

Schernus, Renate

Anfallskrankheit und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 5, S. 176-180

urn:nbn:de:bsz-psydok-32225

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- Gerlicher, K.*: Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance) 198
- Heekerens, H.-P.*: Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance) 126
- Hemling, H.*: Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey) 215
- Höger, C.*: Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance) 204
- Presting, G.*: Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation) 210
- Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.*: Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results) 220

Familienrecht

- Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.*: Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects) 22

Familientherapie

- Reich, G.*: Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families) 16

Forschungsergebnisse

- v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Konversionssyndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles) 240
- Berger, M.*: Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence) 107

- Bunk, D., Eggers, C.*: Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia) 8
- Döcker, A., Knöbl, H.*: Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education) 62
- Eberle, U., Castell, R.*: Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles) 284
- Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients) 277
- Jehle, P., Schröder, E.*: Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis) 49
- Langenmayr, A.*: Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour) 36
- Sarimski, K.*: Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children) 2
- Schneider, W.*: Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence) 56
- Steinhausen, H.-C.*: Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?) 39

Praxisberichte

- Besmens, F., Krohn, G.*: Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department) 71
- Klosinski, G.*: Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents) 66
- Knapp, T. W.*: Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl) 308
- Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.*: Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents) 139

Otto, B.: Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy)	144	chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.–20. 5. 1987 in Feldkirch/Vorarlberg	226
Schemus, R.: Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences)	176	Editorial	
Student, J. C.: Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging)	181	25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung	196
		In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“	276
Psychosomatik		Ehrungen	
Habermas, T.: Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset)	88	„... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag	311
Mangold, B.: Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence)	262	Buchbesprechungen	
Zimmermann, F.: Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis)	92	Aissen-Crewett, M.: Kunsttherapie	187
Psychotherapie		Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A. (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	234
Buchholz, M. B.: Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View)	98	Backe, C. et al. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien	232
Herzka, H. S.: System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents)	134	Balint, M.: Regression.	317
Voss-Coxhead, D.: Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery)	257	Bauer, A.: Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter	156
Übersichten		Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.: Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder	118
Fegert, J. M.: Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse)	164	Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19	153
Heckerens, H.-P.: Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences)	295	Biebl, W.: Anorexia nervosa	189
Huppmann, G., Werner, A.: Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children)	301	Biermann, G. (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche	29
Langenmayr, A.: Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children)	249	Brack, U. B. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	31
Yamamoto, A.: Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools)	171	Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.: Psychiatrie lernen	78
Tagungsberichte		Brezinka, W.: Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft	29
Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österreichischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.–20. 5. 1987 in Feldkirch/Vorarlberg		Charlton, M., Neumann, K.: Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie	270
		Clemenz, M.: Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie	231
		DeMyer, K.: Familien mit autistischen Kindern	189
		Dietrich, G.: Spezielle Beratungspsychologie	233
		Dreifuss-Kattan, E.: Praxis der klinischen Kunsttherapie	28
		Drewermann, E.: Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	190
		Engfer, A.: Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen	30
		Fichtner, M. M.: Magersucht und Bulimie	188
		Flehmig, I., Stern, L. (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten	269
		Franke, U.: Artikulationstherapie bei Vorschulkindern	314
		Frankenburg, K. et al.: Entwicklungsdiagnostik bei Kindern	152
		Fromm, E.: Über die Liebe zum Leben	30
		Grissemann, H.: Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens	267

<i>Grisse mann, H.</i> : Hyperaktive Kinder	28	<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht	235
<i>Grosse, S.</i> : Bettnässen	233	<i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode	150
<i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten	154	<i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen	228
<i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren	151	<i>Schneider, B. H., Rubin, K. H., Ledingham, J. E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assessment and Intervention	230
<i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns	230	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft	233
<i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten	79	<i>Schulze, H., Johannsen, H. S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter	80
<i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie	271	<i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development	79
<i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin	315	<i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern	155
<i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart	187	<i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis	314
<i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa	119	<i>Spieß, W., Motsch, H. J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I	319
<i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben	118	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung	187
<i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus	30	<i>Szgun, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind	152
<i>Kluschmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht	269	<i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis – Anfragen an Sondererziehung und Therapie	30
<i>Krampen, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern	188	<i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen	153
<i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus	316	<i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch	229
<i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters	81	<i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung	317
<i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch	268	<i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen	191
<i>Lorenz, J. H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe	319	<i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik	83
<i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele	82	<i>Winship, E. C.</i> : Aus Kindern werden Leute	154
<i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie	313	<i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse	77
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	78	<i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen	267
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters	189		
<i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	231	Autoren der Hefte: 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312	
<i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter	320	Tagungskalender: 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322	
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	151	Mitteilungen: 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322	
<i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind	81		
<i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes	152		
<i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute	312		
<i>Radnigk, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion	235		
<i>Rose, S. J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen	78		

Aus dem Epilepsie-Zentrum Bethel, Fachbereich Kinder und Jugendliche (Ärztliche Leitung: Dr. H.-E. Boenigk)

Anfallskrankheit und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absencen

Von Renate Schernus

Zusammenfassung

Auf mehreren Ebenen – klinische Beobachtung, Lebensgeschichte, Elektroenzephalogramm (EEG), Selbstwahrnehmung – wird die Situation eines anfallskranken Jungen, der an erlebnisgefärbten komplexen Absencen leidet, beschrieben und reflektiert. Die Sensibilisierung für die Beachtung der Selbstwahrnehmung, deren Qualität erhebliche Auswirkungen auf die Ausgestaltung des Grundleidens hat – im vorliegenden Fall bis hin zu einem psychiatrischen Störungsbild –, ist das Hauptanliegen dieser Arbeit.

Ungewöhnliche Anfallsbeobachtungen der Mitarbeiter einer Station für anfallskranke Kinder

Auf der Station gibt es Aufregung: Die altgediente Nachtwache ist empört über den neuen 14jährigen Jungen Nils. Er brülle nachts plötzlich los, „falle sie an“ und versuche sie sogar zu würgen. Anfälle seien das bestimmt nicht, allenfalls hysterische, sie habe doch Erfahrung. Der Junge sei gefährlich und unheimlich. Außerdem sei er stark, er müsse auf die Männerstation. – Sie fühlt sich so bedroht, daß sie die Bitte, etwas genauer zu beschreiben, wie Nils sie „angefallen“ habe, als unpassende Zumutung empfindet.

In der Helle des Tageslichtes fällt es anscheinend leichter, genauer zu beobachten. Eine Lehrerin der Klinikschule schreibt

zum Beispiel folgendes auf: „Nils stand mit leicht vorgebeugtem Oberkörper da. Er wippte rhythmisch mit den Knien und klammerte sich an den neben ihm Stehenden. Sein Blick wirkte verschwommen. Auf meinen Anruf hin reagierte er sehr langsam durch Drehung seines ganzen Körpers. Nach einigen Sekunden lockerte er die Umklammerung, stand da und startete vor sich hin. Dieser Zustand, Nachgeben in den Knien, plötzliches Anklammern, wiederholte sich innerhalb von zwanzig Minuten mehrere Male. Hätte ich Nils nicht festgehalten, wäre er einmal zielloß in dem Geschäft, in dem wir uns befanden, herumgelaufen. Ich hatte den Eindruck, daß Nils zwanzig Minuten lang nicht bei vollem Bewußtsein war. Er schien wahrzunehmen, was um ihn herum vor sich ging, antwortete jedoch nicht auf Ansprache. Nach zwanzig Minuten atmete er tief ein und aus und war wieder bei vollem Bewußtsein.“

Ein anderer Mitarbeiter beschreibt folgenden Zustand: „Nils befand sich im Tagesraum. Er stand vom Platz auf und ging in Richtung Tür. Als ich ihn ansprach, blieb er stehen, wirkte geistesabwesend und setzte sich neben Fabian. Nach einiger Zeit stand er wieder auf, umfaßte Fabian von hinten und klammerte sich fest. Zunächst wirkte dies wie ein Spiel. Trotz wiederholter Bitten von Fabian ließ Nils nicht los. Er klammerte sich eher noch fester an. Auch meiner Aufforderung, Fabian loszulassen, kam er nicht nach. Er schien nicht recht zu verstehen, was vorging. Sein Blick schaute an uns vorbei ins Leere. Es gelang mir nicht, seinen Arm von Fabian zu lösen. Die Muskeln fühlten sich gespannt und hart an. Nach einiger Zeit ließ er von selbst los. Er ließ sich von mir auf seinen Platz führen. Er wirkte dabei immer noch wie umdämmert und kam nur langsam wieder zu sich. Der ganze Zustand dauerte ungefähr 15 Minuten.“ Derselbe Mitarbeiter berichtet, daß er ähnliche Zustände bei Nils mehrfach beobachtet hätte und daß diese manchmal mit einem tiefen Einatmen abklängen. Auch Leckbewegungen mit der Zunge um den Mund und andere zielloß wirkende Hantierungen in umdämmertem Zustand habe er beobachtet, z.B. Toilettengang, Tischabputzen, Suche nach Gegenständen.

Zufällig muß eine Schwester aus dem Tagesdienst in die Nachtwache. Sie berichtet, daß sie anfangs ebenfalls ein etwas unheimliches Gefühl gehabt habe, als Nils schreiend auf sie zugelaufen sei, daß sie aber sehr bald gemerkt habe, daß Nils im Prinzip nachts dasselbe mache wie am Tag, nämlich sich anklammern, wobei die Knie manchmal kaum merklich einknicken und rhythmisch wippen. Sie habe Nils das erste Mal, weil selbst stark erschrocken, ziemlich heftig abzuwehren versucht, was bei ihm jedoch ein noch heftigeres Zupacken und einen noch deutlicher angstverzerrten Gesichtsausdruck bewirkt habe. Sie habe jetzt den Eindruck, daß man Nils in einem solchen Zustand in gewissem Umfang lenken und beruhigen könne, wenn man selbst ruhig bliebe. Außerdem sei ihr aufgefallen, daß Nils bei Zuständen dieser Art nachts viel ängstlicher wirke als tagsüber. Am Tage begannen Nils' Zustände allerdings nie mit Schreien, und sie habe auch ein so heftiges Laufen tagsüber nicht beobachtet.

Außer den bisher erwähnten Zuständen wurden bei Nils kurze Bewußtseinspausen und ab und zu große Anfälle beobachtet, von denen er selbst nichts zu wissen schien – also Anfallsformen, die die Mitarbeiter kannten und die nicht weiter problematisiert wurden.

Aspekte aus der Lebens- und Krankheitsgeschichte des Jungen Nils

Bis zu seinem 10. Lebensjahr hatte Nils keine Probleme mit Krankheiten. Mit dem Lernen jedoch hatte er

immer schon Probleme gehabt. Laufen und Sprechen lernte er später als seine Geschwister. Das zweite Schuljahr wiederholte er. Grundschule und erstes Jahr Hauptschule schaffte er nur mit starker Hilfe der Mutter und Augenzudrücken der Lehrer. Die Mutter ahnte früher als der Vater, daß Nils nicht nur faul war, sondern Grenzen hatte. Sie nahm ihn bisweilen in Schutz, z. B. dann, wenn er den Geschwistern durch Ungeschicklichkeit Spielzeug zerstörte. Der Vater geriet schnell in Erregung, ihn ärgerte die etwas plumpe Art seines Sohnes, der pffiffig und geistreich sein wollte wie seine älteren Geschwister, dem diese Versuche jedoch bisweilen zu recht groben Beleidigungen mißrieten. Er spürte, daß der Junge eigentlich nichts besonders Bösertiges machte und ärgerte sich über sich selbst, wenn er mit ihm ungeduldig geworden war.

Eines Tages hatte der Junge einen Fahrradunfall, über dessen Ablauf nichts Genaues bekannt ist. Die Eltern wissen nur, daß Nils weinend nach Hause kam, und daß es ihm einen Tag lang schwindelig war, ohne daß er erbrach. Am nächsten Tag sei es ihm wieder gutgegangen, drei Wochen danach jedoch kam er zur Mutter gelaufen und klagte mit ängstlichem Gesichtsausdruck über das Gefühl, einen Strohhalm verschluckt zu haben. Er hatte vorher Limonade getrunken. Einen Strohhalm konnte er nicht verschluckt haben, da keiner vorhanden war. Vergessen ließ sich das eigentümliche Verhalten des Kindes jedoch auch nicht, da es sich wiederholte. Etwa einmal pro Woche sei Nils mit rotem Kopf zu jemandem gelaufen, hätte gewürgt und dabei geklagt, etwas verschluckt zu haben. Er hätte dabei wie umdämmert gewirkt, sei aber gleichzeitig sehr zappelig und aufgeregt gewesen. Die Erinnerungen der Eltern sind undeutlich, sie haben schon so viel Aufregendes und sie Belastendes mit Nils erlebt, daß sie nur schwer in der Lage sind, in zeitlicher Abfolge zu berichten. Wir hören heraus, daß Nils sehr verschiedenartige, teils anfallsähnliche Zustände entwickelte. Einige Beschreibungen weisen deutlich auf Grand mal-Anfälle hin. Die Eltern sprechen bisweilen von Anfällen, dann wieder von seelischen Nöten, von Marotten oder „bösem Verhalten“. Bald seien auch nächtliche Zustände hinzugekommen und nach ungefähr einem halben Jahr hätte Nils jeden Tag und jede Nacht mindestens einmal irgendeinen anfallsartigen Zustand gehabt. Nachts hätten die Eltern Nils besonders gut beobachten können, da er damals zwischen den Eltern im Ehebett geschlafen habe. Nachdem er in einer Nacht viermal „hochgekommen sei“, sei er einem Nervenarzt vorgestellt worden. Dieser fertigte EEGs an, diagnostizierte eine Epilepsie und stellte Nils medikamentös ein.

Bevor Nils zu uns kam, hatte er mehrere Klinikaufenthalte wegen immer neuer Versuche, seine Zustände medikamentös zu beeinflussen, hinter sich. Zuletzt war er in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik gewesen, und zwar wegen ständigen Weglaufens. Einmal wurde er in einem – wie es schien – umdämmerten Zustand auf der Autobahn aufgegriffen. Er sagte bei dieser Gelegenheit und auch sonst häufig, daß er nicht mehr leben wolle. In der psychiatrischen Klinik hörte er auf zu essen, und die Eltern holten ihn in völlig abgemagertem Zustand nach

Hause, konnten ihn aber nicht zur Schule schicken, da er nicht aufstehen wollte und wenn er aufstand, den Schlafanzug nicht auszog. Wurde er zur Rechenschaft gezogen, konnte er plötzlich ganz „böse“ werden, rumschreien und mit den Türen knallen. In erregten Momenten drohte er damit, wegzulaufen oder sich aufzuhängen. Anfallsartige Zustände verschiedenster Art bekam er weiterhin.

Die Eltern suchen nach Erklärungen für seinen schlechten seelischen Zustand und bringen ihn mit dem Tod einer Tante und insbesondere mit dem Tod zweier Kaninchen, die Nils sehr geliebt hat, in Zusammenhang. Sie meinen allerdings, daß auch die Schule schuld an seinem Zustand sein könnte – Nils war inzwischen auf eine Lernbehindertenschule umgeschult worden. Er würde sich dort mehr und mehr als Außenseiter fühlen. Die Erziehung von Nils sei schon immer schwierig gewesen, jetzt jedoch seien die Eltern völlig verzweifelt, da sie gar nicht mehr wüßten, ob sie Nils schonen sollten, weil er krank sei, oder ob sie ihn härter anfassen müßten. Vielleicht sei es ja auch falsch gewesen, daß er immer bei den Eltern hätte schlafen dürfen. Sie hätten jedoch Mitleid mit ihm gehabt wegen seiner nächtlichen Angstzustände, vor denen er sich augenscheinlich schon beim Zubettgehen fürchtete.

Anfall und Hirnstrombild

Natürlich waren viele der bei uns und auch in anderen Kliniken abgeleiteten Hirnstrombilder von Nils pathologisch und es bestand kein Zweifel, daß Nils epileptische Anfälle bekam, u. a. eindeutige große Anfälle und vermutlich Absencen. Was jedoch zweifelhaft blieb war, ob alles, was er an anfallsartigen Zuständen zeigte, hirnorganisch bedingt war oder ob er nicht neben hirnorganischen Anfällen auch psychogene Anfälle entwickelt hatte, die er eventuell bevorzugt nachts auslebte.

Abgesehen davon, daß in fast allen Beschreibungen der anfallsartigen Zustände Hinweise vorhanden sind, die eher an organische Anfälle denken lassen (z. B. das leichte Einknicken in den Knien mit rhythmischem Wippen), gab ein nachts während eines Anfalls abgeleitetes Hirnstrombild (mobiles Langzeit-EEG) näheren Aufschluß in dieser Richtung. Bei dieser EEG-Ableitung wird einer der beschriebenen Zustände hirnelektrisch erfaßt. Kurz bevor Nils aufspringt, zur Nachtschwester läuft und sich anklammert, sieht man im EEG kontinuierliche hypersynchrone Aktivität in Form leicht unregelmäßiger Spike-wave-Komplexe mit zunehmender Rhythmisierung. Diese Krampfaktivität endet nach 19 Minuten abrupt. Während der 19 Minuten klammert sich Nils, am ganzen Körper zitternd und am Rücken sowie an den Händen stark schwitzend, mit spürbar beschleunigtem Herzschlag an die Nachtschwester an. Diese wiegt ihn hin und her. Während dieser Zeit scheint die Bewußtseinsbeeinträchtigung nicht sehr stark zu sein, was sich auch daran zeigt, daß sich Nils noch während des auch im EEG deutlichen Anfallsgeschehens langsam

durch die Schwester beruhigen läßt. Mit Beendigung der im EEG sichtbaren Krampfaktivität löst Nils seine Umklammerung und spricht von Kopf- und Rückenschmerzen. Er ist jetzt wieder voll orientiert.

In der Auswertung des EEGs heißt es: „Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß die bei dem Jungen beobachteten Auffälligkeiten mit Unruhe und Angst sowie starken vegetativen Erscheinungen eine sehr ungewöhnliche komplexe klinische Symptomatik während des Auftretens generalisierter, hypersynchroner Aktivität darstellen. Von der Anfallsbeobachtung her würde man am ehesten an psychomotorische Anfälle denken. Vom EEG her muß jedoch eher an komplexe Absencen gedacht werden, da die Anfallssymptomatik mit generalisiertem Auftreten leicht unregelmäßiger Spike-wave-Komplexe verbunden ist.“

Erlebnis und Bedeutung – Gespräche mit Nils

Nils spricht gerne und viel. Im Alltag „nervt“ er damit. Meist fehlt die Zeit, ihm zu Ende zuzuhören. Nicht zuletzt deshalb kommt er wohl gerne zu Einzelgesprächen. Er erzählt weitschweifig, kommt assoziativ von einem Detail aufs andere, bleibt vorwiegend bei ganz konkreten Schilderungen, abstrahiert wenig, spricht unendlich, ungrammatikalisch und fehlerhaft. Das Zuhören ist anstrengend. Er läßt sich nicht gern unterbrechen und scheint Ausführungen meinerseits häufig nicht zu verstehen. Er behauptet, daß ihm das Lernen in der Schule sehr leicht falle und daß er lässig jeden mit wenigen Karateschlägen umlegen könne, der ihm zu nahe käme.

Nachdem etwas mehr Vertrauen hergestellt ist, läßt Nils sich herbei, über diese Überkompensationen zu lachen, indem wir sie gemeinsam ins Maßlose steigern. Aus dem Lachen heraus ist er in der Lage zu sagen, was wirklich los ist. Er ist von seinen Schulkameraden geärgert, verfolgt und geschlagen worden. Sie hätten ihn „Spasti“ gerufen und vielleicht hätten sie ja recht damit. Er sei ja wohl „pleplem“ und habe deshalb auch nicht mehr leben wollen. Es sei ja sowieso alles egal. Verrückt ist verrückt, dann könne er ja auch „rumsauen“. Sei ja sowieso alles „Beschiß“. Er habe immer Angst, daß er noch mal richtig in die „Klasmühle“ müsse, da gehöre er ja wohl auch hin. Er liefе manchmal weg und wisse nicht warum. Manchmal klammere er sich an und könne es nicht lassen. Er hätte oft Angst, daß jemand ihn von hinten packe. Dann wolle er sofort zu seiner Mutter laufen. Wenn er Angst hätte, wolle er überhaupt immer sofort zu seiner Mutter laufen. Er packe aber in Wirklichkeit dann jeden an, der gerade da sei. Er könne in solchen Zuständen dann noch was hören, aber auch wieder nicht richtig. Es sei so komisch.

Nils wirkt jetzt hilflos und verlegen. Sein sonst kaum zu bremsender Redefluß kommt ins Stocken. Mehr präzisieren kann er nicht. Auf meine Frage, ob er nicht wüßte, daß er Anfälle hätte, sagt er, natürlich wüßte er das, die hätte er auch. Seine Eltern hätten es ihm gesagt. Er selber merke davon ja nichts. Alles in allem wird deut-

lich, daß Nils nicht recht weiß, was mit ihm los ist bzw. daß seine Deutung in die Richtung geht „ich bin verrückt“.

Langsam und hartnäckig versuche ich Nils' Auffassung von Anfällen auf der einen Seite und Verrücktheit auf der anderen zu beeinflussen. Wir sprechen über die Anfälle, die andere Kinder der Station haben, die er gesehen hat und die sehr unterschiedlich sind. Die Einzelgespräche dienen jetzt mehr dazu zu vertiefen, was auch in den Visiten und Gruppengesprächen verhandelt wird, z.B. daß auch der Junge Fabian nicht verrückt sei, sondern Anfälle habe, wenn er so eigentümlich lache und hinterher schmatze. Ich gebe auch immer wieder einfache Informationen, z.B. daß Anfälle immer einen Anfang und ein Ende hätten. Schritt für Schritt erarbeiten wir, daß er nicht verrückt sei und dazu noch Anfälle habe, sondern daß es eine Art seiner Anfälle sei, die sich so „komisch“ und für ihn furchterregend anfühle; daß es Anfälle gebe, die man fühlen könne und andere, von denen man wenig oder gar nichts wisse.

Ich komme mir „plump“ und „unpsychologisch“ vor, wenn ich immer wieder Sätze wiederhole wie: „Du hast manchmal Anfälle, die haben einen Anfang und ein Ende. In den Zwischenzeiten bist du nicht verrückt, sondern zurechnungsfähig und normal“. Ich weiß nicht, wie ich diesen am Lernen und raschen Begreifen deutlich behinderten Jungen am besten erreiche. Ich füge, seine drastische Redeweise aufgreifend, hinzu „stinknormal“. Dies gefällt ihm und er prägt sich ein „Anfall mit Anfang und Ende“, sonst „stinknormal“.

Wenn ich versuche seine Gefühle zu erspüren und in gelernter, gesprächstherapeutischer Weise aufzugreifen, wird Nils häufig ratlos. Er sagt dann z.B.: „Warum fragst du so komisch?“ – obgleich ich der Meinung bin, nichts gefragt zu haben. Außerdem gelingt es meist nicht mit „sanften Interventionen“ seinen Redefluß zu stoppen. Intensiver Kontakt zwischen ihm und mir mit Lachen und Verblüffung kommt anders zustande, z.B. durch Sätze wie: „Einfach verrückt zu spielen, das könnte dir so passen. Kommt nicht in Frage. Anfälle hast du wie jeder hier, basta!“ Eines Tages komme ich hinzu, als Nils dabei ist, seinen Eltern diesen Sachverhalt zu erklären. Ich bin beruhigt, daß meine Befürchtung, er sei vielleicht zu lernbehindert, um zu verstehen, was ich ihm klarmachen wollte, nicht zutrifft.

Die medikamentöse Beeinflussung von Nils' Anfällen bleibt weiterhin ein großes Problem, sonst aber entwickelt er sich gut. Keine Rede davon, daß er tagsüber im Schlafanzug bleibt, keine plötzlichen Wutausbrüche, kein Androhen wegzulaufen usw. Er macht zunehmend einen fröhlichen und ausgeglichenen Eindruck und versteht sich gut mit den anderen, in der Mehrzahl ebenfalls lernbehinderten und anfallskranken Kindern.

Die Anfallskrankheit in der Selbstwahrnehmung – Einige theoretische Überlegungen

Die Deutung, die Nils dem von ihm wahrgenommenen epileptischen Anfallsgeschehen zu geben sich anschickte,

hatte ein gefährliches, gewissermaßen aus trotziger Ver zweiflung erwachsendes Gefälle. „Ich fühle, daß ich mich gegen die mich überkommende Verrücktheit nicht wehren kann. Dann drehe ich den Spieß eben um und *mache* mich und andere verrückt.“ Dahinter verbirgt sich ein Zentralproblem des Menschen überhaupt, das sich zuspitzt, wenn es sich um einen Jugendlichen handelt und nochmals zuspitzt, wenn dieser Jugendliche anfallskrank ist, nämlich das Problem der Abhängigkeit. In diese Richtung weist *Bahrs* (1983), wenn er sagt: „Diese grundlegende Abhängigkeit... ist, wie der epileptische Anfall selbst, ein Merkmal jedes Menschen.“ *Bahrs* spricht dann weiter von der „Angst vor der Ohn-Macht, der Unselbstständigkeit, dem Kontrollverlust, der Begrenztheit. Diese Angst ist fundamental: Sie *erscheint* nur anlässlich des Krampfanfalls und sie gilt unseren eigenen Möglichkeiten.“

Deutlich ist, daß Nils, konfrontiert mit dem in angstvoller Tönung erlebten und vor allem erinnerten Kontrollverlust, ähnlich umgeht wie mit anderen Lebensproblemen auch. Er verkehrt ins Gegenteil: „Nicht ich bin der geschlagene und verspottete Spasti, sondern ich bin im Gegenteil der unbesiegbare Karateschläger“. – „Ich werde nicht verrückt, sondern ich verrücke selbst“. Ich „saue rum“, wie er sagt. Damit hält er die Fiktion der Kontrolle über sich und seine Umwelt irgendwie aufrecht. Bei einem 14jährigen ist diese, gewissermaßen als Großspurigkeit imponierende Reaktionsweise nicht unüblich. Bei Nils kommt sie weitgehend ungefiltert durch reflektierte Vorwegnahme von Reaktionen der sozialen Umwelt, zu der er nur begrenzt in der Lage ist, zum Ausdruck.

Noch etwas scheint mir wichtig: Durch Nils läßt sich Vorsicht in bezug auf das, was wir über die neuropathophysiologischen Grundlagen der cerebralen Anfallskrankheiten wissen, lernen sowie auch Vorsicht hinsichtlich der Anfallsklassifizierung. Bei einem EEG, bei dem eine derart massive generalisierte hypersynchrone Aktivität in Form von kontinuierlichen Spike-wave-Komplexen mit zunehmender Rhythmisierung sichtbar wird, würde man zunächst das übliche Bild der komplexen prolongierten Absence mit Bewußtseinsverlust und Amnesie erwarten – möglicherweise den Übergang in tonisch-klonische Anfälle. Wenn wir nun das, was wir klinisch sahen, vom EEG her schon nicht als psychomotorische oder komplexe Partialanfälle bezeichnen dürfen, was von dem Anfallsablauf am ehesten ins Schema passen würde, sondern mangels anderer Begrifflichkeit als komplexe Absenzen bezeichnen müssen, so bleibt für die Klassifizierung ungewohnt (wenn natürlich den Experten auch nicht völlig unbekannt), daß Nils' Bewußtsein nicht erlischt und auch nicht nur eingetrübt erscheint, sondern deutliche – wenn auch gegenüber dem „Normalbewußtsein“ veränderte – Erlebnisqualitäten aufweist. Und nicht nur das: Nils' Erleben und seine Handlungen im Anfallsgeschehen laufen nur sehr bedingt in starrer Automatik ab. Sie bleiben für die klinische Beobachtung deutlich plastisch. Erlebnisfärbung und Handlungsablauf sind bis zu einem gewissen Ausmaß situativ und sozial

beeinflussbar. Es war für die weitere Befindlichkeit von Nils durchaus relevant, wie ihm während eines Anfalls begegnet wurde. Es bleibt sogar zu fragen, ob bei Anfällen ähnlicher Art, d. h. also bei allen Anfällen mit teilweiser Beteiligung des Bewußtseins, nicht noch systematischere verhaltenstherapeutische Beeinflussungsmöglichkeiten vorhanden wären, als wir bisher anzunehmen wagten. Immer wieder nachdenkenswert ist auch, daß ein und derselbe cerebrale Befund (hier: EEG-Befund) noch keineswegs in jedem Fall dieselben psychopathologischen Effekte garantiert.

Die Ausgestaltung einer Symptomatik hängt sowohl von verschiedenen cerebralen Bedingungen als auch von situativen psychosozialen und lebensgeschichtlichen Variablen ab. Diese komplexen Zusammenhänge werden m. E. zur Zeit von französischen Autoren mehr in den Vordergrund gestellt als von deutschen und angelsächsischen. So schreibt z. B. *Beauchesne* (1980) unter der Überschrift „Le vécu des crises“: „Tous les enregistrements (stéréotaxie, télémétrie...) confirment le fait qu'une même cause cérébrale ne donne pas les mêmes effets. La formation du symptôme dépend certes de la localisation cérébrale initiale, de la spécificité de cette zone, de l'extension de la décharge et de la masse de tissu cérébral, mais aussi de la situation du sujet, du moment où survient la crise, de la situation affective, de la personnalité, de son histoire et de son âge.“

Die Erlebnisverarbeitung bzw. die Eigendeutung des Anfalls, die wiederum erheblich von der Fremddeutung des Anfallsgeschehens abhängt, beeinflusst die Art und Weise, wie ein Mensch mit seinen Anfällen zu leben lernt, erheblich. Nun könnte man meinen, Nils sei auf mehrfache Weise ein Sonderfall. Das stimmt. Ich habe allerdings mit Absicht das Beispiel eines „Sonderfalles“ für die Problematik der Selbstwahrnehmung bei Epilepsie gewählt, und zwar deshalb, weil immer dann, wenn die Umwelt und sogar die Experten in besonderem Maße unsicher sind, welche Deutung sie einem merkwürdigen Verhaltensmuster geben sollen, in Abhängigkeit davon und in Wechselwirkung damit das Finden einer Selbstdefinition für das betroffene Individuum komplizierter als gewöhnlich verläuft und dadurch in seiner Bedeutung für das Individuum besonders deutlich erkennbar wird.

Ähnliche Zusammenhänge wie bei Nils werden mit Sicherheit bei vielen Formen erlebnisgefärbter psychomotorischer Anfälle zu berücksichtigen sein.

Gleichzeitig wirft die bei Nils vorhandene Bewußtseinsbeteiligung trotz hypersynchroner generalisierter Aktivität im EEG die Frage auf, ob nicht auch bei anderen Anfällen mit ähnlichem hirnelektrischen Grundmuster mehr erlebt wird, als wir meist zu beachten geneigt und der Betroffene auszudrücken imstande ist. Zu Recht macht *Bahrs* darauf aufmerksam, daß „Bewußtlosigkeit streng genommen kein Phänomen, sondern eine Deutung“ ist. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß das, was wir als Amnesie zu bezeichnen pflegen, nicht durch einen einfachen neurologischen Mechanismus erklärt werden kann. Es müssen offensichtlich verschiedene Faktoren zusammenwirken, damit es zu der Form vollständiger Amnesie kommt, die wir nach generalisierten Anfällen zu erwarten pflegen.

Summary

Epilepsy and Self-Perception Illustrated By the Example of Complex Absences

The situation of an epileptic boy, suffering from complex absences, coloured by experience, is described and reflected on several levels – clinical observation, life history, E.E.C. result, self-perception. The main aim of this work is to sensitise observation of self-perception, the quality of which has considerable effects on the shaping of the basic illness – in this case up to psychiatric disturbance.

Literatur

Bahrs, O. (1983): Der Krampfanfall als kommunikatives Geschehen. (Unveröffentlichte, überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrags vom 14.10.1983, Jahrestagung der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Mannheim). – *Beauchesne, H.* (1980): *L'épileptique*. dunod, Paris 1980.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Renate Schernus, Rehabilitationsklinik PNIEL, Hoffnungstaler Weg 10, 4800 Bielefeld 13.