
Die Sprache des Körpers verstehen – Symptomdiagnose

Symptomdiagnostik heißt jetzt, die Sprache des Symptoms beziehungsweise des Organs zu übersetzen – zumeist gleicht es allerdings eher einem Entziffern altägyptischer Keilschrift. Wir suchen Anhaltspunkte, Assoziationen, die uns weiterhelfen. Zum Beispiel die Haut! Sie ist unser Kontaktorgan. In der Diagnostik fragen wir uns: Wie viel hat das Kind an Berührungen erlebt, und wie waren diese Berührungen? Oder das Herz! Was hat es an Angst und großer Bedrängnis – oft auch Todesangst – erlebt? Oder die Luftnot! Welches große Erschrecken oder dauerhafte Entsetzen nach traumatischen Erfahrungen musste das Kind eventuell erleben? Das Einnässen des Kindes legt die Spur zu seinen ungeweinten Tränen, zu seiner tiefen Trauer, die mit Erfahrungen von Ohnmacht verbunden ist. Gleichzeitig zeigt das Einnässen ein völlig verqueres Bestreben, den nicht wahrgenommenen, nicht gefühlten Abgrenzungs- und Autonomiewünschen Ausdruck zu geben. – Ähnlich wie das Symptom des Einkotens, welches aber in viel stärkerem Ausmaß auf gehemmte und (auch von außen) unterdrückte Wut verweist. Bauch- und Kopfschmerzen begleiten oft unklare und überlastende Situationen im sozialen System. Die Geschichte des Kindes mit Fettsucht ist zu überprüfen auf Gewalt- und Missbrauchserfahrungen. Sein „Panzer“ schützt es oft vor weiteren überflutenden Erfahrungen:

Andrea ist 15 Jahre alt und kommt mit gut 30 kg Übergewicht in die Klinik. Ihr Körper wirkt wie eine Festung. Alles ist in Abwehrhaltung angespannt. Andrea genießt bei uns die Zeit, die Aufmerksamkeit. Sie arbeitet intensiv mit, ist kreativ und bemüht sich auch auf der Verhaltensebene. Das heißt, sie isst langsamer und kleinere Portionen. Aber sie nimmt kaum ab. Irgendetwas bleibt, irgendetwas stimmt nicht ... Im Toberaum trainiert sie ihre Abwehr. Manchmal brechen in den als „Spaßkämpfchen“ begonnenen Aktionen so unglaubliche Aggressionen durch, dass ich erstmalig in vielen Jahren befürchte, ein Kind nicht halten, nicht aushalten zu können. In den Elternterminen wird mir oft flau. Ich schiebe es auf das Wissen um die lebensbedrohliche Erkrankung des Vaters. Aber irgendetwas bleibt, irgendetwas stimmt nicht ...

Als Andrea geht, ist sie, sind ihre Eltern zufrieden: 5 kg abgenommen, präsenter und fröhlicher geworden, nicht mehr so hart und abweisend.

Drei Jahre später klopft es mittags an meine Tür. Eine junge Frau kommt herein, stellt sich vor als Andreas Cousine und sagt, sie habe mir Grüße von Andrea auszurichten: Es gehe ihr gut, sie habe ihr Abitur gemacht und wollte in Aachen Innenarchitektur studieren. Und dann schaut mich die junge Frau plötzlich starr an und sagt: „Wussten Sie, dass Andrea über viele Jahre durch ihren Vater missbraucht wurde?“

Farah, 15 Jahre, wird wegen häufiger *Hyperventilationstetanien* stationär in die Psychosomatik aufgenommen. Im ersten Gespräch mit ihr wird ein Widerspruch deutlich: Während alle bisherigen Einweisungen sowie die Angaben der Rettungssanitäter, die sie mehrmals als Notfall in die Klinik gebracht hatten, von „Hyperventilation“ – also zu schneller Atmung mit einer dadurch erfolgenden Verschiebung des Verhältnisses von Sauerstoff und Stickstoff im Blut – sprachen, bestreitet Farah dieses vehement und berichtet von extremer Atemnot, bevor sie ohnmächtig wird. Des Weiteren gibt sie eine Magersucht an, die sie aber seit 2 Jahren „im Griff“ hat, – dafür hat sie seitdem verstärkt diese Anfälle von Atemnot. Außerdem leidet sie seit Jahren unter heftigen Migräneattacken. Farah wirkt durchsetzungsfähig, extrovertiert, fast ein wenig aggressiv – eigentlich nicht „typisch psychosomatisch“, worunter wir eher ein gehemmtes Erleben und Verhalten verstehen. Sie sieht irgendwie herausfordernd aus, mit ihrer Baseball-Kappe auf den rot gefärbten Haaren, in Hose und Hemd fast militärisch anmutend. Farah zeigt ein auffälliges Atemmuster mit eingeschränkter Aktivität der Zwischenrippenmuskulatur, des Zwerchfells sowie der an der Atmung beteiligten Muskulatur des Schlüsselbeins. Farah erzählt auf Nachfrage haarklein von den Situationen, in denen sie plötzlich keine Luft mehr bekommt. Ein roter Faden zieht sich durch: In solchen Situationen wird sie oder eine ihrer Freundinnen bedroht (es gibt zwei rivalisierende Banden in der Kleinstadt, zu einer gehört Farah). Ohne dass sie

es will oder ändern kann, entsteht in ihr dann plötzlich ein Gefühl von Brust- und Halsenge mit Luftnot bis zum Atemstillstand. Sie wird dann ohnmächtig und wacht auf dem Boden liegend oder im Krankenwagen wieder auf – um sich sofort voller Panik gegen die Plastiktüte zu wehren, die ihr jemand vor das Gesicht hält (Sofortmaßnahme bei „echten“ Hyperventilationstetanien, um den Sauerstoffgehalt des Blutes zu senken). Gemeinsam machen wir uns auf die Suche nach Erfahrungen von Bedrohung in ihrer Geschichte. Farah malt ein schwarzes Bild, in dessen Mitte kleine türkisblaue Ornamente „trudeln“. Wenn sie auf das Bild schaut, wird ihr schlecht. Zeitgleich, aber in einer Stunde ohne Farah, erzählt Farahs Mutter: Farahs Vater ist Libanese. Farah hat einen 3 Jahre älteren Bruder, den der Vater kurz nach der Geburt in sein Heimatland zu seiner Ursprungsfamilie brachte, damit er in der Familientradition aufwache. Farahs Vater war massiv gewalttätig gegen die Mutter, schlug und missbrauchte sie, bis er vor 10 Jahren mit der Drohung verschwand, die Mutter zu ermorden, wenn sie versuchen würde, den Sohn zurückzuholen. Als Farah zur Welt kam, war die Mutter wie gelähmt vor Angst um sich und um die Tochter, und sie war gefangen in der Trauer um den verlorenen Sohn. Farah entwickelte sich als ruhiges und pflegeleichtes Kind, welches früh lernte, sich selber genug zu sein, da die Mutter durch Angst und zunehmend durch depressives Erleben und Verhalten nicht zugänglich war. Farah bemühte sich in den folgenden Jahren, für ihre Mutter zu sorgen und Gefahren von ihr fernzuhalten. Normale körperliche Attacken, Beleidigungen und Kränkungen steckte sie stoisch weg und zeigte dadurch indirekt schon früh, wie betäubt Gefühle und Körperwahrnehmung waren. Als sie älter wurde, ging sie in Selbstverteidigungskurse. Auf die Frage nach Gewalt an der Tochter reagierte die Mutter tief betroffen: Farah habe oft miterlebt, wenn ihr Mann sie geschlagen habe, mehrmals sei er auch auf Farah losgegangen, habe zugeschlagen und sie zu Boden gestoßen. Farah wisse das sicher nicht mehr, dazu sei sie zu klein gewesen. – Nach Absprache mit der Mutter führen wir ein Gespräch zu dritt, in dem ich die tabuisierte Gewalt benenne. Farah wird blass und greift

nach dem schwarzen Bild. Sie legt es zwischen uns, weint gepresst und stöhnend und berichtet dann von ihren Erinnerungen: Wie dieser für sie riesige Mann ihre Mutter schlug; wie sie der Mutter nicht helfen konnte; die Schreie, die Angst; wie er nach ihr griff, sie auf den Boden schlug und sie nur noch spürte, dass der Kopf auf die Fliesen schlug – türkisfarbene Fliesen mit kleinen Ornamenten! Farahs Symptome – ob Luftnot, Nahrungsverweigerung, Kopfschmerzen oder autoaggressives Verhalten – sind Teil eines *Posttraumatischen Stress-Syndroms*. Die vordergründigen Symptome, die an eine „autonome somatoforme Funktionsstörung des respiratorischen Systems“ (Hyperventilationstetanie) erinnerten, hatten eine falsche Spur gelegt: Farah galt als „typisch junges Mädchen, wenn die Stress haben, fangen sie an zu hyperventilieren!“ Atemnot und Atemstillstand sind im Zusammenhang mit flash-back-Erinnerungen² infolge der frühen Traumatisierung zu verstehen, das auffällige Atemmuster auf dem Hintergrund früh eingeleibter traumatischer Erfahrungen.

² Flash-backs: Ohne Vorwarnung „blitzartig“ auftretende Erinnerungen an traumatischen Erfahrungen. Auslöser können Gerüche, Bewegungen, Bilder, Geräusche oder ähnliches sein. Quasi die komplette damalige Reaktion wird im Menschen erneut hervorrufen, also die entsprechenden Körpersensationen, Bilder, Gefühle, Gedanken u.a.

Der innere Aufbau – Strukturdiagnose

Strukturdiagnose heißt, sozusagen den „inneren Aufbau“ des Kindes anzuschauen: Wie stabil oder brüchig ist das Gefühl von Bindung, das es entwickeln konnte? Wie entwickelte sich seine Wahrnehmung, sein Bewegungsverhalten, seine Kraft, seine Fähigkeiten zu Autonomie und Abgrenzung? Wie kann es sich mit anderen auseinandersetzen? Wie haben sich seine geistigen Fähigkeiten entwickelt, seine Phantasie und Kreativität? Wo sind da besondere Eigenschaften und Fähigkeiten, die es schützen, ihm weiterhelfen, wenn es schwierig wird? Wo sind „Löcher“, wo ist etwas „krank“?

Farahs Bindungserfahrungen sind „gestört“, „ambivalent“. Die Mutter konnte ihr real im täglichen Leben keine Sicherheit und keinen Halt geben. Sie war absorbiert von ihrem eigenen Schicksal und konnte dem Mädchen emotional nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Die wichtigen Bereiche von Regulation der Gefühle und des Befindens, Selbstberuhigung, Angsttoleranz, Aggressionsverarbeitung konnte sie in der Beziehung mit der Mutter und durch die Mutter (als Vorbild) nicht ausreichend lernen. Das Bild, welches Farah von sich selber aufbaute, war irgendwie brüchig.

In der Autonomieentwicklung übernahm sie viel zu früh viel zu viel Verantwortung, der sie eigentlich noch nicht gewachsen war und die die Mutter mit ihrer eigenen Kompetenz hätte füllen müssen. Dem ständigen Gefühl von Bedrohung begegnete sie zunächst mit stiller Anpassung und Genügsamkeit – „Nur nicht auffallen!“, dann mit der Ausbildung eines pseudoautonomen Verhaltens (Selbstverteidigung, forsches Auftreten, „große Klappe“). Ihre Aggressionsentwicklung war einerseits geprägt von dem negativen Vorbild des Vaters als Täter und andererseits von dem Bild der Mutter als Opfer. Sich lustvoll abzugrenzen und durchzusetzen im Kontakt und im Dialog mit dem anderen, Konflikt- und Problemlösekompetenzen zu entwickeln – all das war ihr kaum möglich. Farah benötigte viel Energie und weite Bereiche ihres Intellekts, um seelisch und körperlich zu überleben. Für Schulleistungen und Kreativität blieb nicht viel übrig. Sie schonte ihre Mutter, ihren ihr fast unbekanntem Vater verachtete sie, ihre Freunde

und Bekannten ordnete sie stur in ein Freund-Feind-Schema: Wer nicht für sie war, war gegen sie. Ständig bereit, sich lauthals in Streitereien zu verwickeln, provozierte sie über Jahre immer wieder die alten Schlüsselsituationen, die ihr Leben geprägt haben: Gewalt, der man mit Gewalt begegnen kann, – dann hat sie gesiegt – Gewalt, der man ohnmächtig ausgeliefert ist, – dann siegt die Traumaerfahrung, und in dem innerlichen Wiedererleben der alten Gewaltszene stockt erneut vor Entsetzen der Atem und setzt im Totstellreflex aus ...

Und wie geht es der Familie? – Systemdiagnose

In der *Systemdiagnostik* schauen wir zunächst auf das Familiensystem:

Was ist das für ein Gefüge? Wer gehört dazu, spielt welche Rolle? Wie gehen die Mitglieder miteinander um? Was machen sie bei Konflikten und in Krisen? Aber auch: Unter welchen sozialen Umständen wohnen und leben sie. Gibt es materielle Not?

Wichtig kann es sein zu wissen, wie sie in die Gesellschaft eingebunden sind – ob überhaupt!

Niemand in Farahs Familie konnte ausreichend von dem zur Verfügung stellen, was Kinder und Jugendliche für eine gesunde Entwicklung benötigen: Wärme, Nähe, Verlässlichkeit, Geborgenheit, Anregung, klare Grenzen, ein wenig Zukunftssicherheit.

Die tiefe Liebe und Zärtlichkeit ihrer Mutter ist etwas, was Farah immer getragen hat, aber diese Liebe hat einen ungesunden Beigeschmack: Sie ist vergesellschaftet mit Angst und der Übernahme von Fürsorge des Kindes für den Erwachsenen – eine völlige Überforderung. Beide Eltern sind gezeichnet durch eigene geschädigte Persönlichkeitsanteile. Farah muss den Verlust des Bruders verarbeiten, die Familie hat keine Verwandten oder Freunde, die hilfreich einspringen können oder wollen. Es gibt niemanden, der das Kind in seinem Leid hört oder sieht, hören oder sehen wollte. Farah lebt in einem Familienklima, welches von Angst und Unsicherheit geprägt ist und über lange Jahre hindurch durch Gewalt. Nachdenken, etwas besprechen oder Hilfe holen ist in einem solchen Zusammenhang für die Kinder und Jugendlichen einfach nicht denkbar, – sie können nur erstarren oder irgendwie handeln, sei es noch so selbstschädigend oder erfolglos.

Therapie

„Gut, weißt du, so langsam kann ich mir das alles vorstellen. Und langsam finde ich das irgendwie normal. Ich meine nicht, dass die Kinder krank werden, sondern wie so etwas entsteht. Davon kennen wir doch alle etwas. Denk mal an deinen Bandscheibenvorfall, der kam doch auch – schwupp, als du in der Firma auf einmal an den neuen Platz solltest und es mit der Angst bekamst, ob du das schaffen würdest. O Mann, ich seh dir an, was du jetzt sagen willst und du hast Recht: Meine Sehnenscheidenentzündung letzten Monat genau zu dem Zeitpunkt, als Tante Isa es sich für die nächsten zwei Wochen bei uns gemütlich machen wollte ... Ist doch irgendwie spannend? Jetzt fang aber bloß nicht an, jeden Schnupfen bei mir zu hinterfragen! Worauf ich aber hinaus wollte: Wie kann man denn so etwas wieder wegstreichen? Wie sieht denn da Therapie aus? Mit „gut zureden“ bin ich da noch nicht weit gekommen. Das weißt du selber, wie ich mir bei Britta schon den Mund fusselig geredet habe, ne, das kommt einfach nicht an! Aber hör mal, wenn das damals schon angefangen hat, als es mir so schlecht ging, ja, genau, und du nicht da warst! – Und wenn es seitdem so richtig etwas wie ihre zweite Natur geworden ist – immer lieb, freundlich, angepasst, gut in der Schule – wie will man das denn ändern? Die werden uns doch nicht das Kind verändern wollen?! So Gehirnwäsche oder was?

Eltern machen sich normalerweise viele Gedanken, was mit ihrem Kind in einer Therapie passiert. Sie haben Angst vor dem Unbekannten, sie haben Angst davor, dass sich eine fremde Person zwischen sie und das Kind schiebt, sie verspüren eine Kränkung, dass da jemand ist, der es ja anscheinend irgendwie besser weiß oder kann. Oft erleben sie den Therapeuten/die Therapeutin als Sinnbild ihres vermeintlichen Versagens – und gleichzeitig erleben sie sich als abhängig, angewiesen. Sie wollen, dass ihr Kind gesund wird, wollen, dass die Familie „in Ruhe lebt“. Welch eine Zwickmühle! Welch eine fast zwangsläufige Ambivalenz, – wenn nicht der Therapeut/die Therapeutin von vornherein mit den Eltern und dem Kind ein Bündnis eingeht.

Und dieses beinhaltet:

- Wir sehen uns miteinander die Geschichte an und gewichten und bewerten sie gemeinsam in ihrer Bedeutung für den einzelnen.
- Wir vereinbaren die Ziele miteinander.
- Als Therapeutinnen und Therapeuten legen wir unsere Theorie offen. Das heißt, wir benennen unseren Ausbildungshintergrund, unser Verständnis von psychosomatischen Erkrankungen in ihren Ursachen und ihrem Sinn, unsere Art der Diagnostik und die Inhalte und das Vorgehen in der Therapie. – Und zwar im Vorfeld und nicht „so nebenher“ in obligatorischen Elterngesprächen!
- Wir benennen Unterschiede zu anderen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und eröffnen alternative Behandlungsmöglichkeiten.
- Das Thema „Schuld“ sprechen wir ebenfalls im Vorfeld an und ersetzen den Begriff durch „Verantwortung“. Und wir sorgen unbedingt für innere Entlastung der Eltern, um eine lebensbejahende, aktive Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Mit den Eltern muss offen erörtert werden, dass manchmal ihre Situation das beherrschende Element ist. Dass bei schweren Schicksalsschlägen oder eigenen schweren körperlichen oder seelischen Erkrankungen (wie Angst- und Panikerkrankungen, Traumatisierungen, schweren Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) zunächst oder gleichzeitig sie selber therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, bevor ihrem Kind wirklich geholfen werden kann.

Manchmal erscheint das Kind mit Bauchschmerzen für eine Zeit (!) als das kleinere Übel, bevor Familien völlig „zusammenbrechen“ oder auseinander fallen. Zum Beispiel sehr „enge“ Systeme wie bäuerliche Betriebe, in denen einer auf den anderen direkt angewiesen ist, Familien, in denen es ein im Endstadium an Krebs erkranktes Elternteil gibt, Familien mit einem Säugling. Hier bemühen wir uns, Entlastung für das psychosomatisch erkrankte Kind zu organisieren: Jugendgruppen, Nachmittagsbetreuung, Sportgruppen, aber auch Familienhilfe und soziale Unterstützung für die ganze Familie.

Therapie heißt „heilen“ und nicht „anpassen“!

„Also pass auf, ich hab das verstanden, irgendwie ist das völlig logisch: Die Krankheit ist die Sprache des Kindes, und die Therapeuten versuchen zu verstehen, was das Kind sagen will. Na, das interessiert mich doch sehr, was Britta mit ihren Bauchschmerzen alles sagen will. – Du fragst, warum sie es nicht direkt sagt? Mann, warum gebe ich mir seit Tagen Mühe alles herauszufinden und dir dann zu erklären: Sie kann nicht! Damals konnte sie schließlich noch nicht reden und dann ist das irgendwie auf so eine unbewusste Schiene geraten, eben Körpersymptome! Britta muss erst mal Worte dafür finden, nein, erst mal muss sie mitkriegen, was in ihr vorgeht, ob sie angespannt wird oder ihr die Kehle zugeht oder das Herz schneller schlägt. Und sie muss ihre Gefühle irgendwie mitkriegen, weißt du, Angst und Wut und so was. Und dann muss sie lernen, was zu tun, damit sie sich wieder besser fühlt. Aber was Gescheites, was die Situation wirklich verändert, – nicht einfach ins Bett legen und jammern „mein Bauch“. Was sagst du, ich hab mich damals auch immer ins Bett gelegt? – Meine Güte, immer im passenden Moment scheinst du richtig aufzupassen! O.K., da wir schon mal am Aufräumen sind: Ich gebe es zu, habe ich gemacht, ja! Aber erstens ist es lange her und zweitens wusste ich wirklich nicht, wie ich die Situation verändern sollte. Nein, nicht, weil mich meine Eltern unselbstständig erzogen haben, sondern weil es keinen Ausweg gab. Nein, ich war nicht bequem und feige schon gar nicht. Mensch, ich habe Angst gehabt, ganz schreckliche Angst! Zum Beispiel auch, dich zu verlieren und mit den beiden Kindern allein dazustehen. – Du wärst nie von uns weggegangen? Das sagst du jetzt! Damals haben wir uns gegenseitig fast nicht mehr ausgehalten, und ich wusste einfach nicht, wie ich es ändern sollte. – Du hast Recht, vielleicht fühlt sich Britta auch so ähnlich, – immer noch, obwohl doch vieles jetzt besser ist. Wir haben eigentlich nie mit dem Kind über die Zeit gesprochen. Meinst du, die hat von allem viel mehr mitgekriegt, als wir gedacht haben? Meinst du, wir sollten mal darüber reden? Oh je, wie macht man so was? Ich kann mich doch nicht hinsetzen und sagen: So, jetzt hör mal, ... Nein, das geht doch nicht. Jetzt lass uns mal schauen, wie die Therapeuten so was angehen. Was? Woher wir wissen sollen, ob die das richtig machen? Na, wenn es uns allen besser geht und

Britta keine Schmerzen mehr hat und wieder fröhlich wird, dann wird es wohl stimmen!“

Das Wort „Therapie“ ist mit Vorurteilen und Nichtwissen mindestens genauso behaftet wie das Wort „Psychosomatik“. Daran sind auch die Fachleute mit „schuld“, die mit ihrem Auftreten und ihrer Fachsprache auf die Eltern nicht gerade aufklärend wirken. Und je kleiner die Kinder sind, umso schwerer wird es (auch für die Gutachter der Krankenkassen) sich vorzustellen, wie eine Psycho-Therapie da aussehen kann. Bei Psychotherapie denkt man an einen geschmackvoll eingerichteten Raum, einen intellektuell wirkenden Therapeuten hinter dem Schreibtisch oder auf einem der kommunikativ platzierten Stühle am Ecktisch oder – nur noch selten wie zu Zeiten Sigmund Freuds – am Kopfende der Couch.

Bei *Kinder-Psychotherapie* denkt man vielleicht noch an hübsch eingerichtete Spielzimmer, attraktive Handpuppen, Sandkisten mit kleinen Figuren ... Aber wie kann das gehen bei psychosomatischen Kindern, deren Probleme sich zumeist im ersten Lebensjahr entwickelt haben? Wie kann das gehen bei Kindern, deren Ausdruck gehemmt ist, die noch nie versucht haben, die nie die Möglichkeit hatten, sich kreativ und im Spiel auszudrücken und sich dadurch anderen mitzuteilen? Kinder, die also auch in der Therapie zunächst kaum auf Sprache zurückgreifen können, um ihre Not mitzuteilen, deren Einschränkung in diesem besonderen Teil der Entwicklung weit unter den Spiel- und Darstellungsmöglichkeiten eines Vier- oder Fünfjährigen liegt? Wie kann das gehen bei Kleinkindern oder Säuglingen?