

Schernus, Renate

Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 1, S. 19-23

urn:nbn:de:bsz-psydok-30795

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany – Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter*

Von Renate Schernus

Zusammenfassung

Epilepsie wird nicht nur „gehabt“. Sie wird in hohem Maße psychisch und sozial „gestaltet“. Es wird versucht deutlich zu machen, daß nach Auftreten epileptischer Anfälle das weitere Schicksal des Betroffenen durchaus nicht nur als Folge einer bestimmten Schädigung des Hirns aufzufassen ist. An der Schilderung verschiedener Schicksale wird der Spielraum aufgezeigt, der der menschlichen Gestaltungskraft trotz der harten, durch die Krankheit gesetzten Fakten bleibt. Die „Gestaltungskraft“ der Fachleute wird ebenfalls kritisch beleuchtet.

Unbehandelte Epilepsien?

Vor einiger Zeit fragte mich ein Praktikant, der sich kritisch und unbefangen den klinischen Alltag der Epilepsiebehandlung bei uns ansah, folgendes: „Wie sieht eigentlich der unbehandelte, sozusagen von Menschenhand unberührte reine Epilepsieverlauf aus?“ Da ich auf diese naive und damit gleichzeitig äußerst interessante Frage keine Antwort wußte, begann ich, ethnologische Literatur zu durchstöbern. Dabei erlebte ich allerhand schaurige Abenteuer und sah mit Grauen, was durch die Zeiten hindurch Menschen mit Epilepsie erlitten haben und auch heute noch erleiden. Die reine Epilepsie, ungetrübt von Einflußnahme durch Behandlung, sah ich natürlich nicht. Immer gestaltet der Mensch seinen Umgang mit Phänomenen, insbesondere mit menschlichen Phänomenen. Er kommt ohne Meinungen über ein Phänomen nicht aus, und seinen Meinungen entspringen immer auch Handlungen und weitere Prägungen des Phänomens. Werden z. B. in Nigeria Menschen mit Epilepsie als Abiku, d. h. „geboren, um zu sterben“, bezeichnet, so entspringen daraus notwendigerweise Handlungen und schließlich Verläufe, die sich von hoffnungsvolleren Ansichten über Epilepsie unterscheiden (*Jilek* u. *Jilek-Aall*, 1980).

Sekundäre Neurotisierung?

Verborgene Meinungen mitteleuropäischer Familien sind nicht weniger einflußreich und prägend für das weitere Schicksal der Betroffenen als das erwähnte nigerianische Abiku-Beispiel. Auch in unseren Breiten neigen Familien dazu, ganze Mythen rund um die Epilepsieer-

krankung eines ihrer Angehörigen zu ranken. Nur mag es bisweilen leichter sein, sich einen Pfad durch den afrikanischen Busch zu schlagen als zu erhellen, was eigentlich in den einzelnen Familien schicksalsgestaltend wirkt – noch schwieriger, dann darauf Einfluß zu gewinnen. Das modernistische Stichwort „sekundäre Neurotisierung“ scheint mir die Komplexität dieser Zusammenhänge eher zu verdecken als zu erhellen.

Vielgestaltigkeit des Umgangs mit Epilepsie

Jeder, der mit Anfallskranken arbeitet, kann sich vermutlich spontan aus der eigenen Berufspraxis an zahlreiche Familien erinnern, die ihm Kopfzerbrechen gemacht haben. Aus meiner Arbeit mit anfallskranken Kindern folgende Beispiele:

- Familie A, die mit Zähigkeit verschiedenste Reaktionen ihres Kindes als Anfälle deutet, obgleich Symptome der Epilepsie längst nicht mehr auftreten.
- Familie B, die, getrieben von dem Bedürfnis, Klarheit zu gewinnen, zwei Stunden lang akribisch über ihr krankes Kind berichtet, nur um das wichtigste differentialdiagnostische Detail, ein Fallen mit anschließender Desorientierung, zu verschleiern.
- Familie C, die Prozesse führt, um ihr normal begabtes, anfallskrankes Kind als geistig behindert definieren zu lassen.
- Familie D, die ihr lernbehindertes Kind als zwar anfallskrank, im übrigen aber genial einstuft und entsprechend überfordert.
- Familie E, die ganze Vorträge über die Schädlichkeit von Überbehütung halten kann, das eigene Kind jedoch keinen Schnürsenkel alleine knüpfen läßt.
- Familie F, die mit verzweifelter Energie Beweise für die hirnorganische Ursache der Frechheit ihres Söhnchens sucht.
- Familie G, die jede Ungeschicklichkeit des motorisch tatsächlich behinderten Kindes als aggressive, gegen die Elten gerichtete Aktion interpretiert.

Keine eindeutigen psychosozialen Muster

Natürlich habe ich eben schematisch vereinfachte Beispiele aufgezählt, aber das Grundsätzliche und auch Verwirrende ist vielleicht deutlich geworden, nämlich die Tatsache, daß es von allen Eigentümlichkeiten im Umgang mit hirnorganischen Schädigungen einschließlich Epilepsie auch das Gegenteil gibt. Ich für meinen Teil habe jedenfalls die Erwartung aufgegeben, daß auf dieser

* Nach einem Vortrag, gehalten im Rahmen einer Arbeitstagung über Anfallskrankheiten (13./14. 10. 1983) in der Stephanus-Stiftung, Berlin-Weissensee (DDR).

Ebene irgendeine hilfreiche, klassifikatorische Ordnung herzustellen ist in Richtung: Mütter oder Väter epileptischer Kinder sind überbehütend, überfordernd, autoritär usw. Sollte sich jedes halbe Jahr über irgendwelche Fragebögen eine statistische Häufung von Erziehungsstilen in die eine oder andere Richtung ergeben, nützt uns das bei der Beratungsarbeit gar nichts. (Ich vermute sogar, daß durch solche Untersuchungen eher Vorurteile, Täuschungen und Engführungen zustande kommen, da es sich um Versuche handelt, vielschichtige und vieldeterminierte soziale Vorgänge eindimensional zu erklären.)

Das „Thema“ Anfälle im Kontext psychosozialer Wechselwirkungen

Fallbeispiel Hans

Wenn nun auch nicht Ordnung auf der erwähnten Ebene herzustellen ist, so können wir vielleicht doch durch näheres Hinsehen und Nachdenklichkeit die eine oder andere Einsicht in die Dynamik menschlicher Gestaltungskraft gewinnen. Dazu ein Beispiel:

Vor einiger Zeit wurde Hans auf der Kinderstation unserer Anfallsklinik aufgenommen. 12½ Jahre alt, Gymnasiast, blond, etwas zu rundlich für sein Alter, weiche Gesichtszüge, angenehm anzuschauen bis hin zu seiner immer geschmackvoll gepflegten Kleidung, sehr höflich im Verhalten.

Über Hans wird uns folgendes berichtet: Mit 11½ Jahren beginnt er an immer derselben Stelle, nämlich auf einem Friedhof, umzufallen. Er wird blaß, fällt weich um, liegt still 10 bis 15 Minuten da, ist dann sofort wieder klar, gibt an, sich an nichts erinnern zu können. Fühlt sich vorher mulmig, klagt hinterher über leichte Kopfschmerzen.

Bevor Hans zu uns kam, hatten diese Anfälle bereits weitreichende Veränderungen seines bisherigen Lebens zur Folge: Jeweils nach einem Anfall kein Schulbesuch mehr, dreimalige Krankenhausaufenthalte in Kinderkliniken, bei denen sich Hans, wie er berichtet, recht wohl fühlt. Zunächst Diagnose „orthostatische Dysregulation“, dann Diagnose „Epilepsie“, da sich diskrete krampfspezifische Veränderungen im Schlafentzugs-Elektroenzephalogramm fanden. (Medikamentöse Einstellung auf 3 × 300 mg Valproinat.) In einer Klinik wird die Vermutung psychischer Mitbedingung ausgesprochen. Diesbezüglich kommentiert Hans in leicht ironischem Tonfall: „Die waren da ganz auf den Friedhof abgefahren.“ Die Mutter reagiert ängstlich. Abgesehen davon, daß sie Hans nicht mehr zur Schule gehen läßt, sobald er angibt, sich „mulmig“ zu fühlen, darf er auch den Schulhinweg nur noch in Begleitung eines Mitschülers unternehmen. Von der Schule holt die Mutter ihn regelmäßig ab. Seine schulischen Leistungen lassen zu wünschen übrig. Er weist erhebliche schulische Fehlzeiten auf. Die Mutter geht mit ihm zu den verschiedensten Spezialisten sowie zu einigen Heilpraktikern. Hans ist sehr interessiert an den unterschiedlichen Diagnosen und kann sie gut referieren.

Zur Einweisung in unsere Klinik kommt es, weil sich die Anfälle nach der antiepileptischen Einstellung noch deutlich häufen. Zu diesem Zeitpunkt bekommt Hans ausschließlich in der Schule, nicht mehr auf dem Schulweg und auch niemals in der Freizeit Anfälle. In Gesprächen und mit Hilfe einiger projektiver Verfahren wird allmählich deutlich, daß Hans erhebliche Angst vor Klassenarbeiten und vor Tadel hat, und daß er bisher ausschließlich im Zusammenhang mit darauf bezogenen Be-

fürchtungen umgefallen ist. Der Friedhof, der auch unsere Phantasie schon vor Eintreffen des Jungen bewegte, gehört schlicht zum üblichen Schulweg des Jungen. Mit einem gewissen Stolz berichtet er, daß er bisher schon bei allen Spezialisten, außer beim Hautarzt, gewesen sei. Gefragt nach früheren Krankheiten erzählt er, daß er mit Beginn des Gymnasiums Magenkrämpfe bekommen hätte, und zwar auch nur während der Schulzeit. Aus den vielen Gesprächen mit Hans hier nur ein Ausschnitt:

Ich sage zu ihm: „Es ist nötig, daß wir zusammen nach dem Grund suchen, warum du umfällst, und ich denke, da bist du der beste Wegweiser.“ Hans: „Würd sagen Kurs Süd-Süd-Ost, im Norden ist es mir zu kalt.“ – „Zu kalt ist es dir, du brauchst also viel Wärme?“ – „Ja“ (lacht dabei verlegen). – „Von wem kommt denn viel Kälte auf dich zu?“ – „Ja, also von unserem Klassenlehrer und überhaupt unsere Lehrer, die waren so total cool.“

Aufgrund dieser Bemerkung ließ sich vieles aufspulen. Kurz zusammengefaßt: Hans war vor Eintritt in das Gymnasium ausschließlich von Frauen erzogen worden, sowohl in seiner Familie als auch in der Grundschule. Bei seiner Grundschullehrerin wohnte er zeitweilig und hatte zu ihr ein sehr persönliches Verhältnis. Seine Mutter arbeitete, um ihn durchzubringen, war stets sehr besorgt, hatte aber wenig Zeit. Seinen Vater kannte er gar nicht, in seinen Träumen und Phantasien war er jedoch ständig auf der Suche nach ihm. Im Gymnasium traf er nun gleichsam zum ersten Mal auf männliche Identifikationspersonen. Sein übermäßig großer Wunsch, gerade von ihrer Seite väterliche Anerkennung und Wärme zu erhalten, war begleitet von den Schatten entsprechender Ängste. Zurück zu seinen Anfällen. Wir konnten, auch nach vorsichtigem Reduzieren der antiepileptischen Medikation, die Diagnose Epilepsie nicht so ohne weiteres teilen. Anfallsbeschreibungen, eigene Beobachtungen während des klinischen Aufenthaltes, Erhellung des psychischen und sozialen Hintergrundes sowie eine sich in verschiedenen Situationen zeigende Neigung zu vegetativer Labilität und orthostatischer Dysregulation wiesen in eine andere Richtung. Ein ausschließlich im Schlafentzugs-EEG auftretender diskreter Befund, der in der bei uns durchgeführten Untersuchung ohne Hinweis auf sichere Krampfaktivität blieb, schien uns eine Epilepsie-Diagnose mit entsprechenden medikamentösen Konsequenzen nicht zu rechtfertigen. Im Gegenteil, wir gewannen den Eindruck, daß gerade aufgrund dieser Diagnose Hans anfallsmäßig besonders produktiv geworden war. Er war bereits sozusagen auf gutem Wege gewesen, sich in Zusammenarbeit mit Arzt, besorgter Mutter, hilfreichen Lehrern und Klassenkameraden eine Anfallskrankheit auszugestalten, die sein eigentliches Grundproblem zwar kurzfristig zu erleichtern schien, auf die Dauer jedoch pathologisch zu verdecken drohte.

Wir entschlossen uns dazu, einige der beschriebenen Zustände als vasomotorische Anfälle im Sinne von vagoasalen Synkopen aufzufassen, die auf dem Boden einer neurovegetativen Übererregbarkeit und einer Neigung zu emotionaler Erregung und Irritierbarkeit immer nur in direktem Zusammenhang mit Angst vor den schulischen Prüfungssituationen oder Tadel auftraten. Aufgrund der Reaktionen seiner Umwelt scheint Hans später die Anfälle stark ausgebaut zu haben (sekundärer Krankheitsgewinn). Wir suchten den Kontakt mit den Lehrern des Jungen und vermittelten ihn und seine Mutter an eine weitere psychologische Begleitung in der Heimatregion. Der Junge ist inzwischen ein Jahr lang anfallsfrei.

Vielleicht werden Sie jetzt sagen: Interessante Geschichte, aber Thema verfehlt, es handelte sich ja letztlich gar nicht um Epilepsie. Vorsicht: Es handelte sich im medizinischen Sinne nicht um Epilepsie, aber das Thema

„ich habe Anfälle – mein Sohn hat epileptische Anfälle – der Schüler Hans hat epileptische Anfälle“ hat all die psychosozialen Mechanismen in Gang gebracht, die gewöhnlich beim Auftreten epileptischer Anfälle in Bewegung geraten. Wir wollten diese psychosoziale Dynamik studieren und konnten sie im Fall Hans sogar eindeutiger in den Blick bekommen, als wenn sie in der unauflöslchen Wechselwirkung mit den hirnganischen Auswirkungen einer epileptischen Anfallskrankheit auftritt.

In jedem Falle, gleichgültig, ob die Diagnose zutrifft oder nicht, werden durch das ins Bewußtsein tretende Thema Epilepsie erhebliche lebensverändernde Beunruhigungen ausgelöst, die jeweils bei dem Betroffenen und seiner Familie in einen lebensgeschichtlichen Kontext und auf psychosoziale Vorerfahrungen treffen, die den Umgang mit der Erkrankung jeweils individuell und einmalig färben.

Erfolgreiche Behandlung?

Fallbeispiel Klaus

Sehen wir uns zum Beispiel die Situation des 13jährigen Gymnasiasten Klaus an. Er bekommt plötzlich in größeren Abständen eindeutige Grand-mal-Anfälle, die seine Mutter verständlicherweise sehr erschrecken. Mutter und Sohn leben alleine. Der Junge kennt den Vater nicht, da die Mutter sich wegen Alkoholismus ihres Mannes kurz nach der Geburt des Kindes hat scheiden lassen. Klaus erlebt seine Anfälle, für die vollständige Amnesie besteht, überhaupt nur im Spiegel der Besorgnis der Mutter. Er bemüht sich, durch unbestimmte Schuldgefühle geplagt, ihr die Sorgen zu nehmen, läßt sich auch nur aus diesem Grunde willig in unsere Klinik einweisen. Das Anfallsleiden kann medikamentös gut beeinflußt werden.

Selbst außerordentlich erfreut über diesen Erfolg und in dem Gefühl, mit einem Problem fertig geworden zu sein, teilen wir Mutter und Sohn mit, daß das Auftreten eines weiteren Grand mal in der nächsten Zeit als unwahrscheinlich anzusehen ist. Der Junge ist sehr zufrieden, die Mutter jedoch ist – entsetzt, entsetzt über das Wort unwahrscheinlich. Sie möchte Sicherheit, sie hat die Meinung, daß sie ohne Sicherheit nicht leben kann. Diese Meinung macht sie unglücklich. Bei jedem Geräusch aus dem Nebenzimmer oder aus dem Bad schreckt sie zusammen, eilt hin oder ruft nach Klaus. Sie ist mit dem aufgebrochenen existentiellen Problem keineswegs „fertig“. Der Junge, frühreif und vernünftig, ersetzte ihr den Partner und bedeutete für sie einzigen Halt, Stütze und Lebensinhalt. Zum ersten Mal war ihr bewußt geworden, daß dieser Halt im wahrsten Sinne des Wortes vom „Fallen“ bedroht war und daß er die Sicherheit, die sie zu brauchen meinte, keineswegs zu garantieren imstande war. (Man könnte an dieser Stelle darüber spekulieren, ob das plötzlich aufgetretene Anfallsleiden evtl. nicht überhaupt eine psychophysische Reaktion auf die seelische Überforderung des Jungen darstellte. Ich will das hier offenlassen, über diese Zusammenhänge wissen wir immer noch viel zuwenig.)

Deutlich wollte ich mit diesem Beispiel lediglich machen, wie hier aus dem Stoff der lebensgeschichtlichen Situation und der Epilepsithematik ein Unglück geworden wurde, das unsere unterstützende, beratende Begleitung gerade da erforderte, wo wir problemblind uns mit dem rasch greifbaren Erfolg nur allzugern zufriedengeben wollten.

Bedeutung tragender sozialer Beziehungen

Fallbeispiel Peter

Nun könnte man meinen, ein generelles und doch wohl nicht nur individuelles Problem bei der Epilepsie sei die Angst und Unsicherheit bezüglich des unbekannten Augenblicks, in dem der nächste Anfall auftreten kann. Ja und nein. Der Spielraum, der für die Gestaltung des Umgangs mit dieser Unsicherheit bleibt, ist größer als man meistens annimmt.

Der 10jährige Peter zum Beispiel besuchte eine Sonderschule. Es war dort bekannt, daß er seltene Grand mal und ca. wöchentliche komplexe Partialanfälle bekam, bei denen er eigentümliche Bewegungen mit den Armen ausführte. Bis auf das Schwimmen, bei dem stets eine Begleitung organisiert wurde, erlaubten ihm seine Eltern alles. Die ganze Familie war eingebettet in tragende nachbarschaftliche und freundschaftliche Beziehungen. Auf die Frage, ob er in der Schule gehänselt werde, antwortete der Junge fast erstaunt: „Nee, die helfen mir dann.“ Ebenso konnten die Eltern mit der Frage danach, was es ihnen ausmache, jederzeit mit einem Anfall rechnen zu müssen, nicht sehr viel anfangen. Das stimme schon, meinten sie, aber der Älteste, der immer so mit dem Motorrad rase, mache ihnen noch viel mehr Sorgen.

An diesem letzten Beispiel mag auch deutlich geworden sein, daß die Einbettung in tragende soziale Beziehungen außerordentlich wichtig dafür ist, wie der Mensch mit einer ihn bedrohenden Unsicherheit, zum Beispiel einer Epilepsie, umzugehen vermag.

Ablehnung durch die Gesellschaft

Fallbeispiel Karin

Vielleicht werden Sie an dieser Stelle denken, die Ablehnung und Sanktionierung Epilepsiekranker durch die Gesellschaft, dies sei doch immerhin ein generelles, durch ausgedehnte Erhebungen festgestelltes und kein individuelles Problem. Ja und nein. Sehen wir uns einmal die Geschichte von Karin an.

Die 15jährige Karin war psychisch sehr auffällig, zwanghaft in allen Kleinigkeiten des Lebens, anspruchsvoll und stets unerschwellig aggressiv. Sie und ihre Eltern, deren einziges Kind sie war, starrten fixiert – und das ist noch gelinde ausgedrückt – auf das Anfallsleiden. Getrieben von Ängsten, die Tochter könne dem leistungsmäßigen Standard sowie den sozialen Erwartungen nicht nachkommen, sandten die Eltern ständig in einem geradezu klassischen Sinne doppelbödigte Botschaften aus wie: „Lerne, lerne zusätzlich, sonst schaffst du die Schule nicht.“ – Gleichzeitig – „Warum hockst du eigentlich immer hinter den Schulbüchern und bist nicht unbeschwert wie andere Kinder auch?“ Oder uns gegenüber: „Wieso beobachten sie Karins Anfälle so ungenau?“ – Gleichzeitig – „Sagen sie uns bloß nicht, man könne irgend etwas sehen!“ Tatsächlich sah man bei der außerordentlich gut aussehenden Hauptschülerin fast nichts. Dennoch handelte es sich nicht etwa um Spinnerei oder um psychogene Anfälle. Karin bekam tägliche, in den meisten Fällen fast nur für sie selbst spürbare komplexe Partialanfälle, die sich auch im EEG repräsentierten. Medikamentös waren sie einflußbar, wenn auch nicht gänzlich zu unterdrücken.

Dieses Mädchen nun, von dem man hätte meinen können, daß sie weder in ihren beruflichen noch in ihren Heiratschancen stark beeinträchtigt war, ergab sich einem totalen Pessimismus, verengte ihr gesamtes Interesse auf das Thema Anfälle und wurde darin kräftig von ihren Eltern unterstützt. Der allergrößte Aufwand wurde betrieben, damit weder Klassenkameraden noch Nachbarn irgend etwas merkten. Rückzug und soziale Isolierung waren die Folge. Vor allem durfte kein Mensch von Karins Klinikaufenthalt bei uns wissen.

Beunruhigung und Gestaltung aufgrund von Meinungen

Fallbeispiel Eva

So unterschiedlich gestaltet sich der Mensch sein Schicksal. Glück und Unglück fallen auch den durch Anfallsleiden betroffenen Familien nicht einfach in den Schoß. Mit den Stoikern möchte man sagen, die Menschen werden nicht durch die Dinge an sich beunruhigt, sondern durch die Meinungen, die sie darüber haben. So weit, so gut. Was gehen solche allgemeinen Lebensweisen uns Fachleute an. Sie gehen uns deshalb an, weil wir in ganz entscheidender Weise die Meinungen, die entstehen, beeinflussen können oder uns ahnungslos zu Komplizen von Meinungen machen lassen können, die das Leben erheblich beeinträchtigen.

Als zum Beispiel die 14-jährige Eva, deren Geschichte ich hier nicht ausführlich berichten will, zu uns kam, waren sowohl sie selbst, ihre Familie als auch die vorbehandelnden Ärzte davon überzeugt, daß sie schwerst anfallskrank sei. Nach einem erheblichen differentialdiagnostischen Aufwand und Absetzen aller Antiepileptika gingen wir daran, Eva selbst und alle beteiligten Bezugspersonen umzuerziehen. Das dauerte ungefähr ein Vierteljahr. Jetzt teilt Eva unsere Meinung, daß sie ein eigentlich sehr nettes Mädchen sei, das im Zusammenhang mit der Kampfehe ihrer Eltern, einem von ihr gehaßten Hausfreund der Mutter, einer zerbrochenen ersten Liebe und nicht zuletzt im Zusammenhang mit einer tatsächlichen anfallskranken Schwester in eine Lebenskrise geraten war, die sie mit psychogenen Schrei- und Strampelanfällen beantwortet hatte. Mit Hilfestellung „strampelte“ sie sich allmählich aus der verfahrenen, auch diagnostisch verfahrenen Situation wieder heraus.

Dies war ein Kurzdiagramm einer psychogenen Anfallsproblematik, wie sie sehr häufig im Kontext von Epilepsie auftritt (Schernus, 1983). Ich habe es deshalb hier eingefügt, weil bei Problemen dieser Art die Gestaltungskraft der Fachleute, die ja meistens von sich selbst meinen, nur objektive Untersuchungsbefunde und Beobachtungen auszuwerten, oft schicksalsmäßige Weichen in Richtung einer Anfallskarriere stellen kann.

Grundmuster im Umgang mit Kränkungen

Beratende Hilfe für all diese verschiedenartigen Kinder und ihre Eltern dürfte fehlgehen, wenn sie aus-

schließlich bei der Anfallsproblematik und dem Umgang mit ihr ansetzt. Bei psychogenen Reaktionen aller Art stößt man immer, wenn man sucht, auf Kränkungen, die stattgefunden haben. Bei psychogenen Reaktionen im Zusammenhang mit Epilepsie erst recht, und die Epilepsie als Körperkrankheit ist im wahrsten Sinne eine „Kränkung“ des Menschen. In der Auseinandersetzung mit dieser Kränkung ist der Mensch abhängig von den Methoden, die er auch sonst im Umgang mit Kränkungen bevorzugt (zum Beispiel Angriff, Konfrontation, Rückzug, Verzicht, Abwehr, Flucht, Verleugnung). Erst wenn es gelingt, diese Grundmuster, durch die wir Gestalter unseres Schicksals sind, ins Bewußtsein zu bringen, wird es in einzelnen Fällen möglich sein zu zeigen, daß auch die Betroffenheit durch Epilepsie das Individuum und die Familie nicht zu bloßen Opfern stempelt. Gerade der Umgang mit Sicherheit und Unsicherheit ist in hohem Maße davon abhängig, welche Bedeutung überhaupt ich meinem Körper und meinem Leben und dem meiner Kinder gebe (Dörner, Plog, 1978).

Mich persönlich ergreift häufig ein respektvolles Erstaunen darüber, wie schöpferisch und originell Menschen, die mit einem besonderen Problem leben müssen, ihr Schicksal gestalten. Leider gestalten sie bisweilen recht kräftig an ihrem eigenen Unglück mit. Hilfe mag dann darin bestehen, diejenigen, die sich selbst oder ihr Kind passiv leidend und zurückgezogen als zu Behandelnde definiert haben, wieder als Gestalter ernstzunehmen und mit ihnen so in aller Härte zu verhandeln. Diese Härte setzt ein Verstehen voraus, das mehr ist als das viel zu kurz greifende, besserwisserische Ratgeben im Stile von „seien sie nicht so überbehütend, ziehen sie sich nicht so stark zurück“ usw. Das Schwierige an dieser Art von Hilfe ist gleichzeitig das Einfache. Sie lebt von der Annahme, daß Menschen mit Epilepsie und ihre Angehörigen nicht komplizierter, nicht überbehütender, nicht autoritärer, nicht distanzloser oder was man sonst noch alles sagen mag, sind als andere. Wir alle gestalten an unserem Glück und unserem Unglück mit und dort, wo wir – wodurch auch immer – gekränkt werden, suchen wir Auswege, dabei stets in Gefahr, daß diese zu selbst gestellten Fallen werden.

Summary

Suffering and Construing on Convulsive (Epileptic) Illnesses Amongst Children

One does not only “suffer” from epilepsy. Epilepsy is to a large extent psychologically and socially “construed.” It is sought to clarify that the future destiny of the person concerned is not to be viewed merely as a result of epileptic attacks resulting from brain damage. From a description of various cases it is shown that the human active imagination still has room for play inspite of the hard facts of the illness. The specialists’ active powers of imagination is likewise critically viewed.

Literatur

Jilek, W. u. Jilek-Aall, L. (1980): Die soziale Stellung des Epileptikers. Eine transkulturell-historische Studie. In: *Pfeiffer/Schoene* (Hrsg.): Psychopathologie im Kulturvergleich. Stuttgart. – *Schernus, R.* (1983): Vom Sinn psychogener Anfälle bei Kindern mit Epilepsie. In: *Boenigk, H.-E.* (Hrsg.): Das anfalls-

kranken Kind – soziale und psychische Aspekte. Hamburg: edition m + p dr. – *Dörner, K. u. Plog, U.* (1978): Der körperkranke Mensch (körperbedingte Psychosyndrome). In: *Dörner, K. u. Plog, U.*: Irren ist menschlich. Wunstorf: Psychiatrie-Verlag.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Renate Schernus, Klinik Mara I, Bethel, Maraweg 21, 4800 Bielefeld 13.