

Aspekte der Psychotherapie mit Dissozialen¹

Zusammenfassung:

Inhaltlicher Schwerpunkt des Artikels sind die psychotherapeutischen Besonderheiten in der Arbeit mit dissozialen Inhaftierten. Diese Klientel wird von Psychotherapeuten oft als unbehandelbar betrachtet. Aspekte eines abgewandelten, auf Dissoziale zugeschnittenen Behandlungssettings werden behandelt und in Hinblick auf die Findung der Therapieziele, der Therapiemotivation, des Arbeitsbündnisses und der speziellen Gegenübertragungsdynamik erörtert.

Ich werde mich in diesem Aufsatz weder mit der Genese gewalttätigen Verhaltens beschäftigen noch das Störungsbild genauer kennzeichnen, sondern meinen Schwerpunkt auf einige Aspekte der Psychotherapie mit Dissozialen legen.

Ich beziehe mich auf diejenigen Täter, deren Grundproblematik eine dissoziale Persönlichkeitsstruktur ist, nicht auf die kleine Gruppe von Tätern, bei denen eine eher neurotische Form der Delinquenz vorliegt. Diese sind in den Haftanstalten der Bundesrepublik Deutschland so selten nur noch anzutreffen, so daß es mir sinnvoll erscheint, mich auf diejenigen zu beziehen, die die Masse der Inhaftierten darstellen.

Es geht hier ausschließlich um Männer – weibliche Kriminalität ist unter anderen Vorzeichen zu sehen –, es geht um Männer, die Körperverletzungen, Raubdelikte, zum Teil auch Sexual- und Tötungsdelikte verübt haben.

Psychotherapeuten arbeiten in der Regel nicht gern mit dieser Randgruppe. Lange Zeit galten Delinquente dieser Tätergruppe als unbehandelbar, und noch heute ist es nicht leicht, für sie Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der Mauern zu finden. Insbesondere ihre mangelnde Frustrationstoleranz und ihre Kontaktstörung gelten und galten dabei als „technisches“ Hindernis. Dennoch scheint es immer wieder einmal zu gelingen, Symptomfreiheit oder sogar Heilung zu erreichen. Einige wichtig erscheinende Bedingungen dazu möchte ich im folgenden aufzeigen.

1) Dieser Beitrag erschien in verkürzter Form bereits in der Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, Heft 5/94.

1. Zur Frage des Therapiezieles

Zur Frage der psychotherapeutischen Besonderheiten in der Arbeit mit Dissozialen ist zunächst einmal das Therapieziel zu nennen. Die Veränderungserwartungen an den Klienten und damit mittelbar auch an Psychotherapeuten werden von sozialen Instanzen – wie Gericht, Strafvollstreckungskammer etc. – gestellt. Da Dissozialität ja bedeutet, in Konflikt mit gesellschaftlichen Normen geraten zu sein, lautet der oft nicht einmal ausgesprochene Anspruch an uns Therapeuten: völlige Symptombefreiheit des Klienten. Die „Symptomatik“, wenn man Kriminalität so nennen will, ist unmittelbar erkennbar, die Gefahr eines Rückfalls hat u.U. immense Fremddestruktion zur Folge. Bei Scheitern der Therapie steht die Behandlerin unter massivem inneren und äußeren Druck, denn anders als andere Symptome, die eher mit autoaggressivem Verhalten einhergehen, ist der Dissozialität mindestens die Manipulation der Umwelt und schlimmstens die Zerstörung menschlichen Lebens inhärent.

Oft wird Psychotherapeuten, die in totalen Institutionen arbeiten, der Vorwurf gemacht, sie leisteten ausschließlich Anpassungsarbeit für das gesellschaftliche Repressionsinstrument der Jurisprudenz, sie machten sich zum „Büttel“ der strukturellen Gewalt. Auf der anderen Seite wird die Arbeit mißverstanden als Entschuldigung zum Beispiel von Gewalttätigkeiten. Es sei an dieser Stelle auf die heftige Kritik seitens einiger Feministinnen verwiesen, die die Arbeit von Frauen mit Vergewaltigern rigoros ablehnen. Diese gespaltene Haltung, die meist recht rigide vorgetragen wird, halte ich für ein Phänomen, das der Problematik Dissozialer innewohnt.

2. Zur Frage der Therapiemotivation

Inhaftierten wird die Motivation zur Psychotherapie oft deshalb abgesprochen, weil man ihren Leidensdruck vermißt. Sie agieren ihre Bedürfnisse aus, verschaffen sich Befriedigung sofort, so daß aus triebtheoretischer Sicht kaum eine Notwendigkeit zur Arbeit an der Persönlichkeit besteht. Aus meiner Erfahrung heraus muß der Begriff der Therapiemotivation von Dissozialen jedoch anders gefaßt werden (vgl. hier die Arbeit mit anderen Randgruppen wie Drogenabhängigen, Prostituierten, etc.). Der Anstoß für eine Psychotherapie ist häufig nicht primär durch den Wunsch des Klienten gegeben. Die Hoffnung auf Vollzugslockerungen, die Erfüllung des Vollzugsplans, um in den Genuß vorzeitiger Entlassung zu kommen, stehen im Vordergrund. Wobei es unrecht wäre, den Anteil von Dissozialen unter den Insassen nicht zu erwähnen, die heftige Schuld- und Schamgefühle plagen und die aus eigenem Antrieb heraus die Hilfe von Psychotherapeuten suchen; diese gibt es entgegen landläufiger Vorstellung sehr wohl.

Sicherlich stellt das Gefängnis auch kein „therapeutisches Milieu“ zur Verfügung, und der Stellenwert von Psychotherapie ist zumindest im Regelvollzug institutionell nicht ausreichend gesichert. Es ist nicht leicht für einen Gefange-

nen, sich den Mitgefangenen gegenüber zur Inanspruchnahme von Psychotherapie zu bekennen, in einem sozialen Raum, in dem Fassadenstruktur und harte, vermeintliche Männlichkeit gefragt sind. Die Folge davon sind oft zwei Gesichter: der Gefangene in seiner Gruppe und der Gefangene beim Therapeuten. Eine üble Notwendigkeit, da es der inneren Spaltungen bereits genug gibt.

Die Frage ist aber, was hinter der oft ablehnenden Haltung gegenüber „Dachdeckern“, wie Psychotherapeuten unter Gefangenen genannt werden, steht. Bleiben wir zunächst einmal bei dieser Benennung – ist sie nicht Ausdruck einer Angst, enthauptet, abgedeckt und dann, ohne darüber Kontrolle behalten zu können, neu installiert zu werden?

Kennzeichen vieler Dissozialer ist vor allem eine hohe Ambivalenz gegenüber intensiven Beziehungen. Die Gefahr von Abhängigkeit wird schnell erlebt, denn der Klient bekommt Kontakt zu seinen Symbiosewünschen, dabei werden ungeheuerere Ängste virulent. Die Tragik eines Dissozialen liegt nun darin, daß er nichts sehnlicher wünscht als Beziehung oder gar Bindung und gleichzeitig nichts mehr fürchtet als das, d.h. daß er mit seiner Kontaktsuche zugleich immer an seine Vernichtungsangst und Berührungsscheu gerät. Er steckt in einem Sehnsucht/Angst-Dilemma. Die Angst besagt, daß die bislang notdürftig geflickten Wunden früherer, traumatisch erlebter Beziehungserfahrung drohen, wieder aufzureißen. Dies ist nicht als neurotische, sondern als eine Realangst zu werten, denn die therapeutische Arbeit wird ihn eines Tages, wenn auch dann gebunden in Beziehung, an diese früheren Traumatisierungen führen.

Der Inhaftierte hat auch Angst vor seiner Aggression, die virulent werden könnte. Diese ist kein Phantasieprodukt wie bei Neurotikern, sondern oft leidvoll erlebtes Tätersein. Selbst- und Objektbilder sind aggressionsbesetzt, unbewußt hat der Gefangene Angst, den Therapeuten mit diesem Meer an Destruktivität zu konfrontieren. Er weiß ja noch nicht, ob dieser ihm standhält. So schützt er sich selbst und den anderen mit seiner Beziehungslosigkeit.

Ablehnung von Therapeuten und Therapieangebot ist oft ein Test, ob der Therapeut bereit ist, um ihn und die Zusammenarbeit mit ihm zu kämpfen, ob er seinem Haß standhalten kann, seine Aggression überleben wird. Und das muß er legitimerweise als zukünftiger Klient wissen, bevor er es wagen kann, sich zu öffnen.

Er spürt mitunter genau die Angst vor der inneren Leere und der drohenden Dekompensation, jenseits der Aggression, wenn die bösen Introjekte fehlen. Therapie bedeutet für ihn, in Berührung zu kommen mit Ohnmachts- und Insuffizienzgefühlen. Vielfach ist Delinquenz aber entstanden, um gerade vor diesen Gefühlen zu fliehen.

Der Inhaftierte ist in der Regel unerfahren, was menschliche Beziehungen angeht. Diese sind in der Sozialisationsgeschichte meist als instabil, flüchtig und häufig wechselnd erfahren worden. Als Antwort auf die Vielzahl der Enttäuschungen haben sich häufig Gebrauchsmuster entwickelt. Oft erfüllten andere Personen lediglich die Funktion, narzißtische Defizite zu stabilisieren, und sie wurden uninteressant, wenn sie diesem unbewußten Auftrag nicht nachkamen – auch ein psychodynamischer Hintergrund für die Vielzahl der Kontaktabbrüche und eine weitere Schwierigkeit, mit der wir in der Etablierung der Therapeut-Klient-Beziehung mit Inhaftierten konfrontiert sind. Bei Psychotherapie geht es nun aber um Verbindlichkeit und Andauern von Begegnung: ein massiver Widerspruch zum Lebensstil des Dissozialen.

3. Zur Frage des Arbeitsbündnisses

Das traditionelle Motivationsargument kann bei dieser Klientel nicht greifen. Motivationsarbeit macht meist das erste Drittel der Gesamtarbeit aus, bis dann aus dem Müssen ein Wollen, aus dem Zwang eine Möglichkeit wird. Statt mit einem Arbeitsbündnis haben wir es oft zunächst mit einer lockeren Arbeitsallianz (s. Blanck & Blanck, 1991) zu tun. Der Klient braucht zu Anfang diesen Schutz.

Da es typisch für Dissoziale ist, intrapsychische Prozesse zu externalisieren, ist dem Aufbau des Arbeitsbündnisses hohe diagnostische sowie therapeutische Bedeutung zuzumessen. „Da werden Sitzungen ausgedehnt, es wird zu spät gekommen, mehr Sitzungen eingefordert, Sitzungen versäumt etc.“ (vgl. Rauchfleisch, 1990, S. 88). Akzeptanz des Settings kann bei Dissozialen nicht die Voraussetzung sein, sondern ist mit ein Ziel der Behandlung.

Aus dem bislang Ausgeführten wird vielleicht schon deutlich, daß Therapie mit Dissozialen ein hohes Kränkungspotential innewohnt, da wird gehaßt, gerungen, manipuliert und viel Geduld eingefordert. Die Belastung der Therapeuten durch die ablehnende Haltung mancher Klienten bleiben nicht „in den Kleidern“ stecken. Es ist schwierig, längere Zeit ohne spektakuläre Erfolge leben zu können und die sadomasochistischen Gegenübertragungsphänomene sowie viel Arbeit in der negativen Übertragung auszuhalten.

4. Zur Frage der Gegenübertragungsphänomene

Rauchfleisch (1981) sagt: „Dissoziale lassen einen niemals kalt, sie zwingen den anderen, affektiv zu ihnen Stellung zu nehmen“ (S. 138). Dabei lassen sich meiner Erfahrung nach zwei konträre Affekte finden: hohes emotionales Engagement versus rigide Ablehnung. Diese dichotome Haltung den Delinquenten gegenüber findet sich sowohl bei den Professionellen (Richtern, Bewährungshelfern, Beamten des allgemeinen Vollzugsdienstes, Sozialarbeitern,

Psychologen etc.) als auch in gerichtlichen Gutachten, der Presse und auch in wissenschaftlichen Publikationen.

Das Spaltungsphänomen läßt sich zurückführen auf voneinander getrennte Gefühlsanteile des Dissozialen. Er inszeniert seinen Innenkonflikt in der Außenwelt. So muß er seine Zerrissenheit nicht innerlich spüren, sondern trennt die Mitmenschen in ganz Gute und ganz Böse. Auf die Ähnlichkeit dieser Phänomene zur Borderline-Erkrankung sei an dieser Stelle nur hingewiesen. So kommt es dazu, daß – wie bereits oben erwähnt – auch Therapie mit Dissozialen häufig mißverstanden wird.

Die Therapeuten selbst sind oft hin- und hergerissen zwischen Optimismus und Anteilnahme auf der einen Seite und Hilflosigkeit und Resignation auf der anderen Seite. Die emotionale Haltung der Therapie von Dissozialen unterliegt auch einem phasischen Verlauf in der Einschätzung ihrer Effektivität.

5. Zur Frage erlebnisaktivierender Methoden

Da eher traditionelle Therapiekonzepte bei Dissozialen nicht greifen, sind gerade erlebniszentrierte Verfahren wie die Gestalttherapie mit ihrer Experimentierfreude geeignet, diese Klientel zu erreichen. Starre Behandlungskonzepte sind kontraindiziert, es gilt zunächst, dem Inhaftierten zu folgen und aus dem angebotenen Material zu arbeiten.

Das Leben der Delinquenten ist bestimmt vom Hier-und-Jetzt-Prinzip. Sie leben abgekapselt von der Vergangenheit und haben Mühe mit antizipatorischem Zugriff. So ist es leichter, sie zu erreichen, wenn es um aktuelle Inhaftierungsprobleme, Beziehungsschwierigkeiten und Gerichtsbarkeiten geht. Weniger das unbewußte Material, als die aktuelle Lebenswelt bietet eine Brücke zum Klienten.

Die Delinquenten weisen massive soziale Defizite auf, mangelnde Schul- und Berufsausbildung, hohe Schulden, größere Schwierigkeiten, Wohnung und Arbeit zu finden, um exemplarisch nur einige Faktoren zu nennen. Hinzu kommt die soziale Verkümmern, die mit der deprivierenden Haftsituation einhergeht. Da läßt sich mit der „Elfenbeinturmhaltung“ therapeutischer Abstinenz „kein Blumentopf gewinnen“, da muß Psychotherapie immer auch Soziotherapie sein, d.h. daß teilweise auch sozialarbeiterische Aufgaben übernommen und aktive Lebenshilfe geleistet werden muß. Sicherlich ist hier Obacht geboten, nicht mit dem Klienten in ein gemeinsames Agieren zu kommen. Die Aktualität ihrer Problematik nimmt sehr oft einen breiten Raum ein, wenn nicht gar eine ganze Therapiestunde in Anspruch, denn immer wieder bringen sich Inhaftierte in kritische Situationen.

Aber eine Aufspaltung der Zuständigkeiten ist für die Dissozialen oft nicht nachvollziehbar und kann zerstörerisch wirken. Gerade weil das Gefängnis keine Hilfs-Ich-Welt zur Verfügung stellt, muß die Therapeut-Klient-Beziehung

eine Hilfs-Ich-Funktion übernehmen, was dann heißt, nicht noch weiter zu fraktionieren.

Therapeutische Abstinenz, im Sinne von Zurücknahme der eigenen Person und Verschwinden im Diffusen, ist in der Arbeit mit Dissozialen kontraindiziert. An ihre Stelle muß Eindeutigkeit und Klarheit der emotionalen Beziehung treten, da Delinquente über eine große Neigung zur Regression verfügen, die durch einen falsch verstandenen abstinenter Interventionsstil unterstützt wird und zu malignen Formen der Regression führen kann. Die therapeutische Arbeit sollte an bewußtseinsnahe Inhalte anknüpfen und Ich-zentriert sein. Entwicklung von Identität durch Prozesse der Identifizierung und der Identifikation durch den Therapeuten sind zentral bedeutsam. Immer wieder tauchen die Fragen auf: Wer bin ich jenseits meines delinquenten Verhaltens, jenseits der Negatividentität „Verbrecher“ und wie werde ich gesehen? Gibt es Möglichkeiten des Wachstums und der Erweiterung der bisherigen tragenden Säulen der Identität? Häufig ist bei Dissozialen die fragile Identität einhergehend mit oszillierendem Wechsel zwischen Nichtigkeits- und Allmachtsgefühlen. Damit läßt sich ihre Fixierung auf materielle Güter, insbesondere auf Statussymbole, wie Uhren, bestimmte Autotypen etc., erklären, die ihnen scheinbar überdauernde Sicherheit garantieren.

Mit Deutungen muß zunächst sehr sparsam verfahren werden, erst wenn eine positive Übertragungsbeziehung aufgebaut ist, können sie greifen. Es ist nicht sinnvoll, allzu schnell Abwehrformationen aufzuknacken. Auffangende Interpretationen, die den Selbstwert nicht weiter kränken, sind indiziert.

Die Arbeit mit kreativen Medien hat sich dabei als vielversprechend erwiesen. Sie öffnet den Weg zum Präverbale, wo sich Gefangene oft sicherer fühlen. Malen, die Arbeit mit Ton oder auch Gedichteschreiben sind den Ausdrucksmöglichkeiten Gefangener angemessener als die Arbeit allein über die Sprache. Mich verblüfft immer wieder, welch ein kreatives Potential durch die Kargheit der Institution freigesetzt wird (s. Gefangenenliteratur, Zeitungen etc.). Die innere Kontaktnahme zum Erleben gelingt mit Hilfe der Brücke kreativer Ausdrucksform leichter.

Heilung kann nur durch Beziehung erfolgen. Durch Konstanz und Dauer in der Therapeut-Klient-Beziehung gilt es dem Inhaftierten zu helfen, zu innerer Stabilität zu gelangen. Benedetti (1975) spricht von mehrdimensionaler Übertragung, die durch therapeutische Symbiose zur Integration geführt werden kann. Gelungene Integrationsarbeit ist fast ein Garant für die Abnahme selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen.

Das Leben vieler Dissozialer ist durch die Abwesenheit protektiver Faktoren gekennzeichnet. Es finden sich in ihren Biographien Kummulationen von Risikofaktoren. Erst im Schutze der therapeutischen Beziehung können Entwicklungsaufgaben im Sinne einer Nachsozialisation gelingen (s. hierzu: Die vier

Wege der Heilung, Petzold, 1988, insbesondere den 2. Weg der Heilung, die Parentage- und Reparentageanalyse).

6. Zur Frage der Spezifität der Psychotherapie weiblicher Therapeuten mit Straffälligen

Für männliche und weibliche Therapeuten in Gefängnissen ergibt sich aufgrund der Entbehrungen der Haft und der „Männergesellschaft Gefängnis“ oft grob skizziert folgendes Übertragungssetting: die idealisierte Mutter bzw. der abgewehrte Vater.

Zunächst einmal fällt auf, wie spießig die Zukunftsvorstellungen vieler Gefangener sind. Der Traum von einer lieben, verständnisvollen Frau, die ihm zwei Kinder gebären wird, ist allgegenwärtig. Die Frau geht „selbstverständlich“ keiner eigenen Erwerbstätigkeit nach, denn das hat sie „nicht nötig“. Sie ist ausschließlich für die psychische und physische Reproduktion des Mannes zuständig.

Neben diesen madonnenhaften Wesen, den zukünftigen Ehefrauen, gibt es aber auch noch die Schlampen am Ende der Skala. Solch dichotome Bilder sind recht typisch. Entweder-oder, Alles-oder-Nichts sind vorherrschende Muster. Konfrontiert mit diesem Bild gehen Therapeutinnen, die sich selbst weder als Madonna noch als Schlampe sehen mögen, in den Kontakt. Und genau darin liegt die Chance, die weibliche Bedienstete für Gefangene darstellen. Sie können im therapeutischen Kontakt langsam eine Frau genau kennenlernen, die nicht in ihre Schemata paßt.

Meist retten sie ersteinmal ihr Bild, indem sie sagen: „Ja, Sie sind nicht so, aber alle anderen ...“ Auf die Dauer kann es jedoch gelingen, ein realistisches Frauenbild zu etablieren, das ihnen die Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung Frauen gegenüber erleichtert, wenn nicht erst ermöglicht.

Das geschieht zunächst einmal durch einfaches Lernen am Modell. Dieses Vorgehen hat jedoch zur unverzichtbaren Voraussetzung, daß die weibliche Therapeutin bereit ist, sich zu zeigen, mit ihren Grenzen und Möglichkeiten. Dann können die Gefangenen lernen:

- daß man Frauen keine materiellen Güter kiloweise liefern muß, um gemocht zu werden,
- daß sie nicht für die Befindlichkeit von Frauen verantwortlich sind, daß diese schon ganz gut selbst für sich sorgen können,
- daß Frauen weder gut noch schlecht sind u.v.m.

Begreifen wir das Gefängnis als Vater-Substitut, so ergibt sich daraus zunächst eine Idealisierung von mächtigen Frauen als Äquivalent. Dieses Phänomen macht die Kontaktaufnahme zunächst einmal erstaunlich einfach. Nur, jede Idealisierung schreit nach Sturz von eben jenem „hohen Sockel“, auf den u.U.

SCHWERPUNKTTHEMA

weibliche Bedienstete gehoben werden. Sie hat auch ihren anderen Pol, die Verachtung.

Im Laufe des therapeutischen Prozesses wird die Wut über die Vereinnahmung durch die Mutter, die Enttäuschung darüber, nicht gesehen worden oder gar funktionalisiert worden zu sein, deutlich. Ein weiteres Thema, das immer wieder auftaucht, ist der massive Ärger darüber, daß es den Eltern nicht gelang, eine tragfähige Beziehung zu führen. Der Weg führt bei den Dissozialen in der Regel über die Depression, die Wut bzw. den Haß bis hin zum Erleben eigener Bedürftigkeit und Abhängigkeit.

Für die weiblichen Therapeutinnen gilt es, über eine Strecke die Enttäuschungsaggression auszuhalten. Ihr muß in der gemeinsamen Arbeit Ausdruck verliehen werden. Im zweiten Abschnitt des Therapieprozesses werden die Abhängigkeitswünsche oft an die Therapeutin gerichtet. Die Frustration der Beziehungswünsche macht den Weg in authentische Autonomie frei. Dadurch entfällt bei einer erfolgreich verlaufenden Therapie die innere Notwendigkeit, den „Nebenkriegsschauplatz Delinquenz“ weiter zu bemühen.

„Wo Übertragung war, soll Beziehung werden“ sagt dazu Petzold (1980, S. 259) in Abwandlung eines Freudschen Basissatzes. Frauen, die in Gefängnissen arbeiten, fällt es meiner Beobachtung nach leichter, am bestehenden emotionalen Mangel zu arbeiten. Der therapeutische Kontakt von Männern zu den Gefangenen ist weitaus stärker durch Männerrivalität überlagert. Steht bei männlichen Therapeuten eher die Arbeit am Konflikt im Vordergrund, so ist es weiblichen Therapeutinnen leichter möglich, die strukturellen Ich-Mängel zu fokussieren. Nicht zuletzt auch deshalb, weil eine totale Institution regressionsfördernd per se ist und im regressiven Milieu die Nähe zu einer Frau eher gesucht wird.

LITERATUR:

- Benedetti, G. (1975). *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H. (1988). *Integrative Leib- und Bewegungstherapie: ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie, Bd. 1*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (S. 223–290). Paderborn: Junfermann.
- Rauchfleisch, U. (1981). *Dissozialität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (1990). Probleme der Indikationsstellung für eine psychoanalytische Psychotherapie von Delinquenten. In W. Schneider, *Indikationen zur Psychotherapie* (S. 81–100). Weinheim, Basel: Beltz.

Angaben zur Person:

Heidi M. Möller, Dipl.-Psych., Jg. 1960, fünfjährige Tätigkeit als Diplom-Psychologin in verschiedenen Strafvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen; seit 1991 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Berlin, Abteilung Klinische Psychologie; Schwerpunkte in Lehre und Forschung liegen im Bereich Psychotherapie und Kriminologie.