

Voll, Renate

Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 9, S. 331-338

urn:nbn:de:bsz-psydok-36813

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

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology and Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Specialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma¹

Renate Voll

Zusammenfassung

Der Sorgekomplex bei Eltern von hirnerkrankten Kindern wird als Abwehrformation gegen das erlebte Scham-Schuld-Dilemma der Eltern beschrieben. Der Sorgekomplex entspricht nicht einem Bewältigungsverhalten, das den Kindern förderlich ist, sondern eher einem Verhalten, das die Kinder und Jugendlichen nach dem Hirntrauma überfordert. Er besteht in Overprotection, veränderter emotionaler Akzeptanz des Kindes und verändertem Erziehungsstil mit strenger Kontrolle über die Leistungssituation in der Schule und die noch notwendigen Therapien. Varianten subjektiv empfundener Schuld der Eltern dem Kind gegenüber werden in mehreren Fallvignetten dargestellt. Vorgehensweisen bei der psychotherapeutischen Behandlung der Eltern werden erörtert. Zuletzt erfolgt ein Ausblick auf die Auswirkungen des Sorgekomplexes auf das Selbstbild und die Selbstakzeptanz in der Adoleszenz.

1 Einleitung

In den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland verunglückten im Jahr 1988 auf den Straßen 42725 Kinder, 359 davon tödlich (KINZINGER u. PÜSCHEL 1991). Nach Angaben von REMSCHMIDT und STUTTE (1980) erleiden ca. 4000–6000 Kinder pro Jahr ein Schädel-Hirn-Trauma, die Zahlen dürften jedoch gestiegen sein. Exakte Angaben über die Anzahl von Kindern, die ein Schädel-Hirn-Trauma pro Jahr erleiden, sind über das statistische Bundesamt nicht erhältlich. Der typische Unfallort ist die benachbarte Umgebung der elterlichen Wohnung. Kinder bis zum Alter von 10 Jahren sind sowohl als Fußgänger wie auch als Radfahrer sehr gefährdet, Kinder über 10 Jahre verunglücken überwiegend als Radfahrer (KINZINGER u. PÜSCHEL 1991). Aufgrund der Nähe des Unfallortes zur elterlichen Wohnung sehen die Eltern oft ihr Kind noch verletzt auf der Straße liegen. Die Zeit bis zum Eintreffen des Krankenwagens wird unerträglich lang.

Bereits in der Frühphase des Unfalls ihres Kindes haben sich die Eltern mit Vorwürfen ihrer Verwandtschaft auseinanderzusetzen, daß sie ihre Aufsichtspflicht nicht eingehalten hätten. Auch wenn seitens der Verwandtschaft keine solchen Anschuldigungen erhoben werden, machen sich die Eltern diese Vorwürfe häufig selbst. Besonders wenn die Eltern selbst am Steuer des Autos gesessen

haben, mit dem das Kind und die Familie verunglückte, sind Schuldgefühle und Selbstvorwürfe die Regel. Nach ODDY und HUMPHREY (1980) reagieren 39% der Angehörigen unmittelbar nach dem Unfall mit depressiven Symptomen. Die Gefühle von Schuld und Versagen beziehen sich auch auf das oft unbewußte Wissen, daß die Verhältnisse, in denen die Familie und das Kind lebte, das Unfallereignis mitbedingten. So konnte MARTINIUS (1985) Fakten wie Arbeitslosigkeit des Vaters, niedrigen sozioökonomischen Status, Trennung oder Scheidung der Eltern, abweichende Familienverhältnisse und andere Belastungen bei Familien mit hirnerkrankten Kindern nachweisen. Kinder aus ungünstigen familiären Bedingungen und cerebral vorgeschädigte Kinder sind nach REMSCHMIDT und STUTTE (1980) vermehrt für Unfälle disponiert.

2 Folgen des Hirntraumas bei den Kindern

Eine Vielfalt von neuropsychologischen Störungen kann in unterschiedlicher Kombination nach dem Schädel-Hirn-Trauma auftreten: Störungen des Lang- und Kurzzeitgedächtnisses, Wahrnehmungsstörungen, Beeinträchtigungen der konstruktiven Praxis, Störungen der Konzentration, Aphasien, Apraxien, Dyskalkulien, Verlangsamungen des psychischen Tempos, Antriebsstörungen und zahlreiche andere zentrale Informationsverarbeitungsstörungen. Häufig kommt es zu einer Minderung des intellektuellen Leistungsvermögens. Nach LEHMKUHL (1986) sind die möglichen neuropsychologischen Rückbildungsprozesse in der Regel nach einem Jahr abgeschlossen, so daß danach keine wesentlichen Leistungsverbesserungen zu erwarten sind. Bei vielen der jungen Patienten mit schwerem Hirntrauma bleibt ein neuropsychologisches Defektsyndrom unterschiedlicher Schwere langfristig bestehen.

Nach REMSCHMIDT und STUTTE (1980) führt die Hirnschädigung zu einer stärkeren Vulnerabilität gegenüber Umweltreizen und begünstigt das Auftreten psychopathologischer Auffälligkeiten. Kinder mit einer erlittenen Schädel-Hirn-Verletzung sind um ein vielfaches vermehrt psychiatrisch auffällig. RUTTER (1977) gibt eine Quote von 34% psychiatrischer Auffälligkeiten bei der Gruppe der hirngeschädigten Kinder an, LEHMKUHL (1986) berichtet über eine Quote von 23,7% bei Kindern mit leichter cerebraler Schädigung und über eine Quote psychiatrischer Auffälligkeiten von 61,7% in der Gruppe der Kinder mit schweren posttraumatischen cerebralen Läsionen. Zahlreiche andere Störungen können auftreten: Hemiparesen, Tetraparesen, therapeutisch oft schwer zu beeinflussende Ataxien, periphere und zentrale Hörstörungen,

¹ Wertvolle Anregungen zu diesem Thema verdanke ich meinem Kollegen Dr. med. G. Rudnitzki

Sehstörungen in Folge von Optikusatrophien oder Erblindungen durch Verletzungen des Auges, Einschränkungen des Gesichtsfeldes oder Sehen von Doppelbildern durch posttraumatisches Lähmungsschielen. Weiter können Hypophonien, Dysarthrien und Sprechapraxien, Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns, Störungen der Hypophysenfunktion und posttraumatische Epilepsien vorkommen.

3 Phasen der Rehabilitation der hirnverletzten Kinder/Jugendlichen

In der *ersten Phase der Rehabilitation* werden die Kinder nach dem Hirntrauma in Kinderkliniken oder chirurgischen Kliniken der Akutversorgung behandelt, in der *zweiten Phase der Rehabilitation* erfolgt die Behandlung in speziell dafür ausgestatteten Rehabilitationskliniken. In diesen beiden Phasen der Rehabilitation besteht für neuropsychologische Störungen und Verhaltensstörungen wie z. B. Distanzlosigkeit und gestörte soziale Wahrnehmung seitens der Kinder und Jugendlichen meist keine Krankheitseinsicht. Die Krankheitseinsicht muß in Rehabilitationskliniken erst mühsam erarbeitet werden, da die Kinder sonst zur therapeutischen Arbeit an ihren Störungen nicht motiviert sind (POSER u. SEDLMEIER 1990). Das tägliche Training im neuropsychologischen Bereich, Ergotherapie, Krankengymnastik und Logopädie schafft bei den Kindern erst allmählich ein Bewußtsein dafür, welche Funktionen jetzt nach dem Unfall gestört sind (HACKSPACHER et al. 1991). Krankheitseinsicht zu schaffen für eine bestehende Hemianopsie ist zum Beispiel für die Wiedereingliederung der Kinder in einen normalen Alltag mit Selbständigkeit im Straßenverkehr von großer Bedeutung.

Im Gegensatz dazu werden gravierende motorische Störungen wie Hemiparesen, Tetraparesen und Ataxien, die die gewohnte Bewegungsfreiheit einschränken und die Selbständigkeit verringern, oft von den Betroffenen schmerzhaft wahrgenommen. SEIDEL und CHADWICK (1975) berichten, daß leichter geschädigte Kinder heftiger auf ihre Schädigung reagieren als schwerer geschädigte Kinder. Bei einem Teil der Kinder mit schweren Schädigungen, so die Autoren, kann längerfristig die Krankheitseinsicht gemindert sein. Sie fühlen sich daher in sozialen Interaktionen weniger beeinträchtigt.

Für die Kinder beinhalten die ersten beiden Phasen der Rehabilitation eine lange Trennung vom Elternhaus. In den Rehabilitationskliniken werden sie daher üblicherweise von Samstagmorgen bis Sonntagabend beurlaubt, um nach Hause zu fahren und wichtige Kontakte zu vertrauten Menschen pflegen zu können. Vor der Entlassung wird in den Rehabilitationskliniken außerdem geplant, welche weitere schulische Förderung nach der Entlassung sinnvoll und möglich ist. Es kann sowohl eine Umschulung auf eine Körperbehindertenschule anstehen wie eine Umschulung auf eine Lernbehindertenschule. Es kann aber auch die probeweise Wiedereingliederung in die alte Schule erfolgen, eventuell unter Zuhilfenahme von Kooperationsstunden seitens der regionalen Körperbehinderten-

schule. Mit der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik und Wiederaufnahme eines geregelten Alltags beginnt die *dritte Phase der Rehabilitation*: Jetzt müssen oft noch mehrere ambulante Therapien erfolgen, meist unter Inkaufnahme längerer Fahrtwege zu den jeweiligen Praxen für Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. Da es Tageskliniken, die ambulante Rehabilitation bieten, nicht gibt, bedeuten diese Fahrtwege oft eine zusätzliche Belastung im Alltag für Mutter und Kind. Häufig sind die Kinder durch die Vielzahl der noch nötigen Therapien in ihren Sozialkontakten und ihren Möglichkeiten zu Freizeitgestaltung und Spiel eingeschränkt.

In dieser dritten Phase der Rehabilitation erfolgt oft die regelmäßige, zusätzliche Kontrolluntersuchung und Beratung mit den betreuenden Spezialisten der zuvor in Anspruch genommenen Rehabilitationsklinik, um die therapeutischen Notwendigkeiten je nach Entwicklung des Kindes erneut festzulegen.

Oft erfolgt später eine *vierte Phase der Rehabilitation*: Diese kann schulische Ausbildung, Berufsvorbereitungsjahr, Berufsfindung oder Berufsausbildung an einem Rehabilitationszentrum mit Internatsunterbringung bedeuten. Auch hier können dann an einem Rehabilitationszentrum begleitend Therapien in Anspruch genommen werden. Vor allem entlastet die verlängerte Schul- und Ausbildungszeit an den Rehabilitationszentren häufig diejenigen der jungen Leute, die durch das Hirntrauma Verlangsamungen des psychischen Tempos beibehalten haben.

Der über Jahre dauernde Rehabilitationsprozeß, wie er für die meisten dieser Kinder üblich ist, kann zusätzlich noch Folgeoperationen beinhalten, die jedoch meist in der zweiten oder dritten Phase der Rehabilitation durchgeführt werden: Korrekturoperationen von posttraumatischem Lähmungsschielen, die manchmal wiederholt werden müssen, oder Operationen zwecks Verlängerung beispielsweise der Achillessehne bei schwerer Spastik. Komplikationen wie posttraumatische Epilepsien machen oft erneut zu unterschiedlichen Zeitpunkten Krankenhausaufenthalte notwendig, um das Anfallsleiden einzustellen.

Die soziale Bedeutung des Rehabilitationserfolges bei Kindern nach Hirntrauma ist nicht zu unterschätzen. Nach LEHMKUHL (1986) wird die schulische und soziale Integration vor allem durch die neuropsychologische und psychopathologische Spätsymptomatik bestimmt. Unabhängig vom Lebensalter beim Trauma prägen die prämorbidem Persönlichkeitseigenschaften das posttraumatische Verhalten wesentlich mit. LECUIRE et al. (1971) fanden heraus, daß bei zwei Drittel der nicht wieder sozial zu integrierenden Patienten Persönlichkeitsveränderungen vorlagen, so daß die begleitende psychopathologische Symptomatik die sozialen Möglichkeiten entscheidend beschnidet.

4 Das Scham-Schuld-Dilemma und der Sorgekomplex der Eltern

Schamaffekte beziehen sich nach einer Definition von WURMSER (1989) auf eine Position der erlebten Ohn-

macht, Schuld auf eine Position der Macht. Die Schuldgefühle der Eltern ihren hirnverletzten Kindern gegenüber können sehr unterschiedlich sein. Schuldgefühle speisen sich oft aus dem Gefühl, die elterliche Aufsichtspflicht nicht genügend wahrgenommen zu haben, sie können sich aber auch auf einen kurz vor dem Unfall stattgefundenen Streit beziehen, nach dem das Kind das Haus verließ und in ein Auto lief. Ebenso können sich Schuldgefühle auf eine kurz vor dem Unfall erfolgte eheliche Trennung beziehen, unter der das später verunglückte Kind sehr gelitten hat. Bei alleinerziehenden Eltern ist es möglich, daß sich Schuldgefühle darauf beziehen, dem Kind hinsichtlich der zeitlichen Zuwendung etwas schuldig geblieben zu sein. Schuldgefühle können dadurch zustande kommen, daß die Eltern sich im Nachhinein Vorwürfe machen, in der Phase des Hausbaus oder einer besonders intensiven beruflichen Belastung, in der das Kind verunglückte, nicht genügend Zeit für das Kind und seine Anliegen gehabt zu haben.

Schamgefühle der Eltern können sich darauf beziehen, nach dem Unfall vor der Verwandtschaft oder den Freunden beschämt dazustehen, direkt oder über Umwege zu erfahren, daß die anderen meinen, der Unfall hätte eventuell durch bessere Wahrung der Elternpflichten verhindert werden können. Vielleicht kommt auch Spott seitens einer Person hinzu, die meint, bei dem Verhalten der Eltern hätte man ja ein Unglück kommen sehen. Das Ausmaß empfundener Schuldgefühle und erlebter Insuffizienz, als Eltern versagt zu haben, ist von der Vorgeschichte, dem Unfallhergang und den Unfallfolgen, der Familiendynamik und der Persönlichkeitsstruktur der Eltern abhängig. Schuldgefühle kommen meist nicht vor, wenn ein völlig absurdes Unglück passiert, beispielsweise ein Kind von einem Betrunknen auf dem Bürgersteig angefahren wird. Hier wird eine andere soziale Bewertung vorgenommen, als in dem Falle, daß ein Kind aus einer Scheidungsfamilie nach einem Streit mit einem der Eltern aus dem Haus geht und in ein Auto läuft. Die soziale Bewertung fällt auch anders aus, wenn eine Mutter ihr 3jähriges Kind mit dem 8jährigen Geschwister auf den Spielplatz schickt und dabei das jüngere sich von der Hand seines Geschwisters losreißt und von einem Auto erfaßt wird.

Schamgefühle können sich ein Leben lang darauf beziehen, dem Kind gegenüber versagt zu haben. Das schuldhaft empfinden der Eltern, dem Kind gegenüber versagt zu haben und die Scham, daß dies wegen des häufig entstehenden langfristigen neurologischen und neuropsychologischen Defektsyndroms nicht wiedergutzumachen ist, macht das Scham-Schuld-Dilemma der Eltern aus, das auch mit Hilfe begleitender psychotherapeutischer Gespräche nur schwer, manchmal gar nicht auflösbar ist. Für den Fall, daß die Eltern sich selbst Schuldvorwürfe nach dem Unfall ihres Kindes machen, können sie sich diese empfundene Schuld oft schlecht verzeihen, da die Folgen für die Kinder – aber auch für die Eltern – unabsehbar sind. Darin besteht der tragische Konflikt und das tragische Erleben der Eltern im Scham-Schuld-Dilemma.

Die Abwehr, die sich auf die unerträglichen Affekte des Scham-Schuld-Dilemmas bezieht, kann unterschiedlich ausgestaltet sein. Die am häufigsten zu beobachtende Abwehrformation ist die Entwicklung des ‚Sorgekomplexes‘. Unter dem Sorgekomplex wird nicht die liebevolle Unterstützung der Kinder durch die Eltern während aller Rehabilitationsphasen verstanden, was einem Bewältigungsverhalten gleichkommen dürfte. Der Sorgekomplex beinhaltet, daß die Eltern manchmal auf ihre eigene Weise, nicht selten zum Nachteil der Kinder, beginnen, mit ihren Kindern an den noch bestehenden neurologischen oder neuropsychologischen Defiziten zu arbeiten, oft sehr zum Leidwesen der Rehabilitationsspezialisten. Lerntorturen in der dritten Phase der Rehabilitation nach Reintegration in die regionale Schule erschöpfen die Beziehungsressourcen zwischen Eltern und Kind, da häufig aufgrund der neuropsychologischen Defizite die Ergebnisse dieser gemeinsamen Anstrengungen dürftig sind und bleiben. In der Phase noch bestehender neurologischer Defizite, zum Beispiel bei einer bestehenden Hemiparese mit eingeschränktem Gehvermögen des Kindes, kann es vorkommen, daß die Eltern ein eigenes Gehtraining zu Hause mit Üben von Treppensteigen veranstalten, häufig ohne dies mit der behandelnden Krankengymnastin abzusprechen. Je schwerer das Hirntrauma ist, desto intensiver wird die elterliche Kontrolle sowohl im Alltag wie auch die Wahrnehmung aller nur erdenklichen Fördermöglichkeiten des Kindes.

Das tragische Erleben der Eltern und der tragische Konflikt wird durch die schmerzhaft empfundene Wahrnehmung aufrechterhalten, daß das Kind nach dem Unfall in seinen Reaktionen im kognitiven und emotionalen Bereich verändert ist. Die Eltern müssen sich oft damit abfinden, jetzt ein anderes Kind zu haben. Besonders bei Kindern mit schwerem Hirntrauma hält der Trauerprozeß der Eltern oft über Jahre an. Gedanken darüber, welche Entwicklung das Kind hätte nehmen können, wenn der Unfall nicht erfolgt wäre, können oft schlecht abgewehrt werden und kehren immer wieder. Die aktive Bewältigung der Situation mit Wahrnehmung aller nur erdenklichen, professionellen therapeutischen Hilfen für das Kind mit der Tendenz zur ‚Übertherapie‘ ist eine Seite der Ausgestaltung des Sorgekomplexes. Überbehütung, Kontrolle bei den Schulaufgaben, überfordernde Erwartungen an das Kind und veränderter emotionaler Erziehungsstil sind oft die andere Seite des sich entwickelnden Sorgekomplexes.

Bei Eltern, die aufgrund einer Über-Ich-Störung, zum Beispiel bei einer Borderline-Struktur, weder Scham noch Schuld empfinden und nur geringe Fähigkeiten zu Sorge und Anteilnahme entwickeln konnten, kann sich der Scham-Schuld-Sorge-Komplex nicht ausbilden (KERNBERG 1975). Sie werden dazu neigen, projektiv Vorwürfe an das Team zu richten, das ihr Kind behandelt.

Fallvignette 1: Die 8jährige Maria² bekommt morgens beim Frühstück einen heftigen Streit mit ihrer Mutter, weil die Mutter erfährt, daß sie die Schularbeiten gestern nicht erledigt hat. Wü-

² Die Namen aller in der Arbeit genannten Patienten wurden geändert.

tend verläßt Maria die Wohnung zehn Minuten früher als sonst üblich, um in die Schule zu gehen. Sie läuft auf der verkehrsreichen Straße vor dem Haus in ein Auto. Die Mutter sieht Maria verletzt auf der Straße liegen und steht wie gelähmt da; sie kann nichts tun. Die Großmutter wirft ihrer eigenen Tochter in Gegenwart des bewußtlosen Enkelkindes und der hinzugeeilten Nachbarn vor, sie sei an dem Unfall schuld, da sie Maria nicht zur Schule begleitet habe. In der unmittelbaren Vorgeschichte des Unfalls hatte es bereits einen längeren Streit zwischen der Großmutter und Mutter von Maria gegeben. Die Großmutter war der Meinung gewesen, die Gegend sei zu verkehrsreich und zu gefährlich, um Maria allein zur Schule gehen zu lassen. Die Mutter war anderer Meinung und hatte ihre Tochter selbst ausführlich auf das richtige Verhalten im Straßenverkehr hingewiesen. Jetzt hatte die Großmutter auf schreckliche Weise recht behalten.

Die Mutter fühlte sich nach dem Unfall sowohl ihrer Tochter als ihrer Mutter gegenüber als Versagerin. Sie hatte sich nun wieder ihrer Mutter gegenüber trotzig verhalten. Schon als Kind war ihre Beziehung zu Mutter und Vater, welche sich früh scheiden ließen, durch Streit und emotionale Kälte gekennzeichnet gewesen. Als sie dann mit Maria schwanger wurde, riet ihr die eigene Mutter zur Abtreibung. Sie brachte Maria zur Welt, trennte sich aber später von dem Vater des Kindes. Ihrer Mutter verzieh sie nie, daß sie ihr zur Abtreibung geraten hatte. Maria hatte sowohl unter der Trennung ihrer Eltern gelitten als auch unter der Trennung vom zweiten Lebenspartner der Mutter, dem Vater ihrer Schwester.

In der zweiten Phase der Rehabilitation verleugnet die Mutter noch bestehende neuropsychologische Defizite von Maria, der sonst auf den ersten Blick keine Unfallfolgen mehr anzusehen sind. Für die Mutter ist es wie eine Bestätigung ihrer Schuld, wenn die noch bestehenden Gedächtnisprobleme und Störungen der konstruktiven Praxis ihrer Tochter in der Rehabilitationsklinik thematisiert werden. Sie will eine rasche Integration in die Regelschule und eine Normalisierung des Lebens, um auch ihrer eigenen Mutter zu beweisen, daß die Folgen des Unfalls nicht so gravierend waren. Erst als diese Dynamik mit ihr bearbeitet wird, kann sie verstehen, daß sie ihrer Tochter schadet, wenn sie sie durch zu rasche Integration in die Regelschule überfordert. Sie kann sich nun Zeit lassen und die Scham-Schuld-Dynamik mit einer Psychologin der Klinik besprechen.

Die vorstehende Fallvignette demonstriert mögliche destruktive Folgen schwerer emotionaler Belastungen aufgrund eines über Generationen mißglückten Familiendialogs, welche vor allem die Kinder treffen. Bei solchen Konstellationen ist ein subjektiv empfundenes Scham-Schuld-Dilemma der Eltern häufig zu eruieren, dessen Wurzeln biographisch im Sinne der Wiederholung und Reinszenierung von erlebter Eltern-Kind-Beziehung weit in die Kinderzeit der Eltern hineinreichen. Ein Scham-Schuld-Dilemma ist besonders dann unausweichlich, wenn die Eltern aktiv am Unfallgeschehen beteiligt waren.

Fallvignette 2: Die 7jährige Antoeche erleidet auf der Rückreise von Griechenland, dem Herkunftsland ihrer Familie, im Auto ihrer Eltern ein schweres Schädel-Hirn-Trauma und Polytrauma. Die Mutter saß am Steuer. Der Vater erleidet eine Knie- trümmerfraktur, die Schwester der Mutter verliert durch einen traumatischen Gliedmaßenabriß einen Arm. Antoeche ist 14 Tage lang bewußtlos, sie erleidet eine Oberschenkelfraktur links und eine Hemiparese rechts. Neben einer leichten Aphasie bestehen Gedächtnisprobleme nach dem Unfall. Sie kann nach Abschluß

der zweiten Phase der Rehabilitation wieder die Regelschule besuchen. Ihre Leistungen sind jedoch schwach. Sie kommt in der dritten Phase der Rehabilitation regelmäßig zur neuropsychologischen Nachuntersuchung und sonderpädagogischen Beratung an ein Rehabilitationszentrum. Die Mutter, die bei dem Unfall selbst ein Schädel-Hirn-Trauma mit viertägiger Bewußtlosigkeit erlitten hat, kümmert sich um alle, nur nicht um sich selbst. Auch sie hat noch deutliche Gedächtnisstörungen. So fährt sie zum Beispiel zur Arbeit und hält unterwegs an, da sie nicht mehr weiß, wohin sie fahren wollte. Sie glaubt fest daran zu wissen, wie der Unfall zustande gekommen sei. Sie habe einen Lastwagen zu knapp überholen wollen und sei ins Schleudern geraten. Da sie Jahre unfallfrei gefahren ist, versteht sie nicht, wie dieses Unglück passieren konnte. Sie leidet unter einer schweren Depression und kann sich über nichts mehr freuen, außer wenn ihr die Ärzte sagen, daß es bei ihrem Mann oder Kind bergauf geht. Ihr Mann kann nach mehrfachen Knieoperationen wieder laufen, aber ihre Schwester hat den Arm verloren und auch Antoeche hat bleibende Beeinträchtigungen im neuropsychologischen Bereich davongetragen. Nachmittags, wenn Antoeche von der Schule nach Hause kommt, lernt sie mit ihr, „damit sie wenigstens die Hauptschule schafft“. Die Hausaufgaben-situation ist für Mutter und Tochter sehr belastet. Häufig gibt es Streit, weil Antoeche aufgrund der Restaphasie sich mit zusätzlichen Diktaten schwer tut. Nach einer psychotherapeutischen Intervention kann die Mutter einsehen, daß sie wegen der retrograden Amnesie, die ja bei vier Tagen Bewußtlosigkeit zu postulieren ist, den Unfallhergang aus eigener Erinnerung gar nicht wissen kann. *Gemeinsam mit ihrem Mann, der sie sehr unterstützt und zu ihr hält*, beginnt sie erneut über den Unfall nachzudenken. Für sie wird es nun auch denkbar, daß ihr am Steuer schlecht geworden ist und die Schuldfrage sich daher erübrigt. Jetzt erst erlaubt sie sich selbst einen Rehabilitationsaufenthalt zur Behandlung der bei ihr bestehenden unfallbedingten Folgen. Auch ihr Verhältnis zur Tochter entspannt sich. Sie läßt sie allein Hausaufgaben machen und steht lediglich zur Verfügung, wenn die Tochter etwas nicht versteht. Zusätzliche Aufsätze diktiert sie ihrer Tochter jetzt nicht mehr.

Während in den vorstehenden Vignetten ein ausgeprägter Sorgekomplex durch die tatsächliche direkte und indirekte Verwicklung der Eltern in das Unfallgeschehen entstand, ist dies weniger der Fall, wenn sich die Eltern aufgrund des Unfallhergangs keine derartigen Vorwürfe machen. In diesen Fällen ist auch das Verhältnis zum Kind posttraumatisch und während der Rehabilitationsphasen unbelasteter. Das in Fallvignette 3 geschilderte Unglück ist so deutlich außerhalb der elterlichen Verantwortung, daß die Eltern ein Scham-Schuld-Dilemma nicht entwickelten.

Fallvignette 3: Die 5jährige Sophie befindet sich mit ihren beiden Eltern beim Abendspaziergang auf einer Strandpromenade in Südfrankreich, als ein 13jähriger Autodieb die Kontrolle über das gestohlene Auto verliert, in die Promenade rast und Sophie erfaßt. Sophie erleidet eine schwere Beckenfraktur, Oberschenkelhalsfraktur und ein Schädel-Hirn-Trauma. Aufgrund der sich zwischen Becken und Femurkopf entwickelnden Ossifikationen bei gleichzeitiger Hemiparese auf dieser Seite ist sie über ein Jahr auf den Rollstuhl angewiesen, bis sie wieder laufen lernt. Die Eltern unterstützen sie liebevoll. Die Mutter ist für den gesamten Zeitraum der ersten und zweiten Phase der Rehabilitation in den jeweiligen Kliniken präsent. Die Familie erfährt große Unterstützung durch den Freundeskreis. Die Mutter ist sogar in der Lage,

Mitleid mit dem 13jährigen Autodieb zu empfinden. Ein adäquater Umgang mit dem Kind und dessen noch bestehenden Ausfällen auch neuropsychologischer Art, ist zu beobachten. Nach einem Jahr der Rehabilitation wird Sophie wieder in einen Regelkindergarten integriert.

5 Veränderter Erziehungsstil und veränderte emotionale Akzeptanz des Kindes

In der Literatur werden zwei Elternhaltungen dem verletzten Kind gegenüber diskutiert, die Ausdruck der eigenen Befindlichkeit der Eltern sind: Beharren auf der bisherigen Einschätzung des Kindes und abrupte Einstellungsänderung.

Beharren auf der bisherigen Einschätzung des Kindes mit Überforderung wird nach LAUX (1967) häufig in Aufsteigerfamilien gefunden, in denen das Kind vielfach zum Prestigeobjekt wird. LAUX zufolge frustriert das hirnverletzte Kind die Eltern in ihren Identifikationswünschen. Aufgrund dieser Dynamik können Eltern die unfallbedingte Veränderung ihres Kindes häufig schlecht wahrnehmen. Hirntraumatisch geschädigte Kinder reagieren auf derartige elterliche Haltungen entweder mit Leistungsverweigerung oder mit verzweifelter Anstrengung, den Wünschen gerecht zu werden oder aber mit Rückzug, Entmutigung und Depression.

REMSCHMIDT und STUTTE (1980) nennen als alternative Elternhaltung zum Beharrungsstil eine abrupte Einstellungsänderung mit Overprotection. Die Schädigung würde häufig so ernst genommen, daß die Eltern jede auch angemessene Forderung vom Kind fernhielten und eine erzieherische Verwöhnungshaltung praktizierten. Diese Haltung sei oft mit Schuldgefühlen kombiniert, die sich darauf bezögen, daß sich ein Elternteil aufgrund einer mangelhaften Beaufsichtigung selbst Schuld am Unfall des Kindes zuschreiben würde. Die Autoren betonen den Zusammenhang zwischen Overprotection und erlebter subjektiver Schuld seitens eines Elternteils. In der Sprache der Psychoanalyse dient die Overprotection oder die Entwicklung des Sorgekomplexes der Abwehr des Scham-Schuld-Dilemmas. Häufig beruht die subjektiv erlebte Schuld der Eltern auf der erst nach dem Unfall erfolgten Erkenntnis, dem Kind mehr an Aufsicht schuldig geblieben zu sein, als sie annahmen. Ein häufiges Beispiel ist das Erteilen der Erlaubnis, daß ein 8-13jähriges Kind das Fahrrad für den Schulweg benutzen darf. Erst nach dem Unfall realisieren die Eltern, daß die unübersichtlichen Verkehrssituationen für ihre Kinder eine Überforderung darstellten. Ihnen wird klar, daß die Kinder aufgrund ihrer noch spielerischen Einstellung zur Umwelt, ihres kleineren Sichtfeldes und ihrer geringeren Erfahrung viele Vorgänge im Straßenverkehr noch nicht richtig erfassen konnten. Dies erfüllt viele Eltern mit Schuld und Selbstvorwürfen, sie hätten die Kinder besser beaufsichtigen und ihnen zum Beispiel das Radfahren auf sehr befahrenen Straßen verbieten sollen.

Nach LEZAK (1978) erleben die Angehörigen emotionale Veränderungen der Kinder häufig belastender als körper-

liche Spätschäden. Solche emotionalen Veränderungen treten aber relativ häufig auf. In einer Untersuchung von LEHMKUHL (1986) berichteten die Eltern über Kopfschmerzen, Leistungsschwierigkeiten, Stimmungsschwankungen, Verlangsamung und Hyperaktivität ihrer Kinder; diese Beschwerden wurden bei 30 % der Kinder von den Eltern registriert. Die neuropsychologischen Ausfälle in Kombination mit veränderter Emotionalität kann für die Kinder oder Adoleszenten eine veränderte emotionale Akzeptanz sowohl in der Familie, als auch in den übrigen sozialen Beziehungen nach sich ziehen.

Wie eine angemessene Elternhaltung und eine sinnvolle Unterstützung und Förderung entsprechend der Leistungsfähigkeit der Kinder erfolgreich aussehen kann, ohne zum Leistungsdruck und zur Überforderung zu werden, ist noch wenig erforscht. Nicht auszuschließen ist, daß sowohl Sorgekomplex mit Overprotection als auch die veränderte emotionale Akzeptanz des veränderten Kindes durch die Eltern sowie der veränderte emotionale Erziehungsstil mit kontrollierendem Verhalten und überhöhten Leistungsanforderungen ein Mediator für die psychiatrische Auffälligkeit der Kinder darstellt. Die Eltern wiederum bilden diese überhöhten Erwartungen an die Kinder häufig zur Abwehr ihrer Schuldgefühle und des tragischen Erlebens aus.

6 Coping-Mechanismen von Kind und Familie versus Auflösung des Familienverbandes

LEHMKUHL (1986) fand keine eindeutige Beziehung zwischen der Schwere des Unfalls, den unfallbedingten Folgen bei den Kindern und der erlebten familiären Erschöpfung. Hier sind die jeweiligen Bewältigungsmöglichkeiten und -strategien der Familie von Bedeutung. LEHMKUHL weist darauf hin, daß sich als günstige Faktoren für eine soziale Integration hirnverletzter Kinder – ähnlich wie bei psychiatrischen Erkrankungen – eine hohe psychosoziale Unterstützung, gute soziale Kontakte und ein hohes Maß an Selbstkontrolle erweisen.

Anpassungsvorgänge sind nicht nur vom sozialen Umfeld abhängig, sondern auch vom betroffenen Individuum selbst. SCHULZ und DECKER (1985) stellen große Unterschiede zwischen den Coping-Strategien in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Trauma und den späteren Bewältigungsstrategien fest. Die Autoren fordern, daß die Entwicklung sozialer Kompetenz als einer Ressource der Bewältigung der Behinderung in der Rehabilitation stärkere Beachtung finden müßte. Dies erscheint auch insofern von Bedeutung, als LEHMKUHL (1986) fand, daß die Einschätzung komplexer Situationen zur sozialen Rollenübernahme insbesondere den Kindern schlecht gelang, die ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatten.

Die Familien, die bereits vor dem Unfall der Kinder hohe psychosoziale Belastungen aufwiesen, sind nach dem Unfall den erneut hinzukommenden Belastungen nicht mehr gewachsen. Als solche ergeben sich posttraumatische Symptome und Verhaltensänderungen, quälende Schuldfragen und Veränderungen der familiären Routine, etwa

durch regelmäßige, zeitraubende Fahrten zu therapeutischen Praxen. So kann es vorkommen, daß zum Beispiel eine Mutter mehrfach am Tag ihrem, nach dem Unfall querschnittgelähmten und inkontinenten Kind helfen muß, Blase und Darm zu entleeren. Für die Eltern können sich nicht zuletzt durch hohe finanzielle Belastungen Veränderungen des sozialen Status ergeben.

Übereinstimmung herrscht in der Literatur darüber, daß Ehebeziehungen durch ein Hirntrauma des Kindes vulnerabler werden und es häufiger zu Ehescheidungen kommt. LEZAK (1978) zeigt auf, daß Ehescheidungen noch viele Jahre später eine Reaktion auf das Hirntrauma des Kindes darstellen können. Familiäre und soziale Unterstützung durch den Freundeskreis der Eltern ist dann für die Kinder oft in Frage gestellt. So kommt es nicht selten im Rahmen von Ehescheidungen zur Fremdunterbringung von Kindern, die ein schweres Hirntrauma erlitten haben. Ein bestehendes Scham-Schuld-Dilemma kann dergestalt in der Dynamik von Ehescheidungen wirksam werden, daß es zu einer Aufspaltung der Schuldfrage zwischen den Ehepartnern kommt. Ein Ehepartner nimmt dann die Rolle des am Unfall schuldigen, der andere die Rolle des unschuldigen Elternteils ein.

Fallvignette 4: Die Beziehung der Eltern des 5jährigen Roberto war schon vor dem Unfall belastet. Häufiger Streit zwischen der impulsiven Mutter und dem eher kühlen Vater charakterisierten den Ehealltag. Um der unerträglichen Ehesituation zu entfliehen, entschließt sich die Mutter, mit den noch nicht schulpflichtigen Kindern ihre Eltern in Spanien zu besuchen. Ihr Mann möchte, daß sie auch wegen der Belastungen durch die Ehekrise das Flugzeug für sich und die Kinder nimmt. Er will das Ticket bezahlen, sie jedoch entscheidet sich für die Autofahrt. Nach Ablauf des Urlaubs holt der Vater die Familie in Spanien ab. Auf der Rückreise platzt der Reifen des Autos bei hoher Geschwindigkeit auf einer großen Bundesstraße in Spanien. Das Auto, an dessen Steuer der Vater saß, wird auf die gegenüberliegende Fahrbahn geschleudert und stößt frontal mit einem entgegenkommenden PKW zusammen, dessen Fahrer und Insassen noch an der Unfallstelle sterben. Mutter, Vater und Bruder von Roberto erleiden Bagateltraumen. Roberto aber liegt Monate im apallischen Syndrom. Nach langer Rehabilitation kann er wenige Worte sprechen, ist jetzt geistig behindert und hat eine Tetraparese. Bereits in der zweiten Phase der Rehabilitation kommt es zu erheblichen Auseinandersetzungen der Eheleute, der Vater wünscht die Fremdunterbringung, die Mutter erlebt diesen Wunsch ihres Mannes als Abschiebung des Kindes. Wiederholte Gespräche mit beiden Eheleuten, einzeln und zusammen ergeben folgendes: Die Mutter fühlt sich zu wenig unterstützt und bekommt von ihrem Mann Schuldvorwürfe. Nach Auffassung des Mannes wäre das Unglück vermeidbar gewesen, wenn seine Frau auf ihn gehört hätte und mit dem Flugzeug geflogen wäre. Er ist von dieser Schuld seiner Frau überzeugt und trotz psychotherapeutischer Intervention nicht davon abzubringen. Er sieht nicht ein, daß es jetzt besonders Not tut, das Kind zu unterstützen. Er überläßt dies im wesentlichen seiner Frau, die ja seiner Meinung nach den hauptsächlichen Schuldanteil hat. Die Ehe wird in der dritten Phase der Rehabilitation, als die Mutter darauf besteht, das Kind wieder nach Hause zu nehmen und tagsüber in einen Körperbehindertenkindergarten einzugliedern, geschieden.

7 Psychologische und psychotherapeutische Hilfen für Eltern von hirnerkrankten Kindern

Aufgrund der Intensität des Scham-Schuld-Dilemmas und der ständig neu zu erbringenden Abwehrleistung von Gedanken, welche Entwicklungschancen das Kind ohne den Unfall gehabt hätte, sind die Eltern zu einer psychologischen Beratung in Form von Gruppentherapie wenig motiviert. Gruppentherapeutische Sitzungen für betroffene Eltern von hirnerkrankten Kindern, die von Psychologen an Rehabilitationszentren initiiert werden, scheitern auf längere Sicht an der Abwehr der Eltern. So wurden einige Elterngruppen, die ursprünglich der Bewältigung des Unfallerlebens der Eltern dienen sollten, an der Rehabilitationsklinik Neckargemünd von den Eltern so spärlich besucht, daß von den Psychologen ein neues Konzept erarbeitet wurde. Jetzt werden – wie an anderen Zentren auch – auf Wunsch der Eltern Informationsabende über die Erkrankung Schädel-Hirn-Trauma durchgeführt. Die Eltern lernen in Gruppen die vielfältigen Funktionen des Gehirns kennen, es werden für sie von den behandelnden Ärzten, Neuropsychologen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden sowie seitens der Pflege Vorträge gehalten, damit sie ihr Verständnis über die Erkrankung ihres Kindes erweitern können. Damit wird aus psychoanalytischer Sicht den Eltern geholfen, die Abwehr zu stärken und den Sorgekomplex in seiner Ausgestaltung zu überdenken. Diese Informationsabende erfreuen sich im Gegensatz zu gruppendynamischen Sitzungen großer Beliebtheit.

Psychotherapeutische Arbeit ist aufgrund des Scham-Schuld-Dilemmas nur in der Einzeltherapie möglich. Die Scham, dem Kind gegenüber versagt zu haben, entscheidende Fehler begangen zu haben, ist so überwältigend, daß sie häufig in der Gruppe nicht thematisiert werden kann. Möglicherweise besteht auch eine Angst, in der Gruppe auf andere Aspekte des eigenen Scham-Schuld-Dilemmas erst aufmerksam gemacht zu werden. In der psychotherapeutischen Einzelarbeit kommen vielerlei Symptome der Eltern wie Depressionen mit Schlafstörungen, Suizidideen und verminderte Lebenszufriedenheit zur Sprache. So klagen berufstätige Eltern oft über mangelndes Konzentrationsvermögen bei der Arbeit. Viele befürchten, daß ein neues Unglück sich ereignen könnte, insbesondere, daß das bereits hirnerkrankte Kind erneut verunglücken könnte. Dies hat oft reale Hintergründe: Das jetzt motorisch ataktische oder halbseitengelähmte Kind ist selbst bei guter Rückbildung der Symptome eher gefährdet, zu stolpern und eine Bagatellverletzung zu erleiden. Wenn dies eintritt, erscheint es ihnen so, als ob sie in ihrer Sorge für das Kind erneut versagt hätten.

Die einzelpsychotherapeutische Behandlung der Eltern sollte zuerst eine Abwehranalyse beinhalten, bevor das Scham-Schuld-Dilemma, der tragische Konflikt und das tragische Erleben thematisiert wird. WURMSER (1988) hat auf die Bedeutung der Abwehr- und Über-Ich-Analyse bei schweren Neurosen hingewiesen. Allerdings sollte bei einem Zusammenbruch der Abwehr, die

bei Eltern durch das schwere psychische Trauma der Hirnverletzung des Kindes hervorgerufen werden kann, weder eine Abwehranalyse noch eine Thematisierung des Scham-Schuld-Sorge-Komplexes erfolgen. Bei Müttern oder Vätern von hirnverletzten Kindern, die das psychotherapeutische Gespräch suchen, ist in jedem Einzelfall neu zu prüfen, inwieweit aufdeckende tiefenpsychologische Methoden oder supportive Gesprächsführung angebracht sind. Einfluß auf die Abwehrorganisation der Eltern nach dem Hirntrauma der Kinder haben eine Reihe von Faktoren. Hierzu zählt die Abwehrorganisation vor dem Unfall, die vorherige Bewältigung belastender Lebenssituationen, das Erleben des Unfallhergangs, die Intensität des Scham-Schuld-Dilemmas und die Schwere der Behinderung des Kindes. Bei Eltern mit schwer geschädigten Kindern kann es periodisch zu einem Zusammenbruch der Abwehr kommen. Die Eltern sind dann selbst suizidgefährdet. Der Sorgekomplex dem Kind gegenüber tritt nun in den Hintergrund. Supportive Psychotherapie (LUBORSKY 1988) mit Stärkung der Abwehrleistungen ist hier angebracht.

Fallvignette 5: Frau A. war kurz vor dem Unfall ihrer einzigen, 8jährigen Tochter Sandra an Krebs erkrankt und am Unterleib operiert worden. Vater, Mutter und Schwester waren auch an Krebs erkrankt. Schwester und Mutter hatten ebenfalls Genitalkrebs, der Vater litt an einem Tumor des Gesichtsschädels. Ein Auge war bei ihm nach der Strahlentherapie erblindet. Die Familie hat einen engen Zusammenhalt. Frau A. war alleinerziehend, sie hatte sich von dem Vater von Sandra getrennt. Bei dem Unfall war ihr zweiter Lebensgefährte tödlich verunglückt. Sandra ist 18 Monate nach dem Unfall gemäß ihrer Bewußtseinslage in der Nähe des apallischen Syndroms. Auf der einen Seite fühlt Frau A. sich als schlechte Mutter, wenn sie nicht regelmäßig ihr Kind am Wochenende von der Klinik nach Hause holt; auf der anderen Seite kann sie den Zustand, in dem sich ihre Tochter nach dem Unfall befindet, nicht allzu lange mitansehen. Als ganztags berufstätige Mutter hat sie Schuldgefühle wegen der mangelnden zeitlichen Zuwendung zu ihrer Tochter vor dem Unfall. Dies will sie jetzt wiedergutmachen. Dabei überfordert sie sich und erlebt einen Zusammenbruch der Abwehrorganisation, die bereits schon vor dem Unfall von Sandra durch die eigene Unterleibsoperation und Krebserkrankungen in der Familie geschwächt war. Sie hat Suizidideen und Panikattacken. Frau A. helfen supportiv-psychotherapeutische Gespräche. Wiederholt wird ihr nahegelegt, mehr für sich zu tun, eine Reise zu unternehmen oder am Wochenende einmal nicht in die Klinik zu kommen. Sie folgt den für sie hilfreichen Vorschlägen und stabilisiert sich dadurch. Sie kann im Laufe dieser gemeinsamen Arbeit davon ablassen, sich ständig vorzustellen, wie es war, als ihre Tochter noch gesund war. Diese Gedanken hatten zusätzlich ihre Abwehr ständig erneut geschwächt. Nach dem Unfall konnte sie sich mit ihrer Tochter nicht mehr unterhalten. Früher hatte sie ein aufgewecktes Kind, das ihr viele Fragen stellte. „Wenn sie mir nur noch einmal so viele Löcher in den Bauch fragen würde wie früher“, schluchzt sie während einer der psychotherapeutischen Sitzungen. Nach LÜDECKE (1985) hatte sie den unerwarteten und ungewissen Abschied von ihrer Tochter zu verkraften. Der Verlust ihres geliebten Lebenspartners durch den Unfall und die Unmöglichkeit von der Tochter, die ja physisch lebt, Abschied nehmen zu können sowie die Notwendigkeit, doch Abschied nehmen zu müssen, da eine sprachliche Kommunikation mit ihr nicht mehr möglich ist,

brachte die Mutter in die auftretende Krise mit Zusammenbruch der Abwehr, in der sie selbst suizidale Gedanken hatte.

Es ist also im Einzelfall zu prüfen, wann eine supportive psychotherapeutische Beziehung notwendig wird. Nach LUBORSKY (1988) ist diese bei Patienten angebracht, bei „denen eine Regression verhindert und das Anpassungs-niveau stabilisiert werden muß, indem die Abwehr gefestigt und die Analyse der Abwehr unterlassen wird, weil sonst übermäßig Angst hervorgerufen und die Abwehr geschwächt würde“. BRÄUTIGAM (1972) betont für Patienten nach Extrembelastungen die Bedeutung einer inneren Distanzierung vom traumatischen Erlebnis. Er zeigt auf, daß Bewußtmachung und aufdeckende Psychotherapie erfahrungsgemäß zu Verschlimmerungen führen. Falls die Eltern nach einer psychotherapeutischen Hilfe suchen, ist die Art des Vorgehens von verschiedenen Überlegungen abhängig: der Abwehrstruktur und der Biographie der Eltern, der Schwere der Verletzungen des Kindes und der Qualität der bei den Eltern aufgetretenen psychischen Symptome.

Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen stellen prätraumatische seelische Verwundungen aufgrund abweichender Familienverhältnisse, Hirntrauma, posttraumatische neuropsychologische und seelische Störungen, verminderte berufliche Chancen, veränderte Lebenschancen und im Leistungsbereich überfordernde Eltern eine Kette von Traumatisierungen und Entwertungen dar. Die emotionale Realität ist gekennzeichnet durch ein negatives Selbstbild, das Gefühl „blöd zu sein“, dem Fahrer des PKWs, der den Unfall verursacht hat, „den Kopf einschlagen zu wollen“ (Zitat eines Jugendlichen) und durch eine veränderte emotionale Akzeptanz seitens der Eltern. Eine positive Besetzung des eigenen Körpers und des Selbst ist den Jugendlichen oft kaum mehr möglich, es kommt zur Krise des Selbstwerts mit zahlreichen Entmutigungen und erlebten Entwertungen. Die kumulativen Traumata, die in der sozialen Reaktion, Bewertung und Abwertung nach dem Hirntrauma für die Jugendlichen sich nicht zuletzt innerhalb der eigenen Familie ereignen können, führen zu einer „narzißtischen Entleerung“ (GRUBRICH-SIMITIS 1979) mit resultierender Gebrochenheit und der oft zu beobachtenden Unfähigkeit, ein positives Selbstbild und Selbstwertgefühl aufrechterhalten zu können.

Wird mit den Eltern an ihrer Sichtweise von den verbliebenen Fähigkeiten der Kinder nach dem Unfall gearbeitet, an ihren Ohnmachts- und Versagensgefühlen, am Scham-Schuld-Dilemma, am tragischen Konflikt und tragischen Erleben, an der Formation des jeweilig ausgebildeten Sorgekomplexes und an den Schwierigkeiten zu Identifikation mit dem veränderten Kind, sind die Chancen besser, die emotionale Realität der Kinder und Jugendlichen in den Familien zu verbessern. Die psychotherapeutische Arbeit mit den Eltern kann somit zur emotionalen Akzeptanz der Kinder bei den Eltern beitragen und den Boden für eine bessere Selbstakzeptanz der Jugendlichen bereiten. Dadurch können die Kette der Traumatisierungen verkleinert und indirekt mögliche Wege für eine soziale Integration geschaffen werden.

Summary

The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma

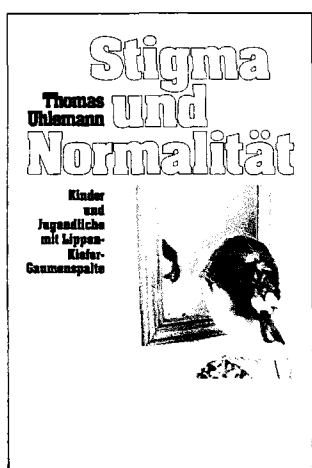
The care complex of parents of brain damaged children represents a defense mechanism against the parents' shame-guilt-dilemma. The care complex does not meet with a coping behaviour being beneficial to the children, but demands rather too much of such children and adolescents. There is overprotection, a changed emotional acceptance of the child and a changed method of upbringing together with a strict control over achievements at school and therapies still necessary. Variants of the parents' subjective guilt with regard to the child are described in several case vignettes. Methods of the psychotherapeutic treatment of parents are discussed. Finally, an outlook in the consequences of the care complex as regards the self-image and self-acceptance in adolescence are given.

Literatur

- BRÄUTIGAM, W. (1972): Chronisch generalisierte Angstzustände nach Extrembelastungen. In: W. BRÄUTIGAM (Hrsg.): Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Stuttgart: Thieme. – GRUBRICHSIMITIS, I. (1979): Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. *Psyche* 33: 991–1023. – HACKSPACHER, W./DERN, H./JESCHKE, A. (1991): Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Rehabilitation – Problemlösungen nach schwerem Schädelhirntrauma. *Rehabilitation* 30: 75–77. – KERNBERG, O. (1975): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp. – KINZINGER, R./PÜSCHEL, K. (1991): Trauma im Kindesalter – Mißhandlung/Unfall hautnah. *päd* 4: 4–12. – LAUX, W. (1967): Katamnesen von Kindern mit Hirntraumen. *Jb f. Jugendpsychiat. Grenzgebiete* 5: 161–170. – LECUIRE, J./DECHAUME, J.P./DERUTY, R. (1971): Long term prognosis of the prolonged and serious traumatic comas. In: *Head injuries: Proceedings of an international symposium*. Edinburgh: Churchill Livingstone. – LEHMKUHL, G. (1986): Kognitive, neuropsychologische, psychopathologische und klinische Befunde bei 12–14jährigen Kindern nach unterschiedlich schweren und lang zurückliegenden Schädel-Hirn-Traumen. Universität Heidelberg: Habilitationsschrift. – LEZAK, M.D. (1978): Living with characterologically altered-injured patient. *J. Clin. Psychiat.* 39: 592–598. – LUBORSKY, L. (1988): Supportive therapeutische Beziehungen. In: L. LUBORSKY (Hrsg.): *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Berlin: Springer, S. 43. – LÜDECKE, H. (1985): Der unerwartete und ungewisse Abschied. Probleme von Angehörigen apallischer Patienten. *Nervenarzt* 56: 641–644. – MARTINIUS, J. (1985): Das Schicksal der Familie des Kindes mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma. Einführungssymposium des neurologischen Rehabilitationszentrums in Bremen-Lesum. – ODDY, M. (1980): Social recovery during the year following head injury. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 43: 798–802. – POSER, U./SEDLMEIER, P. (1990): Neuropsychologische Rehabilitation bei Schädel-Hirn-Traumatikern. *Z. Neuropsychol.* 1: 4–22. – REMSCHMIDT, H./STUTTE, H. (1980): Neuropsychiatrische Folgen nach Schädel-Hirn-Trauma bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber. – RUTTER, M./TIZARD, J./WHITMORE, K. (1977): *Education, Health and Behaviour*. London: Longman. – RUTTER, M. (1977): Brain Damage Syndromes in Childhood: Concepts and Findings. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 18: 1–21. – SCHULZ, R./DECKER, S. (1985): Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control and self-blame. *J. Personal. Soc. Psychol.* 48: 1162–1172. – SEIDEL, U.P./CHADWICK, O. (1975): Psychological disorders in crippled children. A comparative study of children with and without brain damage. *Develop. Med. Child Neurolog.* 17: 563–573. – WURMSER, L. (1988): Die Übertragung der Abwehr. Gedanken zur psychoanalytischen Technik. *Forum Psychoanal.* 4: 292–317. – WURMSER, L. (1989): *Die zerbrochene Wirklichkeit*. Berlin: Springer.

Anschrift d. Verf.: Dr. Renate Voll, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Im Spitzerfeld 25, 69151 Neckargemünd.

Thomas Uhlemann Stigma und Normalität



Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. 1990. 204 Seiten, kartoniert
DM 46,- / öS 359,- / SFr 47,30
ISBN 3-525-45723-5

V&R Vandenhoeck & Ruprecht