Die Auswirkung der prätraumatischen Lebenssituation von Schädelhirntrauma-Patienten auf die psychische Verarbeitung der Behinderung

Christiane Gérard

Einleitung

Schädelhirntraumen (SHT) werden in 54 Prozent durch Verkehrsunfälle verursacht. Daneben erleiden Kinder und Jugendliche Hirnverletzungen durch Stürze, Sportunfälle, Mißhandlungen, Schlägereien, usw. Die Chancen, schwerste Schädeltraumen zu überleben, nehmen mit dem Fortschritt der medizinischen Technik zu.

Nach *Remschmidt & Stutte* (1980, S. 33 f.) ist die Wahrscheinlichkeit, ein SHT zu erleiden, offensichtlich nicht für alle Menschen gleich groß: 17-32 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen wiesen bereits vor dem Unfall zerebrale Schädigungen auf oder waren kognitiv oder motorisch auffällig.

Desweiteren ist erwiesen, daß in den Familien von SHT-Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe häufiger psychische Auffälligkeiten und andere ungünstige familiäre Bedingungen vorliegen. Dabei wirkt sich das Familienmilieu in zweierlei Hinsicht aus: a) in dem größeren Risiko, einen Unfall zu erleiden und b) in dem größeren Risiko, nach dem Trauma zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln.

Auch *Kiene & Külz* (1975, S. 134) weisen darauf hin, daß „für das Fortbestehen von psychischen Störungen nach Kopfverletzungen bei Kindern die Art und Schwere der Verletzung weit weniger bedeutsam ist als vor dem Unfall beobachtete emotionelle Auffälligkeiten, widrige Familienverhältnisse und andere belastende Momente.“

Dieser Zusammenhang zwischen prätraumatischer Lebenssituation und posttraumatischen Auffälligkeiten soll im folgenden transaktionsanalytisch betrachtet und begründet werden. Dabei werde ich Beobachtungen aus meiner eigenen beruflichen Erfahrung mit 45 jugendlichen Patienten im Alter von 16 bis 23 Jahren einflechten, die 1983 und 1984 mit einem SHT stationär auf der orthopädischen Station einer Rehabilitationsklinik aufgenommen wurden.

1. Medizinische Grundlagen eines Schädelhirntraumas

1.1 **Form und Symptomatik**

Man unterscheidet zwei Formen von Hirnverletzungen:

- a) Die Gehirnerschütterung (commotio cerebri) : Sie zeigt sich in einer Bewußtseinsstörung bis zu einer Stunde, Brechreiz und Erinnerungslücken. Die Hirnfunktion ist nur *vorübergehend* gestört – im Unterschied zur

b) Gehirquetschung (contusio cerebri): Hier muß mit einer Schädigung der Hirnsubstanz gerechnet werden.

Der Schweregrad eines SHT's und damit seine Spätfolgen lassen sich im allgemeinen durch die Dauer der Bewußtlosigkeit bestimmen. Kein SHT gleicht jedoch dem anderen, so daß man im Einzelfall – zumindest im ersten Jahr nach dem Unfall – kaum eine Prognose über den weiteren Verlauf und die Spätfolgen abgeben kann (s. Elternarbeit).

Nach der Dauer der Bewußtlosigkeit teilt *Lange-Cossack* (1975, S. 26 f.) SHT-Patienten in sechs Gruppen ein:

- I keine Bewußtseinsstörung
- II keine Bewußtlosigkeit, aber Bewußtseinstrübung
- III Bewußtlosigkeit bis zu 1 Stunde
- IV Bewußtlosigkeit über 1 bis 24 Stunden
- V Bewußtlosigkeit über 1 Tag bis 1 Woche
- VI Bewußtlosigkeit über 1 Woche

Patienten der Gruppen I-IV überstehen das Trauma im allgemeinen, ohne daß schwere Dauerschäden zurückbleiben, die sich auf die Leistungsfähigkeit in der Schule oder im Beruf auswirken. Schwerverletzte im eigentlichen Sinne sind die Patienten der Gruppen V und VI.

1.2 Krankheitsverlauf

Die folgende Darstellung orientiert sich an den Patienten unserer Klinik, die ausnahmslos der Gruppe VI angehören (Dauer der Bewußtlosigkeit zw. 10 Tagen und 7 Monaten, im Durchschnitt 2 Monate). Jedes SHT durchläuft – grob gesehen – vier Phasen. Die Dauer jeder einzelnen Phase ist abhängig vom Schweregrad der Hirnverletzung und zudem individuell unterschiedlich. Die Übergänge sind fließend.

1.2.1 Die Akutphase

Während der Akutphase befinden sich die Patienten auf der Intensivstation einer Unfallklinik. Sie zeigen neurologische und vegetative Ausfälle. Viele müssen künstlich beatmet werden. Die meisten haben an ihr Erwachen in dieser Klinik keine Erinnerung. Für die Eltern der Patienten muß diese Zeit, in der sie ohnmächtig dem Kampf ihrer Kinder zwischen Leben und Tod zusehen müssen, besonders belastend sein. Sie erleben die stufenweise Wiederherstellung der Funktionssysteme, d.h. die Reintegration des Bewußtseins, der Affektivität und der Motorik wie ein Wunder und beginnen, oft neue Hoffnungen zu schöpfen.

1.2.2 Das Durchgangssyndrom

Sobald die Patienten sich außer Lebensgefahr befinden und ansprechbar sind, d.h. auf Anruf reagieren, werden sie entweder auf normale Stationen verlegt oder in eine Rehabilitationsklinik wie die unsrige überwiesen. Sie befinden sich dann im sog. Durchgangssyn-

drom. Das heißt, man nimmt an, daß ihre Störungen vorübergehend sind. Die Patienten sind anfänglich meist personen-, zeit- und ortsdeseorientiert. Hinzu kommen Regressions Symptome wie Einnässen, Einkoten und kleinkindhaftes Verhalten. Die Nahrungsaufnahme ist mangelhaft gesteuert (Eßsucht oder Verweigerung). Aufmerksamkeit, Konzentration, psychisches Tempo und Gedächtnisleistungen sind hochgradig beeinträchtigt.

In dieser Zeit ist weder Psychodiagnostik herkömmlicher Art noch Psychotherapie möglich. Es kann bis zu vier Monaten dauern, bis die Patienten wieder leidlich orientiert sind. Erst gegen Ende des Durchgangssyndroms werden spezielle körperliche, sozioemotionale und geistige Ausfälle erkennbar. Aber auch zu diesem Zeitpunkt lassen sich keine gesicherten prognostischen Aussagen machen.

1.2.3 *Das Remissionsstadium*

In dieser Phase beginnen sich die beobachteten Störungen mehr oder weniger schnell zu verbessern. Eine Grundregel bei uns besagt, daß die Veränderungen am ehesten in den zwei Jahren nach dem Unfall zu erwarten sind, danach nimmt ihre Wahrscheinlichkeit ab. Aber auch hier gibt es Ausnahmen.

1.2.4 *Die Spätphase*

Nach einer Untersuchung von *Lange-Cossack* (1975, S. 85 f.) an Patienten der Gruppe VI sind in der Spätphase folgende Restsymptome zu beobachten:

- bei 96 Prozent neurologische Restsymptome wie Paresen, Gleichgewichtsstörungen, Tremor, Hemiplegien u. ä. m.,
- bei 42,3 Prozent entwickelten sich Spätepilepsien,
- bei 83-100 Prozent der Patienten konnten traumatische Hirnleistungsschwächen und psychoorganische Restsymptome wie Hyperkinesen, Konzentrationsschwäche, Antriebsminderung, Verlangsamung oder Reizbarkeit und Stimmungslabilität beobachtet werden.

Diese Ergebnisse entsprechen auch unseren Beobachtungen: Die allerwenigsten Patienten verlassen nach frühestens einem halben Jahr, spätestens nach zwei Jahren die Station ohne sichtbare körperliche Behinderung, kognitive Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten. Im „günstigen“ Falle scheidet eine beruflich-schulische Reintegration an einer bleibenden körperlichen Einschränkung, in den allermeisten Fällen jedoch an den offenbar irreparablen psychoorganischen Störungen .

Daher werden die Patienten in der Hoffnung auf eventuelle Veränderungen oft an weiterführende Rehabilitations-Institutionen verwiesen. Im schlimmsten Falle müssen wir die Eltern und die Patienten darauf vorbereiten, einen Platz in einer Behindertenwerkstatt zu suchen. Hier können die Patienten ohne Zeitdruck und Konkurrenz einfache Arbei-

ten verrichten, die individuell für ihre Fähigkeiten mit Hilfsmitteln versehen sind. Sie sind sozial abgesichert, bekommen allerdings nur ein Taschengeld – und stehen in der Behindertenhierarchie ganz unten.

Aufgrund dieser Perspektiven denke ich, daß es bei der Arbeit mit SHT-Patienten für uns und alle Beteiligten notwendig ist, unsere von den Eltern übernommenen Werte und Vorstellungen über die Verquickung von Leistung, Erfolg, äußerer Intaktheit einerseits und „Lebensqualität“ andererseits neu zu überdenken und sie zumindest zu relativieren.

2. Die Bedeutung eines Schädelhirntraumas für die Lebenshaltung des Patienten

Ein SHT erlitten zu haben, bedeutet für den Patienten und seine Eltern auf jeden Fall, mindestens vorübergehend nicht OK zu sein. Da die meisten unserer Patienten Dauerschädigungen körperlicher und / oder geistiger Art davontragen, werden sie lernen müssen, wie sie trotz ihrer Behinderung, die gesellschaftlich als Nicht-OK-Zustand definiert wird, dennoch zu häufigen OK-Gefühlen gelangen können.

Dabei ist es für die Arbeit mit Körperbehinderten sehr wichtig, eine genaue Vorstellung darüber zu entwickeln, welche der fünf Grundpositionen (*Rautenberg & Rogoll 1980*, S. 181) theoretisch für einen SHT-Patienten (oder überhaupt einen Körperbehinderten) als Lebenshaltung einerseits realistisch und andererseits wertgebend und werterhaltend ist. Und meines Erachtens entspricht keine der fünf Grundpositionen in der ursprünglichen Fassung diesem formulierten Anspruch.

Denn Behinderte besitzen zwei Identitäten, „die der Normalen, mit der sie identifiziert bleiben, ohne sie zu erfüllen, und ihre reale, defekte, die hinter ihrem Ich-Ideal so schmäählich zurückbleibt“ (*T. Moser 1972*). Eine solche Doppelidentität zu besitzen, trifft auf SHT-Patienten deswegen in besonders starkem Maße zu, weil diese bis zu ihrem Unfall selber die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber Behinderten internalisiert haben. Und viele unserer Patienten produzieren auch tatsächlich am laufenden Band deren Inhalte, nun aber projiziert auf die übrigen Mitpatienten: „Krüppel, Depp, Spinner, gehört in die Klappsmühle, eklig . . .“.

Mag es sich um übernommene Vorurteile oder um erlebte Begegnungen handeln, Ursache der Abwertung von Behinderten ist laut *Goffman* (1972, S. 30) das Unbehagen auf beiden Seiten, das sich verbreitet, wenn wir in „sozialen Situationen mit einem Individuum, bei dem ein Stigma bekannt ist oder wahrgenommen wird, . . . Kategorisierungen (verwenden), die nicht passen“. Akzeptierender Umgang zwischen Nichtbehinderten und Behinderten ist offensichtlich ein allgemeines, sozialpsychologisches Problem.

Es ist deshalb davon auszugehen, daß auch ein „Ideal-SHT-Patient“, der sich bemüht, zur fünften Grundposition („Wenn ich es recht be-

denke, ist bei mir alles in Ordnung, und die anderen sind mir recht, auch wenn sie anders sind"; *Rautenberg & Rogoll 1980*, S. 181) zu gelangen, dennoch damit konfrontiert wird, daß die Mehrheit der Menschen um ihn herum ihn nicht als ‚in Ordnung‘ sieht und er für sie spürbar nicht in Ordnung ist. In der fünften Grundposition bestätigen ihn nur eine kleine Minderheit von „Seinesgleichen und Weisen“. „Weise“ nennt *Goffman* „teilnehmende Andere . . .“, die bereit sind, sich seinen Standpunkt in der Welt zu eigen zu machen und mit ihm das Gefühl zu teilen, daß er trotz allen Anscheins und obwohl er selbst an sich zweifelt, menschlich und ‚essentiell‘ normal ist“ (1972, S. 30). Zu diesen Weisen zählt *Goffman* unter anderem Mitarbeiter in Behinderteneinrichtungen und Angehörige.

Ich denke, es ist daher wichtig, diesen Meta-Standpunkt in die Definition der Grundposition miteinzubeziehen. Als Zielvorstellung einer Lebenshaltung für Behinderte ließe sich dann z. B. formulieren: „Wenn ich es recht bedenke, ist bei mir *im Wesentlichen* alles in Ordnung, und die anderen sind mir recht, auch wenn sie anders sind und mich bezüglich meines *Wesens* (und der damit verbundenen Wertung) anders sehen.“

Sicherlich ist eine solche Grundhaltung sehr ideal. Für die meisten Patienten werden nur minimale oder situative Annäherungen an sie möglich sein. Allerdings habe ich eine Patientin schon eine solche Haltung entwickeln sehen. Sie hatte im Hintergrund recht liebevoll akzeptierende Eltern, hatte nach ihrem Unfall ihren Multiple Sklerosekranken Verlobten kennengelernt und außerdem einen festen Halt im Glauben. Die Realität der übrigen Patienten aber sieht meist anders aus. Und es gibt einige wichtige Faktoren, die eine solche positive Entwicklung oft unmöglich erscheinen lassen, aber berücksichtigt werden müssen.

3. Die Auswirkung der prätraumatischen Lebenssituation auf die seelische Entwicklung eines Schädelhirntrauma-Patienten

Um den Zusammenhang zwischen prätraumatisch bestehenden psychischen Störungen und den psychischen Auffälligkeiten nach dem Unfall belegen und ihn transaktions-analytisch verstehen zu können, soll zuerst definiert werden, was im folgenden als psychische – im Unterschied zu einer organisch-bedingten Störung eines SHT's zu betrachten ist.

Da SHT-Patienten schon allein aufgrund zerebral bedingter kognitiver Funktionsstörungen zu einer verzerrten Realitätswahrnehmung und -Verarbeitung gelangen können, kann deren Verhaltensausdruck nicht per se als psychische Störung interpretiert werden, er kann sich sekundär dazu entwickeln. Ich halte daher die Unterscheidung von u. Baeyer (1975, S. 22 f) für sehr hilfreich, der die Vielzahl der Verhal-

tensmerkmale nach einer Hirnschädigung in „obligate“ und „nicht obligate“ Persönlichkeitssymptome unterteilt.

Obligate Persönlichkeitssymptome sind als „Kern der enzephalopathischen Veränderungen . . . überindividuell, auf jedem charakterologischen Boden möglich und von speziellen erbbiologischen Bereitschaften unabhängig“ und müssen daher „bei einer Vielzahl von ursprünglich verschieden veranlagten Menschen in gleicher oder ähnlicher Art und Weise zu beobachten sein“ (id., S. 29). Zu diesen Symptomen lassen sich Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Verlangsamung und mangelnde Impulskontrolle bzw. Wahrnehmungsstörungen rechnen, die sich im sozialen Bereich auch als Distanzlosigkeit manifestieren können. Im gefühlsmäßigen Bereich ist oft eine Affektverflachung zu beobachten. Das heißt, den Ereignissen wird nicht mehr die Bedeutung zugesprochen, die sie vermutlich einmal für die betreffende Person enthielten.

Transaktions-analytisch lassen sich m. E. obligate Persönlichkeitssymptome am besten mit Störungen der ER-Funktion beschreiben. Aber auch andere Konzepte der TA wie z. B. das Energiemodell zur Beschreibung der Rigidität oder mangelnden Steuerungsfähigkeit von SHT-Patienten können – je nach Fragestellung – zur Anwendung gelangen.

Nicht-obligate Persönlichkeitssymptome lassen sich demgegenüber beobachten als a) „abnorme Erlebnisreaktionen auf dem Boden der organischen Veränderungen, b) die Steigerung oder Zuspitzung prätraumatisch vorhandener Eigenschaften als sozusagen ‚hypertypische Varianten‘ der Persönlichkeit, c) Provokation bisher latent gebliebener Persönlichkeitsanlagen“ (v. Baeyer 1975, S. 22 f.), was m. E. schwer zu beweisen ist.

Transaktions-analytisch spiegeln damit die nicht-obligaten Persönlichkeitssymptome eher die individuell recht unterschiedlichen K-Reaktionen und die damit verbundenen EL-Inhalte wider.

Es ist also denkbar, daß bei einer organisch bedingten Störung in der Organisation der Persönlichkeit, vor allem bei einer Beeinträchtigung der ER-Funktion, prämorbid pathologische Verhaltensweisen weniger kontrolliert und korrigiert zum Vorschein kommen, während bei prätraumatisch unauffälligen Patienten mehr die instrumentelle Störung der Persönlichkeit durch die Hirnschädigung deutlich wird.

Beide Patientengruppen haben nach einem SHT oft die gleichen Schwierigkeiten, wie z. B. sich Inhalte und den genauen Zeitpunkt ihrer Therapie zu merken und eine Stunde motivational durchzustehen. Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Problemen ergeben sich jedoch eher bei den prämorbid auffälligen Patienten, die durch diese Defizite alte Nicht-OK-Gefühle bestätigt sehen und diese an den Therapeuten, den Pflegepersonen oder anderen Patienten ausagieren.

Ich will zwei typische Beispiels nennen:

– Ein Jugendlicher mit einer ständig lamentierenden und weinerlichen Mutter, der schon vor dem Unfall nach dem Motto lebte „mich versteht niemand“, entwickelt nach dem Unfall eine schwere Dysarthrie (Artikulationsstörung). – Daß er gerade diese Störung entwickelt, mag Zufall sein, nicht aber die Art, mit der er nun mit seiner Behinderung umgeht. Er schafft sich ständig Ärger, für den er nicht die Verantwortung übernimmt, und lamentiert unentwegt: alles habe keinen Sinn, da er keine Freunde oder eine Freundin bekommen werde. Denn diese würden ihn ja doch nicht (sprachlich) verstehen!

– Ein anderer – vermutlich passiv-aggressiver – Jugendlicher stammt aus einem stark leistungsorientierten Elternhaus, in dem keine offenen Auseinandersetzungen geführt werden. Vor dem Unfall entzieht er sich allen Forderungen, „so zu sein wie seine Eltern“, durch Schuleschwänzen, Abbruch des Gymnasiums, dann der Realschule, Drogen- und Alkoholkonsum usw. Nach dem Motto „Euch werde ich's zeigen, auch wenn ich dabei drauf gehe“, geht er oft Risiken ein, körperlich zu Schaden zu kommen oder juristisch belangt zu werden. Immer dann, wenn seine Eltern ihn als ‚hoffnungslosen Fall‘ aufgaben, gelang es ihm gerade noch, den Karren wieder aus dem Dreck zu ziehen, um dann seinen Eltern triumphierend zu demonstrieren, daß nur er alleine über sich bestimmen kann. Nach seinem Unfall entzieht er sich auf höchst charmante Art ebenfalls allen Therapien, bis er nach einem Jahr hoffnungslos entlassen wird: 98 kg schwer und rollstuhlabhängig. Beim Abschied verkündet er: „Ich werd's Euch allen zeigen!“ Drei Monate später haben sich seine Eltern getrennt, er zieht mit der Mutter aus, kommt an einem Stock laufend, um 20 kg abgemagert, triumphierend in die Klinik zur nächsten Operation, legt sich ins Bett und beginnt lachend das ganze Spiel von vorne.

Nach meinen zweijährigen Erfahrungen mit SHT-Patienten habe ich den Eindruck gewonnen, daß vorher „auffällige“ Patienten 1) weniger gut für ihre eigene Rehabilitation sorgen als vorher „unauffällige“ Patienten und 2) häufiger als diese ihr Bedauern darüber äußern, aus dem Koma wieder aufgewacht zu sein.

Ich vermute daher, daß der Unfall bei *dieser* Patientengruppe durchaus unter dem Gesichtspunkt einer latent suizidalen Handlung betrachtet werden kann. Seitdem ich diese Möglichkeit ins Auge gefaßt habe, frage ich grundsätzlich bei jedem SHT-Neuzugang nach prämorbidem Selbstmordversuchen und -gedanken, nach früheren Unfällen oder Beinahe-Unfällen, nach der Selbst- oder Fremdverschuldung des Unfalls und nach Krankheiten in der Familie. Es ist erstaunlich und erschreckend, dabei zu erfahren, daß der zunächst zufällige Unfall in den meisten Fällen fest vorprogrammiert erscheint. Erschreckend ist auch die Art, in der viele Patienten lachend oder fast stolz von ihren früheren glimpflichen Unfällen erzählen. Zudem scheint die Familie des Patienten in dem Jahr des Unfalles durch die Häufung unglücklicher Ereignisse wie Todesfälle, Scheidungen oder schwere Erkrankungen oft unter einem besonderen Streß gestanden zu haben. In wieder anderen – sehr häufigen – Fällen stand der/die Jugendliche gerade vor der Ablösung aus dem Elternhaus.

Nach *Goulding* (1981, S. 266) ist eine „zufällige“ oder absichtliche suizidale Handlung eine Reaktion des Kindes auf „Sei-nicht“-Botschaften seiner Eltern, die in die Entscheidung münden kann, sich ganz oder beinahe umzubringen. Entsprechende Entscheidungen lauten:

1. Wenn alles schief läuft, bring' ich mich um.
2. Wenn Du Dich nicht änderst, bring' ich mich um.
3. Ich bring' mich um, dann wird's Dir leid tun. (Oder: dann wirst Du mich endlich lieben.)
4. Ich sterbe beinahe, dann wird's Dir leid tun. (Oder: dann wirst Du mich endlich lieben.)
5. Ich bring' Dich noch so weit, daß Du mich umbringst.
6. Ich zeig's Dir, selbst wenn ich dabei draufgehe.
7. Ich krieg' Dich (geb's Dir) schon noch, selbst wenn ich dabei draufgehe.

Ich will damit nicht behaupten, daß alle auffälligen SHT-Patienten unerwünschte Kinder waren. Man kann sich aber vorstellen, daß Eltern auf bestimmte Entwicklungsschritte von Kindern oder Jugendlichen selektiv oder konditional mit „Sei-nicht“-Botschaften reagieren können. Gerade in der Pubertät erleben ja viele Jugendliche, daß sie so, wie sie sein wollen, von den Eltern *nicht* gewollt werden. So ist denkbar, daß jede destruktive Botschaft mit einer „Sei-nicht“-Botschaft gekoppelt werden oder sogar in bestimmten Phasen zu ihr eskalieren kann.

Wie auch immer das destruktive Grundgebot lautete, das ein Patient in seiner Kindheit erfuhr, es scheint so, als sei die Behindertenrolle, speziell die eines SHT-Patienten, dazu geeignet, aus einem vorher bestehenden und nicht gelösten Konflikt (Engpaß) so herauszukommen, daß durch die körperlichen und kognitiven Veränderungen ein Teil der destruktiven Botschaften erfüllt und ein Gleichgewicht hergestellt wird zwischen dem, was (oder wie) der Jugendliche vorher *nicht* sein sollte und dem, was (oder wie) er *jetzt* ist. Dabei spricht der Unfall als eskalierte Ausdrucksform des Konflikts m. E. für das Vorliegen eines Engpasses mindestens 2. Grades.

Es ist erstaunlich zu sehen, wie sehr die in unserer Gesellschaft via Eltern übernommenen Vorurteile über Behinderte (EL₂) mit den frühen destruktiven Botschaften (EL₁) übereinstimmen. Im folgenden soll jeder der destruktiven Botschaften ein in unserer Gesellschaft geläufiges Vorurteil plakativ gegenübergestellt werden, um die kumulative Wirkung beider EL-Botschaften auf das Kind-Ich der SHT-Patienten zu veranschaulichen (Tab. 1) :

Die Möglichkeit, einen Nutzeffekt aus der Behinderung zu ziehen, in dem alte nicht-OK-Gefühle mit Hilfe dieser neuen Defizite bestätigt werden, wurde bereits zuvor als ein Unterscheidungskriterium zwischen auffälligen und nicht auffälligen SHT-Patienten genannt. Dieses „Behinderungsgefühl“ wird zu einer Art Racket, das entsprechend der Spielauffassung von *Berne* (1970) dazu dient, das eigene Lebensskript immer wieder zu unterstützen.

Desfruktive Botschaften	Vorurteile über Behinderte
„Sei nicht“	B. sind nicht wert zu leben.
„Fühle nicht“	B. sollen uns mit ihrem Leiden verschonen.
„Sei kein Kind“	Spielen und Genießen ist B. nicht erlaubt.
„Denke nicht“	B. sind geistig behindert.
„Schaff's nicht“	B. können keine anspruchsvollen oder verantwortungsvollen Aufgaben übernehmen.
„Werde nicht erwachsen“	B. sind in allem auf Hilfe angewiesen.
„Tu nicht“	Man muß B. alle Entscheidungen abnehmen und ihnen alle Schwierigkeiten aus dem Weg räumen.
„Sei kein Junge /Mädchen“	B. sind asexuelle Wesen.
„Laß Dich nicht ein“	B. sollen auf Distanz bleiben.
„Sei nicht wichtig“	B. dürfen nicht auffallen.
„Sei nicht gesund“	B. sind kranke Menschen.

Tabelle 2: Gegenüberstellung destruktiver Botschaften nach *Goulding & Goulding* (1981) und im Eltern-Ich gespeicherter Vorurteile (Erläuterungen im Text, S. 42)

Nach der Spielauffassung von *J. Schiff* (1975) gewinnt der Patient durch den Einsatz seines „Behinderungsgefühls“ die Chance, seine Beziehungen so zu ändern, daß der andere zur Symbiose eingeladen wird. Das anfängliche (s. S. 38) von *Goffman* (1972) zitierte Unbehagen, das Nichtbehinderte im Umgang mit Behinderten entwickeln, kann unter diesem Aspekt z. B. als Reaktion auf eine Symbioseeinladung interpretiert werden. Während ich bisher SHT-Patienten vorwiegend unter skriptanalytischen Gesichtspunkten untersucht habe, erscheint mir jetzt die Anwendung des Symbiose-Konzepts bei der Diagnose und Therapie von SHT-Patienten immer sinnvoller.

Da Wahrnehmungsstörungen eines der zentralen Symptome vieler SHT-Patienten sind, ist das Abwertungsschema von *Schiff et al.* (1975, S. 16) ein hilfreiches diagnostisches, aber auch therapeutisches Instrument zum Erfassen der Abwertungsebenen. In seiner Anwendung zeigt sich z. B., daß der Krankheitsverlauf nach einem SHT genau der Hierarchie der Ebenen entspricht, auf denen die Realität nicht oder fehlerhaft wahrgenommen wird: Nach dem Erwachen aus dem Koma *erkennen* die meisten Patienten das *Problem*, d. i. ihre Veränderung, nicht. Die *Bedeutsamkeit* der Veränderungen wird oft sehr spät, d.h. erst nach Durchlaufen des Durchgangssyndroms wahrgenommen. Erkennen die Patienten dann, daß sie etwas zur *Lösung der Situation* beitragen kön-

nen, kommen sie in eine Phase, in der sie sehr motiviert an den Physiotherapien teilnehmen. Erst wenn der Prozeß der dort zu erreichenden Fortschritte langsamer wird oder stagniert, werden viele Patienten mit der Frage konfrontiert, sich *selbst* den gegebenen Verhältnissen anzupassen und entsprechende *Veränderungen* auf der Verhaltens-, Gefühls- und Einstellungsebene *durchzuführen*. Dies ist m. E. die schwierigste Phase, die auch noch Jahre nach der Entlassung anhalten wird.

Die Betrachtung von SHT-Patienten unter Symbiose-Gesichtspunkten erscheint vor allem bei Jugendlichen sehr sinnvoll, deren Entwicklungsaufgabe in der Zeit vor dem Unfall darin bestand, sich vom Elternhaus abzulösen und autonom zu werden. Man kann sich vorstellen, daß solche Ablösungswünsche in symbiotischen Strukturen besondere Turbulenzen auslösen, die oft das ganze Familiensystem in Frage stellen können. Familien von prämorbid auffälligen SHT-Patienten berichten auch, wie schon erwähnt, oft von einem besonders konflikt- oder krisenreichen Jahr vor dem Unfall. Patienten wie auch ihre Eltern erzählen häufig, daß sich die Jugendlichen kurz vor dem Unfall in einer Phase der Abnabelung oder Rebellion befanden. Unter diesem Aspekt kann der Unfall und die Behinderung hypothetisch als ein nicht gelöster Trennungswunsch interpretiert werden. So hat es der im ersten Beispiel (s. S. 41) zitierte Jugendliche erreicht, alleine mit seiner Mutter zu leben und von ihr versorgt zu werden, während der Vater die Verantwortung für den materiellen Unterhalt beibehalten muß. Ich will noch ein anderes Beispiel zitieren, bei dem mir deutlich wurde, wie tragisch und konsequent, sowohl unter Symbiose- als auch unter Skriptgesichtspunkten, ein Jugendlicher den Ausweg aus seiner Bindung suchte und fand:

S., z. Z. des Unfalls 17 Jahre alt, lebte zusammen mit seiner Mutter und deren pflegebedürftiger eigener Mutter. Nach der Scheidung der Eltern war S. der „Mann im Haus“, der für beide Frauen sorgen sollte. Gleichzeitig wurde ihm über seinen Vater vermittelt: „Männer sind Egoisten und Schweine, die ihre Frauen hilflos zurücklassen“. Der Unfall geschah, kurz nachdem S. sich erstmals von der Mutter zu lösen versuchte und häufiger Kontakt zum Vater aufnahm. Die Behinderung S's nach dem Unfall hätte eine Umkehrung des symbiotischen Verhältnisses zwischen Mutter und Sohn erforderlich gemacht. Die Mutter reagierte darauf jedoch mit erhöhter Hilflosigkeit und Aggressionen. S. benahm sich daraufhin folgerichtig „wie ein Schwein“, urinierte z.B. grinsend ins Bett, schob aber die Verantwortung für sein Verhalten auf den Unfall, und erreichte, daß er in einem Wohnheim für Behinderte — ganz in der Nähe der Mutter — untergebracht wurde. Obwohl die Mutter nur jammerte, wie furchtbar dies alles sei und wie ohnmächtig sie sei, weigerte sie sich standhaft, eine Eigenherapie zu beginnen.

Die Abwertung, nichts Effektives zur Problemlösung beitragen zu können, die nicht nur bei den prämorbid auffälligen Patienten, sondern vor allem oft bei deren Eltern zu beobachten ist, ist ein weiteres Indiz für das Bestehen eines symbiotischen Verhältnisses bzw. den Wunsch, ein solches (wieder-)herzustellen.

Wenn also bei dieser Patientengruppe der Unfall und seine darauf folgende Behinderung, die *scheinbar* so vieles ändert, letztlich wieder als ein (bezugs-)systemerhaltendes Ereignis zu interpretieren ist, so

wird auch deutlich, warum es schwer ist, therapeutische Veränderungen beim Patienten und seiner Familie einzuleiten. Denn die drohende Veränderung im Familiensystem oder im eigenen Skript hat ja – so gesehen – den Unfall erst „notwendig“ gemacht.

4. Therapie von SHT-Patienten

Bevor ich darauf eingehe, welche therapeutischen Konsequenzen sich aus dem bisher Gesagten ergeben, sollen noch zwei prinzipielle Schwierigkeiten bei der Behandlung von SHT-Patienten aufgezeigt werden:

Eine wirkungsvolle Therapie setzt ein funktionsfähiges ER und K des Patienten voraus. Gerade diese beiden Ich-Systeme sind nach einem Unfall oft am meisten betroffen: Die Patienten haben Schwierigkeiten, komplexe Informationen adäquat aufzunehmen, zu verarbeiten und vor allem neue Inhalte zu speichern (ER). Einige von ihnen reagieren emotional schwerfälliger und weniger differenziert als Nicht-Hirngeschädigte. Es hat den Anschein, als sei ein Teil der absoluten oder nur der K-Energie verlorengegangen. Abgesehen von massiven Merkfähigkeitsstörungen sehe ich jedoch in diesen Beeinträchtigungen kein prinzipielles Hindernis für eine Behandlung. Ich denke, daß es bei diesen Patienten wichtig ist, sich selbst ihrem Verarbeitungstempo und ihrer -kapazität anzupassen. Inhalte müssen u.U. häufiger und prononcierter vermittelt werden, um effektiv zu sein.

Die zweite Schwierigkeit, die ich sehe, besteht in der Diskrepanz der äußeren und inneren Entwicklungsphase, in der sich die Patienten nach dem Unfall befinden. Ihr Verhalten ist ego-dyston, d.h. die Jugendlichen empfinden sich selbst als 18 bis 22jährig. Ein anderer Teil in ihnen durchläuft jedoch noch einmal die ganze Entwicklung von der Geburt, dem Aufwachen aus dem Koma, bis – im besten Falle – heute. Ihre Energie ist der frühkindlichen Phase des Laufenlernens und der Verselbständigung entsprechend mehr auf den Körper als Repräsentant des Ganzen gerichtet als auf die Auseinandersetzung mit sich selbst als einer veränderten Person. Der günstigste Zeitpunkt für eine Therapie liegt daher nach meinem Empfinden am Ende der motorischen Entwicklungsphase. Genau dann aber werden die Patienten aus unserer rein orthopädisch orientierten Station entlassen.

Neben diesen beiden strukturellen Schwierigkeiten steht die Psychotherapie von SHT-Patienten vor dem gleichen Dilemma, das sich aus der Geschichte der Patienten selbst ergibt, nämlich:

Wie erreiche ich, daß der Patient in Zukunft gut für sich selbst sorgt (anstatt sich versorgen zu lassen), ohne gleichzeitig dabei wiederum die prämorbid Strukturen zu verstärken, d.h. in Symbiose mit dem Patienten zu gehen?

Da die Patienten oft zu wenig fürsorgliches EL aufgebaut haben, sondern eher aus dem kritischen EL heraus reagieren, aber nun nach

dem Unfall – zumindest vorübergehend – auf Hilfe angewiesen *sind*, ist es m. E. notwendig, in der Therapie vorübergehend den symbiotischen Part einzunehmen. Meine Idee ist es, den Patienten in einer ersten Therapiephase vorwiegend Anweisungen aus dem fürsorglichen EL zu geben und OK-Anteile im K zu stärken, um die Patienten dann in einer zweiten Phase zunehmend mehr mit ihren Entwicklungschancen zu konfrontieren. Es kommt dann darauf an, ihnen, anders als während ihrer prämorbid Erfahrungen zur Zeit der Ablösung aus dem Elternhaus, die Botschaften zu vermitteln:

Du bist OK. Du bist autonom. Du hast eigene Gefühle und Bedürfnisse. Du kannst für deren Erfüllung selbst sorgen. Du hast Fähigkeiten, auch wenn Du behindert bist. Du bist auch als behinderte Person im wesentlichen OK.

Christiane Gérard, CMT, arbeitet als Diplom-Psychologin in der Klinik des Rehabilitationszentrums Neckargemünd.

Zusammenfassung

Einen Unfall mit Schädelhirntraumafolgen zu erleiden, ist nicht in jedem Fall ein zufälliges Ereignis. Die transaktions-analytische Betrachtung der Ursachen und Verarbeitung eines SHT's bei jugendlichen Patienten, die schon prämorbid seelisch oder familiär belastet waren, legt folgende Hypothese nahe: 1) Unter skriptanalytischen Gesichtspunkten erscheint der Unfall als eine latente suizidale Handlung. Die Behinderung selbst dient in Form eines Rackets der Aufrechterhaltung des bisherigen Lebensskripts. 2) Unter Symbiose-Gesichtspunkten erscheint der Unfall als ein nicht vollendeter Trennungswunsch. Die Behinderung dient zur (Wieder-)Herstellung symbiotischer Beziehungen.

Summary

Having an accident with consequences of a damage of the brain must not be accidental for everyone. Concerning a certain group of juvenile patients the view of TA may suggest the following hypothesis: 1) In terms of script-analysis the accident appears as a latently suicidal act. The disablement serves by the form of a racket for the confirmation of the former life-script. 2) In terms of the symbiosis-concept the accident appears as an imperfect desire of disconnection. The disablement serves for reconstruction of symbiotic relationships.

Literatur

- Adler, J.**, Pädagogische Hilfen für Kinder mit einem Hirntrauma. Berlin: Marhold, 1975
- Baeyer, W. v.**, Zur Pathocharakterologie der organischen Persönlichkeitsveränderung. Nervenarzt 1947, 18, 22-25
- Berne, E.**, Spiele der Erwachsenen: Psychologie der menschlichen Beziehungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1970
- Goffman, E.**, Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main: Fischer, 1972
- Goulding, M. & Goulding, R. L.**, Neuentscheidung: Ein Modell der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981
- Kiene, S. & Külz, J.**, Das Schädelhirntrauma im Kindesalter. Leipzig: VEB Deutsche Wissenschaften, 1968

- Lange-Cossack, H.**, Das Hirntrauma im Kindes- und Jugendalter. Berlin, Heidelberg, New York, Toronto: Springer, 1973
- Moser, T.**, Einführung zu E. Goffman. In: Goffman, **E.**, Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt /Main: Fischer, 1972
- Rautenberg, W. & Rogoll, R.**, Werde, der du werden kannst: Anstöße **zur** Persönlichkeitsentfaltung mit Hilfe der Transaktionsanalyse. Freiburg, Basel, Wien: Herder, **1980**
- Renschmidt & Stutte**, Neuropsychiatrische Folgen nach Schädel-Hirntraumen bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber, 1980
- Rogoll, R.**, Nimm dich, wie du bist. Freiburg, Basel, Wien: Herder, **1976**
- Schiff, J.L.** (Ed.), Gathexis Reader: Transactional Analysis Treatment of Psychosis. New York, Evanston, San Francisco, London: Harper & Row, **1975**

Anschrift der Autorin:
Christiane Gérard
Adalbert-Seifriz-Str. 3
6903 Neckargemünd