

„Familiengeheimnisse und Psychosen“ – verückt machende Suche nach Auswegen aus Verwirrungen im Familiensystem

1. Was sind „Psychosen“?

Die Verwendung des Begriffs „Psychose“ oder „psychotisch“ ist in der Theorie wie in der Praxis uneinheitlich. Praktiker tendieren dazu, alle psychischen Erkrankungen, die keine eindeutigen körperlichen Ursachen haben und Patienten die Bewältigung des Lebensalltags unmöglich machen, als psychotisch zu bezeichnen. Psychisch erkrankte Patienten, die mit ihrem Alltag zurechtkommen, werden als neurotisch bezeichnet.

Theoretiker orientieren sich bei der Diagnosestellung „Psychose“ an Symptomen wie Wahn und Halluzinationen. Als Wahnformen sind häufig anzutreffen: Liebeswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, Verfolgungswahn, körperbezogener Wahn (Saß, Wittchen, Zaudig, 1998, S. 353 f.). Halluzinationen sind Scheinwahrnehmungen. Sie können alle Sinneskanäle betreffen: Phantome sehen, Stimmen hören, Leichen riechen, Spinnen auf der Haut spüren. „Die engste Definition von psychotisch beschränkt sich auf Wahnphänomene oder auf ausgeprägte Halluzinationen, wobei die Halluzinationen ohne Einsicht in ihre pathologische Natur auftreten. Eine etwas weniger enge Definition würde auch solche ausgeprägten Halluzinationen mit einbeziehen, die der Betroffene als halluzinatorisches Erleben erkennt.“ (a.a.O., S. 861)

Diagnostisch werden psychotische Erkrankungen häufig mit Schizophrenien gleichgesetzt („Schizophrenie, schizotyp und wahnhaft Störungen“, vgl. ICD-10, 1993, S. 103 ff.). Symptome wie „desorganisierte Sprache“, „grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten“ (z. B. bewegungsloses Verharren in verdrehter Körperhaltung) werden auch als psychosetypisch klassifiziert.

2. Vorhandene Erklärungsversuche

Medizinische Psychiatrie. Nach Meinung der medizinisch orientierten Psychiatrie sind „Psychosen“ und damit verbundene Krankheitsdiagnosen Gehirnerkrankungen (Bäumel, 1994; Töle, 1994). Da Wahnsymptome und Halluzinationen aus psychiatrischer Sicht subjektiv nicht einfühlbar sind, also grundlos erscheinen, werden seit über 100 Jahren biologisch-medizinische Erklärungsversuche angeboten: „schlechtes Blut“, „Gendefekte“, „Stoffwechselstörungen im Gehirn“, in jüngster Zeit sogar „Viren“. Für keine dieser „Theorien“ können schlüssige Beweise erbracht werden (Breggin, 1996). Der besondere Charakter dieser Erkrankung wird mit solchen „Theorien“ nicht aufgeklärt. Um die Jahrhundertwende war es für die Medizin ein großer

Erfolg, das Rätsel der Syphilerkrankung zu lösen: nicht „Besessenheit“ ist die Ursache, sondern eine durch Erreger bedingte Erkrankung von Nerven.

Die Annahme, dass alle psychischen Erkrankungen eines Tages nach diesem Muster erklärbar sein werden, erwies sich jedoch als eine theoretische Sackgasse, aus der die medizinische Psychiatrie bis heute nicht wieder herausgefunden hat. Die angebotenen Erklärungskonzepte werden eher willkürlicher, verworrener und diffuser, je mehr in die organische Richtung geforscht wird: „Es gibt keine ‚Big Gene‘ für Schizophrenie“, erklärte etwa Robin Murray vom Institute of Psychiatry in London. „Wahrscheinlich sind es fünf bis zehn Gene, die anfällig machen. Faktoren wie Frühgeburt, eine Vireninfektion im Mutterleib oder sogar die Geburt im Winter scheinen das Risiko zu erhöhen.“ Erst die Kombination von Eigenschaften, die jede für sich genommen in der Bevölkerung nicht ungewöhnlich sind, wird Murray zufolge gefährlich. Die Schizophrenie entsteht letztlich, wenn die Betroffenen – etwa aufgrund einer verzögerten Entwicklung, leichter geistiger Probleme oder Angststörungen – zu Außenseitern werden: „Drogen und soziale Not können einen jungen Erwachsenen dann über die Schwelle zur Psychose stoßen.“ (Süddeutsche Zeitung, 19.9.2000) Eine bloße Anhäufung an sich bedeutungsloser Faktoren kann aber niemals eine Erklärung für etwas Spezifisches wie eine Psychose sein. Aus Quantitäten ergibt sich keine neue Qualität. Schon 1976 schrieb Jan Foudraïne über die „Krankheitsvorstellungen“ der klinischen Psychiatrie: „Ich entdeckte, dass die Wahnvorstellungen der Psychiater wesentlich hartnäckiger waren als die so genannten Wahnvorstellungen jener Menschen, denen ich in psychiatrischen Anstalten ... begegnet bin.“ (Foudraïne, 1976, S. 11). Leider entfernt sich die psychiatrische Theoriebildung eher weiter von ihrer Aufgabe, eine fundierte und spezifische Erklärung für psychotische Phänomene zu finden. Sie wird damit ihrer Verantwortung, psychisch verwirrten Menschen adäquat zu helfen, nicht gerecht.

Die medizinische Psychiatrie befindet sich daher nicht nur in einem theoretischen Erklärungsnotstand. Auch ihre Behandlungsmethoden (geschlossene Anstalten, kalte Wasserduschen, Zwangsjacken, Elektro- und Insulinschocks und hoch dosierte Psychopharmaka) sind nur hilflose Versuche, mit Macht Symptome zu unterdrücken. Niemand kann heute ernsthaft behaupten, dass Psychopharmaka Psychosen heilen. Ihre Wirkungen bestehen darin, den Neurotransmitterstoffwechsel zu verändern und v. a. das limbische System zu blockieren (vgl. Benkert, 1995; Dose, 1997). Dadurch wird das gefühlsmäßige Erleben „kaltge-

stell". Kognitive Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denken) werden ebenfalls beeinträchtigt, Gehirnstrukturen durch langfristigen Psychopharmakakonsum geschädigt mit der Folge motorischer Bewegungsstörungen („Dyskinesien“) und Schädigungen des Stoffwechsels körperlicher Organe. Medikamente erfüllen den erhofften Effekt einer familiären und beruflichen Rehabilitation nicht. Dies zeigen die oft lebenslangen Verweildauern von Patienten in psychiatrischen Kliniken und Nachsorgeeinrichtungen.

Die Liste der Kritiker der Psychiatrie ist daher lang. Sie kommen aus den Reihen der Psychiater selbst (Laing, 1964; Foudraire, 1976; Szasz 1976; Breggin, 1996). Auch die betroffenen Patienten melden sich kritisch zu Wort gegen Umgangsweisen und Behandlungsformen in der Psychiatrie (Brill, 1998; Stark, Bremer, Esterer, 1997). Manche Psychiater nutzen ihren Einfluss und gehen alternative Wege der Behandlung zeitweise psychotisch gewordener Menschen (Bock und Weigand, 1992; Dörner und Plog, 1994; Kroll, 1998).

Sozialpsychiatrie. Nur wenige Kritiker der medizinischen Psychiatrie haben deren Erklärungsmodelle völlig verworfen. In der Regel versuchen sie diese um psychosoziale Einflussfaktoren zu ergänzen. Nach dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ sind manche Menschen konstitutionell besonders anfällig und bei äußeren Stresssituationen in höherem Maße gefährdet, eine Psychose zu erleiden. Dieses Modell ist tautologisch und ohne Erklärungswert: Dass ein Mensch „vulnerabel“ ist und er unter einem „psychoseauslösenden Stress“ gestanden haben muss, weiß man immer erst dann, wenn er psychotisch geworden ist. Weder kann bei einem vermeintlich besonders psychoseanfälligen Menschen die Qualität seiner „Vulnerabilität“ gemessen und nachgewiesen werden, noch gibt es eine Auflistung von „Stressfaktoren“, die einen ursächlichen Zusammenhang mit Psychoseerkrankungen begründen könnten.

Psychodynamische Psychosetheorien. Psychodynamische, z. B. psychoanalytische Psychosetheorien (vgl. Mentzos, 1992) verweisen auf den Zusammenbruch von Ich-Funktionen in der Psychose aufgrund frühkindlicher Traumatisierungen oder nicht bewältigter aggressiver oder sexueller Triebimpulse. Auch wenn diese Theorien Schizophrenien meines Erachtens nicht befriedigend erklären und deshalb wenig zur therapeutischen Behandlung psychoseerkrankter Menschen beitragen können, so wird zumindest die Anstrengung unternommen, die Symptome einer Psychose als sinnvoll zu verstehen. Die Psychose wird als Versuch gedeutet, seelische Konflikte durch die Aufgabe von Ich-Funktionen zu bewältigen (Lempa, 1992). Ungeklärt bleibt bei dieser Theorie, warum sich psychotische Patienten auch wieder völlig normal verhalten können und ihre Fähigkeiten, vernünftig zu denken und angemessen zu fühlen, nicht einbüßen. Ebenso wirft die Art der z. B. von Lempa (a.a.O.) vermuteten auslösenden Konflikte die Frage auf, warum nicht eine neurotische Form der Konfliktverarbeitung ausreicht.

Kommunikations- und familientheoretische Erklärungsansätze. Kommunikations- und familientheoretische Erklärungsversuche überwinden die enge, nur auf den Patienten bezogene Sichtweise der zuvor zitierten Erklärungsansätze. Eltern, die nicht eindeutig kommunizieren („Double-Bind-Theorie“) (Bateson, Jackson, Haley und Weakland, 1956), Mütter, die verrückt machen („schizophrenogene Mutter“), oder ein Familienklima, in dem „Überbesorgtheit“ und „Bevormundung“ herrschen (Leff und Vaughn, 1985), werden in der Literatur als Psychoseursachen oder zumindest als begünstigende Faktoren diskutiert. Es wird aber nicht aufgeklärt, wie es zum Verhalten der Eltern kommt und wodurch ein psychoseförderliches Familienklima entsteht. Wo durch wird eine verwirrende Kommunikation verursacht?

Erklärungsnotstand. Es kann in diesem Artikel keine umfassende Auseinandersetzung mit den genannten Erklärungsansätzen geleistet und der Stand der Forschung ausführlich diskutiert werden. Alleine meine praktischen therapeutischen Erfahrungen mit psychotisch gewordenen Menschen zeigen mir aber, dass keine dieser Erklärungen das Phänomen Psychose wirklich verstehbar macht. Sie können damit keine Hilfestellungen bieten für eine nicht nur symptom-, sondern ursachenorientierte psychotherapeutische Behandlung.

So konnten bei dem Patienten, über den ich im Folgenden ausführlicher berichten werde, weder eine übermäßige Empfindlichkeit oder Ängstlichkeit, körperliche Schwäche, Drogenkonsum, soziale Not oder sonstige neurologische Auffälligkeit festgestellt werden. Er ist auch nicht im Winter geboren. Er musste bis zum „Ausbruch“ seiner Psychose auch keine übermäßigen Stresssituationen in seinem Leben bewältigen. Auch konnten in den Berichten des Patienten wie seiner Eltern keine Hinweise auf Traumatisierungen gefunden werden, die er selbst in seinem eigenen Leben erlitten hätte. Er hat sowohl zu seiner Mutter wie zu seinem Vater ein sehr gutes Verhältnis. In Gesprächen sowohl mit dem Vater wie mit der Mutter konnten keine Anhaltspunkte für Probleme des Patienten in seiner Kindheitsentwicklung, für Erziehungsschwierigkeiten oder Konflikte der Eltern mit ihm gefunden werden. Sein Sexualleben schildert der Patient als durchschnittlich und normal.

Erfahrungen mit Psychosen in der Aufstellungsarbeit. Seit vielen Jahren nutze ich Familienaufstellungen nach dem Vorbild Hellingers (Hellinger, 1994) für die psychotherapeutische Arbeit. Wie viele, die länger mit Familienaufstellungen arbeiten, habe auch ich schon häufiger erlebt, wie Stellvertreter für Psychoseerkrankte plötzlich anfangen, zitterige und weiche Knie zu bekommen, und das Gefühl entwickeln, gleich abzuheben oder von massiven Wutanfällen übermannt zu werden. Manche Stellvertreter meinen auch, in einem sie umgebenden Nebel zu stehen, nicht mehr durchzublicken oder in ihre Einzelteile zerlegt zu werden. Sie

spüren eine mehr oder minder massive Bedrohung ihrer psychischen Existenz.

Psychosen scheinen also in Aufstellungen spezifische Symptome bei den Stellvertretern zu erzeugen. Sie können daher auch gut diagnostiziert werden. Der Aufstellungsleiter muss die Stellvertreter in solchen Positionen sofort an einen sicheren Platz in der Aufstellung bringen oder etwas tun, damit sie aus dem Einfluss der psychotischen Dynamik herauskommen oder vor ihr besser geschützt werden.

Zwar legt die Aufstellungsarbeit die Vermutung nahe, dass es sich bei Psychosen um spezifische systemische Verstrickungen handelt, doch genügen die bislang formulierten Hypothesen meines Erachtens nicht, das Phänomen Psychose wirklich zu verstehen. Robert Langlotz hat Bert Hellingers Aufstellungsarbeit mit 27 Patienten dokumentiert und die folgenden Hypothesen als möglicherweise psychosenerverursachend zusammengefasst (Langlotz, 1998):

- gegengeschlechtliche Identifizierung,
- Identifizierung mit zwei ausgeschlossenen Familienmitgliedern,
- schwere Schuld im Familiensystem,
- Kinder, die für beide Eltern etwas tragen müssen.

Wichtig finde ich seinen Hinweis: „In den Familien mit Psychosekranken gibt es viel Verwirrung.“ (a.a.O., S. 222). Hierin liegt nach meiner Vermutung ein wichtiger Schlüssel zu einem spezifischen Psychoseverständnis. Anhand eines Fallbeispiels möchte ich im Folgenden meine Hypothesen zur Entstehung und zum Verlauf von Psychosen zur Diskussion stellen.

3. Fallbeispiel Herr P.

Anfangssituation. Herr P., ein ca. 30 Jahre alter Mann, kam im Februar 1999 zu einer ersten Sitzung in meine Praxis. Er wirkte äußerlich ruhig. Auffällig war nur seine stereotype Sprechweise, in der in nahezu jedem seiner Sätze floskelhafte Formulierungen wie „gewissemaßen“, „in gewisser Weise“, „sozusagen“, oder „so gesehen“ vorkamen. Auf meine Nachfrage gesteht er, diese Floskeln dienten dazu, nicht zu viel zu erzählen und sich damit nicht zu verraten.

Er berichtete mir, er habe sich in letzter Zeit sehr zurückgezogen und gehe kaum noch unter Menschen. Durch den Tod der älteren Schwester seines Vaters bei einem Unfall vor etwa einem Jahr sei er auch sehr verunsichert worden. In der Therapie wolle er lernen, wie er in der Öffentlichkeit wieder besser auftreten könne. Er möchte vor allem wieder selbstsicherer werden. In Gesellschaft habe er oft das Gefühl, dass andere schlecht über ihn dächten. Durch ein Telefonat mit dem behandelnden Arzt, der ihm eine Therapie bei mir empfohlen hatte, erfuhr ich einige Tage später, dass Herr P. sich vermutlich seit Anfang des Jahres ein Wahnsystem aufgebaut hat. Er fühlt sich verfolgt und überwacht und hat die Vorstellung, die Leute

fürten etwas gegen ihn im Schilde. Der ärztliche Kollege behandelt den Patienten mit dem Medikament Nepolept.

Verfolgungswahn. In der nächsten Therapiesitzung sprach ich Herrn P. auf diesen Sachverhalt an. Er legte daraufhin seine Wahnideen vor mir offen: Er sei der Überzeugung, etwas begangen zu haben, wofür er bestraft werden solle. Er fühle sich bereits über Radio und Fernsehen verfolgt. Auf meine Nachfrage, was er denn angestellt habe, antwortet er: Er wisse es selbst nicht, aber er denke immer wieder, er sei mit dem Fahrrad über eine rote Ampel gefahren und hinter ihm habe sich ein Verkehrsunfall ereignet. Er misstrauet inzwischen allen Menschen, auch seinen Eltern und seinen Freunden. Sie alle könnten schlecht über ihn denken. Es gebe für ihn jetzt eigentlich keinen Ausweg mehr. Er müsse sich stellen.

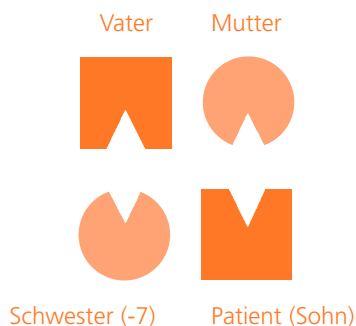
Sein wahnhaftes Denken hat eine Tendenz zur Selbstverstärkung und Expansivität: „Wenn ich, was möglich ist, etwas angestellt habe, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass ich überwacht werde. Dann wird man auch genau darauf achten, was ich sage, um mich zu überführen. Dann wird man auch den Geheimdienst auf mich ansetzen, um mich zu belauschen. Dann werden auch überall Videokameras sein ...“ Er selbst nennt dies seinen „Strafverfolgungswahn“. Die Logik dieses Wahn ist folgende: Herr P. spürt bei sich ein diffuses Schuldgefühl. Er sucht nach einem möglichen Grund dafür bei sich. Aufgrund dieses Schuldgefühls glaubt er sich von anderen unter Beobachtung. Seine Wahrnehmung wird diesbezüglich hypersensibel. Entsprechend nimmt er Dinge in seiner Umwelt wahr, die seine Vermutung zu bestätigen scheinen, dass man ihn beobachtet. Dies verstärkt seine Schuldgefühle, diese wiederum heizen seine gedankliche Beschäftigung mit möglichen Ursachen für die Schuldgefühle an usw.

Lebensgeschichte. Herr P. hat noch eine sieben Jahre jüngere Schwester. Beide Eltern leben und sind berufstätig. An Krankheiten kann sich der Patient nicht erinnern. Er macht einen äußerlich gesunden Eindruck und fühlt sich nach eigener Einschätzung körperlich kräftig und fit. Er konnte auch ohne größere Schwierigkeiten die schulischen Anforderungen meistern und bestand das Abitur mit guten Noten. Um seiner Großmutter väterlicherseits zu imponieren, habe er sich als kleiner Junge in der Schule besonders angestrengt.

Nach dem Abitur verweigerte er zunächst den Kriegsdienst und leistete den Zivildienst ab. Dann begann er das Jura-Studium. Beim ersten Staatsexamen scheiterte er allerdings. Zu Beginn der Therapie wollte er sich auf die Examenswiederholung vorbereiten. Seit etwa einem Jahr ist Herr P. mit einer Studentin in seinem Alter befreundet. Er wohnte anfangs der Therapie noch mit einem Freund in einer Wohngemeinschaft zusammen. Später zog er dann wieder zurück in das Haus seiner Eltern. Suizidalität ist bei Herrn P. nicht festzustellen. Er hat nie einen Selbstmordversuch begangen.

Erste Ansätze mit Aufstellungen. Der Patient konnte über keine Auffälligkeiten in seinem Familiensystem berichten. Weder im mütterlichen noch im väterlichen System sei, mit Ausnahme des tödlichen Verkehrsunfalls der Tante vor kurzem, etwas Besonderes vorgefallen. Eine Aufstellung mit Kissen, zu der ich ihn in einer Einzelsitzung veranlasste, brachte ein Bild, bei dem die Eltern und Kinder äußerst nahe zusammenstanden (Bild 1). Dieses Bild stellt ein nach außen hin abgeschottetes System dar.

Bild 1: ein abgeschottetes System (erste Aufstellung mit Kissen)



Als ich den Patienten zum ersten Male in eine Familienaufstellungsgruppe nahm, stellte er seine Familie ähnlich auf. Die Stellvertreterin seiner Schwester zeigte dabei die auffälligsten Reaktionen, und als ich in der Vermutung, dass im System jemand fehlt, eine Frau in die Aufstellung dazustellen wollte, ging diese sofort in die Knie, fiel auf den Boden und musste heftig weinen. Der Stellvertreter des Vaters war dadurch sehr betroffen, wusste aber sonst auch nichts damit anzufangen. Ich brach daraufhin die Aufstellung ab. Der Patient fing noch am Ende dieses Tages an, vermehrte paranoide Vorstellungen zu entwickeln. Er blieb zwar weiterhin für Gespräche zugänglich, die Therapie stagnierte jedoch.

Familiengeheimnisse. Erst getrennte Einzelgespräche mit den Eltern des Patienten brachten eine Wende sowohl für die Anamnese wie für den weiteren Behandlungsverlauf. Jeweils wechselseitig wiesen der Vater wie die Mutter auf Familiengeheimnisse in der Herkunftsfamilie des Ehepartners hin:

Der Vater erinnerte sich, dass in der Familie seiner Frau ein schwerwiegender Autounfall vorgekommen sei. Nach Kriegsende sei der erste Mann der Mutter seiner Frau am 31.12.1945 von einem Auto angefahren worden und wenige Tage darauf im Krankenhaus verstorben.

Die Mutter des Patienten berichtete wiederum, dass ihr die Mutter ihres Mannes kurz vor ihrem Tod auf dem Sterbebett anvertraut hätte, dass sie ein Verhältnis mit dem Bruder ihres Ehemannes gehabt hätte und neun Monate später ihre Tochter zur Welt gekommen sei. Diese Tochter (jene Tante des Patienten, die kürzlich tödlich mit dem Auto ver-

unglückt war) stamme also möglicherweise nicht von ihrem Ehemann (Großvater des Patienten väterlicherseits), sondern von dessen Bruder ab (Großonkel des Patienten väterlicherseits).

Weitere Recherchen der Eltern des Patienten erhärteten den Verdacht, dass in beiden Herkunftsfamilien der Eltern in der Tat massiv tabuisierte Ereignisse vorhanden sind: So wurde über den Autounfall des ersten Mannes der Mutter der Mutter jetzt offenbar, dass dieser Unfall nie polizeilich und gerichtlich verfolgt wurde. Es gäbe vor Ort allerdings Zeugen, die das Unfallauto identifiziert hätten. Demnach müsse der Fahrer ein in dieser Stadt hoch angesehener Mann gewesen sein. Da es sich bei dem ersten Mann der Großmutter um einen Flüchtling aus Berlin handelte, erhärtete sich der Verdacht, dass in der süddeutschen Gemeinde, auch angesichts der Umstände zu Kriegsende, eine Vertuschung des Vorfalles in Gang kam, um eine angesehene und hoch gestellte einheimische Persönlichkeit nicht zu belasten.

Die Großmutter, die mit dem einjährigen Sohn aus Berlin in diese Kleinstadt gekommen war, um ihren aus dem Krieg heimkommenden Mann wieder zu treffen, heiratete später einen anderen Mann aus diesem Ort und blieb somit in dieser Stadt. Sie hatte mit diesem Mann noch fünf weitere Kinder, wovon das erste Kind die Mutter des Patienten ist. Auffällig im mütterlichen System ist noch, dass ein jüngerer Bruder der Mutter, als er Mitte dreißig war, plötzlich aufgehört hatte zu arbeiten und aufgrund eines ärztlichen Gutachtens aus psychischen Gründen verrentet wurde. Er trägt als Vornamen den gleichen Namen wie der erste Mann seiner Mutter.

Unklare und daher verwirrende Ansichten gibt es auch innerhalb des väterlichen Herkunftssystems in Bezug auf sexuelle Eskapaden der Mutter des Vaters. Der Vater des Patienten sieht sich außerstande, auch nachdem ihm seine Frau von der Beichte der Schwiegermutter am Sterbebett erzählt hatte, klar zwischen Realität, Fantasie und Gerüchten in Bezug auf das Intimleben seiner Mutter zu unterscheiden. Deutlich wurde noch, dass die Schwester des Vaters mit ihrer Mutter immer wieder in heftigste Streitereien verwickelt war und sie ihrer Mutter große Vorwürfe machte.

Kreisende Gedanken. Der Patient steigerte sich in der Folgezeit zunehmend in das hinein, was er seine „kreisenden Gedanken“ nennt. Es sind „schlimme und schmutzige“ Wörter wie „du dreckiges Schwein“, „Schirinowsky“, „Atomkrieg“, „Aids“, „Judenvergasung“, „Hure“, „Hurenbock“, „Kinderficker“, die sich in seinem Kopf festsetzen. Weitere Wörter sind „Mord und Totschlag“, „Rechtsradikalismus“, „schwarze Sau“ oder „Lothar Matthäus“. Er hält sie zwar selbst für „blödsinnig“, kann sich ihrer aber nicht erwehren. Die sich zwanghaft aufdrängenden Gedanken des Patienten können in drei Bereiche klassifiziert werden: – Wörter, die sich auf „schlimme“ Dinge im Bereich der Sexualität beziehen,

- Wörter, die an „schlimme“ Dinge im Zweiten Weltkrieg erinnern, und
- Wörter, die sich auf Strafe und Strafverfolgung beziehen.

Da er weiterhin annahm, er müsse irgendein Verbrechen begangen haben und werde deshalb verfolgt und überwacht, verschlimmerte sich sein Zustand so weit, dass sein Vater ihn in die Uniklinik zur weiteren Untersuchung einweisen wollte. Ich kann den Vater jedoch davon überzeugen, zunächst noch abzuwarten, ob das Offenbarwerden der Familiengeheimnisse bei seinem Sohn eine Veränderung bewirkt. Erschwerend kam in dieser Situation hinzu, dass der Patient immer mehr über Müdigkeit klagte und sehr viel schlief. Der Versuch, das Examen zu wiederholen, erwies sich unter dieser Voraussetzung als zunehmend aussichtslos. Welchen Anteil die sedierenden Medikamente an diesem Zustand hatten, war schwer abzuschätzen. Ihm ein völliges Absetzen der Medikamente anzuraten wäre an seinem Widerstand gescheitert, da er zu Anfang der Therapie selbst eher von einer organischen Ursache seiner Krankheit ausging. Es hätte vermutlich auch in dieser ungeklärten Situation die Gefahr einer Einweisung in die Psychiatrie erhöht.

Aufstellung des väterlichen Herkunftssystems. In einer weiteren Einzelarbeit hatte ich den Patienten sich und seinen Vater mit Kissen aufstellen lassen. Er legte beide Kissen wieder sehr eng aneinander, Vater und Sohn standen dadurch von Angesicht zu Angesicht dicht voreinander. Als ich mich selbst auf das Kissen stellte, das seinen Vater repräsentierte, verspürte ich spontan einen Bewegungsimpuls, mich unablässig und immer wieder im Kreise zu drehen.

In einer Familienaufstellungsgruppe ließ ich den Patienten daher, ausgehend von seinen „kreisenden Gedanken“, sich und das väterliche Herkunftssystem aufstellen. Tatsächlich waren die Stellvertreter von Vater, Großvater, Großmutter, Tante und Großonkel sofort in einen heftigen Disput untereinander verwickelt, den der Stellvertreter des Patienten von außen interessiert verfolgte. Der Disput hätte ewig weitergehen können, Interventionen im Sinne einer „guten Lösung“ gelangen mir nicht. Ich schickte Großvater, Großmutter, Großonkel und Tante daher kurzerhand zur Tür hinaus, wo sie heftig weiterdiskutierten. Dem zurückgebliebenen Stellvertreter des Vater ging es damit zwar nicht grundsätzlich besser, sein Sohn aber blickte jetzt etwas gelöster auf ihn.

Durch diese Aufstellung wurde klar, dass der Patient mit dem Familiengeheimnis des väterlichen Systems verstrickt ist und sich Verwirrung und Unsicherheit von dort ausgehend auch auf ihn übertragen. Einige sexuelle Bezüge in seinen kreisenden Gedanken („Hure“, „Hurenbock“) scheinen in die Dreieckskonstellation Großmutter Großvater Großonkel väterlicherseits zu passen, andere jedoch wieder nicht („Kinderschänder“). Auch die Herstellung eines Bezugs zwischen seinen Gedanken, die sich offenbar mit dem

Zweiten Weltkrieg befassten („Judenvergasung“) und der Tatsache, dass der Vater des Vaters NSDAP-Parteimitglied war, erwies sich nur z. T. als schlüssig. Es blieb ein Rest an Zwangsgedanken, der bisher noch keinem Ereignis im Familiensystem plausibel zuzuordnen war.

Aufklärung von Gedankenbezügen. Obwohl der Patient seine zwanghaften Gedanken als unsinnig und unreal bezeichnete, scheinen sie doch Ursachen in äußeren Ereignissen zu haben. Aufgeklärt konnte in Einzelsitzungen z. B. werden, warum der Name des Fußballers Lothar Matthäus unter den „schlimmen Worten“ war. Es war vor Jahren durch die Presse gegangen, Lothar Matthäus hätte über die holländischen Fans gesagt, „die gehören alle vergast“. Ebenso stand der Name des rechten Nationalisten Schirinowsky für die Befürchtung, dieser könne im Falle seiner Wahl zum russischen Präsidenten einen „Atomkrieg“ vom Zaun brechen. Das Wort „Aids“ konnte in den Zusammenhang gebracht werden, dass der Patient seit einer kurzen Urlaubsaffäre vor einigen Jahren immer wieder daran dachte, sich möglicherweise mit Aids infiziert zu haben. Ich überzeugte ihn daraufhin, einen Aidstest zu machen, der dann negativ ausfiel. Ebenso legte ich ihm wegen des Wortes „Kinderschänder“ nahe, einer Frau einen Brief zu schreiben, mit der er ein sexuelles Abenteuer hatte, als diese noch ein junges Mädchen war, und dessen er sich heute noch schämt.

Der Erfolg dieser Aufklärungsarbeit bestand darin, dass der Patient immer mehr seine Gedanken als Ich-fremd erlebte und sich mehr von außen betrachten konnte, wenn diese Gedanken auftauchten.

Arbeit mit dem mütterlichen Herkunftssystem. In der Einzelarbeit konzentrierte ich mich in der Folgezeit dann darauf, die Verstrickungen des Patienten in das mütterliche System besser zu verstehen. Tatsächlich löste bei ihm ein Gespräch mit seiner Mutter über die Tatsache, dass der erste Mann der Großmutter bei einem Verkehrsunfall ums Leben kam, emotionale Betroffenheit aus. Es kam nun auch ans Licht, dass seine Gedanken mit dem „Strafverfolgungswahn“ an Silvester 1998 begonnen hatten, also am Jahrestag des besagten Verkehrsunfalls.

Ich versuchte daher mit Herrn P. die näheren Umstände dieses Vorfalles zu rekonstruieren und ihm plausibel zu machen, dass seine Gedanken, verfolgt zu werden und Angst vor Entdeckung zu haben, passend wären für den Fahrer des Unfallwagens, der sich seiner Schuld und Verantwortung nicht gestellt hatte und daher sein Leben lang fürchten musste, eventuell doch verraten und zur Rechenschaft gezogen zu werden. Ich ließ ihn sich als Lösungsversuch vor dem ersten Mann der Großmutter und seinem Schicksal verneigen. Das hatte auf den Patienten eine beruhigende Wirkung.

→

Kognitive Stabilisierung. Die kreisenden Gedanken des Patienten nahmen in der Folge zwar an Intensität ab, hörten aber nicht vollständig auf. Der Patient war aber nun so weit stabilisiert, dass er diese Gedanken eindeutig als Ich-fremd interpretierte und sich nicht mehr mit ihnen identifizierte. Auch seinen Strafverfolgungswahn sah er nun als „blödsinnig an, obwohl er immer wieder auch meinte, etwas erlebt zu haben oder zu erleben, das auf eine Gedankenübertragung schließen lässt (z. B. er sieht voraus, was ein anderer Mensch sagen wird). Damit wäre es also auch möglich, dass andere seine Gedanken lesen könnten, und dann müsste er sich ihretwegen auch verantworten. Das Thema Schuldgefühle war damit für ihn also nicht völlig abgeschlossen.

Ich versuchte ihm Erklärungsmodelle an die Hand zu geben, um das Auftreten Ich-fremder Gedanken in seinem Kopf plausibel zu machen: So habe unsere Psyche nicht nur einen aktiv Gedanken produzierenden Part, sondern auch einen passiv rezeptiven. Wie die Berge den Schall, der an weit entfernter Stelle erzeugt wird, als Echo zurückwerfen, so könne auch die menschliche Psyche im Strom der Gedanken anderer stehen und wie ein Resonanzkörper funktionieren.

Das Kriegstrauma. Einen wesentlichen Fortschritt machte die Therapie mit diesem Patienten, als sich beide Eltern bereit erklärten, an einem Familienaufstellungsseminar bei mir teilzunehmen. Aufgrund des bevorstehenden Ereignisses hatte sich die Mutter in ihrer Verwandtschaft weiter umgehört. Sie brachte dadurch in Erfahrung, dass ihre Mutter zu Kriegsende, noch bevor sie von Berlin nach Süddeutschland zu ihrem Mann ziehen konnte, bei einem Ausflug zu Verwandten von einem russischen Soldaten vergewaltigt worden war. Sie sei anschließend sofort in eine Klinik gegangen und habe sich eine Abtreibungsspritze geben lassen. Leider erschien der Vater des Patienten am zweiten Tag des Aufstellungsseminars nicht mehr. Ich ließ daher die Mutter die Aufstellung der Familie (Vater, Mutter, Sohn, Tochter) machen und nach und nach die wichtigen Mitglieder aus dem mütterlichen Herkunftssystem dazustellen: erst die Mutter der Mutter, dann den russischen Vergewaltiger, den ersten Mann der Großmutter, den Sohn aus erster Ehe und den Fahrer des Unfallwagens.

Die Mutter ergänzte jetzt noch die Information, dass der Sohn ihrer Mutter und des ersten Mannes seit einigen Wochen für seine Familie spurlos verschwunden ist. Beide Kinder der Familie (die Stellvertreter des Patienten und seiner Schwester) waren in der Aufstellung zunächst sehr beunruhigt, und erst in deren weiterem Verlaufe kristallisierte es sich deutlicher heraus, dass die Tochter deutlicher auf den Vater orientiert ist, der Sohn jedoch immer mehr vom mütterlichen Herkunftssystem psychisch absorbiert wird.

Das Hineinnehmen des russischen Soldaten hatte beim Stellvertreter des Sohnes eine enorme Wirkung auf seine

Beindlichkeit. Er wurde immer schwächer und kraftloser. Auch die Stellvertreterin der Großmutter erlitt einen heftigen Weinkampf, als der Stellvertreter des Vergewaltigers in die Aufstellung kam. Dieser selbst zeigte keinerlei Mitleid. Es gingen ihm nur Gedanken durch den Kopf wie „Rache“ und „ich nehme mir, was man mir zuvor genommen hat“.

Als der Stellvertreter des ersten Mannes in die Aufstellung kam, fühlte dieser sich eher bedrückt und war ohne Vorwurf dem Fahrer des Unfallwagens gegenüber. Auch jener zeigte wenig Reue oder Schuldgefühle. Ein enger Bezug bestand zwischen dem Sohn (Stellvertreter des Patienten) und dem ersten Sohn der Großmutter. Ich erarbeitete nun folgende Lösungsschritte (Bild 2):

Den russischen Vergewaltiger und den ersten Mann der Großmutter stellte ich zusammen und abgewandt in den Hintergrund;

den Fahrer des Unfallwagens ließ ich von der Seite auf beide blicken;

die Mutter des Patienten ließ ich sich vor dem Schicksal ihrer Mutter verneigen und ihr sagen: „Mama, ich verneige mich vor deinem schweren Schicksal und stimme dem zu, wenn du dich jetzt langsam in das Vergessen zurückziehst.“

Die Mutter bat ich dann, sich abschirmend vor ihre Mutter zum Sohn gewandt hinzustellen und zu ihm zu sagen: „Ich schütze dich jetzt vor dem, was hinter mir ist. Du bist davon frei.“

Dem Stellvertreter des Patienten ging es damit gut. Auch der Stellvertreter des Vaters war im Verlaufe der Aufstellung immer mehr aus seiner anfänglich depressiven Haltung „aufgetaucht.“ Er entwickelte Wut auf das Geschehen mit dem ersten Mann seiner Schwiegermutter und dem russischen Soldaten. Da die Gefährdung der Tochter absehbar war, dass sie immer stärker in das väterliche Familiengeheimnis hineinverstrickt wird, stellte ich die drei Hauptbeteiligten am Drama des väterlichen Herkunftssystems (Großvater, Großmutter, Großonkel) dazu. Beim Anblick des Onkels musste der Stellvertreter des Vaters dann plötzlich lachen und nannte ihn einen „Schwerenöter“. Die Tochter erlebte daraufhin ihren Vater als „menschlich“. Damit beendete ich diese Aufstellung.

In der anschließenden Runde kam ans Licht, was die Aufstellung zeigte: Der erste Mann der Großmutter war keinesfalls nur das Opfer eines Verkehrsunfalls. Die Mutter des Patienten gab nun auch noch ihre Information preis, dass dieser Mann das Eiserne Verdienstkreuz für besonders tapferes Verhalten an der russischen Front erhalten hatte. Er gehörte einer Einheit an, die von hinten auf russische Tanks sprang und Handgranaten in die Panzerluken warf. So gesehen war er moralisch weder besser noch schlechter als der russische Soldat.

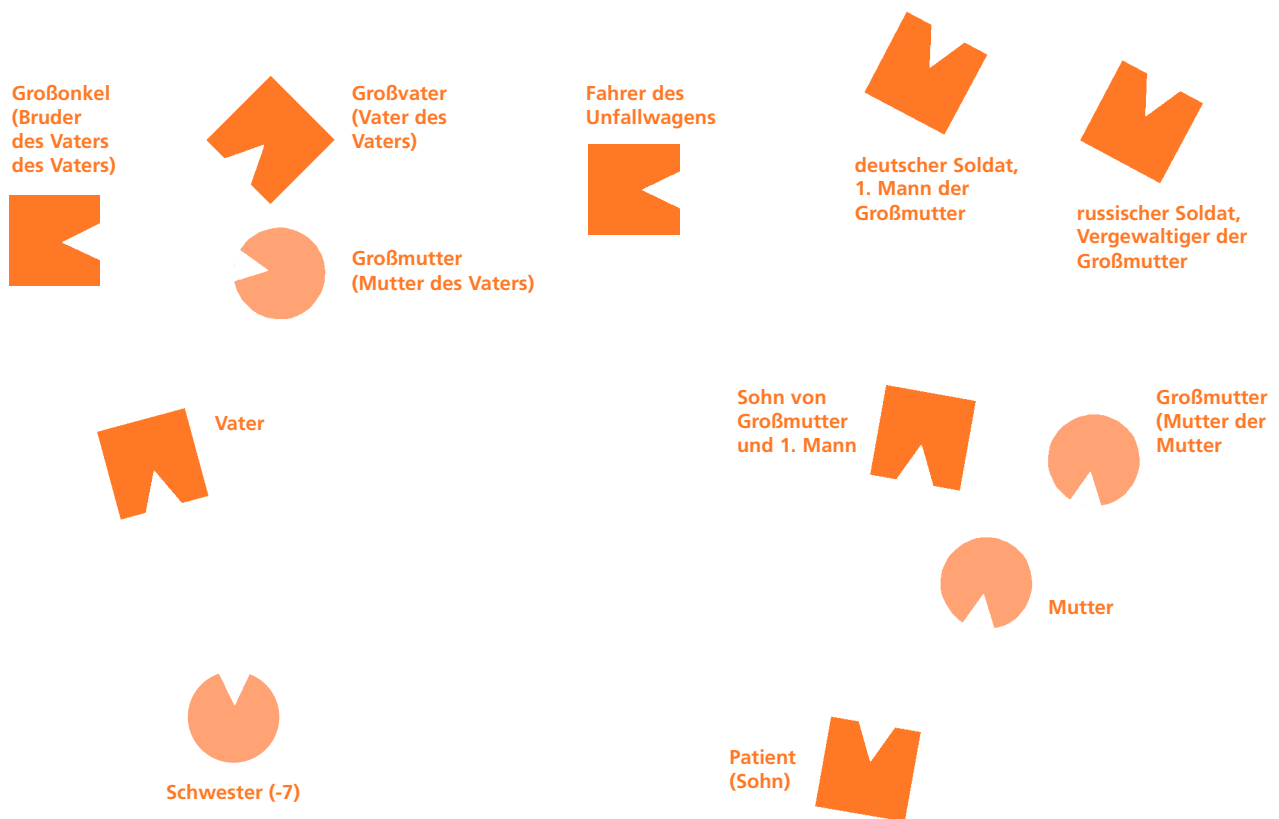


Bild 2: Die Eltern schirmen ab (Endbild in der Aufstellung mit der Mutter des Patienten)

Inneren Frieden finden. Der Patient war in dem oben genannten Seminar nicht dabei. Seine Mutter hatte ihm, wie er sagte, jedoch ausführlich darüber berichtet. Das, was ich als entscheidenden Schritt der Lösung erachtete, hatte sie ihm allerdings nicht erzählt: ihre Verbeugung vor dem Schicksal ihrer Mutter, der Großmutter des Patienten. Ich veranlasste daher den Patienten in einer Einzelsitzung, sich vor einem Kissen, das seine Großmutter repräsentierte, zu verbeugen. Er machte dies mit großem Ernst und würdevoll.

In die nächste Therapiestunde kam er sichtlich gewandelt. Er habe nun mehr Selbstbewusstsein und sei auch nicht mehr so müde. Er habe sich von der Examensprüfung abgemeldet und werde zunächst eine Lehre als Verlagskaufmann beginnen. Er hat inzwischen auch erfahren, dass der erste Sohn der Großmutter, sein Onkel, sich in ein Einzelzimmer in einem Kasernengebäude zurückgezogen hat. Seine zwanghaften Gedanken sind noch nicht völlig verschwunden. Auch ist die Gefahr nicht auszuschließen, dass er der Versuchung nicht widersteht, sich in ihren Sog hineinziehen zu lassen und über ihren vermeintlich tieferen Sinn nachzugrübeln. Das Ergebnis würde dann wieder ein Wahnsystem sein. Das Risiko sehe ich insbesondere so lange gegeben, als der Vater es von sich weist, die „Beichte“ seiner Mutter am Sterbebett für real zu betrachten und seiner Mutter diesbezüglich eher eine Altersverwirrung attestiert.

Entscheidend ist nach meiner Ansicht aber jetzt, dass für den Patienten die Voraussetzungen geschaffen sind, diese verwirrende Situation klar zu erkennen. Er hat es nun selbst in der Hand, sich in diese Verwirrung weiter hineinziehen zu lassen oder aber mit den „Gespenstern der Vergangenheit“ in seinem Kopf Frieden zu schließen. Das, was an Unrecht, an Mord, Totschlag und Vergewaltigung im Herkunftssystem seiner Mutter geschehen ist, wird nie aufgeklärt und gesühnt werden. Gut und Böse werden sich auch jetzt nicht eindeutig voneinander unterscheiden lassen. Die Verwirrung, ob im väterlichen System die Tante das Kind des Großvaters oder des Großonkels ist, wird sich nicht mehr aufklären lassen. Das „Sippengewissen“ kann mit all diesen ungeklärten Dingen nie ins Reine kommen. Keiner der später Geborenen in diesem System wird es je sühnen oder richten können.

Der Patient muss daher lernen, sich aus diesem System herauszubewegen und ein eigenes System aufzubauen. Vielleicht hat er mehr Glück und Gut und Böse lassen sich in einem neuen Bindungssystem, das er selbst um sich herum gründet, besser unterscheiden.

→

4. Hypothesen zur Entstehung der psychotischen Symptomatik

Traumata, die das Gewissen verwirren. Ich versuche zunächst, die spezifische Dynamik des Fallbeispiels zusammenzufassen: Der Patient steht über seine Mutter in Kontakt mit dem Lebensschicksal seiner Großmutter, der Mutter seiner Mutter. Gleichzeitig ist er in seelischem Kontakt mit der Mutter des Vaters und der geschilderten Verwirrung im väterlichen Herkunftssystem. Da er bis zur Geburt seiner Schwester sieben Jahre Einzelkind war, konnte sich die Last des seelischen Erbes vermutlich nicht auf mehrere Kinder verteilen.

Seine kreisenden Gedanken, die sich in wahnhaften Bezügen ausbreiten, passen zu den Schicksalsschlägen im Leben der Mutter der Mutter: die Vergewaltigung durch einen russischen Soldaten zu Kriegsende und den Unfalltod ihres ersten Mannes, von dem sie einen gerade erst einjährigen Sohn hat. Die Großmutter kann als schwerst traumatisiert eingestuft werden. Sie hat in dieser katastrophalen Zeit des Kriegsendes in Deutschland keine Gelegenheit, ihre Traumata anders zu verarbeiten, als sie so weit es geht aus ihrem Bewusstsein zu verdrängen, ja sogar im Sinne der Theorie über Traumabewältigung (vgl. Fischer & Riedesser, 1999) „abzuspalten“, als wären sie nie geschehen. So wurde z. B. von einem Grabstein der Name des ersten Mannes auch relativ bald wieder entfernt.

Die Mutter der Mutter bleibt an dem Ort, wo das Schicksal sie hinverschlagen hat und versucht einfach zu überleben. Normalität im Nachkriegsdeutschland. Verwirrend und ohne Sinn müssen für sie folgende Tatsachen ein Leben lang bleiben:

Warum erhält mein Mann eine Tapferkeitsmedaille für die Bekämpfung der russischen Kriegsfeinde? Ich aber werde von einem russischen Soldaten vergewaltigt und geschändet! Bin ich durch die Vergewaltigung schwanger geworden und habe ich ein Kind abgetrieben?

Warum überlebt mein Mann den Krieg und die Hölle der Ostfront und stirbt, als schon wieder Frieden ist, bei einem banalen Verkehrsunfall durch die Schuld eines deutschen Landsmannes?

War der Verkehrsunfall fahrlässige Tötung und gibt es daher einen Schuldigen, den ich kenne? Oder hat mein Mann Selbstmord gemacht und mich mit dem kleinen Kind im Stich gelassen?

Auswirkungen auf die folgenden Generationen. Für das seelische Überleben beider Großmütter ist es also das Beste, wenn über die verwirrenden Geschehnisse nicht mehr gesprochen wird. Am besten sie tun so, als wäre das alles nicht gewesen. Keine Gefühle mehr und auch möglichst keine Gedanken mehr daran! Ich gehe im Folgenden besonders auf die Situation der Mutter der Mutter ein: Würde die Mutter der Mutter z. B. nach einem Sinn ihres Schicksals suchen, müsste sie wohl selbst verrückt werden.

Gerecht und ungerecht, Schuld und Unschuld, Gut und Böse – diese zentralen Kategorien für menschliches Zusammenleben versagen angesichts ihrer Erfahrungen. Die „Grenzen des Gewissens“ sind bei ihr nicht nur erreicht, sie sind weit überschritten. Ihr Gewissen bietet ihr diesbezüglich keine Orientierung mehr. Mit einem völligen Verdrängen gibt sie aber auch wesentliche Teile ihrer Identität preis. Sie muss versuchen zu leben, als hätte sie keine Vergangenheit, und damit beginnen, diese Vergangenheit, so gut es geht, aus ihrem Leben auszuklammern. Sie muss dafür sorgen, dass niemand an diese Vergangenheit zu sehr erinnert. Ihren Kindern wird sie also möglichst nichts davon erzählen.

Auch wenn ihre Kinder spüren, dass etwas mit der Mutter nicht ganz stimmt, sie wagen es nicht, am Tabu zu rühren. Das Vorleben der eigenen Mutter bleibt für sie daher im Dunkeln. Einen Sohn zieht die Mutter der Mutter unbewusst in die Dynamik ihrer Traumatisierung hinein. Sie gibt ihm den Vornamen ihres ersten Mannes und schafft damit wieder ein Stück Erinnerung. Das verwirrende Trauma mit dem Tod des ersten Mannes lebt nun namentlich in ihrem Sohn fort. Dieser wird auch prompt seelisch schwer verwirrt, als er in das Alter kommt, sich von der Mutter zu lösen. Wie ein Ehepartner lebt er seitdem mit der Mutter zusammen, ohne Aussicht auf Änderung.

Als ihre älteste Tochter sie aus Sorge um die Zukunft ihres eigenen Sohnes (Patient) jetzt nach über 50 Jahren auf die damaligen Ereignisse anspricht, bekommt die Mutter der Mutter sofort einen Schwächeanfall. Sie gibt nur so viel über das frühere Geschehen preis, dass der Unfalltod ihres ersten Mannes auch ein Selbstmord gewesen sein könne. Die Tochter muss sich alle weiteren Informationen, die zur Aufklärung der möglichen Hintergründe der Erkrankung ihres Sohnes einen Beitrag leisten könnten, bei anderen Verwandten zusammenholen.

Die von der Großmutter auf dem Wege ihrer Traumaverarbeitung abgespaltenen Anteile ihrer Seele sind jedoch nie vollständig aus dem Beziehungsraum, den sie weiter um sich herum aufbaut, zu verbannen. Von der Psyche der Großmutter weitgehend dissoziiert, treffen Kinder und Enkelkinder auf diese abgespaltenen Gefühle und Gedankenfragmente und integrieren sie in ihre eigene Psyche, wenn sie der Großmutter nahe kommen und nahe sein wollen. Besonders die männlichen Mitglieder der „Sippe“ sind in großer Gefahr, sich in die Verwirrung der Großmutter hineinzuverstricken bzw. von ihr unbewusst hineinverstrickt zu werden, weil das nicht bewältigte Schicksal der Großmutter vor allem durch Männer bewirkt wurde.

Die traumatisierenden Gefühle und Gedankenfragmente, die die Großmutter nicht bei sich halten und unschädlich machen kann, werden von den Kindern und Enkelkindern in ihr Seelenleben mit eingefügt, als wären es ihre eigenen. Und sie vermischen sich mit deren eigenen Erfahrungen. Machen sie nun selbst schlimme Erfahrungen oder geraten sie in eine „Parallelsituation“ des Traumas der Großmutter (z. B. Datum, an dem sich ein Schicksalsschlag jährt), mel-

den sich auch die fremden und übernommenen Gedanken und Gefühle zu Wort und verwirren das eigene Denken und Fühlen. Die Betroffenen suchen verzweifelt nach dem Sinn dieser Gefühle und Gedanken in ihrem eigenen Leben und bauen im schlimmsten Falle eigene Wahnsysteme aus diesen Gedanken, um ihnen Sinn zu geben.

Spekulationen, wie diese Übertragungsprozesse und „Identifizierungen“ im Bindungsraum einer Familie vor sich gehen, möchte ich an dieser Stelle nicht vertiefen. Dazu genügt momentan unser Wissen über die naturwissenschaftliche Seite psychischer Vorgänge nicht aus. Familienaufstellungen zeigen aber deutlich, dass solche Übernahmen fremder psychischer Anteile stattfinden.

5. Konsequenzen für die Arbeit mit psychotischen und psychosegefährdeten Patienten

Kombination von Theorieansätzen. Die Arbeit mit diesem Patienten und die Arbeit mit einer Reihe anderer von psychotischen Symptomen geplagter Menschen in der Einzeltherapie wie in Gruppen mit Familienaufstellungen bestärken mich in der Annahme, dass wir durch eine Kombination aus den Einsichten der Bindungsforschung (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1980; Spangler und Zimmermann, 1995) und Traumatheorie (Fischer & Riedesser, 1999; Butollo, Krüsmann und Hagl, 1998; Butollo, Hagl und Krüsmann, 1999; Petry, 1996) sowie von Hellingers Einsichten über transgenerational weitergegebene und übernommene Gefühle und die Wirkungen des „Systemgewissens“ (Weber, 1995) das Phänomen und Krankheitsbild von Psychosen wesentlich besser erklären können als andere vorhandene Ansätze. Insbesondere wenn es im Leben eines psychotischen Patienten keine persönlich erlebten Traumatisierungen gibt, die eine Verwirrung plausibel machen (z. B. schwerer sexueller Missbrauch, den Kinder erleben; Mord, den jemand begangen hat), muss die Suche weitergehen nach den Verwirrung stiftenden Traumatisierungen, die eine andere Person vor ihm erlebt hat, mit der der Psychosekranke seelisch verbunden ist. Meist wird man dann schon in der Großelterneneration fündig.

Dreigenerationenabfolge bei Psychosen. Eine Dreigenerationenabfolge scheint häufig anzutreffen zu sein: Die Großeltern erleben etwas, was sie – d. h. speziell ihr Gewissen – verrückt machen würde, wenn sie es weiter in ihrem Bewusstsein halten würden. Sie verdrängen es und spalten die verrückt machenden Traumainhalte, so weit es geht, ab. Sie verzichten damit auf einen Teil ihrer psychischen Funktionsfähigkeit (z. B. Fähigkeit zur offenen Kommunikation).

Ihre Kinder vermuten zwar, dass irgendetwas mit ihren Eltern nicht in Ordnung ist. Ein Nachdenken und Reden über die verwirrenden Erlebnisse der Eltern aber ist tabu, um diese seelisch nicht zu zerstören und den Fortbestand des Familiensystems nicht zu gefährden. Die Kinder solcher

Eltern lernen vermutlich, perfekte „Verdränger“ zu werden. Sie haben zwar eine Ahnung vom Verdrängten, wollen es aber aus Selbstschutz nicht wirklich wissen.

Das Verdrängte und Tabuisierte fließt weiter in den von abgespaltenen psychischen Fragmenten der Großeltern überfüllten Bindungsraum hinein und gelangt nun auch an die Enkelgeneration heran. Im Unterschied zur Kindergeneration hat die Enkelgeneration keine bewusste Ahnung mehr, dass es im Familiensystem Ereignisse gibt, über die man am besten nicht nachdenkt, weil es sonst sehr gefährlich für alle wird und die Schuld- und Schamgefühle nicht mehr steuerbar sind. Statt zu dissoziieren und Zusammenhänge lieber im Dunkeln zu lassen, fangen die Enkel, infiziert mit dem, was sie über ihre Eltern und Großeltern an abgespaltenen Gefühlen und Gedanken aufnehmen, wieder an zu assoziieren, Bezüge herzustellen und nach Klarheit zu streben. Wahnsysteme sind daher nicht zufällig Bestrebungen, hinter die Geheimnisse des Lebens zu kommen, und manche versteigen sich dann dazu, sich wie Gott zu fühlen, der alles weiß und das personifizierte Wahre und Gute darstellt. So hat in dem dargestellten Fallbeispiel der junge Mann das Gefühl übernommen, dass etwas ganz Schlimmes passiert ist, das gesühnt werden muss. Folgerichtig macht er sich Gedanken, was dies sein könnte. Wiederum folgerichtig denkt er an Kapitalverbrechen aller Art: an Mord und Totschlag, Krieg und Rechtsradikalismus, Kinderschändung. Das Fatale für ihn ist nur: er sucht nach einem Ereignis in seinem Leben, er bezieht die Schuldgefühle auf sein eigenes Handeln und wird darüber zwangsläufig paranoid. Seine Wahnvorstellungen sind die logische Folge der Verstrickung in sein Familiensystem.

Man könnte es vielleicht auch so formulieren: Die Psychose ist der Preis dafür, in ein Beziehungssystem eingebunden zu bleiben, das auf ungelösten Beziehungskonflikten aufgebaut ist, die das Gewissen so verwirren, dass es nicht mehr funktionieren kann.

Einbeziehen der Eltern. Daraus folgt: Die Arbeit mit psychotisch erkrankten Menschen muss zumindest die Elterngeneration mit einbeziehen. Bei diesen besteht noch die Möglichkeit, das verwirrende und tabuisierte Ereignis zu benennen. Dass auf deren Kooperation allerdings nicht ohne weiteres zu rechnen ist, liegt aufgrund des oben geschilderten Zusammenhangs nahe. Sie möchten lieber an der Verdrängung festhalten und die eigene, oft mühsam aufrechterhaltene innere Stabilität nicht gefährden. Medizinisch-psychiatrische Erklärungen für die Erkrankung ihres Kindes kommen ihrer Haltung daher eher entgegen. Ohne die Mitwirkung der Eltern der Betroffenen sehe ich in den meisten Fällen wenig Hoffnung, an die Ursachen psychotischer Erkrankungen zu gelangen. Auch wenn diese oft um des eigenen seelischen Überlebens willen gelernt haben, perfekt zu verdrängen, sollte man versuchen, sie für die Therapie ihrer Kinder zu gewinnen.

Umso mehr sind solche Eltern zu bewundern, die sich dem Risiko einer Familienaufstellung aussetzen, um ihrem psychotisch gewordenen Kind zu helfen, aus seiner Verstrickung herauszufinden.

Suche nach der Ursprungsverwirrung. Kernpunkt der psychotherapeutischen Arbeit mit Psychosekranken ist in meinen Augen, die Wahnsymptome und Halluzinationen eines Betroffenen nicht als beliebig abzutun und sie nur zu klassifizieren. Diese Symptome sind die Spur, die ein Verwirrung stiftendes Ereignis im Familiensystem hinterlassen hat. Wenn wir dieser Spur genau folgen und uns nicht von Vordergründigem ablenken lassen, gelangen wir ans Ziel. So hat mir im zitierten Fallbeispiel das zeitliche Auftreten der psychotischen Erkrankung am 31.12. einen wesentlichen Hinweis auf den Ursprung des verwirrenden Vorfalles im mütterlichen Herkunftssystem geliefert. Anne Ancelin Schützenbergers Beobachtungen zum „anniversary syndrom“ (Schützenberger, 1998) weisen in eine ähnliche Richtung. Manche Ereignisse scheinen ein Echo zu haben, das an ihren Jahrestagen möglicherweise noch hundert Jahre nachhallt.

Traumatheoretische Deutung psychotischer Einzelphänomene. Unter traumatheoretischen Gesichtspunkten kann man Psychosen als Folgen von Durchbrüchen von verdrängten Erinnerungen an traumatisierende Ereignisse in einem Familiensystem betrachten. Sie sind wie Albträume, die nicht die unmittelbar Betroffenen plagen, sondern erst die nachfolgenden Generationen, wenn das Abwehrsystem brüchiger wird. Sie können dann in die Psyche eines später Geborenen eindringen („Intrusionen“).

Nach meinen bisherigen Erfahrungen hat bei manischen Wahnsymptomen das ursprüngliche Trauma vermutlich eher etwas mit persönlich wie familiär nicht zu integrierenden Ereignissen aus dem Bereich des Liebeslebens zu tun (z. B. Inzest); bei paranoiden Symptomen eher etwas mit ungeklärten Schuldfragen bei Todesfällen.

Weil die Traumaverarbeitung ein dissoziativer Prozess ist, werden die zusammenhängenden psychischen Prozesse fragmentiert. Dadurch wird meines Erachtens verständlich, warum sich die psychotischen Gedankengänge z. B. um Wortfragmente herum ausbilden. Der Betroffene hat eben nicht den vollständigen Zusammenhang eines psychischen Erlebens in seiner Verbindung von Gedanken und Gefühlen in seine Seele aufgenommen. Er nimmt sie nicht nur als abgespalten, sondern auch als aufgespalten in sich auf. Daher werden Gedankenfragmente oft auch als emotionslos erlebt, da es ein wesentliches Merkmal von Traumaverarbeitung ist, dass vor allem die schmerzlichen Gefühle dissoziiert werden. Insgesamt kann es bei Traumaopfern auch zu einer völligen Gefühlsabstumpfung kommen („numbing“), d. h., jene Gehirnaareale, die für die Gefühlsregula-

tion zuständig sind, stellen ihre Funktionsfähigkeit so weit es geht ein. Eine Veränderung des Dopaminstoffwechsels ist daher nicht die Ursache, sondern die Folge des Traumas und damit auch einer Psychose. Und solange das Trauma wirkt, hilft es nicht wirklich, nur den Dopaminstoffwechsel wieder in seine Normalfunktion bringen zu wollen. So gesehen müssen Psychosen auch als ein Versuch der Traumabewältigung anerkannt werden, bevor man versucht, sie einfach nur beseitigen zu wollen.

Stellenwert von Familienaufstellungen. Ohne das Wissen über die sich in der Psychose widerspiegelnden verwirrenden Ereignisse können Familienaufstellungen alleine meines Erachtens nicht weiterhelfen. Andererseits sind Familienaufstellungen oft der Katalysator, damit die verschwiegenen und tabuisierten Ereignisse eine Chance erhalten, ans Licht zu kommen. Es scheint wenig Sinn zu machen, wenn die Betroffenen selbst aufstellen. Sie tapen wegen der in ihrem Familiensystem aufgemachten Tabus, nicht am Familiengeheimnis zu rühren, ebenso im Dunkeln wie der Aufsteller.

Wenn etwas Merkwürdiges in einer Aufstellung ans Licht kommt, müssen wir es so stehen lassen und hoffen, dass es vielleicht so weiterwirkt und auf seine Aufklärung hinstrebt. Weiter gehende Spekulationen mehren eher die Verwirrung, als sie einzudämmen. Ich habe es wiederholt erlebt, dass sich die Dinge dann klären.

Der Kunstgriff, das Familiengeheimnis aufzustellen und den Betroffenen sich davor verneigen zu lassen, und dann für sich langsam den Kopf aus der Verstrickungsschlinge zu ziehen, ist nicht ohne Charme. Wir wissen aber nicht, ob er dauerhaft wirklich hilft.

Helfen heißt, sich dem Trauma und der Verwirrung stellen. Das von mir angebotene Verständnis für Psychosen zeigt, warum diese schwere seelische Erkrankung solche Schwierigkeiten bereitet, sie als sinnvollen psychischen Verarbeitungsprozess zu begreifen. Es macht auch deutlich, warum die Betroffenen selbst keinen Beitrag zur Aufklärung der Hintergründe ihrer Erkrankung leisten können und den Wirrnissen in ihrer Psyche hilflos ausgeliefert sind. Es macht vielleicht nachvollziehbarer, warum die Eltern oft vor einem völligen Rätsel stehen, wenn ihr Kind von einem Tag zum anderen plötzlich unruhig wird und psychotische Symptome entwickelt.

Es macht auch die Tendenz bei Laien wie Experten plausibel, die Ursachen der Psychose im Betroffenen selbst oder in nahe liegenden äußeren Ereignissen und nicht im erweiterten Familiensystem zu suchen. Auch die Angehörigen psychiatrischer Berufe scheinen in gewisser Weise mit einem Traumaberührungstabu verbündet. Wir sprechen nicht gerne über Schicksale, die einen Menschen in den Wahnsinn treiben können. Wofür wir selbst keine Lösung wissen, möchten wir lieber nicht so genau zur Kenntnis nehmen. Eine klinisch saubere Theorie, die von Synapsen und Neurotransmittern oder noch greifbarem Stress handelt,

scheint auch für Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Pfleger leichter erträglich zu sein als die Konfrontation mit dem Verwirrenden und Unerträglichen in manchem menschlichen Schicksal.

Weil weder die Medizin noch die Psychologie genau wissen, wie unser Gewissen funktioniert, können sie uns auch nicht sagen, wie es ist, wenn es sich gegen seine Auflösung wehrt und jemand deswegen seinen inneren Frieden nicht mehr finden kann. Eine solche Unruhe und Angst mit Medikamenten zu betäuben scheint einfacher.

Ich hoffe, mit diesem Beitrag die Diskussion anzuregen, dass wir uns alle den realen Hintergründen von Psychosen offener stellen und damit wirkliche Hilfestellungen für Betroffene entwickeln können.

Literatur

- Ainsworth, M. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (eds.), *Review of child development research* (vol. 3). Chicago: University of Chicago Press.
- Bäumli, J. (1994). *Psychosen aus dem schizophrener Formenkreis*. Berlin: Springer.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251–264.
- Benkert, O. (1995). *Psychopharmaka*. München: Beck.
- Berger, H. & Schirmer, U. (Hg.) (1993). *Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzeption, Praxis*. Freiburg/Brsg.: Lambertus.
- Bock, Th. & Weigand, H. (Hg.) (1992). *Hand-werks-buch Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol. III. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Breggin, P. R. (1996). *Giftige Psychiatrie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Brill, K.-E. (1998). *Psychisch Kranke im Recht*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Trauma*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Clausen, J., Dresler, K.-D. & Eisenbrenner, L. (1996). *Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Freiburg/Brsg.: Lambertus.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, P. H. (Hg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Bern: Hans Huber.
- Dörner, K. & Plog, U. (1994). *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Dose, P. (1997). *Spektrum Neuroleptika. Arzneimitteltherapie heute*. Stuttgart: Aesopus Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Foudraire, J. (1976). *Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie*. München: dtv.
- Hellinger, B. (1994). *Ordnungen der Liebe*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Kroll, B. (1998). *Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie*. Gütersloh: Verlag Jakob van Hodd.
- Laing, R. D. (1964). Is schizophrenia a disease? *International Journal of Social Psychiatry*, 10, 184–193.
- Langlotz, R. (Hg.) (1998). *Familien-Stellen mit Psychosekranken*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
- Lempa, G. (1992). Zur psychoanalytischen Theorie der psychotischen Symptombildung. In S. Mentzos (Hg.), *Psychose und Konflikt* (S. 29–77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (1992). *Psychose und Konflikt* (S. 29–77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petry, S. (1996). *Erlebnisgedächtnis und Posttraumatische Störungen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schützenberger, A. A. (1998). *The Ancestor Syndrom*. London: Routledge.
- Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hg.) (1995). *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stark, F.-P., Bremer, F. & Esterer, J. (Hg.) (1997). *Ich bin doch nicht verrückt*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Szasz, T. S. (1976). *Die Fabrikation des Wahnsinns*. Frankfurt/M: Fischer.
- Tölle, R. (1994). *Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Weber, G. (Hg.) (1995). *Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.