

Neurophysiologische Störungen

Andreas Bäcker und Gerhard Neuhäuser

In diesem Kapitel werden zwei Fallbeispiele aus dem Formenkreis neurophysiologischer Störungen dargestellt, bei denen nach neuropädiatrischer und klinisch-psychologischer Diagnostik individuumbezogene therapeutische Interventionen erfolgten. In den Behandlungen eines jetzt achtjährigen Jungen mit cerebralen Anfällen nach perinataler Hirnblutung und eines 13jährigen Jugendlichen mit spastischer Hemiparese hatten wir es mit unterschiedlich stark behinderten Patienten zu tun, deren Prävalenz in einem Klientel mit neurophysiologischen Störungen relativ hoch ist (Curley, 1992; Goodman & Graham, 1996). Auf andere Störungsbilder, mit denen man in der Neuropädiatrie häufig konfrontiert wird, sind Mitautoren dieses Buches schon an anderer Stelle eingegangen (siehe z. B. Heubrock & Petermann).

Sebastian und Carsten sind „Risikokinder“ der Gießener Abteilung für Neuro- und Sozialpädiatrie, in der verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten. Die Überweisungen an das Sozialpädiatrische Zentrum kommen zumeist von niedergelassenen Kinder- oder Hausärzten. Die psychologische Untersuchung erfolgt dabei in der Regel nach ärztlicher Empfehlung, in nicht wenigen Fällen aber auch aufgrund der Initiative von Eltern oder auswärtigen Fachleuten.

Die klinisch-psychologischen Maßnahmen gehen von einem systemischen Ansatz aus, der sich aufgrund seiner makroskopischen Perspektive für den professionellen Umgang mit behinderten Kindern und ihren Familien, die oft mit mehreren Fachleuten unterschiedlicher fachlicher Provenienz zu tun haben, gut eignet, insofern er um eine Problemlösung unter Einbezug des gesamten sozialen Kontextes bemüht ist (siehe z. B. Imber-Black, 1990).

In der systemischen Therapie, einer ursprünglich in Mailand entwickelten Form der Familientherapie, wird versucht, auf kommunikativem Weg einen subjektiven Konsens darüber zu erreichen, was nützlich sein könnte, einen als negativ beurteilten Zustand zu „verbessern“ (vgl. zur Bedeutung der Familientherapie z. B. Heekerens, 1997; Noeker & Petermann, 2000). Die maßgebliche therapeutische Direktive besteht darin, dysfunktionale Verhaltensmuster zu unterbinden, so daß an ihre Stelle neue, dem subjektiven Urteil nach weniger belastend erlebte Verhaltensweisen oder Kommunikationsformen gesetzt werden können. In dieser verhaltensorientierten Ausrichtung sehen wir einen

Berührungspunkt zwischen der systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie (siehe auch Heekerens, 1997).

Auf die grundlegenden theoretischen Positionen systemischer Therapie kann hier nicht näher eingegangen werden; diesbezüglich sei auf die umfangreiche weiterführende Literatur verwiesen (z.B. Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969; Watzlawick, 1988; Lorenzen, 1994; Schiepek & Strunk, 1994; aber auch Kanfer & Saslow, 1965). Einige wesentliche Interventionsprinzipien des Therapiekonzeptes werden allerdings im Fortgang dieses Kapitels, soweit es für das Verständnis der Kasuistiken nötig ist, noch erläutert werden.

1 Cerebrale Anfälle nach perinataler Hirnblutung

1.1 Beschreibung des Störungsbildes

Sebastian wird im Alter von fünf Jahren zur psychodiagnostischen Untersuchung und Beratung auch im Hinblick auf die bevorstehende Einschulung vorgestellt. Er wurde als Wunschkind geboren und erlitt infolge perinataler Komplikationen eine Hirnblutung. Nach einem Kaiserschnitt in der 34. Schwangerschaftswoche (Geburtsgewicht 1400 g; Körperlänge 43,5 cm) kam es bei Apgarwerten von 8/9/9 zu Atemstörungen, die Intubation und Beatmung erforderlich machten. Wegen einer septischen Infektion mit Staphylokokkus aureus wurde antibiotische Behandlung notwendig. Ein Pneumothorax (Luft zwischen Lunge und Thoraxwand) mußte drainiert werden. Am zweiten Lebenstag stellte man Blutungen im Bereich des rechten Seitenventrikels fest (Grad III); links war eine Hirnblutung Grad I zu erkennen. Bei entlastender Lumbalpunktion wurde blutiger Liquor entleert. Am 13. Lebenstag war Extubation möglich, ab dem 15. Tag orale Ernährung. Bei der neurologischen Untersuchung konnte keine Auffälligkeit festgestellt werden. Sebastian wurde nach 23 Tagen mit einem Gewicht von 2100 g entlassen.

Bei Kontrollen bemerkte man Symptome einer zentralen Koordinationsstörung; es erfolgte deswegen krankengymnastische Behandlung. Die weitere Entwicklung verlief zunächst weitgehend normal. Wegen einer Sprachentwicklungsverzögerung wurden dann aber Maßnahmen der Logopädie und Frühförderung eingeleitet, was sich günstig auswirkte. Im Alter von fünf Jahren trat erstmals ein anfallsartiger Zustand auf mit nächtlichem Erbrechen, mangelnder Ansprechbarkeit und Versteifung sowie Zuckungen der linken Körperseite. Im EEG wurden Hinweise für das Vorliegen einer gesteigerten Anfallsbereitschaft gefunden (besonders über der rechten Hemisphäre). Die Magnetresonanztomographie zeigte weite äußere und innere Liquorräume ohne Fehlbildung oder Parenchymdefekte. Nachdem sich die Anfälle wiederholten, wurde eine antikonvulsive Therapie eingeleitet. Diese mußte mehrfach geändert werden, bis ein befriedigender Erfolg zu verzeichnen war (vgl. Neuhäuser, 2000).

Sebastian hat infolge der Entwicklungsstörung während seines gesamten bisherigen Lebens therapeutische Anwendungen erhalten. Er besuchte den integrativen Kindergarten, hat keine regelmäßigen freundschaftlichen Kontakte und zeigt häufig auch in der Öffentlichkeit Bewegungsstereotypien, schnelle flatternde Bewegungen der Arme, was seinen Eltern, besonders der Mutter, in manchen Situationen peinlich ist. Er verfügt nur über wenige sozial-kommunikative Kompetenzen und kann kaum Blickkontakt aufnehmen.

Frau B. kann aus medizinischen Gründen kein weiteres Kind bekommen. Sie wirkte emotional belastet und besorgt, zeigte sich sehr bemüht und in der erzieherischen Haltung überprotektiv. Sie hatte bis zur Geburt ihres Sohnes als Kinderkrankenschwester gearbeitet und ist heute 35 Jahre alt. Der Vater, 37 Jahre, wirkte psychisch stabiler, wenngleich die Probleme seines Sohnes (und seiner Frau) natürlich auch an ihm nicht spurlos vorübergegangen waren. Es bestehen keine materiellen Schwierigkeiten. Die Familie lebt in der eigenen Wohnung, der Vater ist in gesicherter Stellung als Verwaltungsbeamter im gehobenen Dienst tätig. Beide Eltern halten, wie sie es im Erstkontakt darstellten, regelmäßigen Kontakt zu ihren Herkunftsfamilien. Das Ehepaar B. findet wenig Zeit für gemeinsame Freizeitaktivitäten.

1.2 Differentialdiagnostik

Medizinische Diagnostik. Sebastian ist körperlich altersgemäß entwickelt. Bei der neurologischen Untersuchung sind außer einer ungelenken Bewegung keine Auffälligkeiten nachzuweisen. Das EEG zeigt Hinweise für eine Funktionsstörung im Bereich der rechten Hemisphäre mit hypersynchroner Aktivität („Kramfpotentiale“), die im Schlaf aktiviert wird. Nach der Anamnese (Hirnblutung rechts) und dem EEG-Befund ist eine partielle Epilepsie mit sekundärer Generalisierung zu diagnostizieren (Doose & Ondarza, 1994).

Psychologische Diagnostik. Zur psychodiagnostischen Untersuchung erfolgte zunächst eine Exploration des Sozial- und Spielverhaltens und der Selbständigkeitsentwicklung durch Befragung der Eltern. Außerdem füllte die Erzieherin des integrativen Kindergartens den Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter (BBK; Duhm & Althaus, 1979) aus. In der Einzeluntersuchung wurde der Hannover Wechsler Intelligenztest für das Vorschulalter (HAWIVA; Eggert, 1975) durchgeführt, ein zum Untersuchungszeitpunkt in der klinischen Praxis gebräuchliches Testverfahren zur Frühdiagnose der Intelligenz.

Der HAWIVA ist am theoretischen Intelligenzkonzept Wechslers orientiert, und dementsprechend werden im wesentlichen zwei Bereiche der Intelligenz überprüft: Im Verbalteil werden der Sprach- und Wissenserwerb auf dem Hintergrund sozialer Bezüge erfaßt und im Handlungsteil die visumotorische Koordination. Daneben können in zwei Zusatztests das rechnerische Denken und die visumotorische Koordination bei konzentrativer Anspannung getestet wer-

den, welche hier aber nicht zur Anwendung gelangten. Zudem wurden in der Untersuchungssituation auffällige Verhaltensbeobachtungen protokolliert.

Sebastian zeigte in der Aufwärmphase der psychodiagnostischen Einzeluntersuchung, einer freien Spielsituation, an diversen Spielmaterialien geringes Interesse. Er spielte nur ansatzweise und wenig funktionsgerecht mit einem Spielzeugschwert und Bausteinen, die er eher planlos aufeinandersteckte, ohne zu einem konstruktiven Ergebnis zu gelangen. Sebastian wirkte grobmotorisch ungeschickt, leicht ataktisch; sprachliche Artikulation, Satzbau und Grammatikgebrauch erschienen bei Neigung zur Echolalie bei weitem nicht altersgemäß entwickelt. In der sich anschließenden Testuntersuchung, die zu einem zweiten Termin fortgesetzt wurde, demonstrierte er wenig Sachorientierung und ein nur geringes Aufgabenverständnis. Er beantwortete bei den Aufgaben des Verbalteils des HAWIVA nur einige einfache Items, und selbst diese oft noch falsch. In der visumotorischen Koordination wurden ebenfalls ganz erhebliche Defizite erkennbar: Störung der Raum-Lage-Wahrnehmung, Stifthaltung im Faustgriff, undosierter Krafteinsatz und unsichere Linienführung. Sebastian neigte während der Untersuchung immer wieder zu den oben beschriebenen Bewegungstereotypen, die wohl der Spannungsabfuhr dienen. Die Erzieherin dokumentierte im BBK in guter Übereinstimmung mit den Testbefunden größte Schwierigkeiten im Spiel- und Sozialverhalten und in den sprachlichen Äußerungen (zur erhöhten Inzidenz von Verhaltensstörungen bei Anfallserkrankungen vgl. Curley, 1992; Trimble, 1991).

Als wesentliches Ergebnis der Individualdiagnostik wurde eine deutliche kognitive Beeinträchtigung festgestellt. Wir wollten uns mit der Diagnose einer geistigen Behinderung jedoch zurückhalten, auch weil bei manchen Kindern später noch unerwartete Entwicklungsfortschritte zu beobachten sind. Den Eltern wurden deshalb nur die Befunde ohne abschließende Beurteilung mitgeteilt und die Empfehlung gegeben, einen Antrag auf eine sonderpädagogische Integrationsmaßnahme für die erste Klasse der Grundschule zu stellen.

Differentielle Familiendiagnostik. Nach dieser Beratung begann die Mutter die schonend vorgetragenen Ergebnisse in Zweifel zu ziehen, so daß weitere Gespräche nötig wurden, die schließlich zu einem therapeutischen Arbeitsbündnis führten. Es wurde dann zur genaueren Problemklärung mit zunächst mehr explorativen und schließlich auch zirkulären Fragen (vgl. zum methodischen Vorgehen zirkulären Fragens Selvini-Palazzoli, Boscolo & Prata, 1978; Simon & Stierlin, 1981; Rothmel & Feierfeil, 1990) versucht, die Beziehungsstrukturen und die Dynamik des familiären Gefüges zu erhellen (zu den Methoden der Systemdiagnostik vgl. Schiepek, 1986, oder Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991). Es handelt sich hierbei übrigens um eine Prozeßdiagnostik, insofern werden in diesem Abschnitt Erkenntnisse mitgeteilt, die zum Teil eigentlich erst im weiteren Therapieverlauf und nach Durchführung klärender Interventionen ersichtlich wurden.

Die Mutter berichtete, daß sie früher wegen einer Angststörung mit Panikatacken in psychotherapeutischer Behandlung gewesen war; eine psychosoma-

tische Kur habe ihr geholfen, mit den Ängsten fertig zu werden und die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu erkennen. Der Vater hatte sich auf Anraten der Mutter in klientenzentrierte Psychotherapie begeben. Ein Telefonat mit der Therapeutin ergab, daß es in den Gesprächen im wesentlichen um das Verhältnis zu seiner Frau und die Entwicklungsprobleme des Sohnes ging. Diese Behandlung sollte der Vater etwa ein Jahr nach Beginn der Elterngespräche beenden.

Nach ersten Gesprächen wurden erhebliche Konflikte in der Herkunftsfamilie von Frau B. erkennbar. Sie habe sich im Vergleich mit der zwei Jahre älteren Schwester immer sehr durch ihre Mutter herabgesetzt gefühlt. Jene hätte vorgeblich beinahe alles besser gemacht als sie, woran Frau B. früher fast verzweifelt wäre, wie sie sagte. So sei sie noch heute bemüht, perfekt zu sein; gerade in der Erziehung von Sebastian habe sie große Angst, etwas zu versäumen. Sie hat das Gefühl, an seiner Behinderung Schuld zu haben und übt einen starken erzieherischen Druck auf ihn aus. So bastelte sie geradezu verbissen mit ihm und versuchte, ihm gute Manieren bei Tisch beizubringen. Sebastian verweigerte sich allerdings dagegen und demonstrierte seinen Protest, indem er beispielsweise auf den Wohnzimmerteppich urinierte, wodurch sich die Mutter dann zur noch rigideren Entwicklungsförderung gezwungen sah.

Frau B. wurde nicht müde, immer wieder neue Therapieformen ausfindig zu machen, die nicht selten einen enormen Zeitaufwand bedeuteten, da sie weit entfernt vom Heimatort durchgeführt wurden und meistens über einen längeren Zeitraum erfolgen mußten. Es entwickelte sich hier ein regelrechter „Therapietourismus“, der auch zu ehelichen und familiären Streitigkeiten führte.

Der Vater, bei dem keine vordringlichen Probleme zu erkennen waren und der anfangs eher verschlossen wirkte, schien bestrebt zu sein, zwischen Ehefrau und Sohn zu vermitteln. Die Eltern wirkten durch ihr beständiges Bemühen um die Gesundheit und Entwicklung von Sebastian sehr belastet und neigten auch zu psychosomatischen Reaktionen. Sie hatten nur wenige freundschaftliche Beziehungen und erschienen insgesamt deutlich unzufrieden.

Nach der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) besteht bei Sebastian eine sekundär generalisierte Grand mal Epilepsie (G40.6) und der Verdacht auf eine leichte intellektuelle Behinderung (F70), bei der Mutter eine Angststörung (F41.1), zudem ein Verdacht auf unangebrachten elterlichen Druck (Z62.6) und ein Mangel an Entspannung oder Freizeit bei den Eltern (Z73.2).

1.3 Erklärungsansätze

In dieser Familie kommt es zum unglücklichen Zusammentreffen kindlicher Behinderung und mütterlicher Angstneurose, was zu besonderen Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung führte. Selbstanklagen und Selbstanschuldigungen sind Merkmale der tief verwurzelten Ohnmachtsgefühle gegenüber der

Realität des behinderten Kindes (Schuchardt, 1990). Vielfache „Abschaffungsversuche“ mit dem Bemühen, der Situation zu entkommen, erscheinen von außen gesehen oft übertrieben und ziehen immer wieder Konsultationen von Fachleuten, Therapeuten oder anderen Helfern nach sich, die letztlich mit der stets neu aufkeimenden Hoffnung begründet sind, das Problem doch noch aus der Welt schaffen zu können. Gerade „neurotische“ Patienten neigen ohnehin zu sehr rigiden Verhaltensmustern (vgl. Kanfer et al., 1991).

Sowohl seitens der mütterlichen als auch der väterlichen Herkunftsfamilie bekommen die Eltern keine wirksame Unterstützung. Sie finden kaum Entlastung durch Gespräche oder Aktivitäten mit Verwandten oder Freunden, obwohl sie durchaus noch freundschaftliche Kontakte haben, die sie jedoch nicht zu pflegen wissen. Solche sozialen Ressourcen sind aber wichtige Faktoren bei der Bewältigung von Krankheiten und Lebenskrisen. Hilfreich könnte beispielsweise sein, daß Sebastian gelegentlich einen Nachmittag oder sogar auch einige Tage bei den Großeltern verbringt, damit die Eltern sich wieder mehr als Paar erleben können; denn die Ehe befand sich in der Krise. Auch freundschaftliche Kontakte könnten auf diese Weise wieder stärker aufleben.

Auf der systemischen Ebene wird in der Familie B. vor allem die emotionale Verwicklung von Mutter und Sohn erkennbar. Bei Frau B. sind die Gedanken, nicht genügend für Sebastians Entwicklung zu tun und ein geistig behindertes Kind geboren zu haben, zentrale angstausslösende Stimuli. So versuchte sie alles (!) zu tun, um ihm zu helfen und neigte dabei zu überzogenen, rigide-kontrollierenden, unnachgiebigen Verhaltensweisen, von denen sie bei distanziert-rationaler Betrachtung selbst wußte, daß sie wahrscheinlich mehr schaden als nützen. Sebastian reagierte darauf mit einer wachsenden Verweigerungshaltung bis hin zu Protestaktionen. Es entstand ein Teufelskreis: Sebastians retardiertes auffälliges Verhalten führte zu einem (über)förderlichem Elternverhalten. Dies bedingte eine selbstschützende Verweigerung mit verstärkten Auffälligkeiten beim Kind, die noch intensivere Bemühungen vor allem der Mutter nach sich zogen und so fort.

Zusammenfassend betrachtet ließen sich folgende dysfunktionale Faktoren im familiären Geschehen ausfindig machen:

- die grundlegende Behinderung von Sebastian mit multiplen Verhaltensauffälligkeiten und einer ständigen psychomotorischen Unruhe;
- die damit transgierende Angststörung der Mutter, die sich in rigide kontrollierenden Erziehungsmaßnahmen ausdrückt;
- die daraus folgende emotionale Verstrickung von Mutter und Sohn;
- die geringe Eigeninitiative und Selbstwirksamkeit des Vaters, Schwierigkeiten zu bewältigen;
- die geringe psychosoziale Unterstützung der Familie durch Angehörige und Freunde.

1.4 Interventionsprinzipien

Die Behinderung eines Kindes stellt für die Eltern eine enorme Belastung dar, die kaum zu akzeptieren ist, und ihre Verarbeitung erfordert einen zumeist jahrelangen Prozeß, in dem sich unter anderem Phasen von Verleugnung, Depression, Aggression und Integration abwechseln (vgl. Schuchardt, 1990).

Nach dem systemischen Modell kann sich Therapie letztlich nicht berechenbar auswirken, Familien sind komplexe Systeme, die nicht-trivial funktionieren (vgl. Ludewig, 1995). Es ist davon auszugehen, daß sich der Therapieausgang im wesentlichen kaum vorausbestimmen läßt und nur versucht werden kann, ein hilfreiches Milieu für günstige Veränderungen zu schaffen. Dazu sind verschiedene Hilfssysteme denkbar. Ludewig (1995) unterscheidet hier Anleitung, Beratung, Begleitung und Therapie.

Tabelle 1:
Klinische Hilfssysteme
(Erklärung: 1 = Grund des Leidens; 2 = Hilfestellung; 3 = Dauer)

ANLEITUNG	
Typ: „Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu erweitern!“	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fehlen oder Mangel an Fertigkeiten 2. Zurverfügungstellung von Wissen 3. Offen
BERATUNG	
Typ: „Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu nutzen!“	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interne Blockierung des Systems 2. Förderung vorhandener Strukturen 3. Begrenzt je nach Umfang des Auftrags
BEGLEITUNG	
Typ: „Hilf uns, unsere Lage zu ertragen!“	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unabänderliche Problemlage 2. Stabilisierung des Systems durch fremde Struktur 3. Offen
THERAPIE	
Typ: „Hilf uns, unser Leiden zu beenden!“	<ol style="list-style-type: none"> 1. Veränderliche Problemlage 2. Beitrag zur (Auf)Lösung des Problemsystems 3. Als Vorgabe begrenzt

Das Schema in Tabelle 1 ist typologisch, so kommt es in der praktischen Anwendung zu Überschneidungen. In unserem Fall erfolgte eine Mischung aus Beratung und Begleitung. Die interne Blockierung des familiären Systems durch die emotionale Verstrickung von Mutter und Sohn sollte zum Beispiel durch eine Förderung der innerfamiliären Abgrenzung und mehr psychosoziale Unterstützung aufgehoben werden (=Beratungsaspekt). Grundlegende Zielsetzung der Behandlung war eine Bestärkung der Familie in ihrem Bewältigungsverhalten, aber auch eine gewisse Reduktion des enormen persönlichen Einsatzes der Eltern. Der Therapeut wollte einen Teil der Verantwortung für das richtige Förderkonzept von Sebastian übernehmen und so das System von außen stabilisieren (=Begleitung). Behinderungen können nicht überwunden werden, sie sind prinzipiell unlösbar, insofern konnte es hier nicht im engeren Sinne um eine Therapie des Gesamtproblems gehen (wir werden jedoch im

weiteren der Einfachheit halber und sprachlicher Konvention folgend dennoch den Begriff Therapie verwenden).

Nach Erledigung des ursprünglichen diagnostischen Auftrages wurde die Störung der familiären Beziehungsmuster durch konstruktive Fragetechnik im therapeutischen Dialog aufgedeckt und in einer für die Eltern annehmbaren Weise benannt. Weiter konnte dann gemeinsam erarbeitet werden, was an der familiären Problemlage zu ändern und was zu akzeptieren ist (vgl. für diese Unterscheidung Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991). Ein wesentliches Therapieziel war die Stärkung des Paar-Subsystems und gleichzeitig, um dies zu erreichen, eine stärkere Abgrenzung zwischen Mutter und Sebastian. Der Vater wollte und sollte durch sein stärkeres Engagement dazu beitragen.

Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991) beschreiben in ihrem umfassenden Selbstmanagementansatz ein mit der systemischen Therapie gut kompatibles, konzeptionelles Vorgehen. Sie heben hervor, wie wichtig es ist, den Auftrag klarzustellen, Erwartungen abzuklären sowie erreichbare Ziele zu formulieren. Dies dürfte in der Arbeit mit Familien, bei der es im Vergleich zur Behandlung einzelner Patienten wegen Schwierigkeiten in der Strukturierung des interaktionellen Geschehens noch rascher zu unkontrollierten Entwicklungen kommen kann, um so mehr gelten. Gerade deshalb ist in der Arbeit mit größeren Systemen eine explizite Therapiezielvorgabe nötig (vgl. Ludewig, 1995), wenngleich diese im Verlauf nicht selten revidiert werden muß. Es werden Arbeits-hypothesen über nützliche Interventionen und Behandlungspläne zum Teil gemeinsam mit den Familienmitgliedern erstellt, aber im Falle neuer Einsichten in das familiäre Interaktionsgefüge auch modifiziert oder gar verworfen.

Bei den dreiwöchentlich durchgeführten Elterngesprächen, standen aus Sicht des Therapeuten ganz wesentlich die Exploration und nachfolgende Nutzung vorhandener Ressourcen im Mittelpunkt, um im familiären System wirksam Einfluß zu nehmen. Therapeutischer Grundsatz war dabei, allen Familienmitgliedern Respekt und Achtung entgegenzubringen und gleichzeitig zu vermeiden, sich unversehens oder wegen persönlicher Sympathien zu sehr mit den Belangen einzelner zu verbünden.

Die Basis systemtheoretischen Wirkens ist der offene, respektierende und bestätigende Dialog (Ludewig, 1995) über familiäre Beziehungsmuster und Probleme (vgl. hierzu auch Warschburger & Petermann, 2000); eine Metakommunikation (vgl. Watzlawick, Beavin, Jackson, 1969), die eine Distanzierung zum eigenen Verhalten bewirken kann. Der so gestaltete Dialog dient dazu, die Patienten für die therapeutische Idee zu gewinnen und Widerständen entgegenzuwirken. Es konnte auf diese Weise ein Klima für die gemeinsame Entwicklung neuer Perspektiven bzw. die Anbahnung neuer Verhaltensweisen zur Durchbrechung der pathologischen Muster geschaffen werden.

In den ersten Gesprächen nahm der Bericht der Mutter über die jeweils aktuellen Probleme Sebastians großen Raum ein. Insbesondere die schulische Situation bereitete ihr, aber auch dem Vater, immer wieder große Sorgen. Es

wurde in diesen Momenten jedesmal das strukturierende Eingreifen und Erinnern an das Arbeitsbündnis nötig, nach dem das elterliche Subsystem fokussiert werden sollte. Erst nach vielen Sitzungen wurde eine Einstellungsänderung bei der Mutter spürbar, die zunächst doch sehr stark von ihren Ängsten um Sebastian gefangen war, und oft zwanghaft Ansichten, Empfehlungen und auch Urteile mitprotokolliert hatte. Im Fortgang der Behandlung konnte sie zunehmend mehr die gesamte interaktionelle Dynamik übersehen und eine größere Distanz zu ihrem eigenen Tun einnehmen.

Eine kontinuierliche, konsequente und zugleich einfühlsame Spiegelung ihrer Gefühlsäußerungen führte, gepaart mit einer dosierten fachlichen Beantwortung der Fragen zu Sebastians Schwierigkeiten und einer Relativierung derselben im Interessengefüge der Familie, langsam zu einer kognitiven Umstrukturierung. Es wurden ein Gefühl erhöhter Selbstwirksamkeit und erste Verhaltensänderungen, zum Beispiel eine Reduktion ihres stark direktiv-pädagogischen Erziehungsverhaltens, erkennbar, wenngleich es hierbei immer wieder zu Rückschritten und Stagnationen kam. Eine solche Rekursivität im zeitlichen Verlauf scheint allerdings für Veränderungsprozesse menschlichen Verhaltens überhaupt eine Gesetzmäßigkeit zu besitzen (Prochaska & DiClemente, 1982).

Nützlich war auch eine zum Teil drastisch überzeichnende Metaphorisierung der mütterlichen Selbstdarstellung. Eine eher allgemeingebräuchliche, konfrontative Paraphrasierung auf der Beziehungsebene: „Auf mich wirken Ihre Reaktionen auf angstvolle Situationen, als würden Sie dann zur Salzsäule erstarren!“ konnte beispielsweise – im rechten Moment und in einer für die Mutter annehmbaren Weise ausgedrückt – einen spürbaren Unterschied in ihrer Selbstwahrnehmung bewirken, der sie nachhaltig beeinflusste. Auf der Verhaltensebene konnten wir später, nach gemeinsamen Beratungen und Überlegungen, erste Veränderungen im Umgang mit der eigenen Angst erkennen, insofern sie sich in angstvollen Momenten selbst mehr beobachtete, danach rascher wieder entspannen und unter Kontrolle bringen konnte.

Herr B. erfüllte über weite Strecken eigentlich mehr stützende Funktion, ohne daß allerdings seine Einbindung in die Therapie verlorengegangen wäre. Er lernte durch die Gespräche, seine Frau besser zu verstehen, entwickelte in der Behandlung gleichzeitig mehr persönliche Initiative und fand eigene Positionen. So wurde es ihm möglich, durch die Einführung der therapeutischen Perspektive auf das familiäre Geschehen, die realistisch betrachtet überzogenen „Erziehungsmaßnahmen“ seiner Frau nicht mehr unbesehen zu übernehmen, sich stärker auf seine eigenen Fertigkeiten zu besinnen, und eine gelöstere Form der Kontaktaufnahme in die Beziehung zu Sebastian einfließen zu lassen. Er nahm sich außerdem mehr Zeit für sich und seine Interessen, was sich letztlich auf das ganze Familiensystem stabilisierend auswirkte.

Eine weitere Intervention war das gelegentliche Briefeschreiben. Damit sollten in den Gesprächen angestoßene Prozesse noch einmal bestärkt und in eine bestimmte Richtung gelenkt werden. Nachdem die Eltern beispielsweise innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums sehr viel bei sich verändert hatten: die

Mutter ging einer Teilzeitbeschäftigung nach, der Vater hatte im Amt mehr Verantwortung und privat wieder als Trainer die Betreuung der Jugendmannschaft des örtlichen Basketballvereins übernommen, Sebastian außerdem durch einen Schulwechsel einen neuen Lehrer bekommen, der der Mutter übrigens wie wir eindringlich dazu riet, ihn selbst sein Lerntempo bestimmen zu lassen, trat kurze Zeit später ein Rückschritt ein. Herr B. fühlte sich überfordert, die Mutter fand keinen rechten Spaß an ihrer Arbeit, ihre Ängste wurden wieder stärker und sie hatte plötzlich Zweifel, ob es wirklich richtig sei, Sebastian stärker gewähren zu lassen. Die Eltern erhielten dann nach einem „aufwühlenden“ Therapiegespräch einen eher „besänftigenden“ Brief, in dem die bisherigen Entwicklungen positiv konnotiert wurden, das Tempo der Veränderungen als beachtlich beschrieben und die Wahrscheinlichkeit hervorgehoben wurde, daß bei diesem Veränderungstempo auch eine gewisse Unruhe einsetzen und die Ängste der Mutter wieder stärker auftreten könnten. Sie hätten schon viel erreicht und könnten sich jetzt sicherheitshalber ruhig etwas mehr Zeit lassen. – Dieser Brief hatte anscheinend seinen Zweck, die Familie zu beruhigen, voll erfüllt, wie sich späteren Mitteilungen der Eltern entnehmen ließ.

In einer Bilanz der Beratung und Begleitung der Familie B. lassen sich folgende Behandlungsfortschritte verzeichnen:

- Sebastian besucht eine ihm angemessene Schulform und gewinnt langsam ein ihm entsprechendes Maß an Autonomie; dies bedeutet, daß er nicht mehr so sehr gegen die „Übergriffe“ der Mutter protestieren muß;
- Frau B. wirkt etwas gelassener, läßt Sebastian mehr Freiraum und kann sich übrigens mehr gegen die noch immer erfolgenden Angriffe ihrer Mutter wehren, worin Herr B. sie sehr unterstützt;
- das Verhältnis zwischen Sebastian und seiner Mutter erscheint entspannter;
- der Vater kann wachsenden förderlichen Einfluß in die Beziehung zu Sebastian einbringen und sich stärker seiner früheren Leidenschaft, dem Basketball, widmen;
- die verdeckten Konflikte zwischen den Ehepartnern konnten ansatzweise deutlich gemacht und angesprochen werden;
- die cerebralen Anfälle sind nur noch selten aufgetreten und werden nicht mehr als so sehr ängstigend erlebt.

2 Spastische Hemiparese (linksseitig)

2.1 Beschreibung des Störungsbildes

Carsten wurde als erstes Kind gesunder Eltern nach ungestörter Schwangerschaft zum errechneten Termin ohne Komplikationen geboren. Seine Entwicklung verlief zunächst unauffällig. Im Alter von etwa drei Monaten bemerkte man einen Seitenunterschied in den Armbewegungen: Während Carsten rechts zu greifen begann, hielt er die linke Hand gefaustet und den Arm angewinkelt.

Einige Wochen später wurde eine spastische Hemiparese links diagnostiziert und entsprechende krankengymnastische Behandlung eingeleitet. Er lernte mit 15 Monaten laufen; seine Sprachentwicklung blieb ohne Auffälligkeiten; Sauberkeitsgewöhnung wurde mit drei Jahren erreicht. Auf den Kindergartenbesuch folgte mit 6 $\frac{1}{2}$ Jahren die Einschulung.

Carsten wird auf Initiative der Mutter im Alter von elf Jahren wegen erheblicher Verhaltensschwierigkeiten zur psychologischen Behandlung vorgestellt. Er verwickle die Mutter ständig in Streit, kote ein und beschmiere damit auch manchmal die Wände; seinen Schwestern gegenüber verhalte er sich zeitweilig äußerst aggressiv. Er zeige sich zumeist uneinsichtig, verweigere jede häusliche Hilfe und habe erhebliche schulische Schwierigkeiten, insbesondere im Umgang mit seinen Mitschülern. Carsten besucht das örtliche Gymnasium und verbringt den größten Teil seiner Freizeit allein bzw. im Streit mit seiner Familie.

Er ist das älteste von drei Kindern; seine gesunden Schwestern sind zum Zeitpunkt der Erstvorstellung sechs und drei Jahre alt. Lebensmittelpunkt ist ein freistehendes Landhaus; der Vater ist als selbständiger Architekt zumeist mehr als acht Stunden täglich beschäftigt. Frau L. ist nicht berufstätig, sie versorgt den Haushalt und die Kinder. Beide Eltern sind Ende dreißig und frei von finanziellen Sorgen. Die Mutter neigt zu psychosomatischen Störungen im Rücken- und Bauchbereich. Die Großmutter väterlicherseits ist recht häufig zu Besuch und bleibt oft für mehrere Tage.

2.2 Differentialdiagnostik

Medizinische Diagnostik. Carsten ist ein kräftiger, körperlich altersgemäß entwickelter Junge, der sich bei der Untersuchung situationsgerecht verhält. Er hat eine spastische Hemiparese links mit erhöhtem Muskeltonus, leichten Kontrakturen, gesteigerten Muskeleigenreflexen und pathologischen Reflexen. Die linke Hand kann nur unterstützend eingesetzt werden, der linke Fuß wird unzureichend abgerollt und nur mit dem Zehenballen aufgesetzt. Das EEG zeigte keine pathologischen Veränderungen. Es trat einmal ein motorischer Anfall mit Zuckungen der linken Körperhälfte ohne Bewußtseinsstörung auf. Eine Magnetresonanztomographie wurde bisher nicht durchgeführt. Anzunehmen ist, daß es pränatal zu einem Gefäßverschluß mit nachfolgender Porencephalie (Höhlenbildung) im Bereich der rechten Hemisphäre kam (vgl. Neuhäuser, 2000).

Psychologische Diagnostik. Entgegen den Erwartungen zeigte sich Carsten im Gespräch recht zugänglich, er lehnte es allerdings ab, einen Persönlichkeitsfragebogen auszufüllen und war zunächst auch nicht zu einer Leistungsüberprüfung zu motivieren. Erst geraume Zeit später fand er sich dazu bereit. Eine Leistungsdiagnostik erschien notwendig, um mögliche Teilleistungsschwächen zu diagnostizieren, die bei Patienten mit einer Cerebralparese eine relativ hohe Auftretenswahrscheinlichkeit haben und evtl. einer besonderen

Förderung bedürfen (Vargha-Khadem, Isaacs, van der Werf, Robb & Wilson, 1992). Es wurde die Kaufman Assessment Battery for Children (Melchers & Preuß, 1994) angewandt. Diese ermöglicht aufgrund der Unterscheidung zwischen grundlegenden Fähigkeiten und erworbenen Fertigkeiten sowie wegen der Aufteilung in die ganzheitliche und einzelheitliche visuelle oder auditive Informationsverarbeitung eine in manchen Fällen sehr differenzierte Profildagnostik mit vergleichsweise guten Möglichkeiten zur Feststellung von Teilleistungsstörungen.

Carsten erreichte einen insgesamt durchschnittlichen Testwert in den intellektuellen Fähigkeiten mit besonderen Stärken in der auditiven und mit deutlichen Defiziten in der visuellen Informationsverarbeitung. Sein Rechenvermögen war alters- bzw. klassengemäß entwickelt, Wortschatz und Leseverständnis waren sogar überdurchschnittlich ausgebildet.

Differentielle Familiendiagnostik. Es finden sich aus systemischer Sicht mit der Familie B. vergleichbare Familienstrukturen und -funktionen. Frau L. übernahm gemäß der traditionellen Rollenzuschreibung die Hauptverantwortung für die Durchführung und Sicherstellung von Carstens vielfältigen Therapieanwendungen und hatte in den verschiedenen Entwicklungsphasen beträchtliche Schuldgefühle entwickelt, da sein Handicap natürlich erhalten blieb. Der Sohn trägt im Vergleich zu Sebastian aufgrund seiner höheren Intelligenz und Selbstreflektiertheit selbstbestimmter zum Geschehen bei. Er wehrt sich vehement dagegen, die Behinderung in sein Selbstbild zu integrieren, leugnet sie ab und neigt zu einem unkontrolliert-aggressiven Ausagieren erlebter Frustrationen.

Nach der Schule, in der es häufig zu massiven Stigmatisierungen kommt, findet sich Carsten zu Hause „mit so einem Hals ein“ und „läßt Dampf ab“. Es folgen dann jeweils die ersten, manchmal eskalierenden Auseinandersetzungen vornehmlich mit der Mutter, insbesondere wenn Carsten sich gegenüber seinen Schwestern „unausstehlich“ verhalten hat. Er zieht sich danach in der Regel auf sein Zimmer zurück. Während dieser Phasen des Alleinseins kommt es häufig zum Einkoten. Im weiteren Verlauf des Tages setzen sich die Konflikte dann meistens wegen Carstens mangelnder Arbeitsorganisation fort. Er verlangt Hilfe bei den Hausaufgaben, sucht seine Arbeitsmaterialien oder bittet sich Ruhe zum Arbeiten aus.

Wenn Mutter oder Vater gegen Abend bestimmte Aufgaben an ihn delegieren, etwa die Versorgung des Pferdes, das Carsten zu seinem neunten Geburtstag geschenkt bekam, finden sich neue Reibungspunkte. Besonders problematisch wird es, wenn die Mutter des Vaters für einige Zeit zu Gast ist. Sie hat in der Familie eine machtvolle Position inne und vertritt konservativ-bürgerliche Werte, wie Respekt vor dem Alter, strenge Selbstdisziplin und ähnliche Verhaltensregeln. So drängte sie Carsten unablässig mit Prophezeiungen über seine schlimme gesundheitliche Zukunft zur Krankengymnastik, was ihn schier rasend machen konnte. „Die soll mich gefälligst in Ruhe lassen!“ war dabei noch eine der mildesten Mißfallensäußerungen. Die Eltern sahen sich aber

außerstande, hier regulierend einzugreifen, da sich die Großmutter von ihren Äußerungen trotz allen guten Zuredens einfach nicht abbringen ließ.

Die Mutter verlangte ein altersgemäßes Sozialverhalten und mehr Rücksicht – diese Erwartungen beruhen offenbar auf den tradierten und tragenden Grundwerten im Zusammenleben dieser Familie, während Carsten sich durch ihre „ständigen Vorwürfe“ abgelehnt fühlte und sein Gefühl des Alleingelassen-seins weiter zunahm. Außerdem erachtete sie, eventuell auch vor dem familiären Wertehorizont, die tägliche Krankengymnastik und Übernahme bestimmter Haushaltspflichten für notwendig. Gerade die Krankengymnastik erlebte Carsten aber, weil sie so schmerzhaft ist, als besonders leidvoll und führte sie deshalb entgegen allen Aufforderungen der Mutter und Großmutter nur sehr sporadisch durch. Eine zweiwöchige krankengymnastische Intensivmaßnahme erwies sich hingegen als überraschend effizient und konnte die eigentlich geplante Operation (Achillotenotomie) zumindest hinauszögern.

Als wesentliches Ergebnis der Familiendiagnostik, die wiederum als Prozeßdiagnostik über einen längeren Zeitraum erfolgte, ist das obengenannte konfrontative Interaktionsmuster zu nennen: Die Eltern vertreten ihrem Sohn gegenüber unnachgiebig familiäre Werte und Verhaltenserwartungen, die Carsten aus einer verständlichen starken Frustration heraus intentional-aggressiv mißachtet. Er verletzt die Grenzen der anderen so wie seine verletzt werden. Dahinter steht auf beiden Seiten die Trauer über die inakzeptable Behinderung.

Nach der ICD-10 (Dilling et al., 1993) sind eine spastische Cerebralparese (G80.0) mit einer Teilleistungsstörung im Bereich der visuellen Informationsverarbeitung, sowie ein Verlust des Selbstwertgefühls (Z61.3) zu diagnostizieren. Es bestand der Verdacht auf unangebrachten elterlichen Druck (Z62.6).

2.3 Erklärungsansätze

Die familiäre Situation Carstens zeigt teilweise Parallelen zu der von Sebastian, aber auch wesentliche Unterschiede. Er ist ein intelligenter, selbstbewußter, wenngleich nicht sehr selbstsicherer, inzwischen jugendlicher Patient von beachtlicher Eloquenz, der seine Mutter in dem vergeblichen Bemühen, eigene Frustrationen abzubauen, immer wieder geschickt in Streit verwickelt. Carsten setzt seine Eltern in der verbal-kommunikativen Interaktion unter ganz erheblichen argumentativen Druck und neigt zu einer aggressiven Verarbeitung oder Abwehr seiner Behinderung. Dies ist seine Bewältigungsstrategie, die sich freilich sehr stark gegen „die Anderen“, „die Gesunden“ wendet. Er kämpft gegen das scheinbare Unverständnis seiner Eltern, das Ausdruck ihrer Hilflosigkeit ist. Sie sind in Anbetracht ihrer Unfähigkeit, die Behinderung abzuwenden, in selbstberuhigendem Bemühen darauf bedacht, die körperliche Gesundheit so weit wie möglich zu erhalten.

Diese vielleicht etwas dramatisierende Darstellung spiegelt in etwa das Selbsterleben Carstens wider, der sobald er die Fassade von Wut und Aggression

beiseite schob, sehr verletzt und verzweifelt schien, im Grunde hilflos angesichts seiner Behinderung.

Auf der systemischen Ebene wird in der Familie L. wie im vorhergehenden Beispiel die emotionale Verwicklung von Mutter und Sohn erkennbar. Auch hier existiert keine strukturelle Abgrenzung zwischen beiden. Die familiären Grundmuster sind hinsichtlich der Reaktion auf den bleibenden, unüberwindlich kränkenden Schaden am kindlichen Körper in beiden Familien ähnlich. Auch Frau L.s Bemühungen, Carstens Gesundheit weitestgehend wiederherzustellen, können von außen gesehen sehr leicht „neurotisch“ erscheinen. Wiederum wirkt die Mutter als Trägerin der Verantwortung für Carstens Entwicklung an der Aufrechterhaltung eines dysfunktionalen Bewältigungsverhaltens mit, indem sie durch promptes (unvermeidliches) „Einsteigen“ auf seine Aggressionen ein sich chronifizierendes, problemstabilisierendes Interaktionsmuster wechselseitiger Aggressionen aufrechterhält.

In der traditionellen Rollenaufteilung der Familie hält der Vater im Vergleich zur Mutter, ähnlich wie Herr B., eine gewisse innere Distanz zur Versehrtheit des Sohnes und ist vor allem um eine Unterstützung sowohl der Mutter als auch Carstens bemüht. Er versuchte, ihm bei den Hausaufgaben zu helfen, dies sicher auch, weil Carsten bedenkliche Leistungsschwankungen zeigte. Der Vater entwickelte in der Therapie noch mehr persönliche Initiative und positive Ideen. Er ermutigte seinen Sohn zum Beispiel erfolgreich, ein Hobby aufzugreifen. Sobald er sich stärker einbringen konnte, wurde zur übertriebenen, Reaktanz hervorrufenden Fürsorge der Mutter ein positives Gegengewicht geschaffen, das sie dann wiederum auch teilweise aus der belastenden Verpflichtung entband.

2.4 Interventionsprinzipien

Es erschien zunächst eine gezielte therapeutische Arbeit mit dem kindlichen Subsystem geeignet zu sein, im familiären Gefüge individueller Interessen und Ziele wirksam zu intervenieren. Hierzu konnte auch bald ein entsprechendes Arbeitsbündnis geschlossen werden. Demgemäß erfolgten zunächst Einzelsitzungen mit eher kindbezogenen Therapiezielen, die Carsten über eine Klärung seiner sozialen Konflikte und Erweiterung seiner persönlichen Kompetenzen, die einfühlsame Reflektion seiner Verhaltensstile, das Aufzeigen und Einüben von Verhaltensalternativen ein anderes, „angemesseneres“ Umgehen mit seiner Behinderung ermöglichen sollten.

Es wurde aber nach geraumer Zeit die geringe Effizienz dieser Interventionsversuche ersichtlich. Carsten beschrieb in den Sitzungen seine geschönte Sicht der familiären Situation, zeigte wenig Veränderungsmotivation und weiterhin wenig Selbstbeherrschung nach Provokationen durch seine Mitschüler. Seine Eltern, die parallel zu regelmäßigen Gesprächen erschienen, beschrieben eine jeweils deutlich von Carstens Schilderung abweichende Situation. Wenngleich

gewisse Unterschiede in den „Wirklichkeitskonstruktionen“ gerade aus systemischer Sicht selbstverständlich sind, wurde doch bald die Notwendigkeit eines anderen Settings unverkennbar.

An den dann folgenden beratend-begleitenden Familiengesprächen nahmen Carsten, seine Mutter und sein Vater teil. Diese Zusammensetzung hatte sich nach zwei Familiensitzungen gemeinsam mit den jüngeren Geschwistern als effizienter erwiesen. Es beanspruchte im weiteren sehr viel Zeit, den größten gemeinsamen familiären Nenner therapeutischer Ziele und Vereinbarungen zu finden, der sowohl gewisse elterliche als auch kindliche Wünsche berücksichtigte; dies waren:

- Veränderung der aggressiven, vorwurfsvollen Interaktionsmuster;
- Förderung der Interessenbildung und Eigenständigkeit (beispielsweise bei der Erledigung der Hausaufgaben) Carstens;
- Hilfe der Eltern, den Verletzungen durch seine Oma zu entgehen, deren Charakterstruktur als unveränderlich hinzunehmen war;
- Kosten-Nutzen-Abwägung der krankengymnastischen Maßnahmen.

Fokus der therapeutischen Interventionen wurde die Arbeit an den familiären Beziehungen. Dazu wurden intermittierend die Interaktionsmuster auf der Metaebene besprochen, was insbesondere die Eltern als erleichternd erlebten, und aus der Therapeutenperspektive der Anregung des Systems in Richtung einer „spontanen“ selbstregulierenden Strukturänderung dienlich sein sollte. Auch wurden Hausaufgaben gegeben. Etwa die Aufforderung, immer an Montagen, an denen Carsten erfahrungsgemäß und üblicherweise schlechte Laune hatte, weil er da am Ende eines langen Schultages mit Unterricht in Mathematik und Biologie oft sehr gestrebt war, gemeinsam dafür zu sorgen, daß es zu heftigem Streit kommt. Dies mit der Begründung, daß sich dann alle Beteiligten vielleicht besser erklären könnten, wie sie es eigentlich dahin kommen lassen können... – Es handelte sich hierbei im systemischen Sinne um eine Symptomverschreibung zum Zweck der genaueren Verhaltensanalyse. Tatsächlich wurden sich die Familienmitglieder ihrer Verhaltensanteile dadurch stärker bewußt und konnten Eskalationen danach zum Teil eher aus dem Weg gehen.

Carsten erhielt bei aggressiven Angriffen gegen seine Schwestern konsequent die „rote Karte“ und mußte den Raum verlassen oder bekam, was die Eltern als besonders wirksam erachteten, Taschengeldentzug. Hingegen wurde ihm an den Abenden der Tage, die besonders gut gelaufen waren, als Belohnung ein längeres abendliches Aufbleiben zur freien Verfügung angeboten.

Die Mutter konnte nach eingehender Abwägung der Vor- und Nachteile von ihrem zähen, aufreibenden Festhalten an der Krankengymnastik ablassen. Einige der gemeinsamen Überlegungen waren: Was kostet mich der Einsatz für die Gymnastik? Was bedeutet er für die Beziehung zu Carsten? Welchen Nutzen hat Carsten in gesundheitlicher Hinsicht wirklich davon? Beruhige ich meine Schuldgefühle tatsächlich damit, wo wir (Carsten brauchte bei der Durchführung ihre Hilfe) die Übungen doch letztlich ohnehin kaum umsetzen? – An der Bewegungsstörung der linken Seite änderte sich insgesamt wenig:

Die linke Hand kann unterstützend, also zum Festhalten eingesetzt werden; die Spitzfußstellung mit entsprechender Gelenkkontraktur war immerhin durch die zum zweiten Mal durchgeführte intensive Physiotherapie zu bessern.

Das Verhältnis zur Oma entschärfte sich einfach dadurch – leider nur etwas, daß die Eltern in Auseinandersetzungen mit ihr öfter Partei für Carsten ergriffen. Als therapiehemmend erwies sich weiterhin, daß Carsten eine sehr geringe Veränderungsbereitschaft zeigte, da die ursprüngliche, belastende Familiensituation für ihn von großem Nutzen bei geringem Kostenaufwand war; denn er konnte daheim ungehemmt-aggressiv seine Frustrationen ausleben. Das machte auch die konsequente Einführung von Verhaltensgrenzen und -sanktionen erforderlich. Als therapieförderlich erwies sich die teilweise humorvolle Art des gemeinsamen Umgangs, die in der Familie trotz allem möglich war. So breitete sich immer wieder ein veränderungsfreundliches therapeutisches Klima aus. Der Sinn für Humor, die Fähigkeit zur Distanzierung, machte übrigens auch erst die Symptomverschreibung möglich, die oben näher erläutert wurde.

Als Ergebnisse konnten gegen Ende der regelmäßigen Therapiegespräche folgende Veränderungen festgehalten werden:

- die schulischen Leistungen haben sich stabilisiert, wobei nicht eindeutig zu klären ist, worauf dies zurückzuführen ist;
- Carsten zeigt bei der Erledigung der Hausaufgaben etwas mehr Selbständigkeit;
- die Krankengymnastik ist nicht mehr ständiges Reizthema;
- Carstens aggressive Verhaltensweisen haben in der Familie in erkennbarem Maße abgenommen;
- er hat ein Hobby begonnen – schießt jetzt mit dem Luftgewehr;
- die Mutter wirkt entlastet, weil sie sich mehr von Carsten abgrenzen und ihr übermäßiges Verantwortungsgefühl relativiert werden konnte;
- der Vater bringt sich mehr ein, und so intensiviert sich die Beziehung zu seinem Sohn;
- an der Bewegungsstörung durch die Hemiparese hat sich im wesentlichen nichts verändert.

3 Resümee

Neurophysiologische Störungen nehmen häufig einen chronischen Verlauf. Gerade dadurch und wegen der damit nicht selten verbundenen oft nur vermeintlichen Leistungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten sind sie auch heute noch mit einem nicht zu verkennenden sozialen Stigma verknüpft (vgl. z. B. Hensle, 1982). Eine konsequente Integration kann an der Intoleranz der Gesellschaft scheitern, die sich durch Behinderte mit ihren manchmal befremdlichen Verhaltensweisen gestört und verunsichert fühlt. Dies ist in gewisser Weise verständlich und wahrscheinlich kaum umzugestalten, da dazu in vielen Lebensbereichen ein ganz enormes Umdenken nötig wäre.

In Anbetracht dessen kann es dann aber nicht als neurotisch angesehen werden, wenn die Mütter auf eine „Normalisierung“ ihrer Kinder bedacht sind und sich in eine oft krankmachende Verantwortung gestellt sehen. Weiter wird damit auch eher nachvollziehbar, warum Betroffene so stark gegen ihr Schicksal kämpfen und Eltern ihre Kinder manchmal ablehnen. Es wäre ein therapeutischer Kunstfehler, aufgrund mangelnder Reflektion der psychologischen Hintergründe im persönlichen Kontakt latent zu moralisieren. Vielmehr muß es möglich sein, den Eltern gegebenenfalls genügend Raum für ihre Ablehnung zu bieten. Auf jeden Fall sollten sie sachlich und umfassend über Stärken und Schwächen ihrer Kinder informiert werden, weil ihnen dies eine differenzierte Wahrnehmung und Einordnung der Behinderung eröffnet.

Die Behandlungen von Sebastian und Carsten können bisher noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Familien mit behinderten Kindern brauchen eine längere Begleitung, da die Verwundbarkeit und das daraus resultierende Bedürfnis nach Unterstützung meistens bestehen bleiben. So finden noch Gespräche in größeren Abständen statt. Sie werden bei Familie B. wahrscheinlich bald ganz aufhören. Der therapeutische Erfolg bei Familie L. ist nach unserer subjektiven Einschätzung bisher geringer, vielleicht weil Carstens Veränderungsbereitschaft, auf die es hier besonders ankommt, nicht allzu groß ist. Beim Ehepaar B. wird sich wegen bestehender sexueller Probleme eventuell eine noch stärkere Verlagerung auf eine paartherapeutische Behandlung ergeben.

In beiden Fällen standen folgende allgemeine Zielsetzungen im Vordergrund: eine familiäre Unterstützung und Klärung der Beziehungsmuster, eine Stärkung durch die Betonung familiärer Ressourcen und eine Umverteilung der familiären Rollen, insbesondere auch zur Entlastung der Mütter. Speziell die Unterstützung der Mütter erscheint immer wieder vordringlich.

In den Kasuistiken sollte schließlich deutlich geworden sein, daß es in der Arbeit mit Familien wichtig ist, darauf zu achten, in welchem Subsystem sich Ansatzpunkte für die Behandlung finden lassen. In der systemischen Therapie geht man davon aus, daß Behandlungsansätze im Therapieprozeß häufig revidiert werden müssen. Flexibilität in den Positionen und Reflektion der Hypothesen des Behandlungsplans sind deshalb immer wieder unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen therapeutischen Handelns.

Literatur

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind, collected essays in anthropology, psychiatry, evolution and epistemology*. San Francisco: Chandler.
- Curley, A.D. (1992). Behavioral disturbance in children with seizures. In M.G. Tramontana & S.R. Hooper (Eds.), *Advances in child neuropsychology*, Vol.I. (109–136). Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.-H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10*. Bern: Huber, 2. Auflage.

- Doose, H. & Ondarza, G. V. (1994). Epileptogene Hirnleistungsstörungen. In G. Todt (Hrsg.), *Aktuelle Neuropädiatrie* (129–138). Wehr: Ciba-Geigy.
- Duhm, E. & Althaus, D. (Hrsg.) (1979). *Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter*. Braunschweig: Westermann.
- Eggert, D. (Hrsg.) (1975). *Hannover Wechsler Intelligenztest für das Vorschulalter*. Deutsche Bearbeitung der Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence. Bern: Huber.
- Goodman, R. & Graham, P. (1996). Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross-sectional and epidemiological survey. *British Medical Journal*, 312, 1065–1069.
- Heekerens, H.-P. (1997). Elternt raining und Familientherapie – Gemeinsamkeiten trotz Unterschiedlichkeit. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 84–89.
- Hensle, U. (1982). *Einführung in die Arbeit mit Behinderten*. Heidelberg: Quelle & Meyer, 2. Auflage.
- Imber-Black, E. (1990). *Familien und größere Systeme: im Gestrüpp der Institutionen*. Heidelberg: Carl Auer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Lorenzen, P. (1994). Konstruktivismus. *Journal of General Philosophy of Science*, 25, 125–133.
- Ludewig, K. (1995). *Systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 3. Auflage.
- Melchers, P. & Preuß, U. (1994). *Kaufman-Assessment Battery for Children*. Deutschsprachige Fassung. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 2. Auflage.
- Neuhäuser, G. (2000). Neurophysiologische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (325–336). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Noeker, M. & Petermann, F. (2000). Interventionsverfahren bei chronisch kranken Kindern und deren Familien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (513–540). Göttingen: Hogrefe, 4., völlig veränd. Auflage.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276–288.
- Rothermel, A. & Feierfeil, R. (1990). Zirkuläres Fragen als Methode der systemischen Therapie. *Familiendynamik*, 15, 333–345.
- Schiepek, G. (1986). *Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie*. München: Psychologie Verlags Union.
- Schiepek, G. & Strunk, G. (1994). *Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater*. Heidelberg: Asanger.
- Schuchardt, E. (1990). *Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie. Soziale Integration Behinderter* (Bd. 1). Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 4. Auflage.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L. & Prata, G. (1978). *Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F. B. & Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Trimble, M. R. (1991). Epilepsy and behavior. *Epilepsy Research*, 10, 71–79.
- Vargha-Khadem, F., Isaacs, E., van der Werf, S., Robb, S. & Wilson, J. (1992). Development of intelligence and memory in children with hemiplegic cerebral palsy. *Brain*, 115, 315–329.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (2000). Belastungen bei chronisch kranken Kindern und deren Familien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (479–511). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Watzlawick, P. (Hrsg.) (1988). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben*. München: Piper.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.