

GESTALT

T H E M A

„DAMIT SIE WIEDER WAS ZU LACHEN HAT.“ - Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Entwicklungsbeeinträchtigungen von Bernhard Broekman

1. Einleitung

Dieser Artikel entstand aus einer ursprünglich internen Fortbildung, die ich für meine KollegInnen im Team des sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) in der Kinderklinik in Wiesbaden Anfang des Jahres gehalten habe. SPZs sind ambulante Einrichtungen und meistens an eine Kinderklinik angeschlossen, weil sie sich aus den ehemaligen Risikozentren für Frühgeborene entwickelt haben. Heutzutage sind SPZs wohl auch noch mit den Spätfolgen von Frühgeburten und der Erstellung der dafür nötigen Förderkonzepte betraut, haben aber ihren Patientenkreis auf Kinder und Jugendliche mit allgemeinen Entwicklungsstörungen (sozialer, emotionaler und intellektueller Art) ausgedehnt. Das Team eines SPZs besteht in der Regel aus der ärztlichen Leitung und weiteren KinderärztInnen, aus PsychologInnen, SozialpädagogInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen, KrankengymnastInnen und KunsttherapeutInnen. Die vom Gesetzgeber und den Krankenkassen zugedachte Aufgabe besteht überwiegend aus diagnostischen Anteilen, d.h. wir bekommen Kinder mit den verschiedensten Symptomen überwiesen, und - je nach Umfang der beteiligten Berufsgruppen - stellen wir eine mehr oder weniger multiprofessionelle Diagnose, erstellen ein Förderkonzept und verweisen die Kinder bzw. deren Eltern an entsprechende therapeutische Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen, Lernhilfeinstitute, niedergelassene PsychologInnen oder spezielle klinische Einrichtungen) oder sprechen eine Empfehlung für den uns sinnvoll erscheinenden Schultyp aus. Neben Kindern mit relativ einfachen Diagnosen wie Legasthenie oder Sprachentwicklungsverzögerung und den entsprechend stark eingrenzenden Therapiemaßnahmen gibt es aber auch solche, und es werden in den letzten Jahren scheinbar mehr, die als kompakte „Problembündel“ bei uns angemeldet werden. Bei genauerer Betrachtung des Familiensystems bzw. des gesamten sozialen Kontextes stellt sich dann heraus, dass wir es mit einem bereits stark negativ beeinflussten Kind psychisch kranker oder stark gestörter Eltern zu tun haben.

Um diese zweite Gruppe wird es in dem folgenden Artikel gehen. Ich werde der Anschaulichkeit halber ein Kind und seine Familie als Fallbeispiel vorstellen, das ich selber untersucht habe und auch noch durch den Gang der Institutionen begleite. Danach werde ich einige Zahlen zur Epidemiologie aus den Angaben des Kinderprojektes AURYN¹ und einige zentrale psychiatrische Konzepte mit der gängigen medizinischen Nomenklatur vorstellen und in einem abschließenden Teil untersuchen, welche Implikationen für GestalttherapeutInnen darin enthalten sind.

2. Fallbeispiel²

Der knapp 13jährige Peter wird uns im Januar 2000 wegen emotionaler Verhaltensauffälligkeiten und schulischer Probleme vorgestellt. Er wiegt bei einer Körperlänge von 174 cm 95 Kg, d.h. er hat ca. 30 Kg Übergewicht, was seine körperliche Beweglichkeit (z.B. Turnen) aber auch seine Attraktivität erheblich einschränkt. Er verzichtet zwar regelmäßig aufs Frühstück, holt dann aber bei den verbleibenden Mahlzeiten alles wieder nach und verschlingt riesige Portionen. Seit 2-3 Jahren nässt Peter tagsüber ein, gelegentliches Einkoten kam in letzter Zeit hinzu. Beides sind deutliche Alarmsignale innerhalb der kindlichen Entwicklung, wenn es im späteren Alter und nach bereits erfolgtem Trockensein erfolgt, was den Kindern in der Regel im zweiten bis dritten

¹ Fachstelle zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern

² Namen aus Datenschutzgründen verändert

Lebensjahr gelingt.

In der Schule ist es bei Peter im letzten Jahr zu einem erheblichen Leistungseinbruch gekommen. Trotzdem ist er ganz gut im Klassenverband integriert und konnte trotz der Einnässproblematik an Klassenfahrten teilnehmen. Peter wirkt apathisch, traurig und unglücklich, insgesamt ein gutmütiger Typ, wie man das von „den Dicken“ oft kennt.

Die Familienanamnese ergibt folgendes Bild: Peter ist das dritte, späte Kind einer philippinischen Mutter, die ein halbes Jahr vor seiner Geburt von seinem deutschen Vater nach Deutschland geholt wurde und die aus erster Ehe zwei weitere Töchter, Peters Halbschwestern mitbrachte. Ein halbes Jahr nach Peters Geburt brach bei seiner Mutter eine katatone Schizophrenie aus, die ihr u.a. halluzinatorische Bewusstseinszustände bescherte („Die Kaffeemaschine spricht mit mir!“) und die sich mittlerweile chronifiziert hat. Seit dem ist sie in regelmäßiger psychiatrischer Behandlung, ambulant und immer wieder stationär, und entsprechend medikamentös eingestellt. Im direkten Kontakt ist Peters Mutter kaum ansprechbar, sie ist bedingt durch die Medikamente wesensverändert, und braucht bei direkter Ansprache einige Zeit, um aus ihrer „Traumwelt“ zu kommen. Registriert sie dann, dass sie gemeint ist, huscht ein Lächeln über ihr Gesicht und sie stammelt einfache Antworten. Ein Gespräch ist mit ihr nicht möglich. Peters Vater ist ein einfacher, rechtschaffener Mann, der sich aufopferungsvoll um seine Frau kümmert, in Krisenzeiten aber den Sohn vernachlässigt, da seine Kapazitäten nicht ausreichen. Vor vier bzw. fünf Jahren gingen die beiden Halbschwestern aus dem Haus, und seit dem hat sich Peters Problematik verschlimmert. Zu Hause erledigt Peters Mutter in geringem Umfang den Haushalt und ist dabei auf seine Unterstützung angewiesen. „Sie braucht halt immer einen Ansprechpartner und der muss ich dann sein!“ stöhnt Peter.

Die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung brachten für Peter eine gut durchschnittliche Intelligenz zum Vorschein und vor allem eine erhebliche Verunsicherung über sich als Pubertierenden, seine Perspektive als werdender Mann, seine Rolle als Stütze der Mutter und seine nicht erlaubte Abnabelung von Zuhause. In projektiven Verfahren und Gesprächen wird deutlich, dass Peter erstens von seiner kranken Mutter nicht die geistige und emotionale Nahrung (missglückte orale Versorgung) bekommen hat, die er für eine gesunde Entwicklung gebraucht hätte. Darüber hinaus befindet er sich in einer moralischen Zwickmühle, da er einerseits seine Mutter unterstützen, andererseits sich auch von ihr abwenden will (missglückte Ablösung und Individuation), um seinen eigenen Weg zu gehen. So versucht er selbst für seine orale Befriedigung zu sorgen und schießt dabei qualitativ und quantitativ übers Ziel hinaus. In seinem Einnässen/Einkoten fällt er auf eine frühkindliche Entwicklungsstufe zurück (missglückte anale Versorgung), als Anzeichen eines gestörten Kontaktprozesses zwischen Mutter und Sohn, und er findet damit gleichermaßen ein Alarmzeichen, durch das die Umwelt schließlich auf das aus dem Gleichgewicht geratene Familiensystem aufmerksam wird.

Wir haben der Familie unsere Hochachtung zum Ausdruck gebracht, dass sie ihr System so lange alleine stabil gehalten hat, und sie gleichzeitig auf ihre Überforderung aufmerksam gemacht, was mit Erleichterung aufgenommen wurde. Mit dem Einverständnis der Familie sind zwei Maßnahmen eingeleitet worden. Erstens wird Peter für eine definierte Zeit im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes aus der Familie genommen, um ihm so einen anfänglichen Schutzraum zu bieten, um abzunehmen und zu sich selbst zu finden. Zweitens haben wir für die Familie eine

sozialpädagogische Familienhilfe beantragt, damit sowohl der Vater als auch die Mutter eine Unterstützung im alltäglichen Familienleben haben. Eine erste Wirkung unserer Maßnahmen zeichnete sich bei Peter bei einem weiteren unterstützenden Gespräch kurz vor Beginn des Klinikaufenthaltes im Juni bereits ab. Er hatte ohne große Anstrengung schon drei Kilo abgenommen und wirkte lebendiger. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass es reine Diagnostik nicht gibt, sondern dass der diagnostische Prozess an sich schon eine therapeutische Wirkung haben kann. So viel erst einmal zu Peter, ich komme später noch auf ihn zu sprechen.

3. Das Kinderprojekt AURYN³ und einige Zahlen zur Epidemiologie

Das Kinderprojekt AURYN ist ein präventives familienpsychiatrisches Angebot in Frankfurt, das Kinder psychisch kranker Eltern im Alter von 1-18 Jahren und betroffene Eltern durch konkrete Hilfen unterstützt. Angebote von AURYN sind: altershomogene Kindergruppen, Aufklärung über Krankheit und Vermittlung von Bewältigungsstrategien, Einzelbetreuung, flankierende Elternarbeit, präventive Arbeit in Schulen und gemeinsame Unternehmungen mit Kindern.

Nach Angaben von AURYN-MitarbeiterInnen ist bei einer Stadt wie Frankfurt und einer einprozentigen Prävalenz für schizophrene Erkrankungen mit rund 7.000 erkrankten erwachsenen Menschen zu rechnen, die wiederum ca. 1.800 bis 2.500 Kinder zur Welt brächten, die ein erhöhtes Risiko tragen, selbst eine schwerwiegende psychische Erkrankung zu entwickeln. Nimmt man noch die Kinder endogen-depressiver Eltern hinzu, ist für Frankfurt mit ca. 4.000 Kindern psychotischer Eltern zu rechnen. Hochgerechnet auf die gesamte BRD ergeben diese Schätzungen ca. 200.000 - 300.000 Kinder schizophrener Eltern, ca. 300.000 Kinder depressiver Eltern und ca. 1.000.000 Kinder alkoholkranker Eltern. Beeinflussende Faktoren, die das Ausmaß und den Zeitpunkt einer Entwicklungsstörung bei den Kindern bedingen, sind:

- Die Bindungsqualität zu den Eltern, abhängig von der Erkrankung beider oder nur eines Elternteils
- Das emotionale Klima innerhalb der Familie
- Die Kommunikationsfähigkeit bzw. die Sprachlosigkeit innerhalb der Familie
- Der Schweregrad und Zeitpunkt der Erkrankung der Eltern und das Alter des Kindes
- Das Geschlecht: Die Entwicklungsstörung des Kindes ist bei Erkrankung der Mütter wegen der engeren emotionalen Bindung schwerwiegender
- Die Häufigkeit der elterlichen Abwesenheit (Klinikeinweisung) evtl. verbunden mit Institutionalisierung der Kinder (durch Mitaufnahme)
- Die objektiven Lebensbedingungen (Arbeitslosigkeit, sozialer Abstieg)
- Die Übernahme elterlicher Funktionen (z. B. Kontrolle der Finanzen) durch das Kind
- Die Krankheitseinsicht der Eltern und deren Offenheit den Kindern gegenüber und
- Die An- bzw. Abwesenheit anderer (stützender) Bezugspersonen.

³ Kontaktadresse: Kinderprojekt Aurnyn, Kelsterbacherstr. 52, 60528 Frankfurt a.M., Tel.: 069/678002-46

4. Psychiatrische Störungsbilder der Erwachsenen:

Bevor wir uns den Symptomen der Kinder widmen, möchte ich mich den Störungsbildern der Eltern zuwenden, da sie ausschlaggebend für die Entwicklung der Kinder sein können. Ich lade also die LeserInnen zunächst zu einem kleinen Ausflug in die psychiatrische Nomenklatur ein, auch wenn wir uns als GestalttherapeutInnen damit etwas schwer tun. Ich persönlich finde es hilfreich und „not-wendig“, gewisse Unterscheidungskriterien zu haben, wer da eigentlich vor mir sitzt, auch wenn ich diese Nomenklatur in meiner Arbeit selbst nicht verwende. Im späteren Abschnitt werde ich auf gestalttherapeutische Diagnosekriterien eingehen. Zunächst also nach einer allgemeinen Psychosedefinition das triadische System der (Erwachsenen-) Psychiatrie.

Eine phänomenologisch orientierte **Definition der Psychose** beinhaltet die Gesamtheit psychischer Störungen, die in unterschiedlicher Ausprägung die Ich-Funktion (z.B. Beeinflussungserlebnis), die Sinn-Kontinuität (z.B. Dämmerzustand), den Realitätsbezug (z.B. Wahn), und/oder produktive Symptombildungen (z.B. Halluzinationen) betreffen.

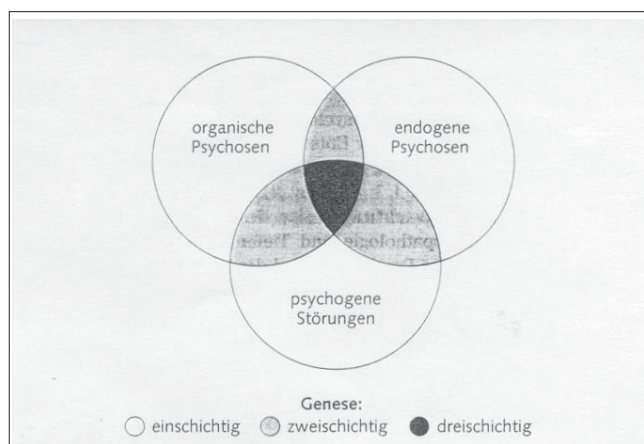


Abb. 1: Das triadische System der Psychiatrie nach G. Hole (Brunnhuber u. Lieb, 1996)

Abbildung 1 zeigt drei Hauptgruppen psychischer Störungen, die sich zum Teil einfach oder doppelt überlappen können (die Schnittmengen), so dass die genaue Trennung einzelner Symptome und deren Zuordnung u. U. sehr erschwert wird. Im folgenden stelle ich die Hauptgruppen vor.

4.1. Organische oder körperlich begründbare Psychosen:

bilden die Gruppe derjenigen Psychosen, denen eine heute schon pathologisch oder pathophysiologisch definierbare Hirnerkrankung zugrunde liegt, a) primär (z.B. Schädel-Hirn-Trauma) oder b) sekundär (z.B. Intoxikation).
Synonym: organische, hirnorganische, exogene, symptomatische Psychosen, Funktionspsychosen oder hirnorganische Psychosyndrome (HOPS).

4.2. Endogene Psychosen:

bezeichnet die Gruppe der Schizophrenien und der affektiven Psychosen (manisch-depressive Erkrankungen), deren von der Schulmedizin vermutete organische Ursache bis heute nur wenig bekannt ist. Ihnen liegt die Annahme einer heredo-konstitutionellen Verursachung zugrunde. Dazu gehören

GESTALT

T H E M A

Bernhard Broekman

- a) die endogene Depression mit den Symptomen depressive Verstimmung, gehemmtes Denken, psychomotorische Gehemtheit, negative Vitalgefühle und depressive Wahnideen,
- b) die endogene Manie mit den Symptomen manische Verstimmung, erregtes Denken, Ideenflucht, psychomotorische Erregung, Agitiertheit, gehobene Vitalgefühle und manische Größenideen. Die dritte Gruppe sind
- c) die Schizophrenien, im Vordergrund sind abnorme Erlebnisweisen, d.h. Störungen, die das Empfinden und Wahrnehmen, Vorstellungen und Denken, Fühlen und Werten, Streben und Wollen sowie das Ich-Erlebnis betreffen. Symptome sind u.a. Wahn, Halluzinationen, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Zönästhesien (als ob mein Arm aus Wasser sei), formale und inhaltliche Denkstörungen, gestörter sprachlicher Ausdruck, Störungen der Affektivität, Kontaktstörungen, Antriebsstörungen, Störungen der Motorik (Hyper- u Hypokinesie), Störungen des Ich-Erlebnisses (der Meinhaftigkeit), Autismus und vegetative Symptome.

4.3. Psychogene Störungen:

mit weitgehend psychogener bzw. psychoreaktiver Ätiologie, mit z. T. endogener und organischer Ursache. Psychoreaktiv (Jaspers) setzt zwingend einen äußeren Auslöser voraus und der muss im Zusammenhang mit der Krankheit stehen. Man unterscheidet

a) „abnorme“ Erlebnisreaktionen, das sind inadäquate Verhaltens- und Erlebnismuster als Reaktion auf äußere Ereignisse, z.B. posttraumatische Belastungsreaktion, protrahierte Trauerreaktion, etc..

b) „abnorme“ seelische Entwicklungen (Neurosen), durch frühkindliche und lebensgeschichtliche Traumatisierungen, werden meist als Ich-dyston (= für den Betroffenen störend oder bedrängend) erlebt, z.B. Angstneurosen/Panikstörungen, neurotische Depression, Zwangsneurosen, Phobien, Konversionssymptome, hypochondrische u. somatopsychische Störungen.

c) Persönlichkeitsstörungen, dabei stehen Charakterpathologien und ihre Abweichungen in Intensität, Dauer und Inhalt von der „Norm“ im Vordergrund (Charakterneurosen), werden meist als Ich-synton (= für den Betroffenen nicht störend) erlebt. Diese sind die depressive, die narzisstische, die selbstunsichere, die zwanghafte, die hysterische, die paranoide, die schizoide, die hyperthyme, die asthenische, die borderline und die soziopathische/psychopathische Persönlichkeit. Da mag sich jetzt einordnen, wer will.

Interessant für das Thema ist nun die Frage, welche dieser vorgestellten „Störungen“ der Erwachsenen welche Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern haben, womit ich mich im Folgenden beschäftige.

5. Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder⁴:

5.1. Kinder schizophrener Eltern zeigen folgende Auffälligkeiten

a) im kognitiven Bereich:

Störungen des Aufmerksamkeitsverhaltens und der Informationsverarbeitung (zieht später andere Defizite nach sich), im Extremfall entwickeln sie formale und inhaltliche Denkstörungen, Wortassoziationsstörungen, geringere Abstraktionsfähigkeit, als Folge auch Störungen der sprachlichen Kompetenz und der

⁴ Alle folgenden Angaben stammen aus Remschmidt & Matzejat, 1994.

Kommunikationsfähigkeit (Einbeziehung in elterliche Wahnsysteme!). Die Folgen sind Beeinträchtigungen der schulischen und beruflichen Leistungen. Angenommene Wirkmechanismen sind einerseits neurointegrative Defizite incl. Reifungsverzögerungen, andererseits soll es zu Verzögerungen der motorischen und visomotorischen Entwicklung der Kinder kommen, da fehlende Modellfunktionen der beeinträchtigten Erwachsenen zu motorischen und sensorischen Dysfunktionen der Kinder führen, bis zu verzögerten Skelettreifung.

b) im emotionalen Bereich:

Sie sind häufiger emotional instabil, d.h. stressüberempfindlich, leicht erregbar, ängstlich, unglücklich, stimmungsabhängig, zeigen eine geringe Frustrationstoleranz, vermeidendes bzw. ambivalentes Bindungsverhalten⁵ und vielfach Schuldgefühle.

c) im Bereich des Sozialverhaltens und der Beziehung zu Gleichaltrigen:

Sie weisen zahlreiche soziale Defizite auf, sind aggressiver und sozial isolierter.

5.2. Kinder endogen-depressiver Eltern zeigen folgende Auffälligkeiten:

a) im allgemeinen Bereich:

30 – 45 % zeigen allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten (betrifft alle DSM-IV Diagnosen): Major Depression, Suizidalität, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Trennungsangst, erhöhte Rate emotionaler Störungen, schulische Lern- und Leistungsstörungen bis Schulverweigerung, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen, jeweils positiv korreliert mit aktueller Symptomatik der Mutter. Angenommener Wirkmechanismus ist die Unfähigkeit der depressiven Mütter zur Aufrechterhaltung einer adäquaten Kommunikation mit ihren Kindern, sowie Unfähigkeit der Mütter, angemessen auf die Bedürfnisse der Kinder zu reagieren. Das führt auf Seiten der Kinder zu negativem Selbstkonzept, negativeren Kognitionen über sich selbst und andere Kinder.



⁵ Zum Bindungsverhalten verweise ich auf meinen Artikel in der vorigen Gestaltzeitung Nr. 13/2000

GESTALT T H E M A

Bernhard Broekman

b) in Abhängigkeit von Lebensalter:

b.1 Säuglings- und Kleinkindalter:

Hier fallen mehr ambivalente und unsicher gebundene Kinder auf, mit Problemen, ihren emotionalen Ausdruck zu regulieren, aggressive Impulse zu kontrollieren und mit anderen zu kooperieren und zu teilen. Durch weniger Sprachvorbild und -anregung treten gehemmte Sprachentwicklung, Rückstände in der kognitiven Entwicklung und geringere soziale Kompetenz auf. Angenommener Wirkmechanismus ist die Unempfindlichkeit der Mutter für die Schlüsselreize des Kindes.

b.2 Schulalter:

Hier liegen v.a. Leistungsschwäche, Aufmerksamkeitsdefizite mit und ohne Hyperaktivität, ungünstige Selbstkonzepte und negative Attribuierungsstile als Anzeichen kognitiver Auffälligkeiten vor. Weiterhin Aggressivität, störende, anstrengende oder zurückgezogene Interaktion, subjektiv erlebtes Unglück, hohe emotionale Labilität und Einnässen als Ausdruck emotionaler Auffälligkeiten.

b.3 Adoleszenz:

Die wenigen Untersuchungen münden in der Annahme, dass die zu bewältigenden Aufgaben (erwachende Sexualität und Partnersuche, Vorbereitung auf den Beruf und angestrebte Unabhängigkeit von der Familie) eine Überforderung darstellen, da sie in ihren affektiv gestörten Eltern keine angemessenen Modelle vorfinden.

5.3. Kinder alkoholkranker Eltern

Adaptionsmechanismen der Familien von Alkoholabhängigen bestehen häufig im Abschottung der Familie nach außen, um negative Auswirkungen des Trinkens zu vermeiden oder zu verbergen (Verheimlichung). Es kommt des weiteren zu Veränderungen der Rollenaufteilung und Übernahme der Verantwortlichkeiten des Abhängigen, um ihn zu entlasten und gleichzeitig die Familie vor den Folgen seiner Unzuverlässigkeit zu schützen (Parentifizierung der Kinder). Das Entgegenkommen und die Konfliktvermeidung gegenüber dem/der Abhängigen geschieht in der Hoffnung, dadurch seinen/ihren Alkoholkonsum, aber auch seine/ihre durch den Alkohol gesteigerte Gewalttätigkeit zu senken (Nicht-Konfrontation).

Die Angehörigen (v.a. Kinder) leiden unter Unzuverlässigkeit, Vernachlässigung, emotionalen Ausbrüchen, Aggression und Gewalttätigkeit, sexuellen Übergriffen und Missbrauch, vermehrten Partnerschafts- und Familienkonflikten, finanziellen Schwierigkeiten bis sozialem Abstieg, drohender oder tatsächlicher Arbeitslosigkeit, Notsituationen durch Alkoholintoxikationen und Angst vor Rückfällen oder Verschlimmerungen der o.g. Symptome.

Sagt der Therapeut zum Klient:
„So, Sie haben also Probleme mit Alkohol?“
„Nein,“ sagt der Klient,
„ich habe Probleme ohne Alkohol!“

Aus der familientherapeutischen Literatur (Wegscheider, 1988) liegen Hinweise auf die Ausbildung von diversen Rollen von Kindern aus Alkoholikerfamilien vor, z.B. der „Clown“, der mit Herumkaspern (Hyperaktivität) die Aufmerksamkeit auf sich ziehen will und der Familie Spaß bereiten will, oder das „stille Kind“, das mittels Schüchternheit und Einzelgängertum versucht, die Familie nicht noch mehr zu belasten und ihr eine Erleichterung zu verschaffen, um nur zwei Beispiele von weiteren möglichen Rollen zu nennen.

Es folgen einige subjektiv erlebte Symptome aus Fallberichten (Mattejat & Lisofsky, 1998)⁶:

a) Kind einer Mutter mit Verfolgungswahn und manisch-depressiven Zuständen, spätere Diagnose schizo-affektive Psychose:

Angst um/vor Mutter, Adrenalinausstöße, Tachykardien, Verunsicherung, Sorge, Verzweiflung, Dauerstress, Scham, Ekel, (Auto-)Aggressionen, Schlaflosigkeit, Einsamkeit, innere Leere, Übernahme elterlicher Verantwortung, soziale Isolation, Schuldgefühle, Verlust von Vertrauen und materiellen Dingen durch Zerstörung von Seiten der Mutter.

b) Kind einer depressiven Mutter, Vater episodischer Alkoholiker:

Massive Einschränkung ihrer Lebendigkeit (Festbinden am Bett, weil Mutter ihre Lebendigkeit nicht ertragen konnte), Übernahme der Haushaltsführung, extreme Verunsicherung und Angst gegenüber unkalkulierbarem Elternverhalten, Verantwortungs- und Schuldgefühl für elterliches Verhalten, psychosomatische Reaktionen, Traurigkeit, innere Anspannung, Scham.

c) Kind einer depressiven Mutter mit Angstneurose und Zwangssymptomatik:

Hin- und Hergerissensein zwischen dem Gefühl, die Stütze der Mutter zu sein vs. Gefühl der eigenen Überflüssigkeit, Verwirrung und Verständnislosigkeit, Gefühle von Ungeliebtheit, Missbrauch, Schuld und Scham, Selbstvorwürfe und Angst, keine innere Erlaubnis zur Abnabelung.

Zusammengefasst finden wir also eine ganze Reihe von Symptomen, die die Lebensqualität der Kinder bzw. Jugendlichen erheblich beeinflussen dürften. Abgesehen von den physiologischen Symptomen (etwa verzögerte neuronale Reifungsprozesse bei der Schizophrenie oder Angst- und Stressphänomene mit z.T. erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen wie Adrenalinausstoß, Pulsbeschleunigung oder Schlaflosigkeit) oder konkreten Misshandlungen bzw. Vernachlässigungen finden sich überwiegend Auswirkungen von fehlenden oder negativen Modellfunktionen der Eltern. Erwiesenermaßen ist das Lernen am Modell eine der wichtigsten Lernquellen für uns Menschen. Immer wieder taucht auch die Unfähigkeit der Mütter (sicher auch der Väter) auf, die vom Kind ausgesendeten Signale richtig zu deuten und entsprechend zu reagieren. Dass als Folge negative Selbstkonzepte, gestörte Aufmerksamkeit, verringertes kognitives Leistungsvermögen und eingeschränkte soziale Kompetenzen resultieren, scheint unmittelbar nachvollziehbar. Alle diese Symptome sind als Anzeichen ungeschlossener Gestalten zu interpretieren. Die Hauptgestalt, die hier offen bleibt, und die sich in unzähligen Subgestalten offenbart, ist m. E. das nicht gestillte Bedürfnis des Kindes nach dem unbeschwerten „Kind-sein-dürfen“.

Trotzdem möchte ich an dieser Stelle nicht versäumen, auf die gesunden Kinder psychisch kranker Eltern hinzuweisen (Resilienz-Konzept) und die damit verbundene interessante Frage nach den protektiven Faktoren für die Entwicklung dieser Kinder zu stellen. Hier scheint noch ein weites Feld auf die Erforschung zu warten. Das Vorliegen einiger der o.g. belastenden Faktoren in der frühen Kindheit ist keineswegs als linear-kausaler Faktor für eine psychische Störung im Erwachsenenleben zu betrachten, und vice versa finden wir nicht bei allen Störungen im Erwachsenenalter ursächliche frühkindliche Belastungen. Obwohl „...die Korrelationen zwischen der frühen oder mittleren Kindheit und dem

⁶ Ich gebe die psychiatrischen Diagnosen wieder, so wie sie in Originaltext vorlagen.

Erwachsenenalter für die meisten psychischen Merkmale zwar allgemein positiv sind, ...sind sie zu schwach, um auf individueller Ebene brauchbare Voraussagen machen zu können“ (Staemmler, 1998).

Wenn die LeserInnen mir bis hierher gefolgt sind, möchte ich mich nun im abschließenden Teil den gestalttherapeutischen Implikationen zuwenden. Ich beginne mit einer kurzen Positionsbestimmung der Gestalttherapie hinsichtlich der Verwendung von psychiatrischen Diagnosen und komme dann auf entwicklungs-theoretische Aspekte zu sprechen.

6. Gestalttherapeutische Implikationen

6.1. Zur Verwendung psychiatrischer Diagnosen

Die oben benutzte psychiatrische Nomenklatur ist mit gestalttherapeutischen und -theoretischen Prinzipien nicht zu vereinbaren. Zugegeben erleichtert sie die Einordnung von Symptomen, gibt Hinweise auf weitere Besonderheiten, die anamnestisch abgefragt werden sollten, um skurrile Verhaltensweisen oder die individuellen Lösungen von Menschen für die mannigfaltigen Aufgaben/Verstrickungen des Lebens zu erklären. Die Gefahr besteht darin, die gefundene Diagnoseschublade (z.B. die Schizophrenie) mit der Realität der KlientInnen zu verwechseln und die individuellen Schwierigkeiten und Lösungen der KlientInnen nicht wahrzunehmen. „Etiketten sind für Flaschen da“, so der eingängige Titel eines Artikels von F.- M. Staemmler (1990), der sich (zurecht) dagegen verwahrt, dass wir GestalttherapeutInnen im Bestreben, uns im gelegentlichen Wirrwarr der präsentierten Symptome von Menschen zu orientieren, uns an gängige medizinisch-diagnostische Kriterien anhängen. Staemmler (1994) prägt den Begriff der „kultivierten Unsicherheit“, der mir persönlich als Therapeut im Umgang mit KlientInnen gut gefällt und der die gestalttherapeutische Grundhaltung sehr gut trifft. Kultivierte Unsicherheit meint, dass wir unser Gegenüber nur dann effektiv auf seinem Weg zur eigenen Ganzheit begleiten können, wenn wir uns in einen nicht vorherbestimmbaren Dialog einlassen, in dem wir die Wirklichkeit gerade dieses einen Klienten erfahren. Das impliziert, die mögliche Unsicherheit zu ertragen, die durch das Erleben der KlientInnen in mir persönlich ausgelöst wird. Soweit zur Unsicherheit, aber das Wortpaar „kultivierte Unsicherheit“ beinhaltet auch das Wort kultiviert, womit Staemmler meint, dass wir uns trotz Unsicherheit natürlich in einer professionellen Rolle befinden, in der wir unser Wissen und unsere Erfahrung mitbringen und in der wir auch eine professionelle Verantwortung für unsere KlientInnen haben.

Das wirft die Frage auf, nach welchen Kriterien wir denn als Gestalttherapeuten zu einer Diagnose kommen. Dass „wir nicht diagnostizieren können“ (Staemmler, 1999) dürfte genauso plausibel sein, wie die Tatsache, dass wir Menschen (und GestalttherapeutInnen natürlich auch) im Erleben unserer jeweiligen Realität permanent auf das Bilden von sinnvollen Ganzheiten, von Ordnungssystemen oder von diagnostischen Gestalten angewiesen sind, um uns orientieren zu können. Dieses Erkenntnis ist uns ja eindrucksvoll von der gestaltpsychologischen Schule (Wertheimer, Goldstein, Köhler u.a.) demonstriert worden (z. B. Fuhr et al., 1999).

Gestalttherapeutische Diagnose ist prozessorientiert, daran, wie sich das Erleben der Klienten über einen gewissen Zeitabschnitt zeigt. Gestalttherapeutische Diagnose orientiert sich am sicht- und spürbaren Kontaktverhalten a) des Klienten sich selbst gegenüber, b) des Klienten mir gegenüber als Diagnostiker, Beobachter oder Therapeut und c) zweier oder mehrerer Mitglie-

der einer Familie, die ich als „Diagnostiker“ vor mir erlebe. Also mitzuerleben, wer redet, wie und wie lange, was machen die anderen in der Zwischenzeit, darf widersprüchliches vorgetragen werden, wird Zuneigung zum Ausdruck gebracht, usw.. Sozusagen die Rückseite dieser Kontaktseite der Medaille ist die Kontaktvermeidungsseite, wir sprechen dann von einem z.B. durch Introjektion oder Retrofektion geprägten Kontaktverhalten, das bestimmte Aspekte des authentischen und erwachsenen Kontaktes entbehrt (Fuhr et al., 1995, S.115 ff.) Natürlich sind dabei mein eigenes Erleben und meine Gegenübertragungen wichtig, wie würde es mir z. B. als Mitglied in dieser Familie gehen, wie viel Autonomie und Anbindung hätte ich dann, usw..

6.2. Entwicklungstheoretische Aspekte der gesunden/ gestörten Grenzbildung

„Kontakt findet an der Grenze statt“, ist einer der Kernsätze der Gestalttherapie, der im Folgenden meine Beachtung verdient. Was ist denn eigentlich Kontakt? Das Wort beinhaltet die Vorsilbe „con“ (lateinisch oder italienisch: Z.B. Cafe con leiche“), was übersetzt „mit“ heißt, dann folgt „takt“, was einmal die Zeiteinheit bei der Melodiebildung meint, aber auch Feinfühligkeit meint, wenn wir z.B. von Taktgefühl sprechen. Ich erlaube mir, Kontakt mal relativ frei als feinfühliges Mitschwingen zu übersetzen. Im Originaltext von Perls et al heißt es u.a., Kontakt bedeute „...in Berührung sein mit Objekten...oder ...die Wahrnehmung des Feldes...“ (Perls et al, 1994). Eine weitere Zusammenstellung dessen, was Kontakt sei, finden wir bei den Fuhrs (1995, S. 86 ff.), die drei Teildefinitionen liefern. Nämlich „...der Prozess, der...a) die Figur-Grund-Auflösung oder die Gestaltbildung..., b) die Differenzierung zwischen Organismus und Umweltfeld sowie c) den Austauschprozess zwischen Organismus und Umwelt beschreibt. Bei letzterem ist wichtig, dass „...der Organismus (*im gesunden Fall, Anm. des Autors*) zwischen assimilierbarem und nichtassimilierbarem Neuen unterscheidet“. Im pathologischen Fall kommt es zu einem Austausch und Assimilierung von eigentlich nicht-assimilierbarem Material, das dann die Grundlage der späteren Kontaktvermeidungsmechanismen einer Introjektion bildet.

Kontakt liegt demnach nicht vor, wenn es „...nicht zur Bildung von Figuren kommt und auch keine Kontaktgrenze zwischen einem Organismus und einem Umfeld entsteht“. In Bezug auf mein Thema meint dies das o. g. Phänomen, dass zwischen Mutter und Kind keine adäquate Kontaktgrenze entsteht, dass also die Mutter ihre eigene organismische Einheit nicht leben kann und die organismische Einheit des Kindes nicht sehen kann, geschweige denn dessen Bedürfnisse zu erfüllen. Kontakt und Grenze hängen also unmittelbar miteinander zusammen.

Was passiert, wenn keine Grenze vorhanden ist, oder wenn sie zu schwach ist, können wir eindrucksvoll bei Peter und seinem Familiensystem beobachten. Ich erlebte eine apathische, geistig und emotional nicht anwesende Mutter, die kaum in der Lage war, den Kontakt zur gemeinsamen Realität aufrechtzuerhalten, die also über gar keine (oder kaum wahrnehmbare) eigene psychische Grenze verfügte. Ich erlebte zweitens einen hilflosen Jungen, der physisch aus allen Fugen gerät, so als würde er sich in seiner ganzen existentiellen Suche nach Antworten in Richtung der Grenze seiner Mutter ausdehnen, mit der Hoffnung, sie irgendwo doch zu spüren, und der psychisch die Orientierung verlor (oder sie noch nicht hatte), was denn sein eigenes Ich sein könnte, sein eigener Weg, seine Rechte, seine Pflichten, seine Position im eigenen Leben. Ich erlebte drittens einen aufopfe-

GESTALT T H E M A

Bernhard Broekman

rungsvollen Vater, der Peter indirekt die Botschaft vermittelt, dass „man(n)“ seine Familie nicht im Stich lässt, was sicherlich großen Respekt verdient, Peter aber gleichzeitig das Ausscheren aus der Familiensituation erschwert. Wir können und müssen Peters Symptome als Figur auf dem Hintergrund seiner Familie sehen, um den notwendigen gestalt-systemischen Blickwinkel zu aktivieren. Die Entwicklungen, die über einen Zeitraum von fast 13 Jahren in einem gestörten Familiensystem abgelaufen sind, sind den einzelnen Teilnehmern leider nicht auf die Stirn geschrieben. Um sie zu verstehen, wende ich mich im folgenden der Entstehung des Ichs, der Entwicklung der eigenen Grenze und damit der „psychischen Geburt des Menschen“ (Mahler, 1999) zu. Mahlers Buch ist deshalb für GestalttherapeutInnen interessant, als sie sehr deskriptiv bleibt und die beobachteten Phänomene in der Mutter-Kind-Interaktion schildert, die psychoanalytischen Interpretationen und Deutungen kann man gut ausklammern.

Der Zustand des Neugeborenen ist geprägt von Unreife, sowohl im physiologischen als auch im emotionalen Bereich, ohne die erstaunlichen Fähigkeiten des kompetenten Säuglings abwerten zu wollen. Der lange Zustand der Unreife, der den Menschen im Vergleich zu anderen Säugetieren sehr störungsanfällig macht, bedingt eine zwar unterschiedlich lange, aber doch einige Jahre dauernde Abhängigkeit von einer beschützenden und versorgenden, aber eben auch schädigenden Umwelt. Der emotionale und physiologische Wachstumsprozess ist gekennzeichnet durch abnehmende Symbiose⁷, aus der der junge Mensch in sein selbständiges Leben hineinwächst. Abgesehen von der grobstofflichen Lösung aus der gemeinsamen Grenze mit der Mutter, die physische Geburt, wird sich der Säugling nach ein paar Monaten seiner eigenen Ichheit bewusst, was Mahler als „...ein Ausschlüpfen aus der gemeinsamen Mutter-Kind-Membran (S. 21) ...“ beschreibt. Dabei „...ist das symbiotische Bedürfnis nach der Mutter für den Säugling absolut, für die Mutter aber relativ ... (S.63)“. Mahler beschreibt nach eingehender Mutter-Kind-Forschung (wovon die Gestalttherapie für die Entwicklung entsprechender Theorien nur träumen kann) nach zwei Vorläuferphasen eine Reihe von vier aufeinanderfolgenden und nicht austauschbaren Phasen, die für die geglückte psychische Geburt des Menschen Pate stehen. Die erste Vorläuferphase nennt Mahler die „normale autistische Phase“, deren Benennung ich durch die Anlehnung an den pathologischen Zustand des eigentlichen Autismus ungünstig finde. Sie ist geprägt von physiologischen Prozessen, die hauptsächlich der Nachreifung dienen, der Säugling zeigt eine relative Gleichgültigkeit gegenüber Außenreizen. Trotz dieser scheinbaren Gleichgültigkeit ist auch hier schon das Phänomen der organismischen Selbstregulation⁸ (Perls et al., 1994) im primitivsten Ausmaß zu beobachten, denn das Neugeborene ist in der Lage, diejenigen Signale der Umwelt gegenüber auszusenden, die für die Erfüllung seiner unmittelbarsten Bedürfnisse nötig sind. Es folgt als zweite Vorläuferphase die „symbiotische Phase“, die geprägt ist von der psychischen „...Fusion mit der Mutter und insbesondere von der illusorischen Vorstellung einer gemeinsamen Grenze der beiden in Wirklichkeit

⁷ Damit ist nicht die biologische Symbiose als Bezeichnung für die Nutzung gemeinsamer Lebensräume von Lebewesen verschiedener Gattungen gemeint, sondern der einseitig abhängige Zustand des Neugeborenen, der noch nicht „Ich“ von „Nicht-Ich“ unterscheiden kann.

⁸ Das Konzept der organismischen Selbstregulation stammt von Wilhelm Reich, der ein einflussreicher Lehrer für Fritz Perls und die Entwicklung der Gestalttherapie war (Fuhr et al., 1999).

getrennten Individuen...“. Von besonderer Bedeutung scheint das „...kontakt-perzeptuelle Erleben des ganzen Körpers... (S.64)“, den das Kind beim Stillen erfährt. Ein beachtenswertes Ergebnis ist, dass „...die Symbiose dann optimal war, wenn...die Mutter dem Säugling unbekümmert erlaubte, sie anzusehen,... insbesondere während sie mit ihm sprach... (S. 64)“. D. h., der gute Kontakt ist nicht allein davon geprägt, dass die Mutter das Kind anschaut, um dessen Bedürfnisse weiß und sie erfüllen kann, sondern dass sie dem Kind auch die Möglichkeit zur offenen, erkundenden Kontaktaufnahme bietet. Beide Vorläuferphasen gehen um den 6. Lebensmonat in die erste der vier Hauptphasen, die **Phase der Differenzierung und die Entwicklung des Körperschemas** über. Das Kind beginnt Loslösung und Individuation zu erproben, es zeigen sich „...sichere Anzeichen dafür, dass das Kind den eigenen Körper von dem der Mutter zu unterscheiden beginnt... (S. 75)“. Voraussetzung dafür ist die Entwicklung des Körperschemas, das mit zunehmender motorischer Geschicklichkeit und der Eroberung des Raumes einhergeht. In dieser Zeit sind die Übergangsobjekte, gemeint sind möglichst geruchsintensive und schmutzige Kuscheltiere für die Herausbildung der inneren Repräsentation der Mutter sehr wichtig, um sie in Zeiten der Abwesenheit zu ersetzen. Das Entfernen des Kindes von der Mutter und das genaue Ansehen der Mutter aus der Entfernung ist in dieser Phase genauso wichtig wie die Möglichkeit, bei drohender Gefahr/Unbehagen zur zur Verfügung stehenden Mutter zurückkommen zu können. Auch hier ist interessant, dass Kinder, die von ihren Müttern keine emotional behagliche Atmosphäre geboten bekamen, eher die Tendenz des vorzeitigen Ausschlüpfens aus der gemeinsamen Mutter-Kind-Membran zeigten, was m.E. ein weitere Beleg für die organismische Selbstregulation ist.

Die zweite Hauptphase, die sog. **Übungsphase**, schließt sich unmittelbar an, die Übergänge sind fließend. Im „frühen“ Üben, zwischen dem 8. - 10. Monat, erschließt sich das Kind durch watscheln und krabbeln die unmittelbare Umgebung, dabei ist die Mutter als „emotionale Auftankstation“ immens wichtig. In der eigentlichen Übungsphase zwischen dem 10. und 18. Monat lernt es das aufrechte Stehen, und das Laufen. Damit wächst das autonome Ich des Kleinkindes enorm, das sehr empfindlich gegenüber den Gefühlen der Mutter ist, die sie gegenüber der gewonnenen Freiheit des Kindes erlebt. Optimal zeigt sie Freude an den Fortschritten und signalisiert ihm, dass es in Ordnung ist, wenn es sich seine Welt erobert. Im ungünstigen Fall lasten Angst und Misstrauen der Mutter, dass das Kind zu autonom wird, auf seinen Erkundungsbemühungen. Hier ist die Mutter gefordert, dem Entstehen der autonomen Grenze des Kindes eine positive Grundlage zu geben.

Die dritte Phase, die sich nach ca. 18 Monaten anschließt, ist die **Wiederannäherungsphase**. Das Kind hat laufen gelernt, es macht zudem enorme kognitive Fortschritte, es wird sich seiner physischen Getrentheit immer bewusster. Daraus entsteht eine mehr oder weniger starke Ambivalenz, ausgelöst einerseits durch die Freude an den eigenen Fähigkeiten, die Welt zu entdecken, und andererseits durch die Angst, die Mutter zu verlieren und das Getrenntsein rückgängig machen zu wollen. Das vorher noch so erkundungsfreudige Kind zeigt evtl. wieder Trennungsangstreaktionen, und ist jetzt sehr auf die liebevolle und unterstützende Mutter angewiesen. Verhält sich die Mutter in dieser Phase den Rückversicherungswünschen des Kindes gegenüber ablehnend, kann dies zu großer Verunsicherung und in Folge zu gezielten Trotzreaktionen führen, die letztendlich doch wieder die Aufmerksamkeit der Mutter zum Ziel haben. Ich denke hier besonders

GESTALT T H E M A

Bernhard Broekman

an die sogenannten hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kinder, die in den letzten Jahren vermehrt Thema sind. Bis zum 25. Monat kommen zunehmend kognitive Entwicklungen, der zunehmende Spracherwerb, aber auch das Entdecken der eigenen Geschlechtlichkeit hinzu, bevor das Kind in die vierte Phase eintritt, die Mahler die **Konsolidierung der Individualität und die Anfänge der emotionalen Objektkonstanz** nennt. Die vierte Phase erstreckt sich über das 3. Lebensjahr, und ist als solche für die intrapsychische Entwicklung von großer Bedeutung. Es entsteht jetzt „...ein stabiles Gefühl der Einheitlichkeit (Selbstgrenzen) des eigenen Ichs...“, eine primitive Konsolidierung der Geschlechtsidentität ...und die geglückte Objektkonstanz beinhaltet jetzt nicht nur die Bewahrung der Repräsentanz des abwesenden Liebesobjekts, „sie beinhaltet auch die Vereinigung von „gutem und bösem“ Objekt zu einer Gesamtrepräsentanz...“ (S.142). Die missglückte Vereinigung dieser beiden gegensätzlichen Anteile ist ein häufiges Symptom bei Menschen mit der sogenannten Borderlinestörung.

Soweit zu Mahlers Entwicklungsphasen. Ich denke es kommt nicht von ungefähr, dass unsere Kleinkinder ab drei Jahren reif für den Besuch des Kindergartens sind, denn sie verfügen dann über die nötige psychische Individualität, um als soziales Wesen andere Kinder als Wesen mit eigenen Grenzen zu erkennen.

Interessant war die Entdeckung, dass Mahler sehr oft die Begriffe Kontakt, Grenze oder Membran benutzte, und damit eine der Gestalttherapie und -theorie verwandte Sprache sprach. Obwohl die Phasen bis zur geglückten psychischen Geburt nur bis zum vollendeten dritten Lebensjahr reichen, heißt das nicht, dass in den verbleibenden Lebensjahren nicht auch gravierende Störungen auftreten können, sie haben aber bei weitem nicht die erschütternde Wirkung auf das Selbst, wenn das Fundament der psychischen Identität stabil ist. Was bei Peter schiefgelaufen ist, lässt sich retrospektiv nicht erhellen, aber es liegt die Vermutung nahe, dass ihm in seiner Entwicklung die nährenden Mutter fehlte, die um seine Bedürfnisse wusste, da sie im Kontakt mit der Realität größte Probleme mit sich selber hatte.

7. Abschließende Bemerkungen

Mein Anliegen mit diesem Artikel ist, eine Sensibilität für die Umwelten zu wecken, in denen Kinder sich entwickeln und um die Einflüsse dieser Umwelten zu wissen. Mein Anliegen ist nicht, Mütter oder Väter schuldig zu sprechen, sondern Wirkungen aufzuzeigen, die vom Aufwachsen in Atmosphären mit psychischen Störungen ausgehen können. Damit möchte ich auch alle die Menschen unterstützen und ermutigen, die in irgendeiner Form mit Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern zu tun haben, den systemischen Kontext bei der Diagnose oder Therapie zu berücksichtigen und nicht die Symptome des Kindes isoliert zu betrachten. Das artet dann oft leider so aus, dass das scheinbar hyperaktive Kind Ritalin (ein Psychopharmakon mit paradoxer Wirkung, da es sediert, in dem es anregt) bekommt, ohne den familiären Kontext zu sehen, und ohne damit die eventuell positive Funktion der Hyperaktivität (oder eines anderen Symptoms) sehen zu können. So antwortete der als „hyperaktiv“ diagnostizierte und mit Ritalin eingestellte 10jährige Sohn einer (freudlosen und wenig fröhlichen) Klientin von mir, auf ihre Frage, warum er eigentlich immer so herumkaspere, „damit sie wieder was zu lachen hat!“

Literatur:

- Brunnhuber, S. & Lieb, K. (1996): Psychiatrie. Kurzlehrbuch zum GK3. Mediscript-Verlag, BadWörishofen
- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V., Thomas-Mann Str. 49a, 53111 Bonn,
- Broschüren und Videos für Kinder & Jugendliche.
- Fuhr, R. & Gremmler-Fuhr, M. (1995). Gestalt-Ansatz, Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. EHP, Köln.
- Fuhr, R., Gremmler-Fuhr, M. & Sreckovic, M. (1999). Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe, Göttingen.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergmann, A. (1999). Die psychische Geburt des Menschen – Symbiose und Individuation, (16. Aufl.). Fischer-Verlag, Frankfurt.
- Mattejat, F. & Lisofsky B. (1998). ...nicht von schlechten Eltern. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1994). Gestalt-Therapie, Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung (6. Aufl.). Klett-Cotta, Stuttgart.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F (1994). Kinder psychotischer Eltern. Hogrefe, Göttingen.
- Staemmler, F.- M. (1990). Etiketten sind für Flaschen, nicht für Menschen. Gestalt-Publikationen, Heft 10, Zentrum für Gestalttherapie, Würzburg.
- Staemmler, F.- M. (1994). Kultivierte Unsicherheit – Gedanken zu einer gestalttherapeutischen Haltung. In Gestalt-Kritik 1/95, Köln.
- Staemmler, F.- M. (1998). Der schiefe Turm von Pisa – oder: Das unstimmmige Konzept der „frühen Störung“. Gestalt-Publikationen, Heft 27, Zentrum für Gestalttherapie, Würzburg.
- Wegscheider, S. (1988). Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Bögner-Kaufmann-Verlag, Wildberg.
- Zobel, M.(1999). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Hogrefe, Göttingen.

