

Regulative Musiktherapie

(Klinkenstein, 2013)

Die Regulative Musiktherapie ist ein Teil der rezeptiven (aufnehmend, empfangend; Duden) Musiktherapie, bei der das Hören von Musik im Mittelpunkt steht.

Geschichtlicher Überblick

- Erste Untersuchungen über den Zusammenhang von musikalischen Parametern und physischen Veränderungen gab es bereits in der Antike, Musik wurde meist wie ein Medikament verordnet
- In außereuropäischen Kulturen war Musik in ein triadisches System eingebunden mit dem Schamanen oder Medizinmann als eine Art Therapeut
- Spezifische Anwendung, auch bei psychischen Störungen fand Musik im 19. Jahrhundert, z.B. bei hypnotischen Séancen
- In der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts verlor die Rezeptive Musiktherapie gegenüber den aktiven Formen vor allem im europäischen Raum an Bedeutung
- Lediglich in der damaligen DDR gab es um Christof Schwabe seit den 60er Jahren ein Zentrum Rezeptiver Einzel- und Gruppenmusiktherapie im klinischen Bereich
- Seit etwa 10 Jahren beschäftigt man sich im angloamerikanischen Raum, u.a. im Zusammenhang Funktioneller Musik, wieder mehr mit Rezeptiver Musiktherapie
- Im europäischen Raum werden in neuerer Zeit eher spirituelle Richtungen von Klangtherapie wiederentdeckt

Andere Formen der Rezeptiven Musiktherapie

- **Rezeptive Musiktherapie als Psychotherapie** (Decker-Voigt, 1991)
 - Triade: Patient – Therapeut – Musik
 - Beim Anhören positiv oder negativ besetzter Musik kommt die Erinnerungsarbeit in Gang
 - Erinnert werden Situationen, die verknüpft sind mit Gefühlen
 - Widerstände, Wünsche und Sehnsüchte können in Gesprächen bewusst gemacht und eine Verbindung zum aktuellen Lebenskonzept aufgezeigt werden
- **Guided Imagery and Music – Musikgeleitete Imagination** (Bonny)
 - In möglichst entspanntem Zustand werden klassische Musikstücke gehört
 - Die dabei entstehenden Gefühle, Bilder, Körperempfindungen, Erinnerungen etc. werden dem Therapeuten während des Zuhörens mitgeteilt
 - Dieser versucht durch Fragen die Prozesse zu unterstützen, weiterzuentwickeln oder zu fokussieren
 - Musik fungiert als projektives Medium
- **Rezeptive Musiktherapie in Verbindung**
 - Verbindung von Musik und Katathymem Bilderleben (Katathym Imaginative Psychotherapie“ (KIP) nach Hanscarl Leuner, 1954)
 - Malen nach Musik
 - Tanztherapie

- **Funktionelle Musiktherapie**
 - Die Funktion der Musik steht hier im Mittelpunkt
 - Neben dem vermehrten Auftreten funktioneller Musik in allen alltäglichen Lebensbereichen (Supermarkt, Wartezimmer, Telefonwarteschleife...) gibt es auch therapeutische Bereiche in denen Musik zur Unterstützung konkreter Ziele eingesetzt wird:
 - Krankengymnastik
 - Logopädie
 - Heilpädagogische Betreuung Geistigbehinderter Menschen
 - Schmerztherapie
 - Kritisch zu betrachten ist das stetig zunehmende Angebot an „do-it-yourself“ Angeboten auf dem CD Markt
- **Rezeptive Musiktherapie als Klangtherapie**
 - Eher spirituelle Richtung der Musiktherapie
 - Mit dem Einsatz spezieller Instrumente (Gongs, Klangschalen, Monochords usw.) wird versucht, Wissen und Tradition außereuropäischer-, westlicher Heilkunde nutzbar zu machen
 - Sie bezieht sich andererseits auf veränderte Wachbewusstseinszustände (Trance, Hypnose)
 - Eher Unklarheit über Wirkung auf Psyche und Physis

Regulative Musiktherapie

(Schwabe, Röhrborn u. M., 1979, 1986, 1996)

- International bekannteste und in der psychotherapeutischen Praxis am weitesten verbreiteten rezeptiven Methode
- Seit 1968 eingesetzt entwickelte sich die Methode stetig weiter: Zunächst lag das Gewicht auf der dem Bereich der psychophysiologischen Entspannung, dieses verschob sich in den 80er Jahren jedoch immer mehr in Richtung einer hochbrisanten, tiefenpsychologisch ausgerichteten Konzeption

Prinzipien der RMT

- RMT fußt auf dem Handlungsprinzip einer stufenweise zu intensivierenden Selbstwahrnehmung des Patienten unter dem Einfluss zu rezipierender Musik.
- Entsprechend dem von Schwabe u. M. entwickelten Kausalitätsprinzips der Musiktherapie entspricht das hier beschriebene therapeutische Prinzip dem „symptomzentrierten Handlungsansatz“ der Psychotherapie, dem das „wahrnehmungsorientierte Handlungsprinzip“ zuzuordnen ist.

Was ist Wahrnehmung?

- Unter Wahrnehmung versteht die allgemeine Psychologie „die sinnliche Widerspiegelung eines Gegenstands oder einer Erscheinung der objektiven Wirklichkeit, die auf unsere Sinnesorgane einwirkt (Rubinstein, 1958) wobei es zunächst gleichgültig ist, ob sich der wahrzunehmende Gegenstand bzw. die wahrzunehmende Erscheinung auf die den Wahrnehmenden umgebende Realität oder aber auf die die eigene Person betreffende bezieht. „Die Wahrnehmung setzt beim Subjekt die Fähigkeit voraus, nicht nur auf einen sinnlichen Reiz zu reagieren, sondern sich auch der entsprechenden sinnlichen Qualität als Eigenschaft eines bestimmten Gegenstands bewusst zu werden. . . . Die Wahrnehmung schließt in sich die erkennende Tätigkeit des „Ertastens“, des Prüfens, des Unterscheidens des Gegenstands ein. . . . Diese gegenständliche Bedeutung apperzipiert, sammelt in sich und deutet gleichsam die sinnlichen Daten, die in der Wahrnehmung entstehen“
- Rubinstein charakterisiert hier sehr deutlich wesentliche Merkmale der Wahrnehmung, wobei weiterführend zu ergänzen ist, dass beim Zustandekommen von Wahrnehmungen bzw. bei deren (subjektiver) Beschaffenheit die Vorstellungsfähigkeit, die Einstellung überhaupt, ebenso aber auch die besondere Interessiertheit, die Erwartung, die Gestimmtheit sowie mögliche psychopathologische Einschränkungen des Wahrnehmenden auf das Wahrzunehmende einen wesentlichen Einfluss haben. Insofern wird die objektive Wirklichkeit über den Vorgang des Wahrnehmens immer geprägt durch die subjektive Ausgangssituation des Wahrnehmenden.

Das regulative Geschehen

- Damit stellt sich über die gezielte und bewusste Einflussnahme auf den konkreten Wahrnehmungsvorgang gleichzeitig auch der „Schlüssel“ zu einer psychotherapeutisch gezielten Einflussnahme, so wie sie durch „akzeptierendes Wahrnehmen“ im Prinzip der RMT konzipiert ist.
- Akzeptierendes Wahrnehmen - der Vorgang des regulativen Geschehens - besteht in der Verwirklichung eines Verhaltens, das sich im bewussten und aktiven Sichüberlassen gegenüber wahrgenommenen Erlebnisinhalten realisiert. Akzeptierendes Wahrnehmen kann sich hierbei auf vorhandene oder während des Vorgangs aufkommende Gedanken, Gefühle und Stimmungen, auf Körperwahrnehmungen sowie auf die Musik beziehen und zwar ohne konzentrierte Willensanstrengung.
- Der Vorgang der nach dem Prinzip der RMT erfolgten akzeptierenden Wahrnehmung kann sich als eine Art Korrespondenz der Aufmerksamkeit zwischen den einzelnen Wahrnehmungsbereichen Gedanken, Gefühlen, Stimmungen sowie Körperwahrnehmungen und Musik ereignen, wobei hier auch von einem „Pendeln“ zwischen den Wahrnehmungsbereichen gesprochen werden kann.
- Der Vorgang des akzeptierenden Wahrnehmens kann sich aber auch primär auf einen Wahrnehmungsbereich beziehen, dann nämlich, wenn ein solcher im Trainingsprozess im Vordergrund steht. Ob das eine oder das andere eintritt, bleibt im konkreten Fall dem Patienten überlassen und hängt von dessen konkret vorhandenen Wahrnehmungs- und Erlebnismöglichkeiten ab. Das heißt, dass das Prinzip des akzeptierenden Wahrnehmens jede Art von „Vorschrift“ über Umfang und Richtung der Wahrnehmungsinhalte ausschließt.
- Der dreidimensionale Wahrnehmungsraum - Gedanken, Gefühle, Stimmungen, Körperwahrnehmungen und Musik - ist gleichsam derjenige Bereich, in dem akzeptierendes Wahrnehmen trainiert, erlernt und realisiert werden soll, wobei es in der psychotherapeutischen Situation darauf ankommt, das Wahrzunehmende zu konkretisieren, zu differenzieren oder auch zu erweitern, um hernach im weiteren

Trainingsprozess im Sinne eines „regulativen Verhaltens“ mit den Wahrnehmungsinhalten anders umgehen zu können.

- Der Begriff „regulativ“ besagt, dass sich die Absicht des Trainingsprinzips auf den Abbau vorhandener Fehlspannungen richtet, ohne aber Erschlaffung, also Spannungsverlust, anzusteuern.
- „Regulatives Verhalten“ bedeutet, den Patienten im Verlauf des Trainingsprozesses zu befähigen, durch eigene Aktivitäten selbst Einfluss auf die durch Fehlspannungen bedingte Symptomatik nehmen zu können. Die Anwendung des Prinzips des akzeptierenden Wahrnehmens im Trainingsvollzug bezieht sich auf alle möglichen Wahrnehmungen, also auch auf solche, die als unangenehm oder belastend, aber auch als banal bzw. unwichtig vom Patienten eingeschätzt werden. Die „erkennende Tätigkeit des ‚Ertastens‘, des Prüfens, des Unterscheidens“ (Rubinstein) beim „Wahrnehmenden bedeutet immer zugleich auch eine bewertende Haltung gegenüber dem Wahrzunehmenden, wobei in der Regel angenehme Wahrnehmungsinhalte akzeptiert und erwünscht sind, unangenehme hingegen abgelehnt, weg geschoben oder - und dies insbesondere bei neurotisch und/oder psychosomatisch bedingten Störungen - verdrängt werden.
- Dieses durch die psychopathologische Entwicklung verfestigte Verhaltensmodell hat bei entsprechenden Patienten in der Regel zu einer Einschränkung des Wahrnehmungsbereiches geführt, bei dem der Wunsch nach angenehmen, lösenden bzw. „entspannenden“ Wahrnehmungen dominiert, sowie die Auseinandersetzung mit unangenehmen Wahrnehmungen dahingehend erfolgt, diese zu überwinden, abzulehnen, zu verdrängen oder durch angenehme zu ersetzen.
- Damit eröffnet sich für den Patienten über das direkte Erleben von Zusammenhängen Gefühl - Reaktion - Symptom - Symptomumfeld eine Erfahrungserweiterung im Sinne der beabsichtigten therapeutischen Selbstbeeinflussung.
- Akzeptierendes Wahrnehmen, bezogen auf den Bereich unangenehmer Wahrnehmung wird deshalb zunächst - und dies auch mit einem gewissen Recht - als paradoxe bzw. unzumutbare Aufgabe gesehen.
 - (Die Regulative Musiktherapie nach Schwabe (1987) gründet zum Teil auf Erkenntnissen aus der Paradoxalen Therapie wie sie von Watzlawick hervor gehoben wurden. Watzlawick stellte fest, dass, wenn ein Klient versucht seine Symptome zu unterdrücken, er hierzu meist nicht im Stande ist, weil Symptome spontan, unabhängig vom Willen auftreten. Es ist zum Beispiel sehr schwierig zu versuchen, die Schlaflosigkeit zu überwinden, indem man sich selbst zum Schlafen zwingt. Deshalb wird in der Paradoxalen Therapie dieser Prozess auf den Kopf gestellt: wenn es nicht gelingt, Symptome zu unterdrücken, soll man dies nicht tun, sondern im Gegenteil versuchen, diese Symptomen hervorzurufen.
- Dies trifft ja in der Tat deshalb auch zu, weil ein solches Verhalten bisher bei kaum einem Patienten an positive Erfahrungen im Umgang mit der vorhandenen Symptomatik anknüpfen kann. Im Gegenteil können die Patienten auf erlebte Erfahrungen verweisen, dass dann nämlich, wenn sie sich mit ihren Beschwerden „beschäftigen“, diese nur noch um so schlimmer in Erscheinung treten.
- „Akzeptierendem Wahrnehmen“ entgegen stehen beispielsweise Wunschvorstellungen nach Entspannung, nach angenehmen Gefühlen, das Nichtwahrhabenwollen und Verdrängen belastender Gefühle und Gedanken, Wahrnehmungseinschränkung auf die nicht akzeptierte Symptomatik, letztlich das bewusste oder nicht bewusste Verdrängen der inneren Realität.
- „Akzeptierendes Wahrnehmen“ wird ebenso beeinträchtigt durch relativ fixierte, eingeschränkte Erwartungen an die zu hörende Musik in Richtung auf Entspannung, „Abschalten“, Auslösung angenehmer, belangloser Gefühle.
- Durch die Diskrepanz zwischen nichterfüllbaren Erwartungen und der Aufforderung, die innere und äußere (akustische) Realität so wahrzunehmen, wie sie in Wirklichkeit ist, gerät der Patient in relativ kurzer Behandlungszeit in direkte Auseinandersetzung

mit seinen Abwehrmechanismen, die damit auf unmittelbarem Weg zum Gegenstand der therapeutischen Bearbeitung werden.

- Der Prozess des RMT-Verlaufs, bestimmt von einer zunehmenden Differenzierung der Wahrnehmungshinwendung auf Gedanken, Gefühle, Stimmungen, Körper, Musik, ermöglicht sowohl eine Zunahme akzeptierbarer Wahrnehmungen, als auch ein genaueres Erfassen von nichtakzeptierbaren Wahrnehmungen und deren Erlebnisumfeldern.

Stufen in der RMT

- Der Differenzierungsprozess des Wahrnehmens durchläuft sechs, durch den Gruppenleiter zu intendierende „Stufen“, die stichwortartig folgende Aufgabenstellung beinhalten:
 1. Anregung zum Wahrnehmen von Erlebnisinhalten in aller Vielfalt und Breite ohne Konzentration, Wertung und Abwehr.
 2. Zunehmende Differenzierung der Wahrnehmungsbeschreibung an einzelnen Wahrnehmungsausschnitten, von der Wahrnehmungsbenennung hin zur Wahrnehmungsbeschreibung.
 3. Anregung zur Beschreibung von Gefühlsreaktionen auf eine Wahrnehmung. Erkennen von psychophysiologischen Zusammenhängen bei sich selbst, Erkennen innerer Reaktionen gegenüber Wahrgenommenem sowie Verhaltensweisen wie Flucht, Abwehr, Kampf usw.
 4. Anregung zur genaueren Differenzierung zwischen akzeptierbaren und nicht akzeptierbaren Wahrnehmungen sowie deren Beschreibung.
 5. Zunehmende Anregung zur differenzierten Beschreibung nichtakzeptierbarer Wahrnehmungen und Erläuterung von Trainingsstrategien.
 6. Aufforderung zum bewussten Einsatz von Trainingsstrategien und Anwendung auch außerhalb des Gruppenprozesses.
 - Die Stufeninhalte sind Orientierung, nicht Dogma. Zeitpunkt und Entwicklungsinhalte bestimmt immer die konkrete Therapiegruppe. Diesen Prozess möglichst genau wahrzunehmen und darauf zu reagieren, ist die eigentliche und schwierige Aufgabe des Gruppenleiters.

Die Musik

- Die für die RMT verwendete Musik besteht aus gehaltvoller, vielseitig strukturierter „Kunstmusik“. Die jeweilige Musikauswahl stellt an den Therapeuten hohe Anforderungen hinsichtlich der Kenntnis über Musikstruktur, Gruppensituation, Befindlichkeit der Gruppenmitglieder, beabsichtigte Aktivierungsrichtung, mögliche Reaktionen usw.
- Die Musik hat die Funktion einer Wahrnehmungserweiterung einmal hinsichtlich der durch die Musik ausgelösten emotionalen, gedanklichen und körperlichen Reaktionen, andererseits aber auch in Richtung auf die Musik selbst als strukturiertes Objekt.
- Man unterscheidet im allgemeinen zwei Hauptgruppen von Musik mit jeweils typischen Eigenschaften
 - Die erste, die so genannte beruhigende Musikgruppe, kennzeichnet langsame Tempi, liedhafte Melodien der Themen, ruhige Metrik mit geringen rhythmischen Akzentuierungen, kadenzbezogene Harmonik, einheitliche Dynamik, relativ leichte Erfassbarkeit der Gesamtstruktur.

- Diese Musik kann in verstärktem Maße affektiv-emotionale Reaktionen auslösen.
 - Mozart: Violinkonzert G-Dur KV 218, 2. Satz;
 - Mozart: Konzert für Flöte, Harfe und Orchester C-Dur KV 299, 5. Satz.
- Die zweite Musikgruppe kann allgemein als „aktivierende Musik“ bezeichnet werden zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: rasche bzw. gegensätzliche Tempi, kontrastreiche Melodik gegensätzlicher Themen nach dem Prinzip des klassischen Sonatensatzes, unruhige Metrik mit starken rhythmischen Akzentuierungen und Gegensätzen, Gegensätzlichkeit des dynamischen Ablaufs, Harmonik mit erweiterter Kadenzbezogenheit, weitgehende Variabilität des melodischen und rhythmischen Ablaufs, Gegensätzlichkeit der einzelnen Instrumentengruppen, also Wechsel zwischen Solo- und Tuttielementen, Wechsel zwischen laut und leise. Als charakteristische Beispiele für diesen musikalischen Typ seien genannt:
 - Brahms: Klavierkonzert Nr.2 B-Dur, 1. Satz;
 - Mozart: Sinfonie D-Dur KV 504 (Prager Sinfonie), 1. Satz.
- Die Bezeichnungen „beruhigend“ und „aktivierend“ entsprechen dem allgemeinen Erwartungsmodell gegenüber dieser Musik. Es ist jedoch keineswegs davon auszugehen, dass die damit benannte Musik in konkreten Therapiesituationen der RMT unter allen Umständen diesen Erwartungen entspricht und die damit bezeichneten Reaktionen eintreten. Von dieser Annahme auszugehen entspräche einem gefährlichen Irrtum, weil die durch Musik ausgelösten Empfindungen und Erlebnisse nicht nur von der Musik selbst abhängig sind, sondern - und dies trifft insbesondere auf Psychotherapiesituationen zu, in denen Musik zur Anwendung kommt - vor allem auch von der aktuellen subjektiven Situation, in der Musik erlebt wird.

Sozialisationsform

- RMT wird in der Regel als Gruppentherapie durchgeführt, wobei die Gruppenfunktion v. a. in der Ermöglichung von Erfahrungsaustausch unter den Gruppenmitgliedern besteht. Günstig sind dabei sog. „geschlossene“ Gruppen, weil diese eine möglichst gleiche Entwicklungsvoraussetzung des Therapieprozesses für die einzelnen Gruppenmitglieder gewährleisten.
- Im Einzelfall wird RMT aber auch wieder zunehmend in der Dyade durchgeführt, dann nämlich, wenn es sich um Patienten handelt, für die eine Gruppentherapie aus diagnostischen Gründen ungeeignet erscheint.

Aufbau

- Eine Therapieeinheit besteht jeweils aus zwei Teilen, einmal dem Vorgang des Wahrnehmungsvollzugs mit Musik, zum anderen aus dem Gruppengespräch, das durch den Gruppentherapeuten dahin intendiert wird, die Gruppenmitglieder zur Beschreibung von Wahrnehmungsinhalten anzuregen. Hierbei wird jede Art von Interpretation bzw. Hinterfragung in Richtung Ursachenzusammenhang vermieden.

Körperhaltung

- Zunächst ist festzustellen, dass sowohl in einer sitzenden als auch einer liegenden Haltung trainiert werden kann. Als Sitzgelegenheit können Stühle oder Sessel verwendet werden, wobei die Sitzgelegenheit zwar bequem, aber nicht allzu weich sein sollten. Hocker sind nicht günstig, weil das Sichanlehnen nicht möglich ist, aber zum körperlichen „Loslassen“ sich als notwendig erweist.
- Zum Liegen kann eine auf den Fußboden aufgeschlagene Decke dienen. Ebenso ist die Verwendung von Matten günstig, oder es wird auf einer Liege trainiert, die ebenfalls keine allzu weiche, also nachgiebige Beschaffenheit haben sollte.

Beenden des Trainings

- Neben der Körperhaltung gewinnt das Beenden (Zurücknahme) des Trainings eine entscheidende Rolle. Das richtige Erlernen seiner Handhabung ist ein wesentlicher Bestandteil der Realisierung des Trainings. Die Zurücknahme hat in der RMT drei Funktionen:
 - verstärkt sie das subjektive Gefühl des Wohlbefindens,
 - gewährt sie das Wiedererlangen der völligen und bewussten Kontrolle über alle Körperfunktionen und
 - stellt sie die Kontrollfunktion („Steuerknüppel“) für den Patienten dar, mit dessen Hilfe er in der Lage ist, auch während des Trainings nur soviel zuzulassen, wie er in der aktuellen Situation dazu in der Lage ist.
- Die Zurücknahme am Ende des Trainingsvorgangs der RMT besteht in einem genießerischen sich rekeln und Strecken des ganzen Körpers, also einem Anspannen der gesamten verfügbaren muskulären Körperfunktionen, dem Öffnen der Augen, falls diese geschlossen waren, und einem tiefen, eventuell sogar mehrmaligen Aufatmen.
- Die Gruppenarbeit erfolgt durch zwei Therapeuten mit klarer Aufgabenteilung in Gruppenleiter mit aktivierender Funktion sowie Co-Leiter mit beobachtender und falls notwendig, schützender Funktion.
- Der Therapieprozess verläuft in Abhängigkeit von den medizinisch-therapeutischen Rahmenbedingungen etwa über 30 bis 50 Einzelsitzungen.
- Begleitet wird dieser therapeutische Prozess durch eine Verlaufsdiagnostik mit dem von Röhrborn u.a. erarbeiteten Instrumentarium EBS („Erlabrunner Beurteilungsskala“).
- Vor Auflösung der Gruppe ist eine Trennungsarbeit einzuleiten.

Wahrnehmen und Abwehr

- Die Beziehung zwischen Wahrnehmen als Handlungsprinzip der RMT und Abwehr stellt eine der interessantesten und zugleich der wichtigsten hier zu beschreibenden Beziehungen dar, weil davon ausgegangen werden muss, dass während des therapeutischen Vollzugs der RMT im hohen Maße Abwehrmechanismen insbesondere dann eine wesentliche Rolle zu spielen beginnen, wenn nicht zu erfüllende, weil falsche Wunschvorstellungen der Patienten sowie suggestive Wirkungen bearbeitet und aufgelöst werden sollen. Insbesondere richtet sich aber das Prinzip des Wahrnehmens auf eine Korrektur des Umgangs mit dem Symptom und damit verbunden des Erlebens und Verhaltens gegenüber dem Symptom. Eine solcherart notwendige Korrektur schließt folgerichtig zunächst eine Labilisierung des symptombedingten bzw. -abhängigen psychischen Gleichgewichts ein, wodurch ebenso folgerichtig im Zusammenhang mit der Symptomausprägung stehende Abwehrmechanismen mobilisiert werden.
- Man kann dementsprechend sogar davon ausgehen, dass die Bearbeitung spezifischer Abwehrmechanismen ein zentrales Anliegen der RMT ist, wobei sich diese psychotherapeutische Methode gerade dadurch auszeichnet, den Patienten auf relativ kurzem Wege an für ihn charakteristische Abwehrmechanismen heranzuführen, die im engen Zusammenhang mit der Symptomatik und der „symptomtragenden“ bzw. symptomunterhaltenden Persönlichkeit stehen.
- Der Begriff der „Abwehr“ bzw. der „Abwehrmechanismen“ stammt von Freud. Hier bezieht sich Abwehr im Kern auf libidinöse Strebungen und Triebe. Abwehr hat die Aufgabe, ein psychisches Ungleichgewicht zu verhindern. Der Abwehrmechanismus soll also das Ich oder die Person vor Angst und Unlust schützen, wobei die Unlust so verschiedene Erlebnisqualitäten aufweisen kann wie Unbefriedigtsein, Gefühle der Minderwertigkeit, der Scheu, der Zurücksetzung, des inneren Zwiespalts oder Konflikts, der Schuld, des Unvermögens, des Vermissens usw.

Die wichtigsten Abwehrmechanismen

Realitätsverleugnung	Schutz vor der unangenehmen Realität durch die Weigerung, sie wahrzunehmen
Verschiebung	Entladung aufgetauter Gefühle, üblicherweise feindseliger Natur, an Objekten, die weniger gefährlich sind als jene, welche die Emotion ursprünglich ausgelöst haben
Phantasie	Befriedigung frustrierter Begierden durch imaginäre Erfüllung („Tagträumen“ ist eine verbreitete Form)
Identifikation	Erhöhung des eigenen Selbstwertgefühls durch Identifikation mit einer anderen Person oder Institution, die oft eine herausragende Stellung innehat
Isolation	Abtrennung der emotionalen Erregung von schmerzhaften Situationen oder Abtrennung von unvereinbaren Einstellungen in logik-sichere Gefilde (die Aufrechterhaltung widersprüchlicher Einstellungen, die nie gleichzeitig oder in Beziehung zueinander reflektiert werden)
Projektion	Übertragung der Schuld für die eigenen Schwierigkeiten auf andere oder die Zuschreibung der eigenen „verbotenen“ Begierden an andere Personen
Rationalisierung	Der Versuch zu beweisen, dass das eigene Verhalten „rational“ und zu rechtfertigen und insofern wert ist, von einem selbst und von anderen Zustimmung zu erfahren
Reaktionsbildung	Vermeidung des Ausdrucks gefährlicher Begierden durch Unterstützung gegenteiliger Einstellungen und Verhaltensweisen, die als „Barriere“ dienen
Regression	Rückzug auf einen früheren Entwicklungsstand, was kindlichere Reaktionen und gewöhnlich auch niedrigere Ansprüche mit sich bringt
Verdrängung	Schmerzhafte oder gefährliche Gedanken werden aus dem Bewusstsein gedrängt und unbewusst gehalten; gilt als grundlegendster Abwehrmechanismus
Sublimierung	Befriedigung oder Abarbeitung frustrierter sexueller Begierden in nicht-sexuellen Ersatzhandlungen, die in der eigenen Kultur sozial akzeptiert sind