



M.C. Escher: „Traum“, 1935, Holzstich

Rolf G. Dellen

## Der kleine Gregor — ein Fall nur für den Mediziner?

Zu den Grenzen der Gegenstandsbildungen von Medizin und Psychologie  
an einer klinischen Behandlung

Der Chirurg einer ländlichen Klinik, die wegen ihres Einzugsbereichs sehr viel Unfallchirurgie macht, bittet mich, ich solle mir doch einmal einen dreijährigen Patienten ansehen. Dieser habe einen schweren Verkehrsunfall erlitten, sei in seiner Klinik operativ versorgt worden, dann aber zur Kinderintensivstation einer großen Universitätsklinik zur weiteren Behandlung verlegt worden. Jetzt habe er ihn wieder zurückerhalten und wisse nicht weiter.

Ich betrete gemeinsam mit dem Chirurgen das Krankenzimmer, in dem der kleine Gregor liegt. Ein hohes Bett mit Gittern, ein kleines Wesen darin, durch eine Reihe von Schläuchen mit diversen Apparaten verbunden. Der Kleine liegt auf dem Rücken, den Kopf seitwärts, die Augen auf. Aus der Nase kommt ein Schlauch, mit Heftpflaster an dieser befestigt (Magensonde). Bewegungslos. Regungslos. Die Augen wie auf einen fernen Punkt gerichtet.

Der Chirurg spricht ihn an. Nichts. Der Chirurg wackelt mit einem Stofftier vor den Augen herum. Nichts. Taschenlampe und ins Gesicht. Nichts.

Der Chirurg wendet sich zu mir. So sei es die ganze Zeit schon, seitdem man ihn wieder hier habe. Was soll er den Eltern sagen? Wir verlassen das Zimmer.

Anschließend ein gemeinsames Gespräch, dabei die Krankenakten. Mir wird halbschlecht. Der Chirurg merkt das und lebt auf. Er schil-

dert die komplizierten Operationen, die er nach dem Autounfall des kleinen Gregor an ihm durchgeführt hat. Gregor war mit dem Rettungswagen bewusstlos eingeliefert worden, schwerste Verletzungen, kaum eine Überlebenschance. Diagnosen: Polytrauma mit Schädel-Hirn-Trauma, Thoraxkontusion rechtsseitig, Fraktur von Rippen rechts, Claviculafraktur rechts, Oberarmfraktur rechts, Oberschenkelfraktur rechts, Milzruptur, Leberruptur, Blutdrucklosigkeit, Puls von 140/min. Auf meine Frage, was das anschaulich bedeute: „Matsche“. Er habe Zweifel gehabt, ob er überhaupt operieren solle. Operationsverlauf: bogenförmige Rippenbogen-Randschnittführung, blutige Flüssigkeit tritt bei Eröffnung des Abdomen reichlich aus, zunächst im vorderen Drittel der Leber kein Anzeichen eines Risses, weiterführende Schnittfolge bis zum linken Rippenbogen, Milzloge deutlich mit Blut gefüllt, Milzriß, Tamponade und Verzicht auf Milzexstirpation, weitere Revision der Bauchhöhle, zurück zur Leber, hinter dem hinteren Umschlagsrand der Leber eine erheblich blutende und breit klaffende Verletzung, Versorgung über zwei Matratzennähte; im Bereich des rechten Retroperitoneums zur Leberpforte ausgedehntes, fluktuierendes Hämatom; auf Freilegung der rechten Niere verzichtet, da palpatorisch ohne gröbere Verletzung; Pars fixa der Leber im Zwerchfellanteil vollständig zerrissen, im hinteren Anteil der Leber — soweit mit der Hand zu erreichen — zwei klaffende, mäßig blutende Einrisse, jeder mit Matratzennaht einzeln versorgt, zusätzliche Auflage von Tachotop; weiter mit

der Milz, Blutung hat sich weitgehend beruhigt, Milzriß mit Tachotop versorgt und geklebt; bei weiterem Warten nur noch minimale Blutung aus Milz- und Leberbereich; Abschluß der Operation durch Einlage einer Drainage über die Leberkuppel, ebenfalls Drainage in das Foramen Winslowii und Drainage in das Milzbett, Ableitung der Drainagen durch Einzelstich nach außen; schichtweiser Bauchdeckenverschluß; bei Beendigung der Operation ist das Kind weitestgehend kreislaufstabil.

Mir ist jetzt ganz schlecht. Lasse es aber nicht merken. Ich stimme mit dem Chirurgen überein, es sei eine großartige chirurgische Leistung. Der Chirurg meint, das sei zwar richtig – aber er zweifele jetzt, ob man denn überhaupt Unfallchirurgie mit allen Mitteln machen dürfe: Man sehe ja jetzt an Gregor, was dabei herauskommen könne. Soviel Einsatz, soviel Arbeit, soviel Hoffnung, und dann nur etwas für den Müll. Ein ewiger Pflegefall. Was solle er den Eltern sagen?

Und was ich denn meine? Ich meine noch gar nichts. Mir ist viel zu schlecht. Ich lese mir den Bericht der Universitätsklinik durch, an die Gregor nach der Operation verlegt wurde. Warum? Der Chirurg bedauert, sie hätten hier leider keine Kinderintensivstation. Nach der erfolgreichen Operation müsse das Kind durch spezielle Maßnahmen versorgt werden. Dort wird ein CT (Computertomogramm des Gehirns) gemacht: mehrere kortikale kleinere Kontusionsblutungen. Nachdem sich eine linksseitig weite Pupille entwickelt hat, wird Gregor in die neurochirurgische Abteilung verlegt.

Aufnahmebefund dort: bewußtloser, intubierter, beatmeter dreijähriger Junge, beidseits gerichtete Motorik auf Schmerzreize, durch Pflasterextension versorgte Oberschenkel- und Oberarmfraktur rechts, 3 Bauchdrainagen. Erneutes sofortiges CT: leichte Zunahme des perifokalen Ödems, im übrigen unauf-

fällige intrakranielle Verhältnisse. In den nächsten Tagen deutliche Besserung des Allgemeinzustandes. Dann operative Versorgung der Oberschenkelfraktur. Übergang zur Spontanatmung, dann extubiert. Im Bericht der Neurochirurgie weiter:

„Seit der Extubation ist das Kind wach, öffnet die Augen, reagiert motorisch gezielt, jedoch ist kein eigentlicher Kontakt möglich. Größere neurologische Ausfälle lassen sich nicht feststellen, insbesondere keine Paresen oder Hirnnervenausfälle, wobei lediglich die ohne Kooperation möglichen Untersuchungen durchgeführt werden konnten. Ein zwischenzeitliches Kontroll-CT hatte eine gute Resorptionstendenz der intrakraniellen Kontusionsblutungen gezeigt.“ Der Bericht schließt mit der Feststellung: „Das Kind ist derzeit wach, reagiert nicht gezielt auf Ansprache, ist motorisch jedoch gerichtet und koordiniert. Es schläft noch relativ viel. Die Pupillen sind beidseits mittelweit und reagieren auf Licht.“

Mehrfach wird in dem Bericht von starken motorischen Unruhephasen gesprochen und auch, daß man dann eine „Sedierung“ vorgenommen habe. Ich erkundige mich danach bei dem Chirurgen. Das gehe ja auch nicht anders, sonst würde ja alles abgerissen. Nach der Rückverlegung in seine Station sei das aber nicht mehr bemerkt worden.

Ich stelle noch Fragen zur Ernährung. Diese geschehe zum einen intravenös über den Tropf, zum anderen über die Magensonde mit 60ml Beba 2 zweistündlich. Eine solche Ernährung könne man endlos fortsetzen. Seit Gregors Operation seien bis jetzt vier Wochen vergangen, der Allgemeinzustand habe sich sehr verbessert, auch die Folgen der Operationen seien gut überstanden, alles sei gut geheilt, aber seit dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit habe sich sonst bei Gregor nichts mehr geändert, dies sei ja jetzt dreieinhalb Wochen her. Er sei sehr beunruhigt, ei-

gentlich verzweifelt, die neurologischen Kollegen hätten ihm auch nicht mehr sagen können als das, was im Bericht stehe. Es würde aber doch als wenig hoffnungsvoll bezeichnet. Sein Problem sei jetzt: Was solle er mit Gregor machen? Soll er ihn als Pflegefall weiterreichen? Nach Hause kann er so nicht.

Und jetzt kommt die Frage, die ich schon die ganze Zeit befürchtete: Was können Sie mir raten? Entwickelt sich da noch was?

Einerseits bin ich sehr beeindruckt, was die Medizin in einer solchen Situation von „Matsche“ alles vermag. Gut, das es das gibt. Andererseits: diese Zentrierung auf das Körperliche! Habe noch an der Nachwirkung eines Satzes zu schlucken, den ich so nebenbei gerade im Abschlußbericht der Neurochirurgischen Abteilung der Universitätsklinik gelesen hatte und der als Empfehlung an den Chirurgen gemeint ist, mit dem ich mich gerade unterhalte: „Als Nebenbefund bei der Untersuchung fiel uns ein Gleithoden links auf, der eventuell noch während der derzeitigen stationären Behandlung operiert werden sollte.“ – Das ist die Logik der auf das Körperliche zentrierten Gegenstandsbildung. Eine komplette Reparatur machen. Beim Auto denke ich das auch so. Wenn es schon in der Werkstatt ist, dann sollte man auch alles gründlich überholen. Wer weiß, wann man den nächsten Termin bekommt. Und beim Zahnarzt ist es auch so.

Auf die Frage des Chirurgen antworte ich, ich könne noch nichts abschätzen, ich müsse erst meine eigenen Untersuchungen machen. Aus den Berichten könne ich dafür wenig entnehmen. Der Chirurg sagt mir jede Unterstützung zu. Auch mit der Hilfe der Station könne ich rechnen. Er ist wieder hoffnungsvoll – dabei habe ich eher ein mulmiges Gefühl und neige eigentlich dazu zu sagen: Hier ist wohl nichts mehr. Aber ich sage es nicht. Das ist in dieser Situation ein gewisser methodischer Starrsinn bei mir (Morphologen-Schule).

Denn wenn ich diesen Satz sagen würde, dann eben nur aus dem Eindruck, den die Berichte und die kurze Situation eben im Krankenzimmer hinterlassen haben. Von einem „autonomen“ psychischen Gegenstand (3) her weiß ich zu der Sache eigentlich gar nichts, bisher habe ich mich nur auf eine medizinische Gegenstandsbildung eingelassen, die auf körperliche Abläufe zentriert ist. Die entscheidende Frage ist: Zeigt der kleine Gregor ein „Verhalten“, kann ich das Nur-so-Liegen eine Formenbildung nennen?

Ich verabschiede mich von dem Chirurgen, erkundige mich aber noch danach, ob die Eltern Gregor besucht haben. Hier noch nicht, wohl einige Male in der Intensivstation der Universitätsklinik. Da könne man wohl auch wenig erwarten, es handle sich bei der Familie um einen kleinen bäuerlichen Betrieb, in der ja zur Zeit die Zuckerrübenenernte im Gange sei, da würde wohl jeder gebraucht. Jetzt frage ich doch noch weiter: Wie war Gregor denn vor dem Unfall? Darüber ist nichts bekannt. Der Chirurg sagt, er habe ihn damals nach seiner Operation schnell zur Universitätsklinik verlegt. Ich könne ja Erkundigungen einziehen. Da sei auch ein Pfarrer, der ihn schon einmal sehr besorgt wegen Gregor angerufen habe und Gregor wohl gut kenne. Ich notiere mir seine Adresse. Verabrede für nachmittags einen Termin, dann wolle ich mir Gregor noch einmal anschauen. Der Chirurg ist wirklich voller Hoffnung, allein aus der Tatsache, daß ich mich noch weiterbemühen will. Psychologemagie?

Ich beschließe meinem mulmigen Gefühl zum Trotz, am Nachmittag der Formenbildungsfrage nachzugehen, mich eine Stunde allein zu Gregor zu setzen, dafür zu sorgen, daß keiner stört und zu beschreiben, was geschieht – falls etwas geschieht.

Inzwischen telefoniere ich mit dem Pfarrer, da ich die Eltern nicht erreichen kann. Der Pfarrer ist sehr hilfsbereit und gibt mir Auskunft.

Für mich ist es wichtig zu wissen, wie Gregor vor dem Unfall war. Er wird als ein munteres kleines Kerlchen geschildert, der Pfarrer kennt ihn gut, weil ihm an den Eltern viel lag: Der Vater ist bereits weit über die 60, Gregor ist ein Nachzügler, etwas zum Gespött der Nachbarn, die Eltern können sich wenig um ihn kümmern. Der Unfall passiert, als Gregor mit seinem kleinen Dreirad durch das offenegebliebene Hoftor auf die Straße fährt und von einem Auto erfaßt wird. Eigentlich sei das sonst immer geschlossen gewesen, da die Straße sehr befahren ist. Nach Auffassung des Pfarrers ist Gregor normal entwickelt, habe aber den stärksten Kontakt zur 21jährigen Schwester, die die Mutterrolle übernommen habe, auf dem Hof wohne, aber seit einiger Zeit eine Anstellung auf der Bank habe.

Nachmittags besuche ich wieder die Station. Der Chirurg stellt mir die Stationschwester vor. Auch sie will mir jede Unterstützung geben. Ich sage, daß ich jetzt für eine Stunde allein bei Gregor sitzen möchte, ich würde gar nichts tun, sondern nur bei ihm sitzen. Das finden alle etwas verwunderlich. Ich bitte, nach Möglichkeit nicht zu stören. Das erscheint leicht.

Ich betrete Gregors Krankenzimmer, es ist wie morgens – alles unverändert. Stationschwester und Chirurg begleiten mich. Wir stehen um das Bett herum. Reden auf Gregor ein. Nichts. Kopf wie immer flach seitwärts, Augen auf einen Punkt in der Ferne.

Ich setze mich seitwärts, so daß ich aus dem Gesichtsbereich von Gregor bin. Die anderen verlassen das Zimmer. Habe mein Schreibzeug auf dem Schoß. Ich sitze eine Zeit. Nichts. Da öffnet sich die Tür: Ich bekomme Kaffee gebracht. Sehr freundlich. Danke. Tür wieder zu. Ich sitze. Es ist Ruhe im Zimmer. Man hört ein Summen, eine Art leises Stationschwirren. Gregor bewegt seinen Fuß. Auch nach einer Zeit eine Art Zuckbewegung am ganzen Körper. Ich warte. Nichts. Kann

man den Satz überhaupt ins Protokoll schreiben: „Gregor bewegt einen Fuß“? Das ist doch falsch. Oder nicht? Ich streiche durch und schreibe darüber: Fußbewegung. Meine Formenbildungsfrage! Da Tür auf, zwei Schwestern rein, schließen einen neuen Tropf an, Gregor bekomme 'Happy Happy'. Zack, Schwestern wieder raus, dabei verwunderter Blick zu mir. Wieder Ruhe. Ich trinke leise meinen Kaffee – mache kein Geräusch. Fußbewegung. Armbewegung. Fußbewegung. Augenbewegung. Na? Ich bin ganz aufmerksam. Zack, Tür auf. Es soll gewischt werden. Bin ärgerlich. Lasse es nicht zu. – „Gut, später!“ – Setze mich wieder hin. Ruhe. Zack, Tür auf: Frau mit Tablett. – „Entschuldigung. Gregor ißt ja sowieso nichts!“ Tür zu. Ruhe. Fußbewegung. Armbewegung. Fußbewegung. Kopfbewegung. Meine Stunde ist herum.

Ich verlasse die Station, verabrede einen Termin für den nächsten Vormittag. Für den Rest des Tages geht mir der Fall Gregor nicht aus dem Kopf. Bin entmutigt. Tröste mich aber: Du mußt von deinem Gegenstand her weitermachen. Gehe davon aus, daß es eine Formenbildung ist, die du zunächst nicht 'verstehst'! Vielleicht ist sie doch verstehbar. Ich denke an SALBERS Auffassung über die Phantastik seelischer Werke, denke an DILTHEYS beschreibende und zergliedernde Psychologie (1) und an seine Forderung, jedwede künstlerische Vergegenwärtigung sei notwendig, denke an die eigenen Beschreibungsseminare.

Abends lese ich von LEM „Der futurologische Kongreß“ (2). LEM beschreibt eine phantastische Welt – Menschen bestehen fast nur noch aus rostigen Ersatzteilen, notdürftig durch Drähte zusammengehalten in einer verlotterten äußeren Realität – kein Auto funktioniert mehr – aber die Leute fahren Auto, indem sie brummend mit Lenkbewegungen durch die Straßen laufen, nein: hinken und humpeln, und dabei durch Psychopharmaka gestützt einen schwelgenden Luxus erleben.

Mir wird wieder fast schlecht. Wie sieht der Erlebenszusammenhang für Gregor aus, als er irgendwann nach dem Unfall wieder zu 'Bewußtsein' kommt?

In der Morphologie (4) heißt es zur Einübung: „Das Konzept einer umfassenden Einübung läuft der Subjekt-Objekt-Scheidung zuwider. Durch eine Verlagerung des Seelischen nach Innen und seiner 'Projektion' nach außen kann man den Phänomenen nicht gerecht werden. Man muß das Seelische zunächst einmal anders sehen lernen, als es üblicherweise der Fall ist. Erst dann gelingt es, in die Eigenwelt des Seelischen einzudringen. Die Dinge, die Anderen, ihr Blick, die 'Welt', sie sind als Glieder unseres Seelenlebens tätig. Sie geben dem seelischen Geschehen einen eigentümlichen Charakter und lassen sich nur zusammen mit der Formenbildung im ganzen verstehen.“

Wie sieht die seelische Welt von Gregor aus, als er wieder zu 'Bewußtsein' kommt? Welche Bilder bestimmen dann die Logik seines Wirkungsraumes (5)?

Keiner weiß das – aber: Vorher lebte er in einer bäuerlichen Welt, da wurden gerade Knollen gefahren (= Zuckerrüben). Da sind Schweine, ein Innenhof, eine verlockende Straße, auf der es interessant ist. Vater fährt mit dem Trecker einen Anhänger Knollen in den Hof. Gregor soll aufpassen, nicht mit seinem Dreirad dazwischenkommen. Und jetzt, als er zu 'Bewußtsein' kommt? Nichts von dem – phantastisch anders. Ich bin jetzt Gregor. Liege auf dem Rücken. Versuche den Arm zu heben. Nichts. Mich hält was fest. Angebunden. Schau nach oben – seltsames Summen. Weiße Gitterstäbe – alles so weiß, keine richtigen Konturen, bewege mich – das tut so weh. Nochmal. Das tut fürchterlich weh. Seltsame Schlangen kommen aus meinem Körper, sind mit was verbunden. Seltsame Apparate – dann: Wesen, groß und verummmt, Gespenster, gleiten lautlos da rum,

da beugt sich sowas über mich und immer wieder beugen die sich über mich, tun mir was, ziehen an den Schlangen, die mich innen beißen. Dann stechen sie mich. Wenn sich schon so ein Gespenst über mich beugt, weiß ich schon, jetzt tut's gleich weh. Laßt das sein, wo sind die anderen, was soll ich hier . . .

Es ist eine schreckliche Welt. Gut, daß ich mir das nur ausdenke. Das hält keiner aus. Ich würde mich so weit verkriechen, ich käme unter den flachsten Schrank . . . wenn so was überhaupt da ist. Wenn Gregor eine solche oder ähnliche Welt erlebt hat – das ist eine totale Verwandlung zu seiner Knollenwelt. Eine phantastisch andere, schreckliche Welt, da ist LEM harmlos dagegen. Die von Gregor ist sinnlich und brutal. Da wird man von oben gestochen. Und immer wieder. Und dann auch mal so angenehmes Reden der Gespenster von oben, und dann stechen sie doch!

Wenn ich mir das so ausdenke, dann habe ich schon immer 'Anverwandlungszusammenhänge' – aber wie ist das für Gregor? Keiner weiß das. Für Erwachsene ist es schon ein Schock, so etwas zu erleben. Das weiß ich aus Beschreibungen. SANDFORT (6) arbeitet an einer Diplomarbeit: Seelische Verarbeitungsprobleme bei plötzlich einsetzenden erheblichen körperlichen Behinderungen. Da wacht man auch irgendwann auf – von einem Moment zum anderen ist man querschnittsgelähmt. Vom Unfall weiß man nichts, retrograde Amnesie. Die hat Gregor sicher auch – es existiert im Erleben kein Unfall. Deswegen ist es ein phantastischer Übergang – ein Ruck, ohne etwas dazwischen. Wie im Film, wenn plötzlich die Rollen vertauscht sind, aber wir wissen, daß wir im Film sind. Gregor kennt gar keinen Film.

Am nächsten Morgen in der Klinik bitte ich die Stationschwester, sich dafür einzusetzen, daß ich bei Gregor nicht gestört werde. Ich will herausfinden, was sich tut, wenn es über lange Zeit hinweg ganz ruhig ist. Setze mich

wie gestern, aber so, daß ich seitwärts die Augen von Gregor beobachten kann.

Ruhe. Gregor liegt wie sonst. Murmelnde Geschäftigkeit draußen. Bekomme keinen Kaffee. Gott sei Dank. Ruhe. Nichts. Fußbewegung. Armbewegung. Fußbewegung. Lange Zeit Ruhe. Fußbewegung. Sitze jetzt 15 Minuten. Da: die Augen. Sie sehen einmal im Kreis. Pause. Fußbewegung. Armbewegung. Die Augen: nochmal im Kreis. Und nochmal. Die Augen auf mich. Bleiben einen kurzen Moment auf mich gerichtet. Dann schnurstracks wieder in die alte Position zurück. Ich bin tief erschreckt – habe das Gefühl: Er hat dich angesehen und weiß, daß du da bist. Jetzt keine Bewegungen mehr. Die Augen weiter in der alten Richtung. Nichts mehr. Auch keine Fuß- und Armbewegungen. Immer noch nichts. Sehe einen möglichen Zusammenhang: Auch gestern hörten die Bewegungen immer auf, wenn jemand reinkam. Ja, das kann sein. Wenn er eine Welt hat, dann eine schreckliche: Da muß man sich in ungeheure Fernen begeben, da muß man alles hinter sich lassen, da darf man keinen Körper haben. Denke jetzt wieder an das Von-oben-Stechen, wie ich mir es gestern ausgemalt habe. Zu dieser Welt gehört: Kommt jemand heran, dann Schmerz, – nur weg. Ein KZ (so schlimm dieser Vergleich auch ist) ist dagegen wenig. Da sind Haltepunkte, da ist ein gemeinsames Schicksal. Aber hier ist totales Ausgeliefertsein – dem kann nur durch totalen Rückzug begegnet werden. Durch Totstellen. Tür auf, Gregor wird 'versorgt'. Bin ja auch jetzt eine halbe Stunde bei ihm. Für die Abläufe auf einer chirurgischen Station bin ich sicher ein Hemmnis. Gregor wird von einer Schwester hochgenommen. Absolut apathisch. Schwester hält ihn im Arm, wie man Babys an die Schulter legt. Der Kopf von Gregor ist wie immer seitwärts gedreht, aber (und das sehe ich erst jetzt) fast überdreht, wie über den „Anschlag“ hinaus. Und zwar krampfhaft. Wie die Teufel auf den Bildern von Hieronymus BOSCH, – bevor sie vernichtet werden.

Jetzt bin ich entschlossen. Ich kann mich getäuscht haben, aber das Risiko muß ich eingehen. Sage zum Chirurgen, es seien Anzeichen für einen 'erlebnisreaktiven Schock' da. So drücke ich es aus. Eine fürchterliche Bezeichnung, aber was soll's. Das läßt sich gut in die Formulare eintragen, ist handlich und erweckt Hilfsbereitschaft. Sage dem Chirurgen, daß ich nicht ganz sicher sein kann, führe etwas zu der Erlebenswelt aus, die für ein so kleines Kind mit der Behandlung bisher entstanden sein kann.

Wie kann man Gregor helfen? Er muß aus seiner LEM-Welt raus, muß wieder Anschluß an seine Knollen-Welt bekommen. Vertraute Anverwandlungsmöglichkeiten aufgreifen.

Möglichst viel aus der Knollen-Welt hierher. Möglichst sinnlich, möglichst glaubhaft.

Hauptbezugsperson: die 21jährige Schwester. Weiß ich vom Pfarrer. Wo ist die?

Ist der Chirurg damit einverstanden, daß so einiges umgemodelt wird? Ist er. Gregors Schwester muß her. Muß hier einziehen. In das Bett von Gregor. Zwischen die Schläuche. Der Chirurg hängt sich ans Telefon. Ich fahre zu den Eltern. Eltern sind nicht abkömmlich, Knollenernte. Die Schwester, Karin, ist auf der Bank im Nachbarort beschäftigt. Erfahre einiges über Gregors Knollen-Welt. Größte Lust von Gregor war, hin und wieder bei seiner Schwester im Bett zu schlafen. Sie hat ihm oft lange Märchen vorgelesen.

Zurück in der Klinik erfahre ich, daß der Chirurg den Pfarrer mobilisiert hat. Der will sich einsetzen. Ich telefoniere mit dem Pfarrer. Mache ihm klar, wieso das so wichtig ist, daß Karin kommt.

Der Pfarrer erreicht, daß Karin in der Bank bezahlten Urlaub bekommt. Ich unterhalte mich mit Karin: Es kommt darauf an, daß Gregor das Gefühl ständiger Nähe hat. Sie

soll dauernd mit ihm reden, was ist egal. Ihn möglichst viel einfach festhalten. Er soll sie spüren. Karin ist motiviert. Sie zieht noch am gleichen Tag in das Zimmer von Gregor. Legt sich zu ihm.

Weiter: Keine Weißkittel mehr zu Gregor. Kittel vorher ausziehen. Karin muß bei allem dabei bleiben. Alles vermeiden, was ihm wehtun kann. Keine Hodenoperation!

Der Chirurg unterstützt es großartig. Rooming-in war bisher in der Klinik nicht möglich. Befremdliche Reaktion des Pflegepersonals.

Der Fall Gregor – ein Reifall für den Psychologen? Das sind meine Ängste. Ich kann mich verdammt lächerlich machen, wenn sich jetzt nichts tut. Aber der Fall Gregor ist auch ein Reifall für den Chirurgen – wenn sich nichts mehr tut. Dann sind wir eben beide reingefallen.

Auch am nächsten Tag bin ich in der Klinik, meine Hauptarbeit ist, Karin zu stützen, die über das Elend ihres Gregors in depressive Verstimmungen gerät. Sie sieht keine Veränderungen. Ich sage, man könne das auch nicht in wenigen Stunden erwarten. Sie hat den kleinen Gregor sehr gern.

Meine Wochentermine geraten durcheinander. Das kostet alles sehr viel Zeit. Meine Arbeitswelt ist für so etwas nicht ausgelegt. Aber es soll jetzt nicht an mir scheitern. Ich will es jetzt wissen.

Und da, nach zwei Tagen, ich sitze ruhig im Hintergrund des Zimmers. Karin spricht zu Gregor. Sitzt auf seinem Bett (das Kinderbett mit den Gittern wurde sofort gegen ein normales ausgetauscht, damit sich Karin neben Gregor legen kann). Gregor dreht den Kopf zu Karin, die links seitwärts neben ihm sitzt, und guckt Karin ruhig an. Er hört zu, was Karin ihm erzählt. Karin merkt nicht, was das

bedeutet. Mir stehen Tränen in den Augen. Es ist *doch* eine Formenbildung! So ist es richtig. So müssen wir weitermachen. Ich spreche jetzt aus dem Hintergrund, Karin wendet sich mir zu, Gregor 'versackt' wieder (in seine LEM-Welt?). Das macht jetzt nichts. Mache Karin darauf aufmerksam, was sich gerade ereignet hat und auch, daß wir uns ruhig unterhalten können, wenn Gregor nur das Gefühl hat, sie sei bei ihm. Möglichst viel Stimme von ihr und möglichst viel Berührung von ihr. Möglichst wenig fremde Berührung. Karin macht das großartig. Viel besser, als wenn ich hier eine Mutter hätte, die ein bedauerndes Gedudel anstimmen würde.

Einige Stunden später, ich bin wieder bei Gregor und Karin, dreht Gregor wieder den Kopf zu Karin. Karin greift das auf und berührt seine Nase mit ihrer Nase (trotz des Schlauches). Da verziehen sich Gregors Mundwinkel, es deutet sich ein Lachen an. Ganz verhalten, es wirkt vornehm. Wie ein Adliger, der weiten Abstand von solchen 'Regungen' hat. Auch etwas gönnerhaft. Und Gregor dreht den Kopf nicht weg, als sich Karin mit mir darüber unterhält.

Hans kommt zu Besuch, ein sechzehnjähriger Junge aus der Nachbarschaft, den Gregor gut kennt, hinter dem Gregor oft hergelaufen ist, weil der ihn immer so schön rumschwenken konnte. Und immer mit ihm von Mann zu Mann sprach. Das wußte ich von Karin, der Pfarrer hat den Besuch arrangiert. Hans hat sich frei genommen. Er ist im ersten Lehrjahr. Hat eine Rassel mitgebracht, und Karin sagt: „Guck doch eens, wör da is, de Hans. De Hans. De hät een Rassel für Dich.“ Hans steht vor dem Bett, hält die Rassel hoch. Gregor dreht den Kopf und guckt auf die Rassel. Hans sagt: „Mann, wat maahst du dann für Sache hee. Du bis aber fürnehm hee. Du seechst mer mit de Dag“ – Gregor dreht den Kopf zu Hans. Langsam, wie sichernd. „Eihhh, du, du bis doch minge Fuzzemann . . . Maahst du mich net mehr ligge . . . Fuzzemann?“

Bei „Fuzzemann“ bewegt Hans seinen Kopf betont auf Gregor zu und spricht die ‘Z’-Laute deutlich zischend aus. Fuzzemann ist Gregors Kosenname, er wird nur von Hans verwendet. Da lacht Gregor ihn an, so etwas stoßartig, ganz kurz. Karin freudig und gedehnt: „Jo, du kannst jo laachen mit uns!“

Wir lachen alle. Ich finde es großartig, wie sich Hans auf die Situation eingelassen hat. Ich bitte ihn, dem Gregor einfach was zu erzählen, was sich auf dem Hof ereignet. Hans erzählt von der Knollenernte. Wir alle haben den Eindruck, daß Gregor interessiert zuhört. Die Anhänger sind wieder so voll, die Knollen fallen seitwärts herunter, gute Ernte. Der Vater ist stolz usw.

Und jetzt geht es vorwärts. Am nächsten Tag kann die künstliche Ernährung eingestellt werden. Die Schläuche kommen weg. Gregor läßt sich von Karin mit dem Teelöffel Brei geben. Am nächsten Tag nimmt Gregor Karin ein Plätzchen aus der Hand, das sie ihm hält. Er steckt es selbst in den Mund.

Und jetzt läuft es wie von selbst. Ich komme am nächsten Morgen ins Zimmer, da sitzt Gregor auf einem Kinderstuhl am Kindertisch, noch wackelig, Karin stützt ihn seitwärts, und Gregor isßt. Nimmt sich kleingeschnittenes Brot vom Teller, schiebt es sich in den Mund und kaut. Läßt sich durch mein Eintreten nicht vom ‘Speisen’ abhalten. Wie er so isßt, hat es wieder etwas Vornehmes, Distanziertes an sich. Lacht mich auch an, als ich mir Mühe gebe und Quatsch mache. Karin nennt es „Quatsch-Machen“. „Macht der Rolf wieder Quatsch?“ – Gregor lacht nochmal. Nach dem Essen legt Karin ihn in Bauchlage auf das Bett, spielt mit ihm. Er lacht Karin jedesmal an, wenn sie sich ihm zuwendet.

Zwei Tage später spielen wir zu dritt auf einer Decke auf dem Fußboden. Habe einen Trecker mit Anhänger mitgebracht, spiele mit ihm ‘Knollen-Wegfahren’. Zur Fabrik. Da

müssen sie ausgeladen werden. Ich lade auf Klötze. Gregor soll den Trecker mit dem Anhänger schieben. Er zögert. Karin sagt: „Jo die müssen doch hin zur Fabrik!“ – da schiebt er das Gefährt. Und so geht es hin und her, ich lade auf, er fährt zur Fabrik, und Karin läßt ab. Da sagt Karin: „Aber der Trecker sagt ja nichts, der macht doch *Brumm!*“ Gregor macht „Brumm“. Pause. Dann wieder „Brumm . . . brumm . . . brumm“. Gregor fährt brummend zur Fabrik. Karin und ich sehen uns an. Es sind die ersten Geräusche, die Gregor mit seiner Stimme macht.

Am nächsten Tag, als ich das Zimmer betrete: Da ist etwas passiert. Gregor liegt in seinem Bett in der Haltung wie immer. Kopf stramm nach rechts. Augen in die Ferne. Karin aufgelöst. Weint. Was ist geschehen? Es seien plötzlich zwei Schwestern reingekommen, die sie noch nicht gesehen habe. In Weiß. Die wollten Gregor waschen, was sie doch bis jetzt immer getan habe. Ihr Einspruch habe nichts genutzt. Gregor habe sich auch gewehrt und auch geschrien. Zwangswaschen. Die Schwestern wußten nichts vom Arrangement, kamen gerade aus dem Urlaub.

Ein Rückfall. Und: eine ungewollte Bestätigung über die Realität von Gregors LEM-Welt. Und: Dieses apathische Liegen ist eine sinnvolle, produktive seelische Formenbildung, ist eine *aktive* Antwort auf seine Situation.

Ich tröste Karin. Spreche ihr Mut zu. „Das ist auch schnell wieder weg.“ Und das stimmt auch. Nachmittags ist es schon wieder weg.

Solche Pannen lassen sich wohl nicht vermeiden, der Chirurg und ich sind uns aber einig, daß Gregor so bald wie möglich nach Hause entlassen werden muß. Zumal sich in den nächsten Tagen herausstellt, daß die Belastung für Karin recht hoch ist, da ihr Freund wenig Verständnis für die Situation aufbringen kann.

Ein weiterer Rückfall tritt ein, als Karin die Klinik für einige Stunden verläßt, um sich mit ihrem Freund zu treffen. Der Freund wollte nicht in die Klinik kommen. Gregor beginnt zum ersten Mal zu weinen, als Karin wieder zurückkommt. Er weint in seiner Seitenlage, Karin nimmt ihn hoch, tröstet ihn, schluchzend klammert er sich an Karin.

Nach sechs Tagen beginnt Gregor, die ersten Worte zu sprechen. Darauf haben alle gewartet. Vor allem ist es bis zu diesem Punkt unklar, ob sich nicht doch noch Defekte zeigen. Diese Angst ist ab jetzt unbegründet.

Nach weiteren sechs Tagen kann Gregor aus der Klinik entlassen werden. Karin wird weitere sechs Wochen Urlaub in der Bank bekommen und sich um Gregor kümmern. Die weitere medizinische Versorgung kann ambulant durchgeführt werden. Eine weitere psychotherapeutische Behandlung wird als notwendig angesehen, zumal auch die Fixierung auf Karin bearbeitet werden muß.

Sowohl dem Chirurgen als auch mir ist deutlich geworden, daß es ohne eine psychische Gegenstands-bildung bei der klinischen Behandlung solcher Fälle nicht geht. Aber sie kann wiederum nicht die medizinische Gegenstands-bildung ersetzen. Dann würde Gregor nicht mehr leben. Andererseits kann der Erfolg der medizinischen Leistung durch die Negierung der seelischen Zusammenhänge wieder zerstört werden. Wir sind uns einig, daß es sicher viele Gregors in den Kliniken gibt.

Aber in den Kliniken ist meist keine Organisation für eine psychologische Behandlung und Supervision vorhanden. Meine Zuarbeit ist nur der besonderen Aufgeschlossenheit des Chirurgen zu verdanken. Etats gibt es für solche psychologische Arbeit nicht, da die Krankenhäuser dies nicht mit den Kassen abrechnen können.

## Literatur

- 1) DILTHEY, W.: Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Ges. Schr. Bd. 5. Leipzig – Berlin 1924
- 2) LEM, S.: Der futurologische Kongreß. Frankfurt 1974
- 3) SALBER, W.: Der Psychische Gegenstand. 2. Aufl. Bonn 1965
- 4) SALBER, W.: Morphologie des seelischen Geschehens. Ratingen 1965
- 5) SALBER, W.: Psychologie in Bildern. Bonn 1983
- 6) SANDFORT, L.: Seelische Verarbeitungsprobleme bei plötzlich eingetretenen erheblichen körperlichen Behinderungen. Unveröff. Dipl.-Arb. Köln 1983

Dr. R.G. Dellen  
Psychologisches Institut II, Universität Köln  
Haedenkampstraße 2, D-5000 Köln 41

Arbeitsschwerpunkte: Klinische Psychologie, Wissenschaftstheorie

Veröffentlichungen zu Problemen des Studiums an der Universität, Klinischer Psychologie, Verkehrssicherheitsproblemen