

Gruppentherapie mit im zweiten Weltkrieg traumatisierten Menschen unter neurobiologischem Diktat

Helga Spranger

An die Gruppen-Psychotherapie von älteren, insbesondere kriegstraumatisierten Menschen werden andere Anforderungen an Frequenz, Zeit und Methode gestellt als in vergleichbaren Therapien jüngerer, nicht kriegstraumatisierter Patienten. Veröffentlichungen aktueller neurobiologischer Forschungsergebnisse wirken darüber hinaus auf den Therapeuten eher entmutigend. In dieser Arbeit soll dennoch versucht werden einschränkende aber auch fördernde Aspekte der Erkenntnisse näher zu beleuchten, um diese spezielle Psychotherapie erfolgreich anwenden zu können.

Meine kurze Zusammenstellung möchte ich mit einem Zitat von Joachim Bauer beginnen.

Untersuchungen zeigen, dass Angst, Anspannung und Stress die Signalrate der Spiegelneurone massiv reduzieren. Sobald Druck und Angst erzeugt werden klinkt sich alles, was vom System der Spiegelneurone abhängt, aus: das Vermögen sich einzufühlen, andere zu verstehen und Feinheiten wahrzunehmen.... und auch eine weitere Fähigkeit abnimmt, die von der Arbeit des Spiegelsystems lebt. Die Fähigkeit zu lernen. (3, S. 34)

Es ist erforderlich, neurobiologische Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit Psychotherapie von traumatisierten Menschen zu überprüfen und welche Bedeutung sie in unserer Behandlung älterer Patienten mit lange zurückliegenden Kriegstraumatisierungen haben.

- I Grundsätzliche Überlegungen
- II Kognitive Einschränkungen im Alter
- III Erinnerungsunfähigkeit wegen zu jungen Lebensalters
- IV Bindungsstörungen und deren Unveränderbarkeit
- V Spiegelneurone als etwas Neues
- VI Genetischer Wirkfaktor „Stress“
- VII Beispiele aus der Gruppentherapie
- VIII Therapeutische Hinweise

I Grundsätzliche Überlegungen

Psychotherapeutische Arbeit ist grundsätzlich mit Erinnern verbunden. Je älter die Patienten sind, umso reichhaltiger, aber auch u. U. verwischter sind deren subjektiven Erinnerungen. Häufig sind Ereignisse durch „Hörensagen“ aufgenommen, die Gefühle des Erzählenden eingebaut. Aber auch die Einkapselung eigener emotionaler Erinnerungen erschwert die therapeutische Arbeit.

Es liegt nahe, die tiefenpsychologische oder auch analytische hoffnungsfreudige Arbeit nicht durchzuführen, weil scheinbar zusätzlich neurobiologische Fakten dagegen sprechen, zumal sich erst nach Jahrzehnten individuell erhebliche Artefakte von Krankheitswert zeigen, die, so Markowitsch, womöglich erst durch Enthemmung entsprechender Neurone sichtbar werden? Kann es nicht von therapeutischem Nutzen sein, bei entsprechender Psychohistorie von erheblicher Resilienz oder „Normopathie“ (Radebold) oder „stummer Krankheit“ (Spranger) auszugehen? Diese Arbeitshypothesen hätten den Vorteil, ohne Zeitverlust gezielt innerhalb der neurobiologischen Entwicklungsstufen nach den Zeit- und Entwicklungsentsprechenden Auswirkungen traumatischer Einwirkungen auszugehen. Ich denke, dass die wissenschaftlichen Hypothesen, aber auch erwiesenen Fakten unsere psychodynamische Auseinandersetzung, wie auch die Explorationstiefe und Therapiebreite erweitern können. Es wäre verfehlt, der biologischen Determination folgend, davon auszugehen, dass nach abgeschlossenen „Prozessen“ nur noch Reparaturen an der relativen Oberfläche, sprich, an anpassendem Verhalten, vorgenommen werden können.

Wir sind konfrontiert mit neuen Theorien. Die Frage ist, ob diese Erkenntnisse aber ein Umdenken in der psychotherapeutischen Behandlung fordern oder ob möglicherweise eben diese Erkenntnisse die methodischen Ansätze unserer bisherigen Arbeit untermauern. In meiner Arbeit beschränke ich mich ausdrücklich nur auf die Bedeutung für die psychotherapeutische Arbeit mit älteren Patienten nach Kriegstraumatisierungen in der Kindheit. Dies kann ich beurteilen aus der tiefenpsychologisch fundierten, analytisch orientierten Gruppen- und Einzeltherapie. Ich weiß aber von anderen Autoren, dass meine Überlegungen auch auf aktualtraumatisierte Menschen auszuweiten sind.

Die wichtigsten Erkenntnis sind, dass Traumatisierungen ob durch Krieg, Unfall, Misshandlungen oder Krankheit, substantielle, strukturelle Veränderungen, in den entsprechenden Zentren des Gehirns verursachen bis zur genetischen Expression. Darauf haben sich die diagnostischen Bewertungen der Erkrankungen und Therapien besonders auch in den nachfolgenden Generationen einzustellen.

Motorische wie sensorische Reize der Sinneszellen haben in Verbindung mit dem Hormonsystem über die Erhöhung entsprechender Transmitter eine direkte Wirkung auf die Erregung der Nervenzellen. Es werden externe und interne Reize also auch psychische Funktionen aufgenommen. Über die ständigen Impulse verändern sich die internen Parameter (Gewichte). Diese Veränderung beinhalten auch Genexpression. Ausserdem werden Datenströme, Verarbeitungsstrukturen und Funktionssysteme mit

eingeschlossen.

Durch unregelmäßige, nicht synchrone Feuerung kann es letztlich zum Dendriten und Axonwachstum kommen, auch zur Glianeubildung und Angiogenese. Diese Vorgänge sind in den entsprechenden Rindengebieten makroskopisch nachzuweisen, wenn sie sich in „Abhängigkeit von verhaltensrelevanten Erfahrungen“ massiv verändern.

„Während kritischer Phasen der Entwicklung erfährt Neuroplastizität eine spezielle Ausprägung, bei der bereits sensorische Reize ohne explizite Verhaltensrelevanz ausreichen, um die Organisation sensorischer Rindengebiete zu verändern.“. Demgegenüber fordert funktionelle Reorganisation im adulten Kortex, dass die Auslöser an Verstärker gekoppelt sind, also einen verhaltensrelevanten Kontext. (4)

Plastische Veränderungen unter Trauma-Einwirkung bewirken eine Unterbrechung der Zusammenarbeit zweier Systeme: des sog. „kalten Gedächtnisses“ (Speicherung biographischer Daten) und des sog. heißen Gedächtnisses (sensorisch – perzeptuelle Elemente). „Nicht deklarativ und implizit sind dessen Inhalte einem semantischen Zugriff nur über den Umweg der Imagination zugänglich, können dann aber auch (wieder) in Worte gefasst werden.“(4)

Unter/bei grosser traumatischer -insbesondere nach sequentieller- Belastung kann die Verbindung zwischen diesen beiden Systemen unterbrochen werden; die emotionale Erinnerung kann mit der episodischen Erinnerung nicht mehr verbunden werden: Es kann keine Verortung und keine Verwörterung erreicht werden. Die Lebensgeschichte ist an dieser Stelle unterbrochen. Diese Situation der Belastung und Unterbrechung stellt ein sog. Furchtnetzwerk dar, das jederzeit, wenn entsprechende Reize auf den Menschen treffen aufflammen können

Es ist hilfreich, sich zusätzlich, die Reifung des limbischen Systems unter dem Aspekt der Gedächtnisleistungen etwas genauer anzuschauen.

Folie 1;2;3

Dazu nun einige Einzelheiten:

Das ungeborene Kind unterliegt intrauterin dem sog. pränatalen Gewöhnungslernen. In der 27. S-W. ist das Gehör des Fetus weitgehend entwickelt. Nach der Geburt werden Geruch, Rhythmus und Stimme der Mutter wiedererkannt. Die Intensität von Riechen und Schmecken ist stark an Emotionen gebunden. Sie laufen schon frühzeitig bis zur Geburt über die Corpora amygdalea. Erst ab dem 7. intrauterinen Monat werden die modulierenden und kontrollierenden übergeordneten Kortexstrukturen wirksam.

Vom Standpunkt der „Theory of mind“ aus gesehen, liegt also das Problem der sog. infantilen Amnesie in der eingeschränkten Möglichkeit des Kleinkindes, persönlich erlebte Geschehnisse auch als persönlich erfahren zu enkodieren (2; S. 207). Das Kind erlebt zwar Ereignisse, kann sie sich selbst im Nachhinein jedoch nicht zuordnen, da es bis zum 3. LJ nicht über ein „kontinuierliches Selbst“ verfügt. Die sog. „kindliche Amnesie“ in der davor liegenden Zeit bezieht sich also „nur“ auf die

Erinnerungsfähigkeit des späteren Erwachsenen an diese Zeit als bewusste Leistung. Sie ist eng verknüpft mit der Fähigkeit zur Verwörterung der bis dahin gespeicherten Handlungsabläufe. Es wird daraus abgeleitet, dass die Ichbezogene autobiographische Erinnerung des Menschen erst etwa im 3.-4. LJ mit der Sprachvervollkommnung des Kindes möglich ist. Die vorher schon mögliche Ausbildung des impliziten Gedächtnisses und seine Rolle als Erinnerungspur werden in diesem Zusammenhang nicht ausreichend diskutiert.

Dazu passen die Äußerungen zweier Patienten:

„Das hab' ich nie zusammen bekommen im Gehirn“

„Fühle mich als Wesen oder Mensch mit unbewussten Einflüssen“

Man kann bei genauem Hinhören immer wieder diese oder ähnliche Äußerungen von Patienten hören, deren Traumatisierungen mutmaßlich bis vor dem 3. LJ , aber auch später eingetreten sind, sodass man m. E. nach wie vor davon ausgehen kann, dass auch nicht verwörterte, diffuse, präverbale Erinnerungen eine erhebliche Bedeutung für die weitere psychische Saluto- oder Pathogenese haben. In diesem Zusammenhang ist es hilfreich sich die Reifung des Limbischen Systems etwas genauer anzuschauen.

Der Gyrus dentatus generiert bis fast zu einem Jahr nach der Geburt Nervenzellen. „Die Dendritenentwicklung und Synapsenbildung dauert noch Jahre nach der Geburt, evtl. lebenslang“ (2; S. 101)

Die Nervenfasern, die den Fornix bilden, ummanteln sich erst nach dem 2. Jahr bis in die späte Kindheit mit Hüllschichten aus Myelin. Es entsteht der sog. Papez'sche Schaltkreis, „der für „Bewertung und Übertragung ins Langzeitgedächtnis zentral ist“ (2; S.97), bestehend aus den Corpora mamillariae (Hypothalamus) und den anterioren Thalamuskernen. Er dient gemeinsam mit dem basolateral-lymbischen Schaltkreis den episodisch-autobiographischen Ereignissen. Sie werden **mit emotionaler Bewertung** gespeichert.

Etwa während der „Grundschulzeit“ (Markowitsch) verbindet sich der Hirnstamm funktional mit den Strukturen des Lymbischen Systems und dem kognitiv neocorticalen System. Diese Entwicklung „integriert“ die „reifende Persönlichkeit“. Kommt es in dieser Phase zu emotional stark beeinträchtigenden Ereignissen, so kann die Integration dieser Elemente misslingen: Es kommt dann zu Dissoziationen, evtl. zu bleibenden dissoziativen Persönlichkeitsstörungen, extrem zu sog. Multiplen Persönlichkeitsstörungen. Markowitsch führt dazu aus, dass die Strukturen, die die Emotionen bestimmen- während des Verbindungsaufbaus dominant bleiben können. Die Betroffenen blieben dann im Affektiven haften ohne die kortikalen Strukturen ausreichend mit einbeziehen zu können. Darüber hinaus mangle es ihnen an „Verbalisierungsmöglichkeit“ von Gefühlen und Gedanken.

Eine andere Störung offenbart sich erst im jungen Erwachsenenalter, das sog. „**mnestische Blockadesyndrom**“. Es soll zurückzuführen sein auf eine „biologische“ Wunde, die durch negative frühkindliche Erfahrungen, z.B. Stress und Trauma entstehen können. Das Individuum habe keinen adäquaten Schutzmechanismus aufbauen können. Es soll zu einer fehlerhaften Arbeitsweise von

Übertragungstoffen (Glucocortikoide) was zu Gedächtnisstörungen im Abruf autobiographischer Erinnerungen führt, zur sog. dissoziativen Amnesie. Es könne zwar, so Markowitsch, die fehlende Biographie erworben werden, jedoch fehle die Affekttönung, die bei Gesunden vorhanden sei.

Obwohl, wie wir hörten, sich in den ersten Lebensmonaten vorwiegend das proceduale Gedächtnis herausbildet, sich auch das **priming u. perzeptuale Gedächtnis** verfestigt; die corpora amygdaleae höchst aktiv über den **Papez'schen Kreislauf** in die zunehmende Verknüpfung mit dem Lymbischen System eintreten und den Cortex in der Aufbauphase stützen, können eklatante Störungen –auch vorgeburtliche- die reguläre Strukturbildung beeinflussen oder gar verhindern. Das sind tatsächlich wichtige neurobiologische Fakten hinsichtlich späterer Folgen früher Traumatisierung..

II Kognitive Einschränkungen im Alter?

Folie 4

These: Retraumatisierungen treten auf, weil die kognitive Kontrollfähigkeit der Emotionen in zunehmendem Alter nachlässt.

Therapeutischer Ansatz:

einen dem Alter angemessenen Lebensentwurf mit der Integration vergangener Konflikte unter Aktivierung der subjektiv noch vorhandenen kognitiven Leistung anstreben.

Lange Zeit gingen wir davon aus, dass durch persönliche Verluste und körperliche Gebrechlichkeit im zunehmenden Alter eine Triggerung und Wiederbelebung alter Traumatisierungen hervorgerufen werden kann; dass es unter bestimmten Umständen zu sekundären Traumatisierungen oder Retraumatisierungen kommen kann. Jetzt vertritt Markowitsch (2006) die These, dass durch neurobiologische Abbauprozesse im ZNS zentrale Kontrollfunktionen beeinträchtigt werden. So könnten mit den damaligen Traumen separat verbundene emotionale Impulse, die sonst kontrolliert worden wären, durchbrechen und im Alter besondere Bedeutung erlangen.

Ich hatte Gelegenheit, in einer Supervisionsgruppe mit Betreuern vorwiegend älterer Menschen immer wieder derartige Thesen bestätigt zu sehen, genauso wie in der Gruppentherapie und anderen Gruppenveranstaltungen mit Betroffenen. Hier scheinen sich, durch eben diese nachlassende Kontrolle, gruppenspezifisch betrachtet, gehäuft Hierarchien des Leidens zu entwickeln, die jedoch durch das Hinterfragen der Bedeutung dieser konkurrierenden Klagen für den Einzelnen, aufgeschlüsselt werden können.

In Lebensgemeinschaften scheinen Symptome dieser Art in der teils bewussten Altersbilanzierung auch eine andere Rolle zu spielen nach dem Motto: ist das alles in meinem Leben? Es tauchen z. B. endlich (?) bisher übergangene Partnerschaftskonflikte wie z. B. Bevormundung, Kontrolle und gegenseitige Einengung der Partner auf. Bei Alleinlebenden fehlt diese Möglichkeit zur projektiven partnerschaftlichen Auseinandersetzung mit sich selbst. So entsteht eher ein Hineingleiten in psychosomatische Beschwerden, Wartezimmer-Aktivitäten, Reisen (nach Geldbeutel) oder harmonisierende Frauen-Gruppen und typische Männer-Aktivitäten wie z.B. Suche nach einem versorgenden Mutter-Objekt (Betzendahl/Spranger 2005). Eine Auseinandersetzung mit sich selbst wird bei dieser Konstellation selten gesucht.

Beeinträchtigungen durch die Verminderung kognitiver Kontrollleistungen können sich individuell sehr unterschiedlich äussern. Die persönliche Ausdrucksform scheint im direkten Zusammenhang mit der derzeitigen Lebenssituation und bisher geleisteter Selbstreflektion zu stehen. Da Erinnerungen aus der Kindheit und frühen Jugend im Alter mehr aktiviert werden als Erinnerungen aus der Neuzeit, entsteht ein starkes intrapsychisches Spannungsfeld zwischen dem, was als früherer Lebensentwurf Bestand hatte und dem, was die individuelle, aktuelle Realität abbildet.

III Erinnerungsunfähigkeit wegen zu jungem Lebensalters

Folie 5

These: Die Erinnerungsfähigkeit des Kindes ist bis zum dritten LJ eingeschränkt bis unmöglich, weil das Kind persönlich erlebte Erlebnisse nicht als die eigenen encodieren kann. Es „leidet“ unter der sog. infantilen Amnesie“.

Therapeutischer Ansatz:

Pränatal: Emotionale Erinnerungsspuren, die vorhanden sind, durch Wiederbeleben verschütteter Eindrücke über mütterliche Atmosphäre und Geborgenheit, „befreien“ Postnatal: sehr genaue kindliche Anamnese

Untersuchungen von Harlene Hayne und anderen Autoren relativieren diese Aussagen. Sie fanden heraus, dass die Erinnerungsqualität und Intensität ganz erheblich von der Fähigkeit zum frühen Spracherwerb beeinflusst wird. Diese hängt von der genetischen Definition und Umwelt ab und steht aber in deutlicher Korrelation zu der Verfügbarkeit des „mütterlichen“ Objektes, das eine möglichst „sichere“ Bindung garantiert.

Auch eine andere Autorin (Reese 2000 zitiert in 2; S 208). Geht davon aus, dass postpartal die Qualität der Erinnerungen von Kindern ganz wesentlich beeinflusst sein soll von deren sicherer dyadischer Bindung zur Mutter. Die vorliegenden Forschungsergebnisse zu diesem Thema legen den Schluss

nahe, dass die „Erinnerungs-Sozialisation“ bei Kindern in sog. „sicheren“ Bindungen intensiver ist als die bei Kindern in sog. „unsicheren“ Bindungen. (s. u.)

IV Bindungsstörungen und deren Unveränderbarkeit?

These: Es wird angenommen, dass im Kleinkindalter einmal gefundene Bindungsstrategien für das ganze Leben bestimmend bleiben und nur eine geringe Varianz zulassen.

Therapeutischer Ansatz:

Exakte Anamnese, sichere Basis, Explorationen aktueller Beziehungen; Vergleich mit früheren Erfahrungen in diesen; Neugestaltung von Beziehungen

Folie 1;7; 8; 9

Peter Fonagy (1998) und Mary Target gehen davon aus, dass sich bei Kindern von der Geburt an bis zum 5. LJ eine sog. „Reflexive Kompetenz“ entwickelt. Sie wird im Rahmen der intergenerationalen Bindung zu den Eltern erworben. Sie beinhaltet das verständige und einfühlende Umgehen mit der eigenen inneren und äußeren Realität und der Wahrnehmung des Anderen. Es handelt sich um eine Entwicklungsleistung. Die Entwicklung dieser kindlichen Leistung ist abhängig von der „**Feinfühligkeit**“ der Mutter während der dyadischen Bindungsentwicklung (s. o.)

Im Einzelnen bestehen aber auch Bestätigungen, besonders in den methodischen Ansätzen der Bindungstheorien, wie oben beschrieben

Über den Begriff „Internalisation“ besteht eine Verknüpfung zur analytischen Objektbeziehungstheorie. Das Kind kann mit einer „feinfühligem Mutter“ (selbstverständlich auch Vater) seine „ICH- und Objektrepräsentanzen“ erfahren, speichern, „anoetisch“ /unbewusst in Verbindung und zur Internalisierung bringen.

Hinzu tritt das bis dahin implizite Gedächtnis und mit zunehmendem Alter das explizite Sie werden verdichtet in einer der vier postulierten Bindungstypen. So fügen sich Objektbeziehungstheorie, Bindungstheorie und neurobiologische Gedächtnistheorien zusammen innerhalb und zu der sog. „reflexiven Kompetenz“.

Allerdings bleibt in dieser Zusammenschau die primäre Emotionalität auf die Eltern beschränkt und die Bindungsform unveränderbar. Nur, wenn sie es schaffen „feinfühlig“ ihre emotionale Handlungskompetenz und Gefühlssphäre weiterzugeben, kann das Kind prospektiv in eine sichere Bindung gelangen. Andernfalls übernimmt das Kind die seelischen Artefakte der Eltern, was sich dann übrigens in der sog. transgenerationalen Transmission in traumatisierten Familien zeigt. Hier scheint mir die Bindungsforschung zu pessimistisch. Ich denke, dass gestörte Bindungen durchaus einer Veränderung durch Psychotherapie zugänglich sind. Mir scheint die Voraussage unveränderlicher

Bindungen nicht vertretbar. In der Traumabehandlung auch bei älteren Menschen steht häufig die Aufgabe, die dem Trauma folgenden veränderten Beziehungskonstrukte zu durchleuchten. Insbesondere bei „man-made“-Traumatisierungen, sind sozioemotionale Kontakte schwer lädiert. So wie Fischer(5) es benennt; Übersozialisation mit Störungsbildern der klassischen Neurose (hysterisch, zwanghaft, depressiv, narzisstisch) bzw. „Untersozialisation (häufig ein Wechsel zwischen Verwöhnung und Verwahrlosung) mit der Folge dissozialer Entwicklung.

S.B. Gahleiter (6) fordert, dass „in allen Phasen der Behandlung“ (Stabilisierung, Aufarbeitung des Traumas und Wiederannäherung an die Außenwelt)....

Eine emotional tragende und „nachnährende“ Beziehung möglich zu machen, „die von Wertschätzung Empathie und Authentizität getragen wird.

V Spiegelneurone als etwas Neues

These: Durch die Kenntnis der Spiegelneurone ändern sich unsere therapeutischen Interventionen eigentlich nicht, sondern erklären genauer schon vermutete Muster wie z.B. Lernen am Modell

Therapeutischer Ansatz:

Die Existenz der „Fremdwahrnehmung“, wie sie in den Untersuchungsbögen abgefragt wird, unter den soeben zitierten Neuigkeiten genauer anschauen. Wo sind Brüche? Wann und warum könnten sie entstanden sein usw.

Ich beschränke mich in der kurzen Darstellung auf die menschliche Reaktionsweise ohne auf die Zusammenhänge in den Tierversuchen einzugehen.

Sp. -Neurone aktivieren sich primär durch „zielmotorische Anregungen eines anderen Lebewesens mit ähnlichen Körperbaustrukturen“. Die Aktivitätsmuster evozierter Potentiale des motorischen Cortex entstehen durch willkürliche Handbewegungen eben dieses Lebewesen. In folgenden Lokalisationen: inferiorer frontaler Gyrus, primärer Motorcortex, sulcus temporales, Lobulus parietalis inferior und Brocca'sches Areal. Nach weiteren Untersuchungen konnten zusätzliche Areale definiert und insbesondere okzipital-parietale Verbindungswege gefunden werden. Es existiert also ein umfangreiches intracerebrales Netz von spiegelnd reagierenden und Informationen weiterleitenden Neuronen, die schlussendlich über die Verbindung mit dem Sprachareal „Brocka“ Verbindungen zur Sprachfindung ziehen, sodass die ursprünglich rein motorische Imitation von Handlungen über die Erfahrung einzelner mit Emotionen begleiteter Handlungsabläufe zum Verständnis eines sozialen Moduls führt. In der sequenziellen Wiederholung entwickelt sich so die Weitergabe von Wissen über die Generationen hinweg; die Methode heißt: Lernen am Modell der emotionalen Intelligenz. Menschen können intuitiv Situationen, in die andere Menschen eingebunden sind, nicht nur

motorisch, sondern auch emotional erfassen.

Ich gehe davon aus, dass die Reaktion der Neurone und deren weitere Verschaltung dann besonders gut gelingt, wenn die Anregung von vertraut handelnden und bereits encodierten Personen ausgehen. Insofern scheint mir dieses wissenschaftliche Ergebnis unsere entwicklungspsychologischen, psychodynamischen Kenntnisse über das Spiegeln des heranwachsenden Kindes zu unterfüttern. Beziehungsabbrüche haben dann wohl auch auf neurobiologischer Ebene nachvollziehbare Folgen.

VI Genetischer Wirkfaktor „Stress“

Zum Abschluss möchte ich noch auf die genetischen Veränderungen unter Hunger und Stress hinweisen, die für die Patienten, auf die ich mich in diesem Referat bezog, durchaus von Bedeutung sind. Schwedische und englische Forscher haben entsprechende Hinweise darauf gefunden und Veränderung des Genmaterials in der nächsten Generation festgestellt. Bezogen auf die damals Millionen hungernder Menschen allein in Europa sind die Erkenntnisse schon ein längeres und zwar gesondertes Verweilen auf diesem Thema wert. Stoffwechselerkrankung, Fertilität u. v. m. könnten von derartigen genetischen Expressionen berührt sein. Diese Kenntnisse der Expressionen sind aber auch enorm wichtig unter dem Aspekt der intergenerationalen Transmission, die wir bisher nur mit der Weitergabe psychischer Faktoren in Verbindung gebracht haben.

VII Beispiele aus der praktischen Gruppentherapie

Zur Abrundung der angerissenen Themen möchte ich einige Ergebnisse einer kleinen Stichprobe aus einer noch unveröffentlichten Arbeit (Spranger, Betzendahl Gruppentherapie nach 60 Jahren, 2001) mit Daten aus der ersten Selbsterfahrungsgruppe mit alten Kriegskindern (2001) referieren:

Folie 10;11;12

Zunächst Aspekte des Geburtstermins:

Die Geburtsjahre der Gruppenmitglieder lagen zwischen 1934 und 1949. Daraus ergaben sich drei kleine Untergruppen.

Bezogen auf das Jahr 1939 (Kriegsbeginn) waren

Gruppe 1

drei Kinder geboren i. d. Zeit von
1934 – 37 im Kleinkind- bzw. fast im

Reifung des Lymbischen Systems

Schulkindalter.

Gruppe 2

vier Kinder waren geboren i. d.
Zeit von 1940-45, sie befanden
sich alle noch im Kleinkindalter

Prozeduales Gedächtnis
Priming
Perzeptuelles Gedächtnis
Ausbildung des Wissenssystem
Episodisch-autobiographisches
Gedächtnis
Pruning-Prozesse

Gruppe 3

ein Kind wurde in der frühen
Nachkriegszeit 1949 geboren.

Bezogen auf das bisher gehörte und auf Kriegseinwirkung von 1939-45, gibt es bei den Gruppen folgende Merkmale:

Kein Kind war zum Beginn des Krieges älter als 5 Jahre. Alle, auch die Kinder der ersten Gruppe befanden sich in der Phase des Erlernens der **reflexiven Kompetenz**. Sie waren darin definitionsgemäß auf die „**feinfühlig**en“ Mütter angewiesen. (s. dazu auch H. Spranger: Das Amfortas-Syndrom)

Die Kinder der 1. Gruppe blieben, bezogen auf etwaige Kriegstraumatisierungen, verschont von Störungen des **pränatalen Gewöhnungslernens**. Sie hatten auch die Ausbildung der Sprache fast abgeschlossen.

Die der 2. Gruppe befanden sich mitten in diesem Prozess. Nach den o. zitierten Ergebnissen neurobiologischer Forschung in Abhängigkeit von der geographischen Anamnese der Einzelnen, können wir voraussetzen, dass sie unterschiedlichen Störungen in Entwicklungsphasen des **Prozedualen Gedächtnis**, des **Priming**, des **perzeptuellen Gedächtnis**, der **Ausbildung des Wissenssystem**, des **Episodisch-autobiographisches Gedächtnis** und der **Pruning-Prozesse** ausgesetzt waren.

Ein Gruppenmitglied (nach dem Krieg geboren) ist nicht primär durch Kriegsereignisse traumatisiert worden, sondern sekundär durch sich ständig wiederholende intensive Kriegsberichte in der Familie.

Im Gegensatz zu der 2. Gruppe war die fundamentale **Bindungsentwicklung** in der 1. Gruppe definitionsgemäß abgeschlossen und vermutlich durch Kriegsereignisse in der Frühphase nicht beeinträchtigt. Wir versuchten rückwirkend, auf der Basis der Untersuchungsergebnisse von Aynsworth (1917-91) die GM den definierten Bindungsgruppen zuzuordnen und fanden

folgendes heraus

Folie 2

B Sichere B.	1	(1949)
A Unsicher vermeidende B.	3	(1940); (1944); (1945):
C Unsicher ambivalente B.	3	(1936); (1937); (1941)
Desorganisierte B.	2	(1934); (1940)

In der zweiten SEG fanden sich ähnliche Hinweise.

Das therapeutische Konzept, wie wir jetzt Bindungsstörungen in der Gruppendynamik begegnen, basiert auf der Erkenntnis, eine zeitlich begrenzte „sichere“ Bindung anbieten zu wollen. So kann gemäß der Definition ein Gruppenmitglied, das „handelnde“ Kind, sein Bindungsverhalten offen ausdrücken. Es erfährt eine Beruhigung durch die „Bindungsfigur“, den Therapeuten, und kann ausgewogen „explorieren“. Auch ältere Patienten öffnen sich bei diesem Setting. Sie können über den Unterschied alter und jetziger Erfahrungen arbeiten; sie erkennen in der Spiegelung durch andere Mitglieder unterschiedliche Facetten ihres bisherigen Bindungsverhaltens.

Analytische Zurückhaltung mit langem Schweigen erhöht in diesem Zusammenhang einerseits den Angstpegel, vermindert andererseits den Aufbau einer Gruppenmatrix und wird daher von uns nicht praktiziert.

Folie 3

Die Diagnoseverteilung sah wie folgt aus:

Geklagte oder diagnostizierte Beschwerden (ohne systematische Ordnung in den Untergruppen)

Augenheilkunde

Chirurgie

Dermatologie

Frauenheilkunde

HNO – Bereich

Innere Medizin

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Nervenheilkunde Neurologie

Nervenheilkunde Psychiatrie

Schrumpfnieren - OP

Neurodermitis, Hyperhidrose

Brustkrebs, Wochenbettpsychose

Adipositas, Fettleber, Schwindel.

Herzklappenerkrankungen

Gehstörungen

Angstattacken, klaustrophobische Beschwerden,
Zwänge,

phobische Ängste, Schlafstörungen, Traurigkeit, Alkoholabhängigkeit, Störung der Psychosexuellen Identität, depressive und psychotische Beschwerden, Bettnässen, mütterliche Insuffizienzgefühle, Dunkelangst, vorweg genommene Trennungsangst, ständiges Kontrollieren, Neigung zu psychischen Dekompensationen
 Gelenkbeschwerden
 Tbc, Schlaf - Apnoe
 genitale Behinderung

Orthopädie

Pneumologie

Radiologie und Nuklearmedizin

Strahlentherapie

Urologie

In der Nomenklatur des ICD 10 stellt sich die Morbidität folgendermassen dar

Psychische Störungen

F23.1	F32.01	F33.2	F40.02	F41.0	F41.02	F41.2	F42.00	F43.22	F45.0
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Persönlichkeitsstörungen

F60.1	F60.2	F60.3	F60.4	F60.6	F60.7x	F60.81	F62.0	F66.81
x		x	x x x	x	x	x	x x x	x

Körperliche Erkrankungen nach

C50.1	E66.9	G35.2	M17.9	M49.7	L70.8	Z60	Z87.7
x	x	x	x	x	x	x	x

VIII Therapeutische Anregungen

Psychotherapie nur auf der reifsten, der verbalen Stufe der inneren Auseinandersetzung führt häufig nicht zum zufriedenstellenden Erfolg für den Therapeuten aber eben auch für den Patienten. Als eine Möglichkeit des Zugang möchte ich Ihnen ein Beispiel geben aus meiner psychotherapeutischen Arbeit in den Achtzigern in einer analytischen. Ich konnte gemeinsam mit meinem Team zeigen, wie mein Konzept der Parallelität entwicklungspsychologischer Reifezustände und der dazugehörigen Therapie arbeitete. Wir konnten so den für uns damals sichtbaren Entwicklungsartefakten der Pat.

nachspüren. Da es sich um eine analytische Klinik handelte, waren alle technischen und therapeutischen Möglichkeiten vorhanden und die entsprechenden Therapeuten synthetisierten und unterstützten in den Interventionen gewissermaßen als Hilfs – ICH die Struktur der Persönlichkeit. Diese sehr „aufbauende“ Behandlung hatte ihre sichtbaren Vorteile und Erfolge und entspricht, so wie ich es sehe, durchaus den heutigen Erkenntnissen allerdings nur unter klinischen Bedingungen. Aber auch im ambulanten Netzwerk dürften therapeutische Möglichkeiten bestehen, wenn man nur daran denkt.

Folie 13; 14; 15

Parallelbehandlung

der frühen Körperberührung	Physiotherapie /Unterwasserbehandlung
Lokomotorischer Entwicklung	Bewegungstherapie
Präverbaler Reifung, Symbolbildung	Musiktherapie, Gestaltungstherapie
Auseinandersetzung in der analen Phase	Leistungsbezogene Sporttherapie, Wettkampfspiele)
Der ausgereiften Verwörterungsfähigkeit	verbale analytische Therapie einzeln und in der Gruppe

Entsprechend der vorangegangenen Kapitel können die nachfolgenden Anregungen hilfreich sein.

Patient	Therapeut
II Alter Haften an frühen Erinnerungen Klagehierarchie	Einzelinterview, ther. Beziehung zwischen „Ich“ u. „Wir“ verdeutlichen, Kognitive Kontrolle üben
III Erinnerungsfähigkeit Kind-Mutter-Beziehung, „Erinnerungssozialisation“ bestimmte, sich wiederholende psychosomatische Reaktionen Mnestiche Blockade ? „blande“ Erzählungen Isolierte Affekte	„Erinnerungen“ der Sinnesorgane Versuch der Verwörterung Klärung der alexithymen Reaktionen
IV Bindungen Aktuelle Bindungen	sichere Basis Störungsanamnese, Vergleich aktueller zu früheren Erfahrungen Neugestaltung von Beziehungen
V Spiegelneurone Existenz von Fremdwahrnehmungen	Gezieltes Einbeziehen von „Nicht- Ich“, das Andere, Wo sind die Brüche? Wann und warum können sie entstanden sein
VI Genetische Veränderungen	Hunger/ Stressperioden speziell während der mütterlichen Schwangerschaft erfragen,



Anmerkungen

James W. Papez entwickelte 1937 erstmals die Theorie von der Entstehung der Emotionen unter Beteiligung der Corpora mammillariae

Weiterführende Literatur

- 1 **Welzer, H. / Markowitsch, H. (Hrsg.)** Warum Menschen sich erinnern können (Klett-Kotta 2006
- 2 **Ermann, M.:** Träume und Träumen (Kohlhammer-Verlag 2005)
- 3 **Bauer, J.;** Warum ich fühle was du fühlst, Heyne 6. Auflage 2006
- 4 **Schauer,M; Elbert,Th.; Gotthardt,S.; Rockstroh B.; Odenwald,M.; Neuner, Fr.**
Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn in „Verhaltenstherapie“
2006;16:96-103
- 5 **Fischer,G.** Konflikt, Paradoxon und Widerspruch; Asanger Verlag, Krönig 2005 S 146ff
- 6 Fachtage 29.. September 2007 in Köln: „Alles Trauma –Oder“?
- 7 **Benetka, G.;** in Ellensohn, A; Fallend, K. Werkblatt 58 S.25 ff: Freud und die
modernen Neurowissenschaften
- 8 **Bauer, J.;** Das Gedächtnis des Körpers, Eichborn 2002
- 9 **Brisch; K.H.; Helbrügge, Th.,** Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung, Klett-Cotta 2007
- 10 **Brisch; K. H.;** Bindungsstörungen Klett-Cotta 1999
- 11 **Brisch; K. H.; Helbrügge Th.,** Bindung und Trauma Klett-Cotta 2006
- 12 **Fonagy, P.; Target, M.;** Frühe Bindung und psychische Entwicklung, Psychosozial-Verlag 2005
- 13 **Markowitsch; H. J., Welzer, H.;** Das autobiographische Gedächtnis

Anhang / Folien

Abb. 36: Darstellung der Lage der limbischen Systemkerne im Frontalen Schnitt. Die Abbildung zeigt die relative Lage von Thalamus, Hypothalamus, Hypophysenhypophyse, Amygdala, Hippocampus, Fornix, Mammillarkörper, Nucleus accumbens, Nucleus subthalamicus, Nucleus reticularis, Nucleus mesencephalicus profundus, Nucleus mesencephalicus lateralis, Nucleus mesencephalicus medialis, Nucleus mesencephalicus lateralis, Nucleus mesencephalicus medialis, Nucleus mesencephalicus lateralis, Nucleus mesencephalicus medialis.

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 1

Abb. 4.4: Wesentliche Strukturen des sogenannten limbischen Systems (die Lage von Bulbus, Nucleus und Nucleus ist zur Orientierung zusätzlich angegeben).

H.J. Markowitsch: Das autobiographische Gedächtnis, S. 62

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 2

These: Es wird angenommen, dass im Kleinkindalter einmal gefundene Bindungsstrategien, für das ganze Leben bestimmend bleiben und nur eine geringe Varianz zulassen.

Therapeutischer Ansatz: Exakte Anamnese, sichere Basis, Explorationen aktueller Beziehungen: Vergleich mit früheren Erfahrungen in diesen; Neugestaltung von Beziehungen

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 6

These: Es wird angenommen, dass im Kleinkindalter einmal gefundene Bindungsstrategien, für das ganze Leben bestimmend bleiben und nur eine geringe Varianz zulassen.

Therapeutischer Ansatz: Exakte Anamnese, sichere Basis, Explorationen aktueller Beziehungen: Vergleich mit früheren Erfahrungen in diesen; Neugestaltung von Beziehungen

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 6

These: Die Erinnerungsfähigkeit des Kindes ist bis zum dritten LJ eingeschränkt bis unmöglich, weil das Kind persönlich erlebte Erlebnisse nicht als die eigenen encodieren kann

Therapeutischer Ansatz: Pränatal: Emotionale Erinnerungsspuren, die vorhanden sind, durch Wiederholung der verschütteten Eindrücke über mütterliche Atmosphäre und Geborgenheit, „befreien“ Postnatal: sehr genaue kindliche Anamnese

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 6

These: Es wird angenommen, dass im Kleinkindalter einmal gefundene Bindungsstrategien, für das ganze Leben bestimmend bleiben und nur eine geringe Varianz zulassen.

Therapeutischer Ansatz: Exakte Anamnese, sichere Basis, Explorationen aktueller Beziehungen: Vergleich mit früheren Erfahrungen in diesen; Neugestaltung von Beziehungen

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 6

Versuchsanordnung des „Prozess der fremden Situation“ (Ainsworth et al. 1969)

- Mutter und Kind betreten das Spielzimmer
- Sie akklimatisieren sich und das Kind hat Gelegenheit zur Erkundung des neuen Raumes
- Ein fremde Person tritt ein und nimmt mit beiden Kontakt auf
- Die Mutter verlässt den Raum und die Fremde bleibt mit dem Kind zurück (1. Trennung)
- Die Mutter kommt zurück und die Fremde geht (1. Wiedervereinigung)
- Die Mutter geht und das Kind bleibt alleine zurück (2. Trennung)
- Die fremde Person tritt herein
- Die Mutter kommt und die Fremde geht (2. Wiedervereinigung)

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 7

Organisierte Bindungsstrategien in der „Fremden Situation“

- Sichere Bindung (B-secure)**
 - Offenes Ausdrücken von Bindungsvorlieben/Ängsten
 - Beziehung durch die Bindungsperson
 - Ausgewogenes Erkundungsverhalten
- Unsicher-vermeidendes Bindung (A avoident)**
 - Zeigen negativer Emotionen wird unterdrückt
 - Bindungsperson wenig ausgenutzt
 - Vermeidung von Nähe
 - Exploration bevorzugt
- Unsicher-ambivalentes Bindung**
 - Bindungsperson haben übermäßig aktiviert
 - Hohe emotionale Bindung durch Bindungsperson möglich
 - Exploration deklariert

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 8

Desorganisierte Bindungsstrategie in der „Fremden Situation“

- Unvereinbare Verhaltensweisen wie z. B. stereotype Bewegungen nach dem Aufsuchen von Nähe, Phasen der Starrheit, sog. „freezing“, Ausdruck von Angst gegenüber einem Elternteil
- Momentaner Mangel an Strategie und Organisation

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 9

Gruppe 1
drei Kinder geboren i. d. Zeit von 1934 – 37, Kleinkind- bzw. fast im Schulkindalter
Reifung des limbischen Systems

Gruppe 2
vier Kinder geboren i. d. Zeit von 1940-45, sie befanden sich alle im Kleinkindalter
Prozedurales Gedächtnis
Priming
Perzeptuelles Gedächtnis
Ausbildung des Wissenssystem
Episodisch-autobiographisches Gedächtnis
Pruning-Prozesse

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 10

B Sichere B. (49) 1

A Unsicher vermeidendes B. (1940);(1944);(1945): 3

C Unsicher ambivalente B. (1936);(1937);(1941) 3

Desorganisierte B. (1934);(1940) 2

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 11

Gefährliche oder desorganisierte Beschwerden (ohne systematische Ordnung in dem Alter geordnet)

Augenkrankheiten	Schlurfristen - OP
Cheragen	Neurodermitis, Hypothyreose
Darmleiden	Brustkrebs, Wochenbettpsychose
Frauenkreisläufe	Witz - Bewusst
Witz - Bewusst	Adipositas, Fettleber, Schwindel, Herz-Kreislauferkrankungen
Innere Medizin	
Mund-Kiefer-Geschichtsurge	Gehörstörungen
Beinleiden	Angststörungen, klastrophobische Beschwerden, Zwänge, phobische Ängste, Schlafstörungen, Trägheit, Alkoholabhängigkeit
Psychosen	Störung der Psychosozialen Identität, depressive und psychotische Beschwerden, Behinderungen, mütterliche Insuffizienzgefühle, Dunkelängste, vorwiegend getrennter Trennungsangst, Ständiges Kontrollieren, Neigung zu psychischen Desorganisationsen
	Gelenksbeschwerden
	Thy. Schildd. - Anamn.
Orthopädie	genitale Behinderung,
Phrenologie	
Radio-logie und Mukokardion	
Stomatologie	
Urologie	

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 12

mit den Phasen :

Hautkontakt frühe Körperberührung	Unterwasserdruckmassage Physiotherapie
Lokomotorische Entwicklung	Bewegungstherapie
Präverbale Reifung, Symbolbildung	Musiktherapie, Gestaltungstherapie
Auseinandersetzung in der analen Phase	Leistungsbezogene Sporttherapie, Wettkampfspiele
ausgeraffte Verworfungs-fähigkeit	verbale analytische Therapie einzeln und in der Gruppe

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 13

I Alter
Einzelinterview
Hafte an frühen Erinnerungen
Klagehierarchie

II Erinnerungsfähigkeit
Kind-Mutter-Beziehung
„Erinnerungssozialisation“
bestimmte, sich wiederholende psychosomatische Reaktionen
Klärung der alexithymen Reaktionen
Mnestische Blockade
Blinde Erzählungen, „Normopathie“
„stumme Krankheit“
Isolierte Affekte

Ther. Beziehung zwischen „Ich“ u. „Wir“ verdeutlichen, kognitive Kontrolle üben

„Erinnerungen“ der Sinnesorgane
Versuch der Verworfung

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 14

III Bindungen
sichere Basis
Vergleich aktueller zu früheren Erfahrungen
Neugestaltung von Beziehungen

IV Spiegelneurone
Existenz von Fremdeigenschaften
Wo sind die Brüche
Wann und warum können sie entstanden sein?

Gestültes Einboischen von „Nicht- Ich“ das Andere

V Genetische Veränderungen
Hungerperioden speziell während der mütterlichen Schwangerschaft erfragen

Gruppentherapie nach 60 Jahren (Spranger) 15