

# **DER ATP-READER**

GRUNDSATZBEITRÄGE  
ZUR THEORIE UND PRAXIS DER  
AUTOGENEN PSYCHOTHERAPIE



**IMPRESSUM:** Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP). Kaiserstraße 14/13, 1070 Wien

Erscheinungsjahr: 2012

Erscheinungsort: Wien

Redaktion: Franz Sedlak

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich.

Auch für die genderbewusste Textgestaltung zeichnen die Autorinnen und Autoren verantwortlich. Generell ist aber davon auszugehen, dass bei den Aussagen immer beide Geschlechter mitgemeint sind.

Für alle Fallberichte gilt, dass personenbezogene Daten so verändert wurden, dass die Kernaussage erhalten bleibt, aber keine Rückführung auf konkrete Personen möglich ist.

## Zielsetzung

- Der ATP-Reader ist ein Fachbuch, von Fachleuten für Fachleute.
- Genauer gesagt: Von Psychotherapeut/innen für Psychotherapeut/innen!
- Auszubildende und Anfänger der ATP erhalten einen Einblick in die Reichhaltigkeit der Methode.
- Versierte ATP -Anwender werden anhand der vielen Facetten des Readers ihr eigene Position bezüglich theoretischer und methodischer Grundfragen mit den Aussagen im Reader vergleichen können.  
Interessierte Psychotherapeut/innen anderer Schulen gewinnen einen vielfachen Eindruck über die ATP und vielleicht auch einen Impuls, diese Methode ev. im Aus- oder Weiterbildungscurriculum zu erlernen.
- Der ATP-Reader beantwortet Fragen wie
  1. Theoretische Grundlagen der ATP,
  2. Fragen der Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe der ATP und der Methodik,
  3. des Settings,
  4. des Umgangs mit verschiedenen Adressaten (z.B. Kinder, Jugendliche, Erwachsene)
  5. der Indikation
  6. der Diagnostik
  7. der Therapieplanung
  8. der Wege zur Evaluation der ATP
  9. der Wirkungen und des Effektivitätsnachweises
  10. der möglichen Weiterentwicklungsrichtungen insbesondere der Integration der Achtsamkeit, sowie Forschungsfragen wie z.B. Beziehung der Bionomen Idee zur neurobiologischen Forschung, Beziehung des Autogenen Prinzips zur Achtsamkeit, bionome Idee und autogenes Prinzip und Systemtheorie, Autogenes Training und Salutogenese, Stufenbau und Ganzheitlichkeit.

## Quellenverweise

- Sedlak, Steckbrief aus Sedlak/Chiba (Hg) (2005): Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Wien, Eigenverlag Dr.Sedlak. Erweitert durch Absatz "conclusion".
- Bischof, Ziele aus: Imagination 2/06
- Sedlak, Specific Opportunities: Übersetzung eines Beitrags aus: Imagination 4/99
- Sedlak, Wie wirkt.. aus: Hochgerner M u Wildberger E (Hg) (2005) Was heilt in der Psychotherapie? Wien: Facultas Universitätsverlag
- Bischof, Autogene Psychotherapie aus: Imagination 2/04
- Sedlak, Die autogene Meditation .. aus: Imagination 1/11 ergänzt durch die Vorbemerkung.
- Sedlak, ..eine tiefenpsychologische Methode? aus: Sedlak/Chiba (Hg) (2005): Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Wien, Eigenverlag Dr.Sedlak
- Katschnig, Autogene Psychotherapie mit Schülern..aus: Imagination 4/00
- Lytwyn, Effekte des AT.. aus: Imagination 2/00
- Bischof, Zur Praxis... aus: Sedlak/Chiba (Hg) (2005): Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Wien, Eigenverlag Dr.Sedlak

- Sedlak, The Autogenic Psychotherapy: aus: Bartuska H et. al. (2008): Psychotherapeutic Diagnostics. Wien, NewYork :Springer
- Fidal/Pirker, Prinzipielle Überlegungen.. aus: Gerber G u Sedlak F (Hg) (1990):Autogenes Training - mehr als Entspannung. München: E.Reinhardt
- Ladenbauer, Die Grundlagen..aus:Imagination 2/95, überarbeitet 2012
- Wallnöfer, Autogenes Training.. aus: Imagination 1-2/92
- Wallnöfer, Advanced analytic AT..aus: Pritz (Ed) Globalized Psychotherapy. Facultas Wien 2002

Die ÖGATAP dankt den Verlagen für die freundliche Abdruckgenehmigung und den Autorinnen und Autoren für die Bereitstellung der Beiträge.

## **Autorinnen und Autoren**

OR Dr. Brigitte Bischof  
 Klinische und Gesundheitspsychologin  
 Psychotherapeutin (KIP, ATP)  
 LtrIn Klinische Psychologie u.  
 Psychotherapie/Heeresspital Wien  
 Psychotherapeutische Praxis  
 Zifferergasse 16, 1220 Wien  
 Email: [kdoeu.hsp.klinpsych@bmlv.gv.at](mailto:kdoeu.hsp.klinpsych@bmlv.gv.at)

Dr. Elfriede M. Fidal:  
 Klinische- und Gesundheitspsychologin,  
 Lehranalytikerin der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (WPV)  
 und der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPA),  
 Dozentin der ÖGATAP, Lehrbeauftragte an der  
 Wiener Psychoanalytischen Akademie, Supervisorin,  
 eigene Praxis Wien  
 A-1010 Wien, Burgring1/9  
 Tel: 0043 1 587 26 11  
 E mail: [dr.elfriede.fidal@aon.at](mailto:dr.elfriede.fidal@aon.at)

Mag. Beate Katschnig  
 Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin  
 Autogene Psychotherapeutin i. A. u. S.  
 Peinlichg. 15  
 8010 Graz  
[beate.katschnig@aon.at](mailto:beate.katschnig@aon.at)

MR Dr. med. Wolfgang Ladenbauer  
 Arzt für Allgemeinmedizin  
 Psychotherapeut (ATP, HYP, KIP, PD), Lehrtherapeut, Ausbilder und Supervisor  
 A 1070 Wien, Burggasse 6-8/9  
 +43 1 5232199 [ladenbauer@inode.at](mailto:ladenbauer@inode.at) [wolfgang.ladenbauer@unvie.ac.at](mailto:wolfgang.ladenbauer@unvie.ac.at)

Dr. phil. Helene Lytwyn  
 Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin,  
 Psychotherapeutin f. Kathathym Imaginative Psychotherapie,  
 Allg. beeid. u. gerichtl. zertifizierte Sachverständige f. Allgemeine Psychologie  
 Lehrbeauftragte, Leiterin d. Psycholog. Labors Univ. Klinik f. Psychiatrie  
 Auenbruggerploatz 31  
 8036 Graz

[helene.lytwyn@medunigraz.at](mailto:helene.lytwyn@medunigraz.at) und [dr\\_helene\\_lytwyn@hotmail.com](mailto:dr_helene_lytwyn@hotmail.com)

Dr. med. Johann Pirker

FA für Innere Medizin, ÖÄK Diplom für psychotherapeutische Medizin (AT) und Kneipptherapie, in Pension, ehem. stellvertr. ärztl. Leiter des Zentrums für amb. Rehab. der PVA, vormals Lehrtherapeut für AT der ÖGATAP, Leiter der jährl. Seminare der ÖGATAP in Bad Gastein zwischen 1980 und 1991, dzt. ehrenamtl. Mitarbeiter im GZW (Betreuung von Patienten mit Demenz), 1130 Wien, Hummelg. 6/3, Tel. 01/8770888, eMail: [pirker\\_hans@aon.at](mailto:pirker_hans@aon.at)

Mag. DDr. Franz Sedlak

Gesundheitspsychologe, Klin. Psychologe,  
Psychotherapeut (Autogene Psychotherapie, Katathym Imaginative Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Logotherapie und Existenzanalyse, Verhaltenstherapie, Individualpsychologische Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie, Dozent der ÖGATAP für Autogene Psychotherapie und für Katathym Imaginative Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapeut), Supervisor. Praxis: 1230 Wien Färbermühlgasse 13/7/1 Tel/Fax 018654689 email: [franz.sedlak@aon.at](mailto:franz.sedlak@aon.at)

OMR Dr. Heinrich Wallnöfer

Arzt und Psychotherapeut. Volksschule und Gymnasium in Klagenfurt, Matura in Villach, Studium der Medizin in Wien. Doktor der gesamten Heilkunde in Wien 1947. Bis 1960 Herzstation der Poliklinik in Wien. Seit 1955 Schüler von I.H. Schultz, später Mitarbeiter. Referent der Lindauer und Lübecker Psychotherapiewochen. Universitätslektor für Psychotherapie der Universitäten Wien, Innsbruck, Fribourg. Nolan D.C. Lewis visiting professor, Carrier Foundation New Jersey USA. Research Fellow der Komazawa Universität Tokyo. Lehrtherapeut der ÖÄK, ÖGATAP, DGHAT; ICSAT. Supervisor, Coach. Freie Praxis in Wien seit 1947. Funktionen: Präsident ECAAT (European Committee for the Analytically Advanced Autogenic Training) Padua – Wien.  
Adresse: Pyrkergrasse 23 - A 1190 Wien - +1 368 23 66 [heinrich@wallnoefer.co.at](mailto:heinrich@wallnoefer.co.at)

## **Inhaltsverzeichnis**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Zielsetzung</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>Quellenverweise</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>Autorinnen und Autoren</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>Vorbemerkungen</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>Leseempfehlungen</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>TEIL 1 :MULTIPERSPEKTIVISCHE THEORIEBEITRÄGE ZUR ATP</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>Ein Steckbrief der ATP <i>Franz Sedlak</i></b> .....  | <b>12</b> |
| Die Methodik.....  | 12        |
| Die Technik .....  | 12        |
| Das Setting.....   | 12        |
| Die Bezeichnung.....   | 12        |
| Conclusion .....   | 12        |
| <b>Ziele der Behandlung . Tiefenpsychologische Konzepte <i>Brigitte Bischof</i></b> .....  | <b>13</b> |
| Teil 1. Tiefenpsychologische Konzepte .....  | 14        |
| Teil 2: Die Interaktion von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der ATP .....  | 17        |
| Indikation zur Autogenen Psychotherapie .....  | 17        |
| Teil 3: Fallvignette zur Veranschaulichung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie (ATP) .....        | 19        |
| Zu den Übungen der Grundstufe (in einer Gruppe) .....  | 20        |
| <b>Die Autogene Psychotherapie - das organismische Selbst als Ursprung der Heilung (Vortrag in Bad Ischl 2012) <i>Franz Sedlak</i></b> ..... | <b>26</b> |
| Die zentralen Begriffe der ATP .....   | 26        |
| Grundstufe der ATP.....  | 27        |
| Themen der Mittelstufe.....  | 28        |
| Die Oberstufe der ATP .....  | 28        |
| Johannes Heinrich Schultz .....  | 29        |
| Heinrich Wallnöfer .....   | 30        |
| Günther Bartl .....  | 30        |
| Die Autogene Psychotherapie ist mehr.....  | 31        |
| Konkurrenz durch Designer-Therapien.....   | 31        |
| Verein oder Universität.....   | 31        |
| Historisches und Aktuelles .....   | 31        |
| Die vier Besonderheiten der Autogenen Psychotherapie (Bionome Idee, Autogenes Prinzip, Stufenbau und selbständiger Übungsteil) .....         | 32        |
| <b>Die Grundstufe der Autogenen Psychotherapie <i>Wolfgang Ladenbauer</i></b> .....  | <b>32</b> |
| Einleitung: .....  | 32        |
| Methodendarstellung der Grundstufe des Autogenen Trainings: .....  | 32        |

|   |           |
|---|-----------|
| Die Grundstufe: .....   | 33        |
| Trance .....  | 34        |
| Selbsthypnoseverfahren .....  | 36        |
| Übergangsbereich / Mittelstufe .....  | 36        |
| Analytische Oberstufe .....   | 37        |
| Wirkungen der analytischen OS .....   | 38        |
| <b>Specific Opportunities of the Intermediate Stage in Autogenic Training: Personal Development and Competence Increase <i>Franz Sedlak</i> .....</b> | <b>39</b> |
| 1. The Theory of Autogenic Training .....   | 39        |
| 2. Autogenic Psychotherapy Viewed from a Depth Psychology Perspective .....   | 40        |
| 3. Specific Opportunities of the Intermediate Stage of Autogenic Training .....   | 41        |
| 4. The Intermediate Stage and Existential Values in Autogenic Psychotherapy .....   | 41        |
| 5. The Main Components of Autogenic Psychotherapy and the Intermediate Stage .....  | 41        |
| 6. The Intermediate Stage Positioned in the Structure of Autogenic Psychotherapy .....  | 42        |
| 7. The Practical Procedure at the Intermediate Stage .....  | 43        |
| Questionnaire on the Objectives of Autogenic Psychotherapy in a Group (Sedlak) .....  | 43        |
| ELEMENTARY STAGE .....  | 43        |
| INTERMEDIATE STAGE .....  | 43        |
| ADVANCED STAGE .....  | 44        |
| <b>Die Grundlagen der Analytischen Oberstufe der Autogenen Psychotherapie (ATP) <i>Wolfgang Ladenbauer</i> .....</b>                                  | <b>45</b> |
| Einleitung: .....   | 45        |
| Entwicklung: .....  | 45        |
| Grundlagen: .....   | 46        |
| Trance: .....   | 46        |
| Autogenes Prinzip: .....  | 46        |
| Imagination: .....  | 47        |
| Motive: .....   | 50        |
| Standardmotive nach J.H.Schultz: .....  | 50        |
| Übungen nach Thomas (1989): .....   | 50        |
| Setting: .....  | 54        |
| Bearbeitung: .....  | 55        |
| Therapeutische Wirkung: .....   | 60        |
| Ausblick: .....   | 61        |
| <b>Wie wirkt die Autogene Psychotherapie? <i>Franz Sedlak</i> .....</b>   | <b>63</b> |
| Die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit Autogenen Training) besteht aus drei Bausteinen .....   | 63        |
| 1.WICHTIGE BAUSTEINE DER AUTOGENEN PSYCHOTHERAPIE .....   | 65        |
| 2.EXISTENZIALWERTE IN DER AUTOGENEN PSYCHOTHERAPIE .....  | 65        |
| 3.AUFBAU DER AUTOGENE PSYCHOTHERAPIE .....  | 66        |
| <b>Autogene Psychotherapie im Vergleich <i>Brigitte Bischof</i> .....</b>   | <b>69</b> |
| Was ist das Spezielle, Kreative der ATP? .....  | 69        |

|   |            |
|---|------------|
| Indikation.....   | 71         |
| Gibt es in der ATP eine spezielle Form der Beziehung? .....   | 73         |
| Gemeinsamkeiten mit KIP und HY.....   | 73         |
| Abgrenzung .....  | 74         |
| <b>Die Autogene Meditation des Leibes – die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie Franz Sedlak .....</b>   | <b>77</b>  |
| Vorbemerkung .....  | 77         |
| Die körperliche Dimension der Autogenen Psychotherapie .....  | 77         |
| Vom Vehikel zum Gegenstand .....  | 78         |
| Das Zuständliche als Gegenstand.....  | 78         |
| Zielsetzung der Autogenen Meditation .....  | 79         |
| Autogene Meditation und Achtsamkeit.....  | 79         |
| Abgrenzungen.....   | 80         |
| Annäherungen? .....   | 81         |
| Der Ablauf der achtsamen Grundstufenübung (Autogene Meditation des Leibes) .....  | 81         |
| Einsatzmöglichkeiten der Autogenen Meditation des Leibes .....  | 82         |
| <b>Ist die ATP eine tiefenpsychologische Methode? Franz Sedlak .....</b>  | <b>83</b>  |
| Zuordnung der ATP zu bestimmten Richtungen.....   | 85         |
| Psychodynamische Arbeitsprinzipien in der ATP .....   | 86         |
| Die Symbolarbeit in der ATP.....  | 87         |
| Der ganzheitlich - tiefenpsychologische Ansatz der ATP.....   | 88         |
| <b>TEIL 2: DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE, EXPERIMENTELLE UND EVALUATIVE GRUNDSATZBEITRÄGE ZUR PRAXIS DER AUTOGENEN PSYCHOTHERAPIE.....</b>                            | <b>89</b>  |
| <b>Zur Dokumentation von Wirksamkeitsnachweisen anerkannter wissenschaftlicher Psychotherapiemethoden Franz Sedlak .....</b>  | <b>89</b>  |
| 1. Die Sichtweise zur Beurteilung der Wirksamkeit .....   | 89         |
| 2.a. Quantitative und qualitative Evaluationsmethoden .....   | 90         |
| 2.b. Angemessene Evaluationsmethoden .....  | 91         |
| 3. Wissenschaftliche Untersuchungen im Hinblick auf die Wirksamkeit .....   | 92         |
| 4. Möglichkeiten und Grenzen bei Untersuchungen und Aussagen über Effektivität und Effizienz psychotherapeutischer (Kranken)Behandlung.....                           | 92         |
| <b>Autogene Psychotherapie mit SchülerInnen Beate Katschnig .....</b>   | <b>93</b>  |
| 1. Die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit dem Autogenen Training).....   | 93         |
| 2. Die Autogene Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.....  | 94         |
| 3. Ein Fallbeispiel aus einer Einzeltherapie mit der Autogenen Psychotherapie.....  | 96         |
| 4. Fallbeispiele aus einer Gruppentherapie mit der Autogenen Psychotherapie .....   | 100        |
| <b>Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome und auf einzelne Stressverarbeitungsmaßnahmen bei Erwachsenen im normalen Alltag Helene Lytwyn .....</b> | <b>109</b> |
| Zusammenfassung: .....  | 109        |
| Einführung.....   | 109        |
| Die zentralen Fragestellungen dieser Studie sind: .....   | 111        |

|   |            |
|---|------------|
| Methoden .....  | 111        |
| Stichprobe .....  | 111        |
| Untersuchungsplan .....   | 112        |
| Erhebungsinstrumente.....   | 112        |
| Ergebnisse.....   | 113        |
| Bedürfnis nach sozialer Unterstützung: .....  | 113        |
| Fluchttendenz: .....  | 114        |
| Soziale Abkapselung: .....  | 114        |
| Gedankliche Weiterbeschäftigung: .....  | 115        |
| Selbstbemitleidung: .....   | 115        |
| Aggression: .....   | 116        |
| Ergebnisse der AT-SYM: .....  | 117        |
| Körperliche und psychische Erschöpfung: .....   | 117        |
| Nervosität und innere Anspannung .....  | 117        |
| Psychophysiologische Dysregulation .....  | 118        |
| Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten: .....   | 118        |
| Schmerzbelastungen: .....   | 119        |
| Gesamtwert für die Problembelastetheit und Beschwerden: .....   | 119        |
| Schlussfolgerungen.....   | 120        |
| Literatur.....  | 124        |
| <b>Zur Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der ATP <i>Brigitte Bischof</i> .....</b>                    | <b>125</b> |
| Teil 1: Die Grundlagen des „ATP -Würfels“ von Sedlak .....  | 125        |
| Teil 2: Fallvignetten zur Veranschaulichung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie (ATP) (BB) ..... | 127        |
| Teil 3 Zwei weitere Falldarstellungen .....   | 133        |
| Literatur.....  | 137        |
| <b>Fragebogen: Ziele der Autogenen Psychotherapie in der Gruppe <i>Franz Sedlak</i> .....</b>   | <b>139</b> |
| <b>Der ATP -Würfel <i>Franz Sedlak</i> .....</b>  | <b>140</b> |
| Das Ich-Du-Wir-Modell .....   | 140        |
| Basale Fähigkeiten; Differenzieren, Regulieren, Integrieren .....   | 141        |
| Die Methodenstufen .....  | 141        |
| Wärme, Rhythmus und Konstanz .....  | 142        |
| <b>Prinzipielle Überlegungen zur Supervision beim Autogenen Training <i>Elfriede M. Fidal und Hans Pirker</i> .....</b>                     | <b>143</b> |
| Einleitend .....  | 143        |
| Die Supervision .....   | 143        |
| Das Autogene Training .....   | 144        |
| Die Supervision beim Autogenen Training .....   | 146        |
| <b>Diagnostics in Autogenic Psychotherapy (ATP) <i>Franz Sedlak</i> .....</b>   | <b>149</b> |
| The psychosocial I-YOU-WE-model by Sedlak .....   | 150        |

|  |            |
|--|------------|
| The basal skills of regulation, differentiation and integration .....  | 151        |
| The psycho-ontogenetic approach of Sensing-Feeling-Thinking by Gerber and Reinelt .....  | 151        |
| Distinct foci to each of the three ATP levels. ....  | 152        |
| <b>TEIL 3: LITERATUR UND KLASSISCHE TEXTE .....</b>  | <b>154</b> |
| <b>Historische und neuere Literatur.....</b>   | <b>154</b> |
| ATP-spezifische, „historische“ Publikationen .....   | 154        |
| ATP und andere Verfahren .....   | 155        |
| Wissenschaftliche Darstellung der ATP in „Neueren“ Publikationen.....  | 156        |
| Aktuelle tiefenpsychologische Konzeptionen .....   | 156        |
| Spezielle Altersgruppen .....  | 160        |
| Kinder .....   | 160        |
| SeniorInnen .....  | 161        |
| Studien und Publikationen zur störungsspezifischen Effektivität der ATP.....   | 161        |
| Meta – Analyse.....  | 161        |
| Ergebnisse internationaler Studien in Psychiatrie und Neurologie.....  | 161        |
| Betagte PatientInnen.....  | 161        |
| Kinder .....   | 161        |
| AT-Studien – Schmerz.....  | 162        |
| AT-Hypertonie.....   | 163        |
| AT – M. Raynaud .....  | 163        |
| AT-Asthma .....  | 163        |
| AT-Angst.....  | 163        |
| AT-Angst/Depression .....  | 163        |
| AT – Paarbeziehung, Partnerschaft.....   | 164        |
| AT – Psychophysiologie .....   | 164        |
| AT – Krebs/Chemotherapie .....   | 164        |
| <b>Klassische Texte ( mit Themen wie:AT als Psychotherapie, kathartisches und analytisches Geschehen, Märchentechnik, kreative Aufdeckungsarbeit) Heinrich Wallnöfer .....</b> | <b>166</b> |

## **Vorbemerkungen**

Der ATP-Reader enthält drei wichtige Teile, innerhalb dieser Teile ist er aber bewusst als abwechslungsreiche Lektüre zusammengestellt. Die Beiträge im ersten Teil stellen die Autogene Psychotherapie auf unterschiedliche Weise dar, sodass sich ein multiperspektivisches Bild der ATP ergibt.

Die Beiträge im zweiten Teil sind experimenteller Natur, sie enthalten eine reiche Kasuistik, theoriebezogene Fallarbeiten und grundlegende diagnostische bzw. therapeutische Überlegungen sowie Ausführungen zur Supervision. Wie bereits erwähnt: Für alle Fallberichte gilt, dass personenbezogene Daten so verändert wurden, dass die Kernaussage erhalten bleibt, aber keine Rückführung auf konkrete Personen möglich ist. Die Texte im experimentellen Teil sind so ausgewählt, dass sie Antworten auf viele wesentliche Fragen geben können:

Wie sieht das Einzelsetting aus? Wie ist das Gruppensetting? Wie arbeitet man mit Kindern und Jugendlichen? Welche Effekte des Autogenen Trainings lassen sich evaluativ bestätigen? Wie geht die Autogene Psychotherapie vor sich? Welche diagnostischen Entscheidungen werden auf welche Weise umgesetzt? U. v. a. m.

Die im dritten Teil beispielhaft angeführten Literaturhinweise und „klassischen Texte“ zeigen, wie sich das herangebildet hat, was wir heute als eine reichhaltige und umfassende Psychotherapiemethode zu schätzen wissen.

Zwei Beiträge (zur Erweiterung der Mittelstufe der ATP und zur Diagnostik in der ATP) sowie die Conclusion im 1. Beitrag sind in englischer Sprache verfasst und bieten somit als Nebengewinn die wichtigsten Begriffe der Autogenen Psychotherapie in einer internationalen Terminologie!

Was das Titelfoto mit der bionomen Idee und dem Autogenen Prinzip zu tun hat, bleibt der Fantasie der Leser/innen überlassen.

## **Leseempfehlungen**

Man kann sich der Autogenen Psychotherapie von der Theorie (Konzepte, Zentralbegriffe, Abgrenzungen, Indikationen etc.) her nähern, dann empfiehlt sich der Beginn bei Teil 1.

Oder man interessiert sich zunächst für therapietechnische Fragen (Diagnostik, Therapieplanung, Therapiedurchführung bei Erwachsenen, bei Kindern bzw. Jugendlichen, Supervision etc.), dann wäre der Lektürenstart bei Teil 2 sinnvoll.

Wer hingegen mehr daran interessiert ist, über die Anfänge der Autogenen Psychotherapie zu erfahren, ist mit den Beispielen im Teil 3 gut beraten.

Man kann aber auch in der Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit über die Texte hinweg gleiten, bis ein besonders ansprechender Inhalt zur „Landung“ einlädt..

# **TEIL 1 :MULTIPERSPEKTIVISCHE THEORIEBEITRÄGE ZUR ATP**

## **Ein Steckbrief der ATP**

*Franz Sedlak*

### **Die Methodik**

Ausgehend von der Suche nach dem individuell optimalen seelisch -körperlichen Spannungsausgleich (*Grundstufe der ATP*), überleitend zu Problemkonfrontationen und prägnanten persönlichen Leitformeln und Leitbildern (*Mittelstufe der ATP*) bis hin zur Bearbeitung der in der Tiefenentspannung traumähnlich aufsteigenden Symbolinhalte (*Oberstufe der ATP*) zeigt sich das Autogene Training (*Autogene Psychotherapie / ATP*) als ganzheitlich tiefenpsychologisch fundierte Methode, welche die Äußerungen des Unbewussten durch Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten aufgreift. Durch das umfassende Menschenbild ist die Methode zur Behandlung aller seelischen Störungen geeignet.

### **Die Technik**

In der Grundstufe wird durch eine spezielle Technik der Einstellung auf das eigene Körpererleben ein Ruhezustand erreicht, dieser wird in der Mittelstufe genützt, um gegenüber aufsteigenden problembesetzten Gedanken und Gefühlen Angstreduzierung zu erreichen. In der Oberstufe werden diese in Bildsymbolen aufsteigenden Gefühle analysiert und auf – bzw. durchgearbeitet.

### **Das Setting**

Ein bis zwei Sitzungen pro Woche in der Einzeltherapie, eine Sitzung pro Woche in der Gruppentherapie werden durch eigenständige Übungen ergänzt, bei denen im gezielt herbei geführten Ruhezustand die traumanalog aufsteigenden Symbole beobachtet und nachher für die assoziative Aufarbeitung registriert werden. ATP findet Anwendung bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen.

### **Die Bezeichnung**

Die Autogene Psychotherapie (ATP) enthält verschiedene Therapieelemente: Dazu gehört neben der Methodik zu Herbeiführung des Ruhezustandes (Entspannung), neben der Anregung zur Symbolproduktion (Motivvorgabe) unter anderem auch die Einübung in die organismische Umschaltung (Training). Die Bezeichnung „Autogenes Training“ hob letzteres Element hervor. Diese Akzentuierung ist historisch zu verstehen und nicht mehr notwendig (dennoch sollte die Bezeichnung und Verwendung „Autogenes Training“ der ÖGATAP vorbehalten bleiben, um ein Auseinanderreißen einer gewachsenen mehrdimensionalen Methode zu vermeiden). Das „Autogene Training“ ist die Bezeichnung für ein Element der Autogenen Psychotherapie und darf nicht als selbständige Wellnessmethode usurpiert werden. Die Autogene Psychotherapie (ATP) ist die umfassende Bezeichnung. Das "Autogene Training" ist der selbständige Übungsanteil.

### **Conclusion**

Starting from basic eutonocity which has a correlate at the psychological level, continuing with a process of desensitisation and detachment from problems on the one hand and concise, formulaic and process-oriented self-definitions (constructing motivational

formulae) and finally working with the symbols gained by applying the image-like and imaginative association method, autogenic training is conceived as a holistic method which is particularly suitable for cases of very early, preverbal disorders, given its three-stage structure.

The bionomic regulation is the focus of the ATP basic level work. Psychic inhibitions and repression are usually at the core of irregularities of tone. On the ATP intermediary level the self-induced focusing and the tranquility are used to observe which problematic thoughts, feelings and images surge up from an inner state of equanimity so, to thus reduce anxiety and tension caused by specific issues and problems. The focus of the advanced level, however, is the more thoroughgoing integration, intra- as well as interpsychically. The goal: analytical self-awareness and meditative self-development.

## **Ziele der Behandlung . Tiefenpsychologische Konzepte**

*Brigitte Bischof*

gefangen  
gebannt  
gehalten  
von dem Zauber  
zu leben  
mit den Augen zu sehen  
den Ohren zu hören  
den Händen zu tasten  
der Nase zu riechen  
der Zunge zu schmecken  
um zu erahnen  
wie Leben ist  
sein kann  
gefangen  
gebannt  
gehalten

(M. Bickel)

### Einleitung

Die meisten Patienten, die die Grundstufe der Autogenen Psychotherapie – *das* Autogene Training – in Anspruch nehmen, kommen mit vordergründig bestehender *körperlicher Symptomatik* in die psychotherapeutische Praxis oder in die Spitalsambulanz.

Sie werden auch häufig vom Arzt zur/m Psychotherapeutin/en überwiesen unter dem primären Aspekt bei genügender Erlernung von „*Entspannung*“ löse sich der *körperlich* empfundene Schmerz (der somatische Beschwerdekomples) „von selbst“ wieder auf, ein psychischer Zusammenhang wird noch immer viel zu selten assoziiert.

Schon an dieser Stelle erleben wir die unbewusste Spaltung des Körpers vom seelischen Geschehen, denn, solange der Körper „funktioniert“, wird er einerseits nicht bewusst wahrgenommen; Hirsch (1989a) spricht von „einer Art stiller Präsenz“ bzw. einem „stillen Begleiter.“ Bei manchen, bewusst gemachten, spürbaren körperlichen Aktivitäten, die mit gewissem Wohlbefinden assoziiert werden, wird der Körper auch als *integrierter Bestandteil des Selbst erlebt, das Affekterleben ist ein ganzheitliches leibseelisches* Phänomen (= „präreflexiv“ und „selbstverständlich gegeben“, nach Küchenhoff 1992). Andererseits zeigen Aussagen wie: „Wer krank ist, ist nichts als Körper“ (nach Thomas Mann: Der Zauberberg), eine deutliche Trennung vom Ich-Erleben. Der Körper wird als etwas vom Ich Getrenntes – als Objekt – wahrgenommen; es erfolgt eine Spaltung zwischen Körper-Selbst und übrigem Selbst. Zusammenfassend soll die Unangemessenheit der Betrachtung des vom Selbst isolierten Körpers betont werden, da sowohl funktionelle Störungen als v.a. eine reale Substratschädigung das subjektive Erleben des eigenen Leibes und damit auch das Selbstbild nachhaltig verändern.

Überleitend nun zur Grundstufe der Autogenen Psychotherapie, die gerne als „rein somatisches“, selbstregulierendes Verfahren gesehen wird, das scheinbar ohne jegliche tiefenpsychologische Konzepte bzw. ohne deren diagnostische Verschränkung in der Behandlung auskommt.

Die Zielsetzungen des Autogenen Trainings (GS), das (Wieder-)Erlangen bzw. Auffinden der bionomen Mitte (der immer ein psychisches Korrelat entspricht), der Individualität und Autonomie, intrapsychisch des „ICH“, weisen jedoch bereits auf die Komplexität der Methode hin.

## **Teil 1. Tiefenpsychologische Konzepte**

### Psychoanalytische Objektbeziehungstheorien

So ist bereits im Erstkontakt - eines der diagnostischen Kriterien - darauf zu achten, wie der/die einzelne PatientIn mit seinem/ihrer Körper umgeht (aber auch die Körperhaltung ist ein wesentlicher Faktor). Manche lehnen ganz offensichtlich ihren Körper oder Teile davon ab, hassen ihn bzw. spalten ihn vom eigenen Selbst ab, oder empfinden ihren Körper „fremdgeleitet.“ All diese Beobachtungen lassen auf defizitäre Objektbeziehungen bereits in der frühkindlichen Entwicklung, der Dyade, schließen, wobei aber die Beziehung Mutter/Baby immer auch von der Beziehung der Mutter zum Vater das Baby beeinflusst, d.h. Ausgangspunkt ist *immer* die Triade (als Rahmenbedingung für die Geburt eines Kindes/vgl. Green 1993). Und wie uns des Weiteren die psychoanalytischen Konzepte der Triangulierung (z.B. Dieter, J 2004) auf die 1. Form der Symbolbildung deutlich hinweisen, spielt sich die „Basisstörung“ psychosomatischer Erkrankungen im Beziehungsdreieck zwischen *Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanz* ab („psychosomatische Triangulierung“). Der „kranke“ Körper ist im Beziehungsgefüge das erlebte Hinzugekommene und distanzierte Dritte.

Wir können von psychoanalytischen Babybeobachtungen ableiten, welche Bedeutung der Interaktion Eltern oder konstante Bezugsperson/Kind für die weitere körperliche und seelische Entwicklung zukommt, müssen doch aus „unreifen, nicht integrierten Gefühlen und Körperwahrnehmungen die Wahrnehmung der realen Welt, der Trennung von inneren und äußeren Empfindungen, das Denken und die Beziehung zu den Eltern entwickelt werden“ (Diem-Wille 2003, 84). Die Basis für Struktur und innere Ordnung wird in dieser ersten Phase gelegt (durch Verinnerlichung positiver Anteilnahme bildet der Säugling einen psychischen positiven Kern, ein <gutes inneres Objekt>) oder aber eine maligne, die sich auf allen weiteren Stufen der Persönlichkeitsentwicklung ausdrückt, wenn das Containment verhindert

wird (Bion 1962). In diesem Fall ist die Mutter außerstande, die projektive Identifizierung des Säuglings anzunehmen/wahrzunehmen. Die  $\beta$ -Elemente bleiben unverändert, die projektive Identifizierung verstärkt sich (Bion, vgl. Lüders 1997) und die Folge daraus sind pathologische Spaltungen und Fragmentierungen (Dieter, J 2000).

(Zu erwähnen ist, dass auch spätere Traumatisierungen zu Störungen des Selbst – Körper-Selbstgefühls führen können).

Die ersten Erlebensweisen (in der symbiotischen Phase) sind ja vorerst „erlebt“ (Gerber, 1987), sind ein körperlicher Dialog mit den Bezugspersonen. Über eine liebevolle (beiderseitige) Beschäftigung mit dem Körper wird ein Aufnehmen und Erleben der Körpergrenzen vermittelt, sowohl in Bezug auf das Getrennt-Sein als ein getrenntes Lebewesen als auch gleichzeitig einen „guten“ Kontakt. Bleibt diese liebevolle Auseinandersetzung mit dem Babykörper aus, entsteht ein „Fremdseinsgefühl“ dem eigenen Körper gegenüber, was sich im späteren Leben z.B. in schlechter Koordination der Bewegung und ungeschicktem Verhalten ausdrücken kann.

Erst mit zunehmender Differenzierung entwickeln sich sozusagen parallel laufend Körper-Selbst (als Teil der Selbstrepräsentanz) und Selbst. Ist nun das Körper-Selbst defizitär ist die Integrität des Selbst ebenfalls betroffen (wie z.B. ein gestörtes Körper-Bild mit verbundener narzisstischer Selbst(wert)problematik bei Ess-Störungen; Adoleszenz bedeutet Krise durch Veränderung des Körper-Bildes).

In der psychoanalytischen Selbst- und Objektbeziehungstheorie entspricht das Körper-Bild dem Körper-Selbst. Freud spricht schon 1923 (b) von einem „Ich, das vor allem ein körperliches ist“ (Gaddini 2001 wählt dieses Postulat auch als Buchtitel). Denn erst durch die Entdeckung des Körpers (Objekt der Wahrnehmung, Objektfindung; erst sekundär durch Besetzung mit [narzisstischer] Libido zum Liebesobjekt) kann der Säugling ein Bewusstsein vom Ich bzw. Selbst erreichen. D.h., es geht vorerst nicht um einen „Körper der Triebe“ sondern um den „Körper als Objekt der Wahrnehmung.“ Und eben im Gegensatz zur Triebpsychologie ist der psychologische Focus auf die *primäre Bindung* und auf sich aus dieser entwickelnde Körper-, Selbst- und Objektvorstellungen gerichtet. Voraussetzung für die Integration der Repräsentanzen, der inneren Bilder von Selbst, Körper-Selbst und äußeren Objekten stellt die Abgrenzung des Körper-Selbst von der äußeren „Realität“ dar (Reichmann 2002).

Auch Hirsch (1989) beschreibt „differenzialdiagnostisch“ in seinem Buch über den „eigenen Körper als Objekt“ die ganz spezifischen „Körper-Erlebensweisen“ bei verschiedensten Krankheitsbildern.

Schilder (1935) meint, dass die größte Bedeutung für die Entwicklung des Körper-Bildes dem Schmerz und der motorischen Kontrolle zukommt, da durch Schmerz bzw. andere Körpersensationen eine Vorstellung vom *eigenen* Körper als etwas vom *Ich* Wahrnehmbares und vom *Selbst* Getrenntes entsteht, auch wenn er natürlich gleichzeitig zum Gesamtselbst gehört; „man hat den Körper also auch wie man Körper ist.“

Blankenburg (1983, 206) schreibt von „der ständigen Oszillation zwischen Körper-Haben und Leib-Sein“ in der Beziehung des Subjekts zum eigenen Körper.

Auch im Entwicklungsmodell nach M. Mahler (1975) wird die Bildung des „Körper-Ichs“ bereits vor der ersten Phase der eigentlichen Loslösung aus der Symbiose beschrieben, wobei die Vorstellung des eigenen Selbst eben vorerst eine *körperliche* ist. Dies ist aber ein erster entscheidender Schritt der Desomatisierung der Affekte (Schur 1955), was eine Differenzierung von psychophysiologischen Affektzuständen (z.B. Unlust, Spannung, Schmerz, aber auch positiven Empfindungen) in affektive Erfahrungen *seelischer* Qualität einerseits und körperlicher andererseits bedeutet.

Kapfhammer (1985, 208) formuliert das folgendermaßen: „[Es gibt eine] Entwicklungsreihe der unterschiedlich strukturierten innerseelischen Darstellungen des Körpers, die vermutlich von einem primären Stadium der Nicht-Differenzierung von seelischen und körperlichen

Zuständen zu einem der ausgeformten Phantasien und kognitiven Konzepte des Körpers reichen.“

Dazu bemerkte Wilke (2000?) in einem seiner „Psychosomatischen Seminare“, dass das Alexithymie-Konzept eine Renaissance erfährt, denn die Frage ist, ob psychosomatisch Kranke tatsächlich grundsätzlich Ich-gestört sind. Sie können Gefühle nicht „lesen“ - die Symbolisierungsfähigkeit ist nicht entwickelt -, und das Schlüsselwort heißt „Affektsomatisierung“, d.h. im Sinne o.g. Schur-Konzepts (De-/Resomatisierung) schaffen die Patienten die Desomatisierung nicht. Kommt es nun bei Konflikten zur Resomatisierung, bedeutet diese eine physiologische Regression bei Ich-Schwäche. So reagiert das Ich bei auftauchender Gefahr und Angstsituationen nicht mit psychischen Mitteln, sondern eben mit einer physiologischen Regression auf Primärprozessebene und mit somatischer Reaktion, es kommt z.B. zum Ausbruch eines Ulcus duodeni (siehe spätere Fallvignette).

Kutter (1980) meinte zu den psychosomatischen Erkrankungen, dass ein Teil des Gesamtselbst durch die psychosomatische Symptomatik zur Rettung des Ganzen geopfert werde.

Aber schon die unterschiedlichsten Zugänge zu diesen Theoriebildungen wie z.B. die der französischen Schule um Marty, de Muzan und David (1963), die von „einer psychosomatischen Struktur“ ausgehen über die beiden amerikanischen Autoren Nemias und Sifneos (1970), die von einer charakteristischen Unfähigkeit Gefühle wahrzunehmen und eigene Gefühle angemessen zu beschreiben sprechen, und damit den Begriff „Alexithymie“ prägen, weisen auf die unterschiedlichen Struktur- bzw. Funktionsniveaus bei Somatisierungsvorgängen hin. So wie bereits Cremerius (1977) postulierte, dass es sich nicht um „durchgängige“ Strukturen handle. Wesentlich sind nach Lippmann (1994) die Differenzierung von verschiedenen psychosomatischen Symptombildungen und unterschiedlichen Strukturen.

Das jeweils individuelle Struktur- und Funktionsniveau sind also die wesentlichsten Variablen für die tiefenpsychologische Diagnostik und Behandlungstechnik (Dieter, W 2003).

## **Konversionskonzept (zum Zwecke der Abwehr)**

Schmerz als Abgrenzung von symbiotischen Objekten

Gelingt der Entwicklungsschritt aus der Symbiose nicht oder nur bedingt, so kann auch die Unterscheidung zwischen Körper, Selbst und äußerem Objekt nur mangelhaft sein und Körpersensationen wie Schmerz oder „seelischer“ Schmerz, das sind affektive Reaktionen wie Angst, Trennungsschmerz, Trauer und Wut, können nicht genügend differenziert werden, aber genauso wenig deren jeweiliger Ursprung, nämlich wie „*Innen – Außen, Körper oder Mutterobjekt.*“

Erfolgt nun eine Regression auf den gestörten Entwicklungsabschnitt legt dies die Hypothese nahe, „ dass der Schmerz den eigenen Körper mit Hilfe der Konversion zu einem mütterlichen Objekt machen und dessen Abwesenheit oder Verlust nicht anders - durch Objekte höheren Symbolgehalts nämlich - bewältigen kann“ (Hirsch 1989, 285). D. h., dass psychogener Schmerz ein Ausweg aus einem frühen Ambivalenzkonflikt zwischen Abhängigkeitswunsch (mütterliches Objekt fehlt) und Symbioseangst (mütterliches Objekt ist Bedrohung) sein kann.

Per definitionem versteht man unter Konversion nach Freud (1895): Schmerz als Konversion verbotener, (meist sexueller) konflikthafter Inhalte ins Körperliche, andererseits als Schmerz aufgrund einer narzisstischen Kränkung, eines Verlusts, wobei Seelen- und Körperschmerz (wieweit ist körperlicher Schmerz als Übergangsphänomen anzusehen?) gemeinsam diskutiert werden.

Nach der Konzeption von Deutsch (1959) entsteht Konversion „durch ersten Objektverlust, der als Verlust von *Teilen des Körpers* erlebt wird, die aus Reparationswunsch auf äußere Objekte projiziert und wieder in den Körper retrojiziert werden, wo sie in symbolisch veränderten Körperfunktionen niedergelegt werden“ (Hirsch 1989, 303).

So wird postuliert, dass diese frühen Konversionsvorgänge („prägenitale Konversion“) spätere Traumatisierungen physischer und sexueller Gewalt in ihrer Thematik bestimmen, wobei die Schuld- und Bestrafungsdynamik mit Hilfe der Identifizierung mit dem Aggressor abgewehrt wird.

Im Symptom selbst drückt sich kompromisshaft die Ambivalenz zwischen Wunsch und Abwehr zugleich aus.

Zu Symbolisierung und Konversion meint McDougall (1985, 336; 346) Folgendes : „Man könnte sagen, dass bei der Hysterie der Körper sich und seine Funktionen dem Willen der Psyche zur Verfügung stellt, während bei psychosomatischen Erkrankungen der Körper selbst <denkt> bzw. eher: der Körper <handelt>, d.h. im ersten Fall wird der Körper in den Dienst der Phantasie gestellt, an dem es im zweiten gerade mangelt.“

Wesentlich ist, dass nicht nur der *intrapsychische* Konflikt verdrängt werden muss sondern immer geht es um *interpersonelle* Konflikte – also zwischen Subjekt und Objekt – wobei es im Adoleszenten- oder Erwachsenenalter meist (neben allen sexuellen Inhalten von Konflikten) *Trennungsangst, drohenden Objektverlust, Angst vor Abhängigkeit vs. Autonomie* betrifft, die eben dann die Verdrängung und Konversion bedingen. So stellt das „Konversionssymptom nicht nur einen Konflikt, sondern auch die Beziehung zu einem geliebten und/oder gehassten Menschen symbolisch dar“ (Hirsch 1989).

Ergänzend möchte ich auf die Neuerscheinung des Buches „Das autobiographische Gedächtnis“ von Markowitsch und Welzer (2005) hinweisen, die Zusammenhänge zwischen sozialer Umwelt und Entwicklung des Gehirns aufzeigen. Ein Mangel an Zuwendung schädigt nicht nur die Seele des Babys sondern auch sein Gehirn. Oxytocin und Vasopressin, zwei, für die Erleichterung von sozialer Kontaktknüpfung und den Umgang mit Stress zuständige, Hormone, waren bei seit bereits mehreren Jahren in Familien lebenden Adoptivkindern von vornherein signifikant niedriger (in der Studie ging es v.a. um *körperlichen* Kontakt); er stieg auch nicht durch liebevolles Spiel mit ihren Adoptivmüttern an, während die Botenstoffe bei den anderen Kindern stark anstiegen. Was dies zukünftig für psychotherapeutisches Prozedere bedeuten könnte, ließen bereits Vortrag und Round-table-Diskussion in Waidhofen 2005 erahnen.

Abschließend sei aber für das Behandlungskonzept mit der ATP/GS notwendigerweise darauf hingewiesen, dass der „kranke“ Körper nicht als Fremder oder sogar Feind empfunden werden soll, der behandlungsbedürftig ist. Im Gegenteil: es sollte versucht werden, solchen Spaltungsprozessen entgegen zu wirken um mit der Ausgrenzung des Körpers als „Dritten“ umgehen zu können (Pichler 1998, Ringler 1997).

## **Teil 2: Die Interaktion von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der ATP**

### **Indikation zur Autogenen Psychotherapie**

Die Autogene Psychotherapie kann aufgrund ihres systematischen Stufenaufbaues als eine ganzheitlich konzipierte Methode angesehen werden. Aufgrund des umfassenden Menschenbildes ist sie für die Behandlung aller seelischen Störungen geeignet, v.a. jedoch ist sie die Methode der Wahl für sehr frühe, präverbale (prägenitale) Störungen wie z.B. bei Erkrankungen des psychosomatischen Formenkreises und somatisierten Angst- und Belastungsstörungen.

Bei Patienten mit erstgenanntem Krankheitsbild sind meist basale Ich-Funktionen wie Wahrnehmung und Bildung von Erinnerungsspuren beeinträchtigt, wobei es dem *Ich* kaum möglich ist, auf einer symbolischen (oder abstrakten) Ebene etwas "durchzuspielen" oder dementsprechend zu handeln. Im therapeutischen Prozess kann man oft eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen Bildinhalten und begleitenden Affekten beobachten. Dabei können jene mit negativer Betonung eher schwer wahrgenommen werden oder sind dem bewussten Erleben überhaupt nicht zugänglich. Diese Patienten benötigen vorerst ein "Hilfsmittel", das ihnen schrittweise die Zusammenhänge zwischen ihren somatischen Beschwerden und seelischen Hintergründen aufzeigen kann (Bischof 2004).

Für Patienten mit "Angstneurosen" ermöglichen vorerst die "Entspannungsübungen" ein Ausweichen auf die vertraute physiologische Ebene. Entsprechend der "Blässe ihrer Objektimages" (Mentzos 2001) sind für diese Patienten Erfahrungen auf der *Handlungs-* und nicht der (Be-)Deutungsebene von Nöten. Nach Kraft (2004) stellt "im Hinblick auf die bewusste oder auch verleugnete Abhängigkeit von der Realpräsenz anderer Personen das AT insofern eine wertvolle <erste Hilfe> dar, als der Pat. erlebt, *allein* etwas für sich tun zu können.

Demnach besteht die Möglichkeit über die ATP/Grundstufe den inneren Kontakt mit dem „erfahrbaren Leib“ (Wilke, 2000) „selbst“ her zu stellen (*Ausblick*: bei der Mittelstufe über das „Übergangsobjekt“, in der Oberstufe ausgehend vom Körpererleben zu Bildsymbolen).

## Modellvorstellungen

um diagnostisch-therapeutische Schritte planen und vollziehen zu können:

„Ich-Du-Wir-Modell“ (aus dem „ATP-Würfel“) von Sedlak (2004, 2005)  
differentieller Zugang zur Beziehungsthematik: Selbsteinschätzung/Beziehungsfähigkeit der/s PatientIn/en aufgrund  
mangelnde Ich-Stufe (zu wenig Beziehung zu sich selbst)  
mangelnde Du-Stufe (geringe Empathie und Dialogfähigkeit; Scheitern im Kontakt, daraus resultierend wiederum Selbstentwertung etc)  
mangelnde Wir-Stufe (unfähig sich zu integrieren, geringe Teamfähigkeit, fühlt sich ausgeschlossen und entwertet)

Gedächtnis des Organischen (Sedlak 2004, 2005)  
basale Fähigkeit des Regulierens in der Grundstufe:  
Gelingen in präverbale Bereiche  
Schrittweises Heranführen an die Bewusstwerdung der Affekte als grundlegende Orientierungsmechanismen  
Förderung der emotionalen Autonomie

Prozedere: zunehmende Differenzierung, korrigierende Erfahrungen, Verinnerlichung neuer

Handlungsvollzüge

Psychogenetischer Ansatz (Gerber, Reinelt 1990)  
bei tiefgreifenden (komplexen, strukturellen) Störungen:  
Förderung und Auseinandersetzung mit sinnlichen Erfahrungen  
Prozedere: Spürendes Erleben im Sinne eines primär-narzisstischen Leiblichseins und einer

sensibilisierenden, differenzierenden Körperwahrnehmung

Ziel: Finden von Symbolen – Begriffen – Sprache über das Gespürte, Gefühlte, Vorgestellte.

Umfassende Rekonstruktion der Persönlichkeit

„Wärme-Rhythmus-Konstanz“ (Bartl 1984, 1989)

Schwere und Wärme sind Entsprechungen früher, narzisstischer Körpererlebensqualitäten (psychoanalytische Entwicklungspsychologie):

narzisstische Defizite bei schweren Persönlichkeitsstörungen, daher

Ziel: narzisstisches Auftanken, Einüben in „Urvertrauen“ im Sinne korrigierender Neuerfahrungen

### **Teil 3: Fallvignette zur Veranschaulichung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie (ATP)**

Wesentlich erscheint nochmals der Hinweis, dass aus *Therapieverläufen* zu ersehen ist, wie wichtig *Zielorientierung und Prozessdiagnostik* sind.

Zu Beginn des therapeutischen Kontaktes sind, wie schon aus der Beschreibung der Modellvorstellungen ersichtlich, Parameter wie die *Einschätzung der Selbsteinschätzung* als auch die *Beziehungsfähigkeit des Patienten* zu bestimmen. So erhalten wir differentialdiagnostisch erste Eindrücke, auf welcher möglichen *mangelhaften* Entwicklungsstufe (Ich – Du – Wir – Stufe) die Selbsteinschätzung beruht.

Auf der – *defizitären* - Ich-Stufe erfordert das therapeutische Prozedere zunächst eine *Regression im Dienste des Ich*, ein *narzisstisches Auftanken*, die (Entwicklung zur) *Fähigkeit, sich abzugrenzen*, den Körper (zunehmend) als „Gesamtheit“ und dennoch in Beziehung zu anderen zu sehen.

Hingegen ist das therapeutische Vorgehen anders zu gestalten, wenn auf der Ich-Stufe der Entwicklung z.B. eine *infantile Selbstüberschätzung* sowie ein eher misstrauisch – distanziertes, kaltes Beziehungsangebot vorherrschen (Bischof 2005).

### **Fallvignette ad De-/Resomatisierung ( Theorie s. S 4 ff)**

Herr H. (23a) ist ein großer, schlanker junger Mann, mit braunem, dichtem Haar, blassem Gesicht und traurig wirkenden Augen. Seine Haltung wirkt linkisch auf mich, die Stimme ist zurückhaltend und leise. Auffallend ist seine besonders saubere und ordentlich gebügelte Uniform.

Seit dem Präsenzdienst bestehen zunehmende Magenbeschwerden mit massivem Sodbrennen bei anamnestisch bekanntem Ulcus duodeni und chron. rez. Gastritis, ebenso sind einige Allergien bekannt.

Grundausbildung, 5-wöchiger Assistenzeinsatz an der Grenze mit nachfolgender Truppenübung in Allentsteig, wöchentliche Gefechts- und Samstagsdienste hatten den Patienten völlig überfordert und so traten erneut gastritische Beschwerden, nun auch mit Diarrhöe, auf, sodass er an der Internen Station zwecks Gastroskopie und somatischer Abklärung aufgenommen (Befunde: dzt. keine organische Substratschädigung) wurde.

Herr H. erlebt diese Intervention einerseits als Ernstnehmen seiner Beschwerden, andererseits bedeutet die unvermutete stationäre Aufnahme eine akute Belastungssituation für ihn, sodass er mit Angstattacken und massiven Verlustängsten (weitere Trennung von seiner Frau, die er erst vor kurzem geheiratet hat!) darauf reagiert.

*Sozialanamnestisch* ist Herr H. der jüngste von 4 Geschwistern, mit diesen auf dem Land aufgewachsen; kam mit 15a ins Internat, um seine Ausbildung zum Nachrichtentechniker bei der Post/Wien zu absolvieren und schloss vor kurzem seine Matura in der Abendschule ab. Seit dem Sommer sei er „glücklich“ verheiratet.

Sich selbst bezeichnet Herr H. als *selbständigen* Menschen, aufgewachsen in einer insgesamt *sehr geborgenen Welt (über seine Eltern berichtet er erst während des AT)*,

mit vielen Freunden. Er lebt mit seiner noch studierenden Frau in Wien, hat bei der Post einen *eigenen Verantwortungsbereich*, daher fühle er sich nun *beim ÖBH eingesperrt und entmündigt*. Die Frist für Zivildienstanzug hätte er leider versäumt!  
(Verleugnung/Ambivalenzkonflikt)

Familie und Freunde hat er seit Wochen nicht gesehen. Ein unerträglicher Zustand, da er diese Kontakte notwendig braucht. Sein Selbstkonzept sei zusammengebrochen, das „Ungewisse“ mache ihm Sorgen (kann seiner Frau z.B. nicht sagen, ob er *pünktlich* nach Hause kommen wird etc.), aber auch die Unsicherheit hinsichtlich seines Jobs bei der Post, die ausgegliedert und privatisiert wird. *Alles sei ihm im Magen liegen geblieben!* (siehe S 4/ Affektsomatisierung)

Nach meinem Angebot, die Grundstufe der ATP zu erlernen, ist sich Herr H. nicht im Klaren, ob er sich darauf einlassen kann und beschließt, sich bis zum nächsten Termin selbst *frei* zu entscheiden.

Bei Herrn H. wird bereits bei der Anamneseerhebung hinsichtlich seiner Magenbeschwerden – zur Zeit *keine* Ulzera objektivierbar – die *Auslösesituation* sehr deutlich: *Geborgenheitsverlust* (Trennung, „Umsiedlung“), *Zuwachs an (Eigen-)Verantwortung* (sollte Spezial - Heeres- LKW- Fahrer werden) und *Bedrohung der passiv-oralen Befriedigungen, auch durch sexuelle (Reifungs-)Anforderungen* (kurz vor der Einrückung geheiratet).

Der Grundkonflikt ist ein Abhängigkeits - Autonomie - Konflikt, d.h. es besteht ein Konflikt zwischen unbewussten infantilen Abhängigkeitswünschen auf der einen Seite und dem Streben nach Unabhängigkeit und Erfolg andererseits. Verborgene Wünsche beinhalten die Sehnsucht mit *Liebe, Zuwendung, Geborgenheit und Nähe* wie ein Säugling „gefüttert“ zu werden, wobei diese Wünsche jedoch den Motiven eines *erwachsenen* Ichs, aber auch häufig Gegebenheiten der Realität, entgegenstehen. Diese passiven Wünsche werden abgewehrt, indem sie vom Patienten durch *zwanghaften Selbstständigkeitsdrang* („Pseudounabhängigkeit“), *Ehrgeiz und Selbstgenügsamkeit ins Gegenteil verkehrt* werden (Reaktionsbildung). Erkennbar sind sie an der Suche nach zärtlicher Anlehnung an stärkere Objekte, sowie an der Vermeidung von Konkurrenz. Die Selbstgenügsamkeit verdeckt Neid und „unersättliche“ Unzufriedenheit, ist aber auch Ausdruck der Hemmung, Forderungen und Ansprüche zu stellen. Herr H. steigert sein (neurotisches) Leistungs-/Bescheidenheitsideal, seine Askese (bzw. entwickelt *somatische* Symptome). Da er aufgrund dieser Ideale auch weniger von anderen (zurück-)bekommt, resultieren daraus Neid, Gier und Ärger, die ihrerseits wieder abgewehrt werden müssen (Tress 2003).

Bei Herrn H. handelt es sich somit differenzialdiagnostisch um eine frühkindliche Störung im oralen (und narzisstischen) Bereich, mit depressiver Struktur und zwanghafter Abwehr.

Wobei ich an das Konzept von Klein (1946) erinnern möchte das besagt, dass bei der Depression nicht nur das internalisierte Objekt sondern auch das (eigene) innere Objekt verloren gegangen ist, da nicht genug Objekt Konstanz aufgebaut werden konnte.

## **Zu den Übungen der Grundstufe (in einer Gruppe)**

Herr H. berichtet über das sukzessive Schwererwerden des *rechten* Armes (*„nichts anderes!“*), bis dieser plötzlich von der Armlehne gefallen sei, was ihn aber nur kurzfristig von seiner „Entspannung raushob“. Des weiteren hatte er die Ruhetönung *„Ruhe kommt von selbst“* gewählt, da er sich lieber „von außen versorgen“ ließe (was auf seinen Grundkonflikt: passiv-oraler Versorgungswünsche hinweist). Das Zurücknehmen hätte er am liebsten gar nicht gebraucht ! (Wunsch, ewig in diesem Zustand verweilen zu können) Bei der Wärmeübung hingegen spürte er zunehmend *„Hitze im Kopf.“* *„Da bin ich nicht mehr ich selbst, kann das nicht mehr selbst steuern!“* und assoziiert spontan *„Hitzkopf“* dazu. Das hätte aber sicher nichts mit Aggression zu tun (Verneinung), denn dabei handle es sich um einen „Ver - rücken“, der in den Tag hineinlebt, tut, was er will, ohne nachzudenken. Zu einem späteren Zeitpunkt fällt ihm ein, dass er allerdings in der

Funktion des „Zimmerkommandanten“ seinen Kameraden ordentlich die Meinung gesagt hat und über sein „unbekanntes Wohlgefühl“ danach erstaunt gewesen sei.

In der darauf folgenden Einheit entschließen sich bis auf Herrn H. die anderen Teilnehmer die Atem-Übung einmal im Liegen zu versuchen und fühlen sich danach besonders entspannt; während der Übung in „ganz tiefer Trance, ohne eingeschlafen zu sein“. Der Patient hat große Angst vor dem Loslassen/Fallenlassen, vor dem „Sich - Auflösen“, ein Aspekt, der auch in seiner jungen Ehe von Bedeutung ist.

Nach seinem Stimmungstief am Morgen ausgelöst durch Schneematsch, hat sich nun nach dem Üben ein deutlich erlebbarer Stimmungswandel vollzogen. Als er nun aus dem Fenster sieht, erlebt er die Natur als „schön, so ruhig und gleichmäßig - WIE ICH!“ („Eins-Sein“/Verschmelzung mit Mutter [Natur]).

So bestätigt sich bei Herrn H., dass die *Rhythmisierung* in der Atem- und Herzübung (siehe nächste Stunde) die Regression vertieft. Nach M. Fuchs (1989) sind Beziehungsstörungen auch immer Rhythmusstörungen und vice versa.

Es galt also, den „Atem zu rhythmisieren“ (der Patient hatte: „es atmet mich“, gewählt), da dadurch das Gleichgewicht von „Abgeben“ und „Aufnehmen“ an einer zentralen Stelle entwickelt wird.

In der nächsten Stunde denkt der Patient während der Übung immer noch an unser Vorgespräch „Herz“ und empfindet primär ein angenehm-wohlige Gefühl ums Herz.

Plötzlich hatte er seinen Vater *vor Augen* mit dessen gewalttätiger Aggression („herzlos“), vor der er bis heute so große Angst hätte, ihm aber nun seine eigene Aggressionshemmung viel verständlicher würde.

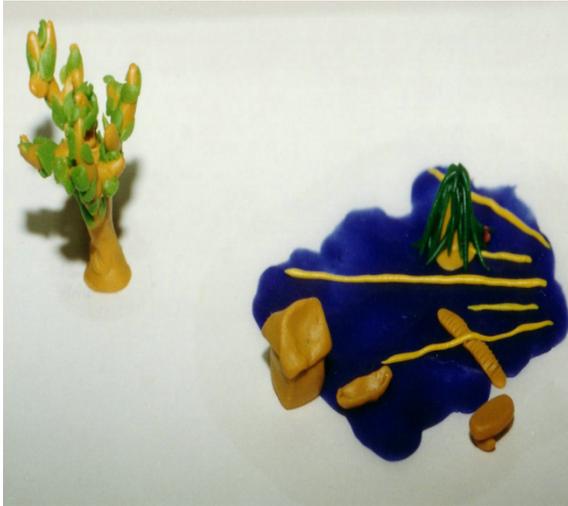
In Erinnerung hatte der Vater immer geschrieen, war ungeduldig, und Herr H. konnte ihm nichts recht machen (die Eltern hatten eine Landwirtschaft, wobei er schon früh mit anpacken musste). Er sei auch lange Zeit Bettnässer gewesen, was nach außen hin verheimlicht werden musste; er schämte sich auch sehr dafür. Sogar die Mutter in ihrer Duldsamkeit war für ein halbes Jahr ausgezogen, weil sie den Vater nicht mehr ertragen konnte - machte aber später leider wieder einen „Versuch“ mit ihm, und blieb!

Von der Großmutter sei er sehr christlich erzogen worden. In Wien traf er dann „Christen“, hätte „Gott neu kennen gelernt“ und die Erkenntnis gewonnen, dass die „<Sachen> in der Kindheit nicht ihm gegolten hatten, es gab ja auch gute Seiten!“ Aber der Umgangston beim ÖBH erinnere ihn an diese früheren Zeiten.

Zum erstenmal öffnet sich der Patient spontan, es sprudelt förmlich aus ihm heraus, seine Kameraden nehmen sichtlich Anteil und geben ihre eigenen Assoziationen und Erfahrungen „mit Vätern“ (*auch beim ÖBH sind viele Väter!*) preis.

Nach der Sonnengeflechtsübung fühlt der Patient ein vertieftes Wärmegefühl im gesamten Körper „strömen“, der Magen spürt sich erstmals nicht mehr schmerzhaft sondern „herrlich erwärmt“ an.

Vor und nach der Übung machte der Patient „Gestaltungen“ mit Nakiplast, denn mit Hilfe des Gestaltens nach (Wallnöfer 1972, 2005) zeigen sich nicht nur Stimmungsänderungen sondern oft auch deutlich das Auftauchen oder Verschwinden (Verdrängen) von Problemen. Nach Ullmann (2001, 78) „kann sich in der <Nachschwingphase> (des Hypnoids) ein ganzheitlich und integrativ wirkendes <Auftaucherlebnis> einstellen, das in den frühesten Selbstempfindungen wurzelt.“ Der Patient muss sich dann wieder allmählich in der Realität (Sekundärprozess) gegenüber dem Primärprozesshaften reorientieren.



1. Lebensbaum 2. Haus am See mit Insel und Boot

Insgesamt sehe ich diese Stunde als eine der fruchtbarsten und konstruktivsten an. Die Gestaltungen sind besonders kreativ. Obwohl es einige schmerzhaftere Erkenntnisse bzw. Einsichten gibt, ist eine große Entlastung spürbar.

Herz- und Sonnengeflechtsübung hatten ja der übenden Differenzierung und Komplettierung des Körperschemas gedient.

Herr H. fühlt sich *sehr* entspannt und „*lernt auf sich zu hören - wenn die Zeit reif ist!*“ (seine Nachreifung erfolgt). Er kann sich fallen lassen und auch mit seiner Aggression viel besser umgehen. In seinem Umfeld kann er sich besser abgrenzen, auch bei Streitereien mit seiner Frau, wobei er nach einem Vorfall auf gewohnte Magenschmerzen wartete, die aber nicht eintraten! D. h., dass eine Resomatisierung nicht mehr nötig war, der Patient hatte nun statt dessen ein „reiferes Repertoire“ zur Verfügung.

Ich denke, dass anhand dieser Fallvignette die Wirksamkeit der Methode bereits in der Grundstufe der ATP aufgezeigt werden konnte, aber v.a. auch die Wichtigkeit und Notwendigkeit des tiefenpsychologischen Backgrounds, den die/der PsychotherapeutIn zur Verfügung haben sollte um bei unterschiedlichsten Störungsbildern entsprechend differenziert „handeln“ zu können.

#### Literatur:

Bartl, G (1984) Der Umgang mit der Grundstörung im Katathymen Bilderleben. In: Roth J W (Hrsg.) Konkrete Phantasie. Neue Erfahrungen mit dem Katathymen Bilderleben. Bern/Stuttgart/Wien

Bartl, G (1989) Strukturbildung im therapeutischen Prozess. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hrsg) Strukturbildung im therapeutischen Prozess. Literas, Wien: 15-20

Bickel, M; Steigert, H (1981) Pflücke den Tag. Herder, Freiburg

Bion, W R (1962) Lernen durch Erfahrung. Dt. 1990. Suhrkamp, Frankfurt

Bischof, B (2004) Autogene Psychotherapie. Imagination 2: 51-61

Bischof, B (2005) Zur Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Sedlak, F, Wien

Blankenburg, W (1983) Der Leib als Partner. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 6. Thieme, Stuttgart

Cremerius, J (1977) Ist die psychosomatische Struktur der französischen Schule krankheitsspezifisch? Psyche 31: 293-317

Deutsch F (ed) (1959) On the mysterious leap from the mind to the body. Int Univ Press, New York

Diem-Wille, G (2003) Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung. Kohlhammer, Stuttgart

Dieter, J (2000) Symbolbildung und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Imagination 1: 5 – 28

Dieter, J (2004) Stufen der Triangulierung – Die Bedeutung der Dyade und der Triade in der Entwicklung und Psychotherapie. Imagination 4: 5 – 39

Dieter, W (2003) Katathym Imaginative Psychotherapie bei Angstneurosen. Imagination 4: 5-40

Freud, S (1895) Studien über Hysterie. Fischer, Frankfurt. GW Bd. I: 75-312

Freud, S (1923 b) Das Ich und das Es. Studienausgabe Bd. III. Fischer, Frankfurt, 2000

Fuchs, M (1989) Funktionelle Entspannung. Stuttgart

Gaddini, E (2001) „Das Ich ist vor allem ein körperliches.“ Beiträge zur Psychoanalyse der ersten Strukturen. Jappe, G und Strehlow, B (Hrsg.). Edition diskord, Tübingen

Gerber, G (1987) Beziehungs- und Wahrnehmungsdifferenzierung im Leib-Körperlichen durch Funktionelle Entspannung. In: Ärztliche Praxis und Psychotherapie 2: 13 – 18

Gerber, G, Sedlak, F (Hrsg) (1990) Autogenes Training - mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. Reinhardt, München

Green, A (1993) The Dead Mother. In: On Private Madness. Intern. University Press, Connecticut

Hirsch, M (Hrsg) (1989) Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Springer, Berlin

Kapfhammer, H P (1985) Psychoanalytische Psychosomatik. Springer, Berlin

Kernberg, O F (1997) Die Liebe, das Paar und die Gruppe. In: Kernberg, O F (1997) Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie: S 378. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart

Klein, M (1946) Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: Klein, M Gesammelte Schriften Bd III, 1946-1963. frommann-holzboog, Stuttgart, 2000: 81-95 verloren gegangen ist

Kraft, H (2004) Autogenes Training. Handbuch für die Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Kutter P (1980) Emotionalität und Körperlichkeit. Prax Psychother Psychosom 25: 131-145

Küchenhoff, J (1992) Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zur Psychopathologie und Psychosomatik von Körpersymptomen. Asanger, Heidelberg.

Lippmann, R W (1994) Das Symboldrama bei der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten. Imagination 2

Lüders, K (1997) Bions Container-Contained-Modell. In: Kennel, R, Reerink, G (Hrsg) Klein – Bion. Eine Einführung. Edition diskord: 85 – 100

Mahler, M S, Pine, F, Bergman, A (1975) Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt

Markowitsch, Welzer (2005) Das autobiographische Gedächtnis. Klett-Cotta, Stuttgart

Marty, P, De Muzan, M, David, C (1963) L'investigation psychosomatique. In: Schuster, P, Springer-Kremser, M (Hrsg) (1998) Anwendungen der Psychoanalyse. WUV-Universitätsverlag, Wien

McDougall J (1985) Plädoyer für eine gewisse Anormalität. Suhrkamp, Frankfurt

Mentzos, S (2001) Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Fischer, Frankfurt

Nemia, J C, Sifneos, P (1970) Affect and phantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill, O W (Ed.) Modern trends in psychosomatics. London, Butterworth

Pichler, M (1998) Psychotherapie im Krankenhaus: Erfahrungen aus der Psychosomatischen Ambulanz einer Internen Abteilung. Imagination 2: 37-48

Reinelt, T und Gerber, G (1990) Autogenes Training im Rahmen des genetischen Entwicklungsmodells „Spüren – Fühlen – Denken“. In: Gerber, G und Sedlak, F (Hrsg) Autogenes Training – mehr als Entspannung. Reinhardt, München

Reichmann, I (2002) Körper und Bild – Körperbild. Imagination 2: 89 – 100

Ringler, M (1997) Psychotherapie im Krankenhaus. In: Psychotherapieforum 2, Vol.5. Springer, Wien

Schilder, P (1935) The image and appearance of the human body. Kegan, London

Schur, M (1955) Comments on the metapsychology of somatization. Psychoanal Study Child 10: 119 – 164 [dt. In: Overbeck, G, Overbeck, A (Hrsg) (1978) Seelischer Konflikt – Körperliches Leiden. Rowohlt, Reibek]

**Sedlak, F (2004) Die besonderen diagnostischen Chancen der ATP im Lichte der Diagnostik-Leitlinien. In: Bartuska, H, Mehta, G, Pawlowsky, G, Wiesnagrotzki, S**

**(Hrsg) Handhabung und Verwendbarkeit der psychotherapeutischen Diagnostik aus der Sicht der fachspezifischen Methoden. In Druck, Springer, Wien/New York**

Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Sedlak, F, Wien

Tress, W (Hrsg) (2003) Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin. Schattauer, Stuttgart

Ullmann, H (Hrsg) (2001) Das Bild und die Erzählung in der Psychotherapie mit dem Tagtraum. Zwölf Fallgeschichten. Huber, Bern

Wallnöfer, H (1972) Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem Autogenen Training. In: Langen, D (Hrsg) Hypnose und psychosomatische Medizin. Stuttgart

Zusammenfassung:

Anhand von psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien über die Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung sowie einigen Modellvorstellungen wird die Wirksamkeit des Autogenen Trainings - Grundstufe der Autogenen Psychotherapie, aufgezeigt.

# **Die Autogene Psychotherapie - das organismische Selbst als Ursprung der Heilung (Vortrag in Bad Ischl 2012)**

*Franz Sedlak*

## **Die zentralen Begriffe der ATP**

sind die Bionome Idee und das Autogene Prinzip.

Dazu ergeben sich viele thematische Beziehungen: vgl. Selbstorganisation, Autopoiese, Vitalismus, Selbstaktualisierung, Entropie-Syntropie, spontane Phänomene)

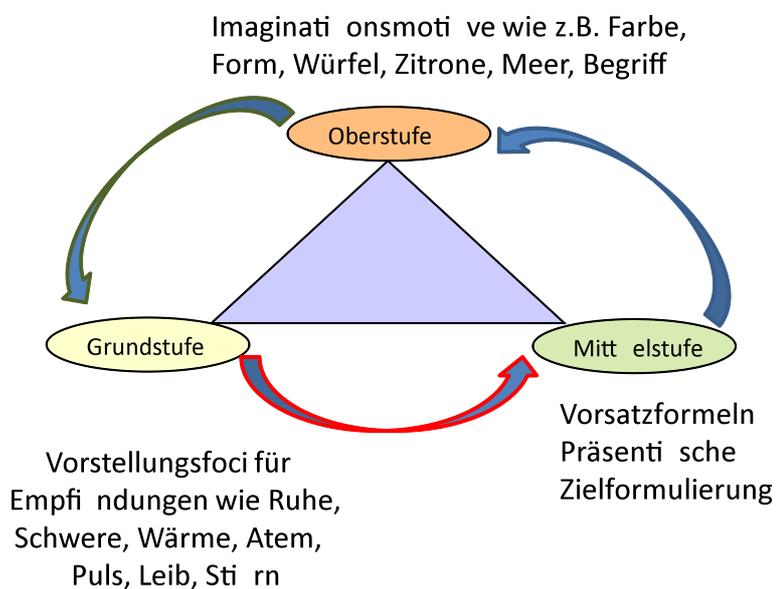
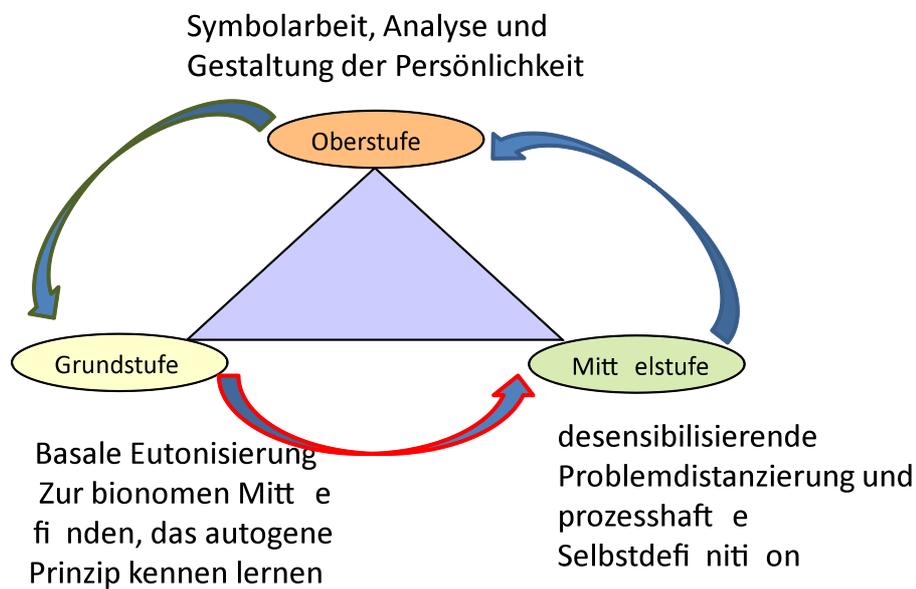
Die Bionome Idee besagt, dass jeder Mensch einen Bauplan in sich trägt, eine Lebensgesetzmäßigkeit. Der Mensch ist gesund, wenn er diesem inneren Bauplan Chance zur Entfaltung gibt. Dieser Bauplan trägt Determinanten in sich, gestattet aber viele ausgestaltende Variationen. Das Bionome ereignet sich durch das Autogene Prinzip: Das "Selbst-Entstehen-Lassen". Das autogene Prinzip besagt also nicht nur das Frei-Sein von Außeneinflüssen, sondern, dass sich das Eigentliche nur verwirklichen lässt, wenn man es zulässt. (Wir können hier unschwer auch eine Beziehung zur Achtsamkeit entdecken).

Vier Jahrzehnte vor der von Maturana und Varela formulierten Autopoiesis (das Selbstmachen, Selbstproduzieren) formuliert Schultz das Autogene Prinzip! Eine weitere interessante Relation ergibt sich zur Selbstaktualisierungsidee von Rogers. Er, auf einem Bauernhof aufgewachsen, kümmerte sich wesentlich um die förderliche Beziehungatmosphäre als Wachstumsbedingungen. Wenn die autogene Gelassenheit eintritt, kann der personale Kern erfasst werden (eine deutliche Zusammenarbeit zwischen Grundstufe, Mittel- und Oberstufe der Autogenen Psychotherapie). Wichtig ist, dass die Bionomie eine allgemein menschliche und zugleich individuelle ist, das ergibt sich durch die relative Freiheit des Organischen gegenüber dem Anorganischen.

Schultz spricht von der Selbsttätigkeit (Autoergie), Selbstgestaltung des Lebendigen. Diese ist nur möglich, wenn sie nicht heteronom gestört wird, sondern sich aus sich selbst entwickelt. Recht moderne systemische Ideen.

Das autogene Prinzip und die bionome Idee bewegen sich zwischen den Extrempolen des Vitalismus (der die physikalische Determination des Anorganischen negiert) und des Mechanismus (der die Gestaltungsfreiheit des Organischen negiert). Interessante Querverbindungen ergeben sich auch zur Selbstorganisation (Systeme neigen dazu, aus einem Zustand der Unordnung spontan in einen der Ordnung umzukippen, sie erzeugen diese Muster, diese Stabilisierung, diese Ordnung selbst. Das ist ein schönes Beispiel für die durch das autogene Prinzip zur Realisierung gelangende Bionomie). Ein aufschlussreicher Zusammenhang ergibt sich auch durch die Gegenpole der Entropie - Syntropie, die ebenso in Balance zu halten sind wie Entspannung und Spannkraft, während einseitige Überbetonung zu Erschlaffung oder Verkrampfung führen..Ein anderes auszubalancierendes Paar ist das sympathische und das parasympathische Nervensystem. Die durch das autogene Prinzip realisierte Bionomie hat den Referenten dazu veranlasst, von Heilung aus dem organismischen Selbst zu sprechen. Die Autogene Psychotherapie (die Bezeichnung wurde erstmalig vom Autor vorgeschlagen. Wallnöfer hat diese Intention immer wieder unterstützt) hat einen umfassenden Aufbau, wie die beiden folgenden Abbildungen zeigen.

# Die drei Bereiche der autogenen Psychotherapie



Es geht in der

## Grundstufe der ATP

um Regeneration der Selbstbeziehung, Auffinden der bionomen Mitte, Individualität und Autonomie, bionomes Selbstbewusstsein, um das körperliche Lebensgefühl.

Inbalance ist eine Situation, die zu zahlreichen künstlichen Abstützungen führt, die ihrerseits zu einer Dysfunktionalität führen und zu einer drastischen Einschränkung der Selbstverfügung und des Bewegungsspielraums. Man muss wieder in sich selbst das Gleichgewicht finden, in sich selbst ruhen, eine vertrauensvolle Haltung zur eigenen Lebensgesetzlichkeit entwickeln, eine bionome Verwurzelung zulassen, zur Stabilität und Mobilität zurück finden. Auf die entsprechende Anspannung folgt die lösende Entspannung. Hält eine Spannung zu lange an, ist das Gleichgewicht gestört. Die andere Seite unseres Lebens kommt zu kurz. Wird das Gleichgewicht immer wieder gestört, antwortet der Mensch mit Unruhe und Nervosität. Er kommt mit sich selbst und seiner Umwelt, seinen privaten und beruflichen Anforderungen nicht mehr zurecht. Aus der Disharmonie heraus kann es zur Entwicklung von Ängsten, Aggressionen und Depressionen, zu psychoreaktiven Erscheinungen kommen. Für Fenichel ist es dabei sehr wahrscheinlich, dass solche dystonischen Erscheinungen von der Triebabwehrtätigkeit, speziell Verdrängungstätigkeit des Ichs abhängen. Die Verdrängung besteht in einer Abhaltung gewisser Regungen von Motilität. Das Ich des Kindes wird ja dazu angehalten, motorische Impulse der Autoerotik, Aggressionen etc. zu unterdrücken. Der Verdrängungskampf zwischen besetztem Trieb und Gegenbesetzung des Ichs kann sich deshalb physiologisch, wenn überhaupt, nur in funktionellen Veränderungen der Skelettmuskulatur widerspiegeln..

Verbesserung der Anpassung zw. Assimilation und Akkommodation, Expansion und Rückzug, Selbstbehauptung, Genuss- u. Leistungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Partnerschaftlichkeit - das sind die

### **Themen der Mittelstufe.**

Mit anderen Worten: Es geht darum, den inneren Rhythmus zu finden, den Zustand einer rhythmischen Gelassenheit. Die Pathogenität einseitiger "Lösungen" ist evident. Die Muskeldystonie hält ein Quantum Libido unzweckmäßigerweise durch den Kampf zwischen Trieb und Triebabwehr gebunden. Analog kämpfen daher im dystonischen Muskel Bewegungsimpuls und Bewegungshemmung miteinander.

### **Die Oberstufe der ATP**

peilt an die analytische Selbsterfahrung, meditative Selbstentfaltung, Ergründung der Existenzialwerte, Selbstverwirklichung, Beziehung des Selbst zum Ganzen. Die Oberstufe in Form der von Wallnöfer entwickelten analytischen Oberstufe war der Türöffner zu einem analytischen Verständnis der autogenen Übungen. In diesem Blickwinkel ist das indirekte Herbeiführen von Entspannung, oder die direkte Tonisierung durch die Aktivierungsübung keine "Psychogymnastik", sondern bereits tiefenpsychologische Arbeit an Hemmungen, Widerständen, Verdrängungen. Das Konzept Fenichels zur Hemmung erweist sich als fruchtbar. (Übrigens wäre auch eine Synopse mit Schultz-Hencke "Der gehemmte Mensch" sicher sehr aufschlussreich).



### **Johannes Heinrich Schultz**

1884 bis 1970, Psychiater, Psychotherapeut. Entwicklung des Autogenen Trainings. aus der Hypnose, 1926 formuliert als „autogene Organübungen“, 1928 als „Autogenes Training“.

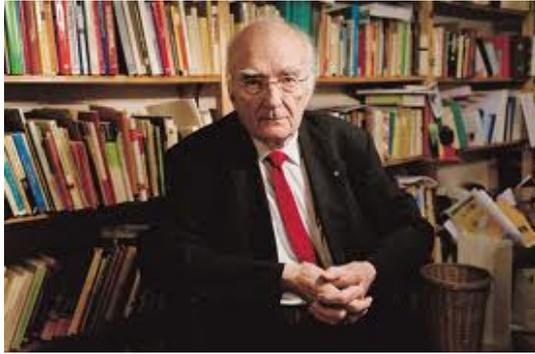
(1930) *Das Autogene Training (konzentrierte Selbstentspannung)*. Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Thieme Leipzig, zahlr. Aufl.

(1951) *Bionome Psychotherapie*. Thieme Stuttgart

(1955) *Grundfragen der Neurosenlehre*. Aufbau und Sinn-Bild. Propädeutik einer medizinischen Psychologie. Thieme, Stuttgart.

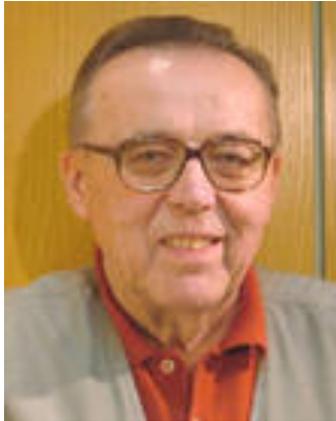
Viele geniale Menschen haben eine Diskrepanz zu verzeichnen zwischen ihrem herausragenden Werk und ihrer menschlichen Fehleranfälligkeit, ob es nun um die politische Einstellung zu extremen Ideologien ging oder um zwischenmenschliche Probleme oder um professionelle Handlungsweisen, die heute als Fehler gewertet werden. Derzeit wurde angeregt, die Person Schultz und seine Haltung gegenüber dem Nationalsozialismus zu diskutieren. In seiner Autobiografie (*Lebensbilder eines Nervenarztes*) distanziert sich Schultz jedenfalls sehr deutlich von den Greueln des Nationalsozialismus.

J.H.Schultz hat relativ früh versucht, die psychoanalytische Dimension des Autogenen Trainings zu erkunden. Z.B. durch die Korrelation von körperlicher Spannung und seelischer Hemmung. Schultz (1976 *Das autogene Training*, Stuttgart: Georg Thieme) zitiert auf Seite 372ff Fenichel und Ferenczi: Fenichel weist auf Verkrampfungen der Skelettmuskulatur hin, „so als wollten sie ´dem inneren Druck des Verdrängten einen äußeren Muskeldruck entgegensetzen`.“ (S 373) und „ Ferenczi spricht davon, dass viele Patienten – besonders im Widerstand- eine übermäßige Steifheit in allen Gliedern zeigen ..Schreitet die Analyse fort, so mag mit der Lösung der psychischen Spannungen auch die körperliche schwinden.“ (ebd). Fenichel sieht im Dystonus eine Summe ins Innere gewandter Innervationen, die bei der Triebabwehr an die Stelle äußerer Triebhandlungen treten. Die Libidostauung entspricht dem Dystonus. Schultz führt auf den weiteren Seiten noch mehr Argumente an, die eine psychoanalytische Betrachtung des autogenen Trainings rechtfertigen.



### **Heinrich Wallnöfer**

Arzt und Psychotherapeut, hat das Fundament der ÖGATAP gelegt.  
Erster Kontakt Wallnöfer mit I. H. Schultz 1955. Als Mitarbeiter angenommen 1958.  
1958 Gründung und Landesleitung der „Zweigstelle Österreich der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training“  
1960 Gründung der Österreichischen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training. Ehrenpräsident der ÖGATAP. Gründer und Leiter des internationalen Seminars für AT und allgemeine Psychotherapie, Ehrenmitglied der AT - bzw. Hypnose - Gesellschaften in mehreren Ländern weltweit, Präsident des Europäischen Komitees für die analytische Oberstufe des AT. Wegweisende Arbeiten zur von ihm entwickelten analytischen Oberstufe der Autogenen Psychotherapie. Darüber hinaus zahlreiche Bücher zum Thema körperliche und seelische Gesundheit, auch Gedichtbände in vielen Sprachen. Über die Entwicklung und den Ausbau des Autogenen Trainings als Psychotherapie siehe u.a. Interview mit Wallnöfer in; Sedlak/Chiba (Hg) (2005): Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Wien, Eigenverlag Dr.Sedlak



### **Günther Bartl**

hat mit seinem Konzept von Wärme, Rhythmus und Konstanz wegweisend gewirkt , insbesondere für den Bereich der präödiptalen Krankheitsbilder. Der ehem. Vorsitzende der ÖGATAP hat lange, bevor es ein allgemeines Thema wurde, den supportiven, nährenden Aspekt betont. Mit Wärme, Rhythmus und Konstanz lassen sich viele Grundkonzepte verbinden: Farbe, Form, Gestalt; Wertschätzung, Einfühlung, Echtheit (Verlässlichkeit); Harmonie, Rhythmus, Melodie; Gemeinschaftsgefühl, Lebensstil und Kompensation, Lebens-Leitlinie, sodass mit Recht von einer *Urmatrix therapeutischer Begegnung* (gespröchen werden kann (siehe „ Wärme, Rhythmus und Konstanz – das Konzept von Günther Bartl als Urmatrix therapeutischer Begegnung“ in: Gerber G u Sedlak F (1990) Autogenes Training – mehr als Entspannung. München: E.Reinhardt. Bartls Wahlspruch immer: " Die Natur ist götig!"(eine treffliche Formulierung des autogenen Prinzips und der bionomen Idee) und ein leidenschaftlicher Verfechter der Forderung von J.H.Schultz nach mehr "Psychologisierung des Arztes"!

## **Die Autogene Psychotherapie ist mehr**

als ein Training mit Formeln! Sie ist mehr als eine Entspannungstechnik, sie ist mehr als die Imagination auf der Oberstufe! Alle Stufen sind in psychotherapeutischer Perspektive wichtige Komponenten der Autogenen Psychotherapie.

Das Autogene Training als vom Patienten/ von der Patientin eigenständig durchführbarer Übungsanteil erhält auf der Grundstufe, auf der Mittelstufe, auf der Oberstufe jeweils eine spezifische Ausformung.

Es wird daher dafür plädiert, das Autogene Training umfassender zu sehen. Es hat - je nach Stufe der ATP- eine spezifische Zielsetzung, sei es die Entspannung, oder die Vertiefung von Persönlichkeitsformeln oder die Imagination.

## **Konkurrenz durch Designer-Therapien**

Konkurrenz bringen weniger die anderen psychotherapeutischen Schulen, ob innerhalb oder außerhalb des Vereins, sondern mehr die maßgeschneiderten Therapien, die - wie ich sie nennen möchte - "Designer-Therapien". Sie beruhen alle auf einem evidenzbasierten störungsspezifischen Eklektizismus und Pragmatismus. Es gibt zahlreiche Spielarten der kognitiven Therapien, psychoanalytische Facettierungen und sogar eine Therapie, die sogar Krisenintervention und Gemeinwesenarbeit integriert.

Als Beispiele seien angeführt:

1. Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) nach Steven C. Hayes
2. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) nach James P. McCullough
3. Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha M. Linehan
4. Schematherapie nach Jeffrey E. Young
5. Cognitive Appraisal Therapy (CAT) nach Richard L. Wessler
6. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) nach Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale
7. Emotionsfokussierte Psychotherapie nach Leslie L. Greenberg  
Interpersonelle Psychotherapie nach Harry Stack Sullivan (→ A. Adler)
8. Relationale Psychoanalyse und Psychotherapie nach Robert D. Stolorow, B. Brandchaft und G. E. Atwood (→ H. Kohut)
9. Mehrdimensionale Familientherapie nach H.A. Liddle (→ z.T. Gemeinwesenarbeit)

## **Verein oder Universität**

Die universitären Einrichtungen zur Psychotherapieausbildung bedeuten eine besondere Kooperationschance, aber auch eine Konkurrenz. Seitens der Universität kommt manchmal die Ansicht, dass die vereinsmäßige, man könnte sagen kleindörfliche Atmosphäre, der wissenschaftlichen Auseinandersetzung schade. Dabei wird vergessen, dass Wissen allein die Heranbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin nicht ausmacht, sondern auch das Leben in einer spezifischen Subkultur mit teilweise großfamiliären Strukturen und Mechanismen.

## **Historisches und Aktuelles**

1. 1994 Umfassende Methodendarstellung in "Imagination" aufgrund der Einreichungspapiere (Sedlak et al.)
2. 2001 Änderung der Bezeichnung AT→ATP (Sedlak, unterstützt von Wallnöfer, Bischof)

3. 2001 Namensänderung ÖGATAP, „Österreichische Gesellschaft für Angewandte Tiefenpsychologie und Allgemeine Psychotherapie“ (Sedlak).
4. 2006 Information des BMG zum berufsrechtlichen Schutz.(Bischof et al.)
5. 2011/12 WBC ATP Grundstufe (Frei et al.)
6. 2012 Sammelband zur ATP
7. 2012 Motivierender Vortrag in Bad Ischl setzt neue Welle der ATP in Gang

## **Die vier Besonderheiten der Autogenen Psychotherapie (Bionome Idee, Autogenes Prinzip, Stufenbau und selbständiger Übungsteil)**

Diese liefern zugleich eine zukunftsweisende Themenstellung für die Grundlagen der ATP

- 1) Beziehung der Bionomen Idee zur neurobiologischen Forschung,
- 2) Beziehung des Autogenen Prinzips zur Achtsamkeit,
- 3) bionome Idee und autogenes Prinzip und Systemtheorie
- 4) Autogenes Training und Salutogenese
- 5) Stufenbau und Ganzheitlichkeit
- 6) Fenichels Ausführungen ergänzt durch Schultz-Hencke: Konzept des gehemmten Menschen

## **Die Grundstufe der Autogenen Psychotherapie** *Wolfgang Ladenbauer*

Überarbeiteter Teil des Vortrags vom 15.8.1993 „Autogenes Training und Hypnose“ am Symposium „Connecting disciplines“ am ESH-Hypnose-Kongreß in Wien

### **Einleitung:**

Die geniale Idee von I.H.Schultz war es, aus der Kombination bekannter Phänomene eine wirksame psychotherapeutische Methode zu entwickeln.

- Carpenter Effekt: Vorstellung bewirkt psychophysiologische Veränderungen
- Lernprozess: im klassischen Konditionieren („Pawlow“) werden körperliche und / oder seelische Ereignisse gekoppelt und damit zwingend mit einander verknüpft (bedingter Reflex)
- Indirekter Weg: über die Wahrnehmungen, die in den meisten Trancen auftreten wird die Trance erzeugt
- Autogenes Prinzip: autonom, also unabhängig vom Therapeuten oder sonstigen Hilfsmitteln erzeugt und benutzt der Patient die Trance: selbständig, selbstbestimmt, eigenverantwortlich – für sich Verantwortung übernehmend, autosuggestiv, aus sich selbst kommend.
- Suggestion, in diesem Falle die Autosuggestion

### **Methodendarstellung der Grundstufe des Autogenen Trainings:**

Das Autogene Training, von I.H.Schultz am Beginn des 20. Jahrhunderts aus der Hypnose entwickelt, stellt eine Sonderform der Selbsthypnose dar. Vom Gründer wurde es ursprünglich u.a. auch "Konzentrierte Selbstentspannung" bezeichnet, um so die Besonderheit und eigentlich den Unterschied zu einer Selbsthypnose zu deklarieren. Sein englischer Name lautet übrigens: "Autogenic Therapy".

Dieses psychotherapeutische Verfahren umfaßt 3 Stufen: die Grundstufe, das ist das Basistherapeutikum, den Übergangsbereich, heute auch Mittelstufe genannt, und die Analytische Oberstufe, das ist der tiefenpsychologisch orientierte, auto-imaginative Teil.

## Die Grundstufe:

Sie gibt zu den meisten Mißverständnissen Anlaß, da sie oft für das ganze Autogene Training gehalten wird. So sind die falschen Ideen von einer zudeckenden Psychotherapiemethode oder von einem reinen Entspannungsverfahren entstanden. Daß dies auch für die Grundstufe nicht stimmt, werde ich im folgenden aufzeigen.

Die wichtigsten Grundprinzipien sind:

Der Carpenter Effekt bedeutet, daß gedankliche Vorstellungen tatsächlich physiologische Veränderungen hervorrufen. Diesen Effekt macht sich das AT nun in sechs Übungsschritten zunutze:

- 1) Vorstellung von Schwere, beginnend im Greifarm, der unserer Vorstellung am nächsten ist.
- 2) Vorstellung von Wärme, ebenfalls im Greifarm beginnend.
- 3) Rhythmus erleben in der Atmung
- 4) Rhythmus erleben durch Herzschlag und/oder Puls
- 5) Erleben der Leibwärme mittels Sonnengeflecht = Plexus solaris
- 6) Stirnübung

Diese Vorstellungen werden als Lernvorgang schrittweise autosuggestiv, also autogen geübt, wiederholt, trainiert, gelernt, bis die physiologischen Veränderungen und die Bewußtseinsveränderung immer rascher, schließlich momentan und zwingend wie beim bedingten Reflex eintreten. Dies nennt I.H.Schultz die „organismische (Moment-) Umschaltung“.

Die schon im Namen aufgezeigten Prinzipien des Autogenen und des Lernvorganges durch regelmäßiges Üben, Trainieren, werden ergänzt durch die Rhythmisierung (dadurch entsteht eine Senkung der Bewußtseinslage mittels Beeinflussung der formatio reticularis im ZNS), durch die Fixierung der Aufmerksamkeit auf anschauliche Vorstellungen, durch Körperhaltungen, die Entspannung ermöglichen und begünstigen, durch den indirekten Weg in die Trance mittels Vorstellungen, durch die Vorbildwirkung und Geborgenheit der Gruppe, durch die Therapeut-Patient-Beziehung, usw.

Das autogene Prinzip ist das Selbstgestalten im AT im Gegensatz zum Gestalten im Begleitschutz des Therapeuten in Hypnose und KIP (Katathym Imaginative Psychotherapie, vormals KB = Katathymes Bilderleben nach HC Leuner). Schultz (1964) meint dazu, daß der "Übende seiner individuellen Vergegenwärtigung, seinem Rhythmus, seiner gerade gegebenen inneren Situation sich ganz unbeeinflußt, selbst gestaltend zuwenden kann."

Dies bedeutet, daß der Patient selbst die Tiefe des Entspannungszustandes, des Hypnoids, der Trance bestimmen kann. Dies bedeutet auch den absoluten Respekt vor dem Spontanerleben des Patienten, die Akzeptanz und Gültigkeit alles vom Patienten Erlebten und Berichteten. Dies bedeutet daher in jedem Fall das Verbot des Vorsprechens der Übungsformeln, da dies heterosuggestiv wäre. I.H.Schultz hat dies bis zuletzt auch vehement vertreten. Selbstverständlich ist es legitim, sich auch heterosuggestiver Methoden zu bedienen, doch muß man sich darüber im klaren sein, daß damit der autogene Weg verlassen wird. "Jeder Therapeut, der begleitend vorspricht, sollte sich im klaren darüber sein, daß er eine sich anbahnende Eigenklärung und das Auffinden des individuellen Eigenrhythmus' nachhaltig

stören, wenn nicht gar verhindern kann. ... Gelegentlich gewinnt man den Eindruck, daß das die Übungen begleitende Vorsprechen mehr den narzißtischen Bedürfnissen des Therapeuten dient, als dem Wohl der einzelnen Gruppenmitglieder." (Krapf 1985)

Das AT ist eine konzentrative Selbstentspannung, bei der die Autosuggestion auch ihre Bedeutung hat. Nach Meinung vieler wird zwar die Fremdsuggestion, wie in der Hypnose, bei positiver emotionaler Wechselwirkung, also positiver Therapeut-Patient-Beziehung, autogen verarbeitet. Doch nur die alleinige Autogenität des AT fördert so die Autonomie und Ich-Stärke des Patienten. Das autogene Prinzip steht dabei für Selbstentscheidung und Eigenverantwortlichkeit des Patienten.

Diese Eigenverantwortlichkeit ist bei vielen Teilnehmern an GS-Kursen eine ganz wichtige Erkenntnis. Sie delegieren ihre Gesundheit nicht mehr an ihren Arzt oder an die Pharma-Industrie. Sie verlassen die erlernte, übernommene Patientenrolle und übernehmen selbst Verantwortung und Mühe für ihre Gesundheit. Es gilt dann nicht mehr "Mach mich gesund, Doktor!" oder "Gib mir ein Medikament!", sondern "Ich tue selbst etwas für mich!" Dies ist ein wesentlicher Paradigmenwechsel der Delegation der Verantwortung für Veränderungen an andere wie an Schul- oder Alternativ-Medizin, oder gar Esoterisierung, wo ja überhaupt etwas anderes wie die Sternkonstellation schuldig sind. Das autogene Prinzip steht für Übernahme der Verantwortung für sich selbst.

Bewährte Formeln:

Das autogene Prinzip bringt es mit sich, daß jeder sein eigenes AT übt, daß jeder kommen lassen kann und darf, was kommt. Die angebotene und schematisierten Formulierungen der Übungsschritte sind vielfach erprobt. Es wird daher vorgeschlagen, erst diese Standardsätze zu verwenden. Sie können dann auch vom Patienten selbständig oder besser in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten abgeändert werden. Dies kann auch gut als "Eigenpacing" (G.Schmidt) eingesetzt werden.

Zum Erhalten des autogenen Prinzips gehört auch das Vermeiden von Drängen oder versteckten Suggestionen. Offene Übungsvorschläge und nur nondirektive Hinweise machen die wenigsten Vorgaben.

Ein Teil des autogenen Prinzips ist auch das Beenden des Hypnoids, das wir "Zurücknehmen" nennen. Neben der Funktion der Rückkehr ins Wachbewußtsein, stellt es eben dadurch ein deutliches Zeichen für den Patienten dar, die Kontrolle trotz des Sich-Lassens jederzeit über sich, also seine Leib-Seele-Einheit zu haben.

## **Trance**

Die Grundstufe des AT führt in ihrer organismischen, also ganzheitlich psychosomatischen Umschaltung zu einem veränderten und verändernden Zustand, von I.H. Schultz "Hypnoid" genannt. Dabei kommt es auf körperlicher Ebene zu einer Umstellung des Vegetativums auf den trophotropen Funktionszustand, bei dem der Parasympathicus überwiegt, und führt damit reaktiv zu einer vegetativen Homöostase. Damit verknüpft ist auch eine Eutonisierung der glatten, vegetativ gesteuerten Muskulatur, aber auch eine Entspannung der quergestreiften, willkürlichen Skelettmuskulatur.

I.H.Schultz (1966) meint hierzu: "Bestand die Annahme zu Recht, daß in der Entspannungskomponente nicht lediglich eine Begleiterscheinung, sondern ein wesentliches Moment zu Tage trat, so mußte erwartet werden, daß richtig angesetzte und systematische Entspannungsübungen die gewünschte Umschaltung herbeiführen mußten. Dies ist im eigentlichen das Prinzip unseres Trainings", also ein Prinzip der Selbstinduktion der Trance.

Auf der psychischen Ebene kommt es zu einer Reizminderung, zu einem reflektorischen Absinken der Bewußtseinslage, zu Wahrnehmungsveränderungen und zu vermehrter Zuwendung zu körperlichen Vorgängen und Zuständen, von I.H.Schultz "Somatisierung" genannt, was einen besseren Zugang zu einer differenzierten Körper- und Gefühlswahrnehmung und damit zu einer "Erweiterung des Leib-Ichs" führt. Dies ermöglicht ein tiefes Erleben mit Innewerden der eigenen Leib-Seele-Einheit und Einzigartigkeit.

Weiters kommt es zu einer Regression, und damit zu einer Wiederbelebung verinnerlichter Objektbeziehungserfahrungen, zu einer Rückkehr zu früheren Entwicklungsformen des Denkens und Fühlens, der Beziehungen und der Verhaltensmuster. Aus der Perspektive der Narzißmustheorie kommt es nach Sandler (1960) zur "primary confusion" von Selbst- und Objektrepräsentanzen, bzw. nach Kohut (1971) zur Verschmelzung von Größe, Selbst und allmächtigem Objekt.

Nach Kris (1952) steht die Regression im Dienste des Ich. Das heißt, das im AT schrittweise Einüben in Urvertrauen ermöglicht eine korrigierende Neuerfahrung und ein narzißtisches Auftanken ganz früher Defizite. Die im AT erreichte narzißtische Homöostase läßt das ursprüngliche Gefühl von Vertrauen, Sicherheit und Wohlbehagen erleben. Schwere, Wärme und Ruhe als Grundpfeiler der AT-GS stellen frühe, narzißtisch besetzte Empfindungen dar und sind gleichzeitig Effekt und Katalysator der Regression.

Das Hypnoid bringt weitere eine Anwendung zu "gleich schwebender Aufmerksamkeit", von S.Freud 1943 für den Psychoanalytiker gemeint, im Hypnoid des AT nun vom Patienten sich selbst gegenüber.

Ergänzt nach Iversen (1973), Hoffmann (1984) und Krapf (1988) wohnen der Grundstufe des AT folgende Möglichkeiten inne:

- 1) Ruhe und Gelassenheit, sowie Erholung durch Resonanzdämpfung überschießender Affekte. Dies führt zu Abstand und damit besserer und kreativer Lösung von Problemen und Konflikten. Heyer prägte den Satz: "Wer es im AT gelernt hat, sich zu lassen, wird gelassen."
- 2) Harmonisierung willkürlicher und vegetativer Abläufe
- 3) Zunahme der Merk- und Konzentrationsfähigkeit
- 4) Leistungssteigerung, u.a. durch Wegfall störender Affekte, oder durch Aktivierung des Sympathicus durch Zurücknehmen.
- 5) Schmerzlinderung bis -Auflösung (nicht Verdrängung!) bis hin zur Akzeptanz der Störung
- 6) Selbstbestimmung durch das autogene Prinzip und durch den formelhaften Vorsatz
- 7) Vertiefte Innenschau in strukturelle Wesenszüge zur Förderung der Selbsterkenntnis und Selbstentfaltung
- 8) Innewerden der eigenen Leib-Seele-Einheit, die vom Patienten als ganzheitlicher, beseelter, autonomer Organismus mit spürbaren leibseelischen Wechselwirkungen erlebt wird.
- 9) Streßvermeidung und Psychohygiene
- 10) Einüben in das Urvertrauen oder auch ein Wiederfinden und damit Wiedereintauchen in das Urvertrauen, um Stärkung und Erholung zu finden. Es handelt sich dabei um eine Ich-Stärkung durch Regression. Für die Entwicklung eines gesunden Urvertrauens ist beim Säugling das Vorhandensein von Wärme, Rhythmus und Konstanz der Beziehung eine unabdingbare Notwendigkeit. Mit anderen Worten: wärmende, konstante Zuwendung in einem gewissen rhythmischen Ablauf. Das ist gewissermaßen die Basis und hat auch Geltung für das Einüben ins AT im Umgang mit sich selbst, wie auch in der Übertragung zum Therapeuten
- 11) Unterbrechung eingelernter Verhaltens- und Erlebnismuster in der Trance, und damit Möglichkeit zur Veränderung und zu persönlich relevanten neuen Einfällen und Lösungsmöglichkeiten.
- 12) Körperliche Entspannung führt zu Angst- und Spannungsreduzierung, bekanntlich schließen sich Angst und Entspannung physiologisch aus.
- 13) Steigerung der Selbstakzeptanz durch das autogene Prinzip und das Lernen am Vorbild, nämlich am Therapeuten und der Gruppe
- 14) Selbstbestimmbarkeit durch das Autogene Prinzip ermöglicht, Kontrolle abgeben zu lernen, und zwar zuerst an sich selbst

Zusammenfassend besteht nach S.Roßmanith und G.Bartl (1990) die

### **Wirksamkeit der Grundstufe des AT** in:

- 1) narzißtische Homöostase durch den "auftankenden Dialog" (Sandler 1977) in der Regression
- 2) Die Rhythmisierung als Basisstrukturierung
- 3) Die "Beseelung" der Körperhülle (Schultz 1932) und die Bildung des Körperschemas
- 4) Die Differenzierung der Gefühlswahrnehmung, anschließend die Verknüpfung von vorsprachlichen und sprachlichen Inhalten, also die Koppelung von sinnlicher Anschauung mit kognitiver Begrifflichkeit.

Bei der Vermittlung der GS ist die Beachtung von gruppenspezifischen Prozessen und tiefenpsychologisches Wissen und Fähigkeiten Voraussetzung. Gruppenprozesse einerseits, andererseits der Umgang mit unbewußtem Material aus spontanen Imaginationen im AT, aus Fehlleistungen, aus Widerstands- und Übertragungsfenomenen haben ihren Einfluß auf das Erlernen und die Wirkung des AT. Ebenso gibt es schon in der GS des AT kathartisches und analytisches Geschehen (Wallnöfer 1973).

Das Erlernen der Technik und die Selbsterfahrung, mit anderen Worten eine seriöse, umfassende Ausbildung sind für die Vermittlung auch nur der GS des AT Grundvoraussetzung. So sind alle Kurse durch Laien geleitet aus ethischen Gründen abzulehnen und zu verbieten! Daß selbst erfahrene Psychotherapeuten mit Teilen der GS Schwierigkeiten haben können, darauf weisen Sätze in AT-Büchern (Krapf, Hartmann) hin, wenn sie die Herzübung beschreiben (und aus eigener Angst vermeiden?)

Nach meiner Erfahrung sind die Vorzüge der GS des AT als

## Selbsthypnoseverfahren

- 1) das autogene Prinzip mit absoluter Respektierung des Patienten mit all seinen Anteilen, und der damit verbundenen Eigenverantwortlichkeit und autonomen Ich-Stärkung
- 2) der Lernvorgang, der durch stetes Üben (Traininig) wie im bedingten Reflex ein zwingendes Einschalten des Hypnoids und anschliessend ein Ausschalten durch das sogenannte "Zurücknehmen" ermöglicht.
- 3) der indirekte Weg, bei dem die Gemeinsamkeiten von I.H.Schultz und M.Erickson zu sehen sind:
- 4) Vorstellung von Schwere, Wärme und Ruhe führt zu Trance
- 5) Die Autosuggestion vermittelt keine Inhalte, sondern ist Mittel zum Zweck der Tranceinduktion und Entspannung
- 6) Generalisierung: die Schwere und Wärme des Armes greifen von selbst auf den ganzen Körper über (pars pro toto)
- 7) Einstreutechnik: ganz beiläufig wird der Satz: "Ich bin ganz ruhig" eingestreut
- 8) Doppelbedeutungen von verwendeten Worten, wie "ganz" und "gleichgültig"
- 9) die Sprache bei der Formulierung der formelhaften Vorsatzbildung entweder nach dem Meta- oder nach dem Milton-Modell, d.h. entweder ganz exakt treffend oder vage eine innere Ja-Haltung hervorruhend.
- 10) GS als Basispsychotherapeutikum, das aber dem Patienten nicht als Psychotherapie deklariert sein muß, und so vielen, vor allem psychosomatisch erkrankten Patienten in Form einer "Entspannungstechnik" das erste Begreifen (sic!) psychosomatischer Zusammenhänge ermöglicht. Die GS ist somit erster Anstoß zum Entdecken der Wichtigkeit und Funktion der Seele und damit der Leib-Seele-Einheit des Menschen.
- 11) Sie kann auch durch Entängstigung, Entspannung etc. zum Therapiefähigmachen des Patienten, ähnlich der Tranquilizerwirkung beitragen
- 12) konditionierte Induktion der Trance und Reorientierung ermöglichen ein jederzeitiges Beginnen und Beenden der Trance. Die Induktion erfolgt entsprechend dem Prinzip des Zulassens indirekt, langsam, kommen und geschehen lassend am Anfang im motorischen System. Das Beenden nennt man „Zurücknehmen“. Es erfolgt im Gegenteil zur Induktion rasch, plötzlich und schnell durch direkte willentliche Anspannung der motorischen Armmuskulatur, gemeinsam mit dem Öffnen der Augen (Veränderung im EEG) und tiefem Durchatmen, wodurch diese körperlichen Wahrnehmungen wieder miteinander konditioniert werden.

## Übergangsbereich / Mittelstufe

Im Anschluß an das Erlernen der Grundstufe wird noch im selben Kurs eine spezielle Anwendungsmöglichkeit vorgestellt: die formelhafte Vorsatzbildung.

Es ist dies eine Kombination aus Autosuggestion mit Verhaltensmodifikation und formelhafter prozeßhafter Selbstdefinition.

Die formelhafte Vorsatzbildung kann man mit einem Werbespruch an sich selbst vergleichen, mit dem Ziel einer Verhaltensänderung, zum Abbau unerwünschter eigener Reaktionen, oder zum "Verlernen" von Angst, vor bestimmten Dingen oder Situationen.

"Im Grunde genommen geschieht bei diesem Vorgang nichts anderes als bei allen Formeln des AT: intensives Vorstellen eines Formelinhaltes mit anschließendem nicht-vorsätzlichem Geschehenlassen der Formelwirkung." (B.Hoffmann,1977)

"Formelhafte Vorsatzbildungen sind Anregungen, Einstellungen oder Aufträge, die sich der Übende im Zustand der Versenkung vornehmen, vorsetzen oder vorstellen kann und die ihm später in der Realität des Lebens als "Vollzugs-zwang" - sozusagen automatisch - zur Verfügung stehen." (G.Krapf,1973)

Der formelhafte Vorsatz wird tiefenpsychologisch als kreativer, autogen (im Dialog mit dem Therapeuten und der Gruppe) entstandener Lösungsversuch im Sinne eines "Übergangsobjektes" (Winnicott,1969) verstanden. R.Dill (1993) meint dazu: "Dieser formelhafte Vorsatz wird libidinös besetzt und rhythmisch im Übungsprozeß verinnerlicht, und erhält in beiden Therapieverfahren (AT und Hypnose) mit Übungskonstanz sukzessive Introjektcharakter. Diese "umwandelnde Verinnerlichung" (Kohut,1971) ist ein Strukturbildungsprozeß, wie er in der frühkindlichen Entwicklung abläuft, wenn das Kind lernt, sich selbst Sicherheit und Trost zu verschaffen."

Ein Übergangsobjekt baut dem Kind eine Brücke von sich zu seiner Bezugsperson und stellt somit einen Vermittler zwischen der real vorhandenen Mutter und dem Bild der Mutter dar, zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich, und dient somit dem Beziehungsaufbau zwischen dem Kind und der Welt.

"Bei den formelhaften Vorsatzbildungen gilt der gleiche Grundsatz wie bei den 6 Standardformeln der GS, nämlich, daß sie subjektiv passen müssen. Die Formel muß emotional für den Betreffenden stimmen, sie muß tiefenpsychologisch ausgedrückt Ich-nahe sein." (Hexel & Sedlak,1993)

Die sprachliche Formulierung der Vorsätze erfolgt möglichst nach dem Prinzip des Primärprozesses, also wie in der Logik des Ubw., das heißt: die Formel soll z.B. in der Gegenwartsform und positiv formuliert sein. Vom Inhalt her kommt das Milton-Modell (vage, alles abdeckend, mehrdeutig ...) in Frage, oder das Meta-Modell (klärend, scharf getroffen, direkt, auf des Wesentliche beschränkt...)

## **Analytische Oberstufe**

In der OS werden induzierte, autogene Imaginationen während des Hypnoids der GS anschließend tiefenpsychologisch bearbeitet. Es handelt sich um die Darstellung und Aufarbeitung innerseelischer Vorgänge in Form der Bearbeitung der Tagträume, die durch vorgegebene Motive induziert werden, aber ganz von selbst und ohne Begleitung durch den Therapeuten, also autogen im Hypnoid entstehen und ablaufen.

Die Standardmotive sind: freie Farbe; Gezielte, gewünschte Farbe; Farbe und Form (Blau und Übergang zum Gegenständlichen = Zitrone); Abstrakte Gegenstände (Würfel, Kreis, Dreieck); Meer; Berg; abstrakte Begriffe; Der Andere; Frage an das Unbewußte (z.B. Was mache ich falsch?); Ich sehe mich selbst. Dazu werden oft auch noch Motive aus der KIP (z.B. Wiese) oder ganz andere gegeben, wie "Ruhe und Bewegung", "Mein nächster Schritt" oder "Problem".

Das autogene Prinzip in der OS bedeutet das Fehlen der Stützung oder Führung durch den Therapeuten während des Übens und Tagträumens. Dafür ist eine erhöhte Ich-Stärkung mit Belastbarkeit, Tragfähigkeit und Gelassenheit durch die mindestens ein halbes Jahr währende Anwendung der GS gegeben. Auch sind die schützenden Widerstandsphänomene erhalten, die einerseits vor (noch) nicht bewußtseinsfähigem bedrohlichem Material aus dem Unbewußten schützen, andererseits durch Arbeit am Widerstand auch nutzbar sind. Aus dem Erleben und Bearbeiten der Bilder, ihrer Symbolik, aber auch der Widerstände resultiert wiederum eine weitere Ich-Stärkung, die später noch bedrohlicheres Material hochkommen läßt

und somit zur heilenden Arbeit mit dem Tagtraum beiträgt. Wie ja überhaupt die Verschlüsselung im Symbol angstreduziertes Arbeiten zuläßt.

Gemäß dem Prinzip Freuds (1914) von "Erinnern-Wiederholen-Durcharbeiten" gelten folgende Prinzipien:

1) der Patient in der autogenen Imagination: emotionales Erleben mit "Kommen-lassen" und freiem Annehmen in jeder Hinsicht, die freie Assoziation, die gleichschwebende Aufmerksamkeit, die Regression, die Widerstands- und Über-tragungsphänomene, die Symbolverschlüsselung.

2) Therapeutische Techniken: Schweigen, aufmerksames Zuhören, Fragen, Aufforderung zu Einfällen, Assoziationen, Erinnerungen, Fantasien, vorsichtige Hinweise, Wiederholen eines Wortes oder Satzes, Deuten, Aufdecken von Regression, Bearbeiten von Symbolen, Amplifikation, Gestaltungsarbeit (Zeichnen, Malen, oder plastisches Gestalten entweder noch im Hypnoid mit offenen Augen ohne Zurücknahme, während der Therapiestunde oder als "Hausaufgabe").

3) Bedeutung der Gruppe: Der Patient ist in seinem Hypnoid und in seinen inneren Bildern allein, von der Umwelt getrennt und nach innen gerichtet. Andererseits trainiert er in einer Gruppe von in dieser Hinsicht Gleichgesinnten und berichtet ihr und dem Therapeuten von seinen Imaginationen. Somit werden die Gruppe mit ihren Mitgliedern und die Gruppenprozesse mit in die Bilder und in ihre Bearbeitung wirken. Je mehr die Gruppe in die therapeutische Arbeit mit einbezogen wird, desto mehr wird es neben der individuellen Dimension zu einem Einfluß von Gruppenthemen und Rollenprozessen auf die Imaginationen kommen. Die Gruppe wird dann auch die persönlichen Bilder mit ihren Konflikten und Symbolen im Gruppen-Verhalten und -Erleben widerspiegeln.

Die Gruppe dient in der klassischen analytischen OS zur Anreicherung und zur mütterlich-vertauensvollen Basis, die dem Patienten eine Bearbeitung seiner Bilder ermöglicht. Zusätzlich besteht die Möglichkeit zum vermehrten Einbe-ziehen der anderen durch Assoziationen, feedbacks, Identifikationen, Berichte von ähnlich Erlebtem (sharing), Analyse des Widerspiegels der Beziehungen und Konflikte in der Gruppe und analytisch-gruppensdynamisches Bearbeiten des Geschehens, oder szenische psychodramatische Darstellung oder Fortsetzung der Bilder,.

Ergänzt nach G.Krapf (1988) sind die

## **Wirkungen der analytischen OS**

- 1) Katharsis/Mikrokatharsis
- 2) Einsicht (Aufdecken und Bewußtmachen) mit Widerstand- und Übertragungsbearbeitung
- 3) Kreativität (Auffinden kreativer Lösungen) und Gestaltungsarbeit
- 4) Trauerarbeit
- 5) Altersregression/Progression
- 6) spontane Korrektur einer emotionalen Erfahrung - Kompensation - Auffüllen von Mangelzuständen (Auftanken)
- 7) Therapie als gelebte Ambivalenztoleranz
- 8) Antizipation - Fokussieren - Konfrontieren
- 9) Formelhafte Vorsatzbildungen
- 10) Durchleben - Durcharbeiten -Integrieren
- 11) Symbolarbeit
- 12) Gruppe als therapeutisches Agens

Literatur siehe OS

# Specific Opportunities of the Intermediate Stage in Autogenic Training: Personal Development and Competence Increase

*Franz Sedlak*

Today, autogenic training is frequently used as an appropriate method to counterbalance stress and excessive pressure. However, autogenic psychotherapy has even greater benefits in the field of resource increase and coping qualities, as the following remarks on the intermediate stage of autogenic psychotherapy will demonstrate. The first three theoretical sections below were presented at the Austrian Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs (with supplementary material) in the course of the procedure of registering autogenic training as a method of psychotherapy, and published in "Imagination" (No. 4/1994, Wiener Universitäts-Verlag, Wien). For the present paper, comments regarding the therapeutical opportunities of the intermediate stage of autogenic psychotherapy (ATP) have been added.

## 1. The Theory of Autogenic Training

Autogenic psychotherapy (psychotherapy using autogenic training) consists of three components:

- elementary stage
- intermediate stage
- advanced stage

At the *elementary stage* a scientifically based method of limiting the flow of information to the central nervous system through the information channels that can be directly influenced (immobilisation, experience of heaviness, warmth, breathing) is used to achieve a state of relaxation which is not just an end in itself, but rather an instrument of basically transforming dystonicity into eutonicity – with a correlating basic release of psychological inhibitions and repressions – and also an instrument for retrieving repressed data. Furthermore, the form of auto-suggestion used is not a key issue in autogenic psychotherapy, but rather a means to reach a beneficial state of concentration.

Comment: This physiologically and biologically oriented focus on coping with stress and maintaining poise is symbolised by the "horse cab driver position" ("Droschkenkutscherhaltung") as promoted by JH Schultz: in a situation of stress, the individual finds support in her or himself, lets go of hypertension and rests within their own postural system. However, in our time one gets the impression that stress has ceased to be the sole problem. People no longer take the time to let a level of suspense between desire and fulfilment build up, but are looking for instant gratification instead.

At the *intermediate stage* of autogenic training, the autogenic condition of concentration and tranquillity is used to observe emerging problematic thoughts, feelings and images in an inner state of composure and thus reduce the level of anxiety and tension linked to specific problematic issues. Furthermore thoughts, feelings, images and associated personal ideas that will flow more freely in a state of relaxation are received in a mainly supportive, compensatory and prospective manner. The so-called personal and motivational formulae are based on thoughts, feelings and images arising from the inner state. They are auto-suggestions evolving from the continual self-definition of the patients trying to verbalise their situation for themselves and others in a concise way. The third component of autogenic psychotherapy is collecting and working with dreamlike

symbolic content that has surfaced at the *advanced stage* of autogenic training in images, feelings and thoughts. At this stage, an additional retrospective orientation takes place, linked to a biographical anamnesis and the analysis of early traumas and conflicts.

Starting from basic eutonicity which has a correlate at the psychological level, continuing with a process of desensitisation and detachment from problems on the one hand and concise, formulaic and process-oriented self-definitions (constructing motivational formulae) and finally working with the symbols gained by applying the image-like and imaginative association method, autogenic training is conceived as a holistic method which is particularly suitable for cases of very early, preverbal disorders, given its three-stage structure.

The essence of autogenic training as a tool of psychotherapy is neither relaxation nor auto-suggestion, but rather the three-stage approach to working with burdening psychological material. The fundamental, positive transformations brought about in the course of autogenic training at the psychosomatic and somatic levels demonstrate the profound holistic effect of autogenic psychotherapy.

## **2. Autogenic Psychotherapy Viewed from a Depth Psychology Perspective**

In his standard work (*Das Autogene Training*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1976, 372 ff.) JH Schultz refers to Fenichel, who already in 1927 (in his paper presented at the 10th Conference of the International Psychoanalytic Association, on organ-libidinal phenomena associated with drive defence) talked about cortically conditioned changes of the cortical-subcortical tonus balance with the decisive effect of limiting functional voluntary movement through increased muscular tension or alternating increased and decreased muscular tension. In psychoanalytical terms this represents a functional restriction of the self, in other words an inhibition.

For Fenichel there is a high probability that such occurrences of dystonicity depend on the drive-defence action, especially on repressive activities of the self. The repression consists in preventing certain motile impulses, as the ego of the child is taught to suppress motor impulses of auto-erotism, aggression etc. Therefore the only way that the struggle between repressing the cathected drive and alternative cathexis by the ego can be represented physiologically, if at all, is via functional transformations of the skeletal muscles. This in turn can also be observed in psycho-cathartic treatment procedures, where affects are discharged when a crucial trauma is touched upon. According to Fenichel dystonia is a means to keep repressed materials repressed, as a physical correlate to the repression effort. An amount of libido is inappropriately bound by the dystonic muscle in its struggle between drive and drive defence. In a dystonic muscle, there is an analogous struggle between motor impulse and motor inhibition. While this does not indicate that there are no purely somatic causes of muscular hypertension, from a holistic perspective the correlation between psychological processes and concurrent physical, or physiological phenomena is an established fact. For this reason in the process of transforming dystonicity to eutonicity at the elementary stage of autogenic training one would expect correlative changes in the psychological condition, or a development in this direction, from the somatic perspective alone. However, the elementary stage of autogenic training is not a somatically oriented relaxation technique, but rather the first component of a psychotherapy method which permits a comprehensive reconstruction of the individual personality.

### **3. Specific Opportunities of the Intermediate Stage of Autogenic Training**

On account of the positive correlative effect of the psychological influence on the physical state during relaxation at the elementary stage of autogenic training it is indispensable to go deeper at the psychotherapeutical level. Therefore the second component of autogenic psychotherapy proceeds beyond finding relaxation, detachment from problems and achieving a new inner balance by means of autogenic composure and calm, in the sense of allowing thoughts and images to surface (intermediate stage of autogenic training). At this stage the emerging, often problem-related thoughts, feelings and images are perceived in an inner state of composure and tranquillity and can be worked on in a follow-up dialogue with the therapist. The main objective is to reduce anxiety and tension when faced with specific problem areas; in addition, the thoughts, feelings and images that will emerge more readily in a state of relaxation may be integrated into a collection of ideas of individual relevance, which are received mainly in a prospective, compensatory and supportive manner at this stage.

As a result of the follow-up conversation, an individual "formula" is constructed, a leitmotif formulated by the patients for themselves that may be applied for setting new behavioural targets and testing new behavioural attitudes and options.

### **4. The Intermediate Stage and Existential Values in Autogenic Psychotherapy**

The intermediate stage of autogenic psychotherapy (ATP) is based on the fundamental principles established by the creator of autogenic training. Psychotherapy in line with the concept of bionomy aims at protecting the existential values according to JH Schultz (see Wallnöfer, in: Sedlak/Gerber (eds.) (1998): Dimensionen integrativer Psychotherapie). Among these values are

1. physical well-being (vitality; health),
2. the ability to enjoy and perform free of irritations, (happiness),
3. the ability to participate in a community (in the work environment, in the family, in partnerships ... also as a source of security),
4. appropriate attitudes to difficult phases in life, aging, death (basic philosophy),
5. the ability to make conscious, self-determined decisions, and self-knowledge (autonomy, freedom)
6. and finally, productive and active self-realisation.

The existential values under item 3, 4 and 5 have been highlighted as special concerns of autogenic psychotherapy at the intermediate stage, as they focus on personal development and developing a sense of community. Both are central issues when counselling children and youths during their difficult phases of transition and orientation.

### **5. The Main Components of Autogenic Psychotherapy and the Intermediate Stage**

(according to Wallnöfer, in Gerber/Sedlak: Autogenes Training mehr als Entspannung. E.Reinhardt Verlag; and in Sedlak/Gerber: Dimensionen integrativer Psychotherapie)

Autogenic Therapy can be divided into two main parts: one is somatically oriented, the other psychologically oriented.

1. Psycho-physiological basis: exercise (learning, training), psychagogics, suggestion
2. Analytical structure: self-exploration, personal development, development promotion

## 6. The Intermediate Stage Positioned in the Structure of Autogenic Psychotherapy

(According to Sedlak, in: Gerber/Sedlak: Autogenes Training mehr als Entspannung. E. Reinhardt Verlag)

Following the concept of G. Bartl (ibid.), the terms "warmth, rhythm and constancy" are used below to signify the positive relationship with and acceptance of oneself and others which promotes development, the flexible alternation between assimilation and accommodation, the reliability of the given environment and the guiding thread of meaningful living arrangements. These three issues are important for personal development and community promotion. Therefore they should be explored in ATP. The process reveals that the three stages of ATP have three different focal areas:

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Elementary stage<br>Objective: Finding the bionomy centre                               | Warmth<br>Regeneration of self-relationship                  | Rhythm<br>Building up confidence in one's own bionomy regulatives  | Constancy<br>Bionomy self-awareness = confidence in one's own reliability (Learning to let go is starting to rely on yourself) |
| Intermediate stage<br>Objective: Strengthening one's own competence                     | Warmth<br>Improving one's self-relation and object-relations | Rhythm<br>Improving the flexible alternation between assimilation and accommodation, activity and passivity, expansion and seclusion | Constancy<br>Self-assertion when faced with intrapersonal difficulties and interpersonal resistance                            |
| Advanced stage<br>Objective: Analytical self-experience and meditative self-realisation | Warmth<br>Relating to the whole                              | Rhythm<br>Finding oneself in a process of analysis and synthesis, self-immanence and self-transcendence                              | Constancy<br>Analytical self-experience leading to the exploration of the existential values                                   |

The target area of the intermediate stage has been highlighted above. The elementary stage of autogenic psychotherapy focuses on a relationship of warmth towards oneself, one's own physical and psychological experiences, towards bionomy. Having found this warmth in relating towards oneself, the trainee will be ready to pass it on to others. The advanced stage of ATP focuses on the constancy of making sense of one's living arrangements, which includes the exploration of the roots of one's inner experiences and the meditative anticipation of potential future orientations.

The intermediate stage of the process, our main point of interest here, emphasises rhythm, which characterises our ability to alternate in the flow between self-assertion

and flexible interaction with our environment. This is also one of the main objectives in education, where socialisation is linked to individuation.

## **7. The Practical Procedure at the Intermediate Stage**

After the patient has induced a state of autogenic relaxation by her or himself, they are encouraged to remain in this state of attentiveness and expectation in order to perceive the issues, potentially irritating thoughts or even problems that force their way into their consciousness. Different from the elementary stage of autogenic psychotherapy, the disturbing material that surfaces is not set aside, but rather considered in calmness. This in itself has an important therapeutical effect: the patient learns to bear disturbing issues free of tension and to calmly confront matters that cause anxiety and irritation in the sense of desensitisation. In many cases ideas come up that may lead to a solution, so that the patient finds her or his own way to change the problematic situation. After a period of several minutes the patient returns to her or his elementary stage formula, paying special attention to the question whether they would like to modify their individual formula, i. e. to adapt it to their present stage of development. Consequently the patient terminates the state of relaxation and can now give an account of her or his experiences to the therapist. In therapeutic dialogue the insights that have been gained may be deepened, developed and defined as concrete action projects. Working with the formulaic resolution is the centrepiece of the intermediate stage of ATP. In a time when the psyche of the individual is exposed to innumerable, multiple influences, delineating one's own path through one's living arrangements is of great value, especially for young people, who for the greater part of their school days are in an important phase of identity formation.

If the intermediate stage of autogenic psychotherapy is carried out in a group, there are various possibilities to link the aim of personal development syntonically with that of promoting the community aspect. Through the exchange within the group, each participant experiences a sense of being part of a community, but also of her or his individuality within the community. As a tool promoting reflection I have developed the questionnaire below, which may be presented to the group at regular intervals, taking into account the respective stage of development of the group (What is the current ATP stage of the group? Should the questions be simplified?).

### **Questionnaire on the Objectives of Autogenic Psychotherapy in a Group (Sedlak)**

#### **ELEMENTARY STAGE:**

Fundamental transformation of muscular hypertension (dystonia) into a state of tonicity (eutonia), with a simultaneous release of psychological inhibitions and repressions.

Corresponding correlative changes in the psychological state, or steps in this direction.

Objective: To find the centre of bionomy, develop self-acceptance and self-empathy, confidence in one's own bionomy regulatives.

(To put it simply: finding one's own way out of a state of tension and fatigue into an energetic state and pleasant relaxation, thus coming to better terms with oneself)

What are the changes in the above sense that I have noticed in myself or in other group members during the elementary stage of training?

---

#### **INTERMEDIATE STAGE:**

To reduce anxiety and tension when facing specific problem areas; evaluate the thoughts, feelings and images that will emerge more readily in a relaxed state for a collection of individually relevant ideas. As a result of the follow-up conversation, an

individual "formula" is constructed, a leitmotif formulated by the patients for themselves that may be applied for setting new behavioural targets and testing new behavioural attitudes and options.

Objective: To strengthen self-assertion, to make use of one's own capabilities, to move with flexibility between closeness and distance, expansion and seclusion.

(To put it simply: confronting one's own problems and develop one's own corresponding solutions as well as finding one's own life motto)

What are the changes in the above sense that I have noticed in myself or in other group members during the intermediate stage of training?

---

#### ADVANCED STAGE:

Collecting and developing dreamlike symbolic content that has emerged at the advanced stage of autogenic training in the form of images, feelings and thoughts. Image-oriented, imaginative method of association.

Objective: Analytical in-depth self-experience and meditative self-disclosure.

(To put it simply: exploring one's inner being through composure)

What are the changes in the above sense that I have noticed in myself or in other group members during the advanced stage of training?

---

(The remarks concerning the intermediate stage have been highlighted above as this is our focal point of interest here).

What is the exercise/ the personal experience that has been most important for me so far?

---

Which experience within the group has been especially valuable for me?

---

Which experience regarding the group trainer(s) was especially important for me?

---

#### Summary

While stress release and coping with psychosomatic disorders used to be the principal aim of autogenic relaxation over the past decades (tonus reduction during exercise was pertinently symbolised by the so-called "horse cab driver position"), the answer to the main problems today lies also in consciously and actively shaped living arrangements.

"Letting go" (in controlled circumstances) has ceased to be the predominant objective; in addition, guidance in the direction of problem consciousness, a responsible attitude and awareness of one's own competence has become equally important: "I can develop my personality", "I will set my own development targets".

In this sense the intermediate stage of ATP can be favourably combined with the pedagogic objectives of promoting personal development.

Through the intermediate stage of ATP the range of indication of the procedure is broadened: in addition to stress release and reducing psychosomatic disturbances of well-being on the one hand, and psychotherapeutical treatment based on depth-psychology on the other, anagogical counselling can be applied during vulnerable times of personality forming.

#### Further Reading

GERBER, Gisela / SEDLAK, Franz (eds.), 1990, Autogenes Training – mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.

SEDLAK, Franz, 1981, "Gedanken zum dialogisch-kommunikativen Charakter des Autogenen Trainings", in "Ärztl. Praxis u. Psychotherapie" Heft 1/1981, Hrsg. v. d. Österr. Gesellschaft f. Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie. Wien.

SEDLAK, Franz, 1987, "Vom Dabeisein zum Dasein", in: PESENDORFER (ed.) "I.H. Schultz zum 100. Geburtstag", Wien: Literas Universitätsverlag.

SEDLAK, Franz, 1987, "Logotherapie u. Autogenes Training, von der bionomen Selbstregulation zur personalen Sinnorientierung". In: "Psychologie in Österreich", 3/1987.

SEDLAK, Franz, 1995, Die Autogene Meditation des Leibes. In: E. Zundel u. P. Loomanns: Im Energiekreis des Lebendigen. Körperarbeit und spirituelle Erfahrung. Freiburg: Herder.

SEDLAK, Franz, 1990, "Wärme, Rhythmus und Konstanz. Das Konzept von Günther Bartl als Urmatrix therapeutischer Begegnung" in: GERBER, Gisela/SEDLAK, Franz (eds.). 1990, "Autogenes Training – mehr als Entspannung." München: E. Reinhardt.

SEDLAK, Franz und GERBER Gisela (eds) 1998. Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien: WUV.

## **Die Grundlagen der Analytischen Oberstufe der Autogenen Psychotherapie (ATP)**

### ***Wolfgang Ladenbauer***

In jedem steckt ein Bild des,

das er werden soll,  
solange er das nicht hat,  
ist nicht sein Friede voll.

(Hölderlin)

### **Einleitung**

Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Oberstufe der Autogenen Psychotherapie (vormals Autogenen Trainings = AT) mit ihren wesentlichen Grundideen und unterschiedlichen Ausprägungen. Im Zentrum steht dabei die analytische Oberstufe, die Dr. Heinrich Wallnöfer seit 1970 entwickelt hat.

### **Entwicklung**

Johannes Heinrich Schultz (1884-1970) entwickelte am Anfang des 20. Jahrhunderts aus der Hypnose, die er mit verhaltenspsychologischen Elementen kombinierte das „Autogene Training“ (AT), das heute als Basispsychotherapeutikum gilt und „Grundstufe“ (GS) genannt wird. Der in der GS erreichte Entspannungs- und Selbstversenkungszustand wurde von ihm als „Hypnoid“ bezeichnet. Es wird durch einen organismischen Umschaltvorgang erreicht und entspricht einem Trancezustand. Nach J.H.Schultz (1973) gibt es im AT nun drei Übungsbereiche: die psychophysiologischen Standardübungen des GS, die meditativen Übungen der Oberstufe und spezielle weitere Übungen. In letzter Zeit bürgert sich auch der Begriff „Mittelstufe“ für die formelhafte Vorsatzbildung ein, eine Form der Selbstsuggestion im Zustand der autogenen Trance.

Die Oberstufe (OS) wurde von J.H.Schultz als meditativer und autotherapeutischer Teil des AT aus Phänomenen entwickelt, die er bei seinen Patienten und Schülern beobachtet hatte. Die von selbst im Hypnoid entstehenden inneren Bilder und Gefühle wurden zu einer Übungsabfolge zusammengefasst, bei der durch Vorgaben bestimmter Motive autogene Imaginationen induziert werden.

Diese Vorstellungen werden plastisch, mit allen Sinnesqualitäten und von Gefühlen begleitet erlebt. Der Therapeut nimmt darauf keinen Einfluss. Der Patient berichtet nicht während des Erlebens. Er imaginiert („übt“, „bildert“) für sich alleine (= autogen). Ziel war vorerst die „Verfeinerung der Vorstellungswelt, die ihren eigenen Stellenwert besitzt und therapeutisch genutzt werden kann“ (Vaitl 1993) und die bildhafte, kathartisch und autoanalytisch wirksame Innenschau, die Schultz „Autogene Bilderschau“ nannte und auf direktive Weise gestuft vermittelte (Rosa 1975).

Verschiedene Schüler von I.H.Schultz entwickelten diese Methode durch Erweiterung der Motive und der Ziele weiter, wie zum Beispiel Luthe (1969) oder Thomas (1967). Ihr methodischer Ansatz und die Durchführung als Kurs mit gestufter, lt. Rosa heterosuggestiver Didaktik blieben gleich.

Eine entscheidende Veränderung brachte H.Wallnöfer durch das Miteinbeziehen der Tiefenpsychologie, publiziert 1970 in seiner Arbeit über das kathartische und analytische Geschehen im AT und dann mit der Technik des Gestaltens vor und nach dem AT, womit er die OS mit dem tiefenpsychologischen Ansatz verband und sie später folglich „Analytische Oberstufe“ nannte. Vor ihm hatten schon G.Kühnel (1949) und H.Ehrhardt (1958) AT mit Psychoanalyse verbunden. Schultz selbst hat das AT nur als Unterstützung für die Psychoanalyse gesehen und nicht die mögliche Einbindung der analytischen Ansätze und Techniken in das AT.

Wallnöfer entwickelte durch die tiefenpsychologische Aufarbeitung der inneren Bilder, erweitert durch Gestaltungsarbeit und die Märchentechnik, eine selbständige und vollwertige, mittlerweile in Österreich auch gesetzlich anerkannte Methode der Psychotherapie. Das ursprüngliche AT wurde nach ein paar Jahren in ATP zur besseren Abgrenzung und Kennzeichnung umbenannt.

Wallnöfers grundlegende Erweiterung wurde noch tiefenpsychologisch ergänzt und ausgebaut von Iversen (1973), Bartl (1974), Rosa (1975), Krapf (1980), Kraft (1982), sowie mit einem systemischen Ansatz durch Garcia (1983), oder mit dem Situationskreiskonzept von Uexküll durch Wesiack (1990) verbunden.

## **Grundlagen**

### **Trance**

Die Grundlage der OS ist die in der GS erreichte Umschaltung in das Hypnoid. In diesem veränderten und verändernden Bewusstseinszustand kommt es auf Anregung des Therapeuten mit oder ohne Vorgabe eines Motives zum spontanen Auftreten von inneren Bildern. Diese können mit allen Sinnesqualitäten und Gefühlen gespürt, wahrgenommen und erlebt werden. Diese Imaginationen können nun statisch oder auch dynamisch im Sinne eines Handlungsablaufes sein, nur von außen betrachtet (visualisiert) oder sensorisch vollständig erlebt werden (imaginative Erlebnisevidenz).

Rosa und Rosa-Wolff (1976) zeigten, dass die OS auch ohne den in der GS erreichten Trance-Zustand möglich ist, wobei sie als Trance-Zugang die Funktionelle Entspannung nach M.Fuchs (1974) einsetzten. W.Niesel ließ die OS von Studenten, die die GS nicht erlernt hatten, erfolgreich üben, allerdings nur in einem kontrollierten Experiment, in dem u.a. die Trance durch östliche Meditationstechniken erreicht wurde.

### **Autogenes Prinzip**

Dieses intra- und interpsychische Prinzip bedeutet die volle Achtung der Autonomie und die Akzeptanz des ganzen Menschen in seinem So-Sein durch den Therapeuten und folglich durch den Patienten selbst, mit dem Ziel und Effekt der Ich-Stärkung und Aktivierung der gesunden Anteile des Patienten, was zu Selbstfindung und Selbstklärung führen lässt.

Das schon in der GS überaus wichtige autogene Prinzip bildet auch hier in der OS eine wesentliche Grundlage. Der Therapeut schlägt üblicherweise ein Motiv vor, die Imagination erfolgt dann autogen. Das heißt, der Patient ist in seinem imaginativen

Erleben ganz bei sich, berichtet erst im nachhinein von seinen Bildern und wird daher nicht durch den Regie führenden Therapeuten begleitet. Zum autogenen Prinzip rechne ich auch, dass der Patient in den Tagen zwischen den Therapiestunden selbständig übt, also alleine für sich imaginiert.

Das autogene Prinzip wirkt dabei nicht nur Ich-stärkend, sondern zeigt dem Patienten deutlich die volle Anerkennung seiner Autonomie und das Vertrauen auf seine Selbstheilungskräfte durch den Therapeuten. Überdies ist es das autogene Prinzip, das die unbewussten Inhalte der Imaginationen gleich wie im Nachtraum aufsteigen lässt. Das autogene Prinzip findet sich auch bestätigt im Konzept der verdeckten Modellierung („*covert modeling*“). Die Vorstellung, etwas zu tun, macht es wahrscheinlicher, dass man es hinterher wirklich beabsichtigt zu tun. Klinger (1990) beschreibt dies als „eine Art mentaler Übung, bei der sich Patienten von der Therapie angestrebte Handlungen vorstellen. Kazdin (1979) konnte zeigen, dass diese Methode weniger wirksam ist, wenn der Therapeut dem Patienten die Handlungen genau vorschreibt, die dieser imaginieren soll. Anders, wenn der Patient ermutigt wird, bei der Imagination die von ihm intendierten Handlungen selbständig (Hervorhebung v. Verf.) zu elaborieren. Unter diesen erweist sich die Tagtraum-Methode als äußerst wirksam, so wie dies KB-Therapeuten seit langem vermutet haben.“ Neben der Bedeutung und Effektivität der Imagination wird hier noch zusätzlich das autogene Prinzip bestätigt!

Im Gegensatz zur starren Struktur und direktiven Form anderer Autoren meint Rosa (1975) über das autogene Prinzip: „Die Provokation des Unbewussten in der analytischen Oberstufentechnik besteht darin, daß wir den Übenden sich selbst überlassen, nachdem er unsere sparsame Instruktion schon früher empfangen hat. Er bekommt kein Leitseil gebundener Assoziation in der Form standardisierter Lernstufen...Das bloße 'Kommenlassen' in der Oberstufe als weiche Lösung einer im Prinzip dirigistischen Lehr- und Therapiepraxis kann auf die Dauer keine Lösung sein, weil der Übende implizit weiß und sich darauf einstellt, dass er 'etwas bringen soll', wenn es irgend geht in der schönen Reihenfolge von Uni-Farbe bis bunter Szenerie mit Selbstbeteiligung...Ich stelle dem die Möglichkeit zur Seite, dass die Oberstufe eine ungesteuerte Technik von Eigenproduktionen aus dem Unbewussten sein kann, die analytisch gehandhabt mit analogen Mitteln freier Bildassoziation - hier im Trainingszeremoniell - zu vergleichbaren Ergebnissen tiefenpsychologischer Wertigkeit führen.“

Bartl (1982) prägte einen Satz, der das autogene Prinzip und seine Wirksamkeit deutlich macht: „Die Natur ist gütig und sucht sich selbst die Wege zur Heilung, wenn man sie lässt und das dazugehörige Klima herstellt.“ Letzteres macht auch deutlich, dass das autogene Prinzip dem Patienten das Gefühl der Autonomie und nicht des Alleingelassenwerdens oder Verlassenwerdens geben soll. Dabei spielt die therapeutische Beziehung und das therapeutische Klima, und in der OS meist auch die Gruppe eine wichtige Funktion.

Zum autogenen Prinzip gehört für mich auch die weltanschaulich - ideologische Neutralität des AT.

### **Imagination**

Imagination ist die Fähigkeit, sich im Moment sensorisch nicht präsente Szenen mit Personen, Objekten, Vorgängen, Symbolen, Gefühlen und Stimmungen in allen Sinnesmodalitäten zu vergegenwärtigen, wobei diese Szenen erinnert oder erfunden, real möglich oder unmöglich, logisch oder unlogisch sein können.

Nach Krapf (1988) sind es „Bilder, die aus der Tiefe der Seele emporsteigen und sich damit gewissermaßen dem Bewusstsein zur Verfügung stellen. Der Meditierende 'unterhält' sich mit sich selbst - sein Bewusstes und sein Unbewusstes treten in eine Beziehung zueinander... 'Imagination' bedeutet jedoch auch 'Phantasie', wobei besonders die imaginative Aktivität, die Kreativität gemeint ist....Die aufsteigenden Imaginationen sind frei von bewussten, willentlichen Äußerungen und reflektierendem Denken. Andererseits dürfen sie nicht verwechselt werden mit jenen vorwiegend einer illusionären Wunscherfüllung dienenden Tagträumereien, die auch als 'selbsterhöhende Phantasien' bezeichnet werden.“

Unbewusste Fantasien, die eine Basis der Imaginationen sind, stehen für die innere psychische Realität. Sie sind aus analytischer Sicht Repräsentanzen der Triebwelt und Ausdruck der Triebabwehr. Aus Ich-psychologischer Sicht sind sie nicht Quelle, sondern Ergebnis aktiver Erlebnisverarbeitung und sind notwendig zur Ausbildung seelischer Strukturen. Die Analyse unbewusster Fantasien fördert ihre Veränderung und leitet damit eine strukturelle Veränderung ein (Hohage 1993).

Leuner (1985) meint weiters, dass die Unterschiede zwischen Nachtraum und Tagtraum / Imagination unter psychodynamischem Aspekt betrachtet, kaum relevant sind. „In beiden Fällen drücken sich unbewusste seelische Konflikte in symbolischer Form aus. Aus phänomenologischem Gesichtswinkel gesehen, sind die Unterschiede aber bemerkenswert. Der Tagtraum ist - wie Freud (1895) hervorhebt - bereits 'sekundär bearbeitet' (im Sinne des Sekundärvorganges). Er steht dem Bewusstsein näher und ist insofern auf die kontinuierliche Durchführung eines Themas stärker zentriert als oft der Nachtraum. Seine Inhalte sind klarer und auch simpler als die des Nachtraumes. Sie erinnern nicht selten an volksliedhafte oder märchenhafte Darstellungen.“

Zur Unterscheidung von narzisstischen Wunscherfüllungs-Fantasien meint Rosa (1975), dass die OS „sich beständig abgrenzen muss gegen den Tagtraum, gegen die ... Form halbwacher Fantasien, die - von eigenen Triebbedürfnissen gelenkt - in gebundener Assoziation Lieblingsvorstellungen entwickeln und pflegen. In der OS gilt es, sich davon frei zu halten. Jeder soll und darf nach Belieben seinen Tagträumereien nachhängen, wann und wie oft er will. Während der OS aber stört das Tagträumen ungemein, weil es die Produktion unbewussten Materials behindert und den Übenden zu der Täuschung verführen könnte, er beziehe noch frei aufsteigende Bilder, wo er in Wirklichkeit seine Traumfabrik arbeiten lässt. Beim geringsten Verdacht, dass diese stets passierbare Grenze überschritten wird, hilft das Zurückgehen in die Unterstufe, die offenbar verflacht war und nur einer gewissen Nachhilfe bedarf.“

Die Fähigkeit zum Imaginieren hat prinzipiell jeder Mensch. Nach Piaget verfügen Säuglinge noch nicht über Vorstellungen oder Symbole, sondern denken mit Hilfe von Handlungen, denn sensomotorisches Denken ist handlungsgebunden, nicht symbolvermittelt. Dornes (1994) nimmt an, dass „mit eineinhalb Jahren das Psychische beginnt in Form frei evozierbarer Bilder zu existieren. Dadurch wird es dem Kind möglich, die Realität zu transzendieren und das Abwesende oder das nie real Gewesene zu denken. Auf dieser Stufe beginnt die aktive Imagination, in der Wirkliches und Mögliches kombiniert wird. Den Abschluss der Entwicklung bildet die sprachliche Codierung des Psychischen.“ Durch Imaginationen ist also der Zugang zu praeverbalem Erleben möglich.

Zur Regression meinen Thomä & Kächele (1986), „dass der Träumer selbst zum Symbol deshalb keinen sinnstiftenden Einfall haben kann, weil seine Regression in der therapeutischen Situation nicht ausreicht, um ihm einen direkten Zugang zur Bildersprache zu ermöglichen“. In der Imagination nun aber ist die Regression ausreichend, um in direkteren Kontakt mit dem Primärprozess und somit zur Symbolsprache auch der praeverbalen Phase zu kommen.

Die neueren Vorstellungsforschungen zeigen nach Klinger (1990), dass „Vorstellungen auf zentralen organismischen Prozessen beruhen, die auch anderen Verhaltensweisen zugrunde liegen. Als weitere Konsequenz ergibt sich, dass diese organismischen Prozesse durch Vorstellungen verändert werden können und damit auch Verhaltensweisen, was letztlich zu einer Veränderung der Persönlichkeit führen kann.“ Und zwar meint er, dass die Rückwirkungen der imaginativen Prozesse auf die zentralen Persönlichkeitsstrukturen unabhängig davon stattfinden, ob sie mit dem Therapeuten besprochen wurden, und auch unabhängig von den Überlegungen des Patienten, andererseits aber nur Informationen verarbeitet werden können, die bereits im Besitz des Patienten sind. Klinger beschreibt in seiner Arbeit (1990) auch einige psychologische Untersuchungen der Imagery-Forschung, die ich zur Illustration seiner o.g., auch für die OS des AT wesentlichen Ergebnisse im Folgenden zitiere:

Finke (1980) hat z. B. anhand des McCullough-Effektes (Erscheinen von Gegenfarben als Nacheffekt nach längerer Betrachtung farbiger Streifen) feststellen können, dass imaginierte Reize eine ähnliche Wirkung auf visuelle Täuschungen ausüben, wie

äußerliche Reize. Ebenfalls nach Finke können Vorstellungen zentrale Mechanismen (z.B. das Phänomen der visuellen Adaptation) umstellen.

„Die Vorstellung hat jedoch nicht nur gemeinsame Mechanismen mit der Wahrnehmung, sondern auch mit der Motorik. Schon in den 30er Jahren hat Jacobson (1932) gezeigt, daß Vorstellungen der eigenen Bewegung von elektromyographischen Aktivitäten der entsprechenden Muskeln begleitet werden. Das wurde inzwischen mehrfach bestätigt. Es scheint, als ob die imaginierte Bewegung vor dem Effektor abgefangen wird, jedoch nicht ohne ein rudimentäres 'Durchsickern'. Die Deutung liegt nahe, dass motorische Vorstellungen Nervenzentren involvieren, die auch bei der Bewegung beteiligt sind. Die dabei beteiligten Systeme sind nicht nur peripher. Dies zeigt sich darin, dass die rein imaginative Übung körperlicher Bewegung eine nachträglich durchgeführte wirkliche Bewegung verbessert. Diese merkwürdigen Befunde, die dem Traum eines jeden Faulenzers entsprechen, wurden mehrfach bestätigt, und zwar auch durch streng kontrollierte Experimente. So zum Beispiel Ulich (1967).“

„Vorstellungen haben demzufolge im motorischen Bereich eine doppelte Wirkung: Sie lösen schwache Muskelpotentiale aus und modifizieren die motorische Grundlage, je nachdem, was man imaginiert hat. Im emotionalen Bereich finden wir etwas Ähnliches: Zunächst einmal beeinflussen allgemeine Stimmungszustände die Inhalte von Vorstellungen (Traynor 1974). Darüber hinaus kann man jedoch die Stimmung einer Vp durch Vorstellungsinhalte ändern, und zwar fast beliebig. Wenn man sich etwas Frohes, Ärgerliches oder Trauriges vorstellt, so fühlt man sich hinterher fröhlicher, verärgelter oder trauriger...Vorstellungen sind demzufolge psychische Geschehnisse, die Affekte involvieren: Was in der Vorstellung passiert, löst Emotionen aus, und zwar so, als hätte das, was imaginiert wurde, tatsächlich stattgefunden...In den Bereichen Wahrnehmung, Motorik und Emotion haben Vorstellungen weitgehend dieselbe Wirkung wie die Ereignisse, die sie repräsentieren. Wahrscheinlich ist dies deshalb so, weil Vorstellungen und Vorgestelltes auf gemeinsamen Mechanismen basieren.“(Klinger 1990)

Zusammenfassend werden also die Imaginationen therapeutisch eingesetzt:

- 1) Katharsis, das Wiedererleben, Abreagieren und Ausagieren von bewussten und unbewussten, also auch verdrängten Affekten zur Abfuhr und Lösung, hier auch auf der Symbolebene, also verschlüsselt, wodurch primär bedrohlicheres Material auftauchen kann und angstfreier erlebbar wird.
- 2) Autoanalyse, wobei die Patienten zur Einsicht in ihre Probleme gelangen, und damit Möglichkeiten und Fähigkeiten entdecken und erlernen. „Der korrekt Übende kommt ganz von selbst, also autogen, vom Denken ins Sinnen. Das Besinnen führt zu einer kontemplativen Selbstbesinnung, die sich in der OS zu einer meditativen Innenschau mit dem Resultat einer ganz persönlichen BESONNENHEIT erweitert.“ (Schaetzing 1975)
- 3) Lösungsorientierung: durch die ermöglichte oder verbesserte Fähigkeit zur Autoanalyse und durch den Zustand der Trance, in der eingelernte und fixierte Muster des Verhaltens, Denkens und Fühlens unwirksam werden, kommt es zu einer autogenen Neusynthese und Neuorientierung
- 4) Auffinden von Ressourcen und deren Nutzung und Stärkung
- 5) Hervorbringen von Material aus dem Unbewussten, das damit therapeutisch nutzbar ist. (Imagination als „Lieferant des therapeutischen Gesprächsgegenstandes“ Klinger, 1990)
- 6) Das Imaginieren dient aber nicht nur zur Produktion von Material aus dem Unbewussten, sondern die Imagination selbst ist therapeutisch wirksam. Man denke nur an die wesentliche psychohygienische Wirkung der Nachtträume. Auch in der autogenen Imagination kommt es zum Zulassen von bedrohlicherem oder peinlicherem Material, da die Verschlüsselung im Symbol dies angstfreier zulässt. Die Fortführung der Arbeit direkt auf der Symbolebene durch die Begleitung des Therapeuten findet dann in der KIP statt, wodurch noch weitere Möglichkeiten wirksam werden.
- 7) Kognitive Übung zur Verhaltensänderung, z.B.: „covert modeling“
- 8) Veränderung organismischer Prozesse durch Vorstellungen, und dadurch Veränderung von Verhaltensweisen und der Persönlichkeit

## **Motive**

Motive dienen der Induktion der Imagination mit eventueller Richtunggebung auf einen bestimmten seelischen Bereich. Der Patient sagt sich ein Motiv vor, wenn er die organismische Umschaltung ins Hypnoid vorgenommen hat und wartet dann ab, was sich daraufhin von selbst entwickelt.

Es gibt keine rein autogene Psychotherapie, denn die Einflussnahme durch den Therapeuten und sein Beziehungsangebot ist ein Wirkfaktor und so stellt auch die Vorgabe eines Motivs eine solche Einflussnahme dar.

Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Ansätze und der Entwicklung der Methode stelle ich im folgenden die Motive verschiedener Therapeuten vor:

### **Standardmotive nach J.H.Schultz**

Irgendeine gleichförmige Farbe (Eigenfarbe)

Eine bestimmte, vom Leiter bestimmte Farbe; alle Farben des Spektrums (Spektrumversuch)

Bestimmte konkrete Objekte, alltägliche Gegenstände

Irgendein Objekt

Abstrakte Gegenstände, gemeint sind abstrakte Begriffe wie Gerechtigkeit, Friede, Glück, was zu „schönen Innenerlebnissen“ führen kann

Ein Erlebnis, das „Ausdruck oder Sinnbild des intensivsten und erwünschten Gefühlszustandes ist“ („Versuch des Eigengefühls“)

Bild eines bestimmten anderen Menschen (Kontrolle für die Einfühlungsfähigkeit in den anderen und genaue Kontrolle der eigenen Gefühlsreaktion und damit der inneren Affektbeziehung zum anderen)

### **Motive nach Luthé**

Statische einheitliche Farben

Dynamische vielgestaltige Farben

Vielfarbigkeit und einfache Formen

Objekte

Umwandlung von Objekten in Szenen

Filmstreifen

Buntes Cinerama mit aktiver Beteiligung

(Unter „carte blanche“ versteht Luthé die schauende Leere, den Zustand passiver Akzeptanz, auf dem basierend die inneren Bilder auftauchen können: „eine passiv-akzeptierende, permissive, nicht direktive, nicht restriktive abstinente Haltung der Trainierenden gegenüber allen Formen der hirngesteuerten Produktionen“ 1969, übersetzt von Wallnöfer, 1978)

### **Übungen nach Thomas (1989)**

*Farberlebnisse* (Zuerst Konstruktion einer Farbpyramide aus Stoff- und Papierresten, dann erst Imagination irgendeiner, schließlich der eigenen Farbe; als dritter Teil dieser Übung folgt das Nacherleben einer auf den Papieren intensiv betrachteten Farbe, und als vierter Teil das Erleben des gesamten Spektrums)

*Wahrnehmung konkreter Gegenstände* (wiederum erst als imaginatives Nacherleben vorher betrachteter Gegenstände, dann einer Kerze oder eines Lichts und schließlich von vorher nicht real sichtbaren Gegenständen oder Personen)

*Schau abstrakter Werte* (konkrete Gegenstände als Inbegriff abstrakter Werte, wie Herz für Liebe, aber auch existentielle Werte wie Freiheit, Harmonie, Kraft etc, und geistige Werte wie Schönheit, Wahrheit oder Güte)

*Übungen zur Charakterbildung* (vertiefte Selbsterkenntnis durch Fragen, wer man ist, was man eigentlich sucht oder worin man Unrecht hat)

*Übungen zur Selbstverwirklichung* (von der Anerkennung des eigenen Ich zur Annäherung zwischen dem Selbst und dem erwählten Ziel)

*Weg auf den Meeresgrund* (als Hilfsmittel werden ein Zauberstab und ein Ring zum Leuchten mitgegeben und dann Schritt für Schritt hinunter auf den Grund des Meeres gegangen)

*Weg auf die Bergeshöhe* („Ich steige ganz ruhig Schritt für Schritt immer höher und höher hinauf“)

*Freie und gesteuerte Bilderlebnisse mit bestimmter Zielsetzung* (1: völlig freie Bilder. 2: teilweise freie Bilder vertiefen Selbst- und Zielerkenntnis. 3: teilweise freie Schau von Bildern ästhetischer Werte. 4: geleitete Bilder allgemeinen Wertes, wie Symbole. 5: geleitete Bilder mit bestimmten therapeutischen Zielen. 6: begleitete Bilder mit symbolischer Identifikation)

(Rosa (1975) nennt diese therapeutisch-pragmatischen Rezepte Exerzierschritte, die geradewegs wieder zurück in die Heterohypnose führen.)

### **Analytische OS-Motive von Wallnöfer**

Freie Farbe

Gezielte, vom Patienten gewählte Farbe

Blau und Zitrone, später Vorstellung von Gegenständen

Würfel - Kreis - Dreieck

Meer-Übung: irgendwie am Meer befinden und sich dann absinken lassen (Absinken)

Berg-Übung: ein Berg und irgendwie hinaufkommen (Aufwärtsbewegung)

Ein abstrakter Begriff

Die „freie“ Person (ich sehe den anderen)

Die „gezielte“ Person (ich sehe ...)

Die Frage an das Unbewusste (z.B.: Warum habe ich Angst)

Die eigene Person (ich sehe mich selbst)

Aufkommenlassen eines Gefühls

Eigengefühl

Rosa (1975) stellt den Patienten anheim, im Hypnoid der GS „aufkommende optische Wahrnehmungen ungebremst und undirigiert ablaufen zu lassen.“ Rosa verwendet daher keine Motive, sondern anerkennt höchstens die „carte blanche“ Technik von Luthe als möglichen Kristallisationskern in der OS. Er räumt daneben dem siebenten und zentralen Bereich von Luthe, dem Cinerama als einzigem Motiv eine Sonderstellung ein, die in seinem Denk-Modell der ineinandergreifenden Möglichkeiten möglich ist, wobei es ihm wichtig ist, was dem Patienten spontan einfällt, und nicht was angestrebt wird. Er möchte damit nicht nur heterosuggestive Momente so weit wie möglich zugunsten des autogenen Prinzips ausgeschaltet wissen, sondern auch die durch den Therapeuten mittels Benutzung eines Stufenmodells suggerierte Leistungsorientierung verhindern.

Kraft (1982) verlässt ebenfalls das Stufensystem und gibt auch kein Motiv vor. Daher nennt er seine Methode auch die „Autogene Imagination“. Die Patienten lassen Bilder auftauchen, die sich ohne Vorgaben einstellen. Zur Wahrung des autogenen Prinzips ist er noch abstinenter, während Wallnöfer (1990) meint, daß „bei uns das Geschehen etwas mehr strukturiert wird.“

Bartl (1974, Roßmanith & Bartl 1991 u. 1993) sieht in den Motiven Kristallisationskerne der Symbolisation und wählt sie konflikt- und indikationsspezifisch aus, lässt aber fallweise die Auswahl auch dem Patienten über. Seine Grundmotive sind:

Farbe

Farbe und Form

Obst / brennende Kerze

Meer

Berg

Tor / Türe

Abstrakter Begriff

Deutlich ist bei diesen Auflistungen die Weiterentwicklung der Motive und damit zusammenhängend der analytische Ansatz und die unterschiedliche Betonung des autogenen Prinzips zu erkennen. Auch zu erkennen ist bei der Motivfolge von Luthe der

Weg, den auch C.G.Jung mit seinen Imaginationen von der passiven zur aktiven Imagination ging, nämlich vom Schauen von Bildern zum Einstieg in diese mit vollem Erleben mit allen Gefühlsqualitäten wie in einem Traum.

Deutlich ist aber auch das strukturierte Vorgehen mit standardisierten Motivvorgaben. Auch spätere Autoren, wie Krug (1991), meinen, dass die elf Übungen der analytischen Oberstufe „in einer Reihenfolge zunehmender Schwierigkeit“ stehen.

In länger dauernden Therapiegruppen werden auch andere Motive angeboten, die von der Gruppe oder durch den Therapeuten entsprechend der Indikation, dem Konflikt oder dem therapeutischen Prozess ausgewählt werden. Dabei bieten sich Motive aus der KIP ebenso an, wie vieles andere, bis hin zur Musik, die schon J.H.Schultz (1958) und H.R.Teirich (1958), aber auch M.Heiss et al. (1978) und S.Schaub (1988) eingesetzt haben.

Bei der Musik ist zu bedenken, dass diese eine weitere nicht immer offenkundige und berechenbare Variable darstellt, da den ausgewählten Stücken vom Patienten bestimmte Erinnerungen oder Gefühlsregungen zugeordnet werden können. In der frühen Heilkunst bis ins heutige China werden Musikstücke zur Behandlung und zum Auslösen bestimmter Gefühle und Stimmungen gezielt eingesetzt.

Ich selbst sehe in den Motiven eine dem therapeutischen Prozess folgende Vorgabe, einen Kristallisationspunkt für die Auseinandersetzung mit dem Unbewussten. Die Auswahl der Motive erfolgt entlang des roten Fadens des therapeutischen Prozesses und im Einklang mit dem strategischen Therapieplan, der wieder seine Grundlage in den diagnostischen Überlegungen hat. Ich habe daher sowohl die genormten Standard-Motive welcher Schule auch immer verlassen und halte mich eher an die Idee des freien, auf den Patienten und den therapeutischen Prozess maßgeschneiderten Motivs.

So habe ich den bisherigen Motiven weitere Vorgaben hinzugefügt. Wir wissen um die Wichtigkeit des sprachlichen Verwendens verschiedener Sinneskanäle („Repräsentationssysteme“). In der Säuglingsforschung haben wir gesehen, dass bereits die Neugeborenen verschiedene Sinneswahrnehmungen in Beziehung setzen. Wir wissen heute, dass eine Koordination der intersensorischen Wahrnehmung vom Anfang unseres Lebens an besteht. Stern (1985) nennt es transmodale Wahrnehmung. Und ebenso wissen wir von der strukturbildenden Wichtigkeit des Einübens der differenzierten Gefühlswahrnehmungen in den geleiteten Imaginationen der KIP (Bartl 1989).

So habe ich die Aufforderung zu Wahrnehmungen anderer Sinneskanäle (Modi) als Induktion von Imaginationen gewählt. Die nicht visuellen Modi betreffen die Sinne des Hörens, Fühlens, Riechens und Schmeckens, oder lassen die Wahl des Sinnesmodus überhaupt offen (autogen). Diese „Motive“ sind:

*auditive* („Vor meinem inneren Ohr entwickelt sich ein Ton oder ein Geräusch und ich warte ab, was sich daraus und in den anderen Sinnesqualitäten entwickelt.“)

*olfaktorisch-gustatorische* („In mir, oder vor meinen Sinnen entwickelt sich ein Geschmack oder ein Geruch, und ich lasse daraus sich weiterentwickeln, was kommt.“)

*kinästhetische* („Es entwickelt sich eine körperliche Empfindung oder eine Bewegung oder Haltung“)

*omnimodale* („Es entwickelt sich irgendeine Empfindung oder Wahrnehmung“).

Diese von mir erst experimentell verwendeten „Motive“ sind transmodale (ganzheitliche Wahrnehmung durch Transfer von einem Modus in einen anderen) und omnimodale (ganzheitliche Wahrnehmung gleichzeitig durch alle Sinnesmodi) Anstöße zur Innenschau. Die Innenschau beginnt in diesem Fall nicht ausschließlich mit den visuellen Sinnesqualitäten. Die dadurch ausgelösten Imaginationen erbrachten bisher interessante Ergebnisse.

Durch Rückmeldungen der Übenden gewann ich den Eindruck, dass die Imaginationen sehr frühe Erlebnisse und Gefühle, mit Möglichkeit zu viel Nähe und Regression brachten. Auf die omnimodale Induktion folgten archaische und tiefe Imaginationen, die mit sehr intensiven und differenzierten Wahrnehmungsqualitäten verbunden waren. Es wurde auch berichtet, dass dadurch die Empfindungen der anderen Sinneskanäle ebenfalls intensiviert wurden. Eventuell wurde dies auch beeinflusst durch das neue, ungewohnte Muster der Induktion, oder durch Verwendung des vom Übenden bevorzugten Sinneskanals. Viele Menschen bevorzugten ein nicht-visuelles Repräsentationssystem der Sinne. Statt der optischen Sensorik geben sie dem kinästhetischen oder dem

gustatorisch-olfaktorischen oder dem akustischen Sinn den Vorzug. Dies ist an den von ihnen verwendeten Worten ihrer Sprache gut zu erkennen.

All diese Erfahrungen zeigen jedenfalls deutlich, was Stern (1985) amodale Wahrnehmung genannt hat, was ich aber als omnimodal (1994) bezeichnet habe und weiter bezeichnen möchte, da alle Modi, also alle Sinne beteiligt sind. Dies entspricht nämlich den Erkenntnissen, dass auch Neugeborene die Welt ganzheitlich wahrnehmen. Die Welt, die sie riechen, ist dieselbe, die sie hören, spüren etc. Säuglinge verfügen über die angeborene Fähigkeit, einen Informationstransfer von einem Modus in den anderen vorzunehmen. Es scheint so, als ob die Kinder eine Welt der wahrnehmungsgemäßen Ganzheit erfahren, in der sie amodale Qualitäten wahrnehmen können, und zwar in jeder beliebigen Modalität in jeder Form des menschlichen Ausdrucksverhaltens. (Stern 1985) Der Einstieg auf einem Sinneskanal stellt also die synchrone Aktivierung sämtlicher Sinneskanäle dar. Wobei es nach Forschungen der Babybeobachter zu einer omnimodalen Encodierung im Gehirn kommen dürfte. Dies unterstreicht die Bedeutung der sinnlichen Erlebnisse in den Imaginationen, sowie auch des Übens der differenzierten Gefühlswahrnehmungen (Bartl 1989) in der KIP.

Eine weitere Erklärung, die ich für dieses übereinstimmende Phänomen der omnimodalen und regressiven Erlebnisse und Empfindungen fand, ist, dass die nicht visuellen Sinne durch eine größere Ich- und Körper-Nähe ausgezeichnet sind. Dabei scheint das Schmecken am Ich-nächsten zu sein, dann das Riechen, gefolgt vom Hören und erst dann das Schauen. Man kann sich eben diesen Sinneskanälen nicht so leicht entziehen, wie man von etwas oder jemandem wegschauen kann. Das Schmecken und das Körpergefühl sind vermutlich die frühesten entwickelten und Ich-nächsten Sinnesmodi des Menschen, wahrscheinlich schon im uterinen Leben.

Dies alles bedeutet folglich besondere Sorgfalt beim therapeutischen Einsatz, da der Patient dann eventuell Bedrohlichem nicht entkommt. Dies bringt aber die Chance mit sich, dass er sich stellen muss, also sich selbst konfrontiert. Ebenfalls zu bedenken ist auch die Möglichkeit der Regression in die Vorkonfliktphase, womit die Konflikte harmonisierend „unterwandert“ (Leuner 1985) werden könnten.

Ein wichtiger Bereich der Imagination ist die Symbolik. Und auch hier sehe ich einen Zusammenhang mit der omnimodalen Wahrnehmung. Das Wort „Symbol“ beinhaltet ethymologisch eine Verbindung zweier getrennter Teile: „syn“ und „ballein“ bedeuten im Griechischen „Zusammenwerfen“, also das Verbinden von wesensmäßig Zusammengehörigem, das vorher getrennt worden war. Das Symbol ist dabei ein Sinnzeichen, ein Sinnbild, also ein „Bild der Sinnes“.

Bekannt ist, dass viele, gerade psychosomatisch leidende Menschen in der Differenzierungsfähigkeit ihrer Sinneswahrnehmungen und im Zugang zu ihren Gefühlen Schwierigkeiten haben (vgl. Alexithymie-Konzept). Ich sehe daher in der Beachtung der omnimodalen Wahrnehmung, eventuell schon als Motiv-Vorgabe, eine wichtige Möglichkeit auch für die OS des AT!

Man kann in Fortsetzung der Vorgabe eines Sinneskanals, die ja nur strukturell und nicht inhaltlich wie die Motive ist, einfach den omnimodalen Anstoß zu „inneren Wahrnehmungen gleich welcher Sinnesqualität“ geben, um so einerseits zu im nachhinein bearbeitbarem unbewussten Material zu kommen, aber auch andererseits um sofort auf der imaginativen Symbolebene zu erfahren, zu ändern oder zu lernen. Dies wäre die geringste inhaltliche und strukturelle Vorgabe und würde dem autogenen Prinzip beim Einstieg in die Imagination am ehesten entsprechen. Schon 1973 schrieb Wallnöfer, allerdings in einem anderen Zusammenhang: „Je offener der Übungsvorschlag (...), umso besser der Erfolg.“

Zusammenfassend werden also in der OS entweder genaue Motive in strukturiertem Ablauf oder nur der Anstoß zu inneren Bildern (oder Wahrnehmungen und Gefühlen) vorgegeben. Binder (1987) meint dazu: „Wenn wir diese soeben angeführten Modelle betrachten, so muss es dem einzelnen Therapeuten überlassen bleiben, und er muss auch das Gespür dafür haben, ob er die Methode von *J.H.Schultz* anwendet oder jene von *Luthe*, *Thomas* oder *Rosa*, oder sogar eine Mischung aus den verschiedenen Denkmodellen zulassen kann. Auf jeden Fall wäre es gut, wenn der Therapeut über eine breite Palette seiner anzubietenden therapeutischen Möglichkeiten verfügen kann.“

Ich ergänze dazu, dass unbedingt auch struktur-diagnostische Überlegungen eine Rolle spielen müssen. Diese stellen ja Erklärungsideen für das Entstehen und Aufrechterhalten der Schwierigkeiten eines Patienten dar, folgend dem Defizit-, Lern-, Trauma- und Konflikt-Modell. Diesen Modellen, bzw. ihrer individuellen Kombination folgend können wir strategische Überlegungen anstellen, die Therapie mit Beziehungsgestaltung, Konfliktbearbeitung etc. so zu gestalten, dass es zu den gewünschten Veränderungen kommt.

## Setting

Voraussetzung für die Verwendung der OS ist die Fähigkeit des Patienten zur organismischen Umschaltung ins Hypnoid. Dies beinhaltet nicht unbedingt die Fähigkeit zur Momentumschaltung, wenn dies auch günstig wäre. Es würde dadurch der erwünschte Bewusstseinszustand mit Sicherheit und zwingend eingeschaltet werden, auch in einer belastenden Situation wie bei Gefühlen von Angst, Verzweiflung, Verbitterung, Schuld, Scham oder Ärger. Dies beinhaltet auch die Fähigkeit, lange genug in dem erwünschten Bewusstseinszustand zu verbleiben, um einerseits ausreichend Zeit und Gelegenheit zu haben, ohne Druck einfach alle Bilder kommen zu lassen, und andererseits diesen dann auch genug Raum zur Wirkung zu lassen.

Die OS ist sowohl als Einzel- als auch als Gruppenpsychotherapie möglich. Meines Wissens wird sie meistens in der Gruppe eingesetzt. Die OS-Gruppe schließt oft etwa ein halbes Jahr nach Erlernen der GS an, die Einzeltherapie wird von Beginn an einzeln geführt oder als Fortsetzung einer OS-Gruppe.

Oft wird die OS-Gruppe als geschlossene, zeitlich begrenzte Gruppe („Kurs“) ähnlich wie die GS angeboten, als längerfristige Psychotherapie wiederum als geschlossene oder halboffene längerdauernde Gruppe.

Entsprechend der benötigten Zeit für das Imaginieren und die Bearbeitung hat es sich bewährt, die Dauer der Sitzungen nicht zu kurz festzulegen. So setze ich vier Einheiten à 45 Minuten als eine Sitzungsdauer fest, habe aber auch schon mit der Hälfte der Zeit mein Auslangen gefunden. Davon nimmt ungefähr 20 bis 30 Minuten das Trainieren in Anspruch. Bei Einzelsitzungen bleibe ich bei der üblichen „Stunden“-Dauer von 45-50 Minuten.

Die Frequenz der einzelnen Sitzungen ist sehr unterschiedlich. Beim Internationalen Seminar in Badgastein finden Sitzungen täglich (zu eineinhalb oder drei Stunden) statt, während sich in der Praxis eher Gruppen-Abende mit ein- bis mehrwöchigem Abstand und wöchentliche Sitzungen in einer Einzeltherapie bewähren.

In Einzeltherapien lasse ich die Patienten normalerweise nicht während der Therapiestunde trainieren. Ich vermeide damit, wie auch Rosa (1975), diese „stumme heterosuggestive Beeinflussung“. In den Gruppen, GS wie OS, lasse ich während der Therapiesitzungen trainieren, um die mütterlich-stützende Funktion der Gruppe zu nutzen. Ich selbst verlasse aber den Raum, um den Patienten klar zu signalisieren, dass ich weder suggeriere, noch kontrolliere. So spüren die Patienten auf der einen Seite Geborgenheit und auf der anderen Seite ihre Autonomie, zusätzlich auch mein Vertrauen und meine Akzeptanz ihrer Autonomie. Ich erinnere mich noch an die Anfangszeiten des AT an einen Handgriff, mit dem der Kursleiter ganz im Gegensatz zu meinen o.g. Überlegungen in Bezug auf das autogene Prinzip und die Suggestibilität während des Übens bei jedem Teilnehmer die Entspannung des rechten Armes überprüfte! Der Ablauf der einzelnen Sitzungen besteht aus einem Bericht der Bilder aus der Zeit zwischen den Therapiestunden mit Bearbeitung dieser, gefolgt vom Trainieren eines neuen Motivs und schließlich je nach Stil des Therapeuten das Ende der Sitzung oder die Möglichkeit zur Bearbeitung des soeben Imaginierten. Anschließend werden die Patienten aufgefordert bis zur nächsten Sitzung noch öfters zum neuen Motiv zu trainieren und die Bilder eventuell (je nach Stil des Therapeuten) zu protokollieren und /oder zu zeichnen oder zu malen, und diese Protokolle und / oder Zeichnungen in die nächste Sitzung mitzubringen.

Nach Wallnöfer (1978) „befasst sich der Gruppenleiter in zweiseitiger Interaktion mit dem, der gerade berichtet, in analytischer Weise weiter (er schweigt also zum Beispiel) und die Gruppenmitglieder arbeiten in der Regel erst aktiv mit, wenn der Prozess

zwischen Teilnehmer und Gruppenleiter abgeschlossen ist. Daraus kann sich freilich unbegrenzt auch ein Geschehen entwickeln, das nach verschiedenen gruppenspezifischen Konzepten bearbeitet werden kann.“ Aus zeitökonomischen Gründen lasse ich meist die Patienten zu Hause zeichnen oder malen, mit der Aufforderung, dies in die nächste Stunde mitzubringen, damit wir sie besprechen können. Im Zeichnen sehe ich eine nochmalige, primärprozeßhafte Auseinandersetzung mit den inneren Bildern

Wallnöfer (1978) lässt jeden Teilnehmer an einem GS- oder OS-Kurs vorher und nachher eine Testbatterie ausfüllen. Er sieht dies vor allem zum Schutz des Patienten, den er ja häufig nicht kennt, und soll auch der Effizienzkontrolle und Untersuchungen über die Therapeutenvariable dienen.

## **Bearbeitung**

Prinzipiell erfolgt die Bearbeitung der Bilder einerseits im Sinne des autogenen Prinzips ganz allein durch den Patienten (Katharsis und Autoanalyse), andererseits tiefenpsychotherapeutisch im Dialog und in der Beziehung mit dem Therapeuten und der Gruppe, bzw. durch die Gruppe als eigenes therapeutisches Agens.

Durcharbeiten bedeutet das oft schmerzliche und mühsame, im Endeffekt befreiende Durchleben von Angst, Scham und Schuld auslösenden Fantasien und Beziehungswünschen. Es gibt Einsichten in die eigenen Wünsche und Bedürfnisse mit dem Ziel der Integration bisher ungelebter Anteile und der Lösung oder zumindest des Aushaltenkönnens unbewusster Konflikte.

Der Traum ist nach S.Freud „im Grunde nichts anderes als eine besondere Form unseres Denkens, die durch die Bedingungen des Schlafzustandes ermöglicht wird. Die Traumarbeit ist es, die diese Form herstellt, und sie allein ist das Wesentliche am Traum, die Erklärung seiner Besonderheit.“(1900a).

Durch den Trancezustand steht uns ein Bewusstseinszustand zu Verfügung, der ebenfalls diese Form des „Denkens“ zulässt und uns somit Zugang zur Traumarbeit bietet. Die Traumarbeit umfasst die formalen Elemente der Traumsprache, die Übersetzung mit den Mechanismen Verdichtung, Verschiebung, plastische Darstellung (Verbildlichung) und sekundäre Bearbeitung (Freud 1916-17). Bei der Analyse eines Traumes geht es nun um die Rückübersetzung von Bildern in Worte und Gedanken. Dieses Rückgängigmachen der Traumarbeit bringt die Schwierigkeit mit sich, dass die Richtung der Übersetzung von Traumsprache (Primärprozess) in Denksprache (Sekundärprozess) oder umgekehrt nicht gleichgültig ist.

Freud nennt (1916-17) vier Beziehungen zwischen Traumelementen und den durch sie vertretenen latenten Bedeutungselementen: die des Teils vom Ganzen, die der Anspielung, die der Verbildlichung und die Symbolisierung. Zur Symbolisierung meint er, dass die Symbole es gestatten, unter Umständen einen Traum sogar zu deuten, ohne den Träumer zu befragen, wenn man nur genügend über ihn und seine Persönlichkeit und Umstände weiß.

Die Gesetze der Traumarbeit sind deswegen für die OS so wichtig, da die imaginativen Phänomene genau den Prinzipien dieser Traumarbeit, wie Verschiebung, Verdichtung, Symbolisierung etc. folgen.

Die moderne Schlaf- und Traumforschung brachte interessante Erkenntnisse, die auch für die Psychotherapie von Bedeutung sind. Freud nahm an, dass der Traum der Hüter des Schlafes sei. Heute nimmt man an, dass der Schlaf der Hüter des Traumes ist. Weiters gibt es „Befunde, die auf eine Entsprechung von Tagträumen und Nachträumen hinweisen, und es lässt sich zeigen, dass es eine kontinuierliche Zunahme des Affektausdrucks und der Entstellung von Tagträumen über Phantasien in Hypnose (= Imaginationen; d. Verf.) bis hin zu den Nachträumen gibt: es wurde jedoch auch gezeigt, dass bei spezifischen Bedürfnissen Geschlechtsunterschiede festgestellt werden können (Strauch 1981, S.27)...Es ist inzwischen bekannt, dass im REM-Schlaf eher irrationale, im Non-REM-Schlaf eher vernünftige Träume gebildet werden, was die Bindung der Primärprozessmechanismen der Traumarbeit an bestimmte physiologische Voraussetzungen nahelegt.“(Thomä & Kächele,1986) Zukünftige Forschungen werden

zeigen, welcher Physiologie und Traum-Art die Trance und die Imaginationen entsprechen, wobei wir annehmen, dass diese auch dem Primärprozess zuzuordnen sind. Die neueren Forschungen zeigen auch, dass „Träumen eine biologisch fundierte und von einer inneren Uhr gesteuerte Aktivität ist, die keine energetische Begründung erfordert...Die kommunikative Funktion des Träumens bleibt eine rein psychologisch-psychoanalytische Frage, die sich in unterschiedlicher Weise auf die 3 für die Funktion des Träumens als wichtig erachteten Bereiche auswirkt: Problemlösung, Informationsverarbeitung und Ich-Konsolidierung.“ (Thomä & Kächele,1986). Auch nach A.Adler braucht der Mensch den Traum zur Lösung seiner Lebensprobleme und zur Sicherung seines Selbstwertgefühls.

Diese drei Funktionen des Traumes im Dienste der Realitätsbewältigung und des innerseelischen Gleichgewichts sind m.E. schon im meditativen Ansatz der Schultz'schen OS, ja sogar schon in der GS des AT gegeben. Der später hinzugekommene tiefenpsychologische Ansatz bedeutet noch die zusätzliche Möglichkeit, wie in allen tiefenpsychologischen Therapien, das Material aus dem Unbewußten therapeutisch zu nutzen. Das heißt, es zu bearbeiten, und zwar in den drei klassischen Schritten des Erinnerns, Wiederholens und Durcharbeitens, bis das Durchlebte und Durchlittene verinnerlicht und damit die gewünschte Veränderung vollzogen ist.

Der Traum ist eine Selbstdarstellung, „in welcher der Träumer zumindest insofern impliziert ist, als er die subjektive Sicht eines Teilausschnittes seiner Welt in der Bildersprache zum Ausdruck bringt...Die subjektive Sicht seiner selbst und des dargestellten Lebensausschnittes ist - auch unabhängig von der Regression - ichbezogen...Es ist auch wichtig, nochmals darauf hinzuweisen, dass Freud die Möglichkeit der Selbstdarstellung in mehreren Personen im Traum auf die Regression im Schlaf zurückführte. Dadurch wird der Grenzverkehr zwischen Ich und Du, Subjekt und Objekt erleichtert und deren Austauschbarkeit im Sinne einer wechselseitigen Identifikation in der szenischen Dramaturgie möglich; das Hervortreten magischer Wünsche läßt auch Objekte im Traum so wie im Märchen ad libitum umgestalten. Sein und Haben, Identifizierung und Wunsch sind hierbei keine Gegensätze, sondern 2 Aspekte des Traumprozesses.“ (Thomä & Kächele 1986)

C.G.Jung (1921) teilt die Mehrfachdeterminierungen der Traum-be-deutungen und auf einer unmittelbaren Ebene in zwei Aspekte: in die Objekt- und Subjektstufe. Auf der Objektstufe beziehen sich die im Traum auftretenden Gestalten und Symbole auf die äußeren Objekte, auf der Subjektstufe auf die inneren Subjekte und auf die unbewussten Haltungen, Zustände und Persönlichkeitsanteile. Jung nennt weiters noch die sinnbildliche Ebene (meditative Innenschau) und als drittes die mythologische Ebene der Trauminterpretation. Leuner ergänzt in seiner KIP noch die Ebene der Übertragung, die m.M. natürlich genau so für die OS der ATP gilt.

C.G.Jung postuliert wie A.Adler eine prospektive Funktion des Traumes, der sich wie der Vorläufer einer bestimmten Tat verhält. Durch bildlich-symbolische Lösungsansätze von innerpsychischen Konflikten wird die bewusste reale Veränderung vorbereitet. Aus dem Chaos von ambivalenten konflikthaften Strebungen zeigen diese Lösungsmodelle Wege auf, ja bahnen sie geradezu. Diese prospektive Funktion nehmen wir auch in den Imagination, speziell in der OS, aber auch in der 3.Dimension der KIP an. Sie wird auch in den o.g. Untersuchungen bestätigt.

Zu den Prinzipien der therapeutischen Wirkung der autogenen Imagination zählen neben den drei o.g. Funktionen (Problemlösung, Informationsverarbeitung und Ich-Konsolidierung) die folgenden Bereiche: Katharsis, Selbstanalyse, emotionales Erleben mit dem „Kommen Lassen“ und dem in jeder Hinsicht freien Annehmen, die freie Assoziation, die Regression, die Widerstands- und Übertragungsphänomene und die Symbolverschlüsselung. Bei der Arbeit mit katathymen Bildern in der KIP findet ein wesentlicher Teil der therapeutischen Arbeit direkt auf der Symbolebene statt, was in der OS nur zum Teil, dafür aber autogen möglich ist. Es muss ja anders ein, wenn die Funktionen eines direkt begleitenden Objekts, einer gemeinsam erlebten Imagination und einer im Moment real gestalteten Beziehung fehlen. Dafür kann dies alles ja auch fantasiert werden. Und zweitens nähern wir uns dem autogenen Prinzip in der Begleitung von KBs, wenn wir dem Patienten viel Freiraum geben.

In der Regression werden die traumatischen Ereignisse wie realiter mit allen Gefühlen und Empfindungen erlebt, um dann dem begleitenden Affekt die Möglichkeit zur Abfuhr (Katharsis) zu geben. In der Regression ist neben dieser kathartischen Wirkung die Möglichkeit gegeben, in bestimmten Fällen die Vergangenheit durch emotional korrigierende Erfahrungen neu zu konstruieren. In einer Untersuchung mit Schlangenphobikern wies Horowitz (1976) im regressiven Wiedererleben des ersten Erlebnisses mit Schlangen nach, dass bei Dissoziation der begleitenden Gefühle die Ergebnisse besser waren als bei Wiedererleben mit den begleitenden Ängsten. Dies entspricht im übrigen allen Erkenntnissen von Trauma-Forschung und -Therapie. Zu den therapeutischen Techniken in der Phase des anschließenden Bearbeitens der autogenen Imaginationen zählen nach Wallnöfer (1987):

Das Schweigen

Das schweigende, aufmerksame Zuhören

Das „neutrale“, „abstinente“ Fragen

Das vorsichtige Hinweisen

Das Wiederholen eines Wortes, eines Satzes oder einer Passage

Die Deutung

Das Umgehen mit und das Aufdecken der Regression

Das Bearbeiten von Symbolen

Das Aufdecken negativer Besetzungen

Das Bearbeiten von Versprechern in den Formeln

Die Verschwiegenheit (auch in der Gruppe)

Das analytisch - gruppenspezifische Geschehen

(1978, bzw.1992 ergänzt er noch die „carte blanche“ - Methode von LUTHE)

Deutungen werden in der Bearbeitung von OS-Bildern und ihren Details eher selten gegeben. Jedenfalls erst dann, wenn der Patient offensichtlich selbst schon ganz knapp vor der Einsicht steht und nur mehr der letzte Anstoß dazu fehlt. „Richtige“ Deutungen zum falschen, also frühzeitigen Zeitpunkt, nehmen oder erschweren dem Patienten damit eventuell den späteren Zugang zu diesem Punkt. Auch aus diesem Grund, nämlich durch Reflexion des eigenen Narzissmus Geduld und Warten-Können aufzubringen, ist eine gründliche tiefenpsychologische Selbsterfahrung für den Therapeuten Voraussetzung. Deutungen stehen in der OS auch deswegen nicht im Vordergrund, da es hier das Ziel ist, daß die Patienten autogen durch das emotionale, primärprozesshafte Erleben auf der Symbolebene und im Danach einen neuen und zwar vor allem emotionalen und nicht verstandesmäßig-- sekundärprozessualen Zugang zu sich finden. Bei der autogenen Symbolarbeit ist wie in der KIP durch die Hauptarbeit auf der Symbolebene das Bewusstmachen nicht vorrangig.

Die GS schon verstärkt durch die verbesserte Innenschau die Introspektion und die Introspektionsfähigkeit. Sie ermöglicht durch Außerkräftsetzen von eingelernten und fixierten Denk-, Erlebnis- und Verhaltensmustern das Auffinden von kreativen, alternativen und neuen Lösungen. Diese Kreativität kann dann auch durch Gestaltungsarbeit des bildhaften Materials verstärkend auf die therapeutische Verarbeitung wirken.

Weitere tiefenpsychologische, psychotherapeutische Techniken sind möglich, wie zum Beispiel die Aufforderung zum freien Assoziieren, das Nachfragen, das Hinterfragen, das Fokussieren von Details, das Fragen nach Gefühlen zur Wahrnehmung und Verbalisierung, das Konfrontieren, das Klären (was der Patient überhaupt meint, dann Klären der Gefühle und Konflikte), das Ansprechen von Übertragung, das Fragen nach Erinnerungen, die Anreicherung und die Amplifikation (nach C.G.Jung, wobei der Kontext des Träumers mit entsprechenden Mythologemen aus der Vorgeschichte, aus Märchen, Mythen etc. durch den Psychotherapeuten ergänzt wird), aber auch Strategien wie Reframing, die Provokation (bei ausreichend tragfähiger Beziehung) etc.

„Der Vorrang des Formalen vor dem Inhaltlichen beim Durcharbeiten des Gebotenen gilt auch in einer analytisch ausgerichteten Oberstufe. Der Stellenwert einzelner Bildelemente ergibt sich vielleicht erst im Kontext mit den dazu gefundenen weiteren Assoziationen und in der Mitverwertung von Träumen aus der rezenten Epoche des Trainingsverlaufs. Die Versuchung, aus dem allgemeinen Charakter einzelner Farben, aus plastischen

Gestalten und Szenen direkte Rückschlüsse zu ziehen, ist groß. Symboldeutungen bieten sich auch hier wie in einer unzulänglichen Traumdeutung an, und es verführt einen nur leicht dazu, die Erläuterung einer dafür gehaltenen Bedeutung in der Oberstufe mit der Deutung dieser Produktion zu verwechseln. Das vorrangig Formale und die Beachtung der Genese der Oberstufenbilder in ihrer aktuellen Sukzession bestimmen eine wichtige Intention analytischer Oberstufenarbeit. Im Bemühen um die Aufdeckung dieses inneren Ablaufes, dargestellt an zusammenhanglos, oft surrealistisch aneinandergereihten Bildern, sind Protokollnotizen und mündliche Durchsprachen, Hinterfragungen und behutsame Anregungen für einen anhaltenden Assoziationsprozess des Hinzufindens und Dazu-Erinnerns unentbehrlich.“ (Rosa 1975)

Die Gruppe als therapeutisches Agens hat ebenfalls eine große Bedeutung für die Bearbeitung. Während des Trainierens ist „der Patient in seinem Hypnoid und in seinen inneren Bildern allein, von der Umwelt getrennt und nach innen gerichtet. Andererseits trainiert er in einer Gruppe von in dieser Hinsicht Gleichgesinnten und berichtet ihr und dem Therapeuten von seinen Imaginationen. Somit werden die Gruppe mit ihren Mitgliedern und die Gruppenprozesse mit in die Bilder und in ihre Bearbeitung wirken. Je mehr die Gruppe in die therapeutische Arbeit mit einbezogen wird, desto mehr wird es neben der individuellen Dimension zu einem Einfluss von Gruppenthemen und Rollenprozessen auf die Imagination kommen. Die Gruppe andererseits wird dann auch die persönlichen Bilder mit ihren Konflikten und Symbolen im Gruppen-Verhalten und Gruppen-Erleben widerspiegeln und damit analysierbar, also erlebbar und bewusst machen.“(Ladenbauer,1993)

Es ist immer wieder faszinierend wie in OS-Gruppen, aber auch KIP-Ausbildungs- oder Supervisions-Gruppen aller Methoden sich intrapsychische oder interpsychische Phänomene (eines Gruppenmitglieds, einer Imagination, einer therapeutischen Beziehung, die in der Supervision besprochen wird) manifestieren, also in der Gruppe widerspiegeln. Erst dadurch kommen sie überhaupt zum Vorschein und können somit der Bearbeitung und / oder Bewusstmachung zugeführt werden können. Schade wäre es doch, die Gruppe als solches therapeutisches Agens nicht auch zu nutzen.

Es ist nun ausschließlich eine Frage der Therapeuten-Variable, ob ich diese zusätzliche Dimension als weitere Möglichkeit nutzen möchte, denn die Wahrung des autogenen Prinzips bleibt für mich dabei gewährleistet. Klar stellen möchte ich, dass mir persönlich das autogene Prinzip wichtig ist, und ich in der Arbeit in und mit der Gruppe kein Abgehen davon sehe, sondern noch eine zusätzliche Ergänzung der therapeutischen Arbeit, auf die ich im Sinne der Patienten nicht verzichten möchte. Die Reduktion auf therapeutische Inaktivität setze ich nicht mit dem autogenen Prinzip gleich. Wenn wir Wallnöfers therapeutische Techniken (s.o.) betrachten, dann stellen sie vom Therapeuten ausgehende, mehr oder minder aktive Techniken in der Bearbeitung des autogen entstandenen, omnimodalen Materials aus dem Vor- und Unbewußten dar. Das Einbeziehen weiterer Möglichkeiten, hier der therapeutischen Potenzen der Gruppe und ihrer Mitglieder ist nur ein weiterer Schritt im selben psychotherapeutischen Prinzip. Die Therapeuten-Variable betrifft noch weitere Bereiche: manche Therapeuten lassen die Patienten in der Stunde trainieren und bearbeiten erst in der folgenden Sitzung nach einer oder mehrerer Wochen Trainierens mit demselben Motiv anhand von Protokollen und Erinnerungen. Dafür spricht, dass alleine das autogene Prinzip in den Mittelpunkt der Behandlungstechnik gestellt wird, der Patient also die ersten Tage oder Wochen das Material alleine verdauen und verarbeiten muss.

Wallnöfer (1992) meint in diesem Zusammenhang: „Die unterschiedlichen Techniken (die wohl auch jeder Analytiker entwickelt) ändern natürlich nichts an der „autogenen“ Generallinie und auch kaum etwas an der Vergleichbarkeit der Ergebnisse oder der Indikationsbreite.“

Es gibt nun aber auch Therapeuten, die anschließend an das Trainieren noch in derselben Sitzung die OS-Bilder bearbeiten, und zwar in einer Art Einzeltherapie in, besser gesagt vor der Gruppe. „Nach der ersten dialogischen Nachbearbeitung wird die selbständige Weiterbearbeitung der Oberstufenbilder angeregt.“ (Roßmanith & Bartl,1993)

Mein Vorgehen entspricht eher dieser zweiten Art, doch ergänze ich anschließend noch den Einsatz der Gruppe als therapeutisches Agens. Es kommt nämlich in Gruppen zwingend zu gruppendynamischen Phänomenen, so wie man nicht nicht kommunizieren

kann (Watzlawick,1967). So kann ich auf diese Prozesse und ihren Einfluss einerseits achten, andererseits sie auch nutzen. Zugleich stellt natürlich mein Vorgehen auch eine Gratwanderung dar, um die autogenen Bilder im Zentrum zu lassen und nicht die Dynamik der Gruppe in den Mittelpunkt zu stellen, um der Einzelanalyse in der Gruppe gegenüber der Gruppendynamik Vorrang zu geben, um darauf zu achten, dass nicht Lösungsmöglichkeiten anderer in die Abwehren des Patienten eingebaut werden. So kann ich m.E. den von Hexel & Sedlak (1993) postulierten ökonomischen Gewinn noch vergrößern.

„Die Gruppe dient in der klassischen analytischen OS zur Anreicherung und zur mütterlich-vertrauensvollen Basis, die dem Patienten eine Bearbeitung seiner Bilder ermöglicht. Zusätzlich besteht die Möglichkeit zum vermehrten Einbeziehen der anderen durch Assoziationen, feedbacks, Identifikationen, Berichte von ähnlich Erlebtem (sharing), Analyse des Widerspiegels der Beziehungen und Konflikte aus den Bildern in der Gruppe, und analytisch-gruppentherapeutisches Bearbeiten des Geschehens, oder szenische psychodramatische Darstellung oder Fortsetzung der Bilder oder Konflikte“ (Ladenbauer 1993). Es stellt also dieses Miteinbeziehen weiterer Dimensionen und Techniken m.E. nicht nur kein Verlassen des autogenen Prinzips, sondern ein anschließendes Ausschöpfen zusätzlicher therapeutischer Möglichkeiten und Ansätze, wie es auch Wallnöfer seinerzeit mit den Techniken des Gestaltens (1971) und der Märchen (1973) erfolgreich gemacht hat.

Rosa (1975) hingegen bietet in besonderen Fällen zusätzliche Einzelstunden an und nimmt an, dass diese Rückversicherung das Gruppen-Ich stärke. Er meint: „In seltenen Fällen muss der Therapeut sehr geschickt und ohne zu verletzen intervenieren, wenn ein Teilnehmer sich den anderen vornehmen und ihn analysieren möchte. Was aber sehr fruchtbar in der Gruppenarbeit ist, sind bestätigende Beiträge anderer Teilnehmer an den jeweiligen Sprecher, wodurch die Kohäsion weiter befestigt und die Interaktion belebt wird.“ Diese Interaktion wird aber weder reflektiert, noch therapeutisch genutzt. An anderer Stelle meint Rosa (1975) im Gegensatz dazu: „Der auf sich selbst gestellte Patient in der Oberstufe ist kein sich selbst überlassener Patient. Er hat die Verstärkerwirkung der Gruppe, in der er und die anderen fragen, mitteilen, und von Mal zu Mal das eigene Gefundene in Zusammenhänge bringen.“

Zur Gruppe nehmen K.König und W.V.Lindner (1991) ebenso wie ich an, dass sie „ein guter Resonanzkörper ist, in dem ein Traum zum „Klingen“ gebracht werden kann. In der Brechung der Einfälle und Reaktionen der einzelnen Gruppenteilnehmer gewinnt ein Traum in der Spannung zwischen manifestem und latentem Trauminhalt oft eine besonders klare Gestalt, in der sich auch der gegenwärtige Gruppenkonflikt ausdrückt...Durch das Überführen der Traumanalyse aus der Ein-Personen-Beziehung in die Zwei-Personen-Beziehung hat sich der therapeutische Umgang mit Träumen aber von der Analyse von inneren Triebkonflikten und der Charakteranalyse zur Analyse auch in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung hin entwickelt...Ein jeder Traum kann nicht nur auf einer individuellen Ebene verstanden werden, sondern auch im Bezug zu den Gruppenmitgliedern...Das Beachten der therapeutischen Faustregel, *Widerstand vor Inhalt, Analysieren von der Oberfläche her* (unter den Bedingungen der Anwendung von Psychoanalyse in der Gruppe) und das Beachten der Zusammenhänge zwischen dem manifesten Trauminhalt, dem latenten Traumgedanken und den Beziehungen der Gruppenteilnehmer zueinander ermöglicht ein sinnvolles Bearbeiten und Nutzen von Träumen in der analytischen und analytisch orientierten Gruppentherapie.“

Eine extensive Nutzung der Gruppe und anderer psychotherapeutischer Ansätze wie Gestalttherapie, Körperarbeit oder Transaktionale Analyse etc. setzte das Bochumer Institut für AT und Gruppenarbeit (Heiss et al.1978) in ihrer Integrativen Oberstufe ein, wobei sicher das autogene Prinzip in seinem ursprünglichen Verständnis verlassen wird. Es wird eine Integration nicht nur von verschiedenen Therapieansätzen, sondern ebenfalls von Körper, Gefühl und Kognition, aber auch der gesellschaftlichen, interpersonellen und intraindividuellen Ebenen angestrebt.

Meine Achtung auf das autogene Prinzip zeigt auch mein Vorgehen mit dem Imaginieren, insbesondere mit den Vorgaben. Im Unterschied zu beispielsweise K.Thomas, wenn er von vorneherein zusätzlich zu den Motiven Hilfs-Ichs in Form eines Zauberstabes oder Ringes als Lichtquelle mitgibt. Ebenfalls im Unterschied zu ihm und anderen Autoren,

schlage ich auch nicht den „Augenschluss nach oben-innen“ vor („Wer Neigung hat, wendet die Augenäpfel unter den geschlossenen Lidern nach oben oder nach oben und innen, bis die Augäpfel schwer und müde heruntersinken.“ Thomas,1989). Ich meine, dass das Hypnoid im AT völlig ausreicht, um in tiefe Schichten zu gelangen. Auch in der KIP wird die Trance nicht mehr so wie früher massiv induziert, sondern darauf vertraut, dass sie sich von selbst beim Bildern einstellt und in immer tiefere Schichten führt. Eine Untersuchung von W.Niesel (s.o.) hat ja ebenfalls gezeigt, dass die OS auch ohne vorheriges Erlernen der GS möglich ist!

„Abschließend soll noch einmal betont werden, dass bei dieser Arbeit der *autogene* Charakter erhalten bleiben muß. Vorschnelles Deuten oder Interpretieren durch den Gruppenleiter kann sich anbahnende Prozesse der Selbstklärung und der Selbstfindung blockieren. Der Gruppenleiter kann wohl richtungsweisend auftreten, soll aber stets die Lösung der Probleme dem einzelnen überlassen, wobei oft die Gruppe besonders hilfreich ist.“ (Krapf 1973)

In der Gestaltungsarbeit basiert das „Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem Autogenen Training“ auf der Beobachtung, dass Menschen nach dem AT freier assoziieren, Hemmungen abbauen und mehr unbewußte Inhalte hochkommen lassen. Der Unterschied von vor und nach dem Trainieren erleichtert Deutung und Erkenntnis. Bartl lässt vor allem malen und zeichnen, Wallnöfer verwendet auch Farbstifte mit den acht Lüscherfarben oder Plastilin.

Die Märchentechnik ist indiziert, wenn ein Patient OS-Bilder erlebt hat, die sich für ihn nicht in eine stimmige Sequenz zusammenfügen lassen. Dann wird er aufgefordert, diese Bruchstücke in der erlebten Reihenfolge als Versatzstücke für das Dichten eines Märchens zu verwenden. Diese autogene Anreicherung ermöglicht oft eine Klärung und Erkenntnis sowohl der Traumarbeit, wie auch der Symbolik.

## **Therapeutische Wirkung**

Wie in jeder tiefenpsychologischen Therapie sind neben der Katharsis die klassischen Schritte des Erinnerns, Wiederholens und Durcharbeitens zur Verinnerlichung emotionaler Korrekturen und struktureller Veränderungen wichtig. In der Regression und im Erleben der Trance ergibt sich ein Wiederbeleben verinnerlichter

Objektbeziehungserfahrungen mit einer Rückkehr zu frühen Entwicklungsformen des Denkens, Wahrnehmens und Fühlens, der Beziehungen und der Verhaltensmuster. Es kommt auch zu einem schrittweisen Einüben in Urvertrauen mit der Möglichkeit zum Auffüllen früher Defizite und damit verbunden zur Ich-Stärkung mit Erhöhung emotionaler Tragfähigkeit und Frustrationstoleranz.

Das Erleben des „Passivierens“ (der inneren, schauenden Haltung und passiven Vergegenwärtigung) und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit sich, seinen Gefühlen und seinen Bildern gegenüber macht Veränderungen und Lernen erst möglich. Die Ermöglichung und die Intensivierung der omnimodalen Wahrnehmung wirken schließlich strukturbildend für eine basale Struktur.

Wallnöfer (1990) beschreibt den Ablauf der positiven Wirkungen: „Im Training, in der „Einstellung“ passiv (ohne Eingriff) die Problematik erleben, das Erlebte beobachten, das Beobachtete verbalisieren, im Verbalisieren das Beobachtete bewußt und unbewußt bearbeiten - und vielleicht eben auch ver-arbeiten und Abstand zu sich selbst gewinnen.“

Nach Krapf (1988) wirkt die Oberstufe durch Katharsis, Einsicht, Kreativität (Auffinden kreativer Lösungen), Trauerarbeit, Altersregression / Progression, spontane Korrektur einer emotionalen Erfahrung, Kompensation, Auffüllen von Mangelzuständen (Auftanken), Therapie als gelebte Ambivalenztoleranz, Antizipation - Fokussieren, formelhafte Vorsatzbildungen.

Die „drei Säulen für eine echte autogene Arbeit mit den psychischen, physischen und psychophysiologischen Möglichkeiten des Patienten“ nennt Wallnöfer (1987):

- 1) Freies Assoziieren im AT
- 2) Fragestellungen an das System Unbewusstes
- 3) Selbstkontrolle der Innenstruktur, Be- und Verarbeitung von Problemen, Störungen usw., die bis in den Persönlichkeitskern reichen.

## Ausblick

„Es besteht kein Zweifel darüber, dass die bewährte Grundlage des AT von *Schultz*, so wie in den letzten 50 Jahren unangefochten bleiben wird. Kleinere technische Veränderungen haben sich in der Vergangenheit als nützlich erwiesen. Weitere Modifikationen werden in Zukunft bei bestimmten Krankheiten oder Kategorien von Patienten empfohlen werden. Mehr Wissen über methodische Alternativen wird zu Flexibilität und Präzision führen.“ (Luthe 1984)

### Literatur:

- BARTL G (1974) Fortlaufende Oberstufengruppe 1974 bis 1987 mit Beginn in Badgastein, ÖGATAP
- BARTL G (1982) Der Umgang mit der Grundstörung in der Allgemeinmedizin. Vortrag am Int.Sem.f.AT u.Allg.Psychother.,ÖGATAP-Badgastein.(ersch.in Ärztl.Praxis u. Psychother.Nr.3, 5.Jg.(1983): 3-18. ÖGATAP -Facultas, Wien
- BARTL G (1989) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. In: G.Bartl & F.Pesendorfer (Hrsg.): Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Literas, Wien.
- BINDER H (1987) Die Oberstufe des Autogenen Trainings. In: F.Pesendorfer (Hrsg.): Johann Heinrich Schultz zum 100.Geburtstag. Literas, Wien. S:55-59
- DORNES M (1994) Können Säuglinge phantasieren? *Psyche* 12/94: 1154-1175, 48.Jg,Klett -Cotta, Stuttgart
- EHRHARDT H (1958) Kombinierte Behandlung mit dem Autogenen Training und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie* 3: 214-219
- FINKE RA (1980) Levels of equivalence in imagery and perception. *Psychol.Rev.*87: 113-132
- FREUD S, BREUER J (1895) Studien über Hysterie
- FREUD S (1900a) Die Traumdeutung
- FREUD S (1916-17) Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse
- FUCHS M (1974) Funktionelle Entspannung. Hippokrates, Stuttgart
- GARCIA J (1983) Autogenes Training und Biokybernetik. Eine naturwissenschaftliche Fundierung des Psychischen. Hippokrates, Stuttgart.
- HEISS M; KRÖNUNG H; NIESEL W; OSBELT U; SASSE H (1978) Autogenes Training und Selbsterfahrung. Entwurf einer Integrativen Oberstufe. Bd.1 d.Inst.f.AT u. Gruppenarbeit. Hrsg.:Interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Ruhr-Universität Bochum.
- HEXEL M, SEDLAK F (1993) Autogenes Training. Methodendarstellung der ÖGATAP für das Bundesministerium für Gesundheit zur Anerkennung als Psychotherapiemethode nach dem Psychotherapiegesetz
- HOHAGE R (1993) Die Funktion der Phantasie in der Psychoanalyse. *PraxPsychotherPsychosom* 38:22-31
- HOROWITZ SL (1976) Strategies for reducing phobic behavior. In: E.Dengrove (ed.) *Hypnosis and behavior therapy*. CC Thomas, Springfield/IL. Zit. n. B.Peter: *Hypnotische Phänomene*. In: D.Revenstorf (Hrsg): *Klinische Hypnose*. 2.Aufl.,1993, S:39. Springer, Berlin
- IVERSEN (1973) Bedeutung des autogenen Trainings zur Selbstfindung. *Z.Psychother.med.Psych.*23:206-209. Thieme, Stuttgart
- JACOBSON E (1932) The electrophysiology of mental activities. *Amer.J.Psychol.*44: 677-694
- KAZDIN AE (1979) Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *J.Consulzing Clin.Psychol.*47: 725-733
- KLINGER E (1990) Katathymes Bilderleben und die neuere Vorstellungsforschung. In: E.Wilke & H.Leuner (Hrsg.): *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin*. H.Huber, Bern. S.42-48
- KÖNIG K, LINDNER WV (1991) *Psychoanalytische Gruppentherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- KRAFT H (1982) *Autogenes Training - Methodik und Didaktik*. Hippokrates, Stuttgart
- KRAPF G (1973 u. 1980) *Autogenes Training aus der Praxis*. Lehmanns, München u. Springer, Berlin
- KRAPF G (1988) Wesen und Wirkung der Oberstufe des Autogenen Trainings. Einige Gedanken. *Ärztl.Prax.u.Psychother.* 5-6/10.Jg.:11-28

- KRUG J (1991) Das Autogene Training. Wie man Entspannung, Ruhe, Gesundheit gewinnt. Beck, München
- KÜHNEL G (1949) Verbindung von Autogenem Training und Psychoanalyse. Nervenarzt 20;2
- LADENBAUER W (1993) Autogenes Training und Hypnose. Beitrag zum Symposium „Connecting disciplines“ 15.8.1993 am Int.Hypnose-Kongreß der ESH in Wien (ÖGATAP)
- LADENBAUER W (1994) Utilization of Pathophysiology in the Treatment of Immunodiseases. Hypnos XXI, No 1-1994 : 7-15. Swedish J.of.Hypnosis in PsychotherPsychosomMed.,Stockholm
- LEUNER HC (1985) Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. H.Huber, Bern.
- LUTHE W (Hrsg.) (1965) Autogenes Training. Thieme, Stuttgart
- LUTHE W (1969) Autogenic Therapy. Vol.1-6, Grune & Stratton, New York
- LUTHE W (1984) Ausblick auf die Möglichkeiten der autogenen Therapie in der psychosomatischen Medizin. ÄrztlPrax.Psychother.2/6.Jg.:15-19, ÖGATAP, Facultas, Wien
- ROSA KR (1973) Gruppentherapie mit dem Autogenen Training unter besonderer Berücksichtigung der formelhaften Vorsatzbildung und der Oberstufenarbeit. Schleswig Holstein.Ärzteblatt 10/1973
- ROSA KR (1975) Das ist die Oberstufe des Autogenen Trainings. Kindler, Zürich - München
- ROSA KR (1975) Die nichtdirektive Oberstufe des Autogenen Trainings. JfATuAllg.Psychother.2-4/2.Jg. Dez.1975.ÖGATAP, Wien. S:185-188
- ROSA KR (1975) Organismische und funktionelle Therapie und die Autonomie des Patienten. Vortrag am Int.Sem.in Badgastein, ÖGATAP,Sept.1975. Ersch.JfATuAllgPsychother.2-4/ 2.Jg.,ÖGATAP, Wien.S:175-184
- ROSA KR, ROSA-WOLFF L (1976) Psychosomatische Selbstregulation. Grundlagen und Technik der Funktionellen Entspannung. Stuttgart
- ROSSMANITH S, BARTL G (1991) Autogenes Training: Eine tiefenpsychologisch fundierte Methode. Ärztl.Prax.u.Psychother.1:3-18. ÖGATAP -Facultas, Wien
- ROSSMANITH S, BARTL G (1993) Autogenes Training als integrative Psychotherapie. Prax.Psychother.Psychosom 38: 352-360. Springer, Berlin
- SCHAETZING E (1975) Das autogene Training als katalytische Therapie. JfATuAllg.Psychother. 2-4/ 2.Jg., ÖGATAP, Wien. S:195-202
- SCHAUB S (1988) Entspannung und Selbsterfahrung durch Musik. Oesch, Zürich
- SCHULTZ IH (1958) Spezielle Fragen der Anwendung des autogenen Trainings in der Musiktherapie. In: HR.Teirich (Hrsg.) Musik in der Medizin. G.Fischer, Stuttgart
- SCHULTZ IH (1973) Das Autogene Training. Konzentrative Selbstentspannung. Thieme, Stuttgart (14.Aufl.), die 1.Auflage erschien 1932
- STERN D (1985) The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. Basic Books, New York. (Deutsch: Die Lebenserfahrungen des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart, 1992)
- STRAUCH (1981) Ergebnisse der experimentellen Traumforschung. In: U.Baumann, H.Berbalk, G.Seidenstücker (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd.4. H.Huber,Bern. S.22-47
- TEIRICH HR (1958) Musik im Rahmen einer nervenärztlichen Praxis. In: HR.Teirich (Hrsg.) Musik in der Medizin. G.Fischer, Stuttgart
- THOMÄ H, KÄCHELE H (1986) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd.1= Grundlagen, Springer, Berlin. 1.Korr.Nachdruck. S.142-171
- THOMAS K (1967) Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings. Thieme, Stuttgart, Titel der 7.Aufl.(1989): Praxis des Autogenen Trainings. Selbsthypnose nach I.H.Schultz. Grundstufe / Formelhafte Vorsätze / Oberstufe
- TRAYNOR TD (1974) Patterns of daydreaming and their relationships to depressive affect. Unpublished Thesis, Miami University (Ohio),zit.n.Klinge 1990
- ULICH E (1967) Some experiments on the function of mental training in the acquisition of motor skills. Ergonomics 10: 411-419
- VAITL D (1993) Autogenes Training. In Vaitl & Petermann (Hrsg.) Handbuch der Entspannungsverfahren, Bd.1:Grundlagen und Methoden. S.167-206, Beltz-Psychologie Verlags Union, Weinheim
- WALLNÖFER H (1971) Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem Autogenen Training. Katalog zur Ausstellung Psych.Univ.Klin.Wien

- WALLNÖFER H (1973) Kathartisches und analytisches Geschehen im Autogenen Training. In: H.Binder (Hrsg.): Zwanzig Jahre praktische und klinische Psychotherapie. Psychotherapeutische Erfahrungen mit dem Autogenen Training, der Hypnose und anderen kombinierten Verfahren. Lehmanns, München. S:72-96
- WALLNÖFER H (1975) Kathartisches und analytisches Geschehen im Autogenen Training. J.ATallgPsychother.1/1975. ÖGATAP, Wien
- WALLNÖFER H (1975) Psychotherapie mit Autogenem Training. J.ATallgPsychother 2-4/1975. ÖGATAP, Wien, S:233-246
- WALLNÖFER H (1978) Analytische Techniken in der Oberstufe des Autogenen Trainings. J.ATallgPsychother. 1-4/1978,S:75-96. ÖGATAP, Wien
- WALLNÖFER H (1987) Kathartisches Bilderleben (Symbol drama) - Oberstufe des AT, eine Gegenüberstellung. Ärztl.Prax Psychother. 1/1987. ÖGATAP, Wien
- WALLNÖFER H (1987) Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings. In: F.Pesendorfer (Hrsg.): Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag. ÖGATAP,Literas, Wien. S:61-73
- WALLNÖFER H (1990) Grundstufe des AUTOGENEN TRAININGS - und was weiter? Fortbildungsbrief der Wiener Ärztekammer Nr.69
- WALLNÖFER H (1990) Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings. In: G.Gerber u. F.Sedlak (Hrsg.): Autogenes Training - mehr als Entspannung. E.Reinhardt, München. S: 70 - 83
- WALLNÖFER H (1992) Auf der Suche nach dem Ich. Psychotherapie, Meditation und seelische Gesundheit. 3.Aufl. Nagelschmid, Stuttgart
- WATZLAWICK P, BEAVIN JH, JACKSON DD (1967) Pragmatics of human communication.Norton, New York (Dt.1969: Menschliche Kommunikation. H.Huber, Bern)
- WESIACK W (1990) Autogenes Training aus der Sicht des Situationskreiskonzeptes nach Thure von Uexküll. In:G.Gerber&F.Sedlak: Autogenes Training - mehr als Entspannung. Reinhardt, München. S.31-35

## Wie wirkt die Autogene Psychotherapie?

*Franz Sedlak*

Die Autogene Psychotherapie bezieht ihre umfassende therapeutische Effektivität von ihrer Konzipierung als ganzheitliches, verschiedene Stufen umfassendes Psychotherapieverfahren, wobei die Differenzierung in einzelne Stufen- Grundstufe, insbesondere Mittelstufe und schließlich Oberstufe der Autogenen Psychotherapie- auch die Mehrdimensionalität des Verfahrens betont.

Die wesentlichen Wirkfaktoren bzw. Wirkungen werden im folgenden durch Fettdruck hervorgehoben.

Die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit Autogenen Training) besteht aus drei Bausteinen:

- Grundstufe
- Mittelstufe
- Oberstufe

In der *Grundstufe* wird mittels einer naturwissenschaftlich- empirisch fundierten Methode durch Drosselung des Informationsflusses zum Zentralnervensystem über die unmittelbar beeinflussbaren Informationskanäle (Immobilisierung, Schwere-, Wärme- und Atmungserlebnis) ein Entspannungszustand erreicht, der nicht alleiniger Selbstzweck ist, sondern ein Instrument für eine basale Veränderung des Dystonus in einen Etonus mit der auch eine basale Lockerung psychischer Hemmungen und Verdrängungen korreliert.

Diese Korrelation zwischen seelischer und körperlicher Verspannung ist kein neuer Gedanke, sondern Grundbaustein psychosomatischen Denkens und auch Ausgangspunkt der Entwicklung des Autogenen Trainings durch J.H.Schultz.

Der erreichte Zustand ist aber auch ein Weg zur Bewußtmachung von verdrängten Inhalten. Die dabei verwendete Form der Autosuggestion ist nicht das Wesentliche der autogenen Psychotherapie, sondern nur ein Mittel zum Erreichen des förderlichen Versenkungszustandes. Damit ist nun nicht behauptet, daß es nicht auch Verspannungen rein somatischen Ursprungs gäbe und somit auch eine Entspannungstherapie als solche ihren Wert besäße, aber in ganzheitlicher Sicht erweist sich die Korrelation zwischen psychischen Prozessen und physischen bzw. physiologischen Begleiterscheinungen als gesicherter Tatbestand. Eine Veränderung des Dystonus in einem Etonus ließe daher schon bei bloß somatischer Perspektive der Grundstufe des Autogenen Trainings dementsprechende korrelative Veränderungen im psychischen Haushalt bzw. Ansätze dazu erwarten; doch die Grundstufe des Autogenen Trainings ist kein somatisch orientiertes Entspannungsverfahren, sondern der erste Baustein einer Psychotherapie-Methode, die eine umfassende Rekonstruktion der Persönlichkeit ermöglicht.

Der erste Baustein der Autogenen Psychotherapie ermöglicht ein Arbeiten mit dem/der Patienten/in, bei dem zunächst relativ widerstandsfrei zur psychischen und damit verknüpft somatischen Gesundheit beigetragen werden kann.

Über die positive korrelative Wirkung der seelischen Beeinflussung des körperlichen Zustandes durch die Grundstufen-Entspannung des Autogenen Trainings hinausgehend ist eine weitere psychotherapeutische Vertiefung unumgänglich.

Ein zweiter Baustein (*Mittelstufe des Autogenen Trainings*) der Autogenen Psychotherapie besteht darin, in der autogenen Sammlung und Ruhe nicht nur die Entspannung und Problemabschaltung zu suchen bzw. eine neue innere Balance zu finden, sondern Gedanken und Bilder aufsteigen zu lassen. Dabei werden diese aufsteigenden, oft problembesetzten Gedanken, Gefühle und Bilder aus einem inneren Zustand der Gelassenheit und Ruhe betrachtet und können in einem Nachgespräch bearbeitet werden. Hauptansatzpunkt ist einerseits, Angst- und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen zu erreichen; andererseits kommt es zum Verwerten der im Entspannungszustand leichter zufließenden Gedanken, Gefühle und Bilder für die Sammlung von persönlich relevanten Einfällen, die aber vorwiegend noch nicht auf frühere Erlebnisse hin analysiert werden, sondern in einer prospektiven, kompensatorischen und supportiven Weise aufgegriffen werden: D.h. es wird bewältigungsorientiert, ressourcenorientiert vorgegangen.

Die ressourcenorientierte Vorgangsweise ist immer mehr im Mittelpunkt therapeutischen Handelns, wohl auch, weil nach behandlungsökonomischen Kriterien vorgegangen wird. Das Nachgespräch mündet im Versuch, durch eine persönliche "Formel", durch ein persönlich formuliertes Leitmotiv des Patienten neue Verhaltensziele anzupeilen bzw. neue Verhaltenseinstellungen und -möglichkeiten zu probieren.

Die sogenannten persönlichen "formelhaften Vorsätze" basieren auf Gedanken, Gefühlen und Bildern aus dem inneren Zustand. Sie sind Autosuggestionen, die sich aus der kontinuierlichen Selbst-Definierung des Patienten ergeben, der seine Situation sich selbst und anderen gegenüber in einer prägnanten Weise zu verbalisieren versucht.

Die Wichtigkeit dieser Selbstdefinierungen ist kaum überschätzbar: Der/die Patient/in erlebt die Arbeit an sich selbst als seinen eigenen Beitrag, er modelliert sich mit Unterstützung des/der Therapeuten/in autonom (bzw. bionom).

Die "Formelhaften Vorsatzbildungen" sind als Ergebnisse der kontinuierlichen Selbst-Neudefinierung des Patienten nur unter Bedachtnahme auf weitere wichtige therapeutische Dimensionen der Autogenen Psychotherapie denkbar: Dazu gehört die Körperbeseelung, d.h. der Patient gewinnt mehr und mehr Kontakt zu sich selbst und zu seiner Leiblichkeit, seinen Gefühlen, Empfindungen. Weiters gehört dazu eine förderliche Therapeut-Patient-Beziehung, insbesondere im Sinne von taking care bzw. einer holding function; weiters zählt dazu der Wechsel zwischen regressivem und progressivem Vorgehen, der bereits auch in der Mittelstufe angedeutet ist; auch die meist rasche idealisierende Übertragung auf den Therapeuten kann genützt werden. Daher muß die Bezeichnung des Autogenen Trainings als Basistherapeutikum eine neue Semantik erhalten: Die Autogene Psychotherapie ist tiefgreifend, basal und umfassend.

Wobei besonders auch die vorsprachliche Ebene des Erlebens durch das Aufspüren körperlicher Empfindungen ermöglicht wird. Ausgehend von diesen basalen Empfindungen, überleitend zu Versuchen sprachlicher Formulierung (Vorsatzformeln) und übergehend auf die Bearbeitung imaginativ gewonnener Symbole zeigt sich die Autogene Psychotherapie als eine ganzheitlich konzipierte Methode.

Im Unterschied zu den dadurch zugänglichen leichteren Neurosen (von Schultz als Randneurosen bezeichnet) erfordert die Behandlung von schwereren Neurosen bzw. pathogenen Entwicklungen eine nicht nur ausschließlich prospektive Orientierung, sondern eine durchaus im analytischen Sinn zu verstehende retrospektiv orientierte Psychotherapie in Verbindung mit der biographischen Anamnese und der Aufarbeitung geschehener Traumata bzw. konflikthafter Gegebenheiten. Die dabei in den vorangegangenen Bausteinen der Autogenen Psychotherapie erreichte Möglichkeit der Selbstentspannung und der Beibehaltung von Ruhe und Gelassenheit trotz Herandrängens problematischer Einfälle und Themen erweist sich nun besonders nützlich, da der Patient offen bleibt für die im Versenkungszustand aufsteigenden, durch bestimmte Motivvorgaben besonders angeregten psychischen Inhalte. Der dritte Baustein der autogenen Psychotherapie besteht daher in der Sammlung und Bearbeitung von in der *Oberstufe* des Autogenen Trainings in Bildern, Gefühlen und Gedanken aufsteigenden traumähnlichen Symbolinhalten. Die in der *Oberstufe des Autogenen Trainings* sich entwickelnden traumähnlichen Symbolgehalte aufsteigender Bilder, Gefühle und Gedanken sammelt der Patient während und zwischen den Behandlungsstunden, sodaß sich ein reichliches Material für die Interpretation und Aufarbeitung ergibt.

Während sich andere Imaginationsmethoden (wie etwa die Kathym Imaginative Psychotherapie) durch einen dynamischen Bildfluss auszeichnen, liegt m.E. das Besondere der autogenen Imagination an der Eindringlichkeit eher statischer Bilder, deren Symboltiefe gerade dadurch voll auslotbar wird.

Die autogene Psychotherapie verfügt daher über eine bildhaft-imaginative Assoziationsmethode, wobei Erinnern und emotionales Wiederholen der Wachtraumerlebnisse der Autogenen Oberstufen-Meditation oft auf eine sehr plastische und dramatische Weise geschehen. Durch die Eigenart der geübten Technik, bei der traumähnliche, ansonsten verdrängte Materialien bewußt provoziert werden, ist der Zugang zu inneren Konflikten, zum Unbewußten gegeben, wobei sich Widerstands- und Übertragungsphänomene deutlich während der Bearbeitung der bildhaften Erlebnisse zeigen.

Aus all dem bisher Gesagten lassen sich die Wirkfaktoren der Autogenen Psychotherapie leicht ablesen.

## **1. WICHTIGE BAUSTEINE DER AUTOGENEN PSYCHOTHERAPIE**

(nach Wallnöfer, in Gerber/Sedlak 1990 und in Sedlak/Gerber 1998)

1. Psychophysiologische Basis: Übung (Lernen, Trainieren), Psychagogik, Suggestion
2. Analytischer Aufbau: Selbstklärung, Persönlichkeitsentwicklung, Entwicklungsförderung

Beides im Rahmen einer bionomen, autogenen Psychotherapie („autogen“ und „bionom“ unterstreichen dabei die geistig-seelisch-körperlich vorausgesetzte und respektierte Individualität und Einmaligkeit jedes einzelnen Patienten)

## **2. EXISTENZIALWERTE IN DER AUTOGENEN PSYCHOTHERAPIE**

Die Existenzialwerte nach I.H. Schultz (siehe Wallnöfer, in: Sedlak/Gerber 1998) sind im Rahmen einer bionomen Psychotherapie besonders effektiv anpeilbar. Dazu gehört

1. das körperliche Lebensgefühl (Vitalität; Gesundheit)
2. die störungsfreie Genußfähigkeit und Leistungsfähigkeit, (Glücklichkeit)
3. die Gemeinschaftsfähigkeit (beruflich, familiär, partnerschaftlich...auch als

- Faktor der Sicherheit zu verstehen),
4. der richtige Umgang mit schwierigen Lebensphasen, mit dem Altern, mit dem Tod (weltanschauliche Basis)
  5. die selbst-bewußte Entscheidungsfähigkeit und Selbsterkenntnis (Autonomie, Freiheit)
  6. sowie die produktive, lebendige Selbstverwirklichung.
- (Effektivität ist nur feststellbar in bezug auf Zielkriterien. Diese liegen in den oben angeführten Existenzialwerten vor)

### 3. AUFBAU DER AUTOGENE PSYCHOTHERAPIE

(Nach Sedlak, in: Gerber/Sedlak 1990)

Die Autogene Psychotherapie zeigt auch einen inneren stringenten Aufbau (neben dem „äußeren“ der Stufen)

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Unterstufe<br>Ziel: Auffinden der bionomen Mitte                               | Wärme<br>Regeneration der Selbst-Beziehung            | Rhythmus<br>Vertrauensbildung gegenüber eigenen bionomen Regelkreisen   | Konstanz<br>Bionomes Selbstbewußtsein= Vertrauen in die eigene Verlässlichkeit (Wer es lernt loszulassen, der kann sich auf sich verlassen) |
| Mittelstufe<br>Ziel: Stärkung der Eigenkompetenz                               | Wärme<br>Verbesserung der Selbst- und Objektbeziehung | Rhythmus<br>Verbesserung der flexiblen Anpassung zwischen Assimilation und Akkommodation, Aktivität und Passivität, Expansion und Rückzug | Konstanz<br>Selbstbehauptung gegenüber intrapersonalen Schwierigkeiten und interpersonalen Widerständen                                     |
| Oberstufe<br>Ziel: Analytische Selbsterfahrung und meditative Selbstentfaltung | Wärme<br>Beziehung zum Ganzen                         | Rhythmus<br>Selbstfindung zwischen Analyse und Synthese, Selbstimmanenz und Selbsttranszendenz  | Konstanz<br>Analytische Selbsterfahrung bis hin zur Ergründung der Existenzialwerte   |

Die in dieser Tabelle angeführten Begriffe „Wärme, Rhythmus, Konstanz“ beruhen auf einem Wirkfaktorenmodell von G. Bartl (beschrieben u.a. in Gerber/Sedlak 1990).

Resümierend darf daher gesagt werden:

Die Autogene Psychotherapie ist eine umfassende Methode, die eine sich automatisch einstellende und dennoch bewußt mitvollzogene organismische Umschaltung ermöglicht. Das Wesentliche des Autogenen Trainings als Psychotherapie ist aber nicht die Entspannung und nicht die Autosuggestion, sondern die gestufte Heranführung an die Bearbeitung belastenden psychischen Materials. Die umfassenden, positiven, nebenbei gewonnenen Veränderungen durch das Autogene Training im psychosomatischen und somatischen Bereich zeigen die tiefgreifende, ganzheitliche Wirkung der Autogenen Psychotherapie.

Die vorangegangenen Ausführungen klärten die Bedeutung des Stufenaufbaus der Autogenen Psychotherapie, einerseits von der Indikation, andererseits in bezug auf therapeutische Haltung und Technik.

Das ausschließlich übende Autogene Training als Entspannungsverfahren ist nur ein Baustein der Autogenen Psychotherapie. So wertvoll die Entspannung als Präventivmaßnahme und als Selbsthilfe im Alltagsstress ist, so notwendig bleibt die eigentliche Autogene Psychotherapie außerhalb des Präventionsbereichs, wenn man von den zahlreichen psychischen Implikationen ausgeht, die sich naturgemäß hinter dem

Erscheinungsbild vegetativer Dysbalance und Dystonie verbergen. Zwar sollte die Ansprechbarkeit breiter Schichten der Bevölkerung für die konzentrierte Selbstentspannung und Selbstvertiefung der autogenen Methode, nicht darunter leiden, daß der psychotherapeutische Dimension nun die gebührende Aufmerksamkeit gezollt wird, aber vom jeweiligen Autogenen Psychotherapeuten ist zu fordern, daß er hinter der Kulisse bionomer Spannungsregulation und optimierter Rhythmik blickt, zwischen aktiver Expansion und passiver Rückzugsbewegung balancieren hilft und sowohl die frühen Erfahrungsmatrizen als auch die zukünftigen Entwicklungspotentiale wahrnimmt und therapeutisch verwertet.

Ausgehend von einer

1. basalen Eutonisierung, der ein psychisches Korrelat entspricht,
2. überleitend zu einerseits desensibilisierenden Problemdistanzierungen und andererseits prägnanten formelhaften, prozeßhaften Selbstdefinitionen (formelhafte Vorsatzbildung) bis

3. zur Bearbeitung der in der bildhaft-imaginativen Assoziationsmethode gewonnenen Symbole erweist sich das Autogene Training als ganzheitlich konzipierte Methode, die sich durch den Stufenaufbau der drei Bausteine besonders gut auch für sehr frühe, prä-verbale Störungen eignet.

Dies erscheint in zunehmendem Maße bedeutsam: Die Sprachlosigkeit in der Kommunikation mit anderen aber auch mit sich selbst führt zur Körpersprache des Verdrängten bzw. Unausdrückbaren. Indem der Körper als Medium des Selbstkontaktes und der Verständigung mit anderen wiedergewonnen wird, kann auch die Sprachlosigkeit überwunden werden.

Wir können in der Autogenen Psychotherapie verschiedene Indikationsstufen unterscheiden: So die Grundlegung der Balance zwischen Energieeinsatz und Energieaufbau, zwischen erhöhter Selbstverfügung und ausgewogener Resonanz auf die Umwelt in der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie; damit ist ein großer Schritt in die Selbstheilung gesetzt.

In der Mittelstufe wird die höhere Autonomiegewißheit und Selbstverfügungsfähigkeit sowie höhere Durchlässigkeit für das Aufsteigenlassen von Assoziationen, das Wahrnehmen erfahrungsbedingter Erlebnis- und Verhaltensdeterminanten eingesetzt; hier wird aber besonders die Erarbeitung von Gelassenheit gegenüber Problembereichen sowie die Möglichkeit der Selbstdefinition zum Ausgangspunkt fruchtbarer Veränderungen.

Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings ist der Weg zur Rekonstruktion der Persönlichkeit bzw. zum Abbau neurotischer Blockaden. Die Vielzahl bewährter Vorstellungsmotive ermöglicht einen tiefen Zugang zur Psyche.

Über diese Stufen ganzheitlicher Psychotherapie hinausgehend kann auch die vom Autor vorgeschlagene Autogene Meditation des Leibes als Existenzenerfahrung aufgegriffen werden. Die Autogene Psychotherapie wird immer mehr in ihren Möglichkeiten zur Behandlung psychoneurotischer bzw. psychosomatischer und somatopsychischer Leidenszustände erkannt. Die methodisch angepeilte Selbstverfügung in einem veränderten Bewußtseinszustand, die Verbindung von bestimmten Rahmenbedingungen und autogen-individuellem Erleben, die durch das Paradoxon hindurch geglückte Einigung von Kontrolle und offenem Zulassen von Empfindungen, Gefühlen, Einfällen etc. zeigt aber, daß die Autogene Psychotherapie auch eine besondere Schulung der Daseinswahrnehmung beinhaltet.

Somit bietet sich hier die Chance eines Brückenschlages zur Autogenen Meditation des Leibes (Sedlak 1995 a und b), die ergänzend zur Schau innerer Bilder im Autogenen Oberstufentraining den Leib nicht nur als Vehikel der Verinnerlichung instrumentalisiert, sondern ihn selbst als einen Ereignisort existentieller Erfahrung begreift und damit aber eine umfassende psychotherapeutisch höchst effektive Neuorientierung des Menschen ermöglicht.

Literatur

GERBER, Gisela/SEDLAK, Franz (Hrsg.). 1990. Autogenes Training -mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.

SCHULTZ J.H. (1951):Bionome Psychotherapie. Stuttgart

SCHULTZ J.H. (1964): „Das autogene Grundprinzip“. In :Praxis der Psychotherapie IX/64

SEDLAK, Franz.1981. "Gedanken zum dialogisch-kommunikativen Charakter des Autogenen Trainings", in "Ärztl.Praxis u.Psychotherapie" Heft 1/1981.Hrsg.v.d.Österr.Gesellschaft f.Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie.Wien.

SEDLAK, Franz.(1987). "Vom Dabeisein zum Dasein", in:PESENDORFER (Hrsg.)" J.H. Schultz zum 100. Geburtstag". Wien: Literas Universitätsverlag.

SEDLAK, Franz. (1990b). "Wärme, Rhythmus und Konstanz.Das Konzept von Günther Bartl als Urmatrix therapeutischer Begegnung" in:GERBER, Gisela/SEDLAK, Franz (Hrsg.). 1990. "Autogenes Training mehr als Entspannung."München:E.Reinhardt.

SEDLAK,F (1994) Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym-imaginative Psychotherapie – Hypnose. Imagination, 4/1994

SEDLAK,F (1995a)"Die Autogene Meditation des Leibes als Seins-bzw.Existenzerfahrung". In:  
Imagination 2/1995 Wien:WUV

F.SEDLAK(1995b):Die Autogene Meditation des Leibes. In:E.Zundel u.P.Loomanns:Im Energiekreis des Lebendigen.Körperarbeit und spirituelle Erfahrung. Freiburg:Herder

SEDLAK F, GERBER G (1998): Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien: Facultas Universitätsverlag.

WALLNÖFFER H (1979): Was ist bionome Psychotherapie? Festvortrag zum 10.int.Seminar für AT und allg. Psychotherapie.Bad Gastein

WALLNÖFFER H (1990): Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings. In: GERBER, Gisela/SEDLAK, Franz (Hrsg.). (1990). Autogenes Training -mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.

MinRat DDr. Franz Sedlak

Leiter der Schulpsychologie-Bildungsberatung in Österreich, Psychotherapeut, Klin. und Gesundheitspsychologe,Supervisor, Balintgruppenleiter, Universitätslektor A-1235 Wien, Färbermühlgasse 13/7/1 ++43-1 8654689 sowie Bundesministerium für Unterricht und kultur. Angelegenheiten A-1014 Wien, Freyung 1, ++43-1-531202580, FAX ++43-1531202599

# Autogene Psychotherapie im Vergleich

Brigitte Bischof

---

„Man muss dem Körper Gutes tun,  
damit die Seele Lust hat,  
darin zu wohnen.“

Churchill

In diesem Beitrag werden Charakteristika der Autogenen Psychotherapie (ATP)\* im Vergleich zu Hypnose und Katathym Imaginativer Psychotherapie dargestellt. Im ersten Teil wird die ATP als tiefenpsychologisch fundierte Methode auf dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorie der Objektbeziehungen erläutert. Im zweiten Teil werden Gemeinsamkeiten aber auch ganz spezifische Beziehungsformen der drei Methoden einander gegenübergestellt und reflektiert.

## Was ist das Spezielle, Kreative der ATP?

Einerseits kann die Methode *präventiv zur „Gesundheitsvorsorge“ bzw. zur Psychohygiene* eingesetzt werden (z. B. zur Erreichung von Ruhe, Gelassenheit, Belastbarkeit, höherer Frustrationstoleranz, höherer Angstschwelle, besserer Leistungsfähigkeit etc.), unter (alleiniger) Anwendung der Grundstufe (GS) als „Autogenes Training“ (AT) in Form der bekannten „*Entspannungstechnik*“ (wobei die GS aber *kein somatisch* orientiertes Entspannungsverfahren ist, da z. B. die Entspannung auf der emotionalen Seite einen Angstabbau bzw. einen konstruktiveren Umgang mit unkontrollierten Affekten ermöglicht). Andererseits wird sie aber auch oft in Unkenntnis der Komplexität der Methode an sich angewandt.

Wenn nämlich von „AT“ gesprochen wird, ist damit der *eigenständige Übungsanteil* des „Gesunden/Patienten“ gemeint, die Einübung in die *organismische Umschaltung* („*Training*“). D. h. aber, es handelt sich grundsätzlich um einen *integralen Bestandteil* der Autogenen Psychotherapie (ATP) und stellt somit die „Basis“ der ATP-Methode, die eine umfassende Rekonstruktion der Persönlichkeit ermöglicht, dar (Sedlak 1994, 2001).

Als „Psychotherapiemethode“ wird die ATP mit den verschiedenen Therapieelementen „Grundstufe – Mittelstufe – (analytische) Oberstufe“ eingesetzt. Damit ist die ATP eine *eigenständige* tiefenpsychologisch fundierte Methode, wobei das langsame, stufenweise Hinführen zur Bearbeitung konfliktgeladenen Materials als Fokus der Methode anzusehen ist.

Meinen Zugang zur ATP verstehe ich persönlich unter *Verwendung der psychoanalytischen Theorie der Objektbeziehungen* (Klein 1934, 1946, 1962; Fairbairn 1954; Spitz 1957, 1965; Winnicott 1965; Mahler (1975) und Kernberg (1975, 1981) etc.).

In Österreich war bezüglich der Entwicklung der tiefenpsychologischen ATP Wallnöfer (1973) in einer Vorreiterposition; Bartl (1983), Roßmanith (1990), Hexel (1994), Gerber (1990) und Sedlak (1990, 1994, 2002) federführend an der Weiterentwicklung und Umsetzung wie z. B. der Mahler-Konzepte in der ATP.

In der Grundstufe geht es nicht, wie oft fälschlicherweise behauptet, um eine suggestive Dimension, sondern um eine Fokussierung der Aufmerksamkeit („konzentrativer“

Vorgang nach Hoffmann 1977), um in einem bewusstseinsgesenkten Zustand allmählich mehr Zugang zu unbewusstem Material zu erlangen. Somit wird bereits in der Grundstufe (= auch das Spezielle der GS) über die Herbeiführung einer bionomen Balance, über eine (temporäre) Regression im Dienste des Ich (Kris 1952), die eine wichtige narzisstische Homöostasefunktion innehat, der Zugang zum Unbewussten erleichtert.

Kernberg (1975, S. 356) versteht unter der Regression im Dienste des Ich eine „Regression zu <wiederbelebten .....verinnerlichten Objektbeziehungen>“. Die Tiefe der Regression wählt der Patient in der ATP selbst. Bei geglückter Generalisierung kann diese Regression zu einem primärnarzisstischen Zustand führen, der *einem Einssein, der Verschmelzung von Größenselbst und allmächtigem Objekt entspricht* (Kohut 1973); Schultz (1973, S. 231) spricht von einer „tiefgetriebenen Versenkung“ (zitiert nach Roßmanith 1990).

Laplanche (1987) sieht die Regression als Rückkehr zu früheren Entwicklungsformen des Denkens, der Objektbeziehung und der Strukturierung des Verhaltens (zitiert nach Sedlak 1994).

In der GS geht es vorerst noch um eine Problemdistanzierung, um eine Regression vor den Konflikt.

Wesentlich erscheint mir hier das Konzept „Wärme – Rhythmus – Konstanz“ (Bartl 1983, 1984, 1989; Sedlak 1990), bekannt aus der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie: Schwere und Wärme als Entsprechung früher narzisstischer Körpererlebensqualitäten. Bei narzisstischen Defiziten, wie sie typisch sind für schwere Persönlichkeitsstörungen, kann in der GS ein „narzisstisches Auftanken“ („emotional refueling“, Mahler 1975, S. 98; „auftankender Dialog“ Sandler 1977, S. 199) sowie ein „Einüben“ in Urvertrauen (Bartl 1984, Krapf 1988) im Sinne einer „korrigierenden Neuerfahrung“ („corrective emotional experience“, Alexander und French 1946) erfolgen.

Aus der Rhythmisierung entwickelt sich die *differenzierte* Wahrnehmung der Körperhülle bzw. der Körpergrenze als Ausdruck der „Körperbeseelung“ (Schultz 1973, S. 315).

Die Rhythmisierung in der Atem- und Herzübung vertieft die Regression.

Die Organübungen Herz und Sonnengeflecht dienen der übenden Differenzierung und Komplettierung des Körperschemas.

Die Stirnübung dient vorwiegend der Abgrenzung vor emotionaler Überschwemmung (Volksmund: kühlen Kopf bewahren; (k)ein Brett vor dem Kopf haben; kein Hitzkopf sein etc.) (Roßmanith 1990).

Von Effizienz erachte ich das „Entwicklungsmodell nach Mahler“ (1980), welches in den Ausführungen von Kraft (1989, S. 55f; Sedlak 1994) in Bezug auf das „AT“ (regressive und progressive Prozesse) einen hohen Stellenwert einnimmt.

Zusammenfassend gesehen erfolgt die Bildung des „Körper-Ichs“ bereits vor der ersten Phase der eigentlichen Loslösung aus der Symbiose, wobei die Vorstellung des eigenen Selbst vorerst eine *körperliche* ist, „wie überhaupt dieses Konzept sehr geeignet erscheint, regressive und progressive psychodynamische Aspekte im Ablauf des AT zu verdeutlichen.“ (Kraft 1989).

In der Mittelstufe der ATP - als *Übergangsbereich zur OS* in Anlehnung an Winnicotts (1969) „Übergangsraum“, an Ogdens (1997) „potentiellen Raum“ bzw. an Schnells (1997) „imaginativen Raum“ zu verstehen -, besteht der Fokus in der zunehmenden Problemkonfrontation und der Bildung von prägnanten persönlich formulierten Leitmotiven und Leitbildern („Formelhafter Vorsatz“), wobei der in der Grundstufe erreichte Ruhezustand in der Mittelstufe bei aufsteigenden problembesetzten Gedanken bzw. Gefühlen zur *Angst- bzw. Spannungsreduzierung* genützt wird. Das heißt, diese Emotionen werden aus einem inneren Zustand der Gelassenheit und Ruhe betrachtet und im Nachgespräch bearbeitet. Der Umgang mit den Einfällen des Patienten ist in dieser Phase (noch) prospektiv (analog dem „Probearbeiten“), kompensatorisch und eher supportiv.

Die „formelhafte Vorsatzbildung“ (kontinuierliche prozesshafte Selbstdefinition) kann im Sinne des „Übergangsobjektes“ nach Winnicott (1969) als ein aus sich selbst geschaffener Lösungsversuch verstanden werden. Mit zunehmender Übungskonstanz erhält dann der formelhafte Vorsatz allmählich Introjektcharakter. Dies versteht sich im Sinne einer libidinösen Besetzung der Vorstellung, die so im Übungsprozess zunehmend rhythmisch verinnerlicht werden kann.

Wichtig erscheint mir einmal mehr der Hinweis auf den ersten Versuch einer *sprachlichen* Formulierung in der Mittelstufe der ATP bzw. auf eine Förderung der Realitätswahrnehmung.

In der (analytischen) Oberstufe der ATP besteht nun eine Intention zur Regression *in* den Konflikt (Alexander 1952), wobei hier auch der *retrospektive* Aspekt in Verbindung mit biographischer Anamnese und der Aufarbeitung von Traumatisierungen oder konflikthafter Erlebnisse zu tragen kommt.

Freie Einfälle und die bildhaften gefühls- und körperbesetzten Assoziationen und Phantasien werden in dieser Stufe besonders gefördert, wobei die Vorgabe der Motive als Fokussierungseinladung bzw. Anregung zur Symbolproduktion zu verstehen ist und nicht als Befehl und keine Unterschiebung einer Suggestion (Sedlak 2002).

Ein wichtiger Faktor ist aber auch die innere Einstellung des Therapeuten, alles was bei den Übenden kommt, wertfrei im Sinne der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Analytikers anzunehmen (analytische OS nach Wallnöfer 1973).

In den Bildern (Imaginationen, Bilderleben) bzw. in Symbolen spiegeln sich immer die subjektiven Erfahrungen bzw. Erlebnisse wider.

Die therapeutische Nachbearbeitung erfolgt in der OS im Sinne von Freuds (1914g) „Erinnern – Wiederholen – Durcharbeiten“.

Eine besonders kreative Seite der OS besteht in der Anregung des Patienten zur *selbständigen* Weiterbearbeitung des Oberstufenmaterials (also auch außerhalb der Therapiestunde), u. a. auch durch *Gestalten vor und nach dem „AT“* (Gestaltungsprozess nach Wallnöfer 1972), der ja auch aus der aktiven Imagination nach C.G. Jung (Amann 1978) bekannt ist. Außerdem führt dies zu einer Vertiefung des Erlebens durch die selbständige „begreifbare“ Auseinandersetzung mit dem bildhaften Material.

Links: Einssein mit der Natur

Rechts: Herz in Gefahr/„Maluma“



Eine weitere Besonderheit besteht in der Verwendung der „*Märchentechnik*“ nach Wallnöfer (1973). Diese kommt zur weiteren Verarbeitung von „Bildassoziationen“ zum Einsatz, wenn bei der Imagination unzusammenhängende Einzelbilder auftauchen. Dann lässt man den Übenden daraus ein Märchen bilden, was oft zu überraschenden Einsichten führt (diese Methode ist in die Literatur eingegangen in „*Le Silence du Colonel Bramble*“ von André Maurois).

## Indikation

Da die ATP aufgrund ihres systematischen Aufbaues von „Grundstufe – Mittelstufe – (analytischer) Oberstufe“ eine ganzheitlich konzipierte Methode ist, kann sie, auf einem umfassenden Menschenbild basierend, für alle seelischen Störungen eingesetzt werden und eignet sich besonders gut für sehr frühe, präverbale Störungen.

Das bedeutet „von der „vorsprachlichen“ Ebene, die durch das Aufspüren körperlicher Empfindungen ermöglicht wird (GS), über den ersten Versuch einer „sprachlichen Formulierung“ (MS) zur „Bearbeitung imaginativ gewonnener Symbole“ (OS) zu gelangen.

Beispielhaft seien hier Patienten mit *psychosomatischen Störungen bzw. Erkrankungen* angeführt, bei denen meist basale Ich-Funktionen wie Wahrnehmung und Bildung von Erinnerungsspuren gestört sind bzw. das Ich nicht in der Lage ist, auf einer symbolischen (oder abstrakten) Ebene etwas „durchzuspielen“ oder entsprechend zu handeln.

Diese Pat. zeigen eine besondere Inkongruenz zwischen Bildinhalten und begleitenden Affekten, wobei *negative* nur schwer wahrgenommen werden können bzw. dem Erleben oft gar nicht zugänglich sind.

Daher benötigen sie vorerst ein „Hilfsmittel“, das ihnen ein Stück weit bewusst macht, dass hinter ihren scheinbar ausschließlich somatisch erlebten Symptomen seelische Ursachen und fast immer Belastungen (Traumen) aus der Kindheit liegen (können).

Zur weiteren Veranschaulichung sei auch noch die Gruppe der „*Somatisierten Angst- und Belastungsstörungen*“ hervorgehoben, denn es geht um all jene Patienten, bei denen die „*Körperlichkeit*“ im Vordergrund steht.

So können z. B. die „Entspannungsübungen“ in der Grundstufe einen Zugang für die analytisch orientierte Arbeit schaffen, da, gemäß der „Blässe der Objektimages“ (Mentzos 1985), diese Patienten häufig Erfahrungen auf der *Handlungs-* (d. h. Realpräsenz des Partners oder Fragen wie: „Was soll ich tun?“) und nicht auf der (Be-)Deutungsebene (z. B. analytische Deutungen) einfordern.

Gemeint ist damit, dass diese Patienten in emotional angespannten Situationen *vorerst* auf das Physiologische ausweichen können, denn auf der körperlichen Ebene fühlen sie sich relativ sicher, weil hier meist noch eine ausreichend stabile Interaktionsebene in der Dyade bestand, im Affektbereich jedoch oft eine defizitäre. Durch die „Resonanzdämpfung überschießender Affekte“ kommt es meistens zu einer Angstminderung (Kraft 1989).

Für Kraft (1989) stellt „im Hinblick auf die bewußte oder auch verleugnete Abhängigkeit von der Realpräsenz anderer Personen die ATP insofern eine wertvolle „erste Hilfe“ dar, als der Patient erlebt, *allein etwas für sich tun zu können (s. Pendelversuch)*“.

Krapf (1991) meint dazu, daß die Grundstufe der ATP eine Art „Brückenfunktion“ für die Patienten darstellt.

#### Kontraindikation

Eine Kontraindikation besteht bei präpsychotischen Zuständen bzw. akuten Psychosen. Ansonsten können die meisten Formen der (chronischen) Psychosen als Indikation (je nach Lage des Falles) gesehen werden, wobei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis häufig besser ansprechen als aus dem manisch-depressiven; auf jeden Fall ist eine Kombination mit Psychopharmaka nötig.

## **Gibt es in der ATP eine spezielle Form der Beziehung?**

Die therapeutische Beziehung in der ATP ist von Beginn an durch das „*Autogene Prinzip*“ geprägt. Einerseits wird die Gleichrangigkeit, Partnerschaftlichkeit, andererseits die tragende Rolle des Patienten betont. Der Klient/Patient übt von der ersten Minute an *selbständig*, ist dadurch *in keiner Weise fremdbeeinflusst (Abgrenzung zur Hypnose)*, und die gesamte Persönlichkeit erlebt das Üben als ganz persönliche, eigene Leistung.

Es wird also die *Eigensorge des Patienten* – durch den Übungsanteil (= *Autogenes Training*) – *betont* (natürlich auch in der MS und OS) sowie die Wahrung der oder auch das Vertrauen in die Autonomie des Klienten/Patienten.

Basis ist die *Gesundheitsorientierung* vorerst mit dem Ziel der Erreichung einer *bionomen Balance*. Erst in einem späteren Schritt kommt es dann zu einer *Problemfokussierung und Konfliktbearbeitung*.

Die Haltung des Therapeuten mit seinem Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten ist eine präsente, gewährende. D. h. die „optimale“ TherapeutIn verhält sich wie die „optimale“ Mutter (im Sinne eines „taking care“ und einer „holding function“): Geben notwendiger Grundinformationen, Zur – Verfügung - Stehen bei Rückversicherungen („Wiederannäherungsphase“) und, soweit möglich, den Patienten seinen ihm adäquaten Weg finden lassen samt möglicher Umwege.

Übertragungs- und Widerstandsphänomene zeigen sich bereits in der GS (z. B. bei Übungen).

Die Übertragung ist oft eine rasch idealisierende; sie kann aber allgemein positiv wie negativ sein und entspricht (meist) der einer „frühen“ Objektbeziehung (Mutter/Kind-Dyade) in den ersten Lebensjahren.

Ein wesentlicher Beziehungsaspekt ist der *gruppendynamische und gruppenanalytische Effekt*: Es erfolgt immer eine Einzelanalyse in der Gruppe, wobei die Gruppe selbst als tragendes „mütterliches Element“ fungiert, der Therapeut als „steuerndes Objekt“ (König 1986), das passager Hilfs-Ich-Funktion für den Patienten übernimmt und diesem gleichzeitig als Projektionsfigur dient.

## **Gemeinsamkeiten mit KIP und HY**

ATP, KIP und HY sind ganzheitlich tiefenpsychologisch fundierte Methoden. Die ATP ist, wie die Psychoanalyse, historisch gesehen aus der Hypnose entstanden, wobei jedoch ein wesentlicher, die Methode prägender Unterschied im jeweiligen kulturellen Hintergrund bestand.

Die ATP und die KIP bedienen sich einer „Bilderschicht“ in einem bewusstseinsgesenkten Zustand unter Verwendung zentraler Konzepte der Psychoanalyse (Ubw, Übertragung/GÜ, Widerstand, Triebtheorie, das Konzept der Abwehr, Persönlichkeitstheorie, Krankheitslehre etc.). Leider haben unsere Methoden m. E. keine *eigene Theorie* entwickelt.

Beide bedienen sich somit der „bildhaft-imaginativen Assoziationsmethode“ (Imagination), die über die verbale Assoziationsmethode der Psychoanalyse hinausgeht.

Wesentlich ist das Arbeiten mit Symbolen (Symbolisierung, Symbolverständnis; notwendiges Symbolverständnis des Therapeuten) bzw. auf der „Symbolebene“. Nach Bion (1962) und Segal (1996): „Suche nach unbewußter Bedeutung“ (bei Neurosen) und „Schaffung von Bedeutung“ (bei ich-strukturell gestörte Patienten).

Bei der ATP und der KIP gelten die gleichen Gesetzmäßigkeiten wie beim Nachttraum: Verdichtung, Verschiebung, Verkehrung ins Gegenteil etc., d. h. eine „Entzifferung“ des Geschehens muss erfolgen.

Gemeinsam mit dem Nachttraum ist, dass Inhalte einfach aus dem Unbewussten aufsteigen, der Unterschied liegt in der *Steuerbarkeit* des Traumgeschehens.

Ein weiterer Punkt ist die *Aktivität* der Verfahren, die auch für die analytischen Methoden gilt

sowie der *prospektive Charakter* von ATP und Imagination.

Die Behandlung geht vom gegenwärtigen Konfliktgeschehen aus und benutzt vergangenes Material (nur), soweit dies zum Verständnis des bestehenden Konflikts notwendig erscheint. Das Verfahren ist also *prospektiv ausgerichtet*.

## Abgrenzung

Der Therapeut sollte/muss zusätzlich *Erfahrung in Gruppendynamik* haben, da die ATP meist in Gruppen vermittelt wird.

In der OS/ATP steht das *Spontanerleben* im Vordergrund, in der KIP werden klar definierte „Kristallisationskerne“ vorgegeben.

Verbaler Rapport:

Bei der ATP führt der Therapeut nur insoweit „Regie“, als er Einführungen, Anleitungen gibt bzw. im Dialog mit dem Patienten im *Nachgespräch* steht (also begrenzt). In der OS ist der Pat. mit seinem „Unbewussten“ sozusagen „allein im Dialog“.

Der ATP-Therapeut ist demnach *nicht unmittelbarer* Begleiter/Teilnehmer am Geschehen, sondern kann erst „nachträglich“ ins Bild kommen, „lenkt“ daher auch nicht im/durch das Bild.

Bei der KIP besteht ein *andauernder* Rapport zwischen Patient und Therapeut, wobei der Therapeut bei dieser Methode die „Regieprinzipien“ zur Verfügung hat. Hier besteht sozusagen ein „Triolog“, und hier besteht *im* Bild Raum für Übertragung/Gegenübertragung im Gegensatz zur ATP.

Damit ergibt sich ein weiteres Merkmal der „*Eigenständigkeit*“ der ATP,

das „*Sich-selbst-Therapieren*“ (auch) außerhalb der therapeutischen Beziehung oder der Sitzung.

Literatur:

Alexander, F. (1952): Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter.

Alexander, F. (1955/56): Zwei Formen der Regression und ihre Bedeutung in der Therapie. Psyche 9: 668.

, French, Th. M. (1946): Psychoanalytic Therapy. Principles and Application. New York  
Amann, A. N. (1978): Aktive Imagination – Darstellung einer Methode. Olten/Freiburg: Walter

Bartl, G. (1983): Der Umgang mit der Grundstörung in der Allgemeinpraxis. Ärztliche Praxis und Psychotherapie. 3. Jg., Heft 3: 3-18.

- (1984): Der Umgang mit der Grundstörung im Katathymen Bilderleben. In: Roth, J. W. (Hrsg.): Konkrete Phantasie. Neue Erfahrungen mit dem Katathymen Bilderleben. Bern/Stuttgart/Wien.
- (1989): Strukturbildung im therapeutischen Prozess. In: Bartl, G., Pesendorfer, F. (Hrsg.): Strukturbildung im therapeutischen Prozess. 15-20. Wien: Literas.
- Bion, W. R. (1962): Lernen durch Erfahrung. Dt. 1990. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Fairbairn, W. R. D. (1954): An object relations theory of personality. New York.
- Freud, S. (1914g): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. GW X: 126-136.
- Gerber, G. (1990): Autogenes Training – mehr als Entspannung. München/Basel: Reinhardt
- Hexel, M. (1994): Wichtige Kriterien des AT. In: Sedlak, F.: Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym – imaginative Psychotherapie – Hypnose. Imagination 1994, Heft 4: 23-25. Wien: Facultas.
- Hoffmann, B. (1977): Handbuch des Autogenen Trainings. München: dtv.
- Kernberg, O.F. (1975): Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson.
- (1981): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart.
- Klein, M. (1934): Die Psychoanalyse des Kindes. Wien: Int. Psychoanalyse.
- (1946): Notes on some schizoid mechanism. Int. J. Psycho-Anal. 27 : 99-110.
  - (1962) : Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- König, K. (1986): Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kohut, H. (1973): Narzissmus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kraft, H. (1989): Autogenes Training. Stuttgart: Hippokrates: 55-56.
- Krapf, G. (1988): Wesen und Wirkung der Oberstufe des Autogenen Trainings. Ärztliche Praxis und Psychotherapie, 10. Jg., Heft 5-6: 11-28.
- Kris, E. (1952): Psychoanalytic Explorations in Art. New York.
- Laplanche, J. (1987): Nouveaux fondements pour la psychoanalyse. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Mentzos, S. (1985): Angstneurose. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Ogden, Th. (1997): Über den potentiellen Raum. Forum Psychoanal 13: 1-18. Heidelberg: Springer.
- Roßmanith, S. (1990). Die tiefenpsychologische Konzeption des AT in Vermittlung und Ausbildung. In: Gerber, G., Sedlak, F. (Hrsg.): Autogenes Training – mehr als Entspannung: 84-99. München/Basel: Reinhardt.
- Sandler, A.M. (1977): Beyond eight mounth anxiety. Int. J. Psycho. Anal. 58 : 199.
- Schnell, M. (1997): Der imaginative Raum. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U., Wilke, E. (Hrsg.): Imagination in der Psychotherapie: 207-215. Bern: Huber.
- Schultz, J.H. (1973): Das Autogene Training. 14. Aufl.: 231, 315. Stuttgart: Thieme.
- Sedlak, F. (1990): Wärme, Rhythmus und Konstanz. In: Gerber, G., Sedlak, F. (Hrsg.): Autogenes Training – mehr als Entspannung.: 114-165. München/Basel: Reinhardt.
- (1994): Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym imaginative Psychotherapie – Hypnose. In: Imagination 1994, Heft 4: 5-22, 25-32. Wien: Facultas.
- (2001): Die tiefenpsychologische Fundierung der Autogenen Psychotherapie. In: Imagination 2001, Heft 3:42-51. Wien: Facultas.
- Segal, H. (1996): Traum, Phantasie und Kunst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spitz, R.A. (1957): Nein und Ja. Die Ursprünge menschlicher Kommunikation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- (1965): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wallnöfer, H. (1972): Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem Autogenen Training. In: Langen, D: (Hrsg.): Hypnose und psychosomatische Medizin. Stuttgart.
- (1973): Kathartisches und analytisches Geschehen im Autogenen Training. In: Binder, H. (Hrsg.): Zwanzig Jahre praktische und klinische Psychotherapie: 73-96. München: Lehmanns.

Winnicott, D.W. (1965): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene: 10-36. Stuttgart: Klett-Cotta.

- (1969): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler.

## Anmerkungen

1 die Bezeichnung Autogene Psychotherapie (ATP) wurde von Dr. Sedlak eingebracht

2 diese Artikel sind überarbeitete Fassungen des gemeinsamen Vortrages am 34. Internationalen Seminar für Psychotherapie der ÖGATAP,

Waidhofen 2003

## Zusammenfassung

Die ATP erweist sich in ihrer dreistufigen Konzeption als ganzheitlich orientierte Methode. Gemeinsam ist den drei Methoden das Arbeiten mit Symbolen, die Aktivität der Verfahren sowie die prospektive Ausrichtung. Im Unterschied zu den anderen Methoden ist die therapeutische Beziehung in der ATP von Beginn an durch das „Autogene Prinzip“ geprägt. Eine wesentliche Rolle spielen gruppenspezifische und gruppenpsychoanalytische Effekte.

# **Die Autogene Meditation des Leibes – die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie**

*Franz Sedlak*

## Summary

Die Autogene Meditation des Leibes besteht in einem ruhigen Gewährwerden des eigenen Körpers, bzw. seiner Zustände. Man kann sie daher als den achtsamen Umgang mit der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie bezeichnen, oder kürzer als *die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie!* Zweck der Meditation ist sie selbst, es geht um das Spüren, wie man in seinem Körper, in seiner Welt ist: ein *Rendezvous mit sich selbst!*

## **Vorbemerkung**

Das Konzept der Achtsamkeit hat sich in den letzten Jahren immer mehr als ungemein fruchtbarer Ansatz erwiesen, als Lebensform, aber auch als innere Haltung in therapeutischen Beziehungen. Die Autogene Psychotherapie ermöglicht einen spezifischen Zugang zur Achtsamkeit für jeden, ob nun Therapeut, Patient oder einfach Suchender!

## **Die körperliche Dimension der Autogenen Psychotherapie**

Das von J.H. Schultz aus der Hypnose anfangs des 20. Jahrhunderts entwickelte autogene Training hat schon von der Methodik her die *Wahrnehmung leiblicher Vorgänge* betont: In einer „kopernikanischen Wende“ wurde angeregt, nicht direkt Entspannung zu intendieren, sondern indirekt anzupeilen, indem die damit *korrelierten körperlichen Vorgänge bzw. Zustände* intensiv vorgestellt werden sollten. In der *Grundstufe der Autogenen Psychotherapie* werden die unmittelbar beeinflussbaren Informationskanäle des *Erlebens körperlicher Wahrnehmungen, nämlich der Schwere, Wärme und Atmung*, eingesetzt, um einen Entspannungszustand zu erreichen. In der *Mittelstufe* der Autogenen Psychotherapie wirkt der *Entspannungszustand des Körpers desensibilisierend* gegenüber aufsteigendem Konfliktmaterial. Der dritte Baustein der Autogenen Psychotherapie, *die Oberstufe*, sammelt und bearbeitet die in der autogenen Entspannung durch bestimmte Themen stimulierten Bilder, Gefühle und Gedanken. Wallnöfer hat mit der analytischen Oberstufe das Autogene Training zu einer tiefenpsychologischen Psychotherapie ausgebaut (1990, sowie Sedlak 2005). Das durchaus traumähnliche Geschehen lässt sich nämlich symbolisch ebenso wie der Nachtraum entschlüsseln. Aber auch hier spielt das *Körperliche eine Rolle*: Es ist wichtig „bei den freien Assoziationen auch körperliche Empfindungen zu berücksichtigen“, meint Kutter (1990, S. 61) und etwas weiter: „Die Seele ist nur dann gesund, wenn der Körper einbezogen ist“ (ebd. S. 62). Man könnte natürlich auch den komplementären Argumentationsweg wählen, z.B. vom Wissen ausgehen, dass es mehr als 400 *körperliche Auslöser bzw. Ursachen für psychische Störungen* gibt; dass bei der Diagnose folglich die somatische Dimension immer mitbedacht werden muss (Kasten 2010).

## Vom Vehikel zum Gegenstand

Man kann das körperliche Erleben für Entspannungszwecke instrumentalisieren: Das Leiberleben ist dann nur *Vehikel zur Schaffung einer günstigen Basis* für eine Selbstauseinandersetzung. Oder man begreift das *Körperliche als Symbol innerhalb verschiedener Bereiche der Psychopathologie*, und sieht am Körper psychische Konflikte und Defizite, aber auch Trauma-Folgen und deren Abwehr mehr oder weniger symbolisch ausgedrückt; man betrachtet die *Kommunikationsfunktion des Körpers* (Hirsch 2002). Oder man sucht die Erweiterung des psychoanalytischen Dialogs durch Einbeziehung des Körperlichen (Geißler et al. 2007): In Betrachtungen von *Körperinszenierungen*, in der Berücksichtigung *körperlicher Gegenübertragungen*, in der Beobachtung von *inszenierten Interaktionen*. Man begreift den *Körper als Bühne* für die Seele, vollzieht eine *Körperbild-Diagnostik*, betrachtet Handlungsdialoge und versucht, *erstarrte Lebensbewegungen* wieder in Fluss zu bringen.

## Das Zuständliche als Gegenstand

Wie aber, wenn man das Zuständliche zum Gegenständlichen machte, ohne eine Reduktion auf „nichts als“ anzupeilen? Für eine *Autogene Meditation des Leibes* ist dementsprechend eine Einstellungsänderung notwendig: Die in der Symbolarbeit vertraute Suche nach dem Hintergründigen, Latenten, Nichtausgesagten muss zugunsten einer Hinwendung zum Manifesten aufgegeben werden. In der Betrachtung des Gegebenen enthüllt sich das Wesentliche. Dieses *phänomenologische Argument* kümmert sich nicht um die Natur der Realität, nicht darum, ob das, was uns erscheint, eine realistische Wiedergabe oder eine konstruktivistische Leistung und Bearbeitung des Gegebenen ist. Sie macht das Erleben körperlicher Zustände zum Mittelpunkt. Dies ist nur möglich mit einer Haltung der fraglosen Hinwendung zum Vorhandenen und einer – nicht generellen, aber situativen – Abwendung vom hinterfragenden symbolischen Denken. *Die hermeneutische Erkundung wird zugunsten einer phänomenologischen Betrachtung – vorüber gehend – aufgegeben.*

Bereits 1995 hat der Autor (1995a, S. 26, 1995b, S. 113) auf Umberto Ecos Roman „Das Foucaultsche Pendel“ (Eco 1989) hingewiesen. In diesem Roman ist der Erzähler auf der Suche nach dem Geheimnis hinter dem Offenkundigen. Nichts ist, was es scheint. Oder besser: Alles ist mehr, als es scheint. Zu allen körperlichen Eigenschaften lassen sich Analogien auf alles Seiende bzw. das Sein selbst herstellen. (Eco S. 425f). So wie der Körper sichtbare äußere Merkmale trägt, aber vieles im Inneren verborgen ist, so ist es auch mit allem in der Welt. Alles ist Gleichnis, Symbol. Als der Erzähler von esoterischen Kreisen wegen seiner Geheimnissuche als gefährlich eingeschätzt und gejagt wird, vollzieht er eine markante Wende, die sich aber schon lange vorher vorbereitet hat:<sup>1</sup> Nicht die Analogie ist es, was das letzte Geheimnis ausmacht, sondern *das Seiende bzw. das Sein selbst*. Und so kommt er zu dem Schluss: „Malchuth ist Malchuth, und damit basta“ (Eco S.714). Die Realität, die sich uns bietet, ist das Eigentliche, die eigentliche Offenbarung. Mit diesem phänomenologischen Argument ist keine Absage an Analogie und Metapher verbunden, keine Abkehr vom Symbolischen. *Wir können ja nicht ohne Verweise und Metaphern reden*. Wenn wir eine musikalische Komposition beschreiben, sprechen wir z.B. von einem spritzigen Werk, von leuchtender Tonmalerei, von kräftigen und zarten Farben. Wenn wir ein Gemälde beschreiben, sprechen wir z.B. von einer berührenden Botschaft, von einer Wärme, die über der Szenerie liegt, vom Widerspruch und Mistönen. Der Appell geht vielmehr in die Richtung, *beim Betrachten des Seienden, somit beim Vergegenwärtigen des Seins (des Daseins, weil es ja um unser Erleben geht) selbst* zu verweilen, das Gegebene nicht nur als Vorläufiges, als Hinweis auf Anderes zu deuten, sondern es als eigentlichen Gegenstand der Betrachtung anzusetzen. Der Leib ist

---

<sup>1</sup> Eine mysteriöse Liste, die - wie der Erzähler eifrig rekonstruiert - einen großen Plan der Tempelritter anzudeuten scheint (Eco, S. 448 - 451), entpuppt sich bei geeigneter Übersetzung als eine Lieferliste von Wäschestücken und Rosen (Eco, S. 626 - 630).

nicht nur Geheimnis, sondern auch Realität, die man als solche akzeptiert. *Der Leib ist malchuth, die Erde, der Urgrund*. Der Leib spricht für sich selbst, er ist nicht nur Expression des Anderen, Eigentlichen. Die Autogene Meditation versucht nicht, die aufkommenden Wahrnehmungen körperlicher Zustände bewusst zu ignorieren, im Sinne eines Nicht-Anhaftens loszulassen, oder möglichst neutral zu betrachten, sondern sie bleibt beim – allerdings nicht wertend selektierenden – Erleben des Körpers.<sup>2</sup>

## **Zielsetzung der Autogenen Meditation**

Damit stellt sich eine Frage und noch eine weitere im Anschluss: Was ist der Sinn und – banaler ausgedrückt – der Zweck der Autogenen Meditation? Sie stellt eine Möglichkeit der *Ergänzung der Autogenen Psychotherapie* dar, ohne ein vierter Baustein zu Grundstufe, Mittelstufe und Oberstufe sein zu wollen, auch ohne direkt angepeilte heilende Zielsetzung (Sedlak 2000), wenn auch die indirekte heilende Wirkung nicht ausgeschlossen ist: Sie geht von der Vorstellung körperlicher Erfahrung aus im Sinne der Grundstufe, geht aber dann nicht weiter zu Mittel- oder Oberstufe, sondern kehrt von der Entspannung wieder zum Leib zurück, um nun aber nicht bestimmte Zustände intensiv wieder vorstellen zu wollen, sondern in der erreichten Entspannung *die auftretenden körperlichen Empfindungen zu betrachten*. Die Autogene Meditation geht also den autogenen Weg zur Entspannung, schreitet aber dann nicht auf Basis dieser Entspannung weiter zur desensibilisierenden Problemkonfrontation bzw. analytischen Symbolerkundung, sondern bleibt dem entspannten Körper und seinem Erleben zugewandt – als Möglichkeit, das eigene Sein, *das Da-Sein zu vergegenwärtigen*. Nun schließt sich aber die schon angekündigte zweite Frage an: Was, wenn die Zustände des Körpers keine sind, die man sich vergegenwärtigen möchte, wenn Schmerzen eher zur Dissoziation veranlassen als zum vertiefenden Erleben? Ist die Autogene Meditation des Leibes nur dann sinnvoll, wenn der körperliche Zustand ein angenehmes Erleben verspricht?

Das bereits früher (Sedlak 1995 a, b) mitgeteilte Transkript der Erlebnisse während einer Autogenen Meditation des Leibes lässt das vermuten. Da ist die Rede von: „und ich fühle ein sanftes Schaukeln... und in dieser Stimmung spüre ich auch meine Leibemitte... ein strahlender Stern, der sein warmes Strömen, sein Spitzen, die zugleich ganz sanft und weich sind, nach allen Richtungen verströmt...“ und: „und in dieser Stille spüre ich meinen ganzen Körper, ein Prickeln wie Sonnenlicht auf Gräsern, wie viele kleine Lichtnadelstiche auf allen Poren meiner Haut. Ich woge ab und auf in diesem Zustand, ich spüre mich leicht und sicher, weit und doch gesammelt, voll und leer, und es wird ganz still. Jetzt tauchen Farben auf, ein lichtetes Braun, teilweise mit Goldfäden, ein zartes Grün, das darüber schwingt, ein tiefes Himmelsblau. Ich bleibe in diesem Blau und schwebe in ihm wie ein Boot im Meer“.

Ist die Fokussierung auf angenehmes Erleben notwendig?

## **Autogene Meditation und Achtsamkeit**

Für die Autogene Meditation des Leibes gilt dasselbe wie für Meditation allgemein: Ein ausgewogener, positiver Ausgangszustand ist sicher eine leichtere (oder andere) Voraussetzung als ein aufgeregter oder schmerzvoller Zustand. Letzterer ist aber kein Ausschlussgrund für die Autogene Meditation des Leibes.

---

<sup>2</sup> In manchen Meditationsübungen wird dem Erlebnis der Leere der Vorzug vor der Wahrnehmung des konkreten Einzelnen gegeben. Insofern ist es berechtigt, von einem bewussten Ignorieren zu sprechen: Während der Meditation aufkommende Gedanken, Gefühle, Empfindungen werden nicht weiter verfolgt, sondern nicht beachtet bzw. losgelassen. Demgegenüber will die Autogene Meditation des Leibes sich sehr wohl den Körperempfindungen zuwenden.

Hier ist es angezeigt, auf das Konzept der „Achtsamkeit“ zu verweisen. Weiss et al. (2010) führen in ihrem Achtsamkeitsbuch die wichtigsten Kriterien an: Alles so zu betrachten, als sähe man es zum ersten Mal, ganz bewusst, auf die Gegenwart ausgerichtet, akzeptierend und in einer Differenzierung zwischen Beobachtetem und Beobachtenden, fokussiert auf Innenwelt oder Außenwelt, auf Wandel oder Ruhe, auf einen wohlwollenden Zustand. Gegenüber der tempoübersteigerten Alltagsaktivität kehrt eine Verzögerung, Ruhe ein, die herum wirbelnden Gedanken werden still in ihrem Kommen und Gehen beobachtet. Es geht u. a. um ein achtsames Wahrnehmen des Körpers. Dies wird im Rahmen des Achtsamkeitskonzeptes auch als Körper-Scan bezeichnet (z.B. Burch 2009, S. 209-225) oder als „body-scan“ (Weiss et al., S. 112f). Der Autor hat eine ähnliche Form der Entspannung beschrieben z. T. unter dem Namen „Spaziergang durch den Körper“ (Sedlak 2007, 2008). Achtsamkeit beschreibt auch eine Selbstfürsorge, einen achtsamen, akzeptierenden Umgang mit Schmerz und Leid, der die Bewältigung dieser bewirken kann. Statt „militärischer“ Schmerzbekämpfung empfehlen sich *Friedensverhandlungen mit dem Schmerz*<sup>3</sup> (Burch 2009, Klappentext). Ein schmerzvoller Zustand stellt daher kein Hindernis für die umfassende Körperwahrnehmung, sondern eine bestimmte Indikation dar. Man muss den Schmerz an die Hand nehmen, in sich hinein hören, empfiehlt Hartl (2010, S.187f), der eine sorgfältige Recherche über unterschiedliche Schmerzbewältigungswege durchgeführt hat<sup>4</sup>. Durch die achtsame Beobachtung kommt es dazu, dass körperliche Schmerzempfindungen nicht mehr unbedingt zu subjektivem Leiden führen (Weiss et al., S. 67).

Worin besteht also die Autogene Meditation des Leibes? Sie besteht in einem ruhigen Gewahrwerden des eigenen Körpers, bzw. seiner Zustände. Man kann sie daher als den achtsamen Umgang mit der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie bezeichnen, oder kürzer als *die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie!*<sup>5</sup>

## Abgrenzungen

Zum Unterschied von der Grundstufe ist das körperliche Erleben Mittelpunkt und nicht bloß Entspannungsvehikel. Zum Unterschied zur Problem fokussierenden Mittelstufe mit ihrem Ausbau der persönlichen Vorsatzformeln ist die Autogene Meditation des Leibes nicht primär ziel- und zukunftsorientiert, sondern auf die Gegenwart ausgerichtet (mit der Einschränkung, dass bei der Vergegenwärtigung von Leidenszuständen die Intention der Überwindung dieser mitschwingt). Zum Unterschied von der Oberstufe, die eine durchaus meditativ zu kennzeichnende Selbstauseinandersetzung mit durch bildliche oder begriffliche Motive evozierten Imaginationen, Kognitionen und Emotionen ermöglicht, ist die Autogene Meditation des Leibes erlebniszentriert statt lösungsorientiert, mehr empfindsam als bedeutsam<sup>6</sup>. Zum Unterschied von der Analytischen Oberstufe ist die Autogene Meditation des Leibes nicht hermeneutisch ausgerichtet, nicht auf Symbole und deren Entschlüsselung, sondern phänomenologisch auf das Anwesendsein des Vorhandenen. Im Kontrast zu einem Bestreben nach wachsender Gleichmütigkeit und (Los-)Gelassenheit gegenüber allen Regungen gedanklicher, gefühlsmäßiger oder

---

<sup>3</sup> Z.B. indem der Schmerz eben nicht bekämpft wird oder Strategien zu seiner Bewältigung entwickelt werden, sondern indem der Schmerz akzeptiert, angenommen wird, was aber nicht heißt, Veränderliches vorschnell nicht verändern zu wollen.

<sup>4</sup> Auf die vielen Schmerzbewältigungs- Wege der Hypnotherapie von der Schmerzbeschreibung, Umprogrammierung, Schmerzkontrolle bis zur Dissoziation u. v. a. m. sei nur allgemein hingewiesen.

<sup>5</sup> Dass sich Psychotherapie und Achtsamkeit sehr gut miteinander verbinden lassen, zeigen Grepmaier et al. (2007) und Weiss et al. (2010) eindrucksvoll. Grepmaier et al. plädieren aber sehr deutlich dafür, Psychotherapie nicht als spirituellen Weg zu sehen bzw. Psychologisches und Spirituelles nicht miteinander zu vermengen.

<sup>6</sup> Entsprechend der situativen Abkehr von hermeneutischen Hinterfragungen zugunsten einer phänomenologischen Position.

körperliche Art, ist die achtsame Grundstufe sehr wohl am Erleben der körperlichen Empfindungen und den damit verbundenen Sinneserlebnissen interessiert<sup>7</sup>. Nicht methodisch, aber von der inneren Haltung her ist die Autogene Meditation des Leibes auch abzugrenzen von jeglicher Form der Innenzuwendung als Regression und Eskapismus gegenüber den Forderungen der Gemeinschaft, im Gegenteil: Die Weltoffenheit kann zunehmen, je mehr die Person sich selbst gegenüber auch aufmerksam und sicher, geerdet ist. Die Wahrnehmung des Körpers ermöglicht eine Erfahrung und ein Transzendieren der eigenen Grenzen...Es geht auch nicht um eine voreilige Akzeptanz von scheinbar unveränderlichen leidvollen Umständen: „In der Aktivierung erlebt der Übende leibhaft *Intentionalität*: das kraftvolle Anspannen der Muskeln, das tiefe Einatmen und Vollpumpen mit Luft, das in die Welt expandierende Ausdehnen und Strecken: All dies sind Signale für die aktive Begegnungsbereitschaft (Sedlak 1995b, S. 118) und auch ein Impuls für die energische Veränderung, dort, wo sie möglich und positiv ist.

## **Annäherungen?**

Der Autor hat (1995b, S.117f) die Selbstwahrnehmung in enger Verbindung gesehen mit der „Welt-Wahrnehmung“ und der „Weltdefinition“: In der Schwereübung das Ineinanderfallen von Gegensätzen (der Gravitationsempfindung und dem Erleben von Schwerelosigkeit) und die Wahrnehmung der eigenen Grenzen und deren Überwindung; in der Wärmeübung die Energie verbrauchenden und –spendenden Transformationsvorgänge; in den rhythmischen Übungen des Pulserlebens die Gezeiten (nicht nur) des Blutkreislaufes und im Wahrnehmen des Atems den Austausch mit der Umwelt, den Wechsel von Leere und Fülle; im Wechselspiel der Einstellung auf die Körperperipherie und die Leibesmitte die Beziehung zwischen Innen und Außen, Kern und Schale; in der Vergegenwärtigung der Stirnkühle die intensive, bewusste Präsenz, kein Versinken in präpersonale Formlosigkeit, sondern Individualitäts- und Verbundenheitserleben in einem.

Ist damit schon eine Annäherung an symbolische Vertiefungen vollzogen oder bleibt es beim Phänomenologischen? Es spricht nichts dagegen, in der Autogenen Meditation des Leibes das intensive Körper-Erleben seinerseits wieder durch Beziehungen zum Welt-Erleben zu erweitern. Den Fokus bildet aber weiterhin das Phänomen des körperlichen Erlebens. Die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie intendiert nicht, die Körperwahrnehmungen zu transzendieren; sie wehrt aber auch Assoziationen, die mit den Empfindungen auftauchen können nicht ab – das Zuständliche der Körperwahrnehmung bleibt aber im Zentrum.

## **Der Ablauf der achtsamen Grundstufenübung (Autogene Meditation des Leibes)**

Der Beginn der achtsamen Grundstufenübung, das Erreichen der autogenen Entspannung, läuft so ab, wie es die Grundstufe vorsieht: Einnahme der Ruuehaltung, intensive Vorstellung von Schwere und Wärme, Beobachtung der rhythmischen Vorgänge Puls und Atem, Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Leibesmitte und Vergegenwärtigung einer angenehmen Stirnkühle. Entgegen so häufigen wie falschen Annahmen ist das Spüren der Körperempfindungen keine absolute Voraussetzung für die autogene Entspannung. Oft dauert es, bis die Vorstellungen entwickelt sind und das sich meist rasch einstellende "Echo" im Körper auch empfunden wird. Bei Geübten führt schon die Einnahme einer äußeren oder inneren Haltung zur simultanen "organismischen" Umschaltung in den Entspannungszustand und zu einem umfassenden Körpererleben. Es

---

<sup>7</sup> Wie notwendig der buddhistische Hintergrund des Achtsamkeitskonzeptes ist für das Verständnis und die Anwendung der Achtsamkeit, ist eine über die Exegese weit hinaus reichende interessante Frage, die hier nicht diskutiert werden kann.

empfiehlt sich aber, die Autogene Meditation des Leibes nicht am Beginn des Erlernens des Autogenen Trainings<sup>8</sup> anzusetzen, sondern dann, wenn schon ein gewisser Übungsgrad erreicht worden ist, am besten nach der Absolvierung der Grundstufe. Diese Empfehlung hat auch den Grund, dass möglicherweise durch die zu frühe Einladung zur Vertiefung der Körperwahrnehmung eine Hyperintention entstehen kann.

Ist der Entspannungszustand erreicht, dann kann die achtsame Grundstufenübung beginnen, indem man sich dem Körpererleben öffnet. Dies kann auf mehrere Arten geschehen: Man kann "einen Spaziergang durch den Körper" (Sedlak 2007, 2008) vollziehen, am besten mit den Füßen beginnend, dann aufsteigend bis zum Scheitel, indem man die Empfindungen "registriert", d.h. spürt, ohne eingreifen oder verändern zu wollen. Eine andere Möglichkeit ist die "Abfrage" der einzelnen Körperempfindungen des Autogenen Trainings: Man vergegenwärtigt sich, ob und wenn, wie und wo man die Schwere (besonders) spürt, und bleibt einige Zeit bei dieser Wahrnehmung, dann geht es weiter zur Wärmeempfindung, dann nach einiger Zeit zum Erleben von Puls bzw. Herz, dann die Atemwahrnehmung, die Leibesmitte, die Stirnkühle. Man kann aber auch von vornherein eine bestimmte Empfindung (Schwere, Wärme etc.) auswählen und ausschließlich dabei bleiben. Für alle diese Möglichkeiten gilt gemeinsam: Was an Körperwahrnehmungen vorhanden ist, ist vorhanden; was nicht vorhanden ist, wird nicht herbei gezwungen. Die Begegnung mit sich selbst im Körpererleben ist eine Einladung, keine Vorladung! Eine fortgeschrittene Möglichkeit der Autogenen Meditation des Leibes besteht in der erwartungsfreien Innenzuwendung "und alles, was kommt, ist recht" - mit der einen Bedingung, dass nicht den aufkommenden Gedanken Aufmerksamkeit gezollt wird, sondern das Interesse (inter esse als Daseinsvergegenwärtigung) beim Körpererleben bleibt.

Wichtig ist, dass sich der/die Meditierende schon von Beginn darauf einstellt, dass nichts intendiert wird, nichts erreicht werden muss oder soll (auch keine bestimmten Körpererlebnisse), der Zweck der Meditation ist sie selbst, es geht nur um das Spüren, wie man in seinem Körper, in seiner Welt ist. Diese Zweckfreiheit ist ungemein entlastend: Es geht um ein *Rendezvous mit sich selbst* - nicht mehr, aber auch nicht weniger!

## **Einsatzmöglichkeiten der Autogenen Meditation des Leibes**

Die autogene Meditation des Leibes kann als ein Zugang zur Erreichung eines Zustandes der Achtsamkeit gewertet werden, sodass von einer achtsamen Grundstufe der Autogenen Psychotherapie gesprochen werden kann. Achtsamkeit ist nötig, meint Jürgen Kriz in seinem Vorwort zum „Achtsamkeitsbuch“ (Weiss et al. S.7) „Entschleunigung der Alltagshektik, die Fähigkeit zur Distanzierung gegenüber der bloßen Teilnahme im Aktivitätsstrudel und mehr Achtsamkeit für die inneren und äußeren Gegebenheiten wären dringend geboten“. Das sind Leistungen, die schon von der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie erwartbar sind: Die ruhige Innenzuwendung führt zu einer Reizfilterung, Gelassenheit, mehr Klarheit und Konzentration. Die achtsame Grundstufe ist eine vertiefte Vergegenwärtigung des Körpers, ein tiefes Erleben seiner Zustände. Die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie ermöglicht all jene Wirkungen, die von der Achtsamkeitseinstellung berichtet werden – das ist derzeit noch ein Postulat, das Untersuchungen bzw. Erfahrungen noch untermauern müssen, aufbauend auf dem Wissen über die zahlreichen Wirkungen der Autogenen Grundstufe ist die Hoffnung mehr als berechtigt. Ziel der Autogenen Meditation wäre dann nicht nur das Erreichen des Entspannungszustandes, sondern das Erleben des Körpers und seiner Zustände. Die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie ist eine Erweiterung der Grundstufe im Hinblick auf das Erleben, im Körper, aber auch in der Welt zu Hause zu sein. Es wäre ein lohnendes Unterfangen, wenn das, was hier als Idee und Anregung entfaltet wurde,

---

<sup>8</sup> Als Autogenes Training wird der Übungsteil der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie bezeichnet.

unter Berücksichtigung von Indikationsüberlegungen von möglichst vielen erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten, die mit der Autogenen Psychotherapie arbeiten, erprobt werden könnte.

#### Literatur

- Burch, V. (2009): Gut leben trotz Schmerz und Krankheit. Der achtsame Weg, sich vom Leid zu befreien. München: Goldmann Arkana.
- Eco, U. (1989): Das Foucaultsche Pendel. München: Carl Hanser.
- Geißler, P. und Heisterkamp, G. (2007): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch. Wien, New York: Springer.
- Grepmaier, L. J. und Nickel, M. K. (2007): Achtsamkeit des Psychotherapeuten, Wien: Springer.
- Hartl, T. (2010): Geheilt vom Schmerz. Erfolgsgeschichten chronischer Kranker. Wien: Carl Ueberreuter.
- Hirsch, M. (2002): Der eigene Körper als Symbol. Der Körper in der Psychoanalyse von heute. Bibliothek der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kasten, E. (2010): Somatopsychologie. Körperliche Ursachen psychischer Störungen von A bis Z. München: E. Reinhardt.
- Kutter, P.(1990): Die leibliche Dimension in der Tiefenpsychologie. In: Gerber, G. und Sedlak, F.(1990): Autogenes Training mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: E. Reinhardt: 59 - 63
- Sedlak, F. (1995a): Die Autogene Meditation des Leibes als Seins- bzw. Existenzenerfahrung. Imagination 2/1995: 23 -28: Wien: Facultas
- Sedlak, F. (1995b): Die Autogene Meditation des Leibes. In: Zundel, E. und Loomans, P. (Hrsg.): Im Energiekreis des Lebendigen. Körperarbeit und spirituelle Erfahrung. Freiburg: Herder: 112 -119
- Sedlak, F. (2005): Ist die ATP eine tiefenpsychologische Methode. In: Sedlak, F. und Chiba, R. (2005): Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Wien: Eigenverlag Dr.Sedlak: 32 - 41
- Wallnöfer, H. (1990): Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings. In: Gerber, G. und Sedlak, F. (Hrsg.) (1990): Autogenes Training - mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.
- Sedlak, F. (1999): Wie wirkt die Autogene Psychotherapie? In: Hochgerner, M. und Wildberger, E. (Hrsg.) (2000): Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und Methodenspezifische Denkweisen. Psychotherapeutische Theorie und Praxis. Bd. 5. Wien: Facultas. Universitätsverlag: 330 – 338
- Sedlak, F. (2007): Lernen mit Effekt. Lernmethoden-Tipps für Oberstufe, Studium und Beruf. Wien: BMUKK: 45 – 47
- Sedlak, F. (2008): Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Wien: BMUKK: 30
- Weiss, H. Harrer M. E. und Dietz, T. (2010): Das Achtsamkeitsbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.

## **Ist die ATP eine tiefenpsychologische Methode?**

*Franz Sedlak*

Die Autogene Psychotherapie gehört zu den gesetzlich anerkannten Psychotherapieformen.

Wie keine andere Psychotherapie umfasst die ATP den gesamten Menschen: Der Körper wird in seinen eigenen lebensgesetzlichen (bionomen) Regelungen (etwa der Balance zwischen Spannung und Entspannung) ebenso ernst genommen und in seinen aus ihm selbst entstehenden (autogenen) Äußerungen respektiert, wie das Seelische – sei es im Aufspüren von Fehleinstellungen, die sich somatopsychisch und psychosomatisch auswirken und durch eine autogene Persönlichkeitsentwicklung in konstruktive Lebenshaltungen verändern lassen; sei es durch die Arbeit an tieferen Schichten, deren Verletzungen, aber auch Schätze durch analytisch - imaginatives und - assoziatives Vorgehen. Das ausschließlich übende Autogene Training als Entspannungsverfahren ist nur ein Baustein der Autogenen

Psychotherapie. Die Entspannung als Präventivmaßnahme und als Selbsthilfe im Alltagsstress ist unschätzbar, aber die Autogene Psychotherapie geht weit darüber hinaus, wenn man von den zahlreichen psychischen Implikationen ausgeht, die sich naturgemäß hinter dem Erscheinungsbild vegetativer Dysbalance und Dystonie verbergen. Vom jeweiligen Autogenen Psychotherapeuten ist daher zu fordern, dass er hinter der Kulisse

bionomer Spannungsregulation und optimierter Rhythmik blickt (Grundstufe), zwischen aktiver Expansion und passiver Rückzugsbewegung balancieren hilft (Mittelstufe) und sowohl die frühen Erfahrungsmatrizen als auch die zukünftigen Entwicklungspotentiale wahrnimmt und therapeutisch verwertet (Oberstufe). Ausgehend von einer 1. basalen Eutonisierung, der ein psychisches Korrelat der bionomen Balance entspricht, 2. überleitend zu einerseits desensibilisierenden Problemdistanzierungen und andererseits prägnanten formelhaften, prozesshaften Selbstdefinitionen (formelhafte Vorsatzbildung) bis 3. zur Bearbeitung der in der bildhaft - imaginativen Assoziationsmethode gewonnenen Symbole erweist sich das Autogene Training als ganzheitlich konzipierte Methode, die sich durch den Stufenaufbau der drei Bausteine besonders gut auch für sehr frühe, präverbale Störungen eignet. Die Sprachlosigkeit in der Kommunikation mit anderen aber auch mit sich selbst führt zur Körpersprache des Verdrängten bzw. Unausdrückbaren. Indem der Körper als Medium des Selbstkontaktes und der Verständigung mit anderen wieder gewonnen wird, kann auch die Sprachlosigkeit überwunden werden. Wir können in der Autogenen Psychotherapie verschiedene Indikationsstufen unterscheiden: So die Grundlegung der Balance zwischen Energieeinsatz und Energieaufbau, zwischen erhöhter Selbstverfügung und ausgewogener Resonanz auf die Umwelt in der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie; damit ist ein großer Schritt in die Selbstheilung gesetzt. In der Mittelstufe wird die höhere Autonomiegewissheit und Selbstverfügungsfähigkeit sowie höhere Durchlässigkeit für das Aufsteigen lassen von Assoziationen, das Wahrnehmen erfahrungsbedingter Erlebnis - und Verhaltensdeterminanten eingesetzt; hier wird aber besonders die Erarbeitung von Gelassenheit gegenüber Problembereichen sowie die Möglichkeit der Selbstdefinition zum Ausgangspunkt fruchtbarer Veränderungen. Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings ist der Weg zur Rekonstruktion der Persönlichkeit bzw. zum Abbau neurotischer Blockaden. Die Vielzahl bewährter Vorstellungsmotive ermöglicht einen tiefen Zugang zur Psyche. Über diese Stufen ganzheitlicher Psychotherapie hinausgehend kann auch die vom Autor vorgeschlagene Autogene Meditation des Leibes als Existenz Erfahrung aufgegriffen werden. (Sedlak, 1995a und b), die ergänzend zur Schau innerer Bilder im Autogenen Oberstufentraining den Leib nicht nur als Vehikel der Verinnerlichung instrumentalisiert, sondern ihn selbst als einen Ereignisort existentieller Erfahrung begreift und damit aber eine umfassende psychotherapeutisch höchst effektive Neuorientierung des Menschen ermöglicht.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> In der Schwereübung erfährt der Übende die Grenzen, aber auch die Auflösung der Grenzen zwischen Ich und Nicht -Ich (aber nicht im Sinne eines Zerfalls, sondern in Form einer Erweiterung und Überhöhung). Er spürt die Schwerkraft, wie sie auf seinen Leib einwirkt, aber er fühlt sich auch getragen vom Grund, zugleich empfindet er auch Leichtigkeit, Schwerelosigkeit, ein Verschwinden der Grenzen nicht nur durch Verschmelzung, sondern durch Ablösung. Die Schwereübung

## Zuordnung der ATP zu bestimmten Richtungen

Manche meinen, dass die ATP eher humanistischen oder existenziellen Verfahren zuzurechnen sei als tiefenpsychologischen Schulen. Die ganzheitliche Ausrichtung der ATP und ihre Betonung der autonomen (autogenen) Persönlichkeitsentfaltung ist durchaus

„humanistisch“, aber die Zuordnung zu humanistischen Methoden z.B. auf der ausschließlichen Betrachtung einer Komponente der ATP, der so genannten Mittelstufe, wäre ein Induktionsfehler, ein pars - pro - toto - Fehler. Denn die in der Mittelstufe des Autogenen Trainings aufsteigenden, oft problembesetzten Gedanken, Gefühle und Bilder werden aus

einem inneren Zustand der Gelassenheit und Ruhe betrachtet und können in einem Nachgespräch bearbeitet werden, um Angst - und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen zu erreichen. Dies ist aber nur eine Komponente der ATP. Sie hat nicht nur einen präsentischen oder prospektiven Fokus, sondern hält die Rückschau auf die bisher gesammelten Lebenserfahrungen für notwendig. Die Behandlung von pathogenen Entwicklungen erfordert nach Auffassung der ATP eine über die präsentische oder auch prospektive Orientierung hinausreichende retrospektive Perspektive und Erfassung der biografischen Anamnese und die Aufarbeitung von Konfliktmaterial oder traumatischen Belastungen. Die in der Grundstufe erworbene Fähigkeit zur Selbstentspannung und die in der Mittelstufe eingeübte Beibehaltung von Ruhe und Gelassenheit trotz Herandrängens problematischer Einfälle und Themen ermöglicht, dass der Patient offen bleibt für die durch bestimmte Motivvorgaben angeregten aufsteigenden Symbolbilder. Diese sind Ausdruck subjektiver Erfahrungen bzw. Erlebnisse vom Beginn unserer Existenz an. Mit dem "Gedächtnis des Organischen" kann man gerade durch das Autogene Training auch in präverbale Bereiche gelangen so dass Erinnerungspuren spezifischer Reiz -Entspannungs -Schemata oder Reiz -Spannungs -Schemata bearbeitet bzw. verinnerlicht werden können. Andererseits entwickeln sich mit Hilfe der differenzierten somatopsychischen Wahrnehmung die Ichfunktionen in dem Maße, wie es in der therapeutischen Beziehung gelingt, über große Bedürfnisspannungen

---

vermittelt somit die leibhaftige Erfahrung des Ineinanderfallens von Gegensätzen, oder in anderen Worten die schwingende

Bewegung zwischen Gegenpolen. Denn nicht nur die Empfindung von Gewicht und Gewichtslosigkeit ist spürbar, sondern auch Zielbewusstheit und Zeitvergessen, Anheben und Absenken der Sinnesreizschwellen. In der Wärmeübung erlebt der Übende seine innige Verschränkung mit der Umwelt. Die Wärme im Außen und die Wärme im Innen sind relational, sie bedingen einander. So vollzieht der Übende das Begreifen, dass Selbstwahrnehmung und Selbstdefinition unlösbar verbunden sind mit "Welt"Wahrnehmung und "Welt"Definition. In den rhythmischen Übungen (innere Einstellung auf das Erleben von Herz und Puls sowie das Erleben des Atemflusses) spürt der Übende dem Geheimnis des Lebens nach. Er nimmt die Pulswellen wahr und somit die Gezeiten des Blutkreislaufes. Er spürt im Einatmen und Ausatmen den Wechsel von Fülle und Leere, den Austausch mit der Umwelt. Im Wechselspiel der Einstellung auf die Körperperipherie und die Leibesmitte erfährt der Übende die Verbindung von Innen und Außen, Kern und Schale, Ich und Selbst. Die Vergegenwärtigung angenehmer Stirnkühle ist Anzeichen intensiver, bewusster Präsenz und tiefer Konzentration. Der Übende erlebt kein präpersonales Versinken in einem Meer spannungsfreier Formlosigkeit, sondern in Annäherung den Zustand höchst bewusster Individualität, zugleich aber auch Durchströmt -Sein vom Sein (Personalität) und Aufgehoben -Sein in einem größeren Gesamten. In der Aktivierung erlebt der Übende leibhaftig Intentionalität: Das kraftvolle Anspannen der Muskeln, das tiefe Einatmen und Vollpumpen mit Luft, das in die Welt expandierende Ausdehnen und Strecken: All dies sind Signale für die aktive Begegnungsbereitschaft.

konstruktiv zu bearbeiten. Wohl gibt es Bausteine, die für sich genommen durchaus eine Verwandtschaft zu humanistischen oder existenziellen Methoden nahe legen könnte. Derartige Wechselbezüge wird es in jeder Therapie auf Grund ihres ganzheitlichen Ansatzes geben und geben müssen. Das Fundament der gesamten ATP ruht aber auf dem tiefenpsychologischen Verständnis auf.

## **Psychodynamische Arbeitsprinzipien in der ATP**

In der Therapie werden die Prinzipien der Psychoanalytischen Theorie genutzt, z.B. werden die Affekte nicht bloß als angeborene Reaktionsmuster angesehen, sondern als frühe grundlegende Orientierungsmechanismen bewusst gemacht. Emotionale Autonomie wird gefördert durch eigenständige Handlungsvollzüge, zunächst in Gegenwart der primären Bezugsperson. Die Autonomieförderung, die Ausarbeitung der adäquaten Affektsteuerung, die Hinwendung zu reifen Objektbeziehungen, all dies ist der ATP in ihrem bionomen und autogenen Ansatz sowohl in der Grundstufe, Mittelstufe, als auch in der Oberstufe ein

Grundanliegen. Die Oberstufe bedarf wie der Nachtraum der Entzifferung ihrer Aussagen. In der nachträglichen assoziativen Beschäftigung kommt es für den Betroffenen nicht selten zu den so genannten "Aha" - Erlebnissen. Die Oberstufe der ATP bietet die Möglichkeit, Aussagen des Unbewussten mit einer methodischen und fortlaufenden Arbeit zu gewinnen. Als Behandlungstechnik kann die Oberstufe in einer Reihe gesehen werden mit allen

tiefenpsychologischen Therapien, die sich der Äußerungen des Unbewussten annehmen - gleichgültig, wie sie gewonnen wurden - und sie mit den anerkannten und bewährten drei klassischen Schritten der analytischen Technik bearbeiten: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. Wallnöfer hat eine "Analytische Oberstufe" entwickelt, in der unter anderem auch psychoanalytische Techniken, unter strenger Beachtung des Autogenen in der Übung selbst, verwendet werden. Wallnöfer hat die "analytische Oberstufe" 1972 erstmals beschrieben. Es wird betont, dass es sich dabei um ein tiefenpsychologisch fundiertes

Verfahren handelt, das vom Therapeuten entsprechende Vorkenntnisse sowie Erfahrungen im Umgang mit Symbolik und Gruppendynamik erfordert. Bei der Oberstufe des Autogenen

Trainings steht das Spontanerleben im Vordergrund. In der Oberstufe des Autogenen Trainings steuert allein das Unbewusste des Patienten.

Hinsichtlich seiner Wirkung mögen folgende Beispiele genügen: (1) Katharsis und Mikrokatharsis, (2) Einsicht in eigene Erlebens - und fixierte Verhaltensweisen, (3) Auffinden kreativer Lösungen, (4) Bearbeitung von Trauer, (5) Arbeit mit Regression und Progression,

(6) spontane Korrektur von emotionalen Erfahrungen, (7) erlebte Ambivalenztoleranz, (8) Antizipation usw. Wie sehr die ATP tiefenpsychologische Vorgänge zur Manifestation bringt, zeigt der Arzt und Psychoanalytiker G. Kühnel auf. Er beschreibt, wie Randschichtkinder, die durch die ungünstigen Milieubedingungen auf Kampf und Abwehr eingestellt sind, durch die Entspannung plötzlich einen ganz neuen Zugang zu sich selbst und anderen gewinnen. Die Wirkungen waren durchaus denen einer Tiefenanalyse vergleichbar. (Kühnel in Langen, 1976). (G. Kühnel: Autogenes Training und Psychoanalyse. In: Langen 1976, Seite 131). Der tiefenpsychologische Charakter der ATP ist kein spät

entdeckter, aufgepropfter, sondern ist ein bereits von seinem Urheber vorgedachter Wesenszug. Dies zeigt sich u.a. in der durch die besondere Methodik angestrebten Herabsenkung des Ich -Bewusstseins und der damit verbundenen Sekundärprozesshaftigkeit. I. H. Schultz beschreibt das tiefe Erleben im Verändern, Verlieren und Wiedergewinnen der Ichgrenzen bzw. Leiblichkeitsgrenzen durch die autogene Tiefenentspannung. In seinem Grundlagenwerk (1976, Seite 372 ff) weist er auf Fenichel hin, der bereits 1927 (im Vortrag auf dem 10. Internationalen psychoanalytischen Kongress "über organlibidinöse Begleiterscheinungen der Triebabwehr") von kortikalbedingten Änderungen der kortiko -subkortikalen

Tonusverteilung spricht, deren wesentlicher Effekt eine funktionelle Beeinträchtigung der Willkürbewegungen durch erhöhte Muskelspannung oder durch Abwechslung von erhöhter und herabgesetzter Muskelspannung ist. Dabei handelt es sich psychoanalytisch gesehen um eine Funktionseinschränkung des Ichs, um eine Hemmung. Auf die entsprechende Anspannung folgt wieder die lösende Entspannung. Hält eine Spannung zu lange an, ist das Gleichgewicht gestört. Die andere Seite unseres Lebens kommt zu kurz. Wird das Gleichgewicht immer wieder gestört, antwortet der Mensch mit Unruhe und Nervosität. Er kommt mit sich selbst und seiner Umwelt, seinen privaten und beruflichen Anforderungen nicht mehr zurecht. Aus der Disharmonie heraus kann es zur Entwicklung von Ängsten, Aggressionen und Depressionen, zu psychoreaktiven Erscheinungen kommen. Für Fenichel ist es dabei sehr wahrscheinlich, dass solche dystonischen Erscheinungen von der Triebabwehrtätigkeit, speziell Verdrängungstätigkeit des Ichs abhängen. Die Verdrängung besteht in einer Abhaltung gewisser Regungen von Motilität. Das Ich des Kindes wird ja dazu angehalten, motorische Impulse der Autoerotik, Aggressionen etc. zu unterdrücken. Der Verdrängungskampf zwischen besetztem Trieb und Gegenbesetzung des Ichs kann sich deshalb physiologisch, wenn überhaupt, nur in funktionellen Veränderungen der Skelettmuskulatur widerspiegeln. Dies zeigt sich umgekehrt auch darin, dass, wenn im psychokathartischen Behandlungsverfahren an ein bedeutungsvolles Trauma gerührt wird, Affekte zur Abfuhr gebracht werden. Der Dystonus hält Verdrängtes in der Verdrängung, kann als ein physisches Korrelat des Verdrängungsaufwandes angesehen werden. Die Muskeldystonie hält ein Quantum Libido unzweckmäßigerweise durch den Kampf zwischen Trieb und Triebabwehr gebunden. Analog kämpfen daher im dystonischen Muskel Bewegungsimpuls und Bewegungshemmung miteinander. Damit ist nun nicht behauptet, dass es nicht auch Verspannungen rein somatischen Ursprungs gäbe, aber in ganzheitlicher Sicht erweist sich die Korrelation zwischen psychischen Prozessen und physischen bzw. physiologischen Begleiterscheinungen als gesicherter Tatbestand. Eine Veränderung des Dystonus in einen Etonus ließe daher schon bei bloß somatischer Perspektive der Grundstufe des Autogenen Trainings dementsprechende positive korrelative Veränderungen im psychischen Haushalt bzw. Ansätze dazu erwarten; doch die Grundstufe des Autogenen Trainings ist kein somatisch orientiertes Entspannungsverfahren, sondern der erste Baustein einer Psychotherapie -Methode, die eine umfassende Rekonstruktion der Persönlichkeit ermöglicht. Heinz Müller -Pozzi beschreibt (1995, Seite 67) den Primärprozess als Bindeglied zwischen Psyche und Soma zwischen den kognitiven Vorgängen des Bewusstseins und den physiologischen Abläufen im Nervensystem: Für ihn sind am „Körperlernen“, ohne das Fertigkeiten und die im Alltag so nützlichen Automatisierungen gar nicht möglich wären, unbewusste Prozesse entscheidend beteiligt.

## **Die Symbolarbeit in der ATP**

Die in der Oberstufe des Autogenen Trainings gesammelten traumähnlichen Symbolgehalte aufsteigender Bilder, Gefühle und Gedanken sammelt der Patient während und zwischen den Behandlungsstunden, so dass sich ein reichliches Material für die Interpretation und Aufarbeitung ergibt. Die autogene Psychotherapie verfügt daher (über die verbale Assoziationsmethode der Psychoanalyse hinausgehend) über eine bildhaft - imaginative Assoziationsmethode, wobei Erinnern und emotionales Wiederholen der Wachtraumerlebnisse der autogenen Oberstufe oft auf eine sehr plastische und dramatische Weise geschehen. Die ATP als tiefenpsychologische Methode hat der Psychoanalyse viel zu verdanken, andererseits aber eine eigenständige Zugangsweise zur Psyche entwickelt.

Hartmut Kraft (1982) schreibt: Erinnern und emotionales Wiederholen geschehen während der Wachtraumerlebnisse auf eine sehr plastische und dramatische Weise. Dies kann als ein Vorteil der bildhaft -imaginativen Assoziationsmethode gegenüber der verbalen Assoziationsmethode angesehen werden. Durch die Eigenart der geübten

Technik, das bewusste Provozieren traumähnlichen, ansonsten verdrängten Materials, wird zunächst ein Teil des Widerstands beim Üben umgangen, der Zugang zu inneren Konflikten, zum Unbewussten allgemein ist direkter als z.B. in einer klassischen Psychoanalyse. Widerstands - und Übertragungsphänomene, denen das Hauptaugenmerk der Psychoanalyse heutzutage gilt, zeigen sich dann aber deutlich während der Bearbeitung der bildhaften Erlebnisse. Wie weitgehend eine Bearbeitung mittels Gegenübertragung und Deutung erfolgt, muss im Einzelfall geprüft werden. In Anbetracht der Reichhaltigkeit des zutage tretenden Materials erscheint eher eine zurückhaltende und vorsichtige Vorgehensweise angezeigt.

## **Der ganzheitlich - tiefenpsychologische Ansatz der ATP**

Ausgehend von einer basalen Eutonisierung (der ein psychisches Korrelat entspricht), überleitend zu einerseits Problemabstufungen und andererseits prägnanten formelhaft, prozesshaften Selbstdefinitionen (formelhafte Vorsatzbildung) bis hin zur Bearbeitung der in der bildhaft -imaginativen Assoziationsmethode gewonnenen Symbole zeigt sich das Autogene Training als ganzheitlich konzipierte Methode, die sich durch den Stufenaufbau der drei Bausteine besonders gut auch für sehr frühe, präverbale Störungen eignet. Das Wesentliche des Autogenen Trainings als Psychotherapie ist daher nicht die Entspannung und nicht die Autosuggestion, sondern die gestufte Heranführung an die Bearbeitung belastenden psychischen Materials. Es ist nicht die Entspannung bzw. die sie herbeiführende oder begleitende Regression Hauptziel, sondern die Zugänglichkeit zur tieferen Schichten des Erlebens: Die ATP ist eine tiefenpsychologisch fundierte Methode. Dabei wird besonders auf die theoretischen Konzepte der Psychoanalyse Bezug genommen, aber es werden auch Erkenntnisse der analytischen Psychotherapie nach Jung, sowie anderer wichtiger Ansätze berücksichtigt. Die ATP ist eine Methode, deren hoher Wert erst nach und nach geschätzt werden wird. Sie ermöglicht die Betreuung von Patient/inn/en (auch insbesondere von Kindern und Jugendlichen), die sich für andere Methoden der Psychotherapie nicht aufschließen würden: Der gestufte langsame Zugang über die ersten beiden verdrängten Bausteine (bionome Entspannung finden bzw. sich selbst durch Vorsatzformeln „coachen“) ermutigt zu einem weiteren Schritt: Der Oberstufe. Auch hier sind es die behutsamen Schritte über die Motive der Farbe, Form etc., die ein langsames, evolutives Eindringen in die Welt der eigenen Psyche ermöglichen. Dazu kommt, dass der/die Patient/in sich durch die Übungen zu Hause als aktiver Mitgestalter erlebt.

### Literatur

- GERBER, G., SEDLAK, F. (Hrsg.) (1990): Autogenes Training - mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.
- KÜHNEL, G. (1976): Autogenes Training und Psychoanalyse. In: D. Langen (Hrsg.): Der Weg des Autogenen Trainings, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, Seite 131.
- KRAFT, H. (1982): Autogenes Training, Methodik und Didaktik, Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- MÜLLER -POZZI, H. (1995): Psychoanalytisches Denken, Verlag H.Huber, Seite 67.
- SCHULTZ, I. H. (1951): Zum Problem der „Somatisierung“ besonders in Hypnose und Autogenem Training, Psychologische Rundschau, 2, S.204 -212, zitiert aus: D. Langen (Hrsg.): Der Weg des Autogenen Trainings, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt 1976, Seite 165.
- SCHULTZ, I. H. (1951): Bionome Psychotherapie. Stuttgart.
- SCHULTZ, I. H. (1964): „Das autogene Grundprinzip“. In: Praxis der Psychotherapie IX/64.
- SCHULTZ, I. H. (1976): Das Autogene Training, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- SEDLAK, F. (1981): Gedanken zum dialogisch -kommunikativen Charakter des Autogenen Trainings. In: "Ärztl. Praxis u. Psychotherapie" Heft 1/1981. Hrsg. v. d. Österr. Gesellschaft f. Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie. Wien.

SEDLAK, F.(1987): Vom Dabeisein zum Dasein. In: PESENDORFER (Hrsg.): I. H. Schultz zum 100. Geburtstag. Literas Universitätsverlag, Wien.

SEDLAK, F. (1990b): Wärme, Rhythmus und Konstanz. Das Konzept von Günther Bartl als Urmatrix therapeutischer Begegnung. In: GERBER, G., SEDLAK, F. (Hrsg.) (1990): Autogenes Training mehr als Entspannung. E. Reinhardt, München.

SEDLAK, F. (1994): Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym - imaginative Psychotherapie – Hypnose. Imagination, 4/1994.

SEDLAK, F. (1995a): Die Autogene Meditation des Leibes als Seins - bzw.Existenzerfahrung. In: Imagination 2/1995 Wien: Facultas.

SEDLAK, F.(1995b): Die Autogene Meditation des Leibes. In: E. Zundel u. P. Loomanns: Im Energiekreis des Lebendigen. Körperarbeit und spirituelle Erfahrung. Freiburg: Herder.

SEDLAK, F., GERBER G. (1998): Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien: Facultas Universitätsverlag.

WALLNÖFER, H. (1979): Was ist bionome Psychotherapie? Festvortrag zum 10.int.Seminar für AT und allg. Psychotherapie. Bad Gastein

WALLNÖFER H (1990): Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings. In: GERBER, Gisela, SEDLAK, Franz (Hrsg.). (1990). Autogenes Training - mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.

Wesentliche Gedanken dieses Beitrags wurden bereits vermittelt in: Hochgerner/Wildberger(Hrsg.), Was heilt in der Psychotherapie. Facultas – Verlag, Wien, August 2000 sowie in Imagination 2003/1.

## ***TEIL 2: DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE, EXPERIMENTELLE UND EVALUATIVE GRUNDSATZBEITRÄGE ZUR PRAXIS DER AUTOGENEN PSYCHOTHERAPIE***

### **Zur Dokumentation von Wirksamkeitsnachweisen anerkannter wissenschaftlicher Psychotherapiemethoden**

*Franz Sedlak*

Alle Aussagen beziehen sich auf die ATP als von der fachspezifischen Ausbildungseinrichtung vermittelte und anerkannte, wissenschaftlich Psychotherapiemethode. Es handelt sich um das Formblatt A des BMG. Die Fragen wurden in einfache Überschriften modifiziert.

#### **1.Die Sichtweise zur Beurteilung der Wirksamkeit**

Jeder Mensch strebt nach Befriedigung seiner Bedürfnisse und Motive. Bedürfnisbefriedigung kann dabei sehr unterschiedlich erfolgen: Die Intervalle, in denen eine Bedürfnisbefriedigung erfolgreich ist, können leicht bis stark schwankend sein, dadurch kann Frustration, Unsicherheit, Verzagtheit oder Aggressivität aufgebaut werden. Es ist einsichtig, dass ein vorübergehender Bedürfnisaufschub zunehmende Bedürfnisintensität, Stress bewirken kann; allerdings kann sich die Gesamtbedürfnislage aufgrund langer Deprivationsfolgen verändern.

Die Bedürfnis- und Motivbefriedigungsmethoden bzw.- erfahrungen und die dabei vorhandenen situativen Begleitumstände werden gedächtnismäßig gespeichert und die dabei gelernten Verknüpfungen von Handlungen und deren Folgen auch auf weitere Situationen übertragen, bis durch eine Krise eine Neuanpassung notwendig wird. Frühe Erfahrungen bilden somit die Matrix für spätere Erfahrungen. Schmerzen und fehlende Bedürfnisbefriedigung führen zu einem inneren Alarmzustand, zu Ambivalenzen, und im Falle der Nichtentrinnbarkeit zu inneren Schutz- und Abwehrmechanismen. All dies zeigt sich in mannigfacher Weise in körperlichen Befindlichkeits- und Erlebenskorrelaten, z.B. auch in Tonusirregularitäten. Hinter dem Erscheinungsbild vegetativer Dysbalance und Dystonie verbergen sich daher viele psychische Implikationen. In der *Grundstufe* wird mittels einer naturwissenschaftlich- empirisch fundierten Methode durch Drosselung des Informationsflusses zum Zentralnervensystem über die unmittelbar beeinflussbaren Informationskanäle (Immobilisierung, Schwere-, Wärme- und Atmungserlebnis) ein Entspannungszustand erreicht, der ein Instrument darstellt für eine basale Veränderung des Dystonus in einen Etonus mit der auch eine basale Lockerung psychischer Hemmungen und Verdrängungen korreliert.

In ganzheitlicher Sicht erweist sich die Korrelation zwischen psychischen Prozessen und physischen bzw. physiologischen Begleiterscheinungen als gesicherter Tatbestand. Eine Veränderung des Dystonus in einen Etonus ließe daher schon bei bloß somatischer Perspektive der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie dementsprechende korrelative Veränderungen im psychischen Haushalt bzw. Ansätze dazu erwarten; doch die Grundstufe der Autogenen Psychotherapie ist kein somatisch orientiertes Entspannungsverfahren, sondern der erste Baustein einer Psychotherapie-Methode, die eine umfassende Rekonstruktion der Persönlichkeit ermöglicht. Ein zweiter Baustein (*Mittelstufe*) der Autogenen Psychotherapie besteht darin, in der autogenen Sammlung und Ruhe nicht nur die Entspannung und Problemabschaltung zu suchen bzw. eine neue innere Balance zu finden, sondern Gedanken und Bilder aufsteigen zu lassen. Dabei werden diese aufsteigenden, oft problembesetzten Gedanken, Gefühle und Bilder aus einem inneren Zustand der Gelassenheit und Ruhe betrachtet und können in einem Nachgespräch bearbeitet werden. Hauptansatzpunkt ist einerseits, Angst- und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen zu erreichen; andererseits kommt es zum Verwerten der im Entspannungszustand leichter zufließenden Gedanken, Gefühle und Bilder für die Sammlung von persönlich relevanten Einfällen, die aber vorwiegend noch nicht auf frühere Erlebnisse hin analysiert werden, sondern in einer prospektiven, kompensatorischen und supportiven Weise aufgegriffen werden: D.h. es wird bewältigungsorientiert, ressourcenorientiert vorgegangen.

Das Nachgespräch mündet im Versuch, durch eine persönliche "Formel", durch ein persönlich formuliertes Leitmotiv des Patienten neue Verhaltensziele anzupeilen bzw. neue Verhaltenseinstellungen und -möglichkeiten zu probieren.

Die "Formelhaften Vorsatzbildungen" sind als Ergebnisse der kontinuierlichen Selbst-Neudefinierung des Patienten nur unter Bedachtnahme auf weitere wichtige therapeutische Dimensionen der Autogenen Psychotherapie denkbar: In der Oberstufe des Verfahrens kommt es zu tiefgreifenden Änderungen: der Patient gewinnt mehr und mehr Kontakt zu sich selbst und zu seiner Leiblichkeit, seinen Gefühlen, Empfindungen. Die förderliche Therapeut-Patient-Beziehung, insbesondere im Sinne von taking care bzw. einer holding function der Wechsel zwischen regressivem und progressivem Vorgehen, auch die meist rasche idealisierende Übertragung auf den Therapeuten werden genutzt, um die im Entspannungszustand aufsteigenden Symbolinhalte zu analysieren.

## **2.a. Quantitative und qualitative Evaluationsmethoden**

Die Literaturbeispiele zeigen, dass sowohl summative Evaluationsmethoden zur Anwendung kommen als auch formative. Beispiele für summative Evaluationen stellen dar:

- Lytwyn, H; Gruber, St; Herzog, G; Krasser, G; Zöhrer, S (2000) Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome und auf einzelne Stressverarbeitungsaktivitäten bei gesunden Erwachsenen im normalen Alltag.

- Stetter, F; Kupper, S (2002) Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome Studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 27 (1): 45 – 98
- Kircher, T; Teutsch, E; Wormstall, H; Buchkremer, G; Thimm, E (2002) Effects of autogenic training in elderly patients. *Gerontol Geriatr.* 35/2: 157 – 65
- Goldbeck, L; Schmid, K (2003) Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42/9: 1046-54

Formative Evaluationen, d.h. Evaluation durch innere Kohärenz und Schlüssigkeit der Anwendung therapeutischer Interventionen aufgrund des Menschenbilds und der Theoriegrundlagen der ATP. zeigen z.B. die Beiträge

- Bischof, B (2006) Ziele Autogenen Trainings. Grundstufe der ATP. Ziele der Behandlung. *Imagination* 2: 49 – 63
- Bischof, B (2005) Zur Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 74 – 88. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Sedlak, F, Wien
- Sedlak, F (1999) Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung. *Imagination* 4
- Sedlak, F (2005) Der ATP-Würfel für Indikation, Arbeitshypothese und Methodenwahl in der Autogenen Psychotherapie. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 42 - 51. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien
- Sedlak, F (2000) Wie wirkt die Autogene Psychotherapie. In: Hochgerner, M; Wildberger, E Was wirkt in der Psychotherapie. Facultas, Wien

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Falldarstellungen.

## 2.b.Angemessene Evaluationsmethoden

Evaluation zielt auf Qualitätssicherung. Anstelle von Test- Operate- Test- Exit – Vorgangsweisen, die posthoc-Effekte summarisch wiedergeben, empfehlen sich formative, Prozess begleitende Methoden. Besonders sinnvoll erscheint die kontinuierliche Evaluation durch die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsstandards. An diesen Kriterien effektiver, ethischer, ökonomischer Therapie ist in Zukunft zu arbeiten, sie realitätsnäher und praxisrelevanter zu gestalten. Devise: Weg vom abstrakten Output-Interesse unter Laborbedingungen und hin zu einer lebendigen Prozesskontrolle. Diese fortwährende Wachheit ähnelt der in der ATP angestrebten wachen bionomen Bewusstheit der eigenen Körperbefindlichkeit. In den Mittelpunkt der Evaluation sollten nicht nur nomothetische Erfassungen gerückt werden, sondern auch die Einzelperson, ihr idiographisches Erleben.

Ein Metamodell, das auch zur Verbindung nomothetischer Evaluation mit idiographischer Evaluation herangezogen werden kann, ist das MIND-Modell von Sedlak (s. z.B. F Sedlak (Hg) (2007) *Psychologie und Psychotherapie für Schule und Studium*. Wien, New York, Springer). Es erleichtert 1) *die gezielte Analyse, Deskription und Veränderung von Problemfeldern*, 2) *die Stimulation von Optimierungen*, 3) *die Überprüfung und Umsetzung von Vorhaben*. Jede der nachfolgend angeführten 10 Variablen kann als unabhängige oder abhängige angesetzt werden, unter idiografischem (individuellem) oder nomothetischem (regelmäßigem, gesetzmäßigem) Aspekt betrachtet werden. Die 10 Kriterien-Bereiche sind: 1) *Fokus/Abstraktionsgrad*; 2) *Theorie-Praxis/ Zielperspektive*; 3) *Wissenschaftstheorie/Anthropologie*; 4) *Methodik*; 5) *Zeitperspektive*; 6) *Raumperspektive*; 7) *Individuum* (in welcher Weise sind individuelle Bedingungen zu berücksichtigen?); 8) *System*; 9) *Prozess-Ebene*; 10) *Verhaltensmanifestationen*. Die

Variablen 1 bis 4 bilden *das Formalobjekt*, die Variablen 7 bis 10 *das Materialobjekt*. Die Variablen 5 und 6 sind die raumzeitlichen Bedingungen, die „Welt“. Ein Anwendungsbeispiel findet sich in: F Sedlak (2000) *Katathym imaginative Psychotherapie und Gesundheit*. In: HHochgerner, M; Wildberger, E Was wirkt in der Psychotherapie. Wien, Facultas.

Eine große Bedeutung in der formativen, d.h. prozessbegleitenden Evaluation und dem damit verbundenen Streben nach therapeutischen Qualitätsmanagement wird der Aufstellung von Standards bzw. von Leitlinien zukommen (siehe dazu auch: Leitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 1/06. Hans Huber). Dies gilt nicht nur für die Therapie, sondern auch für die Diagnostik (siehe dazu z.B. Sedlak F(2005) Die Verschränkung von Diagnose und Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie. In: Bartuska, Mehta, Pawlowsky und Wiesnagrotzki (Hrsg): *Psychotherapeutische Diagnostik – Leitlinien für den neuen Standard*. Wien, Springer, Seite 69 -74). Qualitative Methoden werden die quantitativen Methoden nicht ersetzen, aber zunehmend bereichern können.

### **3. Wissenschaftliche Untersuchungen im Hinblick auf die Wirksamkeit**

a) Seit mehr als einem Jahrzehnt findet traditionell im Frühjahr ein Internationales Seminar der ÖGATAP mit dem Schwerpunkt Autogene Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie statt – heuer gibt es schon das 13. Internationale Seminar für Autogene Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. Anlass genug, um eine Aufarbeitung der dabei referierten Erkenntnisse und in den Workshops vertieften Anregungen zu den beiden Psychotherapiemethoden zu leisten. Diese soll als Überblicksarbeit die Themenschwerpunkte aufzeigen, Entwicklungen sichtbar machen und aufgeworfene Fragen nochmals stellen – im Sinne von Hypothesengenerierung für weitere Forschungen.

b) Seit rund einem Jahr gibt es Vorbereitungsarbeiten für die Studie „Effektivität der ATP - Oberstufe in Krankenanstalten bzw. anderen Institutionen des Gesundheitswesens“. An der Studie sind etwa 15 LehrtherapeutInnen für ATP beteiligt.

### **4. Möglichkeiten und Grenzen bei Untersuchungen und Aussagen über Effektivität und Effizienz psychotherapeutischer (Kranken)Behandlung**

Wichtig erscheint die Besinnung darauf, welche Merkmale als relevant für Veränderungsuntersuchungen betrachtet werden und welche Eigenschaften dieser Merkmale den Untersuchungen welche Designs aufdrängen. So ist der Zusammenhang zwischen der Forderung der Operationalisierbarkeit und der Begrenzung von brauchbaren Messvorgängen evident, aber stellt längst seit der kognitiven Wende nicht mehr das Monopol wissenschaftlicher Überprüfung dar. Wichtig ist auch in einer Zeit des ökonomischen Diskurses, dass Effizienz, maximaler Output, Sparsamkeit, Geschwindigkeit nicht als die entscheidenden Parameter angesehen werden. Die in der ATP so wichtige Zielverfolgung einer inneren Gelassenheit steht diesem kurzatmigen Paradigma konträr gegenüber. Wichtig ist auch die Frage der ethischen Kompatibilität von Überprüfungsverfahren. Evaluationen, die – wie Placebo- Untersuchungen, die richtige Einschätzung eines Vorgangs unterlaufen, widersprechen Therapieansätzen, für die die innere Stimmigkeit, Resonanz und Kongruenz, die bionome Mitte zentrale Kriterien darstellen.

# **Autogene Psychotherapie mit SchülerInnen**

*Beate Katschnig*

## Einleitung

Die Schulpsychologie-Bildungsberatung befasst sich mit Fragestellungen, die sowohl das Individuum (Eltern, SchülerInnen, LehrerInnen), einzelne Subsysteme (Familie, Klasse, Freundeskreis, Schule) sowie das umfassende System (Schulsystem, Gesellschaft) betreffen. Als eine im Schulsystem integrierte psychosoziale Einrichtung steht sie für Fragen der Prävention, Intervention und Rehabilitation zur Verfügung. Die individuelle, soziale und organisatorische Entwicklung im Lebensbereich Schule wird durch psychologische Beratung, Betreuung und Behandlung gefördert. Fachliche, dienstliche und persönliche Kompetenzen bilden dabei das Fundament der schulpsychologischen Identität (Sedlak, 2000).

Aufgrund der starken Auslastung in der Schulpsychologie-Bildungsberatung (Personalknappheit) sehe ich die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit dem Autogenen Training) als breitenwirksame Möglichkeit, einen therapeutischen Schwerpunkt in meiner Tätigkeit als Schulpsychologin zu setzen, weil sich speziell dieses psychotherapeutische Verfahren optimal für die Prävention, Intervention als auch Behandlung eignet und weiters selbst bei Kurzzeittherapien aufgrund der betont ressourcenorientierten Vorgangsweise im psycho-physischen Bereich gute Erfolge erzielt werden können, wie dies im Folgenden gezeigt wird.

## **1. Die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit dem Autogenen Training)**

Die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit dem Autogenen Training) ist ein tiefenpsychologisch orientiertes Verfahren, dessen Schwerpunkt in der Entwicklungsförderung, durch die Stärkung seelischer und körperlicher Selbstheilungskräfte, liegt.

Das systematische, regelmässige Üben und die Fähigkeit, sich den Empfindungen passiv hinzugeben ("Wer lässt, wird gelassen."), sind Voraussetzung für das erfolgreiche Wirksamwerden der Therapie.

Das Autogene Training (autogen=aus sich selbst heraus entstehend) wurde in den zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts vom Berliner Neurologen J. H. Schultz aus Erfahrungen mit der Hypnose entwickelt. Es stellt ein autohypnoides Verfahren dar, das den Organismus als psycho-physische Einheit betrachtet und der Persönlichkeitsentwicklung dient.

J. H. Schultz (1991) führt folgende Anwendungsbereiche des Autogenen Trainings an:

- psycho-physische Entspannung und Erholung
- Selbstruhigstellung und Dämpfung negativer Affekte (z. B. Ängste)
- Leistungssteigerung (Erhöhung von Konzentrations- und Gedächtnisleistungen)
- Selbstregulation von vegetativen Bereichen
- Schmerzdämpfung
- erhöhte Selbstbestimmung

- verbesserte Wahrnehmung der eigenen Person und damit verbunden die Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit

Man unterscheidet drei Bereiche:

#### Grundstufe

Mit Hilfe von autosuggestiv vorgegebener Standardformeln wird über Beeinflussung des Muskeltonus und des vegetativen Nervensystems ein psycho-physischer Entspannungszustand erreicht.

Das Absinken der Bewusstseinslage und das Eintauchen in das Hypnoid entsprechen einer "Regression im Dienste des Ich" (Kris, 1952). Bei defizitären Erfahrungen von Wärme, Rhythmus und Konstanz (Bartl, 1983) ist schon mit der Grundstufe eine Möglichkeit des Auftankens im Sinne einer korrigierenden Neuerfahrung gegeben.

Ziel der Grundstufe ist das Auffinden der bionomen Mitte, Entwickeln von Selbstakzeptanz und Selbstempathie, sowie das Vertrauen in die eigenen bionomen Regulierungen - Wärme (Sedlak, 2000).

#### Mittelstufe

In der Mittelstufe wird die autogen erreichte Ruhe (Hypnoid) genützt, um aufsteigende konfliktbesetzte Gedanken, Gefühle und Bilder aus einem inneren Zustand der Gelassenheit zu betrachten und damit Angst- und Spannungsreduzierung zu erreichen. Durch individuell stimmige Vorsatzformeln (formelhafte Vorsatzbildung) wird eine entwicklungsfördernde Persönlichkeitsentwicklung angestrebt.

Die Antizipation und die formelhafte Vorsatzbilder ermöglichen als Übergangsbereich im Sinne von Winnicott (1969) einen "potentiellen Raum", in dem die Fähigkeit zur Symbolbildung liegt. Auf der Lösungssuche wird eine Vorstellung libidinös besetzt und als solche allmählich introjiziert (Roßmanith, 1990).

Ziel der Mittelstufe ist die Stärkung der Selbstbehauptung, des Einsatzes von eigenen Fähigkeiten, sicheres flexibles Bewegen zwischen Nähe und Distanz, Expansion und Rückzug - Rhythmus (Sedlak, 2000).

#### Oberstufe

Über die Differenzierung und Intensivierung körperlichen Erlebens entwickelt sich eine innere Welt der Vorstellungen und Gefühle, welche durch die Bearbeitung mit der Oberstufentechnik ergänzt werden kann. In diesem Sinne scheint es besonders wichtig, dass für das Gespürte, Gefühlte und Vorgestellte Symbole, Begriffe und Sprache gefunden werden kann (Reinelt und Gerber, 1990).

Über den Zugang zum Unbewussten in Form von Symbolen wird die Regression in den Konflikt intendiert. Die therapeutische analytische Nachbearbeitung erfolgt durch Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten und kann durch kreatives Gestalten unterstützt werden (Wallnöfer, 1972).

Ziel der Oberstufe ist die analytische Tiefenselbsterfahrung und meditative Selbstentfaltung - Konstanz (Sedlak, 2000).

Dem ganzheitlichen ontogenetischen Entwicklungsmodells "Spüren-Fühlen-Denken" (Reinelt & Gerber, 1984, 1990) folgend, wird der Prozess des Spürens (sinnliche Wahrnehmung) und Fühlens (kreatives Gestalten) durch das Denken (Sprache) ergänzt. Durch das Vermitteln und Erfahren von Wärme, Rhythmus und Konstanz (Bartl, 1983) im therapeutischen Prozess können vorhandene Grundstörungen behoben werden. Das Erlernen eines besseren Umgangs mit Nähe und Distanz (Wärme), Aktivität und Passivität (Rhythmus), sowie in weiterer Folge mit Veränderung und Dauer (Konstanz) wird durch die Autogene Psychotherapie ermöglicht (Sedlak, 1990).

## 2. Die Autogene Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Indikation für den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung mit dem Autogenen Training bei Kindern und Jugendlichen sind sowohl "Verhaltensstörungen" als

auch psychosomatische Störungen. Allen Störungen ist gemein, dass eine dynamische Entwicklung durch konflikthafte Fixierungsprozesse nicht möglich ist. Dabei können in der Beziehung zu anderen, je nach individueller Persönlichkeitsstruktur (Riemann, 1976), Konflikte auftreten, welche sich wiederum in der Symptompräsentation widerspiegeln.

Die Besonderheit in der Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen zeigt sich darin, dass Adaptationen im Setting und in der Didaktik notwendig sind:

die Altersuntergrenze bei neun Jahren angesetzt wird (Biermann, 1996)  
eine einleitende, kurze Heterosuggestion beim Erlernen von neuen Formeln  
vorgenommen wird (Gerber, 1987; Moratelli, 1995)  
Gruppendynamische Prozesse einen grösseren Stellenwert einnehmen als in  
Erwachsenengruppen  
in der Regel symptomheterogene Gruppen bevorzugt werden.  
das soziale Umfeld (Familie, Schule) mitberücksichtigt werden sollte

Meine Vorgangsweise basiert z. T. auf jener in der kindspezifischen Fachliteratur  
vorgeschlagenen (Biermann, 1996; Gerber, 1987; Kruse, 1992; Moratelli, 1995). Es wird  
aber auch die Basisliteratur zum Autogenen Training berücksichtigt  
(z. B. Schultz, 1991; Binder & Binder, 1993; Krampen; 1998).  
Um einen Einblick in die Möglichkeiten mit der Autogenen Psychotherapie im Rahmen der  
Schulpsychologie-Bildungsberatung zu geben, werden eine Einzeltherapie (Simone) und  
der Psychotherapieverlauf zweier Kinder (Peter und Georg), die an einer AT-Kindergruppe  
teilnehmen, beschrieben. Der Name der Kinder wird aus Gründen des Datenschutzes  
geändert.

### 3. Ein Fallbeispiel aus einer Einzeltherapie mit der Autogenen Psychotherapie

SIMONE

#### I. BEFUNDUNG

##### Erstkontakt

Simone, zum Zeitpunkt des Erstkontaktes 15;3 Jahre alt, kommt auf Initiative eines Erziehers, zu einem Erstgespräch an die Schulpsychologische Beratungsstelle. Sie wirkt mit ihrer Nickelbrille, dem dunkelblonden langen, zusammengebundenen Haar und der modischen, in schwarz gehaltenen Kleidung (Kapuzenshirt und Jeans) intellektuell, wie eine burschikose Studentin. Sie ist schlank und ihr Gesicht ist auffallend blass. Sie macht einen aufgewühlten Eindruck und berichtet hastig, mit weinerlicher Stimme über das starke Heimweh (sie fährt nur am Wochenende nach Hause) und der wenig zufriedenstellenden Situation in bezug auf Kontakte mit SchulkollegInnen. Simone macht einen sehr unsicheren Eindruck und weckt bei mir das Bedürfnis, ihr eine Stütze sein zu wollen.

##### Anamnese

Simone ist in einer Kleinstadt, zusammen mit zwei Brüdern (17 und 11 Jahre alt) bei ihren Eltern in einem Einfamilienhaus aufgewachsen.

Den um zwei Jahre älteren Bruder beschreibt sie wie folgt: "Er darf zu Hause alles tun, er ist brutal, ich darf nicht in sein Zimmer". Zum jüngeren Bruder fällt ihr nur ein, dass er immer "Fern" schaut. Sie berichtet, dass sie sich mit ihren Eltern gut versteht. Beide Eltern sind Buchhalter und arbeiten lt. ihrer Aussage zu viel.

Meistens hätte sie in ihrer Kindheit mit Buben gespielt. Sie berichtet über ein gutes Verhältnis zu ihrem gleichaltrigen Cousin, der in der Nähe des eigenen Elternhauses aufgewachsen ist und auch eine Internatsschule besucht und ebenso Probleme damit hätte.

Sie gibt an, dass sie von früher Kindheit weg zu Schlafwandeln und "Schreien im Schlaf" neige.

In der Hauptschule hatte Simone erstmals Probleme mit anderen SchülerInnen. Ihre Freizeit habe sie meistens zu Hause verbracht.

##### Aktuelle Lebenssituation und Symptomatik

Simone besucht die erste Klasse einer höheren Internatsschule des Bundes und leide seit Schulbeginn (seit vier Monaten) unter massivem Heimweh.

Sie hat sich für die jetzt besuchte Schule (überwiegend männliche Schüler) entschieden, weil sie einen Beruf haben möchte, der ihr Spass macht ("ich mag die Natur") und nie von einem Mann abhängig sein will. Das sei, wie sie sagt, auch ihrer Mutter sehr wichtig (*Identifikation mit der Mutter*).

In dieser Schule hätte sie von Anfang an Schwierigkeiten mit der Internats-Hierarchie und den hausüblichen Ritualen unter SchülerInnen gehabt. Sie berichtet, nicht ohne ein wenig stolz darauf zu sein, dass sie sich bei einem Zwischenfall, bei dem sie von zehn anderen SchülerInnen "zwangsgeduscht" werden sollte, so gewehrt habe, dass sie einem anderen Mädchen ein blaues Auge verpasst hätte.

Simone gibt an, dass sie auf Angriffe anderer ihr gegenüber sehr sensibel reagiere und von anderen nicht ernst genommen werde. Dies führe immer wieder zu Konflikten mit anderen. Das sei auch der Grund, warum sie vor kurzem im Internat aus dem Vierer-Zimmer in ein Doppel-Zimmer wechseln durfte. Allerdings gäbe es auch mit der jetzigen Zimmerkollegin Beziehungsprobleme.

Es wird berichtet, dass mehrmals täglich (bis zu achtmal) über das eigene Mobiltelefon mit den Eltern (speziell mit der Mutter) telefoniert wird.

Sie leide unter Kopfschmerzen, Ein- und Durchschlafproblemen und Konzentrationsproblemen. Sie fühlt sich oft einsam und von anderen unverstanden.

Mit ihren schulischen Leistungen sei sie zu diesem Zeitpunkt zufrieden.  
Eine Kontaktaufnahme meinerseits mit den Eltern und/oder der Schule wird von ihr nicht gewünscht, ihre Eltern seien ohnehin von ihr informiert worden.

#### Diagnostik

Durchgeführt wurden:

- projektiver Baumtest (Avé-Lallement, 1996)

Simone zeichnet mit zarten aber sicheren Strichen einen blattlosen Baum, dessen überladene, stark verzweigte Krone zu schwer für den relativ dünnen, etwas kurzen Stamm wirkt. Der Boden wird vom Stamm, der wurzellos ist, nicht berührt. Die dünnen Äste des Baumes drängen links und rechts aus dem Bildrand hinaus und enden am oberen Blattrand. Die linke Seite der Krone ist etwas verzweigter. Betonungen fehlen. Simone möchte sich weiterentwickeln, strebt nach aussen, agiert aber unrealistisch.

- Hamburger Neurotizismustest für Kinder und Jugendliche (HANES-KJ von Buggle/Baumgärtel, 1972)

Es ergeben sich folgende Prozentränge hinsichtlich Neurotizismus N3: 78-89;

Extraversion (E1-E3: 61-77), Labilität: 12-23.

Diagnose: Jugendliche Entwicklungskrise

#### Therapieziele

Ziel der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie (Sedlak, 1990) ist der bessere Umgang mit Nähe und Distanz (Wärme). Damit verbunden ist das Auffinden der bionomen Mitte, Entwickeln von Selbstakzeptanz und -empathie.

Das Erleben des Rhythmus (Aktivität und Passivität) ist - gerade bei Kindern und Jugendlichen - ein wesentliches Therapieziel und findet in der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie (Sedlak, 1990) seinen Ausdruck. Die progressiv orientierte Persönlichkeitsentwicklung steht im Zentrum der Mittelstufe.

Durch das Akzeptieren der eigenen Person wird in weiterer Folge eine Hinwendung zu anderen möglich. Dadurch wäre bei Simone die Chance zu zufriedenstellenderen sozialen Beziehungen möglich.

Simone wünscht sich ein besseres Selbstvertrauen, einen besseren Kontakt zu den anderen SchülerInnen und dass sie besser mit der Trennung von ihrer Familie umzugehen lernt.

#### Prognose

Der systemische Einfluss bei der Aufrechterhaltung der Krise ist nicht unwesentlich (symbiotische Mutter, Cousin empfindet ähnlich). Eine Besserung der Symptomatik ist zu erwarten, wenn die Mutter bereit ist, loszulassen und die Autonomiebestrebungen bei Simone stark genug sind.

#### Arbeitsbündnis

Es werden, nach der ersten Stunde noch sechs Einzelstunden à 45 Minuten/Woche vereinbart und selbständiges Trainieren (dreimal täglich) zu Hause vorgeschlagen.

Die Verschwiegenheitspflicht wird thematisiert, Simone bekommt meine Visitenkarte, um jederzeit anrufen zu können.

Der Therapieablauf richtet sich nach Schultz (1991), die Atemübung wird jedoch vor der Herzübung durchgeführt (Binder und Binder, 1993). D. h. auch, dass die Formeln von mir nur vorgegeben, von ihr selbst autosuggestiv eingesetzt werden. Das kreative Gestalten (Gerber, 1987; Wallnöfer, 1972) wird angeregt.

#### Theoriegrundlage

Die Pubertät impliziert das Aufgeben infantiler Bindungen, die Identitätsfindung und Entwicklung der Genitalität. Jakobson (1973) betont einen besonders wichtigen Punkt in dieser Entwicklung: In dem Maße, in dem der Pubertierende sich von seinem infantilen Liebesobjekt trennt, werde er gezwungen, durch ein verlängertes Stadium der Intensivierung narzisstischer Ziele durchzugehen und zwar - vorübergehend - auf Kosten der echten Objektbeziehungen. Während die Pubertät die biologischen Reifungsprozesse umfasst, ist die Adoleszenz ein kulturell geschaffener Zwischenraum an der Nahtstelle zwischen Kindheit und Erwachsenenwelt.

Die Gruppe Gleichaltriger, die sog. "peer-group", hat als Übergangsobjekt eine stabilisierende Funktion und steuert zur Regulierung des Selbstwertgefühls bei.

Arbeitshypothese: Mit Hilfe der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie kann Simone den regressiven (Stadium der Symbiose) und den progressiven Prozess (Stadium der Separation-Individuation nach Mahler; 1980) wieder- bzw. auf neue Art erleben (Kraft, 1989). Der vorliegende Konflikt Genitalität und Identität vs. infantiler Bindungen und Identitätsdiffusion (Mentzos, 1998) kann mit der Grundstufe gut bearbeitet werden.

## II. BEHANDLUNG

Gesamtüberblick (Therapieverlauf im Längsschnitt)

Simone nahm an sieben Therapieeinheiten (Grundstufe der Autogenen Psychotherapie mit der formelhaften Vorsatzbildung) teil.

Es wurden im gesamten Verlauf keine Widerstände in bezug auf die Realisierung der Übungen festgestellt. Das deutet auf ein positives Übertragungsgeschehen hin.

Im Laufe der sieben Wochen erfolgte ein sichtbarer familiärer Loslösungsprozess, bedingt durch therapeutische Prozesse (Förderung der Ich-Stärke) und durch unterstützende Kontakte mit Gleichaltrigen. Ihre gemalten Bilder nach der Entspannung deuten ebenfalls auf einen förderlichen Therapieprozess hin.

Therapieverlauf im Querschnitt

Aus Zeitgründen wurde schon in der ersten Stunde mit der theoretischen und praktischen Einführung in die Grundstufe der Autogenen Psychotherapie begonnen.

*Schwere-Übung*: Simone berichtet, dass zuerst ihr rechter Arm schwer gewesen sei und sie dann "total müde" geworden sei und es angenehm für sie war.

2. Stunde

Simone kommt wieder schwarz gekleidet, zur Tür herein. Sie schaut sich genauer im Raum um, ihre Stimme ist gefestigter.

Sie berichtet, dass sie die Mathematik-Schularbeit "verhaut" habe, weil sie in der Vorbereitungszeit Kopfschmerzen (sie verwendet Mexalen-Tabletten) hatte und sich nicht konzentrieren konnte (dabei zwickt sie sich in die Wange).

Ein Sitznachbar hätte versucht, ihr zu helfen. Auf die Frage, wie das Klassenklima sei, antwortet sie mit "gut". Die Buben (es sind nur drei Schülerinnen in der Klassen) wären in Ordnung.

Ihre Zimmer-Kollegin hatte in den letzten Tagen starken Husten und deswegen konnte sie in der Nacht, trotz Ohropax, nicht schlafen. Das hätte wiederum zu Streitigkeiten geführt. Am Freitag gäbe es deswegen ein Gespräch mit dem Erzieher und der Zimmer-Kollegin.

Bericht über die *Schwere-Übung daheim*: Simone gibt an, dass es ihr beim Training wärmer geworden sei, auch in den Zehen, wie sie sagt. In der Früh hätte sie es nie probiert. Beim Einschlafen war es ganz toll.

*Wärme-Übung*: Simone berichtet wieder, dass sie sich wohl gefühlt hat und die Wärme in den Fingern und Zehen spürbar war. Beim anschliessenden kreativen Gestalten, zeichnet sie mit Buntstiften einen gelben Kreis, umgeben von einem orangen, roten und abschliessend einen schwarzen Rand (Anhang, Abb. 1).

Das Bild ist sehr zentriert vermittelt durch die grosse weisse Fläche um den Kreis Einsamkeit. Durch die Farbgestaltung wird ein aggressiver, sich abgrenzender Eindruck vermittelt.

Sie sagt, dass für sie gelb, orange und rot für Wärme stehen, schwarz hingegen für Kälte. Dabei fällt ihr ein, dass sie sich oft schwarz kleidet, sie aber nicht weiss warum. Bei der Kleidung gefällt ihr schwarz, auch andere kleiden sich so.

Danach bleibt noch Zeit, über ihr Heimweh zu sprechen. Sie sagt, dass, wenn sie sich nicht dauernd zu Hause melden würde, die Beziehung zur Familie anders werden könnte (*Autonomie vs. Abhängigkeit*). Ihre Mutter hätte Angst, dass sie nicht mehr nach Hause kommt.

Sie wiederholt auch wieder, dass sie in die Schule gehen muss, um nicht von einem Mann abhängig zu werden, betont aber, dass sie die Schule abschliessen möchte.

Ich schlage vor, KollegInnen zu fragen, wie es ihnen mit der Situation (Trennung von der Familie) geht. Vielleicht würden sich dadurch andere Perspektiven ergeben. Denn: Wo nur ein Weg.. Simone ergänzt schnell: "...kann man nur diesen gehen".

Im Sinne einer förderlichen Persönlichkeitsentwicklung wird die formelhafte Vorsatzbildung in das Training integriert, zumal Simone gut auf die Grundstufe anspricht. Formelhafte Vorsatzbildung

Nach einer kurzen Beschreibung der formelhaften Vorsatzbildung, schreibt Simone zunächst stichwortartig ihre Ziele auf: mutig, kein Heimweh, mehr Selbstvertrauen, fühle mich wohl, selbständig und findet schliesslich selbst ihren formelhaften Vorsatz:

Ich bin mutig und selbständig!

Sie lässt diesen Satz in der Entspannung auf sich wirken und kann diesen gut annehmen.

3. Stunde

Simone sagt gleich zu Beginn, dass es ihr jetzt besser geht und sie weniger Heimweh hat.

Das Gespräch mit dem Erzieher und der Zimmer-Kollegin sei in Ordnung gewesen, sie hätten beschlossen, in Zukunft mehr Verständnis für den anderen zu zeigen.

Sie berichtet, dass sie jetzt viel besser schlafen könne. Wenn sie in der Nacht munter wird, trainiert sie und schläft bald wieder ein. Wenn sie am Wochenende mit dem Zug nach Hause fährt, verkürzt sie sich die Zeit, indem sie sich entspannt.

Die anderen Fahrgäste wären ihr egal. In der Früh falle ihr das Aufstehen leichter, wenn sie noch im Bett trainiert hat.

Atemübung: Simone gibt an, dass sie sich vorgestellt hat, in einem Boot zu liegen und auf den Wellen hin und her zu schaukeln. Es sei sehr angenehm gewesen.

Sie zeichnet einen stimmungsvollen Sonnenuntergang am Wasser (Anhang, Abb.2).

Es ist ein harmonisches abgerundetes Bild. Es könnte bedeuten, dass sie bereit ist, sich zu entfalten.

In der verbleibenden Zeit wird die ständige Kontaktsuche zu ihren Eltern via Handy thematisiert, auch ob ständig-in-Kontakt-Sein gleichzusetzen sei mit der Beziehungsqualität.

Die Beobachtung und Befragung anderer MitschülerInnen wurde wieder angeregt.

4. Stunde

Simone berichtet wieder, dass es ihr gut gehe. Kontakte zu anderen (auch zu ihrer Zimmerkollegin) würden sich bessern. Mit einer Schülergruppe würde sie manchmal Billard spielen. Speziell mit einem Mitschüler verstehe sie sich gut.

Sie trainiere auch täglich, alles würde dabei passen.

Herzübung: Simone hat sich vorgestellt und hat sich dabei angenehm entspannt gefühlt.

Im Anschluss an die Entspannung zeichnet sie mit Ölkreiden, ausgehend von einem gelben, runden Zentrum mit oranger Übermalung, rote, hellblaue, dunkelblaue und aussen schwarze Farbe (Anhang, Abb. 3).

Das Bild vermittelt aufstrebende Dynamik im Sinne einer Aufbruchstimmung.

5. Stunde

Simone kommt gut gelaunt, in die Therapiestunde. Sie sagt, dass es ihr ganz gut geht und berichtet, dass sie jetzt höchstens dreimal täglich mit ihrer Mutter spricht und diese dem zustimmt.

Sie sei vermehrt mit der schon einmal erwähnten Schülergruppe unterwegs.

Bauchübung: Simone sagt, dass der Bauch plötzlich "zum Gurgeln" angefangen hat. Ich gebe ihr anschliessend die Rückmeldung, dass es ein Zeichen dafür ist, dass die Darmmotilität in der Entspannung verstärkt sei.

Sie zeichnet ein Bild, das den vorhergehenden vom Bildaufbau ähnelt. Sie beginnt wieder mit einem gelben Kreis, umrandet von rot, violett hellblau und dunkelblau. Diesmal überschreitet sie den Bildrand, auffallend ist, dass die Farbe schwarz fehlt (Anhang, Abb. 4).

Simone schafft sich Raum, sprengt die vorgegebenen Grenzen, strebt nach aussen.

6. Stunde

In dieser Stunde fällt bei ihrem Erscheinen auch auf, dass Simone nicht mehr in schwarz gekleidet ist (Military-Look). Sie macht einen zufriedenen Eindruck.

Stirnübung: Simone hat bei dieser Übung das Gefühl, dass ihr Kopf von einem leichten Wind umweht wird und fühlt sich dabei wohl.

Sie zeichnet wieder ein ähnliches Bild wie in der letzten Stunde, nur etwas kleiner (Abb. 5).

Die positive Grundstimmung ist unverändert, das könnte durch die Ähnlichkeit zum vorherigen Bild (Abb. 4) erklärt werden.

Daraufhin zeige ich ihr alle Bilder, die sie gemalt hat und bitte sie, mir zu sagen, was sie von den Bildern insgesamt wahrnimmt. Simone sagt, dass die Bilder "lockerer geworden sind, freundlicher, Wärme ist immer im Zentrum".

7. Stunde

Therapie-Abschluss

In der letzten Stunde wird, nach der Entspannung, über den Verlauf der Therapie gesprochen, dabei sagt sie, dass sie froh ist, hierhergekommen zu sein, dass ihr vieles klarer geworden sei und jetzt auch kein Heimweh mehr hat, auch, dass sie sich jetzt besser mit den MitschülerInnen verstehe.

Ich habe den Eindruck, dass sie bleiben möchte, gebe ihr auch zu verstehen, dass sie sich jederzeit wieder melden kann.

### III. BEWERTUNG

Schwachpunkt ist sicherlich die geringe Datenbasis in der *Befundung* (Informationen über die frühkindliche Entwicklung, elterl. Charakteristika etc. fehlen).

Diese sehr kurze therapeutische *Behandlung* wird - trotz relativ ungünstiger Prognose - als gelungen betrachtet, da Simone über eine positive Übertragung in der Lage war, Hilfestellungen anzunehmen. Besonders wichtig war, Autonomie zu fördern. Dazu bietet sich die Autogene Psychotherapie mit dem abstinentern Therapeutenverhalten an.

Prognostisch ist zu erwarten, dass Simone in der Lage ist, ihre eigenen Ressourcen für ihre Entwicklung "auf-sich-selbst-vertrauend" einzusetzen.

Durch die Hinwendung zu Gleichaltrigen ist gleichzeitig eine Möglichkeit zur leichteren Loslösung von ihrer Familie gegeben. Günstig wäre auch, gerade in diesem Fall, eine Gruppentherapie mit Gleichaltrigen gewesen. Der Effekt wurde im weitesten Sinne, versucht dahingehend zu erreichen, in dem sie angeregt wurde, einen verstärkten Kontakt zu ihren MitschülerInnen herzustellen.

Meine Rolle für den Therapieverlauf sehe ich dahingehend förderlich, als dass ich versucht habe, Wärme (emotionale Anteilnahme), Rhythmus (Empathie) und Konstanz (Verlässlichkeit) zu vermitteln.

Der Bereich der unklaren Darstellung der Geschlechtsidentität konnte aufgrund der kurzen Therapiedauer weder thematisiert noch bearbeitet werden und bleibt somit offen.

Es wird nun der Therapieablauf zweier Kinder die an einer psychotherapeutischen Kindergruppe teilnehmen, beschrieben (angelehnt an: Gerber, 1987; Moratelli, 1995). Als ökonomischer Pluspunkt gilt bei Gruppentherapien sicher der relativ geringe Zeitaufwand in bezug auf die Anzahl der Teilnehmer, weiters spricht auch der mögliche positive Gruppeneffekt im individuellen Therapieverlauf für diese Form der Durchführung.

## 4. Fallbeispiele aus einer Gruppentherapie mit der Autogenen Psychotherapie

PETER

### I. BEFUNDUNG

Erstkontakt

Peter kommt mit seiner Mutter nach telefonischer Anmeldung über das Sekretariat auf Initiative der Schule (Legasthenie-Abklärung), zur Schulpsychologischen Beratungsstelle. Seine Mutter, eine ca. 30jährige blonde, mädchenhafte, Frau, berichtet hastig von der momentanen Situation. Sie versucht, durch laute Zwischenlacher ihre Unsicherheit zu verbergen.

Peter macht einen aufgeweckten, interessierten Eindruck. Er hat kurzes, brünettes Haar, hört aufmerksam zu und bringt seine Sichtweise zwischendurch ein.

## Anamnese

Peter ist 10;4 Jahre alt und hat noch eine um zwei Jahre jüngere Schwester.

Peters Mutter gibt an, dass er ein absolutes Wunschkind gewesen sei. Während der Schwangerschaft verbrachte sie fünfzig Tage im Krankenhaus, da sie ohne äusseren Grund Nervenzusammenbrüche erlitt und Kreislaufprobleme hatte. Sie musste sich im achten Schwangerschaftsmonat in den vorzeitigen Mutterschutz begeben, da es Anzeichen einer vorzeitigen Geburt gab. Sie gibt weiters an, dass sie fünfzehn Stunden täglich schlafen musste.

Peter kam bei eingeleiteter Geburt termingerecht mittels Sectio caesarea zur Welt. Ein Nabelschnurvorfal wurde beobachtet.

Peter war ein lebhaftes Baby. Er konnte mit 13 Monaten gehen. Die Sauberkeitsentwicklung war unauffällig. Es wird berichtet, dass Peters Sprachentwicklung verzögert verlief und mit Sprachschwierigkeiten einherging.

Er besuchte drei Jahre den Kindergarten, in dem er von einer Psychologin der "Integrativen Zusatzbetreuung" auf Schulreife untersucht wurde. Dabei wurden motorische Rückstände diagnostiziert, ansonsten hätte er den Test aber "mit Bravour" geschafft.

Er wurde mit 6;2 Jahren eingeschult. Drei Monate nach Schulbeginn trat erstmals Neurodermitis auf, die immer wieder (zum momentanen Zeitpunkt aber nicht) beobachtbar sei.

## Aktuelle Lebenssituation und Symptomatik

Er wächst mit seiner Familie in einer Stadtwohnung auf. Die Mutter ist teilzeitbeschäftigt. Zur Zeit ist Peter Schüler der ersten Klasse eines Gymnasiums.

Es gibt Probleme beim Lesen, Schreiben und Rechnen. Es seien häufig Genauigkeitsfehler beobachtbar. Um seine Rechtschreibschwierigkeiten zu beheben, arbeitet er mit Karteikarten.

Seine Nervosität vor Prüfungssituationen wirke sich negativ auf seine Leistungen aus. Seit Beginn der Mittelschule würde Peter Nägelbeissen.

## Diagnostik

Aufgrund der Fragestellung (Legasthenie-Abklärung) wurde zunächst eine Leistungsdiagnostik, mit anschliessender Gutachtenerstellung für die Schule, durchgeführt.

Verwendete Testverfahren:

- Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder, Revision (HAWIK-R)
- Salzburger Lese-Rechtschreibtest - SLRT (Landerl, Wimmer, Moser) - Lesetest
- Westermann Rechtschreibtest 4/5 - WRT 4/5

Dabei wurde bei diskrepanten Leistungen im Intelligenztest (durchschnittliche Gesamtbegabung) und unterdurchschnittlichen Leistungen im Lese-Rechtschreibbereich eine Lese-Rechtschreib-Schwäche diagnostiziert. Ein entsprechendes Gutachten wurde, mit Hinweis auf den Legasthenieerlass des steirischen Landesschulrates, 1998, an die Schule geschickt.

Ausserdem wurde eine gezielte Förderung empfohlen.

Aus Zeitgründen wurde für den Persönlichkeitsbereich lediglich ein

- projektiver Baumtest (Ave-Lallement, 1996) durchgeführt.

Peter selbst sagt, dass er einen "Strudelbaum" gezeichnet hat.

Der Baum steht mit betont dicken Stamm, vom Blatt her leicht linkszentriert, ohne Wurzeln, nicht ganz den Boden berührend da. Der Stamm reicht bis zum oberen Drittel des Blattes, wirkt abgeschnitten und wird durch wildes Geäst z. T. überkritzelt. Die gestrichelten, blattlosen Äste ragen aggressiv aus dem Stamm. Sie sind jeweils mit einem heftigen Strich gezeichnet und überlagern sich mehrmals (Entfaltungskonflikt in der Persönlichkeit, eher introvertiert).

Zu wenig wird in der Befundung die momentane familiäre Situation und die Anamnese der Eltern (auch, warum es Probleme in der Schwangerschaft gegeben hat) durchleuchtet und bildet insgesamt einen Schwachpunkt, da dadurch einiges offen bleibt.

## Therapieziele

Reduktion der Leistungsangst, Nervosität sowie dadurch (begleitet durch gezielte Förderung) erwartete Verbesserung der Lese-Rechtschreib-Leistung (Frey,1978, Kröner und Langenbruch,1982, sowie Krampen,1991).

## Prognose

Bei Peter lassen die vorhandene Motivation und auch die positive Einstellung der Mutter hinsichtlich der angebotenen Therapie einen guten Verlauf erwarten.

## GEORG

### I. BEFUNDUNG

#### Erstkontakt

Der Erstkontakt findet (nach telefonischer Anmeldung über das Sekretariat) in der Schulpsychologischen Beratungsstelle, auf Initiative der Eltern, statt.

Georg ist ein schlanker, grosser brünetter Bub. Er wirkt traurig und erzählt mit hoher Stimme, dass er schulische und soziale Probleme hat. Er wird von seinem Vater begleitet. Der Vater, ein mitteilungsfreudiger ca. 35jähriger Mann mit seriösem Auftreten (Anzug), vermittelt grosses Interesse an seinem Sohn. Er berichtet detailliert über die momentane Situation. Er bringt auch einen befundartig zusammengestellten Bericht über Georg, der von seiner Frau verfasst wurde, mit.

#### Anamnese

Georg ist zum Zeitpunkt des Erstkontaktes 9;2 Jahre alt.

Der Vater gibt an, dass die Schwangerschaft unproblematisch verlaufen sei und die Steissgeburt spontan stattfand. Er berichtet, dass Georg ein ruhiges Baby war und mit neun Monaten alleine gehen konnte. Die Sprach- und Sprechentwicklung verlief sehr früh, wie der Vater sagt. Die Sauberkeitserziehung verlief verzögert (3;6 Jahre).

Mit zwei Jahren erfolgte ein familiärer Umzug. Als Georg 2;9 Jahre alt war, wurde seine Schwester geboren, auf die er eifersüchtig reagierte.

Kurz vor dem Eintritt in den Kindergarten (als Georg drei Jahre alt war) hatte Georg eine Hüftgelenkentzündung. Der Vater gibt an, dass er seit dieser Zeit unter starker Unruhe leidet.

Im Kindergarten reagierte er auf den dreimaligen Wechsel in der Betreuung mit Auflehnung.

Mit fünf Jahren erfolgte eine ambulante Behandlung (LKH Graz -Kinderklinik) hinsichtlich der dort diagnostizierten Hyperaktivität (Diät, Desensibilisierung), welche ca. sechs Monate dauerte. Diese Therapie erbrachte lt. elterlichen Aussagen keinen wirklichen Erfolg.

Es wurden weiters Behandlungen mittels Bioresonanz, Homöopathie und Bachblüten erfolglos durchgeführt.

Jochen wurde mit 6;0 Jahren eingeschult. Die ersten zwei Schuljahre werden als unproblematisch beschrieben. Die damalige Lehrerin war eher leistungsorientiert, nach der Übernahme der jetzigen Lehrerin (die weniger Wert auf Leistung legt) in der dritten Klasse, sei es zunehmend kritischer geworden.

#### Aktuelle Lebenssituation und Symptomatik

Georg besucht die vierte Stufe der Volksschule. Seine Eltern sind verheiratet, beide vollberufstätig (Angestellte). Beide Kinder sind während der Woche am Nachmittag bei einer Tagesmutter.

Sowohl die familiäre als auch die schulische Situation werden als problematisch beschrieben: zu Hause gibt es sowohl Konflikte zwischen den Geschwistern (Georg attackiert seine Schwester oft), zwischen den Eltern und Georg (Probleme mit der Einhaltung von Regeln) als auch in der Schule (dort sei er unkonzentriert, unruhig und stört ständig), was durch ein Telefonat mit seiner Lehrerin bestätigt wird.

Die Lehrerin gibt an, dass Georg starke Konzentrationsprobleme hätte. Seine Leistungen im Rechnen seien nicht zufriedenstellend. Sie gibt an, dass Georg wegen seines unangemessenen sozialen Verhaltens von anderen Kindern abgelehnt wird. Über die Eltern berichtet sie, dass sich die Mutter selbst, über ihre Kindheit reflektierend, als "Mistbradl" bezeichnet hat und der Vater über den zweiten Bildungsweg die Matura erlangt hätte und von seiner Seite grosser Druck gemacht wird, dass Georg die Mittelschule besuchen soll.

Georg fühlt sich von dieser Lehrerin nicht angenommen. Der Vater hat den Eindruck, dass die Lehrerin nicht ausgleichend agiert und Georg bewusst die Sündenbockfunktion überlässt. Das hyperkinetische Syndrom wird gegen ihn ausgelegt ("Du bist ja eh deppert.") und er auch dadurch keine Chance bekommt, sich positiv zu entwickeln. Zu Hause weint er oft wegen der belastenden Situation in der Schule, vor allem, weil es nicht gelingt, zufriedenstellende Beziehungen zu anderen Kindern herzustellen.

Der elterliche Erziehungsstil ist bei beiden Elternteilen ähnlich, die Erziehung folgt einer "klaren, konsequenten Linie".

Es wird auch angegeben, dass Jochen verhältnismässig viel mit seinem Game Boy spielt bzw. vor dem Fernseher verbringt.

Diagnostik

Bei Georg wurden aufgrund der beschriebenen Symptomatik folgende psychologische Testverfahren eingesetzt:

- Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder, Revision (HAWIK-R)

Es zeigt sich bei Georg eine weit über dem Durchschnitt liegende Gesamtbegabung.

Bei der Durchführung des Tests hält er trotz langer Testdauer durchgehend die Konzentration und gibt am Ende an: "Das war lustig, ich komme öfters zu dir."

Projektive Verfahren

- Die verzauberte Familie (Kos und Biermann, 1973)

Georg verzaubert seine Familie in Pokèmon-Figuren (Comic-Figuren, die epidemisch Kinder erobern, und z. T. suchtartiges Verhalten auslöst).

Dabei zeigt sich folgendes Bild: seine Schwester wird als PIKACHU gezeichnet (tanzt dauernd herum und kann E-Schocks geben), seine Mutter ist TAUBSI- (liebes Viecherl, kann einen Sandwirbel erzeugen), sein Vater ist DODRI (ein dreiköpfiges Straussenpokemon, das immer laut schreit und Feinde für kurze Zeit taub machen kann, Schnabelhacker). Simon zählt zu seiner Familie auch seine zwei Kuscheltiere Blärri und Lena. Blärri zeichnet er als RELAXO (schläft so viel, wenn er munter ist, frisst er nur). Lena ist PUMMELUFF (kann sich aufblasen, kann Schlaflieder singen). Sich selbst zeichnet er nicht dazu.

Die Familie wird von ihm als bedrohlich erlebt, Wärme und Geborgenheit holt er sich bei seinen Kuscheltieren (Übergangsobjekte).

-projektive Satzergänzungen

Auf Konflikte hinweisende Satzergänzungen sind z. B.: *Ich möchte, dass meine Eltern mehr zu Hause sind. Am liebsten möchte ich viele Freunde. Manchmal möchte ich mir selber einen A...-tritt geben. Bevor ich in die Schule kam, freute ich mich sehr, aber jetzt nicht mehr.*

- projektiver Baumtest (Avé-Lallement, 1996)

Georg zeichnet mit fester Strichführung einen am Boden ansetzenden Stamm, der bis zur Mitte des Blattes reicht. Aus diesem wuchern viele zarte Äste mit Blättern. Im oberen Drittel des Stammes befindet sich eine grosse Aushöhlung, links davon ist ein abgeschnittener Ast sichtbar. Der Stamm ist von unten bis oben von Linien durchzogen. Im ersten Drittel des Stammes zeichnet Georg eine Trennlinie zwischen Wurzeln und Stamm.

Er sagt zu seiner Zeichnung: "Der Baum ist abgestorben, es wächst Unkraut raus. Da ist ein abgeschnittener Ast und in der Mitte ist ein Loch, vielleicht wohnt ein Eichhörnchen drin."

Die verstärkte Strichführung am rechten Stammrand deutet darauf hin, dass er sich nach aussen hin schützt. Die Wunden am Baum (Aststumpf und Loch im Stamm) deuten auf Verletzungen hin. Die Blätter werden aber als ein Zeichen einer hoffnungsvollen Entwicklung gesehen.

Therapieziele

Ziel ist es, die Eigen- und Fremdwahrnehmung zu verbessern.

Theoriegrundlage

Frühgestörte Kinder sind gekennzeichnet durch Hypermotorik, sozial störendem Verhalten, einer starken Suche nach Reizen und bedürfen eines therapeutischen Settings in dem speziell das Erlernen einer besseren Steuerung des eigenen Verhaltens und dadurch einer besseren sozialen Integration im Mittelpunkt therapeutischer Überlegungen steht (Horn, 1996).

Schulschwierigkeiten, Leistungsstörungen und soziale Phobien verweisen in der Regel auf neurotische Konflikte und Auswirkungen kindlicher Traumatisierungen in der primären Sozialisation (Mertens, 1996).

Mentzos (1998) sieht die Hauptaufgabe der sog. Latenzphase darin, die ausschliessliche Primärgruppe (familiäre Objektbeziehungen) aufzugeben und sich auch in andere Gruppen zu integrieren und dort konstruktive Beziehungen einzugehen.

Prognose

Aufgrund des niederen Strukturniveaus liegt eine eher ungünstige Prognose vor. Es ist aufgrund der vorhandenen Symptomatik mit Schwierigkeiten im Therapieverlauf zu rechnen. Gerade wegen seiner sozialen Anpassungsstörungen ist es für Georg aber wichtig, sich innerhalb eines geschützten Rahmens in ein Gruppengeschehen einzulassen und Möglichkeiten für eine Neuorganisation zu erfahren.

Arbeitsbündnis

Peter und Georg werden in einer psychotherapeutische Kindergruppe mit weiteren drei Kindern (einem Buben und zwei Mädchen, alle 10 Jahre) aufgenommen. Es finden einmal wöchentlich sieben Einheiten à 60 Minuten statt.

Spielregeln für die Gruppe werden besprochen (z. B.:Jeder darf aussprechen, ohne unterbrochen zu werden), die Verschwiegenheit wird thematisiert, der Therapieablauf wird skizziert etc.

Beide Kinder haben bei dem Angebot, an einer Kindergruppe teilnehmen zu dürfen, begeistert reagiert, die Motivation ist bei beiden Kindern gross.

## II. BEHANDLUNG

Vor der Behandlung findet bei therapeutischen Kindergruppen ein Elterngespräch statt, bei der sich die Eltern kennenlernen und die Eltern Informationen über die Methode und die Arbeitsweise erhalten, offene Fragen können beantwortet werden.

PETERS MUTTER gibt an, dass er nervös, fahrig sei, lernmotivierter sein sollte und das Nägelbeissen ein Problem darstelle.

GEORGS VATER erwähnt, dass Georg mit Stresssituationen nicht umgehen kann und es schön wäre, wenn er anderen gegenüber sensibler sein könnte.

Die Eltern der anderen drei Kinder beschreiben ihre Kinder wie folgt :

NINA: weint oft in der Schule und hat kein Selbstvertrauen (unbestätigter Verdacht auf sexuellen Missbrauch, sozial gehemmt)

PAUL: er ist schulunwillig

BIANCA: sie ist schüchtern, ruhig, Kind mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche.

Gesamtüberblick (Therapieverlauf im Längsschnitt)

Den Kindern wurde in sieben Therapieeinheiten die Grundstufe der Autogenen Psychotherapie (mit formelhafter Vorsatzbildung) vermittelt.

PETER nimmt von Anfang an motiviert am Gruppengeschehen teil und findet rasch Sympathien. Zwischen ihm und GEORG sind Rivalitäten beobachtbar. Durch das selbständige Üben zu Hause erhält er positive Verstärkungen. Er berichtet bald, dass er besser einschläft und vor Prüfungen nicht mehr so nervös ist.

GEORG nimmt auch motiviert an der Gruppe teil. Es ist rasch sichtbar, dass er mit einer Gruppe Gleichaltriger überfordert ist. Es gelingt in dieser kurzen Zeit noch nicht, Vertrauen in sich und andere aufzubauen. Er versucht jedoch von Anfang an, auch zu Hause und in der Schule das Autogene Training einzubauen.

Therapieverlauf im Querschnitt

Erste Stunde

Die Kinder haben im Warteraum die Möglichkeit, sich kennen zu lernen. Danach nehmen alle in einem Kreis Platz und die Vorstellungsrunde beginnt:

PETER (er ist der einzige Nicht-Volksschüler) ergreift als vierter das Wort und stellt sich wie folgt in der Gruppe vor: "Ich bin zehn Jahre, gehe ins Gymnasium, habe eine acht Jahre alte Schwester -leider, wie er betont - und habe einen besten Freund, mit dem ich viel zusammen bin. Ich mag Fussball, Schwimmen, Radfahren. Ich mag nicht: Schule, Lernen, Zusammenstösse mit älteren Kindern".

Er möchte durch das Autogene Training besser lernen können und sich weniger vor Prüfungen aufregen.

GEORG ist sehr aufgeregt und erzählt, dass er heute von viel älteren Kindern (Hot Dogger-Bande) gegen eine Pflanzung geschleudert wurde. Die anderen Kinder sind erstaunt und ein bisschen verunsichert. Er sagt, dass er Fernsehen, Computer und Game Boy mag ausserdem faulenz er gerne, er mag gutes Essen und Sport. Er mag keine Schule und wechselt im nächsten Moment zum Pokemon-Thema. Er überschlägt sich beinahe in der Stimme. Die anderen Kinder hören zunächst zu, nach einer Weile zeigen sie aber, dass sie das Thema nicht mehr interessiert.

Nach der Vorstellungsrunde lese ich (überleitend zum Autogenen Training) den Kindern ein paar Seiten aus dem Kinderbuch "Frederick" von Leo Lionni vor (es wird darin beschrieben, wie Frederick, eine kleine Feldmaus, seine Familienmitglieder hypnotisiert und ihnen im kalten Winter Sonnenstrahlen, Farben und Wörter schickt und sie dadurch glücklich macht). Anschliessend bekommen die Kinder eine kurze kindgerechte Einführung in das Autogene Training. Dabei versuche ich den Kindern klarzumachen, dass das Autogene Training auch eine Hypnose ist, die sie ganz alleine für sich anwenden können und diese in vielen Situationen hilft.

Dann werden die Kinder angeregt, sich an Situationen zu erinnern, die ihnen körperlich angenehm waren.

Danach folgt die Schwereübung: PETER gibt an, dass er sehr müde geworden ist und auch ein bisschen schwindlig.

Beim anschliessenden kreativen Gestalten zeichnet er sich in seinem Bett liegend. (Anhang, Abb. 6).

GEORG ist zunächst sehr unruhig und es gelingt ihm nur ganz kurz, ruhig zu sein. Er zeichnet fünf Pokemon-Figuren, wobei nur eine bunt angemalt ist (violett mit roten Augen) und aggressiv wirkt. Diese Figur mag er ganz besonders.

Übertragen auf die Gruppensituation ist GEORG in einer Angriffshaltung, die Gruppe wirkt bedrohlich.

Am Ende der Stunde kommt er zu mir und sagt mir, dass es fad gewesen ist.

Zweite Stunde

PETER meldet sich gleich als erster zu Wort und sagt, dass er immer vor dem Einschlafen trainiert hat, gleich eingeschlafen ist und das war für ihn "sehr okay". Er sagt, ein bisschen traurig, dass er auf die Englisch-Schularbeit einen Vierer bekommen hat.

GEORG schliesst mit seinem Bericht an und erzählt, dass er heute schon um fünf Uhr in der Früh aufgewacht ist, trainiert hat und wieder eingeschlafen ist. Er hat das Autogene Training auch in der Schule, in einer ruhigen Ecke probiert.

Wärmeübung: PETER sagt, dass er sich nicht so gut auf die Formeln konzentrieren konnte, weil ihm der morgen bevorstehende Augenarzttermin eingefallen ist. Vor diesen fürchtet er sich schon. Die anderen Kinder wollen wissen, warum er zum Arzt muss und berichten z. T. über eigene Erfahrungen mit Ärzten.

Er malt auch ein Bild, das die imaginierte Situation beim Arzt wiedergibt.

GEORG berichtet aufgeregt, dass er geträumt hat, dass er "von Flammen eingesperrt war und aus der Flamme hat es oben hinaus geraucht. Es sind Gewitterwolken gekommen, es hat zu regnen begonnen und dann war das Feuer weg." (Anhang, Abb. 7)

GEORG regrediert in der Entspannung sehr schnell. Es besteht die Gefahr, von belastetem Material überschwemmt zu werden. Ein positives Zeichen ist, dass gesunde Anteile (Löschen des Feuers) wirksam werden.

Warm bedeutet für ihn heiss und kann im übertragenen Sinn darauf hindeuten, dass das Leben (inner- und ausserhalb der Gruppe) bedrohlich "heiss" für ihn ist.

Ich frage GEORG, ob er sich an eine Situation erinnern kann, in der es *angenehm*

warm war. Er überlegt kurz und sagt: "Wenn es draussen kalt ist und ich in die Wohnung gehe, wird mir immer so "schön warm". Ich rege ihn dazu an, beim nächsten Training (noch in dieser Stunde) dieses "schön warm" in die Formel einzubauen.

Ich sage den Kindern noch einmal, dass jedes Unwohlsein einen Trainingsabbruch nach sich ziehen sollte und jede(r) in der Lage ist, das auch zu tun.

Gegen Ende der Stunde trainieren die Kinder noch einmal alleine und GEORG gibt an, dass ihm der neue Satz besser gefällt.

Dritte Stunde

PETER berichtet, dass er eine neue Brille hat (die er aber nicht dabei hat) und dass er sich im Wartezimmer des Arztes mit dem Autogenen Training beruhigen konnte. Er trainiert auch jeden Tag.

GEORG sagt plötzlich, dass er in ein Mädchen verliebt ist und diesem einen Liebesbrief geschrieben hat. Die Kinder fangen zu kichern an und beginnen auch über dieses Thema zu sprechen. Peter berichtet, dass er vor kurzem einem Mädchen ganz direkt gesagt hat, dass er es mag. Leider wollte sie ihn nicht, "aber das ist nicht so schlimm".

Atemübung: PETER sagt, dass er sich bei der neuen Formel ganz wohl gefühlt hat.

Er zeichnet anschliessend sein Lieblingskuscheltier, das er schon seit dem Kindergarten hat.

GEORG zeichnet zwei Pokemon-Figuren. Ein grosses, lachendes und eines, das in der Erde steckt und aggressiv sein kann (Anhang, Abb. 8)

Danach werden formelhafte Vorsätze spielerisch erarbeitet.

Zur Einleitung dieses Themas werden die Kinder durch unsystematisches Ballzuwerfen aufgefordert, zu sagen, was jeder gut an sich findet, oder gut kann. Fällt einem nichts ein, wird der Ball weiter geworfen. Nach einigen Runden wechselt das Thema und jeder ist aufgefordert über eigene Eigenschaften zu sprechen, die nicht so toll sind (auch hier gilt: wem nichts einfällt, gibt den Ball ab). Haben alle ein paar Bereiche genannt, wird zum eigentlichen Thema übergegangen. Was würde ich gerne an mir verändern und wie soll ich dann sein?

Jedes Kind bekommt ein Kärtchen, auf dem es einen positiv formulierten Satz oder Reim schreibt.

PETER schreibt: Ich werde es schaffen, streicht es durch und schreibt: Ich schaffe es!

GEORG schreibt den Satz: Ich lasse meine Schwester in Ruhe.

Vierte Stunde

PETER gesteht in der ersten Runde, dass er mit GEORG nicht klar kommt. Er sagt, dass GEORG stört und er ihn am liebsten hauen würde. Auch die anderen Kinder geben zu, dass GEORG manchmal vorlaut ist. *Es passiert immer wieder, dass GEORG andere Kinder beim Sprechen unterbricht (vor allem Nina, bei der eine negative Schwesterübertragung stattfindet), lacht oder wild gestikuliert. Er entschuldigt sich dann gleich dafür.* Im Laufe der weiteren Diskussion werden detailliertere Verhaltensregeln aufgestellt, die für alle akzeptabel sind (z. B. zeitweise freiwilliger Rückzug aus der Gruppe).

Herzübung: PETER berichtet wieder als erster über das Erlebte. Er sagt, dass er plötzlich Farben gesehen hat. "Ein Licht wie von einem Stern. Das war toll. Orange (=warm) und schwarz (=Universum)."

Er malt ein Bild, das die Farben wiedergeben soll, beendet es aber nicht.

GEORG zeichnet ein grün umrandetes gelbes kreisförmiges Gebilde mit hellblauen Hintergrund, an dem eine geknotete schwarze Schnur hängt. An deren Ende befindet sich eine Schlinge. Er meint, dass man diesen Edelstein mit der Schnur aus dem Wasser ziehen kann.

Fünfte Stunde

GEORG erzählt betroffen von einem tragischen Ereignis, bei dem zwei Kinder aus seiner Schule bei einem Wohnungsbrand ums Leben gekommen sind. Er war vor ein paar Tagen auch mit der Schule bei dem Begräbnis. BIANCA erzählt daraufhin über den Tod von ihrem Hasen.

PETER bleibt überraschend weg. Die Kinder rätseln, warum er wohl nicht kommt. Wir lassen seinen Stuhl frei und beschliessen, an ihn zu denken und ihm das nächste Mal über diese Stunde zu berichten.

Bauchübung:

GEORG zeichnet einen Düsenjet, der durch einen Blitzschlag beinahe abstürzt, sich aber im letzten Moment retten kann.

Am Ende der Stunde fragt mich GEORG, wann er wieder einmal alleine zu mir kommen darf.

Sechste Stunde

PETER wird von den anderen Kindern freudig begrüßt. Ein Mädchen gesteht, dass er ihr das letzte Mal gefehlt hat.

Er sagt gleich, dass er heute einen schlechten Tag hat, weil er Streit mit seinem Freund hatte, er aber glaubt, dass sie sich bald wieder versöhnen. Die anderen Kinder geben ihm dabei Tipps für eine Versöhnung.

Stirnübung: PETER sagt, dass er eigentlich keinen Unterschied zu den vorhergehenden Übungen gemerkt hat sich aber wohl gefühlt hat.

Er malt nach der Entspannung eine Versöhnungsszene zwischen ihm und seinem Freund (Anhang, Abb. 9).

GEORG berichtet, dass die Übung für ihn sehr angenehm war. Er zeichnet im Anschluss daran ein lachendes Gesicht, auf der Stirn befinden sich Eiswürfel (Anhang, Abb. 10).

Auch hier ist wieder die Tendenz zu Extremen sichtbar (kühl=kalt).

Siebente Stunde

In der siebenten Stunde, der letzten Stunde, äussern vier Kinder (darunter auch PETER und GEORG) den dringenden Wunsch, die Gruppe fortzusetzen. Obwohl eine straffe Terminvorgabe in meinem Kalender vorliegt, vereinbare ich mit den Kindern noch weitere drei Termine in vierzehntägigen Abständen.

Sie tauschen auch ihre Telefonnummern aus, um weiterhin in Kontakt bleiben zu können.

In dem anschliessenden Elterngespräch wird von PETERS Mutter berichtet, dass er ruhiger geworden sei und sie den Eindruck hat, dass ihm die Kindergruppe gut getan hat. Sie begrüsst es sehr, wenn noch weitere Termine folgen.

Der Vater von GEORG schliesst sich dem an und sagt noch, dass GEORG sehr gerne zu diesen Stunden gekommen ist.

### III. BEWERTUNG

PETER

Die *Befundung* ist zu gering. Über die Eltern und die familiäre Dynamik ist nichts bekannt und hätte wichtige Informationen liefern können.

Die *Behandlung* zeigt, dass PETER selbständig genug ist, um von dieser kurzen Therapie zu profitieren.

GEORG

Die *Befundung* zeigt ein Kind mit narzisstischen Defiziten und sozialen Anpassungsproblemen. Nähe ist für GEORG mit Bedrohung verbunden.

In der *Behandlung* zeigt sich die vorhandene Symptomatik mit dem Hintergrund von Übertragungsprozessen. Es stellt sich durchaus die Frage, ob eine Einzeltherapie anfangs vorzuziehen gewesen wäre und erst nach einiger Zeit der Anschluss an eine Gruppe hätte stattfinden sollen.

Bei der vorhandenen Grundstörung kann eine Kurzzeitherapie nur der erste Baustein eines längeren Entwicklungsprozesses darstellen.

Beziehungsaufnehmendes, ordnendes und schützendes therapeutisches Handeln ist für ihn sicher sehr wichtig. Eine weiterführende Behandlung ist vorgesehen.

Literatur

Avé-Lallement, U (1996). Baumtests. *München: Ernst Reinhard.*

Bartl, F. (1983). Der Umgang mit der Grundstörung in der Allgemeinpraxis. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie, 3, 3 - 18.*

Binder, H., Binder, K. (1993). Autogenes Training - Basispsychotherapeutikum. *Köln: Deutscher Ärzte Verlag.*

Buggle, F., Baumgärtel, F. (1972). Hamburger Neurotizismus- und Extraversionskala für Kinder und Jugendliche (HANES-KJ). *Göttingen: Hogrefe.*

- Frey, H. (1978). Förderung der Rechtschreibleistung von Legasthenikern durch autogenes Training. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 10, 258 - 264.
- Gerber, G. (1987). Autogenes Training für Kinder und Jugendliche. Ärztliche Praxis und Psychotherapie. *Wien: Literas Universitätsverlag*.
- Horn, G. (1996). Über die Bedeutung des Settings als Ausdruck des personalen Bezugs für neue Ansätze in der Kindertherapie. *Imagination*, 2, 41 - 61.
- Jakobson, E. (1973). Das Selbst und die Welt der Objekte. *Frankfurt: Suhrkamp*.
- Kos, M., Biermann, G. (1973). Die verzauberte Familie. München: Ernst Reinhard.
- Kraft, H. (1989). Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. *Stuttgart:Hippokrates*.
- Krampen, G.(1991). Effekte der Grundübungen des Autogenen Trainings im schulischen Anwendungsbereich. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*.
- Krampen, G. (1998). Einführungskurse zum Autogenen Training. *Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie*.
- Kröner, B., Langenbruch, B. (1982). Untersuchung zur Frage der Indikation von autogenem Training bei kindlichen Konzentrationsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 30, 180 -184.
- Kris, E. (1952). Psychoanalytic Explorations in Art. New York.
- Kruse, W. (1992). Einführung in das Autogene Training mit Kindern. *Köln: Deutscher Ärzte-Verlag*.
- Lionni, L. (1967,1994). Frederick. *München: Middelhauve*.
- Mahler, M. (1980). Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. *Frankfurt:Fischer*.
- Mentzos, S. (1998). Neurotische Konfliktverarbeitung. *Frankfurt: Fischer*.
- Mertens, W. (1996). Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität.*Stuttgart:Kohlhammer*.
- Moratelli, M. (1995). Modell einer psychotherapeutischen Kindergruppe mit begleitender Elternarbeit. *Imagination*, 2, 55 -81.
- Reinelt, T., Gerber, G. (1990). Autogenes Training im Rahmen des genetischen Entwicklungsmodells "Spüren - Fühlen - Denken". In: Gerber, G. und Sedlak, F. (Hrsg.):*Autogenes Training - mehr als Entspannung*, 84 - 99.München: Ernst Reinhardt.
- Roßmanith, S. (1990). Die tiefenpsychologische Konzeption des Autogenen Trainings in Vermittlung und Ausbildung. In: Gerber, G. und Sedlak, F. (Hrsg.):*Autogenes Training - mehr als Entspannung*, 84 - 99.München: Ernst Reinhardt.
- Schultz, J. H (1991). Das Autogene Training. Stuttgart: Thieme.
- Sedlak, F. (1990). Wärme, Rhythmus und Konstanz - Das Konzept von Günther Bartl als Urmatrix therapeutischer Begegnung. In: Gerber, G. und Sedlak, F. (Hrsg.):*Autogenes Training - mehr als Entspannung*, 84 - 99.München: Ernst Reinhardt.
- Sedlak, F. (1994). Die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit dem Autogenen Training. *Imagination*, 4, 17-34.
- Sedlak, F. (2000). Schulpsychologie-Bildungsberatung. Kennzeichnung und Leitbild einer bildungsunterstützenden psychosozialen Einrichtung. In: Sedlak F. (Hrsg.): *Schulpsychologie-Bildungsberatung, Von den Anfängen bis ins dritte Jahrtausend* (9-22). Mauerbach:Ketterl.
- Sedlak, F. (2000). Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung.In: Sedlak F. (Hrsg.): *Schulpsychologie-Bildungsberatung, Von den Anfängen bis ins dritte Jahrtausend* (9-22). Mauerbach:Ketterl.
- Sedlak, F. (2000). Symbolische Notizen zur Erleichterung der Selbst- und Fremdbeurteilung von Falldokumentationen in der Kolloquimsvorbereitung, in Supervisionsgruppen und in Fallkontrollseminaren. *Imagination*, 1, 51- 57.
- Wallnöfer, H. (1972). Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem autogenen Training. In: Langen, D. (Hrsg,). *Hypnose und psychosomatische Medizin*. Stuttgart
- Winnicott, D. W. (1969). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. *Psyche*, 9, 666 - 681.

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

*Helene Lytwyn*

Mein herzlicher Dank gilt meinen Projektmitarbeitern Mag. Stefanie Gruber, Dr. Günter Herzog, Mag. Gerda Krasser, Mag. Susanne Zöhrer. Weiter danke ich Andrea Roither für ihre Unterstützung.

## **Zusammenfassung:**

Dargestellt werden die Untersuchungsergebnisse der Wirksamkeit des Autogenen Trainings (ATs) auf verschiedene Stressverarbeitungsmechanismen, als auch auf einzelne psychische und somatische Probleme und psychosomatische Beschwerden bei einer Zufallsstichprobe von gesunden weiblichen und männlichen Erwachsenen im normalen Alltag. Zur Überprüfung dieser Wirkung des ATs wurden 20 freiwillige Kursteilnehmer von zwei ATs-Anfängerkursen herangezogen und mit 29 weiblichen und männlichen Hobbymalkursteilnehmern, die das AT nicht durchführten und ebenfalls freiwillig an dieser Studie teilnahmen, verglichen. Die erste Erhebung fand für beide Teilnehmergruppen jeweils vor Beginn der Kurse und die zweite erfolgte nach Beendigung des Kurses für AT nach insgesamt 10 Stunden statt. Die einzelnen Effekte der Stressreaktionen wurden bei beiden Gruppen mit dem Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) zu beiden Messzeitpunkten erfasst. Die Ergebnisse zeigten, dass die Kursteilnehmer des ATs eindeutig erfolgreicher das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, soziale Abkapselung und Aggression als Stressreaktion entsprechend positiv verändern konnten. Eine vergleichbare signifikante Abnahme der Stressreaktionen zeigten beide Gruppen in den Skalen: Gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstbemitleidung und Fluchttendenz. Bei den übrigen Stressverarbeitungsmaßnahmen gab es keine Veränderungen im Verlauf zu beobachten. Der Effekt des ATs auf psychische, somatische und psychosomatische Beschwerdesituationen wurde mit den gleichen Stichproben zu gleichen Messzeitpunkten mit der Änderungssensitiven Symptomskala (AT-SYM) erfasst. Die Stichprobengröße der beiden Gruppen änderte sich jedoch durch die nicht vollständige Bearbeitung aller Skalen. Das Ergebnis zeigte, dass das AT eine signifikant positive Wirkung auf körperliche und psychische Erschöpfung und bei Schmerzbelastetheit aufwies. Vergleichbare signifikante Verbesserungen im Verlauf gab es für beide Gruppen in den Skalen: Nervosität und innere Anspannung, psychophysiologische Dysregulation, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten als auch in der Skala der gesamten Problembelastetheit und Beschwerden. Kein signifikanter Effekt fand sich bei der Skala: Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle. Die Überlegenheit der einzelnen positiven Wirkungen des ATs bei den Kursteilnehmern in den verschiedenen Skalen der beiden Fragebögen gegenüber Hobbymalkursteilnehmern als Kontrollgruppe, die nicht AT erlernte bzw. durchführte, können somit als Bestätigung für eine gute psychische gesundheitsfördernde Maßnahme zur Unterstützung der Lebensqualität bei gesunden Erwachsenen im normalen Alltag gesehen werden.

## **Einführung**

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

Er entwickelte das Autogene Training (AT) auf Grundlagen der Hypnose in den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts und stellte das Konzept 1926 erstmals einer medizinischen Öffentlichkeit vor, was damals durch seine Annahme, dass Leib und

Seele eine Einheit darstellen, im Widerspruch zur gängigen Lehrmeinung stand (Binder, H., Binder, K., 1993). Dennoch fand das Autogene Training speziell nach dem zweiten Weltkrieg eine rasche Verbreitung im europäischen und nordamerikanischen Bereich.

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

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

Die einzelnen Formeln beziehen sich auf das bewusste Körperempfinden der *Schwere* in Armen und Beinen zur Entspannung der Willkürmuskulatur, des bewussten körperlichen Empfindens von *Wärme* ebenfalls in Armen und Beinen zur Entspannung der Gefäßmuskulatur, *Atem- und Herzübung* zum passiven Erleben der Atmung und des Herzrhythmus im Sinne einer trophotropen Umschaltung, der *Sonnengeflechtsübung* zur bessern Regulation der Bauchorgane und der *Stirnkühleübung* zur Entspannung der Stirnmuskulatur.

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

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

Da das AT einen guten Effekt auf die vorher genannten Bereiche ausübt, bezieht sich der Schwerpunkt dieser Studie auf die genaue Wirkungsweise des ATs auf einzelne Stressreaktionen, sowie auf psychische, somatische und psychosomatische Gebiete.

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

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

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

Da die Arbeits- und Lebensbedingungen als auch persönliche Ressourcen wie beispielsweise bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (R. Schwarzer, 1993) der einzelnen Teilnehmer, die das AT in einem Kurs erlernen, sehr heterogen sind, war es für diese Studie wichtiger, nicht die einzelnen Stressoren und die persönlichen Ressourcen zu untersuchen, sondern die Art der Bewältigung der stressauslösenden Situationen unter der Wirksamkeit des ATs im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die nicht AT erlernte bzw. ausübt.

Für die Kontrollgruppe (KG) wurden freiwillige Teilnehmer von Hobbykursen ausgesucht, da es wahrscheinlich erschien, dass diese Art von kreativer Tätigkeit vergleichsweise mit dem AT, Eustress, d.h. psychisches Wohlbefinden, beim einzelnen

bewirken und somit einen positiven Transfer auf die Stressbewältigung auslösen könnte. Andererseits könnte aber diese Freizeitaktivität, die nicht bewusst auf Entspannung hinzielt, auch zusätzlichen Stress durch eine ehrgeizige Einstellung (Wettbewerbssituation) beim einzelnen Teilnehmer auslösen (J. C. Quick, J. D. Quick, D. L. Nelson and J. J. Hurrell, 1998) und daher zu schlechteren Ergebnissen führen.

In der Literatur zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen dem Erleben von Distress und der Entstehung bzw. dem Auslösen verschiedenster körperlicher Symptome, die auf längere Sicht zu chronischen Erkrankungen (W. Müller-Limmroth, 1998) führen können.

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

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

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

## **Methoden**

### **Stichprobe**

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

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

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

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

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

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurde die gleiche Stichprobe wie vorher erwähnt herangezogen. 17 Personen der AT-Gruppe nahmen vollständig bei dieser Fragestellung an der Erhebung teil, während 3 Personen nicht vollständig die jeweiligen Fragebögen ausfüllten und daher nicht alle Skalen dieser Personen gleichermaßen zur Verrechnung kamen. In der KG fiel von den 29 Teilnehmern ein Teilnehmer aus.

So befanden sich in der UG 17 bzw. 18 bzw. 19 Teilnehmer und in der KG 28 Personen, die an dieser Studie sich beteiligten. Insgesamt nahmen an der zweiten Fragestellung 45 bzw. 46 bzw. 47 Personen teil.

## **Untersuchungsplan**

Für die UG befanden sich insgesamt 26 erwachsene freiwillige Teilnehmer aufgeteilt in jeweils zwei Grundkurse des ATs.

Die Dauer der einzelnen Grundkurse für AT betrug 10 Stunden.

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

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

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

## **Erhebungsinstrumente**

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

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

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

Die 19 Stressverarbeitungsmaßnahmen sind:

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

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

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

## Ergebnisse

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

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

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

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

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

### Bedürfnis nach sozialer Unterstützung:

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

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

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

Zwischen der UG und der KG zeigt sich zum ersten Messzeitpunkt ein signifikanter Mittelwertsunterschied ( $W = 3,9, df = 45, p = 0.05$ ) indem die UG ein eindeutig größeres *Bedürfnis nach sozialer Unterstützung* als die KG angibt. Es zeigt sich auch eine signifikante Verbesserung bei der UG zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt ( $W = 2,943, df = 45, p = 0.05$ ). Das heißt, dass das AT wirksam das *Bedürfnis nach sozialer Unterstützung* bei der UG reduzieren konnte, so dass die UG mit der KG bezüglich dieser Stressverarbeitungsmaßnahme vergleichbar wurde.

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

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

A10 = Bedürfnis nach soz. Unterstützung/1. Messzeitpunkt

B10 = Bedürfnis nach soz. Unterstützung/2. Messzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

**Fluchttendenz:**

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

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

**Tab.2:Fluchttendenz**

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

A12 = Fluchttendenz/1. Messzeitpunkt

B12 = Fluchttendenz/2. Messzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

**Soziale Abkapselung:**

Auch für die Durchführung der Varianzanalyse zur Überprüfung der abhängigen Variablen *soziale Abkapselung* ist die Voraussetzung der Homogenität gegeben: *Levene- Test*: A13 ( $F_{1/47} = 0,836$ ,  $p = 0.365$ ), B13 ( $F_{1/47} = 0,054$ ,  $P = 0.817$ ).

Die Varianzanalyse zeigt einen signifikanten Haupteffekt zwischen der UG und der KG. Die UG gibt zu beiden Messzeitpunkten eindeutig weniger an, *mit sozialer Abkapselung* auf Stress zu reagieren ( $F_{1/47} = 4,667$ ,  $p = 0.036$ ).

Es gibt auch einen signifikanten Wechselwirkungseffekt zwischen der Gruppe und dem Verlauf. Der *Newman-Keuls-Test* zeigt eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der *sozialen Abkapselung* zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt bei der UG ( $W = 4,076$ ,  $df = 45$ ,  $p = 0.05$ ). Signifikant häufiger reagierte die KG mit *sozialer Abkapselung* gegenüber der UG sowohl zum ersten Messzeitpunkt ( $W = 3,70$ ,  $df = 45$ ,  $p = 0.05$ ) als auch gegenüber der UG zum zweiten Messzeitpunkt ( $W = 3,70$ ,  $df = 45$ ,  $p = 0.05$ ).

**Tab. 3: Soziale Abkapselung**

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

A13 = Soziale Abkapselung/1. Messzeitpunkt

B13 = Soziale Abkapselung/2. Messzeitpunkt

- 1 = Untersuchungsgruppe  
2 = Kontrollgruppe

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

#### Gedankliche Weiterbeschäftigung:

Der *Levene-Test* weist auch bezüglich der Variable *Gedankliche Weiterbeschäftigung* auf Homogenität der Fehlervarianzen hin: A14: ( $F_{1/47} = 2,777$ ,  $P = 0.102$ ), B14 ( $F_{1/47} = 0,012$ ,  $p = 0.914$ ).

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

**Tab. 4: Gedankliche Weiterbeschäftigung**

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

A14 = *Gedankliche Weiterbeschäftigung/1. Messzeitpunkt*  
B14 = *Gedankliche Weiterbeschäftigung/2. Messzeitpunkt*  
1 = *Untersuchungsgruppe*  
2 = *Kontrollgruppe*

#### Selbstbemitleidung:

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

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

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

**Tab. 5 : Selbstbemitleidung**

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

|        |       |      |    |
|--------|-------|------|----|
| Gesamt | 45,96 | 9,35 | 49 |
|--------|-------|------|----|

A16 = Selbstbemitleidung/1. Messzeitpunkt  
 B16 = Selbstbemitleidung/2. Messzeitpunkt  
 1 = Untersuchungsgruppe  
 2 = Kontrollgruppe

**Aggression:**

Der *Levene-Test* wies auch bezüglich der *Aggression* entsprechende Homogenität A18 ( $F_{1/47} = 0.399, p = 0.531$ ), B18 ( $F_{1/47} = 0.443, p = 0.509$ ) auf.

Einen signifikanten Haupteffekt gab es bei der Varianzanalyse hinsichtlich des Verlaufs. Es verringerte sich die *Aggression* signifikant als Reaktion auf Stress beim zweiten Messzeitpunkt ( $F_{1/45} = 13,680, p = 0.001$ ).

Die signifikante Wechselwirkung zwischen Verlauf und Gruppe ( $F_{1/45} = 6,776, p = 0.012$ ) zeigt folgende Ergebnisse, die mit dem *Newman-Keuls-Test* berechnet wurden:

Keinen signifikanten Unterschied gab es zwischen der UG und der KG beim Messzeitpunkt 1. Beide Gruppen waren hinsichtlich dieser Stressreaktion anfänglich vergleichbar. Während es bei der KG zu keiner signifikanten Reduzierung zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt kam, zeigte sich bei der UG zwischen den beiden Messzeitpunkten eine signifikante Abnahme ( $W = 3,57, df = 45, p = 0.05$ ) der *Aggression*. Weiters unterschied sich die UG durch den geringeren *Aggressionswert* beim zweiten Messzeitpunkt signifikant von der KG des zweiten Messzeitpunktes ( $W = 2,7, df = 45, p = .05$ ).

**Tab. 6: Aggression**

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

A18 = Aggression/1. Messzeitpunkt  
 B18 = Aggression/2. Messzeitpunkt  
 1 = Untersuchungsgruppe  
 2 = Kontrollgruppe

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

## Ergebnisse der AT-SYM:

### Körperliche und psychische Erschöpfung:

Der *Levene-Test* bei der Variable *Körperliche und psychische Erschöpfung* wies auf Homogenität C1 ( $F_{1/45} = 0,011$ ,  $p = 0,917$ ), D1 ( $F_{1/45} = 0,099$ ,  $p = 0,755$ ) hin.

Die darauf durchgeführte Varianzanalyse zeigt einen Haupteffekt bezüglich des Verlaufs ( $F_{1/43} = 11,283$ ,  $p = 0,002$ ).

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

Es gibt auch eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Verlauf und der Gruppe ( $F_{1/43} = 4,111$ ,  $p = 0,049$ ).

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

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

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

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

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

C1 = Körperliche und psychische Erschöpfung/1. Messzeitpunkt

D1 = Körperliche und psychische Erschöpfung/2. Messzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Nervosität und innere Anspannung:

Auch bei *Nervosität und innerer Anspannung* konnte die Homogenität der Fehlervarianz bestätigt werden C2 ( $F_{1/45} = 1,538$ ,  $p = 0,221$ ), D2 ( $F_{1/45} = 0,235$ ,  $p = 0,630$ ) bestätigt werden. Bei der Varianzanalyse zeigte sich ein signifikanter Effekt bezüglich des Verlaufs ( $F_{1/43} = 9,053$ ,  $p = 0,004$ ). Zum zweiten Messzeitpunkt zeigte sich eine eindeutige Abnahme der *Nervosität und inneren Anspannung* für beide Gruppen.

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

| Gruppe | Mittelwert | Standardabweichung | N     |    |
|--------|------------|--------------------|-------|----|
| C2     | 1          | 54,42              | 12,01 | 19 |
|        | 2          | 51,32              | 10,62 | 28 |

|        |        |       |       |    |
|--------|--------|-------|-------|----|
| Gesamt |        | 52,57 | 11,18 | 47 |
| D2     | 1      | 47,21 | 10,28 | 19 |
|        | 2      | 49,79 | 11,83 | 28 |
|        | Gesamt | 48,74 | 11,19 | 47 |

*C2 = Nervosität und innere Anspannung/1. Messzeitpunkt*  
*D2 = Nervosität und innere Anspannung/2. Messzeitpunkt*  
*1 = Untersuchungsgruppe*  
*2 = Kontrollgruppe*

**Psychophysiologische Dysregulation:**

Die Homogenität der Fehlervarianz der Variablen *Psychophysiologische Dysregulation* durch den *Levene-Test* C3 ( $F_{1/45} = 0,001$ ,  $p = 0.974$ ), D3 ( $F_{1/45} = 0,001$ ,  $p = 0.972$ ) konnte bestätigt werden

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

Es gab somit einen signifikanten Rückgang der *psychophysiologischen Dysregulation* für beide Gruppen zwischen den beiden Messzeitpunkten.

**Tab. 9: Psychophysiologische Dysregulation**

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

*C3 = Psychophysiologische Dysregulation/1. Messzeitpunkt*  
*D3 = Psychophysiologische Dysregulation/2. Messzeitpunkt*  
*1 = Untersuchungsgruppe*  
*2 = Kontrollgruppe*

**Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten:**

Der *Levene-Test* bei *Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten* weist ebenfalls auf Gleichheit der Fehlervarianzen hin C4 ( $F_{1/47} = 0,013$ ,  $p = 0.909$ ), D4 ( $F_{1/47} = 0,099$ ,  $p = 0.755$ ).

Die Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt des Verlaufs ( $F_1 = 9,053$ ,  $p = 0.004$ ).

Somit zeigt sich für beide Gruppen eine eindeutige Verbesserung der *Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten* beim zweiten Messzeitpunkt.

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

| Gruppe | Mittelwert | Standardabweichung | N     |    |
|--------|------------|--------------------|-------|----|
| C4     | 1          | 53,67              | 10,22 | 18 |
|        | 2          | 53,86              | 10,41 | 28 |

|        |        |       |       |    |
|--------|--------|-------|-------|----|
| Gesamt |        | 53,78 | 10,22 | 46 |
| D4     | 1      | 47,94 | 12,35 | 18 |
|        | 2      | 50,71 | 12,12 | 28 |
|        | Gesamt | 49,63 | 12,15 | 46 |

*C4 = Leistungs und Verhaltensschwierigkeiten/1. Messzeitpunkt*  
*D4 = Leistungs und Verhaltensschwierigkeiten/2. Messzeitpunkt*  
*1 = Untersuchungsgruppe*  
*2 = Kontrollgruppe*

#### Schmerzbelastungen:

Auch bezüglich der *Schmerzbelastungen* konnte der *Levene- Test* Homogenität der Fehlervarianzen bestätigen C5 ( $F_{1/44} = 0,647$ ,  $p = 0.426$ ), D5 ( $F_{1/44} = 0,332$ ,  $p = 0.568$ ).

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

( $F_{1/42} = 9,770$ ,  $p = 0.003$ ). Es zeigen sich somit eindeutige Veränderungen der *Schmerzbelastungen* im Verlauf der beiden Messzeitpunkte.

Eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Variablen Zeit und Gruppe ( $F_{1/42} = 15,431$ ,  $p = 0.000$ ) zeigt folgende Ergebnisse mit dem *Newman-Keuls-Test*:

Die UG weist signifikant größere *Schmerzbelastungen* als die KG zum ersten Messzeitpunkt auf ( $W = 3,039$ ,  $df = 42$ ,  $p < 0.05$ ). Im Verlauf der beiden Messzeitpunkte zeigt sich nur bei der UG eine signifikante Abnahme der *Schmerzbelastungen* ( $W = 3,349$ ,  $df = 42$ ,  $p < 0.05$ ). Im Vergleich hingegen zeigt sich bei der KG eine leichte nicht signifikante Zunahme der *Schmerzbelastungen*.

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

**Tab. 11: Schmerzbelastungen**

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

*C5 = Schmerzbelastungen/1. Messzeitpunkt*  
*D5 = Schmerzbelastungen/2. Messzeitpunkt*  
*1 = Untersuchungsgruppe*  
*2 = Kontrollgruppe*

#### Gesamtwert für die Problembelastetheit und Beschwerden:

Auch für den *Gesamtwert der Problembelastetheit und Beschwerden* konnte mit dem *Levene- Test* entsprechende Homogenität der Fehlervarianzen festgestellt werden C6 ( $F_{1/43} = 0,391$ ,  $p = 0.535$ ), D6 ( $F_{1/43} = 0,262$ ,  $p = 0.612$ ).

Die Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Verlauf ( $F_{1/41} = 16,987$ ,  $p = 0.000$ ). Es zeigt sich somit eine signifikante Veränderung der Problembelastetheit und Beschwerden im Verlauf der beiden Messzeitpunkte.

Auch zeigte sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Verlauf und der Gruppe ( $F_{1/41} = 4,456$ ,  $p = 0.041$ ). Mit dem *Newman-Keuls-Test* ließen sich somit folgende Resultate feststellen:

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

Bei der UG zeigt sich eine signifikante Verbesserung zwischen den beiden Messzeitpunkten ( $W = 10,79$ ,  $df = 41$ ,  $p < 0.05$ ), was eindeutig die erfolgreiche Wirksamkeit des ATs auf *Problembelastetheit und Beschwerden* bestätigt.

Es gab jedoch keinen signifikanten Unterschied bei der KG zwischen den beiden Messzeitpunkten, was für eine geringere Wirkung der Malkurse auf die Beeinflussung der *Problembelastetheit und Beschwerden* zeigen lässt.

Keinen signifikanten Unterschied zwischen der UG und der KG wies jedoch das Ergebnis hinsichtlich der Problembelastetheit und Beschwerden beim zweiten Messzeitpunkt auf.

Es zeigt sich zwar zwischen den Gruppen beim ersten Messzeitpunkt verglichen mit dem zweiten Messzeitpunkt kein signifikantes Ergebnis, jedoch zeigt sich eine signifikant größere Entwicklung innerhalb der UG unter Einbeziehung des ATs zur Reduzierung der *Problembelastetheit und Beschwerden*, was auf eine Tendenz einer bewussteren Problembewältigung durch das AT hinweisen könnte und dadurch vielleicht auf längere Sicht eine erfolgreichere Methode im Umgang mit verschiedensten psychischen Schwierigkeiten und Beschwerden darstellen könnte.

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

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

C6 = Gesamtwert für Problembelastetheit und Beschwerden/1. Messzeitpunkt

D6 = Gesamtwert für Problembelastetheit und Beschwerden/2. Messzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

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

## Schlussfolgerungen

Zusammenfassend zeigt sich in einigen Stressverarbeitungsmaßnahmen und bei verschiedenen psychischen und somatischen Problemen als auch psychosomatischen Beschwerden eine signifikante Verbesserung unter Einbeziehung der Methode des ATs nach 10 Wochen Kursdauer.

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

Damit konnte bestätigt werden, dass das AT durch die beruhigende Wirkung auch tiefere Schichten der Persönlichkeit (H. Mensen, 1999) beeinflusst und

somit zu einer besseren Selbstfindung und Selbstwerdung im entspannten Versenkungszustand

(H. Binder, K. Binder, 1993) beim einzelnen bewirken kann.

Daraus lässt sich auch eine Entwicklung in Richtung psychischer Stabilität und Selbstständigkeit und dadurch eine Zunahme der Kompetenzerwartung (R. Schwarzer, 1993, S. 47), die jene Erwartung charakterisiert, eine spezifische Bewältigungshandlung auch tatsächlich selbst ausführen zu können, erkennen. So kann in bestimmten Stresssituationen eine soziale Unterstützung für den einzelnen mit einer entsprechenden Kompetenzerwartung eventuell unnötig werden.

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

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

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

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

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

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

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

Sowohl die *körperliche als auch die psychische Erschöpfung* konnte mit dem AT nachweislich signifikant reduziert werden. Dieses Ergebnis betont somit einer der Hauptwirkungen des ATs durch den vegetativen Funktionswandel vom ergotropen Leistungszustand zum trophotropen Erholungszustand zu kommen, um ein immer stabiler werdendes Gleichgewicht im vegetativen Nervensystem zu erreichen. Dieses Gleichgewicht ist in weitere Folge verantwortlich für die allmähliche Entstehung von

Erholung, Entspannung, Ruhigstellung, Resonanzdämpfung der Affekte, Angstabbau und Beeinflussung unwillkürlicher Körperfunktionen (H. Binder, K. Binder, 1993; Y. Watanabe, F. Halberg, G. Cornelissen et al., 1996). Somit ist diese Wirkung ein wichtiger Faktor zur gezielten Abnahme von diversen *psychosomatischen Beschwerden*.

Die signifikante Reduktion der *psychophysiologischen Dysregulation* und der *Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten* bei beiden Gruppen könnte ebenfalls mit einer kognitiven Veränderung hinsichtlich der mehr in den Vordergrund getretenen Aufmerksamkeit, sich einerseits mit dem AT und andererseits sich vermehrt mit der kreativen Tätigkeit des künstlerischen Schaffens zu beschäftigen, im Zusammenhang stehen. Es könnte sowohl eine passende Ablenkung von den einzelnen subjektiv erlebten *Beschwerden* sein und als wertvolle Anregung zu besserer Handhabung psychischer und somatischer *Beschwerden* dienen. Der Nachteil würde darin liegen, dass es eventuell bei dieser Art von Ablenkung speziell bei den Hobbymalkurs-Teilnehmern zu keiner bewussten Bearbeitung und Lösung der einzelnen *Probleme* und *Beschwerden* auf längere Sicht kommen würde. Unter Umständen kommt es mit Beendigung der kreativen Tätigkeit im normalen Alltag wieder zu den vorher genannten Schwierigkeiten. Auch bei den AT-Kursteilnehmern könnte es, obwohl sie bewusster durch die Methode des AT auf ihr Körperbefinden eingehen, beim Nachlassen der Durchführung des ATs zu Rückfällen kommen. Jedoch stimmt das gute Ergebnis speziell die Abnahme von *Leistungsschwierigkeiten* mit Erfahrungen des ATs aus der Literatur überein (H. Mensen, 1999; B. Hoffmann, 1987). Es kann durch den Einsatz von AT zur Verbesserung von Leistungen durch Ausschalten von Fehlern und Störungen kommen (B. Hoffmann, 1987).

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

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

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

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

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

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

Das Ergebnis dieser Studie bestätigt somit auch, dass die bewusste Beschäftigung für die Abnahme von *Schmerzen* unter AT im Vorteil gegenüber kreativen Methoden wie Malen ist, da diese nicht gezielt regulierend auf das

psychische und körperliche Geschehen eingehen, um *Schmerzen* verschiedenster Ursachen zu lindern bzw. abzubauen.

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

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

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

Dieser Umstand könnte zu einer weiteren Verbesserung der *Problembelastetheit* und *Beschwerden* der ehemaligen AT-Kursteilnehmer führen, was sich durch eine Wiederholungsbefragung zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise feststellen ließe.

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

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

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

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

Es liegt somit die Vermutung nahe, dass das bloße Malen zwar eine gute Ablenkung von psychischen und körperlichen Problemen darstellt und kurzfristig Eustress erzeugen kann, aber es zu keiner bewussten Auseinandersetzung der psychischen und körperlichen Selbstwahrnehmung und Selbstfindung hinführt und daher eher geringere effektive Veränderungen auf längere Sicht zu erwarten sind.

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

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

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

## Literatur

- Binder, H., Binder, K. (1993): Autogenes Training – Basispsychotherapeutikum
- Bühl, A., Zöfel, P. (1999): SPSS Version 8 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Bonn: Addison-Wesley-Longman Verlag GmbH
- Doubrawa, R.: Was bewirkt das Autogene Training. In: Autogenes Training und Progressive Relaxation, 1992, (9), S. 3 – 4.
- Gerber, G., Sedlak, F. (1990): Autogenes Training mehr als Entspannung, S. 149 –157.
- Goehr, M. Roepcke, B. Pistor, K. et al. (1997): Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen-mit Diabetes mellitus Typ 1. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1997, 46 (4), S. 288 –303.
- Hoffmann, B. (1987): Handbuch des Autogenen Trainings, München.
- Janke, W., Erdmann, G. und Kallus, W.: Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) nach W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein, Handanweisung, Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe 1985
- Kastner, M. (1994): Personalpflege: der gesunde Mitarbeiter einer gesunden Organisation, München: Quintessenz
- Kraft, H. (1996): Autogenes Training, S. 28 – 30.
- Krampen, G. (1991): Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT – EVA), Göttingen, Toronto, Zürich, Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe
- Krampen, G. (1996): Evaluation of the effectiveness of Autogenic Training. In Gerontopsychology, in: European Psychologist, Vol. 1, Nr. 4, 243 – 254.
- Krampen, G.: Autogenes Training vor und begleitend zur methodenübergreifenden Einzelpsychotherapie bei depressiven Störungen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1997, 45 (2), S. 214 – 232.
- Mensen, H. (1999): Das Autogene Training. München
- Müller-Limmroth, W. (1988): Arbeit und Streß, Stuttgart. S. 27 – 29.
- Pszywyj, A. (1982): Autogenes Training in Klinik, Praxis und Erziehung. dbv-Verlag für die Technische Universität Graz
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L. and Hurrell J. (Ed.) (1998): Preventive Stress Management in Organizations. Washington D. C.
- Sauter, S., Murphy, L. and Hurrell J. (1990): Prevention of work related psychological distress: A national strategy proposed by the National Institute of Occupational Safety and Health. In: American Psychologist, Vol. 45, 1146 - 1158.
- Schwarzer, R. (1993): Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart Bern Köln: Verlag W. Kohlhammer, 3. Aufl.
- Watanabe, Y. Halberg, F., Cornelissen, G. et al. (1996): Chronobiometric assessment of Autogenic Training effects upon blood pressure and heart rate. In: Perceptual and Motor Skills. 83, 1395 – 1410.

# Zur Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der ATP

Brigitte Bischof

## Teil 1: Die Grundlagen des „ATP -Würfels“ von Sedlak

Mit Hilfe dieses Meta -Modells kann der/die TherapeutIn diagnostisch -therapeutische Schritte planen und vollziehen. Dazu gehört:

1. Das Beziehungsthema, welches in jeder Therapie ein tragendes Element darstellt. Am Beispiel des „*Ich -Du -Wir -Modells*“ von Sedlak wird der differentielle Zugang zur Beziehungsthematik demonstriert.
2. Die Berücksichtigung der Methodenstufen wie bei der *ATP mit Grundstufe, Mittelstufe und (analytischer) Oberstufe*, wobei jede Methodenstufe über bestimmte Instrumentarien zur Erreichung spezifischer Ziele verfügt. Und schließlich muss der Einsatz verschiedener therapeutischer Möglichkeiten erwogen werden im Sinne von
3. Therapeutischen Variablen, wie *Mittel, Techniken und Kriterien* erfolgreicher Beziehungs - und Veränderungsgestaltung. Zu Beginn des therapeutischen Kontaktes ist es notwendig, essentielle Parameter der Therapiesituation zu bestimmen. Dazu gehört die *Einschätzung der Selbsteinschätzung* als die eine Determinante sowie die *Beziehungsfähigkeit des Patienten*. Diese beiden Kriterien lassen sich in eine fruchtbare Beziehung zum oben dargestellten „*Ich - Du - Wir - Modell*“ setzen. Diese Differenzierung gibt nämlich Hinweise dahingehend, ob die Selbsteinschätzung aufgrund einer *mangelnden Ich - Stufe* zustande kommt ( der Patient hat zu wenig Beziehung zu sich selbst) oder aufgrund einer *mangelnden Du - Stufe* (der Patient weist eine geringe Empathie und Dialogfähigkeit auf, scheitert im Kontakt und bezieht daraus wieder eine Selbstabwertung) oder aufgrund einer *mangelnden Wir - Stufe* (der Patient ist unfähig sich zu integrieren, besitzt wenig Teamfähigkeit, fühlt sich ausgeschlossen und abgewertet). Auf der - *defizitären* - Ich -Stufe bedeutet die therapeutische Arbeit zunächst eine *Regression im Dienste des Ich*, ein *narzisstisches Auftanken*, die (Entwicklung zur) *Fähigkeit, sich abzugrenzen*, den Körper (zunehmend) als Einheit und dennoch in Beziehung zu anderen zu sehen.

Anders dagegen das therapeutische Vorgehen, wenn auf der Ich - Stufe der Entwicklung eine *infantile Selbstüberschätzung* vorherrscht und demgegenüber ein eher misstrauisch -distanziertes, kaltes Beziehungsangebot steht. Nicht selten bestehen starke (unbewusste) Abhängigkeitswünsche, übergroße Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein, das Lebenskonzept jedoch erscheint pessimistisch und voller (Ur - )Misstrauen. Neben einer großen Abhängigkeit von Autoritäten mit dem Wunsch es den anderen recht zu machen, bestehen aggressiv fordernde Antriebe, andererseits wieder heftige Schuldgefühle, wobei die übermäßige Leistungsbereitschaft und das Beschenkenwollen als Wiedergutmachung anzusehen ist. Die ATP muss sich hier um die bionome Balance bemühen. Sedlak (2005) wies darauf hin, dass man über das „*Gedächtnis des Organischen*“ mit der Grundstufe der ATP in präverbale Bereiche gelangen kann.

Teil1: Zur Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der ATP

Zu Beginn des therapeutischen Kontaktes ist es notwendig, essentielle Parameter der Therapiesituation zu bestimmen. Dazu gehört die Einschätzung der Selbsteinschätzung als die eine Determinante sowie die Beziehungsfähigkeit des Patienten. Diese beiden Kriterien lassen sich in eine fruchtbare Beziehung zum oben dargestellten „*Ich - Du - Wir - Modell*“ setzen.

Diese Differenzierung gibt nämlich Hinweise dahingehend, ob die Selbsteinschätzung aufgrund einer *mangelnden Ich - Stufe* zustande kommt ( der Patient hat zu wenig Beziehung zu sich selbst) oder aufgrund einer *mangelnden Du - Stufe* (der Patient weist eine geringe Empathie und Dialogfähigkeit auf, scheitert im Kontakt und bezieht daraus wieder eine Selbstabwertung) oder aufgrund einer *mangelnden Wir - Stufe* (der Patient ist unfähig sich zu integrieren, besitzt wenig Teamfähigkeit, fühlt sich ausgeschlossen und abgewertet).

Auf der *-defizitären - Ich-Stufe* bedeutet die therapeutische Arbeit zunächst eine Regression im Dienste des Ich, ein narzisstisches Auftanken, die (Entwicklung zur) Fähigkeit, sich abzugrenzen, den Körper (zunehmend) als Einheit und dennoch in Beziehung zu anderen zu sehen.

Anders dagegen das therapeutische Vorgehen, wenn auf der Ich-Stufe der Entwicklung eine *infantile Selbstüberschätzung* vorherrscht und demgegenüber ein eher misstrauisch – distanziertes, kaltes Beziehungsangebot steht.

Nicht selten bestehen starke (unbewusste) Abhängigkeitswünsche, übergroße Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein, das Lebenskonzept jedoch erscheint pessimistisch und voller (Ur-)Misstrauen. Neben einer großen Abhängigkeit von Autoritäten mit dem Wunsch es den anderen recht zu machen, bestehen aggressiv fordernde Antriebe, andererseits wieder heftige Schuldgefühle, wobei die übermäßige Leistungsbereitschaft und das Beschenkenwollen als Wiedergutmachung anzusehen ist.

Die ATP muss sich hier um die bionome Balance bemühen. Sedlak (2005) wies darauf hin, dass man über das „*Gedächtnis des Organischen*“ mit der Grundstufe der ATP in präverbale Bereiche gelangen kann.

Da es sich bei frühgestörten Patienten um präverbale (prägenitale) Konflikte handelt, also basale Ich-Funktionen wie Wahrnehmung und Bildung von Erinnerungsspuren gestört sind, und das Ich nicht in der Lage ist auf einer symbolischen (oder abstrakten) Ebene etwas „durchzuspielen“ oder entsprechend zu handeln, kann die ATP als die Methode der Wahl angesehen werden (Bischof 2004).

Im Sinne des psychogenetischen Ansatzes (Gerber, Reinelt 1990) bei tiefgreifenden Störungen primär die Auseinandersetzung mit *sinnlichen* Erfahrungen zu fördern, erweist sich dieser Ansatz bei komplexen, tiefgreifenden Störungen bereits in der Grundstufe der ATP zielführend und erfährt eine tiefgreifende Anreicherung letztendlich in der Oberstufe der ATP.

Die zuvor genannte (unbewusste) Abhängigkeitsproblematik kann jedoch auch in maskierter Form auftreten, der Patient erscheint im Kontakt vorerst betont unabhängig und selbstsicher. Meist handelt es sich in der frühen Kindheit um einen verwöhnenden, autonomieeinschränkenden Erziehungsstil, die mögliche Folge daraus eine defizitäre Autonomieentwicklung. Es werden Gefühle von Zurückweisung und Ungeliebtsein empfunden, die Einstellung zu anderen Menschen ist oft auch geprägt von Geringschätzung und Feindseligkeit, Affektdurchbrüche sind keine Seltenheit.

So kann der 2. Baustein des Modells – v.a. die basale Fähigkeit des Regulierens in der Grundstufe der ATP – eine hervorragende Möglichkeit bieten, den Patienten schrittweise an eine Bewusstwerdung seiner Affekte als grundlegende Orientierungsmechanismen heranzuführen und die *emotionale* Autonomie zu fördern.

Dies erfolgt therapeutisch über die zunehmende Differenzierungsfähigkeit (und korrigierende Erfahrungen) und letztendlichen Verinnerlichung neuer Handlungsvollzüge.

Viele Patienten reagieren „dankbar“ auf das therapeutische Angebot der Grundstufe der ATP im Einzelsetting, um die Dysbalance wieder in einen homöostatischen Zustand bringen zu können (wobei die „Dankbarkeit“ im Sinne des Übertragungsangebotes sowie der Gegenübertragung unbedingt zu reflektieren ist).

Hier erweist sich das Bartl'sche Konzept „Wärme-Rhythmus und Konstanz“ (1989) als besonders zielführend (die Ressourcen des Patienten und die ihm zugänglichen Ressourcen seiner Umwelt sind für die therapeutische Behandlung mit zu bedenken), denn einerseits entsprechen Schwere und Wärme frühen narzisstischen Körpererlebensqualitäten (Hinweis auf die ersten beiden Übungen der ATP-Grundstufe) andererseits bestehen ja gerade bei schweren Persönlichkeitsstörungen narzisstische Defizite, die eben durch das vorher angesprochene „narzisstische Auftanken“ (emotional refueling“, Mahler 1975, S. 98; „auftankender Dialog“, Sandler 1977, S. 199) sowie das „Einüben“ in Urvertrauen (Bartl 1984, Krapf 1988) im Sinne einer „korrigierenden Neuerfahrung“ gemildert werden können (Bischof 2004).

## **Teil 2: Fallvignetten zur Veranschaulichung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie (ATP) (BB)**

Vorab sei explizit darauf hingewiesen, dass die nun folgenden Beiträge in ihrer „Kernaussage“ belassen wurden. Allerdings mussten aus Datenschutzgründen alle notwendigen Veränderungen zur vollen Wahrung der Anonymität vorgenommen werden.

Weiters erscheint nochmals der Hinweis wesentlich, dass aus den Verläufen zu ersehen ist, wie wichtig Zielorientierung und Prozessdiagnostik sind.

*Beispiel 1:* Ein Offizier (30 Jahre) des Österreichischen Bundesheeres kommt über Vermittlung des Helpline Service des Heerespsychologischen Dienstes an die Klinisch-psychologische und Psychotherapeutische Ambulanz.

Im Zuge mehrfacher Heeresreformen war der Referatsleiter der Abteilung in Karenz gegangen, sodass der Patient, abgesehen von seinem eigenen Tätigkeitsbereich, auch noch die Aufgaben des Kollegen übernehmen musste. Zusätzlich erlitt er zum selben Zeitpunkt eine schwere berufliche Enttäuschung, da ihm ein bereits als „sicher“ zugesagter Karrieresprung bzw. die Übernahme der Abteilung als neuer Referatsleiter plötzlich mit der fadenscheinigen Begründung „seiner Unreife“ entzogen worden war. Einige Tage später trat am Arbeitsplatz plötzlich akute Atemnot (schweres Atmen), „als läge ein Gewicht auf seiner Brust“, auf. In Folge war er auch nicht mehr in der Lage einen klaren, vernunftgeleiteten Gedanken zu fassen, nur die Angst vor dem nahen Tod beseelte ihn. Daraufhin wurde er mit der Rettung in ein nahegelegenes Krankenhaus eingeliefert, wo der diensthabende Arzt und Psychotherapeut – nach somatischer Abklärung - *beginnende Panikattacken mit Verdacht auf ein Burnout-Syndrom* diagnostizierte und dem Patienten die ATP bei mir empfahl.

Im Erstkontakt wirkt der Patient auf der *Stufe der Ich-Entwicklung* vorerst egozentrisch um sich kreisend und es zeigen sich Züge autoaggressiver Selbstabwertung. Ansonsten ist eine grundsätzliche Dialogfähigkeit (*Du-Stufe*) wahrzunehmen. Im Beziehungsangebot deutet der Patient den (unbewussten) Wunsch nach Bewertung und Parteinahme gegenüber jenen, die ihm „Böses“ antaten an; das Verhalten ist distanziert-kontrollierend, er kann aber Erwartungen und Wünsche in Bezug auf das therapeutische Ziel klar und realistisch definieren.

Trotz der erlittenen beruflichen Geringschätzung besitzt der Patient die Fähigkeit zur Gemeinschaft allein schon aufgrund einer erfassbaren Beziehungsoffenheit (*Wir-Stufe*). Nachdem sich ein Kollege bemüht gefühlt hatte, die „psychischen Agenden“ an der Arbeitsstätte für den Patienten auszuagieren, war es ein Anliegen in der therapeutischen

Arbeit deutlich vorhandene Ressourcen wieder zu aktivieren bei höchster Wahrung seiner Autonomie.

Dem Offizier gelingt recht rasch eine (temporäre) Regression im Dienste des Ich, in der ein narzisstisches Auftanken möglich ist. Er empfindet die generalisierte Wärme wie einen „Strahlenpanzer, wie ein Schutzschild“ (Abgrenzung) im Sinne eines „mir kann gar nichts mehr passieren“, fühlt sich nach einer „Auflösung“ (symbiotisches Universum) als „Ganzes“ (verstanden als Sehnsucht nach „phallischer“ Ganzheit) und kommt sich jetzt viel gefestigter vor (Ich-Stärkung).

Trotz derzeit vorherrschender allgemeiner Stresssituationen (jedoch positiv empfunden) kann er plötzlich *Nein* sagen, sich abgrenzen. Auch der Einsatz von Positiv-Strategien wird möglich, als er während der Grundstufen-Übung abends im Bett Angst vor Kontrollverlust bzw. Angst vor Regression erlebte nachdem „sein ganzer Körper unangenehm zu beben begann“ und sich selbst mit den Gedanken: „Was am Tag gut geht, kann doch abends nicht schaden, das kann auch gut gehen“, beruhigen konnte (die symbolische *Be*-deutung seiner Angst vor Kontrollverlust im Bett wird zu diesem Zeitpunkt von der Therapeutin wahrgenommen aber noch nicht *ge*-deutet).

Auch die bis dahin negativ besetzte Atmung bzw. auch das Herz, diese waren ja *aus dem Rhythmus geraten*, „wurden eins“ (narzisstische Verschmelzung), das Herz wie ein warmer, umfluteter „Knuppel“; der „ganze Körper wurde eins.“

Nach Schultz (1973, S. 315) bedeutet dies, dass sich aus der Rhythmisierung die *differenzierte* Wahrnehmung der Körperhülle bzw. der Körpergrenze als Ausdruck der „Körperbeseelung“ entwickelt. Die *Rhythmisierung* in der Atem- und Herzübung vertieft die Regression.

Die Organübungen Herz und Sonnengeflecht dienen der übenden Differenzierung und Komplettierung des Körperschemas (s. o.).

So zeigte sich beispielhaft anhand der Gestaltung *vor* und *nach* der Sonnengeflechtsübung im Nachgespräch die spürbare (in der Gegend des Solar Plexus) Planlosigkeit des Pat. zu Beginn der „Aufgabe“. Dann wurde ihm zunehmend klar, dass die Gestaltung auf jeden Fall „Struktur“ mit „klaren Grenzen“ erhalten musste. Des weiteren musste „es g’scheit und in Ordnung sein“.

Unten war ein glatter Boden (blau), der aber die darauf befindliche Kugel nicht halten konnte. So kam ein gelber und roter (wie die Adern) Mantel darüber; dünn, aber schützend. Die Kugel durfte nicht klar in der Farbe sein, zwar schon Chaos aber mit einem strukturierten Ring rundherum ohne die Kugel zu sehr einzuengen – es ist die Mitte um die sich alles dreht.

*Nach* der Übung bildete er mit Nakiplast das „Chaos“, welches er anstreben *musste*; das „Gewurr!“ war wichtig! Er ließ geformte Teile einfach in die Schale fallen, wobei wieder Blau dabei sein musste, als Symbol der Freiheit und Leichtigkeit des Seins“. Es gab auch hier gewisse Grundregeln, aber alles war viel freier, fließender.



Nach Erkenntnissen über Erziehungszwänge sowie deren Internalisierung und der Feststellung, dass „alles schon so festgefahren“ war, beginnt eine Phase der Neuorientierung mit dem Wunsch nach klar definierten Bahnen, aber trotzdem „darf es sprudeln“.

*Beispiel 2:* Herr Alexander, ein 19-jähriger Medizinstudent, Präsenzdienler, wird im Zuge eines internen Stationsaufenthaltes mit der Diagnose Colon irritabile mit ausgeprägter Neigung zu Obstipation an meine Ambulanz überwiesen.

Trotzig-aggressiv berichtet er über den unbefriedigenden „diagnostischen“ Umgang der Ärzte mit seinen Bauchschmerzen, denn trotz negativer Befunde seien seine Beschwerden unverändert erhalten geblieben, aber auch die angstvollen Phantasien möglicherweise doch einen „kaputten Blinddarm“ zu haben. Besonders quälend seien die Phantasien, wenn er manchmal eine Nacht *allein* im Zimmer der Kaserne verbringen muss. Des weiteren leide er auch vor lauter Zwang *nicht* an seine (hypochondrischen) Krankheitsängste zu denken an Ein- und Durchschlafstörungen. Seltsamerweise leide er am Wochenende daheim bei den Eltern nie an der skizzierten Symptomatik.

Erstmals traten die Bauchschmerzen nach der Matura, also am Ende einer Stresssituation auf. Nach einer Gastroskopie erklärten ihm schon damals bereits die Ärzte die Möglichkeit solcher Symptome nach einer Belastungssituation, dies sei „Nervensache“; aber deshalb seien die Schmerzen auch nicht verschwunden.

Auffällig schwierig gestaltete sich der „psychische“ Zugang zum Beschwerdebild des Patienten. Er nimmt in der therapeutischen Beziehung sofort eine Oppositionshaltung ein, unterbricht die Therapeutin andauernd mit „notwendigen“ Korrekturen, hört *so ungenau* zu, dass er sich im Recht fühlte die vermeintlich „falschen Meinungen“ entschieden als Unterstellungen von sich weisen zu können. Er kämpft mit allen Mitteln einen Kampf, aus dem er unbedingt als Sieger hervorgehen möchte/muss. Nach Aufzeigen seiner unbewussten Inszenierungen beruhigt sich Herr Alexander allmählich und nimmt das Angebot zur Grundstufen-ATP-Gruppe an (später nimmt er auch an der Mittel- und Oberstufe der ATP teil).

Auf dem Hintergrund der psychosomatischen Theorie funktioneller abdominaler Beschwerden zeigt sich differenzialdiagnostisch beim Patienten ein Elternhaus, geprägt von einem verwöhnenden, autonomieeinschränkenden Erziehungsstil (symbiotische Beziehung). Daher muss von einer defizitären Autonomieentwicklung ausgegangen werden, da die Erfahrung mit einer Selbständigkeit und trotzdem Sicherheit gewährenden Mutter nicht internalisiert werden konnte (Eltern sind auch „Psychosomatiker“). Der Patient gibt sich vorerst betont unabhängig und selbstsicher, sodass die Abhängigkeitsproblematik maskiert ist (kontraphobisches Muster). Er hat das Gefühl zurückgewiesen und nicht geliebt zu werden sowie ganz allein auf sich gestellt zu sein. Das Symptom des Zurückhaltens des Kotes bedeutet also: „Ich kann von anderen nichts Gutes erwarten, so muss ich wenigstens das, was ich habe zurückhalten.“ Die Einstellung zu anderen Menschen ist auch oft von Geringschätzung und Feindseligkeit geprägt. Daneben bestehen typische Eigenschaften des analen Charakters im Sinne besonderer Reinlichkeit, Pedanterie, Ordentlichkeit und des Geizes. Diese Form der Kontrolle und Zurückhaltung erstreckt sich also nicht nur auf das Zurückhalten des Kotes sondern auch auf ihre Kontakt- und Liebesfähigkeit.

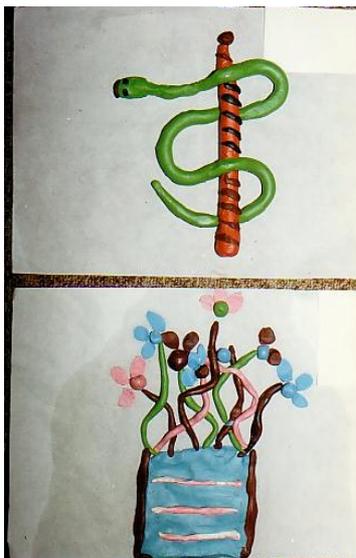
Nicht nur in der therapeutischen Beziehung findet die Grundproblematik in der Übertragung ihre Wiederholung sondern auch der psychosoziale Umgang mit den Gruppenmitgliedern ist permanent anal-aggressiv gefärbt, korrigierend, rechthaberisch, oppositionell. Herr Alexander unterbricht selbstbezogen die Übenden (Wir-Stufe) durch andauerndes Nachfragen, das Üben selbst erfolgt ausgesprochen zwanghaft in ständiger Selbstkontrolle. Das Loslassen fällt ihm besonders schwer. Seine Oppositionshaltung zeigt sich auch deutlich bei der Schwereübung, indem der *linke* Arm (Rechtshänder) reagiert. Auch die Therapeutin muss bald ihre Gegenübertragung „sehr kontrollieren“.

Die Wärme, ebenfalls wieder im *linken* Arm verspürt, löste bei ihm aber plötzlich die Assoziation an *Opposition* aus. So konnte er es in der Folge *sein lassen* und verspürte darauf hin *generalisierte Wärme! Nun war er mit seiner Leistung zufrieden und tat dies auch lautstark kund.*

Nach der Atemübung erkrankt der Patient völlig unerwartet (!?) an einer Pneumonie – und, es kommt zu seinem dritten stationären Aufenthalt im Heeresspital während seines erst kurzen Präsenzdienstes. Als die Therapeutin an einem Nachmittag wegen eines anderen Mitpatienten das Zimmer Herrn Alexanders betritt sieht diese, wie, die Eltern jeweils an einer Bettseite sitzend, die Mutter ihren Sohn mit Apfelkompott füttert. Dieser, mit der Bettdecke eingehüllt bis zum Kopf, öffnet den Mund wie ein Vogeljunges im Nest! Ein andermal kann der Patient wegen eines Hilfseinsatzes beim *Schwarzen Kreuz* an der Gruppe nicht teilnehmen. In den nächsten Stunden bestätigt sich seine Ambivalenz der ATP gegenüber, die er jedoch immer ausagieren muss. Er hinkt mit seinen Übungen quasi hinter den anderen Gruppenmitgliedern nach und versucht in hartnäckiger, aggressiver Manier die Therapeutin zu immer neuem Sonderservice zu verleiten (Mutterübertragung).

Als die Gruppe ihm seine Affektdurchbrüche spiegelt meint er, diese seien doch angeboren, daher könne er nichts dafür und „dagegen sei auch kein Kraut gewachsen.“

Also bot der 2. Baustein des Modells – vor allem die basale Fähigkeit des Regulierens in der Grundstufe der ATP – eine hervorragende Möglichkeit, den Patienten schrittweise an eine Bewusstwerdung seiner Affekte als grundlegende Orientierungsmechanismen heranzuführen und seine emotionale Autonomie zu fördern. Dies erfolgte über die zunehmende Differenzierungsfähigkeit (und korrigierenden Erfahrungen) und letztendlichen Verinnerlichung neuer Handlungsvollzüge.



Diese Gestaltungen sprechen wohl für sich selbst und müssen nicht weiter kommentiert werden.

*Beispiel 3:* Herr Thomas, 18 Jahre (Präsenzdiener), klein, asthenisch, die Lippen beim Sprechen kaum öffnend, die Stimme klingt metallisch und gepresst. Der Überweisungsgrund an die Psychotherapeutin sind seit 5 Jahren bestehende Verdauungsstörungen mit fraglicher Clostridien-Enteritis, endoskopisch jedoch ohne Befund.

Nach einer - von ihm *bewusst* gewählten - Sanitätsausbildung, um beim Heer wenigstens an ein „halbwegs gebildetes Publikum“ zu geraten, kam es aufgrund aggressiver und entwertend-degradierender Äußerungen seitens seines vorgesetzten Stabswachtmeisters in Bezug auf die Qualität geleisteter Arbeit zu einem akuten Rezidiv.

Auf der „Ich-Stufe“ seiner Entwicklung gibt es im Zuge der Anamnese bereits deutliche Zeichen einer „Oszillation um die eigene Person“ und eine infantile Selbstüberschätzung. Das Beziehungsangebot ist misstrauisch-distanziert, kalt, zum Teil massiv entwertend.

Auf der 3. Ebene bestehen kaum Ressourcen im Zugang zu anderen Menschen (Familiengeschichte), basierend auf der Angst vor (emotionalen) Beziehungen. Herr Thomas ist seit der früheren Kindheit Scheidungskind, wobei an den Trennungsakt selbst keine Erinnerungen mehr bestehen! Beide Elternteile hatten angeblich mit Alkoholproblemen zu kämpfen, die Mutter lebte eine außereheliche Beziehung, sodass letztendlich der Vater – ein Deutscher – in dessen Heimat zurückkehrte. Den Kontakt zum Sohn brach er komplett ab; dieser verleugnet aber die Sehnsucht nach dem Vater in Form einer Entwertung. Auch die Mutter wird mit einem: „Die hat ja einen schweren Pascher!“ gering geschätzt. Der Grund ist darin zu sehen, dass sie ihren Sohn zwang die AHS trotz Vorzug nach der 5. Klasse zu verlassen um einen Beruf zu ergreifen, damit er sie finanziell nicht weiter belaste.

Daraufhin zog er in mehrere Lehrlingsheime und brach den Kontakt mit der Mutter ab (Wiederholung der Vaterproblematik). Erst jetzt erzählt der Patient, dass er auch eine um zwei Jahre jüngere Schwester mit ähnlich schwieriger und impulsiver Art wie die Mutter hätte; aber auch mit dieser sei der Bezug verloren gegangen. Er brauche keine Menschen um sich, er genüge sich selbst und auf sich selbst könne er sich wenigstens verlassen.

Der Patient möchte auch am liebsten den Entspannungsbaustein der ATP (das Autogene Training) *allein* erlernen, wobei sich seine (positiven) Erwartungen sehr in Grenzen halten. Es bestätigt sich dann auch zu Beginn der ATP-Gruppe, dass er (vorerst) seine Kollegen gar nicht wahrnehmen kann, und er verlässt am Ende der Stunde wortlos den Raum.

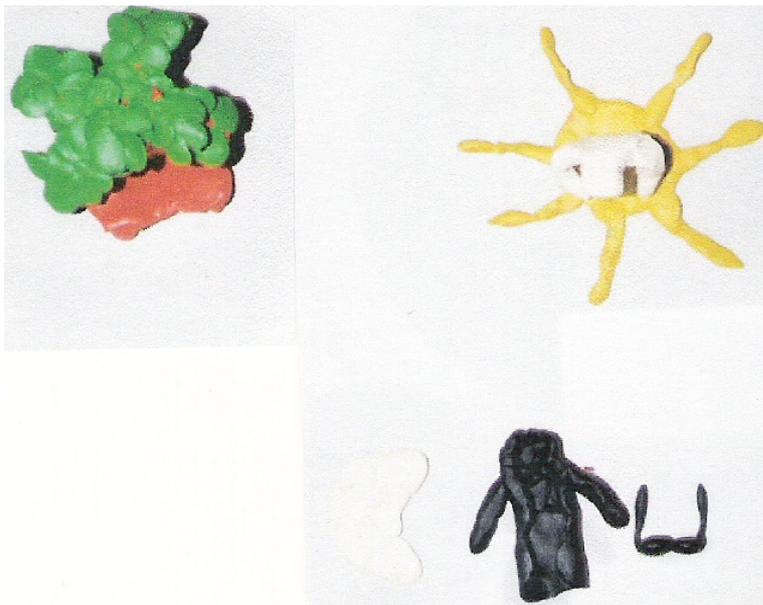
Auslöser bei funktioneller abdominaler Symptomatik sind meist Trennungssituationen (siehe biographische Anamnese) im Zusammenhang mit Aggression. Der Patient befindet sich in der klassischen Analposition und wehrt damit das Depressive ab.

Es bestehen starke (unbewusste) Abhängigkeitswünsche, übergroße Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein. Das Lebenskonzept ist meist pessimistisch und voller (Ur-)Misstrauen. Zu erkennen ist eine große Abhängigkeit von Autoritäten mit dem Wunsch den anderen zu entsprechen, sie übermäßig zu beschenken. Man kann im Symptom des Durchfalls den Ersatz einer gewünschten aber aggressiv gefärbten Leistung sehen. Häufig bestehen aggressiv fordernde Antriebe, heftige Schuldgefühle, wobei die übermäßige Leistungsbereitschaft und das Beschenkenwollen als Wiedergutmachung anzusehen sind.

Da Herr Thomas immer wieder auf *primitive Abwehrmechanismen* (Allmacht und Entwertung, projektive Identifizierung etc.) zurückgreift (beide Elternteile sind chronische Alkoholiker mit der Hypothese ich-struktureller Defizite) handelt es sich diagnostisch um eine

*narzisstische Persönlichkeitsstörung mit schizoider Struktur und analer Abwehr* (was sich von der Grundstufe der ATP bis zur Oberstufe wie ein roter Faden durchzieht: Symbolhaftes wie „Schwarz-Weiß“, Pyramiden; „Besonderheiten“, keine Menschen; Wüste; Kälte, Allmacht-Ohnmacht etc.)

Im Sinne des psychogenetischen Ansatzes (Gerber, Reinel 1990) bei tiefgreifenden Störungen primär die Auseinandersetzung mit *sinnlichen* Erfahrungen zu fördern, erwies sich dieser Ansatz bei Herrn Thomas bereits in der Grundstufe der ATP zielführend und erfuhr eine tiefgreifende Anreicherung letztendlich in der Oberstufe der ATP. Was bedeutet, dass die ATP eine umfassende Rekonstruktion der Persönlichkeit ermöglicht (Sedlak 1994, 2001), und somit als die Methode der Wahl angesehen werden kann.



Sitzplatz unter Baum      frierender Mensch auf heißer Sonne

*Beispiel 4:* Auch zu dem von mir sehr geschätzten Modell von Wärme-Rhythmus und Konstanz nach Bartl (1989) sei an letzter Stelle ein konkretes Fallbeispiel angeführt: Eine 34-jährige Militärperson höheren Ranges wird nach einem ca. einjährigen Auslandseinsatz in einem Kriegsgebiet aufgrund diffuser somatischer Beschwerden repatriert und stationär zur observatio aufgenommen.

Der Patient wirkt einerseits unbeteiligt auf die Ärzte, kann kaum Blickkontakt halten, andererseits wirkt er immer wieder agitiert und ist auch nicht bereit Auskunft über seine Befindlichkeit zu geben. Die behandelnden Mediziner sind ratlos und bitten die Therapeutin zum Konsil.

In der therapeutischen Beziehung ist der Patient vorerst misstrauisch bis abweisend, gleichzeitig jedoch strukturfordernd. Die Stimmungslage wirkt zunehmend ängstlich-depressiv gefärbt.

Zögernd berichtet er später über seine militärische Einsatzzeit im Krisengebiet. Als für ein Spezialgebiet ausgebildeter Offizier war er dem vorstehenden deutschen Kontingent zugeordnet, weit entfernt vom österreichischen Lager und seinen Kameraden. Er arbeitete und wohnte in einem kleinen Einzelcontainer ohne „Außenkontakte“, ohne Austausch mit Freunden, fern dem (emotional) stützenden Familienverband, ausschließlich im beruflichen Konnex mit den deutschen Offizieren. Dazu kam ein schwer traumatisierendes Erlebnis nach einem exorbitanten Gewaltakt des Gegners an einer Zivilperson mit Todesfolge. „Davon muss man sich emotional distanzieren“ war die Meinung des Patienten. Bald darauf erkrankte er an einem banalen grippalen Infekt von dem er sich jedoch nicht mehr wirklich erholen konnte. Im Einsatz aber wird ein „g‘standener Mann“ gefordert, so wurden sämtliche Beschwerden negiert bis zum endgültigen Zusammenbruch.

Nicht nur die Einsamkeit im Container und die „Sprachlosigkeit“ waren unerträglich geworden. Zunehmend litt er nach dem tragischen unmenschlichen Vorfall an Schuldgefühlen, empfand sich selbst als Täter bzw. war entsetzt über seine eigene Tatenlosigkeit, obwohl ihm seine Ratio vermittelte, dass er selbst nicht eingreifen hätte können. Zuletzt glitt der Offizier in eine *posttraumatische Belastungssituation bzw. -störung*.

Neben schweren psychovegetativen Beschwerden, ist der Patient kaum mehr in der Lage Kontakt zu seiner Frau und den Kindern sowie seinem psychosozialen Umfeld zu halten und zieht sich immer mehr zurück. Er findet sich selbst nicht mehr zurecht, ist auch nicht mehr arbeitsfähig. Nach einer weiteren (dramatischen) Spitalseinlieferung per Rettung mit Verdacht auf Herzinfarkt, der sich nicht bestätigte, schlittert der Patient auch noch in ein phobisches Zustandsbild.

„Alles geht den Bach runter, mein Leben ist ins Stocken geraten, nichts ist mehr so wie es vorher war“, eine zentrale Äußerung des Patienten.

Er ist „dankbar“ für das therapeutische Angebot (vorerst Grundstufe der ATP im Einzelsetting) um die Dysbalance wieder in einen homöostatischen Zustand bringen zu können. Hier erwies sich das Bartl’sche Konzept als zielführend (die Ressourcen des Patienten und die ihm zugänglichen Ressourcen seiner Umwelt waren für die therapeutische Behandlung mit zu bedenken).

Die Therapeutin übernahm zu Beginn der ATP eine „*Hilfs-Ich-Funktion*“ im Sinne eines *steuernden Objekts nach König* (1986). Die Ehefrau begleitete ihren Mann in der ersten Phase zur Therapie, bis er das Gefühl hatte, sie beide gelangten langsam wieder in „Gleichschritt“ (auch beider Rhythmus). Im nächsten Schritt hatte er genügend Mut allein mit dem Fahrrad, im Sinne eines „Schrittmachers“, in die Therapiestunde zu kommen. Und in dem Maße, in dem die psychovegetativen Beschwerden „verschwanden“, fand der Patient seine bionome Mitte (wieder), seinen *eigenen* Rhythmus und eine Konstanz im Sinne zunehmenden Selbstbewusstseins. *Sein Leben war wieder „in Fluss geraten“*.

### **Teil 3 Zwei weitere Falldarstellungen**

Die folgenden beiden Falldarstellungen entstanden unabhängig von den obigen Überlegungen zum ATP-Würfel bzw. zur Verschränkung von Diagnostik und Therapie. Sie lassen aber unschwer diese Zusammenhänge erkennen.

#### **Konversion**

Herr M. (21a), ein groß gewachsener, schlanker Mann mit blonden Haaren und verkniffenem Gesicht, schildert mir wortreich und minutiös seine *körperliche* Beeinträchtigung durch seine (durch den Neurologen diagnostizierte) chron. Cephalaea; selbst ein stationärer Aufenthalt hätte keine Besserung bewirkt.

Auf meine Frage, ob ihm etwas (symbolisch) „*Kopfzerbrechen*“ machen könnte, beginnt der Patient zu weinen und meint, die „*grüne Uniform*“ bereite ihm Unzufriedenheit und „*Übelkeit*“ (Verschiebung auf die Uniform). Es bestehen große *Versagensängste* (trotz eigener Motivationsversuche) *vor möglicherweise unerfüllbaren Forderungen* von

Ausbildnern, wobei sich diese Problematik entwicklungsgeschichtlich zurückverfolgen lässt.

*Familiär* wurden und werden hohe Anforderungen bzw. Erwartungen an Herrn M. gestellt die er angstvoll zu erfüllen versucht. Zusätzlich wird er seinen drei Geschwistern (1 Zwillingenbruder, 1 älterer Bruder/25a; 1 Schwester/20a) als Vorbild "vorgehalten" (v.a. vom Vater), was ihn sehr ambivalent stimmt.

In der HBLA musste Herr H. wegen Problemen in Deutsch und Fremdsprachen eine Klasse repetieren; die 13 "Sehr gut" in allen anderen Fächern wurden nicht zur Kenntnis genommen, und so bekam er für das nächste Schuljahr wenig Freiraum zugestanden. Aufgrund dessen trennte sich seine Freundin von ihm, was er bis heute nicht verarbeiten konnte. Wenn er Paare sieht, plage ihn Eifersucht.

Gewisse Rivalität empfindet er seinem Zwillingenbruder gegenüber, der schon im Vorjahr den Präsenzdienst mit "Bravour erledigte"! Dieser machte sich *groß und stark*, und weil sich der Patient nicht so fühlte geriet er zunehmend in Panik, je näher der Einrückungstermin kam und letztlich versäumte er die Frist für Zivildienst (Verleugnung/Ambivalenzkonflikt).

Als er zum ersten Mal eine Waffe in die Hand nehmen musste wurde ihm die potentielle Möglichkeit, Menschen zu töten, bewusst. Seit dieser Zeit leide er unter *"überlappenden Bildern und damit kann man natürlich nicht schießen"* (die Symbolik ist ihm jedoch nicht bewusst/"Brudermord"- Kain & Abel). Nachdem sich vor einer Woche auch noch ein Kamerad suizidierte hat er Angst um sich selbst, nämlich autoaggressive Handlungen zu begehen (aber nicht in Form eines Suizides).

Des weiteren gibt es in der Familie unterschwellige, ungelöste Konflikte (Mutter war mehrere Jahre Nonne; studiert nun Deutsch; Herr H. „musste“ bis zum PD den Haushalt führen, die Geschwister halfen nicht mit, er ist zutiefst gekränkt), die zur Symptomatik des Patienten beitragen bzw. Auslöser sind. Auffallend ist auch sein "Hin- und Hergerissen sein" zwischen Allmachtsansprüchen und Ohnmacht, was einer permanenten narzisstischen Zufuhr von seiner Umwelt bedarf, die er beim ÖBH natürlich kaum erhält.

*Er möchte unbedingt seine Kopfschmerzen "los werden" und daher das Autogene Training erlernen, obwohl er schon einmal während der Schulzeit einen „Kurs“, ohne Erfolg, gemacht hat !*

Der Spannungskopfschmerz des Herrn M. kann (in Bezug zur biographischen Anamnese) als Konversionssymptom angesehen werden, in welchem, nach Freud (2000), der *verdrängte unbewusst gewordene psychische Impuls symbolisch (im körperlichem Symptom, durch Verschiebung und Verdichtung) verschlüsselt erhalten bleibt und einen Kompromiss zwischen einem Wunsch, der nicht bewusst werden darf und verbietenden Normen, die ebenfalls nicht bewusst wahrgenommen werden, darstellt* (siehe S. 5 Konversionskonzept).

Der Grundkonflikt ist *einerseits* eine nicht bewältigte phallisch-ödpale Problematik, *andererseits* beobachten wir auch, nach heutigem Standpunkt, strukturelle Ich-Störungen ("prägenitale Konversion"), häufig ein *labiles Selbstwertgefühl*, das durch *überstarke Emotionalisierung und theatralisches Verhalten (wie beim Patienten) kompensiert* wird. Die *hysterische Symptombildung kann der Abwehr tiefer Verlassens- und Insuffizienzgefühle dienen*. Das *Ausmaß der ich-strukturellen Störung bestimmt die Prognose stärker als die Einsichtsfähigkeit in den phallisch-ödpalen Konflikt* (Klussmann 2002).

Psychodynamisch sind bei diesen Schmerzpatienten psychosoziale Probleme, wie (innerer oder äußerer) Leistungsdruck, übergroße Ansprüche an das eigene Vermögen, Riesenerwartungen in Bezug auf Erfolg und Anerkennung (verbunden mit großen Versagensängsten), wobei Enttäuschungen vorprogrammiert sind, v.a. dann, wenn Schuldgefühle die Entfaltung hindern. Auf überraschende Änderungen in ihrer täglichen Routine reagieren sie mit großer Anspannung. Auch ihre sozialen Beziehungen und ihr Sexualleben ist geprägt durch das Leistungsstreben. Die Beziehungen wirken dadurch oft unpersönlich, die Sexualität ist ebenfalls oft problematisch. In ihrem Selbstwerterleben sind sie leicht irritierbar, gegenüber narzisstischen Kränkungen sehr sensibel. Die daraus

resultierende Wut ("Schmerz sticht") wird ebenso wie die Anspannung aber nicht erlebt, sondern verdrängt. Die Patienten sehnen sich nach einer *nahen, symbiotischen Beziehung*, entwickeln aber gegenüber bewusst geliebten Personen, unbewusst intensive Wut, wenn diese ihren Beziehungswünschen nicht entsprechen. Durch *Rationalisieren* wird die Gefühlswelt, v.a. *Aggressionen*, kontrolliert. *Die Anspannung ist Ausdruck dieser Kontrolle.*

Zum Übungsprozess:

Herr M. hatte versucht, an *keinen* Arm zu denken und allmählich hatte er die Arme "nicht mehr gespürt bzw. sie wurden ganz leicht". Nachdem der Patient sofort auf seinen misslungenen AT-Versuch vor Jahren hinweist, könnte sein Leichtigkeitserleben nicht nur ein psychophysiologisch erklärbares Phänomen sondern auch ein Widerstandsphänomen gegen das AT oder die Psychotherapeutin sein.

Beim Verabschieden betont er nochmals eindrücklich sein ursprünglich unangenehmes Gefühl in den Händen, das sich dann in ein leichtes, wohliges und warmes verwandelt hätte! (Mutter war nicht gut genug, hat seine Bedürfnisse nicht wahrgenommen → siehe die Auswirkungen auf die nächste Stunde):

Wärme hatte er überhaupt nicht gespürt und sich daher selbst positiv motivierend vorgesagt, "dass das jedem einmal passieren kann, dass es nicht immer so gelingt wie man möchte" (musste sich selbst trösten!). Er sei aber dann auf seine sensationellen Erwartungen gestoßen und merkte, dass er ohnedies angenehme Wärme empfand. Eine Steigerung bedeutet *Hitze*, und diese wiederum erzeuge bei ihm Kopfschmerz und Herzklopfen - und nach der Herzformel hätte er damals den AT-Kurs abgebrochen (es wurde ihm zu heiß ums Herz, ging ihm zu nahe) . „Nun finde ich es sehr schön, dass WIR das AT in der Gruppe machen !“

Herr M. möchte aufgrund des besonderen Erfolges einer vertieften Atmung künftighin nur noch liegend üben - "er war in anderen Sphären" - , im Sessel sei er "völlig erstarrt" und müsse sonst immer an sein "Kreuz" denken (hat er so schwer an seinem Kreuz zu tragen?).

Er genießt es, sich Zeit lassen zu können und sein Herz schlägt angenehm ruhig, im Gegensatz zu seinen früheren negativen Erfahrungen. Er hat auch festgestellt, dass ihn manches nicht mehr so tangiert, weil er sich *besser abgrenzen* kann.

Bei der „Kopfübung“ *"spürte er sich überhaupt nicht mehr durch die totale Entspannung; der Kopf war ganz leicht"*. Erst im Nachgespräch wurde ihm bewusst, dass er schon einige Zeit keine Kopfschmerzen mehr gehabt hatte. Erst als ihm Verschiedenes durch den Kopf ging und er mit den Eltern darüber sprach und diese meinten, *"sich nichts gefallen zu lassen sei gut - aber gleich wird sich das nicht ändern !*, wäre es (kurzfristig) zu einer massiven Verstärkung der Kopfschmerzen gekommen (abgewehrte Wut). Nun lasse er sich auch nicht mehr so hetzen, denn deswegen hatte er einmal so eine *"Kastritis" - gemeint ist eine Gastritis* - (diese Fehlleistung wird ihm nicht bewusst), dass er innerhalb einer Woche 7kg ab- und nie wieder zugenommen hatte.

### **Angstneurose bzw. somatisierte Ängste**

Herr F. (19a), von mittlerer, kräftiger Statur, aussehend wie ein "Bub mit roten Apfelbacken", verlegen lächelnd bei der Tür hereinschauend, ob er willkommen sei.

Zunächst berichtet der Patient über extreme psychische Belastungssituationen während seiner Wachausbildung und der Zeit bei der Ehrengarde mit 100% Leistungsanforderungen und "open end" des Dienstes, sodass er eine *diffuse Angsterwartungshaltung mit massiven inneren Spannungszuständen, Ein- und Durchschlafstörungen mit Albträumen* vor dem nächsten nicht abschätzbaren Einsatz entwickelt hatte. V.a. hätte er den "geistigen" Stress nicht verarbeiten können.

Nach dieser spezifischen Grundausbildung, zurückgekehrt in die Wiener Garnison mit der Hoffnung auf Entspannung der "Unstrukturiertheit des Dienstes", die jedoch aufgrund verschiedener Nachschulungen nicht erfüllt wurde, kam es zu einer *zunehmend depressiven Symptomatik mit Suizidgedanken (jedoch ohne verifizierbare Suizidabsichten bzw. ohne suizidale Einengung), latenter Aggressionsbereitschaft und Frustrationsintoleranz* . Deshalb wurde Herr F. auch mehrfach der Psychiatrischen Ambulanz vorgestellt.

Zwischenzeitlich wurde er dem Arbeitsdienst zugeteilt, wo er verschiedene (v.a. handwerkliche) Tätigkeiten innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens in Autonomie durchführen konnte. Der Patient versichert mir daraufhin besonders eindringlich, dass nun das massive Sinnlosigkeitsgefühl weggefallen und er stabilisiert sei. Nur dass man ihm den "Heimschläfer" weggenommen hätte belastete ihn, denn allein ein paar Stunden Abgrenzung zum ÖBH trage wesentlich zum psychischen Wohlbefinden bei.

Über die Familiengeschichte gibt es "nichts wesentliches" zu sagen, meint Herr F. in dieser Stunde (der Zugang erfolgt erst allmählich im Laufe des AT).

*Auf meinen Vorschlag, mit den Kameraden aus seiner Einheit die Grundstufe der Autogenen Psychotherapie zur "Entlastung" zu erlernen (Herr F. verleugnete zu diesem Zeitpunkt seine Bereitschaft zur Dekompensation bei Stresssituationen), reagiert er zunächst mit "Entwertung", was seine Angst, sich auf Unbekanntes einzulassen zu können, verdeutlicht. Er möchte sich aber doch ganz „unverbindlich“ die Einführung ins AT anhören.*

Der Grundkonflikt von Herrn F., der seinen Ausdruck im angstneurotischen Modus (Mentzos 2002) findet, besteht in einem Abhängigkeits - Autonomie - Konflikt in der Form von Angst vor Willkürakten. Daher werden auch immer Menschen gesucht, die diese Steuerung übernehmen („Hilfs-Ich-Funktion“), nämlich, ihn an der Steuerung der Willkürimpulse zu hindern, wie z.B. Aggressionen, Sexualität und "Weglaufen" ((König 2001); Herr F. ist bis zum 17. Lebensjahr Zeuge Jehovas!). In der Phase der Individuation und Separation (Mahler 1975) - (emotionale) Erinnerungsspuren genügen an Stelle der realen Anwesenheit des Objekts für die Fähigkeit, allein zu sein -, konnte nicht genügend Kompetenz zur Loslösung entwickelt werden. Herr F. formuliert öfter seine Ängste, dass "irgendetwas geschehen" könnte (Abwehr). Der Impuls (Willkürakt) ist dabei völlig verdrängt. Analog resultieren aufgrund des Autonomiekonflikts Schwierigkeiten in der Überwindung des ödipalen Konflikts, die eine Fähigkeit zur Triangulierung voraussetzt und das Wahrnehmen der eigenen Sexualität in Abgrenzung zur Sexualität der Eltern beinhaltet.

Ein weiterer Aspekt ist, dass (potentielle) Trennungen, die beim Patienten eine existentielle Bedrohung bedeuten, nicht mit den adäquaten depressiven Affekten verknüpft werden können. Die Entwicklung der depressiven Reaktionen ist erst dann möglich (von der paranoid - schizoiden Position), wenn gute und böse Selbstimages integriert wurden, und somit eigene Aggressionen wahrgenommen werden dürfen; gleichzeitig aber auch die Objekte nicht mehr nur "total gut" oder "total schlecht" erlebt werden können, sondern eine Mischung von Liebe und Aggression gegenüber "ganzen" Objekten vorherrscht (Klein 1972; Winnicott 2002).

Bei Herrn F. fällt nach Beendigung seiner Übung sein *hochroter Kopf* auf; er bittet darum, den Pendelversuch wiederholen zu dürfen (er kann nicht fassen, wirklich selbst etwas bewirken zu können). Am Ende der Stunde ersucht er mich um ein persönliches Gespräch, in welchem er mir über den *Druck*, den sein Vorgesetzter wegen seines Fehlens aufgrund des AT (angedrohte Versetzung vom Arbeitsdienst) auf ihn ausübt, berichtet. Daher möchte er nicht mehr kommen, aber seine *Stiefmutter hätte Psychologie studiert und vielleicht könnte DIE mit ihm AT machen* ?. Ich überlasse ihm in Wahrung seiner Autonomie die Entscheidung, vermittele ihm jedoch auch, dass er hier jederzeit seinen "Platz" hätte.

In der nächsten Stunde erscheint Herr F. doch wieder. Er hat "sich auf die Füße gestellt" und mit all seinem Mut seinem Ausbilder die (persönliche) Wichtigkeit des AT erklärt, und dass er ein Anrecht darauf hätte. Mit Erstaunen kam es zu einer neuen Erfahrung: es gab keinen weiteren Einwand mehr.

Nachdem Herrn F. bei der Wärmeübung den rechten Arm angesprochen, aber im *linken* die Wärme erlebt hatte dachte sofort an "Opposition"; konnte es in der Folge "sein lassen" und spürte daraufhin generalisierte Wärme.

Im Gegensatz zu den anderen hatte der Patient weniger auf eine *Wirkung* gewartet sondern sich schon *total aufs Herz gefreut* (Abwehr der Angst im Sinne einer Reaktionsbildung). Er kenne nämlich im Zusammenhang mit seinem Rotwerden immer auch gleich Herzklopfen, nun fühle er sich *total gut und entspannt*.

Als Herr F. in der nächsten Einheit an Magenbeschwerden litt, drohte er vorerst wieder einmal an seinem Anspruch, die Beschwerden mit dieser Übung zu "eliminieren", zu scheitern. Erst als er die Erwartungshaltung "aufgeben" konnte, spürte er verstärkte Schwere und Wärme - die Magenschmerzen verschwanden. Binder (1979) meinte dazu, dass die Erwartungshaltung einerseits eine hilfreiche und förderliche Einstellung sei, andererseits ab einem gewissen Maß aber zu einer unerbittlichen oder quälenden Forderung gegen sich selbst und andere werden kann (dies bestätigt sich im späteren Verlauf der Oberstufe immer wieder).  
Zuletzt hat Herr F. endlich einen "kühlen Kopf" und hofft damit seine Tendenz zum "Hitzkopf" besser in den Griff zu bekommen.

## Literatur

Bartl G (1984) Der Umgang mit der Grundstörung im Katathymen Bilderleben. In: Roth J W (Hrsg.) Konkrete Phantasie. Neue Erfahrungen mit dem Katathymen Bilderleben. Bern/Stuttgart/Wien

- (1989) Strukturbildung im therapeutischen Prozess. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hrsg.) Strukturbildung im therapeutischen Prozess. Literas, Wien., 15-20

Bischof B (2004) Autogene Psychotherapie. Imagination 2: 51-61

Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 15. Juni 2004

Gerber G, Sedlak F (Hrsg.) (1990) Autogenes Training - mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. Ernst Reinhardt, München

König K (1986) Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Krapf G (1988) Wesen und Wirkung der Oberstufe des Autogenen Trainings. Ärztliche Praxis und Psychotherapie 5-6: 11-28

Mahler M S; Pine F; Bergmann A (1975) Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt/Main

Sandler A M (1977) Beyond eight month anxiety. Int J Psycho Anal 58: 199

Schultz J H (1973) Das Autogene Training. 14. Aufl.: 231, 315. Stuttgart, Thieme

Sedlak F (1994) Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym imaginative Psychotherapie – Hypnose. In: Imagination 4: 5-22, 25-32. Wien, Facultas

(2001) Die tiefenpsychologische Fundierung der Autogenen Psychotherapie. In: Imagination 3: 42-51. Wien, Facultas

Sedlak F, Gerber G (Hrsg.) (1998) Dimensionen integrativer Psychotherapie. Facultas, Wien

Sedlak F (2000a) Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie. Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung. Imagination 2000.

Sedlak F (2000b) Wie wirkt die Autogene Psychotherapie. In: Hochgerner M, Wildberger E Was wirkt in der Psychotherapie. Facultas, Wien

Sedlak F, Chiba R (2001) Mit Träumen Brücken bauen. Eigenverlag Sedlak, Wien

Sedlak F (2005) Die besonderen diagnostischen Chancen der ATP im Lichte der Diagnostik-Leitlinien. In: Bartuska H; Mehta G; Pawlowsky G; Wiesnagrotzki S (Hrsg) Handhabung und Verwendbarkeit der psychotherapeutischen Diagnostik aus der Sicht der fachspezifischen Methoden. In Druck, Springer, Wien/New York

## Fragebogen: Ziele der Autogenen Psychotherapie in der Gruppe

*Franz Sedlak*

GRUNDSTUFE: Grundlegende Veränderung von Verspannungen (Dystonus) in einen Zustand von Spannkraft (Etonus) mit der auch eine Lösung psychischer Hemmungen und Verdrängungen verbunden ist.

Sowie dementsprechende korrelative Veränderungen im psychischen Haushalt bzw. Ansätze dazu.

Ziel: Auffinden der bionomen Mitte, Entwickeln von Selbstakzeptanz und Selbstempathie, Vertrauen in die eigenen bionomen Regulierungen.

Welche Veränderungen im oben genannten Sinn konnte ich im Verlauf des Grundstufen-Trainings bei mir bzw bei Gruppenmitgliedern feststellen:

---

---

---

### MITTELSTUFE

Angst- und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen erreichen; Verwerten der im Entspannungszustand leichter zufließenden Gedanken, Gefühle und Bilder für die Sammlung von persönlich relevanten Einfällen Das Nachgespräch mündet im Versuch, durch eine persönliche "Formel", durch ein persönlich formuliertes Leitmotiv des Patienten neue Verhaltensziele anzupeilen bzw. neue Verhaltenseinstellungen und -möglichkeiten zu probieren.

Ziel: Stärkung der Selbstbehauptung, des Einsatzes von eigenen Fähigkeiten, sicheres flexibles Bewegen zwischen Nähe und Distanz, Expansion und Rückzug.

Welche Veränderungen im oben genannten Sinn konnte ich im Verlauf des Mittelstufentrainings bei mir bzw. bei Gruppenmitgliedern feststellen:

---

---

---

### OBERSTUFE

Sammlung und Bearbeitung von in der *Oberstufe* des Autogenen Trainings in Bildern, Gefühlen und Gedanken aufsteigenden traumähnlichen Symbolinhalten. Bildhaft-imaginative Assoziations-methode.

Ziel: Analytische Tiefenselbsterfahrung und meditative Selbst-entfaltung.

Welche Veränderungen im oben genannten Sinn konnte ich im Verlauf des Oberstufentrainings bei mir bzw. bei Gruppenmitgliedern feststellen:-

---

---

---

Welche Übung/ welche persönliche Erfahrung war insgesamt bisher für mich am wichtigsten:

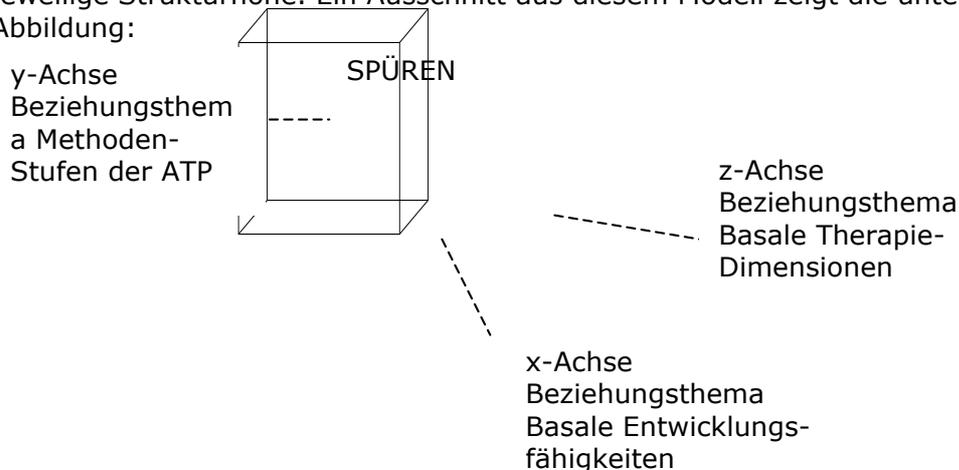
Welche Erfahrung in der Gruppe war für mich besonders wertvoll:

Welche Erfahrung hinsichtlich der Gruppenleitung war für mich besonders wichtig:

## Der ATP -Würfel

Franz Sedlak

Der Autor hat ein Modell entwickelt, den *ATP-WÜRFEL für Indikation, Arbeitshypothese und Methodenwahl in der Autogenen Psychotherapie*. Der ATP-Würfel ist ein dreidimensionales Modell, das verschiedene Therapiekonzepte miteinander verbindet: nämlich die *Methoden-Stufen der ATP-Therapie* Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe, *basale Therapiedimensionen* wie Wärme, Rhythmus und Konstanz, *basale Entwicklungsfähigkeiten* wie Regulieren, Differenzieren, Integrieren, *das grundlegende Beziehungsthema*, nämlich die Ich-Stufe, Du-Stufe, Wir-Stufe; weiters wird der *Entwicklungsansatz* berücksichtigt: Spüren, Fühlen, Denken als Zugangsweg und die jeweilige Strukturhöhe. Ein Ausschnitt aus diesem Modell zeigt die untenstehende Abbildung:



## Das Ich-Du-Wir-Modell

Dieses mehrere Konzepte zusammenfassende Modell eignet sich hervorragend für die diagnostischen Entscheidungen in der ATP. Einige Beispiele seien angeführt. Ein Konzept, das im ATP-Würfel zum Einsatz gelangt, ist das psychosoziale ICH-DU-WIR-MODELL von Sedlak (Sedlak/Chiba 2001). Dieses umfasst die *Ich-Stufe der Entwicklung* (den grundlegenden Aufbau eines angemessenen Selbstbewusstseins). Störungen in diesem Bereich wären egozentrische Wahrnehmung, infantile Selbstüberschätzung, autoaggressive Selbstabwertung. Weiters die *Du-Stufe* (d.h. die grundsätzliche Dialogfähigkeit und Einfühlung), Störungen in diesem Bereich würden etwa mangelnde Empathie betreffen und die *Wir-Stufe* (d.h. die Gemeinschaftsfähigkeit aufgrund von Selbstbewusstheit und Beziehungsoffenheit), Störungen in diesem Bereich würden z.B. mit mangelnder Integrationsfähigkeit zusammenhängen. Hier ergibt sich ein interessantes Spannungsfeld zwischen der *Dimension der Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit und der Dimension der (psychotherapeutischen) Beziehung(sfähigkeit)*: Fehldosierungen (Exzesse, Defizite) können auf jeder Stufe vorhanden sein, zu Wechselwirkungen und zu Unausgewogenheiten in der Selbstwahrnehmung und Beziehungsgestaltung führen. Die Diagnostik dieser Inbalancen führt direkt zur therapeutischen Zielsetzung: z.B. *Entwicklung von Ichfunktionen*. Wenn diese in früher Strukturbildung gestört scheinen, dann bietet die ATP besondere diagnostische Zugänge: Mit dem "Gedächtnis des Organischen" kann man durch die Grundstufe der ATP in präverbale Bereiche und somit zu ersten Spuren der Ichbildung gelangen. Andererseits entwickeln sich die Ichfunktionen der differenzierten Wahrnehmung in dem Maße, wie es in der therapeutischen Beziehung gelingt, übergroße Bedürfnisspannungen zu kanalisieren und abzubauen, in ihrer Adäquatheit (Dosierung und Situationsangemessenheit) zu moderieren, so dass Erinnerungspuren spezifischer Reiz-

Entspannungs-Schemata oder Reiz-Spannungs-Schemata bearbeitet werden können. Liegt der Schwerpunkt auf der *Du-Stufe*, dann ist der Rhythmus Therapiethema, die *Schwingungsfähigkeit zwischen Selbstbehauptung in der Beziehung und flexiblem Eingehen auf die Umwelt*. Dies ist auch eines der Hauptziele der *Mittelstufe* des Verfahrens nämlich die Ausdifferenzierung von Sozialisation und Individuation in einem Fließgleichgewicht. Hier ermöglichen die Leitfragen der (Dimension der psychotherapeutischen Beziehung) eine interessante Vertiefung z.B.: Ist das Beziehungsangebot des/r Patient/in eine Einladung zur Strukturierung, zur Bewertung, zur Parteinahme? Wie sind Wahrnehmung, Reziprozität und Kontakt einzustufen?

### **Basale Fähigkeiten; Differenzieren, Regulieren, Integrieren**

Ein anderer Baustein des ATP-Würfels sind die *basalen Fähigkeiten Regulieren, Differenzieren, Integrieren*. Die Regulation dominiert die Grundstufe der ATP, der/die Patient/in wird ermutigt, seine/ihre eigene bionome Mitte und damit sein/ihr optimale Regulationsmuster zu finden. In der ATP werden die mit der ganzkörperlichen Spannungsregulierung verbundenen Affekte nicht bloß als angeborene Reaktionsmuster auf auslösende Reize, sondern als grundlegende Orientierungsmechanismen bewusst gemacht. Emotionale Autonomie wird gefördert durch eigenständige Handlungsvollzüge (was auf jeder Methodenstufe der ATP zum Ausdruck kommt: Sei es im selbständigen Üben, im so genannten Autogenen Training, sei es in eigenständigen Imaginationen in der Oberstufe des Verfahrens), diese Eigenständigkeit, dieser Mut zum Autogenen wird zunächst in Gegenwart des/r Therapeut/in (stellvertretend für die primäre Bezugsperson) gebahnt.

### **Die Methodenstufen**

Die Autonomieförderung, die Ausarbeitung der adäquaten Affektsteuerung, die Hinwendung zu reifen Objektbeziehungen, all dies ist der ATP in ihrem bionomen und autogenen Ansatz ein Grundanliegen. Die bionome Regulation ist Schwerpunkt der Grundstufenarbeit der ATP. Den Tonus-Irregularitäten liegen psychische Hemmungen, Verdrängungen zugrunde. Der Schweregrad dieser Störungen des Regulierungsvermögens bestimmt auch die Indikationsfrage. Die weiters angeführte *basale Fähigkeit der Differenzierung* zwischen verschiedenen Verhaltensweisen und Ausdrucksformen und ihrer situativen Angemessenheit stellt den Schwerpunkt der Mittelstufenarbeit der ATP dar. In der *Mittelstufe* des Autogenen Trainings wird die autogene Sammlung und Ruhe ausgenützt, um aufsteigende problembesetzte Gedanken, Gefühle und Bilder aus einem inneren Zustand der Gelassenheit zu beobachten und damit Angst- und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen zu erreichen. Außerdem werden die im Entspannungszustand leichter zufließenden Gedanken, Gefühle und Bilder und dazu aufsteigende persönliche Einfälle in einer vorwiegend supportiven, kompensatorischen und prospektiven Weise aufgegriffen. (Sedlak 2000a und b) Hingegen liegt der Akzent der Oberstufenarbeit auf der tiefer gehenden Integration, sowohl intra- als auch interpsychisch. Ein weiterer Bestandteil des ATP-Würfels ist der psychoontogenetische Ansatz *Spüren-Fühlen-Denken* von Gerber und Reinelt (Gerber u. Sedlak 1990, Sedlak u. Gerber 1998). Dieses hat insbesondere Beziehungen zur *1 diagnostischen Leitlinie, der Einschätzung des Schweregrades und des Verhältnisses von Beschwerden und Ressourcen*. Ist die Störung tiefgreifend, so kann weder auf der begrifflichen Ebene (Denken), noch auf der vorstellungsbezogenen Ebene (Fühlen) angesetzt werden, sondern es ist die Auseinandersetzung mit sinnlichen Erfahrungen notwendig. Hier ist durch die Grundstufe der ATP und das „organische Feedback“ der eigenen Körperwahrnehmung eine reichhaltige diagnostische und therapeutische Zugangsmöglichkeit gegeben. Hingegen kann die erreichte Stufe der Abstraktion (Denken) in der Oberstufe des Verfahrens durch entsprechende Übungen aufgegriffen und sinnlich angereichert werden, um nur einige Möglichkeiten anzureißen. Ein weiterer Handlungsansatz, das im ATP-Würfel seinen Platz findet, ist das Konzept von *Wärme-*

## Wärme, Rhythmus und Konstanz

*Rhythmus und Konstanz* nach G.Bartl (Gerber, Sedlak 1990). Mit „Wärme, Rhythmus und Konstanz“ werden 1) die positive, entwicklungsförderliche Beziehung und Zuwendung zu sich selbst und anderen, 2) das lebendige Schwingen zwischen Assimilation und Akkommodation bzw. 3) die Verlässlichkeit gegebener Rahmenbedingungen und der „rote Faden“ der sinnhaften Lebensgestaltung gemeint. Diese drei Faktoren sind wichtig für die Persönlichkeitsentwicklung und Gemeinschaftsförderung. Es ist daher sinnvoll, sie in der ATP diagnostisch aufzuspüren. (Siehe dazu Beispiel 4 im Teil2)  
Dabei zeigt sich, dass die drei Stufen der ATP auch drei verschiedene Schwerpunkte aufweisen

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Unterstufe<br>Ziel: Auffinden der bionomen Mitte                               | Wärme<br>Regeneration der Selbst-Beziehung           | Rhythmus<br>Vertrauensbildung gegenüber eigenen bionomen Regelkreisen   | Konstanz<br>Bionomes Selbstbewusstsein=<br>Vertrauen in die eigene Verlässlichkeit<br>(Wer es lernt loszulassen, der kann sich auf sich verlassen) |
| Mittelstufe<br>Ziel: Stärkung der Eigenkompetenz                               | Wärme<br>Verbesserung der Selbst-und Objektbeziehung | Rhythmus<br>Verbesserung der flexiblen Anpassung zwischen Assimilation und Akkommodation, Aktivität und Passivität, Expansion und Rückzug | Konstanz<br>Selbstbehauptung gegenüber intrapersonalen Schwierigkeiten und interpersonalen Widerständen  |
| Oberstufe<br>Ziel: Analytische Selbsterfahrung und meditative Selbstentfaltung | Wärme<br>Beziehung zum Ganzen                        | Rhythmus<br>Selbstfindung zwischen Analyse und Synthese, Selbstimmanenz und Selbsttranszendenz  | Konstanz<br>Analytische Selbsterfahrung bis hin zur Ergründung der Existenzialwerte  |

GERBER, G. u. SEDLAK, F. (Hrsg.). (1990): Autogenes Training -mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.

SEDLAK F. u. GERBER G. (Hgs) (1998): Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien: Facultas.

SEDLAK F. (2000a): Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung. Imagination2000.

SEDLAK F. (2000b): Wie wirkt die Autogene Psychotherapie. In: HOCHGERNER M.u. WILDBERGER E.: Was wirkt in der Psychotherapie. Wien: Facultas.

SEDLAK F. u. CHIBA R. (2001): Mit Träumen Brücken bauen. Wien: Eigenverlag Sedlak

# **Prinzipielle Überlegungen zur Supervision beim Autogenen Training**

*Elfriede M. Fidal und Hans Pirker*

## **Einleitend**

Als dieser Artikel verfasst und 1990 veröffentlicht wurde, stand die Bezeichnung „Autogenes Training“ für eine Psychotherapiemethode genauso wie deren selbstständigen Übungsanteil. Es wurde zwischen beiden nicht unterschieden. Wenn im Folgenden also vom Autogenen Training die Rede ist, so bezieht sich dies einerseits auf die Methode und andererseits auf deren Anwendung. Im Zuge der weiterführenden Differenzierung und theoretischen Erweiterung spricht man heute von „Autogener Psychotherapie“, die in Grund – Mittel - und Oberstufe eingeteilt wird. Für den selbstständigen Übungsanteil hat sich die Bezeichnung „Autogenes Training“ eingebürgert. Die Inhalte dieser Arbeit haben ihre Aktualität beibehalten, da und dort könnten heute andere Akzente gesetzt werden. Die „gender-Affinität“ war zum Zeitpunkt der Abfassung des Artikels relativ unüblich und wurde deshalb nicht durchgängig eingehalten.

## **Die Supervision**

Supervision ist ein notwendiger Bestandteil im Rahmen der Psychotherapie und somit auch beim Autogenen Training angebracht. Im Folgenden wird auf die Begriffe der Supervision und des Autogenen Trainings eingegangen und anschließend die Aufgabe der Supervision beim Autogenen Training beschrieben. Bei der Beschäftigung mit dem Begriff der Supervision findet man in der Literatur eine Fülle von Definitionen, die sich aus unterschiedlichsten Schwerpunkten ableiten lassen. Argelander (1980) verweist im deutschsprachigen Raum auf Sigmund Freud. Freud beschreibt 1909 in seiner Arbeit „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“ einen Versuch, der als erstes Supervisionsmodell verstanden werden kann. Darin leitet Freud den Vater eines kleinen Jungen zu dessen Behandlung an und plant diese auch. Die Behandlung selbst wird vom Vater durchgeführt. In dieser Falldarstellung finden sich Hinweise, die das methodische Prinzip der Supervision betreffen. So schreibt Freud wörtlich: „Es ist gar nicht unsere Aufgabe einen Krankheitsfall gleich zu verstehen, dies kann erst später gelingen, wenn wir uns genug Eindrücke von ihm geholt haben. Vorläufig lassen wir unser Urteil in Schwebe und nehmen alles zu Beobachtende mit gleicher Aufmerksamkeit hin“ (S. 259). Dies kann als eine Grundregel des Supervisors angesehen werden, nämlich das mitgeteilte Material in gleichschwebender Aufmerksamkeit zu betrachten, ohne gleich naheliegende Erklärungen und Gefühlsregungen zu äußern. Weiter vermerkt Freud, dass der Therapeut selbst ihm etwas nicht mitteilen konnte, weil es ihm massiv betraf. Supervision kann hier als „Anleitung zur Psychotherapie“ definiert werden. Freud selbst verfolgt allerdings diese Methode nicht weiter, da in diesem Fall für ihn die historisch bedeutsame Tatsache, dass zum ersten Mal die psychoanalytische Methode an einem Kind erprobt wird, im Vordergrund steht. Supervision wird in den frühen zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts Bestandteil der psychoanalytischen Ausbildung. In den USA wird schon um 1925 Supervision ehrenamtlichen Helfern der Wohlfahrtsverbände in Form einer Praxisanleitung geboten, um ihnen sinnvolle und effektive Arbeit zu ermöglichen. Bruno Bettelheim führt in den vierziger Jahren in der von ihm geleiteten „Ortogenic School“ der Universität von Chicago die sogenannte Mitarbeiterkonferenz ein. Sie soll den Zweck einer Supervision erfüllen und den Mitarbeitern Gelegenheit geben, Gefühle und Empfindungen, die im Umgang mit schwer gestörten Kindern und Jugendlichen auftreten, offen auszudrücken, wobei Bettelheim als Supervisor fungiert.

Betrachtet man die traditionellen Ansätze in der Supervision, so wird deutlich, dass sie sich nicht als eigenständiger theoretischer Bereich entwickelt hat, sondern in Kontext der verschiedenen Ausbildungsrichtungen entstanden ist. Supervision ist heute in vielen Bereichen, die zwischenmenschliche Beziehungen betreffen, nicht mehr wegzudenken und stellt ein breites, eher ungenau definiertes Arbeitsfeld dar. Dieses reicht von Supervision, die im Rahmen von Therapieausbildung bei unterschiedlichsten Therapierichtungen zu absolvieren ist, bis zu Supervision von Berufsgruppen und Teamsupervision in Institutionen. In Cassell´s German & English Dictionary findet man für den Begriff folgende deutsche Übersetzung „ Überwachung, Aufsicht, Leitung, Kontrolle“. Damit wird deutlich, dass für den psychotherapeutischen Bereich durch diese Übersetzung nichts gewonnen wird. Der für die therapeutische Supervision so wichtige Aspekt der Beziehung, die Frage des Reflektieren-Wollens und -Könnens sowie die Lernmöglichkeit gehen verloren. Barthe (1985) versucht eine Ableitung aus der lateinischen Sprache und zerlegt das Wort in „super“, also „oben, darüber“ und „vision“, welches er mit „Sehen, Anblick, Erscheinung“ übersetzt. Auch damit wird nicht der Bereich der Supervision umfasst.

Schmidbauer (1986) definiert Supervision als begrenzte Vermittlung von Wissen, Erfahrung und Selbstkritik, die einen unbegrenzten Prozess auslösen und aufrechterhalten soll. Er distanziert sich von ihrem kontrollierenden Aspekt. Für Pühl (1986) stellt Supervision einen Versuch dar, noch unbenennbare Gefühle und Eindrücke in Bezug zur Arbeit zu klären. John und Fallner (1980) meinen, dass Supervision eine systematische Reflexion des beruflichen Handelns ermöglichen soll. Zielke (1974) vertritt die Ansicht, dass durch die Methode den Supervisanden ermöglicht werden soll, persönliche Reaktionsweisen, objektive Erkenntnisse, aktuelle Arbeitssituationen und subjektive Erfahrungen in ihre Berufsausübung zu integrieren. Scobel(1988) betont den dialogischen Aspekt des Verfahrens. Er beschreibt Supervision als einen Prozess der Selbst- und Fremdrelexion, der zwar nicht als Kontrollfunktion gedacht ist, trotzdem aber eine gewisse Kontrolle des beruflichen Handelns einschließt. Pahl (1987) merkt an, dass Supervision einerseits helfen soll, die von der Institution geforderten Haltungen zu festigen, andererseits dazu dient, andere aufzulösen. Für Frijling-Schreuder (1976), die die Einzelsupervision in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellt, ist diese ein am klinischen Material orientierter Lernprozess zwischen Kollegen, keine Lehrer-Schüler-Beziehung und keine Therapeut-Patient-Beziehung. Die Aufgabe des Supervisors ist es, den Kandidaten behilflich zu sein, die eigene Kompetenz richtig einschätzen zu können. Nach Kutter (1983) dient die Gruppensupervision nicht nur dem Abbau von Ängsten und Abwehrmechanismen der Teilnehmer, sondern dem gezielten Aufbau einer professionellen Kompetenz.

## **Das Autogene Training**

Spricht man vom Autogenen Training, so ist es angebracht, sich an dessen Ursprung und Entwicklung zurückzuerinnern. Dies vor allem auch deswegen, da der Name heute oft für Abwandlungen desselben verwendet wird, obwohl sie dem ursprünglichen Anliegen von J.H. Schultz manchmal nicht mehr entsprechen und daher der Name „Autogenes Training“ dann nur mit Vorbehalt dafür anzuwenden ist. Bekanntlich wurde das Autogene Training aus Erkenntnissen entwickelt, die aus der Hypnose stammen und es wird daher auch als „legitime Tochter der Hypnose“ bezeichnet. Schultz, in dessen umfangreichem Werk das Autogene Training die zentrale Stellung einnimmt, arbeitete viele Jahre lang an seiner Entwicklung. Er schreibt in seinem Buch über das Autogene Training: „Die Konzeption der diesem Verfahren zugrunde liegenden Anschauungen reicht ziemlich weit zurück; sie wurde in den Jahren 1908 bis 1912 vollzogen, es waren namentlich Arbeiten von Oskar Vogt, die mir damals den Blick für die in Frage stehenden Möglichkeiten eröffneten. Oskar Vogt hat in seinem grundlegenden hypnotischen Studien darauf hingewiesen, dass es bei gebildeten und kritischen Versuchspersonen angängig sei, die Umschaltung in den hypnotischen Ausnahmezustand der Selbstentscheidung der Versuchspersonen zu unterstellen und teilte eine Reihe von Beobachtungen mit, nach denen Versuchspersonen der geschilderten Art in der Lage waren, sich selbst durch eine

Ganzumschaltung in den hypnotischen Zustand zu versetzen, eine „Autohypnose“ bei sich herbeizuführen. Oskar Vogt betonte schon damals (1893-1900) die praktische Bedeutung dieser Befunde und konnte neben Allgemeinwirkungen positiver Art insbesondere auch die erhöhte Fähigkeit seiner Versuchspersonen zu aufklärender psychologischer Selbstbeobachtung dartun“. (Zit. nach Kraft S 14/15).

Das Charakteristikum und die Zielsetzung des Autogenen Trainings sind hier bereits dargelegt, nämlich die Umschaltung in den hypnotischen Ausnahmezustand der Selbstentscheidung und Eigenverantwortlichkeit der Versuchspersonen zu unterstellen, sowie die Allgemeinwirkungen positiver Art (Entspannung) und die erhöhte Fähigkeit der Versuchspersonen zu aufklärender psychologischer Selbstbeobachtung.

Schultz machte den bei einer Fremdhypnose ablaufenden Vorgang der Entspannung zum Gegenstand systematisch übender Versuche. In den Berichten seiner Hypnosepatienten kehrten folgende Angaben häufig wieder: Schwere- und Wärmeerlebnisse in allen Gliedmaßen; ein Gefühl der Ruhigstellung von Herz und Atmung, Empfindungen, die in den Standardformeln des Autogenen Trainings ihren Ausdruck finden. Dies waren Sensationen, die der aus der Hypnose bekannten Entspannung, der angenehmen Müdigkeit, der Angstfreiheit und der Ausgeglichenheit parallel liefen. J.H. Schultz stellte sie in den Mittelpunkt seiner Überlegungen: „Bestand die Annahme zu Recht, dass in der Entspannungskomponente nicht ..... lediglich eine Begleiterscheinung, sondern ein wesentlicher Moment zu Tage trat, so musste erwartet werden, dass richtig angesetzte und systematische Entspannungsübungen die gewünschte Umschaltung herbeiführen mussten. Dies ist im eigentlichen Sinn das Prinzip unseres Trainings“. (Schultz 1966, 8). Gegründet auf teils physiologische Gesetzmäßigkeiten (Ideoplasie) kommt es dazu, dass durch die Anwendung der „Standardformeln“ ein autohypnoider Zustand erreicht wird. Schultz nannte sein Verfahren zuerst „Autogene Organübungen“ (1926), dann „Rationalisiertes autosuggestives Training“ (1927) und schließlich „Autogenes Training“ (1928). Sein grundlegendes Werk erschien 1932 und trägt den Titel „Das Autogene Training – konzentrierte Selbstentspannung“ und liegt jetzt bereits in der 18. Auflage vor. Schultz war zeitlebens der Physiologie sehr verbunden. Er entwickelte mit dem Autogenen Training auch ein „psychophysisches Verfahren“, in dem er sein Augenmerk sowohl auf den physiologischen als auch auf den seelischen Faktor gerichtet hielt. In seiner Autobiographie „Lebensbilderbuch eines Nervenarztes“ heißt es dazu: „Wenn ich mich auch getreu dem großen Meister Max Verworn im Kern als unheilbaren Physiologen fühle, glaube ich doch, in meinen Arbeiten den seelischen Faktor nicht übersehen zu haben und so musste bald bei der Ausarbeitung des Autogenen Trainings auffallen, dass hier ein Weg offen ist, durch organismisches Üben, die Persönlichkeitshaltung im ganzen zu wandeln, wie es am besten Gustav Richard Heyer etwas später formulierte: wer es im Autogenen Training gelernt hat, sich – zu – lassen, wird ge – lassen.

Wir haben also mit dem Autogenen Training ein Verfahren vor uns, das „ein vom Selbst sich entwickelndes und das Selbst gestaltendes systematisches Üben“ darstellt, ein aktiv und nicht passiv autohypnoides Verfahren, das vom Menschen selbstständig geübt wird und der Persönlichkeit dienlich sein kann. Psychophysischen Gegebenheiten kommt ein höherer Stellenwert zu, als dies bei manchen anderen Methoden der Psychotherapie der Fall ist.

Die Einordnung des Autogenen Trainings als psychotherapeutische Methode gibt immer wieder Anlass zu Irrtümern. Verformungen und Abwandlungen desselben schreiten oft so weit fort, dass man eigentlich nicht mehr vom Autogenen Training sprechen kann.

Schultz selbst wies in seiner Autobiographie darauf hin: „Im selben Jahr (1926Vf.) trug ich zum ersten Mal die bis dahin vorliegenden Erfahrungen mit dem Autogenen Training in der Medizinischen Gesellschaft vor. Die damals sechs Jahre lang gesammelten Erfahrungen wurden noch sechs weitere Jahre hindurch vermehrt, so dass dann 1932 der Versuch unternommen werden durfte, eine klinische Einführung in Art und Wesen der Methode zu geben, wobei klinische und experimentelle Beobachtungen, theoretische Überlegungen, sowie Einbau der Methode in die Psychotherapie und in allgemeine Zusammenhänge durchführbar erschienen. Schon damals wurde der grundsätzliche Unterschied der autogenen Selbsthypnose und aller rein gymnastischen Übungen nachdrücklich hervorgehoben und betont, dass, besonders im Hinblick auf die Möglichkeiten der „Oberstufe“, eine kritiklose Einordnung des Verfahrens in die „kleine“

und die „pragmatische“ Psychotherapie unzulässig ist, Irrtümer, die immer wieder auftauchen, der hundertköpfigen Hydra vergleichbar, der selbst der große Herakles jedesmal nur eine begrenzte Zahl von Köpfen abschlagen konnte“.

So sollte es unser Anliegen sein, die ursprünglichen Ziele des Autogenen Trainings, bei aller individuellen Freiheit in der Vermittlung und Ausübung desselben, im Auge zu behalten, um diese psychotherapeutische Methode in ihrer ganzen Breite und Tiefe mit den ihr eigenen Vorteilen ausnützen zu können.

## **Die Supervision beim Autogenen Training**

In der Fülle der Literatur zum Autogenen Training finden sich kaum Hinweise, die sich auf die Supervision beziehen. 1987 weist Bartl auf den Stellenwert der Supervision beim Autogenen Training hin. Er meint, dass die Supervision durch die Vorstellung selbst behandelter Fälle – als eine praxisbegleitende Beratung – zum allmählichen Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung führt und betont damit den psychotherapeutischen Aspekt des Autogenen Trainings. Auch für unser Verständnis ist das Autogene Training nicht „nur ein Kurs mit sieben Kurseinheiten, ein reines psychophysisches Übungsverfahren“, eine Methode, die man auch aus einem Buch wie ein Rezept rasch erlernen und danach problemlos vermitteln und anwenden kann. Es geht bei der Vermittlung des autogenen Trainings nicht nur um die Darlegung seiner technischen Ausführung, sondern auch um die Beachtung der einzelnen Kursteilnehmer und der Gruppensituation; somit um die Beachtung und Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand. Dies macht verständlich, dass es sich bereits bei der Vermittlung der Grundstufe des Autogenen Trainings – wie schon erwähnt – keineswegs um die Anwendung einer „einfachen“ psychotherapeutischen Methode handelt. Für manche Menschen sind die oft ersten bewusst erlebten Erfahrungen bezüglich des subtilen Zusammenspiels von Psyche und Soma im Autogenen Training Anregung zu weiterer „Innenschau“. Und erste Erfahrungen sind wichtige Erfahrungen; sie können „lustvolle und gute“, sowie „unlustvolle und schlechte“ sein. Mit dieser Feststellung möchten wir darauf hinweisen, dass bei der Vermittlung des Autogenen Trainings die Person des Therapeuten ein wichtiges Agens darstellt. Eine Einsicht bzgl. seiner persönlichen Struktur, sein Reflexionsvermögen im Erkennen des Gruppengeschehens sowie seine fachliche Kompetenz werden – so wie in jedem therapeutischen Geschehen – wirksam sein. Als psychophysisches Verfahren nimmt das Autogene Training aber auch Einfluss auf physiologische bzw. pathophysiologische Abläufe, womit sich eine Nähe zu den psychosomatischen Funktionsstörungen und Erkrankungen ergibt. Das Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge wird bei der Vermittlung des Autogenen Trainings- vielleicht mehr als bei anderen Verfahren nötig sein.

Wir meinen, dass die Supervision beim Autogenen Training eine therapeutische Supervision ist, die im Rahmen der Ausbildung und beruflichen Weiterbildung von Kolleginnen und Kollegen, die mit dem Autogenen Training arbeiten, genützt werden kann. Jede Supervision mobilisiert neben Selbsterfahrungswünschen auch Therapiebedürfnisse – Supervision ist aber keine Therapie. Gruppensupervision ist auch nicht Gruppendynamik oder analytische Selbsterfahrungsgruppe. Wir definieren die Supervision beim Autogenen Training als einen großteils am klinischen Fall orientierten Lernprozess zwischen Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Wissenskenntnisse; sie hat einen begleitenden und keinen kontrollierenden Aspekt.

Dabei beinhaltet die Supervision beim autogenen Training folgende Ziele:

1. Sie ist ein Prozess der Selbst- und Fremdreflexion, der das Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung, Abwehrmechanismen und Widerstand erleichtern kann (wie auch in einer Balintgruppe).
2. Sie bietet die Möglichkeit, das theoretische Wissen zu erweitern und aufzufrischen, physiologische Grundlagen, Indikation, Kontraindikation, prognostisch günstige und ungünstige Faktoren und praktische Anwendungsbereiche zu besprechen.

3. Sie soll sensibel machen für Bedingungen, unter denen das Autogene Training vermittelt wird.
4. Gruppenprozesse, die bei der Vermittlung in Gruppen entstehen, können transparenter gemacht werden.
5. Sie soll ein Korrektiv sein, damit das Autogene Training angemessen vermittelt wird. Die Grundlagen des Autogenen Trainings sollen wie ein roter Faden im Auge behalten werden.
6. Schwierigkeiten und Auftreten besonderer Phänomene bei der Erlernung des Autogenen Trainings, Beschwerden und deren möglicher somatischer bzw. psychologischer Stellenwert können besprochen werden.

Die im folgenden dargelegten Erfahrungen mit der Supervision beim Autogenen Training stammen einerseits von Gruppensupervision, die einmal monatlich als offene Gruppe geführt wird, andererseits von Gruppensupervision im Rahmen von einwöchentlichen Seminaren als geschlossene Gruppe und von fallweisen Einzelsupervisionen. Betrachtet man den Verlauf der Gruppensupervision und den von Autogenen Trainingskursen, so bemerkt man, dass sich in der Supervision das spiegelt, was üblicherweise in den Gruppen geschieht. In den Kursen sind im Verlauf von durchschnittlich sieben Kurseinheiten drei Phasen bei den Teilnehmern festzustellen, für die das Autogene Training die geeignete Methode ist.

Diese sind im Folgenden:

1. Die Phase der Unsicherheit und des Wunsches, Erklärungen, Ratschläge, Tips und Regeln bzgl. der Methode vom Kursleiter zu erhalten.
2. Die Phase des Lernens von Geschehenlassen und Selbstwahrnehmung; Methodik und eigene Empfindungen sind gleich wichtig.
3. Die Phase der Abnabelung vom Kursleiter, der individuelle Umgang mit dem Autogenen Training. Die persönlichen Erfahrungen stehen im Vordergrund, die erlernte Technik ist sekundär.

Spiegelbildlich dazu finden sich auch im Verlauf der Gruppensupervision drei Sequenzen:

1. Bei Beginn eines Kurses für Autogenes Training werden oft Tips und Ratschläge vom Kursleiter verlangt. Die Fragen „mache ich es richtig“ und „was mache ich falsch“ werden häufig gestellt. Auch der Supervisand möchte gerne bei Beginn der Supervision methodische und didaktische Hilfen. Auch er möchte gerne Ratschläge bekommen, theoretische Fragen erörtert bekommen, das heißt, dass Theorien benutzt werden könnten, um bestimmte Annahmen zu rationalisieren. Der Supervisand will wissen, ob er das Training richtig vermittelt, ob er etwas besser machen kann oder etwas falsch gemacht hat. Themenkreise wie „Einzel- oder Gruppentraining, Hilfsvorstellungen anbieten, Abändern oder Weglassen der Trainingsformeln, Strukturierung der einzelnen Kursstunden“ –um nur einige zu nennen- stehen im Vordergrund des Interesses. Die Fragen „Was mache ich, wenn der Patient nicht übt, beim Training nichts verspürt oder einschläft, beim Trainieren lieber am Bauch anstatt am Rücken liegt, eine Formel weglassen will“ und viele andere mehr sind häufig gestellte. Die Supervision sollte zwar hier eine Klärung aus methodisch-theoretischer Sicht herbeiführen, gleichzeitig aber den Prozess der Selbst- und Fremdrelexion in Gang bringen. Dies bedeutet, dass der Supervisand lernen kann, die Aussagen des Patienten mit anderen Verhaltensweisen von ihm zu verbinden und somit ein momentanes Bild vom Patienten und seiner Lage zu entwickeln. Dieses Bild soll jedoch flexibel und jederzeit veränderbar sein. Der Supervisand kann dann empfinden und verbalisieren – soweit er will – welche Gefühle und Einfälle bei ihm mobilisiert werden und auf Grund dieser Erkenntnis seine Beziehung mit dem Patienten regeln. Die anderen Mitglieder der Supervisionsgruppe tragen mit ihren Einfällen bei. Dieser Prozess entwickelt sich langsam und ist vom Vertrauen innerhalb der Gruppe abhängig. Daraus geht hervor, dass der Führungsstil des Supervisors – in Analogie zur Leitung einer Autogenen Trainingsgruppe – ein „demokratischer“, gruppenzentrierter sein soll, um das Gespräch der Gruppenteilnehmer untereinander und den Prozess der Selbst- und Fremdrelexion zu fördern. Aufmerksamkeit wird auch dem Anliegen gewidmet, jeden der jeweils anwesenden Supervisanden zu Wort kommen zu lassen.

2. In der nächsten Phase kann es die Supervision ermöglichen, unterschiedlichste Themenkreise anzusprechen. „Es kommt was kommt, es geschieht, auch nichts ist bemerkenswert“ – diese Leitsätze von J.H. Schultz für den Umgang mit dem Autogenen Training spiegeln sich auch in dessen Supervision. Es kommt zum Durchbesprechen der einzelnen Übungen und von Phänomenen, die während des Übens auftreten. Weitere Themen betreffen verschiedene Beschwerden oder Krankheitsbilder und die damit verbundenen Auswirkungen auf Kursleiter, Gruppe und Training. Gruppenprozesse innerhalb des geleiteten Autogenen Trainingskurses werden analysiert. Bedingungen, unter denen das Autogene Training vermittelt wird, werden erzählt. Raum nimmt die Besprechung des Settings, die Arbeit mit dem Autogenen Training innerhalb einer Institution oder in freier Praxis sowie die Motivierung des Patienten ein. Die Supervision ermöglicht eine Sensibilisierung für die Bedingungen, unter denen das Autogene Training vermittelt wird. Sie zeigt aber auch den individuellen Umgang damit – bedingt durch Gegenübertragung, äußere Bedingungen oder eine Mischung von beiden – auf.

3. In der dritten Phase stellt unserer Erfahrung nach der Supervisand die „Falldarstellung“ in den Mittelpunkt seiner Neugier. Das heißt, dass der Beziehungsaspekt zwischen ihm und dem Patienten mehr in den Vordergrund rückt, genauso wie auch beim Patienten mehr die Beziehung zwischen seinem Fühlen und Tun in den Mittelpunkt seines Trainings rückt und die erlernte Technik an Bedeutung verliert. Hier können auch Überlegungen bezüglich eventueller Anwendung einer formelhaften Vorsatzbildung oder über die weitere Behandlung bzw. Betreuung des Patienten nach Ende des Autogenen Trainingskurses einfließen. Dabei kann es auch um die Frage gehen, die Behandlung nach angemessener Zeit mit der Oberstufe fortzusetzen, oder Problemfälle ergänzend auch selbst in der Oberstufe „anzuschauen“. Somit kann das Autogene Training konkret auch in der Supervisionsgruppe zur Anwendung kommen. Auch können Überlegungen angestellt werden, welcher Stellenwert dem Training, gemessen an der Therapeut – Patienten Beziehung bzw. der Psychodynamik des Patienten zukommt.

Um den beschriebenen Anforderungen einer Supervisionsgruppe auch wirklich gerecht werden zu können, führen wir dieselbe zumeist gemeinsam durch. Als Psychologin einerseits und als Internist andererseits sowie als Therapeuten für Autogenes Training meinen wir, diesen Anforderungen am besten zu genügen und die Voraussetzungen dafür mitzubringen, dass eine entsprechende Ausbildung in dieser Methode gewährleistet ist. Supervision bei der Grundstufe des Autogenen Trainings sollte also nicht aufgefasst werden als etwas, das – im Rahmen der Ausbildung – „absolviert“ werden muss, sondern als Möglichkeit, sein eigenes Wissen über sich selbst und die Methoden zu erweitern.

### *Literatur*

Argelander, H.: Die Struktur der „Beratung unter Supervision“. *Psyche* 34, 54-77 (1980)

Barthe, H.J.: Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte. *Praxis d. Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie* 34, 142-148 (1985)

Bartl, G.: Anforderungen an den Therapeuten, Der Therapeut in der Entwicklung zum Psychotherapeuten. In: Pesendorfer, F. (Hrsg.): *Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag*, Literas Wien 1987

Cassell´s German and English Dictionary. London (1969)

Fidal, E.M.: Autogenes Training – Supervisionsgruppe. Unveröffentlichtes Manuskript 1987

Fleming, J., Benedek, T.F.: *Psychoanalytic Supervision*. New York 1983

- Freud, S.: Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. G.W., Bd. VII (1909)
- Frijling-Schreuder, E.C.M.: Bemerkungen zur Supervision. *Psyche*, 30.Jg., 125-145 (1976)
- John,R.,Fallner,H.: Handlungsmodell Supervision. Mayen 1980
- Kraft,H.: Autogenes Training. Stuttgart 1989
- Kutter,P.: Psychoanalytische Supervisions-Gruppen an der Hochschule. *Psyche*, 37.Jg., 237-253 (1983)
- Mahler, M.S.,Pine, F.,Bergmann, A.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M. 1984
- Nedelmann,C.,Ferstl,H. (Hrsg.): Die Methode der Balint Gruppe. Stuttgart 1989
- Pahl,J.: Supervision – eine Arbeit zwischen Sozialisation und Erkenntnis. Unveröffentlichter Vortrag 1987
- Pirker, H.: Indikation und Kontraindikation für das Autogene Training. *Therapiewoche* 30 (1980)
- Plessen,U.,Kaatz,S.: Supervision in Beratung und Therapie. Salzburg 1985
- Pühl,H.: Supervision in der Ausbildung: Bindeglied zwischen Theorie und Praxis. In: Pühl,H., Schmidbauer,W.: Supervision und Psychoanalyse. München 1986
- Schmidbauer,W.: Über endliche und unendliche Supervision. In: Pühl,H., Schmidbauer,W.: Supervision und Psychoanalyse. München 1986
- Schultz,J.H.: Das Autogene Training. Stuttgart 1966
- Schultz,J.H.: Lebensbilderbuch eines Nervenarztes. Stuttgart 1964
- Scobel, W.A.: Was ist Supervision ? Göttingen 1988
- Strotzka,H.: Übende Behandlungsmethoden (insbesondere „Autogenes Training“). In: Strotzka,H. (Hrsg): Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München/Berlin/Wien 1975
- Zielke,M.: Supervision. In: Bastine,R., Fiedler, P.A., Grawe,K., Schmidtchen,S., Sommer, G. (Hrsg): Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim 1982

## **Diagnostics in Autogenic Psychotherapy (ATP)**

*Franz Sedlak*

We, first of all, need to note the following: Diagnostics in Autogenic Psychotherapy (ATP) must not content itself with asserting dystonic states. Autogenic Training as a relaxation technique is only one component of Autogenic Psychotherapy. As valuable relaxation may be as a preventive measure and as a means of self-help in the stresses and strains of everyday life, as much does Autogenic Psychotherapy reach beyond prevention, once we take note of the manifold psychological implications latent in the clinical picture of

vegetative dysbalance and dystonia. We are, therefore, called to take a *diagnostic look behind the face of the bionomic tension regulation* (i.e. eutonus understood as buoyant resilience, and relaxation as a condition that replaces spasmodic states and atony), and of *optimized rhythmicity* (which alternates between active expansion and passive withdrawal), and to grasp and to therapeutically exploit the early *matrices of experience* as well as the prospective developmental potential. *In the following we will demonstrate how the important diagnostic guidelines intertwine with the diagnostic goals of ATP.* The author has developed a model, the so-called ATP-CUBE, to support the formation of indications, working hypotheses and the selection of techniques within Autogenic Psychotherapy. The ATP-CUBE is a three-dimensional model which interrelates the following therapeutic concepts: the *methodical levels of ATP therapy* (such as basic, intermediate and advanced; B, M & A), and *basal therapeutic dimensions* such as temperature, rhythm, and constancy, *basal developmental abilities* such as regulation, differentiation and integration; the *fundamental relational topic or stage*, i.e. the EGO-, YOU-, or WE-stage. We will, furthermore, attend to the *developmental approach*: to sensing, feeling, thinking as the roads of access, and their respective structure levels. This broad diagnostic and therapeutic attitude ensures a comprehensive *modus operandi*, despite the specifications of the numerous schools (the pertinent statement in the *Guideline* reads, "each scientifically recognized methodological approach defines, most of all, 'personality' in its specific way, be it as structure, style, dynamics, system, etc. These aspects are given more or less momentum in the pertinent treatment models" (Guideline A.I.1.)).

*This model encompasses a number of concepts and, hence, excellently serves diagnostic decision making within ATP; it, moreover, shows a number of cross-connections with the Diagnostic Guidelines.* To give a few examples: one concept employed by the ATP-CUBE is

### **The psychosocial I-YOU-WE-model by Sedlak**

(Sedlak, Chiba 2001). It envelops the I-stage of development (the basic build-up of an adequate self-awareness); disturbances in this area are noticeable by egocentric perceptions, infantile overestimation of oneself, or auto-aggressive self-denigration. Secondly, the YOU-stage (i.e. basic dialogic ability and empathy); if this area is in disorder, empathy will be wanting. And thirdly, the WE-stage (i.e. the sense of community based on self-confidence and on the openness to relationships); disturbances in this area breed, for instance, poor integrative capacities. *In this context, an interesting field opens between the dimensions 'Symptomatology in Relation to Personality Aspects' (Guideline A.I.1) and that of the (psychotherapeutic) relational abilities (Guideline A.I.2).* Insufficient regulations (excesses or deficits) may occur at each level, triggering reciprocal effects, and imbalancing self-apperception and one's ability to form relationships. *Disturbances on the I-stage correlate with guideline 1, those on the YOU- and the WE-stages with guideline 2.* A closer inspection of these three areas (self-perception, forging one's relationships and integrative abilities) also allows for a comprehensive description of personalities (this is in line with the goals of the Diagnostic Guideline: "Additional emphasis on a specific personality structure with merely monosymptomatically diagnosed disorders, as it has been practiced to this day, is regarded indispensable for psychotherapeutic diagnoses as presently under discussion (Diagnostic Guideline A.I.1). Diagnosing these imbalances takes us straight to the formulation of therapeutic goals, such as the development of ego functions. For those which have been obviously disrupted at an early state of structure formation, ATP has specific diagnostic approaches in store: by tapping the 'organic memory', the basic level of ATP may reach down to the preverbal realms and thus to the first traces of ego-formation, thus allowing for a new understanding of the claim voiced in the *Diagnostic Guideline*, "Clinically significant disorders are also caused by current over-strain in an otherwise healthy person. If the interaction structures do not suffice for coping with physical illness, psychotherapeutic treatment is indicated" (A.II.1). The somatic aspect does not work as an important therapeutic indicator only. Even with exercises on the basic level, the expressiveness of the organic and thus its diagnostic significance become manifest. Conversely, the ego-functioning of differentiated perception expands to the

same degree, as the therapeutic relationship manages to channel and to reduce excessive tension caused by neediness, and to moderate them adequately (as to their proportioning and to their situational adequacy) to the extent that memory traces of specific stimulus-relaxation-patterns or stimulus-tension patterns may be worked through. If we focus on the YOU-stage, rhythm is the diagnostic and the therapeutic focus, i.e. the ability to oscillate between self assertion within a relationship, and elastic adjustment to the social environment. This, incidentally, is also one of the main goals of the intermediary level of the ATP-procedure, namely the distinction between socialization and individuation in a dynamic equilibrium. *At this point, the leading questions of Guideline B.I.1 (Guideline for the Symptomatological Dimension in Relation to Personality Aspects), which deepen our understanding in interesting ways, are*

- *Does the patient's relational style rather encourage the psychotherapist to offer a good deal of structure, to be judgmental, or to be partial, or which other relational cues does she bring in? and*
- *First, the patient's possibilities of relating have to be assessed and considered according to the following dimensions: perception, reciprocity and contact (Diagnostic Guideline, B.I.2).*

Another component of the ATP-CUBE consists of

### **The basal skills of regulation, differentiation and integration**

Regulation is the dominant task of the ATP basic level, on which the patient is encouraged to find her bionomic middle and, hence, her ideal regulation pattern. In ATP, the affects associated with the whole-body tension regulation, are made conscious, not only as innate patterns responding to triggering stimuli, but also as fundamental orientation mechanisms. Emotional autonomy is enhanced by the self-dependent performance of actions (which manifest on each methodical ATP level: by either self-guided exercises or – literally - *autogenic* ones, or by independent visualizations on the advanced level, a form of self-reliance or courage for the autogenic, as it were, is facilitated in and by the therapist's presence (representing the primary care person). The enhancement of autonomy, the development of adequate affect control, and the turning towards mature object relations, are all basic to the bionomic, autogenic ATP approach. The bionomic regulation is the focus of the ATP basic level work. Psychic inhibitions and repression are usually at the core of irregularities of tone. *The degree of how severely regulation abilities are disturbed affects the issue of indication also.* From the assessment of the risk level, various necessities of action accrue to the psychotherapist (cp. 'Indications According to Degree of Risk level' B.I.1.). It further states that the degree of the disturbed equilibrium in a person has to be estimated. The therein mentioned fundamental capability of *differentiating disparate behavioral and expressive modes and their situational appropriateness, e.g. relational patterns and role behavior (dominant vs. submissive, caring vs. rejecting, controlling vs. permissive, ... and needs, expectations, desires and volitions, cp. B.I.2),* is the focus of the ATP intermediary level. On this intermediary level, the self-induced ('autogenic') focusing and the tranquility are used to observe which problematic thoughts, feelings and images surge up from an inner state of equanimity so, to thus reduce anxiety and tension caused by specific issues and problems. The thoughts, feelings, images and personal ideas, likely to come up more easily in such a relaxed state, are taken up in chiefly supportive, compensatory and prospective ways (Sedlak 2000a and b). The focus of the advanced level, however, is the more thoroughgoing integration, intra- as well as interpsychically (cp. *Diagnostic Guideline, A.II.1, on psychogenesis, on the changeability of the idea of the human being, the world-view and the life concept*).

Another component of the ATP-CUBE is

### **The psycho-ontogenetic approach of Sensing-Feeling-Thinking by Gerber and Reinelt**

(Gerber u. Sedlak 1990, Sedlak u. Gerber 1998). It is particularly related to *Diagnostic Guideline 1*, which is about the degree of severity and the interconnection between ailments and resources (B.I.1). There is also a specific link with the *Diagnostic Guidelines on indication*, in particular where the demands "introspection, understanding psychogenesis, potential resolution approaches, motivation or the willingness to change, *Diagnostic Guideline*, B.I.1) are concerned, in addition to the diagnoses made in accordance with the principles of the various therapeutic orientations.

If a disorder is rather deep-reaching, we can not set out from the conceptual level (thinking), or from the imaginative level (feeling) only, but we have to look to the (patient's) sensory experiences. In this respect, the „organic feedback“ on ATP basic level which results from one's own body awareness, provides ample diagnostic and therapeutic cues. The more abstract level (i.e. thinking) reached on the advanced training level, may be resumed and fleshed out by sensory apperceptions via certain expedient exercises, to name only a few in a vast variety of options.

Another thread of activity integrated in the ATP-CUBE is the concept of temperature, rhythmicity and constancy by G. Bartl (Bartl 1989, Gerber, Sedlak 1990). By „temperature, rhythmicity and constancy“, we mean 1) the favorable relationship promoting development, the care for oneself and others 2) the dynamic oscillation between assimilation and accommodation, or 3) the reliability of a given framework and the "red thread" apt to create a meaningful life, respectively. These three factors are vital to personal growth and to the promotion of a sense of community. It, therefore, makes sense, to look out for them, while we obtain ATP diagnoses.

When doing so, we realize that there are

### Distinct foci to each of the three ATP levels.

|  | <b>Temperature</b>   | <b>Rhythmicity</b>  | <b>Constancy</b>   |
|--|--|---|--|
| <b>Basic level</b><br>Goal: Finding one's bionomic middle<br><br>Correlation with <i>Diagnostic Guideline 1</i>  | Restoring relationship with self<br><br>Focus of basic level | Building up confidence toward one's own bionomic circuits   | Bionomic self-awareness = trusting one's own reliability (whoever learns to let go, may rely on himself) |
| <b>Intermediary level</b><br>Goal: Strengthening competence over oneself/self-command<br>Correlation with <i>Diagnostic Guidelines 1 and 2</i>                                 | Improving self- and object relations                         | Improving elasticity of adjustment between assimilation and accommodation<br>passivity, expansion and withdrawal<br><br>Focus of intermediary level | Self-assertion in the face of intrapersonal difficulties and interpersonal resistance                    |
| <b>Advanced level</b><br>Goal: Analytical self-awareness and meditative self-development<br><br>Correlation with the concept of man, with the weltanschauung and life concepts | Interconnectedness with the whole                            | Finding oneself and one's position between analysis and synthesis, self-immanence and self-transcendence  | Analytical self-awareness up to finding one's existential values<br><br>Focus of advanced level          |

According to the *Diagnostic Guideline*, all goals addressed in the above chart are to be realized in different settings (depending on whether a patient has reached the I-, the YOU-, or the WE-stage), thus following the encouragement of the *Guideline* reading "The patient's resources and those accessible in her social environment, have to be considered. Thus, all settings possible, such as individual, group, couple or family therapy, should be pondered (*Diagnostic Guideline*, A.II.3). Bischof gives a number of illustrative case vignettes (Sedlak, 2005).

#### References

- Bartl G (1989) Strukturbildung im therapeutischen Prozess. In: Bartl G, Pesendorfer F (eds.) Strukturbildung im therapeutischen Prozess. Literas, Vienna, pp. 15-20
- Bischof B (2004) Autogene Psychotherapie. *Imagination* 2, pp. 51-61
- Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates, as from 15 June 2004
- Gerber G, Sedlak F (eds.) (1990) Autogenes Training – mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. Ernst Reinhardt, Munich
- König K (1986) Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Sedlak, F. (1994) Neue Wege - neue Motive in der Katathym Imaginativen Psychotherapie. In: Gerber, G., Sedlak, F. (eds.) Katathymes Bilderleben innovativ. Motive und Methoden. Munich: E.Reinhardt, pp. 17 - 37.
- Sedlak F Gerber G (eds.) (1998) Dimensionen integrativer Psychotherapie. Facultas, Vienna
- Sedlak F (2000a) Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie. Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung. *Imagination* 2000
- Sedlak, F (2000b) Wie wirkt die Autogene Psychotherapie. In: Hochgerner M, Wildberger E (eds.) Was wirkt in der Psychotherapie. Facultas, Vienna
- Sedlak, F, Chiba, R (2001) Mit Träumen Brücken bauen. Self-published by Sedlak, Vienna
- Sedlak, F (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Published by Sedlak, Vienna. Stock exhausted; free internet-download shortly.

## ***TEIL 3: LITERATUR UND KLASSISCHE TEXTE***

### **Historische und neuere Literatur**

Die Literaturliste zur ATP enthält ältere, klassische Werke und relativ neuere Literatur (von Sedlak kommentiert).

### **ATP-spezifische, „historische“ Publikationen**

Diehl, B (1987) Autogenes Training und gestufte Aktivhypnose. Psychophysiologische Aspekte. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo

Krapf, G (1980, 3. Aufl) Autogenes Training aus der Praxis. Ein Grundkurs. Springer, Bern, Heidelberg, New York

Krapf, G (1987) Die formelhafte Vorsatzbildung des Autogenen Trainings. In: Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag. Pesendorfer, F (Hrsg). Literas, Wien. Ärztliche Praxis und Psychotherapie: 45-53

Krapf, G (1988) Wesen und Wirkung der Oberstufe des Autogenen Trainings. Ärztliche Praxis und Psychotherapie 5-6: 11-28  
Krapf, G (1989) Wesen und Wirkung der Oberstufe des Autogenen Trainings. Einige Gedanken. Ärztliche Praxis und Psychotherapie 4: 9-26

Krönung, H (1989) Autogene Vorsatzbildung. IAG, Bochum

Langen, D (1961) Anleitung zur gestuften Aktivhypnose. Thieme, Stuttgart

Langen, D (1965/1976) (Hrsg) Autogenes Training und gestufte Aktivhypnose. Ein Vergleich. In: Langen, D (Hrsg.) Der Weg des Autogenen Trainings: 355-358. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Langen, D (Neuausgabe 2005) Autogenes Training. GU Ratgeber Gesundheit. Gräfe und Unzer, München

Pesendorfer, F (1987) Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag. Ärztliche Praxis und Psychotherapie. Literas Universitätsverlag, Wien  
(mit Gerber, Krapf über FV, Wallnöfer)

Schultz, J H; & Luthe, W (1959) Autogenic training: A Psychophysiologic Approach in Psychotherapy. Grune & Stratton, New York

Schultz, J H (1987) Das autogene Training. Thieme, Stuttgart

Schultz, I H (1929/1976) Gehobene Aufgabenstufen. In: Langen, D (Hrsg) Der Weg des Autogenen Trainings: 73 - 84. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Schultz, I H; Luthe, W (1959/1976) Autogenic Training. In: Langen, D. (Hrsg) Der Weg des Autogenen Trainings: 266 - 279. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Schultz, I H (20.Aufl. 2003) Das Autogene Training. Konzentrierte Selbstentspannung. Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Thieme, Stuttgart

Thomas, K (1989) Praxis des Autogenen Trainings. Trias, Stuttgart  
Wallnöfer, H (1972) Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem Autogenen Training. In: Langen, D (Hrsg) Hypnose und psychosomatische Medizin. Stuttgart

Wallnöfer, H (1973) Kathartisches und analytisches Geschehen im Autogenen Training. In: Binder, H (Hrsg) Zwanzig Jahre praktische und klinische Psychotherapie. Psychotherapeutische Erfahrungen mit dem Autogenen Training, der Hypnose und anderen kombinierten Verfahren. Lehmann, München, 72 – 96

Wallnöfer, H (1989) Auf der Suche nach dem Ich. Psychotherapie - Meditation - seelische Gesundheit. Müller, Rüslikon-Zürich, Stuttgart, Wien.

Wallnöfer, H (1990) Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings. In: Gerber, G u. Sedlak, F (Hrsg.): Autogenes Training - mehr als Entspannung. Reinhardt, München: 70 - 83

## **ATP und andere Verfahren**

Krampen, G (2004) Differentielle Indikation von AT und Progressiver Relaxation. In: Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren, Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (Hg) Entspannungsverfahren, 21.Jg/21: 6 - 27

Martin, M; Wallnöfer, H; Walter, H (2004) Entwicklung der suggestiven Verfahren im Rahmen der Psychotherapie: Hypnose und Autogenes Training. In: Fierlei, K, Kierein, M, Kletecka-Pulker, M (Hrsg) Jahrbuch für Psychotherapie und Recht III. Facultas, Wien, 99 - 116

Sedlak, F (1994) Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) - Katathym-imaginative Psychotherapie - Hypnose. Imagination 4: 5 - 49

Sedlak, F; Gerber, G (1998) (Hrsg) Dimensionen integrativer Psychotherapie. Vom Gefangensein in Erkenntnisgrenzen (Käfigdenken) zur wahrheitssuchenden Begegnung (Brückendenken). Facultas, Wien

Stetter F (1994) Gestufte Aktivhypnose, autogenes Training und zweigleisige Psychotherapie. Historischer Hintergrund und aktuelle Bedeutung der Therapieansätze von Ernst Kretschmer. Fundamenta psychiatrica 8: 14 - 20

Stetter F (1998) Was geschieht, ist gut. Entspannungsverfahren in der Psychotherapie. Psychotherapeut 43: 209-220

Stetter F (2004) Entspannungsverfahren - Wirksame Komponenten psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung. Psychotherapeut 49: 281-291

Wallnöfer, H (1987) Katathymes Bilderleben (Symbol drama) - Oberstufe des AT, eine Gegenüberstellung. Ärztliche Praxis und Psychotherapie 1

Vaitl, D (2004a) Psychophysiologie der Entspannung. In: Vaitl, D; Petermann, F (Hrsg) Entspannungsverfahren. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim

Vaitl, D; Petermann, F (2004) Entspannungsverfahren. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim

## **Wissenschaftliche Darstellung der ATP in „Neueren“ Publikationen**

Brenner, H (1999) Autogenes Training Oberstufe - Wege in die Meditation. Die Grund-, Fortgeschrittenen- und Oberstufenübungen des Autogenen Trainings mit meditativen Ausblicken. Trias (Thieme), Stuttgart

Brenner, H (2002) Autogenes Training. Der Weg zur inneren Ruhe. Pabst Publishers, Lengerich

Brenner, H (2004) Autogenes Training - Der Weg zu inneren Ruhe. Übungen zur autosuggestiven Selbstentspannung mit Erfolgskontrolle. Pabst-Publishers, Lengerich

Gerber, G; Sedlak, F (1990) Autogenes Training - mehr als Entspannung  
Reinhardt, München.  
(Vergriffen, aber kostenloser download unter  
[http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/programm/texteonline\\_inhalt.htm](http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/programm/texteonline_inhalt.htm))

Hexel M; Sedlak, F (1993) Autogenes Training. Methodendarstellung der ÖGATAP für das Bundesministerium für Gesundheit zur Anerkennung als Psychotherapiemethode nach dem Psychotherapiegesetz

Hoffmann B, Hoffmann SO, Derra C, Stetter F (2000) Handbuch Autogenes Training. Deutscher Taschenbuchverlag, neubearbeitete 14.Aufl. / 15. Aufl.(2002)

Hoffmann, B (2004) Handbuch Autogenes Training. dtv, München

Kanji, N (1997) Autogenic training. Complementary Therapies in Medicine 5: 162-167

Krampen, G (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. VAP, Göttingen

Sedlak, F (1995) Die Autogene Meditation des Leibes als Seins- bzw. Existenz Erfahrung. Imagination 2. Facultas, Wien

Sedlak, F (1999) Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung. Imagination 4

*In diesem Artikel wird der Nachweis im Sinne einer konzeptiven, formativen Evaluation geführt, dass die ATP eine dem modernen Verständnis angemessene starke Ressourcenorientiertheit aufweist und der Initiative des Patienten viel Raum gibt. Während der Stressabbau und die damit verbundene Bewältigung psychosomatischer Störungen die vergangenen Jahrzehnte vornehmliches Ziel der autogenen Entspannung war (die Tonus-Reduzierung in der Übung wurde auch trefflich durch die sogenannte "Droschkenkutschhaltung" symbolisiert), ist eine Antwort auf die derzeitigen Hauptprobleme auch in der bewussten, in der Anleitung zu Problembewusstsein, Verantwortungsbewusstsein und selbstverantwortlichen Lebensgestaltung zu sehen. Nicht mehr das - wenn auch kontrollierte- "Sich gehen lassen" dominiert allein, sondern ebenso wichtig Kompetenzbewusstsein, zum "Ich kann meine Persönlichkeit entwickeln", "Ich setze mir meine Entwicklungsziele selbst".*

Stummer, E (1999) Autogenes Training unter dem Gedanken von Bildung. Vom richtigen Umgang mit mir selbst. Edition Praesens, Wien

## **Aktuelle tiefenpsychologische Konzeptionen**

Bischof, B (2004) Autogene Psychotherapie. Imagination 2: 51 - 61

*Die ATP erweist sich in ihrer dreistufigen Konzeption als ganzheitlich orientierte Methode. Gemeinsam ist den drei Methoden das Arbeiten mit Symbolen, die Aktivität der Verfahren sowie die prospektive Ausrichtung. Im Unterschied zu den anderen Methoden ist die therapeutische Beziehung in der ATP von Beginn an durch das „Autogene Prinzip“ geprägt. Eine wesentliche Rolle spielen gruppenspezifische und gruppenpsychoanalytische Effekte.*

Bischof, B (2005) Zur Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der Autogenen Psychotherapie. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 74 – 88. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Sedlak, F, Wien  
*Grundlagen des „ATP-Würfels“ von Sedlak; 4 Fallvignetten < Burnout-Syndrom; Colon irritabile; somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltrakts; Posttraumatische Belastungsstörung > zur Veranschaulichung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der ATP*

Bischof, B (2006) Ziele Autogenen Trainings. Grundstufe der ATP. Ziele der Behandlung. Imagination 2: 49 – 63

*Teil 1: Tiefenpsychologische Konzepte/Psychoanalytische Objektbeziehungstheorien;  
Teil 2: Zur Praxis der Verbindung von Diagnostik und therapeutischer Zielsetzung in der ATP; Indikation zur Autogenen Psychotherapie; Modellvorstellungen; Einzelfallvignette /De-/Resomatisierung)*

Chiba, R (2005) Von der heteronomen Norm zur bionomen Form – Autogene Langzeittherapie in einer Gruppe mit unterschiedlichen Befindlichkeitsstörungen. In: Sedlak, F; Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 90 – 132. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Sedlak, F, Wien

*Die Nutzung der multiplen Wechselwirkungen zwischen intraindividuellen Gestaltungen (Erleben im Entspannungszustand, Gestalten durch Figurationen) und interindividueller Positionsbestimmung.*

Chiba, R (2005) Anna und die Schildkröte Uschi. In: Sedlak, F; Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 133 – 139. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Sedlak, F, Wien

(Fallvignette)

Gastaldo, G; Ottobre, M (1999) Autogenic Psychotherapy and Autogenic Psychotherapy Passage by Gastaldo/Ottobre – Statistical Notes. I.C.A.T. Seminar; Vienna July 8th, 1999 (A.I.R.D.A.: Associazione Interdisciplinare Ricerca e Didattica sull’Autogonon)

Gastaldo, G; Ottobre, M; Prior, M (1995) Autogene Psychotherapie in vier Stufen: Statistische Analyse von 2000 Fällen. Imagination 2

Katschnig, B (2000) Der Einsatz der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie bei SchülerInnen mit verschiedenen persönlichen und leistungsbezogenen Schwierigkeiten. Imagination 4

Kraft, H (2004) Autogenes Training. Handbuch für die Praxis. Hippokrates

Krapf, G (1987) Die formelhaften Vorsatzbildungen des Autogenen Trainings. In: Pesendorfer, F (Hrsg) Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag. Ärztliche Praxis und Psychotherapie 2: 45-53

Krapf, M; Krapf, G (2004) Autogenes Training. 6.Auflage. Springer, Heidelberg

Ladenbauer, W (1995) Die Grundlagen der analytischen Oberstufe des Autogenen Trainings. Imagination 2

Lytwin, H (2000) Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome. Imagination 2

Lytwin, H; Gruber, St; Herzog, G; Krasser, G; Zöhrer, S (2000) Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome und auf einzelne Stressverarbeitungsaktivitäten bei gesunden Erwachsenen im normalen Alltag. Entspannungsverfahren. Zeitschrift der psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren. Autogenes Training. Progressive Relaxation. Hypnose. Biofeedback. 17. Jahrgang, Ausgabe 17: 7 – 16. Hrsg: Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren. Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Für diese Gruppe zeichnet Thomas Welker, München). Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Riga, Rom, Wien, Zagreb

Martin, M (2005) Der Einsatz formelhafter Vorsatzbildungen in der Grundstufen-Kleingruppe. In: Sedlak F, Chiba R (Hrsg) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 140 – 158. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien

Pötz, H (2004) Die Wirkungsweise des Autogenen Trainings – Ein Beitrag zur tiefenpsychologischen Konzeptualisierung der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie. Imagination 4: 56 – 71

*Die vorliegende Arbeit versucht eine tiefenpsychologische Begründung der Wirkungsweise und therapeutischen Effekte der Grundstufe des Autogenen Trainings. Dazu werden psychoanalytische Konzepte über die körperlichen Ursprünge des Selbst dargelegt und Bezüge zum Autogenen Training hergestellt. Die durch die Übungen bedingte Entspannung und innere Ruhe können demnach als das Endergebnis eines komplexen psychosensorischen Geschehens aufgefasst werden, welches ein basales, körperlich konturiertes Selbst-Gefühl, das als ein innerer Raum im Körper verstanden werden kann, entstehen lässt und die Entwicklung eines integrierten Bildes des körperlichen Selbst fördert.*

Pötz, H (2005) Die Bedeutung des autogenen Prinzips für den psychischen Trennungsprozess. Imagination 3: 84 - 92

*Ausgehend von häufig auftretenden Schwierigkeiten bei der selbstständigen Durchführung der Übungen der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie soll die psychodynamische Wirkung des autogenen Prinzips diskutiert werden. Dabei wird die Bedeutung des autogenen Prinzips als Induzierung von Getrenntheit auf einer sehr basalen und psychosensorisch bestimmten Ebene aufgefasst. Die therapeutische Relevanz dessen wird theoretisch und anhand einer kurzen Fallvignette erläutert.*

Sedlak, F (2000) Wie wirkt die Autogene Psychotherapie. In: Hochgerner, M; Wildberger, E Was wirkt in der Psychotherapie. Facultas, Wien  
*Evaluation kann nicht nur quantitativ erfolgen, sondern muss auch inhaltlich-qualitativ und vor allem ganzheitlich orientiert sein. In diesem Beitrag geht es darum zu zeigen, wie umfassend die Autogene Psychotherapie ist: Die Sprachlosigkeit in der Kommunikation mit anderen aber auch mit sich selbst führt zur Körpersprache des Verdrängten bzw. Unausdrückbaren. Indem der Körper als Medium des Selbstkontaktes und der Verständigung mit anderen wiedergewonnen wird, kann auch die Sprachlosigkeit überwunden werden Wir können in der Autogenen Psychotherapie verschiedene*

*Indikationsstufen unterscheiden: So die Grundlegung der Balance zwischen Energieeinsatz und Energieaufbau, zwischen erhöhter Selbstverfügung und ausgewogener Resonanz auf die Umwelt in der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie; damit ist ein großer Schritt in die Selbstheilung gesetzt. In der Mittelstufe wird die höhere Autonomiegewissheit und Selbstverfügungsfähigkeit sowie höhere Durchlässigkeit für das Aufsteigenlassen von Assoziationen, das Wahrnehmen erfahrungsbedingter Erlebnis- und Verhaltensdeterminanten eingesetzt; hier wird aber besonders die Erarbeitung von Gelassenheit gegenüber Problembereichen sowie die Möglichkeit der Selbstdefinition zum Ausgangspunkt fruchtbarer Veränderungen. Die analytische Oberstufe des Autogenen Trainings ist der Weg zur Rekonstruktion der Persönlichkeit bzw. zum Abbau neurotischer Blockaden. Die Vielzahl bewährter Vorstellungsmotive ermöglicht einen tiefen Zugang zur Psyche.*

Sedlak, F (2000) Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung. Imagination

Sedlak, F (2001) Die tiefenpsychologische Fundierung der Autogenen Psychotherapie. Imagination 3: 42 - 51

Sedlak, F (2002) Specific Opportunities of the Intermediate Stage in Autogenic Training: Personal Development and Competence Increase. ÖGATAP

Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien

Sedlak, F (2005) Interview mit Heinrich Wallnöfer zum Anlass seines 85. Geburtstags. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 8 – 29. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien

Die Herleitung des Menschenbilds, der Methode und der angepeilten Effekte der ATP aus der historischen Perspektive.

Sedlak, F (2005) Ein Steckbrief der ATP. Ist die ATP eine tiefenpsychologische Methode? In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 30 - 41. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien  
*Der Ausweis der ATP als einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie.*

Sedlak, F (2005) Der ATP-Würfel für Indikation, Arbeitshypothese und Methodenwahl in der Autogenen Psychotherapie. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 42 - 51. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien  
*Methodenbewusstes, integratives Vorgehen anhand eines Metamodells.*

Sedlak, F (2005) Liebe in der Psychotherapie und die besonderen Möglichkeiten der ATP. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 52 - 73. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien

Sedlak, F (2005) Die besonderen diagnostischen Chancen der ATP im Lichte der Diagnostik-Leitlinien. In: Bartuska, H; Mehta, G; Pawlowsky, G; Wiesnagrotzki, S (Hrsg)

Handhabung und Verwendbarkeit der psychotherapeutischen Diagnostik aus der Sicht der fachspezifischen Methoden. Springer, Wien/New York  
Der besondere Zugang der Diagnostik in der ATP über die Spannungs-/Entspannungskorrelate physischer zu seelischer Befindlichkeit.

Wallnöfer, H (1992, 6. Auflage) Seele ohne Angst. Autogenes Training und Hypnose: Wege zur Entspannung. Nagelschmid (Edition Hannemann), Stuttgart

Wallnöfer, H (1992) Autogenes Training als Psychotherapie. Imagination 1-2: 15-34

Wallnöfer, H (2000) Formelhafte Vorsatzbildung. In: Stumm, G; Pritz, A (Hrsg)

Wallnöfer, H (2001) Auf der Suche nach dem Ich. Nagelschmid, Stuttgart

Wallnöfer, H (2003) Gesund mit Autogenem Training und Autogener Psychotherapie. Novum Verlag, Horitschon/Wien

Wallnöfer, H (2005) Autogenes Training – Autogene Psychotherapie. Interview von Guttman, G. DVD, Multi-Media-Sound, Wien, bei [www.hypnos.at](http://www.hypnos.at)

## **Spezielle Altersgruppen**

### **Kinder**

Biermann, G (1978) Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München

Gerber, G (1987) Autogenes Training für Kinder und Jugendliche. In: Pesendorfer, F (Hrsg) Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag. Ärztliche Praxis und Psychotherapie 2: 123 – 135

Kruse, W (1984) Autogenes Training mit Kindern. In: Iversen, G (Hrsg) Dem Wegbereiter Johann Heinrich Schultz: 21 – 24. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich

Kruse, W (1992) Einführung in das Autogene Training mit Kindern. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Mills, J C, Crowley, R J (1996) Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns. Carl-Auer-Systeme-Verlag

Moratelli, M (1995) Modell einer psychotherapeutischen Kindergruppe mit begleitender Elternarbeit. Erfahrungen in der Anwendung mit dem AT bei Kindern – Grund- und Oberstufe. Imagination 2: 55 - 81

Moratelli, M. (1996). Entspannungsübungen im Kindergarten. In: Unsere Kinder 1/96, 9-13.

Moratelli, M (1999) Bindung – Autonomie – Aggression. Autogenes Training in einer Kindergruppe. Imagination 2: 37 - 53

Vollmar, K (1994) Autogenes Training mit Kindern. Gräfe und Unzer, München

## SeniorInnen

Barolin, G S, Wöllersdorfer, E (1986) Gruppenpsychotherapie mit integriertem Autogenem Training bei Senioren. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 2: 3 – 11

Hirsch, R D, Hespos, M (2000) Autogenes Training bis ins hohe Alter. Reinhardt, München

Krampen, G (1996) Evaluation of the effectiveness of Autogenic Training in Gerontopsychology. *European Psychologist* 1, 4: 243 – 254

## Studien und Publikationen zur störungsspezifischen Effektivität der ATP

### Meta - Analyse

Stetter, F; Kupper, S (1998) Autogenes Training – Qualitative Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien und Beziehungen zur Naturheilkunde. *Forsch. Komplementärmedizin* 5: 211 – 223

Stetter, F (2002) Autogenes Training – Qualitative Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien und Beziehungen zur Naturheilkunde. In: Melchart, D (Hrsg) *Naturheilverfahren*: S 117. De Gruyter, Berlin

Stetter, F; Kupper, S (2002) Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome Studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 27 (1): 45 – 98  
*73 kontrollierte Studien (1952 – 99), 60 Studien wurden in Meta-Analyse aufgenommen. Im Vergleich zu Kontrollbedingungen wurde für AT eine mittlere Effektstärke gefunden (v.a. aufgrund der Heterogenität der ES).*

*Unspezifische AT-Effekte (z.B. Effekte auf Stimmung, Kognition, Lebensqualität und physiologische Variablen) waren stärker ausgeprägt als spezifische Effekte.*

## Ergebnisse internationaler Studien in Psychiatrie und Neurologie

### Betagte PatientInnen

Kircher, T; Teutsch, E; Wormstall, H; Buchkremer, G; Thimm, E (2002) Effects of autogenic training in elderly patients. *Gerontol Geriatr.* 35/2: 157 – 65

*AT-Gruppe mit Kontrollgruppe (Wartegruppe) verglichen. Dauer 3 Monate. N=32. Durchschnittsalter 82.1 +/- 7.2 Jahre.*

*Es zeigte sich kein Einfluss von Alter, Depressivität oder Anzahl der Symptome auf das Erlernen von AT.*

*Im Prae-post Vergleich wurde eine Verbesserung im „general well being“ gefunden ( $p < 0.001$ )*

### Kinder

Goldbeck, L; Schmid, K (2003) Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42/9: 1046-54

*50 ambulante Kinder und Jugendliche mit leicht bis mittelgradigem aggressiven/impulsiven Verhalten und/oder "attention deficit" Symptomen. Gruppentherapie (AT + KG), 3 Monate Follow-up  
Ergebnis: alle erlernten AT  
56% - Symptomreduktion (Angabe der Kinder) / 71% - Angabe der Eltern  
38% - Ziel erreicht (Angabe der Kinder) / 30% - Angabe der Eltern*

## **Einige Indikationen für Kinder**

Groller, B (1992) Effectiveness of combined relaxation exercises for children with bronchial asthma. *Kinderärztl Prax.* Feb;60!1: 12-6

Gohr, M; et al (1997) Autogenic training in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 46/4: 288-303

Labbe, EL; Williamson, DA (1984) Treatment of childhood migraine using autogenic feedback training. *Consult Clin Psychol.* 52/6 : 968-76

Kroner, B ; Langenbruch, B (1982) Indication of autogenic training in childhood concentration disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 32/5: 157-61

Gerber, G (1987) Autogenes Training für Kinder und Jugendliche. In: Pesendorfer, F (Hrsg) Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 2, 123 – 135

Kruse, W (1992) Einführung in das Autogene Training mit Kindern. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Mills, J C, Crowley, R J (1996) Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns. Carl-Auer-Systeme-Verlag

Moratelli, M (1999) Bindung – Autonomie – Aggression. Autogenes Training in einer Kindergruppe. *Imagination* 2, 37 - 53

Moratelli, M (1995) Modell einer psychotherapeutischen Kindergruppe mit begleitender Elternarbeit. Erfahrungen in der Anwendung mit dem AT bei Kindern – Grund- und Oberstufe. *Imagination* 2, 55 - 81

Vollmar, K (1994) Autogenes Training mit Kindern. Gräfe und Unzer, München

## **AT-Studien – Schmerz**

Norris, P A; & Farrison, S L (1984) Autogenic biofeedback in psychophysiological therapy and stress management. In: Lehrer, P M; & Woolfolk, R L (Eds) Principles and practice of stress management: 220 – 254. The Guilford Press, New York

Kanji, N; White, AR; Ernst, E (2006) Autogenic training for tension type headaches: a systematic review of controlled trials. *Complement Ther Med* 14(2): 144-50. Epub 2006 May 18. Review

VanDyck, R; Zitman, F G; Linssen, A C; & Spinhoven, P (1991) Autogenic training and future oriented hypnotic imagery in the treatment of tension headache: Outcome and process. *Int J of Clinical and Experimental Hypnosis* 39 (1): 6 -23

Zsombok; et al (2003) Effect of autogenic training on drug consumption in patients with primary headache: an 8-month follow-up study. *Headache* 43/3: 251-7

## **AT-Hypertonie**

Winterfield, HJ; et al (1993) Autogenic training in hypertensive dysregulation after aorta-coronary venous bypass operation of coronary heart disease. *Z Gesamte Inn Med.* 48 (4): 201-4

## **AT - M. Raynaud**

Keefe, J F; Surwit, R S; & Pilon, R N (1980) Biofeedback, autogenic training, and progressive muscular relaxation in the treatment of Raynaud's Disease: A comparative study. *J of Applied Behavior Analysis* 13: 3 - 11

Seikowsky, K; Weber, B; Hausteil, UF (1995) Effect of hypnosis and autogenic training on acral circulation and coping with the illness in patients with progressive scleroderma. *Hautarzt* 46/2: 94-101

## **AT-Asthma**

Henry, M; de Rivera, JL; Gonzalez\_Martin; IJ; Abreu, J (1993) Improvement of respiratory function in chronic asthmatic patients with autogenic therapy. *J Psychosom Res.* 37/3: 265-70

## **AT-Angst**

Granone, F (1980) Existential anxiety, neurotic anxiety and hypnosis therapy in relation to logotherapy and autogenic training. *Italian, Minerva Med* 71(17): 1231- 9

Kanji, N; Ernest, E (2000) Autogenic training for stress and anxiety: a systemic review. *Complementary Therapies in Medicine* 8 (2): 106-110

Kanji, N; White, A R; Ernst, E (2004) Autogenic training reduces anxiety after coronary angioplasty: a randomized clinical trial. *Am Heart J* 147(3): E 10

Snider, J G; Oetting, E R (1966) Autogenic training and the treatment of examination anxiety in students. *J Clin Psychol* 22(1): 111- 4

## **AT-Angst/Depression**

Kanji, N; White, A; Ernst, E (2006) Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 53(6): 729-35

Krampen, G (1997) Indikation und Evaluation des Autogenen Trainings bei depressiven Störungen. In: Richardt, G; Krampen, G; Zayer, H (Hrsg) *Beiträge zur Angewandten Psychologie*: 36 43. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn

Krampen, G (1999) Long-term evaluation of the effectiveness of additional autogenic training in the psychotherapy of depressive disorders. In: *European Psychologist* 4: 11-18

Sakai, M (1997) Application of autogenic training for anxiety disorders: a clinical study in a psychiatric setting. *Fukuoka Igaku Zasshi* 88(3): 56 - 64

Vaslamatzis, G; Bazas, T; Lyketsos, G; Katsouyanni, K (1985) Dysthymic distress and hostile personality characteristics in Greek student nurses: a comparative study. *Int J Nurs Stud* 22(1): 15-20

## **AT - Paarbeziehung, Partnerschaft**

Sedlak, F (2005) Liebe in der Psychotherapie und die besonderen Möglichkeiten der ATP. In: Sedlak, F, Chiba, R (Hrsg) (2005) Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie: 52 - 73. Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Franz Sedlak, Wien

*Liebesprobleme als Rhythmusstörungen, als Wärmestörungen, als Konstanzstörungen, die unterschiedliche Verarbeitung von Trennung durch die verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen und die besonderen Chancen der ATP.*

## **AT - Psychophysiologie**

ermani, K (1987) Stress emotions, Autogenic Training and AIDS: a holistic approach to the management of HIV infected individuals. *Holistic Medicine* 2: 203-215

Krampen, G (2003) Effekte des Autogenen Trainings: Eine Begleituntersuchung im Projekt Strema. In: Lattmann, U P; & Rüedi, J (Hrsg) Stress- und Selbstmanagement (Strema) – Ressourcen fördern: Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen: 294-303. Sauerländer, Oberentfelden/Aarau (Schweiz)

Krause, W R; Schubert, R; Weisbrod, D (1990) The effect of autogenic training on cortisol and leukocytes. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 42(2): 120 -2. German. No abstract available.

Mishima, N; Kubota, S; Nagata, S (1999) Psychophysiological Correlates of Relaxation Induced by Standard Autogenic Training. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68: 207-313

Shapiro, S; Lehrer, PM (1980) Psychophysiological effects of autogenic training and progressive relaxation. *Biofeedback Self Regul.* 5/2: 249-55

Skalicanova, M (1979) Autogenic training and hypnosis in a selected group of enuresis nocturna (author's transl). *Cesk Psychiatr* 75(4): 254 - 7, Slovak.

## **AT - Krebs/Chemotherapie**

Walker, L G; Walker, M B; Ogston, K; Heys, S D; Ah-See, A K; Miller, I D; Hutcheon, A W; Sarkar, T K; Eremin, O (1999) Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *British J of Cancer* 80 (1/2): 262-268

Wright, S; Courtney, U; Crowther, D (2002) A quantitative and qualitative pilot study of the perceived benefits of autogenic training for a group of people with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 11/2:122-30

Hidderley, M; Holt, M (200?) A Pilot randomised trial assessing the effects of autogenic training in early state cancer patients in relation to psychological status and immune system responses.

**Klassische Texte ( mit Themen wie:AT als Psychotherapie,  
kathartisches und analytisches Geschehen, Märchentechnik, kreative  
Aufdeckungsarbeit)**

***Heinrich Wallnöfer***

Die nachfolgenden Inhalte hat Heinrich Wallnöfer freundlicherweise dem Projekt des ATP-Sammelbandes zur Verfügung gestellt. Es handelt sich bei dem Artikel "Autogenes Training als Psychotherapie" um eine grundlegende Betrachtung des Autogenen Trainings (der autogenen Psychotherapie) von der bionomen Grundstufe bis zur analytischen Oberstufe.

Ein weiterer Beitrag, den der Autor für den ATP-Readerüberlassen hat, befasst sich mit dem kathartischen und analytischen Geschehen in der Autogenen Psychotherapie und enthält neben eindrucksvolle Kasuistiken auch die "Märchentechnik".

Ein dritter Beitrag ist dem AAAT gewidmet, dem advanced analytical Autogenen Training, wobei insbesondere die kreativen Aufdeckungsarbeit beleuchtet wird.