

Kinder psychisch kranker Eltern – wie kann Kindern und Familien geholfen werden?

Terje Neraal, Wettenberg

In diesem Vortrag möchte ich zunächst definieren, um welche Krankheitsbilder es sich handeln soll, wenn ich von „psychisch kranken Eltern“ spreche.

Dann werde ich berichten, wie häufig diese Krankheiten in unserer Gesellschaft vorkommen, und wie viele Kinder davon betroffen sind.

Weiter soll es darum gehen, die psychischen und sozialen Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder zu beschreiben.

Ein Erklärungsmodell für das Verstehen von psychotischen Entgleisungen soll an Hand des von Mentzos beschriebenen „primären Grundkonflikts“ skizziert werden.

An Hand von Äußerungen der Eltern und der Tochter Gina, 8 Jahre alt, werde ich die Familiendynamik um die an einer schizo-affektiven Psychose leidende Mutter skizzieren und die Auswirkungen auf die einzelnen Familienmitglieder erläutern. Die Aussagen, auf die ich mich dabei beziehe, stammen aus dem Dokumentarfilm „Wahnsinnskinder“, den ich in dem Seminar nach der Mittagspause zeigen werde.

Zuletzt sollen Verstehenszugänge gesucht werden, die über die sog.

Situationsdiagnostik, über die Symptomsprache und die Handlungsdialoge zu finden sind, und es soll ein familiendynamisches Beratungs- und Therapiekonzept vorgestellt werden.

Also: Viel zu tun, - packen wir es an.

Bezeichnung der Krankheitsbilder:

In diesem Vortrag soll es nicht um neurotische, persönlichkeitsgestörte oder psychosomatisch kranke Eltern gehen, sondern um Eltern mit im engeren Sinne psychiatrischen Krankheitsbildern.

Hierzu zählen wir erstens die Krankheitsbilder der Schizophrenie, dann die affektiven Störungen wie Depressionen und Manie, sowie die bipolaren Störungen, bei denen depressive und manische Phasen sich abwechseln. Eine Mischform wird schizo-affektive Psychose genannt, in der halluzinatorische und depressive Phasen sich abwechseln. Eigentlich würden auch Suchterkrankungen dazu gehören, auf die ich aber hier nicht näher eingehen werde.

Übrig bleiben also die Psychosen, um die es hier gehen soll.

Häufigkeiten:

Die Bundespsychotherapeutenkammer geht in einer Schätzung davon aus, dass es in der BRD 1,5 Mio. Kinder von psychisch kranken Eltern gibt, die – Zitat- „an einer Psychose oder einer schweren Depression leiden, oder alkohol- bzw. drogenabhängig sind“.

Dass es sich um hohe Zahlen von betroffenen Kindern handelt, stellt auch Mattejat (2005) fest. Er geht davon aus, dass 3 Mio. Kinder in 2 Mio. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil leben. Sie sehen aus diesen Angaben, dass die genaue Erfassung dieser Kinder und ihren Eltern sehr schwer ist, und wegen der Tabuisierung der Krankheiten und der Isolation der Familien, aber auch wegen der Scheu im Helfersystem, sich dieser Problematik zu nähern, vieles noch im Dunklen liegt. Klar ist aber auf jeden Fall die relevante Größenordnung.

Wie erhöht sich das Risiko dieser Kinder, selber auch psychisch zu erkranken? Wiederum Mattejat (2005) hat berechnet, dass Kinder mit einem schizophrenen Elternteil in 12% der Fälle auch das Risiko an Schizophrenie zu erkranken ausgesetzt sind, gegenüber nur 1% in der Gesamtbevölkerung. Wenn beide Eltern schizofren erkrankt sind, erhöht sich dieses Risiko sogar auf 40%.

Bei den affektiven Psychosen erhöht sich das Risiko von 5-10% auf 9-21%, - also eine Verdoppelung. Wenn beide Eltern erkrankt sind, sogar auf 56%, - also um das 5- bis 10-fache.

Dabei gibt es keine direkten genetischen Zusammenhänge bei diesen Erkrankungsrisiken, sondern eine dynamische Interaktion zwischen Umweltfaktoren und Genen nach dem Motto: “Die genetische Ausstattung moderiert die Umwelteinflüsse“ (Mattejat 2005), - und vice versa: die Umwelt moderiert die Gene, wie die neuere Forschung der Epigenetik zeigt.

Aus diesen statistischen Angaben wird ersichtlich, welche enorme Bedeutung einer frühen Erkennung von Risiko-Familien zukommt, und welche riesigen präventiven Möglichkeiten sich auftun, wenn frühzeitig beraterische und therapeutische Hilfen für die Kinder und ihre Eltern zur Verfügung gestellt werden.

Auswirkungen auf die Kinder:

Wie sich psychische Störungen der Eltern auf die Entwicklung eines Kindes auswirken, hängt von vielen Faktoren ab:

- vom Alter des Kindes,
- von Beginn, Verlauf, Dauer und Art der elterlichen Störung
- vom psychosozialen Kontext der Familie, d. h. ob die Familie erschwerende Belastungen verkraften muss durch Arbeitslosigkeit, niedrigen sozio-ökonomischen Status, beengte Wohnverhältnisse,
- von der Qualität der Paarbeziehung der Eltern, mangelnde Verfügbarkeit des „gesunden“ Elternteils und wiederholte Trennungen durch oft dramatische Klinikseinweisungen des Erkrankten. Entscheidend für das Kind ist auch, ob es im weiteren familiären und sozialen Umfeld Unterstützung gibt, also Faktoren, die
- die Resilienz des Kindes, d.h. seine Widerstandskraft stärkt.

Altersspezifische Risiken.

Bei Müttern, die nach der Geburt eines Kindes eine Post-partum-Psychose entwickeln, kann man die Folgen für die Interaktion mit dem Kind beobachten:

- bei depressiven Müttern, die sehr in sich gekehrt sind, fehlt die Responsivität auf die Signale des Kindes. Es erfährt keine Stimulierung und erlebt eine Deprivationssituation, weil die Mutter wie seelisch tot erlebt wird. Französische Kinderanalytiker sprechen von „la mere morte“.
- bei schizophren erkrankten Müttern kann es zu Intrusivität, Überstimulierung, offener oder verdeckter Aggressivität, falsch positiven Affekten, unberechenbarer Wechselhaftigkeit und verzerrten Wahrnehmungen kommen

Reaktionen des Säuglings:

- Es können frühe Regulationsstörungen, d. h. Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen auftreten
- Das Bindungsverhalten wird unsicher, je nachdem, wie sich die Interaktion mit der Mutter gestaltet: ambivalent, vermeidend oder desorganisiert
- Das Erkundungsverhalten des Kindes ist entweder retardiert, oder überschießend umtriebig, fahrig
- Die Beziehungsfähigkeit des Kindes kann bleibend gestört sein z. B. durch Distanzlosigkeit oder autistischen Rückzug.

Reaktionen von Klein- und Schulkindern:

Schon sehr früh bilden sich je nach Störungsbild des Elternteils beim Kind typische Gefühlsreaktionen und auf es gerichtete Rollenerwartungen aus:

- Das Kind befindet sich in aller Regel in einer Verstrickung von schwerwiegenden Schuldgefühlen, nach dem Motto: „Wenn ich der Mutter/dem Vater nicht zu viel wäre“, oder „wenn ich nur lieb und gehorsam wäre, wäre die Mutter nicht so traurig bzw. der Vater nicht so wütend“
- Um Schuldgefühle zu mildern, versucht das Kind in überangepasster Weise, es dem kranken Elternteil in allem recht zu machen
- Dadurch Übernahme von elterlichen Funktionen in der Familie – Parentifizierung
- Durch diese Umkehrung der Rollen muss das Kind auf eigene Bedürfnisse nach elterlicher Versorgung und Zuwendung verzichten
- Gleichzeitig auch Verzicht auf Hobbys und Spielkameraden, d. h. auf Freiräume und autonome Aktivitäten außerhalb der Familie
- Soziale Beschämung und Isolation verstärken solche Tendenzen
- Unbefriedigende Paarbeziehungen der Eltern führen zu Rollenerwartungen, in denen das Kind die Rolle einer Ersatz-Partnerin oder eines Ersatz -Partners aufoktroziert wird
- Dadurch Verstärkung der Schuldgefühle z. B. gegenüber der Mutter als beiseite gedrängte Rivalin
- Häufig wird das Kind einbezogen in die Wahnwelt des kranken Elternteils, dadurch Verwirrung und drohender Realitätsverlust
- Auch Grenzüberschreitungen aggressiver und sexueller Natur sind nicht selten
- Häufige Trennungserlebnisse durch oft dramatische akute Krankenhauseinweisungen und schließlich
- durch Trennung der Eltern

Bei Jugendlichen

- Kommen noch Identitätsunsicherheiten
- und die Angst, selbst zu erkranken, hinzu, sowie eine
- erschwerte Ablösung vom Elternhaus

Nach dieser Auflistung von für das Kind doch schwerwiegenden und entwicklungshemmenden Beziehungsmustern in Familien mit psychiatrisch kranken Eltern, möchte ich nun dazu übergehen, ein Erklärungsmodell zu beschreiben, mit dem sich ein Verstehenszugang zu der psychotischen Störung eröffnet.

Die menschliche Entwicklung vollzieht sich von Geburt an in einem Spannungsfeld: Auf der einen Seite bestehen Bedürfnisse, die sich an die nahe stehenden Personen richten. Es sind Wünsche nach Sicherheit, die durch Verlässlichkeit, Verbindlichkeit, Geborgenheit und haltgebende Grenzen garantiert werden. Hinzu kommen Bedürfnisse nach Kontakt durch Nähe, Zuwendung, Zärtlichkeit und Intimität. Wir sprechen insgesamt von sog. **objektbezogenen Bedürfnissen**.

Auf der anderen Seite stehen Bedürfnisse nach Abgrenzung, Unterschiedlichkeit (= Differenz), Unabhängigkeit (= Autonomie, Entwicklung eigener Individualität und Identität), Freiheit und Selbstverwirklichung. Wir nennen sie **selbstbezogene** oder **narzisstische Bedürfnisse**, wobei „narzisstisch“ hier nicht als pathologisch missverstanden werden darf.

Idealerweise stellen diese beiden Bedürfnispole einander ergänzende Strebungen dar, die sich im Sinne eines „Sowohl-als-auch“ nacheinander verwirklichen lassen. Sich in einer vertrauensvollen Beziehung aufgehoben zu fühlen, ist geradezu die Voraussetzung für das Gelingen von Selbstverwirklichung außerhalb der Beziehung. Umgekehrt kann die Nähe und Intimität in einer Zweierbeziehung gerade dann lustvoll genossen werden, wenn eigene Autonomie und Selbstverwirklichung außerhalb der Beziehung in ausreichendem Umfang realisiert werden können. Somit wird deutlich, dass diese so gegensätzlich erscheinenden Grundbedürfnisse sich in Wirklichkeit ergänzen, ja ihre Befriedigung sich gegenseitig bedingt. Wenn aber die Befriedigung eines dieser Bedürfnisbereiche mit Angst verbunden ist, wenn es also zu einer „Schiefelage“ in Richtung eines der beiden Pole kommt, resultieren daraus nicht selten Störungen und Symptome.

Das lockere Pendeln zwischen den hier aufgezeigten Bedürfnispolen erweist sich im realen Leben als eine immerwährende Herausforderung und Quelle für eine Vielzahl von Konflikten. Mentzos (1996) nennt diesen von einem Grundthema ausgehenden Konflikt den **primären Grundkonflikt**.

Der zu psychotischen Dekompensationen neigende Mensch sieht sich mit diesen zwei Bedürfnispolen konfrontiert in einem **Dilemma** gefangen.

Versucht er, sich aus den Beziehungen zu lösen, um eigene selbstbezogene, narzisstische Bedürfnisse außerhalb nachzugehen, wird er von überwältigenden Trennungs- und Verlustängsten sowie Schuldgefühlen eingeholt.

Werden auf der anderen Seite Wünsche nach Nähe, Vertrautheit, Zuwendung, Intimität oder Sexualität, also objekt-bezogene, an die nahe stehenden Beziehungspersonen gerichtete Bedürfnisse wachgerufen, so droht Selbstverlust, Vereinnahmung und Verschmelzung, und schließlich Identitätsdiffusion und –verlust. Während wir, die uns „normal“ wähnen, diese im Gegensatz zu einander stehenden Bedürfnisse nach einander zu befriedigen versuchen, hängt der psychosebedrohte Mensch fest an einem Pol: entweder gefangen in den familiären Beziehungen, ohne die Möglichkeit, sich daraus zu befreien. Oder zurückgezogen, isoliert in autistischer Einsamkeit, kataton erstarrt und nicht in der Lage, mit der Umgebung Kontakt herzustellen. Oder, wie in der Manie: Ausbruch aus den Beziehungen, psychotisches Herumirren, bis das auffällige Verhalten zur Einweisung in die Psychiatrie führt.

Im Folgenden werde ich über eine Familie aus dem im Nachmittags-Seminar zu zeigenden Dokumentarfilm „Wahnsinnskinder“ berichten, in deren Familiendynamik viel vom dem wieder zu finden ist, was ich bisher dargestellt habe.

GINA's Familie – eine einzel- und familiendynamische Interpretation

Die Familie besteht aus Mutter **Amanda**, ca. 35 Jahre, Hausfrau, Vater **Detlev**, berufstätig, etwa gleichaltrig, und **GINA**, 8 Jahre, Schülerin.

Amanda erkrankte vor 3 Jahren, und zwar an einer schizo-affektiven Psychose.

Sie erzählt:

„Ich kann mich an eine Situation erinnern, wo ich den Müll runter gebracht habe. Ich bin also zur Mülltonne gelaufen und hab' mich selber neben mir herlaufen sehen und gedacht, was ist das für eine Frau oder eine Person, die da läuft, und wo bin ich jetzt. Und habe das erste Mal auch so Todesangst bekommen. Ich habe dann gedacht: so, das ist jetzt der Tod. Eigentlich guckst du dir jetzt zu, wie du stirbst“.

Sie beschreibt ihre Halluzinationen:

„Es gab Halluzinationen, wo ich die Menschen, die Gesichter verzerrt gesehen habe wie in einem Horrorfilm....oft so, dass sich Sachen bewegen oder der Raum immer enger wird...ich nehme es wahr und denke auf der anderen Seite...drehst du jetzt durch...das ist ja auch ein Gefühl vom Kopf, als wenn man total verrückt wird...als wenn man gleich die Kontrolle verliert...nicht mehr bei Sinnen ist, das macht einem enorme Angst“.

Sie hört Stimmen:

„Die Stimme sagt mir oft, dass ich es nicht Wert bin zu leben, dass, egal was ich mach, es nicht gut genug sein wird...ja, sie ist eigentlich da, um mir Angst zu machen.“

Über die Beziehung zu ihrer Tochter Gina und zu ihrem Mann Detlev:

„Ob ich sie höre? Ich glaube gar nicht, dass ich sie richtig wahrnehme, ich weiß zwar, dass sie da sind, aber ich hab gar keinen Freiraum, um daran einen Gedanken zu verschwenden. Es ist alles chaotisch wie ein Karussell, was sich dreht, und ich kriege es nicht zum Anhalten“.

„Ich liebe halt Detlev und Gina, aber das ist...das spielt dann in dem Moment keine Rolle.....da ist für sie kein Platz“.

Und weiter:

„Gina ist oft enttäuscht. Sie hat manchmal Wut auf mich und sagt, dass sie mich halt nicht mehr lieb hat oder so. Ich glaube, es ist einfach, weil sie in dem Moment ja auch wirklich nur enttäuscht ist.“

„Was soll ich ihr sagen? Gerade Kinder sollten irgendwie von den Eltern geschützt werden, und was soll ich ihr sagen... deine Mutter hat Angst und kann in manchen Situationen noch nicht mal sich selber helfen. Und sie fühlt sich nicht mal in der Lage, die Tochter zu beschützen. Ich weiß nicht, wie ich ihr das sagen soll...was meine Ängste sind, warum ich mich manchmal nicht traue raus zu gehen oder einfach mal wieder mit ihr schwimmen gehen kann oder so...ich habe einfach Angst.“

„Wenn ich mich schlecht fühle, rufe ich meine Mutter an, oder meinen Mann auf der Arbeit. Dann habe ich Angst, mit Gina alleine zu sein, Angst, ihr etwas antun zu können“.

Über die Beziehung zu ihrem Mann Detlev:

„Ich versuche, das so gut wie möglich von ihm fern zu halten. Also nicht darüber zu reden, nicht zu sagen, wie es mir wirklich geht. Ich habe das Gefühl, dass, wenn ich meine ganze Trauer zeigen kann und meine Gefühle, die ich so in mir....oder diese Schreie, die in mir passieren....wenn ich da wirklich wüsste, dass ich es dem Detlev zumuten könnte, dass mit mir auszuhalten, ich glaube, da würde es mir besser gehen“.

Frage: Würde er es nicht verkraften?

„Ja, das glaube ich...Ja, ich glaube, er würde gehen“.

Wenn wir uns diese Aussagen der Mutter anschauen, können wir nachvollziehen, dass durch die Fülle der heftigen Gefühle in ihrem Kopf Chaos herrscht, alles sich wie im Karussell dreht.

Vorherrschend beschreibt sie Gefühle von Angst, - Angst vor anderen Menschen, Angst herauszugehen, Angst sterben zu müssen und davor die Kontrolle zu verlieren. Sie hat auch Angst vor ihren aggressiven Impulsen Gina gegenüber. Zweitens fühlt sie sich wertlos, hat ausgeprägte Versagensängste: Stimmen sagen ihr, egal was sie mache, es ist nicht gut genug.

Drittens beschreibt sie Schuldgefühle: sie könne Gina den notwendigen Schutz, die notwendige Sicherheit nicht geben.

Eine wichtige Angst, nämlich die Angst, von ihrem Mann verlassen zu werden, führt dazu, dass sie sich ihm gegenüber nicht öffnen und anvertrauen kann. So bleibt sie mit ihrem Gefühlschaos alleine, isoliert.

Auslösende Situationen

Welche Situationen könnten auslösend sein für ihre psychotischen Zustände, für ihre Halluzinationen?

Sie beschreibt sehr genau eine Situation, bei der sie das Haus mit dem Müll verlässt und sich plötzlich wie „neben sich“ erlebt. Sie fragt sich, was das für eine Frau oder Person ist und bekommt Todesangst.

Ich hoffe, Sie können mir folgen, wenn ich diese Situation so interpretiere, dass es sich bei Amanda in diesem Moment um eine Frau handelt, die ihr Leben existentiell in Frage stellt, sich fragt, ob nicht das Leben mehr zu bieten hat, als den Müll –

vermutlich ja auch den Müll von anderen – wegzubringen. Möglicherweise kommen diese Ängste auch in ihr hoch, weil sie sich auf der Schwelle nach draußen befindet. Die Ängste könnten sie auch davor schützen, wegzulaufen. Hierzu passt die Vorstellung, die in ihren Halluzinationen auftauchen, - nämlich, dass die Räume sich verengen.

Zusammenfassend könnte man die psychotischen Ängste als Signale verstehen für ihre Unzufriedenheit mit der häuslichen und familiären Situation, in der sie sich nutzlos, inkompetent, isoliert und eingeengt oder eingesperrt fühlt, - ohne eine Chance zu sehen, wie sie an ihrer Situation etwas ändern könnte.

Ausbruchswünsche rufen Panik hervor. Mit einem so verheerend niedrigen Selbstwertgefühl kann Amanda nicht daran glauben, draußen bestehen zu können.

Nun möchte ich einige zentrale Aussagen des Ehemanns Detlev näher betrachten. Er sagt:

„Also, ich denke, wenn wir etwas machen ohne meine Frau, ist es einfach besser, dass wir in Führungszeichen ein normales Leben leben ohne irgendeine Krankheit. Ich sag’ einfach mal: Wenn wir zuhause sind und die Amanda ist da, dann ist ja diese Krankheit allgegenwärtig, und das –also ein normales Leben – haben wir ja dann so nicht. Wenn ich aus der Tür gehe, möchte ich von dieser Krankheit eigentlich nichts mehr wissen.“

Und weiter:

„Über die Krankheit zu reden, das– holt mich irgendwie auf den Boden der Realität zurück, es macht mich nachdenklich, und wenn ich darüber nachdenke, macht es mich unglücklich.“

Gefragt nach seinen Gefühlen, ob er Trennungsgedanken hat, ob er auch Wut spürt:

„Trennungsgedanken, ja,- jeden Tag. Manchmal könnte ich ausflippen oder losrennen, nicht mehr umdrehen, rennen und rennen und einfach weg...von diesem ganzen Leben, was ich habe“.

Kommentar:

Der Ehemann und Vater beschreibt sich als unglücklich, als in einem Leben gefangen, von dem er am liebsten wegrennen möchte. Seine Wut und Unzufriedenheit kontrolliert er, versucht eine harmonische Parallelwelt zu schaffen, in der er mit der Tochter, wie eine Ersatzpartnerin, seine ihn quälende Lebenssituation vergessen kann.

Durch diese Vermeidung der Ehepartner, sich mit einander auseinander zu setzen, kann die innere Not beider nicht zu Sprache kommen, jeder schont den anderen, am Status quo kann sich nichts ändern.

Berechtigte Fragen wären: Soll sich an der Situation vielleicht auch gar nichts ändern? Würde eine Aussprache und die Suche nach neuen Lösungen bei allen zu viel Angst hervorrufen? Lieber in der Isolation zusammen bleiben, als Entwicklungsschritte in Richtung Autonomie, Unabhängigkeit und Freiheit zu riskieren?

Und nun zu der Tochter Gina.

Gina beschreibt ihre Verantwortung für die Mutter:

„Wenn jemand Panikattacken kriegt und die Kinder allein zu Hause sind und die Eltern bibbern oder so, - kalten Waschlappen auf die Stirn legen. Dann beruhigt das. Und man muss aufpassen, dass derjenige der da die Attacke kriegt, nicht die Zunge verschluckt – weil man da so bibbert – am ganzen Körper zittert.“

Und weiter:

„Ich verstehe das irgendwie nicht, was die hat, was die kriegt und so, weiß ich manchmal nicht. Es nützt nichts, mit ihr zu reden. Sie versteht das dann nicht, weil sie ja weggetreten ist und nix davon mitkriegt.“

Und nach den psychotischen Schüben:

„Sie macht immer Mittagsschlaf, legt sich hin....Ich sag dann: wieso gehst du schon wieder schlafen...Ich möchte nicht, dass sie andauernd schlafen geht.“

Über eigene Schuld:

„Bevor ich auf die Welt kam, war sie noch gesund, und in den letzten drei Jahren wurde sie krank.“

Über ihre soziale Situation:

„Ich habe auch keine Freunde mehr in der Schule...

Frage: Warum?

Darum. Die wollen alle nicht mehr mit mir befreundet sein. In der Schule da sagen sie, sagen die Jungs, da wollen die Jungs mich andauernd schlagen und hauen---weil sie denken, dass die Krankheit von der Mama ansteckend ist. Die haben gesagt, die Krankheit wäre ansteckend und so, - da habe ich aber andauernd Widerworte gesagt, dass das nicht wahr ist. Das ist nicht wahr! Wie kann man denn eine Krankheit kriegen, die tief im Herzen liegt.“

Kommentar:

Gina beschreibt eindrücklich die Rollenumkehr in der Beziehung zur Mutter: Sie bemuttert wie eine kleine Krankenschwester die Mutter, selbst muss sie auf Bemutterung verzichten, auch wenn sie immer wieder einfordert, dass die Mutter sich nicht zurückziehen möge. Sie wirkt altklug und frühreif.

Sie verbindet die Krankheit der Mutter mit eigener Schuld: „bevor ich auf die Welt kam, war sie gesund“. Die Schuldgefühle machen sie anfällig für die Übernahme der Mutter-Ersatz- Funktionen –Parentifizierung -, und verhindert konfliktoffene Auseinandersetzungen mit der Mutter.

Wie aus den eben zitierten Worten des Vaters deutlich wird, schaffen sich Vater und Tochter einen konfliktfreien Raum außerhalb der Familie, in dem Gina die Rolle als „gesunde“ kleine Partnerin des Vaters gebraucht wird, - für sie beide als Ersatz für die eingeschränkte Beziehung mit der Mutter bzw. Ehefrau. Diese vom Vater gewiss gut gemeinte Entlastung von Gina durch ein Stück „heile Welt“ ohne die Anwesenheit der Mutter erzeugt bei Gina aber gewiss noch mehr Schuldgefühle der Mutter gegenüber, stellt sie doch die Rivalin dar für die Mutter, die nicht in der Lage ist, ihre Position als Ehefrau zu behaupten.

Die soziale Isolation stellt eine große Belastung für Gina dar. In dem Alter keine Freunde zu haben und sich wegen Schmähungen und körperlich-aggressiven Attacken von Mitschülern wehren zu müssen, stellt eine große Belastung dar.

So muss Gina nicht nur auf Bemutterung verzichten und selbst Mutter-Ersatzfunktionen übernehmen, sondern auch auf eigene Autonomie-Wünsche durch außerfamiliäre Hobbys und Freundschaften mit Gleichaltrigen verzichten.

Kein Wunder also, dass in ihrer Stimme – die ja hier nicht zu Gehör gebracht wird – etwas klagend-vorwurfsvolles klingt, als würde sie doch auf sehr viel Enttäuschungs-Wut sitzen bleiben.

Und der Vater hat gewiss Recht, wenn er an anderer Stelle äußert:

„Ja, klar hat Gina sich verändert. Stellenweise hat sie irgendwo ein bisschen ihre Kindheit verloren durch die Krankheit.“

Und Gina schließt mit dem Satz:

„Ich möchte gern eine Sternschuppe sehen, dann weiß ich sofort, was ich mir wünsche!“.

Nämlich, dass die Mutter gesund wird.

Familiendynamische Zusammenfassung:

Wie ich in dem vorangegangenen Theorieteil ausgeführt habe, wird in der Familie von GINA das **Dilemma** des Psychosekranken bei der Integration von objektbezogenen Bedürfnissen nach Halt und Sicherheit auf der einen Seite, und Wünsche nach Unabhängigkeit, Freiheit und Autonomie auf der anderen Seite sehr deutlich. Wenn es nicht gelingt, diese Bedürfnisse nach einander auszuleben entstehen Krisen, in denen psychotische Dekompensationen entweder zu einer Art Befreiungsschläge führen, bei denen der Kranke aus seinen Beziehungsstrukturen ausbricht, sozusagen die Weite sucht. Solche Befreiungsversuche sind aber, wie vorher schon erwähnt, in der Regel zum Scheitern verurteilt, weil das auffällige Verhalten des Kranken schnell dazu führt, dass er oder sie „eingefangen“ und in die Psychiatrie gebracht wird.

Häufiger mündet die Entwicklung, wie hier bei Amanda in eine Stagnationskrise, bei der die Entwicklung stockt, weil ausgeharrt wird in der unveränderten und scheinbar unveränderbaren Situation. Hier überwiegt also das Verharren in unbefriedigenden Beziehungen, man könnte vielleicht sagen: das Ausbrechen daraus geschieht nach innen in die psychotisch-halluzinatorische Welt des Kranken.

In Amandas Familie tragen alle zum Stillstand, zur Stagnation bei.

Der Ehemann Detlev, weil er die entstandene Situation nicht anspricht, sondern den status quo leidend duldet. Gina auf ihrer kindlichen Weise, weil sie sich um die Eltern kümmert, statt ihre eigenen Bedürfnisse nach außerfamiliären Kontakten ernst zu nehmen und umzusetzen. Und Amanda selbst natürlich auch, indem sie meint,

die anderen schonen zu müssen, indem sie nicht über ihre Gefühle und Bedürfnisse spricht.

So wird der Zusammenhalt in den familiären Beziehungen durch Konfliktvermeidung gesichert, zu dem Preis von immerwährenden, beängstigenden Ausbruchsphantasien und -wünschen, die latent gespürt werden und die Angst bei jedem einzelnen noch steigern.

Der amerikanische Familienforscher SLIPP hat einmal diese Familiendynamik einen „Überlebenskampf in symbiotischen Beziehungsformen“ genannt.

Bevor ich einige Ideen über einen möglichen Beratungs- oder Therapieansatz bei GINA und ihrer Familie entwickeln werde, möchte ich auf einige wichtige Begriffe kurz eingehen, die hilfreich sind, wenn es um Verstehens-Zugänge zu psychotischen Patienten geht.

Es sind die Begriffe: **Symptomsprache, Situationsdiagnostik und Handlungsdialog.**

Symptomsprache:

Kontakt zu unseren Mitmenschen kommt zustande, wenn es gelingt, uns mitzuteilen, und das Mitgeteilte verstehend aufgegriffen wird. Nun haben Verhaltensforscher festgestellt, dass die Mitteilungen an die Umgebung nur zu einem geringen Teil durch verbale Kommunikation stattfinden. Vielmehr drücken wir unsere innere Befindlichkeit und unsere Bedürfnisse in weit höherem Ausmaß aus über Mimik, Körperhaltung, Kleidung und out-fit, Gesten, Handlungen und Verhalten, und eben auch über psychische und psychosomatische Symptome.

Wir können also von einer Symptomsprache reden, die uns als Berater und Therapeuten helfen kann, zu verstehen, wenn es uns nur gelingt, sie zu entschlüsseln.

Bei einer psychotischen Dekompensation ist der Patient in der akuten Krise oft nicht in der Lage, seine Wahnvorstellungen oder Halluzinationen zu berichten. Aber wenn die Angst, mit oder ohne Medikamente, abgenommen hat, ist es durchaus möglich, sich behutsam und verstehend nach den genauen Inhalten seiner psychotischen Symptome zu erkundigen.

Bei Amanda in unserem Beispiel bestehen die Symptome aus Stimmen, die sie in extremer Weise entwerten, sowie aus Halluzinationen, in denen Verzerrungen und räumliche Einengungen im Vordergrund stehen.

Das Aufgreifen der Symptomsprache könnte dann darin bestehen, danach zu fragen, ob es nicht sie selbst ist, die so streng sich selbst gegenüber ist. Und eine weitere Frage könnte sein, ob die Raumeinengung in ihren Halluzinationen nicht damit zu tun haben könnte, dass sie sich auch selbst in ihrer Bewegungsfreiheit sehr einengt und sich somit eingeengt fühlen muss.

Damit wird an diesem Beispiel deutlich, dass die Symptome ganz entscheidende Auskünfte geben über die Konfliktthemen des Patienten, und damit über nicht realisierte Lebenswünsche.

Nun zum Begriff Situationsdiagnostik.

Die für die Symptome auslösende Situation stellt einen wichtigen Schlüssel zu einem Verstehenszugang dar. Wie war die Lebenssituation vor der psychotischen Krise, welche Lebensereignisse können Belastungen dargestellt haben, die „das Fass zum Überlaufen“ gebracht haben?

Bei Amanda im obigen Beispiel fehlen uns natürlich viele Informationen, um solche Fragen genau beantworten zu können, - Fragen also, die gestellt werden müssten. Aber ich habe ja bereits in meinen vorherigen Kommentaren darauf hingewiesen, dass sich Amanda an einer Schwellensituation erinnerte, als sie den Müll wegbrachte und sich existentielle Fragen stellte. Und dabei Angst entwickelte, zu sterben. Im Gespräch auf diese Situation näher einzugehen, wäre für das Verständnis der Symptomatik sehr wichtig, - und würde natürlich auch die Einsicht von Amanda in ihre Probleme befördern.

Zuletzt möchte ich auf eine oft übersehene Möglichkeit, einem Verstehen von Symptome näher zu kommen, eingehen, nämlich die über den Handlungsdialog. Hinter einer Handlung stehen immer mehr oder weniger bewusste Intentionen und Motive. Somit bringen Handlungen, oder unterbliebene Handlungen auch immer Wünsche und Bedürfnisse sowie die durch diese ausgelösten Ängste zum Ausdruck. Auf Amanda bezogen besteht eine Handlung darin, sich zurückzuziehen innerhalb der Familie. Eine andere ist die Vermeidung, das Haus zu verlassen und Kontakte mit Menschen außerhalb der Familie aufzunehmen. Eine dritte wichtige Handlung

besteht darin, ihren Mann oder ihre Mutter die Verantwortung für Gina zuzuweisen, wenn sie Angst bekommt, ihre aggressiven Impulse Gina gegenüber nicht mehr kontrollieren zu können. Und schließlich unterlässt es Amanda, offen mit ihrem Mann darüber zu reden, wie es ihr geht, - aus Angst, er würde sie dann verlassen. Sie werden bemerkt haben, dass hinter allen diesen Handlungen, bzw. vermiedenen Handlungen, die Konfliktthemen wieder in Erscheinung treten, von denen in dieser Familie die Rede ist.

Wenn Sie sich nun am Ende überlegen, wie Sie Beraterisch oder therapeutisch mit dieser Familie arbeiten würden, so könnte der Wunsch deutlich werden, jedes der Familienmitglieder zu unterstützen in ihren Bedürfnissen nach mehr Autonomie. Und jeder Autonomieschritt eines einzelnen Familienmitglieds würde unweigerlich zu Veränderungen im gesamten System führen. Eine Förderung von Gina z. B., indem ihr eine Spielgruppe oder eine ergotherapeutische Maßnahme angeboten würde, könnte ihr eine Chance geben, über ihre Belastungen und Verpflichtungen in der Familie zu sprechen, um sich dadurch ein Stück weit daraus zu befreien. Der Mutter könnte nahe gelegt werden, eine psychiatrische Behandlung zu beginnen, sei es ambulant, oder noch besser in einer psychiatrischen Tagesklinik, in der sie mit den Teammitgliedern und Mitpatienten über ihre Situation sprechen könnte. Und auch mit dem Vater müsste darüber geredet werden, was ihn unglücklich macht und was er in seinem Leben vermisst, - und wie er seine Situation verändern möchte. Persönlich – nachdem ich verstanden habe, dass es auch in dieser Familie um Konflikte geht, die sich nicht unterscheiden von Konflikten, die wir alle haben, würde ich es vorziehen, zunächst Gespräche mit der gesamten Familie zu führen. Damit würde ich die in den gemachten Äußerungen beklagte Unoffenheit zwischen den Familienmitgliedern aufgreifen und behutsam jeden ermutigen, darüber zu reden wie es ihm geht und was er oder sie vermisst. Ich würde sehr auf ein angemessenes Tempo bei der Aufdeckung der Konflikte achten, würde Widerstände wie z. B. Konfliktvermeidung als Signale verstehen, dass Veränderungswünsche auch Ängste hervorrufen.

Besonders würde ich auf die bei den Gesprächen in mir wachgerufenen Gefühle – die Gegenübertragung – achten: Spüre ich z. B. Wünsche, mit einzelnen Familienmitgliedern eine Entwicklung in Richtung mehr Autonomie zu forcieren? Bin ich versucht, ein Bündnis einzugehen mit den vermeintlich Schwächeren gegen die

vermeintlich Gesünderen, - oder umgekehrt? Oder lähmt mich die konfliktscheue und harmoniebedürftige Familienatmosphäre?

Wenn nach einer Phase des Kennenlernens und der Etablierung von Vertrauen die Angst vor Veränderungen so weit abnimmt, dass kleine Schritte in Richtung Autonomie überlegt werden können, müssen für jeden die Konsequenzen daraus ersichtlich werden. Bevor also Einzelne in eine Richtung „losrennen“, sollte das Gespräch sich antizipatorisch damit beschäftigen, wie es jedem damit gehen würde, wenn Familienmitglieder Veränderungswünsche in die Tat umsetzen wollen.

„Reden heißt so viel wie Probehandeln“ lautet ein Motto für solche verbal geäußerte Vorüberlegungen.

Die hierfür nötige Geduld ist erforderlich, wenn nicht ein Scheitern z. B. durch Abbruch riskiert werden soll.

Erst wenn die entlastenden und befriedigenden Konsequenzen durch in Angriff genommene Veränderungswünsche spürbar werden, können die resignativen Gefühle ersetzt werden durch Hoffnungen, die die neu entdeckten eigenen Möglichkeiten und Ressourcen eröffnen.

Meine Intention mit diesem Vortrag war, Ihnen auch psychotische Erkrankungen näher zu bringen. Da die psychotischen Symptome nicht selten sehr schwerwiegend sind, uns manchmal bizarr und unverständlich erscheinen, neigen wir im Helfersystem dazu, um sie einen Bogen zu machen. Daraus resultieren auch die enormen Dunkelziffern, die ich am Anfang erwähnt habe.

Die Ängste, die bei der Konfrontation mit psychotischen Störungen in einem erweckt werden, kenne ich selber nur allzu gut aus den Anfängen meiner Beschäftigung mit diesen Krankheitsbildern Mitte der 70-er Jahre. Ein Psychiater, gleichzeitig Psychoanalytiker, hat mir dadurch entschieden weitergeholfen, dass er darauf aufmerksam machte, dass zunächst befremdliche Wahnvorstellungen und Halluzinationen vergleichbar sei mit den oft auch bizarren Träumen, die uns nächtens heimsuchen. Wenn wir, die uns als „normal“ erleben, aufwachen, schauen wir uns die Träume an und realisieren, dass es sich nicht um die Realität handelt. Diese Distanzierung gelingt dem Psychosekranken in der akuten Phase nicht, - aber später schon, wenn er wieder „gelandet“ ist. Und dann kann man sich mit ihm oder ihr zusammen anschauen, wie er in die scheinbar unlösbaren Konflikte geraten ist, und nach Wegen daraus suchen.

Denn wie Träume sind auch psychotische Symptome, wenn man sie sich denn anschauen mag, „Königswege zum Unbewussten“!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!