

Erlebnisgedächtnis, Wiedererleben und posttraumatische Störungen

Siegfried Petry

Höchberg, Deutschland

Keywords: Experience Memory; Re-enactment; Post-traumatic Disorders

Abstract: *Experience Memory, Re-enactment and Post-traumatic Disorders.* To begin with, the phenomenon of re-enactment, a phenomenon that can be observed in various settings, is presented and its many components described. On the basis of very varied observations, re-enactment is characterised as a repeated perception of sense impressions from a previously experienced situation and reproduction of the state of the organism at that time. This leads to the assumption that there is an “experience memory” which can be clearly distinguished from the cognitive memory, which functions independently of the latter and which, in terms of evolution, is apparently a very old, non-cognitive form of memory that can also be shown to exist in animals. On the basis of this hypothesis, re-enactment is the holistic, non-cognitive counterpart of cognitive remembering. The hypothesis provides an explanation for various phenomena that we have known about for quite some time, including eidetic visualisation, exceptional memory performance, perfect pitch, acoustic perception while under anaesthetic, classical and operant conditioning, and generalisations in conditioning, panic disorders and phobias. It explains how post-traumatic stress disorders, phobias and compulsions, certain forms of depression and other types of psychological and psychosomatic disorders can arise by situation-induced re-enactment of earlier traumatic experiences, the content of which has been stored in the experience memory. “Psychotherapeutically Supported Systematic Re-enactment”, a technique developed by the author, can be used to resolve such disorders. The technique has also been successfully used in the treatment of infants and babies.

Zusammenfassung: Zunächst wird das bei verschiedenen Anlässen beobachtbare Phänomen des Wiedererlebens dargestellt und es werden seine zahlreichen Komponenten beschrieben. Aufgrund vielfältiger Beobachtungen wird Wiedererleben charakterisiert als neuerliches Wahrnehmen der Sinneseindrücke in einer früher erlebten Situation und Reproduktion des Zustands des Organismus zur damaligen Zeit. Dies führt zur Annahme der Existenz eines „Erlebnisgedächtnisses“, das sich deutlich vom kognitiven Gedächtnis abgrenzen läßt, unabhängig von diesem arbeitet und offenbar eine entwicklungsge- schichtlich sehr alte, nicht-kognitive Form von Gedächtnis ist und auch bei Tieren nachgewiesen werden kann. Auf der Basis dieser Hypothese ist das Wiedererleben ein organismisch ganzheitliches, nicht-kognitives Gegenstück des kognitiven Erinnerns. Die Hypothese ermöglicht die Erklärung verschiedener schon längst bekannter Phänomene wie

Korrespondenzanschrift: Siegfried Petry, Hans-Sachs-Str. 82, D-97204 Höchberg, Telefon (0931) 407689

Eidese, außergewöhnliche Gedächtnisleistungen, Absolutes Gehör, akustische Wahrnehmungen unter Narkose, Klassisches und Operantes Konditionieren, Generalisierung bei Konditionierungen, bei Panikstörung und Phobien. Sie erklärt die Entstehung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Phobien und Zwangsstörungen, gewisser Formen der Depression und anderer psychischer und psychosomatischer Störungen durch situativ angeregtes Wiedererleben früherer traumatischer Erfahrungen, deren Inhalte im Erlebnisgedächtnis gespeichert worden waren. Durch „Begleitetes Systematisches Wiedererleben“, einem vom Verfasser entwickelten Verfahren, können solche Störungen behoben werden. Das Verfahren wurde mit Erfolg auch bei der Behandlung von Kleinkindern und Säuglingen erprobt.

*

Das Phänomen des Wiedererlebens

Zunächst möchte ich Sie auf ein Phänomen aufmerksam machen, das gar nicht selten ist, aber nur selten als das erkannt wird, was es ist: das *Phänomen des Wiedererlebens*. Darunter verstehe ich das mehr oder weniger ausgeprägte, mehr oder weniger intensive *Wiedererleben eines früheren Ereignisses*, so als ob es gerade stattfände. Was dies im einzelnen bedeutet, werde ich später genauer beschreiben.

Wo begegnet uns das Wiedererleben?

- Ansatzweise im Alltagsleben: Meist ist es ein besonderer Geruch oder Geschmack, manchmal auch eine bestimmte Farbe oder eine besondere Situation, die uns plötzlich für einen kurzen Augenblick an einen anderen Ort und in eine andere Zeit zu versetzen scheint. Eine mehr oder weniger vage Erinnerung blitzt auf und verschwindet wieder; ein seltsames, lange nicht empfundenes Gefühl steigt in uns auf, eine merkwürdige Stimmung ergreift uns – und ist schon wieder verschwunden, bevor wir sie festhalten und mit einem bestimmten Ereignis unseres Lebens in Verbindung bringen könnten. Wir spüren nur, daß diese Erscheinung von ganz anderer, tieferer und intensiverer Art ist als gewöhnliche Erinnerungen, wie wir sie häufig haben.

Manchmal äußern sich die Spuren des Wiedererlebens auch darin, daß ein an sich belangloses oder doch harmloses Ereignis uns unangemessen erregt oder verstimmt und uns die Laune verdirbt, oder wir beobachten an uns – oder anderen – merkwürdige, irrationale, überzogene Reaktionen und Verhaltensweisen, über die wir uns nachher nur wundern können. Der eigentliche Grund aber bleibt uns meist verborgen.

Sind wir aber erst einmal auf dieses Phänomen aufmerksam und sensibel dafür geworden, dann können wir es öfter beobachten, und wir entdecken auch, daß es uns in der Literatur schon immer wieder einmal begegnet ist oder fortan begegnet: Man sieht eben nur, was man schon weiß (Goethe). Und zwar können wir das Phänomen finden:

- In der autobiographischen wie in der fiktionalen Literatur: Großartigstes Beispiel dafür ist der siebenteilige Romanzyklus „Auf der Suche nach der verlorenen Zeit“ von Marcel Proust, der seine Entstehung ganz und gar dem Phänomen des Wiedererlebens verdankt. Ein anderes Beispiel ist der Roman „Das Boot“ von

Lothar Günther Buchheim, der von sich einmal sagte, er habe nach dem Kriege 30 Jahre lang auf dem Boot gelebt. Hier erscheint das Wiedererleben gleichsam als Dauerzustand oder doch als fortwährender Bestandteil des Alltags.

Aber auch deutliche Hinweise auf nur *kurze, blitzlichtartige Episoden des Wiedererlebens* sind in der Literatur weit verbreitet: Dichter und Schriftsteller wissen oft mehr als Gelehrte.

- Psychiatrisch aktenkundig geworden ist das Phänomen „Wiedererleben“ als sehr unangenehmes Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung, wo es sowohl im Wachzustand als auch in wiederholten Alpträumen auftreten kann. Soldaten des Stellungskrieges in Frankreich während des ersten Weltkriegs und U-Boot-Fahrer beider Weltkriege waren davon betroffen, später die Veteranen des Vietnamkrieges und kürzlich die Opfer der Greuelthaten im ehemaligen Jugoslawien. Im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ (DSM III R) heißt es darüber: „Zu den charakteristischen Symptomen (der Posttraumatischen Belastungsstörung) gehören das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses . . .“ und später: „Das traumatisierende Ereignis kann auf verschiedene Weise wiedererlebt werden. Häufig hat die Person wiederholte, sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis oder wiederholte, stark belastende Träume, während derer das Ereignis noch einmal durchlebt wird. In seltenen Fällen kommt es zu dissoziationsartigen Zuständen, die einige Sekunden, mehrere Stunden oder sogar Tage dauern können, bei denen das Ereignis teilweise wieder durchlebt wird und die Person sich so verhält, als ob sie das Ereignis gerade durchsteht.“

- Das Wiedererleben begegnet uns auch in Regressionstherapien (Primärtherapien), wo es allerdings meist prä- und perinatale Geschehnisse betrifft, sowie in provokativen Spielarten von „Psychogruppen“, wo es zwar provoziert und – falls es eintritt – begrüßt und bestaunt wird, wo es aber ebenfalls in seinem Wesen unverstanden bleibt und mit ihm nicht sachgemäß umgegangen werden kann.

- Schließlich finden wir das Wiedererleben besonders ausgeprägt bei der von mir entwickelten therapeutischen Methode des „Begleiteten Systematischen Wiedererlebens“ (BSW). Hier wird das Wiedererleben *systematisch* herbeigeführt und zur *Aufdeckung und Überwindung traumatischer Erfahrungen* der behandelten Person genutzt. Dabei ist es gleichgültig, in welchem Lebensalter die Person die traumatische Erfahrung gemacht hat: in einer frühen Phase der Schwangerschaft, im Babyalter, in der Jugend oder in der allerjüngsten Vergangenheit, zum Beispiel vor einer Stunde. (Nach einer Vergewaltigung oder einem Raubüberfall kann das BSW als psychologische Erste Hilfe eingesetzt werden, wodurch schädliche und störende Nachwirkungen des Erlebten an der Wurzel unterbunden werden können.)

Fallbeispiel 1: Psychologische Erste Hilfe

Susanne, Medizinstudentin, wurde im Sommer 1995, eine Woche vor Beginn ihrer Abschlußexamina, abends auf einem abgelegenen Parkplatz von zwei Männern überfallen und ausgeraubt. Susanne fuhr, noch im Schock, nicht etwa zur Polizei, sondern 30 km weit zu ihrer Studentenwohnung. Ihre Nachbarin C., eine meiner

Schülerinnen, war zufällig vor dem Haus, um den Mülleimer auszuleeren, und wunderte sich, als Susanne in hohem Tempo angebraust kam und mit einer Vollbremsung ihren Wagen kurz vor einer Gartenmauer zum Stehen brachte: „Mit der stimmt etwas nicht!“ Susanne blutete am Kopf und redete völlig durcheinander von einem Überfall. C. nahm sie mit zu sich ins Wohnzimmer, legte sie aufs Sofa und bat sie, die Augen zu schließen und ihr zu erzählen, was geschehen war: „Beschreib mir alles ganz genau und stell dir vor, die beiden Männer würden jetzt vor dir stehen!“ Nach der ersten Schilderung ermunterte sie Susanne, alles noch einmal zu erzählen. Susanne wunderte sich darüber, aber C. beruhigte sie: „Erzähl es mir ruhig noch einmal, das tut dir gut; vielleicht hast du auch noch etwas davon weggelassen – ich will genau hören, was da alles passiert ist.“ Susanne begann folgsam von vorne und geriet dabei unversehens ins Wiedererleben des Geschehens: Sie glaubte sich plötzlich wieder auf dem Parkplatz zu befinden und den Überfall neuerlich zu erleben. Nach fünfmaliger Wiederholung „war sie das Trauma los“. Das bedeutet zum einen, daß Susanne nicht in der Lage war, das Geschehen ein weiteres Mal wiederzuerleben: Sie konnte sich einfach nicht mehr auf den nächtlichen Parkplatz versetzen, sie konnte die Täter nicht mehr sehen noch hören und auch ihren Schreck und den darauf folgenden Schock nicht mehr nacherleben. Sie konnte sich lediglich noch auf distanzierte, rationale (kognitive) Weise daran erinnern. Zum anderen aber blieben auch die erwarteten Nachwirkungen aus: Susanne konnte allein in ihre Wohnung gehen und ungestört schlafen. Auch später traten keine Ängste oder andere Folgen des Überfalls auf, und Susanne brauchte ihr Examen nicht zu verschieben. Ihre Bekannten, denen sie emotionslos von dem Überfall berichtete, wunderten sich, daß sie dabei so „cool“ bleiben konnte. Susanne meidet nun aus Einsicht bei Nacht einsame Parkplätze – sie hat ihre Lektion gelernt – aber sie hat keine phobische Abneigung dagegen.

Diesem Beispiel können Sie auch entnehmen, wie – zumindest in einem akuten Fall – das Wiedererleben eingeleitet werden kann und wie es dann so lange wiederholt wird, bis es gleichsam von selbst endet.

Bei der therapeutischen Arbeit mit dieser Methode während der letzten acht Jahre habe ich nebenher das Phänomen des Wiedererlebens selbst beobachtet und untersucht, und aus diesen Studien stammen die Ergebnisse, über die ich anschließend berichte.

Was bedeutet Wiedererleben?

Wiedererleben (sowohl in seiner passiv erduldeten oder erlittenen, wie auch in seiner absichtlich herbeigeführten und therapeutisch genutzten Form) kann in sehr unterschiedlicher Intensität erfolgen, wobei die Gegenwart mehr oder weniger ausgeblendet wird. Beim Begleiteten Systematischen Wiedererleben bleibt die Person immer mit einem Teil ihres Bewußtseins in der Gegenwart, kann aber gleichzeitig ein vergangenes Geschehen sehr intensiv und detailliert wiedererleben. Dabei kann das Wiedererleben folgende Komponenten umfassen:

- Die (früheren) *Wahrnehmungen der äußeren Sinne*: Die Person kann (im ausgeprägten Fall des Wiedererlebens) sehen, hören, riechen, schmecken, Berührungen spüren, Temperaturen wahrnehmen und Oberflächenschmerz empfinden.

(Für jede einzelne dieser Wahrnehmungsformen liegen zahlreiche Beobachtungen vor.)

- Die (früheren) *Wahrnehmungen der inneren Sinne*. Diese sind:
 - Der *innere Schmerzsin*. Er dient der Wahrnehmung des Tiefenschmerzes in Muskeln, inneren Organen, Gelenken und Geweben. Der Tiefenschmerz wird von Verletzungen und krampfhaften Veränderungen im Körper hervorgerufen und als „dumpf, unlustbetont und quälend“ beschrieben. Die wesentliche Folge des Tiefenschmerzes ist eine Verschiebung der vegetativen Tonuslage: es kommt zum Überwiegen des Tonus des Sympathikus und damit zur Erhöhung des Blutdrucks und der Herzfrequenz, zur Steigerung der Bewußtseinselligkeit und Erhöhung der Abwehr- und Fluchtbereitschaft. Die Willkürmotorik wird gehemmt und dadurch Ruhestellung oder Schutz erkrankter Organe bewirkt.
 - Der *Gleichgewichtssinn* (statischer Sinn) ist der Sinn zur Wahrnehmung und Beurteilung der Stellung des Körpers im Raum in Bezug auf die Wirkungsrichtung der Schwerkraft. Sein Sitz ist das Gleichgewichtsorgan im inneren Ohr, das in funktioneller Verbindung zum Kleinhirn steht. Der Gleichgewichtssinn funktioniert ohne Beteiligung des Bewußtsein; Störungen (zum Beispiel durch übermäßigen Alkoholgenuß) führen zum Taumeln oder Hinfallen. Starke Irritationen des Gleichgewichtssinns (zum Beispiel durch schnelle oder ungleichmäßige Drehbewegungen) können Schwindel, Übelkeit und Erbrechen hervorrufen.
 - Der *Tiefensinn* (Tiefensensibilität, propriozeptiver Sinn) ist der Sinn für die Lage und Haltung des Körpers, insbesondere der Gliedmaßen zum Rumpf, und für die Gelenkstellungen. Er ermöglicht deren Kontrolle und das Bewußtsein der körperlichen Existenz („Coenaesthesie“). Der Tiefensinn beruht auf Existenz und Wirkung der Propriozeptoren (auch Propriozeptoren genannt); dies sind vor allem Muskelspindeln, Sehenspindeln und Gelenkrezeptoren, welche die Länge von Muskeln, sowie Druck und Spannung von Organen kontrollieren.
 - Der *kinästhetische Sinn* (Bewegungssinn, Kraftsinn) ist der Sinn für die Bewegungen des Körpers und einzelner Körperteile gegeneinander sowie für die dabei und beim Festhalten auftretenden Kraftleistungen. Auch er beruht auf Propriozeptoren und ermöglicht die „Automatisierung“ ursprünglich bewußt erlernter Fähigkeiten, dient jedoch überwiegend zur unbewußten reflektorischen Kontrolle und Steuerung von Bewegungen.

Zahlreiche Beobachtungen beim BSW haben gezeigt, daß auch die Wahrnehmungen der inneren Sinne in einer früheren Situation wiedererlebt werden können. Im einzelnen bedeutet dies: Die Person kann *innere* Schmerzen wahrnehmen. Die Person spürt, ob sie steht liegt, kauert . . . ob sie taumelt ob ihr schwindlig ist . . . sie nimmt die Stellung ihrer Gliedmaßen wahr – und sie nimmt oft die Stellung nicht nur wahr, sondern sie nimmt sie auch *ein*, z. B. die typische Embryohaltung. Sie wird beim Wiedererleben eines Geschehens aus dem Säuglingsalter z. B. das Gefühl haben, sehr klein zu sein, ganz kleine Hände und Füße und keine Zähne zu haben.

- Der *physiologische (innerorganismische) Zustand der Person* zur damaligen Zeit: Bedeutsam ist hier, daß der Organismus seinen früheren – den gerade wiedererlebten – Zustand mehr oder weniger genau und intensiv wieder *einnimmt*. Dazu gehören die damals gerade aktuellen Werte der Pulsfrequenz, des Blutdrucks,

und der Körpertemperatur, die Tonuslage des vegetativen Nervensystems und höchstwahrscheinlich auch der jeweilige Zustand des Immunsystems.

- Der *psychische Zustand* in der damaligen Situation: Die Person erinnert sich nicht etwa daran, damals traurig oder niedergeschlagen ... gewesen zu sein: sie *ist* traurig, niedergeschlagen, müde, aufgeregt, entsetzt, ängstlich, in Panik usw. Auch außergewöhnliche psychische Zustände werden *reproduziert*: Trance, Schock, Ohnmacht, Hyperventilation und ihre Folgen, Zustände nach Einnahme von Beruhigungs- und Schlafmitteln, Dissoziationszustände bis hin zu Zuständen multipler Persönlichkeit und andere.
- Die *kognitiven Fähigkeiten und Kenntnisse* der Person von damals werden reproduziert: ihr Wissen, ihr Wortschatz, sprachliche Ausdrucksfähigkeit, Rechenfertigkeiten ...
- *Motorische und psychomotorische Fähigkeiten* werden reproduziert: Die Fähigkeit oder Unfähigkeit, sich als Säugling auf den Bauch zu drehen; sitzen, stehen, laufen zu können, schreiben zu können ...

Zusammenfassung

Wiedererleben ist nicht gleich Erinnern, sondern ist *neuerliches Wahrnehmen früherer Eindrücke und Reproduktion des Zustandes des Organismus zur damaligen Zeit*. Der Begriff *Reproduktion* – Nachbildung oder Wiederhervorbringung – scheint mir ganz besonders geeignet zur Beschreibung dessen, was beim Wiedererleben stattfindet – und er umfaßt auch die Wahrnehmungen der äußeren Sinne: Reproduziert wird hier – ohne daß Sinnesreize von außen tatsächlich existieren – der Zustand entweder der Sensoren (Sehzellen, ...) oder aber der Zustand der sogenannten sensorischen Projektionszentren im Gehirn, wo die von den Sinnesorganen übermittelten Signale empfangen und weiterverarbeitet werden. Der Vorgang des Wiedererlebens unterscheidet sich also radikal und total von dem des kognitiven Erinnerns – übrigens auch noch in vielen anderen Aspekten als in den gerade beschriebenen. Daraus ergeben sich Folgerungen von erheblicher Bedeutung.

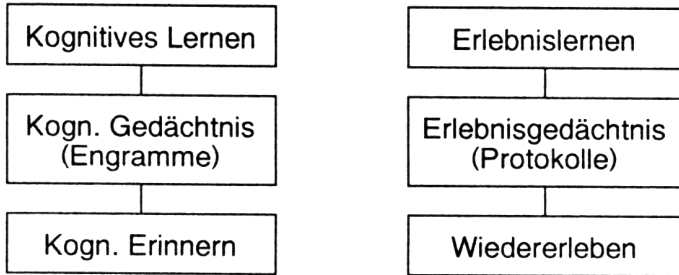
Das Erlebnisgedächtnis

Wenn beim Wiedererleben ein früherer Zustand des Organismus reproduziert werden kann, dann setzt dies voraus, daß die dazugehörigen Daten, die den Zustand des Organismus kennzeichnen und beschreiben, zur Zeit des Erlebens irgendwo im Organismus gespeichert wurden. Der dazu notwendige Speicher ist, wie sich beweisen läßt, nicht identisch mit dem kognitiven Gedächtnis, in dem die üblichen kognitiven Lerninhalte gespeichert werden. Ich nenne diesen anderen Speicher, dieses andere Gedächtnis, das *Erlebnisgedächtnis*. In ihm werden offenbar fortlaufend unbewußt und absichtslos eine Fülle von Daten, von Informationen und Parametern aufgezeichnet, die den momentanen Zustand des Organismus mindestens in seinen wichtigsten Komponenten beschreiben. Dieses Registrieren und Speichern nenne ich *Erlebnislernen*. Es geschieht – wie zahlreiche Beobachtungen gezeigt haben – derart beiläufig während des Erlebens, unbewußt

und ungewollt, daß es praktisch mit dem Erleben selbst gleichgesetzt werden kann: *Was das Individuum erlebt, das lernt und speichert es im Erlebnisgedächtnis.*

Demnach gibt es zwei gänzlich verschiedene und voneinander unabhängige Wege des Lernens oder Speicherns, auf denen ganz verschiedene Inhalte (Lerngegenstände) auf ganz verschiedene Weisen gelernt oder gespeichert werden, den „kognitiven Weg“ und den „Erlebnispfad“, mit ganz verschiedenen charakteristischen Eigenschaften.

Gegenüberstellung:



| Kognitives Gedächtnis | |
|------------------------------------|---|
| Lernvorgang: | Kognitives Lernen |
| Lerninhalte: | Daten, Fakten, Sätze, Zusammenhänge, Theorien ... |
| Name der Aufzeichnungen: | Engramme |
| Reproduktion des Gelernten: | Erinnern: Bewußtmachen gespeicherter Lerninhalte |

| Erlebnisgedächtnis | |
|---|---|
| Lernvorgang: | Erlebnislernen (praktisch identisch mit "Erleben") |
| Lerninhalte: | <ul style="list-style-type: none"> • Sinneswahrnehmungen (innere und äußere) beim Erleben, • physischer und psychischer Zustand des Organismus • kognitive und motorische Fähigkeiten des Individuums zur Zeit des Erlebens |
| Aufzeichnungen: | Protokolle |
| Reproduktion des Gelernten (des Erlebten): | <p>Wiedererleben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuerliches Wahrnehmen der früheren Sinneswahrnehmungen • Reproduktion des physischen und psychischen Zustands des Organismus zur Zeit des Erlebens • Reproduktion der kognitiven und motorischen Fähigkeiten des Individuums zur Zeit des Erlebens <p>Somit: Reproduktion des Gesamtzustands des Organismus zur Zeit des Erlebens</p> |

Daß die beiden Lernwege verschiedenartig und voneinander unabhängig sind, ergibt sich zwingend aus verschiedenen Beobachtungen:

- Das Erlebnisgedächtnis arbeitet auch dann, wenn die kognitiven Funktionen ruhen oder ausgefallen sind:
 - im Schlaf
 - beim Blackout nach Schockerlebnissen (Amnesie und retrograde Amnesie)
 - unter Narkose

Allgemein: das Erlebnisgedächtnis lernt und speichert auch Daten und Erfahrungen, die gar nicht bewußt wahrgenommen wurden. Dagegen setzt die Speicherung von Informationen im kognitiven Gedächtnis voraus, daß diese zuvor „bewußtseinsgegenwärtig“ waren, d. h. daß sie bewußt wahrgenommen wurden: Kognitives Lernen erfordert Aufmerksamkeit und im allgemeinen mehrfache Wiederholung.

- Das Erlebnisgedächtnis speichert auch Daten, die gar nicht (direkt) bewußt wahrgenommen werden *können*, wie Blutdruck, Körpertemperatur, Zustand des vegetativen oder des Immunsystems.

- Die typischen Funktionen des Erlebnisgedächtnisses lassen sich auch bei Tieren und selbst bei niederen Tieren nachweisen, die sicherlich nicht über kognitive Organe und Funktionen verfügen. Daraus kann geschlossen werden, daß auch Tiere ein Erlebnisgedächtnis besitzen. Ja, das Erlebnisgedächtnis ist wohl das Gedächtnis schlechthin der Tiere – und vermutlich ihr einziges – und ist somit eine entwicklungsgeschichtlich sehr alte, prä-kognitive und nicht-kognitive Form von Gedächtnis, das auch der Mensch von sehr frühen Stadien der individuellen Entwicklung an besitzt: seine Funktionen lassen sich bereits bei Föten und Embryos nachweisen, zu Zeiten also, wo kognitive Funktionen noch wenig oder gar nicht ausgebildet sind. Wir haben häufig beobachtet, daß Erfahrungen während der Schwangerschaft wiedererlebt werden können: Gespräche der Eltern über Probleme im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, Gespräche über erwogene oder geplante Abtreibungen, Mißhandlungen der Mutter (Schläge, Fußtritte, Beschimpfungen) z. B. durch den Vater, Besuche der Mutter in Diskotheken (Lärm), Rauchen und Einnahme von Medikamenten durch die Mutter und die Auswirkungen auf das Kind, und insbesondere Abtreibungsversuche mit chemischen oder mechanischen Mitteln, auch sehr frühe, z. B. durch Einspritzen konzentrierter Seifenlauge in die Gebärmutter in den ersten Wochen der Schwangerschaft; ferner der als sehr schmerzlich empfundene Verlust eines Zwillingsgeschwisters während der Schwangerschaft. (Dies ist nach neueren Erkenntnissen gar kein seltener Vorgang: Etwa jede achte Schwangerschaft beginnt als Zwillingsschwangerschaft, wovon nur jede zehnte auch als Zwillingsgeburt endet. Die Folgen können unter anderem lebenslänglich anhaltende diffuse Schuldgefühle und Depressionen sein.)

Meine Hypothese des Erlebnisgedächtnisses und des Wiedererlebens als nicht-kognitive Form des Erinnerns beruht auf den oben beschriebenen oder angedeuteten Beobachtungen in therapeutischen Sitzungen. Die entscheidende Bewährungsprobe einer neuen Hypothese aber besteht darin, daß sie bekannte, aber bislang nicht verstandene Phänomene erklären und verständlich machen kann. Hier eine Aufzählung solcher Phänomene:

- Eidese und außergewöhnliche Gedächtnisleistungen
- Absolutes Gehör
- „Hören unter dem Messer“

Darunter versteht man das seit etwa 30 Jahren wissenschaftlich untersuchte Phänomen, daß Patienten sich nach einer Operation unter Vollnarkose manchmal an Geräusche und Gespräche während der Operation erinnern können. Das Gehör, das Menschen wie Tieren auch als Alarmsystem (selbst im Schlaf)

dient, wird offenbar auch durch Narkose nicht ausgeschaltet. Beim BSW ist dieses Phänomen häufiger zu beobachten. Dazu ein Beispiel: Lina E., noch nicht vierzehn Jahre alt, wird von ihrem Vater zu einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen. Bald danach sucht sie wegen heftiger Unterleibsbeschwerden die Klinik wieder auf und wird unter Vollnarkose neuerlich operiert. Mehrere Jahre später hört sie beim BSW dieser Operation unter anderem die Gespräche der Ärzte und erfährt, was ihr nie mitgeteilt worden war: Bei der Abtreibung war ein Beinchen des Embryo nicht entfernt worden und in ihrem Körper verblieben.

- Klassisches Konditionieren
- Operantes Konditionieren
- Alpträume und Wiedererleben als Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung
- Angst- und Panikstörung, Agoraphobie, Zwangsstörung

Eine verbreitete Sonderform der Agoraphobie ist die Höhenangst, die sich heute vor allem als Angst vor dem Fliegen äußert. Wir haben bisher nur wenige Fälle von Höhenangst behandelt, so daß unsere Beobachtungen keine Verallgemeinerung zulassen. Aber stets haben wir in diesen Fällen einen Zusammenhang mit zwei bestimmten Traumatisierungen nach der Geburt feststellen können: In vielen Geburtskliniken Deutschlands werden die Neugeborenen an den Füßen gehalten und mit dem Kopf nach unten hängen gelassen – und dies oft recht unsaft („die Kinder merken ja nichts davon“) – weil „nur auf diese Weise die Körperlänge auf den Zentimeter genau ermittelt werden kann“. Außerdem wird der Oberkörper des Neugeborenen zum Testen des Moro-Reflexes plötzlich nach hinten fallen gelassen. Das Prinzip dieses „für ein vollständiges Geburtsprotokoll unerläßlichen Tests“ ist naturwissenschaftlich völlig einwandfrei: Der Arzt oder die Hebamme jagt dem Kind einen Schrecken ein und prüft, ob es auch ordnungsgemäß erschrickt und entsprechend reagiert. Für die Kinder aber sind beides sehr unangenehme Schockerfahrungen, die noch nach Jahrzehnten wiedererlebt werden können. In den von uns behandelten Fällen wurde die Höhenangst durch BSW dieser Traumata geheilt.
- Trivialphobien
- Das Phänomen der Generalisierung beim Konditionieren, bei Panikstörung und Phobien
- Bestimmte Formen der Depression
- Andere psychische und psychosomatische Störungen

Diese Phänomene können im Prinzip wie im Detail dadurch erklärt werden, daß frühere Erfahrungen im Erlebnisgedächtnis gespeichert wurden und später wiedererlebt werden. Dabei unterscheide ich zwei verschiedene Arten des Wiedererlebens:

Das „passive“, ungewollte und mehr oder weniger unbewußte Wiedererleben wird ausgelöst durch irgendeine Ähnlichkeit einer gegenwärtigen Situation mit einer früher erlebten. Ich nenne dies *situative Anregung*.

Wir finden das passive Wiedererleben beim Klassischen und Operanten Konditionieren, bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, bei Panikattacken, Agoraphobien, Zwängen und Trivialphobien, bei Depressionen und anderen psychischen und psychosomatischen Störungen. Unsere Erfahrung hat gezeigt, daß das

passive Wiedererleben die *Ursache* solcher Störungen sein kann. Darüber hinaus haben wir auch die *Wirkungsmechanismen* kennen und verstehen gelernt, die diese Störungen entstehen lassen.

Bei Alpträumen mit stets gleichem Inhalt – auch dies eine passive Form des Wiedererlebens – ist die Ursache eine innere Spannung, genauer: das vehemente Verlangen des Organismus, sich durch Wiedererleben von dem traumatischen Erlebnis zu befreien. Wenn diese verzweifelten Versuche auch unzulänglich sind, so weisen sie doch in die richtige Richtung: Wiederholtes *vollständiges* Wiedererleben eines Traumas führt tatsächlich zu dessen Überwindung und Auslöschung. Damit komme ich zur zweiten, zur aktiven Form des Wiedererlebens:

Beim *Begleiteten Systematischen Wiedererleben* wird das Wiedererleben absichtlich hervorgerufen, intensiviert und – vor allem – *häufig genug wiederholt*. Dabei tritt regelmäßig ein entscheidender Effekt ein: Nach einer Anzahl von Wiederholungen wird das Wiedererleben schwächer und dann plötzlich unmöglich. Wir deuten dies so, daß durch wiederholtes Wiedererleben die Aufzeichnung des Traumas im Erlebnisgedächtnis – das Protokoll – gelöscht wird. Dann kann weiteres Wiedererleben, auch das passive, nicht mehr stattfinden, und damit entfällt die eigentliche Ursache der oben bezeichneten Störungen.

Der Beweis für diese Annahme ist die Tatsache, daß nach Auflösung eines Protokolls die auf ihm beruhenden Störungen regelmäßig verschwanden. Dafür gibt es eine große Zahl von Beispielen und Belegen; drei davon, die in diesem Kreise thematisch besonders interessant sein dürften, möchte ich abschließend aufführen. (Eine umfassendere Darstellung der Theorie des Erlebnisgedächtnisses, seiner Bedeutung für das Individuum sowie des Wiedererlebens als nicht-kognitive Form des Erinnerns [einschließlich seiner störenden „Nebenwirkungen“] mit zahlreichen Fallbeispielen findet sich in dem am Ende genannten Buch.)

Fallbeispiel 2: Eine „Konversionsneurose“

Die Geschichte Katjas (24 Jahre) ist ein komplexes Drama, das ich hier in einer stark gekürzten und komprimierten Version darstelle.

Katja war 19 Jahre alt und Au-pair-Mädchen in Frankreich, als es eines Abends zu einer stürmischen Eifersuchtsszene zwischen ihr und ihrem französischen Freund kam. Außer sich vor Wut schlug der Freund sie schließlich heftig auf die linke Backe. Dabei wurde ihr Kopf mit großer Wucht nach rechts geschleudert. Neben dem psychischen Schock verspürte Katja bald eine extreme, krankhafte Müdigkeit und ein dauerndes Schlafbedürfnis. „Ich war tage-, ja wochenlang zu nichts fähig.“ Nach zwei Wochen traten rechtsseitige Kopfschmerzen auf. Ein halbes Jahr später hatte sich der Schmerz auf den Nacken und die Schultern ausgebreitet; nach und nach griff er auf die ganze rechte Körperhälfte über und erreichte nach etwa drei Jahren das rechte Bein.

Ein dreiviertel Jahr nach der Ohrfeige wurde von einem Chirotherapeuten entdeckt, daß Katja eine „Atlasblockade“ hatte, eine Verklemmung des obersten Halswirbels, die zahlreiche Funktionsstörungen auslösen kann, darunter auch die charakteristischen halbseitigen Körperschmerzen. Die Verklemmung wurde behoben. Da aber die Schmerzen schon am nächsten Tag wieder auftraten, glaubte Katja nicht, daß sie von der Blockierung herrührten. An die Möglichkeit einer neu-erlichen Blockade in der folgenden Nacht hatte sie nicht gedacht; eine Kontroll-

untersuchung war verhängnisvollerweise nicht verabredet worden, und so blieb die Ursache weiterhin im dunkeln.

Nach der Au-pair-Zeit und einem Krankenhauspraktikum begann Katja eine Krankengymnastik-Ausbildung. Im Laufe des ersten Ausbildungsjahres wurden ihre Symptome durch die Belastungen, von denen sie sich zunehmend überfordert fühlte, kontinuierlich schlimmer, schließlich stand die ganze rechte Körperhälfte Tag und Nacht unter Schmerzen, insbesondere die Kopfschmerzen waren schier unerträglich geworden. Katja verlor ihren Lebensmut, sie fühlte sich nicht nur unfähig, zu lernen und ihre Ausbildung fortzusetzen, sondern überhaupt außerstande, ihr Leben zu bewältigen. Sie stand vor dem Zusammenbruch. Eine gründliche Untersuchung in einem Großklinikum (u. a. EKG, EEG, Kernspintomogramm) ergab keinerlei Befund. Katja mußte ihre Ausbildung unterbrechen und begab sich zunächst in stationäre Behandlung in eine psychosomatische Klinik. Die Aufnahmediagnose lautete: „Konversionsneurose mit rechtsseitigen Kopf- und Rückenschmerzen.“ Während des zwölfwöchigen Klinikaufenthalts schien ihr das Leben erträglich; es gab keine Anforderungen, sie mußte nichts leisten, sie wurde versorgt . . .

Nach Durchführung eines „mehrdimensionalen psychosomatischen Behandlungsprogramms“ wurde Katja mit dem Bescheid entlassen: „Bei der zugrundeliegenden tiefsitzenden Problematik, die bei uns nur in Ansätzen bearbeitet werden konnte, erscheint uns auf Dauer eine längerfristige psychoanalytische Behandlung erforderlich.“

Sobald sie wieder im Leben stand, war Katja so hilflos wie zuvor. Es blieb ihr noch ein halbes Jahr bis zur Wiederaufnahme der Krankengymnastik-Ausbildung, das sie zu Sitzungen mit Systematischem Wiedererleben nutzte. Ihren Zustand zu Beginn der Therapie beschrieb Katja damals so: „Ich finde mein Dasein so unerträglich! Ich weiß nicht, wie ich morgen und übermorgen überstehen soll! – Ich würde am liebsten mein Bein wegwerfen und die rechte Körperhälfte abschlagen! Ich fühle mich lebensunfähig.“

Während der Behandlung mit BSW wurde endlich der Zusammenhang zwischen

1. ihren Beschwerden,
2. immer häufigeren Blockierungen des Atlaswirbels (und zwar bevorzugt in den Nächten nach dem Donnerstag und nach dem Sonnabend) und
3. einem bei der Geburt erlittenen Trauma

erkannt, das erst bei den Rückführungen entdeckt wurde: In der etwas dramatischen Endphase der Geburt hatte die Hebamme die kleine Katja am Kopf herausgezogen, dabei den Kopf unsanft nach rechts gedreht und ihr einen Halswirbel ausgerenkt. (Dies geschieht bei Entbindungen anscheinend nicht gerade selten, wie wir bei der Rückführung anderer Patienten beobachten konnten.) In der ersten Zeit nach der Geburt hatte Katja immer wieder das Gefühl, ihr Kopf sitze nicht richtig auf dem Körper und könne jeden Augenblick herunterfallen. Dann verheilte der Geburtsschaden, und Katja spürte 19 Jahre lang nichts mehr davon – bis zu jener verhängnisvollen Ohrfeige.

Diese war der situative Anstoß zum erstmaligen (unbewußten) Wiedererleben des Geburtstraumas und der extremen Müdigkeit nach der Geburt, die seinerzeit durch Valiumgaben an die Mutter ausgelöst worden war.

Das erste Wiedererleben eines alten Traumas aber ist wie das Freilegen eines lange verschütteten und vergessenen Schachtes: Das Trauma wird wieder zugänglich und kann fortan leichter wiedererlebt werden, und jedes neuerliche Wiedererleben macht das nächste noch leichter, und so genügen immer geringere Anstöße zum neuerlichen Auslösen des Wiedererlebens: ein Teufelskreis entsteht. Bei Katja fand das Wiedererleben in nächtlichen Alpträumen statt, wobei dann immer häufiger eine neuerliche Atlasblockade ausgelöst wurde. Schließlich wurden schon die einschlägigen Gedenktage zu Anstößen des Wiedererlebens in einem Alptraum: der Donnerstag war der Tag ihrer Geburt und der Sonnabend der Tag der Ohrfeige. (Es ist seit langem bekannt, daß gewisse Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung bevorzugt an Gedenktagen der Traumatisierung auftreten.)

Katjas Behandlung ist noch nicht abgeschlossen, weil noch eine große Zahl anderer Traumatisierungen vor und nach der Geburt und in der Kindheit aufgedeckt und behandelt werden mußten. Die davon ausgelösten Symptome sind völlig verschwunden, die halbseitigen Körperschmerzen haben sich entschieden gebessert.

Katjas letzter Stimmungsbericht lautet: „Zur Zeit hab’ ich wirklich und endlich Spaß am Leben. Ich bin nicht nur lebensfähig geworden, sondern genieße das Leben in vollen Zügen!“

Fallbeispiel 3: Zwillingsgeschwister

Annette I., 48 Jahre, vielfältige Therapieerfahrungen, darunter eine Jungsche Analyse und ein Psychiatrieaufenthalt. Bis zum 20. Lebensjahr Daumenlutscherin, jahrzehntelang manisch-depressiv, von Schuldgefühlen geplagt, mehrere „Beinahe-Unfälle“, die tödlich hätten verlaufen können. Dennoch wirkt sie heute auf den ersten Blick wie eine Frau, die mit dem Leben zurechtkommt.

In der ersten Wiedererlebenssitzung durchlebt sie eine Reihe schmerzhafter Auseinandersetzungen mit einer Lehrerin, die sie an ihre Mutter erinnert. Nach etlichen Monaten – sie wohnt weit von mir entfernt – kommt sie zur zweiten Sitzung. Sie gelangt sehr schnell zu ihrer Geburt, dann noch weiter zurück, und entdeckt, daß bei ihr im Mutterleib noch jemand ist, der kleiner ist als sie, nicht lebt und schließlich verschwindet. In den folgenden Wiederholungen beginnt das Wiedererleben früher: Das andere Kind – von dem sie ganz sicher weiß, daß es ein Knabe ist – lebt noch, sie spielen zusammen und sie fühlt sich glücklich. Dann wird das andere Kind immer ruhiger. „Ich werde immer größer und das andere nicht. – Mir fehlt etwas – es reißt mir die Seele raus!“

Im fünften Durchgang sagt sie: „Es liegt auf meinem Kopf – es liegt auf mir, aber wenn ich nicht ruhig bleibe, dann geht es weg. Es darf auf mir liegen bleiben, auch wenn es mir weh tut – es soll dableiben – wenn es nur dableibt, auch wenn es mir weh tut.“

Wir machen insgesamt sechs Durchgänge. In den letzten wird ihr deutlich, daß es nichts nützt, wenn sie tobt und trotzts oder sich schuldig fühlt. Sie erkennt, daß sie nicht schuld daran ist, daß „das andere“ schließlich gehen muß.

Als sie wieder in der Gegenwart ist, sagt sie: „An das hätt’ ich nicht gedacht, bei all’ meinen Therapien – meine Schuldgefühle, die Trauer, die Todessehnsucht, die Sehnsucht überhaupt, das Gefühl, es fehlt etwas – meine Männergeschichten:

bis auf meinen zweiten Mann immer dieselben Typen – und diese schrecklichen Abschiede . . . und vorher immer: es darf ruhig weh tun, wenn du nur dableibst!“

Ich höre von der vielbeschäftigten Annette nur hin und wieder durch eine gemeinsame Bekannte. Von ihr weiß ich, daß sich das Leben Annettes entscheidend verändert hat.

Fallbeispiel 4: Ein Geburtstrauma

Der kleine Eduard, 16 Monate alt, erwacht allnächtlich kurz vor 4 Uhr (in den Monaten der Sommerzeit kurz vor 5 Uhr) schreiend in heftiger Angst aus dem Schlaf. Er ist stark untergewichtig, da er wenig ißt (und das nur unter heftigem Widerstand); er kann noch nicht sprechen und bringt nur wenige seltsame, unartikulierte Laute hervor.

Eduard ist seinerzeit kurz vor 4 Uhr geboren worden, er hatte die Nabelschnur, die zudem sehr kurz war, um den Hals, und ist bei der Geburt fast erstickt. Offensichtlich erlebt er jede Nacht die Todesangst seiner Geburt wieder. Aber auch Essen und Sprechen erinnern Eduard offenbar an die unangenehmen Empfindungen, die er seinerzeit am Hals hatte. (Insbesondere nimmt er keine feste oder auch nur halb feste Nahrung zu sich.) – Im Arm einer meiner Schülerinnen wiedererlebt er innerhalb einer Dreiviertelstunde sechsmal seine dramatische Geburt und schläft danach ein. Er wird um 17 Uhr ins Bett gelegt und schläft bis morgens um $\frac{1}{2}$ 8 Uhr durch. Am Frühstückstisch verlangt er von seiner Mutter ein Stück ihres Brötchens und ißt fortan heißhungrig alles, was ihm angeboten wird. Seither schläft er nachts durch und nimmt in 3 Wochen $2\frac{1}{2}$ kg zu. Außerdem beginnt er zu sprechen. Die Kinderärztin, der er regelmäßig vorgestellt wird, ist so erstaunt, daß sie unbedingt die Therapeutin und ihre Methode kennenlernen möchte.

Der jüngste Patient, der durch Begleitetes Systematisches Wiedererleben von den Auswirkungen seines Geburtstraumas befreit wurde, war bei der Behandlung 11 Tage alt. Auch hier war ein Geburtstrauma die Ursache vielfältiger Störungen (Schlaf- und Eßstörungen, fortwährende Unruhe u. a.). Ich halte jedoch selbst eine noch frühere Bearbeitung und Überwindung prä- und perinataler Traumatisierungen für möglich und angebracht. Grundsätzlich gilt wohl auch für Säuglinge die allgemeine Regel, daß ein Trauma so früh wie möglich aufgelöst werden sollte, nämlich bevor sich auf Grund der Speicherung im Erlebnisgedächtnis und des dadurch ausgelösten passiven Wiedererlebens Folgestörungen entwickeln und ausbreiten können. Sicherlich könnten dadurch nicht nur akute Störungen, sondern auch späteres schweres Leid verhindert werden, wenn Hebammen, Säuglingsschwestern oder beherzte Mütter von dieser Möglichkeit wüßten.

Literatur

Petry S (1996) *Erlebnisgedächtnis und Posttraumatische Störungen*. Pfeiffer Verlag, München