

I Einleitung

Kinder und Jugendliche wachsen hierzulande in Frieden und Wohlstand auf, werden von ihren Eltern und Familien geliebt und behütet, gesundheitlich gut versorgt, sie haben gute Bildungschancen und ein reiches kulturelles Umfeld, das ihnen viele Möglichkeiten zur Betätigung und Entfaltung bietet. Sie werden nicht wie vielleicht noch ihre Großeltern autoritär unterdrückt oder körperlich gezüchtigt, sondern freier erzogen und sind daher offener, selbstbewusster und autonomer. Umfragen unter jungen Menschen in Deutschland weisen regelmäßig darauf hin, dass die ganz überwiegende Mehrzahl mit sich, ihren Familien und der Schule zufrieden und glücklich ist. Und die allermeisten entwickeln keine psychische Auffälligkeiten oder Störungen und werden uns nie vorgestellt. So gaben 80 % der knapp 11 000 zu ihrer Lebensqualität befragten Kinder zwischen 9 und 14 Jahren an, sich wohlzufühlen, nur 7 % beschrieben sich als unglücklich (LBS-Kinderbarometer 2014).

In Beratungsstellen und Praxen kommen nur die jungen Menschen, die Verhaltensauffälligkeiten, Anpassungsprobleme, Ängste, Depressionen oder andere Störungen aufweisen. Daher ist unsere Sicht auf Kindheit und Jugend verzerrt, aber auch geschärft wie bei einem Blick durch das Mikroskop. Wir registrieren besorgt das atemberaubende Tempo, in dem sich die Welt verändert, in der wir und vor allem unsere Kinder leben.

Diese Veränderungen nehmen dabei so gut wie keine Rücksicht auf die Bedürfnisse junger Menschen. Wir sehen die Auswirkungen von Familienzerrüttung, Berufsstress bei überlasteten Eltern, überforderte alleinerzie-

hende Mütter, Kleinkinder in Ganztagsbetreuung, Schulstress und Leistungsdruck, zunehmenden Medienkonsum und die Folgen von Passivität, Fehlernährung und Bewegungsmangel. In jüngster Zeit wird unser Sicherheitsgefühl und damit auch das unserer Kinder von näher rückenden Kriegen und anderen Katastrophen untergraben.

Kinder und Jugendliche passen sich diesen säkularen Veränderungen anscheinend erstaunlich gut an, zumindest nach außen hin. Die Erwachsenen sind vielleicht auch gar nicht so sehr daran interessiert, genau zu wissen, welche Belastungen vielen Kindern heute zugemutet (und welche entwicklungsnotwendigen Anforderungen ihnen vorenthalten) werden.

Nach internationalen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen zeigen etwa 15–20 % aller Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten, bei 6 % besteht dringender Behandlungsbedarf. Zwischen 10 und 15 % der Kinder, die mit acht Jahren als psychisch auffällig diagnostiziert wurden, leiden mit 25 Jahren immer noch an psychischen Störungen, vor allem diejenigen mit hyperkinetischen Störungen und Sozialstörungen (Blanz et al. 2006, 528).

Die häufigsten Störungsbilder sind dabei mit ca. 10 % Angststörungen, zu 7,5 % aggressive und dissoziale Störungen, mit über 4 % emotionale Störungen und über 4 % hyperkinetische Störungen (Fuchs et al. 2013, 205). Weniger als die Hälfte der jungen Menschen mit psychischen Störungen sind in Behandlung (Fuchs et al. 2013, 210).

Die wichtigsten Risikofaktoren für Kinder finden sich in ihrer unmittelbaren familiären

und sozialen Umgebung: körperliche Miss-handlung und sexueller Missbrauch, Ablehnung und Abwertung durch die Eltern, chronischer Streit in der Familie, abwesende, kranke oder kriminelle Elternteile und Broken-home-Verhältnisse (Ramoutar & Farrington 2006).

Ob und inwieweit sich der Anteil psychischer Störungen im Laufe der Jahre verändert hat, lässt sich aufgrund fehlender Voruntersuchungen nicht genau einschätzen. Eine aktuelle Übersicht (Fuchs et al. 2013) erwähnt lediglich eine Zunahme bei Essstörungen und Adipositas. Nach Beobachtungen von Fachleuten ist in den letzten 20 Jahren aber auch die Häufigkeit von Störungen des Lern- und Leistungsverhaltens, selbstverletzendem Verhalten und exzessivem Medienkonsum sowie von sozialen Problemen wie Mobbing und Schulvermeidung deutlich angestiegen.

Nachgewiesenermaßen zugenommen haben kindliche Entwicklungsstörungen. In einer Langzeituntersuchung mit standardisierter Methodik zur Häufigkeit von Teilleistungsstörungen an 11 000 Einschulungskindern in Bayern (Durchschnittsalter 5,97 Jahre, 90,6 % deutsche Kinder, ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, schulärztlicher Dienst im Landkreis Dingolfing-Landau) fand Stich (2009) im 10-Jahresvergleich zwischen 1997 und 2007 eine Zunahme der Häufigkeit motorischer Störungen von 2–3 % auf über 10 % der Vorschulkinder. Im Bereich der Sprachentwicklung nahmen der Anteil von Artikulationsstörungen von 8,8 % auf 15,8 % und Dysgrammatismus von 1,4 % auf 6,7% zu. Bei den kognitiven Fähigkeiten sank im gleichen Zeitraum die Häufigkeit von Störungen der Abstraktionsfähigkeit von 4,2% auf 3,1 % etwas, während Störungen der Ausdauerfähigkeit von 4,2 % auf 8,2 % und Störungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit von 4,3 % auf 15,8 % stiegen. Auch der Anteil von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten hat sich von anfangs 3,8 % auf 7,3 % am

Ende des Untersuchungszeitraums nahezu verdoppelt.

Diese erschreckende Steigerung kindlicher Entwicklungsprobleme ist zweifellos die Folge von stark veränderten und immer weniger kindgerechten Entwicklungsbedingungen in unserer Gesellschaft, deren Auswirkungen dem pädagogischen, medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem zur Reparatur zugewiesen werden.

Symptome wie Zwänge, Ängste und depressive Verstimmungen erscheinen den Betroffenen und ihrem Umfeld, oft aber auch dem Untersucher zunächst rätselhaft und unerklärlich. Infrage kommen neben intrapsychischen auch entwicklungsbedingte, soziale und biologische Einflüsse sowie deren Wechselwirkungen. Zwangssymptome können beispielsweise Folge eines durchgemachten Streptokokkeninfekts sein; Ängste, Depressionen und Stimmungsschwankungen treten bei Infekten wie der Borreliose, aber auch bei Störungen des Hormonhaushalts auf. Anhaltende soziale oder kognitive Überforderung in der Schule kann sich als Demotivation und Schulversagen, aber auch als somatoforme Störung ohne erkennbaren Zusammenhang mit der auslösenden Ursache äußern.

Nicht erkannte und/oder unbehandelte Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen bringen für das betroffene Kind erhöhte Anforderungen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben mit sich und bedeuten chronischen Stress, der nicht selten durch Unverständnis und Ungeduld der Umgebung noch verstärkt wird. Daraus entwickeln sich häufig sekundäre psychische Störungen, die ohne Kenntnis und Therapie der Ursache nicht adäquat behandelt werden können.

Aufgrund dieser Zusammenhänge können junge Menschen mit psychischen Störungen nur zusammen mit ihrem familiären, sozialen und pädagogischen Umfeld verstanden werden, ehe über die Frage einer Behandlung entschieden werden kann.

Die Diagnostik darf sich nicht nur auf die Symptomatik und den Entwicklungsstand beschränken, sondern muss auch therapierelevante Parameter beim Kind und seinem Umfeld einbeziehen. Wie bindungsfähig, wie einsichtsfähig ist das Kind? Kann es mentalisieren? Hat es Phantasie? Liegen strukturelle Defizite vor? Profitiert es mehr von suggestiven, strukturierten Interventionen oder braucht es einen freien Raum für seine Entfaltung? Auf welchem Wege ist es am besten in der Lage, sich auszudrücken? Auf welche Weise kann ich es wirklich erreichen? Müssen Therapievoraussetzungen erst hergestellt werden, eventuell durch (sozial-)pädagogische Interventionen, möglicherweise durch eine Medikation oder auch durch die Reduktion von Medienkonsum? Wie ist die Einstellung der Angehörigen zur Psychotherapie? Wie ist ihre Veränderungsbereitschaft und wo liegen ihre Ressourcen? Welche Rolle spielt das soziale Umfeld wie Schule, Großeltern, Freunde? Welche sequentielle Strategie ist sinnvoll, etwa der Beginn mit einer Einzeltherapie mit Weiterbehandlung in einer Gruppe oder umgekehrt? Sind vorbereitende oder begleitende Interventionen wie eine Familientherapie, funktionelle Behandlungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Sport, Ernährungsberatung etc.), Jugendhilfemaßnahmen oder eine teilstationäre bzw. stationäre Behandlung notwendig? Wie viel Zeit steht für die Therapie zur Verfügung und was bedeutet das für die Behandlung?

Weitergehende Hinweise zur Psychodiagnostik liefern die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter OPD-KJ (Bürgin et al. 2007), das Multiaxiale Klassifikationsschema MAS für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 der WHO (Remschmidt et al. 2006) und die Leitlinien der kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände Deutschlands (www.dgkjp.de).

Das im Folgenden skizzierte diagnostische Vorgehen zielt aus den genannten Gründen in

die Breite und in die Tiefe. Es beruht in Bezug auf Umfang, Methodik und Ablauf der Diagnostik auf der Organisationsstruktur, die sich in meiner Praxis in den Grundzügen seit der Niederlassung 1992 bewährt hat.

Die Routinediagnostik umfasst neben Anamneseerhebung, Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung je nach Fragestellung und Alter Fragebögen und Schulberichte, standardisierte Begabungs- und Entwicklungstests, projektive Verfahren und ergänzende neuropädiatrische, neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungen.

Fragebögen liefern eine bewusste Selbst- und Fremdbeurteilung, wichtig ist daher immer eine Kontrollskala zur Erfassung der sozialen Erwünschtheit.

Entwicklungs- und Begabungstests ermöglichen einen Normvergleich für wichtige Parameter der Lebensbewältigung wie allgemeine Intelligenz, Sprache, logisches Denken, Aufmerksamkeit, Belastbarkeit, Teilleistungsfunktionen. Auch wenn keine manifesten Hinweise auf Lern- und Leistungsprobleme vorliegen, gehört ein mehrdimensionales Begabungsprofil zur Psychodiagnostik bei jungen Menschen.

Projektive Methoden, der Gegenstand dieses Handbuchs, dienen dem besseren Verständnis der emotionalen Verfassung eines Patienten¹, seiner auch unbewussten Konflikte, seiner familiären Beziehungen und nicht zuletzt seiner Kreativität und weiterer Ressourcen. Sie werden dem Umstand gerecht, dass jüngere Kinder ihre Verfassung vielleicht selbst nicht bewusst wahrnehmen, dass sie sich oft nicht gut verbal mitteilen können bzw. aus Rücksicht und Loyalität zu

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit nutzen wir für Personen- und Berufsbezeichnungen das generische Maskulinum, wobei sich dies selbstverständlich auf beide Geschlechter bezieht.

den Bindungspersonen oder aus Scheu im direkten Gespräch nicht offen sein können. Gerade bei unklarer Genese bzw. Psychodynamik einer Störung lassen sich im projektiven Material wichtige Hinweise finden, die den Schlüssel zum Verständnis des Kindes bzw. Jugendlichen liefern.

Projektive Verfahren liefern nicht nur Hypothesen, sondern können in der Gesamtschau mit den übrigen diagnostischen Befunden neue Einsichten liefern, bislang Unverstandenes verstehen helfen und so durchaus auch Hypothesen bestätigen. Sie sind ökonomisch in der Durchführung, erfordern aber Erfahrung in der Interpretation. Insbesondere die Zeichnungen sind (mit dem Einverständnis der Patienten) ein wichtiges und anschauliches Medium der Vermittlung der Ergebnisse an die Bezugspersonen und können so dabei helfen, dass die Eltern besser verstehen, wie ihr Kind die Welt und sich in seiner Familie sieht.

Selbstverständlich richten sich Umfang und Inhalt der Diagnostik in anderen Institutionen, etwa in einer Familien- und Erziehungsberatungsstelle, einer schulpсихologischen Beratungsstelle oder in einem sozialpädiatrischen Zentrum nach den jeweils spezifischen Aufgaben, Fragestellungen und Möglichkeiten. Die grundsätzliche Forderung nach einer sorgfältigen Diagnostik vor Aufnahme einer Therapie bleibt davon jedoch unberührt.

Eine rein störungsspezifische Diagnostik läuft Gefahr, wesentliche Zusammenhänge zu übersehen, die nicht von Anfang an auf der Hand liegen.

Auswertung und Interpretation: Zur Vorbereitung des die Diagnostik abschließenden Gesprächs werden alle wesentlichen Details aus Anamnese und Fremdbereichten sowie alle relevanten Einzelbefunde zusammengeführt und miteinander in Beziehung gesetzt. Von besonderem Interesse sind Übereinstimmungen, Muster, Widersprüche und signifi-

kante Hinweise, die weitere Aufklärung verlangen. Die sich ergebenden Zusammenhänge haben jedoch vorerst den Charakter von Hypothesen, deren Validierung im Laufe der Besprechung mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen erfolgt.

Die Besprechung der Befunde ist der anspruchsvollste Teil des gesamten diagnostischen Ablaufs, weil sie die Kenntnis der Einzelbefunde, ihres inneren Zusammenhangs und die Beachtung der Beziehungsdynamik sowie der Möglichkeiten und Grenzen der Familie erfordert. Sie erfolgt in der Regel mit beiden Eltern und dem Patienten, wobei es sich je nach Fall bei Kindern (im Gegensatz zu Jugendlichen) bewährt hat, den mittleren Teil des Gesprächs mit den Eltern alleine durchzuführen. Die Grundhaltung des Gesprächsführenden in der Befundbesprechung lässt sich vielleicht am ehesten (und idealerweise) als eine Mischung aus Respekt, mit Feingefühl gepaarter Offenheit und vorsichtigem Optimismus beschreiben. Respekt bezieht sich auf die Anerkennung und Würdigung der Ressourcen, bisherigen Anstrengungen und erreichten Erfolge von Kind und Bezugspersonen. Zur Ehrlichkeit gehört es, sowohl die Grenzen der eigenen Erkenntnis anzuerkennen als auch Befunde und Zusammenhänge zu benennen, die vielleicht nicht gerne gehört werden und kränkend wirken können.

Das Ziel der Besprechung sollte sein, dass sich der Patient verstanden fühlt (was nicht jedem Jugendlichen angenehm ist) und die Eltern die Ergebnisse auch als aus ihrer Sicht als zutreffend akzeptieren können. Unverständnis, Widerspruch und Protest sollten Anlass zur durchaus selbstkritischen Prüfung sein, ob die Sichtweise des Untersuchers korrigiert bzw. ergänzt werden muss oder ob es sich um einen Widerstand bzw. eine Abwehrhaltung des Kindes und/oder der Bezugspersonen handelt. In der Auseinandersetzung mit den Kommentaren und Einwänden aus der Familie erfolgt die abschließende Validierung der Psychodia-

agnostik. Darauf gründen dann die Besprechung der therapeutischen Möglichkeiten und die Beurteilung der Behandlungsmotivation.

Den **Abschluss der Diagnosephase** bildet – unter Beachtung des Datenschutzes und der Verpflichtung zu Kooperation – in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis der zusammenfassende Bericht an den überweisenden Arzt als Befundbericht, falls gewünscht an die Eltern und ggf. zusammen mit dem Konsiliarbericht an den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der im Gegenzug einen abschließenden Bericht über den Behandlungsverlauf schicken sollte. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergibt die Diagnostik die Basis für den Antrag an den Gutachter im Rahmen des Richtlinienverfahrens. In Behandlungsteams stellen Zusammenfassungen der Befunde auch eine wichtige Basis der internen Kommunikation dar.

Eine komplexe Welt erfordert eine komplexe Diagnostik.

Das Hauptanliegen dieses Handbuchs ist ein Plädoyer für eine ganzheitliche Psychodiagnostik, die über eine reine Beschreibung

von Symptomatik und Verhalten und über den Vergleich mit statistischen Normen hinaus das subjektive Erleben, vorbewusste bzw. unbewusste Motivationen und Konflikte und die Bindungswelten junger Menschen zu verstehen versucht. Die Verbreitung projektiver Methodik in der therapeutischen Praxis spricht dafür, dass es sich dabei um ein zentrales Bedürfnis handelt.

Dabei spielen die projektiven Verfahren, die sich der kindlichen Ausdrucksmöglichkeiten Spielen, Zeichnen und Erzählen bedienen, trotz ihres teils ehrwürdigen Alters eine wesentliche Rolle. Wenn das vorliegende Werk dazu beiträgt, der projektiven Diagnostik und damit einem verstehenden Zugang wieder eine größere Bedeutung in der Aus- und Weiterbildung an Instituten, Beratungsstellen, Kliniken und Universitäten zu verleihen, so hätte sich die Mühe gelohnt. Die Zukunft wird zeigen, ob eine deskriptive, neurobiologische und damit reduktionistische Diagnostik das Feld beherrschen wird oder ob das Desiderat der Autoren dieses Handbuchs nach mehr Forschung und der Entwicklung neuer, zeitgemäßer projektiver Verfahren in Erfüllung geht.

II Projektive Verfahren – Theorie und Problematik

1	Einführung	23
2	Zum Begriff der Projektion	24
3	Zur Geschichte projektiver Verfahren	25
4	Kreativität, Imagination und Symbolisierung	27
	4.1 Kreativität	27
	4.2 Imagination	27
	4.3 Symbolisierung	28
5	Bewusstsein, Unbewusstes und subjektives Erleben	32
6	Kritik an Projektiven Verfahren	33
	Exkurs Testtheorie (nach Pospeschill & Spinath 2009, 57 ff)	33
7	Objektivität versus Subjektivität in der Psychodiagnostik	38
8	Projektive Verfahren als qualitativ-heuristische Methoden	40
9	Bedeutung projektiver Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	45

1 Einführung

Das gemeinsame Merkmal aller projektiven Verfahren besteht darin, dass mehrdeutiges Testmaterial Reaktionen hervorruft, die in erster Linie von der Persönlichkeit des Probanden (und weniger vom Test selbst) bestimmt werden und daher Rückschlüsse auf seine Haltungen, Motive, Konflikte und Verarbeitungsmuster erlauben. Wenig strukturiertes Reizmaterial (wie die Tintenkleckstafeln des Rorschach-Tests) oder offene Aufgabenstellungen (wie die Aufforderung im Scenotest, irgendeine Szene aufzubauen) bieten einen Freiraum und einen Anreiz zur Entfaltung eigener Vorstellungen. Das Testhandbuch von Brickenkamp et al. (2002) verwendet daher auch die Bezeichnung »Persönlichkeits-Entfaltungsverfahren« mit den drei Untergruppen *Formdeuteverfahren*, *verbal-thematische Verfahren* sowie *zeichnerische und Gestaltungsverfahren*.

Formdeuteverfahren wie der Rorschach-Test (Rorschach 1921) bieten wenig strukturiertes visuelles Reizmaterial an, das von der Versuchsperson interpretiert werden soll. Bei verbal-thematischen Verfahren wird der Proband aufgefordert, zu vieldeutigen Bildszenen passende Geschichten zu erfinden, ein Beispiel ist der Thematische Apperzeptionstest TAT (Murray 1943). Bei den zeichnerischen und den Gestaltungsverfahren soll ein bestimmtes Motiv wie ein Baum, ein Mensch oder die eigene Familie gezeichnet bzw. mit Spielfiguren eine Szene gestaltet werden (Baumtest, Koch 2003; Scenotest, von Staabs 2004).

Gemeinsam ist den projektiven Verfahren auch das Angebot einer offenen, nicht eindeutig festgelegten Reizkonstellation. Die

Versuchsperson antwortet entsprechend der Bedeutung, die diese Situation für sie besitzt (Franck 1939, n. Lehmkuhl & Petermann 2014, 11). Das Verhalten des Probanden in der Testsituation wird als modellhaft für seinen Umgang mit neuen, ungewohnten Situationen und Problemen angesehen. Die Reaktionen des Probanden auf das Material werden auf formale und strukturelle Aspekte hin untersucht: Wie differenziert und komplex oder stereotyp sind die Antworten im Rorschach, auf welches Entwicklungsalter verweisen die Proportionen einer kindlichen Menschzeichnung im Verhältnis zum Lebensalter, wie pedantisch oder schludrig erfolgt die visuomotorische Umsetzung einer Gestaltungsidee, wie sind die Figuren im Sandspiel oder Scenotest im Raum verteilt? Die inhaltliche Analyse fasst die Reaktionen als symbolisch verschlüsselte Hinweise auf Konflikte, Motive, Ängste und Bedürfnisse auf, die mehr oder weniger bewusst sein können. Psychoanalytisch geschulte Diagnostiker verwenden ihre Gegenübertragungsreaktionen (Wie erlebe ich den Patienten? Wie geht er mit mir um? Wozu sucht er mich zu bewegen? Welche Affekte und Impulse löst er in mir aus?) als Verweis auf seine bevorzugten Strategien, mit Beziehungen umzugehen. Schließlich erfolgt eine zusammenfassende Analyse des Ablaufs des diagnostischen Prozesses und eine Zusammenschau aller erwähnten Aspekte zu einem Gesamtbefund, der mit anderen Informationsquellen wie der Vorgeschichte, objektiven Testverfahren und Fragebogentests verglichen und in ein Bild der Persönlichkeit des Probanden eingepasst werden kann.

2 Zum Begriff der Projektion

Die bis heute verbreitete Zusammenfassung dieser unterschiedlichen Verfahren als »projektive Methoden« geht zurück auf Frank (1939). Frank geht von einem allgemeinen Projektionsbegriff aus und bezieht sich auf die Abbildung der Innenwelt des Probanden in der Außenwelt als Gemeinsamkeit projektiver Tests (Fisseni 2004, 218). Die »klassische« tiefenpsychologische Definition von Projektion als ein unbewusster Verdrängungsmechanismus stammt von Sigmund Freud, der 1895 die Verschiebung innerer Erregung auf eine äußere Gefahr als wesentlich für die Entstehung der Angstneurose bezeichnet (GW I, 338). Abwehrmechanismen sind nach Freud Bewältigungsmechanismen, die der Kontrolle von für das Bewusstsein unerträglichen Vorstellungen oder Affekten dienen sollen. Später (1912/13 in »Totem und Tabu«) hat Freud Projektion nach außen (»zur Ausgestaltung der Außenwelt«) als allgemeines (und nicht nur neurotisches), auch für Gefühls- und Denkvorgänge wie für die Sinneswahrnehmungen charakteristisches Merkmal aufgefasst (GW IX, 81). Weitere Ausarbeitungen des Projektionsbegriffs führten zu verschiedenen Formen (Häcker & Stapf 2004, 735): Attributive Projektion liegt vor, wenn die eigenen Verhaltensweisen Anderen zugeschrieben werden; autistische Projektion meint, dass innere Bedürfnisse die Wahrnehmung äußerer Reize bestimmen oder überformen. Die wohl allgemeinste Definition stammt von Murstein und Pryer, nach denen Projektion dann vorliegt, »wenn ein Individuum Ver-

halten manifestiert, welches auf emotionale Werte oder Bedürfnisse des Individuums hinweist« (1959, 370).

Belege für die Bedeutung dieses Vorgangs liefert die Sozialpsychologie, insbesondere die Theorie der sozialen Wahrnehmung. Sie bestätigt mit zahlreichen experimentellen Ergebnissen die Alltagsbeobachtung, dass Motive und Bedürfnisse unsere Wahrnehmung bestimmen und zwar umso stärker, je weniger strukturiert ein Reiz ist (zusammenfassend Fischer & Wiswede 2009, 191 ff).

Die Bedeutung unbewusster Prozesse für die Wahrnehmung wird auch durch die Erkenntnisse der Neuropsychologie bestätigt. Die Verbindungen unseres Bewusstseins und des Aufmerksamkeitssystems nach innen, also zu anderen Abschnitten des Gehirns, die mit Erinnerungen, Bedürfnissen, Gefühlen und Wünschen zu tun haben, sind sehr viel stärker ausgebaut als diejenigen von und nach außen. Während der Wahrnehmung eines äußeren, insbesondere eines sehr komplexen Reizes (also im Zeitraum von 300 Millisekunden bis zu einer Sekunde) findet eine sehr schnelle, unbewusste und komplexe Verarbeitung von Reizeigenschaften statt. Das Ergebnis dieser Abstimmung zwischen Gedächtnis- und Bedürfnissystemen innerhalb des Gehirns entscheidet über die subjektiv erlebte Bedeutung der Wahrnehmung und die Reaktion darauf (Grawe 2004, 118 ff). Erinnerungen, subjektive Bedeutungen, Bedürfnisse und Motive bestimmen also unsere Wahrnehmung und deren Interpretation entscheidend mit.