

1 Grundlagen des Autogenen Trainings

1.1 Die Stellung des A.T. in der Therapeut-Patient-Beziehung

Es gibt keine „psychotherapeutischen Methoden an sich“ mit diesen oder jenen Erfolgen und Misserfolgen, sondern immer nur die Anwendung einer bestimmten Methode durch eine bestimmte Person in Absprache mit derjenigen Person, die der Adressat des anzuwendenden Verfahrens ist. Eigentlich ist dies eine Selbstverständlichkeit und beinahe schon eine Banalität. Und trotzdem: Selbst ein nur oberflächlicher Blick in die medizinische Fachliteratur zeigt, dass der „subjektive Faktor“, der ursprünglich von Freud mit der psychoanalytischen Behandlungstechnik in die Medizin eingeführt wurde [vgl. hierzu auch Weizsäcker, 1947], oft nur ungenügend oder gar nicht berücksichtigt wird.

Auf das Autogene Training (A.T.) bezogen gilt es also – vor einer Anwendung und Vermittlung der Methode – darüber zu reflektieren, welche Stellung dem A.T. in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient zukommt. Die Antwort darauf kann nicht einheitlich ausfallen. Ich möchte stattdessen 2 Schwerpunkte in der Art der Vermittlung herausstellen, die sich in dieser Form auch durch das ganze Buch hindurch ziehen und seine Eigenart bestimmen. Die Vermittlung des A.T. beginnt nicht im „Grundstufenkurs für das A.T.“, sondern im ersten Gespräch, das Therapeut und Patient miteinander über das A.T. als Therapieangebot führen.

Je nach Überzeugung, Ausrichtung und Ausbildung des Therapeuten sowie seiner Fähigkeit zur Wahrnehmung der Bedürfnisse der Patienten fällt hier zumeist schon die Entscheidung über eine strukturierend-stützende Vermittlung einerseits oder über eine offene, analytisch orientierte Vermittlung andererseits.

Im konkreten Fall kann z.B. der Therapeut dem Patienten das A.T. als alleiniges Therapieangebot oder auch als Einstieg in eine umfassendere psychotherapeutische Behandlung vorschlagen und ihm vermitteln, dass er dies als Therapeut für die Methode der Wahl halte, gute Erfahrungen in vergleichbaren Fällen gemacht habe, gute Chancen bei diesen Beschwerden sehe, kurzum: Das A.T. sei genau das richtige therapeutische Verfahren und zudem eines, mit dem der Patient seine eigene Sache selbst zu vertreten lerne. Dies entspräche, in pointierter Form dargestellt, dem strukturiert-stützenden Einstieg in die Vermittlung des A.T. Eine derartige Vorgehensweise hat den Vorteil, einem Patienten, der sich stark verunsichert fühlt, einen Halt zu geben, ggf. seinen starken anaklitischen (anklammernden) und depressiven Bedürfnissen zu entsprechen. Das Verhalten des Therapeuten wäre hier also als empathische Reaktion auf die von ihm gespürten oder auch vom Patienten direkt zum Ausdruck gebrachten Bedürfnisse zu verstehen. Der hierbei in Kauf genommene Nachteil besteht darin, dass nach der Entscheidung für diesen Vermittlungsstil das subtile Geschehen von Übertragung und Gegenübertragung in einer spezifischen Weise vorstrukturiert ist.

Durchaus anders gestaltet sich der Einstieg in eine offene, analytisch orientierte Vermittlung des A.T. Der Therapeut wird sich neutraler und zurückhaltender verhalten, sofern er erkennen kann, dass der Patient in konstruktiver Weise mit diesem non-direktiven Angebot umzugehen vermag. Auf diese Weise wird mehr Raum gegeben für die aus unbewussten Ängsten und Beziehungsmustern heraus sich spontan ergebende Art einer Übertragungsbeziehung. Eine solche Übertragungsbeziehung erreicht zwar nicht die Intensität einer Übertragungsneurose wie im klassischen psychoanalytischen Setting, erlaubt aber doch einen sehr weitgehenden Einblick in die unbewussten Konflikte des Patienten. So kann z.B. die Reaktion eines Patienten auf das Angebot des A.T. als eines autosuggestiven Verfahrens bereits sehr aufschlussreich sein. Übergeht der Patient dieses Angebot oder fragt er nach? Ist es ihm wichtig, ob der Therapeut selbst das A.T. vermittelt oder ihn an einen anderen Therapeuten verweist? Ist eher eine Neugier oder eine ängstliche Zurückhaltung gegenüber dem Neuen und Unbekannten zu spüren? Und was sagt das ggf. aus im Hinblick auf die Beschwerden und deren Genese, die den Patienten zum Therapeuten geführt haben? (Vgl. hierzu Kap. 1.8)

Entsprechend der zum großen Teil psychoanalytisch orientierten psychotherapeutischen Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland kommt der offenen, analytisch orientierten Art der Vermittlung des A.T. eine zunehmend größere Bedeutung zu. Sie hat den Vorteil, die unpassende und doch sich zäh

haltende Unterscheidung von „zudeckender“ und „aufdeckender Therapie“ zu überwinden, die sich auch heute noch in der Überzeugung wiederfindet, dass analytisch orientierte Psychotherapie und A.T. unvereinbar seien (vgl. hierzu auch Kap. 2.9). Diese Auffassung trifft allenfalls auf die strukturierend-stützende Vermittlung des A.T. zu, obwohl auch bei Kennzeichnung dieses Schwerpunkts des Vermittlungsstils im weiteren Verlauf noch Übergänge zu einer mehr analytisch orientierten Arbeit möglich sind. Die offene, analytisch orientierte Vermittlung des A.T. führt nicht nur zu einer Integration des A.T. in psychodynamische Betrachtungsweisen, sondern enthält umgekehrt auch die Aufforderung an eine sich oft als „orthodox“ verstehende Psychoanalyse, den „unbeachteten Körper auf der Couch“ [Moser, 1987] wieder in das psychoanalytische Denken und Handeln zu integrieren [vgl. hierzu auch Becker, 1981; Müller-Braunschweig, 1986, 1987; Pesso, 1986]. Auf diesem Gebiet ist inzwischen eine erfreuliche Entwicklung zu verzeichnen [vgl. z.B. Küchenhoff, 1995; Plassmann, 1993].

1.2 Geschichtliche Entwicklung

Der Begründer des A.T., Schultz, wurde am 20. Juni 1884 in Göttingen geboren. Er habilitierte sich 1915 für das Fach Neurologie und Psychiatrie in Jena, wo er einige Jahre später zum außerordentlichen Universitätsprofessor ernannt wurde. Nachdem er in verschiedenen Positionen und Institutionen gearbeitet und u.a. 9 Jahre das „Berliner Institut für Psychotherapie“ geleitet hatte, ließ er sich als Nervenarzt in freier Praxis in Berlin nieder. Hier starb er am 19. September 1970.

Im umfangreichen Lebenswerk von Schultz (ca. 400 Publikationen) nimmt das A.T. die herausragende Stellung ein. Zur Entwicklung seiner Vorstellungen, gerade auch in Weiterführung wesentlicher Ansätze von Vogt (1870-1959), schreibt Schultz selber: „Die Konzeption der diesem Verfahren zu Grunde liegenden Anschauungen reicht ziemlich weit zurück; sie wurde in den Jahren 1908-1912 vollzogen, es waren namentlich Arbeiten von Oskar Vogt, die mir damals den Blick für die in Frage stehenden Möglichkeiten öffneten. Vogt hat in seinen grundlegenden hypnotischen Studien darauf hingewiesen, dass es bei gebildeten und kritischen Versuchspersonen angängig sei, die Umschaltung in den hypnotischen Ausnahmezustand der Selbstentscheidung der Versuchspersonen zu unterstellen, und teilte eine Reihe von Beobachtungen mit, nach denen Versuchspersonen der geschilderten Art in der Lage waren, sich selbst durch eine Ganzumschaltung in den hypnotischen Zustand zu versetzen, eine **Autohypnose** bei sich herbeizuführen. Vogt betonte schon damals (1893-1900) die praktische Bedeutung dieser Befunde und konnte neben Allgemeinwirkungen positiver Art insbesondere auch die erhöhte Fähigkeit seiner Versuchspersonen zu aufklärender psychologischer Selbstbeobachtung dartun“ [Schultz, 1932, 1987].

Schultz ging also, wie die meisten anderen damals psychotherapeutisch tätigen Nervenärzte, von der Hypnose aus. Es war ihm aufgefallen, dass in den Berichten seiner Hypnose-Patienten folgende Angaben häufig wiederkehrten: Schwere- und Wärmeerlebnisse in allen Gliedmaßen, ein Gefühl der Ruhigstellung von Herz und Atmung. Diese körperlichen Empfindungen liefen zu den aus der Hypnose bekannten Empfindungen der Entspannung, der angenehmen Müdigkeit, der Angstfreiheit und Ausgeglichenheit parallel. Während andere Hypnoseärzte die Angaben über körperliche Empfindungen als Nebenerscheinungen der Hypnose abtaten, stellte Schultz sie in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Er gelangte zu der Überzeugung, dass durch ein Herbeiführen dieser „Nebenerscheinungen“ ein der Hypnose vergleichbarer Zustand zu erreichen sei. Erste Ansätze zu dieser Entwicklung von der Hypnose als einem passiv-autohypnoiden Verfahren zum A.T. als einem aktiv-autohypnoiden Verfahren finden sich bereits in seiner 1920 erschienenen Arbeit „Über Schichtenbildung im hypnotischen Selbsterleben“ [Schultz, 1920], auf die er später immer wieder gerne Bezug nahm [s. hierzu auch Langen, 1976]. Am 3. März 1926 berichtete Schultz in einem Vortrag in der Medizinischen Gesellschaft in Berlin erstmalig öffentlich über seine neue Methode, die er damals „Autogene Organübungen“ nannte [Schultz, 1926]. 1927 bezeichnete er sie als „Rationalisiertes autosuggestives Training“ [Schultz, 1927], bis dann im Jahre 1928 erstmalig der Name „Autogenes Training“ verwendet wurde [Schultz, 1928]. Das grundlegende Werk von Schultz „Das Autogene Training – konzentrierte Selbstentspannung“ erschien 1932; es liegt, von seinem Verfasser bis zu seinem Tode 1970 mehrfach ergänzt und überarbeitet, jetzt in 18. Auflage vor. Schultz fasst hier seine Entwicklungsschritte von der Hypnose zum A.T. und damit das Grundprinzip des A.T. folgendermaßen zusammen: „Lag es doch bei dieser Auffassung nahe, den bei der Fremdhypnose spontan und nur teilweise kontrolliert ablaufenden Vorgang der Entspannung zum Gegenstand systematischer übender Versuche zu machen. Bestand die Annahme zu Recht, dass in der Entspannungskomponente nicht, wie ältere schematisch-dualistische psychologische Auffassungen meinten, lediglich eine ‚Begleiterscheinung‘, sondern ein wesentliches Moment zu Tage trat, so musste erwartet werden, dass richtig angesetzte und systematische Entspannungsübungen die gewünschte Umschaltung herbeiführen mussten. Dies ist im eigentlichen Sinne das Prinzip unseres Trainings.“ [Schultz, 1932]

In den 60er- und 70er-Jahren fand das A.T. eine weite Verbreitung, worauf die Vielzahl der erschienenen populär-wissenschaftlichen Bücher ein deutlicher Hinweis ist [Binder, 1964, 1972; Brenner, 1978; Eberlein, 1973; Krapf, 1973; Rosa, 1973; Thomas, 1967].

Neben der psychotherapeutischen Anwendung im engeren Sinne richtete sich das Interesse zunehmend auch auf die der Methode eigenen psychohygienischen Möglichkeiten. Die Vorträge und Kurse an Volkshochschulen und vergleichbaren Institutionen haben viel zur Kenntnis und Anerkenntnis des Ver-

fahrens in breiten Kreisen der Bevölkerung beigetragen. Trotzdem bestehen z.T. noch sehr unklare und falsche Vorstellungen. Sie reichen von magischen Vorstellungen, die das A.T. in die Nachbarschaft des Spiritismus rücken, bis hin zu der Vorstellung, das A.T. sei ein Sport. Vielen ist auch unbekannt, dass das A.T. seit Jahren zu den von den Krankenkassen als psychotherapeutisches Verfahren anerkannten und damit honorierten ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen gehört.

Seine Anerkennung und Würdigung als ein zentrales psychotherapeutisches Verfahren erhielt das A.T. schließlich auch noch durch die 1981 verabschiedeten Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland, worin für den Zusatztitel „Psychotherapie“ wie auch „Psychoanalyse“ der Nachweis eigener **Kenntnisse und Erfahrungen mit dem A.T.** gefordert wird. Die Anzahl der geforderten Doppelstunden variiert bei den einzelnen Ärztekammern (ca. 20 Doppelstunden).

Mitte der 80er-Jahre des vorigen Jahrhunderts geriet die Rolle der Psychotherapeuten und Psychoanalytikers während des Nationalsozialismus in die Diskussion. Dabei wurde von einigen Autoren auch das Verhalten von Schultz einer kritischen Betrachtung unterzogen [Cocks, 1985; Lockot, 1985]. Neben den Erinnerungen an einen gelassenen und humorvollen Menschen traten die Beschreibungen eines „cleveren Opportunisten, dessen Patriotismus und fachlicher Ehrgeiz ihn ohne weiteres Lippenbekenntnisse dem Regime gegenüber machen ließ“ [Lockot, 1985, S. 333]. Dies gilt nachlesbar vor allem für seinen „Vorschlag eines Diagnosen-Schemas“ [Schultz, 1940], worin er an die „Vernichtung von lebensunwertem Leben“ erinnert, „und der Hoffnung Ausdruck geben darf, dass die Idiotenanstalten sich bald in diesem Sinne umgestalten und leeren werden“ [Schultz, 1940, S. 112]. Außerdem äußert er sich in dieser Veröffentlichung zu den Erbgesetzen der Nationalsozialisten („... zum Segen unseres Volkes“, S. 123). Allerdings liegen keine Hinweise oder gar Beweise vor für eine Beteiligung von Schultz am Euthanasieprogramm.

Die Bewertung der Persönlichkeit des Begründers des A.T. ist zweifellos zwiespältig. Prägnant hat dies der Psychoanalytiker und bekannte Psychosomatiker Bräutigam [1984, S. 907] beschrieben: „In den Räumen (des ‚Deutschen Instituts für Psychologische Forschung und Psychotherapie‘ in Berlin) residierten meist Sanitätsoffiziere der Luftwaffe, z.B. J.H. Schultz, der als eleganter Oberstabsarzt und stellvertretender Leiter des Instituts die Fäden in der Hand hatte, wie ich später hörte, der auch den Zugang zu den verschlossenen psychoanalytischen Büchern eröffnen konnte. Er erschien mir als souveräne und wendige, für mich aber nicht durchsichtige und wenig hilfreiche Persönlichkeit.“

Zum Zeitpunkt dieser kritischen Stellungnahmen, die einen deutlichen Schatten auf das Bild des 1970 verstorbenen Schultz warfen, war das A.T. bereits ein in der Weiterbildungsordnung und den kassenärztlichen Leistungen fest verankertes und somit von seinem Begründer längst emanzipiertes Verfahren.

Das vorliegende Buch soll zukünftigen Kursleitern eine schnelle Orientierung und Einarbeitung in die Methodik und Didaktik des A.T. ermöglichen und dieses Basis-Psychotherapeutikum in diejenigen psychodynamisch relevanten Zusammenhänge hineinstellen, die zum Verständnis der Methode selbst wie auch ihrer spezifischen Wirkungsweise im Arzt-Patienten-Verhältnis notwendig sind (s. dazu besonders Kap. 1.5, 1.8, 2.9 und 4). Dieses Buch versteht sich nicht nur als ein Begleiter während des Lernens, sondern auch während des Lehrens und der praktischen Anwendung dieser Methode in der Arbeit mit Patienten und interessierten Klienten, die es im Sinne einer Psychohygiene verwenden wollen.

1.3 Wirkungsweise

Schultz definiert das A.T. als „ein vom Selbst (autos) sich entwickelndes (gen = werden) und das Selbst gestaltendes systematisches Üben, ‚Training‘“ [Schultz, 1932]. Ziel dieses Übens ist eine Selbstentspannung, der Weg dorthin bedarf der Konzentration, des konzentrierten Übens, womit bereits der zunächst befremdlich wirkende Begriff der „Konzentrativen Selbstentspannung“, wie es im Untertitel zum Standardwerk „Das Autogene Training“ heißt, verständlich wird.

„Das Prinzip der Methode ist darin gegeben, durch bestimmte physiologisch-rationale Übungen eine allgemeine Umschaltung der Versuchsperson herbeizuführen, die in Analogie zu den älteren fremdhypnotischen Feststellungen alle Leistungen erlaubt, die den echten suggestiven Zuständen eigentümlich sind“ [Schultz, 1932]. Um zu einem besseren Verständnis des A.T. zu gelangen, sollen hier die angesprochenen physiologischen Grundlagen sowie die Grundzüge suggestiver Therapie dargestellt werden.

1.3.1 Das Hypnoid und der sog. „Posthypnotische Auftrag“

Auf die enge Beziehung des A.T. zur Hypnose wurde bereits mehrfach verwiesen, Schultz selbst bezeichnete das A.T. als die „legitime Tochter der Hypnose“.

Das Wort „Hypnos“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Schlaf“. Mit Schlaf haben aber die Hypnose wie auch das A.T. nur bedingt zu tun. Es handelt sich vielmehr um einen davon abgrenzbaren Bewusstseinszustand, der als Bewusstseinsengung auf eine (zunächst) begrenzte und kontrollierte Anzahl von Vorstellungen, Gefühlen und Gedanken, die mit einer Entspannung und vegetativen Umstimmung des Körpers einher geht, beschrieben werden kann [vgl. dazu Langen, 1974]. Dieser spezifische Zustand der Bewusstseinsengung wird als Hypnoid bezeichnet; er kann durch eine Hypnose wie auch mit Hilfe des A.T. erreicht werden, wobei der wesentliche Unterschied darin besteht, dass das Hypnoid im A.T. vom Üben selbst in voller Eigen-

verantwortlichkeit hervorgerufen wird. Diese Unterscheidung ist jedoch nicht so grundsätzlich, wie es zunächst erscheinen mag, da längst bekannt ist, dass jede Fremdsuggestion (Hypnose) letztlich erst durch eine Autosuggestion angenommen wird [sog. „Zweite Schule von Nancy“, s. Baudouin, 1972; Coué, 1972]. Diese Feststellung ist u.a. von forensischem Interesse, da sie besagt, dass niemand vollkommen gegen seinen Willen hypnotisiert werden kann, schon gar nicht, wenn der Inhalt der Suggestion sich zudem auch gegen seine ethischen und moralischen Vorstellungen richtet.

Der autohypnoide Zustand wird durch die Selbstbeeinflussung mit Hilfe der Formeln im A.T. erreicht; die körperliche und psychische Entspannung sowie während dieses Zustands sich selbst erteilten Vorsätze (sog. „formelhafte Vorsatzbildungen“, s. Kap. 3) wirken über die reine Übungszeit hinaus weiter fort. Dies ist aus der Hypnose als „**Posthypnotischer Auftrag**“ bekannt (posthypnotisch bezieht sich darauf, dass der während der Hypnose oder des A.T. gegebene Auftrag nach Beendigung der Übung empfunden bzw. erledigt wird). Es handelt sich hier um das Phänomen, dass Anordnungen über den zeitlich begrenzten Zustand der Hypnose hinaus wirksam bleiben, und zwar in Abhängigkeit vom erreichten Versenkungszustand in der Hypnose über viele Stunden hinaus. Im Hinblick auf das A.T. betrifft dies zunächst die physische und psychische Entspannung im Allgemeinen und spezielle Vorsätze im Besonderen. Hier sind – im Vorgriff auf Kapitel 3 – das Terminerwachen, die Regulierung physiologischer Vorgänge wie z.B. der Verdauung, die Behandlung von Examensängsten usw. zu nennen. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied des A.T. zum Schlaf. Ein etwa 15-minütiger Schlaf ist zweifellos erfrischend und erquickend, er beinhaltet jedoch nicht die Möglichkeit, die eigenen physiologischen Bedürfnisse sowie unsere Einstellungen für die Zeit nach dem Aufwachen in einem gewünschten Sinne positiv zu beeinflussen.

1.3.2 Der Mensch als psychophysische Einheit

Es stellt sich die Frage, wie und warum es überhaupt zu dem beschriebenen Bewusstseinszustand des Hypnoids kommen kann. Wir greifen hier zurück auf die bereits zitierten Äußerungen von Schultz, der darauf verwies, dass den seelischen Zuständen in der Hypnose körperliche Empfindungen und Reaktionen entsprechen (vgl. Kap. 1.1). Es ist kennzeichnend für das Werk von Schultz, dass er die psychophysische Einheit des Menschen so sehr betonte. Ihn interessierten die körperlichen Veränderungen, die psychische Veränderungen bedingen (z.B. führt anhaltender körperlicher Schmerz zu Unlust, Griesgrämigkeit) als umgekehrt auch die psychischen Veränderungen, die ihre Korrelate im Körperlichen haben (z.B. führt Freude zu Puls- und Atemfrequenzerhöhung; Angst zu kaltem Schweiß). Körper (Soma) und Psyche wurden von ihm stets und immer als aufeinander bezogen dargestellt, der Mensch somit als eine psychosomatische Ganzheit gesehen.

Dieser Ansatz ermöglichte ihm, die Arbeiten von Vogt fortzuführen, indem er die psychische Entspannung über den bis dahin noch nicht beschrittenen Weg der körperlichen Entspannung zu erreichen suchte. In Verkennung dieser fundamentalen Zusammenhänge erscheint vielen Laien das A.T. als eine „Glaubenssache“ bzw. als „pure Einbildung“. Dabei sind beide Begriffe in einem positiv verstandenen Sinne sogar durchaus zutreffend. Der Lernende muss dem A.T., d.h. aber letztlich sich selber vertrauen, „einwilligen in naturhafte Verläufe gewünschter Richtung, vergleichbar dem Einschlafen“ [Schultz, 1987]. Heyer formulierte dies folgendermaßen „Wer es gelernt hat, im Autogenen Training **sich zu lassen**, wird **ge-lassen**“ [zit. nach Schultz, 1987]. Einbildung als „sich ein Bild machen“ ist in einem positiv verstandenen Sinne ebenfalls charakteristisch für das A.T. und führt uns zu den Mechanismen, die als **Carpenter-Effekt** bzw. **Ideoplasie** beschrieben sind und der Wirkungsweise des A.T. zu Grunde liegen.

Der Carpenter-Effekt besagt, dass bei der Vorstellung einer Bewegung unwillkürlich Bewegungsimpulse entstehen. Diese können zu sichtbaren Bewegungen führen (man denke nur an Fußballzuschauer), können aber bei bloßer Beobachtung auch unsichtbar bleiben. Die Impulse sind dann jedoch mit Hilfe der Elektromyographie (Ableitung von Muskelströmen) nachweisbar.

Dieser sog. Carpenter-Effekt wurde von Forel zum Gesetz von der Ideoplasie (wörtlich: Formung durch die Idee) erweitert, womit gemeint ist, dass die „Idee“ (allgemeiner: die Vorstellung) nicht nur Bewegungen, sondern auch alle Arten von vegetativen Funktionen auslösen kann. Im A.T. wird also zum Zwecke der zunächst körperlichen Entspannung und Ruhigstellung die Reaktionsmöglichkeit des Körpers auf rein gedankliche Vorstellungen ausgenutzt. Wenn wir nun hinzunehmen, dass Körperliches und Psychisches nicht getrennt voneinander funktionieren können, sondern eine unlösbare Einheit bilden, so ist der Mechanismus und die Wirkung des A.T. hiermit im Wesentlichen bereits dargestellt. Für die Verstärkung und Stabilisierung des A.T. spielen darüber hinaus natürlich die verschiedenen Lerngesetze (z.B. Lernen am Erfolg) sowie auch bedingte Reflexe eine Rolle, worauf noch einzugehen sein wird (vgl. Kap. 1.3.4).

1.3.3 Neuroanatomische und neurophysiologische Aspekte

Wenn wir ganz generell von neuroanatomischen Aspekten der Psychotherapie sprechen, können wir pointiert sagen: „An den Amygdala (Mandelkernen) kommt heute kein Psychotherapeut mehr vorbei!“ Anders ausgedrückt: Nach den beeindruckenden Erfolgen der Hirnforscher durch die immer differenzierteren bildgebenden Verfahren (Computertomographie, Kernspintomographie etc.) ist es unabdingbar, dass Psychotherapeuten einige neuroanatomische Grundlagen ihrer Arbeit in den Grundzügen kennen. Gerade im Zusammenhang mit einer psychophysiologischen Methode wie dem A.T. besteht aller-

dings von jeher ein Interesse am Verständnis dieser Zusammenhänge. Viele Kursleiter haben deshalb auch neurophysiologische Grundlagen in ihren Kursen vermittelt und manch kritischem Kursteilnehmer so erst einen Zugang zum A.T. eröffnet.

Unsere Empfindungen und emotionalen Bewertungen werden von unserem sog. „limbischen System“, einer komplex zusammengesetzten Struktur unseres Gehirns, gesteuert. Zu seinen wichtigsten Strukturen gehören die oben bereits genannten Mandelkerne (Amygdala) und der Hippocampus (Seepferdchen). Beide Hirnstrukturen verdanken ihre so bildhaften Namen dem anatomischen Erscheinungsbild. Die Amygdala sind, wie wir heute wissen, für die Bewertung der emotionalen Begleitumstände beim Speichern von Gedächtnisinhalten zuständig. Mit ihrer Hilfe erfolgt die Koppelung zwischen einem realen Geschehen einerseits und der subjektiven Bedeutung andererseits. Bei einer Störung dieser Kerne, z.B. durch einen Tumor, weiß der Erkrankte ggf. noch, dass er etwas fühlen müsste bei diesem oder jenem Ereignis, er nimmt die Ereignisse um sich herum aber emotionslos und ohne vegetative Reaktionen hin. Umgekehrt bedeutet dies, dass die wesentlichen Wirkfaktoren für unser positives Erleben von Entspannung von hier aus gesteuert werden.

Den anatomisch eng benachbarten Hippocampus kann man demgegenüber als Organisator von emotionalem Lernen bzw. Gedächtnis ansehen. Störungen und Läsionen in dieser Region lassen zwar emotionale und vegetative Reaktionen weiterhin entstehen, es fehlt aber die Einordnung, die Erklärungsmöglichkeit, die Erinnerung.

Jenseits der Hirnstrukturen mit ihren jeweils spezifischen Funktionen wächst unser Wissen über die Rolle und Verteilung der Neurotransmitter, also der Botenstoffe im Gehirn. Regulierend auf die Entspannung, z.B. im A.T., wirken insbesondere – verkürzt dargestellt – Noradrenalin (aktivierende Wirkung), Serotonin (dämpfende Wirkung) und Dopamin (das Wohlbefinden steuernde Wirkung). Die hochkomplexen Wechselwirkungen dieser und anderer Neurotransmitter sind noch lange nicht ausreichend erforscht, und Aussagen hierzu sind unter Vorbehalt zu betrachten. Ein erheblicher Forschungsaufwand wird betrieben, da sich Erkenntnisse in diesem Bereich für die medikamentöse Behandlung psychischer Störungen nutzbar machen lassen. Dass es während der Übungen des A.T. zu einer Veränderung der Ausschüttung der Neurotransmitter kommt, ist zu unterstellen. Auszugehen ist von einer Absenkung des Noradrenalinspiegels bei gleichzeitigem Anstieg der Serotonin- und Dopaminkonzentration. Wer sich in diese spannende Materie einarbeiten möchte, sei auf die in zunehmender Zahl erscheinenden, oft durchaus populärwissenschaftlich geschriebenen Bücher zu diesem Thema verwiesen [z.B. Denecke, 2001; Rohen, 2001; Roth, 2001; Vaitl, 2000; Übersicht bei Derra, 2003].

Freud hatte schon zu den Zeiten der frühen Psychoanalyse gemutmaßt, dass es eines Tages möglich sein werde, die hirnpfysiologischen Grundlagen der

psychischen Vorgänge zu benennen. Dieser Erwartung sind wir inzwischen ein gutes Stück näher gekommen.

Der physiologische Hauptansatzpunkt des A.T. ist zweifellos das **vegetative Nervensystem**. (Es wird häufig auch als „autonomes Nervensystem“ bezeichnet, da seine Funktionen nicht in gleicher Weise dem Willen unterliegen wie das übrige periphere Nervensystem, jedoch wurde dieser Begriff bereits von Schultz unter Hinweis auf die Ideoplasie kritisiert.) Als vegetatives Nervensystem werden diejenigen Nerven zusammengefasst, die die Drüsen, die glatte Muskulatur und die inneren Organe versorgen. Es enthält motorische Fasern (z.B. für die Darmmotorik), sensible Fasern (z.B. zur Leitung von Schmerzreizen von den inneren Organen) sowie Fasern zur Innervation der Drüsen. Die Nervenfasern des vegetativen Nervensystems verlassen das zentrale Nervensystem zusammen mit den motorischen Wurzeln der Rückenmarks- und Hirnnerven. Von den anderen motorischen und sensiblen Nervenfasern unterscheiden sie sich dadurch, dass sie auf dem Weg zu ihrem Erfolgsorgan noch einmal unterbrochen werden (Umschaltung auf eine weitere Nervenzelle, das sog. zweite Neuron).

Nach Ursprung und Verlauf wird das vegetative Nervensystem in 2 Untergruppen, **Sympathikus** und **Parasympathikus**, unterteilt (s. Abb. 1), sie weisen neurophysiologische (z.B. unterschiedliche Transmittersubstanzen) sowie auch funktionelle Unterschiede auf (s. Tab. 1). Ein wesentlicher funktioneller Unterschied besteht z.B. darin, dass beim Sympathikus eine Neigung zu diffuser Erregungsausbreitung vorliegt, zur Auswirkung als Gesamtsystem, wohingegen beim Parasympathikus die lokalisierte Reaktion überwiegt. Bis zu einem gewissen Grad verhalten sich beide Systeme antagonistisch, letztlich jedoch synergistisch: „Bei erhöhtem Sympathikustonius werden die Bewusstseinshelligkeit erhöht, Herz und Kreislauf aktiviert, Glykogen mobilisiert, dagegen die Aktivität des Verdauungskanals gehemmt, also die Fähigkeit zu Arbeitsleistung, zu Angriff oder Flucht, erhöht (**ergotrope Reaktion**). Nimmt dagegen der Sympathikustonius ab, überwiegt an mehreren Organen der Parasympathikustonius, so wird die Kreislaufleistung herabgesetzt, das Herz schlägt im ‚Schongang‘; dafür wird auf der anderen Seite die Tätigkeit der Verdauungsdrüsen und der Darmmuskulatur erhöht. Das sind Vorgänge, die der Restitution, der Erholung dienen (**trophotrope Reaktion**). In Bezug auf das Ziel, die Leistungsfähigkeit des Organismus zu erhöhen und zu erhalten, ist die eine Reaktion genauso notwendig wie die andere. Ein einseitiges Überwiegen der einen Reaktion wird auf Dauer die Leistungsfähigkeit des Organismus genauso herabsetzen wie ein Überwiegen der anderen. Auf einer höheren Ebene sind die beiden Systeme nicht mehr Antagonisten, sondern Synergisten“ [Schneider, 1966].

Hinsichtlich der im A.T. angestrebten trophotropen Reaktionslage ist die Aktivierung des Parasympathikus also weder isoliert zu sehen, noch als max. (und damit – unphysiologisch – überschießend). Stattdessen kommt es zur