

Mangold, B. / Rathner, G. und Schwaighofer, M.

Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 1, S. 18-28

urn:nbn:de:bsz-psydok-30171

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescence)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merksens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohmi, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

- Goldbeck, L.:* Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.:* Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.:* Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne) 28
- Quenstedt, F.:* Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.:* Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) 82
- Wolfram, W.-W.:* Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239

Tagungsberichte

- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.:* Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.:* Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29. 10. 1983 159
- Weber, M.:* Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar 34

Ehrungen

- Hans Robert Ietzner – 60 Jahre 105
- Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag 244
- Friedrich Specht zum 60. Geburtstag 322
- Johann Zauner – 65 Jahre 323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

- Aulagnier, P.:* L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant 325
- Arwiszus-Schneider, H., Meuser, D.:* Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern 36

- Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheumert, G. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse 251
- Breuer, C.:* Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen 292
- Corsini, R. J., Wenninger G. (Hrsg.):* Handbuch der Psychotherapie 105
- Davidson, G. C., Neale, J. M.:* Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch 325
- Drewermann, E., Neuhaus, I.:* Scheeweißchen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet 75
- Faust, V., Hole, G. (Hrsg.):* Psychiatrie und Massenmedien 165
- Friedrich, M. H.:* Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien 77
- Hackenberg, W.:* Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder 163
- Herzka, H. St. (Hrsg.):* Konflikte im Alltag 165
- Hoyler-Herrmann, A., Walter, J. (Hrsg.):* Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene 324
- Kast, V.:* Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie 199
- Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G. (Hrsg.):* Behinderte Kinder im Heim 199
- Loch, W. (Hrsg.):* Krankheitslehre der Psychoanalyse 292
- Maker, C. J.:* Curriculum Development for the Gifted 36
- Maker, C. J.:* Teaching Models in Education of the Gifted 36
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch.:* Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken 161
- Nielsen, J., Sillesen, J.:* Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 107
- Paeslack, V. (Hrsg.):* Sexualität und körperliche Behinderung 200
- Petermann, U.:* Training mit sozial unsicheren Kindern 37
- Postman, N.:* Das Verschwinden der Kindheit 76
- Probst, H.:* Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung 38
- Reimer, M.:* Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie 107
- Retz, A.:* Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte 162
- Reu Kauf, W.:* Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration 164
- Richter, E.:* So lernen Kinder sprechen 325
- Schuschke, W.:* Rechtsfragen in Beratungsdiensten 201
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbber-Mönks, E.:* Die Mehrgenerationen-Familientherapie 198
- Stockenius, M., Barbuceanu, G.:* Schwachsinn unklarer Genese 245
- Tscheulin, D. (Hrsg.):* Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differenzielle Gesprächspsychotherapie 198
- Walter, J. (Hrsg.):* Sexualität und geistige Behinderung 324
- Zlotowicz, M.:* Warum haben Kinder Angst 291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Aus der Psychotherapeutischen Abteilung (Ltg. OA Dr. B. Mangold)
der Universitätsklinik für Kinderheilkunde (Vorstand: Prof. Dr. H. Berger)

Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter

Von B. Mangold, G. Rathner und M. Schwaighofer

Zusammenfassung

Die Schizophrenieforschung hat durch die Familientherapie wichtige Impulse erfahren (s. *Bateson et al.*, 1972). Dadurch kam eine individualisierende und sich im wesentlichen auf einen nicht beeinflussbaren prozeßhaften Verlauf berufende Sichtweise ins Wanken, und es ergaben sich neue

therapeutische Möglichkeiten neben der Pharmakotherapie und der institutionellen Verwahrung.

Besonders bei Kindern und Jugendlichen halten wir ein systemisches familientherapeutisches Vorgehen für günstig.

In dieser Studie bringen wir drei Fallberichte, um das konkrete therapeutische Vorgehen ausgehend von dieser Modellvorstellung zu verdeutlichen. Im ersten Fall handelt

es sich um einen Jugendlichen mit einem psychotischen Durchbruch, im zweiten um ein Kind einer schizophrenen Mutter. Am Schluß wird dann ein Jugendlicher mit einem Borderline-Syndrom vorgestellt.

Einleitung

Wenn wir über unsere Therapie bei drei Patienten berichten, so bilden unseren Hintergrund

- von der Institution her: die Organisationsstruktur einer therapeutischen Gemeinschaft, in der Kommunikation, Interaktion und Beziehungsmuster die Grundlage therapeutischer Interventionen bilden;
- von der Ausbildung und theoretischen Einstellung her: psychodynamische Denkmodelle und vor allem eine systemische, familiendynamische Denkweise, durch welche wir Krankheit und Symptom vorwiegend als Symbol eines bedrohten familiären Gleichgewichtes oder einer Entwicklungskrise sehen;
- vom Therapie-Modell her: stehen familientherapeutische, individualtherapeutische und soziotherapeutische Interventionen gleichberechtigt nebeneinander, wobei vor allem die jeweiligen Umstände den Schwerpunkt der Therapie bestimmen, es jedoch unser größtes Anliegen ist, wenn immer möglich, als Basistherapie die systemische Familientherapie anzuwenden (vgl. *Stierlin*, 1976; *Wynne*, 1981).

Das heutige psychiatrische Denken besteht wesentlich aus einer Kombination von drei Denkmodellen:

- dem medizinischen oder somatischen Denkmodell,
- dem tiefenpsychologischen Modell,
- dem familiär-reduktionistischen Modell,

wobei das medizinisch-somatische Modell derzeit praktisch noch immer im Vordergrund steht (vgl. *Hubschmid*, 1981; *Dell*, 1981).

Eine neue Perspektive im Verständnis und Therapie psychotischer Verhaltensweisen brachte die systemische Familientherapie, die unseres Erachtens vor allem in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sehr naheliegend ist, da wir

- a) nur im Erfassen der gesamtfamiliären Beziehungsstruktur zwischen individueller Psychopathologie, organischer Erkrankung und Entwicklungskrisen im Kontext der gesamtfamiliären Entwicklung differenzieren können.
- b) Wir die Eltern zur Mitarbeit motivieren können und ihnen damit die Möglichkeit zurückgeben, selbst am Heilungsprozeß ihres Kindes mitzutun. Nur dadurch ist es möglich, eine pubertäre Entwicklungsblockade zu lösen, die häufig den Hintergrund psychotischer Reaktionen darstellt, ohne Kind und Familie in dem sonst unausweichlichen Loyalitätskonflikt zwischen Therapeut und Familie zu fixieren.
- c) Psychotherapie schwerer Entwicklungskrisen oft sehr viel Zeit und persönlichen Einsatz verlangt, der aus ökonomischen Gründen oft nicht gegeben ist und somit auch aus diesem Grunde die Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozeß notwendig macht, will man nicht, daß durch institutionelle Hilfe der Weg zur Selbstständigkeit weiter gefährdet wird.

mischen Gründen oft nicht gegeben ist und somit auch aus diesem Grunde die Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozeß notwendig macht, will man nicht, daß durch institutionelle Hilfe der Weg zur Selbstständigkeit weiter gefährdet wird.

- d) Im Rahmen des systemischen Denkens ist es möglich, einen schizophrenen Schub als einen Zwischenfall im Lebenszyklus (Pubertät) zu deklarieren und damit eine therapeutisch wichtige Umdeutung zu ermöglichen: Der schizophrene Patient ist nicht krank, sondern in einer Entwicklungskrise, in der er die Hilfe des Therapeuten und seiner Eltern braucht. Damit wird die Situation als veränderbar definiert und ein therapeutischer Nihilismus unterbunden. Gleichzeitig wird dadurch auch eine therapeutische Arbeit sowohl mit den Eltern (Fähigkeit des Loslassens) und den Jugendlichen (sich Selbstständigkeit zu erwerben) nicht nur im Sinne eines Schutzes (Medikament – unterstützende Maßnahme), sondern vor allem in einer Durcharbeitung der Beziehungsprobleme (Familientherapie) ermöglicht.

Fall 1: Der psychotische Jugendliche und seine Familie

Die Aufzeichnungen und rückblickende Beurteilung der Mutter über den Therapieverlauf und dessen Auswirkungen auf H. und seine Familie ermöglichen uns eine neue Einsicht in die Wahrnehmungswelt von Eltern mit einem psychotisch reagierenden Jugendlichen. Viele Zusammenhänge im Laufe der Therapie sowie das Verständnis für die Verhaltensweisen des Kindes und seiner Eltern werden uns deutlicher, die man ansonsten allzuleicht als „Abwehrverhalten“ oder „Nicht-Therapiebarkeit“ interpretieren und mit einer Diagnose versachlichen (entpersönlichen) würde.

Der therapeutische Prozeß – ein Jahr stationäre Psychotherapie mit begleitender Familientherapie – löste bei der Mutter einen inneren Wandel aus, der ihr Leben weitgehend umstrukturierte und eine Phase der Begegnung mit ihrem Sohn einleitete, die u.E. erst eine wesentliche Änderung (Entwicklungsprozeß) bei ihrem schizophrenen Sohn ermöglichte.

Kurze Falldarstellung

H. ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 13,5 Jahre alt. Schulschwierigkeiten, totaler Leistungsabfall bis zur völligen geistigen Blockade, Kontaktabbruch (Mutismus), depressiver Rückzug (Suizidgedanken) einerseits sowie Durchbrechen von aggressiven Impulsen (Morddrohungen) machten einen weiteren Verbleib in der Schule und in der Familie unmöglich. Die Einweisung in eine kinderpsychiatrische Abteilung wird von der Mutter in eine Einweisung in die Kinderklinik umgeschrieben. Die klinische Abklärung ergab keine Hinweise auf eine organische Störung, das gestörte Verhalten von H. und seine psychische Problematik konnten nicht übersehen werden, die Übernahme in die Psychotherapeutische Abteilung konfrontierte uns und die Mutter mit einer fast paralyisierenden Ambivalenz, wo fast jede Reaktion unsererseits eine Gegenreaktion bei der Mutter und bei

H. auslösten. Die fast völlige Kommunikationsblockade bei H., der nur durch seine Symptome mit uns in Beziehung trat, und die durch Ablehnung und Hilflosigkeit gekennzeichnete Beziehung der Mutter zu uns machten einen therapeutischen Zugang schwer.

Ein zentrales Symptom (Signal) von H. war seine Angst, die allerdings nur kodifiziert zum Ausdruck kam. Auf der körperlichen Ebene als massive muskuläre Verspannung, die H. in einer marionettenhaften Haltung – als Karatekämpfer im Angriff mit geballten Fäusten zum Ausdruck brachte. Auf der psychischen Ebene in Form von Wahnvorstellungen: „Da sind Ungeheuer, die wollen mich vernichten.“ ... „Ich werde von giftigen Taranteln gestochen“ ... „Jemand will mir mein Gedächtnis aus dem Kopf schlagen“.

Diese Angst und die gestaute Aggression sowie die immer stärker werdende Blockade dieser Impulse endeten in einer totalen Starre (Katatonie), die den letzten Rest von Selbständigkeit (An- und Ausziehen, Essen etc.) unmöglich machte. Diese Regression ermöglichte uns den ersten direkten Kontakt zu H. über die Pflege eines ins Babystadium regredierenden Kindes – das erste Mal bekamen wir die Chance für H. etwas zu tun – er konnte Nähe und Körperkontakt ertragen und annehmen – wir durften Sicherheit vermitteln.

In dieser Phase kam es dann plötzlich zu einem massiven Durchbruch von Angst: markerschütternde Schreie, extreme Erregtheit: „Ich halte es nicht mehr aus, ich muß mich umbringen.“ Wir haben ihn festgehalten, wir spürten, das einzige, was wir jetzt tun konnten, war durch uns selbst (durch Festhalten) H. die Sicherheit zu vermitteln, daß ihm nichts passieren kann.

Nach Abklingen dieser ängstlichen Erregung war H. wie ausgewechselt – er sprach zwei Stunden lang in erschütternder Weise von seinem Leben, seinen Ängsten, seiner Einsamkeit, der Ablehnung und dem Haß, den er von seiner Umwelt erlebte. Seine Darstellung war klar und einfühlsam, seine Traurigkeit und Hilflosigkeit war erschütternd. Nach diesem Ereignis ist er langsam wieder in seine abgekapselte Welt zurückgefallen, es war nicht möglich, seine Probleme in einem Gespräch aufzuarbeiten.

Die wesentliche Änderung war jedoch, daß die massive muskuläre Verspannung (die somatisierte Aggression) fast vollständig verschwunden war, ebenso die motorische Unruhe; Kontakt war möglich, wenn auch vorwiegend auf der praverbalen Ebene.

Für uns war dieses Ereignis ein erster therapeutischer Schritt, der uns gleichzeitig die innere Sicherheit und Bestätigung unserer Arbeitshypothesen gab, daß das Verhalten und die Symptome nicht ein unfaßbarer organischer Prozeß sein können, sondern die Folge einer sehr belastenden Kindheit und des Zusammenbruchs im Rahmen der pubertären Entwicklungsphase sind.

Daß dieser Durchbruch – der psychotische Schub, in unserer Wahrnehmung jedoch der erste Zugang zu H. – bei der Mutter den gegenteiligen Effekt hatte, führte uns noch mehr auf die Ebene der intrafamilären Zusammenhänge, die in unserem theoretischen Verständnis für psychotische Episoden den Kern unserer Therapieeinstellung prägt.

Nach der sogenannten psychotischen Episode schlug die anfängliche Abwehr der Mutter, daß H. keine psychische

Störung habe, ins Gegenteil um: „Jetzt ist es klar, der Bub hat eine Schizophrenie und gehört auf eine geschlossene Abteilung.“

Für uns war dieses Ereignis das erste Zeichen, daß es einen Zugang zu H. gab, für seine Mutter der Zusammenbruch einer mit allen Mitteln vorher abgewehrten Erkenntnis, daß es sich bei H. um eine schwere psychische Krise handelt.

Die Rollen haben sich plötzlich vertauscht, der Vater, bis dahin als der Prototyp eines Schwächlings total aus der Familie und der Therapie hinausgedrängt, tritt plötzlich klar und bestimmt auf: „Ich bin dagegen, daß H. auf die Psychiatrie verlegt wird, wenn er irgendwo gesund werden kann, dann hier.“

Wir hatten als Therapeuten zum ersten Mal die Sicherheit, gegen den alles bestimmenden Willen der Mutter unmißverständlich unsere eigene Entscheidung zu stellen – ohne Angst, daß die Eltern (vor allem die Mutter) dadurch die Therapie abbrechen würden.

Sullivan, der bereits vor 30 Jahren die Bedeutung der Familie in der Entwicklung der Schizophrenie erkannte, sagte einmal, das erste Anzeichen einer Besserung bei schizophrenen Patienten zeige sich darin, daß seine Eltern ihn aus der Behandlung nehmen wollten. Das Erkennen der intrafamilären Beziehungsabläufe war auch in diesem Fall der wesentliche Faktor, der weiterhalf und Zusammenhänge erkennen ließ, an denen wir unsere Therapie orientieren konnten.

Ohne diese Erfahrungen und Beobachtungen wäre es uns wahrscheinlich nicht gelungen, diesen „Prozeß“ zu durchbrechen, d.h. daß ohne Miteinbeziehung der Eltern in die Therapie ein Aufgeben und eine letztendliche Diagnosestellung im Sinne einer endogenen Psychose nicht zu verhindern gewesen wäre.

Kurze Zusammenfassung der familiären Interaktionsprobleme im Verlauf der Therapie

- Ausgeprägtes divergierendes Verhalten von H. auf der Station und zu Hause oder bei Besuchen der Eltern: Auf der Abteilung ist H. mit Ausnahme seiner Symptomatik ruhig, angepaßt und in sich verschlossen. Bei Besuchen der Eltern zeigt er ein ausgeprägt ambivalentes Verhalten – er verlangt den Besuch der Eltern, will vor allem Süßigkeiten, aber wenn die Eltern kommen, will er sie nicht sehen, droht fortwährend mit Mord und Selbstmord, verweigert den Kontakt. Wenn die Eltern gehen, zieht er sich in seine „Isolation“ zurück.
- Mehrere Wochenendurlaube, die auf Wunsch der Mutter zustande kommen (H. vermied jede eigene Stellungnahme) führten meist zu extremen Äußerungen von Aggressionen in Form von Mord- und Selbstmorddrohungen; einmal „köpfte“ er zu Hause z.B. alle Blumen. Es wurde uns deutlich, daß H. bei uns die Ruhe, Isolierung, die Sicherheit sucht und zu Hause immer mehr seine ängstlichen und aggressiven Impulse ausagiert; dies verunsicherte die Eltern noch mehr. Unsere Entscheidung, diesen Ausweichmechanismus zu unterbrechen, hat H. stark getroffen. Er wurde auch auf der Abteilung aggressiv-

ver und provokanter, wodurch eine bessere Kommunikationsbasis entstand.

- Jede Besserung im Verhalten von H. führte immer wieder zum vermehrten „In-Szene-Treten der Mutter“. Langsam begann H. sich den Regelungen und Bestimmungen seiner Mutter direkter entgegen zu setzen. Der erste klare Widerstand gegen die Mutter stand dann auch in deutlicher zeitlicher Korrelation zur oben beschriebenen „psychotischen Phase“.

Wir begannen zu erkennen, daß eine deutliche Wechselbeziehung zwischen dem Befinden der Mutter und H. bestand. Immer dann, wenn die Mutter nicht mehr konnte und ihn aufgab, ging es H. auf eine unerklärliche Weise besser. Je weniger die Mutter über H. bestimmte, umso mehr Eigeninitiative und Selbstbestimmung wurden bei ihm erkennbar. Es schien, als ob zwischen H. und Mutter ein permanenter Machtkampf ablaufe, wer die jeweilige Situation bestimmt und definiert. Auch der Vater konnte immer dann in Erscheinung treten, wenn sich die Mutter mehr zurückzog.

Hier zeigt sich, wie sehr das Suchen nach einer Ursache, nach einem verstehbaren Zusammenhang den Therapeuten beruhigt, aber gleichzeitig die Mutter in die Rolle der Verursachenden hineindrängt (schizophrenogene Mutter), gleichzeitig scheint uns, daß dies eine wirkliche Lösung des Beziehungskonfliktes verhindert.

Was für den Psychiater die Diagnose (zur Absicherung und Arbeitshypothesen), ist für den psychodynamisch Denkenden das Erfassen von Entwicklungsprozessen – die jedoch ebenso in eine Sackgasse münden können, wenn wir die Eltern als Störfaktor und nicht als Mitbetroffene mit den wesentlichen Fähigkeiten zur Gesundung ihrer Kinder sehen und unterstützen.

In den folgenden Ausführungen möchten wir vorwiegend die Mutter sprechen lassen, weil wir glauben, daß niemand deutlicher eine Einsicht in die wirklichen Zusammenhänge dieser Erkrankung geben kann, als die betroffene Familie selbst und daß es die Familien – zumindest bei Kindern und Jugendlichen – sind, die die Blockade der Entwicklung mit Hilfe des Therapeuten aufheben und zur weiteren gesunden Entwicklung beitragen können. Die Aufgabe des Therapeuten ist es vor allem, die Situation zu verändern, umzudeuten, eine schicksalhafte Erkrankung in eine faßbare und therapeutisch veränderbare Entwicklungskrise überzuführen und damit therapeutische Ressourcen sowohl beim Therapeuten wie in der Familie zu schaffen.

Ein Jahr später berichtet die Mutter (dieses und die nachfolgenden Zitate aus dem Brief der Mutter):

„Meine Reaktionen auf die Familientherapie sehe ich in 3 Phasen:

- a) ich nahm die Therapie überhaupt nicht ernst – ich schmunzelte über diesen Blödsinn;
- b) ich begann mich zu wundern – diese Leute zwangen mich, alles in Frage zu stellen;
- c) ich beschäftigte mich intensiver damit – ich war fasziniert – es ging mir an meine Substanz. Es half mir, die Krankheit zu begreifen. Sie wurde zur Basis der Bewältigung unserer Probleme – sie half mir meine eigenen Probleme aufzuarbeiten. Ich wurde zum „Therapeuten“ innerhalb der Familie, ich habe gelernt, die Zusammenhänge unserer Beziehungen zu durchschauen. Es war ein langer und harter

Kampf beiderseits, daß die Therapie nicht bei Punkt a und b steckenblieb.“

Dieser von der Mutter erlebte dreiphasige Prozeß kann durch folgende Leitgedanken der Mutter illustriert werden.

a) Phase der Abwehr

„Eine Grundeinstellung meines Lebens ist: Sag dir unaufhörlich – ich will mich nicht von irgendjemand knechten lassen – und du bahnst dir einen Weg aus Sklaverei, Abhängigkeit und Bettlertum.“

Die eigene Lebensgeschichte der Mutter läßt uns ahnen, daß dieser Leitgedanke für sie zum psychischen Überleben notwendig war, aber in der jetzigen Therapie war es äußerlich ein totaler Widerstand, fremde Hilfe anzunehmen, gleichzeitig aber auch das Bewußtsein, wenn ich H. helfen will, muß ich mir selbst helfen können.

Der Versuch, im Gespräch über Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie Verständnis für die vorliegenden Probleme zu bekommen, empfand die Mutter als bedrohlichen Eingriff in ihre Privatsphäre (vielleicht auch aus Angst, vor dem Aussprechen der Zusammenhänge, die ihr intuitiv bereits bewußt waren):

„Was wollen die von mir – was hat das mit H. zu tun – diese Zumutung ... wonach die suchten, war augenscheinlich, und außerdem die Klischeevorstellung, speziell die Mutter ist an allem schuld ... Sieht mich der Arzt als emotionalen Analphabeten? ... An mir können sie sich ruhig die Zähne ausbeißen ... ich spielte mit, ich bluffte, ernst nehmen konnte ich das nicht.“

b) Phase der Verunsicherung, des Infragestellens der eigenen Lebensprinzipien

„Ich komme mit meinem Denken nicht aus dem Kreis heraus – mein Ringen mit mir und der Situation wurde mir fälschlicherweise als ein ‚nicht aus der Hand lassen wollen‘ interpretiert. Ich mag Schwachheit nicht, ich kann Schwachheit und Verunsicherung nicht ertragen.“

Ihr Vater, ihr Mann und jetzt ihr Sohn waren schwach, hilflos und krank und abhängig. Ihr Überlebenskonzept führte sie in eine Position, wo sie von niemanden mehr abhängig sein durfte, schon deswegen nicht, weil sonst die Familie zusammengebrochen wäre. Die Krankheit von H. und die ausgeprägte Schwäche des Mannes bestätigten ihre Lebenshaltung. Es brauchte den psychotischen Zusammenbruch des Sohnes, um die Rolle der starken, alles bestimmenden Frau zumindest vorübergehend aufgeben zu können. Die Erfahrung, daß dann der Sohn selbständiger, der Mann und der Therapeut stark sein konnten, gaben der Mutter die Chance, aus ihrem Kreis herauszufinden.

Aus dem Grundsatz „ich kann Schwachheit nicht ertragen“ entwickelte sich die Einstellung:

„Es ist ein Zeichen der Reife, wenn ein Mensch etwas geschehen lassen kann, ohne sofort eingreifen zu wollen. Jetzt erst erkenne ich, wie ich mir selbst durch meine Vorstellungen, immer die Stärkste, die Leistungsfähigste, die Beste und Verständnisvollste sein zu müssen, mein Leben und meine Beziehungen kaputt gemacht habe – ich habe alle Freunde verloren.“

Erst jetzt wurde es möglich, die Beziehungen zwischen Mutter, H. und Vater neu zu definieren; erst jetzt wurde es möglich, Wachstum und Veränderung bei allen Familienmitgliedern zuzulassen.

c) Phase der Neuorientierung

Die Mutter begann überall Informationen zu sammeln, sie trat in Kontakt mit Familien mit schizophrenen Jugendlichen, sie konsultierte Ärzte und Psychologen, Heilpraktiker bis zum Psychiater. Wenn sie auf diesen Wegen viel Enttäuschung, unterschiedliche Meinungen, aber in erster Linie schlechte Prognosen und die Meinung „man muß sich damit abfinden, da läßt sich nichts machen“ erntete, so steht hinter diesen Bemühungen auch der unbeugsame Wille und die starke unerschütterliche Kraft einer Mutter, den richtigen Weg zu suchen und zu finden.

Diese Phase war geprägt von ihrem Leitsatz:

„Jeder Gedanke ist ein Baustein am werdenden Schicksal – im Guten, wie im Bösen. Ich will versuchen, die Krankheit zu begreifen, hat alles einen Sinn, einen Zusammenhang? Das Nichterkennen eines Sinnes ist aber kein Grund, ihn abzuleugnen, sondern eher ein Grund, auf die Suche zu gehen, das Problem solange zu hinterfragen, bis man durch eine intensive Beschäftigung damit es doch ‚lernend integriert‘ und auf einmal begreift. Es hat mich weitergebracht – es hat mich zum Fragen gezwungen – ich wäre heute nicht dort, wo ich jetzt bin. Erst jetzt begreife ich in meiner eigenen Weiterentwicklung, was in den vielen gemeinsamen Gesprächen und Auseinandersetzungen abgelaufen ist – ich glaube, erst nachdem ich mein eigenes Leben zu begreifen und zu verändern vermag, hat H. eine Chance, sein Leben zu ändern ... Der enorme Druck des Gelingens oder nicht Gelingens ist nicht mehr so groß ...“

Auch als Therapeuten sind wir vorübergehend ein Teil einer Familie mit einem schizophrenen Kind. Wenn wir unseren Part, den wir darin spielen, besser verstehen, können wir auch das Wesen der schizophrenen Störung besser verstehen und mit der Familie Wege finden, die aus dem pathogenen Kreis herausführen.

Wenn wir am Ende wie die Mutter sagen können: „Es hat mich weiter gebracht – es hat mich zum Fragen gezwungen – ich wäre heut nicht dort, wo ich jetzt bin“, dann glauben wir, haben wir genügend Offenheit und Unvoreingenommenheit besessen, um vom Patienten und seiner Familie zu lernen und damit auch die gesunden Anteile, die Ressourcen des Patienten und der Familie zu erkennen, um die Krankheit in einen Selbstheilungsprozeß umzulenken.

Wenn die Mutter auf die Ratschläge vieler Ärzte und Psychiater mit folgenden Worten reagiert:

„Mit welcher Vermessenheit, Blindheit, Sturheit wagte ich deren Diagnosen, den vorgezeichneten Verlauf der Krankheit in Frage zu stellen – zu hoffen – worauf, daß ausgerechnet bei uns ein Wunder geschieht?“

Ich wußte also, was auf dem Spiel stand – doch Gott sei Dank wurden die Weichen anders gestellt – Dank Ihres enormen Einsatzes und Ihrer nie versiegenden Hoffnung auf Änderung.“

Dann können wir erkennen, was es für den möglichen Verlauf der Erkrankung bedeutet, wenn der Therapeut den Mut hat, die Situation als veränderbar, als Lebens- und Ent-

wicklungskrise zu definieren und damit der Familie und sich die Chance einer Bewältigung dieser Krise zu ermöglichen.

Nach der stationären Therapie ging der eigentliche therapeutische Prozeß weiter, indem H. und seine Mutter sich neu begegneten und auch die Rolle des Vaters sich grundlegend verändert hat.

Die Worte der Mutter ein Jahr nach der Entlassung geben uns Hoffnung und machen uns zuversichtlich:

„... ich weiß nicht, wie sich alles weiter entwickelt, ich bin zuversichtlich ... es gibt noch vieles zu bewältigen, aber ich bin ruhiger geworden ... und sollte ein endgültiges Scheitern unvermeidbar sein – dann war uns immerhin eine wunderschöne Zeit mit H. gegönnt – es hat sich gelohnt – ich bin glücklich und tief dankbar ...“

Fall 2: Ein Kind einer schizophrenen Mutter

W. lebte mit seiner Mutter in extremer sozialer Isolierung. Nach einer vorausgegangenen Phase der Depression – in Zusammenhang mit der Trennung vom Partner und dem Tod einer Tochter im vierten Lebensmonat – entwickelten sich bei der Mutter (W. war damals fünf Jahre alt) wahnhaftige Ideen. Zu einem späteren Zeitpunkt führten diese zu einer Aufnahme in der Psychiatrie. Die einzigen Kontaktpersonen von Mutter und Kind waren die Großmutter und ein Onkel, die beide an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt waren. Zeitweise lebten die vier in einem gemeinsamen Haushalt. Die Mutter fühlte sich in ihren Wahnvorstellungen von Terroristen und Einbrechern verfolgt, die nachts in ihre Wohnung eindringen; dabei würde sie Gas in die Wohnung einleiten, Möbel demolieren, Lebensmittel vergiften und ihr schlafendes Kind mit Zigaretten verstümmeln und quälen.

W. war dem Agieren der Mutter hilflos ausgeliefert, so z. B. wenn sie das Kind nachts weckte und dann beide in Todesangst schreiend im Bett beieinander saßen und warteten, bis der Spuk vorüber war. Die ihm zugeschriebene Rolle und seine Funktion bestanden darin, daß die Mutter ihn als Bündnispartner und als Beschützer zur Abwehr dieser angst-erzeugenden, wahnhaften Ideen brauchte, bzw. gebrauchte. Sie sah in ihm vor allem einen Erwachsenen, eine Art „Geistes-Riesen“, der bereits mit sechs Monaten gesprochen und mit zwei Jahren Zeitung gelesen hätte. Die Auswirkungen dieser statischen, pathologischen Mutter-Kind-Symbiose lassen sich sehr deutlich an W.s Persönlichkeitsentwicklung erkennen. Er übernahm die Wahnfiguren seiner Mutter und lebte in enormer Angst vor ihnen; mit Unterstützung von außen war es ihm jedoch möglich, den Realitätsbezug wieder herzustellen und die angsterzeugenden Figuren als der Phantasie zugehörig zu erleben.

Im Kindergarten (mit fünf Jahren) fiel W. durch aggressive Ausbrüche, plötzlich auftretende Kontaktabrisse, panikartige Trennungsreaktionen von der Mutter und den Verdacht auf einen leichten Entwicklungsrückstand auf. Zu dem Zeitpunkt sei er auch zu Hause gegen die Mutter aggressiv geworden, hätte zunehmend kleinkindhaftes Verhalten entwickelt, was von der Mutter auch als gezielte Aggression ihr gegenüber interpretiert wurde. W. würde seine

Fähigkeiten nicht zeigen, um sie zu kränken. Zugleich war die Mutter darüber zutiefst geängstigt. Zum Erstkontakt kam sie dann auch mit der Fragestellung, ob das Kind einen „Intelligenzdefekt“, einen „psychologischen Riß“ habe.

Zur stationären Aufnahme willigte sie im Hinblick auf die Abklärung seines Entwicklungsrückstandes ein und war auch ein späteres Mal bereit, W. zur „Gedächtnisschulung“ aufnehmen zu lassen.

Dabei ließ die Mutter W. immer wissen, daß er geistig wachsen, ein „Großer“ werden solle, um sie und sich selber zu schützen, gleichzeitig signalisierte sie ihm, daß sie allein die Kompetente für ihn sei; mit anderen Worten: „Werde groß und bleibe abhängig.“ Das Beziehungsangebot der Mutter an W. entspricht dem, was in der Literatur von *F. Fromm-Reichmann* (1948) als Beziehungsangebot einer „schizophrenen Mutter“ beschrieben wird: d.h. die Mutter greift tief in das Leben des Kindes ein, ohne aber seine eigenen Bedürfnisse anzuerkennen, sie stülpt dem Kind ihre Definition von Realität über.

Therapieverlauf

Der Therapieverlauf läßt verschiedene Phasen erkennen. Wir haben W. während einer Zeit kennengelernt, in der seine Ambivalenz der Mutter gegenüber und damit verbundene Loslösungstendenzen im Vordergrund standen.

a) Die anfänglichen Symptome und Therapieschwerpunkte während der vorangegangenen Stationsaufenthalte möchten wir kurz zusammenfassen.

- Bei W. zeigten sich Störungen in den Denkabläufen, die sich in eigenartig anmutenden Assoziationen, Wortneuschöpfungen und in der teilweisen Verwendung einer Privatsprache ausdrückten;
- in seinen Spielhandlungen war keine Kontinuität gegeben, häufig kam es zu plötzlichen Abbrüchen;
- er redete viel von Gespenstern und Geistern, ließ aber dieses Thema dann abrupt wieder fallen;
- sein Körperschema war undifferenziert und verworren;
- W.s verbale Äußerungen widersprachen den nonverbalen.

Während dieser ersten Therapiephase konnte die Herstellung eines besser integrierten Körperbildes, das für das Gefühl von Einheit und Identität wichtig ist, erreicht werden. Das allmähliche Annehmen der Kontaktangebote seitens der Erwachsenen, wodurch diese Ich-stützend fungieren konnten, halfen ihm beim Herantasten an die Realität und verminderten gleichzeitig seine abgrundtiefe Panik bei der täglichen Verabschiedung von der Mutter.

Seine Veränderung löste bei der Mutter Angst aus; das Getrenntsein von ihm schien ihr schwerer zu fallen als umgekehrt. Es war auf Grund der tiefgreifenden Probleme der Mutter und unserer mangelnden Möglichkeiten, darauf einzugehen, nicht möglich, ein therapeutisches Bündnis herzustellen. Dies wirkte sich dahingehend aus, daß sie seine Wiederaufnahme zur stationären Therapie nach den weihnachtlichen Stationsferien verweigerte.

b) Zu einer neuerlichen Aufnahme kam es erst 1½ Jahre später. W. war damals neun Jahre alt. Der Zustand der

Mutter hatte sich verschlechtert, W. war ihr gegenüber zunehmend aggressiver geworden und schließlich war die Mutter mit der Aufnahme einverstanden. Ein paar Tage zuvor hatte sie W. in ein Kinderheim gebracht. W. wirkte auf der Abteilung überwiegend traurig, resigniert und verlangsamt und hatte Schwierigkeiten, eine Realitätskontrolle war jedoch gegeben.

Auf faszinierende Weise brachte er in der Einzeltherapie mit Hilfe von Zeichnungen und Rollenspielen seine momentane Situation und Gefühlslage zum Ausdruck. Das Durcharbeiten seiner Konflikte war auf der symbolischen Ebene möglich.

Im folgenden Beispiel zeigt sich, wie belastend er die Rollenzuweisung durch seine Mutter empfand. W. zeichnet eine Schnecke und kommentiert:

„Der Vorderteil links bin i und rechts ist meine ganze Familie. Das ist furchtbar schwer, die nachzuziehen, versuchs du einmal, eine Familie nachzuziehen ... außerdem leben die ja gar nimmer ... Alle sind tot, nur i net.“

Er entwickelt dann Phantasien, wie die Schnecke das schwere große Haus loswerden könnte. „Ja, aber dann besorg ich mir ein neus und ein leichtes Haus, dann ist sie ganz a richtige Schneckn ... Sie braucht sicher ein neues Haus und dann braucht sie ein neues Ich ... Jetzt ist sie ganz froh, daß sie jetzt a richtige Schneckn sein darf ... die will net so groß sein, die will a richtige Schneckn sein.“

Wenn es der Schneckn nicht gelingt, das Haus abzuschütteln, macht sie Selbstmord.“ Dann redet er wieder in der Ich-Form weiter: Sein derzeitiges Leben bezeichnet er als unwertvoll, er wünscht sich ein Leben, das „froh und gemütlich“ ist, daß er „endlich Frieden“ hat. Der Wunsch nach Veränderung und die Angst, daß dies nicht möglich ist, scheinen gleich stark zu sein.

In einer der folgenden Therapiestunden erzählt er von den Wahnvorstellungen seiner Mutter und schildert die erwähnten nächtlichen Szenen. Dabei war ihm bewußt, daß es sich um Erlebnisse der Mutter handelte, an denen er teilhatte.

Auf symbolischer Ebene richtete W. an uns immer häufiger Appelle, ihm bei der Trennung von der Mutter behilflich zu sein. Auf der bewußten, realen Ebene bezeugte er seine unbedingte Loyalität der Mutter gegenüber in Aussagen wie: „Und wenn mir meine Mama Gift gibt und wenn ich zehnmal weiß, ich muß sterben, werde ich es essen.“ Der Vorschlag, daß W. nach der Entlassung im Kinderheim leben sollte, wurde von der Mutter angesichts seiner wachsenden Selbständigkeit massiv abgewehrt. Über den Weg der gerichtlichen Erziehungshilfe haben wir die Trennung bewirkt. Die Mutter konnte ihn besuchen. Die Befürchtung, daß die Mutter durch diese Trennung einen Zusammenbruch erleiden würde, trat nicht ein, im Gegenteil, die Trennung vom Kind stabilisierte und motivierte sie soweit, daß sie zum ersten Mal seit Jahren eine Arbeit annahm.

In den zahlreichen Entwicklungsgeschichten, die W. während der nachfolgenden ambulanten Betreuung zeichnete, scheint er zuversichtlich und optimistisch, eine eigenständige Person werden zu können (siehe Abb. 1–5).

c) Seine unkontrollierten Aggressionsausbrüche im Heim führten zur nächsten Stationsaufnahme. In dieser dritten Therapiephase standen W.s Aggressionen und das Durchleben der traumatischen nächtlichen Erlebnisse mit der Mutter im Vordergrund.

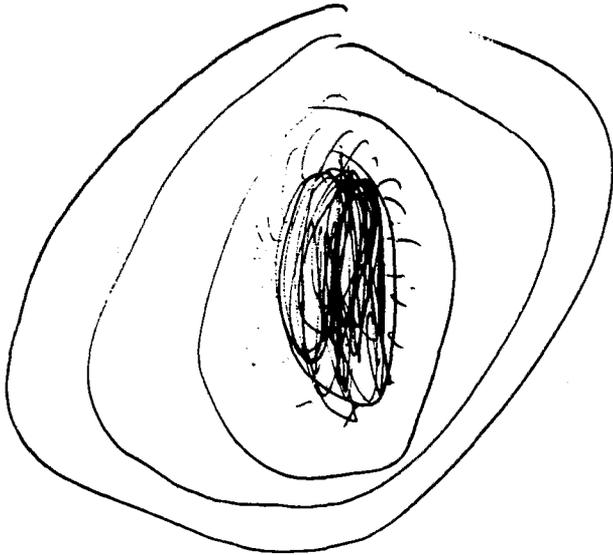


Abbildung 1

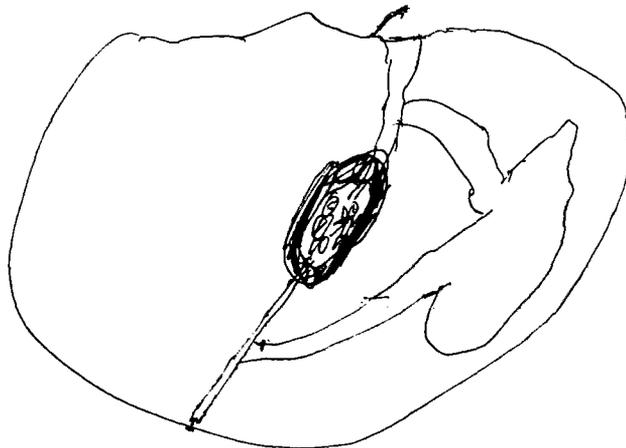


Abbildung 2

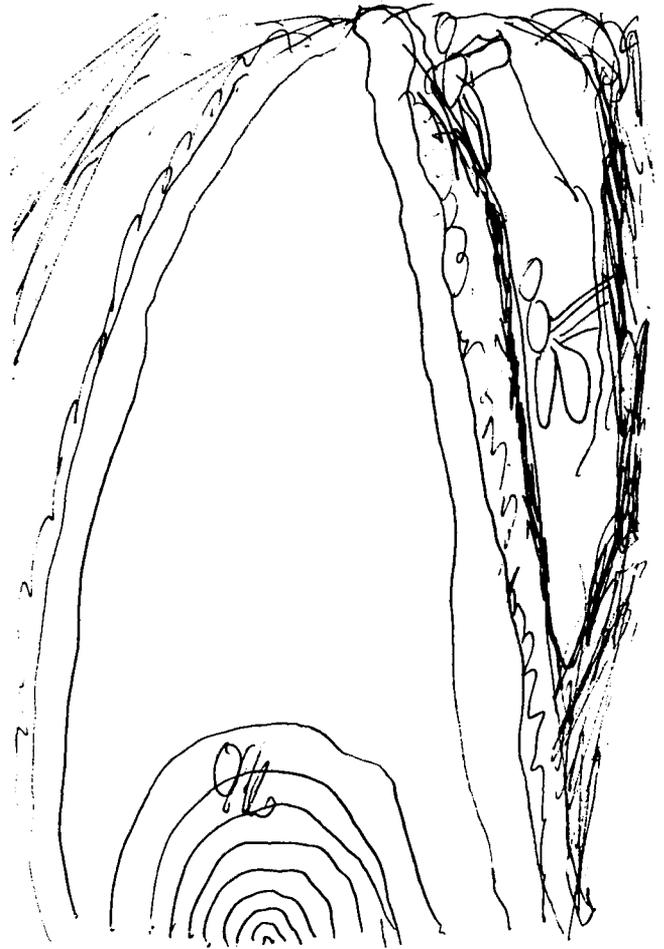


Abbildung 3

Die auch auf der Station häufigen Aggressionsausbrüche hatten unterschiedliche Ursachen und Bedeutungen. Zum einen waren sie Loyalitätsbekundungen der Mutter gegenüber, die ihn offen aufforderte, sich uns zu verweigern. Zum anderen waren sie ein Schutz für sein schwaches Identitätsgefühl und ein Mittel, seine Angst zu verbergen. Seine Aggression zeigte er im Verhalten im Alltag als auch in der Identifikation mit gewalttätigen, bösen und angstausslösenden Figuren (siehe Abb. 6). Seine Ausbrüche wurden durch massive Angst vor Liebesverlust ausgelöst. In einer der letzten Therapiestunden zeigte sich das deutlich. W. hatte als „Dracula“ den Menschen Schrecken eingejagt. Anschließend riß er sich die Draculazähne – seine stärkste Waffe – aus. Das war ein Zeichen, daß er sich mit den Menschen versöhnen wollte. In dem Augenblick überschwemmte ihn Angst vor Vergeltung für seine Taten als „Dracula“. Er stellt sich vor Gericht. Erst als ihm versichert wurde, daß er für seine Taten nicht bestraft würde, sondern daß man sich über seine Wandlung freue, feierte er Versöhnung mit den Menschen und seinen Geburtstag (er sang „Happy Birthday“).

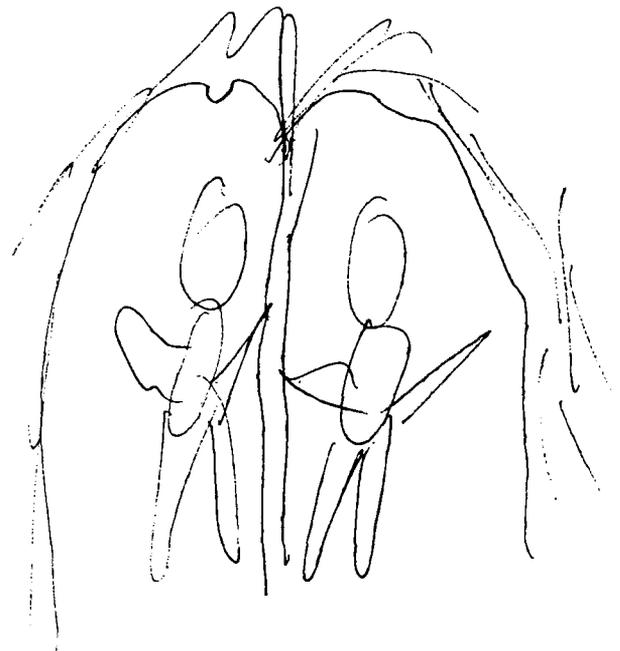


Abbildung 4

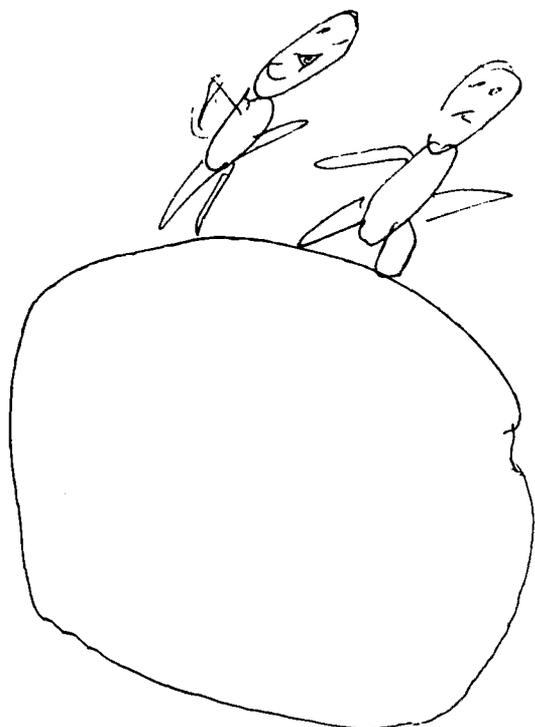


Abbildung 5

Immer wiederkehrendes Thema in dieser Phase war das konfliktreiche, ambivalente und höchst angsterzeugende Leben eines Kindes und seiner Familie, die Trennung von Mutter und Kind und schließlich das Vorwegnehmen der möglichen Lösungen: Wiedervereinigung mit der Mutter oder ein Leben ohne Mutter.

Zum Unterschied zu dem bislang im Spiel symbolisch ausgedrückten Wunsch nach Trennung formulierte W. diesen Wunsch erstmals in einem Gespräch, bei dem es um seinen geplanten Aufenthalt in einer anderen Langzeittherapieeinrichtung (Hinterbrühl) in größerer Entfernung von der Mutter ging. Dabei konnte er seine und die Bedürfnisse seiner Mutter auseinanderhalten. „Die Mama wird sicher nein sagen, ich möchte doch, auch wenn Mama nein sagt ... Für mich wäre das toll, aber für meine Mama wird es schwer werden, mit der müßt ihr reden.“

Zum Abschied vor der Fahrt nach Hinterbrühl gab er seiner Mutter ein Geschenk mit: Eine Tonbandcassette, auf der er unser Gespräch mit der Mutter aufgenommen hatte und das er fortlaufend kommentierte: „Bravo Mama, beschissene Maria Schwaighofer.“

Fall 3*

Auch dieser Therapieverlauf zeigt, daß eine theoretische Vorstellung nur quasi im Hinterkopf existiert, das praktische Vorgehen aber den jeweiligen konkreten Umständen und dem individuellen Fall angepaßt werden muß.

Anfangs wird das klinische Bild, so wie es sich uns im Verlauf der Therapie und keineswegs gleich am Anfang gezeigt hat, dargestellt. Dabei werden wenn möglich Versuche einer Erklärung angestellt. Dann wird der Verlauf der Therapie geschildert.

Es handelt sich hier um V., einen 13^{1/2}-jährigen jugoslawischen Buben, der uns von einem anderen Krankenhaus wegen unklarer Schmerzzustände und partieller Nahrungsverweigerung überwiesen wurde. Er ist das jüngste Kind der Familie und einziger Bub von fünf Kindern. Die stationäre Therapie dauert zehn Wochen.

Beide Eltern und – wie es anfangs scheint – auch V. selbst sprechen nur gebrochen Deutsch, was eine auf eine verbale Kommunikation ausgerichtete Therapie von vorneherein erschwert. Die Familie kommt aus einem anderen Kulturkreis. Das erklärt für uns auch einige momentan uneinfühlbare Reaktionen, z. B. hinsichtlich der Stellung der Frau in der Familie. Aus diesen Gründen ist dieser Fallbericht beschränkt auf die Beschreibung von außen bzw. auf das, was sich durch Empathie erschließen läßt; eine differenziertere Beschreibung der Erlebniswelt und der Phantasien des Patienten ist hier nicht möglich.

Klinisches Bild

Die nachfolgende Aufzählung der Symptome von V. erfolgt chronologisch. Dabei zeigt sich, daß einzelne Sym-

* Für die wertvolle Mitarbeit bei dieser Therapie möchten wir unserer Ergotherapeutin Fr. H. Schweinitzhaupt danken.



Abbildung 6

ptome schon eine längere Vorgeschichte aufweisen, einige spontan im Laufe der Therapie verschwinden, andere wiederum abgelöst werden von neuen Symptomen. Die Benennung der Symptome erfolgt a posteriori, d.h. nach der Beendigung der stationären Therapie und von der Diagnose Borderline-Syndrom aus. Denn nicht nur der therapeutische Prozeß, sondern auch die Diagnosenstellung erfordern Zeit und bedingen sich wechselseitig.

Als erstes Syndrom zeigten sich psychosomatische Beschwerden in wechselnden Organsystemen, vielleicht auch hypochondrische Beschwerden zu nennen. Fünf Monate vor Beginn der stationären Therapie treten erstmals Atemnotanfälle auf. V. hat das Gefühl, keine Luft zu bekommen. Aus Angst, in der Nacht keine Luft zu bekommen, ist der Schlaf gestört bzw. wird der Mund offengehalten. Kurz darauf treten unerträgliche Schmerzen im Augen- und Hodenbereich auf. Anlässlich der Aufnahme bei uns werden schließlich Kopf- und Gelenkschmerzen angegeben bzw. Schmerzen im Hals-Rachen-Bereich. Die organische Abklärung ergibt jeweils unauffällige Befunde. Im Zuge der Bearbeitung seiner Angst in der Therapie kann V. ein traumatisches Erlebnis vor dem Erstauftreten seiner Atemnotanfälle verbalisieren: Ein älterer Herr, befreundet mit ihm, erlitt in der Nachbarnwohnung einen Herzanfall. V. kam hinzu und sah, wie er um Luft rang, kämpfte und schließlich starb. Weinend vor Angst verkriecht sich der Bub dann unter einer Decke.

Trotz der Fixierung auf den körperlichen Bereich werden dann Angstzustände von der Mutter angegeben, die schon über ein Jahr bestehen. V. äußerte Angst zu sterben, aber vor allem Angst, er werde vergiftet, seine Mutter vergifte ihn. Die Mutter scheint diese Angstzustände nicht ernst zu nehmen, ebenso werden die Aussagen von V. ohne sichtliche emotionelle Beteiligung gemacht. Unterschwellig läßt aber die Mutter anklagen, daß V. vielleicht „nicht richtig im Kopf“ sei, daß er also verrückt sei.

Die frühkindliche Entwicklung war angeblich unauffällig. V. wurde nur einmal in der Volksschulzeit wegen „Nervosität“ und Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten einem Kinderpsychiater vorgestellt, der Medikamente verordnete. Die Mutter sieht einen Zusammenhang der Angstzustände mit dem Tod seiner zweitältesten Schwester. Diese wurde vor vier Jahren aus Eifersucht von ihrem Mann erstochen. V. sah dann, wie seine Schwester tot dalag. Diese anfangs nicht ersichtlichen Ängste steigerten sich zu Beginn der stationären Therapie bis zu massiven Berührungsängsten. Er reagierte selbst auf eine ungewollte Berührung mit exzessivem Schreien bis hin zum Wutanfall. Als mögliche Erklärung bieten sich hier Verschmelzungsängste bzw. deren Abwehr und das Vorhandensein einer mangelnden Ausdifferenzierung der Körpergrenzen bzw. der Grenzen zwischen Ich und Außenwelt an.

Schon als Zuweisungsgrund ist eine teilweise Nahrungsverweigerung bekannt. Diese steigert sich nach einigen Tagen zu einer vollständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung. Auf Grund der drohenden Entgleisung des Stoffwechsels müssen wir über 14 Tage mit nur kurzen Unterbrechungen mit einer parenteralen Flüssigkeitszufuhr antworten. Diese anorektische Reaktion, die ja bei Buben sehr selten das Vollbild einer Anorexia nervosa ergibt, ist

aber durch Vergiftungsideen und deren „paranoide“ Wendung gegen die Mutter gefärbt. Er äußert: „Im Essen ist Dreck drin“. „Wenn ich das esse, muß ich sterben.“

Sprachlich produziert V. anfangs wenig, was wir auf die Verständigungsschwierigkeiten zurückführen. Später wird jedoch deutlich, daß er trotz der relativ kurzen Zeit im Ausland recht gut Deutsch spricht und nur selektiv mutistisch reagiert. Die Sprache ist wegen der unten beschriebenen eigenartigen Mundstellung undeutlich und verwaschen.

Affektiv tritt eine zunehmende Interesseneinengung, Antriebslosigkeit und Kontaktstörung auf. Kontakt zu anderen Menschen nimmt er von sich aus nur auf, wenn er sie als Objekte braucht, die ihm zu dienen haben („Leg mir die Hand auf die andere Seite“). Die allgemeine Verlangsamung seiner Reaktionen wird nur von Aggressionsausbrüchen unterbrochen. diese richten sich vor allem gegen seine Mutter und deren überbehütende und einengende Haltung, wenn sie ihn z.B. zum Trinken zwingt: „Doktor, gib mir ein Messer für meine Mutter“ ist dann ein klarer deutscher Satz.

Motilitätsstörung: Bizarre Bewegungsabläufe sowie Bewegungstereotypien, steife Körperhaltung, Einziehen des Kopfes mit Blickrichtung zum Boden, kaum Blickkontakt, schlaffes Herunterhängen der Arme mit nach außen rotierten halb geöffneten Händen. Meist liegt er steif und marionettenhaft im Bett. Beim Einzelkontakt ist er motorisch unruhig, er kann in keiner Körperstellung lange verbleiben. Er hält mit seltenen Unterbrechungen seinen Mund weit geöffnet und unterdrückt mit Gewalt das Schlucken seines Speichels, den er dann über seine Kleidung heruntertriefen läßt. Die Organwahl seines Mundes (Hypersalivation, Eßstörung) läßt sich zusätzlich durch eine vor einem Jahr durchgeführte Tonsillektomie erklären, die aber komplikationslos verlief. Weitere Symptome treten nicht auf.

Therapieverlauf

Aufgrund der Besonderheiten dieses Falles müssen wir unsere theoretischen Vorstellungen modifizieren. Einerseits gewinnt neben der einzeltherapeutischen Betreuung die Beeinflussung durch das soziale Umfeld größere Bedeutung; d.h. hier, durch die Möglichkeiten einer stationären Psychotherapie in einer therapeutischen Gemeinschaft und die Gestaltung des Alltagsablaufes. Andererseits ist eine explizite Familientherapie aufgrund der Sprachprobleme und auch der psychischen Struktur der Eltern nicht möglich. Dafür hat aber die Stützung und Führung der Eltern, vor allem der Mutter, durch praktisch tägliche Kontakte, bei denen V. anwesend ist (Dialog für „große Ohren“), größte Bedeutung.

Wir unterteilen den Therapieverlauf in drei Phasen. Vorauszuschicken ist, daß wir grundsätzlich das, was der Patient tut oder sagt, ernst nehmen als seine Sicht der Realität, auch wenn sie für uns vielleicht nicht nachfühlbar oder am Schluß der Therapie nicht erklärbar scheint. Wir stützen aus auf die Bruchstücke adäquaten Funktionierens seines Ichs. Zwang beinhaltet aber auch dieses Vorgehen, da wir in seine Erlebniswelt eindringen und ihm zumindest anfangs den Kontakt aufzwingen mußten.

Von unserer Sicht her nennen wir die erste Phase die der Kontaktaufnahme, das Kennenlernen der spezifischen Reaktionsweisen des Patienten, die Phase der Regression aus V.s Sicht. Zeitlich dauert sie drei Wochen. Klinisch steht die völlige Essens- und Flüssigkeitsverweigerung im Vordergrund. Wir lassen V. völlige Freiheit diesbezüglich, da wir hier Zwangsmaßnahmen für unwirksam halten. Je mehr auch die Eltern auf ihn einreden, desto weniger ißt er. Allerdings macht das dann eine Infusionstherapie notwendig, gegen die er sich aber nicht wehrt. Vielmehr genießt er diese sichtlich, da ihm das eine Regression, einen Rückzug aufs Bett erlaubt. Auf unsere Versuche, die Infusionen, wenn klinisch möglich, abzusetzen, antwortet er nur mit weiterer Verweigerung, ja er verlangt selbst nach einer Infusion.

In dieser Zeit versuchen wir den Kontakt zur Mutter einzuschränken, da dieser immer wieder Aggressionsausbrüche provoziert, z.B. durch ihre Zwangsfütterungsversuche oder durch Besprenkeln mit Weihwasser. Die Mutter läßt sich von V. schlagen, fordert ihn fast dazu auf, dabei lächelt sie, was V. in seiner Wut nur noch hilfloser macht. Das heißt, er bekommt nicht einmal auf eine aggressive Reaktion eine adäquate Antwort. In der Beziehung zum Personal gestattet V. in dieser Phase langsam die Zuwendung über funktionelle Handlungen, alltägliche pflegerische Maßnahmen; er regrediert auf kleinkindhaftes Verhalten.

Wegen des Gewichtverlustes bzw. wegen der eventuell zu tiefen Regression stehen wir vor der Alternative einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Zwang. Wir entscheiden uns für Zwangsfütterung. Er wehrt sich anfangs leicht, öffnet aber dann doch den Mund und verschlingt die Nahrung. Dabei wird die Ambivalenz seiner oralen Haltung deutlich. Nachher erfolgt zwar ein 20-minütiger Raptus („Ich sterbe, ich sterbe“), damit ist aber der Bann gebrochen. Eine medikamentöse Ruhigstellung ist auch hier nicht nötig. Theoretisch verfolgt unser Vorgehen, wie es eigentlich von V. selbst diktiert wird, das schrittweise geraffte Durchgehen der Entwicklungsphasen eines Kindes (Vgl. *Mahler*, 1972).

In der zweiten Phase (ab der vierten Woche) steht sein Verhalten, seine Aktivierung und damit die Funktion der Therapeuten als Hilfs-Ich, als Stütze im Mittelpunkt. Das Eßverhalten normalisiert sich, er geht dazu über, alltägliche Funktionen selbst zu verrichten und wird dadurch selbständiger. Über körperlichen Kontakt, Massage, Übungen zum Körperschema mildern sich seine Ängste, mit seinem Körper sei etwas nicht in Ordnung. Er begutachtet sich oft im Spiegel („wer bin ich“), was wir auch therapeutisch einsetzen, und kann so probeweise seinen Körper entdecken und aktivieren. Eine verbale Interaktion ist nur beschränkt möglich, er ist jedoch wach und hört unsere Vermutungen über das, was gerade abläuft, interessiert an. Angstvolle Inhalte wie die Ermordung seiner Schwester werden im Szenospiel dargestellt; erstmals formuliert er den Wunsch, gesund zu werden.

Diese Ansätze einer Veränderung beim Patienten beunruhigen die Mutter zusehends, die den Unterschied zwischen seinen Reaktionen auf uns und auf die Eltern sieht (so beginnt er mitten in der Stadt plötzlich zu speicheln, als er seinen Vater sieht) und als Aggression gegen sich, als Ablehnung ihrer Mutterrolle deutet. Dies und die beginnende Verselbständigung und damit Ablösung von ihr führen bei

der Mutter zu einer Krise. Nachdem bisher bereits mehrmals ein Therapieabbruch durch die Eltern abgewendet werden mußte, spitzt sich jetzt die Situation zu. Psychotherapie ist für sie nichts Greifbares. Vor allem aus diesem Grund, dann auch wegen der Borderline-Symptomatik geben wir ab der sechsten Woche ein Neuroleptikum (Haloperidol). Damit bleibt V. weiter auf der Station. Unseren Beobachtungen nach ergibt sich durch diese medikamentöse Unterstützung keine Veränderung der schon vorher gegebenen positiven Entwicklungslinien von V. Die Gabe eines Placebos wäre hier vielleicht eine Alternative gewesen.

In der letzten Therapiephase ist die Versöhnung von V. mit seiner Mutter hervorzuheben. Nachdem wir ihn vorher in seiner Ablösung unterstützt und das Eindringen und die Zwangsmaßnahmen vor allem der Mutter eingeschränkt haben, sucht V. nun von sich aus Kontakt zu ihr. Er gestattet ihr mütterliche Zuwendung, ohne wie früher mit Affektausbrüchen zu antworten, was die Mutter sichtlich genießt.

Bei der Entlassung ist ein Großteil seiner Symptome, vor allem seine Ängste und Vergiftungsideen verschwunden. Als Hauptproblem besteht noch eine motorische Verlangsamung und allgemeine Passivität, vor allem aber ist seine psychosoziale Wiedereingliederung und Schullaufbahn noch offen.

Insgesamt stellt dieser Fallbericht sicher nur eine – auch durch äußere Faktoren beschränkte Beschreibung dar. Möglich waren eine Ich-Stärkung, Fortschritte in der Lebensbewältigung und eine adäquatere Beziehung zu seinen Eltern, offen blieb aber noch die psychosoziale Wiedereingliederung oder auch das Durcharbeiten der andeutungsweise vorhandenen psychosexuellen Komponenten seiner Borderline-Störung.

In allen drei Fallberichten ist die Gewichtung von einzel-, familien- und soziotherapeutischen Maßnahmen unterschiedlich, ebenso unterschiedlich ist auch unsere Einflußnahme auf die Familie, von der Trennung bis hin zu einer – vielleicht prekären – Wiederversöhnung. Schließlich ist auch der erreichte Therapieeffekt unterschiedlich, wenn wir von den psychischen Aufgaben ausgehen können, die sich für jeden, also auch für unsere Patienten, in der Pubertät stellen: Ablösung von der Familie, Identitätsfindung, Erstellen eines Lehrplanes und Fähigkeit zur Intimität (vgl. *Lidz*, 1976). Wir denken aber, daß das skizzierte Vorgehen Vorteile gegenüber einem reduktionistischen Modell bietet.

Summary

Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescence

Family therapy has given important contributions to investigation of schizophrenia. Beside pharmacotherapy and institutional detention, family therapy has given new therapeutic aspects through which the former individualistic and negativistic sight of schizophrenia was criticized.

Especially with psychotic children and adolescents, we believe that systemic family therapy has a great chance. In this study we offer three case reports, dealing with the con-

crete management of this theoretic modell. The first case report deals with an adolescent in his first psychotic episode, the second with a child of a schizophrenic mother and at last a borderline-adolescent is described.

Literatur

Bateson, G., Jackson, D., Laing, R., Lidz, T. und Wynne, L. (1967): Schizophrenie und Familie. Frankfurt – *Dell, P.* (1981): Untersuchung der Familientheorien zur Schizophrenie: Eine Übung in epistemologischer Konfusion. In: *Familiendynamik* S. 310–331. –

Fromm-Reichmann, F. (1948): Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. In: *Psychiatry* 11, 263–273 – *Hubschmid, T.* (1981): Psychiatrisches Denken – Systemisches Denken. In: *Familiendynamik* S. 366–378 – *Lidz, T.* (1976): Skizze einer Theorie der schizophrenen Störungen. In: *Familiendynamik* S. 90–112 – *Mahler, M.* (1972): Einzel- versus Familientherapie schizophrener Patienten. In: *Familiendynamik* S. 112–129 – *Wynne, L.* (1976): Die Familien Schizophrener. In: *Familiendynamik* S. 333–359.

Anshr. d. Verf.: Dr.med. B.Mangold, Dr.phil. G.Rathner, Dr.phil. M.Schwaighofer, Univ.-Klinik für Kinderheilkunde, Anichstr. 35, A-6020 Innsbruck.