Institut und Poliklinik für Psychosomatische

Medizin, Psychotherapie und Medizinische

Psychologie an der Technischen Universität München

Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. von Rad

Primärtherapie zur Selbstanwendung

- Darstellung eines modifizierten psychotherapeutischen Verfahrens nach der Primärtherapie Arthur Janovs-

Sigrid Michel

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ. Prof. Dr. H.-J. Lange

1. Prüfer: Univ.-Prof. Dr. Dr. A. Görres
2. Prüfer: Univ.-Prof. Dr. G. Pfohl

Die Dissertation wurde am 21.4.88 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 13.7.88 angenommen.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	Einleitung	2
II.	Äußere Rahmenbedingungen	8
III.	Indikations- Kriterien	10
IV.	Darstellung des Therapieverfahrens	13
IV.1	Erste Einzelsitzung (Gefühle und Erinnerungsbilder)	13
IV.2	Zweite Einzelsitzung (Abwehr)	27
IV.3	Dritte Einzelsitzung (Bilder gehen ineinander über)	44
IV.4	Vierte Einzelsitzung (Wiederholung)	51
IV.5	Erste Gruppensitzung (Entwicklungspsychologische Konzepte)	52
IV.6	Zweite Gruppensitzung (Was ist ein Primal?)	59
IV.7	Dritte Gruppensitzung (Verknüpfung)	63
IV.8	Vierte Gruppensitzung (Psychosomatik)	68
IV.9	Fünfte Gruppensitzung (Schock und Abwehr)	74
IV. 10	Sechste Gruppensitzung (Unbewusstes)	81
IV.11	Siebte Gruppensitzung (Verwirrung als Trauma)	87
IV.12	Achte Gruppensitzung (Therapeutischer Prozess)	91
IV.13	Neunte Gruppensitzung (Sexualität und verwandte Gefühle)	96
IV. 14	Zehnte Gruppensitzung (Abschlussgespräch)	98
V.	Diskussion	102
	Literaturverzeichnis	105
	Anhang	110

1. EINLEITUNG

In der vorliegenden Arbeit beschreibe ich ein Verfahren, welches Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen ermöglichen soll, diese

Störungen selbstständig psychotherapeutisch zu bearbeiten. Grundlagen dieses Verfahrens stammen aus der Primärtherapie Arthur JANOVS, die er erstmalig 1970 beschrieb.[1] Im Zentrum seiner Vorstellungen steht die Annahme, dass solche Störungen im Kern Ergebnis einer Abspaltung physischer Empfindungen und davon bestimmten Gefühlen von den durch Gedanken geprägten Selbstvorstellung der Patienten seien. Solche persistierenden Abspaltungen sollen nach JANOV entstehen, wenn psychophysische Überforderungen auftreten, die nicht mehr adäquat verarbeitet werden können. Das Ziel der Primärtherapie ist es folglich, diese Spaltung aufzuheben. Dadurch soll eine nachträgliche Verarbeitung solcher Störungen gelingen.

JANOV warnt am Ende seiner Schriften regelmäßig davor, sein Therapiemodell außerhalb von ihm definierter Bedingungen und ohne die Anleitung von ihm ausgebildeter Therapeuten anzuwenden.

Wenn ich nun hier ein von meinem Kollegen Wolfgang Rosenberg und mir entwickeltes Verfahren vorstelle. nach dem wir Patienten dazu angeleitet haben, Primärtherapie selbständig und ohne Hilfe eines Psychotherapeuten anzuwenden, so mag dies überraschen.

Daher will ich zuerst beschreiben, aufgrund welcher Überlegungen es uns möglich erschien, ein Konzept zu entwickeln, das Patienten in die Lage versetzt, sich selbständig einer aufdeckenden Methode zu bedienen, die von ihrem Anspruch her mit dem Wiedererinnern und Aufarbeiten oft sehr schmerzhafter, manchmal in früheste Lebensabschnitte eines Menschen zurückreichender Geschehen verbunden Ist. Bei der Lektüre der Bücher JANOVS hatte Ich den Eindruck gewonnen, dass die darin zitierten Patienten plausibel, klar und einfach beschrieben, auf welche Art und Weise psychische Störungen, unter denen sie gelitten hatten, mit Hilfe der Primärtherapie aufgeklärt und zum Verschwinden gebracht werden konnten. Am meisten beeindruckt hatte mich, dass die Patienten durch das Erinnern bestimmter Schlüsselszenen selbst, ohne jede Deutung durch Ihren Therapeuten, die Ursache ihrer Störung erkennen konnten, dass insbesondere die körperlichen Reaktionen als Korrelate bestimmten psychischen Erlebens auf Dauer verschwanden und dass das Gefühl durch die Therapie wieder zum zentralen Teil ihres Erlebens wurde. Dies war der Anlass für mich, mich In einer psychotherapeutischen Praxis In Stuttgart einer primärtherapeutischen Selbsterfahrung zu unterziehen. Die

1 Janov, A., 1970

primärtherapeutische Methode schien mir dazu geeignet, die Bedingungen für das Zustandekommen eines typischen Verhaltens erfassen zu können bei welchem ich mich wider besseres Wissen, wider bessere Einsicht und trotz allerbester Absichten immer wieder anders verhielt, als ich es vorgehabt hatte. Sorgfältiges Reflektieren der Verhältnisse, in denen ich mich befand, als auch meiner Einstellungen und Gefühle, reichte nicht dazu aus, adäquate Verhaltensänderungen auf Dauer herbeizuführen, die auch als ich- identisch erlebt werden. Dies hatte ich während meines Soziologiestudiums in Berlin erfahren.

In der psychotherapeutischen Praxis in Stuttgart fand ich weitgehend die Bedingungen vor, die JANOV in seinen Büchern beschrieben hatte: Eine mehrwöchige Intensivphase mit mehrstündigen täglichen Therapiesitzungen in schallisolierten, abgedunkelten Räumen. JANOV hatte von seinen Patienten verlangt, sich während des Zeitraums der Intensivphase in einem Hotelzimmer zu isolieren und auf alle Verhaltensweisen, die vom Intensiven Fühlen ablenken konnten, also z.B. auch auf das Rauchen von Zigaretten, zu verzichten. Ohne von meinem Therapeuten dazu aufgefordert worden zu sein, unterwarf ich mich diesen Regeln und lernte in der drei Wochen dauernden Intensivphase wieder mehr auf meine Empfindungen zu achten und deren zentrale Bedeutung für das Zustandekommen von Gefühlen und Gedankenbildung zu erkennen. Dabei hatte ich insgesamt den Eindruck, die Therapie helfe mir darin weiter, wesentliche psychische Probleme aufzuklären.

Nicht gelernt hatte ich in den drei Wochen, wie die Therapie funktioniert. Ich hatte nur gespürt, dass sie funktioniert. Beeinflusst durch JANOVs Beschreibungen der Reaktionsweisen von Patienten während der Therapiesitzungen, hielt ich intensive Gefühlsausbrüche damals noch für ein zentrales therapieförderndes Moment, ohne so etwas jedoch auch nur ein einziges Mal während meiner Intensivphase selbst erlebt zu haben. Deshalb versicherte ich mir, zurückgekehrt an meinen einige hundert Kilometer entfernten Wohnort, zuallererst der Existenz eines schall- isolierten Therapieraumes und der Möglichkeit, diesen bei Bedarf jederzeit benutzen zu können. Allerdings war dieser Raum nur durch mehrere Hinterhöfe und über eine dunkle Stiege zu erreichen. Besonders an dunklen Novemberabenden, wenn ich Zeit gehabt hätte, den Raum aufzusuchen, ängstigte mich der Weg dorthin so sehr, dass ich ihn nie benutzte.

So lernte ich unbeabsichtigt, dass es auch möglich war zu Hause in einem ganz normalen Zimmer am helllichten Tag auf meine Empfindungen zu achten und mich auch intensiv und detailliert erinnern zu können.

Trotzdem hatte ich den Einruck. einen Teil der aufbrechenden Empfindungen, die

mit solchen Erinnerungen einhergingen, nicht allein bearbeiten zu können

und suchte deshalb in unregelmäßigen Abständen meinen Therapeuten in Stuttgart auf. Auf einer der Fahrten dorthin konnte ich spontan ein Problem aufklären, welches mich ursprünglich dazu veranlasst hatte, ganz dringend um einige Therapiesitzungen zu bitten. Der seelische Druck war danach verschwunden und stellte sich weder am nächsten Morgen noch im Laufe des nächsten Tages wieder ein.

Um die vereinbarten Therapiesitzungen trotzdem sinnvoll zu nutzen. begann ich gemeinsam mit dem Therapeuten W. Rosenberg zu diskutieren, ob es möglich sein könnte, solche spontan abgelaufenen Prozesse systematisch herbeizuführen. Dies hätte insbesondere solchen Patienten wie mir, denen ein regelmäßiger Besuch von wöchentlich stattfindenden, für alle Patienten zugänglichen sogenannten offenen Gruppenabenden wegen der räumlichen Distanz und der damit verbundenen finanziellen Belastung nicht zumutbar war, die regelmäßige Anwendung der Therapie ermöglicht.

Auch andere Patienten hatten W. Rosenberg von solchen spontan ablaufenden Einsichtsprozessen berichtet und JANOV selbst verweist auf Angaben von Patienten, die offenbar ähnliches erlebt hatten.[3]

Im Nachhinein erscheint es mir unverständlich, warum JANOV nicht versucht hat, die dort beschriebenen Vorgänge zum Gegenstand seiner Primärtherapieforschung zu machen.

Das Phänomen veranlasste W. Rosenberg und mich in der Folge zu einem sich über Jahre erstreckenden Diskussionsprozess, in dem wir unsere eigenen Erfahrungen im Umgang mit der Therapie sammelten. Wir verglichen unsere Ergebnisse mit den Berichten und Erklärungen JANOVs und versuchten ein System zu entwickeln, in das sich unsere Beobachtungen und Erfahrungen widerspruchsfrei einordnen ließen, ohne dass sie sich damit gleichzeitig schon hätten erklären lassen. Am schwierigsten erwies es sich dabei, konsequent auf weitergehende Theoriebildung, gestützt durch bekannte psychotherapeutische Erklärungsmodelle, zu verzichten. Dies bedeutete, bei jeder einzelnen Beschreibung von subjektivem Erleben zu prüfen, inwieweit diese durch bekannte philosophisch- therapeutisch präformierte Denkmodelle beeinflusst worden war und wir deshalb in der Wortwahl unbeabsichtigt von einer reinen Beschreibung abwichen.

Während jener Zelt verzichteten wir darauf, uns ergänzend zu den Büchern JANOVs mit weiteren psychotherapeutischen Methoden oder psychotherapeutischer Literatur auseinander zusetzen, weil wir von der Überlegung ausgingen, dass, wenn die

2 Janov, A., 1973Y103 1976(b): 255f, 288f; 1977(b): 222f

Grundannahmen stimmten (und zumindest stimmten diese mit unseren eigenen Erfahrungen überein), dass es möglich wäre, mit Hilfe des Erinnerns

bestimmter Ereignisse und der sie begleitenden Körperempfindungen bleibende Veränderungen im Erleben herbeizuführen, es sich dabei um eine Art biologisch angelegter Möglichkeit zur Selbstreparatur psychischer Störungen handeln müsse. Eine Möglichkeit, die bisher weder ausreichend beschrieben, noch auch nur ansatzweise erklärt worden ist, von der aber einzelne Aspekte in unterschiedlichen Psychotherapiemodellen erscheinen.

Wir stellten dabei fest, wie verlockend es ist, bestimmte beobachtete Phänomene in irgendein bekanntes Theoriegebäude einzuordnen und dass es einer gewissen Disziplin bedarf, sich auf die reine Beschreibung von Beobachtungen zu beschränken.

Im wesentlichen beschäftigten wir uns damals mit der Frage ob und wie psychische Störungen aufgelöst werden können, ohne dabei bekannte Theorien über das Zustandekommen solcher Störungen heranzuziehen. Wir gingen dabei von der Prämisse aus, dass, falls ein biologisch angelegter Mechanismus zur Selbstreparatur psychoreaktiver Störungen existieren sollte, sich dieser Mechanismus universell und unabhängig von der Art und Genese der jeweiligen Störung benutzen lassen müsste. Falls ein solcher Mechanismus beschreibbar wäre, würde es ausreichen, diesen jeweils immer wieder in der gleichen Weise in Gang zu setzen.

Nach unserem Eindruck war die bloße sorgfältige Analyse eines Problems und eine daraus resultierende Diagnostik nicht ausreichend, um in jedem Fall bleibende Veränderungen herbeizuführen. Deshalb verzichteten wir auch später in der Arbeit mit Patienten darauf, deren psychische Probleme genauestens zu analysieren oder die Patienten zu einem solchen Vorgehen anzuregen. Wir beschränkten uns auf die systematische Vermittlung der uns zur Verfügung stehenden Kenntnisse über einen Vorgang, der gezielt und mit Absicht hervorgerufen werden kann, reproduzierbar ist und konsequent angewandt, zu gleichartigen Ergebnissen führt, die im Kern darin zu bestehen scheinen, dass sich durch eine Neueinschätzung zurückliegender Erfahrungen spontan eine veränderte psychophysische Integration aktueller Erlebnisse vollzieht.

Die therapeutisch nutzbaren Ergebnisse unserer Arbeit finden sich in dem hier vorgestellten Konzept wieder, welches wir in nahezu unveränderter Form seit 1978 an unsere Patienten weitergaben.

In den folgenden Jahren versuchten wir Forschungsergebnisse zusammenzutragen, die dazu geeignet schienen, für die von uns beobachteten Phänomene wissenschaft-

liche Erklärungsansätze zu bieten. Hinweise dafür fanden sich in überraschender Zahl in Ergebnissen der ethologischen Forschung, der Stressforschung, der Hirnforschung (insbesondere soweit sie Untersuchungen über verschiedene Funktionen der rechten und linken Hirnhälfte betrifft) und in der Forschung über Neurotransmitter. Viele dieser Forschungsergebnisse wurden im Zeitraum seit Mitte der siebziger Jahre veröffentlicht und bieten vielleicht erste naturwissenschaftlich fundierte Erklärungsansätze für psychotherapeutische Prozesse, in denen menschliches Erleben nicht allein auf die Summe seiner Funktionsabläufe reduziert wird. Insbesondere aber

geben sie Anstöße für ein erweitertes Verständnis von Psychotherapieforschung. ROSENBERG hat in seiner Dissertation[2] die theoretischen Grundlagen unseres modifizierten Verfahrens der Primärtherapie A. Janovs bereits ausgeführt, so dass ich mich in meiner Arbeit ausschließlich darauf beschränken werde, darzustellen, wie wir das Verfahren an unsere Patienten weitervermittelten. Verschiedene andere psychotherapeutische Verfahren wie etwa Bioenergetlk[4], Focusing[5] oder Katathymes Bilderleben[6] benutzen stellenweise ähnliche Techniken, wie sie auch von uns gefunden wurden. Bedauerlicherweise verwenden verschiedene Autoren sehr viel mehr Zeit darauf, das Trennende zwischen den verschiedenen Methoden hervorzuheben, statt die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Der Vergleich unseres Vorgehens mit dem anderer Therapieformen ist allerdings nicht Gegenstand dieser Arbeit und muss an anderer Stelle nachgeholt werden.

Zu unserem großen Bedauern war uns GÖRRES´ Aufsatz: „Sinn und Grenzen biographischer Methoden in der Psychosomatischen Medizin“ erst im letzten Jahr zugänglich. Seine Hinweise über die Bedeutung der freien Assoziation, die letztendlich dazu geeignet scheint, Erkenntnisse beim Patienten herbeizuführen, die keiner Deutung durch einen Therapeuten mehr bedürfen, sind richtungweisend.

Viele der Implikationen, die JANOV später in einem nur unzureichend abgestützten Theoriemodell unterzubringen versuchte, wurden von GORRES in diesem Aufsatz in Ihrer Bedeutung erkannt und beschrieben:

,,Für die Vertiefung und Verfeinerung der Anamnese ist das Verfahren der freien Assoziation, bei dem man von aller Theorie und von aller willkürlichen Deutung absehen kann, ein überlegenes und einzigartiges Hilfsmittel. Es leistet nicht nur mehr als die

3 Rosenberg W.E. 1987
4 Lowen, A., 1988
5 Gendlin, E.T., 1984
6 Launer, H., 1987
7 in: Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und medizinische Anthropologie, 11. Jahrgang Heft 3/4, 1964: 319- 341

biographische Anamnese, sondern ist auch der hypnotischen Exploration in der Aufdeckung weit zurückliegender und verdrängter Erlebnisse mindestens gleichwertig. Es übertrifft beide, weil es die Gedächtnisstrukturen, die gehemmtem Gefühls- und Antriebsbereiche so lockert, dass auch tief versunkene Erinnerungen und Phantasien, gehemmte Erlebniskeime, behinderte Erlebnismöglichkeiten sich entfalten können. Die Methode liefert ein reiches und differenziertes Erinnerungsmaterial für die dem Symptomausbruch jeweils vorausgehenden Zeiten, das durch Einfälle aus früheren Situationen beleuchtet und in seinem Sinn akzentuiert wird, *bis in günstigen Fall der Patient selbst in einem AhaErlebnis nachträglich versteht, was ihn betroffen und verwundet hat, ohne dass er helfender Deutungen bedurft* hätte." (Seite 328 kursiv von mir) An anderer Stelle

schreibt GORRES: ,,Die Methode des freien Einfalls ist vor allem ein Weg zur Gefühlsentfaltung"[8] Für unser Vorgehen sind diese Überlegungen deshalb so wichtig, weil hinter dem spontanen Ablauf solcher erkenntnisgewinnender Prozesse biologische Selbstheilungsmöglichkelten vermutet werden dürfen, die die Entwicklung eines therapeutenunabhängigen Therapieverfahrens überhaupt erst erlauben. Wenn Patienten mit einem solches Verfahren die für den Erkenntnisgewinn zentralen Bedeutungsmuster selbständig herausarbeiten können, so müssen theoretische Erklärungsansätze für das Zustandekommen psychischer Störungen im psychotherapeutischen Prozess nicht mehr herangezogen zu werden. Sie behalten aber nach wie vor im Rahmen der Stressforschung, die angewandt immer einen präventiv wirksamen Charakter hat, ihre Bedeutung.

8 A Görres, A., 1958: 270

II. ÄUSSERE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Vorgespräche zur Therapie, Einzelsitzungen und Gruppensitzungen fanden in dem gleichen, wohnzimmerartig ausgestatteten Raum mit angenehmen Ledersitzmöbeln statt. Zur körperlichen Untersuchung wechselten wir mit den Patienten in einen angrenzenden Untersuchungsraum, der mit einer Untersuchungsliege und den üblichen diagnostischen Hilfsmitteln ausgestattet war. Diese Aufteilung in einen ,,medizinischen" und einen ,,psychotherapeutischen“ Bereich, wurde von den Patienten als angenehm empfunden. Die Untersuchungsergebnisse selbst besprachen wir mit den Patienten im Therapieraum. Während der Therapiesitzungen boten wir den Patienten Kräutertee oder sehr schwachen schwarzen Tee an, was in anbetracht der mehrere Stunden andauernden Sitzungen gerne angenommen wurde. Die Dauer der Einzelsitzungen betrug im Mittel etwa zwei Stunden mit Schwankungen von einer halben Stunde nach unten und einer Stunde nach oben. Alle vier Einzelsitzungen fanden im Zeitraum von drei Wochen statt. Die Gruppensitzungen fanden einmal wöchentlich und mit Rücksicht auf berufstätige Patienten abends statt. Die Sitzungen dauerten dreieinhalb Stunden, konnten sich aber in seltenen Fällen auch bis zu fünf Stunden ausdehnen. Zur Verdeutlichung bestimmter Sachverhalte zeichneten wir Darstellungen auf eine Wandtafel oder benutzten anderes Anschauungsmaterial. Die Patienten konnten sich während der einzelnen Sitzungen Notizen machen und auf Wunsch empfahlen wir ihnen weiterführende Literatur. Schon zu Beginn der ersten Einzelsitzung legten wir den Patienten den ersten Teil des Fragebogens vor, der Im Anhang beigefügt ist. Mit diesem Fragebogen versuchten wir festzustellen, ob Patienten im Lauf ihrer Therapie auf künstliche Kompensationsmittel verzichten konnten und ob ihnen eine selbständige Anwendung der Therapie grundsätzlich gelang. Wir erklärten ihnen, dass Ihre Angaben vertraulich und nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden würden und baten sie um ihr Einverständnis, sie in halbjährlichen Abständen wieder befragen zu dürfen. Nur zwei Patienten lehnten dies von vorneherein ab und konnten daher nicht

mit in die Untersuchung aufgenommen werden.[9] In der Regel finanzierten unsere Patienten die Therapiekosten selbst. Dies scheint durchaus auch die Motivation, die Therapie ernsthaft zu betreiben, über einen ge-

9 Die Auswertung der Fragebögen soll in einer gesonderten Arbeit vorgestellt werden.

wissen Zeitraum hinweg zu verstärken.

Die Sitzungen wurden bis auf wenige Ausnahmen von männlichem und weiblichem Therapeuten gemeinsam durchgeführt. Dieser Umstand wirkte sicherlich ungünstigen Übertragungssituationen entgegen, wurde von allen Patienten akzeptiert, von vielen sogar als besonders angenehm hervorgehoben.

Die Patienten lernten von Anfang an, selbstständig zu Hause zu arbeiten. Sie sollten sich auch wegen der Therapie keine besonderen Bedingungen verschaffen. Also nicht etwa aufhören zu arbeiten oder sich für eine Zeitlang von nahestehenden Personen zurückziehen. Wir rieten hierzu, weil die Erfahrung von Patienten, die sich einer Intensivphase unterzogen hatten, lehrte, dass sie während der Intensivzeit gerade jene Probleme, die ihnen In ihrem gewohnten Alltag die größten Schwierigkeiten bereiteten und dringend einer Klärung bedurft hätten, nicht bearbeitet hatten, weil sich dazu kein Anlass bot.

Zum selbständigen Arbeiten gehörte auch, sich Bedingungen so zu gestalten, dass darin eine ungestörte Anwendung der Therapie möglich war.

Falls die Patienten zwischen den Therapiesitzungen dringliche Fragen zu stellen hatten, boten wir ihnen an, uns in Ausnahmefällen auch anzurufen. Das gleiche galt auch noch nach Beendigung aller vorgesehenen Therapiesitzungen. Dieses Angebot wurde nur von einer einzigen Patientin neurotisch überstrapaziert.

III. INDIKATIONS- KRITERIEN

Die Einteilung der psychischen und psychosomatischen Störungen, derentwegen Patienten unsere Praxis aufsuchten, nach den üblicherweise herangezogenen Indices (z.B. ICD oder DSM - Code) war nicht das Hauptkriterium für die Auswahl unserer Patienten. Abgesehen davon, dass die Auswahl der auffälligen Aspekte in der Verhaltenserscheinung eines Menschen stets von einer Momentaufnahme ausgeht, die seine Entwicklung nicht erfasst, müsste im Einzelfall jeweils eine ganze Reihe von Aspekten in Diagnosen gewürdigt werden, was trotz der Anhäufung von Begriffen die Vorhersagbarkeit des Therapieergebnisses nicht verbessert. Wir haben auf eine solche Zuordnung verzichtet und versucht, die vordringlich

erscheinenden Probleme und Störungen unserer Patienten deskriptiv zu erfassen. Dies schien uns auch deshalb angemessen, weil wir ja gleichzeitig nach einem möglichst unvoreingenommenen Verständnis für die bei. einer Primärtherapie ablaufenden Vorgänge suchten. Kennzeichnend für die Störungen, derentwegen Menschen unseren therapeutischen Rat suchten, waren stets auffällige Dissoziationen zwischen kognitiver Einschätzung und realem Verhaltenspielraum. Gleichgültig auf welchem sprachlichen Niveau sie Ihre Probleme schilderten, zeigten sich regelmäßig weit fortgeschrittene Überlegungen über die eigene innere und äußere Lage, die offenbar nicht geeignet waren, das gleichzeitig vorhandene (und oft heimlich dominierende) physische Empfinden zu beeinflussen. Die Patienten fühlten sich hierdurch gequält und eingeengt und konnten meist nicht begreifen, weshalb ihre absichtlichen Bemühungen diese Empfindungen nicht veränderten. Unabhängig von der Art und Genese der Störung war für uns bei der Auswahl unserer Patienten von größerer Wichtigkeit, ob sie bereit und auch in der Lage schienen, das von uns angebotene Verfahren selbständig über einen längeren Zeitraum hinweg anzuwenden. Ergaben sich In dem mehrstündigen Informationsgespräch, welches wir auch zur Indikationsstellung verwendeten, Hinweise auf neurologische Störungen oder auf psychotische Reaktionsweisen, so baten wir diese Patienten sich zunächst einem Facharzt vorzustellen, um das Vorliegen von Störungen zu erkennen, für deren Behandlung sich unser Therapieverfahren nicht eignet.

Ein Ausschlusskriterium war es darüber hinaus, wenn Patienten angaben, mit Hilfe der Therapie gezielt gegen eine manifeste Sucht angehen zu wollen. Solchen Patienten empfahlen wir spezialisierte ambulante oder stationäre Therapieeinrichtungen, da die Durchführung einer Primärtherapie im ungünstigen Fall suchtverstärkend wirken kann. Bei uns stellten sich Interessenten vor, die die Primärtherapie als

eine Beschäftigung ansahen, die zu unablässiger Selbstbeobachtung veranlasst. worin wir einen Verlust von Selbstachtung sehen, der sich unter anderem suchtfördernd auswirkt. HEMMINGER hat in seiner kritischen Auseinandersetzung mit der Primärtherapie beschrieben, wie solche Patienten sich immer mehr in eine Innerwelt flüchten, anstatt sich aktiv mit der Realität auseinanderzusetzen.[10] Eine weitere Gruppe von Patienten, die sich von der Therapie eine garantierte Heilung von Allergien, Asthma bronchiale, endokrinen Störungen die einer regelmäßigen medikamentösen Substitution bedurften und anderen Krankheiten erhofften und von diesen Erwartungen nicht abzubringen waren. mussten wir ebenfalls abweisen, da wir eine solche Garantie selbstverständlich nicht übernehmen konnten. Wenn psychosomatisch Kranke jedoch akzeptieren konnten, dass die Therapie durch Abbau chronischer innerer Stressoren insgesamt zu einer entlastenden Funktion des Organismus beiträgt und von daher funktionelle Störungen günstig beeinflusst werden, ohne dass im einzelnen vorhergesagt werden kann, wie sich diese Veränderungen im Einzelfall auswirken werden, hielten wir die Primärtherapie für sie für geeignet.

Manche Patienten konnten oder wollten sich nicht vorstellen, ihre Therapie selbstständig durchzuführen. Damit schlossen sie sich selbst von unserem

Verfahren aus.

Interessanterweise wurde die Entscheidung für oder gegen eine Selbsttherapie nicht davon bestimmt, wie krank oder belastet ein Patient war. Patienten, die sich unter Zuhilfenahme psychologischer Literatur schon selbst diagnostiziert und feste Vorstellungen davon entwickelt hatten, wie ihre Probleme entstanden wären und auch wie sie wieder davon loskommen könnten, beharrten manchmal sehr auf diesen Vorstellungen. Sie versuchten unsere Einwände und Erklärungsversuche ihrem Denkschema anzupassen, anstatt nach Sinn und Möglichkeiten des von uns angebotenen Verfahrens zu fragen, so dass wir solchen Patienten empfahlen, sich besser anderswo nach einer ihren Erwartungen entsprechenden Therapieform zu erkundigen. Denn sie erhofften sich rein geistige Veränderungskonzepte. die ohne Berücksichtigung psychobiologischer Wechselwirkungen ,,Irgendwie" funktionieren sollten. Obwohl solche Patienten sich häufig als sehr sensibel und gefühlvoll einschätzten, hielten sie eine Beschäftigung mit Ihren Empfindungen für irrelevant für den therapeutischen Prozess. Da sie selbst, trotz oft jahrlanger intellektueller Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Theoriemodellen ihren Zustand nicht hatten bessern können. insistierten sie auf der Anwesenheit eines Therapeuten, der

10 Hemminger H.J. 1980: 176ff

sie als Seelenarzt dann über irgendeinen Weg heilen sollte. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass solche Menschen langfristig mit der Primärtherapie nicht zurecht kommen, da sie darauf bestehen, Erklärungen für Ihre Konflikte und Gefühle von außen zu erhalten, nicht aus Ihrem Inneren.

Körpersignale als Botschaften oder Alarmzeichen aus ihrem Inneren aufzufassen, war den Patienten nach Ihren biografischen Berichten zumeist bereits in der frühen Kindheit aberzogen worden. Deshalb scheint diese Form der Primärtherapie für die Behandlung psychosomatischer Störungen besonders gut geeignet zu sein, auch dort, wo eine gewisse Reserviertheit der Patienten gegenüber psychologischen Krankheitserklärungen üblicherweise eine psychotherapeutische Intervention erschwert oder gar verhindert.

IV. DARSTELLUNG DES THERAPIEVERFAHRENS

IV.1 ERSTE EINZELSITZUNG (Gefühle und Erinnerungsbilder)

Die bewusste Wahrnehmung von Körperempfindungen ist eine wesentliche Voraussetzung für den primärtherapeutischen Prozess.

Körperempfindungen markieren jeweils diejenigen Episoden einer Biographie, die von besonderer subjektiver Betroffenheit gekennzeichnet waren.[11,12] Ein Beispiel dafür liefern peinliche Ereignisse, deren Erinnerung

noch Jahre danach Affekte auslöst.

Wir begannen also die erste Einzelsitzung jeweils damit, dass wir demonstrierten, was im Sinne der Primärtherapie unter dem Begriff des Fühlens zu verstehen sei. im alltäglichen Sprachgebrauch ist es üblich Sätze zu formulieren wie: ,,Ich fühle, dass Du mich nicht leiden kannst. Oder: ,,Ich habe das Gefühl, dass es noch lange dauern wird, bis wir bedient werden." etc. In Sätzen solcher Art wird aber eigentlich nicht ein Gefühl formuliert, sondern es werden Vermutungen geäußert, die eher den sprachlichen Ausdruck eines Gedankens darstellen. Wahrnehmung der Veränderungen von körperlichen Empfindungen und Gefühlen im weiteren Sinne[13] werden darin nicht präzisiert.

Worte wie fühlen, spüren, Emotion, Empfindung, Wahrnehmung, Affekt, sind weder in der Umgangsprache noch in der wissenschaftlichen Literatur immer eindeutig von einander abgegrenzt. Deshalb haben wir uns mit den Patienten darauf verständigt, körperliche Wahrnehmungen, und zwar solche, die gemeinhin als Körpergefühle bezeichnet werden, innerhalb der Primärtherapie Gefühle zu nennen. Selbstverständlich ist eine solche Definition angreifbar. Sie hat sich aber in Bezug auf die Vermittlung der einzelnen Schritte dieses therapeutischen Verfahrens als zweckmäßig erwiesen und stimmt auch mit der Auffassung JANOVS überein.[14,15]

Um den Patienten zu demonstrieren, was im Sinne unseres Verfahrens unter Fühlen zu verstehen sei, baten wir sie, sich einem kleinen Experiment zu unterziehen. Wir forderten sie auf, die Augen zu schließen. Danach nahmen wir den linken Arm des Patienten und führten seine Hand in eine Position oberhalb des Scheitels. In dieser Position sollte der Patient die Hand bei geschlossenen Augen belassen und beschreiben, in welcher Entfernung sich seine Hand vom Kopf befand.

Alle Patienten konnten sehr präzise, teilweise auf den Zentimeter genau, Angaben

11 Janov, A. , 1973: 20, 33ff, 40
12 Rosenberg, W.E., 1987: 14, 48f, 90
13 Ewert, 0., (in: Drewer/Fröhlich Hrsg.) 1968, 1972: 115
14 Janov, A., 1973: 63
15 Janov, A., 1981: 15

über die Stellung ihrer Hand im Raum und Im Verhältnis zum Kopf machen. Anschließend forderten wir die Patienten auf. die Augen wieder zu öffnen, um selbst ihre Schätzung überprüfen zu können. An dieser Stelle fragten wir, woher sie wissen konnten, wo sich ihr Arm befindet. Sie hätten es ja nicht gesehen. Die Patienten waren meist überrascht und von der Frage fasziniert. Es scheint einem gesunden. erwachsenen Menschen so selbstverständlich zu sein, bei geschlossenen Augen Angaben über die Stellung seiner Gliedmaßen

im Raum machen zu können. dass offenbar die wenigsten darüber nachdenken, worauf sich diese Fähigkeit gründet. Fast alle aber konnten auch über die Erfahrung berichten, dass unter bestimmten Umständen eine Fehleinschätzung zustande kommen kann; wenn z.B. ein Arm ,,eingeschlafen" ist und sich beim Liegenden in einer Position oberhalb des Kopfes befindet, wo er nicht gesehen werden kann, muss er in einer solchen Situation regelrecht gesucht werden.

Um unseren Patienten zu helfen, ihre Körperempfindungen zu differenzieren, forderten wir sie auf, diese so exakt wie möglich zu beschreiben. Sie sollten dazu wertneutrale physikalische Begriffe wie warm, kalt, Druck etc. verwenden und auf bewertende Ausdrücke verzichten. Hierdurch versuchen wir zu verhindern, dass bestimmte Empfindungen bestimmten Erwartungen zugeordnet werden. Nach unserer Beobachtung können nämlich solche Empfindungen von ganz anderen als den erwarteten Verknüpfungen begleitet sein, wenn sie im Kontext biographischer Episoden gesehen werden. (Diese Beobachtung entspricht am besten dem Phänomen der sogenannten ,,Belohnungserwartung", die in der Ethologie beschrieben wird und die zu sogenannten ,,Suchbildern" führen soll, nach denen ein bestimmtes Ziel verfolgt werden kann.)[16]

Erst im nächsten Schritt sollten sie dann formulieren, wie sie die mit diesen Empfindungen verbundenen affektiven Gefühlsanteile benennen würden. Die Patienten konnten also beispielsweise sagen: ,,Meine Schultern sind eingezogen. Ich atme flach. Meine Mundwinkel hängen herunter. Ich erlebe dies als Gefühl der Trauer." Wir informierten die Patienten in diesem Zusammenhang darüber, dass Untersuchungen an Querschnittsgelähmten ergeben hatten, dass diese zwar ,,wussten", dass sie sich In einem bestimmten Moment freuten oder traurig waren, gleichzeitig aber wenig affektive Reaktionen zeigten. Als Erklärung dafür wird die Tatsache herangezogen, dass der entsprechende körperliche Ausdruck dieser Emotionen von den Betroffenen nicht mehr wahrgenommen werden kann und in der Folge bei Ihnen eine

16 Hinde, lt.A. , 1987: 149ff, 514ff

gewisse Gleichgültigkeit auftritt.[17]

Schildert eine Person einer anderen Person Ihre Körpergefühle in der oben angegebenen Art und Weise, so kann der Zuhörer alleine aus dieser Beschreibung Rückschlüsse auf die Stimmungslage seines Gegenübers ziehen, ohne dass jener noch besonders erklären muss, dass er Im Moment traurig ist, da er sie mit seiner eigenen Erfahrung vergleichen kann. Bei bestimmten Völkerstämmen Afrikas ist diese Art, seine Befindlichkeit darzustellen, allgemein üblich.[18] Dass man über das Nachstellen von Körperhaltungen und von Mimik Rückschlüsse auf die Stimmung eines Menschen ziehen kann, ist eine allgemein bekannte Tatsache, die man sich

sowohl beim Theaterspielen als auch zu therapeutischen Zwecken im Rollenspiel oder im Psychodrama[19] zunutze machen kann. Die humanethologische Forschung bemüht sich derzeit mit Hilfe computergestützter Mimik- und Gestikanalysen um Aufklärung der Wirkmechanismen dieses Phänomens.[20]

Zum besseren Verständnis klärten wir die Patienten an dieser Stelle über die einzelnen Hautsinne, gegliedert nach Rezeptoren für Druck, Vibration, Wärme, Kälte und Schmerz, sowie über die Rezeptoren des propriozeptiven Systems auf. Wir stellten dar, dass unsere Fühlfähigkeit auf dem Vorhandensein solcher Rezeptoren basiert. Auch die Tatsache, dass andere Spezies über Sinne verfügen, die dem Menschen nicht zur Verfügung stehen, wurde von uns erwähnt.

Im Weiteren erörterten wir mit den Patienten bestimmte unklare Sprachgewohnheiten. So ist es durchaus üblich zu sagen: ,,Ich fühle, dass ich rot werde." Tatsächlich kann jemand aber nur fühlen, wie Ihm warm wird. das Rotwerden selbst hingegen kann man nur sehen.

Um zu demonstrieren, dass es auch möglich ist, aktuelle Wahrnehmungen mit Empfindungen und Eindrücken, an die man sich erinnert, zu vergleichen, fragten wir die Patienten, ob in diesem Moment auf einem Ihrer Ohrläppchen eine Fliege krabbele. Die Patienten konnten dann beispielsweise antworten: ,, Ich weiß, dass in diesem Augenblick keine Fliege auf meinem Ohrläppchen krabbelt. Sonst würde ich es spüren." Sie konnten beschreiben, wie es sich anfühlt, wenn sich ein kleines Insekt auf Ihrer Haut bewegt. Sie verglichen also, um unsere Frage beantworten zu können, die Ist- Situation der Sinneseindrücke einer bestimmten Region ihres Körpers mit einer im Gedächtnis gespeicherten Sinneserfahrung.

Die Fähigkeit, aktuelle Gefühlseindrücke mit solchen zurückliegender Situationen

17 vergl. Hohmann, G.W., zit. n. Birbaumer, N., 1973: 148
18 Schostak, M., 1982: 21, 47, 204
19 Moreno, J.L., 1973
20 vergl. Eibl- Eibelsfeldt, 1. 1984: 201- 206, 566- 585

vergleichen zu können, ist für unser therapeutisches Verfahren von großer Bedeutung.

Sie ermöglicht die Trennung und Zuordnung sich ähnelnder biographischer Vorfälle und hilft daher, Generalisierungen aufzulösen und die Fakten in ihren realen Zusammenhang zu stellen.

Deswegen ließen wir die Patienten ihre Empfindungen stets so präzise wie

möglich beschreiben. Sie sollten versuchen, ihre Empfindungen genau zu benennen, wenn sie sich selbst als fröhlich, traurig, hungrig, zufrieden usw. erlebten. Dabei legten wir Wert auf die Differenzierung der daran beteiligten Muskelgruppen, auf Atemfrequenz und -tiefe und auf Wärme- und Kälteempfindungen. Zuerst sollten sie Ihren Körperzustand genau beschreiben und ihn erst danach bewerten. Sie sollten also beispielsweise sagen: ,,Ich habe kalte Hände. Meine Schultern sind angezogen und angespannt. Mein Herz klopft schnell. Meine Atmung ist flacher als normal. Ich habe Angst."

Alle Patienten konnten ohne große Schwierigkeiten unterschiedliche Gefühlszustände gegeneinander abgrenzen und differenzieren. Wenn es einzelnen nicht auf Anhieb gelang, so forderten wir sie auf, so grob voneinander unterscheidbare Zustände wie Angst oder Freude zu beschreiben.

Allerdings bereitete es einigen Patienten Schwierigkeiten, Gefühlszustände zu schildern, ohne sie zugleich zu bewerten. Sie sagten zum Beispiel: ,,Dies ist ein angenehmes Gefühl", anstatt zu beschreiben, welchen Gefühlszustand sie als angenehm bezeichneten. Ihnen bereitete die nüchterne Herangehensweise an ihre Gefühle Verlustängste, die sich allerdings bei näherer Kenntnis als unbegründet erwiesen. **Die sachliche Beschreibung einer Gefühlswahrnehmung beeinflusst nicht deren subjektiv erlebte Qualität.**

Um das bisher Gelernte zu festigen, empfahlen wir den Patienten, sie sollten, wann immer sie im Laufe eines Tages die Gelegenheit dazu fänden, versuchen, sich Ihre jeweiligen Körpergefühle von Kopf bis Fuß klar zu machen und sie auch zu beschreiben. Diese Übung hat sich besonders bei solchen Patienten bewährt, die von sich sagen: ,,Ich kann nicht mehr fühlen", oder: ,,Ich weiß nicht mehr genau, wer ich bin. Ich erlebe mich in verschiedenen Situationen nicht als die gleiche Person." Solche Patienten konnten schon über die bewusste Wahrnehmung ihrer Körpergefühle allein einen Teil der von Ihnen genannten Probleme verringern. Ergänzend zu diesem Komplex diskutierten wir mit den Patienten die Tatsache, dass nur ein sehr geringer Teil der Informationen, die das Gehirn zu einer bestimmten Zeiteinheit erreichen, auch gleichzeitig der bewussten Wahrnehmung zugänglich ge-

macht wird.[21] Dazu führten wir ein Beispiel an: Jemand ist in ein sehr intensives Gespräch mit seinem Gegenüber vertieft. Er achtet während dieser Zelt überhaupt nicht auf seine Kleidung. Würde diese Person aber von einem Augenblick zum anderen beispielsweise ohne einen Ärmel ihres Pullovers dasitzen und wäre ansonsten unverändert gekleidet, so würde sie dies sehr wohl sofort bemerken. Ein analoges Beispiel ist sehr geläufig: Steht eine Person in einem Raum, in dem sich sehr viele Menschen miteinander unterhalten, so werden die einzelnen gesprochenen Worte und Sätze der Umstehenden nicht bewusst zur Kenntnis genommen. Fällt aber zufällig der Eigenname dieses Menschen, so wird er sofort hellhörig. Dies weist darauf hin, dass Informationen aus der Umgebung vorbewusst ständig

wahrgenommen und wahrscheinlich selektiv eliminiert werden; ein in der Psychologie bekanntes Phänomen.[22] Worauf nun die bewusste Aufmerksamkeit gerichtet wird, hängt unter anderem von der aktuellen Interessenlage des Betroffenen ab. An vielen unserer Patienten konnten wir beobachten, dass in Ihren Berichten gefühlsmäßige Anteile des Erlebens hinter abstrahierten kognitiven Inhalten zurücktraten. Dies kann zum einen durch Erziehungseinflüsse bedingt sein, durch die sie dazu gebracht wurden, ihre Bedürfnisse zugunsten objektiver Anforderungen zu Ignorieren. Zum anderen hilft Denken offenbar, unangenehme Gefühlszustände nicht wahrnehmen zu müssen. Jedenfalls beschrieben einige Patienten, dass sie immer dann, wenn sie bestimmte, seit Jahren bestehende, muskuläre Verspannungen spürten, sofort wieder zu denken begannen, anstatt sich auf ihr Gefühl einzulassen.

Neben der Fähigkeit, Körpergefühle differenziert wahrzunehmen, ist das Vermögen, sich an zurückliegende Ereignisse präzise erinnern zu können, ein weiterer zentraler Bestandteil des primärtherapeutischen Prozesses. Erinnerung hat darin die Funktion, bestimmte Gefühle und Verhaltensweisen in ihren biographischen Kontext einzufügen und damit einer Neueinschätzung zugänglich zu machen.[23,24]

Mit Hilfe einer von uns speziell zu diesem Zweck entwickelten Technik ist es möglich, sich relativ problemlos auch an weit zurückliegende Ereignisse zu erinnern. Diese Technik lässt sich am besten an einem Modell darstellen, das wir den Patienten In der folgenden Weise demonstrierten:

Sie sollten zunächst versuchen, sich einen Weihnachtsbaum vorzustellen. Wir benutzten dieses Sujet deshalb, weil Weihnachtsbäume für die meisten Menschen unseres Kulturkreises emotional angenehm besetzt sind und wir damit weitere Erin-

21 Silbernagl, S. Despopoulos. A., 1979: 254f, 274f
22 Buser K.; Kaul, U., (Hrsg.) 1978: 70f
23 Lazarus, R.S. 1968, zit. n. Birbaumer, N. , 1973: 171
24 Rosenberg, W.E., 1987: 139- 145

nerungsschritte leichter zugänglich machen konnten. Wir fragten die Patienten, was für einen Weihnachtsbaum sie sich gerade vorstellten. Gaben sie dann an, ihnen seien nacheinander verschiedene Weihnachtsbäume eingefallen, so forderten wir sie auf, einen davon herauszugreifen und zu beschreiben. Wir fragten:" Wie sieht der Baum aus? Ist der Baum als Ganzes oder nur in einem Ausschnitt zu erkennen. Handelt es sich bei dem Baum um eine Tanne oder ein Fichte? Ist der Baum geschmückt? Wie sieht der Christbaumschmuck aus? Brennen die Kerzen am Baum? Haben sie schon einmal gebrannt?" Damit die Patienten sich leichter auf das Bild in ihrer Vorstellung konzentrieren konnten, empfahlen wir ihnen, die Augen geschlossen zu halten. Waren sie dann in der Lage, diese oder ähnliche Fragen zu beantworten, so gingen wir einen Schritt weiter und fragten, ob es ihnen möglich sei anzugeben, aus welcher Entfernung und Perspektive sie

den Baum sähen. Wir fragten nach dem Licht im Raum, ließen uns den Weihnachtsbaum von der Spitze bis zum Boden beschreiben und erkundigten uns dann weiter:" Was ist hinter, neben, vor dem Baum?" Mit Hilfe dieser Fragen, war es möglich, das Umfeld, in dem der Baum gesehen worden war, immer weiter zu erschließen. Dazu kamen auch Fragen nach dem, was die Patienten in diesem Zusammenhang an akustischen, osmischen und haptischen Eindrücken abrufen konnten. Wir fragten danach, ob sie von ihrem Körpergefühl her darüber Auskunft geben könnten, welche Art von Kleidern sie in der entsprechenden Situation gerade trugen. Manchen Patienten ist diese Vorgehensweise leicht zugänglich, andere tun sich etwas schwerer damit. Doch kein einziger der von uns behandelten Patienten konnte sich überhaupt keine Vorstellungen machen. Teilweise erinnerten sich die Patienten auf Anhieb gut und erzählten beispielsweise: ,,Ich stehe (in meiner Erinnerung) gerade vor dem Weihnachtsbaum in unserem Wohnzimmer zu Hause. Ich weiß, dass ich ein Kleid und Kniestrümpfe anhabe. Meine Haare sind zu Zöpfen geflochten. Ich kann den Duft von Lebkuchen riechen. Ich höre, dass im Radio Weihnachtslieder gespielt werden." Selbst auf unsere Frage, welches Lied denn da gerade gespielt würde, konnte dann schmunzelnd zur Antwort gegeben werden: ,,Kling Glöckchen, klingelingeling.." **Die Patienten sollten nicht versuchen und sich vor allen Dingen nicht dazu zwingen, sich an Dinge zu erinnern, die ihnen nicht spontan zugänglich waren. Dies war uns deshalb besonders wichtig, weil in der Primärtherapie solche Bilder und Eindrücke als konkrete Erinnerungen und nicht als Symbole aufgefasst werden.** Falls sie den Eindruck hatten, sie würden zu wirklichen Erinnerungen einzelne Elemente dazuerfinden, so sollten sie sich dies klarmachen. Tatsächlich sagten viele Patien-

ten: ,,Ich habe den Eindruck, dass ich mir etwas dazudichte. Ich bin mir nicht sicher, ob alles wirklich so war." Wir erklärten, dass es offenbar einem grundlegenden menschlichen Bedürfnis (Kausalbedürfnis)[25] entspräche, Erinnerungslücken mit logischen Überlegungen zu überbrücken. Neuropsychologische Untersuchungen aus der jüngsten Zelt geben Hinweise darauf, dass dies eine spezielle Funktion der sprachbegabten linken Gehirnhemisphäre sein könnte.[26] Die Patienten sollten nun nicht versuchen, solche Klitterungen sofort zu korrigieren, sondern sie nur registrieren und unterscheiden, wo ihrer Wahrnehmung nach wirkliche Erinnerungen vorlagen und wo sie sich darüber unsicher waren. Wenn sich in einem Bild Elemente aus verschiedenen Episoden miteinander vermischen, so ist es möglich, diese einzelnen Anteile zu entwirren und in einem geduldigen Prozess verschiedenen realen Ereignissen zuzuordnen. Wenn aber der Therapeut oder der Patient auf eine sofortige ,,richtige" Erinnerung drängen, wird diese Möglichkeit eher blockiert.[27] Natürlich kann sich ein Patient auch an die Abbildung eines Weihnachtsbaumes in einem Kinderbuch oder im Fernsehen erinnern. Eine Fragetechnik, wie die oben beschriebene, würde jedoch auch eine Situation aufklären können, bei der ein Erwachsener im Hochsommer an einem heißen Tag im Schwimmbad auf dem Bauch auf einer Wiese liegend, die Abbildung eines Weihnachtsbaumes in einer Illustrierten betrachtet. **Die Patienten sollen das beschreiben, an das sie sich wirklich erinnern und**

nicht ein Erinnerungsbild entsprechend bestimmter Erwartungen und Vermutungen beurteilen. Also nicht nach der Art interpretieren: ,,Wenn ich einen Weihnachtsbaum sehe, dann kann ich nicht gleichzeitig Kindergeschrei im Schwimmbad hören, denn das passt nicht zusammen." Wir ermutigten die Patienten dazu zu beschreiben, was sie wirklich sahen, auch wenn sie die Einzelheiten nicht sofort erklären oder zuordnen konnten. Um ihnen das Erinnern zu erleichtern, rieten wir Ihnen, sich zu den Erinnerungsbildern orientierende Fragen zu stellen. Beispielsweise: ,,**Was** sehe ich? **Wie** sieht es aus? **Worauf** steht es? **Was** befindet sich dahinter oder darunter? **Woher** kommt das Licht? **Welche** Temperatur herrscht? **Wann** fand dieses Ereignis statt?" Mit dieser Art von Fragetechnik ist es möglich, sich nach und nach viele Einzelheiten eines Erinnerungsbildes, von dem man sich anfänglich nur an einen kleinen Ausschnitt erinnerte, zu erschließen. Man könnte das mit dem Effekt vergleichen, der entsteht, wenn man die Blende einer Kamera öffnet und nach und nach immer weitere Teile

25 Humne. D. 1748 (Neuauf1aqe 1967)
26 Gazzaniga, M.S.. Le Doux, J.E., 1983: 114ff
27 Lorenz, K.., 1965: 294f

eines Bildes sichtbar werden. Die Patienten sollten alle Fragen stellen, die dazu geeignet sind, eine Situation in ihren Einzelheiten zu beschreiben. Nur auf die Frage: ,,Warum?" sollten sie verzichten, weil diese Frage dazu anregt, eine Situation an Erwartungen anzupassen und nach einer Zielvorstellung auszurichten." Damit wird unter Umständen der unmittelbare Eindruck des Erinnerungsbildes verfälscht und unversehens werden Ergänzungen vorgenommen, die logischen Überlegungen entspringen, aber oft nicht die Situation wiedergeben, so wie sie tatsächlich war. In jedem Fall wird über solche Erklärungsversuche auf ein präzises Abrufen von Körpergefühlen, die der Patient seinerzeit empfunden hat, verzichtet.

Ferner schlugen wir den Patienten vor zu sagen: „Ich befinde mich gerade (gemeint ist damit: „In meiner Erinnerung befinde Ich mich gerade) auf einer grünen Wiese. Ich laufe barfuss. Ich spüre das feuchte Gras zwischen meinen Zehen." Diese bewusst vorgenommene sprachliche Verlagerung in die Gegenwart, dient dazu, die Plastizität der Erinnerung zu verbessern.

Um nun demonstrieren zu können, wie Körperempfindungen und Affekte diejenigen Ausschnitte erinnerter Episoden markieren, die aktuell noch von Bedeutung sind (s.o.), beobachteten wir zunächst, wie sich Mimik, Gestik und Phonetik unserer Patienten während der Beschreibung der Situation, in der ein Weihnachtsbaum vorkam, veränderte. So mochte ein Patient bei der Schilderung eines Rauschgoldengels, der an der Baumspitze befestigt war, lächeln; bei der Beschreibung eines altmodischen Radios, weiches neben dem Weihnachtsbaum auf einem Schränkchen stand, abschätzig die Mundwinkel verziehen und bei der Empfindung seines kratzigen Rollkragenpullovers eine abwehrende Kopfbewegung machen. Wir wiesen die Patienten auf solche verschiedenen uns sichtbar gewordenen Regungen hin, die sie während ihrer

Beschreibung zum Ausdruck gebracht hatten und fragten sie, ob sie jeweils selbst bemerkt hätten, an welcher Stelle sie gelächelt, oder andere Gefühle gezeigt hatten. Wir veranlassten sie, sich den Gegenstand, der ein Lächeln bei ihnen hervorgerufen hatte, noch einmal ,,anzusehen". Das gleiche sollten sie auch mit einem zweiten Gegenstand tun, durch den ein anderes Gefühl bei ihnen ausgelöst worden war. Vergegenwärtigten sich die Patienten den einen Gegenstand, so lächelten sie meist wieder, blickten sie auf den anderen, dann veränderten sich Ihre Gesichtszüge in der zuvor beschriebenen Weise. Dieser Wechsel der Gefühle mit dem Wechsel der damit verbundenen Bilder ließ sich beliebig oft wiederholen. Wir wiesen die Patienten auf die Wichtigkeit hin, auch subtile Veränderungen von Körpergefühlen zur Kenntnis zu nehmen, da durch sie der Vektor des therapeutischen Ge-

28 Spaemann, R.; Löw, R., 1985: 15- 23

schehens bestimmt wird. Subjektiv ist es gleichsam so, als würden an bestimmten Gegenständen bestimmte Gefühle ,,kleben". Selbst nach Wochen und Monaten lassen sich solche Szenen mit den damit konditionierten Gefühlseindrücken zur Überraschung der Patienten reproduzieren. Erinnerten sie sich an ein Bild, welches sie in der ersten Sitzung beschrieben hatten und sahen aus der gleichen Perspektive denselben Gegenstand wieder, so lächelten sie auch wieder an derselben Stelle. Dies geschah unabhängig davon, ob die Gefühlsregung mit ihrer aktuellen emotionalen Lage übereinstimmte oder nicht. Selbst in einem weinenden Patienten ruft die Erinnerung an eine positive Stimmung, solange er sich in dieser Erinnerung aufhält, die gleiche positive Gestimmtheit wie seinerzeit hervor.

Viele Patienten hatten angegeben, sie seien nicht mehr imstande, sich ihrer Kindheit oder frühen Schulzeit zu entsinnen. Als dritten Schritt in der ersten Sitzung unterwiesen wir daher die Patienten in der von uns entwickelten, speziellen Technik, sich an beliebige zurückliegende Lebensabschnitte zu erinnern. Viele Patienten bezweifelten zunächst, dass es möglich sein sollte, sich ohne weiteres an frühe Episoden Ihres Lebens erinnern zu können. Wir begannen daraufhin mit der Frage, ob sie noch ungefähr wüssten, wo sie zu einer bestimmten Zelt gewohnt hätten, in welchem Ort, in welchem Haus, oder ob sie sich vielleicht daran erinnern könnten, in welche Schule sie gegangen seien. Ausnahmslos alle Patienten konnten sich nun, ausgelöst durch unsere detaillierten Fragen, an irgendeine Einzelheit aus jener Zeit erinnern. Entweder an einen Ausschnitt aus der Wohnung, in der die Familie seinerzeit gelebt hatte, an die Eintrittspforte des Schulhofe oder an die Theke des Bäckerladens, wo sie als Kinder Himbeerbonbons kauften. **Die Erinnerung wird umso lebendiger, je mehr scheinbar triviale Einzelheiten vergegenwärtigt werden.** Die meisten Patienten konnten z.B. die Bewegung vormachen, mit der man einen Schulranzen vom Rücken nimmt, obwohl gerade bei älteren Patienten schon einige Jahrzehnte vergangen waren, seitdem sie das letzte Mal einen Ranzen getragen hatten.

Sobald einem Patienten ein Detail aus einem zurückliegenden

Lebensabschnitt eingefallen war, empfahlen wir ihm, mit diesem Erinnerungsbild so zu verfahren, wie er es vorher mit dem Bild des Weihnachtsbaumes gelernt hatte.

Er sollte wieder bestimmen, aus welcher Perspektive er auf einen Ausschnitt der betreffenden Situation blickte. Er sollte sagen, um welche Tageszeit es sich darin gerade handelte, ob er wisse, welche Kleidung er trug usw.

Wenn ein Patient sich beispielsweise an den Eingang zu seinem Schulhof erinnern konnte, so fragten wir, ob er sich dabei in einer Position innerhalb oder außerhalb

des Hofes befände und ob dort Kinder zu sehen seien. Die meisten Patienten fügten dann zwanglos weitere Einzelheiten hinzu. Beispielsweise konnten sie sich plötzlich wieder an Abschnitte des Schulweges, das Innere eines Klassenzimmers, den Geruch des Schulflures oder die Kleiderhaken an den Wänden erinnern. All dies fiel ihnen unerwartet leicht. Beschrieben sie etwa die Garderobenhaken im Schulflur, so konnten sie auch angeben, welche Kleidungsstücke an diesen Haken hingen und dass ,,der Anorak mit den angestrickten Bündchen Rosemarie gehört." ,,Rosemarie" erwies sich dann auf Nachfragen als eine Mitschülern aus der zweiten Klasse, die jahrzehntelang in Vergessenheit geraten war.

Die Patienten wurden von uns instruiert, nicht irgendwelche Details dazuzuerfinden, wenn ihnen bestimmte Einzelheiten aus zurückliegenden Situationen nicht gleich einfallen wollten. Sie sollten dies nur registrieren.

Die Fülle von Erinnerungen, welche die Patienten auf diese Weise abrufen konnten, war ungewöhnlich groß. Fast allen machte es Freude, gewisse, längst vergessene, scheinbar unbedeutende Einzelheiten wiederzuentdecken. Die Detailtreue dieser Erinnerungen versetzte die Patienten oft in Erstaunen. Aber hierdurch erhielten sie auch einen Hinweis darauf, mit welchem methodischen Vorgehen Erinnerungen aus einer bestimmten Zeit vor dem inneren Auge wieder entstehen können. Gerade weil wir die Patienten nach scheinbar unbedeutenden Einzelheiten fragten, erschloss sich dieser reichhaltige Strom von Erinnerungen.
Das Haupthindernis bei dem Versuch sich zu erinnern, scheint für Erwachsene darin zu liegen, dass sie versuchen, zurückliegende Situationen aus ihrer heutigen Sicht anzusehen. So können sie sagen: ,, Meine Schulzeit war schrecklich", oder: ,,Ich war ein ungeliebtes Kind. An Genaueres kann ich mich aber nicht mehr erinnern." Spricht man diese Erwachsenen nun auf solch ,,unbedeutende" Einzelheiten wie beispielsweise Farbe und Geschmack bestimmter Bonbons an, so kommt der Fluss der Erinnerungen sehr viel leichter und ungehemmter in Gang. Die Situationen werden dann mit der gleichen Bedeutung und aus der gleichen Perspektive gesehen, in der sie seinerzeit als Kind erlebt worden waren.

Dass Kinder sich eine Fülle von Details merken können, die einem

Erwachsenen leicht entgehen, ist eine bekannte Tatsache. So sind sie im Kindergartenalter Erwachsenen im ,,Memory"- spielen (einem Kartenspiel bei dem es um die beste Gedächtnisleitung geht) haushoch überlegen.[29] **Wenn also in einem therapeutischen Verfahren Geschehnisse aus der Kindheit wieder in Erinnerung gebracht werden sollen. so ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass für Kinder andere Dinge von**

29 Oerter, R., 1972:

Bedeutung sind und Geschehnisse unter Umständen anders eingeordnet und bewertet werden, als dies von Erwachsenen getan würde. Fragten wir Patienten danach, wie sie als kleines Kind die Wohnungstür zu Hause geöffnet hatten, dann führten sie ihre Hand unter Umständen über Kopfeshöhe, um zu demonstrieren, wie sie die Klinke heruntergezogen (nicht gedrückt) hatten. Das heißt: die Patienten führten in der Sitzung spontan Bewegungen aus, wie sie sie als Kind machen mussten, um eine Tür zu öffnen. Interessanterweise fielen ihnen auch bestimmte Worte nicht ein. welche sie sonst selbstverständlich zur Verfügung hatten, wenn sie sich gerade an Situationen aus der frühen Kindheit erinnerten. So benutzten dann viele Patienten bei der Beschreibung eines Gegenstandes ihre Hände. Oder ein Patient sagte: ,,Dieses Ding ging immer nicht zu." Dabei machte er eine Bewegung, als ob er den Reißverschluss einer Jacke schließen wollte. Offenbar werden die Informationen aus einer bestimmten Zeit nicht nur gemeinsam mit den damaligen Körpergefühlen. sondern auch mit den Bewegungsmustern und dem Leistungsvermögen der damaligen Zeit zurückgerufen. Kindern, die in einem bestimmten Alter noch nicht lesen und schreiben können, prägt sich z. B. der Text auf einem oft angeschauten Plakat als eine Art Muster ein. Wenn man sich eine Situation ins Gedächtnis ruft, in der man als Kind, an der Hand seiner Mutter, die sich längere Zeit angeregt mit der Nachbarin unterhielt, derweil aus Langeweile intensiv ein Plakat musterte. wird man erst als Erwachsener in der Lage sein, das ,, Muster" auf dem Plakat als Schrift zu identifizieren und zu lesen.

Als Übung empfahlen wir den Patienten ,,in ihren Erinnerungen spazieren zu gehen". Sie sollten sich an alles erinnern, was ihnen zwanglos einfiel, an die unzählbar vielen Alltäglichkeiten. Was befand sich z.B. in den Schubladen des Küchenschranks? Wo lag das Brot? Welche Knöpfe wurden in der Knopfkiste aufbewahrt? Wo stand das Glas mit den roten Himbeerbonbons beim Kaufmann? Woher kamen die Groschen, mit denen diese Bonbons bezahlt wurden?

Diese Herangehensweise hat eine doppelte Funktion: Zum einen können die Patienten eine gewisse Übung darin erlangen, sich zurückliegende Ereignisse leichter ins Gedächtnis zurück zu rufen, zum anderen lassen sich schon viele Einzelheiten zusammentragen, die den Kontext für spezifisch belastende Ereignisse liefern. Nicht wenige Patienten begannen mit der durch die Lektüre der Bücher JANOV's beeinflussten Vorstellung, sie müssten sich nur bestimmter traumatisierender Einzelsituationen in ihrem Leben entsinnen

und würden durch solche ,,Urerlebnisse" zu Erkenntnissen gelangen. Der überwiegende Teil der Patienten stellte sich dabei unter einem Trauma Einflüsse vor, die man üblicherweise als Kindesmisshandlungen

bezeichnen würde. Beispiele offensichtlicher körperlicher und seelischer Grausamkeiten ihrer Bezugspersonen waren aber in den Berichten unserer Patienten tatsächlich die seltene Ausnahme. Hatten verschiedene Personen gleichartige Einflüsse erlebt, so führten sie keineswegs bei allen zu den gleichen Auswirkungen, wie etwa dauernden Schädigungen.

Wir versuchten solche Zusammenhänge über ein Beispiel zu erläutern: Bekommen zwei Kinder gleichen Alters eine Ohrfeige, so mag ein Kind, welches körperlich gesund in einer liebevollen. geordneten Umgebung aufwächst und bei seinen Lehrern und Mitschülern beliebt ist, diesen Schlag nur als schmerzhaft und unangenehm erleben. Bei einem anderen Kind, in einer instabilen häuslichen Situation, mit Schulproblemen und einer sich im Prodromalstadium befindenden Infektionskrankheit mag ein solcher Schlag ins Gesicht in einer Kette von schädigenden Einflüssen zu einer dauerhaften Störung führen. (Dieses Beispiel ist bewusst klischiert gewählt und sollte nicht zu der irrigen Auflassung verleiten, daß nur solche, üblicherweise als unglücklich erachteten. Verhältnisse zu Schädigungen führen.) Eine erhebliche Anzahl von Patienten konnte gar keine unangenehmen Kindheitserinnerungen vergleichbarer Art reproduzieren. Eine sorglose, gut behütete Kindheit in einer langweiligen Vorstadtsiedlung, in der sich die Mütter um alles kümmern und ein Spielen mit ,,Schmuddelkindern" nicht mehr verboten zu werden braucht, weil dort solche nicht mehr existieren, kann gleichwohl dauerhafte Störungen hervorrufen. Möglicherweise werden sie einfach deshalb nicht ohne weiteres als Störungen erkannt, weil ihre Genese in gängigen Psychologiebüchern nicht dargestellt ist. Patienten, die in einer solchen behüteten Umgebung aufgewachsen sind, tendierten während der Therapie oft dazu, ständig nach besonders fürchterlichen, dramatischen Ereignissen in ihrer Vergangenheit zu suchen, anstatt sich mit den vielen monotonen Stunden und Tagen ihrer Kindheit auseinander zusetzen, die ihr späteres Leben dann entscheidend beeinflusst haben. **Um den Stellenwert bestimmter erinnerter Szenen realistisch einschätzen zu können, muss ein Mensch auch seine damalige Lebensweise, das Klima in dem er aufwuchs, die körperliche Verfassung in der er sich seinerzeit befand, als ein bestimmtes Ereignis geschah, miteinbeziehen. Der Versuch, sich nur an bestimmte, traumatisierende Situationen einer Biographie zu erinnern, wäre über das Leben eines Menschen ähnlich wenig aussagekräftig. wie es die zu Werbezwecken zusammengeklebten Aktionszenen eines Filmes sind, wenn er in einer Programmvorschau angekündigt wird.**

Wenn Patienten während des Erinnerns auf emotional belastete Episoden stießen, so sollten sie sich nicht weiter mit diesen Situationen beschäftigen. Wir fragten

statt dessen nach alltäglichen, harmlosen Eindrücken aus der gleichen Lebens- Spanne. Dies geschah zum einen, weil die Patienten in den Einzelsitzungen die Grundlage des therapeutischen Verfahrens kennen lernen sollten, anstatt mit Hilfe eines Therapeuten belastende Situationen aufzudecken und zu bearbeiten, zum anderen aus der Vorstellung heraus, dass sich der krankheitsbegünstigende Charakter solcher Episoden erst unter Einbeziehung ihres Kontextes erschließt.[29] Obwohl wir versuchten, in den ersten Einzelsitzungen emotional belastende Erinnerungen zu vermeiden, produzierten einige Patienten Bilder, in denen sich unterschwellige Affekte in Form einer Spaltung ausdrückten. Sie sagten dann beispielsweise : ,,Ich sehe mich, wie ich den Gartenweg entlang laufe." Auf genaues Nachfragen gaben sie an, sie sähen sich dabei selbst von außen. Eine Patientin beschrieb, sie sähe die ganze Situation aus einer Perspektive, als ob sie in der Luft schwebe und alles von oben betrachten könne.

Wenn Patienten solche Bilder beschrieben, forderten wir sie auf, den Erinnerungsprozess zu unterbrechen. Wir erklärten ihnen, dass wir eine solche Abspaltung als Ausdruck von Überforderung werten. Es handele sich vermutlich um einen unbeabsichtigt produzierten Artefakt. Selbst bei einer vorsichtigen Herangehensweise des Therapeuten kann nicht immer genau eingeschätzt werden, ob ein Patient durch die in der Sitzung aufzubringende, vielleicht ungewohnte Konzentrationsleistung nicht überfordert wird, und diese Spaltung Ausdruck dieser Überforderung ist. Wir erklärten den Patienten, dass sie, sollten sie sich zu Hause in Erinnerungsbildern so gespalten erleben, die Therapie in dieser Situation sofort abbrechen und sich ausruhen, beziehungsweise mit etwas anderem beschäftigen sollten.

Wenigen Patienten, die von vorne herein in einer sehr schlechten Verfassung zu uns kamen, empfahlen wir, nicht gleich mit der eigentlichen Therapie zu beginnen. Sie sollten statt dessen zunächst nur ihre Körpergefühle registrieren und ihre aktuellen Bedürfnisse feststellen und umsetzen. Überforderten Patienten rieten wir stimulierende Substanzen wie Kaffee und Tee für einige Tage zu meiden und erst einmal auszuschlafen. In Einzelfällen verordneten wir auch für einen begrenzten Zeitraum leichte Beruhigungsmittel. Da es kaum sinnvoll ist, einen gestressten Organismus noch zusätzlich durch traurige Kindheitserinnerungen zu belasten, sollten die Patienten sich erst im notwendigen Maße körperlich stabilisieren.

Damit unterscheidet sich unser Vorgehen in einem entscheidendem Punkt von dem JANOVs, wie er es in seinen ersten Veröffentlichungen zur Primärtherapie darge-

30 Kagan, J., 1984: 110f, zit. n. Zimmer, D.E., 1986: 120f

stellt hat.[31] Da unser Therapieverfahren darauf zielt, die Patienten in den Stand zu versetzen, ihre Therapie selbstständig, in einer normalen, ungeschützten Situation, ohne die Anwesenheit eines Therapeuten

durchzuführen, legten wir großen Wert darauf, unsere Patienten nicht zu destabilisieren. Im Gegensatz zu JANOV rieten wir ihnen auch nicht, jeglichen Konsum von Genussmitteln, Medikamenten oder Drogen sofort einzustellen. Dass Zustände von Volltrunkenheit, sehr starker Sedierung durch Schlaf- oder Beruhigungsmittel usw. ein sinnvolles therapeutisches Vorgehen nach diesem Verfahren ausschließen, bleibt davon unberührt. Insofern war unsere Empfehlung an sehr erregte und teilweise verwirrte Patienten, aufputschende Substanzen zu meiden und bei Erschöpfungszuständen erst einmal zur Ruhe zu kommen. Wenn von solchen destabilisierten Patienten in den Sitzungen belastende Anteile angesprochen wurden, (teilweise stellten die Patienten sich in akuten Krisensituationen bei uns vor) so benutzten wir zudeckende Gesprächsformen, um diese Patienten kurzfristig zu entlasten. Wir halten Anweisungen und Eingriffe von Therapeuten, die geeignet sind, Patienten in für diese nicht überschaubarer Weise zu destabilisieren, nicht nur für überflüssig, sondern auch für gefährlich.[32] Als wir dieses Verfahren den ersten Patienten vermittelten, waren wir nicht ganz sicher, ob nicht der eine oder andere sich zu Hause in eine kritische Lage hineinmanövrieren würde. Deshalb blieben wir jeweils über einen Zeitraum von vier Wochen hinweg für die Patienten Tag und Nacht telefonisch erreichbar. Nicht einer der von uns behandelten Patienten bedurfte einer Krisenintervention in dem Zeitraum, In dem er sich das therapeutische Verfahren aneignete. Bei einer Nachuntersuchung (unveröffentlicht) wurde von keinem Patienten berichtet, dass er durch die Anwendung der Therapie in eine kritische Situation geraten sei, in der er fremder Hilfe bedurft hätte. Am Ende der Sitzung rekapitulierten wir mit dem Patienten das Besprochene und fragten, ob sie sich in der Lage sähen, zu Hause ihre Körpergefühle in der eingeübten Art und Weise zu registrieren und zu beschreiben und in ihrer Erinnerung ‚spazieren zu Gehen". Dies wurde stets bejaht.

31 Janov, A., 1973: 105
32 Rosenberg, W.E., 1987: 11f

IV.2 ZWEITE EINZEISITZUNG (Abwehr)

Zu Beginn der zweiten Sitzung erhoben wir sehr gründliche Anamnesen hinsichtlich körperlicher Beschwerden und zurückliegender Erkrankungen, unter anderem auf der Grundlage eines Schemas von DAHMER.[33] (Etwaige neurologische und psychiatrische Störungen und deren Behandlung waren von uns schon in dem mehrstündigen Vorgespräch erfragt worden, welches vor Beginn der einzelnen Sitzungen stattfand). Daran schloss sich eine gründliche klinische Untersuchung an. Ergaben sich hieraus Hinweise auf eine körperliche Erkrankung, so wiesen wir die Patienten an, sich bei entsprechenden Fachärzten zur weiteren Diagnostik und Therapie vorzustellen. Da die Befragung und Untersuchung mit einem erheblichen Zeitaufwand durchgeführt wurde (etwa zwei Stunden pro Patient) konnten wir eine Reihe körperlicher Zufallsbefunde erheben, die zum Teil auch Rückwirkungen auf die psychische Verfassung der Patienten hatten, oder damit in Wechselwirkung standen. Die Befunde erklärten wir den Patienten

ausführlich und diskutierten beispielsweise, welche Einflüsse eine chronische Hypotonie oder eine Schilddrüsenüberfunktion auf die Grundstimmung eines Menschen haben können.

Ein Patient, bei dem wir eine Beinlängendifferenz nachweisen konnten, welche dann auf Empfehlung eines Orthopäden durch eine einseitige Erhöhung des Schuhabsatzes korrigiert werden konnte, fand allein schon dadurch, dass er seine chronischen Rückenschmerzen verlor, zu einer erheblichen Steigerung des Wohlbefindens. Die Korrektur wurde in der Folge von diesem Patienten such zum Anlass genommen, die aus seiner Beinlängendifferenz resultierenden Probleme beim Schulsport, in der Tanzstunde und zu den sich daraus entwickelnden Pubertätsproblemen aufzuarbeiten.

Nach Abschluss der Untersuchung knüpften wir an den Inhalt der ersten Sitzung an und fragten die Patienten, ob sie sich in der Zwischenzeit an vergangene Situationen erinnert hätten und ob sie versucht hatten. auf ihre Körpergefühle zu achten. Nur sehr wenige von ihnen hatten keinerlei Schwierigkeiten mit dem bewussten Wahrnehmen oder Beschreiben von Körperempfindungen. Die hauptsächlich vorgetragenen Probleme waren von der Art wie: ,,immer wenn ich mit der Therapie anfangen wollte, fiel mir ein. dass ich noch etwas erledigen musste. ,,Immer wenn ich mit der Therapie angefangen habe, bin ich eingeschlafen." Wenn ich versucht habe mich zu erinnern, fing ich fast sofort an nachzugrübeln und dann habe ich keine Bilder mehr gesehen." ,,Wenn ich versucht habe auf Gefühle zu achten, dann wusste ich nicht, wie ich sie beschreiben konnte." ,,Wenn ich versucht habe auf

33 Dahmer, J., 1978: 38f

meine Gefühle zu achten, so habe ich gemerkt, dass mir der Rücken weh tut lind dann habe Ich lieber wieder aufgehört." ,,Mir fallen keine Bilder ein." Wir versuchten dann mit dem Patienten herauszufinden, bei welchem Gefühl er begonnen hatte zu denken, statt sich weiter Erinnerungsbilder anzusehen. Sie sollten sich jetzt in der Sitzung irgendeine der Erinnerungen, die sie dann durch Denken unterbrochen hatten, ins Gedächtnis zurückrufen. Alternativ konnten sie sich die Gelegenheit vergewärtigen, in denen sie ursprünglich die Therapie anwenden wollten, dann aber doch lieber eine andere Tätigkeit ausgeführt hatten. Wir gingen dabei in der nun schon aus der ersten Sitzung bekannten Frageweise vor. Wenn der Patient dann die Situation so präzise und detailliert wie möglich beschrieben hatte, sollte er registrieren, welches Körpergefühl diese Erinnerung begleitet hatte. Die Patienten beschrieben hier meist unangenehme Körpersensationen wie Palpitationen, muskuläre Verspannungen, Engegefühle im Thoraxbereich oder Übelkeit. Genaue Beschreibungen unangenehmer Körpergefühle fielen den Patienten erwartungsgemäß schwerer als beispielsweise die Schilderung der Kleidung, welche sie gerade trugen. Der Grund mag darin liegen, dass unangenehme Sensationen natürlicherweise gemieden werden. Obwohl diese Tatsache

wahrscheinlich jedermann geläufig ist und als Trivialität gelten kann, sind die daraus resultierenden Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen von Bedeutung: Es wird gemeinhin in der wissenschaftlichen Diskussion als gesichert angesehen, dass unangenehme Gefühlszustände, die bewusst wahrgenommen werden, bei einem nichtanästhesierten Individuum zu einem Vermeidungsverhalten führen.[34] Wenn nun also durch Erinnerungen oder Vorstellungen unangenehme Gefühle hervorgerufen werden, so erscheint es sinnvoll, dass Patienten diese Erinnerungen abbrechen, um sich diesen dadurch zu entziehen. Bezüglich der bei uns selbst oder bei unseren Patienten aufgetretenen aversiven Gefühlen, die mit bestimmten Erinnerungen verknüpft waren, können wir nicht entscheiden, ob die dabei von außen registrierbaren Affektäußerungen durch plastische Erinnerung zurückliegender Ereignisse hervorgerufen werden, oder ob es sich dabei um Gefühle handelt, die durch eine aktuelle Bewertung eines zurückliegenden Ereignisses entstehen. Häufig wird im Zusammenhang mit solchen intensiven Erinnerungen von den Patienten der Begriff ,,Wiedererleben" benutzt. Obwohl er dem intensiven, plastischen Eindruck solcher präzisen Erinnerungen am ehesten gerecht zu werden scheint, ist der Ausdruck trotzdem falsch verwandt: Selbst wenn es möglich ist sich an zurück-

34 Hassenstein, B. , 1980: 96

liegende Ereignisse so lebendig zu erinnern, als geschähen sie gerade in diesem Augenblick, so werden sie selbstverständlich doch nur wiedererinnert und nicht wiedererlebt. Wenn ich diesen Umstand hier eigens hervorhebe, dann deshalb, weil bei einigen Patienten gerade an diesem Punkt Unklarheiten bestanden. Sie hatten nämlich nicht selten von sich aus versucht, ganz und gar in ein früheres Ereignis ,,zurückzukehren", in der Annahme, damit ,,richtige" Primärtherapie zu machen. Dabei hatten sie sich bemüht, alle Sinneseindrücke, die ihnen darüber Auskunft hätten geben können, wie und wo sie sich gerade befanden, so gut wie irgend möglich zu ignorleren.[35] Wir halten solches Vorgehen für gefährlich. Falls ein Patient in einem solchen Fall wirklich glauben sollte, er sei das kleine Kind von damals, so würde er in dieser Situation die Realität verkennen und bedürfte dann einer psychiatrischen Krisenintervention.

Generell lässt sich sagen, dass Patienten visuelle Eindrücke bei der von uns empfohlenen Art des Vorgehens mehr oder weniger rasch und mühelos ins Gedächtnis zurückrufen konnten. Weniger leicht gestaltete sich der Versuch, Geräusche und Gerüche zu erinnern. Von den Hautsinnen konnte gemeinhin am leichtesten die Temperatur registriert werden. Eine Aussage zu machen wie: ,,Mich fröstelt es, obwohl ich weiß, dass es sehr warm im Raum ist", (wenn das Frösteln sich z.B. als Reaktion auf ein unangenehmes psychisches Ereignis eingestellt hatte), gelang den Patienten jedoch erst nach einiger Übung.

Wenn unangenehme Gefühle auftraten, so forderten wir die Patienten nicht dazu auf sie auszuhalten, sondern die betreffende Situation soweit ins Gedächtnis zurückzurufen, bis sie erkennen konnten, welche Empfindung sie

dazu veranlasst hatte, die Erinnerung abbrechen zu wollen. Es ging uns also nicht darum, ein Vermeidungsverhalten zu unterbinden, sondern darum, den adaptiven Nutzen dieses Vermeidungsverhaltens für die Patienten verstehbar zu machen.

Fragten wir die Patienten, was ihrer Meinung nach mit ihnen geschehen würde, wenn sie eine solche Situation aushalten müssten, so beschrieben sie stets Angst und körperliche Stressreaktionen. Am schlimmsten war offenbar die Vorstellung, unfreiwillig in einer solchen Situation verharren zu müssen. Einige Patienten wollten sich erst gar nicht vorstellen, was mit ihnen geschehen würde. Schon die bloße Überlegung, was geschehen könnte, müssten sie eine solche Situation länger aushalten, reichte aus, um solche drastischen Einschätzungen wie: ,,Sterben vor Angst, umfallen, verrückt werden" usw. hervorzubringen.

35 Ausführliche Darstellung sich aus solcher Auffassung herleitenden Form von Primärtherapie bei Hemminger, H.J.; Becker, V. , 1986: 73, 173

Wir nahmen dies zum Anlass, den Patienten zu erklären, dass sie im biologischen Sinne unter diesen Umständen sehr klug handelten, wenn sie versuchten, solche belastenden Situationen zu vermeiden oder sie zu einem Zeitpunkt abzuwehren, in dem sie sich noch nicht zu einer solchen Bedrohlichkeit entwickelt hatten. Wir versuchten, an Hand bestimmter klassischer Untersuchungsergebnisse[36] den Patienten zu verdeutlichen, dass sowohl Menschen als auch Tiere, die unfreiwillig in ausweglose Situationen geraten, in denen sie handlungsunfähig sind, zu einer erheblichen Stressreaktion tendieren können. Falls ein solches Ereignis noch dazu plötzlich und unerwartet eintritt und der Organismus des betroffenen Individuums sich nicht rechtzeitig adaptiert, so kann aus diesem Schreck ein Schock mit tödlichem Ausgang hervorgehen.[37] Wir berichteten über einen Versuch, der mit Ratten unternommen wurde: Die Tiere wurden in verschiedenen Versuchsanordnungen mit Stromschlägen traktiert. Im ersten Käfig erhielten die Ratten Stromschläge, ohne dieses Geschehen beeinflussen zu können. In einem zweiten Käfig konnten die Ratten durch Laufen in einem Laufrad das Verabfolgen der Stromschläge verhindern. Bei der dritten Versuchsanordnung konnten solche Ratten, die zuvor gelernt hatten, durch Laufen die Stromschläge zu beeinflussen, nun zwar immer noch im Laufrad laufen; dieses hatte aber keinerlei Auswirkungen mehr auf die Abfolge der elektrischen Reize. Beim Sezieren wurde bei der ersten Gruppe von Tieren Geschwüre von erheblicher Ausdehnung in Magen und Darmtrakt gefunden, während die entsprechenden Ulcerationen bei den Tieren aus dem zweiten und dritten Käfig wesentlich seltener auftraten und geringer ausgeprägt waren. Zudem war in dieser Hinsicht zwischen der zweiten und dritten Gruppe kein Unterschied erkennbar.[38] Die bloße Illusion einer Handlungsfähigkeit scheint schon zu genügen, um diese Stressreaktion zu reduzieren. Von Opfern von Verkehrsunfällen mit tödlichem Ausgang ist bekannt, dass die Verletzungen, die durch die Unfälle selbst herbeigeführt wurden, oft nicht so schwer waren, dass durch sie der Tod der Betroffenen

hätte erklärt werden können. Die Opfer schienen eher am Schreck oder Schock gestorben zu sein. Diese Tatsache war Ärzten schon im siebzehnten Jahrhundert bekannt.[39] Ergänzend dazu erklärten wir den Patienten allgemeinverständlich und so ausführlich wie möglich die physiologischen Grundlagen, die einen Organismus befähigen, sich an bestimmte Anforderungen anzupassen und auf welchem Weg ein Schock entstehen kann, wenn dieses System gestört ist. Wir bemühten uns um Beispiele,

36 Cannon, W.B, 1915 (Neuaufl. 1975: 30f)
37 Kovach, A.G.B. (in Eiff, A.W.v., Hrsg. 1976: 125)
38 Weiss, J.F., 1972: 104, zit. n. Vester, F., 1976: 92ff
39 Stahl, G.E., 1695 (Neuaufl. 1961: 32- 33)

die von den Patienten durch eigene Erfahrungen überprüft werden konnten, um zu erklären, dass psychische und physische Stressoren vom Organismus mit dem gleichen Anpassungssystem beantwortet werden.[40] Den Patienten war aus eigener Erfahrung bekannt, dass sich Puls und Atemfrequenz sowohl bei schnellem Laufen, als auch bei Freude oder bei Erschrecken erhöhen. Wir fragten die Patienten, was ihrer Meinung nach geschehen würde, wenn sie plötzlich und ohne Vorbereitung, wie dies bei Wettkämpfen durch die Zurufe des Starters geschieht, loslaufen müssten. Wer eine solche Situation schon einmal erlebt hatte, sagte: ,,Das Blut versackt einem in die Beine. Man läuft wie mit bleiernen Füßen." Mit diesem Beispiel ließ sich auch anschaulich demonstrieren, dass ein Organismus sich normalerweise schon zu einem Zeitpunkt an eine Leistung adaptiert, zu dem sie erst antizipiert wird.[41,42,43] Als Beispiel dafür, wie ein Organismus auf eine erwartete seelische Belastung vorbereitet wird, beschrieben wir eine typische Filmszene, welche in abgewandelter Form in Kriminalfilmen immer wieder auftaucht: Ein Polizist klingelt an einer Haustür. Eine Frau öffnet und erschrickt ein wenig als sie den Polizisten sieht. Dieser fragt mit ernster Miene: ,,Sind sie Frau Müller?" Die Frau bejaht dies und fragt nun ihrerseits: ,,Ist etwas passiert?" Der Polizist antwortet nicht direkt, sondern fragt erst einmal ob er hereinkommen darf und betritt das Wohnzimmer. Die Frau will nun wissen: ,,Ist etwas passiert, Herr Wachtmeister? Ist etwas mit meinem Mann?" Der Beamte bittet die Frau doch ruhig zu bleiben und erst einmal Platz zu nehmen. Erst dann teilt er ihr mit, dass ihr Mann schwer verunglückt ist. Die Frau beginnt daraufhin heftig zu weinen...

Hätte nun der Polizist der Frau, gleich nachdem sie die Tür geöffnet hatte, ohne Vorbereitung mitgeteilt: ,,Frau Müller, ihr Mann ist schwer verunglückt", dann wäre die Frau vielleicht in Ohnmacht gefallen oder hätte unter Umständen einen Schock erlitten.
Vergleicht man nun die beiden Szenen miteinander, so wird erkennbar, dass die Art der Reaktion auf eine unangenehme Information nicht allein durch den Inhalt der Information selbst sondern auch dadurch bestimmt wird, ob der Empfänger Gelegenheit hatte, sich rechtzeitig darauf einzustellen, eine solche Nachricht aufzunehmen.

,,So erging es einer Dame, die von Regimentsachreiber einen Brief erhielt, dem sie die unerwartete Nachricht von Tod ihres Sohnes

40 Selye, H. , 1974 (1977: 47)
41 Silbernagl, S. Despopoulos, A. 1979: 48, 56, 270
42 Cannon, W.B., ebenda: 150ff
43 Selye, H. , 1977: 39, 41

entnehmen musste. Zutiefst erschüttert und gramgebeugt fiel sie, von plötzlicher Ohnmacht befallen, auf das Bett. Schließlich setzte ein Sch1agfluß ihrem Leben ein Ende. ,,[44]

Diese Illustrationen sollten den Patienten dazu dienen, die Ursache für ihr Abwehrverhalten nicht als psychologisches sondern als physiologisches Problem zu begreifen. Nach unserer Überzeugung dient eine Abwehrreaktion dazu, Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit in ausweglos scheinenden Situationen nicht erleben zu müssen. KLIX bezeichnet eine grundlegende Form der Abwehrreaktion als *hedonalgisches Differential:* ,,(...) es ist die Registrierung einer *Verschiebung* im Lust- Unlust- Erleben. Nach diesen differentiellen Wirkungsprinzips ist es auch nicht die Gewinnung eines neutralen Zustands oder das Behalten eines Zustandes von Lustgefühl schlechthin, auf das hin die Verhaltensregulation ausgelegt ist; es ist vielmehr die Verschiebung der Lagebewertung *in Richtung* zum positiven Pol, zur Erhöhung des Selbstgefühls hin.(...) Die Tendenz hat verhaltensmotivierende Kraft; etwa so, wie es einen zurücktreibt, wenn man über die Steilwand eines Berges einige hundert Meter senkrecht in die Tiefe blickt (..) " [45]

In der Primärtherapie müssen aber solche belastenden Situationen vom Patienten sehr detailliert wieder ins Gedächtnis zurückgerufen werden, damit deren Bedeutung für spätere Entwicklungen überhaupt verstanden werden kann.

Nun hatten die meisten Patienten die Vorstellung JANOVs übernommen, Abwehr sei etwas Schädliches und müsse infolgedessen auf irgend eine Art und Weise gebrochen werden.[46] Die Vertrauensseligkeit, mit der manche Patienten bereit gewesen wären, sich zu therapeutischen Zwecken in Situationen zu begeben, die von den meisten Menschen als inhuman bezeichnet würden, war für uns jedes Mal von Neuem erschreckend. Überhaupt hatten einige Patienten eine Vorstellung von der Primärtherapie, die darin gipfelte, dass sie sich unter der Aufsicht eines Therapeuten in einem schallisolierten Raum schreiend auf dem Boden wälzen müssten, um gesund zu werden. Die positive Funktion der Abwehr, bzw. eines gezielten Vermeidungsverhaltens war von den meisten Patienten kaum bedacht worden. Bisher waren sie davon ausgegangen, durch die Therapie bzw. durch den Therapeuten, der spezielle Techniken verwendet, würde die Abwehr in ihnen ,,gebrochen" und ihre unaufgear-

44 Stahl, G.E. , 1695 a.a.O.
45 Klix, F. , 1983: 111
46 Janov, A. , 1973: ebenda

beiteten Probleme aus der Kindheit würden auftauchen und sie schmerzhaft überschwemmen.

Wenn aber ein Patient von sich aus beschließt, sich eine zurückliegende Situation, in der er hilflos war, zu vergewärtigen, so wird er von diesem Ereignis nicht überrascht, sondern kann sich darauf einstellen, dass er sich jetzt eine ihn belastende Situation ansehen wird. **Der Unterschied zwischen einem plötzlichen Überschwemmtwerden und einem aktiven Zulassen belastender Einsichten lässt sich damit vergleichen, ob jemand an einem heißen Sommertag unerwartet von hinten mit einem Eimer kalten Wassers übergossen wird oder ob die Person sich von sich aus unter eine kalte Dusche stellt. Der gleiche „schockierende“ Anlass wird in der ersten Situation als sehr viel unangenehmer erlebt werden, als in der zweiten.** Außerdem sind die betreffenden Situationen natürlich überlebt worden, sonst könnten sie schließlich nicht wiedererinnert werden. Wenn sich folglich ein Patient, nachmittags zu Hause ruhig auf seinem Sofa liegend, an eine lebensbedrohliche Begebenheit aus seiner Kindheit erinnert, ist er ja in diesem Augenblick nicht in Gefahr. Alles was den Patienten heute ängstigen kann, ist eine Art Phantomschmerz, dessen Bedrohlichkeit lediglich in den mobilisierten Affekten besteht. Aus diesem Grund empfahlen wir den Patienten, in aktuell belasteten Situationen keine Therapie zu machen. Statt dessen sollten sie sich zuerst eine ruhigere Umgebung verschaffen und sich erst dann mit unangenehmen Erinnerungen auseinandersetzen. Wir erklärten unseren Patienten, dass auch wir nicht versuchen würden, ihre Abwehr zu brechen. Wir würden ihr Abwehrverhalten auch nicht durchschauen und so handeln, als wüssten wir als Therapeuten, was sich hinter ihrer Abwehr verbirgt. Viele Patienten hatten nämlich die Vorstellung, ihre Abwehr sei ihnen unbewusst. Die Gründe für Ihre Abwehr lägen in Ihrem Unterbewusstsein verborgen und müssten durch Therapeuten über ihnen noch nicht nähere bekannte Manipulationen ins Bewusstsein geholt werden. Wir erklärten den Patienten, wir könnten allenfalls unsere eigenen psychischen Probleme aufklären und selbstverständlich besäßen wir nicht die Fähigkeit, Ihre Seele zu „röntgen". Wir seien nur in der Lage. ihnen eine Methode zu vermitteln, mit Hilfe derer sie Störungen ihrer persönlichen Entwicklung aufarbeiten könnten.

,,Die mit der Methode der Primärtherapie erhobenen Befunde sind nichts anders als ein biographischer Katalog jener vom Beginn der individuellen Existenz an auftretenden Distressoren, die der Organismus nicht zu neutralisieren vermochte und die verdächtigt werden, zu einem inneren Dauerstressor zu kumulieren, der mit großem Aufwand in Schach gehalten, aber nur unter günstigen Bedingungen spontan oder

durch eine geeignete Therapie aufgelöst werden kann.“ [47]

In diesem Zusammenhang wiesen wir noch einmal darauf hin, dass der Versuch, die Abwehr von außen durch bestimmte Manipulationen zu durchbrechen, nicht ungefährlich ist.[48] Zudem halten wir ein solches Vorgehen für überflüssig, da der Zugang zu solchen Erlebnissen auch auf gewaltfreiem Weg möglich ist. Wir versuchten den Patienten an einem Beispiel zu demonstrieren, wie der Mechanismus verstanden werden könnte, den sie als Unterbewusstsein bezeichneten.

Die meisten Patienten konnten beschreiben, dass bei dem Versuch, sich an bestimmte belastende Situationen zu erinnern, ihr Gedächtnis zu versagen schien oder sie sich immer wieder mit Hilfe verschiedene Möglichkeiten davon ablenkten. Sie benutzten solche Möglichkeiten anscheinend selektiv. An viele Situationen erinnerten sie sich mühelos und sehr lebendig, nur bei bestimmten Episoden hatten sie Probleme mit Ihrem Erinnerungsvermögen.

Im ersten Schritt sollten sich die Patienten nun Klarheit darüber verschaffen, welches unangenehme Gefühl sie vermeiden wollten. Wir beschrieben zur Illustration eine alltägliche Begebenheit: Jemand fährt nachts mit dem Auto durch die Stadt und unterhält sich dabei angeregt mit seinem Beifahrer. Er überquert mehrere Straßenkreuzungen, er stoppt an Ampeln und fährt nach einer Weile weiter. Fragte man nun den Fahrer des Wagens, der die ganze Zeit ins Gespräch vertieft war, ob er wisse, warum er eben angehalten habe und dann nach einer Weile wieder weitergefahren sei, so würde dieser wohl antworten, er habe sein Auto zum Stehen gebracht, weil das Signal der Ampel von gelb nach rot gewechselt habe und sei immer dann weitergefahren, wenn das Signal wieder nach grün wechselte. Fragt man nun weiter nach, wie er es geschafft hat auf die Ampeln und die Bremslichter des vor ihm fahrenden Wagens zu achten, obwohl er doch so engagiert mit Begleiter gesprochen hatte, so wird er vielleicht sagen, dass dies automatisch geschehen sei. Er habe auf den Verkehr geachtet und automatisch bei rotem Ampelsignal gebremst. Solche Reaktionen wurden von den Patienten nicht als unterbewusst bezeichnet. Nun ließ sich der Unterschied zwischen Handlungsabläufen, die kortikal oder sub- kortikal gesteuert werden, erklären. Alle Patienten meinten, Ihnen wäre sofort aufgefallen, wenn die Ampel etwa von grün auf blau geschaltet worden wäre. Dies hätte sie dann auch dazu gebracht, das intensive Gespräch mit ihrem Beifahrer zu unterbrechen. Mit anderen Worten: Sie hatten während der ganzen Zeit des Fahrens den Verkehr sehr wohl genau beobachtet, sich aber nicht bewusst gedanklich damit

47 Görres, A., 1976: 79 in: Eiff, A.W.v., Hrsg.
48 Janov, A.; Holden, E.M., 1977: 17

auseinander gesetzt. Denkt man sich die Verkehrssituation im Zentrum einer

Großstadt, wo große Leuchtreklamen an den Fassaden angebracht sind, so wird der Fahrer eines Wagens auch nur dann anhalten, wenn das Licht der Verkehrsampel von grün nach rot wechselt und nicht etwa, wenn die viel größer dimensionierten Elemente der Reklame ihre Farbe verändern, Der Fahrer eines Wagens reagiert also auch dann noch selektiv auf einen speziellen Reiz, wenn gleichzeitig konkurrierende, größere Reize auf Ihn einwirken. Man hält keineswegs an, ,,weil die Ampel auf rot steht", wie es die Patienten anführten. Ihre Begründung, warum sie nicht bei den sehr viel größeren und helleren Zeichen einer Leuchtreklame anhalten würden, war denn auch: ,,Wenn Ich an der Ampel bei Rot nicht halten würde, dann könnte Ich einen Unfall verursachen." Wir fragten weiter ob sie sich eigentlich jedes Mal, wenn sie das Bremspedal ihres Wagens betätigten, in allen Einzelheiten von neuem realisierten, weshalb sie gerade jetzt bremsten. Natürlich dachten sie im Einzelfall nicht darüber nach, sondern bremsten eben ,,automatisch". Alles andere sei viel zu umständlich und würde sie unter Umständen nur daran hindern, rechtzeitig zu reagieren. Daher ist es auch nicht unsinnig zu sagen: ,,Ich halte an der Ampel, weil sie auf Rot steht." Jedermann weiß natürlich, dass es hier darum geht, einen Unfall zu vermeiden, aber es ist ökonomischer sich ,,Rot = Anhalten" zu merken, als die Konsequenzen des Nichtbeachtens des Haltesignals jedes Mal von Neuem in allen Einzelheiten zu durchdenken. Diese Möglichkeit der kognitiven Vereinfachung (Symbolisierung) ist ubiquitär zu beobachten, neuropsychologisch aber noch keineswegs aufgeklärt.[49]

In ähnlicher Weise versuchten wir den Patienten einen Umstand zu erklären. den diese so beschrieben: ,,Wenn ich mich in bestimmten Situationen immer wieder so verhalte, wie ich das selbst gar nicht möchte, so liegt das an irgend etwas in meinem Unterbewusstsein." Wenn ein Individuum eine unangenehme Situation abwehren möchte, so ist es zweckmäßig. rechtzeitig Signale zu erkennen, die das Wiederauftreten gleichartiger Bedingungen ankündigen, damit die befürchtete Situation umgangen werden kann. Ebenso wie in dem vorgenannten Fall wäre es unökonomisch, sich jedes Mal von neuem an die ursprüngliche bedrohliche Situation, deren Wiederholung es jetzt zu vermelden gilt, in allen Einzelheiten zu erinnern. Wird dieses Abwehrverhalten aber über einen längeren Zeitraum beibehalten und nicht mehr hinterfragt, so kann der eigentliche Anlass in Vergessenheit geraten. Er lässt sich bei Bedarf aber wieder ins Gedächtnis zurückrufen. Wie dazu nach dem pri-

49 Seitelberger, F., (in Lorenz, PC.; Wuketits, F, Hrsg. 1984: 187ff)

märtherapeutischen Verfahren vergegangen werden muss, wurde von uns in der dritten Sitzung vermittelt.

In der zweiten Sitzung beschäftigten wir uns weiter mit der prinzipiellen Funktion von Abwehr und damit, wie dieses Problem theoretisch bearbeitet werden kann, um es auch praktisch zu bewältigen. Dazu war es wichtig, die

Patienten über neurophysiologische Zusammenhänge von scheinbar automatisch ablaufenden Verhaltensweisen aufzuklären. Wir forderten sie auf, auch sehr subtile Veränderungen ihrer Körperempfindungen zu beachten, um nach einer Weile auch solche registrieren zu können, die durch ein gezieltes Abwehrverhalten abgeschwächt oder vermieden werden sollten. **Wenn Patienten ihre Abwehr verstehen wollen, so ist es notwendig, sich solche automatisch und sehr schnell ablaufenden Reaktionen in allen Einzelheiten zu vergegenwärtigen. Dazu muss deren Ablauf notwendigerweise verlangsamt werden. Ein erster Schritt dorthin ist nach unserem Verfahren das subtile Wahrnehmen körperlicher Veränderungen.**

Das heißt nicht, dass sie unangenehme Empfindungen besonders lange aushalten sollten,, sondern es ging darum, die Wahrnehmung der Patienten für das Vorhandensein solcher unangenehmer Gefühle zu schärfen. Hatten wir Raucher unter unseren Patienten, so empfahlen wir ihnen zum Beispiel darauf zu achten, aus welchem körperlichen Empfinden heraus sie eine Zigarette rauchen wollten. Viele Patienten berichteten, sie würden in Stresssituationen mehr rauchen als unter normalen Bedingungen. Diese Patienten sollten das Rauchen nicht sofort einstellen, sondern nur realisieren, bei welchen Gefühlszuständen sie rauchen wollten.

Viele Patienten beschrieben, dass sie ihr eigenes Verhalten in bestimmten Lebenslagen nicht billigen könnten und dafür auch von anderen zu Recht kritisiert würden. Trotzdem verhielten sie sich immer wieder in der gleichen, falschen Art und Weise, ohne wirklich zu verstehen warum. Wir versuchten diese Reaktionen als eine Form sinnvollen Abwehrverhaltens aus dem historischen Kontext heraus begreifbar zu machen, indem wir ein karikierendes Beispiel wählten: Wenn ein Mensch, der durch einen herabfallenden Blumentopf verletzt wurde, seit jenem Ereignis vorsichtshalber mit einem Sturzhelm spazieren ginge, und wenn jener, weil er ein anderes Mal versehentlich in einen nicht abgedeckten Kanalschacht stürzte, sich zur Sicherheit nur noch auf Kurzskiern fortbewegte, so mag das Verhalten dieses Menschen auf seine Umgebung bizarr wirken, ja er mag, wenn er die Anlässe zu diesem Verhalten vergessen hat, auch sich selbst seltsam und lächerlich vorkommen. (Analoge Formen solchen Vermeidungsverhaltens sind auch von Tieren bekannt und wirken bei diesen ebenso merkwürdig wie bei Menschen, wenn der historische Kon-

text, aus dem heraus dieses Verhalten erklärbar wird, nicht mehr zu erkennen ist[50] Ein solcher Mensch befände sich in einer ständigen Zwickmühle: Würde er versuchen ohne Sturzhelm und Kurzski auszugehen, so müsste er ständig mit einem unerklärlichen Angstgefühl zu kämpfen haben, aber er würde nun nicht mehr kritisiert werden. Gibt er weiter seinen Angstgefühlen nach, so bliebe er dem Spott und dem Unverständnis seiner Umgebung ausgeliefert. Schließlich könnte er noch versuchen, den Konflikt dadurch aus der Welt zu schaffen, dass er politisch aktiv würde, um die Ursache seiner Ängste, nämlich ungesicherte Blumentöpfe und Kanalschächte verbieten zu lassen oder sie in einem Maße abzusichern, dass kein Passant

mehr durch sie einen Schaden erleiden könnte. Aber auch diese Form der Auseinandersetzung mit dem Problem würde ihn nicht auf Dauer von dem Grundübel seiner Ängste befreien, z.B. wenn er bei einer Urlaubsreise nach Venedig der völlig ungesicherten Kanäle ansichtig wird.

Solche offensichtlich unsinnigen Versuche, bestimmte Situationen zu vermeiden, werden, wenn Clowns oder Komiker sie darstellen, von jung und alt belacht. Trotzdem unterscheiden sich diese Formen des Problemlösungsverhaltens nicht prinzipiell von weniger auffälligen Formen des Vermeidungsverhaltens, deren Auswirkungen den Alltag von Betroffenen beeinträchtigen. Besonders schlimm scheint dabei zu sein, dass solche Menschen sich selbst ja von innen her anders einschätzen, als sie nach außen hin wirken und sich daher ständig selbst ablehnen, oder aber für verkannt halten müssen.

Man kann dieses Problem an Hand einer Graphik verdeutlichen:

A: Zeitpunkt der Geburt
B: Ziel des ‚biologischen Programms
C/D/E: Störungen des ‚biologischen Programms
F: Gegenwärtiger Zeitpunkt
G: Angestrebter Zustand
H: Erreichter Zustand

Könnte sich ein Mensch unbeeinflusst von traumatisierenden Einflüssen entwickeln, so würde sein Leben etwa analog der Ordinate dieser Graphik verlaufen. Wird er jedoch in einer solchen ,,geraden" Entwicklung gestört, so wird er gleichwohl im Rahmen seiner Möglichkeiten versuchen, solche Einwirkungen zu kompensieren und sich weiter in die angestrebte Richtung zu entwickeln. Er wird also die alterstypischen Entwicklungsschritte nur in einem bestimmten Maße vollziehen können und

50 Lorenz, K., 1968: 105- 109

deshalb in gewisser Hinsicht ein Anderer werden, als er es unter besserem, seinen biologischen Bedürfnisse gemäßen Bedingungen geworden wäre. Auf unserer Graphik erreicht dieser Mensch nach vielen, hier als Stufen ausgedrückten, Abweichungen von seinem ,,psychobiologischen Programm"[51] den Punkt B, der zwar mit dem Punkt A das biologische Alter gemeinsam hat, jedoch ansonsten von diesem abweicht. Diese Abweichung wird subjektiv als Selbstentfremdung und als dauernder Konflikt erlebt. Über das Problem sind viele Bücher geschrieben worden unter anderem auch Alice MILLERs: ,,Das Drama des begabten Kindes"[52], von dessen Titel alleine sich schon viele Menschen verstanden fühlten. Um wieder zu sich selbst zu finden, müssten die betreffenden Formen des Vermeidungsverhaltens korrigiert werden. An

dieser Graphik konnten wir auch aufzeigen, was mit Hilfe der Primärtherapie idealerweise erreicht werden soll. **Das Ziel der Therapie ist es, dass Patienten ein Leben im Hier und Jetzt führen können, ohne ständig durch dysfunktional gewordenes Abwehrverhalten daran gehindert zu sein. Nur Gleiches sollte danach nicht mehr für Dasselbe genommen werden müssen.** Dass Frustrationen, die in der Vergangenheit erlebt wurden, natürlich im Nachhinein nicht wieder gut zu machen sind, sondern dass über solche Verluste nur getrauert werden kann, ist evident. Die Patienten berichteten, dass sie anlässlich bestimmter Geschehnisse entweder immer wieder aufgebracht waren, oder regelmäßig depressiv reagierten. Nun stellen Aggression und Depression immer noch Handlungsformen dar und sind insofern besser als ein Zustand von Hilflosigkeit, was leicht vergessen wird. Kummer oder Arger sind als Antwort auf ein belastendes Ereignis allerdings sehr viel häufiger anzutreffen als eine tiefe Depression oder ein unkontrollierter Wutausbruch. Hilflosigkeit zu realisieren, ist jedoch die einzige Möglichkeit, auf einmal geschehene Verluste realistisch zu reagieren. Es ist möglich, die eigene Hilflosigkeit in aktuellen Situationen bewusst zuzulassen und zu akzeptieren, natürlich kann aber auf diese Art und Weise auch die Hilflosigkeit, mit der eine Person einer früheren Situation gegenüberstand, nachträglich realisiert werden. Aggression und Depression weichen in diesem Falle, nach unserer Erfahrung, meistens einer Betroffenheit, die zwar einerseits als schmerzhaft, anderseits aber auch als Befreiung von dem Zwang, abwehren zu müssen, erlebt wird.

Viele Patienten berichteten, sie hätten besonders dann Schwierigkeiten ihre Empfindungen zu beschreiben, wenn diese unangenehm waren. Sie neigten dann sehr schnell dazu lieber doch in Gedanken abzuschweifen. Wir empfahlen den Patienten

51 Görres, A., a.a.O.: 8O
52 Miller, A., 1979

In solchem Fall, ihre Gefühle laut auszusprechen und einem Gegenüber zu erzählen. Dies begründeten wir folgendermaßen: Fast jeder Mensch kann sich daran erinnern, peinliche Situationen erlebt zu haben. Man kann dies wissen und trotzdem davon unbewegt bleiben. Geht man aber auf die Details der betreffenden Situation ein und macht sie in der Erinnerung lebendig, so wird bei ihr das peinliche Körpergefühl wieder mitauftreten. Die betreffende Person könnte rot werden, beim Erzählen ins Stocken geraten oder verlegen lachen. Da es also möglich scheint, gewissermaßen abstrakt an eine peinliche Situation zu denken und dadurch nicht von der Peinlichkeit berührt zu werden, erinnern sich wahrscheinlich die meisten Menschen deshalb lieber nur abstrakt an solche emotional getönten Episoden. **Denn je detaillierter und deutlicher die Beschreibung ausfällt, um so mehr ist damit auch das gefühlshafte Erleben reaktiviert.** Vegetative Körperreaktionen bedürfen bis zu ihrer Auswirkung einer gewissen Zeit. Beim Erröten müssen beispielsweise vom Zentralen Nervensystem Impulse ausgehen, die eine Erweiterung der

Blutgefäße in der Peripherie bewirken. Erst danach kann von den Thermorezeptoren der Haut eine Temperaturerhöhung gemessen und wieder zum Gehirn zurückgemeldet werden. Auch wenn dieser Vorgang sich nur in Sekunden abspielt, so scheint er doch länger zu dauern als das Denken daran. Mit anderen Worten: Das Nachdenken über Peinlichkelten ist vom Fühlen der Peinlichkeit unterscheidbar. Die Betroffenheit in einer Situation in allen Einzelheiten zu registrieren und nicht abstrakt darüber zu berichten, ist für den primärtherapeutischen Prozess von erheblicher Bedeutung, weil anders die Authentizität des Erlebens nicht erreicht wird. Das an motorische Leistungen gebundene Sprechen ist dazu geeignet, Gedanken und Empfindungen zu synchronisieren. Um die schizoide Komponente des Selbstgespräches zu vermeiden, sollten die Patienten dazu als Gegenüber eine Attrappe wie einen Teddybären oder ähnliches benutzen, da reale Personen wie Freunde, Therapeuten oder der jeweilige Partner schon durch ihre Anwesenheit das Verhalten, die Stimmung und sogar die Inhalte der jeweiligen zu bearbeitenden Thematik eines Patienten beeinflussen, selbst wenn dies ganz und gar nicht beabsichtigt ist. Deshalb scheint uns ein ,, neutraler" Zuhörer geeigneter. Ähnliche Techniken sind aus dem Psychodrama und der Gestalttherapie bekannt.[53] Benutzen Patienten ein Stofftier oder eine Puppe, so können sie sicher sein, dass dieses Gegenüber ein unbegrenztes Maß an ,,Geduld" zeigt, jederzeit verfügbar ist und seinerseits den Patienten in gar keiner Weise beeinflussen wird. Dies erschien uns auch besonders wichtig, weil besonders weibliche Patientinnen häufig beschrieben, dass sie Angst davor hätten alleine zu sein

53 Moreno, J.L., 1973: 99

und deshalb sehr oft ihr Verhalten und ihre Aussagen gezielt auf ihr Gegenüber abstimmten, um nicht in die Gefahr des Alleinseins zu geraten. Diese Patienten konnten nun, wenn sie alleine zu Hause waren, ihrem Teddybär erzählen, wie sie sich jetzt alleine fühlten, seit wann sie das Problem mit dem Alleinsein kannten, welche Konsequenzen es für sie hatte usw. Natürlich lassen sich auch andere Probleme auf diese Art und Weise bearbeiten. Wenn jemand sich schämt. einem Teddybären, der ja letztlich nur eine Attrappe aus Stoff ist, von sich zu erzählen, dann ist die Ursache dafür leichter aufzudecken, als in Gegenwart eines menschlichen Gegenübers. Der Patient kann schließlich nicht wissen, wie sein Gesprächspartner ihn nach einem solchen Geständnis einschätzen wird. Eine psychotherapeutische Sitzung kann sich von daher auch leicht zur Beichtstunde entwickeln, in der der Patient vom Therapeuten die Absolution erwartet.

Diese Technik des lauten Aussprechens erwies sich besonders bei solchen Patienten als hilfreich und wirksam, die eine große Übung darin hatten, sich von ihren Körpergefühlen abzulenken. Manchmal führte dieses Vorgehen allein schon zu einer Verminderung funktioneller Störungen, oder solche Symptome wurden nicht mehr als so bedrohlich und ängstigend erlebt, wenn sie bewusst und absichtlich registriert wurden. Aphoristisch könnte man sagen: Zuvor hatte das Symptom den Patienten, nun hat der Patient ein

Symptom. Erst jetzt wird das Symptom handhabbar und wird einem psychotherapeutischen Prozess zugänglich. Dass das Aussprechen und Benennen von Problemen alleine bereits ein wesentliches therapeutisches Moment darstellt, ist bekannt.[54]

JANOV forderte seine Patienten auf, ihre Bedürfnisse und Gefühle in fiktiver Weise nachträglich an ihre Eltern zu richten;[55] andere Therapiekonzepte streben beispielsweise die Animation von Organen oder inneren Stimmen an (,,Lass Deinen Magen sprechen", ,,Was sagt Dein anderes Ich?"). Wir halten dies für eine fragwürdige Vorgehensweise, da dadurch irreale Elemente eingeführt werden, die den therapeutischen Prozess unnötig komplizieren. **Unsere Patienten sollten, wenn sie ihre Probleme laut aussprechen, formulieren, was es ihnen ausgemacht hatte, dass sie sich bestimmten Personen gegenüber nie wirklich hatten aussprechen können.** Die Patienten sollten z.B. die Gefühle benennen, die sie in bestimmten kritischen Situationen empfunden hatten, wenn sie sich mit Ihren Bedürfnissen ihrer Mutter gegenüber nicht äußern konnten.

Nach unseren Beobachtungen sprechen Patienten mit sich in der zweiten Person,

54 Rosenberg, W.E., a.a.O.: 123f
55 Janov, A., a.a.O.: 79ff

wenn sie sich mit emotional stark belasteten Situationen auseinandersetzen. So kann jemand über ein bestimmtes Ereignis berichten und dabei erzählen: ,,Ich habe dieses entstellte Mädchen gesehen...", und dann fortfahren: ,,Und dann wusste ich: Jetzt musst du stark sein und dir nichts anmerken lassen.". Diese Art der Spaltung ist so alltäglich und häufig geübt, dass deren dahinter liegende Ursache kaum mehr hinterfragt wird. Will man wissen, wen die Menschen eigentlich meinen, wenn sie zu sich sagen: ,,Du musst jetzt stark sein.", so antworten sie: ,,Mich" Da in diesem Fall jedoch zwei Personen auftreten, fragten wir bei den Patienten, um sie auf die Spaltung aufmerksam zu machen nach, wer denn der eine und wer der andere von jenen beiden sei, beziehungsweise wer von diesen beiden jeweils dem anderen gut zuredet. Sie sollten beobachten, ob sich Ihre Körpergefühle ändern würden, wenn sie versuchten, die gleiche Aussage mit ,,ich" statt mit ,,du" zu artikulieren. Probierten sie es aus, so stellten sie jedes Mal fest, dass ihre Betroffenheit stärker wurde, wenn sie gleichen Satz mit ,,Ich" sagten. Mit Hilfe dieser sprachlichen Spaltung scheint es möglich zu sein, gefürchtete Themen in ihrer Wirkung auf die eigene Betroffenheit abzuschwächen. Es wäre aber nicht sinnvoll sich diese Gewohnheit abzutrainieren, da dadurch ein diagnostischer Hinweis darauf verloren ginge, wo unverarbeitete Konflikte zu vermuten sind, mit denen die Patienten, wenn sie selbst es für richtig hielten, sich gezielt auseinandersetzen konnten. Auch weil im Selbstgespräch solche Spaltungstendenzen unbemerkt mit einfließen,

empfahlen wir das Ansprechen einer Attrappe. Die meisten Patienten hatten bestimmte Vorstellungen davon, was sie an Erinnerungsbildern sehen würden. Hatten sie beispielsweise unglückliche Situationen mit ihrem Vater erlebt, so erwarteten sie vielleicht, in ihren Erinnerungen das Gesicht Ihres Vaters zu sehen. Wurden Aspekte einzelner erinnerter Szenen nach solchen Vorstellungen ausgewählt, konnte der erwartete Affekt jedoch häufig nicht mobilisiert werden. Statt dessen lösten aber völlig unbedeutende Elemente solcher Szenen, wie der Anblick eines Tapetenmusters, die erwarteten Affekte oft unvermittelt aus. ROSENBERG hat ein hierfür eindrucksvolles Beispiel beschrieben und die theoretischen Folgerungen aus dieser Beobachtungen ausführlich diskutiert.[56] Um den Patienten den zu Grunde liegenden Mechanismus zu verdeutlichen, forderten wir sie zu einem Experiment auf. Sie sollten sich vorstellen, sie würden ein für sie peinliches Erlebnis, von dem niemand wissen soll, ihrem Vorgesetzten erzählen. Wir wollten aber diesmal nicht, dass sie es aussprachen, sondern beobachteten nur ihr Verhalten, während sie an dieses Ereignis dachten. Regelmäßig schweiften ihre

56 Rosenberg, W.E., a.a.O.: 113- 117

Blicke während des Nachsinnens von uns ab und richteten sich auf einen neutralen Punkt im Raum. Wir fragten die Patienten dann, ob sie wüssten, was sie in dem Augenblick, als sie sich die peinliche Situation vorgestellt hatten, taten. Den meisten war gar nicht bewusst geworden, dass sie ihre Blickrichtung verändert hatten. Sprachen wir sie gezielt darauf an und fragten, was sie gesehen hätten, als sie gerade an diese peinliche Situation dachten, so sagten sie beispielsweise: ,,Ich habe auf eine Stelle an der Wand, etwa dreißig Zentimeter oberhalb des Bildes gesehen. Sie hatten sich in diesem Augenblick einen Punkt gesucht, der nicht geeignet war, sie von ihren Vorstellungen abzulenken. (Genauso verhalten sich Menschen übrigens auch, wenn sie eine kompliziertere Rechenaufgabe im Kopf lösen sollen: Sie wenden sich von demjenigen ab, der Ihnen die Aufgabe gestellt hat und wenden sich ihm erst wieder zu, wenn sie ihm das Rechenergebnis mitteilen, oder aber erklären dass sie die Aufgabe nicht lösen können.)

Wenn nun ein Patient im Alltag durch ein harmloses Tapetenmuster beunruhigt
wird und Sich das nicht erklären kann, so könnte er in einem therapeutischen Prozess aufdecken, wie er In einer bestimmten Situation in d er sein Vater wütend gewesen war und eine bedrückende Atmosphäre geherrscht hatte, statt seinem Vater anzusehen, innerlich verzweifelt auf einen bestimmten Ausschnitt der Wohnzimmerwand gestarrt hatte, die mit einer ähnlich gemusterten Tapete beklebt war wie jene, bei deren Anblick sich noch heute beklemmende Gefühle bei ihm einstellten. Es ist zu vermuten, dass es sich bei solchen Vorgängen um eine Form von Konditionierung handelt.

Ein besonderes Problem stellt sich für Patienten dann, wenn sie zwar in einem bestimmten Augenblick gerne die Therapie anwenden würden, die äußere

Situation dies aber zu diesem Zeitpunkt nicht zulässt. Für diesen Fall entwickelten wir eine Vorgehensweise, die es ermöglicht, die für die Therapie relevanten Aspekte des aktuellen Geschehens gewissermaßen zu konservieren. Sie sollten sich in solchen Augenblicken zunächst ihre physischen Empfindungen bewusst machen, dann kurz die Augen schließen und darauf achten, ob ihnen ein Erinnerungsbild oder der Ausschnitt eines solchen einfallen würde. Dieses Bild sollten sie innerlich kurz beschreiben, um es nicht gleich wieder aus dem Gedächtnis zu verlieren. (Dies wirkt so ähnlich, wie man es von Trauminhalten kennt, die, wenn sie kurz nach dem Erwachen bedacht oder erzählt werden, ins Langzeitgedächtnis übernommen und an die man sich noch nach Jahren erinnern kann, während solche die man nicht bewusst festhalten wollte, nach kurzer Zelt in Vergessenheit geraten.) Wie mit den so gespeicherten Bildern dann später gearbeitet werden kann, wurde den Patienten in

der dritten Sitzung vermittelt.
Am Ende der zweiten Sitzung vereinbarten wir mit den Patienten, dass sie nun mit diesen theoretischen Erklärungen im Hintergrund zu Hause weiter üben sollten, ihre Körpergefühle in alltäglichen Situationen zu beachten, festzustellen und zu beschreiben. Sie sollten sich an beliebige, zurückliegende Situationen erinnern und registrieren, wenn sie bei der Betrachtung eines bestimmten Ausschnitts der Erinnerungsbilder ihre Empfindungen plötzlich änderten. Wenn ihnen nur ein Objekt, oder nur ein Teil davon einfiel, konnten sie versuchen, dessen Umfeld zu erschließen, indem sie die in der ersten Sitzung erlernte Technik anwendeten. Danach sollten sie versuchen, das, woran sie sich erinnerten, zusammen mit den damit verbundenen Gefühlen ihrem ,,Gegenüber" mit allen, auch banalen Einzelheiten ausführlich zu schildern. Schließlich sollten sie bei Anlässen, deren konkrete Bewältigung ihnen Schwierigkeiten bereitete, sich ihr Körpergefühl vergegenwärtigen, dann kurz die Augen schließen und sich das Bild ansehen, welches ihnen spontan einfiel. Wir merkten an, dass es einer gewissen Routine bedarf, bis man sich daran gewöhnt hat, vor seinem inneren Auge Erinnerungen plastisch ins Gedächtnis zurückzurufen und dass es nicht nur vom guten Willen des einzelnen, sondern auch von einem gewissem Übungseffekt abhängt, ob man mit der Methode zurecht kommt. Besonders Patienten, die sich in ihrem Beruf oder in ihrem Studium mit abstrakten Fragestellungen beschäftigten, fiel es nach unseren Beobachtungen viel schwerer, Erinnerungsbilder nicht zu bewerten oder zu analysieren, sondern sie nur konkret zu beschreiben. Diesen Patienten fiel es auch oft schwerer, sich visuelle Erinnerungen wieder ins Gedächtnis zurückzurufen. Forderten wir solche Patienten auf, die Augen zu schließen und anzugeben, ob ihnen etwas einfiele, so sagten sie gern Dinge wie: ,,Ich sehe nichts, aber mir fällt ein, dass ich meine Stromrechnung noch bezahlen muss." Fragten wir sie dann danach wie das betreffende Rechnungsformular aussehe oder woher sie überhaupt wüssten, dass sie die Stromrechnung bezahlen müssten, so sagten sie etwa: ,,Der Briefträger hat die Stromrechnung gestern gebracht. Sie war in einem blauen Umschlag und liegt jetzt auf meinem Schreibtisch in der linken Ecke."

Über diesen Umweg war es damit auch bei diesen Patienten möglich, einen visuellen Eindruck abzurufen. Den Patienten war nur häufig selbst nicht klar, dass ihre abstrakten Gedanken sich sehr leicht bebildern ließen und es eher darauf ankam, ob und wie weit sie bereit waren, diese sowieso vorhandenen Erinnerungsbilder parallel zu ihren Gedankengängen auch bewusst werden zu lassen.

IV.3 DRITTE EINZELSITZUNG (Bilder gehen ineinander über)

Zu Beginn der Sitzung fragten wir die Patienten, wie sie mit den einzelnen Techniken umgegangen waren, welche ihnen Schwierigkeiten bereitet hatten und wo Unklarheiten bestanden. Dann gingen wir jeweils gezielt auf die vorgebrachten Probleme ein und nahmen die Gelegenheit wahr, um daran das gezielte Arbeiten mit Körpergefühlen oder Erinnerungsbildern zu erklären. Sagte ein Patient beispielsweise, er sei noch nicht dazu gekommen, sich ein Stofftier oder etwas ähnliches als Gegenüber zu besorgen, um damit laut zu sprechen und außerdem empfinde er bei der Vorstellung, dies zu tun, ein gewisses Unbehagen, so forderten wir diesen Patienten auf, sein Unbehagen näher zu beschreiben, es ernst zu nehmen und nicht abzutun. Als wir ihn fragten, ob er wisse, was ihm Unbehagen bereite, antwortete er: ,,Wenn ich laut spreche, dann könnte mein Nachbar mich hören und das wäre mir unangenehm." Auf weiteres Nachfragen stellte sich heraus, dass der Patient befürchtete, von seinem Nachbarn für verrückt gehalten zu werden. Als wir wissen wollten, was er sich unter ,,verrückt" vorstelle, meinte er: ,,Verrückt ist, wenn man nicht mehr richtig denken kann und in der Schule ausgelacht wird." Dann erzählte er von seiner kleinen Schwester, die als Kind aus dem Zug gefallen und seitdem geistig behindert war. Das Mädchen war seine Lieblingsschwester. Je weiter sich der Patient an die lange zurückliegenden Ereignisse erinnerte, um so mehr drückte sich in seinem Gesicht eine deutliche Erregung aus. Er selbst sagte dazu:" Ich weiß gar nicht, was mit mir los ist und was das mit dem lauten Reden mit dem Teddybären zu tun hat. Ich weiß gar nicht mehr, wie ich darauf gekommen bin. Ich merke, dass ich mich nicht mehr konzentrieren kann und Kopfschmerzen bekomme." Gemeinsam mit ihm rekapitulierten wir daraufhin die entscheidenden Etappen seines Berichtes, wodurch es ihm möglich wurde, einen Zusammenhang zwischen seiner Angst, für verrückt gehalten zu werden, wenn er mit einem Teddybären sprechen würde und der ihn noch immer erschreckenden Hilflosigkeit gegenüber dem Schicksal seiner Schwester zu erkennen. Nach dieser Sitzung konnte der Patient unbelastet mit einer Attrappe arbeiten.

Eine andere Möglichkeit bestand darin, die Patienten nach den Assoziationen zu fragen, die sich bei ihnen in typischen Auslösesituationen eingestellt hatten. Die Patienten lernten diese jeweiligen Bilder immer im Zusammenhang mit den augenblicklichen Körperempfindungen zu sehen. Es konnte sich immer wieder die gleiche Assoziation einstellen, wenn sie ein bestimmtes Körpergefühl realisierten. Aber sehr viel häufiger assoziierten sie

Verschiedenes zu ein und demselben Gefühl. Die Patienten wollten meist wissen, welchen Zusammenhang das Erinnerungsbild mit dem

aktuellen Gefühl hätte. Wir versuchten ihnen das so zu erklären: Ein bestimmtes
Körperempfinden, das sich z.B. in Gefühlen wie Freude, Hunger oder Trauer ausdrückt, kann in sehr unterschiedlichen Situationen erlebt werden. Man kann dabei z.B. bekleidet oder unbekleidet sein, sich in einem Raum oder im Freien aufhalten, und natürlich kann man, während man ein solches Gefühl verspürt, seinen Blick über verschiedene Gegenstände schweifen zu lassen. Andererseits ist es natürlich auch möglich, seinen Blick auf einem Gegenstand ruhen zu lassen, unabhängig davon ob man dabei traurig, satt oder müde ist. Deswegen ist es notwendig, nicht nur ein solches Bild zu beschreiben, sondern im nächsten Schritt diese Erinnerung auch darauf abzufragen, was man in der erinnerten Situation gefühlt hat. Erst damit ist die räumliche und zeitliche Zuordnung dieser bestimmten Episode und ihre Abgrenzung zu anderen, ähnlichen Vorgängen möglich.

Wenn die Patienten sich ein Erinnerungsbild wieder so genau, wie es eben ging, ins Gedächtnis zurückgerufen hatten, sollten sie denjenigen Eindruck, beziehungsweise das Gefühl nennen, welches ihnen in dieser Situation am bedeutsamsten schien. Wir meinten damit nicht nur dramatische Gefühlsregungen; genauso interessant für die Therapie ist es festzuhalten, ob sie sich in der betreffenden Situation gelangweilt hatten oder vielleicht ruhig und zufrieden gewesen waren. Patienten, die sich in ihrer Kindheit häufig gelangweilt hatten, versuchten nämlich nicht selten, sich an besonders aufregende Szenen zu erinnern, und auch den Ablauf der Therapie dramatisch zu gestalten, anstatt aufzuklären, welche Konsequenzen ihre langweilige Kindheit für ihr späteres Leben hatte. Viele Patienten meinten auch, die Erinnerungen an angenehme, zurückliegende Ereignisse könnten für den therapeutischen Prozess nicht von Bedeutung sein. Dabei wird erst auf dem Hintergrund der vollen Erinnerung an einen sorglosen und unbeschwerten Lebensabschnitt verständlich, welche Dimensionen spätere Verletzungen und Verluste für das subjektive Erleben hatten. Patienten, die die Nachkriegszeit als Flüchtlinge erlebt hatten, konnten sich nie wieder richtig wohlfühlen, weil sie die neue Umgebung als feindselig empfanden. Kehrt ein solcher Patient in seinen Erinnerungen immer wieder zu einem bestimmten Zeitabschnitt zurück, so kann er vielleicht nach einer Weile erkennen, unter welchen Belastungen er jahrzehntelang gelebt hat, und dass er selbst dann nicht mehr in der Lage war sich zu entspannen, als sich im weiteren Verlauf seines Lebens seine äußere Situation längst wieder verbessert hatte.

Das Behandlungsziel der Primärtherapie, das ,,Realwerden“[57] der Patienten, kann nur erreicht werden, wenn Klarheit über die wirklichen Umstände der persönlichen

57 Janov, A., a.a.O.: 138

Lebensgeschichte gewonnen wird.[58] Wir wiesen die Patienten deshalb immer wieder darauf hin, dass es falsch wäre, die Erinnerungen nach bestimmten Vorstellungen, die sie sich über ihr Leben gebildet hatten, zu ordnen und zu erklären. Ein solches Vorgehen mag zwar plausibel sein, es folgt aber einer einem vorgefügten Schema, das echte Erkenntnisse über zurückliegende Ereignisse eher behindert als fördert. Eine solche Verfahrensweise entspräche einem kausalanalytischen Vorgehen, bei dem Zusammenhänge über logische Bezüge hergestellt werden. Bei der Primärtherapie hingegen ist es von entscheidender Bedeutung, da~ die Erinnerungsbilder nicht erklärt werden, sondern dass der Patient in einem geduldigen Prozess so lange solche Bilder sammelt und beschreibt, bis sich deren Bedeutung für sein heutiges Leben spontan durch ein Aha- Erlebnis[59] erschließt. Da die meisten Patienten sich eine Theorie über ihre Kindheit gebildet hatten, fiel es ihnen schwer, diese nicht sogleich als Deutungshilfe für die Erinnerungsbilder heranzuziehen. Besonders solche Patienten, die sich zuvor Therapieverfahren unterzogen hatten denen eine festgefügte Theorie über das Zustandekommen von Traumata in der Kindheit zugrunde liegt,[60] hatten Schwierigkeiten sich von speziellen vorgegebenen Deutungskonzepten wieder zu lösen. Das gleiche galt für solche Patienten die sich mit psychologischer Literatur beschäftigt und daraus Elemente extrahiert hatten, die sich als Erklärung für ihre jeweiligen Probleme eigneten. Am wenigsten Schwierigkeiten hatten die Patienten mit der von uns angebotenen Methode, die weder über eine akademische Ausbildung verfügten, noch sich jemals vorher mit psychologischen Theorien beschäftigt hatten. Nachdem die Patienten das Gefühl beschrieben hatten, fielen ihnen in der Regel ein weiteres Bild ein. Dieses Bild sollten sie dann genauso behandeln wie das vorausgegangene. Darin würde sich dann ein anderes Gefühl als bedeutsam erweisen und diesem würde dann wieder ein Bild folgen und so weiter. Solche Ketten von Gefühlen und Erinnerungsbildern entwickeln sich spontan, wenn man ihnen kein Hindernis entgegensetzt. Wir übten diese Vorgehensweise mit den Patienten sehr ausführlich und so entstanden Assoziationsfolgen, bei denen sich jeweils der Übergang von einem Bild zum nächsten über das Registrieren und Beschreiben des wesentlichsten gefühlsmäßigen Eindruckes des vorangegangenen Erinnerungsbildes gestaltete. Die Patienten begannen den therapeutischen Prozess jeweils indem sie in einer aktuellen Auslösesituation ein Erinnerungsbild assoziierten. Mit dem Erinnerungsbild konnten sie dann sofort in der beschriebenen Art und Weise verfahren;

58 Rosenberg, W.E., a.a.O.: 95, 142ff
59 Bühler, K., 1922 (Neuaufl. 1967: 18)
60 Kritische Übersicht bei Hemminger, H., 1962

sie konnten sich dieses Bild aber auch merken und zu einem späteren Zeitpunkt damit weiterarbeiten.

Hatten die Patienten in einer solchen Situation weder auf ihre Empfindungen geachtet, noch ein Erinnerungsbild registriert, so konnten sie alternativ die betreffende Situation so genau wie möglich rekonstruieren. Wir fragten in diesem Fall die für die Bewertung der Situation unbedeutenden Elemente zuerst ab, um uns danach den bedeutenderen zu nähern, mit dem Ziel herauszufinden, welches Körpergefühl für einen Patienten in jener Situation beherrschend gewesen war. Hatten sie dieses Gefühl registriert und beschrieben, so sollten sie auf das nächste Bild achten, welches ihnen einfiel und dann so fortfahren, wie oben angegeben.

Manche Patienten klagten, dass sie Schwierigkeiten hätten, ,,richtige" Bilder zu sehen. Ihnen fielen zwar bestimmte Szenen oder Ausschnitte solcher Episoden ein, da sie aber zwischen diesen Bildern und der vorausgegangenen realen Situation keinen Zusammenhang herstellen konnten, verwarfen sie diese Bilder als untauglich und warteten statt dessen auf solche, die mit ihren Erwartungen übereinstimmten. Teilweise berichteten sie auch, dass sie für einen ganz kurzen Augenblick ein Bild gesehen hätten und dass sie sicher wüssten, dass in diesem Bild etwas Belastendes enthalten sei, Das Bild sei aber sofort wieder verschwunden, weshalb sie es nicht beschreiben konnten. In einem solchen Fall empfahlen wir den Patienten, dann eben das Bild zu wählen, welches ihnen als nächstes eingefallen war und weniger belastend schien.

Bei diesem Prozess des Erinnerns können sehr frühe oder erst kurz zurückliegende Ereignisse miteinander abwechseln. Für das Verständnis der rezenten Problematik eines Patienten sind sie gleichermaßen wichtig, da es sich dabei um eine kontinuierliche Entwicklung der gleichen Person handelt.

Wir ließen die Patienten die Assoziationsketten so lange fortsetzen, bis sie einen Punkt erreichten, an dem sie durch diese Erinnerungen so betroffen wurden, dass sie sich nicht mehr imstande fühlten, sich weiter darauf einzulassen. Sie konnten dann eine heftige Erregung verspüren, starke Angst entwickeln, oder es konnte geschehen, dass die Bilder sich ganz plötzlich ihrer Erinnerung entzogen. Es hat sich bewährt, sich solche belastenden Anteile dann nicht sofort zu vergegenwärtigen, sondern sich harmloseren Aspekten der betreffenden Lebensphase zuzuwenden. Den Sinn dieses Vorgehens versuchten wir den Patienten wieder an einem Beispiel zu demonstrieren: Wir zeigten ihnen zu diesem Zweck die ganzseitig mit einer Photoreklame bedruckte Seite einer Illustrierten, aus deren Mitte ein Herz herausgeschnitten worden war. Fragten wir die Patienten was sie sähen, so antworteten die

meisten von ihnen: ,,Ein Herz." Tatsächlich aber sahen sie ein Papier vor sich liegen, in dessen Mitte sich ein herzförmiger Ausschnitt befand. Wir fügten

daraufhin das aus dieser Seite herausgeschnittene Teil nahtlos mit der Rückseite nach oben in den passenden Ausschnitt ein und fragten die Patienten, ob sie diese Anordnung akzeptierten. Die Patienten gaben zwar zu, dass die Größenverhältnisse stimmten, waren aber unzufrieden mit der Unstimmigkeit des Musters und wendeten das Papierherz um. Im zweiten Schritt nahmen wir nun das umgebende Blatt weg und baten die Patienten aus der Erinnerung zu rekonstruieren, was darauf abgebildet gewesen war. Keiner der Patienten konnte alle Einzelheiten dessen wiedergeben, was er zuvor auf dem Photo gesehen hatte. Es fiel ihnen offenbar leichter, einen bestimmten fehlenden Ausschnitt eines Bildes zu ergänzen, als umgekehrt von einem solchen Ausschnitt aus, dessen Umgebung zu rekonstruieren. Jeder Leser, der sich mit Puzzles beschäftigt hat, kennt diese Eigenheit solcher Vorgänge. Es ist offensichtlich leichter, zunächst den Rand eines Puzzles zusammenzusetzen und am Schluss einzelne fehlende Teile in der Mitte einzufügen, als mit interessant aussehenden Fragmenten zu beginnen und sich von dort aus dem Rand des Bildes zu nähern.

Mit diesen Beispielen suchten wir zu verdeutlichen, dass es ungeschickt und unzweckmäßig wäre, sich sofort die dramatischen Anteile eines erlebten Geschehens ansehen zu wollen. Sehr viel leichter und direkter zugänglich sei es, sich zuerst mit der ungefährlichen und nicht belastenden Umgebung eines Ereignisses zu beschäftigen und sich von dort aus dem Zentrum zu nähern. Das Ereignis kann gleichzeitig in seinem Kontext erfasst und erst dadurch richtig bewertet werden. Wenn sie also in einer speziellen Situation beispielsweise den Anblick des Gesichtes ihres Vaters nicht ertragen konnten, so sollten sie sich statt dessen die neutralen Anteile des Erinnerungsbildes ansehen. Fiel ihnen auch dieses zu schwer, so war es besser, sich noch weiter in die Peripherie des Bildes begeben oder sich sogar an andere, weniger belastende Situationen der gleichen Zelt zu erinnern. Sie konnten sich beispielsweise ansehen, mit wem sie in dieser Zeit gespielt hatten, wie ihr Schulweg war usw. Wenn sie es sich zutrauten, hatten sie die Möglichkeit, sich von dort aus wieder dem belasteten Erinnerungsbild zu nähern. Auf diese Art und Weise konnten die Patienten selbst bestimmen, inwieweit sie belastende Eindrücke zulassen konnten und wollten. Wenn sie viele unbelastende Einzelheiten aus der Peripherie eines belastenden Geschehens gesammelt hatten, würde es leichter sein, sich die bedrohliche Situation im Zentrum anzusehen, da sie in der Proportion mit den seinerzeit herrschenden Bedingungen gesehen und damit verständlicher und

weniger ängstigend wäre, als wenn sie nur isoliert dastände. Mit dieser Art des Vorgehens hatten die Patienten auch dann die Möglichkeit mit dem gezielten Erinnern von Situationen fortzufahren, wenn sie an den speziellen belastenden Szenen nicht unmittelbar weiter arbeiten konnten.

Schließlich kamen wir am Ende der dritten oder zu Beginn der vierten Einzelsitzung noch auf die Problematik zu sprechen, die generell damit verbunden ist, wenn Menschen sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen. Bei vielen der von uns behandelten Patienten bestand anfänglich

eine Tendenz, die Tatsache zu glorifizieren, dass sie sich in eine Psychotherapie begeben hatten. Aus dieser Sicht meinten einige sogar, jeder Mensch müsse sich einer Therapie unterziehen, um ,,komplett" zu sein. Wir versuchten die Patienten hingegen zu einer nüchterneren Betrachtungsweise gegenüber jedweder Art von Psychotherapie zu ermutigen. Per Definition handelt es sich bei einer medizinischen Therapie um eine Heilbehandlung. Es sind nur wenige medizinische Therapien bekannt, deren Anwendung nicht auch unerwünschte Nebenwirkungen mit sich bringt. Auch Patienten mit einer kritischen Einstellung gegenüber Ärzten tendierten jedoch zu einer überraschend sorglosen Einschätzung der möglichen Folgen, die durch Manipulationen ihrem Seelenleben entstehen könnten. Deswegen erwies es sich immer wieder als notwendig, darauf hinzuweisen, dass jede therapeutische Handlung als ein notwendiges Übel anzusehen ist, das zwar geeignet ist, einen unangenehmen Zustand zu verändern, trotzdem aber immer auch einen Eingriff darstellt, dem sich ein gesunder Mensch nicht unterziehen würde. Sinnbildlich gesprochen ist es schlechter an einer goldenen Krücke zu humpeln, als ohne Stock unbeschwert laufen zu können,

Viele Patienten wunderten sich darüber, dass sie keine Lust verspürten, das hier Gelernte anzuwenden, obwohl die Einzelschritte der Therapie leicht durchzuführen wären. Hatten unsere Patienten anfangs eher befürchtet, sie seien möglicherweise nicht in der Lage, die Therapie zu Hause alleine ohne fremde Hilfe durchzuführen, so stellte sich nun heraus, dass sie sie im Grunde gar nicht anwenden mochten. Sie wollten eigentlich ihre Probleme gleich los sein und sich nicht einem mühsamen und zeitaufwendigen Verfahren unterziehen. Den Patienten, die unter manifesten somatischen Beschwerden zu leiden hatten, fiel die Entscheidung für die Therapie bedeutend leichter, als jenen, die sich nur aus Überzeugung heraus jedes Mal von neuem dazu überreden mussten. (Dieser Aspekt ist besonders bei der Indikationsstellung für die Therapie zu berücksichtigen.)

Dies bedeutet aber auch, dass ein Patient, wenn er die Psychotherapie nicht als Zeitvertreib betrachtet, sich jedes Mal von neuem schmerzhaft vergegenwärtigen

muss, was der Anlass für die Therapie war. Die unangenehme Erkenntnis, unter psychischen Behinderungen und Gefühlsstörungen zu leiden, ist deshalb notwendige Voraussetzung für den Einstieg in den therapeutischen Prozess. Alle Patienten, die eine Therapie bei uns begonnen hatten, sahen ihre Störungen in Ursachen begründet, die von ihnen seinerzeit nicht zu beeinflussen gewesen waren. Dass sie sich jetzt noch freiwillig einer Therapie unterziehen mussten, empfanden sie als Zumutung. Gleichsam als seien sie doppelt bestraft. Die Auseinandersetzung mit diesem Problem lässt sich natürlich umgehen, wenn die Therapie als solche als etwas Positives dargestellt wird.

IV.4 VIERTE EINZELSITZUNG (Wiederholung)

Die vierte Einzelsitzung war dazu vorgesehen, die Inhalte der vorausgegangen Termine zu rekapitulieren und offengebliebene Fragen zu thematisieren. Wir ließen uns wieder berichten, wie die Einzelnen zu Hause gearbeitet hatten und ob sie in der Lage gewesen waren, den Wechsel von Gefühlen und Bildern nachzuvollziehen und anzuwenden. Teilweise waren auch bestimmte Themen der vorausgegangenen Sitzungen aus Zeitgründen nicht erschöpfend behandelt worden und mussten daher noch ergänzt werden. Die Patienten hatten während dieser Sitzung Gelegenheit, die einzelnen Schritte der Therapie zu besprechen und sie im Zusammenhang zu sehen. Schwierigkeiten mit bestimmten Techniken wurden dabei noch einmal analysiert und die einzelnen Schritte sehr umfassend geübt. Am Ende der Sitzung besprachen wir auch individuelle Probleme, die einen Patienten davon abhalten konnten, die Methode überhaupt anzuwenden. So könnte z.B. jemand. dessen Problem es ist, nichts durchhalten zu können und alle Unternehmungen, die er beginnt, vorzeitig abzubrechen, dies auch mit der Therapie tun. Das würde sich aber als besonders problematisch erweisen, wenn er die Therapie gerade aus diesem Grunde begonnen hatte. In einem solchen Fall würde so eine Störung unter Umständen das Bearbeiten eben dieser Störung unmöglich machen. Dieses Problem ist meines Erachtens von uns bisher unbefriedigend gelöst. Wir konnten uns nur darauf beschränken, diesen Sachverhalt eindringlich bewusst zu machen und mit den Patienten ausführlich zu diskutieren, damit sie in betreffenden Fall Situationen in der Lage sein würden, diese Störung zum Gegenstand der Therapie zu machen, anstatt die Therapie daran scheitern zu lassen. Wir beendeten die vierte Sitzung erst, wenn wir uns davon überzeugt hatten, daß einem jeden Patienten alle essentiellen Bestandteile dieses Therapieverfahrens sicher zur Verfügung standen.

IV.5 ERSTE GRUPPENSITZUNG (Entwicklungspsychologische Konzepte)

In der ersten Gruppensitzung, die in der Regel eine Woche nach der letzten Einzelsitzung stattfand, gaben wir den Patienten zunächst Gelegenheit, sich miteinander bekannt zu machen. Manche Patienten nannten nur ihre Vornamen, manche gaben Pseudonyme an, andere wiederum erzählten über sich und die Gründe, warum sie dieses Verfahren erlernen wollten. Wir erklärten dann, wie die Gruppensitzungen ablaufen würden: In der jeweils ersten Hälfte einer Sitzung bestand Gelegenheit, darüber zu berichten, ob die therapeutischen Techniken angewendet worden waren, ob jeder einzelne damit zurecht gekommen war und wo sich Schwierigkeiten ergeben hatten. Im weiteren Verlauf jeder Sitzung sollten den Patienten dann theoretische Grundlagen vermittelt werden, damit sie am Ende des Kurses in der Lage wären, den Stellenwert bestimmter, typischer Schwierigkeiten, die beim Anwenden dieser Therapie auftreten, einzuschätzen und die Probleme selbst angehen zu können. Die Dauer der Sitzungen bestimmte sich aus den Bedürfnissen und Interessen der Teilnehmer heraus; ein festes Ende war nicht

vorgegeben. Wir erklärten, dass für diese Gruppen keine fest vorgeschriebenen Regelungen gibt, durch die von vorneherein festgelegt wird, was darin gesagt werden darf und was nicht. Die Patienten sollten nur die Aussagen der Mitpatienten nicht wertend kommentieren oder beurteilen. Diejenigen, die früher schon an gruppentherapeutischen Veranstaltungen teilgenommen hatten, erlebten dieses Verfahren einerseits als ungewohnt, andererseits aber als beruhigend. Der Hintergrund für diese Regelung, die ich an anderer Stelle[61] erfolgreich erprobt habe, geht von folgender Überlegung aus: **Bei diesem therapeutischen Verfahren macht später jeder der daran Beteiligten seine Therapie selbständig. Der Patient wird also sozusagen zu seinem eigenen Therapeuten**. Der Grund dafür, mehrere Patienten zu gemeinsamen Gruppensitzungen zusammenzufassen, liegt darin, dass es zweckmäßig und für den einzelnen kostengünstiger ist, wenn die notwendigen theoretischen Informationen an mehrere Patienten gleichzeitig vermittelt werden.

Die Teilnehmerzahl von fünf sollte jedoch auch hierbei nicht überschritten werden, da dem einzelnen ausreichend viel Zeit zur Verfügung stehen soll, um Fragen stellen zu können, besondere Probleme zu diskutieren und Bezüge zu seinen, im ersten Teil des Kurses genannten, konkreten Schwierigkeiten bei der Anwendung des Verfahrens herstellen zu können. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass verschiedene Patienten ganz verschiedene

61 Michel, S. 1982: 85- 87

Probleme mit der Therapie beschreiben und die Teilnehmer einer solchen Gruppe so die Gelegenheit erhalten, besondere Hindernisse bei der Anwendung dieser Technik kennen zu lernen, die bei Ihnen selbst bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht aufgetreten waren, die aber im weiteren Verlauf auch bei ihnen eine Rolle spielen konnten.

Viele Patienten hatten zudem übersteigerte Vorstellungen und Erwartungen daran, in welcher Zeit sich bei ihnen die ersten ,,Primals" (s.u.) eingestellt haben müssten. Besonders für diese Teilnehmer, die ihre Anfangsschwierigkeiten mit der Technik dahingehend interpretierten, dass die Therapie für sie zu schwierig sei, ist es von Vorteil, wenn sie während der Gruppensitzungen beobachten können, dass der Umgang mit der Methode auch bei anderen Mitgliedern der Gruppe nicht mühelos und ohne Probleme verläuft. Außerdem ist es für die Patienten günstig. wenn sie sich bestimmte methodische Vorgehensweisen in einer Situation einprägen können, in der sie nicht selbst unmittelbar von einem Problem betroffen sind. Für die meisten Patienten ist es leichter, die Schwierigkeiten, die bei Anwendung einer bestimmten Technik auftreten, dann aufzuklären, wenn sie gerade nicht Erinnerungsbilder vor Augen haben, die für ihre Therapie von Bedeutung sind.

Da jeder Patient seine Therapie für sich allein durchführt, sind weder wertende oder kommentierende Bemerkungen der Gruppenteilnehmer, noch

solche des Therapeuten für den einzelnen Patienten hilfreich. **Denn bei diesem therapeutischen Verfahren werden Patienten mit Hilfe besonderer Techniken dazu in den Stand versetzt, sich so gezielt an biographische Einflüsse zurückzuerinnern, diese mit heutigen Problemen in Beziehung zu setzen und aufzulösen, dass es keiner Fremddeutung mehr bedarf.[62] Welche Ereignisse auf eine Person in welchem Zusammenhang traumatisierend wirken, erschließt sich für diese im Nachhinein und lässt sich nicht vorneweg durch ein theoretisches Konzept erschließen.**

Wir vereinbarten daher mit den Patienten, dass sie nur Fragen stellen sollten, wenn sie Aussagen der anderen Gruppenteilnehmer nicht verstanden hatten. Sie konnten auch ihre persönlichen Erfahrungen dazu mitteilen und damit etwas von sich selbst erzählen. Obwohl diese Vereinbarung auf den ersten Blick den Eindruck vermitteln mag, durch sie werde jedwedes intensive Gespräch unterdrückt, so hat sich doch gezeigt, dass sich gerade weil die Meinungen und Aussagen der Patienten nicht kritisiert oder wertend kommentiert wurden, ein sehr angenehmes, offenes Gruppenklima einstellte. Im Vergleich zu Erfahrungen aus anderen Gruppenthera-

62 Görres, A., 1977: 1210 (in: Die Psychologie des 20.Jahrhunderts Hrsg.)

pien, machten die Patienten hier überraschend ehrliche Aussagen über sich selbst. Teilnehmer, die vorher die Befürchtung geäußert hatten, sie könnten vor anderen Menschen nicht über Ihre Probleme sprechen, erzählten unter diesen Bedingungen sehr persönliche Einzelheiten von Ihren Schwierigkeiten.

Wir wiesen in der ersten Gruppensitzung auch noch einmal mit Nachdruck darauf hin, dass es nicht nötig wäre, die konkreten Inhalte dessen, woran sich die Patienten erinnert hatten, (oder womit sie sich gerade beschäftigten), mitzuteilen. Statt dessen konnte ein Patient sagen: ,,Immer wenn ich mir eine ganz bestimmte Situation aus meiner Kindheit ansehe, bekomme ich starkes Herzklopfen, und dann denke ich ganz schnell, ohne dass ich das selbst will, an etwas anderes. Wenn ich mir das Bild danach noch einmal vornehmen will, klappt es nicht mehr. Wie kann ich mit diesem Problem umgehen?" In einem solchen Fall konnten wir dann die technischen Aspekte dieses Problems aufgreifen, ohne überhaupt über den Inhalt der Erinnerungen sprechen zu müssen, wenn dies von den Patienten nicht gewollt war. Wir respektierten solche Wünsche der Patienten und deuteten sie nicht als Widerstände, die es unbedingt zu überwinden gelte. Falls beispielsweise ein Patient aber andeutete, es sei sein generelles Problem, private Informationen über sich fremden Menschen gegenüber zu äußern und er würde dieses spezielle Problem gerne lösen, so empfahlen wir ihm folgende Vorgehensweise: Der Patient sollte versuchen, sich vorzustellen, was passieren könnte, wenn er persönliche Informationen von sich preisgeben würde. Sagte er dann beispielsweise: ,,Ich fürchte, dann würde ich ausgelacht werden." würden wir die Frage anschließen, ob er sich an eine Situation erinnern könne, in der er schon einmal ausgelacht worden sei. Dies fragten wir von der Überlegung

ausgehend, dass man sich nur vor etwas fürchten kann, was man in irgendeiner Form schon einmal erlebt hat. Der Patient kann also eine alte Erfahrung auf ein zukünftiges Ereignis projizieren. Ob er aber in der neuen Situation tatsächlich wieder ausgelacht werden würde, kann er nicht von vorneherein wissen. Wenn ein Patient beispielsweise angibt, ausgelacht worden zu sein und sich an eine Situation, in der er ausgelacht wurde, genau erinnern kann, so schließen wir als nächste Frage an: ,,Was ist schlimm daran, ausgelacht zu werden?" Die Antwort könnte lauten: ,,Dann bin ich isoliert und habe keine Freunde." Nun ist weiter zu prüfen. was physisch schlimm daran ist, isoliert zu sein und keine Freunde zu haben. Meist wird sich in solchen Fällen nicht an eine einzelne Episode erinnert, sondern vor dem inneren Auge des Patienten taucht ein ganzer Zeitabschnitt, in dem er ohne Freunde war, auf. Um die Relevanz der Erfahrung einschätzen zu können, was es heißt, über einen längeren Zeitraum hinweg isoliert und ohne Freunde

dazustehen, ist es notwendig, sich viele Einzelheiten aus der betreffenden Zeit anzusehen. Dies ist nötig, um ermessen zu können, weichen Einfluss eine solche Situation auf die spätere Entwicklung dieses Menschen genommen hat. So mag jemand, der isoliert war, sich z.B. zum Stubenhocker und Bücherwurm entwickelt haben und trotzdem auch im Erwachsenenalter noch ,,einen Stich verspüren", wenn er eine Gruppe von Jungen auf der Straße Fußball spielen sieht.

Ein Hauptinteresse der Patienten lag darin zu erfahren, worin sich die Primärtherapie theoretisch von anderen Therapieverfahren unterscheidet. Viele von ihnen hatten psychologische Literatur gelesen, bevor sie zu uns kamen und sich mit unterschiedlichen psychologischen Theorien beschäftigt. Dabei hatten sich bei ihnen oft konkrete Vorstellungen darüber gebildet, auf welche Art und Weise bestimmte Ereignisse in ihrer Kindheit Einfluss auf ihre spätere Entwicklung genommen haben müssten. Die meisten dieser Vorstellungen bezogen sich auf die Beziehung zu bestimmten Personen, das hieß z.B., dass die Patienten fanden, ihre Eltern seien zu streng gewesen, sie selbst seien nicht genug geliebt oder gestreichelt worden, etc. Dass auch andere Einflüsse wie Lärm, Kälte, häufige Umzüge, Krankheiten wichtiger Bezugspersonen und vieles andere mehr zu bleibenden Störungen führen können, kam in den Theorien unserer Patienten als Möglichkeit meist nicht vor. Wir diskutierten mit den Patienten die biologische Betrachtungsweise, dass ein lebendiger Organismus sich dann am Besten entwickeln kann, wenn er zur richtigen Zeit und in der richtigen Menge das erhält, was er gerade braucht. Was für ein Individuum zu einem bestimmten Zeitpunkt richtig ist, kann nicht abstrakt bestimmt werden, sondern lässt sich nur über das Realisieren von Körpergefühlen feststellen. Nach dem ethologischen Modell sind es physische Empfindungen, die ein Individuum veranlassen, seine Lage zu verändern und nach der Befriedigung der neuaufgetretenen Unruhe zu trachten. Das jeweilige Ziel formt sich dabei in dem Individuum vermutlich zu einem ,,Suchbild", nach dessen Muster die in Frage kommenden Objekte seiner Umwelt auf ihre Brauchbarkeit hin überprüft werden.[63] Dieses Suchbild

wird bei häufiger Bestätigung fixiert und schließlich von seinem Ursprungsempfinden isoliert, bis es den Charakter einer Gewohnheit annimmt. Solche Gewohnheiten sind erst dann wieder aufzulösen, wenn eine Rückbesinnung auf das Ursprungsempfinden ein

63 Hinde, R.A. , 1966, 1973, 1987: 149, 514

Wiedererkennen des Wesentlichen erlaubt.[64,65] Deshalb ist es möglich, auch zu einem späteren Zeitpunkt Rückschlüsse auf die eigenen Bedürfnisse in jener Situation zu ziehen, wenn man sich an die Empfindungen erinnert, die man zu einer bestimmtem Zeit hatte. Menschen verfügen über die Möglichkeit auf Grund ihres Gefühls entscheiden zu können, ob eine Situation für sie stimmig ist. Dies gilt jedoch nicht für den Typus von Entwicklungen, in denen Kinder in einer bestimmten Phase ihres Heranwachsens gewisse Fertigkeiten nicht zu erlernen brauchten. Ein Kind etwa, welches bis zum Kindergartenalter von seiner Mutter an- und ausgekleidet wird, mag erst zu einem späteren Zeitpunkt darunter leiden, dass es sich nicht selbst anziehen kann; dann nämlich, wenn niemand mehr bereit ist, diese Aufgabe für es zu übernehmen. Die Nachteile von Verwöhnung scheinen nicht unmittelbar zu dem Zeitpunkt, an dem sie stattfindet, wahrgenommen werden zu können, sondern werden erst zu einem späteren Zeitpunkt offenbar. Patienten können zurückliegende Situationen daraufhin überprüfen, was zu einem bestimmten Zeitpunkt schädigenden Einfluss auf Ihre Entwicklung genommen hat. Sie können dabei ihr Empfinden als eine Art Kompass verwenden (s.o.). Die Patienten konnten z.B. über eine bestimmte Situation sagen: ,,Meine Mutter war kalt. Sie hat mich nie geliebt.", was dann im Einzelfall vielleicht bedeuten konnte, dass die Mutter nicht bemerkt hatte, dass ihr Kind ständig unter einer zu dünnen Bettdecke schlafen musste und gefroren hatte; aber auch, dass es zu selten beachtet oder in den Arm genommen worden war, etc. **Im Unterschied zu anderen Therapiemodellen kann in der Primärtherapie allein mit Hilfe der physischen Empfindung über die Bedeutung entschieden werden, die eine bestimmte Erfahrung für ein Individuum zu dem Zeitpunkt ihres Eintretens bekommt. Spätere Bewertungen basieren nicht mehr auf der originalen Empfindung dieser Ursprungserfahrung und geben deren Gehalt folglich nicht mehr in geeigneter Weise wieder. Das betroffene Individuum ist, zumal als Kind, nicht in der Lage, die Summe der Einflüsse, die sein Gefühl präformieren, zu erkennen. Es spürt nur das Gefühl selbst und behält die Erinnerung**

61 Rosenberg, W.E., a.a.O.: 24- 27
65 J. v. Uexküll beschreibt, wie er eine Glaskaraffe auf dem Esstisch übersah, da er nach einen Tonkrug suchte. Er beschreibt diese Erfahrung mit den Begriff des ,,Suchbildes". Das ,,Suchbild" des Kruges stimmte nicht mit dem der Karaffe überein. (zit. n. Hinde ebenda). Die Besinnung auf Uexkülls Bedürfnis nach Wasser eröffnet die Möglichkeit, sich von diesem Suchbild zu lösen und seinen Durst zu löschen.

daran als private Erfahrung bel.[65] Deshalb eignen sich psychologische, philosophische oder weltanschauliche Deutungskonzepte nach unserer Auffassung in keinem Fall dazu, solche ganz persönlichen Erfahrungen in ihrer subjektiven Tragweite adäquat zu erfassen.[67] Schließlich werden in der Primärtherapie die erinnerten Szenen und Sequenzen als reale, erlebte Vorgänge und nicht als symbolische Merkposten aufgefasst.

Die Zuordnung bestimmter, typischer Formen des Erlebens und der Verarbeitung von Umwelteindrücken zu bestimmten Entwicklungsstufen fällt leichter, wenn die Charakteristika solcher Phasen entweder theoretisch bekannt oder zumindest aus der eigenen Erinnerung vertraut sind. Damit sind an dieser Stelle aber nicht entwicklungspsychologische Theoriemodelle gemeint, da diese sich erfahrungsgemäß nicht zur Erinnerung trivialer Details eignen. Sie heben spezielle Aspekte hervor, neben denen die für die Primärtherapie besonders aufschlussreichen sich wiederholenden Alltagserfahrungen eines Kindes nicht hinreichend gewürdigt werden. Nach unserer Vorstellung können nicht nur akzentuierte Erlebnisse seelische Störungen hervorrufen, sondern gerade chronische Belastungen (die unter Umständen, weil nie eine Alternative zu ihnen bestand, gar nicht als solche erkannt werden) sind dazu imstande.

Korrespondierend damit muss die jeweilige biologische Disposition des Individuums gesehen werden (Hirnreifung, vulnerable Phasen), die entscheidend mitbestimmt, wie

66 GÖRRES forderte 1975 (publiziert 1976: a.a.O. 80f) die systematische Eingliederung aller Forschungen über erlebnisreaktive Fehlentwicklungen als Beiträge zur Stressforschung, insbesondere als sie alle auch Theorien von Adaptionssyndromen darstellten. Hierin erfasst GÖRRES auch ,,Die Unsumme von Forschungsbemühungen, die sich der Sache nach mit dem Aufbau innerer Dauerstressoren in der frühen Kindheit beschäftigen, also mit den Stressdispositionen im psychobiologischen Programm'. (...) Der Hinweis auf das *psychobiologische Programm* scheint (mir) wichtig, weil von den in ihn enthaltenen ererbten Voraussetzungen und früh erworbenen Engrammstrukturen vor allem abzuhängen scheint, wie ein Organismus die ihn begegnenden Stimuli und komplexeren Situationen interpretiert, welche Bedeutung er ihnen zuteilt" Doch selbst wenn GÖRRES' wichtiger Forderung entsprochen würde, bliebe immer noch der Umstand, dass mit keiner Theorie und keinem Konzept vorausgesagt werden könnte, welcher Stimulus zu welcher Zeit unter welchen inneren Bedingungen welches Individuum mit welcher Vorgeschichte eine gegebene Erfahrung wie verarbeitet hat. Die Auskunft darüber ist letztendlich nur den Individuum selbst in historischen Nachvollzug möglich.
(S.M.)
67 vergl. Rosenberg, W.E., a.a.O.: 11f

Erlebtes verarbeitet wird. Wir bemühten uns deshalb, unseren Patienten einen Abriss der allgemeinen Entwicklungsbiologie des Kindes' wie sie von HASSENSTEIN[68] dargestellt wurde, nahezubringen um sie mit dem Gedanken vertraut zu machen dass Traumata in der Regel nicht auf ein monokausal fassbares Geschehen zurückgeführt werden können, sondern dass sich solche Störungen am ehesten mit einer systemischen Betrachtungsweise erfassen lassen. JANOV postuliert ein Schema, in dem drei unterschiedliche Entwicklungsstufen, in denen sich Störungen manifestieren können, voneinander abgrenzbar sind, Er unterscheidet eine vorsprachliche, empfindungsgebundene, von einer an Konkretes gebundenen sprachlichen und einer symbolisch abstrakten Sprach- und Denkebene.[69] Störungen, die in der ersten Ebene entstanden sind, können später, in entsprechender Form in den anderen Ebenen repräsentiert sein.

68 Hassenstein, B. , 1973
69 Janov, A.; Holden, E.M., 1977b

IV.6 ZWEITE GRUPPENSITZUNG (Was ist ein Primal?)

Auch zu Beginn dieser Sitzung hatten die Patienten, so wie in allen weiteren, die Gelegenheit technische Fragen im Zusammenhang mit der Selbstanwendung der Therapie zu klären.
Im Anschluss daran gingen wir zu dem theoretischen Thema des Abends über. Was ist ein Primal?

JANOV hat in seinem Buch ,,Der Urschrei[70] eine Beobachtung an einem seiner Patienten beschrieben, den er Danny Wilson nennt und der kurz vorher eine Bühnenvorstellung besucht hatte. bei der der Akteur, auf der Bühne hin und her laufend ungehemmt ,,Mammi" und ,,Pappi" schrie. Dann erbrach er in eine Tüte und forderte die Zuschauer auf, es ihm nachzutun. Diese Aufführung hatte Wilson so stark berührt, dass er in der nächsten Gruppentherapiestunde davon berichtete. JANOV bat Danny, einem Impuls folgend, seinerseits in der Therapiestunde laut nach seinen Eltern zu rufen. Als der Patient sich darauf einließ, geriet er in immer stärkere Erregung, die schließlich im einem lauten Schrei kumulierte. Dieses Ereignis schien irgend etwas Wichtiges in ihm bewirkt zu haben, denn er sagte hinterher: ,,Ich hab's geschafft! Ich weiß nicht was, aber ich kann fühlen"[71,72] Als sich solche Szenen mit anderen Patienten wiederholten, begann JANOV diesem Phänomen nachzugehen.

Nach seiner Ansicht war dem Patienten durch diesen Vorgang der Anschluss an sein verlorengegangenes Gefühlsleben gelungen, was zur Folge hatte, dass sich seine psychischen Störungen besserten. JANOV nennt dieses Zentralphänomen ,,Primal"[73] (im deutschen als ,,Urerlebnis" übersetzt). Aufgrund seiner Beobachtungen entwickelte er die Theorie, psychische Störungen seinen im wesentlichen als Abspaltungen des Gefühls zu verstehen, die auf der Basis frühkindlicher Überlastungen entstanden seien und sich in einer gestörten Gefühlswahrnehmung im Erwachsenenalter

fortsetzten.[74,75,76,77] In einem Primal erlebt der Patient ,,in sinnlicher Gegenwärtigkeit eine qualvolle Kindheitsszene wieder, als ereignete sie sich im gegenwärtigen Augenblick. Der quasi halluzinatorische Charakter bezieht sich auf alle Sinnesbereiche.

70 Janov, A., 1973
71 ders. ebenda: 7
72 ders. 1977a: 82
73 ders. 1973: 98
74 ders. a.a.O.: 14, 16ff, 33ff
75 ders. 1974a: 16ff, 20f, 24, 30, 79ff, 83f
76 ders. 1976a: 178f, 182f
77 ders. 1977b: 174

Mit dem vollen Eintauchen in die Gegenwart des Erlebnisses kommt der Schmerz auf seinen Gipfel und ist bald darauf zu Ende gebracht und überstanden. (...) Der ganze Vorgang wird schließlich, so quälend er ist, als intensive Befreiung erfahren, als sei jeweils ein großer Teil eines gestauten Schmerzes aus dem Organismus abgeflossen.“[78]

Ein wesentliches Essential von einem Primal scheint zu sein, dass Menschen in der Lage sind, sich zurückliegende Ereignisse mit allen Einzelheiten plastisch ins Gedächtnis zurückzurufen. Für unsere Patienten, die dieses besonders plastische Erinnern in den vorausgegangenen Einzelsitzungen und dazwischen zu Hause ausprobieren konnten, war die Tatsache, solches zu vermögen, nun nur noch wenig sensationell. Für PENFIELD[79] , der mit Hilfe elektrischer Stimulationen der Hirnrinde bei Operationen am offenen Gehirn von nicht narkotisierten Patienten ähnliche, sehr intensive Erinnerungsbilder, oft mit den dazugehörigen Gerüchen, Geräuschen, und Gefühlen reproduzieren konnte, war dies sehr beindruckend. NATHAN[80] zitiert ihn folgendermaßen: ,,Die Kranken nannten das Erlebnis ein ‚Zurückblenden in Traum' und verglichen es mit dem Zurückblenden wie es in der Filmtechnik angewandt wird. (...) Während der Reizung konnten die Patienten auf jede gewünschte Einzelheit achten und nachher darüber Auskunft geben. Die wiedererlebten Szenen waren in der Regel visueller Natur, aber die Geruchs- und Geschmacksempfindungen des ursprünglichen Erlebnisses waren ebenfalls vorhanden. Alle affektiven Begleiterscheinungen und die ganze Stimmung des ursprünglichen Vorfalls waren zugegen. Der Patient erlebte das Geschehen genauso wie seinerzeit und schrieb ihm die gleiche Bedeutung zu wie damals. Mit dem Erlebnis war auch dessen damalige Beurteilung gespeichert worden."

Wesentlich für ein Primal scheint bei diesen Erinnerungen nicht nur zu sein, dass man sich in solcher Intensität erinnert, sondern auch mit der Bedeutung abgerufen werden, die sie für den jeweiligen Menschen zu dem damaligen Zeitpunkt hatten. Während aber bei den Versuchen von Penfield die Patienten das Auftreten von Erinnerungen nicht willkürlich beeinflussten, sondern diese

durch elektrische Reizung der Hirnrinde induziert wurden, ist es offenbar auch möglich, sich ohne eine solche Manipulation in gleicher Weise an zurückliegende Situationen erinnern zu

78 Görres, A., a.a.O.: 83f
79 Penfield, W., 1952
80 Nathan, P., 1975: 195ff

können. Dadurch kann man sich gezielt an bestimmte Situationen und Lebensabschnitte erinnern, was bei elektrischer Reizung nicht gelang. Genau so gut kann man aber auch Erinnerungsbilder in sich aufsteigen zu lassen, deren Inhalte nicht vorherbestimmt waren. So wie PENFIELD's Patienten sagen konnten, sie seinen sicher, die Situation, die Ihnen durch Reizung bestimmter Areale der Hirnrinde eingefallen war, schon einmal erlebt zu haben, so fallen Patienten, die sich einer Primärtherapie unterziehen, Situationen plötzlich wieder ein, die sie ,,vollständig' vergessen hatten. Viele Patienten hatten, angeregt durch die Lektüre der Bücher JANOV´s [81,82,83,84,85], die Vorstellung entwickelt, es sei wichtig, in kürzester Zeit Erinnerungen aus der ganz frühen Kindheit, von kurz nach der Geburt oder an den Geburtvorgang selbst zu produzieren. Der hier zugrunde liegende Gedanke lässt sich etwa so skizzieren: Wenn angeblich die meisten Geburten in der westlichen Welt ein Trauma darstellen und dieses Trauma dann quasi den Grundstein für alle späteren Störungen legt, dann ist es sinnvoll, dieses ,,Geburtstrauma' so bald wie möglich wiederzuerleben, um dessen Bedeutung für das spätere Leben erkennen zu können. Dass bleibende seelische Schädigungen auch in späteren Lebensabschnitten entstehen können, wie es aus den schrecklichen Beispielen von Gefolterten bekannt ist, war für viele Patienten nur von nachrangigem Interesse. Wenn also die Theorie vertreten wird, das Geburtsgeschehen selbst sei das eigentliche Trauma und nachfolgende Entwicklungsstörungen ließen sich im Wesentlichen aus diesem Geschehen heraus erklären,'' dann ist es nur konsequent, solche Therapieformen zu fordern, in denen das Wiedererleben der eigenen Geburt zum Inhalt der Therapie wird, so wie es beispielsweise in der Rebirthingtherapie auch angeboten wird. Ob allerdings das Erinnern an bestimmte, auch weit zurückliegende Ereignisse allein einen therapeutischen Effekt hat, darf angezweifelt werden.[87] Für das Zustandekommen eines Primals scheint es darüber hinaus auch nicht ausreichend zu sein, wenn man sich an Episoden, gleich aus welchem Lebensalter, nur intensiv wieder erinnert. So berichteten denn auch viele Patienten, dass sie sich an bestimmte Situationen sehr genau und deutlich erinnern könnten und dass ihnen klar wäre, dass dieses Ereignis in einem Zusammenhang mit ihren heutigen psy-

81 Janov, A., 1973: 86
82 ders. 1974a: 43, 111ff, 130f
83 ders. 1974b: 35ff, 44ff
84 ders. 1976b: 28
85 ders. 1984: 18
86 z.B. Mittelsten- Scheid, D., 1979: 63- 67

67 Hemminger, H., 1982: 118, 177

chischen Reaktionen und Verhaltensweisen stehen müsse. Doch obwohl sie sich die betreffende Situation immer wieder vor Augen geführt und unter Umständen immer wieder Trauer verspürt und geweint hatten, war es in der Folge dennoch zu keiner tiefgreifenden Veränderung ihrer Empfindungen und Reaktionen in der Gegenwart gekommen.

Wesentlich scheint die Tatsache, dass eine Vielzahl längst vergessen geglaubter, bedeutender und unbedeutender Ereignisse im Leben eines Menschen wieder abgerufen werden kann, wenn diese Person sich auf solche Erinnerungen einlassen will. Die Fähigkeit, solche Erinnerungen abrufen zu können, kann trainiert werden. Als Folge dieses Trainings treten intensive Erinnerungen häufig spontan im Alltag auf. Es entspricht einer allgemeinen Erfahrung, dass, ausgelöst durch zufällige Sinnesreize, bestimmte, zurückliegende Episoden in allen Einzelheiten unerwartet aus dem Gedächtnis auftauchen. Der Geruch einer Imbissstube bringt vielleicht die Erinnerung an die Würstchenbude auf einer Dorfkirmes in der Kindheit hervor. Das Quietschen einer rostigen Türangel erinnert an das Schulhoftor. Das Phänomen, dass, ausgelöst durch bestimmte Sinneseindrücke, sich die Stimmung eines Menschen von einer Sekunde zur anderen ändern kann, Ist auch jedermann vertraut. Wenn nun aber diese Stimmungsänderung auf die Erinnerung an ein zurückliegendes Ereignis zurückzuführen ist, etwa durch den Klang einer Melodie ausgelöst wurde, ohne dass sich die davon betroffene Person diesen Vorgang mit der dazu gehörenden Erinnerung bewusst gemacht hat, dann wird diese versuchen, die Stimmungsänderung aus der gegenwärtigen Situation heraus zu interpretieren. Physische Veränderungen, das ist seit dem Versuch von SCHACHTER und SINGER bekannt, werden gewöhnlich nach den zur Verfügung stehenden Interpretationsmustern attributiert.[88] Mit dem oben beschriebenen primärtherapeutischen Verfahren können jedoch die jeweils daran konditionierten Variablen wiedergefunden werden.

88 Schachter, S.J., Singer J.E., 1962: 379- 99

IV.7 DRITTE GRUPPENSITZUNG (Verknüpfung)

Wir sagten, dass die genaue Erinnerung an zurückliegende Situationen in allen Einzelheiten, selbst dann, wenn sie mit den damaligen Gedanken abgerufen wurde, allein nicht ausreichend sei, um zu einem Primal zu führen. In dieser Sitzung war es unser Anliegen zu diskutieren, welche weiteren Elemente hinzutreten müssten, um ein Primal zu vervollständigen. Schon 1974 hatte JANOV beobachtet[89] , dass zum affektiven Wiederdurchleben vergangener Episoden eine Art von Verknüpfung mit gleichsinnigen späteren und aktuellen Vorgängen vollzogen werden musste, damit eine dauerhafte psychophysische Änderung sich einstellte. Später erkannte er diesen Vorgang sogar als Zentralphänomen der Therapie und verlagerte damit den Schwerpunkt vom Emotionalen zum Kognitiven.[90] Etwa gleichzeitig waren wir

selbst zu ähnlichen Erkenntnissen gelangt, die wir unseren Patienten später in folgender Weise nahebrachten.. Im allgemeinen unterziehen Menschen sich deshalb einer psychotherapeutischen Behandlung, weil bei Ihnen in der Gegenwart psychische Probleme auftreten, die sie nicht ohne weiteres bewältigen können. Viele von ihnen sind deshalb bereit, sich mit ihrer Vergangenheit zu beschäftigen, weil sie gehört oder gelesen haben, dass dies die notwendige Voraussetzung für einen Heilungsprozess sei. Nur wenige unserer Patienten brachten diese Erwartung nicht von vorneherein in das erste Beratungsgespräch mit ein. In welcher Beziehung Erinnerungen an Kindheitserlebnisse nun zu Ihren heutigen Problemen zu setzen sind, wussten sie meist nicht zu sagen. Obwohl zweifellos hinreichend viele Erkenntnisse darüber vorliegen, dass beispielsweise das Fehlen einer ständigen Bezugsperson In den ersten Lebensjahren zu erheblichen Beeinträchtigungen führen kann,[91] , so ist im einzelnen doch nicht genau geklärt, welche Schädigungen und Störungen bei einem speziellen Individuum auftreten werden und inwieweit in späteren Lebensabschnitten nicht weitere Einflüsse und Erfahrungen hinzutreten, die von entscheidender Bedeutung für Störungen im Erwachsenenleben eines solchen Menschen sind. Daher erscheint der Versuch, Probleme aus gegenwärtigen Situationen monokausal auf traumatisierende Einflüsse aus der Kindheit zurückführen zu wollen, sicherlich als naiv. Trotzdem hat sich dieses Denken unter Laien verfestigt. So berichtete ein zwanzigjähriger Patient, der in einer umsorgten Atmosphäre aufgewachsen war, dass er von Erzählungen seiner Schwester ganz genau wisse, er sei als kleiner Junge einmal (!) dazu gezwungen worden, nahezu eine halbe Stunde lang auf dem Topf zu

89 Janov, A. , 1974a: 77
90 Janov, A.; Holden, M.E. , l977b: 344, 454f, 459
91 *Bowlby,* J., (1951) 1973: 71
92 Montagu, A. , 1982: 11, 15, 18, 30, 159

sitzen. Er selbst habe keine Erinnerung mehr an diese Szene, aber seine Schwester habe ihm berichtet, er hätte seinerzeit sehr geweint. Daher müsse es sich hierbei wohl um ein traumarisierendes Erlebnis gehandelt haben, das im Zusammenhang mit seiner heutigen Depression gesehen werden müsse.

,,Wir erwarten keine katastrophenartigen ‚Urszenen' aus der Vorgeschichte unserer Patienten, sondern gehen davon aus, dass eine langanhaltende, permanente Belastung die Kompensations- und Integrationsfähigkeit vieler Menschen so weit ausreizen kann, dass danach euch geringfügige Anlässe imstande sind, dramatische Dekompensationen zu erzeugen.“[93] Wegweiser bei der Aufklärung solcher Biographien sind Körpergefühle, über die Beziehungen zwischen bestimmten, äußerlich unter Umständen voneinander sehr verschieden wirkenden Anlässen hergestellt werden können. **Wesentliche Elemente eines Primals sind also: das bewusste Wahrnehmen von Empfindungen in einer aktuellen Situation, das konkret sinnliche Erinnern, die Entdeckung der Beziehung zwischen diesen Faktoren und ihre kognitive Verknüpfung.** Indem ein Patient das Gefühl

aus aktuellen Situationen mit zurückliegenden Ereignissen in Zusammenhang bringt, ist er in der Lage, die aktuelle Situation nun unabhängig von diesen Ereignissen real einzuschätzen. Dieser Vorgang entspricht wahrscheinlich dem, was von LAZARUS Neueinschätzung *(reappraisa1)* genannt wurde.[94] Eine Situation wird mit einer oder mehreren zurückliegenden verglichen. Dabei werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieser Situationen herausgearbeitet, bis daraus ein Erkenntnisgewinn entsteht, aus dem heraus eine Neueinschätzung der aktuellen Situation möglich wird. Eine ähnliche Form des Erkenntnisgewinns wurde von Konrad LORENZ wegen der Blitzartigkeit, in der sie erlebt wird, auch als Fulguratlon bezeichnet.[95] Dabei werden zwei bekannte Informationen so lange mit einander verglichen und zueinander in Beziehung gesetzt, bis daraus ein Informationsgewinn auf einer höheren Ebene erwächst. LORENZ vermutet darin eine Grundform des Denkens, die man hier auch auf unseren Gegenstand beziehen kann,[96]
Dies soll an einem Beispiel illustriert werden: Ein Patient, von Beruf Lehrer, beschrieb, eines seiner größten Problem bestehe darin, dass er sich seinen Schülern gegenüber schwach, hilflos und unterlegen fühle und nicht wisse, wie er sich gegen sie durchsetzen könne. Der Patient war gleichzeitig Karatemeister und hatte bei der

93 Rosenberg, W.E., a.a.O.: 113
94 Lazarus, R.S. , 1966, 1968, zit. n. Birbaumer, N. , 1973: 171
95 Lorenz, K. , (1978) 1982: 35f
96 vergl. Rosenberg, W.E. a.a.O.: 128f

Ausübung seines Sportes keinerlei Mühe sich durchzusetzen. Wir forderten diesen
Patienten auf, das Empfinden zu beschreiben, welches bei der Konfrontation mit seinen Schülern auftrat. Dann sollte er auf Erinnerungsbilder achten, die ihm im Zusammenhang mit diesem Gefühl einfielen. Er erinnerte sich an eine Szene, bei der er von seinen Mitschülern verprügelt und in einen Brennnesselbusch gedrängt worden war. Auf Befragen, was denn das eigentlich Schlimme in dieser Situation gewesen sei, gab der Patient an, das Schlimmste sei gewesen, dass er sich nicht habe wehren dürfen. Auf weiteres Nachfragen fiel ihm ein, wie er von seinem Vater einige Jahre zuvor heftig verprügelt worden war und der Vater ihm angedroht hatte, ihn totzuschlagen, weil er tags zuvor bei einer Prügelei in der Schule den Sohn eines Kollegen des Vaters unbeabsichtigt so verletzt hatte, dass dieser einer ärztlichen Behandlung bedurfte. Nachdem der Patient sich an diese einzelnen Episoden erinnert hatte, ordnete er die Gefühle, die in ihm durch seine Schüler ausgelöst wurden, spontan seinen Kindheitserlebnissen zu. Der Patient erkannte, dass er nicht etwa zu schwach war und sich deshalb nicht wehren konnte, sondern im Gegenteil die Konsequenzen fürchtete, die möglicherweise hätten entstehen können, falls er sich gewehrt hätte. Das Problem, welches Ihn über Jahre hinweg stark belastet hatte, sah er danach in einer ganz anderen Weise. Er fühlte sich nun von den Schülern nicht mehr besonders angegriffen oder schlecht behandelt, wie er es vorher immer

empfunden hatte. Zu einem späteren Zeitpunkt erzählte dieser Patient, dass er das Karatetraining seinerzeit auf Anraten eines Psychotherapeuten hin aufgenommen hatte, um sich nicht mehr ständig als schwach und unterlegen erleben zu müssen.

Ein weiterer Schritt, der dieser Erkenntnis folgte, war die Trauer darüber, welche Auswirkungen die Furcht vor den Schlägen des Vaters auf diesen Patienten hatte. Er war häufig von seinen Mitschülern verprügelt worden, wurde als Feigling beschimpft und später von seinen Schülern ausgelacht. Die Vielzahl von Kränkungen, die er in späteren Jahren deshalb zu erleiden hatte, weil er sich nicht wehren durfte, kann natürlich nicht durch eine Neueinschätzung ausgelöscht werden: solche Geschehnisse sind nur zu betrauern.

In der Regel folgt die Trauer sofort einer solchen Neueinschätzung. Am Ende eines Primals, in dem auch die Trauer über die erlittenen Verluste empfunden wurde, ist ein Patient dann in zukünftigen analogen Situationen auf eine neue Art und Weise handlungs- und erlebensfähig. Was auf der neurophysiologischen Ebene während eines Primais stattfindet, ist nicht bekannt. Bisher gibt es nur einige theoretische

Überlegungen darüber, wie man sich diesen Vorgang erklären könnte.[97] Insbesondere die neuropsychologischen Forschungsarbeiten von GAZZANIGA und LeDOUX[98] über Hemisphärenfunktionen des zentralen Nervensystems, die interessante Analogien zu der Vorstellung kognitiver Verknüpfung enthalten, wurden von uns in diesem Zusammenhang diskutiert. Da die theoretischen Grundlagen an anderer Stelle ausführlich dargestellt wurden,[99] sollen sie hier nur erwähnt, aber nicht weiter ausgeführt werden. Ein wichtiger Anteil eines Primals scheint darin zu bestehen, dass bestimmte Stimmungen und Gefühle zeitlich korrekt in einen bestimmten Kontext zugeordnet werden können. Ein wesentlicher Grund, warum Menschen sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, scheint darin zu liegen, dass sie sich oft wider eigene bessere Einsicht unangemessen verhalten. Wenn eine Person etwa beim Anblick eines kleinen, angeleinten Hundes, der ihm, geführt von seiner Besitzerin, auf dem Gehsteig entgegenkommt, eine plötzliche Aufregung verspürt und so schnell wie möglich auf die andere Straßenseite wechselt und sich dafür auch noch selbst kritisiert, weil sie doch eigentlich vor einem kleinen Hund an der Leine keine Angst zu haben brauchte, dann mag eine solche Einschätzung für die aktuelle Situation durchaus zutreffend sein. Trotzdem hat Irgendetwas in Zusammenhang mit diesem Hund die unerklärliche Angst und Ausweichreaktion hervorgerufen. **Für das Selbstvertrauen der Patienten ist es nun wichtig. sich klar machen zu können, dass sie der Wiederholung einer Situation ausweichen kann, in der sie sich in der Vergangenheit tatsächlich einmal befunden hatten.**[100]

Es mag für die zitierte Person zutreffen, dass sie sich in der Kindheit einmal in einer ausweglosen Situation befand, in der auch ein Hund eine gewisse

Bedeutung spielte. In dem Moment nun, in dem sie sich an ein solches zurückliegendes Ereignis mit allen seinen Konsequenzen wieder erinnert, wird die Aufregung, die sich so prompt und wider bessere Einsicht beim Anblick eines harmlosen Hundes eingestellt hatte, nicht mehr auftreten. Die zeitlich richtige Zuordnung eines bestimmten Geschehens, die bei einem Primal erfolgt, korrigiert das buchstäblich ,,Verrückte" einer Reaktion. Eine andere typische Problematik, welche Patienten häufig schildern, scheint durch Primais ebenfalls zum Verschwinden gebracht werden zu können: Manche Menschen

97 Irefzer, S. ; Gutjahr, L.; List, E.; Hinrichs, H., 1987
98 Gazzaniga, M.S.; LeDoux, J..e., 1983
99 Rosenberg, W.E., a.a.O.: 87- 136
100 Görres, A., 1977 (in: ,,Die Psychologie des 20. Jahrhunderts":1210- 1221)

haben in ihrer Kindheit bestimmte, für eine gesunde psychische Entwicklung notwendige Bedürfnisbefriedigungen nicht erlangt, so dass sich daraus Defizite auf Dauer entwickeln konnten. So mag bei einem Menschen auf Grund entsprechender Erfahrungen in seiner Kindheit der Eindruck entstanden sein. ,,Ich bin immer allein". Vielleicht war er in Wirklichkeit nur für einen kurzen Zeitabschnitt alleine gelassen worden. Trotzdem kann eine solche Person fortan immer wieder den Eindruck haben, im Stich gelassen zu werden. Selbst wenn sich nun ein liebevoller Partner bemühte, diesen Eindruck zu entkräften, so kann doch durch geringfügige Anlässe die alte Wunde wieder aufbrechen und erneut das Empfinden eines Defizits ausgelöst werden. In dem Moment, in dem das Gefühl dem historisch zugrunde liegenden Ereignis zugeordnet werden kann, und auch die Bedeutung dieses Ereignisses für die spätere Entwicklung erkannt ist, kann die gegenwärtige Situation adäquat eingeschätzt werden. Die Möglichkeit, solche Situationen auf Grund eines Primals neu einzuschätzen, wird immer als Erleichterung empfunden. Das Mitschleppen historisch gewachsener Irrtümer oder Vorurteile kann sich im Einzelfall als erhebliche Behinderung erweisen. Das eigentliche, auslösende Geschehen muss aus der Sicht eines Erwachsenen von nicht erkennbar großer Bedeutung gewesen sein. Der Anlass für diese Verluste war manchen Patienten oft in allen Einzelheiten bekannt und erinnerlich, schon bevor sie mit der Therapie begannen. Oft verursachen die daraus resultierenden Verhaltensweisen erheblich größere Folgeschäden als das Ursprunggeschehen selbst. Je länger bestimmte Defizite nicht ausgeglichen werden, desto stärker scheint der Drang zu werden, sich dafür zu entschädigen. Bei dem Versuch, solche störenden oder quälenden Gefühle abzustreifen, können Menschen in einem ganz erheblichen Maß daran gehindert werden, im Hier und Jetzt Erfüllung zu finden. Insofern macht die Auflösung eines solchen Gefühls den Weg dafür frei, die Gegenwart wirklich leben zu können, ohne dabei durch in der Vergangenheit entstandenen Fixierungen und den dadurch verursachten Fehleinschätzungen des Vorfindlichen daran gehindert zu werden. Trauer und der Schmerz umfassen also auch den Kummer über vertane Gelegenheiten im Hier und Jetzt zu leben, die zugunsten der Abwehr antizipierter Verletzungen geopfert werden

mussten. Die Patienten hatten durch ihr Verhalten bestimmte Situationen immer wieder zusätzlich verschlimmert, aus dem einzigen Bemühen heraus, noch Schlimmeres zu verhindern.

IV.8 VIERTE GRUPPENSITZUNG (Psychosomatik)

Da viele der von uns behandelten Patienten unter funktionellen Störungen litten, besprachen wir das Problem der psychophysischen Wechselwirkungen regelmäßig im theoretischen Teil dieser Gruppensitzung. Dazu stellten wir das Stress-Adaptionsmodell von SELYE[101] vor und diskutierten neuere Erkenntnisse über den Zusammenhang endogener Transmitter und psychischer Stimmungslagen. Besonders die Folgerungen aus dem SELYE'schen Stressmodell, nach dem die unspezifischen Anpassungsreaktionen zwar immer den Gesamtorganismus betreffen, aber am frühesten an einem *locus minoris resistentiae* zu Symptomen führen, wurde besonders von denjenigen Patienten erleichtert aufgegriffen, die das Konzept der Organwahl[102] auf sich angewendet hatten und ihre Krankheit als persönlichen Fehler interpretierten. Weil sie dieses theoretische Modell übernommen hatten, sahen sie in einer Psychotherapie den einzigen Weg, um wieder gesund zu werden. Einer Patientin war eingeredet worden, ihre chronische Hypotonie sei darauf zurückzuführen, dass sie nicht arbeiten wolle. Andere Patienten hatten an die Primärtherapie regelrechte Heilserwartungen. So erhoffte sich ein Patient eine deutliche Besserung seiner Kurzsichtigkeit. Ein anderer wollte über eine Psychotherapie wieder mehr Haupthaar erhalten. Solche Vorstellungen basieren auf einer weit verbreiteten magischen, unhinterfragten Auffassung psychophysischer Wechselwirkungen. In dieses Gebiet fallen typischerweise auch Annahmen über die Genese von Stoffwechselkrankheiten und Allergien. Wir warnten unsere Patienten davor, hier durch eine Psychotherapie eine vollständige Heilung ihres Leidens zu erwarten. Beispielhaft sei eine achtzehnjährige Patientin genannt, die uns in einem Vorgespräch erzählte, sie sei von Ihren Eltern immer unterdrückt worden. Sie habe wegen einer Knochenkrankheit (Köhler I) immer Einlagen in den Schuhen tragen müssen und außerdem leide sie unter einer Schilddrüsenunterfunktion und müsse deshalb regelmäßig Tabletten einnehmen. Nach ihrem achtzehnten Geburtstag hatte sie das Schilddrüsenhormon nicht mehr substituiert, weil sie meinte, sie brauche sich von niemand mehr zwingen zu lassen, gegen ihre Überzeugung Tabletten einzunehmen. Aus demselben Grund trug sie seitdem auch nicht mehr ihre „unmodischen" Einlagen. Bei ihr seien alle körperlichen Beschwerden durch psychische Störungen verursacht, das wisse sie genau.

Dieser jungen Frau machten wir schon beim Vorgespräch eindringlich klar, dass das langfristige Ziel der Primärtherapie nicht darin liegen kann, auf die Einnahme

101 Selye, H., 1977: 47ff
102 vergl. Uexküll, T.v., 1970: 55-63, 91, 158

lebendnotwendiger Medikamente zu verzichten, sondern dass ein Ergebnis einer erfolgreich abgelaufenen Therapie in ihrem Fall darin zu sehen sei, die Notwendigkeit der Tabletteneinnahme von Ihren Autoritätsproblemen abzukoppeln. In diesem Sinne informierten wir auch Patienten, die sich einer Behandlung mit antipsychotisch wirksamen Medikamenten unterziehen mussten. Wir konnten deren Hoffnung, dass mit Hilfe der Primärtherapie eine Psychose geheilt werden könne, aus langjähriger Erfahrung nicht bestätigen.

Die dem Optimierungsdrang zugrunde liegende Vorstellung von Gesundheit ist nicht nur illusionär, sondern auch gefährlich, weil sie nur kompletten, intakten und perfekten Menschen ein erfülltes Leben zuzuerkennen vermag. Integraler Bestandteil einer erfolgreich verlaufenden Psychotherapie sollte also sein, dass das Zustandekommen solcher Wertvorstellungen hinterfragt wird, anstatt sie unkritisch zum Therapieziel zu erheben.

Darüber hinaus erörterten wir die soziale Dimension von Gesundheit, die naturgemäß nicht von einem einzelnen Individuum allein beeinflusst wird. Das Problem gesundheitsschädigender Einflüsse, die etwa durch Fluglärm, Verkehrsplanungen oder monotone Hochhaussiedlungen verursacht werden, lassen sich selbstverständlich nicht durch psychotherapeutische Interventionen beeinflussen, sondern nur durch andere strukturelle Maßnahmen. Gleichwohl stehen Menschen auf der Basis ihrer biologisch vorgegebenen Reaktionsmuster verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, sich auf Anforderungen ihrer Umwelt einzustellen. über das gleiche körpereigene System, welches dazu geeignet ist, Schmerzen zu unterdrücken, um Gefahrensituationen überstehen zu können, scheint es andererseits auch möglich zu verhindern, dass in Zelten, in denen keine akute Bedrohung vorliegt, sich die notwendige Phase der Erholung anschließt. Dass bei dann ständig heraufgesetzter Schmerzschwelle ein Zustand von chronischer Erschöpfung und Überarbeitung nicht voll realisiert werden kann, ist evident. Aber erst auf dem Niveau einer auf die normale Schmerzschwelle herabgesenkten Ausgangslage ist es einem Individuum möglich, seine körperliche Ausgangslage realistisch einzuschätzen und sich entsprechend zu verhalten.

Die von VESTER[103] modifizierte Stresskurve SELYEs, in der verschiedene Stressoren sich aufaddieren und sich das Individuum auf einem hohem Leistungsniveau adaptiert, wurde von uns als Modell herangezogen, um die belastenden Dauerwirkungen von traumatisierenden Kindheitserfahrungen in ihrer schädigenden Wirkung auf Körper und Seele von Erwachsenen zu erklären. Der stetige Versuch,

103 Vester, F., 1976: 50

Defizite auszugleichen oder schädigende Einflüsse zu vermeiden, führt demnach zu Dauerstress.

Ein besonderer Aspekt in der Diskussion über Stress ergab sich mit jungen Erwachsenen. Diese hatten mehrheitlich nicht solche realen Traumata erlebt, wie sie von manchen älteren Patienten angegeben wurden. Sie hatten nicht gehungert, nicht unter Entbehrungen gelitten, waren weder geschlagen noch mit Liebesentzug bestraft worden. Trotzdem erlebten sie überdimensionierte Stressreaktionen und schwere depressive Verstimmungen im Umgang mit alltäglichen Anforderungen. Solche oft gut gebildeten Patienten mit einem hohen Anspruchsniveau hatten durch das Lesen psychologischer Literatur gewöhnlich sehr genaue Vorstellungen darüber entwickelt, wie ihre Störungen entstanden und wie sie zu behandeln seien. Besonders für sie war die Information wichtig, dass das, was einen Menschen überfordert und krankmacht, auch davon abhängt, was er solchen Anforderungen in konstitutioneller. geistiger, körperlicher und seelischer Hinsicht entgegenzusetzen hat und dass dabei der jeweilige Trainingszustand miteinbezogen werden muss. Die Arbeit mit diesen Patienten bedingt ein besonderes Vorgehen bzw. einen besonderen Erklärungszusammenhang: Ein untrainierter Mensch kann schon geringe Anforderungen als starke Belastung und als Stressor erleben. Die gleichen Anforderungen würden aber von einer trainierten Person gar nicht als Strapaze interpretiert werden. So kann für einen wochenlang bettlägerigen Menschen schon das Gehen weniger Schritte eine große Anstrengung darstellen. Ein trainierter Läufer mag sich erst in einer Wettkampfsituation in vergleichbarer Weise angestrengt erleben. Menschen, von denen bestimmte Leistungen längere Zeit nicht oder überhaupt nie gefordert wurden und die es dann plötzlich Trainierten gleichtun, überfordern sich von vorne herein. Diese Überforderung wird aber zumeist so interpretiert, dass sie eine Bestätigung dafür darstellt, dass sie persönlich bestimmte Anforderungen nicht erfüllen könnten. Diese Patienten sagten dann etwa: ,,Ich kann nicht arbeiten. Solche Arbeiten könnte ich nie tun." Von der Therapie erhofften sie sich dann auf eine nicht näher beschriebene Art und Weise, dass durch diese ihre Schwierigkeiten aufgehoben werden könnten. So als ob sich etwa allein aus einer neu gewonnenen Einsicht heraus ein Trainingsmangel kompensieren ließe. Solche Vorstellungen werden vor allen Dingen von Personen mit wenig Lebenserfahrung entwickelt. Sie setzen gerne Denken an Stelle von Kenntnis, ohne den entscheidenden Unterschied zu realisieren.
Eine Unterforderung oder gar nicht gefordert worden zu sein stellt kein Trauma in dem Sinne dar, dass etwas erlitten worden wäre. Das Problem der Patienten besteht

gerade darin, dass sie als Erwachsene ihr Leben deshalb nicht bewältigen können, weil sie keine Gelegenheit hatten, bzw. keine Notwendigkeit bestand, sich die dazu notwendigen Fähigkeiten in ihrer Kindheit oder Jugend anzueignen. Dieses Phänomen lässt sich unter Luxusbedingungen auch bei Tieren beobachten.[104] Von diesen Patienten wird oft jede Form von Arbeit mit

Stress gleichgesetzt. ,,Ich muss arbeiten." Dass die erfolgreichen Auseinandersetzungen mit bestimmten Anforderungen dazu führen, einen höheren Grad von Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu erreichen, haben sie nicht erfahren. Ihr Dilemma besteht nun darin, einerseits von ihrer biologischen Entwicklung her bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten bewältigen zu wollen und ein gewisses Maß von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit für sich in Anspruch zu nehmen, andererseits aber keine ausreichende Handlungskompetenz entwickelt zu haben. Dies wird dann aber als Behinderung erlebt. Gestützt auf psychologische Theorien, Wird dann ein frühkindliches Trauma als Erklärung für diese Behinderung herangezogen. In Wirklichkeit ist die Behinderung wohl eher darin zu sehen, dass Menschen, die nicht gelernt haben, sich aktiv tätig mit Ihrer Umgebung auseinanderzusetzen, ähnlich eingeschränkt wirken wie solche, die durch äußere Einflüsse an einer Außenorientierung gehindert wurden. Für solche Patienten sind Informationen hilfreich, die ihnen ermöglichen eine neue Einstellung zu ihren Problemen zu entwickeln. Werden beispielsweise Frustrationen, die bei der Auseinandersetzung mit einer Arbeit oder einem Problem auftreten, als Trainingsmangel akzeptiert und wird dann daraus die Konsequenz gezogen, dass sich bei Fortführen der Aktivitäten das Ergebnis verbessern wird, so eröffnet dies den Patienten einen größeren Handlungsspielraum, Ein Trainingsmangel ist also nicht mit einem Trauma gleichzusetzen. Unterforderung in der Kindheit und Jugend kann aber andererseits zu Irritationen und depressiven Verstimmungen führen, wenn die erworbenen Strategien für eine erfolgreiche Bewältigung nicht an die realen Erfordernisse adaptiert sind. Man mag es angesichts der Trivialität dieser Tatsache kaum für möglich halten, dass jemand von diesen Zusammenhängen nicht weiß. Doch wir hatten junge Patienten mit einer mehrjährigen Karriere in jugendpsychiatrischen Einrichtungen und suizidale Jugendliche zur Therapie, denen diese Informationen alleine aus ihrer Ausweglosigkeit heraus half!

Da gerade von solchen Patienten sehr häufig Sätze mit : ,,Ich muss" oder ,, ich soll" begonnen wurden (ebenso wie dies auch bei Süchtigen zu beobachten ist), wurde dieser Aspekt von uns noch einmal besonders angesprochen. Wenn also jemand

104 Wickler, W. , 1969: 90ff

meinte: ,,Ich muss aufstehen." so fragten wir ihn, ob ihn denn jemand dazu zwinge, oder ob er nicht aus bestimmten Überlegungen heraus zu dieser Zeit aufstehen wolle. Es stellte sich meistens heraus, dass die Patienten nicht gelernt hatten, die Realität anzuerkennen und sich selbst als darin Handelnde zu begreifen. Es ließ sich leicht feststellen, dass bestimmte Tätigkeiten von Ihnen freiwillig und gerne unternommen wurden und dass sie andere Anforderungen demgegenüber als Zwang erlebten. Die Patienten konnten dann aufklären, wie es dazu gekommen war, dass sie zu verschiedenen

Tätigkeiten unterschiedliche Einstellungen entwickelt hatten. So waren sie teilweise in einer angenehmen Atmosphäre dazu angeleitet worden, teilweise hatte man Leistungen von ihnen verlangt, als sie diese noch nicht zu erbringen imstande waren, oder sie hatten sich ohne weiteres an dem Beispiel ihrer Bezugspersonen orientiert und dies im Erwachsenenalter nicht mehr hinterfragt. An dieser Stelle informierten wir die Patienten darüber, wie wichtig es ist. sich auf eine bestimmte Anforderung einzustellen, bevor sie erbracht wird. Es macht auch physiologisch einen Unterschied, ob jemand von der gleichen Tätigkeit sagt: ,,Ich will etwas tun", oder ,,Ich muss etwas tun". Indem ein Mensch eine Handlung ausführen oder ein Problem lösen will, wird er sich sowohl psychisch als auch physisch darauf einstellen. (Beispiel: Startsignal für einen Wettlauf) Für die Patienten, die sich dem Problem gewöhnlich erfolglos von moralischen Überlegungen her genähert hatten, war es überraschend, die physiologische Dimension von Einstellungen erkennen zu können. Die Patienten konnten selbst ausprobieren, ob sich bei derselben Tätigkeit Veränderungen im Erleben ergäben, wenn sie sie mit einer anderen Einstellung ausübten. Eine fünfundzwanzigjährige Patienten berichtete nach einem solchen ,,Selbstversuch", dass sie zum ersten Male in ihrem Leben ihr Zimmer ohne Druck und Zwang habe aufräumen können und sich hinterher wider Erwarten auch noch sehr gut gefühlt habe. Die Diskussion der oben angesprochenen Problematik nahm einen sehr breiten Raum ein und wurde sowohl in den Einzelsitzungen als auch im ersten Teil verschiedener Gruppensitzungen immer wieder aufgegriffen. Insbesondere Im Zusammenhang mit der konkreten Auseinandersetzung mit bestimmten Formen von süchtigem Verhalten spielte sie eine besondere Rolle. Meines Erachtens führt gerade das Nichteinbeziehen dieses Problems in Psychotherapien zu der fatalen Konsequenz, dass Probleme von Patienten chronifizieren und diese sich zu Menschen entwickeln, denen die Fähigkeit gerne Handlungskompetenz zu erwerben, um selbstbewusst und selbstsicher ein eigenständiges Leben führen zu können, auf

Dauer verloren geht.

IV.9 FÜNFTE GRUPPENSITZUNG (Schock und Abwehr)

Der Inhalt der fünften Sitzung ist teilweise als eine Fortsetzung der vorausgegangenen aufzufassen. Wie schon in den Einzelsitzungen angesprochen, scheint eine der schlimmsten Situationen für Lebewesen darin zu bestehen, in einer ausweglosen bedrohlichen Situation handlungsunfähig zu sein. Der Schritt, sich etwa bei einem Hotelbrand dem drohendem Tod durch Verbrennen durch einen Sprung aus dem zehnten Stockwerk zu entziehen, obwohl auch hier der tödliche Ausgang gewiss ist, stellt den Versuch dar, einer ausweglosen Situation durch eine Handlung zu begegnen. ,,Aus Berichten von Kampfpiloten geht hervor, dass solch ein Angstzustand

aversiver erlebt wird als die unmittelbare Furcht. So kam es zu Bruchlandungen, weil die Piloten die Angst vor den bevorstehenden Aufgaben nicht länger ertragen konnten."[105] Wenn in einer Situation keine Lösungsmöglichkeiten durch Handlungen gefunden werden können, also eine Flucht real nicht möglich Ist, so kann man sich einer solchen Situation noch durch Vorstellungen oder Einbildungen entziehen. Dieses Verhalten erweist sich insbesondere dann als sinnvoll, wenn die volle Einsicht über die Ausweglosigkeit einer Situation einen Schock herbeiführen könnte. ,,Jede Aktion, sei sie noch so unpassend, ist besser und weniger aversiv als ein hohes ungerichtetes Aktivierungsniveau. Dies erklärt auch, warum angstmotivierte Leute leicht durch einen Führer oder eine Gruppe zu einer Aktion überredet und hingerissen werden, die sie normalerweise nicht einmal in Betracht gezogen hätten. Dies erklärt auch die Entwicklung des Aberglaubens, der Magie und des Rituals in Stresssituationen, in denen keine geeigneten Handlungsalternativen vorhanden sind"[106]

Manche Patienten hatten, angeregt durch die Lektüre der Bücher Janovs und durch Erfahrungen in Therapiezentren, bestimmte Vorstellungen darüber gebildet
wie vorgegangen werden müsse, um zu tiefer liegenden Selbsterkenntnissen zu
gelangen. Im Prinzip handelt es sich dabei um Methoden wie Schlafentzug, Reizentzug und ähnliches, die in anderen Zusammenhängen als psychische Folter
oder Gehirnwäsche beschrieben werden. Patienten, die sich mit solchen Methoden,
oder auch durch Hyperventilation in Grenzzustände gebracht hatten, berichteten
bisweilen über erstaunliche Erlebnisse. (z.B. wie sie sich als Spermatozoon auf dem

105 Bond, D.D., 1952, zit. nach Birbaumer, N. 1973: 217
106 Epstein, S., in: Birbaumer, N.; Hrsg. 1973: 217

Weg in den Uterus ihrer Mutter erlebt hätten) Diese intensiven Vorstellungsbilder wurden regelmäßig mit tiefer Überzeugung und Gewissheit vorgetragen. Vorsichtig geäußerter Zweifel wurde aggressiv abgewehrt und als Unglauben oder Blindheit (,,Ihr seid noch nicht so weit") abgetan. Andererseits hatte sich aber keine dauerhafte Veränderung ihrer ursprünglichen Beschwerden eingestellt.

Aus einer Vielzahl von Beobachtungen ist bekannt, dass in extrem stressbelasteten Situationen neben ACTH und Kathecholaminen auch Endomorphine aktiviert werden,[107] die neben ihrer Eigenschaft das Schmerzerleben zu verändern, auch eine psychotrope Wirkkomponente besitzen, die unter Umständen eine illusionäre Verkennung der Wirklichkeit begünstigen kann. Ein wesentlicher Faktor hiervon ist die Betäubung.

Durch Betäubung kann man sich subjektiv einem Erlebnis entziehen, wenn die reale Situation keine Handlung mehr zulässt. Ein betäubter Mensch spürt auch keine Schmerzen mehr. Wird diese Möglichkeit, sich einer unangenehmen Situation quasi durch ,,Nichtfühlen" zu entziehen, integriert, so liegt es nahe, sich von vorne herein rechtzeitig, bevor der Schmerz auftritt, zu betäuben. Dies hätte den Effekt, dass ausweglose Situationen nicht mehr gefühlt werden müssen. Andererseits ist dann aber such kein Anlass mehr gegeben zu überprüfen, ob zu einem anderen Zeitpunkt, in einer analogen Situation, nicht doch erfolgreiche Handlungsstrategien entwickelt werden könnten.

Die dafür nötige Betäubung kann, wie man heute weiß, nicht nur durch exogen zugeführte Betäubungsmittel, sondern auch, bei entsprechender Stimulation, durch körpereigene Substanzen hervorgerufen werden. Für das angestrebte Ziel ergibt dies jedoch keinen prinzipiellen Unterschied.

Patienten, die versucht hatten, unter Einwirkung bestimmter rauscherzeugender oder bewusstseinverändernder Drogen Primärtherapie anzuwenden, konnten teilweise über sehr klare und deutliche Erinnerungen bestimmter Episoden berichten. Sie konnten auch angeben, dass sie wussten, dass diese Erinnerungen von besonderer Bedeutung für sie wären; trotzdem waren sie später in nüchternem Zustand nicht mehr in der Lage, die Bedeutung bestimmter Erinnerungen in Zusammenhang mit ihrer heutigen Situation zu bringen. Die Patienten berichteten uns von solchen Erfahrungen nach dem Konsum von Alkohol oder Haschisch. GROF[108] versuchte durch den Gebrauch von LSD bei seinen Patienten Erinnerungen hervorzurufen, die dann zu einem späteren Zeitpunkt therapeutisch genutzt werden sollten. Die

107 Tricklebank, M.B.; Curzon, G. (Hrsg.), 1984
108 Grof, S.. 1985

Problematik so gewonnener Eindrücke scheint darin zu liegen, dass die gewonnenen Einsichten nicht verknüpft werden können. Das Phänomen, dass sich Stimmungs- und Gefühlslage von Menschen unter Alkoholeinwirkung meist beträchtlich vom nüchternen Zustand unterscheiden, ist bekannt. Die unterschiedliche Wirkung des Alkohols auf die Großhirnhemisphären, kann möglicherweise als Interpretationshilfe für dieses Phänomen herangezogen werden.[109] Durch den Einfluss von Substanzen, die in den Stoffwechsel des zentralen Nervensystems eingreifen, scheinen Barrieren, die Menschen im nüchternen Zustand daran hindern würden, sich bestimmte Erinnerungen oder Verhaltensweisen zu gestatten, abgebaut oder in Ihrer Wirksamkeit so beeinflusst zu werden, dass diese Erinnerungen oder Verhaltensweisen nun doch zugelassen werden.

Werden solche Barrieren durch chemische oder auch mechanische Einflüsse wie etwa bei der Bioenergetik- Therapie[110] unter Umgehung der Abwehr zufällig hervorgebracht, so können sie zwar heftige emotionale Reaktionen hervorrufen; die daraus gewonnenen Einsichten können aber nach unserem

Eindruck nicht regelmäßig mit der normalen auslösenden Alltagssituation in Verbindung gebracht werden. Wenn Patienten berichten, sie seien nur mit Hilfe bestimmter Drogen oder Pharmaka in der Lage, die für die Therapie nötige Entspannung und Besinnung zu erreichen, dann ist es falsch, solche Drogen zu benutzen, da dadurch dieses Problem nie gelöst würde. Richtig ist es, hier zuallererst zu fragen, wie diese Unfähigkeit zur Entspannung beim einzelnen Patienten entstanden ist; das heißt also, die Therapiemethode auf dieses Problem anzuwenden. **Sich mit Hilfe bestimmter Drogen oder anderer Tricks einen Einstieg in die Selbstfindung zu verschaffen, anstatt sich zunächst das augenblickliche Empfinden bewusst zu vergegenwärtigen, ist ein systematischer Fehler, der sich in der Therapie immer wieder leicht einschleichen kann.** Ein solches Vorgehen ist zwar möglich und führt auch zu Erkenntnissen, die aber letztlich nicht Ihre positive Wirkung im Alltag entfalten können, weil sie die Realität des Individuums nicht berücksichtigen.

Für die Patienten ist es nützlich und hilfreich zu hinterfragen, wodurch sie in ihrem Alltag daran gehindert werden, so gelöst und entspannt zu sein, wie es nötig wäre, um sich ohne Hilfsmittel erinnern zu können. Ein Zugang hierzu fand sich, wenn die Patienten beschrieben, unter welchen Umständen sie daran gedacht hatten, Drogen zu nehmen oder sich bewährter Verhaltenstricks zu bedienen. Sie sollten sich vor allem klar machen, welches Gefühl sie dazu veranlasste. Mit diesem

109 Chandler, B.C.; Parsons, O.A., 1977: 381- 389, zit. nach Blakeslee, T.R., 1982: 38
110 Lowen, A., 1988

Gefühl als Leitfaden konnten sie danach in der besprochenen Weise weiterarbeiten. Ein häufig vorgebrachtes Argument der Patienten für den Einsatz von Hilfsmitteln war, dass sie befürchteten, die Therapie gehe nicht schnell genug voran oder sie sei für sie zu schwierig. Auch hier begannen wir wieder mit dem nächstliegenden Problem zu arbeiten und fragten die Patienten, was ihrer Meinung nach sein würde, wenn die Therapie bei ihnen tatsächlich nicht anspräche. Meistens befürchteten sie Folgen, wie etwa immer gehemmt oder verklemmt bleiben zu müssen. In gewohnter Weise fragten wir zurück, was denn das eigentlich Schlimme daran für sie sei. Wenn die Patienten auf diese Weise zu ihrem Problem zurückgekehrt waren, konnten sie sich auch wieder ohne Probleme Bilder ansehen und diese zu ihrer aktuellen Situation in Beziehung setzen.

Daraus resultierten dann allerdings in der Regel neue Konflikte, die unter dem anderen Problem maskiert geblieben waren und die nun ihrerseits psychotherapeutisch bearbeitet werden mussten. Wenn die Patienten in der Lage sind, sich beispielsweise klarzumachen, dass sie ständig überarbeitet sind, so können sie versuchen ihre alltäglichen Belastungen zu verringern. Reduzieren sie aber ihre Belastungen, so rückt unter Umständen ein selbst

gestecktes Ziel immer mehr in die Ferne. Wird nun hinterfragt, welchen Sinn das Erreichen dieses Ziels haben soll, so kann vielleicht deutlich werden, dass der Patient versucht, damit sein Ich- Ideal zu vervollkommnen. Der Hintergrund dieser Ich- Ideal- Bildung könnte dann schließlich wieder hinterfragt und mit Hilfe eines Primals aufgeklärt werden. Innerhalb der Sitzung informierten wir die Patienten über psychotrope Wirkungen bestimmter gängiger Genussmittel und Suchtstoffe und wiesen darauf hin, dass die Wahl solcher Mittel auch von familiären und kulturellen Gewohnheiten beeinflusst ist. Eine Patientin, die nie ein angemessenes Verhältnis zu ihrer eigenen Leistungsfähigkeit entwickelt hatte, gab an, schon als Zehnjährige regelmäßig starken Bohnenkaffee getrunken zu haben. Später habe sie sich angewöhnt, in Situationen, in denen sie müde oder abgespannt war, erhebliche Mengen starken schwarzen Tees zu sich zu nehmen. Für sie war ein Zustand von ständiger Erregtheit, verbunden mit der Schwierigkeit, bestimmte alltägliche Anforderungen nicht bewältigen zu können, zum Dauerzustand geworden. Dies brachte mit sich, dass sie zwar in der Lage war, sich versiert an hitzigen Diskussionen zu beteiligen, dass es ihr im Studium aber besonders schwer fiel, sich auf die Lektüre eines Textes oder das Schreiben eines Aufsatzes zu konzentrieren. In der Therapie konnte diese Patientin zu einem späteren Zeitpunkt erkennen, dass bei ihr maniforme Zustände, die sich mit solchen von Erschöpfung abgewechselt hatten, durch den täglichen

Konsum von mehr als drei Liter sehr starken schwarzen Tees begünstigt worden waren.

Wir empfahlen den Patienten zu klären, zu welchen Zweck sie bestimmte Stoffe in einer Art von Selbstmedikation einsetzten. Wie schon in Zusammenhang mit den Einzelsitzungen beschrieben, sollten die Patienten nur registrieren, zu welchen Zeitpunkt, bei welchen Anlässen, bei welchen Körpergefühlen bei ihnen das Bedürfnis auftrat, bestimmte Stoffe zu sich zu nehmen. Sie sollten sich die betreffende Empfindung bewusst machen und auch wie und in welcher Art und Weise Richtung ihrer Erfahrung nach ihr Gefühl durch den Konsum einer bestimmten Substanz verändert würde. Patienten, die angegeben hatten, sie tränken Bier allein des Geschmacks wegen, konnten durch den Wechsel auf alkoholfreies Bier sehr schnell feststellen, dass nicht allein der Geschmack des Bieres für ihr Bedürfnis ausschlaggebend war. Die meisten Patienten wollten Alkohol am liebsten abends nach der Arbeit oder zum Essen trinken, während sie morgens zum Frühstück oder nach dem Essen eher eine Tasse Bohnenkaffee bevorzugten. Dies brachten sie mit der entspannenden Wirkung des Alkohols beziehungsweise der anregenden Wirkung des Koffeins in Zusammenhang, die von ihnen jeweils gewünscht wurde. Die Patienten konnten bei sich selbst beobachten, dass sie gezielt Stoffe einsetzten und auch in Werbespots mit Absicht Situationen dargestellt würden, In der durch den Konsum des propagierten Stoffes eine Alltagssituation scheinbar leichter bewältigt, oder generell das Wohlgefühl gesteigert werden sollte. Damit erhalten solche Stoffe den Rang von Psychopharmaka. Ihre jeweilige Verwendung wird auch durch kulturelle und historische Einflüsse geprägt.

Bei der Besprechung dieser Thematik wurde regelmäßig das Argument angeführt, eine Alltagsbewältigung ohne jegliche Form von Genussgiften erscheine unmöglich. Man müsse sich ja schließlich ab und zu etwas Gutes gönnen. Ja einige Patienten bezweifelten, dass Menschen, die ein Leben ohne jeglichen Konsum solcher Stoffe führen, zufrieden sein könnten. Dass das Bedürfnis danach spontan immer mehr zurückgehen und schließlich ganz verschwinden kann, konnten sie sich nicht vorstellen.

Als Beispiel für die gleichsinnige Wirkung endogen gebildeter Substanzen führten wir den sogenannten Typ A des Verhaltens an, der in der Literatur wie folgt beschrieben wird: ,,Dass Typ A Verhaltensmuster entspricht nicht einem Persönlichkeitstyp, sondern es ist ein Verhaltenssyndrom, das man klar definieren und mit neurohormonalen und physiologischen Reaktionen korrelieren kann. Zu dem Syndrom gehören

Verhaltensanlagen wie Ehrgeiz, Aggressivität, Rivalitätsdenken und Ungeduld; spezifische Verhaltensweisen wie Anspannen der Muskeln, rasches, zügiges Handeln und rasches, nachdrückliches Sprechen; und schließlich emotionale Reaktionen wie Gereiztheit, Wut und eine - vielfach nicht offen in Erscheinung tretende- Feindseligkeit.“ [111]

Viele Patienten gaben an, solche oft erfolgreichen Menschen heimlich zu beneiden und sich an ihrer Leistungsbereitschaft und ihren Erfolgen zu orientieren, sich aber zumindest von solchen Vorbildern unter Leistungsdruck gesetzt zu fühlen. Einigkeit bestand in den Gruppen immer darüber, dass von solchen Personen gesellschaftliche Leitbilder vorgegeben werden. Die Menschen mit dem Typ A des Verhaltens scheinen zwar im hohen Maße dem Risiko ausgesetzt zu sein zu erkranken, bis zu dem Zeitpunkt aber, wo solche Krankheiten manifest werden, erbringen sie überdurchschnittliche Leistungen. Viele Patienten hatten von sich eine Ich- Idealvorstellung entwickelt, ähnlich überdurchschnittlich sein zu müssen oder zu sollen. Dabei meinten sie aber, diese Leistungen erbringen zu können, dass dabei ihre Gesundheit angegriffen würde. Für die Patienten war die Information interessant, dass bestimmte Leistungen von Personen möglicherweise nur deshalb erbracht werden können, weil sie ständig die Leistungsfähigkeit Ihres Organismus überstrapazieren und dass sie dieses unter nur Umständen deshalb nicht realisieren müssen, weil sie entsprechende Warnsignale mit Hilfe bestimmter körpereigener Stoffe zum Verstummen bringen können.[112]

In diesem Zusammenhang nannten wir auch die Theorie von MacLEAN über die Dreieinigkeit der menschlichen Gehimfunktionen[113] die darstellt, dass sich das Gehirn eines Menschen, entwicklungsgeschichtlich gesehen, aus drei voneinander abgrenzbaren Teilen zusammensetzt: Stammhirn, Zwischenhirn mit Limbischem System und Neokortex, deren Funktionen sich auf verschiedenen Ebenen ergänzen und verschränken. Ein Psychotherapeut müsse infolgedessen auf seiner Couch nicht mit einem der Vernunft

gehorchenden Menschen rechnen, sondern auch mit emotionalen und primitiven Reaktionen, diktiert durch die entwicklungsgeschichtlich älteren Hirnareale; was MacLEAN in dem Bonmot zusammenfasste, der Therapeut habe sozusagen gleichzeitig ein Krokodil. ein Pferd und einen Menschen vor

111 Rosenman, R.H.; Chesney, M.A., 1982 (in: Kielholz, P., et al. Hrsg.: 38)
112 vergl. Rosenberg, W.E., a.a.O.: 58- 62
113 MacLean, P.D., 1973: 6- 22

sich.[114]
Wir wiesen die Patienten darauf hin, dass es möglich ist, sich einzureden, man brauche in bestimmten Situationen keine Angst zu haben. Wenn eine Person in einer bestimmten Situation aber tatsächlich Angst hat, so wird sich dies an ihren Körperreaktionen ablesen lassen. Man kann diese Körperreaktionen zwar ignorieren und die Aufmerksamkeit stattdessen auf irgendwelche komplizierten Gedankengänge lenken. Das ist aber nur für eine begrenzte Dauer und nur bis zu einer gewissen Reizintensität durchführbar. So ist es beispielsweise bei einer bestimmten Blutdrucklage nicht möglich, sich willentlich am Ohnmächtigwerden zu hindern. Ebenso wie man auch nicht durch willkürliches Anhalten der Luft allein einen Atemstillstand auf Dauer erreichen kann. Spätestens bei Verlust des Bewussteins wird die spontane Atmung wieder in Gang gesetzt, da wesentliche, im Stammhirn verschaltete zentrale Funktionen zwar durch kortikale Leistungen in erheblichem Maß beeinflusst, aber nicht dominiert werden können. Für die Patienten war dabei die Überlegung wichtig, dass ihre Gedanken durch ihre körperliche Ausgangslage beeinflusst und bestimmt werden und dass umgekehrt Stoffwechselvorgänge durch logische Gedankenoperationen nicht direkt beeinflusst werden. Die Patienten sollten also lernen, die Körperreaktionen als Entscheidungshilfe zu akzeptieren und sich nicht alleine von logischen Folgerungen und Erwartungen leiten zu lassen. Ganz konkret, bezogen auf die direkte Anwendung der Methode, sollten die Patienten diskrete Veränderungen in Ihrem Körper wahrzunehmen und auch kleinste Andeutungen von Unbehagen zu hinterfragen und ernstzunehmen lernen. Viele Patienten neigen dazu, sofort emotional stark belastende Erinnerungen provozieren zu wollen, weil sie sich von der Überlegung leiten lassen, dass sie um so schneller mit der Therapie vorankommen würden, je eher sie sich mit wirklich gravierenden Einflüssen auseinandersetzen könnten. Gerade diejenigen, die unter einem großen Leidensdruck stehen und deren Leben auf Grund ihrer psychischen Probleme sehr reduziert ist, neigen dazu, sich bei der Therapie zu überfordern. Die Vorstellung, für einige Wochen quasi durch die Hölle gehen zu müssen, um dann hinterher geheilt zu sein, scheint für erschöpfte Menschen erträglicher zu sein, als die über einen längeren Zeitraum hinweg in kleinen Einzelschritten ihre Belastungen kontinuierlich abzubauen. Besonders für diese Patienten ist es daher von größter Bedeutung, dass sie ihr Körpergefühl und nicht ihre Überlegungen zum Maßstab Ihres Vorgehens bei der Therapie machen, weil sie sich sonst überfordern.

114 ebenda

IV.l0 SECHSTE GRUPPENSITZUNG (Unbewusstes)

In dieser Sitzung nahmen wir uns eines schwierigen Themas an, welches in verschiedenen Aspekten fast alle unsere Patienten bereits einmal beschäftigt hatte und ihre Erwartungen hinsichtlich Psychotherapien im allgemeinen prägte. Die Schwierigkeit dieses Themas beginnt schon mit seiner Bezeichnung: Die Patienten pflegten unseren Diskussionsgegenstand das Unterbewusste zu nennen. Da aber unsere Selbsterfahrung mit der Primärtherapie unter anderem ergeben hatte, dass angeblich ,,unbewusstes" Material ohne fremde Deutung in einer Menge spontan bewusst wurde, wie dies nach konventionellen Vorstellungen über das Unbewusste gar nicht möglich sein dürfte, blieben wir dem Terminus ,,Unbewusstes" gegenüber vorsichtig. Um einen Arbeitsbegriff zu haben, nannten wir solches Material vorläufig ,,unformuliert". Im folgenden thematisierten wir typische Vorgänge innerhalb der Primärtherapie, in denen unformulierte Konzepte möglicherweise das Handeln und Denken von Menschen beeinflussen. Das erste dieser Themen ist das Idealkonzept von der eigenen Person, welches oft unbemerkt in Handlungen eingeht und nicht selten eine realistische Sicht der Dinge verhindert.

Die Patienten hatten in der Regel eine genaue Vorstellung davon, in welche Richtung sie sich mit Hilfe der Therapie entwickeln wollten. Nach dem Sinn solcher Veränderungen befragt, gaben sie den Wunsch an, sich in gewisser Hinsicht zu vervollkommnen, weil sie sich erhofften, über diesen Weg mehr Zuwendung zu erhalten. Sie gingen von der Vorstellung aus, wären sie nur ein wenig netter, erfolgreicher, geduldiger, fleißiger oder mutiger, so würde dies dazu führen, dass sie von anderen Menschen eher angenommen würden. Sie hatten im Laufe ihres Lebens schon viele Anstrengungen in dieser Richtung unternommen. Der Entschluss, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen, wurde oft als der letzte und entscheidende Schritt betrachtet, durch den ein endgültiger Durchbruch auf dem Weg zum Geliebtsein und Anerkanntwerden erreicht werden sollte. Um dieses Ziel zu erreichen, waren die Patienten dazu bereit, sich ständig zu überfordern; sie waren sogar willens, sich in eine Richtung zu verändern, in der sie sich selbst nicht repräsentiert fühlten, um Zuwendung und Anerkennung ihrer Umwelt zu erhalten. Fast alle hatten erleben müssen, dass Zuwendung und Liebe der Bezugspersonen ihrer Kindheit an bestimmte Forderungen gekoppelt wurden. Die Kinder sollten anders sein oder sich anders verhalten, als es ihnen selbst in der jeweiligen Situation gemäß gewesen wäre. Insofern stellt der Versuch eines in seinem Berufsleben erfolgreichen Erwachsenen, der ohne äußeren Druck und Notwendigkeit sich ständig überfordert, um noch erfolgreicher zu werden, unter

Umständen auch einen Versuch dar, endlich die Liebe und Anerkennung zu erreichen, die ihm immer vorenthalten worden war. Wenn ein Kind, das sich als unerwünscht und ungeliebt erlebt, ständig hört, wie seine Mutter die schwarzen Haare eines Nachbarkindes bewundert, oder die schulischen Leistungen der Kinder ihrer Freundin besonders hervorhebt, so kann sich in dem Kind der Eindruck verfestigen. es sei ,,nicht richtig". Hätte es nur die richtige Haarfarbe oder wäre es intelligenter, hätte es auch ein Anrecht darauf, geliebt zu werden. Dieses Kind wird sich vielleicht als Erwachsener seine Haare färben und eine akademische Karriere anstreben, in der unhinterfragten Hoffnung, die Liebe der Mutter noch erringen zu können.

Bisweilen erreichen Menschen tatsächlich solche Ziele und erhalten unter Umständen darüber auch Anerkennung und Zuwendungen. Trotzdem bleiben diese Menschen im Grunde verunsichert, da sie das, was sie tun und leisten, nicht aus einer echten, sondern aus einer opportunistischem Motivation heraus entwickelt hatten. Sie haben Ihrer Umgebung etwas vorgespielt und müssen daher ständig befürchten, dass die Zuwendung, die sie erhalten, nicht ihrer Person gilt, sondern ihnen nur so lange zuteil wird, wie sie diese Rolle spielen. Wenn dann etwa auf Grund einer Krankheit diese Rolle nicht mehr durchgehalten werden kann, muss das Zurückgewiesensein von Neuem gefühlt werden. Wenn Patienten sich dazu entschließen, sich mit dieser Problematik zu konfrontieren, so bedeutet dies in der Regel, dass sie als erstes realisieren müssen, von ihren Bezugspersonen nicht gemocht worden zu sein und die Versuche, sich Zuwendung um den Preis der Verleugnung der eigenen Person zu erzwingen, häufig genug fehlschlugen. Eine solche Einsicht ist schmerzhaft und verletzend. Besonders traurig daran ist die Erkenntnis, dass man sich Zeit seines Lebens vergeblich bemüht hat und die Bemühungen um Anerkennung teilweise Stresskrankheiten und gestörte soziale Kontakte zu Folge hatten, weil alle anderen Bedürfnisse nur einem bestimmten Ziel untergeordnet wurden. Erst in dem Augenblick. in dem der ohnehin längst verlorene Kampf um Liebe und Anerkennung der Bezugspersonen bewusst aufgegeben wird, sind Menschen auch in der Lage, von jetzt an ihr Leben entsprechend ihren tatsächlichen Bedürfnissen zu gestalten. Wenn sie schon von Ihrer Umgebung nicht akzeptiert worden waren, so können sie doch wenigstens aufhören sich selbst zu hassen und ständig unter Druck zu setzen und statt dessen entsprechend ihrer realen Belange leben. Dass sich in der Folge dann tatsächlich ein positives Grundgefühl ausbreitet und dass Menschen, die eine positive Einstellung zu sich entwickelt haben, auch von anderen eher gemocht werden, war eine Erfahrung, die

die Patienten erst im Nachhinein beschreiben konnten.
Weil die Patienten mit Hilfe des beschriebenen Verfahrens selbstständig dazu in Lage sind, solche Zusammenhänge zu erkennen, betrachteten wir es nicht als unsere Aufgabe, sie bei jedem einzelnen Patienten individuell aufzudecken. Eine andere Form des Ich- Ideals kann sich herausbilden, wenn auf Grund bestimmter Mangelsituationen Vorstellungen oder Tagträume entstehen, in denen fehlende Gefühl ausgedrückt wird. Dass sich jemand, der

hungert, wunderschön gedeckte Tische mit einer Vielzahl köstlicher Speisen vorstellt, ist nicht umsonst Inhalt des berühmten Märchens vom Mädchen mit den Schwefelhölzern von Hans Christian Andersen. Üblich ist auch die Vorstellung kleiner (und größerer) Mädchen, Prinzessin zu sein. Zur Ausstattung einer richtigen Prinzessin gehören bekanntlich ein langes Kleid, Seidenschuhe mit hohem Absatz, lange Haare und eine Krone. Fragt man nun wie sich eine solche Prinzessin fühlt, so stellen sich die Mädchen vor, sie sei selbstbewusst, fühle sich sicher, locker, souverän etc. Dass aber eine Krone, deren Gewicht mehrere Pfund beträgt, längere Zeit auf dem Kopf getragen, Kopfschmerzen verursacht; dass lange Seidenkleider und Schuhe mit hohen Absätzen keine freien und ungehinderten Bewegungen zulassen und zudem strenge Bestimmungen der Etikette eingehalten werden müssen, wird in die Vorstellungen nicht mit einbezogen.

Tragisch ist es, wenn Menschen versuchen, die konkreten Inhalte ihrer Wunschvorstellungen oder Tagträume eins zu eins umzusetzen, anstatt aufzuspüren, welcher physische und psychische Mangel sich in einer solchen Vorstellung symbolisiert. Es ist denkbar, dass ein Arbeiter, der in einer zugigen, lauten Fabrikhalle arbeitet, von einem Urlaub an einem warmen einsamen Strand träumt und um sich diesen Urlaub leisten zu können, Überstunden macht unter gerade den Bedingungen, die seine Tagträume erst hervorbringen. Um so trauriger ist es dann, wenn sich im realen Urlaub das ersehnte Gefühl nicht einstellt. Würde dieser Arbeiter nun die Inhalte seiner Tagträume in Zusammenhang mit seinem Arbeitsplatz sehen, so könnte eine mögliche Konsequenz darin bestehen, über den Betriebsrat Vorschläge einzubringen, die darauf abzielen, das Raumklima und die Lärmemission in der Fabrikhalle zu verändern.

Bei der Arbeit mit Tagträumen geht es also nicht darum, die Symbole für das Eigentliche zu nehmen, sondern die Defizite zu erkennen, die sich hinter solchen Symbolen verbergen. Es ist nicht Sinn der Therapie, die Patienten dafür fit zu machen, endlich ihre neurotischen Zielvorstellungen umsetzen zu können, sondern die Entstehung solcher Zielvorstellungen zu hinterfragen und aufzuarbeiten.

84

Zu den Phänomenen, die von den Patienten gewöhnlich mit Unterbewusstem in Verbindung gebracht und deshalb in dieser Sitzung besprochen wurden, gehört neben den Tagträumen auch Träumen im Schlaf. Patienten, die sich vorher einer Psychoanalyse unterzogen hatten, war es geläufig, sich ihre Träume zu notieren, um sie in der Therapie zu verwerten. Da die Primärtherapie aber im wesentlichen mit Körperempfindungen arbeitet, empfahlen wir den Patienten, auf eine Interpretation der im Traum erlebten Inhalte zu verzichten. Seit Anfang des Jahrhunderts ist bekannt, dass kinaesthetische und andere sinnliche Eindrücke auf Trauminhalte Einfluss haben.[115,116,117] Da sie in unkontrollierbarer Weise darin eingehen, halten wir personenbezogene Deutungen von Trauminhalten vorläufig für spekulativ und raten unseren Patienten davon ab. Statt dessen konnten sie die Empfindungen beschreiben, die bei ihnen im Traum aufgetreten waren. Solche Empfindungen sind in jedem Falle persönliche Erfahrungen und als

solche Teil der Realität. Wenn die Patienten sich an ein wesentliches Gefühl aus Ihrem Traum erinnerten, so sollten sie dieses wie üblich beschreiben und dann im wachen Zustand therapeutisch damit arbeiten. Dies hat sich auch bewährt, wenn Patienten über immer wiederkehrende Träume berichteten, bei denen gewöhnlich ein besonderes Bedürfnis nach Deutung besteht. Die Art und Weise, in der geträumt wird, scheint sich während der Therapie zu verändern. So berichteten Patienten, dass sich die Inhalte der Träume nach längerer Primärtherapie immer mehr dahingehend veränderten, dass sie nur noch solche Episoden enthielten, wie sie durchaus auch in der Realität hätten stattgefunden haben können. Dies entspricht auch unserer eigenen Erfahrung. Eine weitere typische Verhaltensweise, die beinahe jeder unserer Patienten von sich kannte und die zumindest unbeabsichtigt geschieht, kam ebenfalls in dieser Sitzung zu Sprache: Regelmäßig berichteten Patienten von Partnerschaftsproblemen, die im wesentlichen darauf zurückzuführen waren, dass sie ständig ihren jeweiligen Partnern unaufgefordert bestimmte Aufmerksamkeiten, besondere Formen der Zuwendung entgegenbrachten, welche von jenen zu ihrem Kummer oder Ärger nicht in der erwarteten Art und Weise gewürdigt und beantwortet wurden.[118] Es scheint demnach für viele Menschen Ausdruck eines besonderen Liebesbeweises zu sein, bestimmte Opfer für einen anderen Menschen zu erbringen. Dies kann sich in Kleinigkeiten ausdrücken, wie einem geliebten Menschen das vermeintlich bessere

115 Freud, S., 1940- 52, Bd.2/3: 28
116 Vold, M. , 1900: 834
117 Dement und Wolpert 1974: 47 zit. nach Borbé1y, A. , 1987: 66
118 vergl. Richter, H.E., 1972: 168

Stück Kuchen zu überlassen oder darin, etwas wegzuschenken, an dem man selbst großen Gefallen findet. Besonders dann, wenn diese Liebesbeweise unaufgefordert erbracht und nicht als solche deklariert werden, können sie zum Anlass unglücklicher Missverständnisse werden. Wenn nämlich als ,, Opfer“ etwas angeboten oder weggegeben wird, das für den Geber einen großen Wert darstellt, vom Empfänger aber unter Umständen nur mit halbherzigem Dank entgegengenommen wird, um den Schenkenden nicht zu kränken.

Fragt man nun nach, warum jemand unaufgefordert etwas weggibt, an dem ihm selbst so viel gelegen ist, so bekommt man zunächst regelmäßig zur Antwort, es handele sich hierbei um einen besonders großen Gunstbeweis. Ginge es nur darum, dem anderen eine Freude zu machen, so stellt sich die Frage, warum der Betreffende seinem Partner nicht das schenkt oder gibt, was dieser sich wünscht. Es zeigt sich meist, dass dieses Geben gar nicht so uneigennützig gemeint war, wie es vielleicht zuerst erschien. Dahinter verbirgt sich oft der Versuch, die Art von Aufmerksamkeit und Zuwendung, die dem Partner unaufgefordert entgegengebracht wird, selbst zu erhalten. Wesentlich ist dabei, dass es letztlich darum geht, etwas ganz Bestimmtes zu bekommen. Insofern versteckt sich hinter den unaufgefordert erbrachten

Liebesbeweisen der Versuch zu signalisieren, die nämlichen Liebesbeweise sollten dem Geber von den Augen abgelesen werden. Das Schenken hat in diesem Fall die Funktion des Beispielgebens. Der Beschenkte soll erkennen, was der Gebende eigentlich braucht.

Für erwachsene Menschen wäre es nun leicht möglich, sich ihre Wünsche selbst zu erfüllen und ihren Partnern das zu geben, was diese sich ihrerseits wünschen. Indem sich jemand aber selbst das gibt, was er braucht und dem anderen das, was dieser gerne hätte, wird gleichzeitig der kindliche Anspruch auf Versorgung aufgegeben. Damit verbunden ist die Einsicht, dass eine bestimmte notwendige Zuwendung zu einem Zeitpunkt, als eine Selbstversorgung noch nicht möglich war, nicht stattgefunden hat und auch nicht mehr nachgeholt werden kann.

Die Diskussion dieser Dinge war für viele Patienten der Anlass dafür, ihre Vorstellungen und Erwartungen an eine Zweierbeziehung neu zu überdenken. Für einige stellte sich dabei heraus, dass sie letztlich, ohne sich dies im einzelnen klar gemacht zu haben, von einer idealen Liebesbeziehung erwarteten, von ihrem Partner unaufgefordert ihre Wünsche erfüllt zu bekommen. Eine solche Vorstellung entspricht aber eher den Bedürfnissen eines Säuglings oder Kleinkindes, das seine Bedürfnisse noch nicht deutlich artikulieren und sie erst recht nicht selbst befriedigen kann

Hat man diese Zusammenhänge erst einmal verstanden, so kann man bei entsprechender Selbstbeobachtung jeweils daraus schließen, wo solche kindlichen
Residuen in einem selbst noch wirksam sind und anschließend mit Hilfe der Therapie korrigieren. Um den Begriff des ,,Unterbewussten" vom Biologischen her fassbar zu machen, informierten die Patienten noch darüber, da8 bestimmte Funktionen des menschlichen Nervensystems offenbar in keinem Fall bewusstseinsfähig sind. Als Beispiel führten wir Veränderungen im visceral innervierten Bereich an. So kann zwar die Wirkung einer plötzlichen Erweiterung von Blutgefäßen in der Peripherie an der auftretenden Wärmempfindung festgestellt werden, die Bewegung der Gefäßmuskulatur selbst aber ist der bewussten Wahrnehmung nicht direkt zugänglich.

IV.I1 SIEBTE GRUPPENSITZUNG (Verwirrung als Trauma)

Manche Patienten schilderten Konfliktsituationen, denen sie real ausgesetzt waren und für die sie keine Lösung finden konnten. Um ihnen einen allgemeinen Zugang zu ermöglichen, informierten wir in dieser Sitzung über die möglichen Konflikttypen:

die Qual der Wahl zu haben, vom Regen in die Traufe zu kommen, oder etwas Unangenehmes in Kauf nehmen zu müssen, um etwas Angenehmes zu

erreichen (Appetenz- Appetenz- , Aversions- Aversions- , Aversions- Appetenz- Konflikte).[119] Damit konnten die Patienten bei sich selbst bestimmen, um welche Art von Konflikt es sich bei ihrem Problem handelte. Nun boten wir ihnen eine besondere Vorgehensweise an, mit Hilfe derer sie in Konfliktsituationen leichter zu einer Entscheidung gelangen konnten. Als Grundlage dazu beschrieben wir einen klassischen Versuch PAWLOW's, bei dem Hunde lernten, eine Ellipse von einem Kreis zu diskriminieren, wobei die richtige Wahl darüber entschied, ob der Hund Futter bekam oder mit elektrischen Stromschlägen traktiert wurde. Nachdem die Hunde beide Formen sicher gegeneinander abgrenzen konnten, wurden die beiden Figuren einander langsam angenähert. Die Hunde blieben fähig, die einander angeglichenen Figuren zu unterscheiden, bis sie sich fast vollständig glichen (Achsenverhältnis 9:8). Erst zu diesem Zeitpunkt reichte das Diskriminierungsvermögen des Tieres nicht mehr aus und es reagierte mit Dekompensation und massiven somatischen Störungen.[120]

Um sich in solchen quälenden Konfliktsituationen leichter entscheiden zukönnen, sollten die Patienten die möglichen Konsequenzen einer Entscheidung für die jeweilige Alternative klar herausarbeiten und auch ganz bewusst dabei übertreiben, um die jeweiligen Gegensätze klarer zu kontrastieren Wenn also der Konflikt sich beispielsweise darin ausdrückte, dass eine Patientin sich nicht entscheiden konnte, ob sie mit ihrem Partner zusammenzubleiben und eine Zuneigung heucheln sollte, die nicht bestand, oder allein zu leben, wovor sie sich fürchtete, so konnte sie sich in einem Gedankenexperiment ausmalen, was es für sie bedeuten würde, ihr ganzes Leben abhängig zu sein und Gefühle vorspielen zu müssen. Gleichzeitig sollte sie auf die begleitenden Gefühle achten. Im Gegenzug sollte sie sich vorstellen, wie es sein würde, wenn sie für immer allein bleiben und mit ihrer Angst zurecht kommen müsste. Auch dies sollte sie sich übertrieben ausmalen und dabei wiederum ihre Gefühle registrieren. Mit dem so erlangten Bewusstsein vom Stellenwert der jeweiligen Alternativen, fiel es ihr leichter, ihre eigenen Wünsche

119 vergl. Hinde, R.A., a.a.O.: 410- 466
120 Pawlow, I.P., 19 zit. n. Halder, P. 1973: 32

und Bedürfnisse zur Grundlage ihrer Entscheidung zu machen.
Diese Vorgehensweise ist sinnvoll, wenn in einer Situation eine optimale Lösung nicht erreicht werden kann, aber eine Entscheidung getroffen werden muss. Solche Entscheidungen werden nicht ein für alle mal getroffen, sondern können situativ sehr wohl unterschiedlich ausfallen. Dieselbe Patientin könnte unter dem Einfluss einer Erkältung zu einer anderen Lösung gelangen, als hätte sie die Entscheidung nach einem erholsamen Wochenende, gut ausgeruht, zu fällen.

Immerhin führt die beschriebene Vorgehensweise, die nicht allein logische Argumente, sondern auch die gefühlsmäßige Situation des Individuums in die

Entscheidung einbringt, zu einer unmittelbaren Entlastung. Daher ist sie auch zur Krisenintervention geeignet,

Kamen die Patienten zu der Überzeugung, bei dem Konflikt seien zwar Aspekte der aktuellen Situation von Bedeutung, aber im wesentlichen seien in diesem Konflikt überkommene Erlebnisanteile enthalten, so konnten sie die Gefühle, die sich während der gedanklichen Überpointierung der Konfliktanteile gezeigt hatten, aufgreifen, beschreiben und dann mit den im diesem Zusammenhang auftretenden Assoziationen im Sinne der Therapie umgehen.

Bei einigen Patienten fiel auf, dass sie ständig die gleichen Konflikte beschrieben und immer neue Aspekte berichteten, die bei der Lösung ihres Konfliktes berücksichtigt werden müssten. Solche Patienten forderten wir auf zu überlegen, ob sie einen Nutzen davon hatten, ihr Problem selbst dann aufrechtzuerhalten, wenn damit Schwierigkeiten verbunden waren. So konnte das Beibehalten des Konfliktes dazu dienen, Probleme zu verdecken, die viel schwerer anzugehen gewesen wären, als der aktuell geäußerte Konflikt. Als Beispiel dafür mag die Geschichte von der Mutter dienen, die ihrem Sohn zwei Hemden schenkte und ihn, nachdem er das eine angezogen hatte, gekränkt fragte, ob Ihm denn das andere nicht gefalle. In einer solchen, sogenannten *double- bind* Situation [121] , würde der Sohn, versuchte er den Konflikt zu lösen, indem er das richtige" Hemd anzieht, zu keinem befriedigenden Ergebnis kommen können. Würde er sich dazu entscheiden, einfach eines von den Hemden zu tragen und den Konflikt nicht auf der Ebene zu lösen, auf der er ihm angetragen wird, so müsste er sich mit dem vielleicht sehr viel größeren Problem auseinandersetzen, dass seine Mutter ständig versucht, ihn mit unfairen Tricks ins Unrecht zu setzen. Es kann sich für ein Kind unter Umständen als sinnvoller erweisen, einen scheinbar unlösbaren Konflikt mit sich zu tragen, als der Realität, einer verrückten Mutter ausgeliefert zu sein, ins Auge sehen zu müssen. Insofern

121 Watzlawick, P. ,, Beavin, J.H; Jeckson, D.D., 1972: 194ff

kann auch ständiges Grübeln, so lästig es im Einzelfall sein mag, einen guten Schutz davor bieten, die eigene Hilflosigkeit einer bestimmten Situation gegenüber voll erkennen zu müssen. Denn Grübeln stellt immer noch eine Form von Handeln dar, auch wenn diese nur im Kopf stattfindet. Daher kann die Frage ,,warum" einen wirksamen Schutz davor bieten, Hilflosigkeit in ihrer ganzen Tragweite spüren. An dieser Stelle thematisierten wir auch Konflikte, die im Zusammenhang mit traumatisierenden Erlebnissen entstehen können. Wir beschrieben den klassischen Versuch mit dem Krabbeikind Albert, [122] den Verhaltenspsychologen gezielt und erfolgreich gegen alles Kleine, Weiße, Flauschige aversiv sensibilsiert hatten, indem sie Albert immer dann unerwartet mit einem lauten Gong erschreckten, wenn er sich auf eine weiße Ratte zubewegte. Würde der erwachsene Albert nun zu ergründen versuchen, weshalb er sich so vor weißen, weichen Dingen ängstigt, so würde er heute,

nachdem er die auslösende Situation längst vergessen hat, in einen unlösbaren Konflikt geraten, wenn er versuchte, sich seine Schwierigkeiten auszureden oder abzutrainieren. Schließlich ist ja nicht das Weiße oder das Weiche die Grundlage der Angst, sondern Lärm. Dieser Teil der Konditionierung aber ist in Vergessenheit geraten.

Wollte Albert seine Ängste verlieren, müsste er sich an die auslösende Konfliktsituation zurückerinnern und könnte dann feststellen, dass nicht etwa das Kaninchen seine Angst begründet hat, sondern da8 er als hilfloses Krabbelkind als Objekt für unmenschliche Versuche missbraucht wurde. Obwohl persistierende Kindheitskonflikte von den davon betroffenen Menschen und auch von seiner Umgebung als außerordentlich lästig empfunden werden mögen, kann der Versuch, bestimmte Situationen zu vermeiden, als Überlebensstrategie durchaus sinnvoll sein. Auch wenn solche Ausweichmanöver starr, unökonomisch und unter Umständen sogar widersinnig erscheinen mögen, sind sie immerhin wirkungsvolle Versuche, sich einer Gefahrensituation, wenn sie sich erneut ankündigt, so rechtzeitig zu entziehen, dass das traumatisierende Ereignis nicht noch ein zweites Mal erlebt werden muss.

Kinder sind in bestimmten Entwicklungsabschnitten besonders gefährdet, durch Konflikte traumatisiert zu werden, wenn sie sich auf einer Stufe ihrer geistigen Entwicklung befinden, in der sie die Ebene des konkret gegenständlichen Denkens überwunden haben, aber noch nicht vollständig zu einer abstrakteren Betrachtungsweise in der Lage sind. Einige Patienten berichteten über typische Probleme, die innerhalb dieser offenbar vulnerablen Phase entstanden waren. So

122 Watson, J.P.; Rayner, R., 1920: 1- 14

erzählte eine Patientin, wie sie als gut behütetes dreijähriges Kind von ihrer Mutter erstmalig in den Kindergarten gebracht worden war und dort allein bleiben sollte. Während die Mutter sich noch mit einer der beiden Kindergärtnerinnen unterhielt, näherte sich das Mädchen in der Küche neugierig einem glänzenden runden Gegenstand, den es vorher noch nie gesehen hatte. Als es die andere ,,Tante" nach dem Ding (einem Tee- Ei) fragte, sagte diese: ,,Achtung, das beißt!" Die Kleine erschrak damals sehr, weil diese Frau, zu der sie Vertrauen haben sollte, solche offensichtlich falschen Dinge zu ihr sagte, dabei auch noch lachte und sie keine Möglichkeit hatte, sich zu ihrer Mutter zu flüchten. Die Patientin war von da an sehr still geworden und behielt ständig den unbestimmten Eindruck, ausgeliefert zu sein.

Wie kurz die Zeitspanne ist, innerhalb derer der Wechsel von ganz konkretistischer Fixierung hin zum Begreifen doppelsinniger Worte vor sich geht, konnte ich unseren Patienten aus eigener Erfahrung berichten: Einer Gruppe von drei- bis vierjährigen Kindern erzählte ich einmal eine erfundene Geschichte, um sie zum Lachen zu bringen. Ich behauptete darin, da~ eine

Reihe von großen Tieren, die die Kinder von einem Zoobesuch kannten, in unserer Stadtwohnung lebte. Den Kindern machte diese unsinnige Geschichte großen Spaß und sie dichteten noch einige unwahrscheinliche Episoden hinzu. Florian, der ein halbes Jahr jünger war als die anderen Kinder, hörte mit großen Augen zu und bat später darum, mit zu uns nach Hause kommen zu dürfen. Dort angekommen lief er sofort ins Badezimmer, um das Krokodil in der Badewanne und danach die Giraffe im Wohnzimmer zu suchen. Als er die Tiere nicht fand, weinte er bitterlich und war lange nicht zu beruhigen. Florian hatte die Geschichte wortwörtlich genommen, weil er zu dem damaligen Zeitpunkt, anders als seine Spielgefährten, noch nicht dazu in der Lage war, eine Lügengeschichte als solche zu erkennen. Einige Monate später hatte er an solchen erfundenen Geschichten genauso viel Spaß wie die anderen Kinder.
Viele Patienten konnten erst die Bedeutung von bestimmten, achtlos dahin gesprochenen, ironischen Bemerkungen Erwachsener erst im Laufe der Therapie erkennen. Solche Irritationen treten nicht nur in der frühen Kindheit auf. Einzelne Patienten, die auf dem Land aufgewachsen und dann in die Großstadt Berlin gekommen waren, berichteten über ähnliche Schwierigkeiten, die daraus entstanden waren, dass sie von Großstädtern, die ihre Unerfahrenheit und Unsicherheit bemerkt hatten, in ähnliche Verwirrungen und Enttäuschungen verstrickt worden waren.

IV.12 ACHTE GRUPPENSITZUNG (Therapeutischer Prozess)

In der achten Sitzung wurden Fragen angesprochen, die auftreten, wenn die Patienten die Therapie über einen gewissen Zeitraum hin angewendet haben. Mit fortschreitender Therapie ergeben sich Veränderungen, wie sie von den Patienten zu Beginn der Therapie überhaupt nicht übersehen werden können. So konnten wir die Patienten darüber auch nur allgemein darüber informieren, in der Hoffnung, sie würden sich dann zu gegebener Zeit an unsere Hinweise erinnern, beziehungsweise gezielt Rückfragen stellen. Solche Veränderungen betreffen vor allem die Einstellung zu gewissen Episoden der eigenen Biographie. Stehen zunächst subjektive Auseinandersetzungen mit nahen Bezugspersonen Im Blickpunkt, so verschiebt sich im Laufe einer Therapie die Aufmerksamkeit zu einer mehr objektiven Betrachtungsweise. Zu einem frühen Zeitpunkt der Therapie berichten Patienten in der Regel von Primals, in denen sie selbst sich als Opfer der Einflüsse ihrer Umgebung begreifen. Die Patienten schildern gefühlskalte und lieblose Eltern oder andere personale Einflüsse, durch die sie in ihrer Entwicklung geschädigt worden waren. In einem späteren Abschnitt erkennen die Patienten nach und nach die gesellschaftlichen Zusammenhänge, die negative Einflüsse auf ihr damaliges Leben hatten. Hier können dann Probleme, wie sie etwa durch die Flüchtlingszelt nach dem Krieg, durch Arbeitslosigkeit, Armut oder Krankheit hervorgerufen wurden, aufgearbeitet werden. Auch in diesem Stadium der Therapie begreift sich der Patient noch als Opfer, welches mehr oder weniger hilflos bestimmten Einwirkungen ausgeliefert war. Während sich die Patienten im ersten Abschnitt der Therapie im wesentlichen parallel dazu mit Vorstellungen über

verbesserte zwischenmenschliche Beziehungen und Erziehungsfragen beschäftigen, stehen konsequenterweise im zweiten Abschnitt Gedanken über gesellschaftliche Zusammenhänge im Vordergrund. Erst In einem weiteren Abschnitt der Therapie können Patienten erkennen, dass sie nicht nur Opfer besonderer individueller oder gesellschaftlicher Verhältnisse waren, sondern selbst auch immer agiert und damit das Geschehen mitbeeinflusst haben. Unter Umständen wird dann die Bedeutung bestimmter Situationen, die im ersten Abschnitt neu eingeschätzt wurden, zwei Jahre später noch einmal gesehen und nun unter einem anderen Blickwinkel noch einmal neu eingeordnet. Es ist schwierig, zeitlich genauer festzulegen, wann ein Patient die eine Stufe des therapeutischen Prozesses zugunsten der nächsten verlassen wird. Im wesentlichen bestimmt sich der Zeitraum danach , wie konsequent und regelmäßig die Therapie angewendet wird. Nach unseren Beobachtungen sind die Abschnitte bei regelmäßiger

Anwendung der Therapie jeweils etwa innerhalb eines Jahres erreicht. Besonders dann, wenn Patienten sich im letzten Abschnitt der Therapie befinden, müssen sie sich unter Umständen mit der Tatsache auseinandersetzen, dass sie nicht nur Opfer waren, sondern im Laufe ihrer Entwicklung gewisse Eigenschaften und Verhaltensweisen ausgebildet haben, die ihnen vielleicht selbst sehr unangenehm sind. An diesem Punkt können Patienten durch ihre ,,Schuldgefühle" daran gehindert sein. sich klarzumachen, dass sie gelogen, betrogen, andere Menschen gezielt verletzt oder gequält haben. Diese Tatsachen bewusst anzusehen und zu akzeptieren, stellt für manche Patienten ein scheinbar unüberwindliches Hindernis dar.

Hier empfahlen wir den Patienten, sie sollten Schuldgefühle als Angst vor Bestrafung begreifen. Der Psychiater BÜRGER-PRINZ hat auf die Tatsache hingewiesen, da~ Schulddepressionen nur im Einflussbereich christlichen Denkens zu finden seien.[122] Daraus können Menschen selbst dann Angst vor Bestrafung entwickeln, wenn niemand sie bei Ihrer Tat gesehen hat. Die Patienten sollten versuchen herauszufinden, welche Art von Strafe sie befürchtetem, beziehungsweise wie sie früher bestraft worden waren. Fast immer berichteten sie dann über Erziehungsmethoden, die entweder Formen von körperlicher Züchtigung, Liebesentzug oder andere Arten von Gewalt enthielten. Darüber hinaus konnten die Patienten sich fragen, ob sie selbst so werden wollten, wie sie geworden waren, oder ob sie nur in bestimmten Situationen keine Alternative zu ihrem Verhalten hatten entwickeln können. Viele vermochten dadurch zu erkennen, wie sie im Grunde gerne geworden wären, was dann einem Primal gleichkam. Für jene Patienten, die selbst eine unglückliche Kindheit erlebt hatten und von ihren Eltern lieblos behandelt worden waren, war es besonders schlimm, ihrerseits, trotz aller gegenteiliger Absichten, für ihre eigenen Kinder keine liebevolle Atmosphäre herstellen zu können. Primärtherapie verhilft in diesem Fall dazu, die eigenen Defizite zu erkennen und aufzuarbeiten, was die Patienten in die Lage versetzt, auf die Bedürfnisse Ihrer Kinder adäquat, also auch nicht durch ,,ausgleichende" Verwöhnung zu reagieren. Die Primärtherapie geht, wie alle Hellungsprozesse, nur in kleinen Schritten voran. Die Annahme durch ,,das" Urerlebnis alle Störungen und Probleme auflösen zu können, ist zwar

verführerisch, aber falsch. Nach Beobachtungen an unseren Patienten und auch an uns selbst werden wirklich gravierende Probleme erst nach

122 Bürger- Prinz, H., 1971: 93

93

einem gewissen Zeitraum angegangen. So können im ersten Jahr der Therapie durchaus eine Menge lästiger Probleme aufgelöst werden, was auch unmittelbare Erleichterung bringt. Ihr Verschwinden ähnelt der Erleichterung, die man empfindet, wenn man den sprichwörtlichen kleinen Stein aus dem Schuh entfernt hat. Wenn Patienten eine Anzahl kleinerer Probleme dauerhaft bewältigt haben, scheinen sie so weit stabil und belastbar zu werden, dass sie dann auch die eigentlichen Probleme, die sie ursprünglich dazu veranlasst hatten, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, erfolgreich bearbeiten können. Es ist zu beobachten, dass Primals nicht nur stets zu einem Gefühl der Erleichterung und der Entlastung führen, sondern immer auch einen größeren Handlungsspielraum eröffnen. Allerdings wird die Freude darüber sehr bald von den noch unbewältigten Problemen überlagert. Aus diesem Grund empfahlen wir unseren Patienten ein Tagebuch zu führen. Dies stellt zwar kein notwendiges Hilfsmittel zur Durchführung der Therapie dar, kann aber bisweilen dazu dienen, sich zu vergegenwärtigen, mit welchen Problemen man sich zu einem gewissen Zeitpunkt auseinandergesetzt hat und wie sehr das Leben von diesen Schwierigkeiten beherrscht wurde. Anhand eines solchen Tagebuches, in dem Patienten erfahrungsgemäß immer die jeweils unangenehmen Inhalte niederlegen, lässt sich die Entwicklung unter der Therapie innerhalb eines längeren Zeitraums sehr gut nachvollziehen.
Überhaupt sind die möglichen Veränderungen durch Primärtherapie für viele Patienten nicht vorstellbar. Dass unter der Therapie das Interesse an dem Konsum alkoholhaltiger Getränke ganz und gar verschwinden kann, dass im Zusammenhang damit Geselligkeit, wie sie aus Kneipenbesuchen resultiert, zugunsten anderer Formen von Zusammensein aufgegeben wird, dass man sich auf Dauer basal gesund fühlen kann und ähnliche Veränderungen mehr, liegt außerhalb des Vorstellungsvermögens vieler Menschen vor Beginn der Therapie. In den Zielen, die von ihnen definiert wurden, sind immer auch typische Übertreibungen enthalten, die als Ausdruck ihrer defizitären Lage zu begreifen sind. Für die meisten unserer Patienten war die Überlegung. dass man Schritt für Schritt so gesund werden kann, dass überhaupt kein Bedarf an kompensatorischem Verhalten mehr besteht, nicht nachvollziehbar.

Ein anderes Problem, das in den jeweiligen Gruppensitzungen immer wieder angedeutet worden war, wurde in dieser Sitzung noch einmal gezielt angesprochen. Viele Patienten fragen, was sie tun sollen, wenn sie keine Lust haben, Therapie zu machen. Nach unserem Eindruck scheint die Erfahrung, dass es möglich ist, sich für

94

ein bestimmtes Tun zu entscheiden, auch wenn es primär nicht sofort Lustgefühle hervorruft, nicht mehr generell im Rahmen der normalen Sozialisation von Kindern vermittelt zu werden.[124] Es ist sicherlich eher ein pädagogisches als ein psychotherapeutisches Problem, wenn mit einem Patienten darüber diskutiert werden muss, dass die Entscheidung, ob er Therapie machen will oder nicht, nur von ihm selbst getroffen werden kann. Würde ein Therapeut versuchen, den Patienten zu einer Therapie zu motivieren, so wäre hier nur der Grundstein für ein Spiel zwischen Therapeuten und Patienten gelegt, in dem der Patient den Therapeuten mit dem Argument unter Druck setzen kann, er sei von diesem noch nicht richtig therapiert (animiert) worden, denn sonst würde er selbständig arbeiten können. Wenn Patienten keine Lust haben, die Therapie anzuwenden, können sie es entweder trotzdem tun, in der Hoffnung, dass dadurch Veränderungen zum Besseren erreicht werden, oder aber sie tun es nicht und behalten damit auch die alten Probleme. Dies ist nicht so aufzufassen, dass damit jedwede Kritik an Therapie oder Therapeuten abgewehrt werden solle. Die Patienten können im allgemeinen sehr gut für sich selbst entscheiden, ob sie den Therapeuten in Diskussionen verwickeln wollen, um sich nicht mit der Therapie auseinandersetzen zu müssen. Keine Lust zu haben, wird als Argument meist angebracht, bevor in der jeweiligen Situation versucht wurde, die Therapie anzuwenden. Treten hingegen reale Schwierigkeiten bei der Anwendung auf, so stellen die Patienten gezielt Fragen an die Methode oder an den Therapeuten.

Viele Patienten erhoffen sich dadurch, dass sie sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen, eine verbesserte Partnerbeziehung. Teilweise versuchten sie auch ihre Partner dazu zu überreden, sich ebenfalls einer Therapie zu unterziehen, um dann besser miteinander auskommen zu können.

Andere Patienten oder deren Partner befürchteten, durch eine Therapie könnte ihre Familie oder Partnerschaft zerstört werden. Hierzu konnten wir den Patienten sagen, dass die Methode der Primärtherapie, so wie sie von uns angeboten wird, nicht zum Ausagieren oder zum Herumtherapieren an der Umgebung auffordert. Insofern sind die Patienten gehalten, mit den unangenehmen Gefühlen, welche sie verspüren, an sich selbst zu arbeiten.

Darüber hinaus existiert trotzdem noch das Problem neurotischer Beziehungskonstellationen, in denen der eine Partner nicht selten von Störungen des anderen profitiert. Wird nun ein solches Gefüge von einer Seite her aufgebrochen, werden notwendigerweise alle anderen Beteiligten mit in Bewegung

124 Ziehe, T., 1975

geraten. Wenn der eine Partner sich verändert und neu einstellt, wird dies auch Rückwirkungen auf den anderen Partner haben. Das kann dazu führen, dass eine längst zerrüttete Beziehung nun endlich auseinander geht, es kann aber auch dazu führen, dass ein Partner, nachdem er sich selbst geklärt hat,

dem anderen Partner gegenüber sehr viel offener und toleranter wird und dadurch erst Chancen für das Weiterbestehen einer Beziehung eröffnet werden. Primärtherapie richtet sich nicht auf Beziehungen, sondern sucht die subjektive Erlebnisweise des jeweiligen Individuums in ihm selbst aufzuschlüsseln, womit gleichzeitig ein entscheidendes Hindernis auf dem Weg zu befriedigenden zwischenmenschlichen Beziehungen beiseite geräumt wird. Insofern werden auch Paare, die gemeinsam mit der Therapie beginnen, nicht als eine Einheit betrachtet, sondern jeder der beiden Partner versucht sich jeweils unabhängig vom anderen zu klären, um sich danach auf einer anderen Ebene wieder neu begegnen zu können. Der Prozess der Selbstheilung kann nicht gemeinsam vollzogen werden. Primals sind Individuell und lassen sich weder gemeinsam erleben, noch annähernd von einem anderen Individuum nachvollziehen. Insofern sind Ausdrücke wie Mitfühlen, Nachempfinden oder Verstehen im Zusammenhang mit psychischen Prozessen von sehr zweifelhaften Aussagewert.

IV.13 NEUNTE GRUPPENSITZUNG (Sexualität und verwandte Gefühle)

In der neunten Sitzung wurden als eigenständiges Thema Sexualität und verwandte Gefühle diskutiert. Für viele Patienten handelt es sich bei sexuellen Gefühlen und Empfindungen um einen Bereich, den sie getrennt von anderen Gefühlen betrachten und für den scheinbar andere Voraussetzungen gelten, als bei allen anderen Gefühlen. Dabei mag es eine Rolle spielen, da~ Sexualität und alles, was damit zusammenhängt, hierzulande auch gesellschaftlich als eine Art Gefühlsoase behandelt wird, um die herum ausschließlich sachliche und scheinbar rationale Lebensäußerungen gefordert werden. Bereits die Erziehung kleiner Kinder richtet sich in aller erster Linie auf den Erwerb von Sachkompetenz und rationalen Strategien. Gefühl wird in den sogenannten musischen Fächern aufbewahrt und gerinnt dort nicht selten zu einer Art Luxusgegenstand, der mit dem täglichen Leben kaum Verbindung hat. Ein so erzogenes Kind wird dann in der Pubertät mit der Forderung konfrontiert, quasi aus dem Stand heraus zärtlich und gefühlvoll zu lieben. Wo die Fähigkeit dazu entstanden sein soll, bleibt ungewiss. Folglich können in ,,sexuelle" Wünsche und Handlungen mehr oder weniger unbemerkt völlig andere Interessen und Bedürfnisse aus verschiedenen Gefühlsbereichen eingehen.

Die Patienten sollten mittels Erinnerungen selbst klären, zu welchem Zweck sie in bestimmten Situationen sexuelle Beziehungen eingingen. So kann unter Umständen der Wunsch eine Rolle spielen, einen Orgasmus zu erreichen, um sich endlich wieder entspannt fühlen zu können. Andere Menschen haben Zärtlichkeit und Wärme nur in Zusammenhang mit Sexualität kennengelernt. Bei einigen Patienten bestehen ungeklärte Beziehungen zwischen Sexualität und aggressiven Impulsen. Die Patienten sollten In Zusammenhang mit Sexualität genauso subtil und sensibel auf Veränderungen ihrer Körpergefühle im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Situation achten, wie sie es sonst auch bei der Therapie gewohnt waren. Dabei geht es in diesem Fall nicht nur darum, diese Gefühle selbst zu registrieren, sondern sie jeweils angemessen dem Partner mitzuteilen. Auch die durch die Therapie

gelernte Fähigkeit, Gefühle nicht unbedingt beeinflussen zu müssen, sondern sie einfach aushalten zu können, führt bei sexuellen Kontakten zu einem anderen Erleben.

Da Primals besonders in entspannten Situationen entstehen (s.o.), kommt es manchmal auch während sexueller Beziehungen dazu. Der Partner eines Primärtherapiepatienten sollte darüber informiert sein, um nicht von der tiefen Trauer und Betroffenheit, in der sich sein Partner unerwartet befindet und die sich aus der äußeren Situation heraus nicht erklären lassen, überrascht und vielleicht

verletzt zu sein.
Nach einem Primal verliert sich fast schlagartig das Interesse an dem Problem, das einen Menschen über einen sehr langen Zeitraum hinweg hauptsächlich beschäftigt hat, und er geht einfach zur Realität des Tages über. Für den einfühlsamen Gesprächspartner (auch mit der Methode unerfahrene Therapeuten) ist eine solche Wendung oft unverständlich, und er mag vielleicht gekränkt sein, wenn er nicht rechtzeitig erkennen konnte, dass es sich hier nicht um ein normales Gespräch handelte, sondern dass es darum ging, intrapsychische Verknotungen zu lösen. Viele Patienten kennen nur die Möglichkeit, unangenehme Gefühle auszuagieren, oder sie zu verdrängen. Die Alternative dazu, nämlich Gefühle voll zuzulassen und zu registrieren ohne sie zugleich impulsiv in Handlungen umzusetzen, ist den wenigsten bekannt. Besonders viele weibliche Patienten betonten, dass ihrer Meinung nach Impulsivität als Ausdruck eines tieferen Empfindens zu werten sei. Sie konnten keine Unterscheidung zwischen Spontaneität und Impulsivität treffen. **In Zusammenhang mit der Therapie ist es aber wichtig. ein Gefühl tatsächlich erst zu einer tieferen Empfindung werden zu lassen, anstatt gleich bestimmte Impulse in Handlung umzusetzen und das Gefühl damit zu verändern.** In dem Maße, in dem die Patienten ein bestimmtes Gefühl annehmen und akzeptieren können, ohne es durch Handlungen zu beeinflussen, laufen Primals sehr viel leichter und müheloser ab, als es sich die meisten Patienten vorstellen können. Insofern ist der Hinweis, zu lernen nichts zu tun, was ein Gefühl verändert, von Wichtigkeit. Es reicht aus, Gefühle einfach zuzulassen und mit den damit verbundenen Erinnerungen zu arbeiten. Manchmal reicht es schon aus, einmal versuchsweise überhaupt nichts zu tun (auch nicht zu denken!), um sich unversehens von längst verschüttet geglaubten Gefühlen überflutet wiederzufinden.

IV. 14 ZEHNTE GRUPPENSITZUNG (Abschlussgespräch)

In der zehnten Sitzung, über deren Ablauf wir die Patienten vorher nicht informierten, sollten die Gruppenmitglieder wie üblich ihre Schwierigkeiten im Umgang mit der Therapie und die Fragen, die sich daran knüpften,

thematisieren. Im Gegensatz zu unserem sonstigen Vorgehen gaben aber nicht wir die Hinweise wie bei bestimmten Problemen vorzugehen sei, sondern die anderen Teilnehmer sollten dem Fragenden mitteilen, wie sie selbst mit diesem Problem mit Hilfe der gelernten therapeutischen Techniken umgingen. Es ging also nicht darum, dass die anderen Patienten die Funktion von Therapeuten übernehmen sollten, sondern sie sollten laut darüber nachdenken, wie sie selbst mit einem ähnlich gelagerten Problem umgehen würden. Dieses Vorgehen erlaubte uns einen gewissen Einblick, wie unsere Instruktionen von Patienten aufgenommen und verarbeitet worden waren. Mögliche Missverständnisse kamen zum Vorschein und konnten korrigiert werden. Die Patienten merkten zudem bei dieser Gelegenheit überdeutlich, dass sie zwar die Fähigkeit erworben hatten, mit ihren eigenen Problemen besser umzugehen, sich dadurch aber keineswegs zu Therapeuten qualifiziert hatten. Daran lag uns besonders, da die Primärtherapie ausdrücklich das einzelne Individuum als allein kompetenten ,,Therapeuten" für sich selbst anerkennt. Im Anschluss an diesen Abschnitt wollten wir unseren Patienten einen Eindruck darüber vermitteln, wie die Therapie in der Selbstanwendung typischerweise verläuft, da theoretische Instruktionen gerne einen zu glatten und dadurch unrealistischen Eindruck von dem „Therapiealltag“ vermitteln. Wir lasen dazu, mit Einverständnis der Schreiberin, aus einem Brief vor, den uns eine Patientin nach etwa einem Jahr Selbsttherapie an uns geschrieben hatte. Die entsprechenden Zitate sollen auch hier wiedergegeben werden:

,,Zu Eurem üblichen Fragebogen mochte ich Euch heute einmal kurz schildern, wie ich mit der Therapie so bisher vorangekommen bin. Ein paar Sachen hatte ich ja auch schon mal am Telefon erzählt, aber ich bin mir eigentlich jetzt erst so einigermaßen klar, wie weit ich nun wirklich schon bin und wie viel ich euch falsch gemacht habe. Das schlimmste für mich war die Anfangszeit, wo ich die ersten Versuche machte, Theorie in Praxis umzusetzen. ich wollte sofort alle Neurosen am liebsten auf einmal loswerden und versuchte mit Gewalt, Gefühle aus mir rauszupressen, heulte genug dabei oder

steigerte mich in Wutanfälle hinein und dachte, ich würde Therapie machen. Das ging eine ganze Weile so und war sehr unbefriedigend. Ich merkte, dass ich mit der Theorie im Kopf kein Patentrezept in der Hand hatte, um an meine Gefühle ranzukommen und dass ich mit Gewalt schon gar nicht Therapie machen konnte. Nach einer Phase großen Selbstmitleides: Warum hilft mir niemand- ich schaffe es nicht die Therapie ist die Hölle, überlegte ich mir, was ich falsch gemacht hatte. Hatte ich doch alles so schön angewendet wie ich es gelesen hatte oder wie ihr es mir gesagt hattet und Bilder hatte ich doch schon, aber warum war ich noch keinen Schritt weiter gekommen? Es brach ein Haufen von Gefühlen auf mich ein, mit denen ich von jeher nie besser umzugehen verstand, als sie auszutoben, auszuschreien, auszukotzen oder auszuheulen, aber nicht sie auszuhalten. Ich konnte mir nicht vorstellen, dass es auch vollkommen undramatisch geht. Das war das

erste was ich lernen musste und ich bekam so langsam eine Vorstellung von der Therapie, wie sie wohl sein sollte oder bei mir sein wird. Der nächste Schritt war ich. Ohne Dramatik kam ich mir sehr nah. Ich musste mir eingestehen, dass ich mich am wenigsten auf mich selbst verlassen kann, dass ich mich belüge, betrüge, einfach immer wieder linke, wo es nur geht. Mit dieser neuen Erkenntnis musste ich nun lernen, ohne Panik umzugehen.

Die Therapie ließ keine Kompromisse zu, ich musste um voranzukommen aufhören mich zu bescheißen. Von da an brauchte ich nicht mehr nach Bildern zu suchen, sie kamen ganz von selbst. Ich wurde sensibel für meine Gefühle. Ich kam dann an eine Phase, wo ich meinen Eltern (bei vielen, vielen Bildern) das sagte, was ich ihnen nie sagen konnte und zu meinem Erstaunen war es sehr viel. Dann musste ich erst mal wieder stark abblocken. Erst konnte ich es nicht eilig genug haben und jetzt fing ich an, mich mit Händen und Füssen gegen die Therapie zu wehren. Ich hatte Angst, weiter in meinen Gefühlen rumzuwühlehn. Ich fing an, mich auf einmal an meine Neurosen zu klammern. Ich musste akzeptieren, dass ich so geworden war. Dazu musste ich mich auch wichtig und ernst genug nehmen und dabei kam ein anderes ,, altes Gefühl" hoch, nämlich das Gefühl, dass ich die Therapie nicht schaffen werde, ich habe ja noch nie was

geschafft, ich werde versagen. Das passierte alles so ungefähr im ersten Halbjahr meiner Therapie. Übrigens hatte ich in der Zeit auch angefangen, mir alles aufzuschreiben und konnte nun auch meine einzelnen Entwicklungsstadien gut verfolgen. Das alles beschäftigte mich erst mal eine Weile, meine Zeit war ausgefüllt mit Flucht und Selbstmitleid und sich immer wieder zur Therapie zwingen müssen.

2. Abschnitt: Ich hatte mit Dir, Philipp, gesprochen und mir die Bestätigung geholt, dass man die Therapie auch nur macht, wenn der Druck stark genug ist. Denn ich hatte mich gefragt, wieso ich mit bestimmten Sachen nicht Therapie machen konnte. Das waren eben alles Sachen wo der Druck nicht stark genug war. Doch über zu wenig Druck konnte ich mich bei vielen anderen Sachen nicht beklagen, doch da versuchte ich vor diesem Druck wegzulaufen. Ich fühlte mich in die Enge getrieben und ich versuchte mich von dem immer größer werdenden Druck abzulenken. Ich hatte genug von ,, Gefühlen" und ,,Bildern". Ich wollte einfach keine Bilder mehr sehen. oder wollte die Bilder ohne Gefühle sehen können, Außenstehende bleiben können, wie bei einem Kinofilm, der zwar schlimm ist, mich aber nicht betrifft. Ich wollte die Bilder nicht wahr haben. Ich wollte meine Eltern nicht wahr haben. Ich wollte es auch nicht wahrhaben, dass ich so geworden bin, auch wenn ich hundert mal nichts dafür gekonnt habe. Ich erlag erst mal wieder allen Süchten, vor allem der Sucht nach einer heilen Welt mit viel Dope, Musik und Träumen. Doch die Spannungen in mir blieben und sie wurden immer größer. Es machte sich wieder ,,Panik" breit. Ich merkte das ,, Träume" für mich keine Stütze mehr waren. Sie befriedigten mich nicht mehr und das war schlimm. Ich wollte meine Träume nicht verlieren, ohne sie wollte ich nicht leben, denn wie sollte ein Leben ohne Träume sein?

Jetzt sind ungefähr 11/2 Jahre Therapie bei mir um. Um Therapie machen zu können, habe ich alles ablegen müssen, was ich früher an Verdrängungsmechanismen angewendet hatte. Ich kann mich heute nicht mehr belügen, ohne dass ich nicht spätestens nach ein paar Tagen merke, dass ich mir was vorgemacht habe. Ich kann nichts mehr tun, ohne an meine Kaputtheit erinnert zu werden und seit ich sie

akzeptiert habe, funktioniert kein Verdrängungsmechanismus mehr gescheit. Je mehr Therapie ich gemacht hatte, desto ehrlicher musste ich zu mir werden, ich bekam immer mehr eine Vorstellung von meiner Realität. Auch dass die Therapie aus mir keine Prinzessin macht, hatte ich doch auch am Anfang gehofft, dass die Therapie aus mir einen ganz tollen ,,Menschen" macht. Meute weiß ich, dass sie aus einem neurotischen Durchschnittsmenschen einen gesunden Durchschnittsmenschen machen kann und mehr möchte ich auch nicht sein.

Zur Zeit bin ich in der Therapie an einem Punkt angelangt, wo ich die positiven Veränderungen an mir feststelle und mich darüber freue, dass die Therapie mir schon eine ganze Menge gebracht hat, aber dann auch gleichzeitig merke, was für ein langer Weg noch vor mir liegt, wie klein die Schritte sind, die man immer nur macht und das Bewusstsein, dass es keine Flucht mehr gibt, die einen nicht doch wieder einholt. Dall ich keinen Trost mehr finde in Selbstmitleid oder unerfüllbaren Träumen, dass ich endlich und lieber was Realitätsbezogenes machen möchte, was mich wirklich weiter bringt und dass ich meine Erwartungen soweit herunterschrauben muss, dass ich bei vielen kleinen Schritten auch nur kleine Erfolge haben kann, aber das die kleinen Schritte mich auch dahin bringen, wo ich hinkommen will. Meine Veränderungen haben sich mehr so eingeschlichen. Dass ich z.B. als mir etwas nicht gelang, (es war ein Kuchen) ich es nicht mehr so wie früher in die Ecke gefeuert habe. Meine Enttäuschung darüber zwar gefühlt habe, aber ich konnte sie fühlen ohne dabei wütend zu werden oder zu heulen. Ich konnte Enttäuschung ertragen, ich war ihr nicht mehr hilflos ausgeliefert. Das passiert mir jetzt bei so vielen Dingen, wo ich früher auch total aggressiv geworden wäre, mich ,,angemacht" gefühlt hätte oder dass ich heute Sachen tue, die ich früher nicht gekonnt hätte, die ich mir auch nicht zugetraut hätte, jetzt tue ich sie einfach.

Ich kann auch nicht sagen, wann ich nun ein Primal gehabt habe. Ich weiß nur, dass ich schon welche gehabt haben muss, weil ich eindeutig mit vielen Sachen bereits klar komme. Ich weiß, dass ich Aha- Erlebnisse bei Bildern hatte, die sich wie von selbst

zueinander fügten, wie bei einem Puzzlespiel, wo man endlich die fehlenden Stücke gefunden hat, aber das ging immer so ruhig über die Bühne, das ich es immer erst danach begriffen hatte, was jetzt eigentlich abgelaufen war."

Zum Schluss vermittelten wir noch unsere eigene Erfahrung, dass die einmal gelernten primärtherapeutischen Techniken im Bedarfsfall immer wieder angewendet werden können (und werden), dass aber die eigentliche medizinisch notwendige Phase der Therapie nach unserer Ansicht dann abgeschlossen ist, wenn damit diejenigen Probleme aufgelöst werden konnten. die eine echte Behinderung des Patienten darstellten und sein Leben auf Kompensationsbemühungen eingeengt hatten.

Zu guter letzt teilten wir noch die Beobachtung mit, dass in der Therapie fortgeschrittene Patienten körperliche Krankheitszustände bisweilen nicht mehr generalisiert. im Sinne eines allgemeinen Krankheitsgefühls erleben und daher nicht selten bagatellisieren. Um dadurch nicht mögliche Krankheitszustände zu verschleppen, baten wir die Patienten, sich im Zweifelsfall lieber ärztlich beraten zu lassen.

V. DISKUSSION

Das vorgestellte Verfahren einer Anleitung von Patienten zur selbstständigen Anwendung einer Primärtherapie nach A.JANOV, in der Art und Weise wie wir es mit unseren Patienten durchgeführt haben, hatte zum Ziel, die Patienten in den Stand zu versetzen, ohne weitere Hilfe von Psychotherapeuten ihre Therapie selbständig durchzuführen. Wie sich bei der Nachuntersuchung mit Hilfe des Fragebogens mit einer Rücklaufquote von etwa 90% zeigte, konnte dieses Ziel bei mehr als einem Drittel unserer Patienten auch erreicht werden.

Bei enger Indikationsstellung scheint das Verfahren insbesondere für solche Patienten geeignet zu sein, die schon vor Beginn der Therapie in der Lage waren, kontinuierlich, über einen längeren Zeitraum hinweg, Anstrengungen zu unternehmen, um ein bestimmtes Ziel zu ereichen. Dies ist insbesondere bei solchen Menschen gegeben, die ein hohes Maß von Energie darin investiert haben, ein bestimmtes, selbstgestecktes Lebensziel zu erreichen und die, obwohl sie nach ihren eigenen Angaben äußerlich all das erreicht haben, was sie erreichen wollten, feststellen müssen, dass sich damit nicht die Art von Lebensgefühl eingestellt hatte, die von ihnen erwartet worden war.

Auch Patienten, die unter erheblichen psychosomatischen Beschwerden leiden, wenden nach unserer Beobachtung die Therapie solange konsequent an, bis die Beschwerden nachgelassen haben oder verschwunden sind.

Für alle jene Patienten, die nicht bereit oder in der Lage sind, wenigstens zeitweise eine Distanz zu ihrem eigenen Erleben und Verhalten zu finden, wie dies besonders oft bei Abhängigen oder süchtigen Menschen der Fall ist, ist unser Verfahren selbstverständlich nicht geeignet, da ihnen gewöhnlich die notwendige Disziplin zu selbständiger Arbeit fehlt.

Eine erstaunlich große Anzahl von Patienten hat nie gelernt, zwischen

Glauben, Einstellungen, Meinungen, Empfindungen und Gefühlen zu unterscheiden und deren Zustandekommen zu hinterfragen. Für solche Patienten scheint die in unserem Verfahren gegebene Möglichkeit, ein plausibles und für sie handhabbares inneres Ordnungssystem entwickeln zu können, welches ihnen den Kontakt mit ihrer sozialen Umwelt vereinfacht, schon eine entlastende, stressreduzierende und dadurch heilsame Funktion zu haben.

Nach unserer Beobachtung brachte die unserem Therapiekonzept zugrunde liegende Vorstellung, nach der Menschen nicht nur als geistige Wesen begriffen werden dürfen, sondern darüber hinaus auch als hochkomplexes, leicht störbares, biologisches System angesehen werden müssen. einigen Patienten unmittelbar

Erleichterung, ohne dass sie tatsächlich die Therapie angewendet und bestimmte psychische Problem über Primals aufgelöst hatten. Für Menschen, die mehr entsprechend ihrer Ideen und Vorstellungen leben, die etwa ihre körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit als limitierenden Faktor nicht in ihre Erwartungen an sich selbst miteinbeziehen, ist die Rückbesinnung auf unmittelbare Empfindungen insofern schon hilfreich, als sie nun spüren (fühlen) können, dass sie schwach oder müde sind, anstatt sich mit ihren Vorstellungen zu vergleichen und sich, wenn sie Leistungen, die sie sich selbst abverlangen, aber in der augenblicklichen Situation so nicht erbringen können, vielleicht als Versagen zu diffamieren. Insofern werden bei dieser Therapie weniger bestimmte Deutungen, die aus moralischen Wertvorstellungen erwachsen, zur Beurteilung des jeweiligen physischen und psychischen Zustandes herangezogen, sondern auch die Wahrnehmungsqualitäten der zu einer jeweiligen Zeit gespürten Empfindungen werden als Grundlage von Entscheidungsfindungsprozessen begriffen, akzeptiert und bewusst herangezogen. Einige Patienten scheinen damit bereits gefunden zu haben, was sie suchten.

Es fällt mir schwer einzuschätzen, ob die Vermittlung von Informationen, wie etwa über die physiologische Grundlage von Gefühlen, Ergebnisse der Stressforschung und der Hirnforschung zusammen mit dem Vorgehen, wie es aus den ersten Einzelsitzungen beschrieben ist, schon den Anspruch erheben kann, eine psychotherapeutische Behandlung darzustellen. Zumindest scheint die Information über die Notwendigkeit, innere Empfindungen wieder gezielt wahrzunehmen, anstatt sie zu ignorieren, gemeinsam mit der Weitergabe der anderen genannten Informationen bei den Patienten oft bereits Veränderungen Ihrer Einstellungen hervorzurufen, die die wichtigste Grundvoraussetzung für darauf oftmals folgende Verhaltensänderungen darstellen.

Für diesen Vorgang bedarf es keines Primals. Möglicherweise handelt es sich aber auch bei einem Primal nur um eine Sonderform von Aha-Erlebnis, die ihrerseits den Weg für weitere, bis dahin blockierte Lern- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Von Vorteil bei dem Verfahren ist, dass die Patienten zeitlich unabhängig und unbeeinflusst, entsprechend ihrem

eigenen Rhythmus die Therapie anwenden können. Die Methode lässt sich stets einsetzen, wenn der Patient sie braucht oder für notwendig hält. Das Stadium, in dem sich jemand wieder als gesünder und handlungsfähiger erlebt, wird mit Hilfe der Therapie oft schon nach einem Jahr erreicht. Aber selbst dann, wenn der Patient schon wieder handlungsfähiger geworden ist und seine unmittelbare Eingeengtheit überwunden hat, lässt sich die

Methode bei Bedarf immer wieder einsetzen. Ein Primal wird auch nach Jahren immer noch als erleichternd erlebt, selbst wenn keine dringende Notwendigkeit mehr besteht, psychische Probleme zu bearbeiten.

Dass die Therapie in Stufen verläuft ist wohl auch darauf zurückzuführen, dass die Patienten durch neu gewonnene Einsichten und den Verlust bestimmter typischer unangenehmer Empfindungen in die Lage versetzt werden, neues zu erleben oder alte Defizite auszugleichen. Auf dieser Ebene werden sie dann unter Umständen mit Problemen konfrontiert, die vorher durch gravierendere Schwierigkeiten verdeckt gewesen waren.

Einige Patienten wünschten sich daher, in etwa einjährigen Abständen ihre derzeitige Situation mit einem Therapeuten in der Gruppe besprechen zu können, um Hilfestellung bei bestimmten technischen Schwierigkeiten mit der Therapie zu erhalten und auch, um aus den Fehlern und der Entwicklung anderer Patienten Anregungen für die eigene Therapie zu erhalten. Dieser Aspekt sollte zukünftig mehr berücksichtigt werden.

Nach wie vor ungelöst scheint mir das Problem der Motivation für eine ernsthafte Selbstexploration zu sein. Mir scheint, dass sich die echte innere Bereitschaft zur Veränderung möglicherweise bei näherer Untersuchung als der entscheidende therapeutische Wirkungsfaktor erweisen könnte. Dass dieser nicht nur von intralndividuellen Faktoren abhängt, ist aus medizinsoziologischen Untersuchungen bekannt, nach denen auch die soziale Lage, der Bildungsstand, das Alter, soziale Einbettung und die Fähigkeit zu bestimmten Bewältigungsstrategien Gesundheitsverhalten und Einsichten beeinflussen.

Mit der hier vorgestellten Methode behandelten wir Patienten beiderlei Geschlechts mit:

Neurotischer Depression
Reaktiver Depression
Hypochondrischer Neurose Hysterischer Neurose
Angstneurose
Medikamentenmissbrauch
Alkoholmissbrauch
Polytoxikomanie

Manisch- depressiver Psychose (im Intervall)
Halluzinatorisch- schizophrener Psychose (im Intervall)
Paranoider Psychose (im Intervall)
Psychogenen Funktionsstörungen
Psychogenen Organstörungen mit und ohne Gewebeschädigung
Somatischen Störungen mit psychogener Überlagerung

im Alter zwischen 18 und 82 Jahren. Dabei erwies sich, dass die Methode an Patienten mit somatischen oder psychosomatischen Störungen wesentlich besser zu vermitteln war, als an Patienten mit Neurosen ohne somatische Symptomatik. Insbesondere hysterische Neurosen sprachen auf die Methode nicht adäquat an, da von Patienten mit solchen Störungen eine passive konsumierende Haltung eingenommen wurde, die im Gegensatz zum Prinzip der Selbstbehandlung steht. Bei den Psychosen erwies sich die Methode als entängstigend und hilfreich in der Bemühung um Krankheitseinsicht und Compliance. Ein niedriger Bildungsstand war kein bedeutendes Hindernis bei der Vermittlung der Methode. In einigen Fällen hatten wenig gebildete Patienten den Vorteil, Handlungsanweisungen leichter und schneller auf sich zu beziehen und anwenden zu können.

LITERATURVERZEICHNIS

1 Birbaumer, N.: Neuropsychologie der Angst, München <Urban & Schwarzenberg) 1973

2 Bond, D.D., 1952, zit. nach Birbaumer, N.: Neuropsychologie der Angst, München (Urban & Schwarzenberg) 1973

3 Borbely. A.: Das Geheimnis des Schlafs, München (Deutscher Taschenbuch Verlag) 1987

4 Bowlby, J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit, München (Kindler) 1973

5 Bühler, K.: Abriss der geistigen Entwicklung des Kleinkindes, Jena (Quelle & Meyer) <1922) 1967

6 Bürger- Prinz, H.: Ein Psychiater berichtet, Hamburg (Hoffmann und Campe> 1971

7 Buser, K.; Kaul, U. (Hrsg.): Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie, Stuttgart (G.Fischer) 1978

8 Cannon, W.B.: Wut, Hunger, Angst und Schmerz, München (Urban & Schwarzenberg) (1915) 1975

9 Chandler, B.C.; Parsons, O.A.: Altered Hemispheric Functioning under

Alcohol, J.Studies in Alcohol 38/3, 1977, 381- 389

10 Dahmer, J.: Anamnese und Befund, Stuttgart (Thieme) 1978
Dement: Some must Watch while some must Sleep, San Francisco <Freeman) 1974 zit. nach Borbely, A., 1987

11 Drewer, J.; Fröhlich, W.D.: dtv- Wörterbuch zur Psychologie, 5. Aufl. München (Deutscher Taschenbuch Verlag) 1972

12 Eibl- Eibesfeldt, 1.: Die Biologie des menschlichen Verhaltens, München (Piper> 1984

13 Elf!, *A.E.v.* (Hrsg.): Seelische und körperliche Störungen durch Stress , Stuttgart (G. Fischer) 1976

14 Epstein, 5., in: Birbaumer, N.: Hrsg. 1973: 217

15 Ewert, 0. in: Drewer/Fröhlich Hrsg.1972

16 Freud, 5.: Die Traumdeutung. Gesammelte Werke Bd.213, London <Imago) 1940- 52

17 Gazzaniga, M.S.; Le Doux, J.E.: Neuropsychologische Integration kognitiver Prozesse, Stuttgart (Enke) 1983

18 Gendlin, E.T.: Focusing, Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme, Salzburg (Otto Müller) 4.

Aufl. 1984

19 Görres, A.: Methode und Erfahrungen der Psychoanalyse, München (Kösel) 1958

20 Görres, A.: Sinn und Grenzen biographischer Methoden in der psychosomatischen Medizin, In: Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und medizinische Anthropologie, 11. Jahrgang 1964 Heft 3/4, 319- 342

21 Görres, A. in: Elf!, A.W.v., Hrsg. 1976

22 Görres, A.: Die Primärtherapie Arthur Janovs, in: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Zürich (Kindler) 1977

23 Grof, 5.: Topographie des Unbewussten: LSD Im Dienst der tiefenpsychologischen Forschung, Stuttgart (Klett- Cotta)1985

24 Haider, P.: Verhaltenstherapie, Stuttgart (Kohlhammer) 1973

25 Hassenstein, 8.: Verhaltensbiologie des Kindes, München (Piper) 1973

26 Hassenstein, 8.: Instinkt, Lernen, Spielen, Einsicht, München (Piper) 1980

27 Hemminger, H.: Flucht in die Innenwelt, Frankfurt/M (Ullstein) 1980

28 Hemminger, H.: Kindheit als Schicksal?, Relnbek <Rowohlt) 1982

29 Hemminger, H.J.; Becker, V.: Wenn Therapien schaden, Reinbek (Rowohlt) 1985

30 Hinde, R.A ,: Das Verhalten der Tiere, Frankfurt/M (Suhrkamp)1987

31 Hohmann, G.W. zit. n. Birbaumer, N., 1973
32 Hume, D.: Eine Untersuchung über den menschlichen Verstand, Stuttgart (Felix Meiner) (1748> Neuauflage 1967

33 Irefzer, 5.; Gutjahr, L.; List, E.; Hinrichs, H., 1987

34 Janov, A.: The Primal Scream, New York (Laurel Edition, published by Dell Publishing, Co. Inc.) 1970

35 Janov, A.: Der Urschrei, Frankfurt/M (5. Fischer) erw. Neuauflage 1973

36 Janov, A.: Anatomie der Neurose, Frankfurt/M. (5. Fischer) 1974(a)

37 Janov, A.: Das befreite Kind, Frankfurt/M (5. Fischer)

38 Janov, A.: Revolution der Psyche, Frankfurt/M (5. Fischer) 1978(b)

39 Janov, A.: An Interview with Arthur Janov: Comments on the Theory and Practice of Primal Therapy, J. of Primal Therapy, Vol. IV, Nr. 1, 1977(a), 82- 83

40 Janov, A.; Holden, E.M.: Das neue Bewusstsein - Primal Man, Frankfurt/M <5. Fischer) 1977(b)

41 Janov, A.: Gefangen im Schmerz, Frankfurt/M (5. Fischer) 1981

42 Janov, A.: Frühe Prägungen, Frankfurt/M. (5. Fischer) 1984

43 Kagan, J.: The Nature of the Child, New York (Basic books) 1984 zit. nach Zimmer, D.E. 1986

44 Kielholz, P., et ai. Hrsg.: Psychosomatlsche Herz- Kreislauf- Störungen: Wann und wie behandeln?, Bern (Hans Huber) 1982

45 Klix, F.: Erwachendes Denken, Eine Entwicklungsgeschichte der menschlichen Intelligenz, Berlin (VEB Deutscher Verlag der Wissenschaft) 1980

46 Kovách, A.G.B.: Kardiovaskuläre Regulation und Gehirnschädigung im schweren, durch Blutung ausgelösten Strellzuatand, In Elff, A.W.v., Hrsg. 1976

47 Lazarus, R.S.: Emotions and Adaption: Conceptual and Empirical Relations, In: Arnold, W.J., Hrsg: Nebraska Symposlon on Motivation, Lincoln (Univ. of Nebraska Press) 1968 zit. Nach Birbaumer, N., 1973

48 Leuner, H.: Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens, Bern (Hans Huber) 2. Aufl. 1987

49 Lorenz, K.: über tierisches und menschliches Verhalten, Band II, München (Piper) 1965

50 Lorenz, K.: Das sogenannte Böse, Wien (Dr. G. Borotha- Schöler Verlag) 1968

51 Lorenz, K.: Vergleichende Verhaltensforschung, München (Deutscher Taschenbuch Verlag) 1982

52 Lorenz, K.; Wuketits, F.M., Hrsg.: Die Evolution des Denkens, München (Piper) 1983

53 Lowen, A.: Bioenergetik, Reinbek (Rowohlt taschenbuch Verlag) erw. Neuaufl. 1988

54 MacLean, P.D.: A Triune Concept of the Brain and Behaviour, Toronto (Univ. of Toronto Press) 1973

55 Michel, 5.: Zur Entstehung und Durchführung eines Orientierungskurses für Erstsemester am Institut für Soziologie im Fachbereich 11 der Freien Universität Berlin, Berlin (unveröffentlichte Diplomarbeit) 1982

56 Miller, A.: Das Drama des begabten Kindes, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1979

57 Mittelsten- Scheid, D.: Geburtshilfe für Erwachsene, Psychol. heute 4, 1979, 63- 67

58 Montagu, A.: Körperkontakt, Stuttgart (Klett- Cotta) 1982

59 Moreno, J.L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Stuttgart (Thieme) 1973

60 Nathan, P.: Nerven und Sinne, Frankfurt/M (5. Fischer) 1975

61 Oerter, R.: Moderne Entwicklungspsychologie, Donauwörth (Verlag Ludwig Auer) 1972

62 Pawlow, I.P.: Essai d'une Interpretation physiologlque de l'hysterie, Encphale, 28, 1933, 285- 293, zit. n. Haider, P. 1973

63 Penfield, W.: 1952

64 Richter, H.E.: Patient Familie, Reinbek (Rowohlt Taschenbuch Verlag) 1972

65 Rosenberg, W.E.: Theoretische Grundlagen einer Weiterentwicklung der Primärtherapie nach Arthur Janov, München (unveröffentlichte Dissertation) 1987

66 Rosenman, R.H.; Chesney, M.A.: Psychologische Profile und koronare Herzkrankheit, in Klelholz, P~, et al. Hrsg., 1982

67 Schachter, S.J., Singer J.E.: Cognitive, Sodal and Physiological Determinants of Emotional State, Psychol. Rev. 69, 1962, 379- 399

68 Schostak, M.: Nlsa erzählt- Das Leben einer Nomadenfrau in Afrika, Reinbek (Rowohlt Taschenbuch Verlag) 1982

69 Seitelberger, F.: Neuroblologische Aspekte der Intelligenz, In Lorenz, K.; Wuketits, F., Hrsg. 1984

70 Selye, H.: Stress, Reinbek <Rowohlt Taschenbuch Verlag) 1977

71 Silbernagl, 5.; Despopoulos, A.: Taschenatlas der Physiologie,

Stuttgart (Thieme) 1979

72 Spaemann, R.; Löw, R.: Die Frage Wozu?, München (Piper) 1985

73 Stahl, G.E.: Ober den mannigfachen Einfluss von Gemütsbewegungen auf den menschlichen Körper, Halle 1695 Neuaufl., Leipzig (Johann Ambrosius Barth) 1961

74 Tricklebank, M.B.; Curzon, G. Hrsg.: Stress Induced Analgesia, Cichester (John Wiley & Sons) 1984

75 Uexküll, J.v. zit. nach Hinde, R.A.: Das Verhalten der Tiere, s.d.

76 Uexküll, T.v. Hrsg.: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin,1.Aufl. München (Urban & Schwarzenberg) 1979

77 Vester, F.: Phänomen Stress, Stuttgart (Deutsche Verlagsanstalt) 1976

78 Vold, M.: Ober Halluzinationen, vorzüglich Gesichtshalluzinationen auf der

Grundlage von cutan- motorischen Zuständen und auf derjenigen von vergangenen Gesichtseindrücken, Allg. Zeitschr. f. Psych. 57, 1900, 834

79 Watson, J.P.; Rayner, R.: Conditioned emotional reactions, 1. Exp. Psychol. 3, 1920, 1- 14

80 Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, P.D.: Menschliche Kommunikation, Bern (Hans Huber) 1972

81 Weiss, J.F.: Psychological Factors in Stress and Disease, Sci. Amer. 262,6, 1972, 104 zit. n. Vester, F. 1976

82 Wickler, W.: Sind wir Sünder?, München (Droemer Knaur) 1969

83 Ziehe, T.: Pubertät und Narzissmus, Frankfurt/M (Europäische Verlagsanstalt) 1975

84 Zimmer, D.E.: Tiefenschwindel, Reinbek (Rowohlt) 1986