

Unruhe in Familien – eine Gesellschaft am Limit?

Biologisierung und Medikalisierung zwischenmenschlicher Probleme – was macht das mit den Einzelnen und den Familien?

T. Neraal. Gießen

Als die Kollegen von der Kongress-Leitung – Herr Brosig und Herr Möhring – vor einer Woche an mich herantraten mit der Frage, ob ich für den durch private Belange verhinderten Professor Türcke „einspringen“ könnte, fühlte ich mich einerseits durch dieses in mich gesetzte Vertrauen geehrt.

Andererseits würde es für mich einen ziemlichen Stress bedeuten, innerhalb weniger Tage einen neuen Text zu verfassen.

Ich habe schließlich zugesagt, weil ich sehen wollte, ob ich eine solche **zeitlich begrenzte Herausforderung** bewältigen könnte. Nicht ohne die Angst und den Druck zu verspüren, am Ende als Versager da zu stehen.

Wichtig war mir erstens, dass ich ja die Freiheit hatte, das Angebot abzulehnen – ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Und ich wusste zweitens, dass ich mich während des Schreibens mit meinem Freund und Kollegen Peter Möhring fachlich-inhaltlich austauschen könnte, falls ich Unsicherheiten verspürte. Von diesem Angebot eines „brainstorming“ habe ich dann auch Gebrauch gemacht!

Und auch bei meinem Freund Jürgen Matzat hier möchte ich mich für die sprachliche und inhaltliche Unterstützung bedanken!

Sie werden sich vielleicht wundern, warum ich in dieser Einleitung so ausführlich auf meine eigene Abwägungen eingehe, ob ich auf das Angebot, diesen Vortrag zu halten, eingehen sollte.

Im Laufe meiner Ausführungen werde ich versuchen, aufzuzeigen, welchen Unterschied es macht, unter einem andauernden Leistungsdruck zu stehen oder – wie in meinem Fall – „nur“ eine kurzfristige Herausforderung zu bewältigen.

Noch eine Vorbemerkung: Professor Türcke ist ein namhafter Theologe und Philosoph – und Sie als Zuhörer haben sich gewiss auf seine klugen Gedanken gefreut.

Ich bin aber Arzt und werde mein Thema „Medikalisierung“ von diesem Standort aus beleuchten.

Also werde ich versuchen, aufzuzeigen, warum neuro-biologische Erklärungsmodelle und medikamentöse Behandlungsmethoden derzeit in unserer Gesellschaft Vorrang haben.

Es wird inhaltlich darum gehen, wie Leistungsdruck und Versagensängste in unserer Gesellschaft die Kommunikation innerhalb von Familien und zwischen Helfern und Familien beeinträchtigen.

Als Beispiele werde ich einerseits das Phänomen des „burnout“, und andererseits die Phänomene der ADHS-Symptomatik nehmen. In dem ersten Fall zeigt sich eine Resignation, ein Rückzug,- oft mit psychosomatischen Folgeerscheinungen. Bei der ADHS-Symptomatik steht hingegen die getriebene Hektik auf der Verhaltensebene im Vordergrund. Es sind also auf den ersten Blick sehr gegensätzliche Störungs-Bilder, die – wie wir sehen werden – aber auch viel mit einander zu tun haben können.

Ich steige in die Thematik ein mit einer idealtypischen Familiengeschichte, die ich aus meiner familientherapeutischen Erfahrung konstruiert habe.

- Anette ist 40 Jahre alt, von Beruf Krankenschwester.
- Sie wächst auf in einer Sicherheit und Halt gebenden Familie – in der aber von allen Familienmitgliedern eine hohe Leistungsbereitschaft und angepasstes Verhalten erwartet wird.
- Als 1 ½-jähriges Kind erlebt sie, dass ihr Bruder auf die Welt kommt und der Hauptanteil der Fürsorge der Mutter notgedrungen von ihr auf den Neugeborenen übergeht.
- Trotz – oder gerade wegen – dieser Einbuße an erlebter Fürsorge wählt sie als Jugendliche den Beruf der Krankenschwester. Kranke Menschen zu versorgen und zu helfen, erlebt sie als eine selbstverständliche Pflicht. Ihre Ausbildung schließt sie mit besten Noten ab.
- Mit jugendlichem Elan tritt sie mit 19 Jahren ihre erste Stelle auf einer neurologischen Station an – Neurologie auch deshalb, weil ihre Oma nach einem Schlaganfall bettlägrig und pflegebedürftig geworden ist.
- Den oft schwer beeinträchtigten Patienten zu helfen – und deren Dankbarkeit zu spüren, motiviert die junge Frau.
- Zwischendurch hat sie eine eigene Familie gegründet und zwei Kinder – den jetzt 8-jährigen Lucas und die 14-jährige Lisa – bekommen.
- Der Ehemann, Wolfgang, wächst in einer Kaufmanns-Familie auf, in der auch hohe Leistungen von allen erwartet werden. Er ist beruflich erst am Wohnort tätig, durch seine Leistungen wird er aber befördert und muss oft ins Ausland reisen, - wo er sich in Konkurrenz mit anderen Firmen um den Abschluss von Kaufverträgen bemüht.

- Die Familien-Atmosphäre ist dadurch geprägt, dass sich alle an den Wochenenden ziemlich erschöpft nach Ruhe – und vor allem nach in Ruhe-gelassen-werden – sehnen. Gemeinsame Unternehmungen werden zurückgestellt zugunsten von Saunabesuchen der Mutter und Jogging des Vaters.
- Lucas – inzwischen im Schulalter – entwickelt Lernstörungen. Er kann sich schwer konzentrieren.
- Die Lehrerin empfiehlt der Mutter, ihn bei den Hausaufgaben mehr zu unterstützen.
- Anette muss Nachtschichten „schieben“ und auch bei Krankheiten der Kolleginnen häufiger kurzfristig einspringen.
- Der Aufforderung der Lehrerin kann sie kräftemäßig nicht nachkommen. Sie bittet daher Lisa, dem Bruder zu helfen.
- Dieses Hilfsangebot scheitert aber – Lisa steht selbst zu sehr unter Druck und kann nicht mit Gelassenheit den Bruder unterstützen. Vielmehr kriegen sich die beiden Kinder immer wieder „in die Haare“ bei den Versuchen, zusammen Lucas Hausaufgaben zu erledigen.
- Zur gleichen Zeit wird die Klinik, an der sie arbeitet, von der Landesregierung an einen privaten Träger verkauft, der kurz darauf Personaleinsparungen durchsetzt.
- Auf der Station machen sich die erhöhten Belastungen durch vermehrte Krankmeldungen der Kolleginnen bemerkbar. Umso größer wird der Druck auf Anette.
- Weil sie so gewissenhaft und verantwortungsbewusst ist, wird sie von der Oberschwester auch gern eingesetzt, wenn auf anderen Stationen Lücken entstehen.
- Gelegentlich muss Anette – wenn sie unbeobachtet ist – wegen ihrer Verzweiflung weinen. In solchen kurzen und geheimgehaltenen Momenten bricht ihr Unglücklichsein und Verzweiflung aus ihr heraus.
- Anette beginnt schlechter zu schlafen, - tritt den Dienst mit Schlafdefizit an, spürt immer stärker ihre Erschöpfung. Sie bemerkt selber bei sich Flüchtigkeitsfehler bei ihren Einträgen in die Krankenakten der Patienten. Ein Mal wird sie ertappt bei einer Verwechslung von Patienten.
- Im Schulter-Nacken-Bereich beginnen die verspannten Muskeln zu schmerzen.
- Doch ihr Pflichtgefühl treibt sie an, weiterzumachen. Sich krankschreiben zu lassen, verbietet ihr strenges Gewissen – dann

müssten ihre sich auch am Limit befindenden Kolleginnen und Kollegen ja für sie einspringen.

- In der Schule entwickelt Lucas zunehmende Konzentrations-Schwierigkeiten. Er kann sich nicht auf den Lernstoff konzentrieren, steht oft mitten im Unterricht auf und läuft durch das Klassenzimmer.
- Die Lehrerin lädt nun die beiden Eltern zu einem Gespräch ein, an dem jedoch nur die Mutter teilnehmen kann. Man empfiehlt eine Untersuchung beim Kinderarzt und eventuell eine Behandlung mit Psychostimulantien.
- Beim Kinderarzt muss Anette einen Fragebogen über die Symptome von Lucas ausfüllen – und das Störungsbild stimmt mit den Symptomen des ADHS überein. Der Kinderarzt verschreibt Ritalin und empfiehlt Aufgaben für Lucas, bei denen seine Konzentration geübt werden kann.
- Eines morgens schafft Anette es nicht, aufzustehen. Die Kinder schauen besorgt nach ihr und rufen den Vater im Ausland an.
- Er bricht seine Reise ab, kehrt in großer Sorge zu seiner Familie zurück und veranlasst einen Arztbesuch.
- Der Arzt nimmt eine gründliche somatische Untersuchung vor, - ohne jedoch andere Zeichen von Krankheiten festzustellen als jene Muskelverspannungen.
- Er diagnostiziert eine Schlafstörung – verschreibt Schlaftabletten und verordnet eine Ruhepause von 2 Wochen.
- Daraufhin erholt sich Anette, kann morgens wieder aufstehen und für die Kinder Frühstück machen.
- Sie kehrt an die Arbeit zurück, fühlt sich aber immer noch schwach.
- Von den Kolleginnen befragt, was sie denn „gehabt hat“, kann sie nur ausweichend antworten: „einen Infekt“.
- Nach wenigen Wochen wiederholen sich ihre Zeichen von Überforderung: trotz Schlaftabletten treten wieder Schlafstörungen auf, sie schafft es wieder nicht mehr, morgens aufzustehen.
- Sie sucht nun auf eigene Initiative erneut ihren Hausarzt auf – diesmal in der Absicht, mit ihm über ihre berufliche Situation zu sprechen. Bei ihm – der sich ja auskennt damit, wie es im Krankenhaus zugeht – hofft sie auf Verständnis.
- Schon beim Betreten des überfüllten Wartezimmers bekommt sie Bedenken: wird ihr Arzt Zeit für sie haben?

- Nach längerem Warten wird sie zu ihm vorgelassen. Er sitzt hinter seinem Laptop und gibt ihre Symptom-Angaben unmittelbar in die digitale Akte ein.
- Dabei gelingt es Anette nicht mal, einen längeren Augenkontakt mit ihrem Arzt herzustellen. Sie gibt ihren Wunsch nach einer detaillierteren Darstellung ihrer Situation auf.
- Ihr Arzt diagnostiziert nun eine Depression sowie Myalgien, - und verschreibt eine anti-depressive Medikation.
- Ihrem Ehemann gegenüber wird sie immer verschlossener, den Kindern geht sie aus dem Weg. Meistens bleibt sie tagsüber im Bett liegen, oft mit zugezogenen Gardinen.

Es ist das Vollbild eines so genannten „burnouts“ - in Wirklichkeit das Vollbild einer Depression mit zusätzlichen psychosomatischen Symptomen. Der „Akku“ ist einfach leer – und sie macht sich selbst Vorwürfe, dass sie ihren eigenen Ansprüchen nicht genügen kann.....

So könnten sich in ein und der selben Familie zwei heutzutage sehr aktuelle Krankheitsbilder entwickelt haben: auf der einen Seite eine Mutter, die ihre Überforderung durch depressive und psychosomatische Symptome wie Schlafstörungen und Muskelverspannungen zum Ausdruck bringt.

Und auf der anderen Seite der kleine Sohn Lucas, der seine Sorgen um die Mutter und den Druck in der Familie und in der Schule durch die ADHS-Symptomatik zum Ausdruck bringt.

Und die vordergründig noch funktionierenden Familienmitglieder?

Der Vater steht auch unter großem Druck, die von der Firma an ihn gestellten Erwartungen zu erfüllen. Wenn er da ist in der Familie, zieht er sich eher aus Verpflichtungen zurück, um Kraft zu schöpfen für die nächste Woche.

Lucas Schwester, Lisa, kämpft an ihrer Front, um die familiären Erwartungen – die sie sich auch zu eigen gemacht hat – zu erfüllen bezüglich gute Schulleistungen.

Die Familien-Diagnose würde also lauten: Eine erschöpfte, von Versagensängsten getriebene Familie am Limit!

Nun werden Sie vielleicht die berechtigte Frage stellen: Ja, - wie kommt es denn, dass eine so ressourcenstarke Familie es nicht schafft, die entstehenden Probleme selbst zu lösen? Warum gelingt es nicht, im Austausch mit einander Entlastungen in der entstandenen Drucksituation zu organisieren? Worauf beruht der fehlende Kontakt untereinander?

Gerade sehr leistungsbezogene Eltern haben es schwer, sich einzugestehen, dass sie ihre eigenen hohen Anforderungen nicht erfüllen können. Noch schwerer fällt es ihnen, dies der Umwelt gegenüber offen an- und auszusprechen. Den eigenen in die Wiege gelegten Ideal-Vorstellungen von Pflichterfüllung und Leistungsbereitschaft nicht gerecht zu werden, stellt eine schwerwiegende Erschütterung des Selbstbildes dar.

Dieser Thematik widmet sich übrigens das von unserer Kollegin Inken Seifert-Karb im Psychosozial-Verlag herausgegebene Buch:

“Frühe Kindheit unter Optimierungsdruck. Entwicklungspsychologische und familientherapeutische Perspektiven“.

Sich rechtzeitig um Entlastung zu bemühen und Hilfe zu suchen, ist in der Regel mit **Beschämung** verbunden. Auch **Schuldgefühle** den Arbeitskolleginnen gegenüber stellen sich ein, - denn diese werden nun auch noch mehr belastet.

Und so wird weitergekämpft, - bis der Körper durch Erschöpfung und schmerzhaft muskuläre Verspannungen unzweideutig darauf aufmerksam macht, dass innegehalten werden muss.

Oder beim Kind: Entweder versagt die Konzentrationsfähigkeit wie bei den stillen ADS-Mädchen, - oder die inneren Spannungen durch die Versagensängste werden wie bei den Jungen zusätzlich motorisch abgeführt durch hektisches, impulsives Herumrennen.

Hier wird der oft vorhandene Unterschied der Geschlechter deutlich:

Mädchen und Frauen verarbeiten Versagensängste eher durch Introversion, Jungen und Männer eher extravertiv durch motorische Affekt-Abfuhr.

So liegt es auf der Hand, dass Männer nach einem anstrengenden Arbeitstag eher noch Joggen gehen oder im Fitness-Studio Gewichte stemmen, während Frauen eher in Yoga-, Meditations- oder Feldenkreisgruppen oder in der Sauna Entspannung suchen.

Beide Strategien sind körperorientierte Selbsthilfe-Maßnahmen – gegen die natürlich nichts einzuwenden ist.

Aber sie stellen auch oft Versuche dar, n i c h t darüber nachzudenken und darüber in Austausch zu treten, woher der Leistungsdruck rührt.

Wenn Sie auf der Helferseite mit dieser Familie zu tun hätten, würde vermutlich zunächst Anteilnahme und Mitgefühl in Ihnen aufkommen.

Es könnte aber auch sein, dass – wenn Ihre Versuche, die Familie zu trösten und nach Wegen zu suchen, wie Abhilfe geschaffen werden könnte, keine

Früchte tragen – in Ihnen eine Ungeduld, eine Irritation spürbar werden würde, - die sogar in Wut umschlagen könnte. Ein Affekt, den Sie in Ihrer professionellen Rolle schwer zulassen , - geschweige denn äußern könnten. Mit einem psychoanalytischen Fachbegriff wäre dann die Gegenübertragung von einer konkordanten einfühlenden in eine komplementären Form umgekippt.

Und das Zulassen auch dieses, zunächst als verpönt empfundenes Wutgefühl, könnte der Schlüssel werden für die folgende Frage an die Familie:

„Ja, werden Sie als Eltern denn nicht manchmal auch wütend über den Druck von oben und die Ausbeutung Ihrer Kräfte in der Berufswelt?!“

Durch eine solche Intervention würden die Eltern auf eine aggressive Seite der Problematik aufmerksam gemacht, die sie bisher vielleicht nicht empfunden, geschweige denn erkannt haben.

Denn der Ausbeutung und der masochistischen Aufopferung in ihren Berufen kann ja nur etwas entgegengesetzt werden, wenn sie die eigene Wut als eine **gesunde Aggression** erkennen, die zur eigenen **Selbstbehauptung** eingesetzt werden kann. Durch ein entschiedenes Nein gegenüber Vorgesetzten könnte die verheerende Entwicklung vielleicht gewendet werden in eine erträgliche und bewältigbare Belastung.

Und wie sieht es auf der Helferseite aus?

Die potentiellen Helfer sind bereits bei den „frühen Hilfen“ für Mütter und Säuglinge im Einsatz. Später kümmern sich in den Kitas Erzieherinnen und Sozialpädagogen um das kleine Kind. In der Schule übernehmen dann Lehrerinnen und Lehrer Verantwortung für die schulische Förderung der Kinder.

Wenn Sie darüber nachdenken, wie die berufliche Situation dieser Berufsgruppen aussieht – würden Sie dann auf die Idee kommen, dass Kitas und Schule Oasen der Ruhe und Gelassenheit darstellen? In denen in kleinen Gruppen von einer genügend großen Anzahl gut ausgebildeter – und bezahlter ! Erzieherinnen und Lehrer gefördert und unterrichtet werden kann? Wohl nicht!

Eher stehen auch in diesen Bereichen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Druck der Träger und der Schulleitung, genügend gute Leistungen zu erbringen – mit so wenig Personal wie möglich.

Hinzu kommt der Druck von der elterlichen Seite. Diese – wie im obigen Beispiel ersichtlich – vermitteln auch Druck auf Erzieherinnen und

Pädagogen, fordern eine optimale Betreuung und einen schulischen Einsatz, der ihr Kind leistungsmäßig nach vorne bringt.

Die damit verbundene unterschwellige oder offene Kritik der Eltern, wenn sie nicht zufrieden sind, ruft einen Rechtfertigungsdruck auf der pädagogischen Seite hervor, - der oft genug umschlägt in eine Kritik an die Eltern und die Forderung, diese müssten sich selbst mehr Zeit für die Förderung ihrer Kinder bei den Hausaufgaben nehmen.

Sie können sich leicht vorstellen, dass die Angst vor Kritik und Entwertung in Eltern-Lehrer-Gesprächen nicht gerade eine Atmosphäre entstehen lässt, in der in Ruhe gemeinsam überlegt werden kann, wie der überhöhte Druck auf allen Beteiligten reduziert werden könnte. Vielmehr finden solche Gespräche oft in einer von vorne herein beiderseits defensiven, oder auch offensiven Haltung statt, in der gegenseitiges Vertrauen nicht so leicht aufkommen kann. Aus dieser „Klemme“ können sich beide Seiten retten, indem die Idee einer medizinischen Behandlungsbedürftigkeit der kindlichen Störung ins Spiel gebracht wird.

Und wie sieht es auf der medizinischen Seite aus?

Mehrheitlich vertreten die Ärzte derzeit statt eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells eine rein neuro-biologische Sichtweise.

Beim ADHS werden genetische Ursachen vermutet und im Gehirn bestimmte Zentren ausgemacht, die für die Transmitterstörung verantwortlich gemacht werden können. Ängste und depressive Symptome bei den Kindern werden als ko-morbide Nebenphänomene eingestuft – sekundär zu der primären hirnrorganischen Störung.

Wie sieht es von der Seite der Forschung aus?

Eine große Genetik-Studie an isländischen und britischen Kindern ergaben keine signifikanten gen-molekularen Unterschiede zwischen sogenannten ADHD-Kindern und „normalen“ Kindern.

Ähnlich ergebnisarm sind die über Computertomogramme erhobenen Befunde: Es finden sich keine Befunde, die erlauben würden, eine eindeutige diagnostische Aussage zu treffen. Auch die Transmitter-Störungstheorie ist eine rein theoretische Annahme. Es gibt also weder röntgenologische noch biochemische Marker, die Verhaltensstörungen bei ADHS als hirnrorganisch bedingt verifizieren könnten.

Warum glauben dann so viele aus meiner Berufsgruppe an die neurobiologische Ursachen-Vermutung?

Um eine psycho-soziale Ursachensuche betreiben zu können, sind fachliche Kenntnisse und Zeit erforderlich. Als die Kinderärzte die Verantwortung für die

gestörten Kinder übernahmen, waren sie fachlich nicht darauf vorbereitet. Sie wurden – angesichts der Verschreibung von Ritalin, das als Betäubungsmittel registriert ist (!) – in Schnellkursen fachlich qualifiziert, nach dem neurobiologischen Krankheitsmodell.

Dieses Modell gibt eine eindeutige Richtung vor: kontrollierte Medikamentengabe. Damit erübrigt sich die für die Eltern, wie auch für die Ärzte selbst anstrengende Suche nach psychodynamischen und familiendynamischen Ursachenfaktoren vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund der jeweiligen Familie. Zweifel an der elterlichen oder ärztlichen Kompetenz werden ausgespart. Also auch hier auf beiden Seiten Ängste vor einem Eingeständnis eines möglichen eigenen Unvermögens oder Versagens.

Ich werde mich hüten, hier in nostalgischer Verklärung den Mythos zu verbreiten „früher war alles besser“ - nicht das! das nicht!

Aber: Ende der 70-er, Anfang der 80-er Jahre habe ich acht Jahre lang eine Balintgruppe für Kinderärzte geleitet, in der in Ruhe „knifflige“ Situationen in der Arzt-Patient-Beziehung aus dem Praxisalltag reflektiert werden konnten. Durch diese Reflexion gewannen die Kolleginnen und Kollegen eine Sicherheit, die ihnen erlaubte, auch nach familiären Problemen in den ratsuchenden Familien zu fragen. Und auch mit den Familien nach Wege zu suchen, wie die Probleme gelöst werden könnten.

Und meine frühere Ehefrau, Annegret Neraal, veröffentlichte bereits 1979 in *acta paedo-psychiatrica* einen mutigen Aufsatz über das damals noch „Minimal Cerebral Dysfunction“ genannte Störungsbild mit dem Titel: „Führen bessere familiendynamische Kenntnisse zur Entmythologisierung des Minimal-Cerebral-Dysfunction-Syndroms?“

Im Jahr 2004 wurde auf Initiative von Professor Matthias Wildermuth, - Leiter der Vitos-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Herborn, - und mir, - eine Berufsgruppen-übergreifende Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich 4 Jahre lang getroffen hat. In dieser Gruppe tauschten sich ein Psychologe, eine Lehrerin mit familientherapeutischer Weiterbildung, - als Kinderpsychotherapeutin in eigener Praxis tätig, sowie insgesamt 5 Ärzte mit Kinder- und Jugendpsychiatrischer Facharztausbildung aus. Um nicht wieder in die alltägliche Praxis-Hektik hineinzukommen, haben wir uns in der Regel 2 Stunden für die Darstellung und Reflexion einer einzelnen Patientengeschichte genommen. Die Diskussionen endeten immer mit dem humorvoll gemeinten Ausbruch des Psychologen: „Und wo ist nun das ADHS geblieben?!“.

Nachdem wir 15 Fallgeschichten durchgearbeitet hatten, beschlossen wir, unsere gesammelten Erfahrungen in einem Buch zusammenzufassen, - unter dem Titel: „ADHS : Symptome verstehen – Beziehungen verändern“ – das jetzt im Psychosozial-Verlag in 2. Auflage erschienen ist.

In dieser Zeit führte Professor Wildermuth und seine Partnerin Anna Sant'Unione, in Wuppertal niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin, eine Nachuntersuchung von 93 Kindern mit der Diagnose ADHS durch. Von ihnen hatten 28 Kinder bereits vom Haus- oder Kinderarzt Ritalin verordnet bekommen. Die Behandlung fand in der Praxis der Wuppertaler Kollegin statt, dauerte mindestens 10 Sitzungen,- und bestand aus Kinderpsychotherapie, Ergotherapie in Gruppen, - immer begleitet von familientherapeutischen Sitzungen.

Das Ergebnis mindestens 6 Monate nach Beendigung der Behandlung war verblüffend: Alle 93 Kinder kamen ohne Medikamente gut zurecht – nur ein Kind musste bei einer Trennungskrise der Eltern vorübergehend Ritalin einnehmen.

Für diese Studie wurden die beiden – hier übrigens anwesenden – Kollegen im Jahr 2005 mit dem „Förderpreis der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters“ ausgezeichnet.

Nun werde ich Sie mitnehmen auf die verwirrende und keine Orientierung weisende Reise durch die geradezu „verzweifelten“ Bemühung der Fachwelt einen Ersatz für die im Volksmund so gängige „Burnout“-Diagnose.

Burnout bezeichnet – wie ich finde – korrekterweise den Zustand, in dem sich erschöpfte Menschen befinden. Aber der Begriff klingt so gar nicht medizinisch, und es ist ja auch keine anerkannte Diagnose.

Im ICD, dem Internationalen Diagnoseklassifikationssystem der WHO ICD 10 - ist das Burnout-Syndrom unter Z 73.0 aufgeführt. Der Abschnitt Z – quasi Sonstiges – enthält – Zitat - „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“.

Burnout ist demnach ein Einflussfaktor, - aber keine eigenständige Krankheit. Etwas Ähnliches meint die englische Version „chronic- -fatigue-Syndrom“ oder verkürzt CFS.

Mit der Diagnose Myalgische Enzephalitis, abgekürzt ME, wurde eine Verbindung hergestellt zu der Diagnose Polyomyelitis – der Kinderlähmung – aber ohne Lähmungs-Symptome.

Eine anerkannte, im ICD aufgenommene Diagnose lautet nun ME/CFS.

ME/CFS wird definiert als eine chronische neuroimmunologische Multisystemerkrankung, die mit schweren körperlichen Einschränkungen einhergeht. Sie ist charakterisiert durch eine lähmende körperliche und geistige Erschöpfung sowie zahlreiche weitere Symptome, die zu Behinderungen führen können. Dazu gehören z.B. schmerzende Lymphknoten, Gelenk- und Muskelschmerzen, Magen-Darmbeschwerden, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

Aber auch diese Diagnose steht unter Kritik, weil die Bezeichnung Enzephalomyelitis falsch und irreführend ist, da eine Entzündung des Gehirns oder des Rückenmarks nie nachgewiesen werden konnte. In einer Stellungnahme des Institute of Medicine – IOM - von 2015 heisst es: „Das Komitee beurteilte die Formulierung „myalgische encephalomyelitis – obwohl von Patienten und Anwälten bevorzugt – als ungenügend belegt durch fehlende Evidenz einer Gehirnentzündung bei dem Patienten mit ME/CFS“ - Zitat Ende.

Stattdessen wurde die neue Bezeichnung *Systemic Exertion Intolerance Disease*“ - verkürzt SEID genannt. Übersetzt in etwa: „Systemische Intoleranz gegenüber Anstrengungen“.

Wieder wird ersichtlich, dass die medizinische Fachwelt bei psychosozialen Störungen einen extremen Aufwand betreibt, um doch noch diagnostische Bezeichnungen zu finden, die dem einzelnen Arzt Halt und Sicherheit vermittelt. Selbst wenn – wie beim burnout, auch ME genannt – keine pharmakologische Behandlungsstrategien dadurch greifbar werden. [Doch: Antidepressiva, da es sich nach ICD um eine Depression handelt.]

Aber nicht nur die Ärzte „verlangen“ nach einem biologischen Krankheitsmodell.

Im Norwegischen Ärzteblatt – das ich regelmäßig lese – wurde ein sehr kluges Modellprojekt aus der Uni-Klinik in Bergen dargestellt, bei dem Hausärzte, Neurologen und Psychiater zusammengearbeitet haben, um die Ursachen zu ergründen und die beste Therapie des burnout-syndroms zu entwickeln.

Daraufhin kam es im selben Fachblatt zu wütenden Protesten einer ME-Patienten-Organisation, die sich verbeten hat, die als beschämend erlebte Diagnose „burnout“ zu bekommen, - die sie aus ihrer Sicht quasi als

Leistungsverweigerer darstellen und dem Spott der Umgebung ausliefern würde. Sie möchten eine Diagnose haben, die keine Zweifel aufkommen lasse, dass sie an einer „anständigen“ organischen Krankheit leiden!

Also auch bei diesem Thema kann ein Bündnis (– man könnte es auch eine „unheilige Allianz“ nennen -] entstehen zwischen gekränkten Patienten und biologisch orientierten Ärzten: es geht darum, sich keine Unsicherheiten und Versagensängste einzugestehen und die jeweilige Kompetenz nicht in Frage zu stellen.

Auch hier kommen gegenseitige projektive Angriffe als Lösungsmöglichkeit zum Einsatz.

Das ist natürlich menschlich sehr nachvollziehbar – aber mit erheblichen Konsequenzen für die Behandlung verbunden. Denn wieder geht die Chance verloren, sich in der Arzt-Patient-Beziehung ruhig und verständnisvoll den Problemen der Patienten zu nähern, - und nach Lösungen zu suchen.

Gegen Ende möchte ich nun versuchen, darzustellen, worauf es ankommen könnte, um die aufgezeigte und doch schwerwiegend gestörte Kommunikation zwischen der Helferseite und den Patienten zu verringern. Es ist deutlich geworden, dass Ängste in der Beziehung zwischen HelferInnen und Patienten ursächlich zu der Kommunikationsstörung zwischen den beiden Seiten führen.

Diese Ängste verhindern, dass es zu einem tiefergehenden Kontakt zwischen Patient und z.B. dem Arzt kommt.

Kontakt ist – das wissen wir seit der Forschung aus den 50-er Jahren über die Folgen von Hospitalisierung bei Kindern – für die Seele so wichtig wie Nahrung für den Körper.

Und Kontakt – d i e Voraussetzung für das Eingehen einer **Beziehung** – entsteht, wenn jemand, der sich mitteilt vom Gegenüber verstanden wird – und demjenigen, der sich mitteilt, dies zurückmeldet.

[„Habe ich ein Ohr, finde ich auch die Worte“, sagte mir neulich jemand.]
Nun haben Forscher herausgefunden, dass wir uns nur zu ca. 10% über Worte – also verbal – mitteilen. Viel mehr vermitteln wir unsere innere Befindlichkeit über Mimik, Gestik, Körperhaltung, Verhalten und Handlungen,- sowie über Symptome. Wir sprechen von „**Symptom-Sprache**“.

Sie erinnern sich daran, dass die Mutter Anette in meiner Krankengeschichte eine kurze Zeit lang heimlich geweint hat, bevor ihre Symptome ins Körperliche umschlugen.

- Diese Umwandlung von Affekten wie Angst, oder depressive Gefühle wie Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit in motorische Unruhe – wie bei ADHS – oder in
- muskuläre Verspannungen mit dazugehörigen Schmerzen als psychosomatische Symptome beim sogenannten „burnout „ nennen wir mit einem Fachbegriff **Konversion**.

Sigmund Freud, der damals in der Neurpathologie forschte, prägte bereits 1894 diesen Begriff. Diese *Verschiebung* von der Psyche in das Soma ist ein Abwehrmechanismus. Er soll unangenehme, unerträgliche Konflikte vom Ich-Bewusstsein fernhalten. Dem Unbewussten erscheint es unmöglich sich dem Konflikt zu stellen und adäquat zu begegnen.

Diese als Konversion benannte Umwandlung von Gefühlen in psychosomatische Phänomene wird von der biologischen Fachrichtung nicht oder kaum zur Kenntnis genommen.

Und Patienten, die nicht mehr in der Lage sind die zugrunde liegenden Konflikte und damit verbundene Affekte wahrzunehmen – weil sie halt verdrängt wurden – können dem Arzt über diese emotionale Seite dann folgerichtig zunächst nicht mehr berichten. Dieser für Menschen mit psychomatischen Reaktionsmustern typische erschwerte Zugang zu ihren Gefühlen wird mit dem Fachbegriff **Alexithymie** bezeichnet.

Wenn aber die Symptome keine Bedeutung bekommen in der zwischenmenschlichen Kommunikation, - und nicht vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund der Patienten versucht wird eine solche Bedeutung herauszufinden - bleibt auch der Kontakt auf der Strecke.

Es entsteht also eine von beiden Seiten nicht intendierte **Kontaktstörung**, - wie bei Anette in unserer Falldarstellung, die keinen Augenkontakt mit dem Arzt herstellen konnte.

Wir haben gesehen, dass Ärzte nicht alles Wissen (können) – und sich dies aber nur schwer eingestehen können. Sie würden sich selber sehr entlasten, wenn sie sich von dem „Halbgott- im-Weiß“ - Image befreien würden – und zugeben könnten, dass sie ihre nicht gering vorhandene Kompetenz **ergänzen** können durch die Hinzuziehung von anderen Fachkräften aus dem Helfersystem.

Es geht also um kooperative Modelle, bei denen – wie beim Modellprojekt in Bergen – Fachärzte, psychotherapeutische, beraterische und pädagogische Berufsgruppen sich netzartig verbinden und somit ihre Kompetenz im Sinne dieser Ergänzung und Erweiterung zusammentragen.

Und solche Modelle sind – gerade bei der ADHS-Problematik – auch mancherorts im Entstehen. Sie setzen voraus, dass jeder im Netzwerk auch Kompetenz abgeben können muss.

Mich erinnern diese Gedanken an die von Horst-Eberhard Richter und seinen Mitarbeitern Ende der 70er Jahre ins Leben gerufenen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, - PSAG genannt. In diesen Gruppen – und sie existieren teilweise immer noch – haben sich Nachbardisziplinen zusammengetan, um die eben genannten ergänzenden Kompetenzen auszuloten und Kooperationen zu vereinbaren.

Schon die Entlastung durch die Einsicht, der einzelne Helfer müsse nicht alleine über alle Qualifikationen verfügen, die bei komplexen Problemlagen erforderlich sind – schafft eine deutliche Verbesserung in der Kommunikation mit den Ratsuchenden.

In 1999 wurde hier in Gießen unser Bundesverband psychoanalytische Paar- und Familientherapie – BvPPF - von den drei Fort- und Weiterbildungsinstituten in München, Göttingen/Heidelberg und Giessen gegründet. Später sind Hamburg und Berlin hinzugekommen.

In den Fort- und Weiterbildungs-Kursen dieser Institute für die Helferberufe werden Paar- und familiendynamische Kompetenzen vermittelt.

Hier in Giessen bietet die Sektion Paar-, Familien- und Sozialtherapie in dem von Horst-Eberhard Richter 1962 gegründeten, und nach ihm genannten Horst-Eberhard-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Giessen e.V. seit 1976 drei-jährige Fort- und Weiterbildungs-Kurse an. Dabei legen wir Wert darauf alle im medizinisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Tätigkeitsfeld tätigen Berufsgruppen gemeinsam in den Unterricht einzubeziehen. Dadurch lernen die unterschiedlichen Berufsgruppen sich und die jeweiligen Arbeitsfelder kennen. Und so kommt das von uns geförderte Netzwerk zustande: Vorurteile der Institutionen und der Berufsgruppen untereinander werden abgebaut, - Ideen zu besseren Kooperationen geschmiedet.

Dies steht also im Zentrum des sozial-therapeutischen Anteils unserer Fortbildung.

Mit einem Zitat von Horst-Eberhard Richter aus seinem allerletzten Schriftstück kurz vor seinem Tod in Dezember 2011 möchte ich meinen Vortrag beenden:

Über die Computersprache – und auch auf die Tendenz Diagnosen mit „trockenen“ Buchstaben zu bezeichnen übertragbar - , schrieb Horst-Eberhard Richter, - ich zitiere:

„Dies würde genau die Sprachverarmung repräsentieren, die sich in vielen Beziehungsstörungen ausdrückt, die bei uns zur Therapie erscheinen. Die Computer-Sprache entfernt uns von unserer Innenwelt der Gefühle, um die es in unserer psychoanalytischen Arbeit geht. Der Computer ist eine Rechenmaschine, die nichts von Angst, Verzweiflung, Verbitterung, Sehnsüchten, Liebe versteht, auch nichts von Mitgefühl und von Verantwortung für einander“. Zitat Ende.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit – die ich hoffentlich aufrecht-erhalten konnte.

Und freue ich mich auf die Diskussion mit Ihnen!