

# „Back to the Future“ – „Zurück in die Zukunft“: Eine bessere Zukunft durch das Wieder- erleben früherer Lebenserfahrungen

---

Marijke van Meijel-Moonen<sup>1</sup> und Cor Meesters<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gesundheitswissenschaftlerin und Speyer-Therapeutin, Maasbree, Die Niederlande

<sup>2</sup> Entwicklungspsychologin in der Fachgruppe Medizinische Psychologie an der Reichsuniversität Limburg, Maastricht, Die Niederlande

**Keywords:** Speyer therapy; Birth experience

**Abstract:** *“Back to the Future” – “Zurück in die Zukunft”: A Better Future by Reexperiencing of Former Experiences of Life.* Speyer therapy is a “regression-catharsis” therapy. Treatment occurs on ten successive working-days in two-hour sessions. Next, during a working-up period of about three months counselling sessions take place in order to support the patient and to check up treatment outcome.

Both prenatal and perinatal experiences play a substantial role in this approach. Speyer therapists assume that the birth experience constitutes a blue-print for ways of people’s coping with problems in everyday life. Therefore, one of the aims of the present study was to examine the possible influence of birth on the effectiveness of the therapy.

Speyer therapy is based on an eclectic model, and comprises elements of psychoanalysis, learning theory, cognitive theory, behavioural therapy, and experimental therapies.

The findings of the current pilot study showed that the nature and severity of subjects’ complaints were actually assessed by the selected instruments. The main effect of the therapy was demonstrated for the present sample ( $N = 23$ ). Patients were divided into separate groups: on group received Speyer therapy *with* birth exercises and another group received Speyer therapy *without* birth exercises. It was investigated whether both groups differed with respect to their complaints. Results indicated that therapy outcome was maintained in both groups at six-month follow-up. Some differences between groups emerged during the working-up period after therapy, but hardly any difference between groups was observed at six-month follow-up. Therapy outcome appeared to be striking and persistent.

**Zusammenfassung:** Die Speyer-Therapie ist eine Regressions-Katharsis-Therapie. Die Behandlung erfolgt an zehn aufeinanderfolgenden Arbeitstagen mit zwei Stunden pro Tag. In der Verarbeitungsperiode von etwa drei Monaten finden als Begleitung und zur Erfolgskontrolle begleitende Gespräche statt.

Korrespondenzanschrift: Drs. M.J.G.A. van Meijel-Moonen, Sevenumsedijk 5, NL-5993 NK Maasbree, Tel. +31 (4765) 2387

In der Behandlung wird den pre- und perinatalen Erfahrungen ein bedeutsamer Platz eingeräumt. Speyer-Therapeuten gehen davon aus, daß die Geburtserfahrung eine Art Blaupause bildet, die zur Vorlage für die Art und Weise wird, in der der Patient Schwierigkeiten im Leben begegnet. Eine der Untersuchungsaufgaben dieser Studie bezieht sich deshalb auf den Einfluß der Geburt auf die Wirksamkeit der Therapie.

Die Speyer-Therapie ist ein eklektisches Therapiemodell, das wesentliche Elemente der Psychoanalyse, der Lerntheorie, der kognitiven Theorie, der verhaltenstherapeutische Richtung und der experimentellen Therapien enthält.

In dieser Pilot-Studie zeigte sich unter anderem, daß mit den gewählten Bewertungsverfahren Art und Ausmaß der Beschwerden der Patienten in der Untersuchung festgestellt werden konnten. Die Hauptwirkung der Therapie wurde in der untersuchten Patientengruppe nachgewiesen. Die 23 Patienten wurden nach regulären (Speyer-Therapie mit Geburtsübungen) und experimentellen (Speyer-Therapie ohne Geburtsübungen) Behandlungsbedingungen unterteilt. Es wurde nach Unterschieden zwischen beiden Gruppen gesucht. Bei der Nachprüfung sechs Monate nach der Therapie zeigte sich, daß bei beiden Gruppen das Therapieergebnis erhalten geblieben war. In der Verarbeitungsperiode nach der Therapie gibt es einen gewissen Unterschied, kaum jedoch unter den Ergebnissen beider Gruppen sechs Monate nach der Behandlung. Das Ergebnis der Therapie bleibt deutlich erkennbar und anhaltend.

## **Einführung**

Dies ist der Bericht über die Pilotstudie nach der Speyer-Methode, die als Diplomarbeit zum Abschluß eines Studiums an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Reichsuniversität Limburg in Maastricht durchgeführt wurde. Da nicht vorausgesetzt werden kann, daß die Speyer-Methode allgemein bekannt ist, wird zur Einführung in kurzer Form über diese Therapiemethode informiert. Die Speyer-Methode kann als eklektisches Therapiemodell angesehen werden. Die Wechselbeziehungen mit u.a. Psychoanalyse, Lerntheorie, kognitiver Theorie und experienteller Therapien werden dargestellt. Nachfolgend wird die Untersuchung beschrieben. Die wichtigste Zielsetzung war die empirische Überprüfung der Wirksamkeit der Speyer-Methode. Bis heute wurde noch keine systematische Überprüfung der Speyer-Methode vorgenommen. Dies ist wahrscheinlich einer der Gründe, warum diese sehr wirkungsvolle therapeutische Technik relativ wenig bekannt ist. Der Bericht wird mit einer Betrachtung über die Erfahrungen sowie Möglichkeiten für weitere Überprüfung geschlossen.

### *Speyer-Therapie*

Simon Speyer wurde 1922 in Amsterdam als Sohn jüdischer Eltern geboren. 1942 wurde er auf Sumatra von den Japanern als Kriegsgefangener interniert. Durch Zufall wurde er einer Gruppe ausgesuchter Gefangener zugeteilt, die alle viel älter und Universitätsabsolventen waren. Als Überlebensstrategie organisierten die Gefangenen „Vorlesungen“ in ihren jeweiligen Disziplinen. Hier erhielt Simon Speyer seine Ausbildung. Dies waren zwei Jahre von fast 24 Stunden pro Tag. Die übrigen Jahre nennt er eine Hölle. Er überlebte mit knapper Not. Nach dem Kriege führte er unter anderem Untersuchungen über das menschliche Element in Unternehmen sowie Motivations- und Konsumenten-Forschungen durch. Experimentell entwickelte er seine therapeutische Methode, die er in seinem Buch

„Ik haat van jou“ (Speyer, 1980 – kaum zu übersetzendes niederländisches Wortspiel; etwa: „Ich haß-liebe Dich“) beschrieb. In den siebziger Jahren bildete er in den Niederlanden verschiedene Menschen zu Speyer-Therapeuten aus, die seine grundlegenden Erkenntnisse weiterentwickelten. Im Laufe der Jahre entstand ein Bedürfnis nach einer theoretischen Untermauerung der Methode.

Die Speyer-Therapie ist eine Regressions-Katharsis-Therapie. Der Behandlung geht ein Vorgespräch von etwa zwei Stunden voraus. Die eigentliche Behandlung erfolgt an zehn aufeinanderfolgenden Werktagen mit zweistündigen Sitzungen pro Tag. Die Behandlung ist immer individuell. Der/die Patient/in liegt während des größeren Teils der Sitzung auf einer Couch. Der Therapeut setzt ihm/ihr eine Schlafmaske auf, so daß seine/ihre Augen abgedunkelt sind und seine/ihre Aufmerksamkeit im wesentlichen nach innen gerichtet wird. Ein Kontakt mit der Außenwelt besteht jetzt nur noch über die Stimme des/r Therapeuten/in. Dann lernt er/sie eine einfache Atemübung sowie eine Entspannungsübung. Danach regt der Therapeut bei dem Patienten ein Phantasiebild an. Für jeden Tag gibt es ein anderes Phantasiebild. Mit den Bildern, die in dem Patienten entstehen, wird weitergearbeitet. Die Therapie wird so „maßgeschneidert“, zugeschnitten auf die spezifischen Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten. Auf diese zehn Behandlungstage folgt eine Verarbeitungsperiode von drei Monaten. Zur Bestärkung und zur Kontrolle des Ergebnisses finden begleitende Gespräche statt. Schwerpunkt im Vorgespräch ist das „damals und jetzt“-Prinzip. Speyer-Therapeuten gehen davon aus, daß die Probleme der Gegenwart durch unverarbeitete Erfahrungen der Vergangenheit verursacht werden. Probleme treten im allgemeinen nach bestimmten Mustern auf. Diese Muster hängen mit Überlebensstrategien zusammen, die bereits vor oder während der Geburt gebildet sein können. Dies bringt uns zu der Beziehung zwischen der Speyer-Therapie und der Psychoanalyse einerseits und der Lerntheorie über die Sozialisation andererseits. In der Psychoanalyse wird zunächst die Bedeutung der ersten Lebensjahre für die emotionale Entwicklung betont. Ausschlaggebend ist hierbei die Art, in der Eltern mit dem Lebensdrang und den aggressiven Zwängen des Kindes umgehen und wie sie den Grundbedürfnissen wie Liebe und Sicherheit entgegenkommen.

In der Speyer-Therapie werden die Lernmechanismen während der Sozialisation als Programmierung bezeichnet. Es gibt eine „Unausweichlichkeit“ für bestimmte Reaktionsmuster. Dies ist vor allem bei Überlebensmechanismen der Fall, die die Grundlage des ganzen Sozialisationsprozesses bilden. Das Kind wird während der ersten Lebensjahre für sein ganzes Leben auf das Eingehen von Beziehungen programmiert. Es wird angenommen, daß, falls bestimmte Bedürfnisse nicht vollständig befriedigt werden, sich das Kind in der folgenden Phase nicht voll entfalten kann (Maslow, 1978; Verhofstadt-Deneve, Vyt und van Geert). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, so weit wie möglich in die Geschichte des Patienten zurückzugehen. Dies bringt uns auf die Bedeutung der Wiedererweckung der Geburtserfahrung in der Speyer-Therapie.

### *Die Geburtsübungen in der Speyer-Therapie*

Simon Speyer erarbeitete die Geburtsübung als Möglichkeit zur Behandlung von Geburtstraumata (Speyer, 1980). Im Laufe der Jahre zeigte sich, daß viele Menschen, die keine Klage über Beschwerden, die nach der Speyer-Methode als Ge-

burtstraumata hätten diagnostiziert werden können, geführt hatten, doch heftig auf die Geburtsübungen reagierten (Speyer, 1980). Es wurde deshalb beschlossen, diese Übungen grundsätzlich während jeder Therapie durchzuführen. Die Übungen werden üblicherweise am zweiten, dritten und vierten Therapietag durchgeführt, dann am siebten, achten und neunten. Sie bilden damit einen wesentlichen Grundbestandteil der Therapie.

In allen Fällen bittet der Therapeut den Klienten zunächst, sich auf die Seite zu legen, auf der er am liebsten liegt. Danach nimmt der Patient die Fötushaltung an, mit angezogenen Beinen, das Kinn auf der Brust und die Nase in Richtung auf die Knie. Der Therapeut legt ein Kissen auf den Patienten und hält ihn fest. Danach wird ein Phantasiebild vermittelt: „Stell dir vor, du bist wieder ein Baby und bist im Bauch deiner Mutter . . . du bist im Wasser, es ist dunkel, 37°C warm und du kannst nicht heraus . . . erzähl mir, was du empfindest, wie du dich fühlst . . . achte vor allem darauf, wie du deinen Körper spürst . . . empfindest du die jetzige Haltung als vertraut? . . . wenn die Haltung vielleicht anders sein sollte, sage mir, welche Haltung du einnehmen willst.“ Die durch die eingenommene Körperhaltung und das Phantasiebild abgerufenen Reaktionen werden als Geburtserfahrungen interpretiert. Für eine wissenschaftliche Annäherung besteht natürlich das Problem, daß ein Nachweis dafür, daß die abgerufene Erfahrung wirklich eine Geburtserfahrung ist, nicht geführt werden kann. Bestimmte Details, die in einigen Fällen nachträglich verifiziert werden konnten, können immer nur als abgeleiteter Beweis dienen (Kruse, 1982). Dies wird am besten verdeutlicht anhand von Beispielen, die sich in den vergangenen zwölf Jahren der therapeutischen Praxisarbeit zeigten.

Ein Mann, 39, er wird hier Guus genannt, unverheiratet, zwölftes und jüngstes Kind der Familie. Über Geburt wird in seiner Familie niemals gesprochen. Die Mutter war 48 und der Vater 53 Jahre alt, als das jüngste Kind geboren wurde. Guus gab an, daß keine Einzelheiten über seine Geburt bekannt seien. Er wußte nur, daß die Entbindung wahrscheinlich zu Hause stattgefunden habe, da dies in den Niederlanden üblich ist. Während der Therapie gab er bei der Geburtsübung an, daß ich „es verkehrt mache“: „Du hältst meinen Kopf fest, das ist ganz falsch“, sagte er aufgeregt. „Ich wurde einfach nicht mit dem Kopf zuerst geboren“. „Wie soll ich dich denn festhalten?“ „Von hinten!“ Ich hielt ihn dann in der Weise, die bei Steißgeburten üblich ist; er sagte überrascht: „Ja, so ist es richtig“ und arbeitete sich mit seinem Gesäß nach draußen. Ich fragte ihn, ob er sehen konnte, wer bei seiner Geburt zugegen gewesen sei. Er sagte: „Die Hebamme und die Schwester“. „Sind da noch mehr Menschen?“ Überrascht: „Ja, die Nachbarin und meine Schwester Lies“. Guus war nach der Geburtsübung verblüfft. Er sagte: „Natürlich weiß ich, daß Kinder im allgemeinen mit dem Kopf zuerst geboren werden. Gestern habe ich noch eine Wöchnerin besucht und das Kind hatte von der Saugglocke eine Beule am Kopf. Auf unserem Bauernhof habe ich oft Tiergeburten gesehen. Auch die kommen üblicherweise mit dem Kopf zuerst. Und doch weiß ich sicher, daß ich mit dem Gesäß zuerst geboren bin“. Auf Nachfrage zeigte sich, daß alles, was er in der Therapie erfahren hatte, auf Tatsachen beruhte, die seine Schwester (12 Jahre älter) bestätigen konnte, über die sie jedoch niemals gesprochen hatte. Gespräche über Geburt wurden mit Sexualität in Verbindung gebracht, was in streng katholischen Familien als „unschicklich“ angesehen wurde.

Ein weiteres Beispiel ist das einer Frau von 46, die hier Annie genannt werden soll. Während des Vorgesprächs nannte sie als eine ihrer Beschwerden ihre schweren Schuldgefühle und „destruktiven“ Neigungen. Sie erzählte mir von ihrer sehr gefährlichen und komplizierten Geburt. Sie war eine Becken-Endlage gewesen; ihre Mutter war zum Ende ihrer Schwangerschaft mit heftigen Blutungen auf dem Boden liegend aufgefunden worden. Sie war in größter Eile ins Krankenhaus gebracht worden, wo unter Vollnarkose ein Kaiserschnitt vorgenommen wurde. Ihre Mutter überlebte diese Entbindung mit knapper Not. Während der Geburtsübungen in der Therapie wurde die bei Steißgeburten übliche Haltung angenommen. Sie bat mich jedoch, sie nicht am Gesäß zu halten, sondern an den Füßen. Sie schien eine „vollkommene Fußlage“ zu haben. Sie durchlebte eine entsetzliche und lebensbedrohliche Atemnot. „Ich weiß, daß ich ‘da unten’ mit meinen Füßen alles kaputt trete, dessen bin ich mir sehr wohl bewußt, aber ich muß raus, sonst sterbe ich.“ Sie erlebt die Narkose als totalen Verlust der Kontrolle, Lebensbedrohung . . . als sie wieder zu Bewußtsein kommt, schmerzen ihre Augen von grellem Licht, sie sieht helle Lampen, hat einen ekelhaften Geschmack im Mund, würgt . . . dann fühlt sie, daß sie etwas in ihren Rachen bekommt . . . mehr und heftigeres Würgen . . . weiß nicht, was es ist, aber es ist entsetzlich (von dieser Erfahrung liegen übrigens Video-Aufnahmen vor). Der Zufall wollte es, daß diese Frau kurz nach ihrer Therapie mit einer Operationsschwester in Kontakt kam, die zum Zeitpunkt ihrer Geburt im Operationssaal arbeitete. Als Annie ihr erzählte, daß sie mit einem Kaiserschnitt zur Welt gekommen sei, gab die Krankenschwester eine genaue Beschreibung aller Verrichtungen mit einem Neugeborenen nach einem Kaiserschnitt, wie sie in dieser Zeit üblich waren. Alle stimmten bis ins Detail mit Annies Erfahrungen in der Therapie überein, darunter auch die Tatsache, daß ein Schlauch in den Rachen eingeführt wurde und Neugeborene unter Lampen gelegt wurden.

Obwohl die Geburtserfahrung nicht unbedingt eine traumatische sein muß (Lagerkrantz und Slotkin, 1986), ist sie doch für jeden Menschen eine sehr wesentliche Übergangserfahrung. Daher kann der Einfluß dieser Erfahrung auf die Persönlichkeitsentwicklung sehr stark sein (Moonen, 1992). In der Speyer-Therapie wird danach getrachtet, das erste Auftreten einer Erfahrung aufzuspüren. Während der Geburtsübungen erkennt man oft Reaktionsmuster wieder, die auch in den Programmierungsjahren (0–3,5 Jahre) sichtbar sind. Für die Überlebensstrategien des Individuums ist der Geburtsprozeß von erheblicher Bedeutung. Die verfolgte Strategie hat sich als wirksam erwiesen, da diese in der bedrängten Lage, die die Geburt mit sich bringt, tatsächlich ein Überleben ermöglicht hat.

### *Katharsis*

Freud und Breuer wendeten beide die Katharsis unter Hypnose an. In einer Periode, in der „er wirklich eine Dosis seiner eigenen Medizin benötigt hätte“ (‘he really needed a dose of his own medicine’ – Straton, 1990, S. 545) wandte sich Freud von der kathartischen Methode ab. Andere, darunter Breuer, Janet und Charcot und später Milton Ericson und Ida Rolf arbeiteten weiter mit der Katharsis-Methode und entwickelten diese fort. Straton (1990) verwendet vier

wesentliche Modelle für ein besseres Verständnis der Veränderungen, die bei Katharsis-Therapien auftreten.

**Das hydraulische Modell.** Das hydraulische Modell der Katharsis beruht auf dem Bild der Dampfmaschine (Freud, 1983). „Die Verbindung aus der unzerstörbaren Nerven- oder psychischen Energie und der Dampfmaschine bildet eine Grundlage der Freudschen Theorie . . .“ (Vroon & Draaisma, 1985, S. 132–133). Von Bedeutung ist hierbei die Grundregel aus der Naturwissenschaft, daß Energie nicht verlorengeht. Speyer spricht in diesem Zusammenhang über das Input-Output-Prinzip (niederld. 'in-en-uitbreng-principe'). Wenn ein bestimmter Teil des Gehirns gereizt wird, entsteht u.a. eine elektrische Ladung. Diese muß durch eine Entladung abfließen (z.B. durch Muskeltätigkeit, Weinen, Lachen etc.). Geschieht dies nicht, entsteht im betreffenden Teil des Gehirns oder in den Muskeln, die die Entladung hätten herbeiführen sollen, eine Überdosis an Ladung. Dem Prinzip der Dampfmaschine folgend, kann die Entladung des Überdrucks von entscheidender Bedeutung sein, unter anderem für die Verarbeitung unverarbeiteter Geschehnisse in den Kinderjahren. Während der Therapie werden durch den Patienten Ereignisse wiedererlebt, wobei man sprechen kann von Input ohne die Möglichkeit des Output. Die freigesetzte Energie wird entladen. Dies geschieht während der Katharsis. Eine Katharsis kann sehr unterschiedliche Formen annehmen: Heftiges Zittern oder Schütteln des Körpers, lautes oder lautloses Weinen, Keuchen, Schreien, Spucken, Schimpfen etc. Der Patient wird dazu angeregt, seine Muskeln so viel wie möglich zu gebrauchen, indem man ihn schlagen und stoßen läßt. Die Muskeltätigkeit hilft bei der Entladung der überschüssigen Energie.

**Das Pawlow-Modell.** Dieses Modell geht davon aus, daß ernster mentaler Streß eine physiologische Störung im Gehirn verursachen kann, wodurch alte Gedankenmuster freigesetzt werden und neue Ideen aufkommen. Nach Straton (1990) kann Katharsis durch die Erhöhung des Arousal-Niveaus auf eine ähnliche Weise wirken, wie es während des Wiedererlebens traumatischer Ereignisse geschieht. Danach ist die Person offener für neue Denkweisen.

Die verschiedenen Denkrichtungen in der Psychotherapie sind sich darin einig, daß Angst in der Ätiologie und der Handhabung neurotischen Verhaltens eine zentrale Rolle spielt. So ist es in der Psychoanalyse eine grundlegende Erkenntnis, daß sich in einer Neurose der Versuch ausdrückt, dem, was Angst oder Schmerz verursacht, auszuweichen (Freud, 1956). Perls, der Begründer der Gestalttherapie, nimmt an, daß wir, wann immer bestimmte Gedanken oder Gefühle für uns unerträglich sind, diese leugnen. Dies gelingt jedoch nur zu Lasten wertvoller Teile unseres Selbst (Perls, 1969).

Janov spricht in diesem Zusammenhang sogar über partiellen Erinnerungsverlust: Erinnerung ist sehr eng mit Schmerz verknüpft. Man ist geneigt, Erinnerungen, die zu schmerzhaft sind, um integriert zu werden, zu vergessen. Dadurch hat der Neurotiker auf einigen kritischen Gebieten unvollständige Erinnerungen. Janov nennt die Neurose einen „Irrtum in der Zeit“ (Janov, 1973, S. 34). Die schmerzhaft und/oder Angst-Erfahrung ist „vergessen“ und kann so wie eine Zeitbombe unbewußt und unverarbeitet als Wahrheit schlummern.

Verhaltenstherapeuten sehen Neurose als einen dauernden Versuch der Vermeidung von Konfrontationen mit Angst einflößenden Geschehnissen.

In der kognitiven Therapie werden Neurotiker auch als Vermeider betrachtet. Sie scheinen nicht fähig zu sein, Informationen (über ihre Umgebung und/oder sich selbst), die eine unangenehme Erinnerung wecken, zu verarbeiten. Emotionen werden als Informationsstrukturen im Gedächtnis angesehen, die diese Unfähigkeit regulieren (Foa und Kozak, 1986). Es tritt Angst auf, sobald eine Informationsstruktur aktiviert wird, die zur Vermeidung von Gefahr gebraucht wird.

Ungeachtet der Unterschiede in den Ausgangspositionen ist die Exposure mit dem Ziel der Katharsis in den verschiedenen Behandlungsweisen von Neurosen eine oft gebrauchte Technik.

Verhaltenstherapeuten haben Techniken entwickelt, die zur direkten Konfrontation mit dem, das die Angst erzeugt, führen. Die Speyer-Methode der „Überflutung“ (‘Flooding’) gleicht noch am ehesten der „exposure in vitro“ und einer imaginären Konfrontation (Kanis, 1988). Während der Arbeit auf der Couch liegt der Patient mit verdeckten Augen auf dem Rücken. Die Ereignisse werden so heftig wie möglich wiedererlebt, und so viele Aspekte des Angst auslösenden Moments wie möglich werden angeboten. Wenn der Patient auf dem Rücken liegend in der Lage ist, seine Angst zu überwinden, wird ihm dies auch in anderen Situationen gelingen. Foa und Kozak (1986) betonen, daß es eine bestimmte untere Grenze gibt, unterhalb derer eine Exposure nicht wirkt. Es müssen ausreichende Elemente des angstweckenden Reizes angeboten werden, um eine Reaktion auszulösen.

Wichtig ist es, daß die Erlebnisse auf der Couch in Beziehung zum heutigen Leben und Verhalten des Patienten gesetzt werden. Es darf niemals geschehen, daß die Erlebnisse auf der Couch losgelöst von seinem Leben erscheinen. Die Verbindung zwischen der wiedererlebten Angst und den Beschwerden sowie dem Verhalten im Jetzt muß unaufhörlich hergestellt werden. Während der Arbeit an der Couch benutzt der Therapeut stets die Worte des Patienten. Durch den Therapeuten werden keine eigenen Begriffe und Ideen eingeführt. Der Patient wird angeregt, selbst den Inhalt seiner Konstrukte neu zu definieren. Der Therapeut unterstützt dies, indem er durch begleitende Ansprache ständig die Verbindung zwischen den Erlebnissen auf der Couch und Ereignissen im täglichen Leben des Patienten herstellt. So beginnt der Patient, diese alltäglichen Ereignisse aus einer anderen Perspektive zu sehen; er stellt neue Zusammenhänge her und kann so zum Verstehen, zu anderem Handeln und neuem Erleben kommen.

**Das Cathexis-Modell.** Dieses Modell geht vom Prinzip der Bindung aus. Grundlegende Idee dieses Modells ist, daß Bindungen vor allem bei Veränderungen des Arousal-Niveaus entstehen. D.h., daß, wenn ein Organismus sich im Zustand eines hohen Arousal-Niveaus befindet, eine positive Bindung zu einem Gegenstand in der unmittelbaren Umgebung entsteht, sobald das Arousal-Niveau absinkt. Dies ist auch ein wesentlicher Umstand für das Prinzip der Übertragung zwischen Patient und Therapeut, das in jeder tiefgehenden Psychotherapie eine Rolle spielt (Frank, Hoehn-Saric, Imber, Liberman und Stone, 1978). Es ist möglich, daß derselbe Mechanismus mitverantwortlich ist für die Bindung zwischen Eltern und Kind direkt nach der Geburt.

**Das holographische Modell.** Pribram beschreibt die Funktion des Gehirns in den Begriffen des holographischen Prinzips (Pribram, 1971). Holographie ist eine fotografische Methode ohne Linsen, in der es möglich ist, Hunderte von Abbildungen in eine Emulsion aufzunehmen, die bei der üblichen Fotografie nur ein Bild enthält. Solche zusammengesetzten Bilder sind ein gutes Modell für die Arbeit mit den Phantasiebildern, die in der Speyer-Therapie die Katharsis anregen. Wenn der Therapeut z.B. am dritten Behandlungstag den Patienten bittet, das Kind zu rufen, sehen und empfinden die meisten Menschen das Kind, das sie selbst im Alter von etwa drei Jahren waren, als ganz real. Sie können mit ihm kommunizieren wie mit einem anderen Wesen. Und doch geht das Gefühl des Einsseins nicht verloren. Ebenso wie in einem Hologramm sind sie gleichzeitig abgetrennt und doch eins. Wenn der Patient bereit zu sein scheint, dem Kind zu Hilfe zu kommen, ist dies ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zur Genesung. Dadurch, daß der Patient sich gleichzeitig als der Erwachsene im Heute erfährt, ist es ein bewußter und aktiver Willensakt, das Kind heilen zu wollen. Dies zeigt auch, daß die Arbeitsweise in der Speyer-Therapie sich von hypnotischen Techniken unterscheidet. Der Therapeut hilft dem Patienten, mit dem Denkvermögen und den Empfindungen des Erwachsenen von heute Schmerz, Einsamkeit, Kummer, Angst oder alle anderen unverarbeiteten Gefühle von damals zu verarbeiten.

Vielleicht die interessanteste Eigenschaft von Hologrammen hängt wohl mit der Erinnerungsfunktion oder dem Umsetzen und Wiederauffinden von Informationen zusammen. In einem optischen Hologramm wird die Information gestreut angelegt, so daß aus jedem Teil das ganze Bild aufgebaut werden kann. Wird dazu nur ein kleiner Teil des Hologramms verwendet, wird die Abbildung weniger scharf, die allgemeinen Merkmale des Ganzen bleiben jedoch erhalten. Pribram (1971) nimmt an, daß die Aktivierung von Milliarden Neuronen im Gehirn stabile Überlagerungsmuster liefert, die über den gesamten Cortex verteilt die Grundlage aller Sinneserfahrungen und des Erinnerungsvermögens bilden. Daran wird in der Speyer-Therapie angeknüpft, indem so viele Aspekte des Bezugsmusters wie möglich angesprochen werden: Emotionen, Bilder, Gerüche, Geräusche, Berührungen, Körperhaltung etc. Die Phantasiebilder, die in der Speyer-Therapie verwendet werden, scheinen imstande zu sein, in dem Patienten sowohl Bilder als auch korrespondierende Gefühle, Töne und Gerüche abzurufen. Während der Therapie wird auch sehr ausdrücklich mit Berührungen des Körpers gearbeitet (Tag 5) sowie mit dem Einnehmen bestimmter Körperhaltungen unter anderem bei der Geburtsübung (Fötus-Haltung).

### *Aufgabenstellung*

Bisher sind noch nie wissenschaftliche Untersuchungen nach der Speyer-Therapie durchgeführt worden. Simon Speyer demonstrierte seine Therapie an den Universitäten Leiden und Löwen, dies führte jedoch nicht zu kontrollierten Untersuchungen. Die dem vorliegenden Artikel zugrunde liegende Studie ist ein erster Ansatz zu einer mehr wissenschaftlichen Annäherung an die Methode. Die erste Frage, über die mehr Klarheit gewonnen werden mußte, war: „Ist die Speyer-Methode wirksam?“ Genau genommen kann diese Aufgabe nicht ohne Kontrollgruppe beantwortet werden. Theoretisch ist es jederzeit möglich, daß Menschen sich auch ohne Einmischung in derselben Weise verändern. Die Speyer-

Therapeuten, die an der Studie mitarbeiteten, waren nicht bereit, ein „Wartezimmerverfahren“ zu schaffen – indem sie z. B. die Hälfte ihrer Patienten ein halbes Jahr auf eine Warteliste setzten –, da sie fürchteten, in der Zwischenzeit viele dieser Patienten zu verlieren. Für die Pilot-Studie wurde als Aufgabenstellung 1 formuliert:

*Ist mit den gewählten Kontrollmethoden bei Patienten, die sich der Speyer-Therapie unterzogen haben, eine Veränderung – der sogenannte Haupteffekt – meßbar (Therapieerfolg/Zeit)?*

Ferner stellt sich die Frage, ob es wohl gerechtfertigt ist, den Geburtsübungen einen solch zentralen Platz in der Therapie einzuräumen, wie es augenblicklich in der Speyer-Therapie geschieht. Das Ergebnis dieser Übungen wird nur gestützt durch unkontrollierte klinische Beobachtungen. Zudem sind sie eines der widersprüchlichen Elemente der Speyer-Therapie und als solches für die Studie von Bedeutung. Da für die Annahme, daß es sich um wirkliche Geburts-Erinnerungen handelt, kein direkter Beweis geliefert werden kann, diese Übungen jedoch einen derart wichtigen Platz in der Speyer-Therapie einnehmen, wurde entschieden, doch einen Versuch zu wagen, zumindest einiges über diese Übungen in der Studie erkennbar werden zu lassen. Darum lautet die zweite Aufgabe der Studie: „Gibt es einen Unterschied zwischen der Gruppe Patienten, die sich während der Therapie Geburtsübungen unterzogen und jener Gruppe Patienten, die an einer Therapie ohne diesen Teil der Behandlung teilnahmen?“ Für die Pilotstudie wurde als Aufgabenstellung 2 formuliert:

*Gleicht das Therapieergebnis unter regulären Bedingungen (Speyer-Therapie mit Geburtsübungen) dem unter experimentellen Bedingungen (Speyer-Therapie ohne Geburtsübungen)?*

## **Methode**

### *Untersuchte Personengruppe*

Außer den für die Speyer-Therapie üblichen Ausschließungskriterien wurden zusätzliche im Hinblick auf Geburtsprobleme formuliert. So ergab sich eine besonders ausgesuchte Personengruppe von 23 Patienten mit einem Muster an neurotischen Beschwerden, von denen feststand, daß ihnen Probleme um ihre Schwangerschaft und Geburt nicht bekannt waren. Zu diesem Verfahren wurde einerseits beschlossen, Menschen mit Geburtsproblemen nicht die Hilfe zu versagen, die gegebenenfalls von Bedeutung für ihre Genesung sein konnte, und andererseits, da Geburtsübungen für jeden einen Heilungseffekt haben, dies am ehesten in einer Gruppe, die völlig ohne Probleme auf diesem Gebiet ist, festzustellen ist. Die Verteilung der Patienten nach den unterschiedlichen Bedingungen erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Der Verfasserin wurden dafür die Augen verbunden, um, soweit möglich, einer Beeinflussung der Bedingungen vorzubeugen. In Gruppe 1 (unter experimentellen Bedingungen) sind drei Männer und acht Frauen mit einem mittleren Lebensalter von 38 Jahren bei einer Bandbreite von 29 bis 48 Jahren. In Gruppe 2 (reguläre Bedingungen) sind drei Männer und neun Frauen mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren zwischen 29 und 46 Jahren. In beiden Gruppen

ist das Bildungsniveau relativ hoch. Dies ist bei einer Therapieform, die durch die Betroffenen selbst finanziert werden muß, mehr oder weniger zu erwarten. Bei Beachtung des Standes der Untersuchten fällt auf, daß sich in der untersuchten Personengruppe relativ viele Unverheiratete befinden, sechs in Gruppe 1 und drei in Gruppe 2. Aus den Anfangsergebnissen geht hervor, daß eine ziemliche Anzahl Patienten mit Beziehungsproblemen zu kämpfen hat. Darin liegt möglicherweise eine Erklärung für das vorerwähnte.

### *Untersuchungsmuster*

Die Untersuchung wurde in fünf Praxen für Speyer-Therapie in fünf Untersuchungsschritten durchgeführt. Schritt 1 ist die Vorprüfung. Diese spiegelt die Anfangssituation des Patienten wider. Die Schritte 2 und 3 sind Überprüfungen während des Prozesses. Überprüfung 3, sechs Wochen nach der Therapie, wird eingeschoben, weil im Rahmen der Speyer-Therapie als sicher angenommen wird, daß nach der Behandlung etwa zu diesem Zeitpunkt ein Tiefpunkt erreicht ist. Überprüfung 4 und 5 sind Nachprüfungen. Drei Monate nach der Therapie muß das endgültige Ergebnis der Behandlung erkennbar sein. Sechs Monate nach der Behandlung wird geprüft, ob das Resultat dauerhaft ist. Der Patient füllt zu Hause den Fragebogen aus, dem eine Anleitung beigefügt ist.

### *Hilfsmittel zur Bewertung*

Bei jeder Überprüfung besteht der Satz Fragebogen aus folgenden Bewertungshilfsmitteln:

- *Die drei wichtigsten Beschwerden.* Während des Vorgesprächs werden aus den Beschwerden, die der Patient angibt, die drei wichtigsten ausgewählt. Diese werden auf einem Formular kurz beschrieben. Bei jeder Überprüfung wird der Patient gebeten, nach einer 8 Punkte-Skala anzugeben, wieviel Unannehmlichkeiten ihm jede dieser Beschwerden verursacht (0 = gar keine bis 8 = sehr starke Unannehmlichkeiten).
- *Der Fragebogen zur Selbst-Beurteilung (niederld. 'Zelf-Beoordelings Vragenlijst' – ZBV).* Die ZBV ist eine niederländisch-sprachige Bearbeitung des „Spielberger State-Trait Anxiety Inventory“ (STAI – van der Ploeg, Defares und Spielberger, 1980) und besteht aus zwei getrennten Selbstbeurteilungs-Fragebogen, mit denen zwei zu unterscheidende Angst-Konzepte bewertet werden. Der STAI DY1 umfaßt 20 Fragen zum Angstzustand (niederld. 'toestandsangst' – engl. 'state-anxiety'), STAI DY2 enthält 20 Fragen zur Bewertung der Angst-Disposition (niederld. 'angstdispositie' – engl. 'trait-anxiety').
- *Der niederländische Fragebogen zur Persönlichkeit (niederld. 'Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst' – NPV).* Im NPV gibt es sieben Unter-Skalen, von denen in dieser Untersuchung drei verwendet werden.

*Die Unzulänglichkeits-Skala (niederld. 'Inadekwatie-schaal' – IN-Skala).* Die Einzelpositionen dieser Skala beziehen sich auf vage Ängste, unbestimmte körperliche Beschwerden, gedrückte Stimmung und Unzulänglichkeitsgefühle. Für die Bewertung folgender Eigenschaften erweist sich die IN-Skala als geeignet: emo-

tional, gespannt, mutlos, unsicher und düster, rasch aus dem Feld geschlagen, schnell entmutigt und labil. Für niedrige Werte zeigen sich folgende Umschreibungen als angemessen: Enttäuschungen/Fehlschläge gut einstecken können, im seelischen Gleichgewicht. Die IN-Skala bewertet Unzulänglichkeit oder Neigung zu Neurosen (Luteijn, Starren und van Dijk, 1985).

*Die soziale Unzulänglichkeits-Skala (niederld. 'Sociale Inadekwatie' – SI-Skala).* Die Einzelpositionen dieser Skala deuten auf das Vermeiden von sozialen Kontakten oder ein Unglücklichfühlen darin. Für folgende Eigenschaftsbegriffe eignet sich die SI-Skala: reserviert, introvertiert, zurückhaltend, vorsichtig und schweigsam, stur, verschlossen, sich im Hintergrund haltend, zurückgezogen, bescheiden, sagt wenig, langweilig, selbstgenügsam und wenig gesellig. Im unteren Bereich befinden sich mehr die Eigenschaften der Anpassung: flott, offen, im Vordergrund, lenkt Aufmerksamkeit auf sich, spricht gewandt, gemütlich und gesellig. Die SI-Skala bewertet soziale Unzulänglichkeit, neurotische Schüchternheit oder soziale Angst (Luteijn, Starren und van Dijk, 1985).

*Die Selbstwert-Skala (niederld. 'Zelfwaardering-Schaal' – ZW-schaal).* Die Werte dieser Skala deuten auf eine positive Einstellung im Hinblick auf Arbeiten, Flexibilität und gute Anpassung. Folgende Eigenschaftsbegriffe können mit der ZW-Skala bewertet werden: Aktiv, dynamisch, zeigt Initiative, aufgeweckt, unabhängig, ruhig und selbstbeherrscht, lebenslustig, hat Wagemut und Unternehmungsgest. Im unteren Bereich der Werteskala sind eher die Eigenschaftsbegriffe wie düster, etwas niedergeschlagen und abwartend. Die ZW-Skala bewertet das Selbstwertgefühl ('self-esteem' – Luteijn, Starren und van Dijk, 1985).

Die NPV ist für diese Untersuchung wesentlich, weil Veränderungen der Bewertungen nach Durchführung der Speyer-Therapie wahrscheinlich der Therapie zuzuschreiben sind. Ein positives Resultat wird durch eine Abnahme der Werte auf der IN- und der SI-Skala ausgedrückt (sofern diese am Anfang hoch sind) sowie eine Zunahme auf der ZW-Skala (sofern diese zu Beginn niedrig sind).

- *Die Symptom-Checkliste (SCL-90).* Die niederländische Version der SCL-90 wurde von dem ursprünglich von Derogatis entwickelten Fragebogen so genau wie möglich übertragen (Arrindell und Ettema, 1986). Die Symptom-Checkliste ist eine vieldimensionale Liste der Beschwerden auf der Grundlage der Selbstbeurteilung durch den Untersuchten. In dieser Untersuchung wird die Dimension der Depression (DEP) beurteilt sowie der Gesamtwert der SCL-90 als Maß für den Grad der Psychoneurose (PSNEUR).

### *Analyse der Daten*

Aus dem Vorhergehenden ist deutlich geworden, daß bei der Untersuchung insgesamt zehn abhängige Variable eingesetzt wurden, vor allem die drei wesentlichsten Beschwerden; Zustandsangst, Angstdisposition, Unzulänglichkeit, soziale Unzulänglichkeit, Selbsteinschätzung, Depression und Psychoneurose. Danach wurden die zehn Variablen auf drei Variable reduziert, um sowohl die Übersichtlichkeit der Resultate zu verbessern als auch aus statistischen Gründen.

Für die Reduzierung von zehn auf drei Variable angewandte Methode (Für jede der drei früher erwähnten Dimensionen wird eine Bewertung vorgenommen):

*Dimension 1:* Die persönlichen, für jeden Patienten unterschiedlichen, Beschwerden. Die Bewertungen der drei wichtigsten Beschwerden wurden addiert.

*Dimension 2:* Der emotionale Zustand infolge der psychopathologischen Beschwerden zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens (engl. 'state dimension'). Die Werte der STAI DY 2 wurden in einen Maßstab von 0 bis 100 übertragen (STAI DY2 - 20 / 60 \* 100). Dabei wird der Wert der SCL 90-PSNEUR addiert.

*Dimension 3:* Die Persönlichkeits-('trait')-Dimension. Hierzu wurden die Werte der STAI DY1 in eine Skala von 0 bis 100 (STAI DY1 - 20 / 60 \* 100) übertragen. Die NPV-Skala wurde in der Art modifiziert, daß sie im Verhältnis einen gleichen Beitrag zu den Ergebnissen lieferte (NPV-IN / 42 \* 100, NPV-SI / 30 \* 100, NPV-ZW / 38 \* 100). Die so erhaltenen Ergebnisse von STAI DY1, NPV-IN und NPV-SI wurden addiert und dieser Wert um den NPV-ZW vermindert.

Zur Lösung der Aufgabenstellung 1 wurden mit den Werten der drei Dimensionen bei der ersten Bewertung gepaarte t-Tests durchgeführt, ebenso mit allen folgenden Bewertungen.

In Bezug auf die Aufgabenstellung 2 gilt die Voraussetzung, daß die Therapie mit Geburtsübungen effizienter ist. Zur Durchführung wurden t-Tests über die Differenz zwischen beiden Gruppen vorgenommen.

## Resultate

### *Kontrolle der Randomisierung*

Zu Beginn wurde ein t-Test für beide Bedingungen durchgeführt, wobei alle 10 Variablen der Anfangsbewertung berücksichtigt wurden. Es scheint bei Beginn der Therapie keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu geben [ $F(12,10)=0.92$ ,  $p=0.56$ ], woraus geschlossen werden kann, daß die Auswahl der Personen wirklich zufällig ist.

Nachfolgend wurden die zehn Variablen, wie oben beschrieben, auf drei reduziert. Ausgehend von diesen drei Variablen wurde erneut ein t-Test für beide Bedingungen durchgeführt (s. Tab. 1):

**Tabelle 1.** Unterschiede zwischen der experimentellen und der Kontroll-Gruppe in Bezug auf die Ausmaße der Beschwerden, den emotionalen Zustand und die Persönlichkeit, überprüft mit Hilfe von t-tests

Dimension	t*	p
Beschwerden	-1.02	0.32
emotionaler Zustand	-1.51	0.17
Persönlichkeit	-1.67	0.11

\*  $df = 21$

Auch wenn von drei Variablen ausgegangen wird, gibt es bei der ersten Bewertung keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen [ $F(3,19)=1.33$ ,  $p=0.29$ ], was auf eine korrekte Durchführung der Randomisierung schließen läßt. Doch lassen die Grafiken (Abb. 1 bis 5) erkennen, daß die Werte unter normalen Bedingungen bei der Bewertung 1 höher sind (bei NPV-ZW niedriger). Dies läßt darauf schließen, daß die Beschwerden der nach dem normalen Procedere behandelten Patienten zu Beginn etwas ernster waren. Hierfür kann in Anbetracht der geringen Anzahl der Probanden in der Untersuchung keine einleuchtende Erklärung gegeben werden. Es könnte Unterschiede zwischen beiden Gruppen bei Kriterien geben, die nicht bewertet wurden.

Außerdem wurde noch überprüft, ob es einen Unterschied zwischen beiden Gruppen bei dem Lebensalter gibt. Es zeigt sich, daß die Patienten aus beiden Gruppen im Hinblick auf ihr Lebensalter vergleichbar sind [ $t(21)=0.87$ ,  $p=0.39$ ].

### *Der Haupteffekt (Aufgabenstellung 1)*

Daß es schwierig ist, eine Aussage über die Hauptwirkung der Therapie zu machen, wenn keine Kontrollgruppe zur Verfügung steht, wurde bereits erwähnt. Es wurde hier jedoch der Versuch unternommen, um an Hand der erhaltenen Resultate einige Aussagen über die Veränderungen, von denen Patienten nach einer Speyer-Behandlung berichteten, zu machen, wobei nicht auf die Unterschiede zwischen beiden Gruppen gesehen wurde. In Tabelle 2 werden die Ergebnisse eines Vergleichs der Bewertung 5 mit der Bewertung 1 für die gesamte Patientengruppe wiedergegeben.

**Tabelle 2.** Gemittelter Unterschied zwischen Bewertung 5 und Bewertung 1 in Bezug auf Grad der Beschwerden, emotionalen Zustand und Persönlichkeit für die gesamte Stichprobe, überprüft mit Hilfe von gepaarten t-tests

Dimension	t*	Gem. Unterschied	p
Beschwerden	-8.21	-10.39	<0.001
emotionaler Zustand	-5.84	-82.00	<0.001
Persönlichkeit	-5.84	-64.97	<0.001

\*  $df = 17$

Die in Tabelle 2 gezeigten Ergebnisse lassen erkennen, daß mit jeder Messung die Unterschiede zunehmen. Nach der Speyer-Therapie nehmen die Beschwerden ab, die Menschen fühlen sich besser und die Persönlichkeitsbewertung zeigt niedrigere, also günstigere, Zahlenwerte. Da mit jeder Bewertung die p-Werte geringer wurden, und die Unterschiede zwischen den Bewertungen damit größer, kann man von einer fortdauernden Besserung ohne Rückfall sprechen. Diese Ergebnisse sind auch in der grafischen Darstellung der Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennbar (Abb. 1 bis 5).

### *Unterschiede zwischen beiden Verfahren der Behandlung (Aufgabenstellung 2)*

Gibt es einen Unterschied zwischen der Behandlung unter experimentellen Bedingungen (Gruppe 1) und der normalen Behandlung (Gruppe 2) im Hinblick auf Unterschiede in der Wirkung (Bewertungen 2 bis 5 gegenüber Bewertung 1)?

In Abb. 1 bis 5 sind die Unterschiede zwischen den Gruppen grafisch dargestellt. Die Grafiken lassen einen Unterschied in der Verarbeitungsperiode der Therapie erkennen. Man sieht bei allen drei Dimensionen die Werte in der regulären Therapie deutlich schneller abnehmen (bei ZW zunehmen). Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen bei der Dimension 2, der 'state dimension' (Abb. 2). Auf diesem Gebiet zeigt sich direkt nach der Therapie ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Verfahrensweisen. Patienten, die sich einer regulären Speyer-Therapie unterzogen, empfanden direkt nach der Therapie deutlich weniger Beschwerden. Sie fühlen sich augenscheinlich beträchtlich besser als die Patienten nach einer experimentellen Speyer-Therapie. Bei Betrachtung der Unter-Skalen für NPV-ZW (Abb. 4) und SCL-90 DEP (Abb. 5) fällt dieser Unterschied noch deutlicher auf. Bei der Nachbewertung (Bewertung 5), sechs Monate nach der Therapie, gibt es kaum noch einen Unterschied zwischen beiden Gruppen. Lediglich bei der Dimension 2 gibt es einen geringen Unterschied zugunsten der Gruppe 2. Insgesamt gesehen sind die Werte für Gruppe 2 (reguläre Bedingungen) etwas besser, die Unterschiede zwischen beiden Gruppen nehmen jedoch mit der Zeit ab. Diese Resultate sind den Abb. 1 bis 3 zu entnehmen. In beiden Gruppen blieb das Ergebnis der Therapie erhalten.

Nachfolgend die grafische Darstellung der Resultate mit Erläuterung der wichtigsten Folgerungen.

Abbildung 1 zeigt einen Unterschied zwischen beiden Gruppen zwischen dem Ende der zweiten und dem Ende der sechsten Woche nach der Behandlung. Die reguläre Gruppe weist eine etwas schnellere Abnahme der subjektiven Beschwerden auf, wonach ein geringer Rückfall erfolgt. Bei der experimentellen Gruppe ist ebenfalls ein schneller Rückgang der Beschwerden zu erkennen, diese Gruppe zeigt jedoch keinen Rückfall. Dadurch gibt es kaum einen Unterschied zwischen beiden Gruppen bei der Bewertung 5.

Abbildung 2 spiegelt wider, daß in der Dimension 2 die Werte nach der Therapie für beide Gruppen unterschiedlich sind. Gruppe 2 zeigt direkt nach der Therapie deutlich niedrigere Werte. Bei Gruppe 1 weisen die Werte bei der Bewertung 1 kaum eine Veränderung auf. Diese Gruppe erfuhr zwischen zwei und 12 Wochen nach der Therapie eine deutliche Verbesserung. Die Abnahme der psychischen Beschwerden in Gruppe 2 erfolgt in diesem Zeitraum etwas weniger schnell, wodurch beide Gruppen 12 Wochen nach der Therapie etwa gleiche Werte aufweisen. Man erkennt daraus einen Unterschied in der Verarbeitung. Gruppe 2 zeigt bis zur Bewertung 3 einen deutlich geringeren Rückgang der Beschwerden als Gruppe 1. Bei der Bewertung 5 liegt Gruppe 2 in den Werten höher als Gruppe 1, der Unterschied zwischen den Gruppen ist jedoch geringer als bei der Anfangsbewertung.

Abbildung 3 läßt erkennen, daß bei der Dimension der Persönlichkeitsmerkmale die Veränderung direkt nach der Therapie in Gruppe 2 größer ist als in der experimentellen Gruppe 1. Bei der Endbewertung ist wie bereits bei der Anfangsbewertung ein etwa gleicher Unterschied zwischen beiden Gruppen zu erkennen.

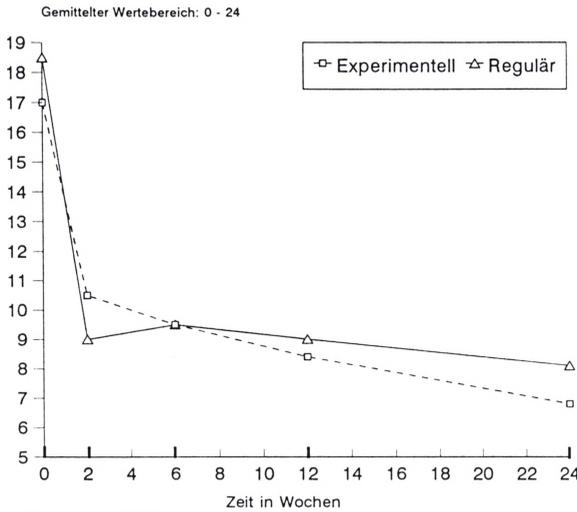


Abb. 1. Resultate beider Gruppen in der Dimension 1 zu 5 Bewertungszeitpunkten

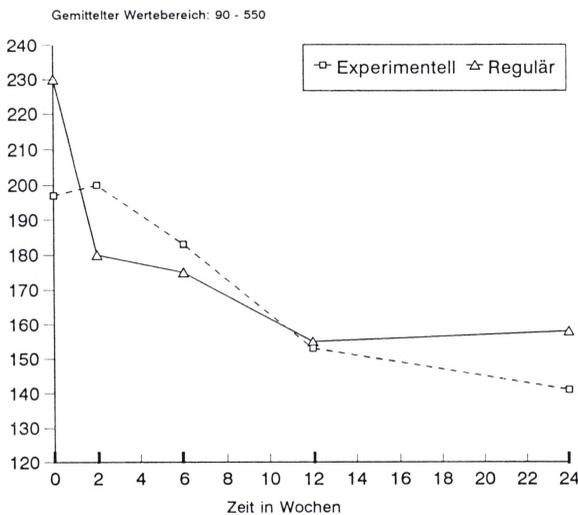


Abb. 2. Resultate beider Gruppen in der Dimension 2 zu 5 Bewertungszeitpunkten

Wiederum beginnt die Abnahme der Werte bei Gruppe 1 langsamer und erfolgt später schneller. Am Sechswochen-Punkt liegen die Gruppen etwa gleich; danach verläuft die Abnahme der Werte bei Gruppe 2 allmählich, bei Gruppe 1 schnell.

Aus Abb. 4 ergibt sich, daß direkt nach der Therapie bei Gruppe 2 eine deutliche Zunahme, also Verbesserung, der Werte auf der NPV-ZW zu erkennen ist, eine geringe Zunahme in Gruppe 1 zwischen zwei und sechs Wochen. Bei Gruppe 2 bleibt das festgestellte Ergebnis erhalten, verbessert sich jedoch nicht weiter. Gruppe 1 erfährt eine stete Veränderung vom Beginn der Behandlung bis zur Nachbewertung.

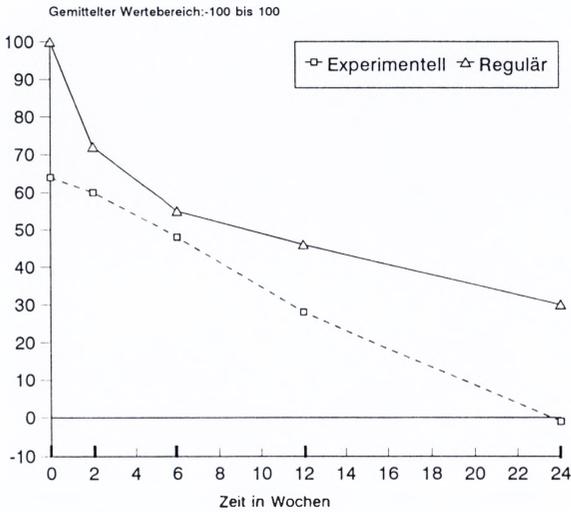


Abb. 3. Resultate beider Gruppen in der Dimension 3 zu 5 Bewertungszeitpunkten

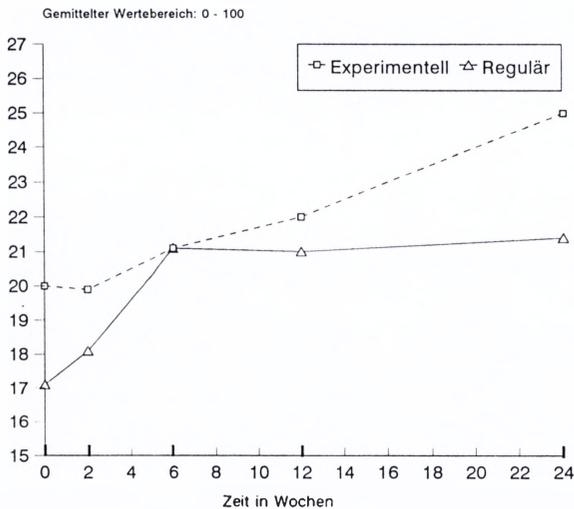


Abb. 4. Resultate beider Gruppen nach der NPV-ZW zu 5 Bewertungszeitpunkten

Abbildung 5 gibt im Hinblick auf Dimension 2 einen deutlichen Hinweis auf den signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen direkt nach der Therapie. Gruppe 1 gibt an, sich direkt nach dem Ende der Therapie nicht weniger depressiv zu fühlen. Erst sechs Wochen nach der Behandlung beginnt die Abnahme der depressiven Gefühle. Übrigens liegt Gruppe 2 in der Anfangsbewertung höher (depressiver). Diese Gruppe erfährt direkt nach der Therapie eine schnelle Verminderung der depressiven Beschwerden und hält dieses Resultat bis zur fünften Bewertung. Bei der Schlußbewertung ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen deutlich geringer als bei der Anfangsbewertung.

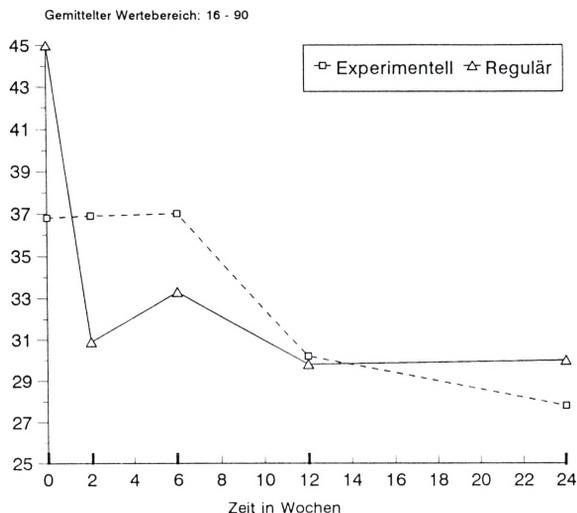


Abb. 5. Resultate beider Gruppen nach der SCL-90 DEP zu 5 Bewertungszeitpunkten

### Diskussion

Man kann aussagen, daß der Haupteffekt bei den behandelten Patienten nachgewiesen wurde. Darüber hinaus wurden einige Unterschiede zwischen beiden Behandlungsbedingungen, d.h. mit und ohne Geburtsübungen, in Bezug auf die Verarbeitung der Therapie festgestellt. Dieser Unterschied bezieht sich vor allem auf den momentanen Zustand der Patienten. Eine Frage, die sich dabei stellt, ist die, wie dieser Unterschied in der Verarbeitung bei den unterschiedlichen Behandlungsbedingungen zu erklären ist. Und damit zusammenhängend: Warum erfolgt die Besserung unter experimentellen Bedingungen langsamer? Eine Erklärung könnte man in der Möglichkeit suchen, daß durch das Nichtausführen der Geburtsübungen eine andere Art der Übertragungsbeziehungen zwischen Patient und Therapeuten entstand. Im Fall der Geburtsübungen geht der Patient zurück bis zu seinen Erfahrungen als neugeborenes Kind. Dadurch wird möglicherweise eine größere Abhängigkeit vom Therapeuten geschaffen. Falls dies so sein sollte, könnte dies die Erklärung für das Abflachen der Bewertungskurve bei der experimentellen Gruppe sein. Im Laufe der Zeit nimmt der Einfluß des Therapeuten ab und damit das Resultat. Zu dieser Überlegung paßt allerdings nicht die direkte Zunahme des Selbstwertgefühls der Patienten nach der regulären und eine leichte Abnahme nach der experimentellen Therapie. Dies scheint nicht der Annahme einer größeren Abhängigkeit in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut zu entsprechen, durch die eher eine Reduzierung der ZW-Werte zu erwarten wäre. Es ist jedoch noch eine andere Erklärung möglich: Vielleicht ist der in den Grafiken erkennbar gewordene Unterschied in der Verarbeitungsperiode einem Unterschied in der Tiefe der Therapie zuzuordnen? Unter regulären Bedingungen wird eine besondere Übung (Wiedererleben der Geburtserfahrungen) durchgeführt, die starke Emotionen mit sich bringen kann. Durch diese vielleicht tiefere Therapieerfahrung unter den Bedingungen mit Geburtsübungen könnte die direkte Wirkung stärker sein. Hier könnte außerdem eine mögliche Erklärung für die

verzögerte Besserung in der experimentellen Gruppe gefunden sein. Der Therapie ohne Geburtsübung fehlt es möglicherweise an der tiefgehenden Wirkung des Wiedererlebens der Geburtserfahrung, wodurch sich ein allmählicher Fortschritt zeigt. Die Patienten erhalten einen Antrieb, ihre Beschwerden zu überwinden. Sie werden während der Therapie nicht so weit gebracht wie die Patienten unter regulären Bedingungen und lassen dadurch anfänglich einen geringeren Fortschritt erkennen. Da die Therapie offensichtlich einen Anstoß zur Veränderung gibt, setzt sich eine Verminderung der Beschwerden noch bis zu sechs Monaten nach der Therapie fort. Nach einer Therapie unter regulären Bedingungen zeigt sich das Ergebnis bereits sofort nach der Therapie. Da diese Wirkung maximal ist, können die Beschwerden nicht weiter abnehmen. Die Daten dieser Untersuchung zeigen, daß die Therapieergebnisse beider Bedingungen sechs Monate nach der Therapie etwa vergleichbar sind. Die Tatsache, daß die Patienten sich unmittelbar nach der Behandlung besser fühlen (erkennbar in den niedrigeren Werte der 'state dimension'), rechtfertigt, daß diese Übungen, vorläufig noch, routinemäßig während der Therapie durchgeführt werden. Mit der Zuordnung existentieller Erfahrungen im Zusammenhang mit der Geburt muß noch zurückhaltend umgegangen werden. Falls die Annahme, daß es sich hier um existentielle Erfahrungen handelt, zutrifft, würde sich dies in den Ergebnissen einer Langzeit-Überprüfung zeigen.

Sechs Monate nach der Therapie wurde kein Unterschied in den Therapieergebnissen unter beiden Bedingungen festgestellt. Der vermutete Tiefpunkt während der Verarbeitungsperiode konnte durch die Daten nicht bestätigt werden.

Es hat sich gezeigt, daß mit den verwendeten Bewertungsverfahren ein Hinweis auf die Art und den Grad der Beschwerden eines Patienten in der Speyer-Therapie gegeben werden kann. Da Speyer-Therapeuten nicht dafür ausgebildet sind, an ihren Patienten eine DSM III-R-Diagnose (American Psychiatric Association, 1987) zu stellen, war dies bisher nicht möglich. Es können jetzt objektive Ein- und Ausschlußkriterien aufgestellt werden. Dies bietet Möglichkeiten für weitere Untersuchungen mit Kontrollgruppen.

Eine Wirksamkeits-Studie in großem Maßstab (mindestens 200 Patienten) befindet sich bereits in weit fortgeschrittenem Stadium der Vorbereitung. Während dieser Wirksamkeits-Studie soll wiederum auf die Geburtseinflüsse geachtet werden. Es wird angestrebt, festzustellen, ob es eine Verbindung zwischen dem Grad und der Art der Beschwerden und dem Vorhandensein oder der Abwesenheit von Geburtsproblemen gibt. Hierzu wird z.Z. ein Bewertungsverfahren entwickelt für das Ausmaß und den Grad der bereits bei dem Vorgespräch bekannt gewordenen Geburtsprobleme. Dem Patienten wird auf diese Weise ein Wert im Hinblick auf das Vorhandensein/Nichtvorhandensein von Geburtsproblemen zugeordnet. Danach wird in dieser zukünftigen Untersuchung versucht, festzustellen, ob die Speyer-Therapie bei Menschen, die im Vorgespräch viele Geburtsprobleme erkennen lassen, wirksamer ist.

## Literatur

- Arrindell, W.A. und Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologieindicator*. Swets & Zeitlinger, Lisse
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition-revised). American Psychiatric Association, Washington
- Foa, E.B. und Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear – exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* **99**, 20
- Frank, J.D., Hoehn-Saric, R., Imber, S.D., Liberman, B.L., und Stone, R.A. (1978). *Affective ingredients of successful psychotherapy*. New York, Brunner/Mazel
- Freud, S. (1983). *Hoofdlijnen van de psychoanalyse*. Meppel, Boom
- Freud, S. (1956). Turnings in the ways of psychoanalytic therapy. In: Jones, E. (ed.) *Collected papers* Vol. 2. Hogarth Press, London, pp. 392–402
- Janov, A. (1973). *De Oerschreeuw*. Ankh-Hermes, Deventer
- Kanis, N. (1988). Imaginaire confrontatie bij onverwerkte incestproblematiek. *Gedragstherapie* **21**, 319
- Kruse, F. (1982). Erinnerung an die eigene Geburt – Realität oder Fiktion? In: Schindler, S. *Geburt, Eintritt in eine neue Welt*. Verlag für Psychologie, Göttingen/Toronto/Zürich
- Lagerkrantz, H. und Slotkin, T.A. (1986). The ‘stress’ of being born. *Scientific American* **254**, 92
- Luteijn, F., Starren, J. und Dijk, J. van (1985). *Handleiding NPV, herziene uitgave*. Swets & Zeitlinger, Lisse
- Maslow, A. (1978). *Psychologie van het menselijk zijn*. Lemniscaat, Rotterdam
- Moonen, M. (1992). *Verkenningen in de pre- en perinatale psychologie*. Jaarwerkstuk Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Real People Press Moab, Utah
- Ploeg, H.M. van der, Defares, D.B. und Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV)*. Swets & Zeitlinger, Lisse
- Pribram, K. (1971). *Languages of the brain*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Speyer, S. (1980). *Ik haat van jou*. Ankh-Hermes, Deventer
- Straton, D. (1990). Catharsis reconsidered. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* **24**, 543
- Verhofstadt-Deneve, L., Vyt, A. und Geert, P. van (1991). *Handboek ontwikkelingspsychologie – Grondslagen en theorieën (derde, geheel herziene druk)*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen
- Vroon, P. und Draaisma, D. (1985). *De mens als metafoor: over vergelijkingen van mens en machine in filosofie en psychologie*. Ambo, Baarn