

Kassebrock, Friedrich

**Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher
und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären
Beratungsteams**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992) 7, S. 258-263

urn:nbn:de:bsz-psydok-35711

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

- GERHARDT, U.: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien (Counseling Help for Immigrant Families) 76
- KASSEBROCK, F.: Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams (Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling) 258

Familientherapie

- BAUERS, B.: Familientherapie bei Scheidung (Family Therapy with Divorce Families) 253
- HEEKERENS, H. P.: Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion (Humour in Family Therapy – The State of the Discussion) 25
- MÜSSIG, R.: Familienmuster im Dienst der Selbstorganisation aus psychoanalytisch-systemischer Sicht (Family Patterns with the Task of Selforganisation in a Psychoanalytic-Systemic View) 219
- SCHMIDT, H. R.: Familienkonstellationen in Theorie und Praxis: Über Symmetrie und Komplementarität (Family Constellations in Theory and Practice: Upon Summerty and Complementary) 331

Forschungsergebnisse

- CIERPKA, A./FREVERT, G./CIERPKA, M.: „Männer schmutzen nur!“ – eine Untersuchung über alleinerziehende Mütter in einem Mutter-Kind-Programm („Men Make But Dirt“) – A Study on Single Educating Mothers in a Mother-Child-Programme) 168
- DEIMANN, P./KASTNER-KOLLER, U.: Was machen Klienten mit Ratschlägen? Eine Studie zur Compliance in der Erziehungsberatung (How do Clients comply with Advice?) 46
- HÄRING, H. G./HÜSING, A.: Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Elternfragebogens (Are Parents satisfied with School Psychologist's Consultation? – The Testing of a Questionnaire for Parents) 52
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U.: Familiäre Entwicklungsbedingungen von autistischen Kindern vor der Heimaufnahme: Ein Vergleich mit Familien von hyperkinetisch, emotional und dissozial gestörten Kindern (Family-Environment of Autistic Children Before Referral to a Residential Care Institution: A Comparison with Families of Hyperactive, Emotionally Disturbed and Conduct Disorders Children) 40
- HOPF, H. H.: Geschlechtsunterschiede in Träumen. Inhaltsanalytische Erfassung von oknophilen und philobatischen Traumbildern in den Träumen von Kindern und Jugendlichen (Differences of Sex in the Dreams – Content Analytical Record of Oknophile and Philobatic Visions in the Dreams of Children and Young People) 176

- LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H./IHLE, W./LÖFFLER, W./STÖHR, R. M./WEINDRICH, D./WEINEL, H.: ‚Risikokinder‘: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren (Children at Risk: The Role of Early Biological and Psychological Factors in the Development of Infants and Toddlers) 274
- MACKENBERG, H.: Gefühlserkennen bei Kindern mit MCD-Diagnose (Recognition of Other's Emotions in Children with Minimal Brain Dysfunction) 9
- WEBER, P.: Die Motorik hörbehinderter Kinder (The Motoricity of Hearing Impaired Children) 2
- WEINDRICH, D./LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H.: Disharmonische Partnerbeziehung der Eltern und kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Marital Discord and Early Child Development) 114
- ZIMMERMANN, W.: Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und junger Erwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte (Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects) 156

Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der deutschen Einigung

- FEGERT, J. M./GEIKEN, G./LENZ, K.: Einige Eindrücke zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Berlin nach dem Fall der Mauer (Psycho-social Situation of Families and Child Psychiatric Problems in Berlin after the Fall of the Berlin Wall) 361
- HÖFLER, C.: Psychosoziale Belastungsfaktoren im historischen Umbruch (Psycho-Social stress Factors Caused by Historical Change) 350
- HUMMEL, P.: Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? – Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der ‚alten‘ Bundesrepublik (Cross-cultural Problems in Child and Adolescent Psychiatry or Consequences of an Inverse Migration? – The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents from the Former GDR in the ‚Ancient‘ FRG) 356
- SCHIER, E.: Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration (Ethnomedical and Transcultural-Psychiatric Aspects of Migration) 345
- SPECHT, F./ANTON, S.: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991 (In-Patient and Partially In-Patient Psychiatric Institutions for Children and Adolescents in United Germany 1991) 367
- WINKELMANN, B.: Manifestation psychischer Störungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR (Manifestation of Psychic Disorders Through Stress Factors Caused by the Historical Upheavals in the Former GDR) 354

Praxisberichte

- BISCHOFF, D.: Bemerkungen über das Problem der Spaltung bei anorektischen Patientinnen (Considerations About the Problem of Inter- and Intra-psychic Splitting in Anorectic Patients) 95
- BODE, M./MEYBERG, W.: Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung (Music Therapy in a Children's and Adolescents' Psychiatric Department) 293
- GUGGENBUHL, A.: Das Mythodrama – ein gruppenpsychotherapeutisches Modell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Tales and Fiction in Group Psychotherapy for Children and Juveniles) 297

Übersichten

- BUCHHOLZ, M. B.: Streit und Wider-Streit – Unbewußtheiten im kulturellen Kontext (Quarrels and Counterquarrels – Unconsciousness in Cultural Context) 17
- DETTMERING, P.: Das Märchen vom ‚Marienkind‘ – Adoleszenz im Märchen (The Fairy-tale of ‚St. Mary's Child‘) 90
- DIEPOLD, B.: Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter (Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children) 207
- FURTADO, E. F.: Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz im Säuglingsalter (The Infant Communicative Competence Development) 139
- GUTTORMSEN, G.: Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem (Infertility: a Family Problem) 247
- HAMMON, C. P.: Gefährliche Comics – nur ein Märchen? (The Dangers of Comics – Nothing but a Fairy Tale?) 184
- HANTSCHKE, B./HENZE, K. H./PIECHOTTA, G.: Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme (Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey) 129
- HELBING-TIETZE, B.: Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz – illustriert an Anton Reiser (The Function and Meaning of Idealizing for the Self in Adolescence – illustrated with Anton Reiser) 57
- KOLBENSTVEDT-MICHEL, G./EGGERS, C.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychische Entwicklung des Kindes (The Significance of Transitional Objects for the Child's Mental Development) 215
- KUSCH, M./BODE, U.: Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) (The Psycho-Social Questionnaire of the Paediatric Oncology [PSFQPO]) 240
- MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aus den Anfängen der Kinderanalyse (Upon the Beginnings of Child Analysis) 200
- OTTO, B.: Grenzen der Milieuthérapie Bruno Bettelheims (Limits of the Milieu-Therapy of Bruno Bettelheim) . . 316
- SCHACKE, M.: Ichstörungen bei Geistigbehinderten – Ansätze zu einem Verständnis (Egodisturbances by Mental Retardates) 119
- SCHMÖLZER, C.: Angst und Adoleszenz (Anxiety and Adolescence) 320
- SPECHT, F.: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgungsforschung (Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? – Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care) 83
- STREHLOW, U./LEHMKUHL, U./HAFFNER, J.: Erfahrungen mit den Neufassungen der Klassifikationssysteme für

- psychische Störungen (ICD-10 und 5. Achse MAS) (Experiences with the New Installed ICD-10 and the New Version of MAS) 328
- VOGT-HILLMANN, M./BURR, W./EBERLING, W.: Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents) 286

Tagungsberichte

- Bericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT-VAKJP vom 28.-30. Mai 1992 in Tiefenbrunn bei Göttingen 263

Buchbesprechungen

- AFFLECK, G. et al.: Infants in Crisis. How Parents cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath 230
- BAERISWYL-ROUILLER, I.: Die Situation autistischer Menschen 33
- BÄUERLE, D.: Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder 189
- BARCHMANN, H. et al.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter 230
- BREMER-HÜBLER, U.: Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern 101
- BRÜCKNER, J. et al.: Musiktherapie für Kinder 100
- BULLOCK, M. (Ed.): The Development of Intentional Action. Cognitive, Motivational, and Interactive Processes 337
- DIECKMANN, H.: Gelebte Märchen – Lieblingsmärchen der Kindheit 101
- DIETHELM, K.: Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen 232
- EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 27 . . . 148
- ELLIOT, M.: So schütze ich mein Kind vor sexuellem Mißbrauch, Gewalt und Drogen 103
- ESSER, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? 339
- FAST, I.: Von der Einheit zur Differenz 379
- FISHER, S.: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung 340
- FRÖSCHER, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie mit Repetitorium 103
- GADDES, W. H.: Lernstörungen und Hirnfunktion. Eine neuropsychologische Betrachtung 189
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung 269
- GREIFFENHAGEN, S.: Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung 104
- GRISSEMANN, H.: Förderdiagnostik von Lernstörungen . . 308
- GRISSEMANN, H.: Hyperaktive Kinder 310
- GRÖSCHKE, D.: Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik 306
- HEBBORN-BRASS, U.: Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg 268
- HEIDENREICH, W./OTTO, G.: Sterilisation bei geistiger Behinderung 309
- HEIMLICH, H./ROTHER, D.: Wenn's zu Hause nicht mehr geht. Eltern lösen sich von ihrem behinderten Kind . . 190
- HERKNER, W.: Lehrbuch Sozialpsychologie 234

HINZE, D.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich	267	SCHOPPE, A.: Kinderzeichnung und Lebenswelt. Neue Wege zum Verständnis des kindlichen Gestaltens	229
HOFMANN, V.: Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend	311	SCHULZE, H.: Stottern und Interaktion	99
IMBER-BLACK, E.: Familien und größere Systeme. Im Gerüst der Institutionen	151	SESTERHENN, H.: Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie	192
JANUS, L.: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt	149	SOLNIT, A.J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 45	69
KEGEL, G./TRAMITZ, C.: Olaf, Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie	270	SOMMER-STUMPENHORST, N.: Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Vorbeugen und Überwinden	100
KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft	235	SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. Erziehungsschwierigkeiten unter moralischem Aspekt	70
KÖNIG, K./LINDNER, W.V.: Psychoanalytische Gruppentherapie	269	SPIESS, W. (Hrsg.): Gruppen- und Team-Supervision in der Heilpädagogik	190
LEBOVICI, S.: Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker - Die frühen Formen der Kommunikation	308	STORK, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters	69
LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	231	SZCZESNY-FRIEDMANN, C.: Die kühle Gesellschaft. Von der Unmöglichkeit der Nähe	67
LEONHARD, K.: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeit	336	TEXTOR, M.R.: Scheidungszyklus und Scheidungsberatung	267
LEYER, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie	378	TEXTOR, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe	268
LOHAUS, A.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern	149	THEUNISSEN, G.: Heilpädagogik im Umbruch	270
MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle	34	TIETZE-FRITZ, P.: Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik	377
MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege in der Familientherapie	68	TÖLLE, R.: Psychiatrie	231
MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch	307	TREPPER, T.S./BARRETT, M.J.: Inzest und Therapie: Ein (system)therapeutisches Handbuch	191
MÖLLER, W./NIX, C. (Hrsg.): Kurzkomentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz	102	TRESCHER, H./BÜTTNER, C.: (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 3	339
MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels	338	TYSON, P./TYSON, R.: Psychoanalytic Theories of Development. An Integration	66
MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie	233	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Familienorientierte Frühförderung	378
NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	230	VIEBROCK, H./HOLSTE, U. (Hrsg.): Therapie - Anspruch und Widerspruch	338
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse IX, 1989	31	WESTHOFF, K./KLUCK, M.L.: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen	149
ORBACH, I.: Kinder, die nicht leben wollen	150	WIESSE, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz	98
PERREZ, M./BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention	32	WILMERT, H.: Autistische Störungen. Aspekte der kognitiven Entwicklung autistischer Kinder	234
QUEKELBERGHE, R. v.: Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die Transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie	67	ZIEGLER, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten	271
RANDOLPH, R.: Psychotherapie - Heilung oder Bildung? Pädagogische Aspekte psychoanalytischer Praxis	309	ZINKE-WOLTER, P.: Spüren - Bewegen - Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen	232
RAUCHFLEISCH, U.: Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte	235		
REHN, E.: Geschwister zerebralparetischer Kinder. Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation und seelische Gesundheit	99	Editorial 344	
REYTER, H. (Hrsg.): Kinderspiel und Kindheit in Ost und West	98	Mitteilungen der Herausgeber 265	
ROGERS, C.R./SCHMID, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis	376	Autoren der Hefte 30, 64, 97, 146, 184, 219, 265, 303, 331, 374	
ROTHENBERGER, A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung	33	Diskussion/Leserbriefe 266	
ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher	337	Zeitschriftenübersicht 64, 146, 226, 304, 374	
SALISCH, M.v.: Kinderfreundschaften	312	Tagungskalender 35, 72, 105, 152, 193, 237, 272, 313, 342, 382	
		Mitteilungen 36, 73, 106, 154, 194, 238, 272, 342, 382	

Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams

FRIEDRICH KASSEBROCK

Zusammenfassung

Das Jugendalter und das junge Erwachsenenalter sind Lebensphasen, die durch immer weiterreichende Ablösungsprozesse zwischen Eltern und erwachsen werdenden Kindern gekennzeichnet sind. An die Stelle von Fremdkontrolle und Heteronomie treten Selbstkontrolle und Autonomie, und zwar sowohl für die Eltern als auch für die Heranwachsenden. Im Zusammenhang mit einer Epilepsie entstehen häufig besondere Schwierigkeiten, die erhöhten Entwicklungsanforderungen dieser Lebensphase erfolgreich zu bewältigen. Jeder Anfall ist mit einem Kontrollverlust verbunden, der Autonomiebestrebungen in Frage stellt. Dadurch kommt es häufig zu recht komplizierten Ablösungsprozessen. Bewältigungsmöglichkeiten sind unter anderem abhängig vom Zeitpunkt der Erkrankung, von den mit der Epilepsie verbundenen organisch und medikamentös bedingten Begleiterscheinungen, von der Effektivität der fachärztlichen Betreuung, von der Interaktionsstruktur der betroffenen Familie und von der Persönlichkeit des jungen Menschen. Häufig entstehen durch ungeklärte medizinische Fragen und belastende psychosoziale Fragen äußerst verwickelte Problemkonstellationen. Notwendige Verselbständigungsschritte unterbleiben. Die Angst vor dem nächsten Anfall verbindet sich übergangslos mit den ohnehin in Ablösungsprozessen zu bewältigenden Ängsten. Eine erfolgreiche Beratung von Familien mit anfallskranken jungen Erwachsenen setzt eine Integration epileptologischer und psychotherapeutisch-pädagogischer Kompetenz voraus. Nur so können die multiplen Blockierungen dieser Ablösungskrisen entschlüsselt und durch adäquate Interventionsstrategien bearbeitet werden. Zwei typische Verläufe von Ablösungskrisen junger Menschen

mit Epilepsie und die Unterstützung ihrer Bewältigung durch multidisziplinäre Beratung und Behandlung werden in ihren Grundzügen dargestellt.

1 Einleitung: Die Ablösungskrisen der Adoleszenz

Die Ablösungskrisen der Adoleszenz, die in der entwicklungspsychologischen Literatur als Lebensphase zwischen dem 16. und 21. Lebensjahr abgegrenzt wird (s. z. B. NISSÉN, 1989), konfrontieren den jungen Menschen mit gänzlich anderen Entwicklungsanforderungen als die Übergangskrisen der Kindheit und Pubertät. Um eine eigene, von seiner Herkunftsfamilie weitgehend unabhängige Identität entwickeln zu können, muß sich der junge Mensch von bevormundender Kontrolle seitens der Eltern befreien, beziehungsweise seine Eltern müssen stufenweise beschützendes und kontrollierendes Verhalten abbauen (s. SCHENK-DANZIGER, 1988).

Wichtige Entwicklungsziele der Adoleszenz sind eine qualifizierte Ausbildung und der Aufbau einer sexuellen Identität, die freundschaftliche Beziehungen von der lockeren Bekanntschaft bis hin zu einer intimen Bindung ermöglicht. Erreichbar werden diese Ziele nur, wenn die entsprechenden Entwicklungsprozesse als persönlicher Bereich des jungen Menschen dem kontrollierenden Zugriff der Eltern entzogen sind und der junge Mensch seine Entwicklung autonom, selbstverantwortlich und selbstkontrollierend bestimmen kann.

So gesehen ist die Adoleszenzkrise die Krise des Übergangs zwischen Jugend und jungem Erwachsenenalter (s. SCHIRAMI, 1990). In vielen Lebensbereichen agiert der junge Mensch wie ein Erwachsener, hat aber in der Regel zu

diesem Zeitpunkt noch keine wirkliche Autonomie, sondern benötigt für seine Weiterentwicklung immer wieder auch den emotionalen Rückhalt seitens seiner Herkunftsfamilie (s. REMSCHMIDT, 1985). Diese emotional widersprüchliche Situation fordert zu ihrer Überwindung heraus, was dem jungen Menschen durch eigene Erwerbstätigkeit, d.h. ökonomische Unabhängigkeit und die Gründung einer eigenen Familie bzw. die bewußte Entscheidung zu einer alternativen Lebensform ermöglicht wird.

Verhaltens- und Entwicklungsstörungen in der Adoleszenz lassen sich als fehlgeleitete und zum Teil (selbst-)destruktive, hilflose Versuche der Selbstbehauptung und demonstrativen Autonomie gegenüber den Eltern verstehen. Häufig fehlen den betroffenen jungen Menschen wichtige kognitive und sozioemotionale Kompetenzen, um sich wirklich von der Herkunftsfamilie zu lösen, sich auf verbindliche Beziehungen in der Gruppe der Gleichaltrigen einzulassen und so psychische Autonomie zu entwickeln (s. SILBEREISEN & KASTNER, 1987).

Sowohl die Eltern als auch die jungen Menschen selbst erleben in diesen Situationen Gefühle einer tiefen Hilflosigkeit. Gerade von seinen Eltern kann der junge Mensch keine Hilfe annehmen, andererseits hat er nicht gelernt, sich selbst zu helfen, autonom zu sein. Die Eltern erleben einerseits die Nutzlosigkeit ihrer Beeinflussungsversuche, andererseits können sie sich nicht eigenen Interessen zuwenden, da ihr Kind sozusagen doch noch nicht erwachsen ist. Eltern und erwachsene Kinder können sich nicht voneinander lösen, sie können sich jedoch auch nicht sinnvoll aufeinander beziehen. Es kommt zum Entwicklungsstillstand, zur Chronifizierung der Krise. Die überlebten Kontrollbestrebungen der Eltern greifen ins Leere, der Jugendliche bzw. junge Erwachsene reagiert mit sozialem Rückzug, Aggressivität oder Depressivität und schützt sich damit gegen die elterliche Fremdkontrolle in einer Weise, die auf der anderen Seite keinerlei Zugewinn an Selbstkontrolle und Autonomie bedeutet.

2 Verschärfung der Ablösungskrise bei chronischer Krankheit, insbesondere Epilepsie

Das Risiko eines ungünstigen Verlaufs von Ablösungskrisen scheint bei chronisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen besonders hoch zu sein. PETERMANN u.a. (1987) unterscheiden zwischen der objektiven Belastung durch die Krankheit, ihrer subjektiven Bewertung durch den kranken Menschen sowie dem realen Bewältigungsverhalten, welches wiederum von Krankheitsvorstellungen, dem Selbstkonzept und den Kontrollüberzeugungen des betroffenen Patienten bestimmt werde. In ähnlicher Weise belegt STEINHAUSEN (1990) die höhere Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung bei chronisch kranken und behinderten Menschen. Daraus wird die Forderung abgeleitet, Rehabilitation nicht auf somatische Behandlungsstrategien zu reduzieren, sondern im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationsplans die psy-

chosozialen Begleitumstände der Krankheit in gleicher Weise zu berücksichtigen.

Im Rahmen der psychosozialen Rehabilitation junger Menschen mit Epilepsie kommt den sogenannten Kontrollüberzeugungen (s. LOHAUS, 1990) eine besondere und zentrale Bedeutung zu, und zwar besonders in Phasen der Ablösung vom Elternhaus. Für den jungen Menschen ist es – wie oben dargelegt – von zentraler Bedeutung, seine persönlichen Belange – und dazu gehören Krankheit und Gesundheit in ganz spezieller Weise – selbstverantwortlich und in eigener Regie zu regeln und sich selbst als autonom bestimmende und kontrollierende Instanz zu erleben. Spätestens in der Adoleszenz stoßen die Bemühungen der Eltern, durch möglichst lückenlose Kontrolle die negativen Auswirkungen der Epilepsie klein zu halten, an eine Grenze. Dies muß zu Konflikten führen, wenn die Entwicklungswünsche des Jugendlichen mit den ärztlichen Verhaltensregeln, deren Einhaltung bis dahin von den Eltern überwacht wurde, kollidieren.

LOTHMAN u.a. (1990) haben anhand von systematischen Beobachtungen bei 20 Familien mit anfallskranken Kindern aufgezeigt, daß restriktives, einmischendes und überbehütendes Verhalten seitens der Mutter mit geringen Anstrengungen der anfallskranken Kinder korrespondierte, autonom zu sein, ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln und sich in Abwesenheit der Mutter als sozial kompetent zu erleben und zu verhalten.

Die beschriebenen übertriebenen Kontrollstrategien der Mütter sind sicherlich als Versuch der Angstabwehr und Kontrolle der Ängste der gesamten Familie des anfallskranken Kindes zu interpretieren. BAHRS & IN DER BEEK (1990) zeigen auf, daß die Strategien der Bewältigung der Epilepsie und ihrer Folgen unauflöslich mit dem gesamten Familiensystem verknüpft sind. Selbstständigkeitsbestrebungen anfallskranker Jugendlicher können als Bedrohung des familiären Gleichgewichts erlebt werden, so daß familiäre Ängste eine altersgemäße Entwicklung des jungen Menschen blockieren. Dies wird unübersehbar, wenn die Eingliederung in das Berufsleben mißlingt und das erwachsene Kind ohne wichtige und außerfamiliäre Bezüge in seiner Herkunftsfamilie verbleibt. BAHRS & IN DER BEEK (1990) betonen demgegenüber die Notwendigkeit, durch die Epilepsie in der Lebensgeschichte entstandene Brüche mit Hilfe von Psychotherapie zu überwinden und darüber hinaus mit Hilfe psychosozialer Beratung auch eine Rehabilitation des sozialen Bezugssystems des anfallskranken jungen Menschen – gedacht ist hier an Familie, Schule, Peer-group, Ausbildungsbetrieb usw. – anzubahnen. Nur in dieser Weise könne langfristig ein Abbau der sozialen Benachteiligungen Anfallskranker erreicht werden (siehe dazu auch COLLINGS, 1990).

Eine erfolgreiche medizinische Behandlung der Epilepsie ist sicherlich eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der psychosozialen Rehabilitation. Andererseits konnte gezeigt werden, wie stark etwa die Einhaltung ärztlicher Verhaltensregeln von psychosozialen Faktoren abhängt. So belegten FRIEDMAN u.a. (1986) anhand einer Studie mit 25 Anfallskranken im Alter von 9–17 Jahren, daß die sogenannte Compliance, also die Übereinstim-

mung zwischen Arzt und Patient über die Diagnose, den Behandlungsplan und die Verhaltensregeln, positiv korrelierte mit der im Alltag erlebten Unabhängigkeit, der familiären Harmonie und dem Selbstwertgefühl. Dabei muß offen bleiben, ob die hohe Compliance Folge der stabilen psychosozialen Situation ist oder umgekehrt.

Dies gilt in gleicher Weise für die Beobachtung von TATZER u. a. (1990), daß Familien mit einem anfallskranken Kind durch eine erhöhte Familien-Dysfunktionalität gekennzeichnet sind. Auch hier bleibt unklar, ob die Dysfunktionalität des Familiensystems eine Folge der Epilepsie ist oder ob die Epilepsie aufgrund des dysfunktionalen Familiensystems nicht in konstruktiver Weise bewältigt werden konnte. Es bleibt festzuhalten, daß in der Rehabilitation anfallskranker Menschen organische und psychosoziale Faktoren in gleicher Weise berücksichtigt werden müssen und einseitige kausal-lineare Denkweisen eher hinderlich sind.

3 Konzepte multidisziplinärer Beratung

HOARE (1987) stellte zusammenfassend verschiedene psychotherapeutische Konzepte und Methoden vor, die geeignet sind, eine primär somatisch orientierte Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie durch Psychoanalyse, Verhaltenstherapie inklusive kognitiver Weiterentwicklungen und Familientherapie zu ergänzen. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie werden als auf das Individuum gerichtete Verfahren dargestellt, die eine Unterstützung von auf die Krankheit bezogenen Trauerprozessen, eine Verarbeitung von Trennungsängsten bezüglich der Herkunftsfamilie sowie das Erlernen verhaltensbezogener und kognitiver Bewältigungsstrategien mit dem Ziel einer optimalen Anpassung an die Krankheit und Alltagserfordernisse ermöglichen bzw. erleichtern. Die systemisch orientierte Familientherapie schließlich wird als eine zwar theoretisch nur unzureichend fundierte (siehe dazu auch KÖRNER, 1991), gleichwohl erfolgreiche Methode dargestellt, um familienbedingte Blockierungen von Loslösungs- und Entwicklungsprozessen junger Menschen mit Epilepsie erkennen und modifizieren zu können.

Sowohl für die individuumzentrierte Psychotherapie des anfallskranken jungen Menschen selbst als auch für die Rehabilitation des psychosozialen Umfeldes des Anfallskranken stehen also geeignete Strategien zur Verfügung. Im konkreten Einzelfall wird jedoch jeweils auf der Basis diagnostischer Abklärungen festzulegen sein, ob der Kern des jeweils vorgestellten Problems epileptologisch-neurologischer oder psychopathologischer bzw. psychosozialer Art ist, beziehungsweise welche Interventionen medizinischer, psychotherapeutischer oder soziotherapeutischer Art am ehesten geeignet sind, die vorgestellten Probleme zu überwinden und eine konstruktive Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Aus verschiedenen Zusammenhängen ist bekannt, daß es in therapeutischen und pädagogischen Beziehungen zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf der einen Seite, sowie Erzieherinnen und Psychotherapeutinnen auf der anderen Seite zu Reproduktionen von Situa-

tionen und typischen Konstellationen kommt, die der junge Mensch als Kind in seiner Familie über längere Zeiträume hinweg erlebt hat und die seine Persönlichkeit geprägt haben. Der junge Mensch überträgt die in seiner Kindheit in bezug auf seine Eltern eingeübten Denk- und Verhaltensmuster auf Erzieherinnen und Psychotherapeutinnen. Die gegenüber der Eltern-Kind-Beziehung durch größere emotionale Distanz gekennzeichnete Beziehung des jungen Menschen zu Erzieherinnen und Psychotherapeutinnen eröffnet auf der Grundlage fachlicher Qualifikation neue Handlungsmöglichkeiten und damit die Chance, negative, entwicklungsfeindliche Reiz-Reaktionsmuster zu durchbrechen und zu überwinden.

Auch in multidisziplinären Beratungsteams kommt es aufgrund von Übertragungs- und Identifikationsprozessen zur Reproduktion von für den identifizierten Symptomträger typischen Problemkonstellationen. Handelt es sich um die Ablösungskrise eines anfallskranken jungen Menschen, erfahren die ohnehin im Raum stehenden Fragen nach Fremdkontrolle, Autonomie und Identität eine Zuspitzung.

So kann hinter der Frage eines Vaters, ob eine medikamentöse Neueinstellung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes notwendig ist, der unbewußte Wunsch stehen, über die kontrollierte und abhängige Situation eines Krankenhausaufenthaltes wieder stärkeren Einfluß auf die Entwicklung des sich zunehmend ablösenden Jugendlichen zu nehmen. Ist die Familie in der Beurteilung dieser Fragen gespalten, können sich diese Konflikte in gegensätzlichen Stellungnahmen von Mitgliedern des Beratungsteams widerspiegeln. So mag ein Teammitglied eine neue medizinische Abklärung des Anfallsleidens für vordringlich halten, andere empfehlen eine Paarberatung für die Eltern, eine Einzeltherapie des jungen Erwachsenen, eine Familientherapie oder eine stützende sozialpädagogische Begleitung der Familie im Alltag.

Um hier Fehlentscheidungen gleich zu Beginn einer Beratung vermeiden zu können, müssen die aufgrund epileptologischer und psychologisch-pädagogischer Diagnostik gewonnenen Daten zueinander in Beziehung gesetzt werden. Schließlich muß eine Entscheidung darüber getroffen werden, welche Probleme als Kernprobleme, welche Probleme als zunächst sekundär anzusehen sind. Erst dann ist die Erstellung eines begründeten Behandlungs- und Beratungsplans möglich. Diese Entscheidungsprozesse hängen auf der Ebene des Beratungsteams im wesentlichen von zwei Grundvoraussetzungen ab:

- (1) Die unterschiedlichen Qualifikationen pädagogischer, medizinischer und psychologischer Fachkräfte stehen gleichberechtigt nebeneinander getreu dem Postulat, daß organische und psychosoziale Faktoren in der Rehabilitation anfallskranker Menschen nicht in einer uniliniaren und monokausalen Beziehung zueinander stehen, sondern als ein ganzheitliches, wechselseitiges aufeinander bezogenes Bedingungsgefüge verstanden werden müssen.
- (2) Die fachlichen Qualifikationen der Mitglieder eines multidisziplinären Beratungsteams müssen sich gegen-

seitig überschneiden, d.h.: Alle Mitglieder müssen ein gewisses epileptologisch-medizinisches Basiswissen, pädagogische und psychologische Grundkenntnisse sowie Informationen über sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten haben.

Erst wenn diese beiden Grundvoraussetzungen erfüllt sind, ist das multidisziplinäre Beratungsteam wirklich zu ganzheitlicher Diagnostik und gezielter Beratung und Therapie in der Lage. Diese grundsätzlichen Überlegungen sollen nun anhand von zwei Fallbeispielen konkretisiert werden.

4 Falldarstellung 1: Astrid G.

Astrid G. wurde erstmals im Alter von 16 Jahren in der Fachklinik des Epilepsiezentrums vorgestellt. Innerhalb der vorausgehenden 4 Monate war es insgesamt zu 4 Grand-mal-Anfällen gekommen. Zusätzlich wurde über kurze ruckartige Bewegungen der Arme und Schwarzwerden vor den Augen berichtet. Die von der Klinik am Heimatort vorgenommene Medikation (Timonil retard 300 1-0-1, Dihydergot 1-1-1) hatte nicht zur Anfallsfreiheit geführt.

Die im Epilepsie-Zentrum durchgeführten EEG-Untersuchungen ergaben einzelne irreguläre abortive Sharp-slow-wave-Komplexe sowie Hinweise auf eine linkstemporo-parietal-zentral lokalisierte Funktionsstörung in Form von langsameren Wellen. Die zusammenfassende Auswertung aller erhobenen medizinischen Daten ergab folgende Diagnose: Impulsiv-petit-mal-Epilepsie (früher Juvenile myoklonische Epilepsie genannt) mit einzelnen Myoklonien und Aufwach-Grand-mal-Anfällen. Als medikamentöse Therapie wurde Orfiril 600 1-2 empfohlen.

In ihrem psychosozialen Verhalten war Astrid G. während ihres Aufenthaltes im Epilepsie-Zentrum völlig unauffällig. Sie berichtete stolz, die beste Schülerin ihrer Klasse (9.Klasse Gymnasium) zu sein und auch im Sport (Tennis) und Klavierspielen sehr gute Erfolge zu haben. Ihr Vater war leitender Beamter in der Kommunalverwaltung, ihre Mutter ausgebildete Schneiderin, aber seit der Geburt von Astrids älterer Schwester als Mutter und Hausfrau tätig.

Nur zwei Wochen nach der Entlassung von Astrid aus der Klinik kam es zu einem aufgeregten Telefonanruf der Mutter im Epilepsie-Zentrum. Die Mutter war regelrecht verzweifelt: Ihre Tochter sei völlig verändert, an der Schule habe sie kaum noch Interesse, sie wolle kein Tennis und Klavier mehr spielen, sondern treibe sich am liebsten mit jungen Männern herum. In ihrer Panik stellt die Mutter die Frage, ob dies eine Folge der Medikamente sein könne.

Im Einvernehmen mit der Mutter wurde Kontakt mit dem behandelnden Hausarzt aufgenommen und ein Beratungsgespräch mit der gesamten Familie vereinbart. Der Hausarzt berichtete, Astrid habe ihm gegenüber von keinerlei medikamentösen Nebenwirkungen berichtet. Sie habe ein Vertrauensverhältnis zu ihm, wohl auch, weil er sie schon in ihrer Kindheit behandelt habe. Sie habe ihm erzählt, es sei ihr jetzt nicht mehr so wichtig, Klassenbeste zu sein und sich mit sportlichen oder musikalischen Glanzleistungen hervorzutun. Außerdem habe sie sich in einen jungen Mann verliebt. Sie wolle über diese Dinge jedoch mit ihren Eltern nicht sprechen, da sie Angst habe, deren Erwartungen zu enttäuschen. Sie habe auch erzählt, daß sie manchmal recht verzweifelt sei, keine Epilepsie haben und keine Medikamente nehmen wolle und auch schon mal an Suizid gedacht habe.

Zum Beratungsgespräch kamen die Eltern allein. Die beiden Töchter hätten es abgelehnt mitzukommen und dies damit begründet, die Eltern wären das eigentliche Problem und benötigten Beratung. Beide Eltern stellten immer wieder die Frage, ob die Persönlichkeitsveränderung ihrer Tochter eine Folge der Medikamenteneinnahme sei und durch eine medikamentöse Umstellung rückgängig gemacht werden könne. Eher beiläufig berichtete die Mutter, daß sie eigentlich geplant habe, wieder berufstätig zu sein. Dies sei jedoch nicht möglich, da sie nachts immer wieder aufstehen müsse, um zu überprüfen, ob Astrid auch keinen Anfall habe und nachmittags müsse sie als Gesprächspartnerin für ihre Tochter zur Verfügung stehen.

In einer langen Reihe von Beratungsgesprächen konnte eine veränderte Sichtweise dieser Probleme erarbeitet werden: Mit Unterstützung ihres Mannes konnte Frau G. akzeptieren, daß ihre Beziehung zu Astrid zu eng und kontrollierend und damit einengend für beide Seiten war. Ihr Mann bezeichnete es als eine kleine Katastrophe für die Ehe und die weitere Lebensplanung seiner Frau, daß aus all den schönen Plänen nun nichts werde. Dies betraf eine längere Reise ohne die Kinder und die Berufstätigkeit seiner Frau. Es sei nun völlig ungewiß, was daraus werden solle.

In langen und teilweise quälenden Entscheidungsprozessen rangen sich die Eltern dazu durch, die ursprünglichen Planungen nicht wegen der Epilepsie ihrer Tochter aufzugeben. Dies wurde auch dadurch erleichtert, daß bei Astrid keine neuen Anfälle auftraten und ihre Schulleistungen sich auf einem immer noch überdurchschnittlichen Niveau stabilisierten. Am Tennis- und Klavierspiel entwickelte die junge Frau G. jedoch kein neues Interesse. Vielmehr kam es zu neuen Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Tochter, als diese eine intime Beziehung mit einem ihrer Freunde einging. Auch hier wurden die Fragen nach der Epilepsie und medikamentösen Nebenwirkungen erneut ins Spiel gebracht. Die Bündelung medizinischen und psychologisch-pädagogischen Fachwissens erlaubte jedoch auch hier eine hilfreiche Unterstützung bei einer konstruktiven Bewältigung der Ablösungskrise.

5 Falldarstellung 2: Kevin D.

Kevin D. meldete sich im Alter von 21 Jahren zu einer Wiederaufnahme der Beratung an. Er litt seit seinem 1.Lebensjahr an einer fokalen Epilepsie ungeklärter Ursache. Die Diagnose lautete jetzt: Fokale Epilepsie ungeklärter Ätiologie mit einfach fokalen Anfällen in Form von epigastrischen Auren, komplex fokalen Anfällen sowie gelegentlichen Grand-mal-Anfällen. Zwischen dem 10. und dem 20.Lebensjahr war Kevin anfallsfrei.

Die Entwicklung von Kevin in der Kindergarten-, Grund- und Hauptschulzeit war sehr bewegt und unstetig. Wiederholt empfahl die Schule die Aufnahme in eine Sonderschule für lernbehinderte Kinder. Nach genaueren diagnostischen Abklärungen mußten diese Empfehlungen jedoch korrigiert werden. Kevin schaffte den Hauptschulabschluß, auch die Mittlere Reife und machte dann schließlich sogar mit Hilfe einer Privatschule das Abitur.

Kevin war das einzige Kind seiner Eltern, die beide als Verwaltungsangestellte arbeiteten und bewohnte nach wie vor sein Kinderzimmer. Nach seinem mit viel Mühe bestandenen Abitur hatte er noch keine klare Ausbildungsperspektive. Seit einem Jahr litt er wieder an den oben beschriebenen Anfällen, die mit einer Frequenz von 5-7 pro Monat auftraten. An Medikamenten nahm Kevin Ergenyl, Tegretal, Zentropil und Maliasin. Der einzige soziale Kontakt ergab sich aus seiner Mitgliedschaft in einem Hockey-Verein. Mit einer Clique Gleichaltriger besuchte Kevin die wöchentlich stattfindenden Spiele und hatte in diesem Zusammenhang auch manchmal Drogen und Alkohol zu sich genom-

men. Teilweise dauerten die von ihm besuchten Partys bis weit in die Nacht hinein.

Die Eltern waren empört über Kevins disziplinloses Verhalten und machten ihm auch Vorwürfe, daß er nicht – wie eigentlich geplant – mit dem Jurastudium beginne. Andererseits empfanden sie sich zunehmend als hilflos und bemerkten auch die Nutzlosigkeit ihrer Erziehungsversuche. In den Familiengesprächen fiel auf, daß Kevin kaum in der Lage war, für sich selbst zu sprechen und immer wieder seine Mutter bat, für ihn auf die gestellten Fragen zu antworten.

Aufgrund dieser Ausgangssituation war an allererster Stelle die Überprüfung der medizinischen Diagnose und der medikamentösen Einstellung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes geboten. Dort wurde eine Umstellung auf nur 1 Medikament (Phenacemal) vorgenommen. Dies führte zwar nicht zur Anfallsfreiheit. Herr D. war jedoch zu deutlich besseren Konzentrationsleistungen in der Lage und wirkte auch in seinem Kontaktverhalten dynamischer und selbstsicherer.

Schon vor dem stationären Aufenthalt war mit der Durchführung einer Einzelpsychotherapie begonnen worden. In diesem Rahmen wurde auch eine Leistungsdiagnostik durchgeführt. Dabei zeigte Herr D. durchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten, es fiel jedoch ein sehr deutlicher Leistungsabfall bei längerer Belastung auf. Hinzu kamen befremdlich wirkende Äußerungen, er wolle jetzt doch nicht Rechtsanwalt und Notar, sondern lieber Dirigent eines Orchesters werden. Des weiteren wurde berichtet, daß es vermehrt zu aggressiven Auseinandersetzungen zwischen ihm und seinen Eltern kam, die regelmäßig mit Suiziddrohungen von Kevin endeten. Diese Probleme stellten sich schon kurze Zeit nach Beendigung des stationären Aufenthaltes als unverändert dar.

Dies wurde zum Anlaß genommen, noch einmal eine Reihe von Familiengesprächen zu führen. In einem langwierigen Prozeß waren die Eltern bereit, ihre sehr hochgesteckten Erwartungen an die berufliche Laufbahn ihres Sohnes zurückzunehmen und anzuerkennen, daß Kevin zur Durchführung eines Studiums nicht in der Lage war. Im Rahmen dieser Gespräche wurde auch deutlich, daß die illusionären Zukunftswünsche Kevins unter anderem von der Vorstellung genährt wurden, mit Hilfe der Medikamente und der Psychotherapie könnte die Epilepsie ausheilen. Unter dieser Perspektive wurde jeder einzelne Anfall als neue Niederlage erlebt. Andererseits wurde dadurch eine sachliche Auseinandersetzung mit realen Ausbildungschancen vermieden. Mit viel Trauer und nur sehr langsam konnte sich Herr D. von seinen irrealen Wunschträumen verabschieden.

Er war dann aber schließlich bereit, in einem Berufsbildungswerk eine Ausbildung zum Verwaltungskaufmann zu beginnen. Damit war das Verlassen seines Heimatwohnortes verbunden. Auch dort hatte Herr D. im ersten Ausbildungsjahr immer wieder Phasen gehäufter Anfälle, gefolgt von psychischen Krisen. Zum Abschluß der Beratung war die Prognose völlig offen. Immerhin war jedoch eine gewisse Ablösung von seinen Eltern erreicht und Herrn D. war es gelungen, seine Entwicklungsziele und seine Möglichkeiten in ein adäquates Verhältnis zueinander zu bringen.

6 Vergleich und Interpretation

In beiden Fallbeispielen wird deutlich, wie eng in Ablösungskrisen junger Menschen mit Epilepsie medizinisch-organische Faktoren und psychosoziale Probleme aufeinander bezogen sind. Bei Astrid G. gab es nach dem stationären Aufenthalt zwar keine offenen medizinischen

Fragen mehr, die Krankheit und die Medikamente wurden jedoch von den Eltern immer wieder ins Spiel gebracht, um Einfluß auf die Ablösungsschritte ihrer Tochter nehmen zu können. Kevin D. und seine Eltern waren sich einig darüber, die Grenzen seiner – zum Teil auch durch die Epilepsie eingeschränkten – Leistungsfähigkeit zu ignorieren. Diese gemeinsame Verleugnung konnte zwar wegen der heftigen familiären Auseinandersetzungen nicht sofort erkannt werden, wurde jedoch allen Beteiligten im Laufe der Beratung bewußt.

In beiden Fallbeispielen war die sorgfältige medizinische Abklärung der Epilepsie eine wichtige Voraussetzung, um die nächsten Ablösungsschritte von Eltern und erwachsen werdenden Kindern vorbereiten zu können. So konnte im Verlauf der Beratung immer wieder darauf verwiesen werden, daß bei Astrid G. keine offenen medizinischen Fragen mehr bestanden, beziehungsweise daß bei Kevin D. tatsächlich eine behandlungsbedürftige Epilepsie vorlag. Dies erleichterte den Fortgang der psychosozialen Beratung und Therapie, die bei Kevin D. darüber hinaus durch eine Psychodiagnostik fundiert werden mußte. Ohne medizinische Abklärung wäre es kaum gelungen, den kontrollierenden und bevormundenden Einmischungsversuchen der Eltern etwas entgegenzusetzen (Astrid G.), beziehungsweise die hartnäckige Verleugnung der Epilepsie in der Familie von Kevin D. schrittweise zu überwinden.

Auf der anderen Seite hätte die medizinische Behandlung der Epilepsie allein nicht ausgereicht, um einen möglichst günstigen Verlauf der geschilderten Ablösungskrisen zu ermöglichen. Kevin D. benötigt(e) eine langfristige Psychotherapie beziehungsweise stützende Begleitung und Beratung, um schrittweise zu einer erwachsenen Identität finden zu können, die ihm erst einen Schutz gegen die elterlichen Kontrollbestrebungen ermöglichte. Astrid G. erhielt in ihrer Adoleszenzkrise wichtige Unterstützung durch ihren Hausarzt, zu dem sie ein besonders stabiles Vertrauensverhältnis hatte.

Beide Elternpaare benötigten in ähnlicher Weise langfristige psychosoziale Beratung, um eine nicht mehr angemessene Kontrolle ihrer erwachsen werdenden Kinder abzubauen und sich in ihrer Ehe und auch jeweils individuell neuen Zielen zuwenden zu können. Dies unterstreicht die auch schon an anderer Stelle dargelegte Notwendigkeit (s. KASSEBROCK, 1990), in der medizinischen und psychosozialen Rehabilitation junger Menschen mit Epilepsie in spezialisierten Beratungsteams epileptologisch-neurologische und psychotherapeutisch-pädagogische Kompetenz in integrierender Weise aufeinander zu beziehen.

Summary

Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling

Adolescence is a phase of development in which independence and a self-controlled life are being struggled for. Both the adolescents and their parents have the chance to

reduce dependencies and become more and more autonomous. Epilepsy and its concomitants prevent patients from having the same lifestyle as healthy adolescents without such restrictions. Every seizure means a loss of control and is an impediment in the development towards autonomy and independence. Strategies for coping with these difficulties are dependent upon several factors: the time when the first seizures began, frequency of seizures, possible accompanying brain damage, effects of anti-epileptical drugs on behaviour, family structure and the personality of the adolescent. Highly complicated situations often arise when there is a combination of both uncleared medical questions as well as difficult psychosocial conditions. The development of more autonomy is obstructed by the fear of further seizures and this fear coincides with the process of separation from the parents at this stage of life. Epileptological and psychotherapeutic competence is needed for counseling families in these serious situations. Multidisciplinary cooperation is needed for analysing the problems of adolescents with epilepsy and their families. Only in this way can adequate strategies of intervention be developed. Two typical examples of such separation crises in adolescents with epilepsy and the supportive management of these crises through multi-disciplinary counseling shall be demonstrated.

Literatur

- BAIERS, O./R. IN DER BEEK (1990): Epilepsie und Arbeitswelt. *Rehabilitation* 29, 100-111. - COLLINGS, J.A. (1990): Psychosocial Well-Being and Epilepsy: An Empirical Study. *Epilepsia* 31, 418-426. - FRIEDMAN, I.M./LITT, I.F./KING, D.R./HENSON, R./HOLZMAN, D./HALVERSON, L.D./H.C. KRAEMER (1986): Compliance with Anticonvulsant Therapy by Epileptic Youth. *J. of Adolescent Health Care* 7, 12-17. - HOARE, P. (1987): Children with Epilepsy and their Families. *J. Child Psychol. Psychiat.* 28, 651-655. - KASSEBROCK, F. (1990): Psychosoziale Probleme bei Epilepsie. Bielefeld: Bethel-Verlag. - KÖRNER, W. (1988): Zur Kritik systemischer Therapien. In: HÖRMANN, G./KÖRNER, W./F. BUER (Hrsg.): Familie und Familientherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag, 153-184. - LOHHAUS, A. (1990): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen: Hogrefe. - LOTHMAN, D.J./PIANTA, R.C./SH. M. CLARSON (1990): Mother-Child Interaction in Children with Epilepsy: Relations with Child Competence. *J. Epilepsy* 3, 157-163. - NISSEN, G. (1989): Psychische Störungen in der Pubertät und Adoleszenz. In: EGGERS, C./LEMPF, R./NISSEN, G./P. STRUNK: Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5. Aufl. Berlin: Springer, 263-300. - PETERMANN, F./NOEKER, M./U. BODE (1987): Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union. - REMSCHMIDT, H. (1985): Psychische Entwicklung und ihre Varianten in Pubertät und Adoleszenz. In: REMSCHMIDT, H./M. H. SCHMIDT (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Stuttgart: Thieme. - SIEHNK-DANZIGER, L. (1988): Entwicklung Sozialisation Erziehung. Stuttgart/Wien: Klett-Cotta/Oesterreichischer Bundesverlag. - SCHRAMI, W.J. (1990): Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie. München: dtv. - SILBEREISEN, R.K./P. KASTNER (1987): Jugend und Problemverhalten. In: OERTER, R./L. MONTADA: Entwicklungspsychologie, 2. Aufl. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union, 882-919. - STEINHAUSEN, H.-C.H. (1990): Die psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit und Behinderung. *Monatsschr. Kinderheilkd.* 138, 646-650. - TATZER, E./SCHUBERT, M.T./GROH, C.H./LEIXNERING, W./FRUCHT, W./A. LITSCHKA (1990): Funktion und Struktur von Familien mit einem anfallskranken Kind. In: Sonderdruck Wiener Klinische Wochenschrift 102, Heft 8, 223-227.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psychologe Friedrich Kassebrock, Beratungsstelle Bethel, Schwerpunkt Epilepsie und Hirnfunktionsstörungen, Bethelweg 22, 4800 Bielefeld 13.