

Gerlicher, Karl

## **Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 7, S. 265-272*

urn:nbn:de:bsz-psydok-35015

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) ..... 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) ..... 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) ..... 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) ..... 260

### Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) ..... 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) ..... 55

### Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) ..... 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) ..... 368

### Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) ..... 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) ..... 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) ..... 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) ..... 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) ..... 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) ..... 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) ..... 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) ..... 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) ..... 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) ..... 85

### Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) ..... 171

### Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) ..... 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) ..... 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) ..... 284

### Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) .... 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy) .....	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences) .....	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents) .....	328	<b>Werkstattberichte</b>	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue) .....	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
<b>Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald .....	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence) .....	22	<b>Tagungsberichte</b>	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry) .....	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“ .....	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment) .....	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“ .....	231
<b>Übersichten</b>		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg .....	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents) .....	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia) .....	166	<b>Buchbesprechungen</b>	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems) .....	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge .....	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family) .....	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung .....	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood) .....	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1 .....	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents) .....	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie .....	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem) .....	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion .....	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom) .....	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen .....	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion) .....	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte .....	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?) .....	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHN, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships) .....	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder .....	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes .....	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26 .....	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen .....	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe .....	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken .....	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung .....	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie .....	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie .....	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen .....	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote .....	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis .....	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. ....	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder .....	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie .....	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen .....	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen .....	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle .....	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen .....	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt .....	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe .....	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung .....	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie .....	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen .....	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen .....	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern .....	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen .....	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung .....	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis .....	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik .....	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe .....	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis .....	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome .....	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe .....	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik .....	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte .....	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2 .....	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse .....	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung .....	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie .....	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte .....	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven .....	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder .....	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren .....	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter .....	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten .....	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen .....	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern .....	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken .....	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern .....	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens .....	277	<b>Editorial</b> 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie .....	70	<b>Ehrungen</b> 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry .....	308	<b>Nachruf</b> 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	69	<b>Autoren der Hefte</b> 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung .....	317	<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung .....	35	<b>Zeitschriftenübersicht</b> 67, 148, 235, 305, 383	
		<b>Tagungskalender</b> 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		<b>Mitteilungen</b> 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

# Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind

Von Karl Gerlicher

## Zusammenfassung

Ausgehend von den Reaktionen auf die Geburt eines behinderten Kindes wird zunächst auf die Auswirkungen für den weiteren Kinderwunsch eingegangen. Weiter wird auf irrationale Reaktionen, die Verarbeitung von Schuldgefühlen bzw. Angst und Aggression, Probleme der Ablösung und Möglichkeiten psychotherapeutischer Hilfe eingegangen. Den Abschluß bildet ein Beispiel aus der Praxis einer Jugend- und Familienberatungsstelle.

## Vorbemerkung

Die folgenden Ausführungen sind aus der Arbeit mit behinderten Menschen (Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen) und deren Familien in einer kommunalen Jugend- und Familienberatungsstelle (vgl. GERLICHER 1977, 1986) entstanden. Es handelt sich also eher um einen Werkstattbericht. Die Namen der jeweils beteiligten Personen sind geändert.

## 1 Geburt eines Kindes – Auslöser einer „normalen“ Krise

Die Ankunft eines Kindes, besonders des ersten, löst zumeist eine Krise aus, vor allem dann, wenn Mann und Frau noch nicht in ihre Rolle als Ehepartner hineingefunden haben, sich darin noch unsicher fühlen und/oder sich noch nicht genügend aus den Bindungen an ihre Herkunftsfamilie gelöst haben. Dabei fällt es der Frau – vorbereitet durch Schwangerschaft und den Vorgang der Geburt – wohl leichter, ihre neue Rolle anzunehmen, besonders wenn das Kind erwünscht ist. Wenn sich die Beziehung zwischen den Eheleuten bereits vor der Geburt des Kindes im Gleichgewicht befand, werden beide – nun als Eltern – gestärkt aus der Krise hervorgehen und so vorbereitet sein, weitere Krisen zu bestehen.

## 2 Reaktion auf die Geburt eines behinderten Kindes

### 2.1 Bei einer von Geburt an sichtbaren Behinderung

Die Krise kann jedoch die Dimension einer existentiellen Bedrohung annehmen, wenn das Kind mit einer augenfälligen Behinderung zur Welt kommt – z. B. mit einem verkürzten Bein. Mit Erschrecken, Verzweiflung, später wohl auch Trauer und Scham reagieren die Eltern (vgl. MITTERMEIER 1990) und sicher nicht nur diese. Besonders groß ist das Entsetzen, wenn die Behinderung mit einer Entstellung des Gesichts verbunden ist, wie z. B. bei einer Lippen-Gaumenspalte. Die Aussage eines Vaters dazu: „Als ich mein Kind zum ersten Mal sah, hätte ich in den Boden versinken mögen!“

Aber nicht nur Verzweiflung, Trauer und Scham können aufkommen, sondern auch Wut: „Warum das gerade uns?“ Schuldgefühle, aber auch Schuldzuweisungen bleiben nicht aus: „In meiner Familie hat es so etwas noch nie gegeben!“ – Selbst wenn solche Gedanken – was meist der Fall ist – unausgesprochen bleiben, führt dies zur Verunsicherung in der Partnerbeziehung. Gefühle der Entfremdung stellen sich ein, Distanz entsteht.

Die Frage nach möglichen Ursachen des Unglücks führt zu eingehender Beschäftigung mit den Herkunftsfamilien; denn Vererbung könnte ja mit im Spiele sein. Im Zusammenhang damit werden nicht selten alte Vorbehalte auf seiten der jeweiligen Schwiegereltern bezüglich der Partnerwahl aktualisiert: „Wir waren ja von Anfang an gegen diese Ehe!“ Dadurch erfahren die in ihrer Partnerbeziehung ohnehin verunsicherten Eltern eine zusätzliche Belastung. Hinzu kommen nicht weniger belastende Reaktionen aus dem weiteren sozialen Umfeld.

### 2.2 Reaktionen bei einer von Geburt an noch nicht erkennbaren Behinderung

Nicht wenige bereits zum Zeitpunkt der Geburt vorhandene Behinderungen sind zunächst kaum erkennbar,

zeichnen sich erst im Ablauf der weiteren Entwicklung deutlicher ab, wie z. B. manche Hirnfunktionsstörungen oder Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung sowie Ausfälle der Wahrnehmung, etwa im Bereich des Hörens und Sehens. Solche zunächst nicht erkennbaren Beeinträchtigungen oder Behinderungen wirken sich auf Dauer in ähnlicher Weise auf die Dynamik der Familie und deren soziales Umfeld aus, wie eine von Geburt an augenfällige Behinderung.

### 2.3 Wirkung der Geburt eines behinderten Kindes auf den weiteren Kinderwunsch

Offenbar hat die Geschwisterposition des behinderten Kindes (vgl. TOMAN 1987) einen Einfluß auf den weiteren Kinderwunsch. Ist das behinderte Kind das erstgeborene, regt sich gewöhnlich bald der Wunsch nach einem weiteren Kind. Die Mutter möchte wohl den Beweis liefern, daß sie in der Lage ist, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen.

Anders ist es, wenn das *Zweitgeborene* behindert ist. Der Wunsch nach einem weiteren Kind ist dann geringer, denn mit der Geburt des *ersten* erscheint der Sinn der Ehe bereits erfüllt (vgl. STICH 1989). Dennoch überrascht, daß selbst bei höherem Risiko – z. B. Down-Syndrom des Kindes bei höherem Alter der Mutter – der Wunsch nach einem weiteren Kind gar nicht so selten realisiert wird. Auf seiten der Väter sind vermutlich ähnliche Motive vorhanden. Wie sich zeigt, neigen jedoch Männer eher dazu, die narzißtische Kränkung durch Erfolg im Beruf oder auf einem anderen Gebiet der Selbstverwirklichung zu kompensieren. Zu dieser Thematik gibt es kaum systematische Erhebungen. Deshalb wurden die in einer Jugend- und Familienberatungsstelle von 1970 bis 1980 erschienenen Familien mit einem behinderten Kind (N = 38) daraufhin untersucht. Dabei wurde „Behinderung“ definiert als eine Beeinträchtigung im *körperlichen* und/oder *seelisch-geistigen* Bereich.

Die genannte Stichprobe setzt sich folgendermaßen zusammen:

- 8 Familien mit einem vorwiegend *körperlich* behinderten Kind (21%);
- 16 Familien mit einem vorwiegend *geistig* behinderten Kind (42%);
- 14 Familien mit einem vorwiegend *körperlich-seelisch* behinderten Kind (37%).

Die in der folgenden Tabelle (Tab. 1) aufgeführten Ergebnisse lassen erkennen, daß in der zugrundeliegenden Stichprobe bei 50% der Familien auf die Geburt des ersten, jedoch behinderten Kindes ein weiteres Kind folgt. Bis auf eine Ausnahme handelte es sich um ein gesundes Kind. Bei 32% der Familien ist das behinderte Kind das jüngste von zwei bzw. drei Geschwistern.

Tab. 1: Geschwisterposition von behinderten Kindern aus einer Stichprobe von  $n = 38$  Familien

Geschwisterposition des behinderten Kindes	n	%
erstgeborenes Kind mit nachfolgenden Geschwistern	19	50
jüngstes Kind von 2 oder 3 Kindern	12	32
Einzelkind	5	13
mittleres Kind von 3 Kindern	2	5
	38	100

#### 2.4 Irrationale Reaktionen auf die Geburt eines behinderten Kindes

Selbst wenn sich für die jeweilige Behinderung konkrete, d.h. rational faßbare Ursachen finden lassen, bleibt das Ereignis oft unbegreiflich. Unbegreifliches aber bietet sich an als Ansatzpunkt für magisches Denken und irrationale Phantasien. So kommen nach der Geburt eines behinderten Kindes Gedanken auf wie: Es handelt sich um einen Eingriff des Schicksals, der Vorsehung, letztlich Gottes. Es ist etwas Unabänderliches, was den Betroffenen geschieht. Ist Behinderung nicht eine Strafe Gottes an denen, die Schuld auf sich geladen haben? – Nicht nur bei den betroffenen Familien kommen solche Gedanken auf, sondern auch im sozialen Umfeld. Nachbarn z.B. schließen auf den Lebenswandel der Eltern und ihrer Herkunftsfamilien. Dies soll durch zwei Ausschnitte aus therapeutischen Gesprächen verdeutlicht werden.

Der 8jährige Bernd (Deckname) (vgl. GERLICHER 1985) leidet seit seiner Geburt an einer Fruktoseunverträglichkeit und an einer Leberinfektion, war also von Geburt an ein Sorgenkind. Die Mutter mußte sehr darauf bedacht sein, bei der Ernährung nichts zu versäumen. Dabei haben sie ständig Unsicherheit und Angst begleitet: Was kann man dem Jungen zumuten, ihm abverlangen, ohne ihn in Gefahr, ja Lebensgefahr zu bringen?

Ausschließliches Thema des 8. Gesprächs einer 11 Sitzungen umfassenden Familientherapie war die Frage nach der Schuld: Die Ärzte seien sich unsicher, ob die bedrohliche Infektion schon im Ablauf der Schwangerschaft erfolgt sei oder ob die Mutter im Zusammenhang mit einer Operation nach der Entbindung infiziert wurde und diese Infektion dann auf ihr Kind übertragen habe. Diese Frage plagt die Eltern, vor allem aber die Mutter.

Während des Gesprächs kommt der Vater auf seine eigene in früher Kindheit erlebte Krankheit zu sprechen, eine Kinderlähmung, die bei ihm eine Deformation des rechten Beines hinterlassen hat.

V (Vater): Meine Mutter hat oft zu mir gesagt: „Ich habe gebetet, daß Du stirbst!“ Ich bin aber trotzdem nicht gestorben. – Das hat sie gesagt, weil ich als Kind so krank war. – Sie hat davon immer wieder angefangen, als ich so 14/15 war. Sie hat gemeint, ich wäre besser aufgehoben, wenn ich tot wäre.

M (Mutter): (fängt an zu weinen)

Th (Therapeut): (zu M): Sie denken an Bernd.

M: (nickt)

Th: (zu M und V): Vielleicht ist es Ihnen beiden bei Bernd ähnlich ergangen wie damals der Mutter.

M: (nickt)

V: Jetzt nicht mehr so. Aber als Bernd in der Klinik war und nicht leben und nicht sterben konnte.

M: Als ich zum ersten Mal bei der Schwiegermutter war, hat sie mich in die Zange genommen wegen der Scheidung. Und über die Schwangerschaft mit Bernd war sie entsetzt. Es ist doch keine christliche Ehe, die wir führen. Und daß wir ein behindertes Kind haben, ist dann die Strafe dafür. – So hat sie das gesehen. Da hab ich Angst gekriegt, daß ich mich selber noch verrenn'n tu'.

V: (zu Th): Sie (Mutter des Vaters) hat es halt nicht verwunden, daß ich nach der Scheidung wieder geheiratet habe.

Beide Eltern versuchen sich gegenseitig zu helfen, mit den im Raume stehenden Fragen ins Reine zu kommen. Am Ende der Sitzung kann die Mutter sagen: „Obwohl ich das alles nicht so einfach beiseite legen kann, habe ich mir trotzdem nichts vorzuwerfen: Ich habe ein anständiges Leben geführt und, während ich schwanger war, weder geraucht noch getrunken.“

Es ist vor allem die Mutter, die sich mit der Frage der Schuld auseinandersetzt, so wie das bei den meisten der in dieser Weise betroffenen Mütter der Fall ist. Selbst wenn es rationale Belege für das Freisein von persönlicher Schuld gibt, bleibt auf irrationale Weise unterschwellig das Schuldthema an den Müttern haften; denn sie haben ja das Kind zur Welt gebracht und deshalb meinen sie auch, die Verantwortung für das schlimme Geschehen auf sich nehmen zu müssen.

Das Thema Schuld – besonders im Erleben der Mutter – und Schuldzuweisung ist auch Gegenstand des folgenden Gesprächs mit der etwa 50jährigen Martha (Deckname), die mit einer Kiefer-Lippen-Gaumenspalte geboren wurde.

Kl (Klientin): Ich wurde 1941 im Hause meiner Eltern geboren. Meine Mutter war von Beruf Krankenschwester. Sie hat angeblich einen Nervenschock erlebt, als ihr bekannt wurde, daß diese schwere Behinderung vorliegt. Anschließend haben sich die Eltern abwechselnd um die Ernährung gekümmert. Oft hat die Verabreichung einer Mahlzeit zwei Stunden gedauert, weil kaum etwas behalten werden konnte.

Th (Therapeut): Sie sagen, daß beide Eltern sich in diese Aufgabe geteilt haben. Wie war das für den Vater möglich, vielleicht durch seinen Beruf?

Kl: Es war für meinen Vater zeitlich möglich, weil er als Religionslehrer an einem kirchlichen Seminar tätig war, und von der weltanschaulichen Einstellung her war er bemüht, meine Mutter seelisch zu stützen. Ferner war es den Ärzten wichtig, daß das Geburtsgewicht wieder erreicht wird, um die ersten notwendigen zwei bis drei Operationen machen zu können, d.h. die Hasenscharte beiderseits zu schließen.

Th: Was ist mit beiderseits gemeint?

Kl: Das heißt, eine Öffnung der Oberlippe, schlitzartig auf zwei Seiten, führt in die Nasenlöcher, und der Wolfsrachen war fast ganz offen, d.h. der ganze Gaumen war weitgehend gespalten. Kaum ein knöcherner Teil war vorhanden, so daß das Essen oder die Flüssigkeit sofort wieder zu Mund und Nase hinauslaufen konnte und auch eine gewisse Erstikungsgefahr bestanden hat.

Th: Haben ihre Eltern jemals darüber gesprochen, wie sie das erlebt haben?

Kl: Bei beiden Eltern war herauszuhören, daß sie es zeitweise sehr anstrengend fanden und sie sehr gebangt haben, daß nichts schief geht.

Th: Was hätte schiefgehen können?

Kl: Gewisse Erstickengefahr war möglich. Andererseits erfuhr ich vom Vater, daß er diese Zeit positiv rückblickend sehen kann, weil für ihn auf diese Weise eine gute oder zunächst engere Beziehung zum ersten Kind entstanden ist.

Th: Das sagt der Vater – und die Mutter?

Kl: Die Mutter hat lange gebraucht, um diese Behinderung zu verkraften, weil es für sie unvorbereitet eingetreten ist. Zu ergänzen ist, daß seinerzeit (1940) noch Kontrollbesuche von den Gesundheitsämtern durchgeführt wurden und die Hebamme die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt machen mußte und eine damalige Fürsorgerin ins Haus kam und fragte: „Wo ist der Krüppel?“ – Als Erwachsene erfuhr ich, daß meine Mutter sehr lange daran zu knabbern hatte.

Th: Ist in den Gesprächen mit den Eltern mal die Rede davon gewesen, zu welchem Zeitpunkt etwa die Beeinträchtigung im Mundbereich von der Mutter oder vom Vater hat akzeptiert werden können, so etwa, daß es nicht mehr beängstigend oder erschreckend für sie war?

Kl: Soweit ich das nach Berichten der Eltern überschauen kann, ist die Angst allmählich verschwunden, nachdem die ärztliche Aufklärung den Eltern Hoffnung gab, daß letztlich die Behinderung sehr behoben werden kann – im frühen Schulalter hieß es damals. Hinzu kommt, daß vom christlichen Aspekt her durch den Beruf meines Vaters und des Großvaters beiden Eltern viel Stütze gegeben wurde, obwohl von der Außenwelt immer die Frage der Schuld in Bezug auf Vererbung gestellt wurde. Auch vom medizinischen Bereich wurde die Frage der Vererbung immer wieder gestellt, aber so ein Fall war ja innerhalb des Verwandtenkreises bis dahin nicht bekannt.

Th: Sie erwähnten jetzt den Großvater, wie hat der Großvater und überhaupt die Verwandtschaft zu dem gestanden?

Kl: Glücklicherweise war die Verwandtschaft in keiner Weise ablehnend eingestellt. Der Großvater war Pastor einer kleinen evangelischen Gemeinde, die oft nach Schuld fragt. Er war aber selbst überzeugt, daß hier nach Schuld nicht gefragt werden kann. Er hat auch entsprechend in der übrigen Verwandtschaft zu vermitteln versucht.

Bei Bernd wie auch bei Martha werden die Eltern nachdrücklich mit der Schuldfrage konfrontiert, wobei im ersten Falle die schwere Behinderung des Kindes unumwunden als „Strafe Gottes“ apostrophiert wird, während im zweiten dieser Gedanke zwar im sozialen Umfeld – Pfarrgemeinde – vorhanden war, aber unausgesprochen blieb. Dafür wurde offen von „Vererbung“ geredet.

### 3 Verarbeitung von Schuldgefühlen bzw. von Angst und Aggression

Konfrontiert mit dem Unabänderlichen, ein behindertes Kind zu haben, mag der Wunsch entstehen, das Geschehene ungeschehen zu machen: Die Behinderung soll verschwinden, eigentlich der Behinderte selbst, d.h. Todeswünsche können aufkommen, so wie bei der Mutter von Bernds Vater, aber auch bei seinen Eltern selbst. Solche Wünsche bleiben, weil tabuisiert, meist unausgespro-

chen, wirken aber im Dunkeln, Unbewußten weiter und nehmen so vor allem auf das Fürsorgeverhalten Einfluß. Denn Nachlässigkeit oder Versäumnis könnten tatsächlich geschehen lassen, was nicht geschehen darf. Deshalb nimmt es nicht wunder, wenn das betroffene Kind besondere, nicht selten ängstliche, übersteigerte Fürsorge, Rücksichtnahme und Schonung erfährt. Damit können zwar unterschwellig vorhandene Aggression und Wut weitgehend unter Kontrolle gehalten, aber wohl nicht gänzlich zum Verschwinden gebracht werden. Die von daher kommenden Schuldgefühle wirken sich dann ihrerseits wieder verstärkend auf das Fürsorgeverhalten aus. Die gegen Ende des ersten Lebensjahres sich sonst auflösende symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind bleibt so erhalten und verfestigt sich unter Umständen noch. Dem Kind wird vieles abgenommen, was es trotz seiner Behinderung selbst tun könnte. Es wird verwöhnt, unterfordert und auf diese Weise daran gehindert, von seinen eigenen Kräften adäquaten Gebrauch zu machen – ein Vorgang der *Behinderung des behinderten Kindes*, aber auch ein Vorgang der *eigenen Behinderung*, weil sich die Eltern in ihren Lebens- und Erlebnismöglichkeiten mehr als nötig Einschränkungen auferlegen.

Halbherzige Verzicht, d.h. der Verdrängung anheimfallende Bedürfnisse und Wünsche haben Unzufriedenheit und Spannung in der Familie zur Folge. Daraus können unversehens Konflikte zwischen den Eltern entstehen, z.B. wenn es um Fragen der Erziehung geht. Manche Väter, die mit ihrer Enttäuschung nicht zurechtkommen, versuchen mit Furcht oder gar Härte gegen die Behinderung anzugehen. Dann kommt es zu Überforderung, die oft als eine Gegenreaktion auf die als verwöhnend erlebte mütterliche Fürsorge verstanden werden kann.

Manchen Eltern gelingt es, Spannungen und Gefühle der Unzufriedenheit dadurch unter Kontrolle zu halten, daß sie in der Fürsorge für ihr behindertes Kind aufgehen, d.h. diese Aufgabe praktisch zum hauptsächlichen Inhalt ihres Lebens machen. Gegebenenfalls kann so das behinderte Kind sogar die Funktion eines stabilisierenden Faktors in der Partnerbeziehung einnehmen. Dies ist in der Regel aber nur dann der Fall, wenn das behinderte Kind Einzelkind bleibt. Die Problematik eines solchen Arrangements soll das folgende Fallbeispiel verdeutlichen:

Es geht um ein körperlich und geistig behindertes Kind, das von Geburt an in regelmäßigen Abständen in der Klinik vorgestellt, aber sonst von seinen Eltern zu Hause geduldig versorgt wird, eine Versorgung, die die Eltern sehr viel Kraft kostet. Es hatte sich deshalb mit der Klinik so eingespielt, daß, wenn die Eltern einmal Urlaub machen wollten, das Kind einfach für 10 bis 14 Tage in die ihm schon vertraute Station zur „Beobachtung“ aufgenommen wurde. – Als die Eltern wieder einmal in Urlaub gingen (der Junge war inzwischen 11 Jahre), ist der Junge plötzlich gestorben. Der Tod wäre wahrscheinlich auch eingetreten, wenn das Kind zu Hause gewesen wäre. Alle Beteiligten hofften, daß nach einer Phase der Trauer die Eltern den Tod des Kindes vielleicht als Entlastung erleben würden, zumal es sich anbot, die Schuld für den Tod der Klinik zuzuschreiben.



– Was jedoch keiner erwartete, die Ehe ging bald danach auseinander. Die Mutter verfiel in Depressionen und hat sich später das Leben genommen.

Das schließt jedoch nicht aus, daß es Eltern gelingt, vorbehaltlos die Aufgabe anzunehmen, die sich ihnen durch die Behinderung ihres Kindes stellt. Andere aber entziehen sich der aufgezeigten Problematik dadurch, daß sie ihre Schuld- und Angstgefühle teilweise nach außen projizieren, professionelle Helfer oder gar die Gesellschaft für ihre Not verantwortlich machen, etwa mit Anschuldigungen, daß für ihr Kind nicht genügend oder nicht das Richtige getan werde.

#### 4 Probleme der Ablösung

Die Fürsorge der Eltern findet spätestens mit dem Ableben der Eltern ein Ende. Rechtzeitige Ablösung ist deshalb angezeigt, jedoch wegen der bestehenden symbiotischen Beziehungsverhältnisse besonders schwierig. In der Regel bedarf es der Erfahrung von mehreren Jahren, ehe die Eltern in der Lage sind, die Behinderung anzunehmen. Sie hoffen und glauben zunächst, daß das Unabänderliche sich doch noch ändern ließe, es komme nur darauf an, den rechten Helfer zu finden. Damit beginnt nicht selten eine meist über Jahre hinweggehende Odyssee, die von einer ärztlichen Koryphäe zur anderen führt, vor allem, wenn die Eltern über entsprechende finanzielle Mittel verfügen. Psychologen werden zu Rate gezogen, Heilpädagogen konsultiert, dann auch Heilpraktiker, unter Umständen auch Geistheiler und andere Heilung versprechende Helfer aufgesucht. Ein prominentes Beispiel hierfür ist die Schriftstellerin PEARL S. BUCK, die mit ihrem behinderten Kind herumreiste, bis sie schließlich in den USA von einem Arzt anscheinend ebenso schonungslos wie vorbehaltlos mit der Wahrheit konfrontiert wurde – sinngemäß mit den Worten: Nehmen Sie zur Kenntnis, Ihr Kind ist geistig behindert, und kein Arzt auf der ganzen Welt wird an dieser Tatsache etwas ändern können. Erst nach dieser Erfahrung war die Mutter in der Lage, die Behinderung zu akzeptieren, ihr Kind – so wie es ist – anzunehmen, es wirklich zu lieben – eine wichtige Voraussetzung dafür, daß Ablösung stattfinden kann. Von da ab war es erst möglich, dem „geliebten, unglücklichen Kind“ – Titel ihres diesbezüglichen Berichtes (1950/1987) – eine seiner Behinderung entsprechende Förderung im Rahmen einer stationären Einrichtung angedeihen zu lassen.

Selbst wenn es den Eltern im Laufe der Zeit gelingt, ihr Schicksal anzunehmen, bleiben Rückfälle nicht aus. Diesbezügliche Gefahr besteht besonders an den gesellschaftlich definierten Schwellen in der Entwicklung des jungen Menschen: Aufnahme in den Kindergarten, Schuleinführung, Eintritt ins Berufsleben, schließlich Erreichen des Erwachsenenalters und damit verbunden die Notwendigkeit einer eigenständigen Lebensführung. Mit der Annäherung an diese Schwellen geraten die Familien oft erneut in eine Krise.

#### 5 Möglichkeiten psychotherapeutischer Intervention

Bei der Mehrzahl der Familien mit einem behinderten Kind stellt sich mit der Zeit ein Gleichgewicht her. Bei genauerem Hinsehen handelt es sich dabei jedoch häufig eher um ein labiles Gleichgewicht, das unter Anwendung verschiedener Abwehrmechanismen (A. FREUD 1936) wie Verdrängung, Projektion, Verleugnung, Reaktionsbildung u.ä.m. nur mit hohem Kraftaufwand aufrechterhalten werden kann.

Psychotherapeutische Hilfe erscheint häufig angezeigt. Wenn sich aber die Familie an eine Beratungsstelle, an einen Arzt oder an eine Klinik wendet, geht es ihr meist ausschließlich um das Kind. Dem Kind soll geholfen werden, die vorhandene Behinderung wenigstens gemildert werden. Die eigene Betroffenheit der Eltern, ihre Verzweiflung und ihre Ängste sowie die Kränkungen, die sie durch vermeintliche oder auch tatsächliche Vorurteile in ihrem sozialen Umfeld erfahren, stehen nicht zur Debatte. Manche haben mit der Zeit eine Art Panzer um sich gelegt, denn niemand soll sehen, wie es bei ihnen „da drinnen aussieht“.

Die Einleitung einer Einzelmaßnahme für das Kind, begleitet von gelegentlichen Gesprächen mit den Eltern im Sinne des Erfahrungsaustausches kann dazu führen, daß mit der Zeit Vertrauen zu dem Therapeuten und seiner Institution entsteht, sich damit auch die Bereitschaft anbahnt, über sehr persönliche, die Eltern betreffende Anliegen zu sprechen, d.h. das Gesprächsangebot für sich im Sinne einer Psychotherapie zu nutzen.

Nicht selten werden mehrere verschiedenartige Einzelmaßnahmen zugleich angeboten, z.B. neben logopädischer Betreuung ein spieltherapeutisches oder mototherapeutisches Angebot und manches andere mehr. Dies ist nicht ganz unproblematisch. Die Eltern könnten sich fragen: Welcher von den bei ihrem Kind tätigen Therapeuten ist der fähigste? Oder: Wem von allen können wir am meisten vertrauen? Hinzu kommt, daß die notwendige Kooperation um so schwieriger wird, je mehr Fachkräfte an der Betreuung ein und desselben Kindes beteiligt sind. Lücken in der Kooperation eignen sich, die Fachkräfte gegeneinander auszuspielen. Manchmal können die geplanten Maßnahmen für das Kind auch zu einer kaum noch zumutbaren Belastung werden, wie z.B. bei dem siebenjährigen Christian, der sein Bedrängtsein schließlich bei einer spieltherapeutischen Sitzung im Hand-Puppenspiel zum Ausdruck brachte: „Termine, Termine! Die Feinmotorik, die Feinmotorik, die muß man erschießen!“

Sind schließlich die Eltern zu Familien- bzw. Elterngesprächen bereit, wird zunächst von den aktuellen Sorgen und Schwierigkeiten mit dem Kind die Rede sein, von den bereits unternommenen Versuchen, wirksame Hilfe zu erfahren. Dabei werden auch die Kinder zu Wort kommen. Der Therapeut wird auch auf die Erfahrungen der Eltern in ihren Herkunftsfamilien eingehen, besonders auf die dort bereits erlebten Konfrontationen mit seelischer, geistiger und/oder körperlicher Behinderung. Schließlich wird er von da aus Beziehungen zu den gegenwärtigen Problemen der Familie herstellen.

Bei diesem Geschehen ist der Therapeut für die Familie hauptsächlich ein geduldiger, neutral-wohlwollender Zuhörer, der die Familie reden läßt, wie und was sie will. In den Gesprächspausen greift er Themen auf, welche die Familie selbst schon angesprochen hat; er schaltet sich also nicht direkt leitend in das Gespräch ein, sagt nichts über sich selbst oder über seine Ansichten, wovon auch immer die Rede sein mag. Er hält sich mit Ratschlägen und konkreten Hilfsangeboten zurück, sorgt jedoch dafür, daß jeder zu Wort kommen und ausreden kann (vgl. TOMAN 1988). Je länger der Therapeut in der beschriebenen Weise zuhört, desto eher besteht die Wahrscheinlichkeit, daß mit der Zeit auch traurige oder peinliche bzw. angstbesetzte Themen zur Sprache kommen, selbst tabuierte Themen, über die in der Familie nur ungern bzw. überhaupt nicht geredet wird. Auf diesem Wege kann Entlastung stattfinden und emotionale Einsicht möglich werden (vgl. GERLICHER 1985). Das geduldige Zuhören ist die Hauptregel. Beim Aufgreifen von Themen wird der Therapeut zunächst solche besonders beachten, bei denen er vermuten kann, daß die Eltern etwas von dem sagen können, was ihnen im Leben gelungen ist, was sie gut können, wo sie zu zufriedenstellenden Erfahrungen gelangt sind. Das Gespräch über Schuld und Scham verlangt eine stabilere Vertrauensbasis, die erst im Ablauf einer längeren Zusammenarbeit entstehen kann.

Zur Verdeutlichung der angesprochenen Problematik möchte ich hier die wörtliche Aufzeichnung eines Familiengesprächs bringen, vorweg jedoch den Leidensweg, den die Familie wegen ihres behinderten Kindes Werner (Deckname) gegangen ist, aufzeigen.

## 6 Werner und seine Familie

### 6.1 „Odyssee“

- Schon kurz nach der Geburt hat die Mutter das Gefühl, „mit dem Kind stimmt was nicht!“
- Mit 2;6 Jahren (kurz vor Erreichen des Kindergartenalters) Vorstellung in der Kinderklinik wegen Entwicklungsrückstandes. - *Beurteilung*: Die Mutter müsse ihr Verhalten ändern, das Kind sei völlig gesund.
- Mit 6;6 Jahren (kurz vor der Einschulung) erneute Vorstellung in der Kinderklinik. - *Beurteilung*: Motorische Unruhe, wahrscheinlich organisch bedingt; ein sehr verwöhntes Kind!
- Mit 6;9 Jahren Vorstellung in der Beratungsstelle in E. *Erwägung*: Sonderschule für Lernbehinderte. Eltern zeigen Enttäuschung.
- Mit 7;1 Jahren Vorstellung bei Dr. B., Psychologe und Psychotherapeut in H. - *Beurteilung*: keine neuen Befunde. Der Mutter wird empfohlen, eine Ausbildung als Heilpädagogin zu machen, um ihren Jungen selbst heilpädagogisch betreuen zu können.
- Mit 8 Jahren stationäre Beobachtung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in X. Es wird eine heilpädagogische Behandlung empfohlen, die von einem niedergelassenen Psychologen begonnen wird, aber bald ein Ende findet durch den Wegzug des betreffenden Psychologen.
- Mit 9 Jahren erneute Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle in E. Der Junge besucht inzwischen die Sonderschule

für das lernbehinderte Kind. Die Eltern haben Zweifel, daß diese Schule die richtige für Werner ist.

- Mit 10;6 Jahren Wiederaufnahme des Kontaktes mit der Beratungsstelle in E. Nach zwei Gesprächen allein mit den Eltern folgen nun kontinuierliche Gespräche mit der ganzen Familie. Ein Ausschnitt aus dem vierten Gespräch wird hier vorgestellt.

### 6.2 Ausschnitte aus dem 4. Familiengespräch

Beteiligte:

V: = Vater (47 J.)

M: = Mutter (48 J.)

E: = Edith (17 J.)

W: = Werner (12 J.)

H: = Heimo (11 J.)

Th: = Therapeut

Th: Es ist ein bißchen schwer, einen Punkt zu finden, wo man anfängt.

M: Ja.

V: Ferien haben begonnen.

Pause!

E zu W: Möchtest Du was sagen?

W: Ich nicht!

(Kinder kichern)

V: Nur für Vater sind noch keine Ferien (lacht bitter). Bin gerade von der Reise zurück, heute geht alles drunter und drüber. Ich muß gleich hinterher wieder ins Büro. Nächste Woche wieder verreisen, und dann bin ich kurz vorm Urlaub auch wirklich so weit.

Th: Sie sind sehr gefragt, aber auch angestrengt.

V: Ja, speziell wenn ich dann mal eben weg muß ins Kraftwerk, wenn der letzte Schliff an solche Sachen noch zu bringen ist und man kommt dann nach einigen Tagen wieder ins Büro, dann hat also jeder meiner Mitarbeiter seine Fragen aufgestapelt, und es spricht sich sofort herum: „Er ist wieder da!“, und das Telefon geht dauernd. Und nach dem ersten Tag bin ich dann völlig schachmatt.

Th: Unterscheidet sich diese Situation eigentlich mit der Situation zu Hause? Wie geht es dem V zu Hause – anders als im Betrieb?

M: Die erste halbe Stunde mag er sich ausruhen und sich langlegen.

V: (unterbricht): Erzähl' mal von vorher, bevor ich oben bin!

M: Ach so, da mußte er 'was reparieren, das Fahrrad, da warten die Kinder schon drauf.

V: Ich möchte dabei nicht gestört werden.

M: Ja! Er wird ja sehr viel dabei gestört. Daß die Jungen fragen, daß ich auch mal frage: „Bist Du bald fertig?“ (lacht) Aber mein Mann freut sich hinterher, daß irgendwas wieder in Ordnung gekommen ist.

Th: Und Sie?

M: Ich freue mich eigentlich mit. Das auf der einen Seite, aber auf der anderen Seite mag ich das so gar nicht gern sehen, weil wir auch einen schönen Abend verbringen wollen (lacht).

M: Ja, was dann störend ist, die zwei (zeigt auf W und H) können nicht zusammen spielen. Es gibt immer Streit, und das höre ich im Hintergrund.

Th (zu den beiden Jungen): Vielleicht könnt ihr das selbst erzählen, ihr beiden?

H: Naja, wenn ich zum W sage, wir wollen das spielen, das haben wir schon immer gespielt, dann will W was anderes spielen. Naja, wie z. B. auch gestern, da wollte ich das spielen, und wenn wir uns dann streiten, da möchte ich nun nicht, daß er immer zur Mami geht und ihr sagt, wir streiten uns, und die regt sich dann auf.

W: Gestern abend haben wir uns nicht gestritten.

Th: Was habt ihr gestern abend gemacht?

W: Da wollte ich das Spiel spielen und der H das andere.

Th: Und was habt ihr dann gespielt?

W: Da hatten wir zuerst mal mein Spiel gemacht und dann hatten wir Hs Spiel gespielt.

Th: Ging das gut?

W: Ja, das war gut.

M: Oft muß die große Schwester den Streit schlichten, wenn ich grad' beim Kochen bin und die Hände schmutzig habe, dann sage ich: „E, guck doch mal, was da los ist!“ (lacht) Sie sagt dann auch: „Seid ruhig und einigt Euch, daß eine angenehme Lautstärke ist!“

M: Im Moment tut mir der H ein bißchen leid. Seine Freunde sind zum Teil verweist, und er ist nur mit W zusammen. Er zankt nur. Sonst hat er seine Freunde und ist auf dem Fußballplatz, und da ist W alleine.

H: Ich meine, W würde schon alleine zu Hause bleiben. Das würde er ja machen. Aber ich weiß nicht, meine M, die würde dann wieder denken, der W ist allein, was wird er jetzt machen.

M: Ja, ich geb' zu, da ist dann wieder die Angst um W. (H fällt der M ins Wort, sprechen durcheinander)

M: Aber auch dann die Sorge, wenn's klingelt. Er macht zu gern die Tür auf, obwohl ich ihm es so oft sage, daß er sie nicht aufmacht. Ich habe die Klingel abgestellt, es hat geklopft, und er hat doch aufgemacht. Das sind Dinge, die mich nicht in Ruhe lassen, wenn ich außerhalb der Wohnung bin.

Th: Dann sieht es so aus, daß es viele Dinge gibt, die sie nicht in Ruhe lassen!

M: Ja, sehr viele.

Pause

V: Das war schon vor einigen Jahren mal so, daß er dann alleine bis über die Brücke da zum Einkaufen ging, was ich selbst nicht für möglich gehalten hätte. Ich habe nur aus Spaß gesagt: „Was, Du brauchst noch ein Heft? Dann holst Du es Dir!“ Ich war also völlig perplex, als er sein Fahrrad nahm und losfuhr. Bin dann im Abstand hinterher, um ihn wenigstens zu beobachten. Aber er kam dann auch stolz zurück und hat's geschafft. Und dann kommt meine Frau nach Hause und sagt: „Um Gotteswillen, es könnte ja was passieren. Das machen wir lieber nicht mehr!“

M: Das Fahrradfahren hat E ihrem Bruder beigebracht, innerhalb von 15 Minuten. Ich hätte noch ein bißchen gewartet. Ich hätte von vornherein schon gewußt: „Ach, er wird es nicht schaffen. Da will ich es lieber gar nicht erst versuchen und noch ein Jahr warten.“

V: Und im Wald macht er uns dann plötzlich vor, daß er sich mit den Füßen auf den Gepäckständer stellt.

M: Ich habe es kaum geglaubt, als mein Mann es erzählt hat, dachte ich, das kann doch gar nicht möglich sein. Dann

habe ich ihn im Wald auch fahren sehen, aber ich hatte keine Angst.

V: Manchmal möchte man sagen, zu wenig zu tun, also zu wenig Aufgaben. Und dann ...

M (unterbricht): Das glaube ich auch.

V: Z. B. mit W gezielte Arbeit, aber da fehlt ihr die Geduld wieder.

M: Daß die Kinder die kleinen Arbeiten eben doch selber machen, Tischdecken usw.

V: Also ideal wäre irgendwie eine Halbtagsbeschäftigung.

Th (zur Mutter): Was würden Sie sich denn als Halbtagsbeschäftigung wünschen?

V: Sie war ja Sekretärin. Genau das gleiche wäre richtig: Umgang mit Menschen, tagsüber Ansprache, so daß sie mittags dann, wenn sie nach Hause kommt, irgendwie doch zufrieden ist (M unterbricht).

V: Da gibt es noch die andere Möglichkeit, vormittags was tun, und das Geld, was Du dafür verdienst, ausgeben und für W eine Spezialkraft nehmen, dann weißt Du auch, daß Du es für W getan hast.

M: Da würde ich mich am wohlsten fühlen, da hätte ich das Gefühl, so tu ich was für W, was ich sonst nicht kann.

V: Aber ..., das in die Tat umsetzen?

M: Inzwischen bin ich so nervös und unkonzentriert, das kann ich keinem Arbeitgeber zumuten. Ich habe früher sehr gerne gearbeitet, aber sehr genau, und da weiß ich, daß ich das wieder machen würde, und das würde niemals ankommen. Ich würde mir jeden Brief zwei-, dreimal durchlesen, daß das auch korrekt ist. Aber heute ist das ja alles anders. Auch ist das anders mit all den elektrischen Maschinen. Gewiß, das könnte man auch lernen.

V: Ja sicher!

M: Die Überlegung geht jetzt schon wieder los, dann habe ich gar keine Zeit mehr für meine Ordnung, die ich so liebe.

V: Gott sei Dank! (lacht)

M: Dann werde ich ganz verrückt. Wenn ich das, was ich im Augenblick mache und mit dem Essen, das muß ja auch alles sein ... Und meine ganze Ordnung. Da drehe ich durch. Also, wenn die ... die Handtücher nicht alle ganz gerade liegen.

Th: Der Gedanke, wieder berufstätig zu sein, macht Ihnen Angst?

M: Ja, der macht Angst. Obwohl ich früher immer sehr hart gearbeitet habe und ich mich einem Kreis von Menschen recht schnell anpasse, das fällt mir nicht schwer. Angst. Das, was mich erwartet, ist nicht leicht, und da habe ich Hemmungen.

### 6.3 Weitere Entwicklung nach dem 4. Familiengespräch

- Vater bringt eines Tags eine elektrische Schreibmaschine aus dem Betrieb mit nach Hause;
- Mutter schreibt zu Hause versuchsweise Geschäftsbriefe für ihren Mann;
- sie schreibt probeweise im Betrieb des Mannes;
- Halbtagsanstellung im Betrieb des Mannes;
- Erwägung, Werner in einem anthroposophischen Heim eine ihm adäquate Förderung angedeihen zu lassen;
- nach Besichtigung zweier solcher Heime kommt eines Tages die Mutter in die nächste therapeutische Sitzung: „Wundern Sie sich nicht über meinen Mut: Denn nun bin ich so weit, meinen Jungen ins Heim zu geben?“

## 7 Schlußbemerkung

An Hand von Beispielen wurde versucht, einige Aspekte der Psychodynamik bei Familien mit einem behinderten Kind aufzuzeigen. Die Auswirkungen des Vorhandenseins eines behinderten Kindes auf seine Geschwister konnten nur am Rande sichtbar gemacht werden. Andere Aspekte blieben unberücksichtigt, so die Tendenz der Isolierung oder gar Ausgrenzung von in solcher Weise betroffenen Familien oder die Auswirkung von nicht ohne weiteres sichtbarer, jedoch schwerwiegender körperlicher Behinderung (z.B. künstlicher Darmausgang) auf die Identität des Betroffenen. Auch das Thema Sexualität blieb hier ausgespart. Insgesamt besteht nach wie vor in unserer Gesellschaft Unsicherheit im Umgang mit dem behinderten Menschen, sei es ein Kind, Jugendlicher oder Erwachsener. Die vorliegenden Ausführungen sollen zu einem tieferen Verständnis der psychischen Situation von Familien mit einem behinderten Kind beitragen, um den Zugang zu diesen Familien zu erleichtern.

## Summary

### *Psychodynamics in Families with a Handicapped Child*

Parental reactions to the birth of a handicapped child are reported. The effect on the wish to give birth to further children after a handicapped child has been born is described on the basis of objective data. Thereafter irra-

tional reactions to the birth of a handicapped child are discussed. Topics as feelings of guilt, anxiety, aggression, problems of adolescence and possibilities of psychotherapeutic aid are mentioned. Finally a case study from a Community Youth- and Family Counseling Center is given.

## Literatur

- BUCK, P.S. (1987): Geliebtes, unglückliches Kind. München: Heyne, 5. Aufl. – FREUD, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Wien: Internat. Psychoanalyt. Verlag. – GERLICHER, K. (Hg.) (1977): Familientherapie in der Erziehungsberatung. Weinheim: Beltz. – GERLICHER, K. (1985): Praxis der Familientherapie. In: TOMAN, W./EGG, R. (Hg.): Psychotherapie. Ein Handbuch. Bd. 2. Stuttgart: Kohlhammer, S. 210–235. – GERLICHER, K. (1986): Städtische Jugend- und Familienberatung. Eine integrierte Beratungsstelle. In: Das neue Erlangen, Zeitschrift für Wissenschaft, Wirtschaft und kulturelles Leben. S. 24. – MITTERMEIER, R. (1990): „Ihr Kind ist geistig behindert“. Dem liebevollen Annehmen des Babys gehen Angst und Verzweiflung voraus. In: Die Lebenshilfe Zeitung. 11. Jg. Nr. 5, S. 16. – STICH, J. (1988): Herd, Acker, Fabrik – Wie sich die Erwerbsstruktur von Frauen und die Lebensformen gewandelt haben. In: DT. JUGENDINSTITUT (Hg.): Wie geht's der Familie? – Ein Handbuch zur Situation der Familie heute. München: Kösel, S. 35–46. – TOMAN, W. (1987): Familienkonstellationen: Ihr Einfluß auf den Menschen. München: Beck; 4. Aufl. – TOMAN, W. (1988): Family Therapy & Sibling Position. Northvale: Jason Aronson Inc.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Karl Gerlicher, Institut f. Psychologie, Univ. Erlangen-Nürnberg, Bismarck-Str. 1, 8520 Erlangen.