

Posttraumatische Belastungsreaktion bei Eltern genetisch kranker Kinder

Manfred Endres

Facharzt für Psychotherapeutische
Medizin, Psychoanalytiker,
Humangenetiker, München

Einleitung

In der genetischen Beratung wie auch in der pädiatrischen Praxis mit humangenetischem Schwerpunkt begegnen wir gehäuft Patienten, die mit Erkrankungen oder Erkrankungsrisiken konfrontiert sind. Dies kann Angehörige oder die eigene Person betreffen. Die Erfahrung zeigt, dass Patienten in unterschiedlichster Weise auf Schicksalsschläge reagieren. Die Geburt eines Kindes mit schweren Fehlbildungen oder einer maligne verlaufenden Stoffwechselstörung stellt dabei für betroffene Eltern ein besonders schwer zu bewältigendes Ereignis dar. Meist steht das betroffene Kind im Mittelpunkt ärztlichen Handelns, die psychotherapeutische Betreuung der betroffenen Eltern rückt in den Hintergrund.

Fallbeispiel

Eine 29jährige medizinisch-technische Assistentin kommt in psychotherapeutische Behandlung, nachdem ihr Kind im Alter von acht Monaten verstorben war. Das Kind war mit angeborenen Fehlbildungen zur Welt gekommen, die genetische Diagnostik ergab eine strukturelle Chromosomenanomalie. Diese dürfte spontan entstanden sein, da beide Eltern einen normalen Chromosomensatz aufweisen. Die Patientin berichtet, dass ihr nach dem Tod des Kindes alles fremd und unwirklich vorgekommen sei, sie hatte das Gefühl, als habe alles mit ihr nichts zu

tu. Seit dem Tod des Kindes leide sie an Schlafstörungen, grüble ständig, immer wieder gehe ihr das Ereignis durch den Kopf, sie fühle sich wie abgestorben und tot. Sie habe keinerlei Zugang zu ihren Gefühlen. Mit ihrem Partner sei sie schon länger zusammen, sie hätten sich dann nach konfliktreichen Auseinandersetzungen doch entschieden, gemeinsam ein Kind zu bekommen. Ihr Mann habe zu einem eigenen Kind gedrängt, sie selbst sei seinem Kinderwunsch eher ambivalent gegenübergestanden. In den letzten Monaten haben sie eine sehr schwierige Zeit durchgemacht, anfangs hatten sie gehofft, dass die Erkrankung des Kindes nicht allzu schwerwiegend sei. Als dann deutlich wurde, dass dem Kind kaum geholfen werden konnte, seien auch die partnerschaftlichen Konflikte eskaliert. Zur eigenen Biografie gibt sie an, dass sie die Jüngste von drei Kindern sei, der erstgeborene Bruder sei als Totgeburt im achten Schwangerschaftsmonat zur Welt gekommen. Ihre Mutter sei wiederholt an schweren Depressionen erkrankt, ein Jahr nach ihrer Geburt sei sie stationär behandelt worden, weshalb sie mit ihrer Schwester mehrere Wochen in einem Kinderheim untergebracht worden sei. Dort sei sie nach einer Verletzung an einer Blutvergiftung erkrankt und musste in ein Krankenhaus verlegt werden. In ihrer Kindheit und Jugend habe sie sich immer wieder einsam und verlassen gefühlt und von ihren Eltern wenig unterstützt.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die Folgen psychischer und physischer Traumatisierung als Ursache für psychische Erkrankungen und deren Behandlung finden in jüngerer Zeit vor allem in psychotherapeutischen Fachkreisen zunehmendes Interesse (Übersicht bei Fischer und Riedesser 1998). Sie werden im ICD 10 als Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) wie folgt beschrieben:

„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z. B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen,

die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsstörung (F 62.0) über.“ (DIMDI 1994, S. 353)

Auswirkungen der Traumatisierung

Die beschriebene Patientin zeigt alle Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion: sie zeigt eine schwere depressive Symptomatik, ist in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt, grübelt ständig über den Tod ihres Kindes, leidet an Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Vor allem das Gefühl, neben sich zu stehen, die Welt als fremd und unwirklich zu erleben, keinen Zugang zu den Gefühlen mehr zu haben, kann als dissoziatives Phänomen, das typisch für traumatische Erfahrungen ist, verstanden werden (Endres/Moisl 1998). Gleichzeitig wird deutlich, dass die Patientin in ihrer Biografie dramatische Trennungs- und Verlusterfahrungen durchleben musste. Der Tod ihres Kindes stellt generationsübergreifend die Konkretisierung eines mütterlichen Traumas dar. Ihre Mutter hatte selbst gegen Ende ihrer ersten Schwangerschaft ein Kind tot zur Welt gebracht hatte. Dieses Trauma führte in der Folge zu einer schweren depressiven Erkrankung der Mutter, wodurch bei der Patientin die Entwicklung einer sicheren Bindung, eines stabilen Selbstwertgefühles und einer stabilen Geschlechtsidentität erheblich beeinträchtigt war. Empirische Untersuchungen zur Bindungstheorie belegen, dass Kinder traumatisierter Eltern unsichere Bindungsmuster entwickeln und sie in ihrer weiteren psychischen Entwicklung erheblich beeinträchtigt sind (Hauser/Endres 2000).

Dennoch war die Patientin bis zur Geburt ihres kranken Kindes in ihrer psychischen Entwicklung weitgehend kompensiert. Durch das traumatische Ereignis brachen die Kompensationsmechanismen der Patientin zusammen, sie musste psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Behandlungsverlauf

Im Verlauf der analytischen Psychotherapie gelang es zunächst, durch ich-stützende Maßnahmen die aktuelle depressive Reaktion zu kompensieren. Durch vorsichtige Annäherung an das traumatische Ereignis konnten dissoziative Phänomene, die depressive Symptomatik und die Schlafstörungen gebessert werden, indem in der Behandlung die Erinnerung an das Ereignis mit den abgespaltenen und verdrängten Affekten wieder verknüpft werden konnte. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Entwicklungsdefizite und Konflikte aus früher Kindheit und Jugend in erheblichem Maße zur aktuellen Krise beitrugen, was den Fokus der weiteren Behandlung auf die Bearbeitung letzterer lenkte. Mit der Einsicht in die generationsübergreifenden Traumata entwickelte die Patientin ein tieferes Verständnis für die psychische Situation ihrer Mutter, was einen Trauer- und psychischen Nachreifeprozess in Gang setzte. Durch die Therapie trat schnell eine Entlastung der konfliktbeladenen Partnerschaft ein. Es kam zu einer weiteren Schwangerschaft, in der die Patientin eine neuerliche Erkrankung des Kindes im Sinne einer Retraumatisierung fürchtete. Die Schwangerschaft endete mit der Geburt eines gesunden Kindes.

Hilfestellung für den Pädiater und genetischen Berater

Unbehandelt können traumatische Erfahrungen, wie die Biografie der Mutter der Patientin zeigt, in bleibende Persönlichkeitsstörungen mit vorwiegend depressiver Symptomatik münden. Eine wichtige Funktion der ärztlichen Betreuung von Familien ist daher, die psychische Verfassung der Betroffenen zu beurteilen und entsprechende Schritte zur Weiterbehandlung einzuleiten. Hilfreich hierfür ist eine psychotherapeutische Basisausbildung, bei der nach Erwerb der sogenannten psychosomatischen

Grundversorgung begrenzte psychotherapeutische und psychodiagnostische Leistungen in der Kassenpraxis abgerechnet werden können. Mit dem Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie kann die Qualifikation zu längeren psychotherapeutischen Behandlungen erworben werden (Endres 1994), wie sie von der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen speziell für die in der Kinderheilkunde und angrenzenden Disziplinen Tätigen angeboten wird. Unabhängig von eigener psychotherapeutischer Weiterbildung ist die Teilnahme an einer Balintgruppe hilfreich, da hier Strategien zur Bewältigung schwieriger Situationen in der ärztlichen Praxis erarbeitet werden können.

Literatur

- DIMDI (Hrsg) (1994) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Huber, Bern. 353
- Endres M (1994) Psychotherapeutische Weiterbildung und Genetische Beratung. medgen 4, 402-403
- Endres M, Moisl S (1998) Entwicklung und Trauma. In Endres, M, Biermann G: Traumatisierung in Kindheit und Jugend. Reinhardt, München. 11-27
- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München
- Hauser S, Endres M (2000) Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In Endres M, Hauser S: Bindungstheorie in der Psychotherapie. Reinhardt, München. 159-176

Korrespondenzadresse

Dr. med. Manfred Endres
Spiegelstr. 5
81241 München
Tel 0049-89-881361
Fax 0049-89-882089
institut@aerztliche-akademie.de