrund eines Mutterkomplexes und Primärschuld. Anpassungsleistungen und Leistungsorientierung.	Primäres Schuldgefühl durch den frühen Tod der Schwester (+2). Enorme Anpassungsleistungen und Not-Ich-Entwicklung. Stabilisierung durch sehr gute Leistungen. Ängste vor dem Hintergrund eines Selbstwert- und Schuldkonflikts bei depressiver Verarbeitung.

Proband	Instrumente SCL-90®-S und FPI-R	Assoziationsexperiment	Anamnese
Nr. 12 40J/w	Aus den klinischen Fragebögen lässt sich keine psychische Belastung ableiten. Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich. Deutliche soziale Orientierung und wenig Bereitschaft zur Offenheit (St = 3).	Selbstwert- und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines ungelösten Elternkomplexes mit Überanpassung bei altruistischer Verarbeitung.	Enorme Anpassungsleistung, wenig Möglichkeiten der eigenen Autonomie- und Individuationsentwicklung. Vermutlich keine altersadäquate Herauslösung des Ich-Komplexes aus den Elternkomplexen. Aggressionshemmung und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt bei altruistischer Verarbeitung.
Nr. 13 43J/w	Deutliche Leistungsorientierung. Die Ergebnisse der klinischen Fragebögen zeigen keine psychischen Auffälligkeiten.	Selbstwertkomplex, Geschwisterkomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines Vater- und Mutterkomplexes. Der Beruf und die eigene Familie scheinen stabilisierend zu wirken.	Autonomie- Abhängigkeitskonflikt, Selbstwertkonflikt und Aggressionshemmung vor dem Hintergrund einer symbiotischen Mutter-Tochter-Beziehung mit oraler Fixierung bei depressivem Verarbeitungsmodus.
Nr. 14 44J/w	Auffälligkeiten im Bereich Depression, Angst und Zwanghaftigkeit mit dem Gefühl, sehr stark belastet zu sein. Psychosomatische Beschwerden, tendenziell emotional empfindlich und labil.	Selbstwertkomplex und Minderwertigkeitskomplex vor dem Hintergrund eines Mutter- und Vaterkomplexes. Schuld- und schamhafte Verarbeitung. Somatisierung zur Abwehr von Angst und Depression.	Enorme Anpassungsleistung, wenig Möglichkeiten der eigenen Autonomie- und Individuationsentwicklung. Depression, Aggressionshemmung und Autonomie- Abhängigkeitskonflikt bei psychosomatischer Verarbeitung.
Nr. 15 56J/w	Leichte Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression. Auffällig niedrige Werte in den Kategorien der Leistungsorientierung. Die Werte zeigen in der Zusammenschau eine geringe psychische Belastung. Antwortverhalten „faking good“ und wenig Bereitschaft zur Offenheit (St = 3).	Minderwertigkeitskomplex, negativer Leistungs- und Aggressionskomplex, Schuld- und Schamkomplex vor dem Hintergrund eines Elternkomplexes mit oraler Fixierung. Depressiv-altruistische Verarbeitung mit zentraler Emotion der Angst.	Adipositas, Nähe- Distanzkonflikt vor dem Hintergrund früher Bedürftigkeit vs. Klaglosigkeit. Selbstwertkonflikt sowie Schuld- und Schamgefühle bei altruistisch-depressivem Verarbeitungsmodus.

Proband	Instrumente SCL-90®-S und FPI-R	Assoziationsexperiment	Anamnese
Nr. 16 59J/w	Die Werte zeigen in der Zusammenschau keine psychische Belastung. Antwortverhalten „faking good“ bei wenig Bereitschaft zur Offenheit.	Minderwertigkeits- und Selbstwertkomplex, Schuldkomplex mit Aggressionshemmung vor dem Hintergrund eines primären Schuldgefühls mit massiv-negativem Vaterkomplex bei depressiv-altruistischem Verarbeitungsmodus.	Primäres Schuldgefühl und Aggressionshemmung Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und Nähe-Distanzkonflikt bei depressiv-altruistischem Verarbeitungsmodus.
Nr. 17 68J/w	Depression und deutlich erhöhte Werte im Bereich der Aggression bei leichter Erregbarkeit u. Labilität mit deutlichen Angst- und Bedrohungsgefühlen. Tendenz zu Zwanghaftigkeit. Verschiedene psychosomatische Leiden, verbunden mit einer insg. hohen psychischen Belastung.	Minderwertigkeitskomplex, Selbstwertkomplex, Aggressionskomplex, negativer Vater- und Mutterkomplex vor dem Hintergrund eines Urkomplexes und Primärschuld mit psychosomatischer Verarbeitung.	Frühe Bedürftigkeit vs. Klaglosigkeit und Enttäuschungswut sowie Schuldgefühle. Ich-Hemmung und dauerüberlastetes Selbst. Kind als Selbstobjekt der Mutter bei strengem patriarchalem Vater. Die rigorosen Forderungen des Vaters konnten nicht erfüllt werden, was das schuldhafte Erleben und die Ohnmachtsgefühle weiter aktivierte. Versch. psychosomatische Beschwerden.
Nr. 18 69J/w	Depression und Aggression/Reizbarkeit, mit deutlichen Angst- und Bedrohungsgefühlen. Die Pb scheint sehr leicht erregbar, dabei sehr labil und empfindlich, bei hoher psychischer Belastung.	Negativer Mutterkomplex, massiver Selbstwertkomplex, Aggressions- und Machtkomplex. Die eigene schuldhaft-narzisstische Verarbeitung der Komplexe scheint sie als Abwehr auf die Tochter zu projizieren.	Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und Macht-Ohnmachtskonflikt aktuell wirksam durch Ablösung der Tochter, die vermutlich Selbstobjekt der Pb ist. Aggression vs. Schuld, bei depressiv-narzisstischem Verarbeitungsmodus.

Tabelle 5: Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse aller Probanden

Die Tabelle 5 zeigt, dass die Auffälligkeiten von Probanden in den standardisierten Instrumenten sich auch im Assoziationsexperiment widerspiegeln. Bei **8 von 18 Probanden** sind die Ergebnisse der drei Säulen vergleichbar oder weitgehend vergleichbar. Die Ergebnisse stimmen hinsichtlich der Symptombeschreibung, des Befunds aus der Anamnese, der Ergebnisse des Assoziationsexperiments und der Ergebnisse der standardisierten Fragebögen weitgehend überein. Bei diesen acht Probanden konnten die Kategorien

- Depression/Minderwertigkeit
- Aggressivität/Aggressionshemmung
- Ängstlichkeit
- Zwanghaftigkeit
- Psychosomatische Beschwerden

durch die drei Verfahren (klinische Fragebögen, Assoziationsexperiment und Anamnese) gleichermaßen erfasst werden. Auffallend ist, dass die Kategorie der psychosomatischen Beschwerden bei allen 18 Probanden durch alle drei Verfahren gleichermaßen erfasst wurde.

Bei **10 von 18 Probanden** konnten deutliche Auffälligkeiten durch das Assoziationsexperiment ermittelt werden, wohingegen sich in den standardisierten Instrumenten keine oder geringe Auffälligkeiten zeigten (T-Werte nicht > 64 , PST-Wert im SCL-90®-S nicht ≥ 60 und Stanine-Werte im FPI-R in nicht mehr als 2 Kategorien > 6 oder < 4 . Diese sind in der Tabelle gesondert gekennzeichnet). Verifiziert werden konnten die Ergebnisse des Assoziationsexperiments jeweils durch die Anamnesenerhebung und die Symptombeschreibung der Probanden. Auffällig zeigt sich insbesondere, dass vor allem Probanden mit starker Anpassung an soziale Normen und Werte mit wenig Bereitschaft zu Offenheit (Stanine ≤ 4) und in der Kategorie „Soziale Orientierung“ (Stanine ≥ 7) in den standardisierten Instrumenten keine oder geringe Auffäl-

lichkeiten aufwiesen, wohingegen sich im Assoziationsexperiment und in der Anamnese deutliche Auffälligkeiten ausdrückten.

10.3 Kategorisierung der Ergebnisse

Aus der tabellarischen Zusammenfassung in Kapitel 10.2 (Tabelle 5) ließen sich zwölf Symptom-Belastungskategorien ableiten, die sich bei den 18 Probanden deutlich herauskristallisierten. Diese zwölf Kategorien ergaben sich aus der Zusammenfassung der Skalen beider standardisierter Instrumente SCL-90-S und FPI sowie aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments und den Themenbereichen, die sich in der Anamnese abzeichneten. Der SCL-90-S erfasst mithilfe von 90 Items auf neun Skalen die Bereiche Aggressivität, Ängstlichkeit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit in Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit.

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar ist ein Fragebogen, der die Selbstbeschreibung einer Person zu bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen erfasst. Der FPI-R beinhaltet zehn Standardskalen und zwei Zusatzskalen mit insgesamt 138 Items, die mit folgenden Eigenschaftsnamen etikettiert sind: Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Offenheit, Extraversion und Emotionalität.

Die Skalen der beiden standardisierten Verfahren wurden für die Auswertung zusammengefasst, sodass die Ergebnisse als eine Vergleichsgröße ins Verhältnis zu den Ergebnissen aus dem Assoziationsexperiment und der Anamnese gesetzt werden konnten. Für die Zusammenfassung wurden die Kategorien, die gleich beschrieben sind (beide Verfahren haben beispielsweise die Kategorie Aggressivität), sowie die vom Zusammenhang her passenden Skalen, wie unten aufgeführt, zusammengefasst.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus SCL-90®-S und FPI

Kategorie: Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung

Kategorie: Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit

Kategorie: Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt

Kategorie: Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen

Kategorie: Zwanghaftigkeit

Kategorie: Psychotizismus

Kategorie: PSDI (misst die Intensität der Antworten), Offenheit, Extraversion

Kategorie: GSI (misst die grundsätzliche psychische Belastung), PST (gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt).

Aus der Zusammenfassung dieser Kategorien wurde dann ein psychisches Profil abgeleitet. Die Skalen Aggressivität, Ängstlichkeit und Angst, Depressivität, Unsicherheit in Sozialkontakt/Gehemmtheit bildeten sich bei 10 Probanden als im auffälligen Bereich liegende Kategorien ab.

Die Ergebnisse des Assoziationsexperiments zeigen insbesondere Auffälligkeiten in den Bereichen Minderwertigkeit, Selbstwert, Trauer und Verlust eines Menschen, Aggression und Aggressionshemmung. Die Anamnese liefert darüber hinaus den Themenbereich der Traumatisierung in drei Fällen (Proband 1, 5, 6).

Die Kategorie der Psychosomatik zeigt sich durch alle drei Verfahren gleichermaßen bewertet bei allen 18 Probanden. Die nun folgenden 12 Kategorien haben sich aus der Daten- und Testerhebung als die zentralen Themen und Komplexbereiche abgebildet:

1. Selbstwertkomplex
2. An Normen orientiert/sehr angepasst
3. Aggressionshemmung
4. Aggression
5. Depression/Minderwertigkeitskomplex
6. Ängstlichkeit
7. Psychosomatische Beschwerden
8. Zwanghaftigkeit
9. Unverarbeitete Trauer
10. Trauma
11. Leistungsorientierung
12. Scham- und Schuldkomplex

Für diese 12 Kategorien wurde eine Einschätzung auf einer Skala von eins bis fünf vorgenommen. Die Stärke der jeweiligen auffälligen Kategorien wurde für jeden Probanden auf dieser Skala in ihrer Ausprägung kategorisiert. Bei den Skalen, die auf den standardisierten Fragebögen basieren, wurden die T-Werte bzw. die Stanine-Werte in ihrer Kategorisierung mit einbezogen. Bei der Einschätzung im Assoziationsexperiment und in der Anamnese oblag die Einschätzung der Ausprägung der Symptomschwere unter anderem den Ergebnissen aus den Datensitzungen (vgl. Kap. 9.6). Hierbei gilt:

1 = unauffällig

2 = leicht auffällig

3 = deutlich auffällig

4 = stark auffällig

5 = sehr stark auffällig

Diese 12 Kategorien und die Einstufung der Symptomschwere auf der Skala von eins bis fünf bilden die Grundlage für die weitere Auswertung, Interpretation und Dar-

stellung der Ergebnisse. Der nächste Abschnitt zeigt die Auswertung in tabellarischer Form.

10.3.1 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse

Dieser Abschnitt präsentiert die Ergebnisse der vorgelegten Untersuchung in tabellarischer Darstellung. Die 12 eruierten Kategorien werden aufgeführt und für jeden Probanden eine Einschätzung in der Symptomschwere von eins bis fünf vorgenommen (siehe Kap. 10.3, *Kategorisierung der Ergebnisse*). Tabelle 6 stellt die Ergebnisse der Probanden eins bis sechs dar, Tabelle 7 die Ergebnisse der Probanden sieben bis 12 und Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Probanden zwölf bis 18.

Kategorie	Prob 1		Prob 2		Prob 3		Prob 4		Prob 5		Prob 6	
	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE
1. An Normen orientiert/sehr angepasst	3	5	4	4	1	4	2	3	2	3	2	5
2. Selbstwertkonflikt	5	5	4	4	1	4	3	5	3	5	2	5
3. Aggressionshemmung	2	5	5	5	2	4	2	2	2	2	2	5
4. Depression u. Minderwertigkeit	2	5	3	4	2	4	3	5	4	5	2	5
5. Angst	2	4	3	3	2	2	3	4	4	5	1	5
6. Zwanghaftigkeit	1	2	4	4	2	2	3	4	3	3	1	3
7. Leistungsorientierung	1	3	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4
8. Aggressivität	1	2	1	1	2	1	3	4	3	4	1	2
9. Psychosomatik	1	1	4	4	1	1	3	5	4	5	5	5
10. Traumatisierung	0	4	0	1	0	1	0	1	0	4	0	4
11. unverarbeitete Trauer	0	4	0	1	0	1	0	2	0	4	0	5
12. Scham- u. Schuldgefühle	0	5	0	1	0	4	0	5	0	3	0	5

Tabelle 6: Probanden 1 - 6

Ergebnisse

Kategorie	Prob 7		Prob 8		Prob 9		Prob 10		Prob 11		Prob 12	
	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE
1. An Normen orientiert/sehr angepasst	2	5	2	2	3	3	1	4	4	4	2	5
2. Selbstwertkonflikt	1	5	4	4	2	2	1	4	5	5	1	4
3. Aggressionshemmung	1	4	1	1	1	1	1	4	2	2	1	5
4. Depression u. Minderwertigkeit	1	4	5	5	2	2	1	4	5	5	1	3
5. Angst	1	4	5	5	2	2	1	3	4	4	1	4
6. Zwanghaftigkeit	1	4	4	4	2	2	1	1	4	4	2	2
7. Leistungsorientierung	1	4	4	4	4	4	1	1	1	4	1	1
8. Aggressivität	1	1	5	5	4	4	2	2	4	4	1	1
9. Psychosomatik	1	4	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1
10. Traumatisierung	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
11. unverarbeitete Trauer	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1
12. Scham- u. Schuldgefühle	0	4	0	1	0	1	0	4	0	4	0	3

Tabelle 7: Probanden 7 - 12

Kategorie	Prob 13		Prob 14		Prob 15		Prob 16		Prob 17		Prob 18	
	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE	ST	AE
1. An Normen orientiert/sehr angepasst	1	5	1	4	2	5	1	5	3	3	2	2
2. Selbstwertkonflikt	1	5	2	4	2	5	2	5	5	5	2	5
3. Aggressionshemmung	1	4	1	4	4	5	1	5	2	2	2	2
4. Depression u. Minderwertigkeit	1	3	3	3	2	5	1	3	4	4	4	4
5. Angst	1	3	4	4	1	4	1	4	4	4	5	4
6. Zwanghaftigkeit	1	1	2	2	2	3	1	1	5	5	3	3
7. Leistungsorientierung	5	5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
8. Aggressivität	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	3	3
9. Psychosomatik	1	1	4	4	1	3	1	1	2	4	3	4
10. Traumatisierung	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
11. unverarbeitete Trauer	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
12. Scham- u. Schuldgefühle	0	3	0	4	0	4	0	4	0	4	0	1

Tabelle 8: Probanden 13 - 18

Um die Auswertung der empirischen Untersuchung zu veranschaulichen sind im Folgenden die Ergebnisse in graphischer Form dargestellt.

10.3.2 **Graphische Darstellung der Einzelergebnisse**

In den nachfolgenden dargestellten Diagrammen werden die Ergebnisse für jeden Probanden graphisch präsentiert. Dabei ist die Symptomschwere nach einer 5-Stufen-Skala kategorisiert, in die die zusammengefassten Werte aus den standardisierten Instrumenten sowie die Komplexstärke der Ergebnisse aus dem Assoziationsexperiment eingeordnet wurden.

Hierbei gilt:

- 1 = unauffällig
- 2 = leicht auffällig
- 3 = deutlich auffällig
- 4 = stark auffällig
- 5 = sehr stark auffällig

Die Symptome und Komplexe werden in zwölf Kategorien zusammengefasst. Die zehn Kategorien bildeten sich aus den am häufigsten vorgekommenen Auffälligkeiten in den Kategorien der standardisierten Verfahren und der Komplexbereiche, welche sich durch das Assoziationsexperiment eruieren ließen:

1. Selbstwertkomplex
2. An Normen orientiert/sehr angepasst
3. Aggressionshemmung
4. Aggression
5. Depression/Minderwertigkeitskomplex
6. Ängstlichkeit
7. Psychosomatische Beschwerden

- 8. Zwanghaftigkeit
- 9. Unverarbeitete Trauer
- 10. Trauma
- 11. Leistungsorientierung
- 12. Scham- und Schuldkomplex

Die Graphiken sind in zwei Gruppen eingeteilt:

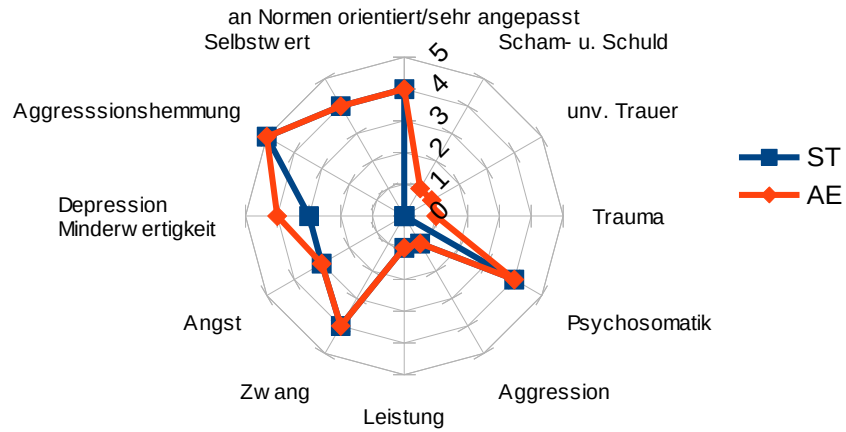
Gruppe 1: Die Ergebnisse der Verfahren stimmen weitgehend überein.

Gruppe 2: Die Ergebnisse der Verfahren weisen maximal in zwei Kategorien Übereinstimmungen auf.

Gruppe 1 (n = 8)

Die Graphiken zeigen eine weitgehende Übereinstimmung der Ergebnisse. Es wird deutlich, dass die Auffälligkeiten, die sich in den standardisierten Verfahren zeigten, auch durch das Assoziationsexperiment erfasst wurden. Darüber hinaus bezog das Assoziationsexperiment bei vier Probanden zusätzlich schuld- und schamhafte Verarbeitung sowie bei zwei Probanden unverarbeitete Trauer mit ein. Kategorien der Depression/Minderwertigkeit, der Aggressivität, der Angst, des Zwangs und der psychosomatischen Beschwerden konnten gleichermaßen erfasst werden.

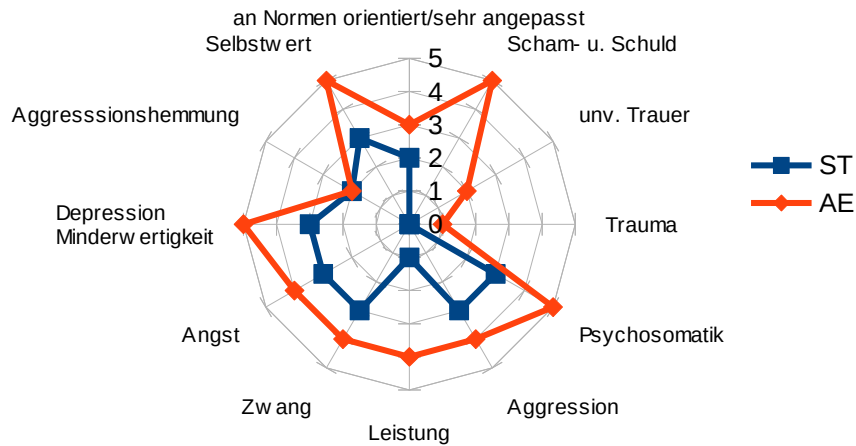
Proband 2



Die Ergebnisse beider Verfahren stimmen deutlich überein.

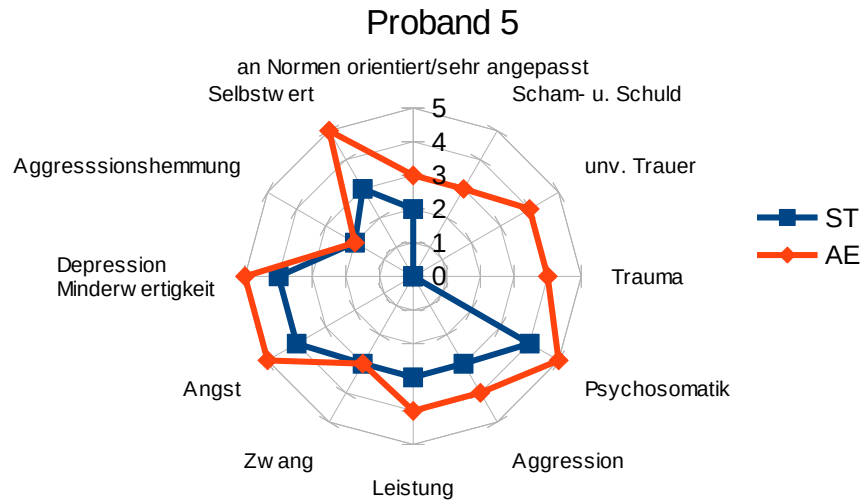
Abbildung 9: Proband 2, männlich, 28 Jahre

Proband 4



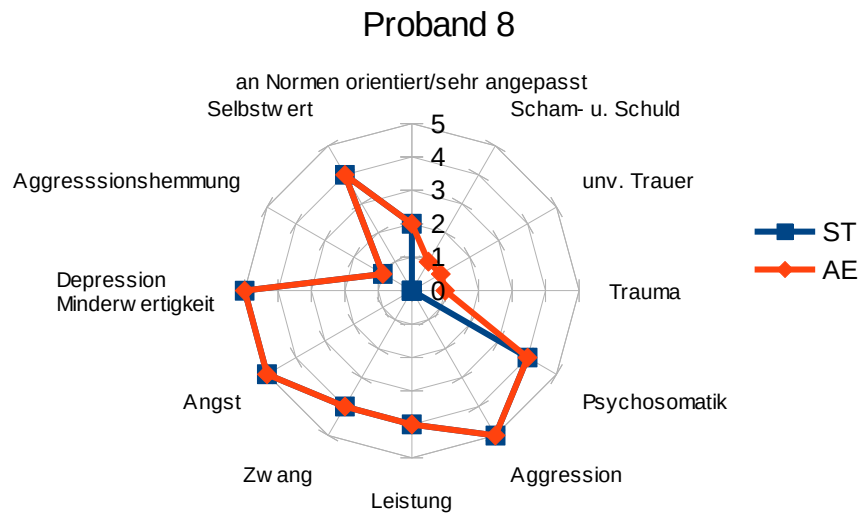
Die Ergebnisse zeigen weitgehend Übereinstimmungen. Im Assoziationsexperiment zeigen sich die Kategorien Selbstwert, an Normen orientiert, Depression, Angst, Zwang, Aggression und Psychosomatik jedoch deutlicher. Scham/Schuld und unverarbeitete Trauer zeichnen sich durch das Assoziationsexperiment ab. Der Leistungskomplex zeigt sich im Assoziationsexperiment deutlich auffällig.

Abbildung 10: Proband 4, männlich, 49 Jahre



Die Werte zeigen sich weitgehend übereinstimmend. Darüber hinaus zeigen sich durch das Assoziationsexperiment Auffälligkeiten im Bereich Scham und Schuld, der Trauer und der Traumatisierung.

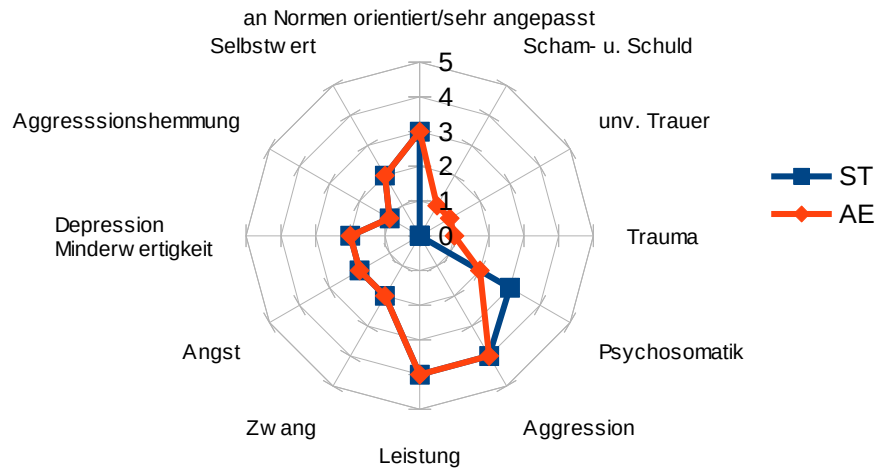
Abbildung 11: Proband 5, männlich, 50 Jahre



Die Werte zeigen in allen Kategorien eine deutliche Übereinstimmung.

Abbildung 12: Proband 8, weiblich, 19 Jahre

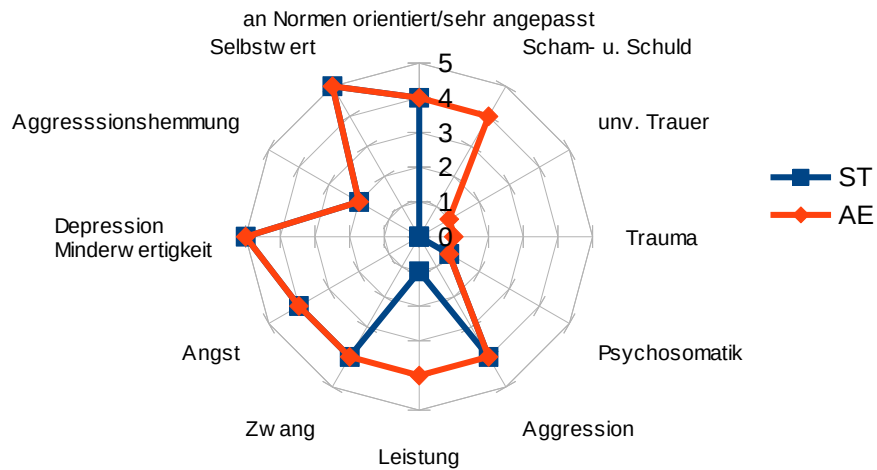
Proband 9



Die Graphik zeigt eine deutliche Übereinstimmung der Werte.

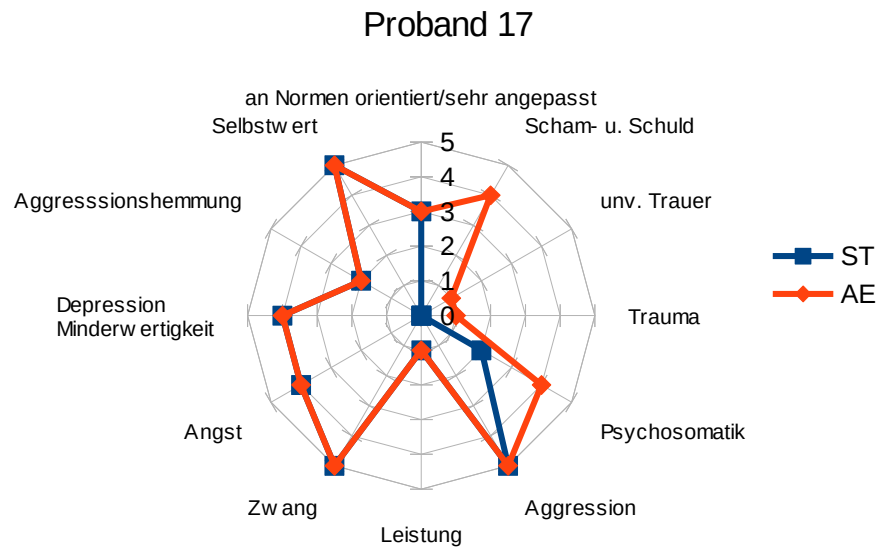
Abbildung 13: Proband 9, weiblich, 22 Jahre

Proband 11



Die Ergebnisse der Verfahren stimmen weitgehend überein. Darüber hinaus erfasste das AE eine scham- und schuldhaftige Verarbeitung.

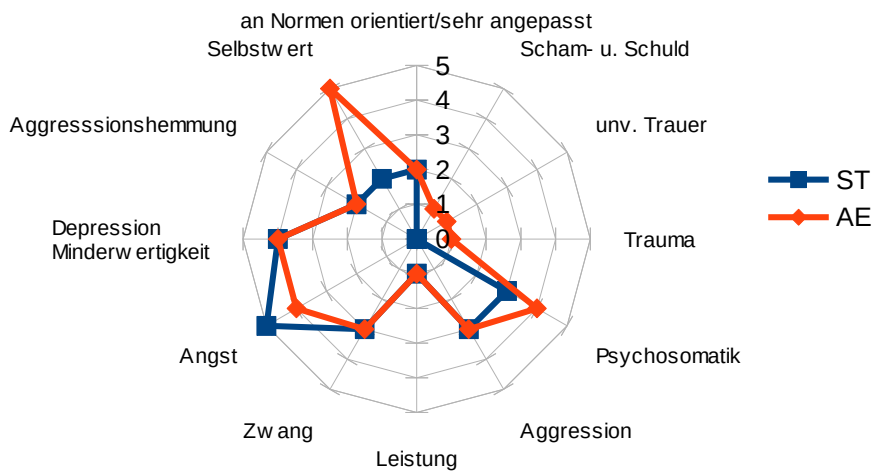
Abbildung 14: Proband 11, weiblich, 36 Jahre



Die Ergebnisse aus den einzelnen Verfahren zeigen deutliche Übereinstimmungen. Der Bereich Psychosomatik bildet sich durch den Einsatz des Assoziationsexperiments um zwei Punkte stärker ab als durch die standardisierten Verfahren. Der Bereich der schuld- und schamhaften Verarbeitung zeichnet sich deutlich durch das Assoziationsexperiment ab.

Abbildung 15: Proband 17, weiblich, 68 Jahre

Proband 18

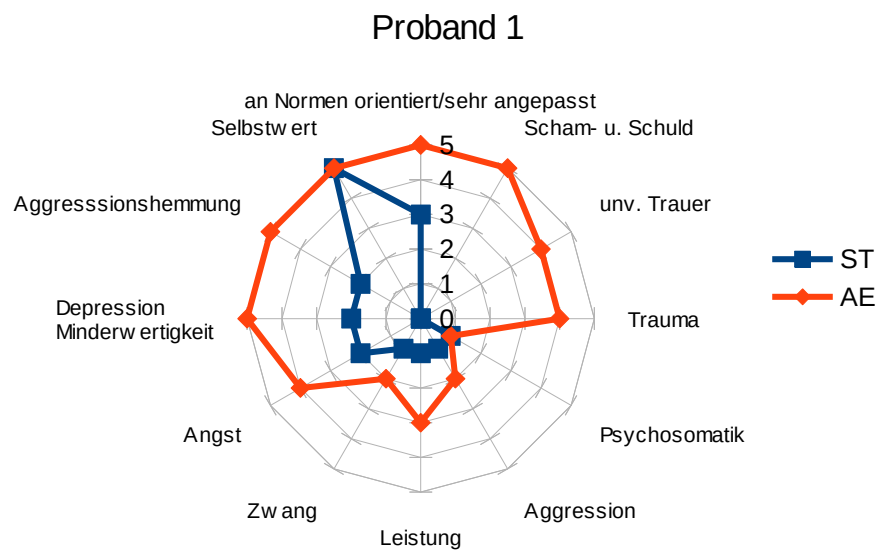


Die Ergebnisse zeigen eine klare Übereinstimmung in den Kategorien Aggression bzw. Aggressionshemmung, Depression, Angst, Zwang, Psychosomatik, Leistung und „an Normen orientiert“. In der Kategorie Selbstwert sind um drei Punkte deutlichere Auffälligkeiten durch das Assoziationsexperiment zu verzeichnen.

Abbildung 16: Proband 18, weiblich, 69 Jahre

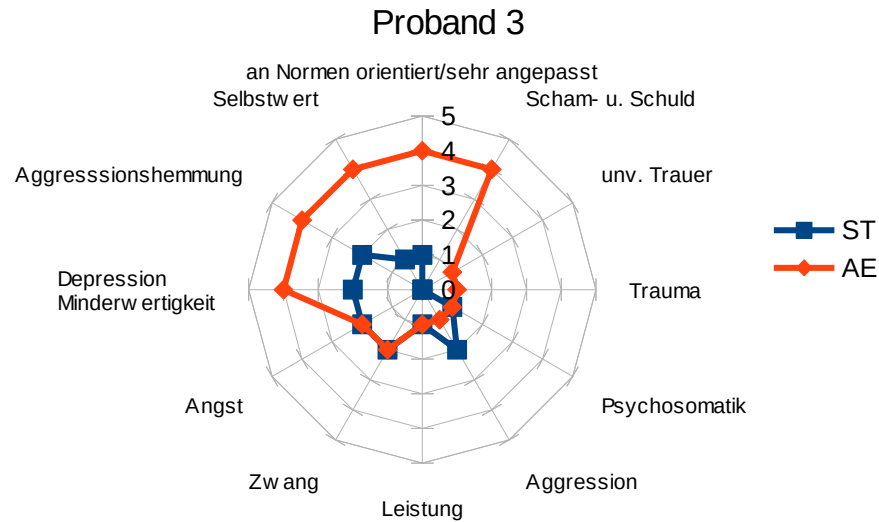
Gruppe 2 (n = 10): Die Ergebnisse der Verfahren weisen maximal in zwei Kategorien Übereinstimmungen auf

In dieser Gruppe weisen die Ergebnisse der standardisierten Verfahren leichte oder keine Auffälligkeiten auf. Die Werte aus dem Assoziationsexperiment zeigen dahingegen deutliche Auffälligkeiten. Diese Gruppe lässt vor allem in den Kategorien Selbstwert, an Normen orientiert, Aggressionshemmung, Scham und Schuld erhöhte Werte erkennen.



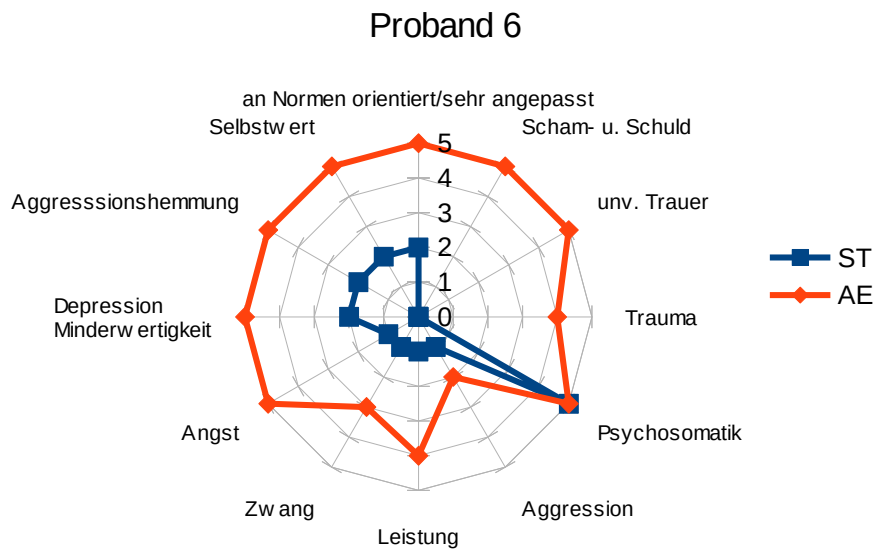
Die Ergebnisse der standardisierten Verfahren zeigen sich nur in den Kategorien „Selbstwert“ und „an Normen orientiert“ auffällig. Die Ergebnisse des Assoziationsexperiments zeigen in weiteren sechs Bereichen deutliche Auffälligkeiten.

Abbildung 17: Proband 1, männlich, 18 Jahre



Es zeigen sich leichte Normabweichungen durch die standardisierten Instrumente und deutlich erhöhte Werte im AE.

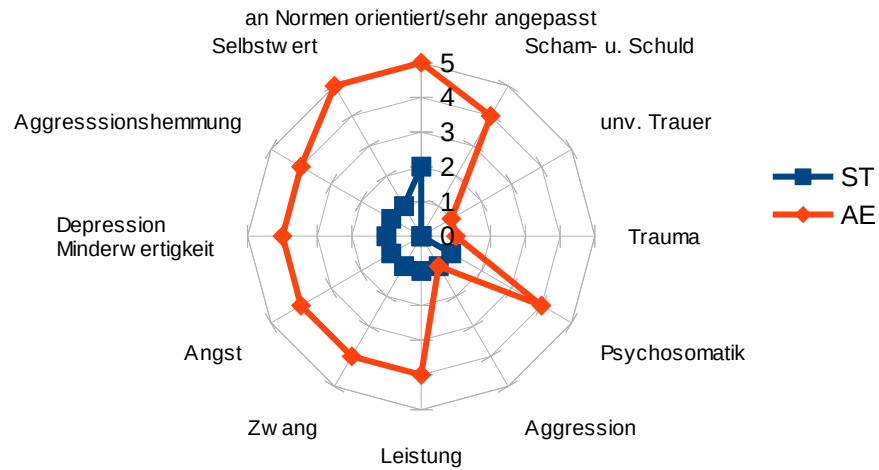
Abbildung 18: Proband 3, männlich, 38 Jahre



Der Proband weist in allen Kategorien des AE deutliche Auffälligkeiten auf, wohingegen sich in den ST nur in der Kategorie „Psychosomatik“ Auffälligkeiten abzeichnen.

Abbildung 19: Proband 6, männlich, 60 Jahre

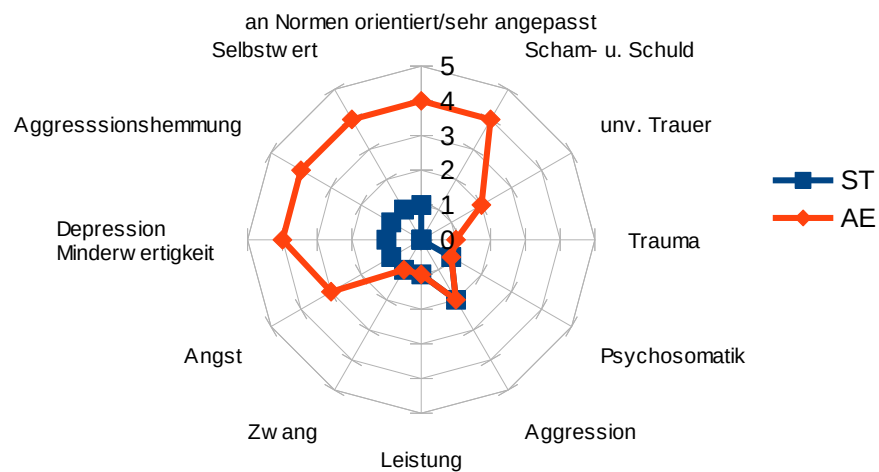
Proband 7



In den standardisierten Instrumenten konnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden.

Abbildung 20: Proband 7, weiblich, 17 Jahre

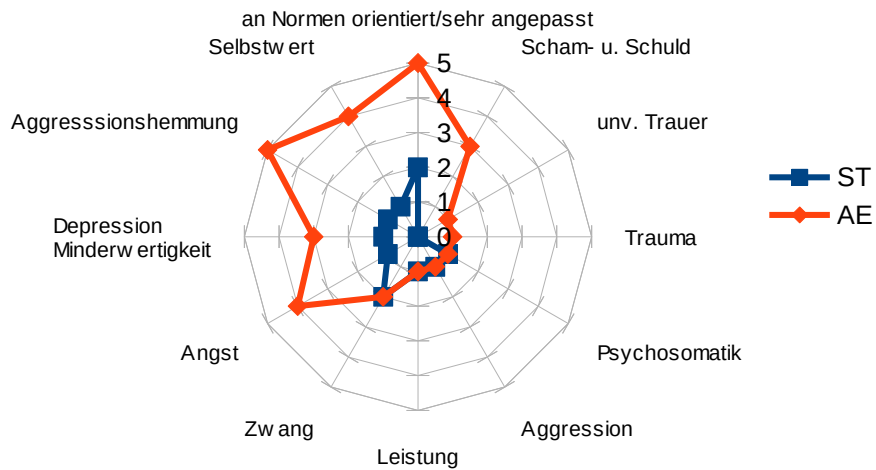
Proband 10



Die Graphik zeigt geringe Normabweichungen in den standardisierten Instrumenten. Im Assoziationsexperiment weisen die Ergebnisse deutliche Auffälligkeiten in mind. sechs Kategorien auf.

Abbildung 21: Proband 10, weiblich, 27 Jahre

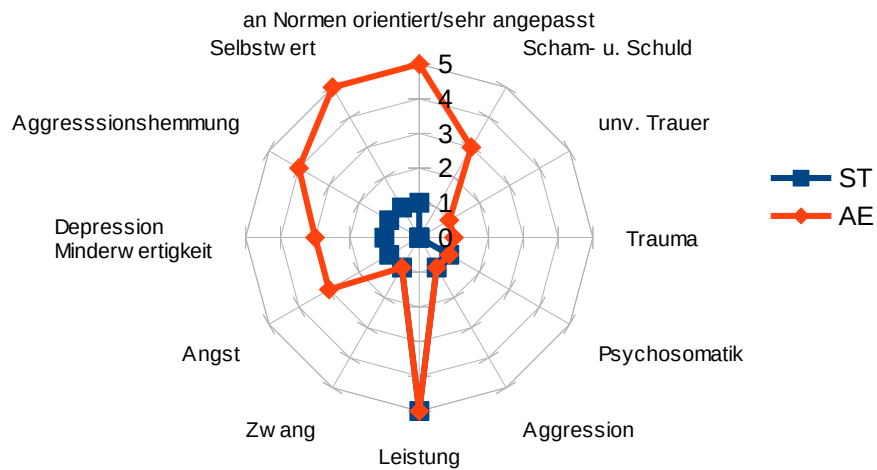
Proband 12



Die Abbildung zeigt vergleichbare Ergebnisse durch ST und AE in der Kategorie „Zwanghaftigkeit“. Ansonsten zeigen die Werte durch die ST leichte Normabweichungen und durch das AE deutliche.

Abbildung 22: Proband 12, weiblich, 40 Jahre

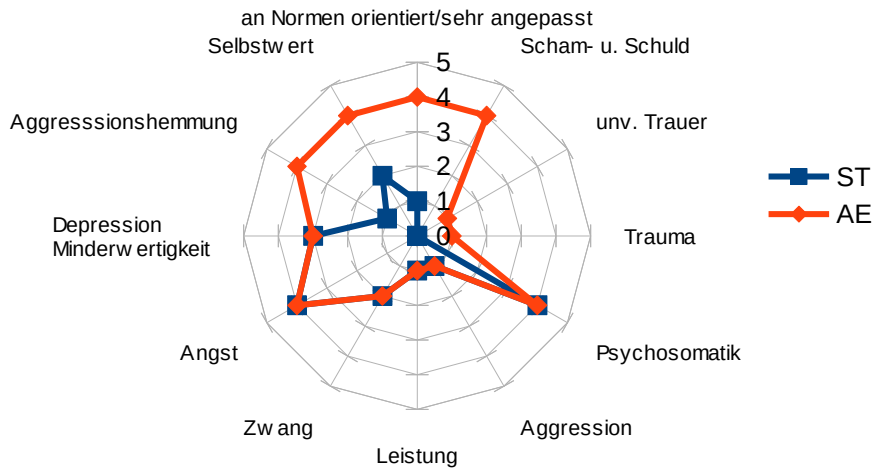
Proband 13



Die Kategorie „Leistung“ zeigt sich durch die standardisierten Verfahren u. das Assoziationsexperiment als sehr auffällig.

Abbildung 23: Proband 13, weiblich, 43 Jahre

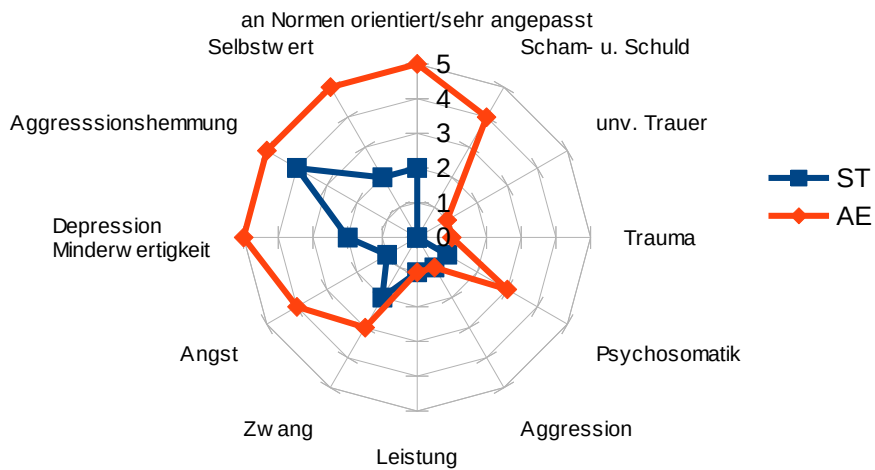
Proband 14



Die Kategorien Depression, Angst, Zwang und Psychosomatik bilden sich durch beide Verfahren vergleichbar ab.

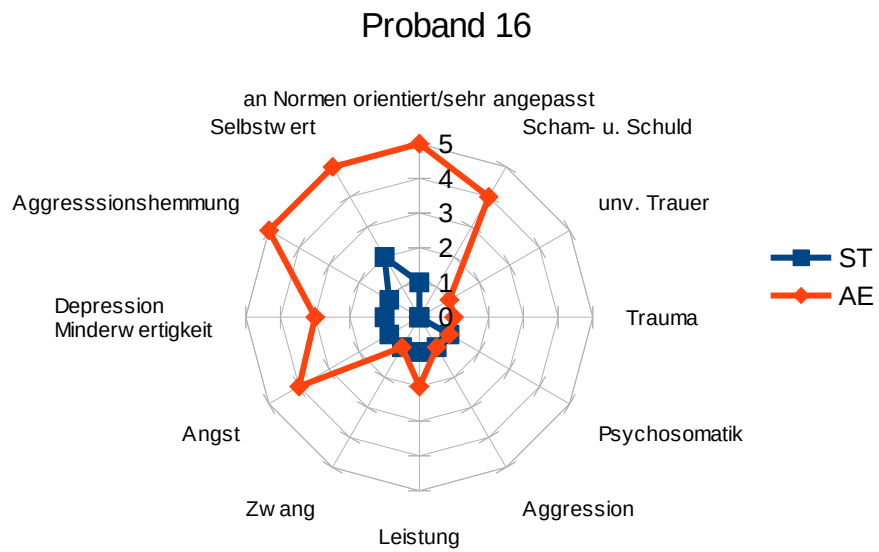
Abbildung 24: Proband 14, weiblich, 44 Jahre

Proband 15



In den Kategorien „Aggressionshemmung“ und „Zwanghaftigkeit“ weisen die Werte aus den standardisierten Verfahren und dem Assoziationsexperiment weitgehend vergleichbare Ergebnisse auf.

Abbildung 25: Proband 15, weiblich, 56 Jahre



Die Ergebnisse aus dem AE zeigen sich in den Kategorien Scham und Schuld, an Normen orientiert, Selbstwert, Aggressionshemmung und Angst im deutlich auffälligen Bereich.

Abbildung 26: Proband 16, weiblich, 59 Jahre

10.4 Fallübergreifende Zusammenschau der Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse fallübergreifend, d.h. in der Zusammenfassung aller Ergebnisse, zur Darstellung gebracht werden. Das Balkendiagramm zeigt eine fallübergreifende Zusammenschau aller Ergebnisse (n = 18).

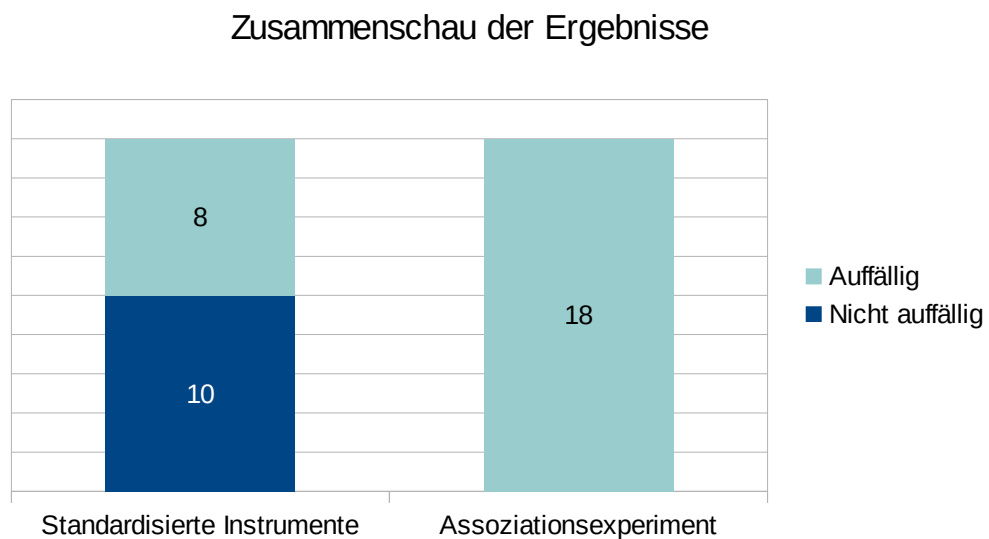


Abbildung 27: Zusammenschau der Ergebnisse

Das Diagramm zeigt, dass alle Probanden (n = 18) Auffälligkeiten im Assoziationsexperiment aufwiesen. Diese Auffälligkeiten erhielten Bestätigung durch die Symptombeschreibung und die Anamnesenerhebung der einzelnen Probanden. Acht der Probanden zeigten sowohl im Assoziationsexperiment als auch in den standardisierten Verfahren Auffälligkeiten ($T > 64$ und Stanine > 6 und < 4 in mind. 4 Kategorien). Die Ergebnisse waren weitgehend vergleichbar. Bei 10 Probanden zeigten sich in den standardisierten Verfahren keine oder nur geringe Auffälligkeiten (in max. 2 Kat. $T > 64$). Dahingegen zeigten die Ergebnisse des Assoziationsexperiments mit Verifizierung der Anamnese deutliche Auffälligkeiten.

10.5 Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen

„[...] und was der Arzt dann tut, ist weniger Behandlung als vielmehr Entwicklung der im Patienten liegenden schöpferischen Keime“.
(Jung, 1976a, S. 44)

Während der Durchführung der empirischen Studie hat sich deutlich gezeigt, dass das Assoziationsexperiment Ressourcen aufdeckt und sich sehr gut dazu eignet, schöpferisches Material zu entdecken und zu aktivieren. Die schöpferischen Impulse, die sich durch die Ergebnisse und Durchführung des Assoziationsexperiments ergeben haben, werden nachfolgend beschrieben.

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit liegt auf der Erkenntnis, dass das Assoziationsexperiment schöpferische Impulse und Strebungen sowie das kreative Potenzial eines Menschen sichtbar macht. Es kann also schon im Vorfeld der Therapie diagnostisch wegweisend zeigen, wo das schöpferische und individuelle Potenzial eines Patienten liegen könnten.

Wie gesagt interessiert sich die Analytische Psychologie ja gerade besonders für das individuell Abweichende, das für den Individuationsprozess von großer Bedeutung ist. Dies fasst Jung unter dem Begriff des finalen Aspekts (siehe Kap. 2.2.2, *Individuationskonzept*) zusammen. Im Folgenden werden die Assoziationen der einzelnen Probanden, die im Sinne des finalen Aspekts interessant waren, dargestellt. Die gesamte Testdiagnostik sowie die Anamnese der einzelnen Probanden sind dem Anhang zu entnehmen.

Ergebnisse

Proband	Finaler Aspekt
Nr. 1	Die Assoziation zu krank – Heilung könnte zeigen, dass der Pb Hoffnung hat, sein Leiden zu heilen, ebenso die Assoziation zu Baum - Äpfel (Apfel als Symbol für Gesundheit). Die Assoziation zu Kopf – denken könnte auf intellektuelle Ressourcen hinweisen. Die jeweilige Assoziation zu Liebe – Gefühl, quälen - Schmerz, Angst - Schrecken, Familie - glücklich, schlagen - Schmerzen, enttäuschen - Trauer könnte zeigen, dass der Pb über einen Zugang zu seinen Emotionen verfügt.
Nr. 2	Die Assoziationen zu Straße – Auto, Liebe - wäre schön, frei - die Zukunft könnten Autonomiestrebungen und Entfaltungssehnsucht zeigen.
Nr. 3	Die Assoziation zu faul – Spaß => patriarchal geforderte Über-Ich-Anforderungen scheinen nicht vollständig zu dominieren. Ironisierung dumm – Brot könnte kreatives und kognitives Potenzial zeigen.
Nr. 4	Assoziationen wie Feiern, Feste, Geselligkeit => Libido könnte in Fluss kommen. Suche nach Selbstentfaltung (Baum): Was macht mich zufrieden? Leistungsbereitschaft trotz Depression, Reflektionsbereitschaft. Das Offenlegen des Alkoholproblems während der Assoziationen.
Nr. 5	Assoziation zu nackt - Wohlgefühl und Freiheit: Dies könnte den Zugang zu unbewussten Themen sowie den eigenen Emotionen und Selbstentfaltungswünsche zeigen. Kopf – denken, dumm – gibt es nicht könnten intellektuelle Fähigkeiten aufweisen. Essen – wohl sein, Musik – Entspannung. Diese Assoziationen könnten günstig im Sinne der Aktivierung/Lenkung des Libidoflusses sein.
Nr. 6	Die Assoziationen zu Buch – Kultur und Kopf – Klugheit könnten ein kulturelles Interesse und intellektuelle Fähigkeiten zeigen.
Nr. 7	Aktivierung des kreativen Potenzials, worauf die Assoziation zu nackt - Adam und Eva hinweisen könnte. Autonomie- und Selbstentfaltungswünsche zeigen sich auch bei den Assoziationen zu Auto - Straße und Baum – Freiheit.
Nr. 8	Die Assoziation zu Straße – Auto könnte altersadäquate Autonomiestrebungen und Wünsche präsentieren. Assoziation zu trinken - Wasser könnte dies untermauern. Wasser als Symbol für das Leben. Ehe - lebenslang, Baum – Blätter und grün könnten als Indiz für Hoffnung interpretiert werden.

Ergebnisse

Proband	Finaler Aspekt
Nr. 9	Die Assoziationen zu fremd – neu, frei/befreiend/schön, Musik – befreiend und Wut – befreiend lassen eine Sehnsucht nach Freiheit, Entwicklung, Autonomie und Individuation vermuten.
N. 10	Sehnsucht, sich aus der mütterlichen Umschlingung zu befreien und Autonomiewünsche: Straße - Auto, frei - glücklich. Musik - Lebensfreude, faul - chillen, essen - lecker könnten günstig im Sinne der Aktivierung/Lenkung des Libidoflusses sein.
Nr. 11	Die Assoziationen zu Straße - Auto, frei - ideal, Baum - Apfel könnten Autonomiewünsche und Entfaltungssehnsucht vermuten lassen. Musik - Entspannung, essen - Schweinebraten, Mund - küssen, nackt - Sauna, Herz - Liebe könnten günstig im Sinne der Anregung des Libidoflusses sein.
Nr. 12	Die Assoziation zu Baum - Freiheit könnte die Sehnsucht nach Individuation und Selbstentfaltung widerspiegeln.
Nr. 13	Die Assoziationen zu Wut – Wunsch, Gefühl – Emotion und Liebe könnten einen Zugang zu den Emotionen zeigen sowie den Wunsch nach mehr Selbstaussdruck. Ressourcen könnten die Reflexionsfähigkeit der Pb sein, die sich in den Assoziationen zeigten.
Nr. 14	Die Assoziationen zu Herz – Liebe und rot, Wut – Energie und rot, Angst – schwarz, Baum – Blatt und grün, Mund – rot, frei – himmelblau. Die Assoziationen zu Farben könnten einen Zugang zum kreativen und symbolischen Ausdruck sein. Das Stereotyp rot könnte zeigen, dass viele Emotionen vorhanden sind, die in schöpferischen Libidofluss umgewandelt werden könnten. Musik – Energie = Libido kommt in Fluss.
Nr. 15	Der Wiederholungstraum (dumm) könnte im Sinne des finalen Aspekts positiv bewertet werden. Er könnte zeigen, dass die Pb über einen Zugang zu unbewussten Themen verfügt.
Nr. 16	Assoziationen zu Freundin – wichtig, Liebe – Partner, Heim – Geborgenheit und Vertrauen – Freundinnen könnten zeigen, dass die Pb über Beziehungskompetenzen verfügt und es ihr trotz schwieriger Umstände zu gelingen scheint, heute stabile Beziehungen aufzubauen und zu gestalten.
Nr. 17	Assoziation zu Auto – Straße könnte den Wunsch, alte Pfade zu verlassen, widerspiegeln sowie die Sehnsucht nach Individuation und Selbstentfaltung. Sinn für Ästhetik und kreatives Potenzial (Kopf).

Ergebnisse

Proband	Finaler Aspekt
Nr. 18	Die Assoziation zu Arbeit(s) – lust, gut – Kopf, Kampf – geist könnten intellektuelle Ressourcen vermuten lassen. Musik – schön, essen – Genuss könnten günstig im Sinne der Aktivierung/Lenkung des Libidoflusses sein.

Tabelle 9: Auswertung finaler Aspekt

Die Tabelle zeigt, dass bei allen 18 Probanden Entwicklungsthemen und Ressourcen im Sinne des finalen Aspekts abgeleitet werden konnten. Vor allem die Bereiche Kreativität, schöpferische Kräfte und Möglichkeiten, den Libidofluss in Richtung der Selbstentfaltung zu lenken, werden deutlich.

Außerdem zeigen sich intellektuelle Ressourcen und Fähigkeiten sowie die Bereitschaft eines Probanden zur Reflexion. Zusammenfassend kann somit aufgezeigt werden, dass das Assoziationsexperiment ein wichtiges diagnostisches Verfahren hinsichtlich der schöpferischen Kräfte eines Patienten darstellt. Die in der Tabelle (Tabelle 9) aufgeführten Interpretationen und Deutungen stellen selbstverständlich erste Hypothesen dar. Der Bereich der Ressourcen und Entwicklungsthemen, insbesondere vor dem Hintergrund des Individuationsprozesses, könnte in einer weiterführenden Studie vertieft und hinsichtlich des therapeutischen Prozesses weiterführend untersucht werden (siehe Kap. 13, *Ausblick*).

11 Zusammenfassung

Komplexe gehören zur Grundstruktur der menschlichen Psyche. Sie konstellieren im Menschen Konflikte, die erlitten, reflektiert und gelöst werden müssen. Nach Jungs Auffassung ist Leiden jedoch nicht gleich etwas Krankhaftes, sondern es bildet den nötigen Gegenpol zum Glück. Das eine ist ohne das andere nicht denkbar. Der Komplex wird erst pathologisch, wenn er verdrängt, unterdrückt und verleugnet wird. Nur wenn der Ich-Komplex nicht kohärent, nicht konfrontierbar ist, entwickelt sich der Komplex zu etwas Negativ-Krankhaftem.

Jung betont immer wieder, dass die Auseinandersetzung mit den Komplexen etwas Positives, für den Individuationsprozess Unabdingbares ist, da das energetische Potenzial der Gegenpole zweier Komplexe den Libidofluss stimuliert und so schöpferisches Potenzial freisetzt. Jung hat nach heutigen Erkenntnissen bereits modern und fortschrittlich gedacht, indem er von Komplexen als Konstellationen, als ein Zusammenspiel von Kommunikation und Interaktion gesprochen hat.

Die Komplextheorie Carl Gustav Jungs (1875-1961), die er auf Grundlage seiner Assoziationsstudien um die Jahrhundertwende ausgearbeitet hat, gewinnt durch Ergebnisse der Neurowissenschaften und der Bindungs- und Säuglingsforschung neue Bestätigung. Jungs Komplextheorie lässt sich gut an moderne entwicklungspsychologische Konzepte, beispielsweise dem der Schematherapie, anknüpfen. Es ist praktisch gleichzusetzen mit dem Objektbeziehungsmodell der aktuellen Psychoanalyse und der Bindungstheorie. Forschungsergebnisse der Neurowissenschaften zeigen unter Einsatz bildgebender Verfahren (fMRT) eindruckliche Ergebnisse, was in unserem Gehirn während komplexhafter Assoziationen geschieht.

Selbstverständlich sind die neueren Konzepte durch den Einsatz moderner Forschungsmethoden viel detaillierter als Jungs Theorien. Dennoch erweist sich Jungs

Theorie als erstaunlich modern und auf heutiges Wissen gut übertragbar. Einigkeit besteht auch darin, „dass die Komplexe nicht nur zum Ich-Komplex in einer prägnanten Beziehung stehen, sondern auch untereinander offensichtlich als verknüpft verstanden werden. Es wird von einer Matrix oder von Netzwerken oder von ‚Komplexlandschaften‘ gesprochen“ (Bovensiepen, 2004, S. 35).

Wie im theoretischen Teil der Arbeit dargestellt, gibt es aus verschiedenen Forschungsrichtungen Bestätigung über die Virulenz unbewusster Komplexlandschaften. Die Ergebnisse der vorgelegten Studie belegen, dass sich die im Moment ansprechbaren, konstellierbaren Komplexe in ihrem Verhältnis zum Ich-Komplex durch das Assoziationsexperiment diagnostisch erfassen lassen und sich die unbewusste Komplexlandschaft eines Patienten zeigt.

In der Zusammenschau bilden sich aus n = 18 zwei Gruppen:

Gruppe eins (n = 8): Durch die standardisierten Instrumente, das Assoziationsexperiment und die Anamnesenerhebung konnten die Kategorien Depression und Minderwertigkeit, Aggressivitäts-, Angst- und Zwangssymptomatiken sowie psychosomatische Beschwerden gleichermaßen erfasst werden.

Gruppe zwei (n = 10): Im Assoziationsexperiment und in der Anamnese zeigen diese Probanden deutliche Auffälligkeiten, in den standardisierten Instrumenten hingegen weitgehend unauffällige Werte. Es fiel auf, dass sich Probanden mit aufgeladenem Schuld- und Schamkomplex, einem niedrigen Selbstwert und starker Orientierung an sozialen Normen in den Selbstbeurteilungsinventaren günstiger bezüglich psychischer Belastung und sozialer Orientierung darstellten, als sich durch die Anamnesenerhebung und das Assoziationsexperiment zeigte. Diese Gruppe unterlag mutmaßlich der Scham und der Abwehr beim Ausfüllen der Selbstbeurteilungsinventare, sodass sie dazu neigte, im Sinne von „faking good“ und sozialer Erwünschtheit zu antworten.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass das Assoziationsexperiment die folgenden diagnostischen Kriterien erfasst:

- Symptomatik und Konflikte
- psychodynamische Aspekte
- Verarbeitungsmodus
- Abwehrmechanismen
- Themen des finalen Aspekts

Zusammenfassend kann gezeigt werden:

- Alle Probanden mit Auffälligkeiten in den standardisierten klinischen Instrumenten (n = 8) zeigten vergleichbare Auffälligkeiten im Assoziationsexperiment.
- Die Kategorie der psychosomatischen Beschwerden stellte sich durch die angewendeten Messinstrumente bei allen Probanden (n = 18) heraus.
- Über die Kategorien der standardisierten klinischen Instrumente hinaus erfasste das Assoziationsexperiment bei allen Probanden (n = 18) psychodynamische Aspekte und bei fünf Probanden unverarbeitete chronische Trauer.
- Bei zehn von 18 Probanden zeigten sich deutliche Auffälligkeiten durch das Assoziationsexperiment (vertiefte Betrachtung durch Anamnesenerhebung) doch geringe bis keine Auffälligkeiten durch die standardisierten klinischen Instrumente. Diese zehn Probanden wiesen im Assoziationsexperiment einen niedrigen Selbstwert, eine deutliche Orientierung und Anpassung an soziale Normen, Aggressionshemmung sowie eine Schuld- und schamhafte Verarbeitung auf.
- Ressourcen und Entwicklungsthemen im Sinne des finalen Aspekts ließen sich bei allen 18 Probanden durch das Assoziationsexperiment ableiten.

Zusammenfassung

Die dargestellte Untersuchung lässt schlussfolgern, dass das Assoziationsexperiment über die Ergebnisse der standardisierten Verfahren hinaus psychodynamische Aspekte und andere Kategorien erfasst. Manualisierung ist ökonomisch und vermittelt den Eindruck einer vermeidlichen Objektivität; „Scheuklappen“ sind jedoch impliziert, da auf sehr eng gefassten Skalen immer ein Durchschnitt in Beziehung zu einem Normwert steht. Das Assoziationsexperiment eröffnet neben der Erfassung der momentan ansprechbaren Komplexe den Blick auf schöpferisches Potenzial und kann somit schon im Vorfeld einer Therapie wichtige diagnostische Hinweise auf die unbewusste Komplexlandschaft eines Patienten liefern.

In Kapitel 12 wird die vorgelegte empirische Untersuchung einer kritischen Diskussion unterzogen. Die Ergebnisse werden reflektiert und Gründe für die Wahl der Methoden sowie die methodischen Limitationen erörtert.

12 Diskussion

„Es gibt keine Erkenntnis über das Psychische, sondern nur im Psychischen.“ (Jung, 1981, S. 103)

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen, dass das Assoziationsexperiment für die Anwendung in der aktuellen und modernen Psychotherapie ein wirksames diagnostisches und therapeutisches Instrument darstellt. Es konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse des Assoziationsexperiments deutlich über die der standardisierten Instrumente hinausgehen und psychodynamische Aspekte erfasst werden. Das Assoziationsexperiment erfasst also sowohl die aktuelle Situation eines Menschen als auch unbewusste Strebungen und Komplexbereiche.

Alle Probanden mit Auffälligkeiten in den standardisierten klinischen Instrumenten ($n = 8$) zeigten vergleichbare Auffälligkeiten im Assoziationsexperiment. Die Kategorie der psychosomatischen Beschwerden zeigte sich durch die angewendeten Messinstrumente bei allen Probanden ($n = 18$) gleichermaßen. Über die Kategorien der standardisierten klinischen Instrumente hinaus erfasste das Assoziationsexperiment bei allen Probanden ($n = 18$) psychodynamische Aspekte und bei fünf Probanden unverarbeitete chronische Trauer. Bei zehn von 18 Probanden zeigten sich deutliche Auffälligkeiten durch das Assoziationsexperiment (vertiefte Betrachtung durch Anamnesenerhebung) und geringe bis keine Auffälligkeiten durch die standardisierten klinischen Instrumente. Diese zehn Probanden wiesen im Assoziationsexperiment einen niedrigen Selbstwert, eine deutliche Orientierung und Anpassung an soziale Normen, Aggressionshemmung sowie eine Schuld- und schamhafte Verarbeitung auf. Schöpferische und kreative Ressourcen offenbarten sich bei allen 18 Probanden durch das Assoziationsexperiment und können wertvolle Hinweise für die therapeutische Arbeit geben.

Eine der Hauptstärken der Analytischen Psychologie ist der Freiraum für individuelle Wege, der Besonderheiten eröffnet. Eine rein störungsspezifische Diagnostik via standardisierter Instrumente läuft Gefahr, wichtige Zusammenhänge und Dynamiken zu übersehen, da sie im Verborgenen liegen. Es stellt sich vielmehr die Frage, wie bei diesem Vorgehen aus abstrakten Kategorien handlungsleitende Aussagen über ein Individuum gewonnen werden sollen? In Hinblick auf die standardisierten Instrumente heißt „Objektivierung“ Bezug zu einem Normwert, zu einem Durchschnitt zu nehmen.

Im Folgenden werden methodische Limitationen und Diskussionspunkte hinsichtlich Methode, Durchführung und Ergebniserhebung auf einen kritischen Prüfstand gestellt: Es könnte diskutiert werden, ob die Probandengruppe mit $n = 18$ eine zu kleine Gruppe darstellt, wobei diese Anzahl für die quantitative, am Einzelfall interessierte Forschung ausreichend ist (vgl. Bergmann, 2006). Nach Mayring (2002) liege der Fokus nicht auf der Stichprobengröße, hierzu gäbe es in der qualitativen Forschung keine Vorgaben, sondern erheblich und für die Auswertung grundlegend ist die Zusammensetzung der Stichprobe. Für diese Studie wurde nach dem Kriterium der theoretischen Sättigung (Merkens, 2015) vorgegangen, d.h. mit weiteren Erhebungen wurde aufgehört, als klar war, dass keine neuen Informationen und Erkenntnisse gewonnen werden würden.

Die Rekrutierung erfolgte nach bestimmten Auswahlkriterien, d.h. es nahmen nur Probanden mit mindestens einem mittleren Bildungsniveau teil. Die Frage, wie die Ergebnisse sich bei ungebildeten, sprachlich beeinträchtigten oder stärker psychisch belasteten Personen verhielten, bleibt offen.

Ferner ist bei diesem Forschungsprojekt keine Kontrollgruppe untersucht worden, d.h. eine Gruppe von beschwerdefreien Probanden, sodass kein Vergleich möglich ist hinsichtlich Intensität der Ergebnisse. Hier kann jedoch argumentiert werden,

dass sich die Fragestellung dafür interessiert, inwieweit unterschiedliche diagnostische Prozesse zu ähnlichen Ergebnissen führen. Somit kann die Triangulation der Diagnoseinstrumente als Kontrolle gelten.

In dieser Studie wurde der Versuch unternommen, qualitativ gewonnene Erkenntnisse mit den quantitativ gewonnenen Ergebnissen aus standardisierten Verfahren miteinander ins Verhältnis zu setzen. Dieses Vorgehen birgt zu überwindende Hürden: Es gestaltet sich zunächst einmal schwierig, Ergebnisse standardisierter Verfahren mit Daten, die sich auf Normdaten beziehen, mit Ergebnissen, die qualitativ gewonnen wurden, zu vergleichen. Bei der Auswertung des Assoziationsexperiments unterliegt die Interpretation der Ergebnisse der subjektiven Deutung des Untersuchungsleiters, und die Ergebnisse werden deskriptiv zur Darstellung gebracht; dasselbe gilt für die Auswertung der Anamnese. Es können also keine Zahlenwerte miteinander verglichen werden: Die gewonnenen Erkenntnisse wurden durch das Güte Merkmal der qualitativen Forschung - dem Abhalten von Datensitzungen - wissenschaftlich untermauert. Es geht also nicht um die Generierung oder Testung von Hypothesen, sondern um die fundierte Bewertung darüber, was das Assoziationsexperiment erfasst.

Zur Auswertung der Ergebnisse wurden zwölf Kategorien gebildet, auf denen die Probanden jeweils mit ihrer Symptomatik auf einer Skala von eins bis fünf eingestuft wurden. Diese Einschätzung unterliegt den Ergebnissen aus Datensitzungen. Die Daten wurden in wissenschaftlicher Gruppenmethode (Ratervalidity) erarbeitet, es handelt sich daher um Kennwerte mit Rangskala-Niveau und eben nicht um eine Intervallskala.

Durch das der Studie zugrunde liegende Mixed-Method-Design konnten die Vorteile der qualitativen und der quantitativen Methode genutzt werden. Die qualitative Herangehensweise erlaubt eine individuelle Sicht auf jede einzelne Persönlichkeit: Vor

diesem Hintergrund wurden die Daten aus dem Assoziationsexperiment und der Anamnese interpretiert und ausgewertet. Daten erhielten nicht den Status von Steinen, die „an einem Flussufer eingesammelt“ (Bergmann, 2006, S. 22) werden, sondern es wurde versucht den Mensch als Gesamtpersönlichkeit zu erfassen. Die Daten aus den standardisierten Instrumenten wurden quantitativ erhoben und ausgewertet. Insgesamt wurden die Ergebnisse miteinander ins Verhältnis gesetzt, um zu eruieren, was das Assoziationsexperiment erfasst.

Ein weiterer Diskussionspunkt besteht in der Frage, welchen Einfluss Übertragungsprozesse, Projektionen und die Untersuchungsleiter-Patient-Beziehung auf die Ergebnisse haben – wobei dies auch bei standardisierten Instrumenten eine Einflussgröße ist, die unbekannt bleibt. Die Objektivität, die interpersonelle Übereinstimmung, kann bei der vorgelegten Studie nicht nachgewiesen werden. Es bleibt also unklar, inwieweit die Ergebnisse vom Untersuchungsleiter unabhängig sind. Ebenso wie in der Kontexterhebung beim Assoziationsexperiment spielen hier jedoch Beziehung und Übertragungsprozesse eine nicht zu eliminierende Rolle: Sie stellen vielmehr die Grundvoraussetzung für die Kontexterhebung und ein biographisches Interview dar, indem der Proband sich vertrauensvoll öffnet und sich zutraut auch schwierige, belastende Ereignisse im biographischen Leben zu erzählen. Selbstverständlich diene die Reflexion mit Kollegen, als Gütemerkmal qualitativer Forschung, der weiteren Reduzierung subjektiver Einflüsse. Wie schon formuliert, wäre aber diese Art von Studie ohne Beziehungsaspekt und mit einbezogene reflektierte Übertragungsprozesse nicht möglich. An bestimmten Schnittstellen, nämlich der Testanweisung, dem Vorgehen in der Studie insgesamt, dem Ablauf, dem Material und dem Setting, war das Vorgehen standardisiert, um ein Gleichmaß zu erzielen, das die persönlichen Einflüsse auf ein überschaubares Maß reduzierte.

Als weiterführende Studie könnten die aus dieser Untersuchung gewonnenen Daten

verschiedenen Ratern vorgelegt werden, die dann einen Übereinstimmungskoeffizienten berechnen.

Die klinischen Fragebögen erfassen systematisch ein breites Band möglicher Symptome, Beschwerden und Merkmale. Sie sind objektiv, reliabel und valide. Durchführung und Auswertung sind leicht verständlich und gut handhabbar. Dadurch kann effektiv, effizient und systematisch ein breites klinisches Bild eines Patienten erstellt werden. Das Assoziationsexperiment hingegen ist zwar in der Durchführung und im ersten formalen Auswertungsschritt standardisiert. Im zweiten Auswertungsschritt jedoch, der Interpretation der gestörten Wörter und der Kontexterhebung, bleibt der Untersuchungsleiter subjektiv. Eine psychometrische Diagnostik zielt auf eine objektivierbare und genaue Messung von psychischen Merkmalsausprägungen. Eine rein störungsspezifische Diagnostik via standardisierter Instrumente birgt die Gefahr, wichtige Zusammenhänge und Dynamiken zu übersehen. Manualisierung ist modisch, scheint effektiv und ökonomisch. Sie birgt aber auch die Gefahr, das Individuelle in der Individuation zu unterdrücken oder einfach unbemerkt zu lassen. In Hinblick auf die standardisierten Instrumente heißt „Objektivierung“, Bezug zu einem Normwert, zu einem Durchschnitt zu nehmen. Das Interesse des analytischen Therapeuten liegt jedoch besonders auf dem Individuellen, das nicht via standardisierter Diagnostik erfasst werden kann.

Mittlerweile auch neurobiologisch begründet (vgl. Warnke, 1993; Graw, 2004; Roth, 2015; Wienand 2016) stellen projektive Verfahren eine Methode dar, die Vorstellungen, innere Bilder, Imagination, kreative, schöpferische und spirituelle Gestaltungen anregen und wichtige Hinweise auf das Potenzial, die Ressourcen und die Psychodynamik eines Patienten geben können. Die im impliziten Gedächtnis gespeicherten emotional bedeutsamen Erfahrungen werden mit affektiven, motivationalen und aktuellen somatischen Zuständen verknüpft und können, wie die Ergebnisse der vorlie-

genden Studie zeigen, mithilfe des Assoziationsexperiments zum Ausdruck gebracht werden. Narrativ oder als Bild können diese Inhalte dargestellt, interpretiert und verstanden werden (vgl. Wienand, 2016). Objektive Daten unterliegen auch dem Verzicht auf wertvolle Informationen. Der Ausprägungsgrad einer Angstneurose wird ebenso wenig erfasst wie die Entwicklung der Störung an sich. Der psychodynamische Aspekt bleibt gänzlich unbeachtet (vgl. Warnke, 1993).

Wienand (2016) betont, dass objektive Instrumente „hypothetische Konstrukte“ messen, die die Motivation eines Patienten, zu reflektieren und seine Befindlichkeit offen mitzuteilen, voraussetzt. Plaum (1996) postuliert, dass Fragebögen anfällig seien für eine bewusste und unbewusste Beeinflussung der Ergebnisse hinsichtlich bestimmter Ziele. Kleining (1995) versteht Validität, Reliabilität und Geltung als Prüfvariablen qualitativ-heuristischer Vorgehensweisen, die auch dieser Arbeit zugrunde liegen. Sie definiert diese Begriffe vor dem Hintergrund einer qualitativ-heuristischen Vorgehensweise anders, als sie für quantitative Verfahren in der klassischen Messtheorie beschrieben sind: Die Validität ergibt sich aus der Schlüssigkeit der interpersonellen und kommunikativen Interaktion innerhalb des dialogischen Prozesses zwischen Therapeut und Patient. Bei der Reliabilität sollen keine Messfehler ausgemerzt werden, sondern es geht vielmehr darum, die eingesetzte Methode flexibel anzupassen, Gemeinsamkeiten und Abweichungen zu analysieren und eine intersubjektive Übereinstimmung zu erreichen. Wichtig zu betonen ist an dieser Stelle, dass Abweichungen als ein grundlegender Bestandteil der Subjekt-Objekt-Differenz verstanden wird. Die Geltung der Ergebnisse erschließt sich aus dem Einbezug aller erhobenen Daten und Erkenntnisse. Das Gesamtbild erschließt sich letztendlich wie ein Puzzle aus Symptomatik, Anamnese, Ergebnis der projektiven Verfahren, aus psychodynamischen Erkenntnissen und Übertragungsprozessen.

Das Assoziationsexperiment stellt weiterhin ein zeitaufwendiges Verfahren dar, bei

dem der Untersuchungsleiter über diagnostische und therapeutische Erfahrung und spezifisches Wissen verfügen sollte. Sowohl die Durchführung als auch die Auswertung erfordern einen deutlich höheren Zeitaufwand als die standardisierten Verfahren. Im Sinne der qualitativen Erfassung belegt die Studie jedoch deutlich die Effektivität des Assoziationsexperiments, da sich Hypothesen über Aktualkonflikt¹⁵ (Jungianisch gesprochen hieße das: Die momentan ansprechbaren, konstellierbaren Komplexe in ihrem Verhältnis zum Ich-Komplex werden erfasst), Grundkonflikt, psychodynamische Aspekte sowie Ressourcen und Entwicklungsthemen aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments ableiten lassen. Informationen zur Biografie können durch die Assoziation zu den gestörten Wörtern quasi „nebenbei“ erhoben werden, da die Patienten innere Bilder, Stimmungen und Gefühle während des Assoziierens frei äußern. Sie haben dabei nicht das Gefühl, abgefragt zu werden.

Diese Arbeit versteht sich auch als ein Plädoyer für einen reflektierten Einsatz projektiver Verfahren als qualitativ-heuristischen Annäherungsprozess, indem sich unterschiedliche diagnostische Methoden gegenseitig ergänzen (Wienand, 2016). Bei der vermeintlichen Objektivität sollte es nicht um „Ausmerzungen“ (Kleining, 1995) der subjektiven Einflüsse gehen, sondern vielmehr um heuristische Evaluationen, die sich in reflektierten Prozessen und im Austausch mit Kollegen als Hypothesen dem Krankheitsbild eines Patienten annähern. Das in der Analytischen Psychologie gewünschte Individuelle in der Individuation, gerade auch die individuellen Abweichungen, dürfen sich bei diesem Suchprozess zeigen.

¹⁵ Begriff der OPD: Unter dem Aktualkonflikt werden äußere konflikthafte Belastungen der letzten sechs Monate verstanden (Arbeitskreis OPD 2006, S. 12 und S. 456), die zur Bildung eines neurotischen Konflikts führen können (nicht müssen).

13 Ausblick

Die vorliegende Studie als Grundlage bietet verschiedene Forschungsmöglichkeiten im Anschluss. Zunächst einmal ist die Probandengruppe dieser Studie mit 18 Probanden relativ klein. Das gesamte Vorhaben könnte in einer breiter angelegten Studie durchgeführt werden, um die hier gewonnenen Ergebnisse weiter zu verifizieren. Dabei wäre es interessant, die Probandengruppe in zwei Gruppen einzuteilen: eine Gruppe mit psychischen Belastungen und eine Kontrollgruppe mit „gesunden“ Probanden.

Weiterhin könnte die Wortreihenfolge im Assoziationsexperiment variiert werden, d.h., die Wortabfolge wird geändert, um zu untersuchen, welche Ergebnisse sich dann zeigten. Bei der vorliegenden Studie wurde keine Untersuchungsvariable variiert, relevante Störvariablen wurden nicht berücksichtigt. Dies sind Bereiche, die in einer weiterführenden Forschungsarbeit untersucht werden könnten.

Als weiterführende Untersuchung könnte eine breitangelegte klinische Studie durchgeführt werden, in der das Assoziationsexperiment zur Eingangsdiagnostik angewendet wird. Ziel eines solchen Vorhabens wäre die Untersuchung der Frage, inwieweit sich die durch das Assoziationsexperiment abgebildeten Komplexe im Therapieverlauf zeigen. Das heißt, die Probanden durchlaufen einen therapeutischen Prozess und werden im Anschluss daran noch einmal mithilfe des Assoziationsexperiment untersucht. Interessant wäre es zudem, im Rahmen einer solchen Studie eine Kontrollgruppe zu installieren, die ebenso das Assoziationsexperiment durchläuft, keine Therapie macht und nach einem bestimmten Zeitraum das Experiment wiederholt.

In vorliegender Untersuchung wurde der Versuch unternommen, qualitativ gewonnene Erkenntnisse mit den quantitativ gewonnenen Ergebnissen aus standardisier-

ten Verfahren miteinander ins Verhältnis zu setzen. Als weiterführende Studie könnten die aus dieser Arbeit gewonnenen Daten verschiedenen Ratern vorgelegt werden, die dann einen Übereinstimmungskoeffizienten berechnen.

Ein weiteres Forschungsprojekt könnte der Frage nachgehen, inwieweit sich die Ergebnisse des Assoziationsexperiments mit den Ergebnissen decken, die bei Patienten erhoben wurden, die bereits klinisch diagnostiziert sind. Bei dieser Probandengruppe würde es sich demnach um Personen handeln, die schon eine ICD-Diagnose vorliegen haben. Die Forschungsfrage könnte sich damit beschäftigen, inwieweit hier Übereinstimmungen zu eruieren sind.

Aufschlussreich wäre auch eine Untersuchung über Übereinstimmungsmaße: Die Übereinstimmung könnte erfasst werden, indem verschiedene Diagnostiker eine bestimmte Anzahl von Personen mit dem Assoziationsexperiment untersuchen und die erhobenen Befunde auf Zusammenhänge überprüfen. In dieser Studie könnte eruiert werden, in welchem Maße der Parameter „Beziehung“ und Übertragungs- Gegenübertragungsprozesse bei der Durchführung des Assoziationsexperiments Einfluss nehmen.

Ein weiteres spannendes Forschungsprojekt könnte die Durchführung des Assoziationsexperiments in unterschiedlichen Kulturkreisen sein: Beispielsweise könnte der Frage nachgegangen werden, inwieweit Stichwortlisten und Reaktionen in verschiedenen Kulturkreisen variieren oder ob es einen Unterschied zwischen Migranten vs. Muttersprachlern gibt. Hierbei könnte erwogen werden: Wenn jeder Mensch ein eigenes psychisches System (Komplexlandschaft) hat, dann haben dies erst recht Kollektive wie Kulturkreise. Die thematische Offenheit des Assoziationsexperiments kann solche Variationen vermutlich besser abbilden als standardisierte Tests mit ihren „Scheuklappen“.

In etwas variiertem Wortauswahl könnte das Assoziationsexperiment für den Einsatz

in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie untersucht werden. Für diese Altersgruppe liegen bisher keine Ergebnisse vor. Gerade aufgrund der in der Studie gezeigten Wirksamkeit im Bereich des finalen Aspekts, der Selbstentfaltung und Identitätsfindung könnte das für den therapeutisch-diagnostischen Einsatz dieser Altersgruppen sehr bereichernd sein.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lenken den Blick deutlich auf die Ressourcen eines Patienten und betonen die ressourcenorientierte Sichtweise der Jung'schen Therapie vor dem Hintergrund des Individuationsprozesses. Sie setzt so ein Gegengewicht zu einer defizitären Sichtweise auf einen Patienten. Weitere Untersuchungen bieten sich daher zu dem Thema der Ressourcen und des finalen Aspekts an: Dieser Bereich könnte in einem Forschungsprojekt weiter vertieft und hinsichtlich des therapeutischen Prozesses ausgearbeitet werden.

Es zeigt sich somit, dass es eine Vielzahl an interessanten Fragestellungen zu dem Themenbereich des Assoziationsexperiments gibt, deren Untersuchung für die wissenschaftliche, aber ganz besonders für die therapeutische Fachwelt interessant sein könnte. In jedem Falle für all diejenigen, die sich für das Besondere, das von der Norm abweichende, das Kreative und Schöpferische in einem Patienten interessieren.

14 Literaturverzeichnis

Aarne A., und Thompson, S.: (1961): The Types of the Folktale. A Classification and Bibliography, ed 2. Helsinki: Suomalainen Tiedeakatemia.

Adam, K. U. (2006): Therapeutisches Arbeiten mit Träumen. (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Adam, K. U. (2011): Therapeutisches Arbeiten mit dem Ich. Denken, Fühlen, Empfinden, Intuieren: Die vier Orientierungsfunktionen. (2. Aufl.): Opus magnum.

Ammermann, C. (1999): Analytische Komplextheorie und Neurowissenschaften. Versuch eines Brückenschlages. Diplomthesis: C. G. Jung-Institut, Zürich.

Anderson, J.R. (2013): Kognitive Psychologie. (7. Aufl.): Berlin u. Heidelberg. Springer.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.

Arendt, H. (1985): Das Urteilen. Texte zu Kants politischer Philosophie. München. Piper.

Argelander, Hermann (2014): Das Erstinterview in der Psychotherapie. (10. Aufl.). Darmstadt: WBG.

Bair, D. (2005): C. G. Jung. Eine Biographie. München: Knaus.

Baumann, H. (1955): Das doppelte Geschlecht. Berlin: Reimer.

Baumann, U. und Stieglitz R. D. (2001): Psychodyagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In R. D. Stieglitz, U. Baumann und H. J. Freyberger (Hrsg.). Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. (2. überarb. und erw. Aufl.). S. 3-20. Stuttgart: Thieme.

- Bergmann, J. (2011): Qualitative Methoden der Medienforschung – Einleitung und Rahmung. S. 13–40. In: Ayaß, R., und J. Bergmann: Qualitative Methoden der Medienforschung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Beutel, M. (2009): Vom Nutzen der bisherigen neurobiologischen Forschung für die Praxis der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* (4). S. 384-392.
- Boessmann, A. und Remmers, A. (2012): Das Erstinterview. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Bortz, J. und Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bovensiepen, G. (2006): Attachment-dissociation network. Some thoughts about a modern complex theory. *Journal Analytische Psychologie* ,51. S. 451–466.
- Bovensiepen, G. (2009): Depressive Komplexorganisation und narzisstische Störung. *Analytische Psychologie*, 40, 155. S. 36-56.
- Bovensiepen, G. (2011): C. G. Jung heute – der analytische Prozess. *Analytische Psychologie*, 165, 3. S. 288 – 312.
- Bowlby, J. (1982): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg. *Analytische Psychologie*, 155. S. 36–56.
- Bowlby, J. (2008): Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Breuer, F. (1996): Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brisch, K. H. (2008): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. und Hellbrügge, T. (2009) (Hrsg.): Kinder ohne Bindung. Deprivation,

- Adoption und Psychotherapie. (3.Aufl.). Stuttgart. Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2015) (Hrsg.): Bindung und Psychosomatik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buggle, F. (2001): Die Entwicklungspsychologie Jean Piagets. (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Buñuel, L. (1985): Mein letzter Seufzer. Erinnerungen. Frankfurt am Main: Ullstein.
- Burckhardt-Seebass, Ch. (Hrsg.) (1989): Urbilder und Geschichte. C. G. Jungs Archetypenlehre und die Kulturwissenschaften. Basler Hefte zur Europäischen Ethnologie 1. Basel und Frankfurt am Main: Helbing & Lichtenhahn.
- Busche, H. (2001): Die Seele als System. Aristoteles' Wissenschaft von der Psyche. Hamburg: Meiner.
- Carter, Rita (2014): Das Gehirn. Anatomie, Sinneswahrnehmung, Gedächtnis, Bewusstsein, Störungen. München: Dorling Kindersley Verlag GmbH.
- Denzin, N. K. (2012): Triangulation2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6 (2), S. 80-88.
- Der Brockhaus – Psychologie: Fühlen, Denken und Verhalten verstehen. (2001) Mannheim und Leipzig: F. A. Brockhaus GmbH.
- Dieckmann, H. (1991): Komplexe. Diagnostik und Therapie in der analytischen Therapie. Berlin: Springer.
- Dorst, B. und Vogel, R. (Hrsg.) (2014): Aktive Imagination. Schöpferisch leben aus inneren Bildern. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dührssen, A. (2011): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Stuttgart: Schattauer.
- Erikson, E. H. (1980): Jugend und Krise. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Erzberger, C. (1998): Zahlen und Wörter. Die Verbindung quantitativer und qualitativer Daten und Methoden im Forschungsprozess. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Erzberger, C. und Kelle, U. (2003): Making inferences in mixed methods: The rules of integration. In Tashakkori, A. und Teddlie, C. (Eds.). Handbook of mixed methods for the social & behavioral science, 457–490. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eschenbach, U. (1981): Die Behandlung in der Analytischen Psychologie. Therapeutische Konzepte der Analytischen Psychologie C. G. Jungs. Band 2. Fellbach: Bonz.
- Eschenbach, U.(1985): Mythos und Narzissmus. Therapeutische Konzepte der Analytischen Psychologie C. G. Jungs. Band 3. Fellbach: Bonz.
- Eschenbach, U. (1996): Der Ich-Komplex und sein Arbeitsteam. Topographie der Selbstentfaltung. Therapeutische Konzepte der Analytischen Psychologie C. G. Jungs., Band 4. Leinfelden: Bonz.
- Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. (2010): Freiburger Persönlichkeitsinventar. Manual 8, erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J. (2011): Wilhelm Wundt – Pionier der Psychologie und Außenseiter? Leitgedanken der Wissenschaftskonzeption und deren Rezeptionsgeschichte.
- Online im Internet: <http://www.jochen-fahrenberg.de> [PDF-Datei, 8.3 MB, Datum des Zugriffs: 09.04.2015]. Seiten I – VIII, 1 – 631.
- Fischer, L. und Wiswede, G. (2009): Grundlagen der Sozialpsychologie. (3. neu bearb. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Fisseni, H.-J. (2004): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (2011): Triangulation. Eine Einführung. (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

- Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke, I. (2015): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Francis, D.D., Young, L.J., Meaney, M.J. u. Insel, T.R. (2004): Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin (V1a) receptors: Gender differences. *Journal of Neuroendocrinology*, 14, S. 349-353.
- Frank, L. K. (1939): Projective Methods for die Study of Personality. *Journal of Psychology*, 8, S. 389–413.
- Franke, G. (2014): Symptom-Checklist-90-Standard. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Franz, M. L., von (1988): Der Individuationsprozess. In: Jung, C. G. u.a.: *Der Mensch und seine Symbole. Sonderausgabe. (11. Aufl.)*. Walter: Olten.
- Freud, S. (1900): *Die Traumdeutung. Gesammelte Werke, Band 2/3*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1913): *Schriften zur Behandlungstechnik. Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. Studienausgabe-Ergänzungsband*. Frankfurt am Main: Fischer, Sonderausgabe 2000.
- Freud, S. (1919): *Zur Psychopathologie des Alltagslebens. (Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum)*. Leipzig und Wien: Psychoanalytischer Verlag Ges.m.b.H.
- Freud, S. (1978): *Werkausgabe Band 1. Elemente der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. und Zweig, A. (1984). *Briefwechsel*. Hrsg. von E. L. Freud. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1992): *Das Ich und das Es. Metapsychologische Schriften*. Fischer Verlag:

Frankfurt am Main.

Freud, S. (1999): Gesammelte Werke Band 1. (Nachdruck der Erstausgabe 1900).
Frankfurt am Main: Fischer.

Freud, S. (2010): Abriss der Psychoanalyse. Herausgegeben von Lohmann, H.M..
Ditzingen: Reclam.

Freud, S. (2013): Das Ich und das ES. Herausgegeben von Bayer, L.. Ditzingen:
Reclam.

Fröhlich, W. D. (2010): Wörterbuch Psychologie (27. Aufl.). München: Deutscher
Taschenbuchverlag.

Graf, P., Squire, L. R., Mandler, G. (1984): The information that amnesic patients do
not forget. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*,
10, S. 164–178.

Graf, P. und Schacter, D.L. (1985): Implicit and explicit memory for new associations
in normal subjects and amnesic patients. *Journal of Experimental Psychology:
Learning, Memory and Cognition*, 11, S. 501-518.

Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Gruber, Thomas (2011): Gedächtnis. Wiesbaden: VS Verlag.

Häcker, H. und Stapf, K. H. (Hrsg.) (1998): Dorsch – Psychologisches Wörterbuch (13.
überarb. und erw. Aufl.). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Hans Huber.

Hanslmayr, S., Volberg, G., Wimber, M., Oehler, N., Staudigl, T., Hartmann, T., Raabe,
M., Greenlee und M. W., Baeuml, K.-H.T. (2012): Prefrontally driven down-regulation
of neural synchrony mediates goal-directed forgetting. *The Journal of Neuroscience*,
32, 14742-14751.

Herring, H. (Hrsg.)(2013): Eine Untersuchung über den menschlichen Verstand.

[Original: David Hume (1758): An Enquiry Concerning Human Understanding].

(Übersetzt von Herbert Herring). Ditzingen: Reclam.

Höffe, O. (2009): Aristoteles: Die Hauptwerke. Ein Lesebuch. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag & Co.

Hölzer, M. und Kächele, H. (2010): Einige (neuere) Bemerkungen zur freien Assoziation. Forum Psychoanal (2010) 26: 121–127.

DOI 10. 1007/s00451-010-0038-4.

Huber, O. (2013): Das psychologische Experiment. Eine Einführung. (6. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Hume, D. (2014): A Treatise of Human Nature. Mineola, New York: Dover Philosophical Classics.

Insel, T.R. und Young, L.J. (2001): The neurobiology of attachment. Nature Reviews. Neuroscience, 2, S. 129-136.

Jacob, G. A., Bernstein, D., Lieb K. und Arntz A. (2009): Schematherapie mit dem Moduskonzept bei Persönlichkeitsstörungen. Update Psychiatrie: 3: 105 – 119.

Jacob, G. A., van Genderen, H. und Seebauer, L. (2011): Andere Wege gehen. Lebensmuster verstehen und verändern. Ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch. Weinheim: Beltz.

Jacobi, J. (1957): Komplex, Archetypus, Symbol in der Psychologie Jungs. Zürich: Rascher.

Jacobi, J. (1971): Die Psychologie von C. G. Jung. Eine Einführung in das Gesamtwerk. Olten: Walter.

Jaffé, A. (Hrsg.) (2011): C. G. Jung: Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung (17. Aufl.). Ostfildern: Patmos.

- Jung, C. G. (1907): Über die Psychologie der Dementia praecox. Ein Versuch. In: GW Band 3. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1971): Psychologische Typen (1921). GW, 6. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1976a): Praxis der Psychotherapie. GW, 16 (2. Aufl.). Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1976b): Die psychologischen Aspekte des Mutterarchetyps. GW Band 9/1. S.89–123. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1979): Experimentelle Untersuchungen. GW Band 2. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1981): Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewussten. GW Band 7. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1982): Allgemeines zur Komplextheorie. GW Band 8. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1991): Praxis der Psychotherapie. GW Band 16 (5. Aufl.). Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1993): Studien über alchemistische Vorstellungen. GW Band 13. (4. Aufl.). Olten: Walter.
- Jung, C.G und nach seinem Tod: Franz L., von (Hrsg.) (2003): Der Mensch und seine Symbole. (16. Aufl. der Sonderausgabe von 2003). Düsseldorf und Zürich: Walter-Verlag.
- Jung, C.G (2015): Symbole der Wandlung. GW Band 5 (4. Aufl.). Ostfildern: Patmos.
- Jungclausen, I. (2013): Handbuch Psychotherapie-Antrag. Psychodynamisches Verstehen und effizientes Berichtschreiben in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Jung-Merker, L. und Rief, E. (Hrsg.) (1979): Vorwort für: C. G. Jung. Experimentelle Untersuchungen. Olten: Walter.
- Kabat-Zinn, J. (2006): Gesund durch Meditation. Frankfurt am Main: Fischer.

- Kast, V. (1988a): Das Assoziationsexperiment in der therapeutischen Praxis. Fellbach: Bonz.
- Kast, V. (1988b): Imagination als Raum der Freiheit. Dialog zwischen Ich und Unbewusstem. Olten: Walter.
- Kast, V. (1998): Komplextheorie gestern und heute. Empirische Forschung in der Jungschen Psychologie. *Anal. Psychol.*;29: 296-316.
- Kast, V. (2010): Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie (7. Aufl.). Mannheim: Walter.
- Kast, V. (2012): Vater-Töchter/Mutter-Söhne. Wege zur eigenen Identität aus Vater- und Mutterkomplexen (4.Aufl.). Freiburg i. Br.: Kreuz.
- Kast, V. (2014): Die Tiefenpsychologie nach C. G. Jung. Eine praktische Orientierungshilfe. Ostfildern: Patmos.
- Kast, V.: C. G. Jung, seine Aktualität heute. Festvortrag zum 125. Geburtstag von C. G. Jung/ETH Zürich. Unter [www. Verena-kast.ch](http://www.verena-kast.ch). Datum des Zugriffs: 19.01.2015.
- Kehyayan, A., Best, K., Schmeing, J.B., Axmacher, N. Und Kessler, H. (2013): Neural activity during free association to conflict - related sentences. *Frontiers in human neuroscience*. Volume 7 (705). Doi: 10.3389/fnhum.2013.00705.
- Kleining, G. (1995): Lehrbuch entdeckende Sozialforschung. Band 1: Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik. Weinheim: Beltz.
- Kluckhohn, C. (1960): Recurrent themes in myth and mythmaking. In: Murray, H. A. (ed): *Myth an Mythmaking*. New York. Braziler. S. 46–60.
- Knox, J. (2003): Archetype, Attachment, Analysis. *Jungian Psychology and the Emergent Mind*. Hove: Brunner-Routledge.
- Kubinger, K.D. und Jäger, S. (Hrsg.) (2003): Schlüsselbegriffe der psychologischen

Diagnostik. Weinheim: Belz.

Kubinger, K. D. (2010): Zur Zukunft des Verfahrensinventars psychologischen Diagnostizierens. In: K. D. Kubinger und T. M. Ortner (Hrsg.). Psychologische Diagnostik in Fallbeispielen. S. 30-42. Göttingen: Hogrefe.

Kuckartz, Udo (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer.

Kuhn, T. (1962): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Kury, H. (2002): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar und sein Einsatz bei kriminologischen Fragestellungen. Das Problem der Verfälschungstendenzen. In: M. Myrtek (Hrsg.), Person im biologischen und sozialen Kontext. Göttingen: Hogrefe.

Lang, H. (2000): Das Gespräch als Therapie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

LeDoux (2002): Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are. New York: Viking.

Leuschner, W., Hau, S. Fischmann, T. (1998): Couch im Labor. Experimentelle Erforschung unbewusster Prozesse. Psyche 1998; 52. S. 824-849.

Lesmeister, R. (3/2011): C. G. Jung im psychoanalytischen Diskurs der Gegenwart – Spuren und Anschlüsse. Analytische Psychologie. Heft 165, S. 270–287.

Lichtenberg, G. C. (1802): Nachtrag zu den witzigen und satirischen Einfällen und Bemerkungen. In: Vermischte Schriften, Band 2. Nach dessen Tode aus den hinterlassenen Papieren gesammelt und herausgegeben von L. C. Lichtenberg und F. Kries. Göttingen: Verlag der Dieterischen Buchhandlung.

Lienert, G.A. und Raatz, U. (1998): Testaufbau und Testanalyse. (6. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lück, H. und Miller, R. (Hrsg.) (1999): Illustrierte Geschichte der Psychologie. (2. korr. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lück, H. (2013): Die Geschichte der Psychologie: Strömungen, Schulen, Entwicklungen. (6. unv. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Mahler, M. (1972): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Cotta.

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Belz.

Meier, C.A. (1994): Die Empirie des Unbewussten. Mit besonderer Berücksichtigung des Assoziationsexperiments von C. G. Jung. Band 1 (2. Aufl.). Einsiedeln: Daimon.

Meier, I. (2012): Komplexe und Schemata. Psychotherapie-Wissenschaft. Heft 2.

Mentzos, S. (2009): Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Mentzos, S. (2011): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. (22. Aufl.). Frankfurt: Fischer.

Merkens, H. (2015): Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke, I. (Hrsg.) (2015): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Mertens, W., Obrist, W. Und Scholpp, H. (2004): Was Freud und Jung nicht zu hoffen wagten Tiefenpsychologie als Grundlage der Humanwissenschaften. Psychosozial-Verlag: Gießen.

Mertens, W. (2004): Von der Theorie zur Praxis: Operationalisierung und die Tiefe von Bedeutung am Beispiel der OPD-Konfliktachse. Göttingen: Huber.

Mertens, W. (2005): Das Unbewusste in der Kognitionspsychologie. In: M. Buchholz

- (Hrsg.): Das Unbewusste in aktuellen Diskursen. Gießen: Psychosozial -Verlag. S. 282-309.
- Mertens, W. (2008): Psychoanalyse. Geschichte und Methoden. München: C. H. Beck.
- Mertens, W. (2014): Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. Eine Standortbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mey, G. und Mruck, K. (2009). Methodologie und Methodik der Grounded Theory. In: W. Kempf und M. Kiefer (Hrsg.). Forschungsmethoden der Psychologie. Zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik. Band 3 (S. 100–152). Berlin: Regener.
- Morse, J. M. (1994): Designing Funded Qualitative Research. In: Denzin, N. K. und Lincoln, Y. (Hrsg.): Handbook of Qualitative Research, S. 220–235. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Mösli, R. (Hrsg.) (2012): Eugen Bleuler. Pionier der Psychiatrie. Zürich: Römerhof Verlag.
- Mummendey, H. D. (1995): Psychologie der Selbstdarstellung. (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Mummendey, H. D. und Grau, I. (2014): Die Fragebogen-Methode. (6. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Müller, L. und Müller, A. (Hrsg.)(2003): Wörterbuch der Analytischen Psychologie. Düsseldorf: Walter.
- Murstein, B. I. und Pryer, R. S. (1959): The Concept of Projection. A Review. Psychological Bulletin 56, S. 353.374.
- Neumann, E. (1956): Die Große Mutter. Der Archetyp des großen Weiblichen.

Zürich: Rhein-Verlag.

Neumann, E. (Hrsg. J. Neumann) (1990): Das Kind: Struktur und Dynamik der werdenden Persönlichkeit (4. Aufl.). Fellbach: Bonz.

Nussbaum, M.C. (1994): The therapy of desire: Theory and practice in hellenistic ethics. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Obrist, W. (1994): Archetypen: Natur- und Kulturwissenschaften bestätigen C. G. Jung. Olten: Walter.

Ortner, T. M., Proyer, R.T., Kubinger, K. D. (Hrsg.) (2006): Theorie und Praxis objektiver Persönlichkeitstest. Bern: Hans-Huber.

Petchkovsky, L., Petchkovsky, M., Morris, P., Dickson, P., Montgomery, D., Dwyer, J., Burnett, P. and Strudwick, M. (2011): The fMRI correlates of psychological „complexes“: Exploring the neurobiology of internal conflict. *Journal of US-China Medical Science*, 8/11: 647-660.

Petchkovsky, L., Petchkovsky, M., Morris, P., Dickson, P., Montgomery, D., Dwyer, J. and Burnett, P.: fMRI responses to Jung's Word Association Test: implications for theory, treatment and research. *Journal of Analytical Psychology*, 2013; 58 (3): 409 DOI: [10.1111/1468-5922.12021](https://doi.org/10.1111/1468-5922.12021).

Peters, W. (1907): Erinnerungsassoziationen. Bericht über den 3. Kongress für experimentelle Psychologie. Leipzig. S. 245–247.

Piaget, J. (2005): Das Weltbild des Kindes. (8. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag. Übersetzt von Luc Bernard.

Plaum, E. (1996): Eine Einführung in die Psychodiagnostik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Raichle, M. E. (2006): The brain's dark energy. *Science*, 314, 1249-1250.

DOI: 10.1126/science. 1134405.

Reddemann, L. (2014): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. (18. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Renner, K. H., Heydasch, T. Und Ströhlein, G. (2012): Forschungsmethoden der Psychologie. Von der Präsentation zur Fragestellung. Springer: Wiesbaden.

Roediger, E. (2009): Was ist Schematherapie. Eine Einführung in Grundlagen Modell und Anwendung. Paderborn: Junfermann Verlag.

Roesler, C. (2009): Archetypen - sozial, nicht biologisch. Eine Reformulierung der Archetypentheorie auf Grundlage neuer Erkenntnisse aus Neurowissenschaften, Humangenetik, Entwicklungs- und Kulturpsychologie. In: Analytische Psychologie, 40 (3), S. 276-303.

Roesler, C. (2010): Analytische Psychologie heute. Der aktuelle Stand der Forschung zur Psychologie C. G. Jungs. Freiburg: Karger GmbH.

Roesler, C. und Sotirova-Kohli, M. (2014): Das psychische Erbe der Menschheit. Forschungsstand und empirische Studien zum Archetypenkonzept C. G. Jungs. Forum Psychoanal. 30:133 – 155. DOI: 10.1007/s00451-013-0151-2.

Rudolf, G. und Henningsen P. (2008)(Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage (6. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.

Roth, G. u. Prinz, W. (Hrsg.) (1996): Kopf-Arbeit: Gehirnfunktionen und kognitive Leistungen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Roth, G. (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Handeln steuert. Frankfurt: Suhrkamp.

- Roth, G. (2003): Fühlen, Denken, Handeln. Frankfurt am Main. Suhrkamp.
- Roth, G. und Strüber, N. (2015): Wie das Gehirn die Seele macht. (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Samuels, A., Shorter, B. und Plaut, F. (1989): Wörterbuch Jungscher Psychologie. München: Kösel.
- Schlegel, M. (1979): Psychologische und psychophysiologische Aspekte des Assoziationsexperiments. Dissertation: Zürich.
- Schneider, W. und Jansen, P. (2009): Biographische Anamnese. In: Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Hrsg. von P. Jansen, P. Joraschky, W. Tress. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln.
- Schnocks, D. (2013): Mit C. G. Jung sich selbst verstehen. Acht Erkenntnisaufgaben auf unserem Individuationsweg. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schönpflug, W. (2013): Geschichte und Systematik der Psychologie. Kindle Edition (3.Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schütz, A. (1971): Gesammelte Aufsätze. Band 1 – Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Nijhoff (Original 1962: Collected papers, Band 1. The Problem of Social Reality. Den Haag).
- Schwarze, C. (2010): Formen und Funktionen von Topoi. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Schwarze, C. und Konzett, C. (Hrsg.) (2014): Interaktionsforschung: Gesprächsanalytische Fallstudien und Forschungspraxis. Franke & Timme: Berlin.
- Sedlmeier, P. und Renkewitz, F. (2008): Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie. München: Pearson Verlag.
- Sedlmeier, P. und Renkewitz, F. (2013): Forschungsmethoden und Statistik. Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Hallbergmoos: Pearson Verlag.

Semler, G. (1990): Reliabilität und Validität des Composite International Diagnostic Interview. Regensburg: Roderer.

Shamdasani, S. (1998) (Hrsg.): Die Psychologie des Kundalini -Yoga: Nach Aufzeichnungen des Seminars 1932 von C. G. Jung. Zürich und Düsseldorf: Walter-Verlag.

Shamdasani, S. (2003): Jung and the making of modern Psychology: The Dream of a Science. Cambridge: Cambridge University Press.

Shamdasani, S. (2005). Jung Stripped Bare - By His Biographers, Even. London: Karnac.

Shamdasani, S. (2010) (Hrsg.): Das Rote Buch. Liber Novus. (2. Aufl.). Düsseldorf: Patmos Verlag.

Shamdasani, S. (2012): C. G. Jung: A Biography in Books. New York und London. Norton & Company.

Shin, Y.-W., Lee, J.-S., Han, O.-S. und Rhi, B.-Y. (2005): The influence of complexes on implicit learning. *Journal of Analytical Psychology*, 50: 175–190. doi: 10.1111/j.0021-8774.2005.00521.x **oder unter** <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0021-8774.2005.00521.x/citedby>.

Singer, W. (2011): Das Gehirn – ein komplexes, sich selbst organisierendes System. In: G. Schiepek (Hrsg): *Neurobiologie der Psychotherapie*, S. 133-141. Stuttgart: Schattauer.

Steinke, I. (2012): Gütekriterien qualitativen Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E., und Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung*. (9. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 319–331.

Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Straub, J., Kempf, W. und Werbik, H. (1997) (Hrsg.): *Psychologie. Eine Einführung. Grundlagen, Methoden, Perspektiven*. München: dtv.
- Teddlie, C. und Tashakkori, A. (2003): Major issues and controversies in the use of Mixed-Methods in the social and behavioral sciences. In Tashakkori, A. u. Teddlie, C. (Hrsg.) (2003): *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. S. 3 – 50. Thousand Oaks: Sage.
- Thomas, A. (1993): *Psychologie interkulturellen lernens und Handelns*. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie -Eine Einführung* (S. 377-424). Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (Hrsg.) (1996): *Psychologie interkulturellen Handelns*. Göttingen: Hogrefe.
- Tretter, F. (2015): Bindungsforschung, Psychosomatik und ökosystemische Medizin. In: K.H. Brisch (Hrsg.). *Bindung und Psychosomatik*. S. 13-48. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ulich, D. und Bösel, R. M. (2005): *Grundriss der Psychologie. Band 2: Einführung in die Psychologie*. (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Uvnäs-Moberg, K. und Petersson, M. (2005): Oxytocin, ein Vermittler von Antistress , Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, S. 57-80.
- Vezzoli, C., Bressi, C., Tricarico, P. B., Cattaneo, C., Visentin, U. und Invernizzi, G. (2007): Methodical evolution and clinical application of C. G. Jung's word Association Experiment. *Journal of Analytical Psychology*, 52, S. 89-108.
- Viswesvaran, C. und Ones, D.S. (1999): Metaanalysis of fakeability estimates. Implications for personality measurement. *Educational and Psychological Measurement*, 59, S. 197-210.

- Vogel, R. (2012): Analytische Psychologie und die ihr angemessenen Forschungsmethoden. Epistemologische Überlegungen zu ihrem Status als Wissenschaft. In: Analytische Psychologie heute. 43 (167).
- Walach, H. (2011): Spiritualität. Warum wir die Aufklärung weiterführen müssen. Klein Jasedow: Drachenverlag.
- Walach, H. (2013): Psychologie. Wissenschaftstheorie, philosophische Grundlagen und Geschichte. (3. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Warnke, A. (1993): Zum Verständnis der Begriffe Objektivität und Subjektivität. In: U. Knölker und M. Schulte-Markwort (Hrsg.). Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen.
- Wehr, G. (2013): C. G. Jung mit Selbstzeugnissen und Bilddokumentationen (22. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Wentura, D. und Frings, C. (2013): Kognitive Psychologie. Wiesbaden: Springer VS.
- Wiedemann, P. M. (1986): Erzählte Wirklichkeit. Zur Theorie und Auswertung narrativer Interviews. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wienand, F. (2016): Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wiley (2013). A rather complex complex: Brain scans reveal internal conflict during Jung's word association test. *ScienceDaily*. Retrieved February 15, 2015 from www.sciencedaily.com/releases/2013/06/130610133131.htm.
- Wittkowski, J. (1994): Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wittkowski, J. (2011): Projektive Verfahren. In: L. Hornke, M. Amelang und M.

Literaturverzeichnis

Kersting (Hrsg.). Enzyklopädie der Psychologie. Persönlichkeitsdiagnostik. (Band 4). S. 299-410. Göttingen: Hogrefe.

Young, J. E. (1990): Cognitive therapie for personality disorders. Sarasota:, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E. (1999): Cognitive therapy for personaly disorders.: A schema-focused approach. (rev. Ausg.). Professional Resources Press.

Young, J., Klosko, J. und Weishaar, M. (2005): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

A Anhang

I. Assoziationsexperiment (Reizwortliste von Mario Schlegel, 1979)

II. Das biographische Interview

III. Auswertung aller 18 Probanden in fünf Schritten

Anhang I

Assoziationsexperiment

(M. Schlegel, Zürich 1979)

Chiffre:

Datum:

VL:

Reizwort	Assoziation	RZ/ sec.	Wiederholung	Bemerkung 1. Prä	Bemerkung 2. Prä
1. Haus					
2. Buch					
3. Tisch					
4. Kopf					
5. Mutter					
6. dumm					
7. Freund					
8. quälen					
9. zufrieden					
10. Straße					
11. Herz					
12. Arbeit					
13. Vertrauen					
14. trinken					
15. Ehe					
16. Tod					
17. Geiz					
18. traurig					
19. gut					
20. Chef					
21. Frau					
22. Geld					
23. Gefühl					
24. Kampf					

Anhang

25. Heim					
26. Wut					
27. nackt					
28. faul					
29. Angst					
30. Baum					
31. krank					
32. Mund					
33. Familie					
34. fremd					
35. Vater					
36. Tier					
37. Freundin					
38. schlagen					
39. frei					
40. Mann					
41. essen					
42. Keller					
43. Schmerz					
44. Bett					
45. Musik					
46. enttäuschen					
47. Schmutz					
48. Liebe					
49. schlecht					
50. Strafe					

Bemerkung:

Anhang II

Biographische Anamnese

Datum:

Chiffre:

UL:

Alter:

Geschlecht:

Familiensituation:

Schulabschluss:

Berufsstatus:

„Ich stelle Ihnen nun einige Fragen zu ihrer Biografie. Wir haben dazu ca. 90 Minuten Zeit. An einige Dinge, beispielsweise aus der frühen Kindheit, werden Sie vermutlich keine bewussten Erinnerungen haben. Bitte schildern Sie dann das, was Sie aus Erzählungen wissen, Bilder, an die Sie sich erinnern, Eindrücke oder Stimmungen. Ich werde während des Gesprächs mitschreiben. Alles was Sie erzählen, unterliegt der Schweigepflicht.“

Was führt Sie her?

Gab es einen Auslöser/eine auslösende Situation?

Bitte beschreiben Sie, was Sie über die Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen und Ihre Geburt wissen.

Schwangerschaftsverlauf, Geburtsvorgang, Klinikaufenthalte

Komplikationen

Geplantes Kind

Wo sind Sie geboren?

Geburtsort und Region

Welches Alter hatten Ihre Eltern bei Ihrer Geburt?

In welcher Lebenssituation befanden sich Ihre Eltern um die Zeit Ihrer Geburt?

Paarbeziehung

Berufliche Situation, Ausbildungssituation

Finanzielle Situation

Welche Stellung haben Sie innerhalb der Geschwisterreihe?

Haben Sie behinderte oder kranke Geschwisterkinder?

Was wissen Sie aus Ihrer frühen Kindheit?

Entwicklungsauffälligkeiten

Temperament

Wie würden Sie den Erziehungsstil Ihrer Eltern beschreiben?

Sauberkeitserziehung

Auffälligkeiten

Trotzverhalten

Umgang mit ersten Autonomieschritten

Können Sie sich an Ihre Kindergartenzeit erinnern?

Ablösung von der Bezugsperson

Freunde

Spielen

Bitte beschreiben Sie ihren schulischen Werdegang?

Umgang mit Schwellensituationen

Abschlüsse, Probleme

Wie haben Sie Ihre Pubertät erlebt?

Peer-Groups

Soziale Kontakte und soziale Rolle

Wie sind Ihre Eltern mit der Pubertät umgegangen?

Wie ist der Umgang mit Aggressionen in der Familie?

Gab es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung?

Was wissen Sie über die Biografie Ihrer Mutter?

Herkunft

Beruflicher Werdegang

Was wissen Sie über die Biografie Ihres Vaters?

Herkunft

Beruflicher Werdegang

In welchen sozialen Rahmen würden Sie Ihre Familie einordnen?

Soziale Schicht

Belastende Faktoren

Migrationshintergrund

Armut/Vermögen

Welche Normen und Werte sind in Ihrer Familie wichtig?

Bitte beschreiben Sie die Atmosphäre innerhalb Ihrer Familie?

Krisen

Konflikte und Konfliktlösungen

Trennung/Scheidung

Rolle des Vaters/Rolle der Mutter

Bitte beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrer Mutter?

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Vater beschreiben?

Wie sind die Beziehungen innerhalb der Verwandtschaft?

Kompensierende Faktoren (Großeltern etc.)

Konflikte/Beziehungsabbrüche

Paarbeziehung der Eltern

Bitte schildern Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang.

Ausbildung

Berufswahl (Einfluss der Eltern? Motive?)

Leistungsverhalten

Schwellensituationen. Wie war der Umgang damit?

Bitte beschreiben Sie ihre aktuelle Lebenssituation.

Leben in einer Partnerschaft

Konflikte in der Partnerschaft/frühere Beziehungsprobleme

Eigene Kinder/Kinderwunsch

Gab oder gibt es Todesfälle und Krankheiten in der Familie?

Psychische Belastungen in der Familie

Suizid

Chronische Krankheiten etc.

Haben Sie bestimmte Interessen oder Hobbies?

Umgang mit Medien

Sport

Freundschaften

Gibt es sonst noch etwas, das Sie gerne sagen möchten?

Anhang III

Auswertung aller 18 Probanden in fünf Schritten

Proband Nr. 1/Alter: 18 J/m

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	19	Beide Eltern des Pb seien bereits während der Schwangerschaft drogenabhängig gewesen. Nach 1. Lebensjahr Sorgerechtsentzug durch das JA aufgrund von Deprivation. Seither lebt der Pb bei den Großeltern (vs.). Zum Vater bestehe seit Sorgerechtsentzug kein Kontakt, zur Mutter sporadisch. Diese sei sehr unzuverlässig, daher wünsche der Pb seit 2 Jahren keinen Kontakt mehr zu ihr. Die Großeltern seien pragmatisch, ängstlich, dabei überfürsorglich. Pb sei ein ruhiges liebes Kind gewesen. Verzögerte Sprach- und motorische Entwicklung. Viel Förderung durch Großeltern, dadurch konnte er Entwicklungsrückstände aufholen. In Trennungssituationen in Kiga und Grundschule viel weinen. Keine Pubertät durchlebt, angepasst. Mittlere Reife absolviert. Aktuell im Ausbildungsverhältnis. Anmeldegrund: Nach Trennung der Freundin Suizidgedanken. Massive Selbstzweifel, Ängste.
Aggressivität	62	Lebenszufriedenheit	4	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	Angst, krank	
Ängstlichkeit	64	Soziale Orientierung	9	Kurze Reaktionszeit < 1,2 Sek.	Kopf, quälen, Herz, gut, Heim, nackt, Mund, Schmutz	
Depressivität	60	Leistungsorientierung	5	Keine Reproduktion	-	
Paranoides Denken	64	Gehemmtheit	8	Stereotypen	2x Blut, 5x Schmerz(en)	
Phobische Angst	58	Erregbarkeit	6	Wörter mit 2 KM:	Mutter, quälen, Vertrauen, trinken, traurig, Frau, Geld, Gefühl, Kampf, Heim, nackt, Freundin, essen	
Psychotizismus	64	Aggressivität	4	Wörter mit 3 -4 KM:	Angst, krank, Strafe	
Somatisierung	59	Beanspruchung	6	Bedeutungszusammenhänge:	Angst: quälen, Gefühl, Kampf, nackt, Strafe.	
Unsicherheit im Sozialkontakt	60	Körperl. Beschwerden	4		Mutter: Vertrauen, trinken, traurig, Frau, Geld, Heim, Freundin, essen.	
Zwanghaftigkeit	53	Gesundheitssorgen	4			
GSI	60	Offenheit	5			
PSDI	54	Extraversion	4			
PST	57	Emotionalität	6			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im Normbereich.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte zeigen sich gerade noch im Normbereich liegend.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Gehemmtheit und soziale Orientierung: In beiden Kategorien liegen die Werte im deutlich auffälligen Bereich im Sinne von sehr gehemmt, schüchtern und zurückhaltend und sehr sozial orientiert und an sozialen Normen orientiert (St = 9!).

Die Werte der anderen Kategorien zeigen sich normgerecht oder leicht auffällig.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen sich normgerecht.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im Normbereich.

Psychotizismus: Der Werte zeigt sich im leicht auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen im Normbereich.

GSI, PST: Die Werte zeigen keine Auffälligkeiten.

Profil:

Die Werte zeigen deutliche Auffälligkeiten im Bereich der Gehemmtheit sowie leichte Auffälligkeiten in den Kategorien Ängstlichkeit, paranoides Denken und Psychotizismus. Im stark auffälligen Bereich liegt der Wert der Kategorie „Soziale Orientierung“. Dies könnte als Antwortverhalten der sozialen Erwünschtheit oder als auffällig starkes, altruistisches Verhalten interpretiert werden.

Auswertung 3

Aufgrund äußerer Bedingungen war mit diesem Probanden die Kontextaufnahme nur zu 4 Wörtern möglich.

Ehe: Meine Großeltern streiten sehr viel. Dann schreien sie sich an. Manchmal gehe ich dazwischen und fordere sie auf, mit dem Streiten aufzuhören. Das ist so, seit ich denken kann. Ca. mit einem Jahr bin ich zu meinen Großeltern gekommen. Das Jugendamt hat das damals bestimmt. Meine Oma ist sehr ängstlich, sie hat dauernd Angst, dass mir was passiert.

Vater: Ich kenne meinen Vater nicht. Er ist für mich gestorben.

Kampf: Ich kämpfe für andere und versuche anderen zu helfen. Wenn irgendwo eine Ungerechtigkeit passiert, mische ich mich ein und helfe den Schwächeren. Das ist mir total wichtig. Ich kann Ungerechtigkeit nicht leiden. Ich weiß, dass andere, vor allem Schwächere, meine Hilfe brauchen. Auch die Lehrer brauchen oft meine Hilfe, wenn es um Streitschlichten oder so geht. Bei meinem Arbeitgeber ist es auch so, dass ich ihm ständig helfe und er meine Hilfe braucht.

Angst: Abends im Dunkeln habe ich Angst. Ich habe Träume von Dunkelheit und Angst. Ich habe immer ein Messer dabei zu Verteidigung, falls mich jemand angreift. Ich bin mir nicht sicher, dass ich sicher bin. Angst, dass Oma oder Opa sterben oder das Leute, die mir nahestehen, mich verlassen. Ich habe Angst krank zu werden. Daher erkundige ich mich

sofort beim Arzt, was als Schlimmstes passieren könnte, bei meiner Krankheit. Ich horche ständig in mich hinein, ob etwas nicht stimmt, habe beispielsweise Angst, dass mir der Blinddarm bricht. Angst vor Schmerzen. Angst vor Ebola, der Pest und Erdbeben, vor tödlichen Erkrankungen. Angst vor Spinnen und Wespen.

Bedeutungszusammenhänge:

Angst: quälen, Gefühl, Kampf, nackt, Strafe

Mutter: Vertrauen, trinken, traurig, Frau, Geld, Heim, Freundin, essen

Stereotype: 2 x Blut und 5 x Schmerzen

Inhaltlich Interessant:

Straße – Gefahr

Herz – Blut

Ehe – Scheidung

traurig – Schmerz

Kampf – Schmerz

Schmerz – Blut

Frau – Mama

Gefühl – Trauer

Angst – Schrecken

Vater – Tod

Enttäuschen – Trauer

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Zunächst fiel auf, dass der Proband bei 19 Wörtern fehlerhaft reproduzierte. Dies lässt auf ein vielfältiges unbewusstes Komplexerleben schließen. Weiterhin zeigten sich bei acht Assoziationen sehr schnelle Reaktionszeiten (< 1,2 sek.). Sehr schnelle Reaktionszeiten könnten auf eine Abwehr hinweisen.

Im Zentrum der Problematik scheinen die Wörter *Angst* und *Mutter* zu stehen. Das Gefühl, von den Eltern nicht gewollt worden zu sein, und anzunehmende Deprivationserfahrungen könnten die Wörter *Angst*, *quälen*, *traurig*, *krank* und *Schmerz* mit der Assoziation *Blut* unterstreichen. Der mutmaßlich daraus resultierende Urkomplex (Angst und krank) mit dem Gefühl der Primärschuld (nackt - Scham) könnte durch die gestörten Wörter *Kampf*, *Strafe*, *Heim* und *Vertrauen* belegt werden. Früheste Versorgungsbedürfnisse blieben ungestillt (essen, trinken), was auf ein frühes Mangel erleben und eine orale Fixierung hinweisen könnte. Weiter untermauern könnten dies auch die Stereotypen *Schmerz* und *Blut* mit der Assoziation *Herz – Blut* (Sprichwort: mein Herz blutet). Dies legt die Assoziation nahe, dass der Pb viele Traumata erlebt hat und die *Schmerzen* dieser Wunden virulent sind (Angst vor Krankheiten). Unverarbeitete chronische Trauer (Frau – Mama, Gefühl – Trauer und traurig – Schmerz) und unterdrückte Wut auf die Eltern sind anzunehmen (Vater – Tod und „er ist für mich gestorben“).

Der stark ausgeprägte Altruismus mit den helfenden Größenfantasien könnten als Abwehr der frühen Verlassenheitsgefühle, Ängste (Straße – Gefahr) und der eigenen Hilflosigkeit verstanden werden.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen deutliche Auffälligkeiten im Bereich der Gehemmtheit sowie leichte Auffälligkeiten in den Kategorien Ängstlichkeit, paranoides Denken und Psychotizismus. Im stark auffälligen Bereich liegt der Wert bei „Sozialer Orientierung“. Dies könnte als Antwortverhalten der sozialen Erwünschtheit oder als auffällig starkes altruistisches Verhalten interpretiert werden.</p>	<p>Urkomplex, Selbstwertkomplex, Minderwertigkeitskomplex und Schuldkomplex vor dem Hintergrund frühkindlicher Deprivation und Traumatisierung. Not-Ich-Entwicklung bei narzisstischer Verarbeitung. Größenphantasien zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen: Die Assoziation zu krank – Heilung könnte zeigen, dass der Pb Hoffnung hat, sein Leiden zu heilen, ebenso die Assoziation zu Baum - Äpfel (Apfel als Symbol für Gesundheit). Die Assoziation zu Kopf – denken könnte auf intellektuelle Ressourcen hinweisen. Die Assoziation zu Liebe – Gefühl, quälen - Schmerz, Angst - Schrecken, Familie - glücklich, schlagen - Schmerzen, enttäuschen - Trauer könnten zeigen, dass der Pb über einen Zugang zu seinen Emotionen verfügt.</p>	<p>Frühkindliche Deprivation und Traumatisierung. Konflikt der Nähe und der Bindung. Frühe Versorgungsbedürfnisse vs. Schuld und narzisstischer Konflikt. Abwehr (schamhaft) durch Größenphantasien vs. narzisstischer Enttäuschungswut. Trennungsangst.</p>

Proband Nr. 2/Alter: 28 J/m

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	10	Der Pb, 23 Jahre alt, Student eines technischen Studiengangs und Single wuchs als Einzelkind bei einer überfürsorglichen und ängstlichen Mutter (Hausfrau) auf. Der Vater sei berufsbedingt viel abwesend gewesen (Manager) und habe an dem Pb wenig Interesse gezeigt. Er sei ihm zu weich und weinerlich gewesen. Der Pb habe stets gute Schulleistungen gehabt, habe keine Pubertät durchlebt. Auf Autonomieschritte des Pb habe die Mutter mit Enttäuschung u.a. Weinen reagiert. Er leide darunter, keine Freundin zu finden, fühle sich häufig depressiv und leer, habe Angst vor Prüfungen trotz sehr guter Leistungen. Er reagiere mit Magenschmerzen und Übelkeit. Aktuell lebe er noch zu Hause, äußert aber den Wunsch auszuziehen. Vor diesem Schritt habe er jedoch große Befürchtungen.
GSI	65	Lebenszufriedenheit	4	Keine Reproduktion	Mutter, Frau, Vater	
PSDI	68	Soziale Orientierung	5	Verzögerte Reaktion > 10 sek.	Chef, Wut, krank	
PST	65	Leistungsorientierung	5	Verzögerte Reaktion > 3 sek.	18	
Aggressivität	38	Gehemmtheit	8	Wörter mit 2 KM	Angst, Wut, Schmutz, dumm, quälen, Liebe, Straße, krank, Frau	
Ängstlichkeit	67	Erregbarkeit	7	Wörter mit 3 – 4 KM:	Mutter, Vater, Mann, Chef, frei, enttäuschen, zufrieden	
Depressivität	68	Aggressivität	3	Kategorisierung/Bedeutungszusammenhänge		
Paranoides Denken	58	Beanspruchung	7	Mutter/Frau: frei, zufrieden, quälen, Straße, Liebe.		
Phobische Angst	67	Körperl. Beschwerden	7	Vater/Chef: Wut, Schmutz, enttäuschen, zufrieden, Angst, dumm, krank.		
Psychotizismus	58	Gesundheitssorgen	7			
Somatisierung	70	Offenheit	4			
Unsicherheit im Sozialkontakt	70	Extraversion	4			
Zwanghaftigkeit	69	Emotionalität	6			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse aus SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte zeigen sich im auffälligen Bereich, außer Leistungsorientierung. Dieser Wert liegt im Normbereich.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte zeigen sich im unteren Bereich auffällig, im Sinne von wenig aggressiv, durchsetzungsfähig oder ehrgeizig-konkurrierend.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte zeigen sich im auffälligen Bereich, im Sinne von ängstlich, unsicher und gehemmt. Soziale Orientierung liegt im Normbereich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen:

Die Werte zeigen sich im deutlich auffälligen Bereich. Viele Gesundheitssorgen mit verschiedenen Beschwerden, somatisch gestört.

Zwanghaftigkeit: Der Wert zeigt sich im auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Der Wert zeigt sich im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte zeigen, dass es sich vermutlich um eine zurückhaltende, introvertierte Person handelt, die sehr auf Konventionen und Umgangsnormen bedacht ist.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass eine grundsätzliche psychische Belastung vorliegt.

Profil:

Depression und Angst mit Zwängen und verschiedenen psychosomatischen Beschwerden und Gesundheitssorgen. Der Pb ist mutmaßlich gehemmt, introvertiert und unsicher in sozialen Kontakten sowie auf Umgangsnormen bedacht.

Auswertung 3

Assoziationskontext

Mutter: Ist immer für einen da. Sie kümmert sich um alles. Ist auch empfindlich - das mit dem Ausziehen von zu Hause wird ein Schock für sie. Ich bin mir nicht sicher, ob ich es tun kann. Früher hat sie immer gleich geweint, wenn ich mal was anderes wollte als sie oder wenn ich mich gegen irgendwas gewehrt habe. Konflikte sind bei uns tabu.

Frau: Meine Mutter ist eine Frau. Ich frage mich, ob ich so Probleme mit Mädchen habe, weil meine Mutter so ist. Ich war immer total schüchtern und bin es leider immer noch. In der Schule war ich deshalb ein Außenseiter. Keiner hat mich beachtet.

Frei: Frei sein, das wäre mein Wunsch, also innerlich frei sein. Vielleicht eine eigene Wohnung oder eine WG mit anderen Studenten.

Zufrieden: Ich wäre gerne zufrieden und spüre, dass ich es nicht bin. Es ist nicht richtig so wie es zurzeit läuft, aber ich weiß auch nicht, wie ich es ändern soll. Ich bin einfach zu schüchtern, traue mir nichts zu, obwohl ich mit dem Studium keine Probleme habe. Lernen fällt mir leicht.

Vater: Mein Vater ist eigentlich ein richtiger Patriarch. Meine Eltern haben die klassische Rollenverteilung: Er geht arbeiten, bringt das Geld nach Hause, hat Karriere gemacht und meine Mutter macht den Haushalt, kocht usw.. Mein Vater war eigentlich nie für mich da. Er

fährt gerne Mountainbike, das kann ich einfach nicht, es ist nichts für mich. Außerdem nimmt er keine Rücksicht, er fährt einfach in seinem Tempo und wenn ich nicht hinterherkomme ist das mein Problem. Ich habe keine gute Beziehung zu meinem Vater – eigentlich gar keine, nichts ist ihm gut genug, ich bin ihm nicht gut genug.

Chef: Macht, Dominanz, Einfluss. Mein Vater ist Chef.

Wut: Wut, Wut bringt einen auch nicht weiter. Vielleicht könnte es befreiend sein einmal so richtig wütend zu sein. Ich glaube aber, dass ich davor Angst habe. Das hängt sicher mit meiner Mutter zusammen, weil sie ja beim kleinsten Konflikt anfängt zu weinen. Wut, Streit, Konflikte so was gibt es bei uns nicht. Alle machen das, was mein Vater sagt. Wir richten uns mit allem, auch Urlaub, nach ihm.

Schmutz: Dreck, ist nicht schön.

Enttäuschen: Ich weiß, dass ich die totale Enttäuschung für meinen Vater bin. Er hält mich für ein Weichei, obwohl ich sehr gute Noten habe. Das Studium ist auch anspruchsvoll und ich habe keine Probleme damit. Wenn ich jetzt darüber rede, macht mich das sehr wütend. Mein Vater hat keine Ahnung von mir. Er kennt mich im Grunde nicht.

Zufrieden: Das wäre schön.

Angst: Prüfungsangst. Angst vor der Zukunft. Angst, mein Leben nicht auf die Reihe zu bekommen. Angst, meine Mutter zu enttäuschen. Früher hatte ich auch Angst vor der Schule und Angst vor neuen Situationen, wenn ich z.B. irgendwo das erste Mal alleine hin musste. Da habe ich oft geweint und wollte, dass meine Mutter mitkommt.

dumm: Schwierigkeiten in der Schule, schlecht in Mathe, Hauptschule. Einige meiner Klassenkameraden waren dumm. Sie haben nicht gelernt.

Straße: Manchmal wünsche ich mir ein eigenes Auto, in das ich einsteige und fahre. Einfach ohne Ziel irgendwo hin. Davon habe ich auch schon öfters geträumt: Ich habe ein Auto und fahre, fahre, fahre und werde immer freier. Das ist ein schönes Gefühl.

Krank: Ich bin oft krank. Ständig habe ich irgendwelche Infekte: Husten, Schnupfen, Halsweh. Und oft Bauchschmerzen und Übelkeit. Das ist am schlimmsten vor Prüfungen. Da habe ich nachts oft richtige Magenkrämpfe und schaffe es kaum an die Uni am nächsten Morgen.

Bedeutungszusammenhänge und Kategorisierung:

Mutter/Frau: frei, zufrieden, quälen.

Vater/Chef: Wut, Schmutz, enttäuschen, zufrieden, Angst, dumm, krank.

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziations-experiments

Im Zentrum der Problematik stehen vermutlich die Wörter *Vater/Chef* mit zentraler Emotion der Angst und der Wut. Von Bedeutung scheint die Vaterbeziehung zu sein (Vater, Mann, Chef, Schmerz, Enttäuschung). Es ist anzunehmen, dass er Gefühle der Wut und Enttäuschung über den Vater nicht äußern kann, was sicherlich zur weiteren Hemmung des Ich-Komplexes und des Selbstwertkomplexes führt und den negativen Vaterkomplex weiter aktiviert. Die eng bindende Mutter, die den Pb mutmaßlich als Selbstobjekt introjiziert, hemmt das Ich sicherlich weiter, so dass wichtige Autonomiestritte nicht altersadäquat bewältigt wurden (fremd, Geiz, Chef). Der ödipale Konflikt bleibt ungelöst, Kastrations-

Anhang

ängste und narzisstische Kränkung sind virulent (Vater, Chef, Angst, enttäuschen, Wut). Die somatischen Beschwerden (krank) könnten als Symbolisierung der Ängste, der Aggressionshemmung und der unterdrückten Wut verstanden werden. Selbstwertkomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines Vaterkomplexes mit narzisstischer Kränkung sowie ungelöstem ödipalen Komplex mit psychosomatischer Verarbeitung.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Depression und Angst mit Zwängen und verschiedenen psychosomatischen Beschwerden und Gesundheitsorgen. Der Pb ist mutmaßlich gehemmt und unsicher in sozialen Kontakten und introvertiert, sowie auf Umgangsnormen bedacht.</p>	<p>Selbstwertkomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines Vaterkomplexes und ungelöstem ödipalen Komplex mit psychosomatischer Verarbeitung.</p> <p>Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen Die Assoziation zu <i>Straße – Auto</i>, sowie zu <i>Liebe - wäre schön</i> und <i>frei - die Zukunft</i> könnten Autonomiestrebungen und Wünsche zeigen sowie die Sehnsucht, sich aus der mütterlichen Umschlingung zu befreien. Weiterhin könnte die Assoziation zu <i>enttäuschen - wütend</i> prospektiv günstig sein für weitere Autonomieschritte.</p>	<p>Durch den häufig abwesenden Vater und die überfürsorgliche Mutter blieb der ödipale Konflikt vermutlich ungelöst. Durch die Mutter, die den Pb mutmaßlich als Selbstobjekt introjizierte wurde der Ich-Komplex weiter gehemmt und konnte sich nicht altersadäquat aus den Elternkomplexen lösen. Überanpassung, Leistungsorientierung und Aggressionshemmung aus Angst vor Liebesentzug der Mutter und narzisstischer Kränkung durch den Vater, der den Pb als zu weich empfinde. Autonomie- Abhängigkeitskonflikt, Loyalitätskonflikt und Macht – Ohnmachtskonflikt mit depressiver Verarbeitung und Angst bei psychosomatischer Verarbeitung.</p>

Proband Nr. 3/Alter: 38J/m

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	18	Gewünschtes Kind, spontane Geburt, nicht gestillt. Die Mutter des Pb hatte beide Eltern früh bei einem Autounfall verloren. Sie sei bei der Großmutter ms aufgewachsen, litt an depressiven Verstimmungen und chronischen Schmerzen. Sie habe kein Ausbildung absolviert und sei Hausfrau gewesen. Sie habe sich gezielt einen Mann in Akademikerkreisen gesucht. Mutter habe Kinder zwar versorgt, sei aber wenig emotional gewesen. Vater arbeitete viel, Patriarchat, nichts war gut genug. Leistungsorientierung. Einen Bruder -3, beide Akademiker. Viel Konkurrenz unter den Brüdern. Über Gefühle wurde nicht gesprochen. Sexualität und Aufklärung tabuisiert. „Kaltes Familienklima.“ Sehr konservative strenge Erziehung. Verh., 2 Kinder. Wegen Depression medikamentöse Behandlung, lehnt Therapie ab.
GSI	60	Lebenszufriedenheit	4	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	quälen, zufrieden, Arbeit, Chef, Angst, schlagen, Schmerz	
PSDI	60	Soziale Orientierung	5	Sehr schnelle Reaktion < 1,5 sek.	Buch, Kopf, gut, Frau, Mund, Vater, Tier, Mann, essen, Schmutz, Liebe, schlecht	
PST	58	Leistungsorientierung	2	Stereotypen	3x Schmerz, 3x schlecht	
Aggressivität	60	Gehemmtheit	7	Wörter mit 2 KM	Kopf, Mutter, dumm, quälen, zufrieden, Herz, Chef, Gefühl, Wut, Angst, schlagen, Schmerz, enttäuschen	
Ängstlichkeit	63	Erregbarkeit	6	Wörter mit 3 – 4 KM	-	
Depressivität	61	Aggressivität	4	Kategorisierung, Bedeutungszusammenhänge:		
Paranoides Denken	56	Beanspruchung	5	Vater: Mann, enttäuschen, Chef, Kopf, Buch.		
Phobische Angst	61	Körperl. Beschwerden	8	Angst: Wut, Schmutz, dumm.		
Psychotizismus	62	Gesundheitssorgen	3	Mutter: Mund, essen, Herz, Frau, Liebe, zufrieden, gut.		
Somatisierung	57	Offenheit	8	Schmerz: Gefühl, quälen, schlagen.		
Unsicherheit im Sozialkontakt	48	Extraversion	3			
Zwanghaftigkeit	62	Emotionalität	7			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im leicht auffälligen Bereich. Unzufrieden, bedrückt. Beanspruchung zeigt sich im Normbereich. Leistungsorientierung zeigt einen Wert von St.= 2, d.h. wenig leistungsorientiert, energisch oder ehrgeizig-konkurrierend.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen gerade noch im Normbereich mit Tendenz zur Erregbarkeit, Reizbarkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt: Gehemmtheit und Emotionalität, zeigen sich im auffälligen Bereich: d.h. eher labil, empfindlich, gehemmt und kontaktscheu. Die Werte stehen im Gegensatz zu „Unsicherheit im Sozialkontakt“, was im mittleren Normbereich liegt. Die anderen Werte siedeln sich im Normbereich an.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Auch in dieser Kategorie zeigen sich Gegensätze: Körperliche Beschwerden zeigen sich im deutlich auffälligen Bereich, d.h. viele Beschwerden, psychosomatisch gestört. Hingegen liegt der Werte Somatisierung im Normbereich und Gesundheitsorgen zeigt einen auffälligen Wert im Sinne von „wenig Gesundheitsorgen, gesundheitlich unbekümmert“.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt noch im Normbereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt noch im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Auch hier zeigen sich deutliche Gegensätze im Antwortverhalten: Offenheit liegt im deutlich auffälligen Bereich im Sinne von offenem Zugeben kleinerer Schwächen, alltäglicher Normverletzungen, ungeniert und unkonventionell. Die Extraversion zeigt auffällige Werte im Sinne von introvertiert, ernst, zurückhaltend. Der PSDI zeigt sich im Normbereich.

GSI, PST: Die Werte zeigen in der Gesamtschau, dass eine leichte psychische Belastung vorliegt.

Profil:

Die Ergebnisse zeigen leichte Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression mit tendenziell eher bedrückter Lebenseinstellung bei verminderter Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft. Die Werte könnten zeigen, dass es sich um eine gehemmte und emotional labile Persönlichkeit handelt mit vielen körperlichen Beschwerden bei eher nachlässigem Umgang mit dem eigenen Körper und wenig Wahrnehmung für den Körper.

Die Werte zeigen in der Zusammenschau einige Gegensätze auf, so liegt der Wert Offenheit im deutlich auffälligen Bereich im Sinne von offenem Zugeben kleinerer Schwächen, alltäglicher Normverletzungen, ungeniert und unkonventionell. Die Extraversion zeigt auffällige Werte im Sinne von introvertiert, ernst, zurückhaltend. In der Gesamtschau der Ergebnisse zeigen die Werte, dass eine geringe psychische Belastung vorliegt. Dass Antwortverhalten „faking good,“ und „soziale Erwünschtheit“ muss aufgrund des widersprüchlichen Antwortverhaltens mit in Betracht gezogen werden.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

Mit diesem Proband war keine Kontextaufnahme möglich, daher werden die formalen Aspekte verstärkt in die Analyse miteinbezogen.

Kategorisierung, Bedeutungszusammenhänge:

Vater: Mann, enttäuschen, Chef, Kopf, Buch

Angst: Wut, Schmutz, dumm

Mutter: Mund, essen, Herz, Frau, Liebe, zufrieden, gut

Schmerz: Gefühl, quälen, schlagen

Inhaltlich interessant:

Kopf – Schmerz

dumm – Brot

zufrieden – schlecht

Herz – Schmerz

Gefühl – Kälte

Wut – Trauer

faul - Spaß

schlagen – trauern u. wütend

Schmerz – Wonne u. Wut

enttäuschen – freuen u. feiern

Stereotypen: Schmerz und schlecht

Auswertung 4

Abgeleitete psychodynamische Hypothesen aus dem Assoziationsexperiment

Zentrale Komplexfelder könnten die Wörter *Vater/Mutter* und *Angst/Schmerz* sein. Sowohl die Beziehung zum Vater als auch die zur Mutter scheinen komplexhaft besetzt zu sein. Die gestörten Wörter *Mund* und *essen* könnten eine frühe orale Fixierung vermuten lassen. Die Assoziationen zu *Gefühl - Kälte* und *Herz – Schmerz* könnten weiterhin zeigen, dass der Pb wenig emotionale Wärme und Containing erfahren hat und vermutlich keine sicheren Objekte internalisieren konnte. Ich-Ideale und Versagensängste sowie ein ungelöster ödipaler Konflikt hemmen mutmaßlich die Leistungsfähigkeit (Chef, Arbeit, Kopf, Buch, faul), lösen Gefühle der Minderwertigkeit und daraus resultierend Schuldgefühle aus. Diese Vermutung könnte durch die Assoziation zu *Kopf*, als männlich-väterliches Symbol mit der Assoziation *Schmerz* belegt werden. Die Assoziation zu *dumm – Brot*, könnte als Abwehr dieser Gefühle interpretiert werden. Die Assoziationen zu *Schmerz – Wonne* und *enttäuschen – freuen/feiern* könnten als Verkehrung ins Gegenteil und somit als Abwehr gedeutet werden. Die Stereotypen *Schmerz* und *schlecht*, sowie die gestörten Wörter *quälen* und die Assoziationen *zufrieden – schlecht*, *Herz – Schmerz*, *Gefühl – Kälte*, *schlagen – trauern* könnten einen depressiven Grundkonflikt mit Angst vermuten lassen. Wut und Aggression scheinen gehemmt, was zu einer weiteren Hemmung des Ich-Komplexes führen könnte. Als mögliche Abwehrmechanismen könnten die Ironisierung sowie die Verkehrung ins Gegenteil (*dumm – Brot*) gewertet werden. Vorherrschende Komplexe sind zusammenfassend vermutlich der Selbst- und Minderwertigkeitskomplex und der Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Elternkomplexes.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

SCL-90®-S und FPI	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Ergebnisse zeigen leichte Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression bei verminderter Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft. Die Werte zeigen weiterhin, dass es sich um eine eher gehemmte und emotional labile Persönlichkeit mit vielen körperlichen Beschwerden bei eher nachlässigem Umgang mit dem eigenen Körper handelt.</p> <p>In der Gesamtschau der Ergebnisse zeigen die Werte eine geringe psychische Belastung.</p>	<p>Vorherrschende Komplexe sind vermutlich der Selbst- und Minderwertigkeitskomplex und der Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Elternkomplexes.</p> <p>Final günstig und Entwicklungsthemen</p> <p>Als final günstig könnte zum Einen die Assoziation zu faul – Spaß gewertet werden. Dies könnte zeigen, dass die patriarchal geforderten Über-Ich Anforderungen nicht vollständig dominieren. Zum Anderen könnte die Ironisierung kreatives Potenzial zeigen, welches in einem therapeutischen Prozess aktiviert werden könnte.</p>	<p>Ein einfühlsames Einschwingen der Mutter auf den Säugling war vermutlich durch die Biografie der Mutter nicht möglich. So bleiben früheste Versorgungswünsche ungestillt. Der ödipale Konflikt bleibt scheinbar ungelöst (Vater wenig anwesend, patriarchal), vermutlich virulente Kastrationsängste. Gute Objekte konnten vermutlich nicht internalisiert werden. Pb erlebt sich als zu gering und fühlt sich schuldig was zu einer weiteren Ich-Hemmung sowie der Verleugnung von Aggression und Wut führt.</p> <p>Depression vor dem Hintergrund ungestillter Versorgungsbedürfnisse vs. Schuldgefühlen mit Aggressionshemmung.</p>

Proband Nr. 4/Alter: 49J/m

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	28 !	Vater: Arbeiter, verstorben an Hirnschlag als Pb. 14 J.war, Pb. war dabei, hat Wiederbelebung versucht. Tod und Trauer wurden tabuisiert, keine Trauerbewältigung. Lebensmotto des Vaters: Arbeit, nichts war gut genug. Zuwendung des Vaters durch Leistung, körperlicher Art, Mithilfe in Haus und Garten. Mutter: Hausfrau, bereits vor Geburt des PB chronisch Krank konnte sich oft nicht um die Kinder kümmern. Kein Wohlfühlen zu Hause, Haus war schmutzig, ungemütlich, ungepflegt. Zwei Schwester (+3, - 2).Von Hauptschule hochgearbeitet bis zum Studium, ohne Unterstützung. Berufl. Erfolgreich, Führungsposition. Nach Jahren der Alkoholabhängigkeit vor vielen Jahren Scheidung. Längerer stationärer Klinikaufenthalt. 2 erwachsene Töchter. Keine Information über Großeltern, wie abgeschnitten.
Aggressivität	65	Lebenszufriedenheit	3	Verzögerte Reaktionszeit	> 3 sek. 25	
Ängstlichkeit	67	Soziale Orientierung	8	Keine Assoziation	-	
Depressivität	65	Leistungs-orientierung	4	Keine Reproduktion	-	
Paranoides Denken	57	Gehemmtheit	4	Stereotypen	3 x oft, 2 x Befriedigung, 3 x Liebe(n)	
Phobische Angst	63	Erregbarkeit	7	Wörter mit 2 KM:	Tisch, dumm, Freund, zufrieden, Arbeit, Vertrauen, trinken, traurig, Chef, Kampf, faul, Baum, krank, Familie, fremd, Tier, schlagen, enttäuschen, Schmutz, Liebe, schlecht, Strafe	
Psychotizismus	64	Aggressivität	5	Wörter mit 3 -4 KM:	Geiz, Angst	
Somatisierung	65	Beanspruchung	7	Bedeutungszusammenhänge:		
Unsicherheit im Sozialkontakt	62	Körperl. Beschwerden	7	Angst:	Vertrauen, Freund, traurig, trinken, enttäuschen, Strafe, Schmutz, schlagen	
Zwanghaftigkeit	65	Gesundheitssorgen	7	Familie:	fremd, Tier, Geiz, Liebe, vertrauen, Tisch	
GSI	66	Offenheit	6	Arbeit:	dumm, Chef, Kampf, faul, krank, zufrieden	
PSDI	63	Extraversion	6			
PST	64	Emotionalität	7			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen alle im auffälligen Bereich, außer Leistungsorientierung, der Wert zeigt sich im gerade noch normgerechten Bereich im Sinne von wenig leistungsorientiert oder energisch. Eher unzufrieden, bedrückt, traurig, oft angespannt, sich im Stress fühlend.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte für Aggressivität (SCL-90®-S) und Erregbarkeit im deutlich auffälligen Bereich, wobei sich die Werte Aggressivität im FPI im Normbereich zeigen. Bild zeigt dennoch leichte Reizbarkeit, Unausgeglichenheit, Empfindlichkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich in allen Bereichen (außer paranoidem Denken = im Normbereich und Gehemmtheit = gerade noch im Normbereich) Werte im auffälligen Bereich. Ängstlichkeit, Gefühl von Bedrohung, emotional labil und empfindlich, eher altruistisch und Unsicherheit in Sozialkontakten.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen sich in allen Kategorien im auffälligen Bereich. Im Hinblick auf körperliche Belastung, vieler somatischer Beschwerden und der Angst vor Erkrankung.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Es zeigen sich Werte im leicht auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen gerade noch im Normbereich. Im Sinne von eher extravertiert, impulsiv gesellig, ungeniert, unkonventionell.

GSI, PST: Die Werte zeigen eine grundsätzliche psychische Belastung mit Symptomausprägung in mehreren Kategorien.

Profil:

Die Ergebnisse zeigen auffällige Werte in den Kategorien der Depression. Trotz bedrückter Lebenseinstellung, Überforderungs- und Stressgefühlen scheint es ihm unter großer Anstrengung zu gelingen leistungsorientiert zu agieren. Aggressivität scheint vorhanden und äußert sich in Reizbarkeit und Unausgeglichenheitsgefühlen. Angst zeigt sich im auffälligen Bereich. Ängstlichkeit, Gefühl von Bedrohung, emotional labil und empfindlich, eher altruistisch und Unsicherheiten in Sozialkontakten. In den Kategorien der Somatisierung zeigen sich die Werte der verschiedenen Kategorien im auffälligen Bereich, im Hinblick auf körperliche Belastung, vieler somatischer Beschwerden und der Angst vor Erkrankung. Der PB scheint unter Depressionen, Ängsten und Minderwertigkeitsgefühlen zu leiden, die sich mutmaßlich auch in dem erhöhten Werten der Kategorien Psychotizismus und Zwanghaftigkeit, widerspiegeln. Der PB scheint unter deutlichen körperlichen Belastungen und Symptomen zu leiden. Der Proband scheint eher extravertiert, impulsiv und gesellig. Depression und Angst, Somatisierung, emotional labil, dabei eher extravertiert und impulsiv, die Gesellschaft suchend.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

Dumm: Dumm, einfültig, eigensinnig, eingefahren in der Meinung. Manche Kollegen sind

dumm. Mein Selbstwertgefühl ist zurzeit sehr niedrig. Ich hätte gerne Menschen um mich herum, die mich verstehen, mir sagen, dass ich ihnen Leid tue, weil ich so viel zu tun habe. Anerkennung.

Freund: Das Klischee der Männerfreundschaften: Saufen und Fußball. So bin ich nicht. Ich habe keinen richtigen Freund, habe da eher Frauenanteile – ich rede gerne über meine Probleme, das ist mir wichtig. Mein bester Freund ist eine Frau, wir reden viel. Ich stehe eigentlich alleine da, das war ja auch mein größtes Problem, dass ich mit niemandem reden konnte.

zufrieden: „Was macht mich wirklich zufrieden?“ Ich bin mit meiner Lebensführung nicht zufrieden und kann mich dennoch nicht davon lösen. Ich bin unzufrieden, aber zumindest zufriedener als früher. Ich habe Angst, mich und mein Leben zu verändern. Würde gerne Dinge in der Beziehung verändern, habe aber Angst vor den Konflikten – vielleicht auch vor der Konsequenz. Ich wünsche mir ein schönes Zuhause mit großer Familie, die viel zusammen ist, feiert. Ich kann nicht allein sein.

Arbeit: Gebe ich mich zufrieden, oft auch Bedrohung, hohes Pensum, kann nicht auftanken. Workaholic. Ohne Arbeit ginge es auch nicht, ich könnte die Leere nicht füllen. Ich brauche die Arbeit und die Bestätigung daraus.

Vertrauen: Missbrauch – nein, das Gegenteil ist Misstrauen. Jemandem vertrauen der Persönliches preis gibt. Wem kannst du vertrauen? Meiner Partnerin vertraue ich. Wem kann man wirklich vertrauen?

Trinken: Ja (lachen). Man muss Wasser trinken, den Wasserhaushalt ausgleichen. Alkohol. Das mit dem Alkohol ist in letzter Zeit nicht gut. Ich denke auch wieder an eine Selbsthilfegruppe. Da kommt aber wieder das Thema Vertrauen ins Spiel: In so einer Gruppe ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, jmd. zu kennen. Das greift mich total an, mein Selbstwertgefühl leidet dermaßen darunter, dass ich das nicht im Griff habe. Ich bin sehr unzufrieden. Alkohol tut mir nicht gut. Mein ganzer Zustand ist nicht gut. Ich trinke ein bis zwei Flaschen alleine, das macht mich fertig.

Traurig: Traurigkeit ist häufig in meinem Leben. Ich bin nahe am Wasser gebaut und weine bei Filmen, wenn es irgendwie um Beziehungen zwischen Mann und Frau geht. Wenn sich zwei Menschen zugetan sind – das rührt mich, dann weine ich manchmal. Wo kommen diese tiefen Gefühle der Traurigkeit her? Das ist vielleicht diese Sehnsucht, kann auch schlecht alleine sein. Bin als Kind viel gehänselt worden. Meine Eltern haben mich geschlagen. Kläpse auf den Po aber auch mit dem Gürtel.

Chef: Jetzt bin ich selber Chef. Habe Angestellte. Kann nicht richtig stolz darauf sein, obwohl es gut läuft.

Kampf: Das Leben ist ein Kampf. Das tägliche Fuß vor Fuß setzten, Schritt für Schritt gehen ist ein Kampf. Das tägliche Rauskämpfen aus den Gefühlen morgens beim Aufwachen. Der Kampf mit meinem Ich. Immer muss ich mich antreiben. Angst, Unruhe, unguete Gefühle.
Traum: Ich laufe weg und verstecke mich. Jemand verfolgt mich, der mich töten will. Bedrohung.

Faul: Das wäre ich gerne, wünschte, einfach mal abschalten zu können und eine Tasse Kaffee zu genießen. Trotz Überlastung bei der Arbeit und Stressgefühlen weiß ich, es ginge mir noch schlechter, wenn ich nicht arbeiten würde.

Baum: Eine weite Baumkrone mit vielen Ästen, Zweigen und grünen Blättern. Baum löst

eine Sehnsucht nach Entfaltung aus. Ich gehe gerne im Wald spazieren. Entspannung.

krank: Ich kann mich an kaum einen Tag meines Lebens erinnern, an dem ich nicht krank war. Magenschleimhautentzündung, Übelkeit, Rückenprobleme. Ich trainiere viel im Fitness und mache Sport, dennoch werden die Verspannungen und Muskelbeschwerden nicht besser.

Familie: Liebe, Eltern, Kinder, sich kümmern, Erziehung, Regeln, Feste, Feiern. Der Wunsch nach einer großen Familie, nach Geselligkeit. Wunsch nach Bindungen. Die Beziehung zu meinen Töchtern ist mir sehr wichtig. Ich habe regelmäßig Kontakt zu ihnen.

Fremd: Andere Sprachen und Kulturen, interessant. Dass ich Sprachen nicht verstehe, macht mir Angst. Würde gerne Sprachen lernen, reisen. Fernweh.

schlagen: Als Kind wurde ich häufiger geschlagen, was halt so üblich war. Gürtel und Kochlöffel. Meine Eltern haben auch beide Prügel bekommen. Mit 20 Jahren habe ich Kampfsport gemacht, obwohl ich ängstlich bin. Bin auch aggressiv gewesen, immer in Verbindung mit Alkohol.

enttäuschen: Das Gegenteil fällt mir ein: Zuverlässig. Ich bin sehr zuverlässig. Was ich sage, tue ich auch. Würde nie den Kontakt zu Freunden einfach abbrechen, ohne darüber gesprochen zu haben.

Schmutz: Mir ist es sauber lieber. Lege schon Wert auf Hygiene in Hotels. Zu Hause ist es normal würde ich sagen.

Liebe: Das ist meine Sehnsucht. Ich wünsche mir Liebe und Geborgenheit in der Partnerschaft. Meine Partnerin und ich lieben uns schon, aber sie ist nicht so warmherzig, braucht nicht so viel Nähe und Zuwendung wie ich. Das ist sehr verletzend, macht traurig.

Strafe: Meine Töchter habe ich auch mal bestraft, aber nie geschlagen oder so. Das finde ich unnötig - auch wegen meiner eigenen Erfahrungen.

Geiz: Verschwendung – das Gegenteil ist Sparsam. Ich bin nicht geizig – würde gerne viel mehr teilen mit meiner Partnerin, auch Gefühle. Man kann doch auch mit Gefühlen geizig sein? Ich glaube, ich treffe oft auf solche Menschen. Das verletzt mich. Ich kriege nie so viel, wie ich bräuchte, zurück, obwohl ich viel geben kann.

Angst: Innere Unruhe. Prüfungsangst: Angst steht vor mir, morgens beim Wachwerden. Allein sein. Verlassen. Die Suche nach Anerkennung und es kann nie genug sein. Schlaflosigkeit, Ängste, das Pensum nicht zu schaffen. Angst vor dem Alleinsein. Angst, nicht anerkannt zu sein. Angst vor Veränderung. Selbstzweifel.

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Die gestörten Wörter sind teilweise in Klammern gesetzt, angefügt oder im Fließtext kursiv markiert.

Im Zentrum der Problematik steht vermutlich der Selbstwertkomplex, der Minderwertigkeitskomplex und eventuell auch der Urkomplex (Angst, trinken, zufrieden) mit der zentralen Emotion der Angst, mit vermutlich frühen Verlassenheitsgefühlen. Es ist anzunehmen, dass diese Emotionen ihren Ursprung bereits in der oralen Phase u.U. auch schon intrauterin finden. Die gestörten Wörter *trinken* und *Geiz*, sowie die Assoziationen dazu *Befriedigung* und *Ich kriege nie so viel, wie ich bräuchte* könnten eine orale Fixierung

vermuten lassen. Es ist anzunehmen, dass der Pb bereits in früher Kindheit Verlassensgefühlen ausgesetzt war und keine sicheren Objekte internalisieren konnte. Es war der Mutter scheinbar nicht möglich, den Säugling ausreichend zu containen (Angst, Vertrauen). Diese Hypothese könnte auch von der großen Sehnsucht nach Familie unterstrichen werden (Familie, Freund). Stabilisierend ist sicherlich die Arbeit, die Bestätigung daraus, sowie die Leistungsfähigkeit des Probanden (Arbeit, Chef), wobei auch dieser Bereich von Versagensängsten und Selbstzweifeln geprägt scheint (dumm, faul, krank, Angst). Weiterhin könnten die gestörten Wörter *Arbeit*, *Chef* und *Kampf* auch eine Problematik im patriarchalen Bereich und einen negativen Vaterkomplex vermuten lassen, im Sinne von rigorosen Anforderungen des Vaters und wenig Anerkennung. Die Somatisierungen und körperlichen Beschwerden könnten als Abwehr der frühen Ängste und Verlassensgefühle in das Körper selbst hinein verstanden werden und als Symbol für diese Gefühle ge- bzw. benutzt werden. Dies könnte durch das gestörte Wort *krank* mit der Assoziation, *er könne sich an kaum einen Tag erinnern, an dem er nicht krank gewesen sei* untermauert werden. Der Pb scheint schuld- und schamhaft zu verarbeiten (trinken, zufrieden, Schamgefühle). Die gestörten Wörter *krank*, *schlecht* und *Angst* mit der stereotypen Assoziation *oft* könnten weiterhin einen massiven Angst-, Minderwertigkeits-, und Selbstwertkonflikt verifizieren. Die Stereotypen *Liebe* und *Befriedigung* könnten die Sehnsucht nach frühkindlicher Geborgenheit unterstreichen.

Ressourcen und finaler Aspekt

Als Ressource könnte die Beziehung zu den Töchtern gesehen werden, die der Pb zu pflegen scheint. Dies könnte zeigen, dass er Beziehungen halten und eingehen kann. Weiterhin könnten die Assoziationen zu Familie (feiern, Feste, Geselligkeit) als Möglichkeit gesehen werden, Libido zu aktivieren. Der Pb ist auf der Suche nach Selbstentfaltung: Was macht mich zufrieden? Die Leistungsbereitschaft, die Reflektionsbereitschaft sowie das Zugeben des Alkoholproblems, könnten im Sinne des finalen Aspekts positiv gewertet werden.

Auswertung 5: Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen Auffälligkeiten im Bereich der Depression mit deutlichen Überforderungs- und Stressgefühlen, dabei Auffälligkeiten in der Kategorie Aggressivität. Der Pb scheint sehr leicht erregbar, dabei emotional labil und extravertiert mit Unsicherheiten in Sozialkontakten. Auffälligkeiten in den Kategorien der Ängste und Zwanghaftigkeit. Viele somatische Beschwerden.</p>	<p>Selbstwertkomplex und Minderwertigkeitskomplex vor dem Hintergrund eines Mutter- und Vaterkomplex mit oraler Fixierung und Not-Ich-Entwicklung. Schuld- und schamhafte Verarbeitung. Somatisierung zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen: Beziehung zu den Töchtern pflegen und die Beziehung halten. Feiern, Feste, Geselligkeit: Libido könnte in Fluss kommen. Pb ist auf der Suche nach Selbstentfaltung: Was macht mich zufrieden? Leistungsbereitschaft trotz Depression und intellektuelle Fähigkeiten. Das Zugeben des Alkoholproblems.</p>	<p>Frühkindliche Vernachlässigung und orale Fixierung. Stabile Objekte konnten nicht internalisiert werden. Es kommt zur Not-Ich Entwicklung verbunden mit früher Überforderung und Selbstständigkeit. Die Energie des Ich-Komplexes bleibt in den Minderwertigkeitskomplexen, den Schuld- und Schamgefühlen und dem Vaterkomplex verhaftet und steht ihm so nicht zur Verfügung. Unverarbeitete Trauer hemmt die Autonomieentwicklung weiter. Trotz beruflichen Erfolgs Gefühle der Leere und des Selbstzweifels ständig virulent. Alkoholproblematik und Adipositas zur Kompensation (orale Fixierung). Somatische Beschwerden zur Abwehr von Depression und frühen Verlassenheitsgefühlen.</p>

Proband Nr. 5/Alter: 50J/m

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Kategorie	Anzahl	<p>Erstgeborener Sohn, Schwester -3, Bruder -6. Mutter Arbeiterin. Schwierige finanzielle Situation. Vater „Wochenendalkoholiker“ unter der Woche auf Montage, cholerisch. Wegen Berufstätigkeit der Eltern lebte Pb. zw. 2. u. 4. Lj. bei der Oma. Während dieser Zeit kaum Kontakt zu den Eltern. Zu hause kein eigenes Zimmer, teilweise schlafen im Flur. Schwester wurde vom Vater vor Pb geschlagen. Pb hat Hauptschulabschluss, danach Weiterbildungen, jetzt Chef einer Firma. Die erste Freundin, mit 16 kennengelernt, geheiratet. Keine Kinder, Frau hatte eine Totgeburt, nicht bearbeitete Trauer, Tabu zw. den Eheleuten und in der Familie.</p>
GSI	66	Lebenszufriedenheit	3	Falsche Reproduktion	20	
PSDI	66	Soziale Orientierung	3	Verzögerte Reaktion	20	
PST	63	Leistungs-orientierung	6	> 3 sek.		
Aggressivität	63	Gehemmtheit	6	Stereotypen	6x nie, 4x vermeiden, 3x keine, 6x schlecht	
Ängstlichkeit	66	Erregbarkeit	6	Inhaltlich: traurig – immer, faul – nie, enttäuschen		
Depressivität	65	Aggressivität	3	- Leben, Freund – nie, Freundin – nie, zufrieden – selten.		
Paranoides Denken	57	Beanspruchung	6	Wörter mit 2 KM: Arbeit, Vertrauen,		
Phobische Angst	71	Körperl. Beschwerden	7	Chef, Wut, Heim, nackt, frei, essen, Bett, Schmutz, Strafe		
Psychotizismus	67	Gesundheitssorgen	2	Wörter mit 3 – 4 KM: Mutter, dumm, gut, fremd,		
Somatisierung	67	Offenheit	4	enttäuschen, schlecht.		
Unsicherheit im Sozialkontakt	68	Extraversion	4	Bedeutungszusammenhänge:		
Zwanghaftigkeit	64	Emotionalität	8	Mutter: Heim, Bett, vertrauen, enttäuschen, nie, keine, vertrauen, essen		
				fremd: Freund, Freundin, faul, zufrieden, schlecht, frei		
				traurig/Wut: enttäuschen, zufrieden, Wut, nackt, dumm, Schmutz, Strafe		
				Chef: Arbeit, gut		

Auswertung 2

Interpretation der Ergebnisse

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen jeweils gerade noch im Normbereich oder schon im auffälligen Bereich, wobei sich Depressivität mit $T = 66$ am Auffälligsten zeigt.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Es zeigen sich Werte im auffälligen Bereich sowie im gerade noch in der Norm liegenden Bereich (reizbar, erregbar, empfindlich, dennoch kontrolliert).

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich in allen Bereichen (außer Gehemmtheit = gerade noch im Normbereich) Werte im auffälligen bis deutlich auffälligen Bereich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen:

Die Werte zeigen sich in allen Kategorien im auffälligen bis deutlich auffälligen Bereich. Gesundheits Sorgen mit $St. = 2$ könnte zeigen, dass der Pb über wenig Wahrnehmung für den eigenen Körper verfügt.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Es zeigen sich Werte im auffällig bis deutlich auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte zeigen, dass der Pb eher introvertiert und an Normen orientiert ist und hier ein Leidensdruck besteht ($PSDI = 66$).

GSI, PST: Die Werte zeigen eine grundsätzlich psychische Belastung mit Symptomausprägung in mehreren Kategorien.

Profil:

Die Ergebnisse könnten eine Depression mit bedrückter, Lebenseinstellung zeigen, obgleich es dem Pb gerade noch - trotz Überforderungs- und Stressgefühlen - unter großer Anstrengung zu gelingen scheint, aktiv und leistungsorientiert zu agieren. Aggressivität zeigt sich unterschwellig vorhanden, aber sehr kontrolliert bis hin zur Aggressionshemmung. Angst zeigt sich mit ($T = 71$) im Bereich phobische Angst als der auffälligste Bereich. Der Pb scheint unter existenziellen Ängsten, Minderwertigkeits- und Bedrohungsgefühlen zu leiden, die sich mutmaßlich auch in den deutlich erhöhten Werten der Kategorien Psychotizismus und Zwanghaftigkeit widerspiegeln. Weiterhin zeigen die Werte Auffälligkeiten in den Bereichen der Somatisierung. Der Pb scheint unter deutlichen körperlichen Belastungen und Symptomen bei gleichzeitig schwach ausgeprägter Wahrnehmung für den eigenen Körper zu leiden.

Auswertung 3

Kontextaufnahme

Die Kontextaufnahme war nicht vollständig möglich, daher werden die formalen Aspekte sowie die Bedeutungszusammenhänge verstärkt mit in die Analyse einbezogen.

Arbeit: Ist wichtig, Erfolg, Ansehen, oft sehr anstrengend, aber auch wohltuend, viel Bestätigung darüber, ich habe mich hochgearbeitet, keiner hat mich dabei unterstützt, Stolz.

Chef: Jetzt bin ich Chef. Das ist ein schönes Gefühl. Möchte lernen, stolz darauf zu sein und es auch in der Öffentlichkeit zu sagen.

Wut: Ich bin wütend auf meine Eltern. Sie haben mir immer eine schöne Kindheit eingere-

det. Heute weiß ich, dass meine Kindheit nicht schön war.

nackt: verletzlich, Wohlgefühl, befreiend, keine Scham, schön, nach Gewitter nackt im Regen zu stehen und sich abregnen zu lassen, Freiheit.

Mutter: Liebe und Hass. Liebe: Dankbarkeit auf der Welt zu sein. Hass: Ich hatte nicht die schöne Jugend, die mir eingeredet wurde. Zur Zeit möchte ich nicht mit meinen Eltern reden, habe Angst vor diesem Schritt, vor Bruch mit der Familie. Enttäuschung, Wut, genervt sein von meiner Familie. Meine Mutter möchte sich in den Mittelpunkt stellen. Früher war mein Vater der Große. Sie sagt zu ihm: „Du hast mich jahrelang kommandiert, jetzt kriegst du es zurück.“ Sie verteilt gerne kleine Spitzen. Nach der Totgeburt unseres Kindes hat sie uns ein Kinderbuch geschenkt.

Dumm: Ich kann nicht mit dummen Menschen, finde Menschen dumm, wenn sie mehr sein wollen als sie sind. Jeder muss mit dem zufrieden sein, was er hat. Neid, Eifersucht finde ich dumm z.B. auf einen Porsche. Den Job gut zu machen hat nichts mit Intelligenz zu tun – manchmal eher „Schein als sein“, das ist dumm. Sich messen und vergleichen ist dumm.

enttäuschen: Ich habe einen schweren Fehler gemacht, habe meine Frau enttäuscht. Wir (meine Frau und ich) arbeiten sehr daran, dass alles wieder gut wird. Ich würde alles tun, dass es ihr wieder besser geht. Sie leidet wegen mir.

Inhaltlich interessant:

traurig – immer

faul – nie

enttäuschen - Leben

Freund – nie

Freundin – nie

zufrieden – selten

Stereotypen:

6x nie, 4x vermeiden, 3x keine, 6x schlecht

Bedeutungszusammenhänge:

Mutter: Heim, Bett, vertrauen, enttäuschen, nie, keine, vertrauen, essen

fremd: Freund, Freundin, faul, zufrieden, schlecht, frei

traurig/Wut: enttäuschen, zufrieden, nackt, dumm, Schmutz, Strafe

Chef: Arbeit, gut

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum stehen vermutlich die Wörter *Mutter*, *fremd* und *traurig/Wut* mit den Emotionen Angst (Wut, traurig) und Schuld (enttäuschen). Es ist anzunehmen, dass der Pb wenig Erdung im Sinne von sicheren Bindungserfahrungen erfahren hat (nackt und essen). Er assoziiert zu dem Wort Wut und Mutter, dass ihm eine schöne Kindheit eingeredet wurde. Die Assoziationen *traurig – immer* und *enttäuschen – Leben* scheinen auf einen depressiven Grundkonflikt hinzuweisen. Eigene Versorgungswünsche wurden nicht gestillt (essen) und weisen auf eine orale Fixierung hin. Dadurch verifizierten sich Gefühle der Minderwertigkeit. Auch die gestörten Wörter *enttäuschen* und *Wut* könnten auf eine Enttäuschungswut vs. Klaglosigkeit hinweisen. Durch eine vermutlich enorme Anpassungsleistung und Leistungsorientierung (faul- nie, Arbeit- Erfolg) könnte der Pb versucht haben, diese Minderwertigkeitsgefühle ins Gegenteil zu verwandeln (Chef). Die gestörten Wörter *Schmutz* und *Strafe* könnten Hinweis auf eine Zwangssymptomatik geben, der Pb konnte vermutlich aufgrund rigoroser Über-Ich Anforderungen Schattenteile nicht integrieren. Die Arbeit scheint eine stabilisierende Wirkung auf den Pb zu haben (Arbeit, Chef).

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Standardisierte Instrumente	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Depression mit Ängsten (auch phobischen Ängsten) und Aggressionshemmung sowie verschiedene psychosomatische Beschwerden.</p>	<p>Minderwertigkeits,- Selbstwert- und Leistungskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Mutterkomplexes mit Kompensation durch das Berufsleben. Aggressionshemmung und Schuldhaftige Verarbeitung.</p> <p>Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen: Die Assoziationen zu dem Wort nackt könnten einen Zugang zu unbewussten Themen sowie der eigenen Emotionen zeigen.</p>	<p>Vermutlich erlebte Vernachlässigung, daher keine Internalisierung sicherer Objekte möglich. Möglicherweise auch ein traumatisches Erleben (Leben bei der Oma). Dadurch Ich-Hemmung und enorme Anpassungsleistung sowie Leistungsorientierung. Klaglosigkeit vs. Enttäuschungswut mit scham- und schuldhafter Verarbeitung. Es ist anzunehmen, dass die nicht bewältigte Trauer über das totgeborene Kind die Symptome verstärkt. Depression und Angst. Stabilisierung vermutlich durch beruflichen Erfolg.</p>

Proband Nr. 6/Alter: 60J/m

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	18	Mutter sei nach langer Krankheitsphase an Krebs verstorben als PB 2 J alt war. Vater kurz darauf neu geheiratet. Pb habe keine Beziehung zur Stiefmutter aufbauen können, sie habe sich wenig um ihn und seinen Bruder + 2 gekümmert. Er habe „keine Mutterliebe erfahren“. Vater war Arbeiter, viel unterwegs, auch Alkohol, auch lustig und hilfsbereit. Er habe die Familie versorgt. Pb sei im Alter von 16 Jahren mit seiner Familie aus Tschechien ausgewandert, da die Lebensbedingungen dort sehr schwierig waren (Armut, keine Chance auf Arbeit). Pb habe in Deutschland eine handwerkliche Ausbildung absolviert und in diesem Beruf bis zu seiner Frühberentung im Alter von 55 J gearbeitet. Gefühle der Wertlosigkeit und der Minderwertigkeit. Seit 25 – 20 J. immer Schmerzen“ im ganzen Körper. Magenschleimhauterkrankung, chronische Arthrose. Verheiratet, 2 Erw. Töchter.
GSI	59	Lebenszufriedenheit	2	Keine Reproduktion	-	
PSDI	60	Soziale Orientierung	4	Verzögerte Reaktion		
PST	57	Leistungs-orientierung	3	> 3 sek.	35	
Aggressivität	58	Gehemmtheit	6	Verzögerte Reaktion	Dumm, zufrieden, Geiz, Heim, faul, Schmerz	
Ängstlichkeit	57	Erregbarkeit	3	> 10 sek.		
Depressivität	59	Aggressivität	4	Stereotypen	-	
Paranoides Denken	51	Beanspruchung	7	Wörter mit 2 KM:	Zufrieden, trinken, Geiz, gut, Chef, Kampf	
Phobische Angst	56	Körperl. Beschwerden	9	Wörter mit 3 – 4 KM:	Mutter, dumm, Gefühl, faul, Heim, Familie, Schmerz, enttäuschen, Strafe	
Psychotizismus	50	Gesundheitsorgen	4	Bedeutungszusammenhänge		
Somatisierung	70	Offenheit	3	faul: dumm, enttäuschen		
Unsicherheit im Sozialkontakt	52	Extraversion	1	Schmerz /Strafe: Gefühl, Heim, Chef, Kampf, Geiz		
Zwanghaftigkeit	51	Emotionalität	7	Mutter: Familie, gut, zufrieden, trinken		
		Offenheit = Stanine 3!		Inhaltlich		
				faul: stinken und gefühllos		

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse aus SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte zeigen Unzufriedenheit mit eher negativer Lebenseinstellung bei wenig Leistungsorientierung mit erhöhten Werten im Bereich Beanspruchung im Sinne von „sich überfordert im Stress“ fühlend.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im Normbereich: wenig aggressiv, beherrscht.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich Werte noch im Normbereich liegend, eher gehemmt und zurückhaltend, dabei tendenziell emotional labil, ängstlich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen sich im deutlich auffälligen Bereich: Körperlich sehr belastet, viele Beschwerden, mutmaßlich psychosomatisch gestört.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im Normbereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen außerhalb des Normbereichs im Sinne von auf einen guten Eindruck bedacht, mangelnder Selbstkritik, introvertiert und verschlossen.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass keine grundsätzliche psychische Belastung vorliegt.

Profil

Die Ergebnisse zeigen eine bedrückter Lebenseinstellung mit leichten Überforderungs- und Stressgefühlen, tendenziell emotional labil, dabei auf einen guten Eindruck bedacht, bei deutlich im auffälligen Bereich liegenden Werten im Bereich der Psychosomatik mit verschiedenen körperlichen Beschwerden. In der Zusammenschau zeigen die Werte eine geringe psychische Belastung. Wobei das Antwortverhalten „faking good,“ bedacht auf einen guten Eindruck und wenig Bereitschaft zur Offenheit mit in die Interpretation einbezogen werden sollte.

Auswertung 3

Assoziationskontext

Kontextaufnahme nur mit Wörtern, die 3- 4 KM aufwiesen möglich

Wörter mit 2 KM

Zufrieden, trinken, Geiz, gut, Chef, Kampf

Wörter mit 3 – 4 KM

Mutter: Ich habe keine Mutterliebe erfahren. Meine Mutter ist früh gestorben. Meine Stiefmutter war kalt. Es war keine Beziehung möglich.

Dumm: Ich möchte nicht dumm sein. Es ist schlimm, wenn jemand dumm ist. Oft sind die Leute auch zu faul, dumm und faul. Ich habe immer gearbeitet. Jetzt geht es nicht mehr mit den vielen Krankheiten. Suche trotzdem nach Job, den ich machen kann. Möchte zu etwas

nützlich sein. Man fühlt sich so nutzlos.

Gefühl: Gefühl – mh was soll ich sagen. Hat mir vielleicht gefehlt – mütterliche Gefühle zu bekommen.

faul: Das ist schlimm, wenn jemand faul ist. Die auf dem Arbeitsamt stellen einen so hin, als wäre man zu faul zum Arbeiten. Das ist erniedrigend. Ich möchte ja Arbeit, aber es geht nicht mehr so wie früher.

Heim: Kinderheim. Keine echte Liebe. Viele Betten, großer Essensaal. Keine Eltern. Trauer. Tod. Unglück.

Familie: Meine Familie ist das wichtigste, dass es meinen Kindern gut geht. Mein Enkel ist sehr wichtig für mich. Ich kümmere mich gerne um ihn. Bin stolz und glücklich, so eine tolle Familie zu haben. Würde gerne mehr dazu beitragen – finanziell meine ich. Meine Frau muss arbeiten, weil ich es nicht mehr kann,

Schmerz: Schulter, Arme, im ganzen Körper, Magen, oft Kopfschmerzen. Tabletten helfen, die Schmerzen auszuhalten. Manchmal ist es so schlimm, dass ich nicht aufstehen kann.

Enttäuschen: Ich hoffe, dass meine Familie nicht von mir enttäuscht ist – weil ich nicht arbeiten kann. Fühle mich nutzlos, bin enttäuscht von mir selber.

Strafe: Strafe ist nicht gut. Ich würde meinen kleinen Enkel nie bestrafen, das ist schlimm, wenn Eltern ihre Kinder bestrafen mit Schlägen oder anderen Dingen. Manchmal muss es vielleicht sein, aber ich habe meine Kinder nicht bestraft, wir konnten das immer anders klären.

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus dem Assoziationsexperiment

Im Zentrum der Thematik stehen wohl die gestörten Wörter *Mutter*, *Schmerz* und *Strafe*. Der unverarbeitete Trauer über den frühen Tod der Mutter könnte zur chronische Trauer und damit zur Ich-Hemmung geführt haben. Möglicherweise verbunden mit virulenten Schuldgefühlen über den Tod der Mutter (*Strafe*.) Die Fokussierung auf die eigene Leistungsfähigkeit (*faul* - *stinken* und *gefühllos* sowie *dumm*, *Chef* und *Kampf*) könnten einen Hinweis auf einen hoch aufgeladenen Leistungskomplex geben und dies untermauern. Gefühle der eigenen Unzulänglichkeit und Wertlosigkeit, wenn die Leistungs-fähigkeit eingeschränkt ist. Das Wort *Heim* (mit den Assoziationen *Kinderheim*, *keine echte Liebe*, *viele Betten*, *großer Essensaal*, *keine Eltern*, *Trauer*, *Tod* und *Unglück*) könnte die Assoziation an die eigene Kindheit und Jugend, in der er „keine Mutterliebe“ erfahren hat, aktiviert haben. *Keine Eltern*, *Essensaal* und *trinken* könnte eine frühe emotionale und orale Vernachlässigung hinweisen und eine oraler Fixierung vermuten lassen. Dies könnte die Vermutung eines Urkomplexes untermauern.

Die eigene Kernfamilie wird idealisiert und wirkt stabilisierend, vermutlich daher verstärkte Ängste die Familie zu enttäuschen (*enttäuschen*).

Urkomplex und Schuldkomplex, unverarbeiteter Trauer und Traumatisierung. Viele körperliche Schmerzen und Beschwerden vermutlich zur Abwehr von Depression und seelischer Schmerzen.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Standardisierte Instrumente	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen eine tendenziell bedrückte, unzufriedene Lebenseinstellung sowie verschiedene psychosomatische Beschwerden.</p> <p>In der Zusammenschau zeigen die Werte eine geringe psychische Belastung. Wobei das Antwortverhalten „faking good,“ und bedacht auf einen guten Eindruck und wenig Bereitschaft zur Offenheit mit in die Interpretation einbezogen werden sollte.</p>	<p>Urkomplex und Schuldkomplex, unverarbeitete Trauer und Traumatisierung. Somatisierung als Symbolisierung in das Körper selbst hinein zur Abwehr früher Verlassenheitsgefühle und Angst.</p>	<p>Vermutlich erlebte Vernachlässigung in Säuglings- und Kleinkindzeit daher keine Internalisierung sicherer Objekte möglich. Der Tod (tabuisiert) der Mutter als ein traumatisches Erleben. Frühe Bedürftigkeit vs. Klaglosigkeit und Enttäuschungswut (Stiefmutter sei emotionslos gewesen) und frühe Versorgungsbedürfnisse vs. Schuld. Chronische Unverarbeitete Trauer, dadurch Ich-Hemmung und Dauerüberlastung. Somatische Übererregbarkeit aufgrund fehlender Selbstberuhigung. Abwehr: Affektisolierung bzw. Somatisierung. Viele Jahre Stabilisierung durch eigene Kernfamilie und Berufsleben. Durch Frührente Destabilisierung und Reaktivierung der Konflikte.</p>

Probandin Nr. 7/Alter: 17/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	Wut, Schmerz	Pb hat eine Zwillingsschwester, und eine Schwester +4. Sie sei ein Wunschkind gewesen, Mutter sei aber zunächst über die Zwillingsschwangerschaft erschrocken gewesen. Kein Stillen möglich. Mutmaßlich postnatale Depression. Paarbeziehung konfliktreich, Trennung der Eltern als PB 3 Jahre alt war. Vater habe eine Außenbeziehung gehabt. Er habe kurz nach der Trennung neu geheiratet und zwei weitere Kinder bekommen. Es habe seit der Trennung wenig Kontakt zum Vater gegeben. Mutter sei mit den drei Kindern und ihrer Arbeit (halbtags im sozialen Bereich) überfordert gewesen, habe viel geschrien, zur Strafe auch ein bis zwei Tage ignoriert. Alle drei Kinder eher angepasst, keine Pubertät. Schwester (+4) sei wegen Magersucht in Klinik und Therapie gewesen. Alles habe sich jahrelang um die Magersucht der Schwester gedreht. Pb kurz vor Abitur, lebt zu Hause mit Zwillingsschwester und Mutter. Enges Verhältnis zur Zwillingsschwester.
Aggressivität	55	Lebenszufriedenheit	2	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	9	
Ängstlichkeit	53	Soziale Orientierung	6	Reaktionszeit < 1,5 sek.	Mutter, dumm, trinken, gut, Frau, Geld, Vater, Mann, essen, Keller, Liebe, schlecht	
Depressivität	54	Leistungsorientierung	2	Stereotypen:	-	
Paranoides Denken	49	Gehemmtheit	5	Wörter mit 2 KM:	dumm, nackt, Angst, Mann	
Phobische Angst	62	Erregbarkeit	6	Wörter mit 3 -4 KM:	gut, Gefühl, Wut, Vater, Schmerz, enttäuschen, Strafe	
Psychotizismus	51	Aggressivität	4	Bedeutungszusammenhänge:	Vater: Mann, Wut, Schmerz	
Somatisierung	47	Beanspruchung	6	Angst: enttäuschen, Strafe, schlecht, Frau, Keller, Gefühl, dumm, nackt, Liebe	Mutter: gut, trinken, essen	
Unsicherheit im Sozialkontakt	51	Körperl. Beschwerden	6			
Zwanghaftigkeit	52	Gesundheitssorgen	4			
GSI	53	Offenheit	4			
PSDI	47	Extraversion	4			
PST	56	Emotionalität	6			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte zeigen eine unzufriedene bedrückte Lebenseinstellung bei wenig Leistungsorientierung. Beanspruchung und Depressivität liegen im Normbereich.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte zeigen sich im Normbereich liegend.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte liegen im Normbereich mit Tendenz zu stark ausgeprägter Hilfsbereitschaft und sozialem Verhalten. Phobische Angst liegt mit T=62 im leicht auffälligen Bereich. Dies könnte ein Hinweis für virulente Ängste sein.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen:

Die Werte zeigen sich im Normbereich liegend.

Zwanghaftigkeit: Der Wert zeigt sich im Normbereich.

Psychotizismus: Der Wert zeigt sich im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen noch im Normbereich mit Tendenz zur Zurückhaltung, introvertiert, auf Umgangsnormen bedacht.

GSI, PST: Es liegt keine grundsätzliche psychische Belastung vor.

Profil

Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich liegend, bei unzufriedener bedrückter Lebenseinstellung und wenig Leistungsorientierung. Anhand der Werte lässt sich keine psychische Belastung ableiten.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

dumm: Ich will nicht dumm sein. Ich glaube, ich bin nicht dumm. Gute Schulleistungen sind mir wichtig. Möchte gutes Abi. Manche Leute sind dumm. Angst dumm zu sein. Versagen.

nackt: Menschen, Hilflosigkeit, Adam und Eva.

Angst: Panik, schlimmes Gefühl. Panik vor Klassenarbeiten. Bauchweh, Kopfweh. Dann würde ich gerne nicht hingehen. Angst, keine guten Noten zu haben. Angst, keine Freunde zu haben – allein zu sein.

Mann: Vater. Mein Vater hat eine neue Familie und zwei weitere Kinder. Ich sehe ihn selten. Er hat wenig Interesse an uns. Wenn ich dort bin, bin ich lieb. Es macht mir nichts aus.

gut: Meine Zwillingsschwester ist gut. Wir brauchen uns gegenseitig. Es ist gut, dass wir uns haben. Ich fühle mich oft schlecht und weiß nicht warum. Würde mich gerne besser fühlen.

Gefühl: Es gibt viele Gefühle – mir fällt keines ein.

Wut: schlagen, ausrasten, schreien, irgendjemand der herumschreit.

Vater: Vater sehe ich nur selten. Bei meinem Vater bin ich immer lieb. Meine Eltern haben sich getrennt als ich drei Jahre alt war.

Schmerz: quälen, schlagen, Verletzung, wenn jmd. gequält wird. Verletzung z.B. Liebeskummer.

Enttäuschen: Da fällt mir nichts ein. Ich bin oft von mir selber enttäuscht – würde vieles ger-

ne anders machen, besser in der Schule sein, netter zu meiner Mutter sein und zu meiner großen Schwester. Sie nervt so, wegen ihrer Magersucht.

Strafe: Ich bekomme nie eine Strafe. Wenn ich mal eine Strafe bekäme, würde ich es verstehen. Manchmal wäre es besser, wenn „die“ (Mutter) mehr gesagt hätte.

Bedeutungszusammenhänge und Kategorisierung:

Wut: Vater, Mann, Schmerz

Angst: enttäuschen, Strafe, schlecht, Frau, Keller, Gefühl, dumm, nackt, Liebe

Schmerz: Mutter, gut, trinken, essen

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum der Problematik steht vermutlich der Selbstwertkomplex, der Identitätskonflikt und Aggressionshemmung. Die gestörten Wörter *Wut*, *Angst* und *Schmerz* stellen sicherlich den zentralen Konflikt dar. Zentrale Emotion ist wohl die Angst. Die Angst hemmt vermutlich die Aggression (*Wut*). Die Aggressionshemmung, in der die Energie gebunden ist - die eigentlich dem Ich-Komplex zur Verfügung stehen sollte - so dass sie nur unter großer Anstrengung (*Schmerz*) ihre rigorosen Leistungs- und Anpassungsanforderungen (*dumm*, *Angst*, *enttäuschen*) erfüllen kann. Die Pb scheint sich momentan noch durch ihre guten Schulleistungen stabilisieren zu können. Die Beziehung zur Mutter und zum Vater ist mutmaßlich von hoher Anpassungsleistung geprägt (Vater: immer lieb, Angst zu enttäuschen. Mutter: überfordert, keine Grenzen, Wunsch nach Strafe (Grenze)). Die Wörter *essen* und *trinken* zeigen ebenfalls Komplexmerkmale: Dies könnte mit der Essstörung der Schwester in Verbindung stehen. Alle Aufmerksamkeit und Fürsorge der Mutter fokussierte in den wichtigen Jahren der Adoleszenz auf die Schwester, bei abwesendem Vater. Auch könnte *essen* und *trinken* den Wunsch nach Versorgt werden vs. dem Gefühl zu wenig bekommen zu haben, widerspiegeln (*Liebe*, *nackt*). Die psychosomatischen Beschwerden (Kopfweh, Bauchweh) könnten als Abwehr der Angst (Panik), Depression und Aggression dienen.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich liegend, bei unzufriedener bedrückter Lebenseinstellung und wenig Leistungsorientierung. Anhand der Werte lässt sich keine grundsätzliche psychische Belastung ableiten.</p>	<p>Negativer Vaterkomplex, Leistungskomplex und Aggressionskomplex. Die gestörten Wörter Wut, Angst und Schmerz stellen sicherlich den zentralen Konflikt dar. Zentrale Emotion ist wohl die Angst.</p> <p>Die psychosomatischen Beschwerden (Kopfweg, Bauchweh) könnten als Abwehr der Angst (Panik), Depression und Wut dienen.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen: Entwicklungsthemen im Sinne des finalen Aspekts könnte die Aktivierung des kreativen Potenzials der Pb sein, worauf die Assoziation zu nackt: Adam und Eva hinweisen könnte. Dies könnte als Zugang zu den Gegenpolen des Geistig- Unbewussten betrachtet werden. Weiterhin die altersentsprechende Autonomieentwicklung und Identitätsentwicklung auch vor dem Hintergrund der Zwillingsthematik.</p>	<p>Vermutlich bereits intrauterin ambivalenten Gefühlen der Mutter ausgesetzt.</p> <p>Bindungsabbrüche durch die Objekte sind zu vermuten (Zwillingsthematik, Konflikthafte Paarbeziehung, kein Stillen.) Es kommt vermutlich zu einer Not-Ich Entwicklung. Die nötigen Entwicklungsschritte bewältige sie mit dem Modus der Anpassung (kein Trotz, Übergänge, schnelle Entwicklung, Trennung der Eltern). Die enge Bindung zur Zwillingsschwester wirkt vermutlich Ich-stabilisierend, wobei die nötige Unterstützung der Eltern zur Entfaltung einer eigenen Identität ausbleibt, vulnerabel sicherlich durch die Magersucht der älteren Schwester, die genau in die Frühadoleszenz der Pb fällt. Somatisierung zur Abwehr von Angst und Depression.</p>

Probandin Nr. 8/Alter: 19/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	Mutter, Gefühl, Mund, Familie, Schmerz, schlecht	Pb ist 4. geborenes Kind von vier Kindern. Mutter kam mit 15 Jahren aus der Türkei um in D zu heiraten. Geburt des 1. Sohnes mit 16. Jahren. Eine der beiden Schwester erlitt bei der Geburt Sauerstoffmangel, dadurch leichte Hirnschädigung. Vater in D. geboren. Familie des Vaters ebenfalls in D., Familie der Mutter lebt in der Türkei. Vater, Arbeiter. Mutter, Krankenpflegerin. Schwester habe durch die Hirnschädigung eine leichte geistige Einschränkungen, benötigte aber viel Pflege und Unterstützung, sie habe auch psychische Beschwerden und sei mehrmals in der Psychiatrie gewesen. Vater habe vier Hirnschläge erlitten. Seit dem 4. Hirnschlag im Winter 2014 läge er im Koma. Pb habe enges Verhältnis zu Vater, er habe sie sehr verwöhnt. Bruder sei straffällig geworden und seit einem Jahr im Gefängnis. Unter den Geschwistern gäbe es viel Streit und wenig Kontakt. Mutter sei psychisch labil, Pb müsse sich um sie kümmern, für sie da sein. Pb habe Realschulabschluss absolviert und mache derzeit eine Ausbildung in einem pflegenden Beruf. Gefühle der Überforderung und der Leere, häufig krank, in psychischer Krise/Krisenintervention.
GSI	72	Lebenszufriedenheit	3	Keine Assoziation	Geiz, gut, Frau, frei, Mann	
PSDI	72	Soziale Orientierung	8	Keine Reproduktion	Vertrauen, enttäuschen	
PST	68	Leistungsorientierung	4	Verzögerte Reaktionszeit > 10 sek.	Straße, Tod, Geld, Angst, Tier, Keller	
Aggressivität	80	Gehemmtheit	7	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	38	
Ängstlichkeit	69	Erregbarkeit	8	Stereotypen	2x krank	
Depressivität	75	Aggressivität	8	Wörter mit 2 KM	Mutter, Straße, Herz, Tod, Gefühl, Heim, Angst, Mund, Familie, Schmerz, enttäuschen, schlecht	
Paranoides Denken	72	Beanspruchung	8	Wörter mit 3 – 4 KM	Vertrauen, Geiz, gut, Frau, faul, frei, Mann	
Phobische Angst	72	Körperl. Beschwerden	9	Kategorisierung/Bedeutungszusammenhänge		
Psychotizismus	72	Gesundheitssorgen	4	vertrauen/enttäuschen:	Gefühl, Familie, Schmerz, schlecht, Herz, Tod, Angst, Straße	
Somatisierung	58	Offenheit	5	Mutter/Frau/Mann:	Geiz, gut, faul, frei, Mund, Geld, Heim	
Unsicherheit im Sozialkontakt	80	Extraversion	3			
Zwanghaftigkeit	69	Emotionalität	8			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen alle im stark auffälligen Bereich bei wenig Leistungsorientierung. Unzufrieden, bedrückt, traurig, oft angespannt, sich stark belastet fühlend.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte für Aggressivität und Erregbarkeit liegen im deutlich auffälligen Bereich, bei leichter Reizbarkeit, Unausgeglichenheit, Empfindlichkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich in allen Bereichen Werte im auffälligen Bereich. Ängstlichkeit, Gefühl von Bedrohung, emotional labil und empfindlich. Altruistisch bei deutlicher Unsicherheit in Sozialkontakten.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen starke Auffälligkeiten in der Kategorie „körperliche Beschwerden“. Somatisierung zeigt sich im Normbereich (SCL-90®-S).

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im deutlich auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im deutlich auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Der PSDI ist deutlich erhöht. Offenheit liegt im Normbereich dabei eher introvertiert und zurückhaltend.

GSI, PST: Die Werte zeigen eine grundsätzliche hohe psychische Belastung mit Symptomausprägung in mehreren Kategorien.

Profil:

Die Ergebnisse zeigen erhöhte Werte in beinahe allen Kategorien. Sehr deutlich zeigen sich Auffälligkeiten im Bereich der Depression/Aggression sowie der körperlichen Beschwerden bei hoher Unsicherheit in Sozialkontakten. Aggressivität scheint sich in Reizbarkeit und Unausgeglichenheitsgefühlen zu äußern. Angst zeigt sich ebenfalls im auffälligen Bereich. Ängstlichkeit, Gefühl von Bedrohung, emotional labil und empfindlich, eher altruistisch und Unsicherheiten in Sozialkontakten. Die Pb scheint unter Depressionen, Ängsten und Minderwertigkeitsgefühlen zu leiden, die sich mutmaßlich auch in den erhöhten Werten der Kategorien Psychotizismus und Zwanghaftigkeit widerspiegeln. Die Pb scheint weiterhin unter deutlichen körperlichen Belastungen und Symptomen zu leiden.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

Erhebung war aufgrund des labilen Zustands der Pb nur bedingt möglich.

Frei: Wenn ich frei bin. Wenn man frei hat von der Arbeit oder innerlich frei sein. Wenn es mir gut geht.

Mann: Schwierig. Männer sind anders als Frauen. Ein Mann kann Vater sein. Ton, Reden, die Stimme sind anders als bei einer Frau.

Frau: Der Körper, die Stimme ist anders als bei einem Mann. Die Frau hat andere Aufgaben als der Mann. Frau ist eher für die Kinder zuständig. Mann arbeitet und ist für das Geld zuständig.

Geiz: ist nicht gut. Man sollte teilen. Geiz ist dumm.

Gut: Wenn man etwas gut gemacht hat. Wenn man irgendwo gut ist. Wenn ich beim Kochen gut bin, obwohl ich nicht kochen kann. Ich kann gut zuhören. Ich kann gut helfen und Rat geben.

Vertrauen: Vertrauensübung: Ich vertraue einer Person so gut, dass ich mich nach hinten fallen lassen kann und sie fängt mich auf. Jemandem etwas erzählen und er behält es für sich. Ich sage nichts weiter. Ich habe vielen vertraut, die es dann ausgenutzt haben. Ich vertraue wirklich gar niemandem mehr. Wenn, aller höchstens meiner Mama. Aber ich erzähle niemandem mehr etwas. Meiner Schwester habe ich viel gesagt, sie hat alles weitererzählt. Ich vertraue niemandem mehr. Ich hätte es von jedem erwartet aber nicht von meiner Schwester.

Enttäuschen: Ich bin sehr enttäuscht von meiner Schwester, da sie alles weitersagt und ich ihr nicht vertrauen kann. Ich bin enttäuscht von meinem Ex-Freund, ihm kann man auch nicht vertrauen.

Bedeutungszusammenhänge

vertrauen/enttäuschen: Gefühl, Familie, Schmerz, schlecht, Herz, Tod, Angst

Mutter/Frau/Mann: Geiz, gut, faul, frei, Mund, Geld, Heim

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Bei dieser Pb fallen die vielen Verzögerungen und teilweise sehr langen Reaktionszeiten auf, wobei ein Nichtverstehen des Tests aufgrund der normgerechten Reaktionszeiten bei den ersten drei Wörtern ausgeschlossen werden kann. Es ist anzunehmen, dass bei dieser Pb viele unbewusste Problembereiche virulent sind.

Im Zentrum der Problematik steht vermutlich der Elternkomplex mit den gestörten Wörtern *Vater, Mann, Mutter, Frau* und *Heim*. Weiterhin der Selbstwertkomplex, der Minderwertigkeitskomplex und eventuell auch der Urkomplex (Vertrauen, Angst, enttäuschen, gut) mit der zentralen Emotion der Angst mit frühen Verlassenheitsgefühlen (enttäuschen, vertrauen). Es ist anzunehmen, dass diese Emotionen ihren Ursprung bereits in der oralen Phase u.U. auch schon intrauterin finden. Die gestörten Wörter *Mund, Geiz* und *Geld* könnten eine orale Fixierung vermuten lassen. Es ist anzunehmen, dass die Pb bereits in früher Kindheit Verlassenheitsgefühlen ausgesetzt war, keine sicheren Objekte internalisieren konnte. Es war der Mutter scheinbar nicht möglich den Säugling ausreichend zu containen (Angst, Vertrauen, enttäuschen). Diese Hypothese könnte auch von der großen Sehnsucht nach Familie mit der Assoziation „alles“ unterstrichen werden.

Versagensängsten und Selbstzweifel könnten durch die gestörten Wörter *schlecht, faul*, und *Angst* belegt werden. Der Stereotyp *krank* könnte die frühen Verlassenheitsgefühle sowie die Sehnsucht nach einer pflegenden, fürsorglichen Mutter unterstreichen. Weiterhin lässt das gestörte Wort *vertrauen* mit der Assoziation, nicht einmal der Schwester vertrauen zu können einen Geschwisterkomplex vermuten.

Ressourcen und finaler Aspekt:

Als Ressource könnte das gestörte Wort *Straße* mit der Assoziation *Auto* verstanden werden. Möglicherweise spiegelt das Autonomiestrebungen wieder.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Ergebnisse zeigen eine starke psychische Belastung mit stark erhöhten Werten in allen Bereichen, insbesondere in den Kategorien Aggression/Depression, Unsicherheit in sozialen Kontakten, Emotionalität und körperl. Beschwerden. Angst zeigt sich ebenfalls im auffälligen Bereich. Ängstlichkeit, Gefühl von Bedrohung, emotional labil und empfindlich. Depression, Ängste und Minderwertigkeitsgefühle spiegeln sich mutmaßlich auch in den erhöhten Werten der Kategorien Psychotizismus und Zwanghaftigkeit wider. Sie scheint durch Altruismus zu kompensieren.</p>	<p>ie vielen, zum Teil sehr langen Verzögerungen lassen annehmen, dass bei dieser Pb viele unbewusste Problembereiche virulent sind.</p> <p>Selbstwertkomplex und Minderwertigkeitskomplex vor dem Hintergrund eines Eltern- und Geschwisterkomplexes mit der zentralen Emotion der Angst. Frühe Verlassenheitsgefühle und orale Fixierung bei depressiver Verarbeitung.</p> <p>Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen Als Ressource könnte das gestörte Wort Straße mit der Assoziation Auto verstanden werden. Möglicherweise zeigen sich hier altersadäquate Autonomiestrebungen und Wünsche.</p>	<p>Die Pb scheint in ein schwieriges, belastetes Umfeld geboren zu sein. Daher ist anzunehmen, dass sie unzureichendes containing erfahren hat und keine sicheren Objekte internalisieren konnte. Dadurch Ich-Hemmung, frühe Überforderung und enorme Anpassungsleistung sowie vermutlich Parentifizierung. Starke Geschwisterrivalität vermutlich durch ambivalente und überforderte Eltern. Klaglosigkeit vs. Enttäuschungswut, Macht-Ohnmachtskonflikt, Autonomie-Abhängigkeitskonflikt bei aggressiv-depressivem Verarbeitungsmodus. Symptome sicherlich vulnerebel durch die schwere Erkrankung des Vaters.</p>

Probandin Nr. 9/Alter: 22J/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	22	Der Vater der Pb. habe seinen leiblichen Vater nicht gekannt (kurz nach Geburt verstorben). Der Stiefvater sei gewalttätig (Schläge mit Gürtel) gewesen, auch Alkohol. Auch die Mutter des Vaters habe Alkoholprobleme gehabt. Die Eltern der PB haben sich im Alter von 17 Jahren kennengelernt. Bei ihrer Geburt sei die finanzielle und die familiäre Situation sehr schwierig gewesen. Auch der Vater der Mutter sei früh gestorben als Mutter 7 Jahre alt war. Die Mutter war Einzelkind und sei viel gehänselt worden. Sie habe ein sehr enges Verhältnis zu ihrer Mutter gehabt. Der Vater der Pb. sei sehr hart gewesen früher (habe sich geändert in den letzten Jahren), er arbeitet viel als Handwerker, habe keine Freizeit. Die Mutter sei Angestellte in Teilzeit. Zum Bruder +3 bestehe ein gutes Verhältnis. Er arbeite auch sehr viel. Das Verhältnis zur Mutter sei sehr eng, sie redeten „über alles“. Sie raste schnell aus, sei dann sehr verletzend, habe sich nicht unter Kontrolle.
GSI	65	Lebenszufriedenheit	3	Keine Assoziation	0	
PSDI	68	Soziale Orientierung	6	Verzögerte Reaktion	21	
PST	63	Leistungs-orientierung	7	> 3 sek.		
Aggressivität	71	Gehemmtheit	5	Stereotypen	6x schwer, 6x Liebe	
Ängstlichkeit	60	Erregbarkeit	6	Wörter mit 2 KM	Arbeit, Frau, Keller	
Depressivität	63	Aggressivität	5	Wörter mit 3 – 4 KM	Gefühl, Wut, krank, Freundin, Schmerz, Freund, traurig, Geld, nackt, fremd, Schmutz, Strafe	
Paranoides Denken	67	Beanspruchung	6			
Phobische Angst	60	Körperl. Beschwerden	6	Bedeutungszusammenhänge		
Psychotizismus	61	Gesundheitssorgen	7	dumm/nackt: Strafe, Schmutz, traurig, Wut, Fremd		
Somatisierung	68	Offenheit	7	Schmerz: Geld, Arbeit, krank, Keller, schwer		
Unsicherheit im Sozialkontakt	64	Extraversion	6	Freund: Freundin, Frau, Liebe		
Zwanghaftigkeit	62	Emotionalität	6			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse aus SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im Grenzbereich zur Auffälligkeit. Wobei der Wert der Leistungsorientierung im Sinne von leistungsorientiert, aktiv, schnell-handelnd, ehrgeizig-konkurrierend mit St = 7 sich am auffälligsten zeigt.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Es zeigt sich der Aggressionswert im SCL 90 im deutlich auffälligen Bereich, ebenso zeigt sich der Wert für Beanspruchung als leicht auffällig. Der Aggressionswert im FPI liegt im Normbereich.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte liegen im leicht auffälligen Bereich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen:

Die Werte zeigen sich in allen Kategorien im leicht auffälligen bis deutlich auffälligen Bereich.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im leicht auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Es zeigen sich Werte im leicht auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte zeigen eine Bereitschaft zur Offenheit, zum Zugeben kleinerer Schwächen.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass eine grundsätzliche psychische Belastung mit mehreren, eher leichten Auffälligkeiten in verschiedenen Kategorien vorliegen.

Profil

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Leistungsorientierung, aggressive Tendenzen bei vermutlich immer wieder auftretenden depressiven Einbrüchen, obgleich es ihr, trotz Überforderungs- und Stressgefühlen, zu gelingen scheint, aktiv und leistungsorientiert zu agieren. Weiterhin zeigen die Werte Auffälligkeiten in den Bereichen der Somatisierung. Die Pb scheint unter deutlichen körperlichen Belastungen und Symptomen zu leiden sowie der Furcht vor Erkrankungen. Bei eher extravertiertem und offenem Verhalten zeigen die Werte jedoch emotional labile, ängstliche Tendenzen mit vielen körperlichen Beschwerden.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

Nackt: Seelische Nacktheit, sich öffnen, man fühlt sich nackt, dann macht man sich verletzlich, schwierig sich zu öffnen und sich trotzdem selbst zu schützen.

Dumm: Ratlos, unwissend, manche Menschen sind dumm, ich mag keine Dummschwätzer, man fühlt sich manchmal selber dumm, Hilflosigkeit.

Traurig: Zieht sich hin, das Gefühl; versuche es zu ändern, Trauerphasen sind auch wichtig, es ist nur nicht gut, sich da hineinzusteigern.

Freund: Auf einander verlassen; streiten, ohne das alles in Frage gestellt wird; gemeinsam Dinge durchstehen; schöne Dinge und die zu schätzen wissen.

Arbeit: Zeitaufwendig, Spaß, man lernt seine Grenzen kennen, nie Langeweile, Abwechslung, in der Familie sind alle „Schafferle“.

Strafe: Gerechte Strafe für Wut, Strafe ist schlecht, bringt nichts.

Geld: Ist wichtig, viel arbeiten, um eine Familie zu gründen, braucht man Geld, man sollte nicht nur nach dem Geld schauen, die Arbeit soll auch Spaß machen; früher hatten meine Eltern kein Geld.

Fremd: Fremd ist interessant, fremde Leute sind interessant, ich bin mir manchmal fremd, auch vertraute Menschen können einem fremd sein.

Schmutz: Ist nicht gut, ich bin sehr ordentlich. Die Kleidung im Geschäft darf nicht schmutzig sein.

Familie: Geborgenheit, Schutz, Liebe, Halt.

Wut: Manchmal ist es befreiend, wenn man verletzende Dinge sagen darf. Wut macht blind, zu viel Wut ist nicht gut, kühlen Kopf bewahren, Ungerechtigkeit macht wütend, sich wehren, Wut macht unglaublich stark. Sport zum abreagieren. Böse werden ist verbal verletzend.

Krank: Ich fühle mich oft krank, habe Angst, krank zu werden, bei Krankheit, kann man nicht arbeiten. Mein Vater ist nie krank.

Freundin: Sich öffnen, ohne sich zu entblößen, man macht sich verletzlich, schwierig sich zu öffnen und sich trotzdem selbst zu schützen. Auf einander verlassen, Vertrauen, streiten und vertragen. Ich habe schon oft Enttäuschungen erlebt.

Schmerz: Sich einreden lassen, dass es dazu keinen Grund gibt.

Arbeit: Zeitaufwendig, Spaß, lernt seine Grenzen kennen, nie langweilig, Abwechslung.

Frau: Ich bin eine Frau. Gutes Aussehen ist mir wichtig. Lange Haare, einen starken Mann finden.

Frei: Wäre schön, frei zu sein von blöden Gedanken und Gefühlen an/über meinen Exfreund.

Keller: Lagerraum, Sachen abstellen, aufräumen, dunkel, keine Angst. Als Kind hatte ich Angst allein in den Keller zu gehen.

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen aus Assoziationsexperiment

Die insgesamt 22 falschen Reproduktionen und 21 verzögerten Reaktionen könnten ein Hinweis auf ein unbewusstes Komplexerleben in vielen Bereichen sein. Das Wort „Liebe“ und „schlecht“ tauchen als Stereotype Antworten jeweils sechsmal auf. Als zentrale gestörte Wörter sind *dumm*, *nackt*, *schlecht* und *Schmerz* zu nennen. Bezogen auf den Assoziationskontext zu *dumm*, *nackt*, *traurig* fallen die Gefühle der Hilflosigkeit, des Selbstzweifels, der Verletzlichkeit und der Angst auf. Wenn das Wort *Schmutz* mit der Assoziation, „bin sehr ordentlich, darf nicht schmutzig sein“, miteinbezogen wird, könnten depressive, zwanghafte Tendenzen vor dem Hintergrund von massiven Selbstzweifeln vermutet werden. Untermauern könnten dies die gestörten Wörter *frei*, mit dem Wunsch nach mehr Freiheit und *Keller*, im Sinne von Verdrängung der Schattenanteile. Die gestörten Wörter *Arbeit*, *Geld* und *Strafe* sowie die Assoziation zu *krank* (Angst krank zu werden, nicht arbeiten zu können) könnten die Vermutung eines rigorosen Über-Ich Anspruches untermauern. Weiter belegen könnte dies die Assoziation zu *Strafe* (gerechte Strafe für Wut). Zudem lassen die Assoziationen zu *Wut* Affektdurchbrüche vermuten: „manchmal ist es befreiend, wenn man verletzende Dinge sagen darf, Wut macht blind, zu viel Wut ist nicht gut, kühlen Kopf bewahren,

Anhang

Ungerechtigkeit macht wütend, sich wehren, Wut macht unglaublich stark“. Final günstig könnten die Assoziationen zu *fremd und frei* sein. Sie lassen eine Sehnsucht nach Freiheit, Entwicklung, mehr Autonomie und Individuation vermuten. Günstig scheinen ebenso die Freundschaften, die vermutlich stabilisierend wirken.

Zusammenfassend könnten folgende Komplexbereiche eruiert werden:

Selbstwertkomplex, negativer Vaterkomplex (rigorose Über - Ich - Anforderungen), Leistungskomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines ungelösten ödipalen Konflikts und Parentifizierung.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Standardisierte Instrumente	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Deutliche Leistungsorientierung und aggressive Tendenzen bei immer wieder auftretenden depressiven Einbrüchen mit Überforderungs- und Stressgefühlen. Bei eher extravertierten und offenem Verhalten zeigen die Werte jedoch emotional labile, ängstliche Tendenzen mit vielen körperlichen, psychosomatischen Beschwerden, sowie der Furcht vor Erkrankungen.</p>	<p>Selbstwertkomplex, Leistungskomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Vaterkomplexes und ödipalem Komplexes.</p> <p>Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen: Final günstig könnten die Assoziationen zu „fremd“ und „frei“ sein. Sie lassen eine Sehnsucht nach Freiheit, Entwicklung, Autonomie und Individuation vermuten.</p>	<p>Symbiotische Mutterbeziehung bei emotional distanzierendem Vater. Mutter introjizierte Pb vermutlich als Selbstobjekt. Der ödipale Konflikt bleibt ungelöst. Aggression durfte nicht sein eventuell Tabuisierung (Biografie des Vaters), um die Mutter nicht zu enttäuschen, bzw. den Vater zu destabilisieren. Durch die Über-Ich Bildung wurden die spiegelnden Primärobjekte ins Innere verlegt. Angst, die Eltern zu enttäuschen, Schuldgefühle und Gefühle des Selbstzweifels. Aggressions- vs. Schuldkonflikt und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt vor dem Hintergrund eines ungelösten ödipalen Konflikts sowie der Biografie des Vaters.</p>

Probandin Nr. 10/Alter: 27/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	11	Mutter war bei Geburt 19 J. und der Vater 17 J. Beide Eltern waren noch in Ausbildung. Geburt der Pb ungeplant, Mutter beendete wg. Schwangerschaft ihre Ausbildung vorzeitig. Trennung der Eltern als Pb 7 J alt war. Vorher viel Streit, auch häusl. Gewalt, mehrere kürzere Trennungen davor. Mutter seit der Trennung ohne Partner, lange arbeitslos, seit einigen Jahren halbtags beschäftigt. Sehr enge Mutter-Tochter Beziehung. Meine Mutter ist „wie die beste Freundin.“ Vater wenig emotional, nach Trennung einige Zeit Kontaktabbruch, später kaum Kontakt. Vater habe kein Interesse an ihr gezeigt. Pb hat eine Ausbildung im sozialen Bereich, arbeitet dort als Angestellte, verh., keine Kinder.
Aggressivität	62	Lebenszufriedenheit	6	Keine Reproduktion	Mutter	
Ängstlichkeit	47	Soziale Orientierung	3	Verzögerte Reaktionszeit	20	
Depressivität	55	Leistungs-orientierung	4	> 3 sek.		
Paranoides Denken	53	Gehemmtheit	4	Keine Assoziation	Chef, Vater	
Phobische Angst	56	Erregbarkeit	7	Stereotypen	5x Liebe, 5x schön	
Psychotizismus	53	Aggressivität	5	Wörter mit 2 KM		
Somatisierung	31	Beanspruchung	3	quälen, Vertrauen, Geiz, gut, Wut, faul, fremd, enttäuschen		
Unsicherheit im Sozialkontakt	61	Körperl. Beschwerden	4	Wörter mit 3 -4 KM	Mutter, Chef, Vater, Mann, Liebe	
Zwanghaftigkeit	45	Gesundheitssorgen	4	Bedeutungszusammenhänge:		
GSI	52	Offenheit	4	Vater: Mann, Chef, Liebe, Wut, enttäuschen, fremd, Geiz, faul, quälen		
PSDI	45	Extraversion	4	Mutter: Vertrauen, gut, schön		
PST	55	Emotionalität	4			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse aus SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im Normbereich bei guter Lebenszufriedenheit mit leichten Unterfordersgefühlen, wenig beansprucht.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte zeigen eine Tendenz zur Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bei leicht erhöhten Werten in der Kategorie Erregbarkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte liegen im Normbereich mit Tendenz zu leichten Unsicherheiten in Sozialkontakten.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen:

Somatisierung zeigt einen Wert im deutlich oberen Bereich, im Sinne keinerlei körperlicher Symptomatik oder körperlichen Belastungen.

Zwanghaftigkeit: Der Wert zeigt sich im Normbereich.

Psychotizismus: Der Werte zeigt sich im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen noch im Normbereich mit Tendenz zur Zurückhaltung, introvertiert auf Umgangsnormen bedacht.

GSI, PST: Es liegt keine grundsätzliche psychische Belastung vor.

Profil

Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich liegend. Anhand der Werte lässt sich keine psychische Belastung ableiten.

Auswertung 3

Assoziationskontext

quälen: Psychothriller, die lese ich gerne. Manchmal quälen mich auch Selbstzweifel, das Gefühl unzulänglich zu sein, nichts besonderes zu können. Daher vielleicht auch der Wunsch noch zu studieren.

Vertrauen: Ehe, glücklich sein, schön, füreinander da sein. Zusammen stark sein. Geborgenheit, Unterstützung. Den Eltern vertrauen können. Dem Ehemann vertrauen können.

Geiz: Ist geil (lacht).

Wut: Wut kann befreiend sein, würde gerne meine Wut zeigen können. Ich war lange Zeit wütend auf meinen Vater, dass er sich nicht um uns gekümmert hat. Würde ihm gerne meine Wut zeigen, was ich aber nicht schaffe. Oft bin ich auch eher enttäuscht und traurig. Frust, Selbstzweifel, sehr verletzend.

faul: Sofa, schlafen, Bett, Fernsehen schauen, mit Freunden chillen, Ferien, Sonntage. Faul sein ist schön.

Enttäuschen: Mein Vater hat mich enttäuscht, meine Chefin hat mich enttäuscht. Selbstzweifel: das Gefühl nichts zu können, wertlos zu sein. Es ist wichtig, sich in einer Beziehung zu vertrauen und sich zu bemühen, das Vertrauen nicht zu enttäuschen.

Mutter: Familie, Geborgenheit, Liebe, Fürsorge. Sie macht, was eine Mutter tun sollte: sich um ihre Kinder kümmern, da sein, emotional, zuhören, wenn es Probleme gibt.

Chef: Kann Autorität ausspielen. Manchen Chefs kann man vertrauen, anderen nicht. Meine Chefin hat mich sehr enttäuscht, sie stand nicht hinter mir.

Vater: Schmerz, Enttäuschung, kein Interesse an mir. Oft traurig und Selbstzweifel. Versöhnung, Familie.

Mann: Stark, sorgt sich um die Familie.

Liebe: Verheiratet sein. Glücklich sein. Ist schön. Vater kümmert sich um die Familie, für einander da sein. Höhen und Tiefen durchstehen. Zusammen stark sein. Geborgenheit, Unterstützung. Haus kaufen, Eigenheim, das wäre mein Traum.

Bedeutungszusammenhänge und Kategorisierung:

Vater/ Mann: Chef, Liebe, Wut, enttäuschen, fremd, Geiz, faul, quälen

Mutter: Vertrauen, gut, schön

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum der Problematik stehen vermutlich die *Wörter Vater/Mann* und *quälen/enttäuschen*. Von zentraler Bedeutung scheint die Vaterbeziehung zu sein (Vater, Mann, Schmerz, Enttäuschung, Selbstzweifel). Dies lässt die Hypothese zu, dass die Trennung der Eltern virulent schmerzhaft ist und möglicherweise schuldhaft verarbeitet wird (quälen). Es ist anzunehmen, dass sie Gefühle der Wut und Enttäuschung über den Vater nicht äußern kann, was sicherlich zur weiteren Hemmung des Ich-Komplexes und des Selbstwertkomplexes führt und den negativen Vaterkomplex weiter aktiviert. Die eng bindende Mutter, die die Pb mutmaßlich als Selbstobjekt introjiziert, wird idealisiert, so dass wichtige Autonomiestritte nicht altersadäquat bewältigt wurden (fremd, Geiz, Chef). Die Enttäuschung über die Interessenlosigkeit des Vaters könnte den kindlichen Wunsch, das Kind-Selbst aktivieren, dass sich nach einem starken Mann (Mann: Stark, sorgt sich um die Familie, glücklich sein, Heirat) oder dem Märchenheld, der die Prinzessin aus dem mütterlichen Umschlingung befreit, sehnt.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich liegend. Anhand der Werte lässt sich keine psychische Belastung ableiten.</p>	<p>Negativ aufgeladener Vaterkomplex, Selbstwertkomplex und Schuldkomplex bei idealisierter enger Mutter-Tochter-Beziehung vermutlich introjiziertes Selbstobjekt der Mutter.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen: Sehnsucht, sich aus der mütterlichen Umschlingung zu befreien. Autonomiewünsche.</p>	<p>Vermutlich keine Internalisierung stabiler Objektrepräsentanzen möglich (konfliktvolle Paarbeziehung, Mutter überfordert, häusl. Gewalt). Entwicklungsstufen u. Schritte in die Autonomie bewältigte sie mit dem Modus der Anpassung (Not-Ich-Entwicklung). Trauer und mutmaßlich Schuldgefühle über die Trennung und den Beziehungsabbruch des Vaters könnten sich gegen das eigene Selbst gerichtet haben. Trauer und Schuldgefühle führten vermutlich zu einer Ich-Hemmung, die wiederum zur Herabsetzung des Selbstgefühls beitrug. Aufgrund der mutmaßlich emotional eng bindenden Mutter (Pb vermutlich als Selbstobjekt) mussten eigene Autonomiestritte verdrängt werden. Autonomie-Abhängigkeitskonflikt, Trennungsschuld und Angst vulnerabel durch die andrängenden Entwicklungswünsche eines erwachsenem Selbstbewusstseins und der Sehnsucht nach dem Vater.</p>

Probandin Nr. 11/Alter: 36J/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	5	Pb sei als gewünschtes zweites Kind von dreien spontan geboren. Mutter Hausfrau, sehr fürsorglich. Vater Angestellter, hat nebenher als Handwerker gearbeitet, eigenes Haus gebaut. Lebensmotto „ohne Fleiß kein Preis“. Bruder, (-2) wurde in Kindheit von Vater u. Mutter „versohlt“ und abgewertet. Pat. sei Vorzeigekind gewesen, angepasst, leistungsorientiert, keine Pubertät. Dadurch Liebe der Eltern. Enge Mutterbindung. Mutter drohte: „Wenn ihr nicht lieb seid, gehe ich und komme nie wieder“. Ältere Schwester der Pb (+2) mit 9 Monaten an Plötzlichem Kindstod gestorben. Pb habe als einziges Familienmitglied studiert. Nach Geburt des 1. Kindes sei sie psychisch belastet gewesen wegen Berufsaufgabe. Verh., 2 Kinder.
GSI	69	Lebenszufriedenheit	3	Keine Reproduktion	Herz, zufrieden, gut	
PSDI	73	Soziale Orientierung	6	Verzögerte Reaktion	18	
PST	61	Leistungsorientierung	4	> 3 sek.		
Aggressivität	70	Gehemmtheit	9	Reaktionszeit > 17 sek.	Vertrauen	
Ängstlichkeit	69	Erregbarkeit	8	Stereotypen	7 x wichtig	
Depressivität	75	Aggressivität	7	Wörter mit 2 KM	Zufrieden, Herz, Angst, frei, Mann, essen, Schmerz	
Paranoides Denken	65	Beanspruchung	6	Wörter mit 3 – 4 KM	Dumm, Vertrauen, gut, Heim, Wut	
Phobische Angst	45	Körperl. Beschwerden	5			
Psychotizismus	64	Gesundheitssorgen	2			
Somatisierung	59	Offenheit	6			
Unsicherheit im Sozialkontakt	72	Extraversion	1			
Zwanghaftigkeit	69	Emotionalität	6			
				Kategorisierung, Bedeutungszusammenhänge:		
				Vertrauen: Herz, zufrieden, gut, essen, Heim		
				Angst: frei, Mann, Schmerz, gut, dumm, Wut		

Auswertung 2

Interpretation der Ergebnisse

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte zeigen deutliche Auffälligkeiten in der Kategorie „Depression“, bei negativer Lebenseinstellung mit dem Gefühl der hohen Beanspruchung. Leistungsorientierung zeigt sich normgerecht.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Es zeigen sich deutliche Auffälligkeiten im Bereich Aggressivität und Erregbarkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Auch hier zeigen sich Werte im auffälligen Bereich. Wobei Gehemmtheit im stark auffälligen Bereich

(St 9) liegt.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen:

Hier zeigen sich die Werte im Normbereich, außer Gesundheits Sorgen. Gesundheits Sorgen könnte mit St 2 zeigen, dass die Pb über wenig Gefühl für ihren Körper und einen tendenziell sorglosen Umgang mit ihrem Körper verfügt.

Zwanghaftigkeit: Der Wert zeigt sich im auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Der Wert zeigt sich im leicht auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte zeigen eine starke Intensität des Antwortverhaltens sowie eine sehr auffällige Introversion (St. 1).

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass eine psychische Belastung vorliegt.

Profil

Die Werte zeigen deutliche Auffälligkeiten im Bereich der Depression, Ängstlichkeit, Aggression und Zwanghaftigkeit bei sehr deutlicher Introversion und Gehemmtheit.

Auswertung 3

Kontextaufnahme

Kontextaufnahme war nicht vollständig möglich, daher werden die formalen Aspekte sowie die Bedeutungszusammenhänge verstärkt mit in die Analyse einbezogen.

Mutter: Meine Mutter ist mir sehr wichtig. Ich habe eine enge Beziehung zu ihr. Wir reden über alles. Es verletzt mich, dass sie jetzt meinem Bruder so viel Aufmerksamkeit schenkt, auch wenn ich mir sicher bin, dass sie es macht, weil sie Schuldgefühle hat wegen früher.

Zufrieden: Es wäre schön, wenn ich zufriedener wäre. Die ganze Situation mit meiner Mutter belastet mich sehr. Ich bin oft unzufrieden. Auch die Situation mit meinem Mann macht mich unzufrieden, wir streiten viel wegen der Kindererziehung. Er meint, ich sei zu lasch, würde den Kindern zu viel durch lassen.

Herz: Ich möchte geliebt werden, habe den Wunsch etwas Wert zu sein, war immer angepasst, keine Pubertät. Mein Bruder hat viel negative Aufmerksamkeit bekommen.

Angst: Angst dumm zu sein, nicht geliebt zu werden, keinen Wert zu haben, keine Anerkennung zu bekommen.

dumm: „Böse, dumm will ich nicht sein“. „Ich habe den Wunsch etwas Wert zu sein“. Bruder bekam viel Aufmerksamkeit (negative).

Wut: Lieb sein, brav sein. Angst vor Wut und Aggression – ich möchte geliebt werden. Wut

kann ich nicht zeigen, konnte ich noch nie. Es täte mir wahrscheinlich gut, nicht alles zu schlucken. Wenn ich wütend auf meinen Bruder bin, habe ich Schuldgefühle, weil er früher schlecht behandelt wurde und ich war das Vorzeigekind.

Vertrauen: Da fällt mir nichts ein – zögern: Meinem Mann vertraue ich.

Bedeutungszusammenhänge

Vertrauen: Herz, zufrieden, gut, essen, Heim

Angst: frei, Mann, Schmerz, gut, dumm, Wut

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum steht vermutlich das gestörte Wort *Vertrauen* mit der zentralen Emotion der *Angst*. Das gestörte Wort *Mutter* mit der Assoziation „wir reden über alles“, sowie die Eifersucht auf den Bruder, lassen einen Mutterkomplex vermuten. Das gestörte Wort *Vertrauen*, worauf ihr keine Assoziationen einfallen, könnten die Vermutung eines frühen Schuldgefühls, einer Primärschuld und mangelndes Urvertrauen nahelegen. Mutmaßlich war die Pb bereits intrauterinen oder im frühkindlichen Bereich ambivalenten Gefühlen ausgesetzt, was durch das gestörte Wort *Angst* mit der Assoziation „Angst nichts Wert zu sein, nicht geliebt zu werden“, untermauert werden könnte. Es ist anzunehmen, dass die Mutter die Pb als Selbstobjekt internalisierte und sie somit kein eigenes Selbst ausbilden konnte. Das gestörte Wort *Wut* mit der Assoziation „der Angst vor der Wut und der Aggression“ könnten dies belegen und weiterhin einen Angst- und Schuldkomplex vermuten lassen. Die gestörten Wörter *zufrieden*, *Herz* und *Angst* lassen darüber hinaus einen Minderwertigkeitskomplex vermuten. Es ist anzunehmen, dass sie sich durch enorme Anpassungsleistungen und Leistungsorientierung stabilisieren konnte.

Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen:

Folgende Assoziationen könnten im Sinne des finalen Aspekts günstig sein:

Arbeit – Erfüllung

Ehe – Bindung

Mund - küssen

Vertrauen – meinem Mann

Straße – Auto

Herz – Liebe.

Es scheint der Pb gelungen zu sein, eine gute Bindung zu ihrem Mann aufzubauen. Die Assoziation zu Auto – Straße, könnten weitere Autonomiewünsche vermuten lassen.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Standardisierte Instrumente	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Werte zeigen deutliche Auffälligkeiten im Bereich der Depression, Ängstlichkeit, Aggression und Zwanghaftigkeit, bei sehr deutlicher Introversion und Gehemmtheit.</p>	<p>Minderwertigkeitskomplex, Angst- und Schuldkomplex vor dem Hintergrund eines Mutterkomplexes und Primärschuld. Stabilisierung durch enorme Anpassungsleistungen und Leistungsorientierung.</p> <p>Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen: Es scheint der Pb gelungen zu sein eine gute Bindung zu ihrem Mann aufzubauen. Die Assoziation „Auto“ zu „Straße“ könnten weiter Autonomiewünsche vermuten lassen.</p>	<p>Durch den frühen Tod der Schwester (+2) war die Pb vermutlich bereits intrauterin ambivalenten Gefühlen ausgesetzt. Vermutlich blieb die Trauer der Mutter unverarbeitet, worauf die erneute Schwangerschaft nach kurzer Zeit schließen lässt. Es ist anzunehmen, dass die Pb ein primäres Schuldgefühl entwickelte. Durch enorme Anpassungsleistungen kann von einer Not-Ich- Entwicklung ausgegangen werden. Stabilisierung durch sehr gute Leistungen und Berufstätigkeit.</p> <p>Der Angst- und Schuldkonflikt wird durch die Geburt der eigenen Kinder reaktualisiert und depressiv verarbeitet.</p>

Probandin Nr. 12/Alter: 40 J/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	9	Pb sei Zweitgeborene, eine Schwester(+3). Eltern seien beides Lehrer gewesen. Behütetes Elternhaus. Enge Bindung zu Verwandtschaft beider Eltern, eingebunden in das dörfliche Leben durch Vereine. Kindergarten, Schule und Ausbildung ohne Auffälligkeiten. Abitur, dann Ausbildung in einem sozial- pfelegerischen Beruf. Auch in Pubertät eher brav, ersten Freund mit 17, den sie später auch geheiratet habe. Konservatives Familienklima, wenig reden über Gefühle, die Eltern seien beide sehr harmoniebedürftig, wenig Konflikte. Sie sei immer für andere da, könne schlecht über eigene Gefühle sprechen, wolle die Familie und Freunde nicht belasten. Anmeldegrund sei die starke Belastung durch den Ehemann, der seit mehreren Jahren an Depressionen leide. Sie müsse Haushalt und Kinder in weiten Bereichen alleine übernehmen. Erschöpfungszustände. Elternzeit, 2 Kinder: 2 und 6 Jahre.
GSI	57	Lebenszufriedenheit	6	Keine Reproduktion	0	
PSDI	58	Soziale Orientierung	7	Verzögerte Reaktion > 3 sek.	15	
PST	56	Leistungs-orientierung	4	Stereotypen	3x essen	
Aggressivität	60	Gehemmtheit	5	Wörter mit 2 KM	quälen, traurig, Wut, Angst, Baum, krank, schlagen, frei, Schmerz, enttäuschen	
Ängstlichkeit	54	Erregbarkeit	4	Wörter mit 3 – 4 KM:	faul	
Depressivität	56	Aggressivität	5	Kategorisierung/Bedeutungszusammenhänge		
Paranoides Denken	61	Beanspruchung	4	faul: quälen, enttäuschen, Baum, krank, traurig		
Phobische Angst	62	Körperl. Beschwerden	4	Wut: Angst, Schmerz, schlagen, frei		
Psychotizismus	53	Gesundheitssorgen	2			
Somatisierung	55	Offenheit	3			
Unsicherheit im Sozialkontakt	54	Extraversion	5			
Zwanghaftigkeit	61	Emotionalität	4			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im Normbereich bei positiver Lebenseinstellung.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im Normbereich.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte liegen im Normbereich, bei über dem Normbereich liegender sozialer Orientierung.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen:

Die Werte zeigen sich im Normbereich, außer Gesundheits Sorgen im Sinne von wenig besorgt und gesundheitlich unbekümmert.

Zwanghaftigkeit: Der Wert zeigt sich gerade noch normgerecht.

Psychotizismus: Der Werte liegt im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen im Normbereich, außer Offenheit. Offenheit zeigt sich mit St = 3 im leicht auffälligen Bereich im Sinne von an Umgangsnormen orientiert, auf einen guten Eindruck bedacht.

GSI, PST: Die Werte zeigen sich normgerecht.

Profil:

Die Werte zeigen sich im Normbereich bei positiver Lebenseinstellung, deutlicher sozialer Orientierung und wenig Gesundheits Sorgen.

Auswertung 3

Bedeutungszusammenhänge der gestörten Wörter aus Assoziationsexperiment

faul: quälen, enttäuschen, Baum, krank, traurig

Wut: Angst, Schmerz, schlagen, frei

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum der Problematik steht vermutlich das Wort *faul* mit der zentralen Emotion der *Wut*. Es ist anzunehmen, dass die Pb wenig Raum zur Autonomie- und Individuationsentwicklung (frei, Baum, enttäuschen) hatte und sehr angepasst (frei, Wut) in den Elternkomplexen fixiert blieb. Mutmaßlich konnten Emotionen wie Wut und Aggression nicht gezeigt werden (Wut). Es scheint, als habe die Pb „immer“ funktioniert (faul, quälen, enttäuschen), und aus Angst (Angst, Schmerz) vor Liebesentzug den Erwartungen des Umfelds entsprochen. Das gestörte Wort *krank* könnte dies unterstreichen. Mutmaßlich ist der Pb die Regression in Krankheit nicht gestattet und sie stabilisiert und kompensiert regressive Wünsche durch Altruismus. Zusammenfassend kann von einem Selbstwert- und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund einer negativen Fixierung in den Elternkomplexen mit Überanpassung bei altruistischer Verarbeitung ausgegangen werden.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Aus den klinischen Fragebögen lässt sich keine psychische Belastung ableiten. Die Werte zeigen sich weitgehend im Normbereich bei positiver Lebenseinstellung, deutlicher sozialer Orientierung und wenig Gesundheitsorgen.</p>	<p>Selbstwert- und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines ungelösten Elternkomplexes mit Überanpassung bei altruistischer Verarbeitung.</p> <p>Ressourcen und finaler Aspekt: Das gestörte Wort Baum könnte die Sehnsucht nach Individuation und Selbstentfaltung widerspiegeln.</p>	<p>Enorme Anpassungsleistung, wenig Möglichkeiten der eigenen Autonomie- und Individuationsentwicklung. Vermutlich keine altersadäquate Herauslösung des Ich-Komplexes aus den Elternkomplexen während wichtiger Entwicklungsschritte.</p> <p>Aggressionshemmung und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt bei altruistischer Verarbeitung.</p>

Probandin Nr. 13/Alter: 43J/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	9	Die Pb wurde als zweites gewünschtes Kind geboren, Schwester (+3.) Schwester sei seit der Geburt bis heute viel krank. Eltern seien ängstlich und überfordert gewesen, keine Verbindung zu Verwandtschaft, daher auch keine Unterstützung. Mutter Lehrerin, Vater leitender Angestellter und viel unterwegs, wenig Beziehung zu den Kindern. Eltern sehr an Umgangsnormen orientiert, immer in Sorge, „was denken die Nachbarn“. Strenge konservative Erziehung, kein Reden über Gefühle. Konflikte wurden tabuisiert. Pb sei Vorzeigekind gewesen, Sonnenschein, immer gut gelaunt. Zuwendung über gute Leistungen und Anpassung an die Wünsche der Mutter. Mutter habe sie sehr an sich gebunden, habe Autonomiestritte nicht ertragen und alle Schritte in diese Richtung abgewertet oder mit Ängsten belegt. Daher lebte die Pb während des gesamten Studiums (Lehramt) bis 27J zu Hause. Verh. 3 Kinder, Lehrerin. Unsicherheit und Selbstzweifel, sie sei konfliktscheu.
Aggressivität	40	Lebenszufriedenheit	7	Verzögerte Reaktionszeit	16	
Ängstlichkeit	58	Soziale Orientierung	5	> 3 sek.		
Depressivität	46	Leistungs-orientierung	8	Keine Assoziation	-	
Paranoides Denken	41	Gehemmtheit	6	Keine Reproduktion	-	
Phobische Angst	64	Erregbarkeit	4	Wörter mit 2 KM:		
Psychotizismus	43	Aggressivität	5	dumm, traurig, Gefühl, Wut, nackt, faul, Angst, Schmerz, Schmutz		
Somatisierung	53	Beanspruchung	6	Wörter mit 3 - 4 KM:		
Unsicherheit im Sozialkontakt	54	Körperl. Beschwerden	6	Mutter, Herz, Arbeit, essen, Keller		
Zwanghaftigkeit	42	Gesundheitssorgen	5	Bedeutungszusammenhänge:		
GSI	50	Offenheit	5	Mutter: essen, Herz, Keller, traurig, Gefühl, Schmerz, Wut		
PSDI	39	Extraversion	5	faul: dumm, nackt, Angst, Schmutz, Arbeit		
PST	54	Emotionalität	4			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte zeigen eine über dem Normbereich liegende positive Lebenseinstellung bei deutlicher Leistungsorientierung.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im Normbereich.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte liegen im Normbereich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen sich in allen Kategorien im Normbereich.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im Normbereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen im Normbereich.

GSI, PST: Die Werte zeigen keine psychische Belastung.

Profil:

Die Werte zeigen eine positive Lebenseinstellung mit deutlicher Leistungsorientierung.

Die Zusammenschau der Werte zeigen keine psychischen Auffälligkeiten.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

dumm: Ich habe Angst dumm zu sein, merke es auch, wie wichtig mir die Schulleistungen meiner Kinder sind. Oft denke ich „hoffentlich merkt keiner, dass ich eigentlich dumm bin“. Ich bewundere Menschen, die klug sind, die Titel haben – vertraue ihrer Meinung mehr als anderen Menschen. Menschen, die mir irgendwie nicht so intelligent vorkommen, werte ich auch ab. Das habe ich von meiner Mutter. Meine Mutter wertete alles ab, was nicht deckungsgleich ihrer Einstellung oder Meinung entsprach.

Traurig: Das Thema mit meiner Schwester macht mich traurig – das wir uns so fremd sind. Wir können uns nicht länger als 10 Minuten unterhalten, dann gibt es einfach nichts mehr zu sagen. Insgesamt, dass es bei uns in der Familie so wenig Bindungen und Kontakte gibt, macht mich traurig. Ich beneide meine Freunde und Bekannte, die beispielsweise mit ihren Brüdern und Schwestern und allen Kindern in den Urlaub fahren oder feste Feiern. So etwas gibt es bei uns nicht.

Gefühl: Es gibt gute und schlechte Gefühle. Meinem Mann und meinen Kindern gegenüber habe ich gute Gefühle, das stabilisiert mich. Wenn ich an meine Eltern denke und an meine Schwester könnte ich heulen. Ich glaube, daher bin oft auch so emotional, weil ich es zu Hause nicht sein durfte, über Gefühle wurde nicht gesprochen. Eigentlich musste ich immer meine Mutter bestätigen (Pb ist den Tränen nahe).

Wut: Wut ist so negativ besetzt in unserer Gesellschaft. Dabei wünsche ich mir mal richtig wütend zu sein und meine Meinung zu sagen. Das traue ich mich oft nicht. Wenn ich es mir recht überlege, nehme ich mich sofort zurück, sobald jemand anderer Meinung ist. Ich glaube, dass ist aus Angst, nicht mehr gemocht zu werden. Eigentlich bin ich total konfliktscheu.

Nackt: Babies sind nackt. Sie haben eine schöne weiche Haut und riechen gut. Dann gibt es noch die seelische Nacktheit - so dieses bloßgestellt fühlen. Auch wenn mich die meisten Mensch für offen halten, gebe ich sehr wenig persönliches Preis. Ich möchte nicht, dass andere Menschen, außer meiner besten Freundin und meinem Mann, von meinen Schwächen wissen. Mein Umfeld hält mich für sehr belastbar und selbstbewusst und das ist mir schon wichtig.

faul: Faul sein war in meiner Familie was ganz schlimmes. Bei uns wurde immer gearbeitet und früh aufgestanden. Ich ziehe heute noch, morgens zu aller erst die Rollläden hoch, dass die Nachbarn nicht denken, wir würden noch schlafen, also wir seien Langschläfer und damit faul. Ich kann mich auch schlecht ausruhen oder mich entspannen. Wenn ich es tue, rechtfertige ich mich dafür. Mein Unterricht ist immer total gut vorbereitet – ich mache sehr aufwändige Dinge mit meinen Schülern und arbeite daher sehr viel. Faulheit ist in meiner Familie mit Charakterschwäche und minderer Intelligenz verbunden. Fleißige Leute werden bewundert und gelobt, auch wenn sie vielleicht dumm sind.

Angst: Angst nicht gut genug zu sein. Angst, keine Anerkennung zu bekommen. Bei mir geht es vor allem um Anerkennung, nicht um Beileibtheit oder so. Ich weiß, dass mich die meisten Leute sympathisch finden. Es ist der Wunsch nach Anerkennung, nach Bewunderung, der Wunsch, etwas Besonderes zu sein.

Schmutz: Dreckige Fenster, Schmutz im Haus, aufräumen, putzen. Der Haushalt belastet mich schon ganz schön. Vor allem, wenn Besuch kommt bin ich unruhig und putze.

Mutter: Sehr dominant. Weiß alles besser. Eigene Ideen oder Pläne wurde von ihr abgewertet oder es wurde mir so lange sämtliche Befürchtungen eingeredet, bis ich es gelassen habe. Lange war unsere Beziehung sehr eng. Wir haben uns die gleichen Klamotten gekauft und über alles geredet – wie die beste Freundin. Darum bin ich auch Lehrerin geworden, wie meine Mutter. Der Beruf macht mir Spaß, aber ich glaube ich leide darunter, dass es nicht meine eigene Entscheidung war, ich hatte keine Optionen. Meine Schwester war die Kranke, Schwache. Ich die Starke, Gesunde.

Herz: Emotion, herzlich ist schön, Symbol der Liebe.

Arbeit: viel Arbeiten, nicht faul, Anerkennung und Bestätigung. Hohe Anforderungen an sich selber. Macht auch Spaß, ein Leben ohne Berufstätigkeit könnte ich nicht vorstellen.

essen: Ich esse gerne, leider oft zu viel, gerade wenn ich müde oder angestrengt bin. Ich habe schon immer Figurprobleme, obwohl ich immer schlank war. Essen und Figur ist eigentlich schon immer ein großes Thema für mich, daher mache ich viel Sport. Ich mach Sport, um nicht zuzunehmen. Das ist der Grund.

Keller: Dunkel, Angst, Spinnen, aufräumen. Angst vor Spinnen, die sind im Keller. Wenn ich abends allein im Haus bin gehe ich nicht gern in den Keller, das war schon als Kind so. Ich mag keine Kellerzimmer, würde nie in einem Bungalow wohnen wollen. Da gehört der Keller ja oft zum Wohnraum dazu. Keller sind immer irgendwie unangenehm.

Bedeutungszusammenhänge:

Mutter: essen, Herz, Keller, traurig, Gefühl, Schmerz, Wut

faul/dumm: nackt, Angst, Schmutz, Arbeit

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum der Problematik stehen vermutlich die Wörter *Mutter* und *dumm/faul* mit der zentralen Emotion der *Angst* (Angst). Die Pb scheint in der frühkindlichen Phasen keine sicheren Objekte internalisiert zu haben, worauf die gestörten Wörter *traurig*, *dumm*, *Gefühl* und *Mutter* hinweisen könnten mit den Assoziationen der Wertlosigkeit und der Angst vor seelischer Nacktheit sowie dem Wunsch nach Bindungen und Beziehungen. Das gestörte Wort *essen* könnte dies weiter untermauern und auf eine orale Fixierung hinweisen. Die Assoziation zu *Gefühl* und *traurig* könnte auf eine schwierige Geschwisterbeziehung mit Rivalität hindeuten. Die Assoziation zu *faul*, *Schmutz*, *Keller* und *Angst* könnten einen Hinweis auf rigorose Über-Ich Forderungen geben und Ängste zeigen, den Anforderungen nicht gerecht zu werden. Die Assoziationen zu *Schmutz* und *Keller* könnten die Vermutung einer Überanpassung nahe legen (Verdrängung von Schattenanteilen) sowie die Hypothese den rigorosen Anforderungen nicht gerecht zu werden, weiter untermauern. In der Zusammenchau kann von einem Selbstwertkomplex, Geschwisterkomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Vater- und Mutterkomplexes ausgegangen werden. Der Beruf und die eigene Familie scheinen stabilisierend zu wirken.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Positive Lebenseinstellung mit deutlicher Leistungsorientierung.</p> <p>Die Ergebnisse der klinischen Fragebogen zeigen keine psychischen Auffälligkeiten.</p>	<p>Selbstwertkomplex, Geschwisterkomplex und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines neg. Vater- und Mutterkomplexes. Der Beruf und die eigene Familie scheinen stabilisierend zu wirken.</p> <p>Ressourcen und finaler Aspekt: Ressourcen könnte die Reflektionsfähigkeit der Pb sein, die sich in den Assoziationen zeigt.</p>	<p>Es ist anzunehmen, dass die Pb in der oralen Phase durch die Krankheit der Schwester und fehlender verwandtschaftlicher Unterstützung Ängsten und Verunsicherung der Eltern ausgesetzt war und so unzureichendes Containing erfahren hat. Die Mutter scheint die Pb als Selbstobjekt introjiziert zu haben zur eigenen Stabilisierung. Autonomiestritte konnte die Mutter nicht ertragen, sie wurden abgewertet. Dies führte sicherlich zu einer Schwächung des Selbst.</p> <p>Autonomie- Abhängigkeitskonflikt und Selbstwertkonflikt vor dem Hintergrund einer symbiotischen Mutter-Tochter Beziehung.</p>

Probandin Nr. 14/Alter: 44J/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	Herz, traurig	Eltern beide Akademiker. Bruder (+3) sei sehr leistungsfähig und der Stolz beider Eltern gewesen. Sie sei die „kleine Dumme“ gewesen, sei eher „schwächlich“ und „kränklich“ gewesen in Kinder- und Jugendzeit. In der Familie zählte nur Arbeit und Leistung, darüber habe sie Zuwendung erhalten. Beide Eltern haben keine Gefühle zeigen können, Konflikte und Aggressionen wurden verleugnet. Vater patriarchal. Sie sei eine gute Schülerin gewesen, angepasst, leistungsorientiert, sie habe keine Pubertät durchlebt. Nach Abitur habe sie Ingenieurwesen studiert. In Studienzeit eine stationäre psychosomatische Therapie wegen massiven Selbstzweifeln, Phobien, Übelkeitsgefühlen und Gastritis. Verheiratet, 2 Kinder. Sie arbeite halbtags, fühle sich einerseits erschöpft u. Belastet, andererseits beruflich unterfordert. Aktuell wieder Magenprobleme u. häufige Übelkeit.
Aggressivität	62	Lebenszufriedenheit	3	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	17	
Ängstlichkeit	66	Soziale Orientierung	6	Keine Assoziation	quälen	
Depressivität	64	Leistungsorientierung	5	Keine Reproduktion	Krank, schlecht,	
Paranoides Denken	55	Gehemmtheit	6	Stereotypen	4x rot, 2x Energie	
Phobische Angst	59	Erregbarkeit	6	Wörter mit 2 KM	Herz, Geiz, Gefühl, nackt, Familie, Tier, essen	
Psychotizismus	64	Aggressivität	3	Wörter mit 3 -4 KM	quälen, traurig, Chef, krank, schlecht	
Somatisierung	56	Beanspruchung	9	Bedeutungszusammenhänge:		
Unsicherheit im Sozialkontakt	55	Körperl. Beschwerden	7	quälen:	Herz, Gefühl, Familie, Tier, krank, essen	
Zwanghaftigkeit	64	Gesundheitssorgen	5	Familie:	Chef, traurig, schlecht, Geiz	
GSI	62	Offenheit	6			
PSDI	60	Extraversion	4			
PST	63	Emotionalität	7			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im auffälligen Bereich bei sehr auffälligem Wert in der Kategorie „Belastung“. Tendenziell unzufrieden, bedrückt, traurig und oft angespannt.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte für Aggressivität im FPI liegen im auffälligen unteren Bereich, im Sinne von wenig aggressiv und sehr kontrolliert. In der SCL-90®-S liegen die Werte gerade noch im Normbereich.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte zeigen sich normgerecht, außer Ängstlichkeit und Emotionalität. Diese Werte liegen im auffälligen Bereich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen:

Die Werte zeigen starke Auffälligkeiten im Bereich der körperlichen Beschwerden, Somatisierung und Gesundheits Sorgen liegen im Normbereich.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im leicht auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im leicht auffälligen Bereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte zeigen leichte Auffälligkeiten.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass eine leichte psychische Belastung vorliegt.

Profil:

Auffälligkeiten im Bereich Depression, Angst und Zwanghaftigkeit mit dem Gefühl sehr stark belastet zu sein. Psychosomatische Beschwerden. Die Pb scheint tendenziell emotional empfindlich und labil zu sein.

Auswertung 3

Bedeutungszusammenhänge

Quälen: Herz, Gefühl, Familie, Tier, krank, essen

Familie: Chef, traurig, schlecht, Geiz

Erhebung des Assoziationskontextes

Quälen: Ich hatte früher mehrere Phobien, die haben mich gequält. Jetzt quält mich manchmal das Gefühl mich selbst zu verlieren, mich zu verflüssigen in den ganzen Anstrengungen mit meiner Familie. Ich habe oft Selbstzweifel – was auch an meinen total überhöhten Ansprüchen an mich selber liegt.

Familie: Wärme, Nähe, Anstrengung, zu viel Nähe, essen, Umarmung, Auseinandersetzung, Ausbeutung, Liebe, Verzeihen. Das Leben hält sich in der Waage zwischen Liebe und Anstrengung. Es wird einem eingetrichtert: Familie ist das Tollste. Manchmal wünsche ich sie zum Teufel. Liebe macht nicht frei. Ich könnte niemandem raten Kinder zu kriegen. Ich bin da sehr ambivalent zwischen Nähe und Distanz, zwischen Liebe und Anstrengung. Ich bin manchmal gerne alleine. Habe das Bedürfnis nach Ich-Sein.

Essen: Lange war essen für mich eine Belohnung. Ich hatte da ein richtiges Belohnungssystem, um mich selber zu belohnen. Ich esse gerne alleine, da schmecke ich mehr. Das Essen

mit der ganzen Familie wird total überbewertet. Ich habe früher 20 kg mehr gewogen und sehr stark abgenommen in den letzten Jahren. Als Kind war ich sehr dünn – das Zunehmen war während des Abiturs. In einer Familie herrscht immer Futterneid. Wenn ich sonst in der Familie nichts kriege möchte ich wenigstens meinen Anteil am Essen haben. Es nervt mich, wenn die Familie alles in sich hineinstopft. Die Versorgung der Familie mit Fressalien nervt.

Chef: Da fällt mir ein, dass ich keinen habe. Ich bin meinem Chef überlegen – habe studiert, er nicht. Zu Hause sind wir gleichwertig. Bei Chef habe ich das Bild eines älteren Mannes, der versorgend und beschützend ist, vor mir. Chef an sich finde ich unangenehm, da steht jemand über einem und erhöht sich.

Wut: Ist ein Gefühl von „ich kann nicht mehr“. Es zerreißt mich innerlich, macht mich ohnmächtig.

Herz: Zeichen für Liebe. Ich liebe meinen Mann und er mich. Das ist schön. Es gibt aber auch noch die andere Seite: Die Schwere, die Herzenslast. Ich habe manchmal Angst, mich selbst zu verlieren, es einfach nicht zu schaffen mit meinen Söhnen. Fühle mich schuldig, dass es in der Schule nicht so gut läuft.

Krank: Ich war als Kind immer die kränkliche und schwächliche. Mein Vater konnte nichts mit mir anfangen. Mein Bruder war der Tolle und Starke. Ich habe immer viele Beschwerden gehabt: Magenprobleme und Übelkeit, häufige Infekte.

Gefühl: Ambivalenz zwischen Liebe/Nähe und Anstrengung/Wut auf die Familie. Ich habe schon viele positive Gefühle meinen Söhnen gegenüber, aber eben auch diese negativen. Sie nerven mich auch, dann bin ich innerlich sehr wütend, was mich fast zerreißt. Meine Eltern konnten keine Gefühle zeigen.

Ich hatte immer das Gefühl die „kleine Dumme zu sein“. Zuneigung gab es nur über Leistung.

Traurig: Ich versuche ein positiver Mensch zu sein. Leider gelingt mir das oft nicht. Die Traurigkeit spüre ich oft wie eine Last und sie schlägt dann um in Genervtheit. Ich glaube die Beziehung zu meinen eigenen Eltern spielt eine große Rolle: Ich hatte zu beiden Eltern keine gute Beziehung. Beide haben nicht viel von mir erwartet – ich habe ihre Erwartungen nie erfüllen können, trotz, dass ich studiert habe.

Tier: Als Kind habe ich mir Kaninchen gewünscht. Irgendwann haben meine Eltern nachgegeben und ich habe eines bekommen. Immer wenn ich traurig war hat mich mein Kaninchen getröstet.

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Im Zentrum der Problematik stehen vermutlich die Wörter *quälen* und *Familie*. Diese Wörter werden im folgenden auch als die zentralen Komplexmerkmale betrachtet. Vor allem das Wort *quälen* scheint stark komplexhaft zu sein: Die Probandin hatte während des Experiments keine Assoziation zu diesem Wort: Bei der Kontexterhebung assoziiert sie ihre früheren Phobien, ihre Ängste, dass sich ihr Selbst verflüssigen könne, sowie ihre massiven Selbstzweifel. Die Assoziationen zu *Familie* könnten ihre ambivalenten Gefühle zwischen dem Wunsch eine gute Mutter zu sein (im Sinne von es besser zu machen als die eigene

Mutter) und der Selbstaufgabe darin widerspiegeln. Die mutmaßlich unterdrückten Aggressionen (Wut) und die hohen Anpassungsleistungen lassen scheinbar kaum eigene Bedürfnisanprüche zu (essen = wenn ich sonst in der Familie nichts kriegen möchte ich wenigstens meinen Anteil am Essen haben. Es nervt mich, wenn die Familie alles in sich hineinstopft. Die Versorgung der Familie mit Fressalien nervt). Wut und Aggression wird spürbar. Das gestörte Wort *Herz* und *essen* könnte ein Hinweis auf wenig erlebte Fürsorge und Herzlichkeit im Sinne von mütterlicher Pflege und Fürsorge sein, sowie die Hypothese auf mangelhaft erlebte Objektkonstanten vermuten lassen. Untermauert werden kann dies von den gestörten Wörtern *Geiz*, *Gefühl* und *traurig*. *Geiz* könnte das erlebte Mangelereben hinsichtlich Emotionalität, Nähe und Bindungssicherheit unterstreichen. Die Wörter *schlecht* und *traurig* mit der Assoziation, nur über Leistung Zuwendung erfahren zu haben, und dem Gefühl die „Kleine Dumme“ gewesen zu sein, könnten Hinweis auf ein Minderwertigkeitserleben und auf ein primäres Schuldgefühl geben (patriarchale Forderungen des Vaters). Insgesamt konnten als zentrale Komplexe ein Selbstwert- und Minderwertigkeitskomplex, ein Schuldkomplex (primäres Schuldgefühl) ein negativer Vaterkomplex (rigorosen Über-Ich Anforderungen), ein negativer Mutterkomplex (keine Gefühle zu Hause, Bevorzugung des Bruders), ein Aggressionskomplex und ein Geschwisterkomplex eruiert werden.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Auffälligkeiten im Bereich Depression, Angst und Zwanghaftigkeit mit dem Gefühl sehr stark belastet zu sein. Psychosomatische Beschwerden, tendenziell emotional empfindlich und labil.</p>	<p>Selbstwertkomplex und Minderwertigkeitskomplex vor dem Hintergrund eines neg. Mutterkomplex und Geschwisterkomplex bei patriarchalem Vater. Schuld- und schamhafte Verarbeitung. Somatisierung zur Abwehr von Depression.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen: Herz – Liebe und rot, Wut – Energie und rot, Angst – schwarz, Baum – Blatt und grün, Mund – rot, frei – himmelblau. Die Assoziationen zu Farben könnten einen Zugang zum kreativen und symbolischen Ausdruck sein. Der Stereotyp rot könnte zeigen, dass viel Emotionen vorhanden ist, welche in schöpferischen Libidofluss umgewandelt werden könnte. Musik – Energie = Libido kommt in Fluss.</p>	<p>Enorme Anpassungsleistung, wenig Möglichkeiten der eigenen Autonomie- und Individuationsentwicklung. Vermutlich keine altersadäquate Herauslösung des Ich-Komplexes aus den Elternkomplexen während wichtiger Entwicklungsschritte.</p> <p>Depression, Aggressionshemmung und Autonomie- Abhängigkeitskonflikt bei psychosomatischer Verarbeitung.</p>

Probandin Nr. 15/Alter: 56J/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	19	Mutter bei Geburt 20 Jahre alt, noch im Studium. Pb mit 1,5 Monaten zur Tagesmutter, dann wechselnde KITA, danach Schlüsselkind, da beide Eltern berufstätig. Beide Eltern hätten sich nur um ihre Karrieren gekümmert. In Jugendzeit sei sie viel alleine gewesen. Pb hat das Gymnasium 3 mal gewechselt, einfach weil Pb es wollte. Eltern habe es nicht interessiert. Abitur, dann Ausbildung zur Altenpflegerin. Pat. arbeitet seit 35 Jahren in diesem Beruf. Lebt in langjähriger Partnerschaft (17 J). Ungewollt kinderlos. Fünf Jahre aufopferungsvolle Pflege des Vaters bis zu dessen Tod. Trotzdem Schuldgefühle. Sie sei „immer“ für andere da, könne aber nicht über sich sprechen. Emotionslose Mutter, sehr auf Anpassung bedacht, Adipositas seit Jugendzeit, unter der sie leide, schon mehrere Kuren und Diätversuche. Schlafstörungen. Schon einige Therapieversuche.
GSI	48	Lebenszufriedenheit	3	Keine Reproduktion	Mutter, dumm	
PSDI	64	Soziale Orientierung	6	Verzögerte Reaktion	28	
PST	52	Leistungsorientierung	1	> 3 sek.		
Aggressivität	41	Gehemmtheit	3	Stereotypen	7x gut, 4x wenig, 5x nein, 6x ja, 2x Bezugsperson	
Ängstlichkeit	57	Erregbarkeit	4	Wörter mit 2 KM	Haus, Heim, Familie, vertrauen, quälen, zufrieden, Geiz, Gefühl, Keller, schlecht, Arbeit	
Depressivität	63	Aggressivität	3	Wörter mit 3 – 4 KM	Kopf, Mutter, dumm, Freund, trinken, Tod, gut	
Paranoides Denken	39	Beanspruchung	7	Kategorisierung, Bedeutungszusammenhänge:		
Phobische Angst	45	Körperl. Beschwerden	6	Mutter: gut, Gefühl, Geiz, trinken, schlecht, Freund		
Psychotizismus	51	Gesundheitssorgen	1	Familie, Haus, Heim. Sowie die Stereotypen: wenig und Bezugsperson.		
Somatisierung	45	Offenheit	3	dumm/quälen: zufrieden, Kopf, Arbeit, Keller, vertrauen, Tod		
Unsicherheit im Sozialkontakt	37	Extraversion	4	Inhaltlich: dumm – nervig, zufrieden – wäre schön, traurig – immer, Wut – wenig		
Zwanghaftigkeit	66	Emotionalität	5			
		Offenheit = Stanine 3!				

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im leicht auffälligen Bereich. Unzufrieden, bedrückt, traurig, oft angespannt, sich im Stress fühlend. Leistungsorientierung zeigt einen Wert von St.= 1, d.h. auffällig wenig leistungsorientiert und energisch.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im unteren auffälligen Bereich: wenig aggressiv oder kontrollierend.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich Werte im Normbereich mit Tendenz zur Auffälligkeit im unteren Bereich: eher ungezwungen, wenig Misstrauen, keine Unsicherheiten im Sozialkontakt.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte zeigen sich im Normbereich, außer Gesundheitsorgen mit St.= 1. Dieser Wert könnte zeigen, dass die PB wenig Gefühl für den eigenen Körper hat und einen unbekümmerten bis nachlässigen Umgang mit dem eigenen Körper pflegt.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt mit T = 66 im auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen außerhalb des Normbereichs im auffälligen Bereich, im Sinne von auf einen guten Eindruck bedacht, mangelnder Selbstkritik, introvertiert und verschlossen.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass keine grundsätzliche psychische Belastung vorliegt.

Profil:

Die Ergebnisse zeigen leichte Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression mit tendenziell eher bedrückter Lebenseinstellung, leichten Überforderungs- und Stressgefühlen, sowie im Bereich der Zwanghaftigkeit. Insgesamt pflegt die Pb vermutlich einen eher nachlässigen Umgang mit ihrem Körper und verfügt über wenig Wahrnehmung für ihren Körper. Die Werte zeigen insgesamt, dass in der Zusammenschau keine oder nur eine geringe psychische Belastung vorliegt. Wobei das Antwortverhalten „faking good“ bedacht auf einen guten Eindruck und „wenig Bereitschaft zur Offenheit“ (Antwortverhalten: soziale Erwünschtheit) mit in die Interpretation eingeschlossen werden sollte.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

Haus: Unser Haus ist schön, aber ich möchte es nicht. Lieber in O. leben. Dort wäre ich freier, da der Bruder meines Lebensgefährten nicht immer da wäre. Er ist sonst alleine.

Heim: Kinderheim?

Familie: Gute Familie, schade, dass ich keine Geschwister habe, ein paar kleine Brüder wären toll gewesen. Meine Eltern wollten keine weiteren Kinder.

Vertrauen: Es fällt schwer jmd. zu vertrauen. Möchte niemandem zur Last fallen.

Quälen: Die Nächte quälen mich, die Schlaflosigkeit, der Job. Abnehmen. Diäten.

zufrieden: Unzufrieden, weil ich mit Job und Wohnung nicht weiter weiß (Pb hat Frosch im Hals.) Ich habe immer viel bezahlt für meinen Lebensgefährten, der Bruder gibt mein Geld

aus. Zufrieden, wenn ich alleine bin und keiner was von mir will, spazieren gehen in der Natur. Mein Lebensgefährte hilft mir, wenn er da ist.

Geiz: Gebe gerne meinem Lebensgefährten, möchte nichts zurück. Wenn jemand etwas benötigt, gebe ich es. Geiz kann ich nicht verstehen.

Gefühl: Da fällt mir nichts ein.

Keller: Abstellraum, dunkel, keine Angst, aufräumen.

schlecht: Was ist schlecht? manche Leute finden alles schlecht. Ich bin ein positiver Mensch und erkläre entschuldige immer alles.

Arbeit: Eigentlich gerne, diese Arbeit nicht, keine Anerkennung, nur Gemecker von Chefin. Vielleicht Frührente? Kollegen haben auch schon gekündigt. Ich weiß, dass ich zu dick bin, meine Chefin sagt es immer wieder.

trinken: Gelegentlich. Gerne Wein. Ist wichtig.

Tod: Vater ist gestorben, die Trauer ist noch nicht verarbeitet. Schwierig. Habe ich genug getan? Seit seinem Tod sind meine Schlafstörungen schlimmer.

gut: Es ist nicht gut, ich bin zu oft traurig. Es ist schlimm nachts zwischen zwei und vier Uhr, ich kann nicht weinen.

Mutter: Anwesend aber nicht beteiligt, sie war bei meiner Geburt 20 Jahre und hat noch studiert. Sie war zu jung, sie wollte nur den Mann (meinen Vater) durch die Schwangerschaft an sich binden. Nicht liebevoll, bin halt versorgt worden. Mutter war von 6.30 Uhr bis 19.00 Uhr bei der Arbeit. Wenn ich sie fragte, ob sie mich mal in den Arm nehmen kann, war das sehr schwierig für sie. Nie Fragen, was ich gemacht habe. Vater hat sich nur um seine Karriere gekümmert. Keiner hat sich die Mühe gemacht, nach mir zu fragen. Als Strafmaßnahme, wenn ich mal nicht nur funktioniert habe, hat Mutter mich eine Woche ignoriert. Mutter hat keine Liebe erfahren und konnte daher auch keine Liebe geben.

Dumm: Ich kann mit Dummheit nicht umgehen, mangelnde Bildung ist etwas anderes. Wiederholungstraum: „Ich muss Abitur schreiben, dabei muss ich doch zur Arbeit. Eltern sind nicht zu Hause, ich versuche die Mutter anzurufen, jedoch habe ich keine Telefonnummer“.

Kopf: Tut weh, kreisende Gedanken in der Nacht, Schlaflosigkeit, Kopf kann nicht aufhören zu denken, Gedanken an meinen Vater. Was hätte ich anders machen können? Gedanken über die Arbeit. Bedrückend. Ich könnte aufhören zu arbeiten, aber was dann?

Freund: Mein Lebensgefährte, andere gute Freunde. Vertrauen wäre schön. Niemand weiß, wie es mir geht. Ich bin immer für andere da – die anderen wissen nichts über mich, denken, ich bin immer gut drauf.

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziations-experiments

Im Zentrum der Problematik stehen vermutlich die gestörten Wörter *dumm/quälen* und *Mutter/trinken*, mit den Emotionen der Wertlosigkeit und Minderwertigkeit.

Diese gestörten Wörter lassen ein frühes emotionales Mangelereben mit oraler Fixierung vermuten (Trinken). Wichtige Entwicklungsschritte sowie die Anforderungen des Erwachsenen-Selbst werden durch Überanpassung und Altruismus bewältigt. Aggressionen werden verleugnet. Das Ich wird scheinbar so stark gehemmt, dass wenig Leistungsbereitschaft möglich wird (Arbeit, Chef, dumm). Die langjährige Beziehung, das Berufsleben sowie der

Anhang

Altruismus scheinen die Pb über viele Jahre hinweg stabilisiert zu haben. Der Tod des Vaters, nach mutmaßlich aufopferungsvoller Pflege, wird schuldhaft verarbeitet. Dies könnte Hinweise auf ein primäres Schuld- und Schamgefühl und eine Not-Ich Entwicklung geben. Durch den Tod des Vaters flammen die virulenten Konflikte erneut auf. Die Adipositas könnte diese Vermutung weiter untermauern.

Zentral wirksame Komplexe sind vermutlich der Minderwertigkeitskomplex sowie ein negativer Leistungs- und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Elternkomplexes mit oraler Fixierung bei schuld- und schamhafter Verarbeitung. Bevorzugter Abwehrmechanismus ist vermutlich der Altruismus (Freund, Tod, schlecht).

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Leichte Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression, mit leichten Überforderungs- und Stressgefühlen, bei auffällig niedrigen Werten in den Kategorien der Leistungsorientierung. In der Kategorie Zwanghaftigkeit zeigt sich eine deutliche Auffälligkeit. Insgesamt scheint die Pb einen nachlässigen Umgang mit ihrem Körper zu pflegen und über wenig Wahrnehmung für ihren Körper zu verfügen. Die Werte zeigen in der Zusammenschau eine geringe psychische Belastung.</p> <p>Das Antwortverhalten „faking good“ und „wenig Bereitschaft zur Offenheit“ sollte mit in die Interpretation eingeschlossen werden sollte.</p>	<p>Zentral wirksame Komplexe sind vermutlich der Minderwertigkeitskomplex sowie ein negativer Leistungs- und Aggressionskomplex vor dem Hintergrund eines negativen Elternkomplexes mit oraler Fixierung bei schuld- und schamhafter Verarbeitung. Bevorzugter Abwehrmechanismus scheint der Altruismus zu sein.</p> <p>Ressourcen und finaler Aspekt: Der Wiederholungstraum (dumm) könnte im Sinne des finalen Aspekts positiv bewertet werden. Er könnte zeigen, dass die Pb über einen Zugang zu unbewussten Themen verfügt.</p>	<p>Schwangerschaft zur Stabilisierung der Beziehung, dabei vermutlich schon intrauterin ambivalenten Gefühlen der Mutter ausgesetzt. Vermutlich keine Internalisierung stabiler Objekte da beide Eltern seit Geburt ganztätig berufstätig waren und die Pb in wechselnden Einrichtungen versorgt wurde. Entwicklungsschritte und Übergänge wurden im Modus der Anpassung bewältigt, wobei Aggressionen unterdrückt wurden. Ich-Hemmung und weitere Herabsetzung des Selbstwertgefühls. Eigene Versorgungswünsche mussten aufgrund der emotional distanzierten und häufig abwesenden Mutter aus Angst vor Liebesentzug und primären Schuldgefühlen verdrängt werden. Adipositas, Schuld- und Schamgefühle verstärkten sicherlich die altruistischen Bewältigungsstrategien. Reaktivierung der Konflikte durch den Tod des Vaters.</p> <p>Adipositas und depressiver Grundkonflikt vor dem Hintergrund früher Bedürftigkeit vs. Klaglosigkeit bei altruistischem Verarbeitungsmodus.</p>

Probandin Nr. 16/Alter: 59J/m

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Falsche Reproduktion	14	Der Vater sei 15 Jahre älter gewesen als die Mutter. Vater des Vaters sei Alkoholiker gewesen. Die Eltern hätten 10 Jahre versucht Kinder zu bekommen. Mutter habe es sehr schwer gehabt. Ihre Eltern hätten sie rausgeschmissen, als sie ihren zukünftigen Ehemann kennen lernte, da dieser bereits geschieden war. Pb habe eine 1,5 Jahre jüngere Schwester, zu der sie kein gutes Verhältnis hatte: Neid und Rivalität. Die Mutter sei resolut, dominant, würde herumkommandieren, kein Bitte, keine Umarmung, keine Emotionen. Auch der Vater habe keine Emotionen zeigen können. Der Vater sei Angestellter in einem Betrieb gewesen, die Mutter ebenfalls. Er sei an Krebs verstorben, als die Pb 16 J. alt war. Die Pb habe eine Lehre absolviert, arbeite seit vielen Jahren diesem Beruf. 2 Söhne, geschieden. Die Ehe sei sehr schwierig gewesen. Ehemann Alkoholiker, verbal sehr demütigend. Starke Schuldgefühle, dass sie Familie verlassen hat. Sohn (25) arbeitet nicht, sie finanziert ihn aus Schuldgefühlen.
Aggressivität	50	Lebenszufriedenheit	4	Verzögerte Reaktionszeit	19	
Ängstlichkeit	59	Soziale Orientierung	6	> 3 sek		
Depressivität	53	Leistungsorientierung	5	Keine Assoziation:	Quälen, Vertrauen, Gefühl, fremd, Strafe	
Paranoides Denken	48	Gehemmtheit	5			
Phobische Angst	45	Erregbarkeit	4	Wörter mit 2 KM:		
Psychotizismus	42	Aggressivität	4	Familie, schlagen, Geiz, Geld, Kampf, Angst, krank, frei, Keller, enttäuschen, schlecht		
Somatisierung	52	Beanspruchung	6	Wörter mit 3 -4 KM:		
Unsicherheit im Sozialkontakt	37	Körperl. Beschwerden	6	Quälen, Vertrauen, Gefühl, fremd, Strafe, Vater, Ehe, Mann		
Zwanghaftigkeit	52	Gesundheitssorgen	5	Bedeutungszusammenhänge:		
GSI	49	Offenheit	3	Quälen: frei, krank, Angst, Kampf, Geiz, Ehe, Mann, schlagen, Strafe, schlecht		
PSDI	52	Extraversion	5	Vertrauen: enttäuschen, Keller, Geld, Vater, Familie, fremd, Gefühl		
PST	50	Emotionalität	6			

Auswertung 2

Interpretation der Ergebnisse

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im Normbereich.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im Normbereich.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Die Werte liegen im Normbereich, außer „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Dieser Werte liegt mit

T = 37 im unteren auffälligen Bereich.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen:

Die Werte liegen im Normbereich.

Zwanghaftigkeit: Der Wert zeigt sich im Normbereich.

Psychotizismus: Der Wert zeigt sich im Normbereich.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte zeigen keine Auffälligkeiten.

GSI, PST: die Werte zeigen, dass keine psychische Belastung vorliegt.

Profil:

Die Werte zeigen keine psychischen Auffälligkeiten. Auffällig zeigt sich nur der Werte in der Kategorie „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Dieser Werte liegt mit T = 37 im unteren auffälligen Bereich, im Sinne von sehr sicher im Sozialkontakt. Mutmaßlich spielt hier das Antwortverhalten „faking good“ eine Rolle.

Auswertung 3

Kontextaufnahme zu den gestörten Wörtern

Quälen: Das sollte man nicht tun. Quälen gehört zu enttäuschen. Es gibt psychische und physische Qualen. Beides tut man nicht. Ich bin nie geschlagen worden, mir wurden nur seelische Qualen zugefügt in meiner Ehe. Mein Mann hat mich seelisch gequält. Vor allem, wenn er Alkohol getrunken hatte. Er hat mich ausgesperrt, nachdem ich mit einer Freundin etwas trinken war. Er hat mich beschimpft, auch als Hure. Das macht die Liebe kaputt.

Vertrauen: Das finde ich wichtig. Ohne Vertrauen geht es nicht. Ich vertraue meinem Sohn nicht mehr – ich möchte Taten sehen. Zu einigen guten Freundinnen habe ich Vertrauen.

Gefühl: Ich bin sehr emotional. Wenn ich eine Freundschaft habe ist mir das sehr wichtig. Keine oberflächlichen Freundschaften. Ich mache einen großen Unterschied zwischen Freunden und Bekannten.

Fremd: Hat mit meinem Charakter zu tun. Habe Schwierigkeiten auf Leute zuzugehen. Tue ich mir schwer. Ich bin sehr zurückhaltend. Hatte früher kein Selbstvertrauen, war gehemmt, schüchtern. Es fehlt heute immer noch viel aber immerhin traue ich mich jetzt zu tanzen und mache Sport. In meiner Ehe habe ich mich nicht getraut mich zu bewegen. Vor der Trennung war ich ein Nichts. Bin immer unzufrieden mit mir. Fühle mich dick und hässlich.

Strafe: Würde ich mit dem verbinden, was ich schon seit Jahren habe. Ich habe unsere Familie kaputt gemacht, weil ich mich von meinem Mann getrennt habe. Schuldgefühle. Mein Sohn gibt mir die Schuld. Er bestraft mich mit seinem Verhalten.

Familie: Familie – sehr schwierig. Meine eigene Ehe war schwer. Mein Ex-Mann hat mich gedemütigt, hat mich beschimpft. Seit ich ihn verlassen habe, habe ich mir langsam ein Selbstbewusstsein aufgebaut. Mein Sohn gibt mir trotzdem das Gefühl, die Familie zerstört zu haben. Ich habe nach wie vor Schuldgefühle – daher lasse ich mir auch soviel gefallen (in Bezug auf den Sohn).

Vater: Keine Emotion. Er konnte keine Liebe zeigen. Als ich 16 Jahre alt war, ist er an Krebs verstorben.

Schlagen: Ich habe meine Söhne nicht geschlagen. Schlagen finde ich sehr schlimm. Selber bin ich von meinen Eltern auch nicht geschlagen worden – vielleicht mal eine Ohrfeige, aber das war ja ganz normal. Meine Eltern haben mich zur Strafe ignoriert. Manchmal haben sie tagelang nicht mit mir gesprochen. Das ist hart.

Mann: Manchmal würde ich schon gerne wieder jemanden kennen lernen. Ich habe aber auch Angst, wegen der Erfahrungen mit meinem Ex. Ich möchte meine Freiheit nicht mehr aufgeben.

Ehe: Meine Ehe war schrecklich. Sie war eine Qual. Ich würde so etwas nie mehr mit mir machen lassen.

Geiz: Geizig bin ich nicht. Ich zahle und zahle für meinen Sohn. Ich gebe jedem der braucht. Manchmal ärgert mich das auch.

Geld: Mein Sohn braucht immer Geld.

Kampf: Das Leben ist oft ein Kampf. Morgens beim Aufstehen fängt das schon an: Also je nach dem, wie es meinem Sohn geht. Eigentlich bin ich nicht depressiv. Aber wenn es meinem Sohn schlecht geht zieht mich das so runter, dass ich morgens kaum aufstehen kann.

Angst: Angst, dass mein Sohn es nicht packt. Angst, dass ich dabei mit draufgehe, weil ich es nicht aushalte. Ich fühle mich so kraftlos, obwohl ich eigentlich ein positiver Mensch bin.

Krank: Ich frage mich, was ich falsch gemacht habe, dass mein Sohn krank ist. Was hätte ich anderes tun können? Mit meinem Exmann zusammenbleiben? Dabei wäre ich krank geworden. Mein Sohn gibt mir die Schuld für seinen Zustand.

Frei: Wenn ich wüsste, dass mein Sohn in Therapie wäre. Wenn ich wüsste, dass er es irgendwie schafft, dann wäre ich endlich frei. Das Thema erdrückt mich, es macht mich total fertig und raubt mir jede Energie. Zurzeit bin ich so fertig, dass ich wegen jeder Kleinigkeit heulen könnte. Ich habe auch schon im Geschäft geheult.

Keller: Sachen abstellen, aufräumen, die Getränke stehen dort.

Bedeutungszusammenhänge:

Quälen: frei, krank, Angst, Kampf, Geiz, Ehe, Mann, schlagen, Strafe, schlecht

Vertrauen: enttäuschen, Keller, Geld, Vater, Familie, fremd, Gefühl, enttäuschen

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments

Zunächst fielen die fünf Wörter, zu denen die Pb keine Assoziation hatte, auf (quälen, vertrauen, Gefühl, fremd und Strafe). Die beiden Wörter *quälen* und *vertrauen* werden daher als die zentralen Komplexthemen, mit der Grundemotion der Angst, betrachtet. Die

Assoziation zu *quälen* (mir wurden nur seelische Qualen zugefügt in meiner Ehe. Mein Mann hat mich seelisch gequält) in Verbindung mit dem gestörten Wörtern *Vater*, *schlagen* und *Familie* lässt die Vermutung zu, dass die Pb in ihrer Herkunftsfamilie wenig Bindungssicherheit und ausreichen Containing erfahren hat. Vermutlich hat sie aus massiven Selbstzweifeln heraus und Leeregefühlen (fremd: Hatte früher kein Selbstvertrauen, war gehemmt, schüchtern. [...] Vor der Trennung war ich ein Nichts. Bin immer unzufrieden mit mir. Fühle mich dick und hässlich) zu ihrem Ehemann zunächst ein abhängiges Verhältnis entwickelt. Sie schafft den Schritt aus der Ehe heraus und befreit sich dadurch aus der Abhängigkeit, bleibt aber in massiven Schuldgefühlen die Familie zerstört zu haben, verhaften. Aus Schuldgefühlen heraus opfert sie sich für ihren Sohn (Kampf, Angst, krank, frei, Geiz, Geld). Der Sohn fungiert als patriarchaler Vater (strafendes rigoroses Über-Ich) und straft (Strafe, quälen, enttäuschen) sie, wie vorher Ehemann und Vater (Vater – keine Emotion, Familie – meine Eltern haben mich zur Strafe ignoriert), indem er ihren Schuldkomplex (Primärschuld) immer wieder aktiviert. Es lässt sich ein massiver Minderwertigkeits- und Selbstwertkomplex, Schuldkomplex mit Aggressionshemmung vor dem Hintergrund eines primären Schuldgefühls mit massiv-negativem Vaterkomplex bei depressiv-altruistischem Verarbeitungsmodus eruieren.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
Die Werte zeigen keine Auffälligkeiten.	<p>Minderwertigkeits- und Selbstwertkomplex, Schuldkomplex mit Aggressionshemmung vor dem Hintergrund eines primären Schuldgefühls mit massiv-negativem Vaterkomplex bei depressiv-altruistischem Verarbeitungsmodus.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen: Assoziationen zu Freundin – wichtig und Liebe – Partner, Heim – Geborgenheit, sowie die Assoziation zu Vertrauen – Freundinnen könnten zeigen, dass die Pb über Beziehungskompetenzen verfügt und es ihr trotz schwieriger Umstände zu gelingen scheint, heute freundschaftliche Beziehungen aufzubauen und zu gestalten.</p>	Primäres Schuldgefühl und Aggressionshemmung. Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und Nähe-Distanzkonflikt bei depressivem Verarbeitungsmodus.

Probandin Nr. 17/Alter: 68 J/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Keine Assoziation	Herz, Frau, Kampf, schlecht, Strafe	<p>Pb wurde 9 Monate nach dem Tod des erstgeborenen Geschwisterkindes geboren (Tod durch Erstickten an einem Spielzeug). Nach der Geburt konnte die Mutter sich aufgrund schwerer Depressionen nicht um die Pb kümmern. Stillen war nicht möglich. Eine Säuglingskrankenschwester kam ins Haus. Vater, Professor, sei ein Patriarch gewesen, strenger Blick, viel abwesend durch Arbeit.</p> <p>Die Mutter habe sich nie von den Depressionen erholt, sei immer wenig belastbar und kränklich gewesen. Pb sei immer brav gewesen, keine Erinnerung an Trotz oder Wut. Mutter sei eifersüchtig gewesen, wenn Pb zu Nachbarn ging. Familie stark nach außen gerichtet im Sinne von „was denken die Anderen“.</p> <p>Keine Geschwister, geschieden, 2 Söhne. Mehrere Klinikaufenthalte und Therapien.</p>
GSI	74	Lebenszufriedenheit	1	Falsche Reproduktion	-	
PSDI	68	Soziale Orientierung	1	Keine Reproduktion	dumm, Geiz	
PST	72	Leistungsorientierung	1	Verzögerte Reaktionszeit > 3 sek.	46	
Aggressivität	78	Gehemmtheit	6	Verzögerte Reaktionszeit > 20 sek.	nackt	
Ängstlichkeit	73	Erregbarkeit	7	Stereotypen:	5x wichtig	
Depressivität	69	Aggressivität	1	Wörter mit 2 KM:	Mund, fremd, Mann	
Paranoides Denken	69	Beanspruchung	6	Wörter mit 3 – 4 KM:	Kopf, Straße	
Phobische Angst	72	Körperl. Beschwerden	2	30 egozentrische Antworten, wie „würde ich gerne öfters.“		
Psychotizismus	76	Gesundheitssorgen	5	Kategorisierung/Bedeutungszusammenhänge		
Somatisierung	50	Offenheit	5	Herz: nackt, Geiz		
Unsicherheit im Sozialkontakt	71	Extraversion	3	Strafe: schlecht		
Zwanghaftigkeit	76	Emotionalität	7	Frau: Mund, fremd, dumm, Kopf		
				Kampf: Straße, Mann		

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im deutlich auffälligen Bereich. Unzufrieden, bedrückt, traurig, oft angespannt, negative Lebenseinstellung, sich tendenziell im Stress fühlend. Leistungsorientierung zeigt einen Wert von St.= 1, d.h. auffällig wenig leistungsorientiert, energisch oder ehrgeizig-konkurrierend.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im sehr auffälligen Bereich (SCL) im Sinne von Reizbarkeit und Unausgeglichenheit. Im FPI zeigen sich die Werte sehr auffällig im unteren Bereich, im Sinne von sehr kontrolliert bei dennoch leichter Erregbarkeit und Empfindlichkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich Werte im deutlich auffälligen Bereich. Ängstlich, mit Bedrohungsgefühlen, Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit, unsicher und kontaktscheu bei starker Selbstbezogenheit.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen:

Die Werte zeigen sich im Normbereich.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im deutlich auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im deutlich auffälligen Bereich mit Gefühlen der Isolation und Entfremdung.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen im Normbereich, Tendenz eher zurückhaltend und ernst.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass eine grundsätzliche psychische Belastung vorliegt.

Profil:

Die Ergebnisse zeigen deutliche Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression mit leichten Überforderungs- und Stressgefühlen, wenig leistungsorientiert oder energisch. Es zeigen sich deutlich erhöhte Werte im Bereich der Aggression/Reizbarkeit bei leichter Erregbarkeit/Empfindlichkeit mit deutlichen Angst- und Bedrohungsgefühlen mit Tendenz zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit und Entfremdungsgefühlen. Die Pb scheint eher zurückhaltend und ernst, dabei labil und empfindlich mit verschiedenen Leiden, verbunden mit einer insgesamt hohen psychischen Belastung.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

Wörter ohne Assoziation:

Herz: Da fällt mir nichts ein (langes Schweigen), schlagen, Herz-Schmerz, vom Organischen wichtig. Sprichwort: „du hast das Herz auf dem rechten Fleck.“ „Das kommt von Herzen“. Ich möchte manchmal gerne herzlicher sein.

Frau: Da fällt mir nichts ein (langes Schweigen). Bisschen negativ für mich. Interessiert mich nicht das Thema, wird überbewertet, in Vereinen, die sich zusammensetzen nur Frauen, Frauen, Frauen. Lauter Weiber (genervt). Wäre schöner in gemischten Gruppen. Viele Veranstaltungen, da sind nur Frauen – ich bin zwar auch eine Frau ... (lacht). Ich habe Verbin-

dungen zu ehemaligen Kolleginnen, die das überbewerten. Es wird so betont, einseitig. Mein Wunsch wäre, mehr mit Männern zu tun zu haben. Wenn das aber so ist, habe ich Hemmungen.

Kampf: Krieg, mein Vater hat gekämpft. Kämpfen – vielleicht möchte ich manchmal mehr kämpfen, mich durchsetzen, das fehlt mir irgendwo, für etwas zu kämpfen, wovon man überzeugt ist.

Schlecht: Schlechte Stimmung, mein Haus ist schlecht (fühlt sich in ihrem Haus unwohl). Fühle mich manchmal schlecht.

Strafe: Strafender Blick von meinem Vater. Kinder bestrafen finde ich schlimm.

dumm: Da fällt mir nichts ein.

Geiz: Da fällt mir nichts ein.

Mund: Essen. Ich esse gerne. Sinnvolle Beschäftigung. Essen gibt Energie. Ich freue mich auf Essen. Wunsch, mit der Familie mehr zusammen zu essen. Ich habe manchmal harte Züge um den Mund.

Fremd: Ich komme mir alleine vor. Würde gerne anderen Menschen nahe stehen. Mit meinem Sohn funktioniert es gut, er ist aber auch der Einzige.

Mann: Würde gerne einen Mann kennenlernen – hätte dann aber wieder Hemmungen. Gerne mehr mit Männern unternehmen.

Vater: Strenger Blick. Dominierend. Aber auch schöne Unternehmungen. Hat viel mit uns gemacht.

Mutter: Krank. Als Kind musste ich oft zu Bekannten zum Essen. Kontrolle. Prüfender Blick. War eifersüchtig auf die Nachbarn, wenn ich dort hingegangen bin – es war befreiend aus unserem Haus raus zukommen. Bei uns war es nicht so gastfreundlich. Mutter konnte nicht freundlich sein. Sehr empfindlich, nachtragend, oft beleidigt.

Kopf: Viele Gedanken in meinem Kopf, die etwas mit mir machen. Ich muss versuchen die Gedanken zu ordnen. Abschalten. Es gibt schöne Köpfe – vom Äußeren her. Mein Enkel hat einen schönen Kopf.

Straße: Einfach irgendwo hin fahren. Die vielen Gedanken zurücklassen. Vielleicht Urlaub machen, aber mit wem?

Auswertung 4

Psychodynamische Hypothesen abgeleitet aus dem Assoziationsexperiment

Hier fallen vor allem die Wörter auf, zu denen die Pb keine Assoziation hatte: *Herz, Frau, Kampf, schlecht, und Strafe*. Diese Wörter werden im folgenden auch als die zentralen Komplexmerkmale betrachtet. Vor allem das Wort *Frau* scheint stark komplexhaft zu sein: Der Pb fällt bei der Erhebung des Assoziationskontextes zunächst nichts ein. Nach dem sich die Blockade gelöst hat, strömen die Assoziationen. Es entsteht ein eher negatives Frauenbild. Dies könnte ein Hinweis auf einen negativen Mutterkomplex sein sowie die Frage nach der eigenen Identifikation aufstellen. Vermutlich hat keine Triangulation stattgefunden und der ödipale Konflikt ist nach wie vor virulent. Das gestörte Wort *Herz* könnte ein Hinweis auf wenig erlebte Fürsorge und Herzlichkeit im Sinne von mütterlicher Pflege und Fürsorge aufwerfen, sowie die Hypothese auf eine frühe Bindungsstörung und eine orale Fixierung zulassen, untermauert von den gestörten Wörtern *Mutter, Geiz, fremd* und *Mund*. *Geiz* könnte das erlebte Mangel erleben hinsichtlich Emotionalität, Nähe und Bindungssicherheit unterstreichen.

chen.

Die Wörter *schlecht* und *Strafe* könnten Hinweis auf ein Minderwertigkeitserleben und auf ein primäres Schuldgefühl sein (schlechte Stimmung, strafender Blick des Vaters). Insgesamt könnten als zentrale Komplexe der Urkomplex, Schuldkomplex (primäres Schuldgefühl) ein negativer Vaterkomplex (rigorosen Über-Ich Anforderungen), sowie ein negativer Mutterkomplex (Identifikation als Frau, negatives Frauenbild) eruiert werden.

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Standardisierte Instrumente	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Ergebnisse zeigen deutliche Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression. Darüber hinaus zeigen sich deutlich erhöhte Werte im Bereich der Aggression/Reizbarkeit bei leichter Erregbarkeit/Empfindlichkeit mit deutlichen Angst- und Bedrohungsgefühlen. Tendenz zu Zwanghaftigkeit. Die Pb scheint labil und empfindlich mit verschiedenen psychosomatischen Leiden, verbunden mit einer hoher diffusen psychischen Belastung.</p>	<p>Minderwertigkeitskomplex, negativer Vater- und Mutterkomplex vor dem Hintergrund eines Urkomplexes bei schuldhafter Verarbeitung.</p> <p>Finaler Aspekt und Entwicklungsthemen: Gestörtes Wort Straße: Könnte den Wunsch widerspiegeln alte Pfade zu verlassen, Wunsch nach Individuation, Selbstentfaltung. Sinn für Ästhetik: Kreatives Potenzial könnte durch Therapie gehoben werden (Kopf).</p>	<p>Vermutlich durch den von der Mutter unverarbeiteten Tod des 9 Monate älteren Bruders bereits intrauterin ambivalenten Gefühlen der Mutter ausgesetzt. Mutter nach Geburt depressiv, so dass keine Internalisierung sicherer Objekte möglich war. Frühe Bedürftigkeit vs. Klaglosigkeit und Enttäuschungswut sowie Schuldgefühle durch Traumatisierung und chronischer, unverarbeiteter Trauer der Mutter. Ich-Hemmung und dauerüberlastetes Selbst. Kind als Selbstobjekt der Mutter bei strengem patriarchalem Vater (prüfender Blick). Die rigorosen Forderungen des Vaters konnten nicht erfüllt werden, was das schuldhafte Erleben und die Ohnmachtsgefühle weiter aktivierte. Stabilisierung durch versch. Klinikaufenthalte, Therapien und die Berufstätigkeit. Durch Eintritt in den Ruhestand Destabilisierung und Reaktivierung der Konflikte (Ängste, Zwänge und Phobien).</p>

Probandin Nr. 18/Alter: 69/w

Auswertung 1

SCL-90®-S T-Werte 40 - 60 gelten als unauffällig		FPI-R Stanine-Werte 4 – 6 gelten als unauffällig		Assoziationsexperiment Komplexmerkmale		Anamnese
Kategorie	T-Wert	Kategorie	St.	Keine Assoziation	-	Gewünschtes Kind, Einzelkind, sehr enge Bindung zu Mutter und Vater. Keine Pubertät, angepasst, fleißig, mittlerer Bildungsabschluss und anschließend Ausbildung absolviert. Nach Tod des eigenen Vaters Alkoholprobleme, wollte sterben, massive, nach wie vor virulente, Schuldgefühle der To. gegenüber, die zu diesem Zeitpunkt 2 J alt war. Ehemann war Alkoholiker, Gewalt in Ehe, Trennung als To ca. 5 J. war, danach kein neuer Partner mehr. Fixierung auf Tochter. Mit der Tochter aus ehem. DDR nach Mauerfall in den Westen gekommen. Als Arbeiterin gearbeitet. Probleme mit der Tochter, ungetrennte, ambivalente Mutter-Tochter Beziehung mit periodischen Eskalationen. Depression (Medikation durch Hausarzt). Kaum soziale Kontakte, keine Freunde. Einsamkeit und finanzielle Probleme.
GSI	65	Lebenszufriedenheit	3	Falsche Reproduktion	22	
PSDI	65	Soziale Orientierung	4	Reaktionszeit > 3 sek.	14	
PST	63	Leistungs-orientierung	6	Stereotypen	7x wichtig,	
Aggressivität	66	Gehemmtheit	5	Wörter mit 2 KM	traurig, Frau, Geld, Gefühl, Wut, krank, fremd	
Ängstlichkeit	74	Erregbarkeit	9	Wörter mit 3 KM	Mutter, Schmerz	
Depressivität	71	Aggressivität	3	Wörter, auf die Stereotype Antwort „wichtig“ folgte	Freund, Vertrauen, Ehe, Frau, Familie, Liebe, Freundin	
Paranoides Denken	62	Beanspruchung	5			
Phobische Angst	56	Körperl. Beschwerden	6		<i>Pb, wie Wachsfigur während der Durchführung.</i>	
Psychotizismus	63	Gesundheitssorgen	3	Kategorisierung/Bedeutungszusammenhänge		
Somatisierung	55	Offenheit	5	Wut: Geld, Gefühl, fremd, traurig, Schmerz		
Unsicherheit im Sozialkontakt	56	Extraversion	5	Mutter: Frau, krank, Schmerz, Freund, Vertrauen, Ehe, Familie, Liebe, Freundin		
Zwanghaftigkeit	61	Emotionalität	8			

Auswertung 2

Zusammenfassung der Ergebnisse SCL-90®-S und FPI

Depressivität, Lebenszufriedenheit, Beanspruchung, Leistungsorientierung:

Die Werte liegen im deutlich auffälligen Bereich. Unzufrieden, bedrückt, traurig, oft angespannt, negative Lebenseinstellung, sich tendenziell im Stress fühlend.

Aggressivität (SCL-90®-S), Aggressivität (FPI), Erregbarkeit:

Die Werte liegen im sehr auffälligen Bereich (SCL) im Sinne von Reizbarkeit und Unausgeglichenheit. Im FPI zeigen sich die Werte im unteren Bereich sehr auffällig, im Sinne von sehr kontrolliert bei dennoch leichter Erregbarkeit und Empfindlichkeit.

Ängstlichkeit, phobische Angst, Emotionalität, Gehemmtheit, soziale Orientierung, paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt:

Es zeigen sich Werte im deutlich auffälligen Bereich. Ängstlich, mit Bedrohungsgefühlen, Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit, unsicher und kontaktscheu bei starker Selbstbezogenheit.

Somatisierung, körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen:

Die Werte zeigen sich im Normbereich.

Zwanghaftigkeit: Der Wert liegt im deutlich auffälligen Bereich.

Psychotizismus: Der Wert liegt im deutlich auffälligen Bereich mit Gefühlen der Isolation und Entfremdung.

PSDI, Offenheit, Extraversion: Die Werte liegen im Normbereich, Tendenz eher zurückhaltend und ernst.

GSI, PST: Die Werte zeigen, dass eine grundsätzliche psychische Belastung vorliegt.

Profil

Die Ergebnisse zeigen deutliche Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression. Es zeigen sich deutlich erhöhte Werte im Bereich der Aggression/Reizbarkeit, mit deutlichen Angst- und Bedrohungsgefühlen. Die Pb scheint sehr leicht erregbar, dabei sehr labil und empfindlich, bei hoher psychischer Belastung.

Auswertung 3

Erhebung des Assoziationskontextes

Mutter: Gutes Elternhaus. Meine Mutter war beherzt: „Zum Jammern ist Zeit, wenn ich meinen Kopf unter der Erde habe.“ Beide Eltern haben alles für mich getan. Sehr behütet. Wir drei waren immer zusammen: Vater, Mutter, Kind. Mit meinem Vater habe ich mich blind verstanden. Meine Eltern sind gedanklich nicht zu trennen. Bei Mutter denke ich an Vater. Meine Eltern sind vor der Wende gestorben – ich hätte meine Eltern nicht zurückgelassen. Ich frage mich, warum ich jetzt Keinen mehr habe.

Traurig: Ich bin immer traurig, auch wenn ich es mir nicht anmerken lasse. Vor allem wegen meiner Tochter.

Geld: Früher hatten wir alles. Wir haben geerbt. Nach der Scheidung bin ich mit nichts dagestanden. Und jetzt ... belastet es mich. Wenn alles mit uns dreien (Tochter und Enkel) gut wäre, würde ich es wegstecken. Ich brauche vieles nicht. Die Grundsicherung gibt einem das Gefühl, es nicht Wert zu sein.

Gefühl: Liebe, meine Tochter, mein Enkel, Gesundheit, gut miteinander umgehen. Freude

behalten, sich über kleine Dinge freuen. Dass es meinen Beiden gut geht.

Wut: Wut auf meine Tochter, Tochter teilweise gehasst. Wut auf den Mann der Tochter habe ich nicht mehr. Er ist raus aus unserem Leben. Wut auf meine Tochter, dass sie mich soweit gebracht hat, dass ich so fertig bin und, dass die Wohnung hin ist. Wütend, dass sie (die Tochter) sich so hat behandeln lassen und lässt, sie war so fröhlich, bis die Männer kamen.

Krank: Ich bin eigentlich immer gesund. Meine Tochter macht mich aber krank. Bluthochdruck, oft Magenbeschwerden und die Depressionen.

Schmerz: Das Verhältnis zu meiner Tochter schmerzt und ich verstehe sie einfach nicht.

Freund: Ich habe keine Freunde und hatte auch nie welche. Es ist mir nicht wichtig – wichtig ist, dass es mit uns dreien (Tochter und Enkel) funktioniert. Es wäre schon schön, sich am Spielplatz oder im Geschäft mit jemandem zu unterhalten, aber das ist ja keine Freundschaft. Eigentlich habe ich niemanden.

Auswertung 4

Abgeleitete psychodynamische Hypothesen aus dem Assoziationsexperiment

Im Zentrum der Problematik stehen wohl die Wörter *Mutter* und *Wut* mit der zentralen Emotion der unterdrückten Wut. Es ist anzunehmen, dass die Pb in der oralen Phase ausreichend versorgt war (Mutter) es jedoch zu Fixierungen in der analen Phase kam (Macht- und Aggressionskomplex). Dies könnte durch das gestörte Wort *Mutter* (sie hätten sich blind verstanden, sehr behütet und „hätte meine Eltern nie zurückgelassen“) belegt werden. Die Pb scheint ein idealisiertes Bild der eigenen Eltern internalisiert zu haben. Vermutlich war die Pb Introjekt der eigenen Mutter und konnte kein eigenes Selbst entwickeln, was nun transgenerational in die Mutter-Tochter Beziehung weiter transformiert wird. Weiterhin könnten anale Fixierungen, sowie der daraus wirksam werdende Macht- und Aggressionskomplex durch die enge ambivalente Beziehung zur eigenen Tochter, verhärtet werden. Der Selbstwertkomplex wird mutmaßlich massiv aktiviert, sobald die Tochter wagt, eigene Autonomie-schritte zu beschreiten. Hierauf weisen die gestörten Wörter *Schmerz*, *krank*, *Wut* und *Gefühl* hin. Alle Assoziationen zu diesen Wörtern beziehen sich auf die Tochter, wodurch die Ungetrenntheit (Gefühl) weiter unterstrichen wird. Auch das gestörte Wort *Freund*, mit der Assoziation „*sie habe keine Freunde*“, weist weiterhin auf einen massiven Selbstwertkomplex hin. Die eigene schuldhaftige Verarbeitung des Mutterkomplexes sowie des Aggressions- und Machtkomplexes scheint sie als Abwehr auf die Tochter zu projizieren (krank, Schmerz).

Auswertung 5

Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinische Fragebögen	Assoziationsexperiment	Anamnese
<p>Die Ergebnisse zeigen deutliche Auffälligkeiten in den Kategorien der Depression. Es zeigen sich deutlich erhöhte Werte im Bereich der Aggression/Reizbarkeit mit deutlichen Angst- und Bedrohungsgefühlen. Die Pb scheint sehr leicht erregbar, dabei sehr labil und empfindlich, bei hoher psychischer Belastung.</p>	<p>Mutterkomplex, massiver Selbstwertkomplex, Aggressions- und Machtkomplex. Die eigene schuldhaftige Verarbeitung der Komplexe scheint sie als Abwehr auf die Tochter zu projizieren.</p> <p>Ressourcen und Entwicklungsthemen: Die Assoziation zu Arbeit(s) – -lust, gut – Kopf, Kampf – -geist. könnten intellektuelle Ressourcen vermuten lassen. Musik – schön, essen – Genuss könnten günstig im Sinne der Aktivierung/Lenkung des Libidoflusses sein.</p>	<p>Vermutlich wurden Autonomie-Strebungen durch ängstlich-überfürsorgliche Eltern, einer dabei emotional übergriffigen Mutter, die das Kind als Erwidern des eigenen Selbst sah, in ihren Autonomieschritten gehemmt. Autonomiewünsche vs. Schuld- und Schamgefühle. Selbstbild von Schwäche und Abhängigkeit, abhängiges Introjekt. Durch die Ehe mit alkoholkrankem Mann, Co-Abhängigkeit, sie bleibt im Autonomie-Abhängigkeitskonflikt verhaftet. Nach Tod des eigenen Vaters Reaktivierung der Trennungsangst. Zwangssymptome (Zwangsgedanken) als ungeschehen-Machen von bedrohlichen Impulsen. Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und Macht-Ohnmachtskonflikt aktuell Wirksam durch Ablösung der Tochter, die vermutlich Selbstobjekt der Pb ist. Aggression vs. Schuld, bei depressiv-narzisstischem Verarbeitungsmodus.</p>