Zeitschrift für systemische Therapie

Die **Zeitschrift für systemische Therapie** erscheint seit April 1983 in enger Zusammenarbeit mit dem **Journal of Systemic and Strategic Therapies** unter ständiger Mitarbeit von

Cade (Cardiff);
Caillé (Oslo);
Dell (Virginia Beach);
De Shazer (Milwaukee);
Efron (London/Kan.);
Greenberg (New Orleans);
Goolishian (Galveston);
Hartveit (Oslo);
Kaye (Adelaide);
Keeney (Lubbock);
Liddle (San Francisco);
Ludewig (Hamburg);
Maturana (Santiago);
Saba (San Francisco);
Schmidtmann (Flensburg);
Telfner (Rom);
Todd (Norwalk);
Tomm (Calgary);
van Trommel (Rotterdam);
Varela (Santiago/Paris);
Weber (Wiesloch);
Willke (Bielefeld);
Winderman (Galveston)

Jahrgang 1 (1983), Heft 1 — 4, beschäftigt sich mit folgenden Themen:
- »Theoretische und praktische Grundlegung einer systemischen Sichtweise«
- »Methodologische Fragen«
- »Systemische Therapieansätze: Theorie und Praxis«
- »Der Mailänder familientherapeutische Ansatz«

Jahrgang 2 (1984), Heft 5 — 8, beschäftigt sich mit folgenden Themen:
- »Systemtherapie in/und Institutionen«
- »Training und Ausbildung in systemischer Therapie — Gastherausgeber: Karl Tomm (Calgary)«
- »Bateson und Maturana«
- «Paartherapie — Gastherausgeber: Ph. Caillé & Hakon Hartveit (Oslo)«

Es schrieben u. a.:
Boscolo, Byng-Hall, Cade, Caille, Cecchin, Coyne, Dell, De Shazer, Elkaim, Keeney, Köck, L'Abate, Ludewig, Molnar, Onnis, Papp, Selvini-Palazzoli, Speed, Tomm, Willke

Jahrgang 3 (1985) wird sich mit folgenden Themen beschäftigen:
- »Systemische Therapie und Schule«
- »Systemische Therapie: Philosophische und pragmatische Aspekte (Gastherausgeber: Gerald Weeks (Wilmington)«
- »Ausbildung — Eine persönliche Sicht«
- »Systemische Therapie: Anwendungen, Fragen und Probleme«

Bezugsgebühren:	innerhalb Europas	außerhalb Europas
1. Jahrgang (1983)	DM 34,—	DM 40,—
2. Jahrgang (1984)	DM 34,—	DM 40,—
3. Jahrgang (1985)	DM 38,—	DM 48,— zzgl. Luftpostzuschlag

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Redaktion und Herausgeber:
Jürgen Hargens
Norderweg 14, D - 2391 Meyn

Bestellungen an:
verlag modernes lernen - Dortmund
Hohe Str. 39, D - 4600 Dortmund 1
Tel. 02 31 / 12 80 08, Tx. 8 227 208 dibo-d

Hypnose und Kognition
Band 2, Heft 2, Oktober 1985

Affekte und Kognitionen

Eine Untersuchung über die Funktion von Kognitionen und Affekten in der frühen Psychoanalyse (Freud/Breuer) und der frühen Verhaltenstherapie (Wolpe)

Christoph Kraiker

Zusammenfassung: *Eine genauere Betrachtung der ätiologischen und therapeutischen Theorien der frühen Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie zeigt, daß dort bei der Entstehung und Behandlung von Neurosen kognitive Elemente eine entscheidende Rolle spielen, während die Affekte eine unklare und allenfalls sekundäre Funktion haben.*

Einleitung

In einer jüngeren Arbeit zur Frage der Integration von Kognitionen und Affekten (Greenberg & Safran, 1984) wird davor gewarnt, Affekte lediglich als abhängige Variable zu betrachten. Dies ist zwar in erster Linie auf die Verhaltenstherapeuten gemünzt, die – wenn sie sich mit Affekten befassen – bemüht sind, sie unter Kontrolle zu bringen, aber es gilt im Grunde auch für jene Therapeuten, die Affekte hüten und pflegen, also für die experientiell orientierten. Greenberg & Safran möchten mit ihrer Warnung darauf aufmerksam machen, daß Affekte nicht nur Objekt der Therapie sind, sondern in erster Linie Mittel der Therapie. Neben kognitiv orientierten Therapien und verhaltensorientierten Therapien dürfe man die affektorientierten nicht vernachlässigen, und da gibt es eine Menge zu tun, um diese drei Aspekte (und noch ein paar andere) zueinander in Beziehung zu setzen, am besten sogar zu integrieren (vgl. den Artikel von Revenstorf in diesem Heft). In der therapeutischen Praxis entspricht dem die ziemlich vage und globale Unterscheidung von Therapien, die auf affektiven Ausdruck großen Wert legen, und jenen, die problemorientierte Übungsprozesse einsetzen. Was hat es nun mit den Affekten auf sich, welche Rolle spielen sie im therapeutischen Prozeß?

Zunächst läßt sich die Unterscheidung von abhängigen und unabhängigen Variablen nicht ohne weiteres auf natürliche Abläufe beziehen, da es sich dabei um artifizielle Konzepte aus der experimentellen Versuchsplanung handelt. Im richtigen Leben kann jeder Vorgang von anderen verursacht sein und andere verursachen, und so ist es auch in der Regel, vielleicht immer. Auch in der therapeutischen Situation kann diese Unterscheidung nicht klar getroffen werden, aber man kann sich ein paar Idealtypen genauer anschauen, bei denen sich der unterschiedliche Umgang mit Affekten auf besonders deutliche Weise manifestiert bzw. zu manifestieren scheint.

Affekte und Kognitionen in der frühen Psychoanalyse

Als paradigmatisches Beispiel möchte ich Freud & Breuers „Studien über Hysterie" betrachten, die ja als klassisches Beispiel einer dynamischen Auffassung gelten („dynamisch" im Sinne von affektzentriert). In welchem Sinne hier Affekte kausal relevant für die Symptombildung sind, scheint klar zu sein: Der einer verdrängten Vor-

stellung anhaftende Affektbetrag (oder Erregungssumme) wird zu somatischen Innervationen verwendet: Konversion der Erregung (1895, S. 288). Es ist aber nicht die Verdrängung per se, die den Affekt pathogen macht, sondern der Umstand, daß der Affekt auf diese Weise an der normalen Abfuhr (oder Abreaktion oder Usur) gehindert und sozusagen eingeklemmt wird (S. 97). Die Therapie „. . . hebt die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abreagierten Vorstellung dadurch auf, daß sie dem eingeklemmten Affekt derselben den Ablauf durch die Rede gestattet, und bringt sie zur assoziativen Korrektur, indem sie dieselbe ins normale Bewußtsein zieht . . ." (S. 97).

Freud und Breuer liefern jedoch für den eben skizzierten Ablauf zwei verschiedene Interpretationen: In der ersten verstehen sie unter Abfuhr die energische, adäquate Reaktion (z.B. wütend werden, sich austoben, ausweinen), sei es in der die Vorstellung produzierenden Situation selbst, sei es später in der Therapie. Das ist das energetische oder dynamische Modell, und es gibt damit wenigstens zwei Schwierigkeiten. Erstens gibt es innerhalb des Modells keine Erklärung dafür, warum überhaupt eine Vorstellung unverträglich ist und einen so „peinlichen Affekt" (1894, S. 61) erweckt, daß sie verdrängt wird. Zweitens gibt es eine innere Ungereimtheit: Wenn der Affekt mit dem Begriff der Energie oder Ladung vergleichbar sein soll, wenn er die Eigenschaft einer Quantität hat (Freud, 1894, S. 74), dann muß es sich bei einem Affektbetrag um eine bestimmte, endliche Quantität handeln, die etwa korreliert mit der Energie, die sich bei der normalen Abfuhr verströmt, und in diesem Fall müßten alle hysterischen bzw. neurotischen Symptome nach kürzester Zeit verschwinden, weil der Affektbetrag aufgebraucht ist (ob der Affekt bewußt oder verdrängt oder verschoben ist, spielt bei der quantitativen Betrachtung keine Rolle). Man kann schon aus diesen Gründen feststellen, daß die energetische Interpretation in dieser Form unmöglich stimmen kann. (In jener gigantischen Sammlung von Fußnoten zu den „Studien über Hysterie", die unter dem Titel „Gesammelte Werke" bekannt sind, versucht Freud eine Lösung dieser Probleme dadurch, daß der Affektbetrag durch die Libido ersetzt wird, die einer ständig strömenden inneren Quelle entspringt und bestimmte Vorstellungen „besetzt", aber diesen Gedanken, der auch schon von Breuer entwickelt wurde (1895, S. 161), will ich hier nicht weiter diskutieren.)

Die zweite Interpretation hat diese Schwierigkeiten nicht. In dieser verstehen sie unter Abfuhr jenen Prozeß, den sie *assoziative Verarbeitung* nennen. „Nach einem Unfall z.B. gesellt sich zu der Erinnerung an die Gefahr und zu der (abgeschwächten) Wiederholung des Schreckens die Erinnerung des weiteren Verlaufes, der Rettung, das Bewußtsein der inneren Sicherheit. Die Erinnerung an eine Kränkung wird korrigiert durch Richtigstellung der Tatsachen, durch Erwägungen der eigenen Würde und dergleichen, und so gelingt es dem normalen Menschen, durch Leistungen der Assoziation den begleitenden Affekt zum Verschwinden zu bringen" (S. 87f.). Und wie sieht hier die Therapie aus? „Endlich aber – und dies bleibt der stärkste Hebel – muß man versuchen, nachdem man diese Motive seiner Abwehr erraten, die Motive zu entwerten, oder selbst sie durch stärkere zu ersetzen. Hier hört wohl die Möglichkeit auf, die psychotherapeutische Tätigkeit in Formeln zu fassen. Man wirkt, so gut man kann, als Aufklärer, wo die Ignoranz eine Scheu erzeugt hat, als Lehrer, als Vertreter einer freieren oder überlegenen Weltauffassung, als Beichthörer, der durch die Fortdauer seiner Teilnahme und seiner Achtung nach abgelegtem Geständnis gleichsam Absolution erteilt . . ." (S. 285).

Die assoziative Verarbeitung ist Gedankenarbeit im Sinne der kognitiven klinischen Psychologie, d.h. die Korrektur falscher oder irrationaler Gedanken durch „Richtigstellung der Tatsachen", sei es in spontanen Verarbeitungsprozessen, sei es mit Hilfe des „Vertreters einer überlegenen Weltauffassung" in der Therapie. Auch in dieser Interpretation ist die Verdrängung nicht per se pathogen, sondern die Blockade der normalen Denkarbeit. Dies wird schon dadurch klar, daß die assoziative Verarbeitung nicht nur durch Verdrängung, sondern auch durch andere Gründe unmöglich gemacht werden kann, z.B. wenn die Vorstellungen in hypnoiden Zuständen entstehen (S. 89ff.). Ferner ist nicht die Aufhebung der Verdrängung per se therapeutisch wirksam, sondern die Tatsache, daß dadurch eine Vorbedingung für das Durcharbeiten geschaffen wird, aber dieses Durcharbeiten muß eben auch erfolgen. Gibt es nun in dieser Interpretation eine Erklärung für die „Peinlichkeit" oder „Unverträglichkeit" einer Vorstellung, wodurch schließlich der Prozeß der Verdrängung in Gang gesetzt wird? In diesem Zusammenhang müssen wir festhalten, daß hier zwei unterschiedliche Affekte mit der Vorstellung verbunden sind: zunächst jener Affekt, dessen Erregungssumme im Falle der Konversion in Symptome umgesetzt wird. Freud (1894, S. 62) und Breuer (1895, S. 161) stimmen darin überein, daß es sich hierbei um sexuale Affekte und Empfindungen handelt. Wie aber entsteht der zweite Affekt, der der Peinlichkeit? Das ist ja nicht dasselbe wie eine sexuale Erregung und auch nicht notwendigerweise damit verknüpft. Freud verrät es uns nicht, man kann es nur indirekt aus seinen Äußerungen entnehmen. Expliziert wird es jedoch von Breuer: „Wohl aber geschieht das (das Pathogenwerden von Erregungen, Anm.), wenn der Assoziationsablauf dadurch gehemmt wird, daß gleichwertige Vorstellungen unvereinbar miteinander sind, wenn z.B. neue Gedanken mit festgewurzelten Vorstellungskomplexen in Konflikt geraten . . . Dies ist aber immer der Fall, wenn der Konflikt besteht zwischen dem festen, anerzogenen Komplex der moralischen Vorstellungen und der Erinnerung an eigene Handlungen oder auch nur Gedanken, welche damit unvereinbar sind: die Gewissensqual. Das Willensinteresse, Freude an der eigenen Persönlichkeit zu haben, mit ihr zufrieden zu sein, tritt dabei in Aktion und steigert die Erregung der Assoziationshemmung aufs höchste. Daß solcher Konflikt unvereinbarer Vorstellungen pathogen wirkt, ist Sache der täglichen Erfahrung. Es handelt sich meist um Vorstellungen und Vorgänge des sexualen Lebens." (1895, S. 169)

Es bleibt festzuhalten, daß Freud und Breuer in den „Studien" und verwandten Schriften zwei verschiedene, nicht miteinander harmonierende Modelle des Mechanismus der Entstehung hysterischer Symptome präsentieren, ohne sich darüber Rechenschaft zu geben, daß es tatsächlich zwei unterschiedliche Modelle sind. Eines dieser Modelle, das energetische, wird als Lieferant der dynamischen Metaphorik gebraucht, ist aber voller Ungereimtheiten und innerer Widersprüche. Das andere Modell, das kognitive, ist in sich konsistent, reicht aber nicht aus, um ohne weitere Annahmen die Aufrechterhaltung der Symptomatik und ihren Charakter zu erklären. Welche kausale Relevanz die kognitiven Aspekte in diesem Modell haben, sollte deutlich geworden sein, aber die kausale Funktion der Affekte muß noch erläutert werden. Das „Willensinteresse, Freude an der eigenen Persönlichkeit zu haben", macht in Verbindung mit strengen und kategorischen Moralprinzipien bestimmte Erlebnisse und Erfahrungen außerordentlich aversiv, peinlich, unverträglich. Die Vorstellung solcher Erlebnisse und Erfahrungen wird ebenfalls abgewehrt, um sich dem Affekt

der Peinlichkeit nicht aussetzen zu müssen. Indem man die innere Re-Präsentation (das „Wieder-vor-sich-Haben") vermeidet, vermeidet man auch den dadurch ausgelösten Peinlichkeitsaffekt. Man kann dann aber über diese Erlebnisse und Erfahrungen nicht mehr angemessen nachdenken, man kann sie nicht einordnen, nicht in Beziehung setzen zu anderen Dingen, kurz: Man kann sie nicht assoziativ verarbeiten.

Betrachten wir nun die Rolle der Affektentstehung im therapeutischen Prozeß. Freud & Breuer schreiben: „Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer größten Überraschung, daß die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekt Worte gab. Affektloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos, der psychische Prozeß, der ursprünglich abgelaufen war, muß so lebhaft als möglich wiederholt, in statum nascendi gebracht und dann ‚ausgesprochen' werden" (1895, S. 85).

Nun ist es ein empirisches Problem, ob affektloses Erinnern tatsächlich fast immer wirkungslos ist. Wir nehmen das an dieser Stelle einfach einmal an und überlegen, was dafür verantwortlich sein könnte, wenn es so wäre. Ich kann hier drei mögliche Interpretationen erkennen. Der Affekt könnte ein unvermeidliches Abfallprodukt des Wieder-Erinnerns sein, ohne eine kausale Bedeutung für die Therapie zu haben, deren Erfolg im wesentlichen abhängt von der wiederhergestellten Repräsentation und der Verbalisierung (dem „Worte geben"). Zweitens könnte man Freuds/Breuers Theorie deuten im Sinne des sog. zustandsabhängigen Gedächtnisses, wie es z.B. von G.H. Bower beschrieben wurde (1981). Die mögliche Relevanz von Bowers Untersuchungen wird in einem ähnlichen Kontext von Greenberg & Safran (1984) diskutiert: „Wie Bower (1981) gezeigt hat, kann die Wahrscheinlichkeit des Bewußtwerdens bestimmter Kognitionen stark von der Existenz jenes Zustandes abhängen, in dem diese Kognitionen erworben wurden. Viele fehlangepaßten (maladaptive) Kognitionen entstehen in Zuständen großer affektiver Erregung wie Trauer oder Wut. Der Zugang zu diesen Schlüsselkognitionen ist vielleicht nur möglich, wenn man sich in einem solchen Erregungszustand befindet. Wenn der Affektzustand in der Therapie erst einmal ausgelöst wurde, dann können die zentralen Kognitionen . . . modifiziert werden" (1984, S. 575f., Übers. des Verf.). Hierbei handelt es sich um eine generalisierte Variante der schon erwähnten Hypothese der „hypnoiden Zustände", auch „double conscience"-Theorie genannt. Wenn die Erlebnisse in schweren lähmenden Affekten entstanden sind, „. . . gelingt diese assoziative Verarbeitung darum nicht, weil zwischen dem normalen Bewußtseinszustand und den pathologischen, in denen diese Vorstellungen entstanden sind, eine ausgiebige assoziative Verknüpfung nicht besteht" (1895, S. 91). In jedem Fall ist die Wiederherstellung des ursprünglichen Affektes eine Bedingung für die Zugänglichkeit (das Bewußtwerden) der damit verknüpften Assoziationen. Die entscheidende therapeutische Maßnahme ist jedoch die sich anschließende Modifikation der Kognitionen – wie auch immer man diesen Begriff verstehen mag. Es sei hier noch en passant erwähnt, daß Greenberg & Safran wie Freud & Breuer mit ihrem Anliegen scheitern, nämlich die entscheidende Rolle von Affekten in der Therapie deutlich zu machen: Nachdem sie ausführlich die Vernachlässigung der Affekte in verschiedenen Therapien beklagt haben, entwickeln sie therapeutische Konzepte, die primär kognitiv und nur ganz am Rande affektiv orientiert sind. So it goes.

Die dritte Interpretation läßt sich leichter in einer lerntheoretischen als einer psychoanalytischen Terminologie formulieren. Betrachten wie ein Beispiel aus Breuers Arbeit über seine berühmte Kronzeugin, Anna O. Diese litt etwa sechs Wochen lang trotz großer Hitze an einer Unfähigkeit zu trinken und konnte ihren Durst nur durch Obst, Melonen und dergleichen lindern. Eines Tages „räsonierte sie einmal in der Hypnose über ihre englische Gesellschafterin, die sie nicht liebte, und erzählte dann einmal mit allen Zeichen des Abscheus, wie sie auf deren Zimmer gekommen sei und da deren kleiner Hund, das ekelhafte Tier, aus einem Glase getrunken habe. Sie habe nichts gesagt, denn sie wolle höflich sein. Nachdem sie ihrem steckengebliebenen Ärger noch energisch Ausdruck gegeben, verlangte sie zu trinken, trank ohne Hemmung eine große Menge Wasser und erwachte aus der Hypnose mit dem Glas auf den Lippen" (1892, S. 30f.).

Wir haben hier einen Prozeß, der in zwei Stufen abläuft: Der aus dem Glas trinkende Hund erregt bei Anna O. Ekel und Ärger – zweifellos in Verbindung mit ihrer Vorstellung von Anstand und Schicklichkeit. Der Abscheu und der Ärger selbst sind jedoch Reaktionen, die der Zensur unterliegen, da eine wohlerzogene junge Dame gelassen und souverän zu sein hat und ihrem Ärger und ihrem Widerwillen nicht freien Lauf läßt – obwohl der Impuls dazu offenbar sehr stark war. In diesem Kontext wird also der Peinlichkeitsaffekt ausgelöst durch die affektive Reaktion selbst, die wiederum durch eine andere Kombination von Wahrnehmung und kognitiver Einstellung in Gang gesetzt wird. Auf dieser Ebene ist es die affektive Erregung selbst (Ärger und Wut), die unverträglich ist mit bestimmten Maximen (dem Willensinteresse, Freude an der eigenen Persönlichkeit zu haben). Und dies ist eine häufig erlebte Konstellation: daß Patienten sich fürchten vor dem Überschwemmtwerden durch heftige Erregung, sei es Angst, Wut, Verzweiflung oder sonst etwas, das die angestrebte ruhige Selbstkontrolle in Frage stellt und demütigend ist nicht nur aufgrund des inneren Charakters (man hat keine Angst, man darf sich nicht unterkriegen lassen, man darf nicht aggressiv, neidisch, haßerfüllt sein), sondern auch deshalb, weil es die rationale Selbststeuerung außer Kraft setzen kann und den Menschen zur hilflosen Beute affektiver Erregungsstürme macht.

Die rational-emotive Therapie spricht hier von Symptomen der zweiten Ordnung oder von Symptom-Streß (Walen et al., 1980). Die affektive Reaktion (C) auf ein auslösendes Ereignis (A) wird selbst zu einem auslösenden Ereignis (A2), das in Verbindung mit irrationalen Überzeugungen (B2) – z.B. so darf man doch nicht reagieren, die Beherrschung zu verlieren, ist eine Katastrophe, sich elend zu fühlen, ist das Schlimmste, was passieren kann – zu erneuten affektiven Reaktionen (C2) führt. Diese Reaktionen der höheren Ebene (es können auch noch mehr als zwei existieren) werden in der RET in der Regel zum ersten Gegenstand therapeutischer Intervention gemacht, und da könnte es sein, daß außer den direkt eingesetzten kognitiven Interventionen (z.B. Disputation) die unmittelbare Konfrontation mit diesen Affekten notwendig ist, d.h. die Erfahrung, daß das Auftauchen massiver affektiver Erregung keine Katastrophe bedeutet, daß man nicht gehaßt, verachtet, verstoßen, lächerlich gemacht wird, daß man trotz des Überwältigtwerdens durch erschütternde

Emotionen ein Mensch bleibt und als Mensch akzeptiert wird. Der entscheidende Punkt ist hier nicht die Abfuhr im Sinne der „Entladung" von Energie, sondern die „korrigierende Erfahrung", vermittelt jedoch nicht nur, nicht in erster Linie, durch Argumentation, sondern durch unmittelbares Erfahren, durch unmittelbare Wahrnehmung (vgl. Revenstorf, in diesem Heft S. 13ff.).

Zusammenfassend möchte ich festhalten, daß für die These Freuds/Breuers, affektloses Erinnern sei fast immer wirkungslos, drei mögliche Mechanismen untersucht wurden und in allen drei Varianten gezeigt werden konnte, daß die entscheidenden Prozesse kognitiver Natur sind, auch wenn die Entstehung von Affekten u.U. nützlich oder notwendig ist für deren Wirksamwerden. Daraus muß die Schlußfolgerung gezogen werden, daß auch in den „Studien über Hysterie" kein plausibles affektorientiertes Therapieprinzip entwickelt wurde, obowhl das Gegenteil ständig behauptet wird. Die Aussichten, überhaupt ein solches zu finden, scheinen nicht besonders günstig. Man könnte es mit einer für kalifornische Twens entwickelten Neuauflage des Modells versuchen, nämlich der Primärtherapie von A. Janov (1973), aber da gibt es nichts wesentlich Neues. Ich ziehe es vor, an dieser Stelle die Rolle von Affekten, Kognitionen und Vorstellungen in einer klassischen Variante der Verhaltenstherapie zu untersuchen, der systematischen Desensibilisierung (SD) von J. Wolpe (1958).

Affekte und Kognitionen in der systematischen Desensibilisierung

Das Buch „Psychotherapy by reciprocal inhibition" (Wolpe, 1958) ist wie die „Studien über Hysterie" eines der berühmesten ungelesenen Werke über die Ätiologie und Behandlung von Neurosen. Da dieses wie jenes jedoch fundamentalen Charakter hat, lohnt sich eine Betrachtung dessen, was eigentlich darin gesagt wird. „Alle menschlichen Neurosen werden, wie die Tierneurosen, erzeugt durch Situationen, welche hohe Intensitäten von Angst auslösen" (S. 78), mit dem Ergebnis, daß vorher neutrale Aspekte dieser Situation (Teile der Stimuluskonfiguration) ebenfalls starke Angst evozieren.

So weit bewegen wir uns noch im Rahmen der vertrauten Konditionierungstheorie. Das ist auch noch der Fall, wenn wir erfahren, daß zu jenen Situationen, die intensive Angst auslösen, schmerzhafte Stimuli, sehr intensive Stimuli und Fallen (falling) gehören (Erinnerungen an Watson, 1920). Aber: menschliche Neurosen werden nur sehr selten durch derartige Reize in Gang gesetzt. Es gibt andere Situationen, die von größerer Relevanz sind, etwa „konditionierte Angststimuli". Was ist das? „Zum Beispiel: Neurosen, die im Krieg entstehen, beruhen häufig auf intensiver Angst in Situationen, die tatsächlich gefährlich sind. Die Wahrnehmung von Gefahr hängt ab von früherem Lernen, und die entstehende Angstreaktion kann mit jedem Stimulus assoziiert werden, der zufällig anwesend ist . . ." (S. 78f.). „Massive Angst kann auch in Umständen ohne objektive Bedrohung ausgelöst werden. Zum Beispiel: Ein elfjähriges Mädchen, aufgewachsen in einem streng kalvinistischen Elternhaus, in dem das Feuer der Hölle eine große Rolle spielte, reagierte mit großer Angst, als sie zum erstenmal angenehme Genitalempfindungen spürte" (S. 79). Weiter: „Üblicherweise ist Konflikt etwa nach dem folgenden Schema an der Entstehung von Neurosen bei Menschen beteiligt: Eine Frau findet sich verlobt mit einem Mann, den sie tatsächlich nicht mag. Sie würde gern die Verlobung lösen, tut es aber nicht, etwa weil sie

den Tadel ihrer Freunde fürchtet. Sie ist ständig angespannt, besonders in Gegenwart ihres Verlobten. Die Spannung wächst ständig und erreicht extreme Ausmaße, als die Hochzeit unmittelbar bevorsteht . . . Gleichzeitig auftretende, starke und konflikthafte Handlungstendenzen generieren anscheinend irgendwie hohe Ausprägungen von Angst im Nervensystem" (S. 79).

An diesen Beispielen wird deutlich, daß in allen Fällen die ursprüngliche pathogene Angst durch *kognitive* Prozesse ausgelöst wird, durch das Wissen um die Gefährlichkeit des Krieges, durch die Drohung mit furchtbaren Strafen (Höllenfeuer), die angeblich auf bestimmte Handlungen oder Impulse folgen, durch die Aktivierung kategorischer ethischer Maximen, die den Neigungen widersprechen. Die Frage, wie in den Initialsituationen einer neurotischen Entwicklung Angst entsteht, wird von Wolpe praktisch genauso wie von Freud beantwortet. Die Ähnlichkeit geht aber noch weiter. Ein wesentlicher, oft übersehener Aspekt von Wolpes Theorie der Neuroseentstehung ist der Faktor der räumlichen bzw. psychischen Einengung. Er weist darauf hin, daß experimentelle Tierneurosen nur dann erzeugt werden können, wenn das Versuchstier seiner Bewegungsfreiheit beraubt wird. Da eine Flucht (eine aktive oder passive Vermeidung) nicht möglich ist, kann sich der Effekt angstauslösender Stimuli kumulieren, die Angstreaktion kann mit der begrenzten Anzahl fester Umgebungsstimuli eher assoziiert werden, als mit den Stimuli einer sich ändernden Umgebung, und schließlich sind die autonomen Angstreaktionen stärker, wenn der hemmende Effekt motorischer Vermeidungsreaktionen wegfällt (S. 65). „Während physische Einengung sicher keine Rolle für die Entstehung der meisten menschlichen Neurosen spielt, so mag ein Mensch doch aufgrund seiner Konditionierungen in eine Situation eingesperrt sein. So eingesperrt etwa, wie es das Beispiel unseres verlobten Mädchens illustriert, ist ein Mensch den gleichen hohen Ausprägungen von Anspannung unterworfen wie räumlich eingeengte Tiere . . . Sowohl physische wie psychologische Einengung begrenzen die Variationsbreite der auf den Organismus wirkenden Stimuli, aber im Falle der Menschen können Stimuli genauso leicht wirksam werden aufgrund ihrer dominierenden Gegenwart in den Gedanken wie aufgrund ihrer Stellung in der Außenwelt" (S. 81).

Voraussetzung für die Entstehung einer Neurose ist also das Verweilen in einer traumatisierenden Situation, der man sich weder durch Flucht entziehen kann und die sich auch nicht aktiv beenden läßt. Was sagt Freud? „Die Psyche gerät in den Affekt der Angst, wenn sie sich unfähig fühlt, eine von außen nahende Aufgabe (Gefahr) durch entsprechende Reaktion zu erledigen" (1895a, S. 338). Sowohl bei Freud wie bei Wolpe können sowohl die Angst wie die Hilflosigkeit durch physische Gegebenheiten verursacht sein, typischerweise aber werden Angst und Hilflosigkeit vermittelt durch Gedanken, durch Überzeugungen, durch Interpretationen.

So weit so gut. Dies gilt für die traumatisierenden Initialsituationen. Wie stellt sich Wolpe den weiteren Verlauf vor? Das wissen wir schon: Die massiven Angstreaktionen werden mit gleichzeitig anwesenden Stimuli assoziiert, die damit zu konditionierten Angstauslösern werden. Deswegen können Ängste auch weiterbestehen, selbst wenn die für das ursprüngliche Trauma verantwortlichen Gedanken und Überzeugungen (z.B. der Glaube an das Feuer der Hölle, die Überzeugung, verrückt zu werden – vgl. S. 79) nicht mehr existieren. Man kann den wichtigen Punkt knapp zu-

sammenfassen: *Wolpe erklärt die Entstehung der Neurosen nach einem kognitiven Modell, ihre Persistenz, ihre Aufrechterhaltung nach dem Konditionierungsmodell.*

Wenn es so wäre, wäre die Wolpesche Theorie, die bekannte systematische Desensibilisierung, eine reine Umkonditionierung im technischen Sinn des Wortes, und so sieht Wolpe es ja auch (S. 105ff.). Eigenartigerweise beschreibt er eine Reihe von Prozeduren, die aber ebenfalls an einem kognitiven Modell orientiert sind. „Alles was der Patient sagt, wird ohne Frage oder Kritik akzeptiert. Dies geschieht nicht, weil der Therapeut ausdrücklich einen sympathischen Eindruck machen möchte, sondern ist einfach der Ausdruck einer vollständig nichtmoralisierenden Einstellung gegenüber menschlichem Verhalten. Wenn z.B. der Patient voller Scham von einer außerehelichen Liebesbeziehung erzählt, dann wird offen deutlich gemacht, daß für Scham keine Veranlassung bestehe, da die Umstände dies zu einem natürlichen Vorkommnis werden ließen – wie es ja auch in der Tat war.

Insofern die Vermittlung solcher Einstellungen durch den Therapeuten die Patienten von einigen fehlangepaßten Ängsten befreit, muß sie als therapeutisch angesehen werden. Im wesentlichen ist es eine autoritative Korrektur der Bedeutung, die der Patient gewissen Stimulus-Konfigurationen beilegt: Der Patient hat auf X unangenehm reagiert, weil er fälschlicherweise glaubte, daß X ein bestimmtes Y impliziere, und nun überzeugt ihn der Therapeut davon, daß dies nicht der Fall ist" (S. 106).

Das erinnert schon sehr an Freuds „Vertreter einer freieren und überlegenen Weltauffassung" (1895, S. 285) und ist natürlich auch A. Ellis aus dem Herzen gesprochen. Ein weiteres Beispiel Wolpes: (der Patient) . . . „berichtete, daß er und Celia eines Abends in einem Cafe in der Nähe einer Gruppe von ziemlich betrunkenen und rüpelhaften Leuten, meist Männern, saßen. Ihn überkam das vertraute Gefühl, daß es einer von ihnen auf Celia abgesehen haben könnte und aufstehen würde, um sich mit ihm zu prügeln und ihn zu besiegen, so daß Celia ihn danach als unfähigen Beschützer verächtlich ablehnen würde. Ich sagte: Objektiv gesehen ist es kaum ihre Aufgabe, der beste Kämpfer der Welt zu sein, und wenn sie von einem Strolch angegriffen werden, ist es für Sie angemessen, um Hilfe zu bitten oder gerichtliche Schritte anzudrohen." (S. 164) Wolpe beschreibt hier sehr schön, wie Ängste nicht durch die reale Situation entstehen, sondern durch damit verbundene falsche Ideen und Gedanken, auch wenn er von einem „Gefühl, daß . . ." (feeling that . . .) spricht. Er meint aber auch, daß die Korrektur dieser falschen Gedanken zwar hilfreich sei, allein aber nicht ausreiche, um die automatischen Angstreaktionen in solchen Situationen zu beseitigen. „Falsche Bedeutungen, die der Patient Worten oder anderen Phänomenen beilegt, führen häufig zu Korrekturversuchen durch Therapeuten fast jeder Art. Es ist oft wichtig, die irrigen Auffassungen des Patienten zu beseitigen, sei es, daß es sich dabei um einfache Fehlinformationen handelt, z.B. die Idee, daß Masturbation Geist und Körper schwäche, sei es, daß wir es mit komplexen Fehleinstellungen gegenüber der Gesellschaft, anderen Leuten, oder gegenüber der eigenen Person zu tun haben . . . Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß die Änderung von Bedeutungen keine fundamentale Therapie ist, wie sie in diesem Buch verstanden wird. Fundamentale Psychotherapie ist die Trennung neurotischer Reaktionen (in der Regel Angst) von objektiv harmlosen Stimuli; Bedeutungen zu ändern leistet dies nicht . . . Aber obwohl die Richtigstellung von Fehleinschätzungen als solche nicht psychotherapeutisch in unserem Sinne wirkt, so ist sie doch oft eine wesentliche Vorbedingung therapeutischen Erfolges" (S. 199f.).

Es bleibt also festzuhalten, daß auch in dem System Wolpes nicht nur bei der Entstehung von Neurosen kognitive Elemente eine wesentliche Rolle spielen, sondern häufig auch bei ihrer Therapie. Diese kognitiven Elemente werden jedoch gewissermaßen wie aus einem Hut hervorgezaubert, und es wäre wünschenswert, wenn man erklärt bekäme, wie sie mit den anderen entscheidenden Variablen zusammenpassen, so wie Skinner (1969) es versucht hat mit der Unterscheidung von kontingenzgesteuertem und regelgeleitetem Verhalten. Das können wir aber im Moment nicht tun, ich möchte vielmehr noch kurz untersuchen, wie sich Wolpe die Rolle von Affekten in der Psychotherapie vorstellt. Normalerweise, im üblichen Umkonditionierungsprozeß, ist die Entstehung von Affekten, wenigstens starken Affekten, nicht notwendig, da sie ja gerade gehemmt, unter Kontrolle gebracht werden sollen. Wolpe kennt jedoch das Phänomen der Abreaktion und definiert diese als die emotionale Wiederbelebung einer angsterregenden vergangenen Erfahrung (S. 195). Abreaktion in diesem Sinn kann auftreten unter Drogeneinfluß, Hypnose, tiefer Entspannung, Hyperventilation, Schlaf- und Nahrungsentzug und sogar spontan im Verlauf eines normalen Interviews. „Das Gefühl ist von beträchtlicher Intensität, und positive Effekte scheinen mit seiner Intensität korreliert zu sein. Aber . . . wenn ungehemmter Schrecken die einzige emotionale Komponente der Abreaktion ist, macht der Patient keinen Fortschritt. Nur wenn der Patient die Wirkung der therapeutischen Situation spürt, z.B. daß der Therapeut ihn voller Sympathie akzeptiert, kann eine Abreaktion mit günstigen Auswirkungen stattfinden" (S. 196).

Die plausibelste Deutung ist hier auch die, daß der Patient dadurch lernt, daß der Affektsturm nicht notwendigerweise zu katastrophalen Reaktionen seitens der Umwelt, zu Beschämung und Demütigung führt. Wolpe meint aber auch, daß „Abreaktion aufgrund von Vorstellungen traumatischer Situationen eine Desensibilisierung gegenüber allen Aspekten dieser Situation ermöglicht" (S. 198) und deshalb häufig schneller ablaufe als die Desensibilisierung gegenüber den einzelnen Dimensionen dieser Situation. In diesem Fall ist die Affektentwicklung nicht von entscheidender Bedeutung, sondern ein Nebenprodukt dessen, worauf es wirklich ankommt, nämlich der Vergegenwärtigung der traumatischen Situation.

Die wichtige Frage, ob die Aufrechterhaltung der Neurosen durch Konditionierung und die Deutung der Desensibilisierung als Umkonditionierung wirklich angemessen sind, kann hier nur noch kurz diskutiert werden. Es ist ja so, daß die meisten Phobiker nicht nur in Gegenwart des angstauslösenden Reizes Angst bekommen, sondern bereits antizipatorisch, in ihrer Vorstellung, so daß sie sich durch ihre Katastrophenphantasien das Leben schwer machen. Es ist lerntheoretisch prima facie unplausibel, daß man Dinge tut (sich schlimme Sachen vorzustellen), die unangenehme Konsequenzen haben. Plausibel wird dies nur durch den Gedanken, daß diese Menschen sich immer wieder mit unlösbaren *Problemen* konfrontiert sehen, so daß sie sich fast zwanghaft diese Situation re-präsentieren, um nach einer Lösung zu suchen, was aber, aus welchen Gründen auch immer, nicht gelingt. Der Phobiker leidet sozusagen an unerledigten und – für ihn – unerledigbaren Aufgaben. Die Desensibilisierung und andere Formen des mentalen Trainings zeigen ihm einen Weg zu Bewältigung

dieser Probleme und trainieren ihn auch darin. Ferner ist zu bedenken, daß jede Desensibilisierung mit einem ausführlichen Interview und einer detaillierten Verhaltensanalyse beginnt, die den Patienten dazu veranlassen, sich ausführlich kognitiv mit seinem Problem auseinanderzusetzen, was ihm bislang nicht möglich war. Es ist klar, daß sich allein dadurch bereits gravierende Einstellungsänderungen ergeben können (vgl. Klein et al., 1969). Eine abschließende Bewertung ist natürlich so schnell nicht zu begründen, aber es bleibt festzuhalten, daß die Desensibilisierung kognitive Elemente enthält, die über die von Wolpe erwähnten direkten kognitiven Interventionen hinausgehen.

LITERATUR:

Bower, G.H.: Mood and memory. *American Psychologist,* 1981, 36, 129-148.

Breuer, J.: Theoretisches. In: Freud, S. & Breuer, J.: *Studien über Hysterie.* Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1970 (1895).

Ellis, A.: *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch und seine Veränderung.* München: Pfeiffer, 1978.

Freud, S.: *Die Abwehr-Neuropsychosen. GW I.* Frankfurt: Fischer, 1952 (1894).

Freud, S. & Breuer, J.: *Studien über Hysterie. GW I.* Frankfurt: Fischer, 1952 (1895).

Greenberg, L.S. & Safran, J.D.: Integrating Affect and Cognition: A Perspective on the Process of Therapeutic Change. *Cognitive Therapy and Research,* 1984, 8, 559-578.

Janov, A.: *Der Urschrei – Ein neuer Weg der Psychotherapie.* Frankfurt: Fischer, 1973.

Klein, M.H., Dittman, A.T., Parloff, M.B. & Gile, M.M.: Behavior Therapy: Observations and Reflections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1969, 33, 259-269.

Skinner, B.P.: *Contingencies of Reinforcement.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.

Walen, S.R., DiGuiseppe, R. & Wessler, R.L.: *A Practitioner's Guide to Rational-emotive Therapy.* Oxford: Oxford University Press, 1980.

Watson, J.B. & Rayner, R.: Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology,* 1920, 3, 1-14.

Wolpe, J.: *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* Stanford: Stanford University Press, 1958.

Keywords: affects – cognitions – psychoanalysis – desensitization – Freud – Wolpe – psychotherapy

Summary: *An examination concerning the theories of neuroses as proposed in the early psychoanalytic writings of Freud and Breuer and the fundamental book of Wolpe on Systematic Desensitization shows that in both approaches cognitive processes play a central role both for the etiology of neuroses and for their therapy. The function of affects remains unclear and appears at best to be of secondary importance.*

Anschrift des Verfassers:
Christoph Kraiker, Dr. phil.
Georgenstr. 65
8000 München 40

Hypnose und Kognition
Band 2, Heft 2, Oktober 1985

Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Intervention

Dirk Revenstorf[1]

Zusammenfassung: *Es wird ein zweifaches Schema von Interventionsstrategien skizziert, das sich auf verbale und nichtverbale Informationsverarbeitung im Menschen stützt. Weiterhin werden Prozeduren danach unterschieden, ob sie sich auf vergangene, gegenwärtige oder zukünftige Probleme des Klienten beziehen. Die verbale Repräsentation von Erfahrung ermöglicht einen therapeutischen Zugang, der argumentativ, in Form von Selbstverbalisierungen oder in einer schrittweisen rationalen Analyse die Denkgewohnheiten des Klienten verändern hilft. Der imaginative Zugang benutzt die nonverbale Repräsentation von Erfahrung, wobei die prinzipielle Vieldeutigkeit und Wertfreiheit von Bildern der Veränderung zustatten kommt. Die szenische Erinnerung ermöglicht außerdem eine Reaktivierung der gefühlsmäßigen Orientierung sowie deren Revision durch Neuinspektion der nonverbal repräsentierten Erfahrung.*

1. Einleitung

Der Klient kommt in die Therapiesitzung und schildert seine Lebenssituation als ausweglos und anstrengend. Alle fordern von ihm und scheinen zu kritisieren, daß er zu wenig Engagement zeige: der Ehepartner, die Kinder, der Vorgesetzte und die Schwiegermutter. Der Klient kommt diesen Forderungen unter großer Anstrengung nach – und ist am Ende des Tages erschöpft und unzufrieden. Warum er sich auf so viele Verpflichtungen einlasse? – Weil es von ihm erwartet würde; und mehr noch, es drohe ständig Kritik von allen Seiten. Dies sei an den Gesichtern abzulesen. Das Gespräch ergibt, daß der Klient den inneren Anspruch spürt, den Anforderungen nachzukommen, mehr als es ihm zur Zeit möglich ist. Und er stellt sich die Gesichter einzelner Personen vor, wie sie ihn kritisieren, er hört die Worte und die Stimme, wie z.B. die Vorgesetzten bei bestimmten Anlässen Forderungen und Beanstandungen vorbringen werden, und er fühlt die Niedergeschlagenheit und die Ängstlichkeit, mit der er dem entgegensieht.

Der Therapeut, in seinem Bemühen, Abhilfe zu schaffen, hat viele Möglichkeiten:

1. Er könnte eine *Entspannungsmethode* mit dem Klienten einüben, die jener im Falle, daß die Angst vor Kritik ihn überwältigt, anwenden soll.
2. Er könnte mit dem Klienten in einem *Disput* dessen Anspruch herausarbeiten, es allen wichtigen Personen seiner Umgebung recht machen zu wollen. Er könnte diesen Anspruch als unrealistisch entlarven und dem Klienten ferner klarmachen, daß es unsinnig (irrational) sei, seinen Selbstwert allein auf die Wertschätzung der anderen zu gründen.
3. Er könnte den Klienten seine *Erinnerungen* nach Szenen absuchen lassen, in denen er erlebt hat, daß eine bestimmte Person ihn spüren ließ, daß sie ihm zugetan war, ohne daß er dafür etwas Besonderes geleistet hat. Er kann den Klienten bit-

1) Der Verfasser dankt Alan Gurman, Neil Jacobson, Christoph Kraiker und Jeremy Safran für kritische Lektüre des Manuskripts und viele nützliche Hinweise.