

**Der Umgang mit der Lebensbedrohung
in der gestalttherapeutischen Arbeit
mit krebskranken Kindern und Jugendlichen**

Graduierungsarbeit

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Fachsektion für Integrative Gestalttherapie

Mag. Veronika Kranewitter

Wien, im Juli 2000

Mein Dank gilt folgenden Personen:

Herrn Dr. Reinhard Topf, dem Leiter der Psychosozialen Gruppe im St. Anna Kinderspital, für seine vielseitige fachliche Unterstützung sowie für zahlreiche Anregungen

Herrn Univ. Prof. Dr. Helmut Gadner, dem Ärztlichen Direktor des St. Anna Kinderspitals

meinen Kolleginnen im Psychosozialen Team

dem medizinischen und pflegerischen Personal der Station 2 A

Frau Mag. Kathleen Höll

Fr. Dr. Inge Bolen

Frau Mag. Ines Dongowski

Frau Elvira Wessely

Frau Barbara Zumpfe

und im besonderen den Patienten und ihren Eltern

Inhalt:

1. Einleitung	2
2. Das psychosoziale Betreuungskonzept der Pädiatrischen Onkologie im St. Anna Kinderspital	6
3. Das Verständnis von Krankheit und Tod bei Kindern und Jugendlichen	9
4. Die Diagnose Krebs und ihre Auswirkung auf den Patienten	15
4.1 Die Gestalt Krebserkrankung	15
4.2 Zur Frage der Krankheitsaufklärung	18
4.3 Das Feld Familie	20
4.4 Selbstregulation	22
4.4.1 Widerstand	24
4.4.2 Bewältigungsmechanismen	26
4.4.3 Phantasie, Spiel und Sprache als Ausdruck der Selbstregulation	30
4.5 Schlußfolgerungen für die therapeutische Arbeit	33
5. Die therapeutische Arbeit mit der Lebensbedrohung	34
5.1 Das Gespräch über die Lebensbedrohung	34
5.2 Zwei Fallbeispiele: Michael und Sarah	39
5.3 Die therapeutische Beziehung	48
5.4 Die therapeutische Arbeit mit dem Feld Familie	51
5.5 Der Umgang mit dem Widerstand	54
5.6 Therapeutische Ziele und Interventionen	57
5.7 Der Widerstand der Therapeutin	61
6. Schlußwort	64
7. Literatur	65

1. Einleitung

Stefanie¹, ein fünfjähriges Mädchen, hat es einmal sehr deutlich ausgedrückt: Sie saß mit mehreren Kindern zusammen im Spielzimmer auf der Station, sie klecksten mit viel Farbe am Papier herum, sie machten "Schmetterlingsbilder". Nach den ersten Bildern wurden die Farbkleckse immer dicker, immer mehr verschiedene Farben mischten sich, und Stefanie verschmierte sie mit ihren Fingern auf dem Papier. Ihre Mutter und auch die Mütter der anderen Kinder saßen dabei, schauten zu und unterhielten sich miteinander. Stefanies Mutter beobachtete ihre Tochter, lachte und sagte: "Ja, das Klecksen und mit der Farbe herumpantschen, das ist für sie das Schönste, was es gibt." Und Stefanie rief plötzlich mit kräftiger Stimme: "Ja, und leben auch!"

Die Szene ist eine "harmlose", vielmehr eine lustige Situation, und zugleich spiegelt sie die existentielle Situation wider, in der sich Stefanie und ihre Mutter befinden: Vor ein paar Wochen wurde bei Stefanie eine Leukämie diagnostiziert. Die Mutter litt sehr darunter, daß sie nicht wußte, wie sie über diese gefährliche Krankheit reden soll; schon gar nicht, wie sie mit ihrer Tochter darüber reden soll. Wenn Stefanie mit den anderen Kindern im Spielzimmer saß, ging sie immer wieder ins Krankenzimmer um dort ihre Tränen loszulassen. Sie bemühte sich sehr, nicht vor ihrem Kind zu weinen. Mittlerweile hat sich die Situation bereits stabilisiert, Stefanie wird seit mehreren Wochen behandelt, die Leukämie ist nachweisbar zurückgegangen. Und jetzt drückt Stefanie ihre Lebenslust auf so direkte und offene Art aus.

Ich suche mir dieses Thema für meine Graduierungsarbeit aus, weil es mir ein Anliegen geworden ist, für mich und auch für andere das explizit zu machen, was mir in meiner Arbeit auf einer onkologischen Station des St. Anna Kinderspitals immer wieder sehr berührend und oft sehr implizit begegnet: die Angst vor dem Tod und - oft noch deutlicher - die Sehnsucht nach dem Leben. Was mich an dem Thema interessiert, ist, auf welche Weise Kinder und Jugendliche ihre Lebensbedrohung zum Ausdruck bringen und wie wir als Psychotherapeuten sie in der Auseinandersetzung mit dieser Lebensbedrohung unterstützen können.

Ein Kernpunkt in dieser Thematik ist die Frage, ob und in welcher Form die Lebensbedrohung durch die Krebserkrankung von mir als Psychotherapeutin angesprochen werden soll. Wie reagiere ich beispielsweise, wenn mich ein Kind fragt, was passieren kann, wenn die Therapie nicht hilft? Wie reagiere ich, wenn Eltern mich

¹ Bei allen Fallbeispielen wurden die Namen und biographische Details so verändert, daß das jeweilige Kind nicht identifizierbar ist aber der Inhalt nicht verzerrt wird.

bitten, mit ihrem Kind über das Wort "Krebs" zu sprechen? Diese und ähnliche Fragen sind in meiner Arbeit von zentraler Bedeutung und oft ist sehr rasch eine Antwort notwendig.

In dieser Graduierungsarbeit möchte ich nun ein theoretisches Konzept entwickeln, das mir bei der Beantwortung dieser Fragen hilfreich ist. Dazu wende ich einige zentrale Konzepte der Integrativen Gestalttherapie auf die Arbeit mit der Lebensbedrohung mit krebskranken Kindern und Jugendlichen an. Dabei werden die gestalttherapeutischen Begriffe der "Beziehung" und des "Dialogs" sowie das theoretische Konzept der Arbeit mit dem Widerstand eine zentrale Rolle spielen.

In der Arbeit mit krebskranken Kindern gibt es zwei zentrale Aspekte, die meinen Umgang mit der Lebensbedrohung des Kindes stark prägen:

■ Durch das Eingebundensein des Kindes in das Feld Familie ergibt sich in der Arbeit mit Kindern eine besondere Situation: Die Aufklärung des Kindes über seine Krankheit kann nur mit dem Einverständnis der Eltern stattfinden. Im St. Anna Kinderspital wird die Aufklärung der Kinder sehr stark in den Mittelpunkt gestellt. Die ärztliche Aufklärung beinhaltet auch, daß das Kind den Namen für seine Krankheit - also das Wort "Leukämie", "Lymphom", "Tumor" etc. und auch das Wort "Krebs" hört. Manchmal entstehen an dieser Stelle schwierige Situationen, wenn die Eltern noch nicht dazu bereit sind, daß diese Worte vor dem Kind genannt werden. Gestalttherapeutisch gesprochen bedeutet das, das Feld Familie bzw. die Eltern-Kind-Beziehung müssen in die Aufklärung mit einbezogen werden. Bei vielen Familien gehört es zu den Zielen meiner therapeutischen Arbeit, die Kommunikation in der Familie über die Krankheit zu fördern, weil sie dem Kind die Bewältigung seiner Erkrankung erleichtert.

■ Die Heilungswahrscheinlichkeit ist durch die Fortschritte der Medizin inzwischen bei vielen kindlichen und jugendlichen Krebserkrankungen sehr hoch. Beispielsweise können inzwischen etwa 80 Prozent der kindlichen Leukämien geheilt werden. Bei bestimmten Formen von Leukämie ist die Heilungsrate sogar noch höher. Die Eltern werden über diese prognostischen Daten aufgeklärt. Es ist allerdings nicht oder nur zum Teil absehbar, ob gerade ihr Kind zu den geheilten Kindern gehören wird. Oder wird ihr Kind einen Rückfall bekommen und trotz Knochenmarkstransplantation nicht geheilt werden können, oder wird es während der Chemotherapie eine gefährliche Infektion bekommen, die nicht mehr in den Griff zu bekommen ist? Oder wird ihr Kind einen Rückfall bekommen und durch die zweite chemotherapeutische Behandlung geheilt

werden? Die Sicherheit des Überlebens des Kindes, die sich die Eltern wünschen würden, kann im Grunde kein Arzt geben.

Auf der onkologischen Station, auf der ich tätig bin, sind viele Kinder mit Leukämien und malignen Lymphomen. Viele dieser Erkrankungen, die früher innerhalb von Wochen oder Monaten zum Tod führten, sind also inzwischen zu Erkrankungen geworden, die zu einem hohen Prozentsatz geheilt werden können. Charakteristisch für die Situation vieler Kinder auf unserer Station ist also, daß ihre Prognose irgendwo zwischen einem gesunden Leben und dem nicht wahrscheinlichen, aber doch auch möglichen Tod liegt. Ich beziehe mich in dieser Arbeit also hauptsächlich auf diese Erkrankungen und gehe nur peripher auf andere Krebsarten ein. In meiner Beschreibung der therapeutischen Arbeit mit der Lebensbedrohung beziehe ich mich jedenfalls auf die Arbeit mit Kindern, die eine relativ gute, wenn auch eben nicht sichere Prognose haben.

Ich glaube, daß es sich hier um eine ganz spezielle Problematik handelt, in der die Auseinandersetzung mit dieser Ungewißheit eine zentrale Rolle spielt. Ich denke, daß die Auseinandersetzung mit der möglichen Lebensbedrohung in einer solchen Situation eine andere ist, als die Auseinandersetzung mit dem Tod in einer Situation, in der die Wahrscheinlichkeit der Heilung auf eine geringe Prozentzahl gesunken ist. Es geht mir also um die Phantasie der Lebensbedrohung, die zwangsläufig bei einer nicht hundertprozentigen Heilungschance entsteht, sowie um ihre Verarbeitung. Sehr wohl setzen sich Eltern wie auch Kinder in dieser Situation bewußt oder unbewußt mit den beiden Polaritäten - "durch die medizinische Behandlung zum gesunden Leben" oder "die Krankheit nicht überleben" - auseinander. Ich halte es für hilfreich, wenn beide Möglichkeiten angesprochen werden können, und wenn es in der Familie zwischen Eltern und krankem Kind möglich ist, auch über die mögliche Lebensbedrohung zu sprechen.

Andererseits ist es gerade in dieser ungewissen Situation verständlich, daß sich viele Eltern auf die eine Seite konzentrieren, nämlich auf die, daß die medizinische Behandlung zur Gesundung des Kindes führt. Die Hoffnung auf die Heilung der Krebserkrankung ist zugleich auch notwendig, weil die Behandlung auch beschwerliche Nebenwirkungen und Belastungen mit sich bringt. Hier ist der gestalttherapeutische Begriff der Selbstregulation von zentraler Bedeutung: Im Sinn dieser Selbstregulation klammern sich einige Eltern auf die eine der beiden Polaritäten, nämlich auf die der Heilung, und verdrängen die Lebensbedrohung. Daher ist es ihnen auch oft nicht möglich, mit dem Kind über die Gefährlichkeit der Krankheit zu sprechen. Doch gerade hier ist es wichtig, daß dieser Widerstand respektiert und nicht übergangen wird.

Ich halte die Integrative Gestalttherapie für eine sehr gute Grundlage bei der Arbeit mit krebskranken Kindern und ihren Eltern, weil der Kontakt zum Klienten zentral gesetzt wird, und weil die Autonomie und Selbstregulationsfähigkeit des Klienten im Vordergrund steht. Damit verfügt die Gestalttherapie über Theorien, mit denen die Situation eines krebskranken Kindes und seiner Familie gut erklärt und ein sinnvolles psychotherapeutisches Vorgehen konzipiert werden kann.

Ziel dieser Graduierungsarbeit ist es also, mittels gestalttherapeutischer Begriffe zu beschreiben, in welcher Situation sich ein Kind nach der Diagnose "Krebs" befindet, auf welche Weise sich die Patienten mit der Lebensbedrohung auseinandersetzen und wie sie diese verarbeiten. Außerdem möchte ich einen Einblick in meine therapeutische Arbeit geben und erklären, auf welche Art ich glaube, die Patienten in ihrer Auseinandersetzung mit der Lebensbedrohung unterstützen zu können. Einige Fallbeispiele sollen dabei meine Erfahrungen schildern und meine theoretischen Ausführungen illustrieren.

Topf et al. (1997) beschrieben das psychosoziale Betreuungskonzept der Pädiatrischen Onkologie im St. Anna Kinderspital ausführlich. Ich möchte es kurz im zweiten Kapitel referieren, um die Rahmenbedingungen meiner psychotherapeutischen Arbeit darzulegen.

Eine weitere wichtige Grundlage sind die Beobachtungen und Theorien zum Krankheits- und Todesverständnis von Kindern und Jugendlichen, die im dritten Kapitel zusammengefaßt werden. Im vierten Kapitel beleuchte ich mittels einiger zentraler Begriffe der Gestalttherapie die psychische Situation von krebskranken Kindern und Jugendlichen und ihre Art der Verarbeitung. Im letzten Kapitel möchte ich anhand zweier ausführlicher Fallbeispiele meinen Umgang mit der Lebensbedrohung in meiner psychotherapeutischen Arbeit mit den Patienten darstellen.

2. Das psychosoziale Betreuungskonzept der Pädiatrischen Onkologie im St. Anna Kinderspital

Ich möchte hier kurz den Rahmen meiner psychotherapeutischen Arbeit im St. Anna Kinderspital darstellen, um eine Grundlage für die weiteren Ausführungen zu geben: Das St. Anna Kinderspital ist ein Kinderkrankenhaus mit somatischer Ausrichtung, das heißt, es werden keine primär psychologisch-psychotherapeutischen Fragestellungen behandelt. Die psychologisch-psychotherapeutische Betreuung stellt jedoch eine wichtige Unterstützung des Kindes und seiner Familie bei der Bewältigung der Krankheit dar. Topf et al. (1997) haben das unserer Arbeit zugrundeliegende Konzept ausformuliert (vgl. auch Topf 1997).

Das Kind kommt aufgrund seiner somatischen Erkrankung ins Krankenhaus. Für die onkologischen Stationen bedeutet das, daß das Kind meist zur definitiven Diagnosestellung und medizinischen Behandlung einer Krebserkrankung zu uns kommt. Es handelt sich dabei in jedem Fall um eine schwerwiegende Erkrankung, die Prognose ist aber je nach Erkrankung sehr unterschiedlich. Die medizinische Behandlung ist bei den meisten Patienten mit vielen Belastungen verbunden: Sie erhalten eine chemotherapeutische Intensivtherapie, die mehrere Monate andauert und mit beschwerlichen Nebenwirkungen einhergeht: Übelkeit, Erbrechen, Mundschleimhautentzündung, Entzündung der Schleimhäute im Magen-Darm-Trakt, Haarausfall, Infektionsgefahr durch Verminderung der Immunabwehr, Fieber. Bei manchen Patienten wird eine Knochenmarkstransplantation oder Stammzelltransplantation durchgeführt.

Das psychosoziale Team besteht aus KindergärtnerInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterIn, MusiktherapeutIn und PsychotherapeutInnen und arbeitet interdisziplinär. Dabei steht die gesamte psychosoziale Versorgung der Familie im Blickfeld: die Bewältigung der durch die Diagnosestellung ausgelösten Krisensituation durch die gesamte Familie, die Möglichkeiten der sozialen Unterstützung, die Betreuung der Geschwisterkinder, der Schulunterricht für das kranke Kind, die sozio-ökonomische Situation der Familie, das familiäre Umfeld etc.

Die psychologische und psychotherapeutische Arbeit soll in dieser Zeit eine Unterstützung für Kind und Eltern bieten, die es der Familie erleichtert, die Krankheit und die Erfordernisse der Behandlung möglichst gut zu bewältigen. Wir arbeiten dabei auf mehreren Ebenen gleichzeitig: auf der Ebene der psychotherapeutischen Arbeit mit

dem Kind, auf der Ebene der Elternberatung und auf der Ebene der engen Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal (vgl. Topf et al. 1997).

Die psychotherapeutische Arbeit mit dem Kind:

In der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Kind steht die Förderung der Krankheitsbewältigung des Kindes im Vordergrund. Dabei arbeiten Psychotherapeuten und Ärzte eng zusammen: "Dieses Team versucht [...] eine Umwelt im Krankenhaus zu bieten, welche es dem Kind ermöglichen sollte, sich aktiv der Krankheit zu stellen und diese zu bewältigen. Es wird dabei konzeptionell versucht darauf zu achten, daß das Kind Partner der medizinischen Behandlung wird und größtmögliche Kontrolle über seine Umgebung hat." (Topf et al. 1997, S. 16) Der Arzt führt nach dem Diagnosegespräch mit den Eltern auch ein Gespräch mit dem Kind. Als Psychotherapeutin nehme ich an diesen Gesprächen teil, um mit dem Kind eine gemeinsame Grundlage für die psychotherapeutische Arbeit zu haben.

In diesem Aufklärungsgespräch erklärt der Arzt dem Kind das Wesen seiner Erkrankung, wie ich hier am Beispiel der Leukämie aufzeigen möchte: Im Blut gibt es verschiedene Blutzellen (rote Blutkörperchen, weiße Blutkörperchen, Blutplättchen), bei der Leukämie sind einige der weißen Blutzellen entartet und haben sich vermehrt. Sie heißen Leukämiezellen. Bei kleineren Kindern greift man auf die Vereinfachung "gute Zellen" - "böse Zellen" zurück. Die Chemotherapie soll die bösen Zellen oder Leukämiezellen kaputt machen. Leider trifft sie aber auch die gesunden Zellen. Deshalb spürt das Kind unangenehme Nebenwirkungen dieser Chemotherapie: Mundschleimhautentzündung, Entzündung der Schleimhäute im Magen-Darm-Trakt, Haarausfall und Verminderung der weißen Blutzellen, die für den Schutz vor Krankheiten zuständig sind. Das Kind darf deshalb nicht in die Schule oder den Kindergarten gehen, weil es sich nicht vor Krankheiten schützen kann. Andere Kinder haben vielleicht ansteckende Krankheiten ohne es zu wissen, oder auch einfach nur einen Schnupfen. Wenn sich das krebserkrankte Kind damit anstecken würde, wäre das gefährlich, weil es keine ausreichende Immunabwehr hat. Deshalb soll das Kind sich nicht in geschlossenen Räumen aufhalten, in denen viele außerfamiliäre Menschen sind. Es darf also auch nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren.

Der Arzt erklärt dem Kind diese wichtigsten Aspekte der Erkrankung mit dem Ziel das kognitive Verstehen des Kindes über die Notwendigkeit der medizinischen Therapie zu fördern. Im weiteren arbeite ich als Therapeutin an der Intensivierung dieses Verständnisses. Dabei versuche ich die bildliche Vorstellung über das Krebsgeschehen

und seine Bekämpfung durch Chemotherapie fördern. Zu diesem Zweck gibt es zahlreiche Materialien wie Bücher, Videofilme, Broschüren, etc. Ziel dieser psychotherapeutischen Arbeit ist eine aktive Krankheitsbewältigung des Kindes und die Bewältigung der Anforderungen der Behandlung (Tabletten schlucken, zu Untersuchungen gehen, Schmerzbewältigung, Angstbewältigung). Weitere zentrale Ziele der psychotherapeutischen Arbeit sind die Förderung der Kommunikation über die Krankheit innerhalb der Familie, die Förderung des emotionalen Ausdrucks des Kindes in Bezug auf seine Krankheit und die Bewußtmachung der eigenen Bedürfnisse des Kindes und der Möglichkeit ihrer Erfüllung im Stationsalltag.

In dieser psychotherapeutischen Arbeit stehen die folgenden Fragen zum Krankheitsverlauf im Mittelpunkt (vgl. Topf et al. 1997): Wie nimmt das Kind die Diagnose auf? Wie sehr kann das Kind die familiäre Umwelt mobilisieren und nützen? Wie gestaltet das Kind seine Beziehungen zu Ärzten, zum Pflegepersonal, zum psychosozialen Team, aber auch zu anderen Kindern auf der Station? Wie gut wird das Kind von den nahen Bezugspersonen psychisch gehalten? Die psychotherapeutische Unterstützung will die Kompetenz des Kindes mit seiner Erkrankung umzugehen stärken.

Die Elternberatung:

Die familienzentrierte Betrachtungsweise stellt das kranke Kind in den Mittelpunkt, bezieht aber sein familiäres Umfeld mit ein. Wir gehen also in unserer Arbeit davon aus, daß das kranke Kind in einer Abhängigkeit von seinen Eltern steht und daher das ganze Familiensystem in der pädiatrischen Onkologie mit im Blickfeld sein muß. Die Elternberatung besteht zum einen aus der Krisenintervention mit den Eltern, zum zweiten aus der Beratung der Eltern, in welcher Form sie ihr Kind bei der Bewältigung seiner Krankheit am besten unterstützen können. "Primäres Ziel des psychosozialen Vorgehens ist es, die Eltern in ihrer Betreuungskompetenz zu stärken, damit sie den Anforderungen, welche sich aus der Betreuung des krebserkrankten Kindes ergeben, besser standhalten können." (Topf et al.1997, S. 16)

3. Das Verständnis von Krankheit und Tod bei Kindern und Jugendlichen

Ein wichtige Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit mit krebserkrankten Kindern stellt die Frage dar, in welcher Form Kinder ihre Krankheit verstehen können und welche Phantasien und Vorstellungen sie von Krankheit überhaupt, aber auch von Lebensbedrohung und Tod haben. Hier sei ein Überblick über die Theorien über die Entwicklung des kindlichen Verständnisses von Krankheit und Tod gegeben. Dazu greife ich vor allem auf die Theorien psychoanalytischer Autoren zurück, die Formulierung der Krankheits- und Todeskonzepte von Kindern und Jugendlichen auf Grundlage einer gestalttherapeutischen Entwicklungspsychologie ist ausständig.

Krankheitskonzepte bei Kindern und Jugendlichen

Petermann (1997, zit. nach Kahles 1999) beschreibt die Vorstellungen von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen über ihre Krankheit. Diese sind von mehreren Faktoren abhängig: vom kognitiven Entwicklungsstand des Kindes, von der Art der Krebserkrankung und von den Phantasien über die Bedeutung der Krankheit. Das kognitive Verständnis der Krankheit stellt Petermann anhand der Entwicklungsstufen nach Piaget dar: In der Stufe des voroperatorischen, anschaulichen Denkens (2. - 5. Lebensjahr) hat das Kind ein stark egozentrisches Bild seiner Krankheit: Meist glaubt das Kind, daß es selbst oder ein konkretes Objekt an seiner Krankheit schuld seien. Das vermeintlich auslösende Ereignis und die Erkrankung müssen dabei in keinem zeitlichen Zusammenhang stehen. Nach Zapotocky (1995) ist in dieser Zeit die Angst vor der Trennung von den Eltern zentral. Ab ca. 5 Jahren sieht Zapotocky die Angst vor Schmerzen und körperlichen Eingriffen im Vordergrund. Kübler-Ross (1983) meint, die Angst vor Schmerzen, körperlichen Eingriffen und vor Verstümmelung sei schon im Alter von 3 bis 4 Jahren zentral. In dieser Zeit ist es besonders wichtig, das Kind offen auf die medizinischen Eingriffe vorzubereiten und keine Versprechungen zu machen, die nicht gehalten werden können (z.B. keine Schmerzen).

In der Stufe des konkret-operatorischen Denkens (5. bis 10. Lebensjahr) kann das Kind nach Petermann (1997, zit. nach Kahles 1999) stärker zwischen inneren und äußeren Ursachen unterscheiden, daher kann es auch Krankheitserreger als Grund für Krankheiten sehen. Bei entsprechender Erklärung ist das Kind in dieser Zeit für äußere Ursachen zugänglich. Es kann von seinen kognitiven Fähigkeiten her verstehen, daß es

nicht selbst an der Krankheit schuld ist. Das Kind hat noch keine genauen Vorstellungen der inneren Organe, sein Verständnis kann aber durch bildliche Darstellungen unterstützt werden. Der Sinn der Therapie kann erst von Kindern in dieser Entwicklungsstufe wirklich erfaßt werden.

In der Phase des formal-operatorischen Denkens (ab 10. Lebensjahr) ist die Fähigkeit zur Abstraktion erreicht, das Kind hat eine innere Vorstellung der Organe und ihrer Funktionen. Kinder können jetzt die Krankheit und die Therapiemaßnahmen nachvollziehen. Verschiedene Ursachenerklärungen können miteinander verbunden werden.

Nach Barkhausen (1993, zit. nach Kahles 1999) besteht ein wesentlicher Unterschied in der Krankheitsverarbeitung bei Leukämien oder Knochentumoren: Bei einem Knochentumor erinnern sich Kinder an genau tastbare, schmerzhafte körperliche Veränderungen. Daher ist auch für das Kind die Vorstellung möglich, daß ein Körperteil erkrankt ist und behandelt werden muß. Die Operation des Tumors kann gut nachvollzogen werden. Bei den Leukämien sind die ersten Symptome sehr diffus und nicht auf einen Körperteil bezogen (blaue Flecken, Fieber, Erbrechen, Schwächegefühle, Knochenschmerzen). Die Krankheit befindet sich im Blut, ist also im ganzen Körper. Mit dem Beginn der Behandlung wird es für leukämiekranken Kinder sehr schwierig, Krankheit und Therapie von einander zu unterscheiden, weil die Nebenwirkungen der Chemotherapie (Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, etc.) weit unangenehmer und stärker erlebt werden als die Krankheitssymptome. Auch Bürgin und DiGallo (1998) beschreiben, daß die Leukämie wegen dieser diffusen Symptomatik für die Kinder eine Unfaßbarkeit hat und deshalb einen besonders unheimlichen Charakter erhält.

Neben dem kognitiven Krankheitsverständnis und der bildlichen Vorstellung der Krankheit im Körper prägen auch die Phantasien des Kindes über die Krankheit und deren Ursache seine Vorstellung. Nach Bürgin (1981) suchen Kinder eine Orientierung und entwickeln daher sehr rasch Gedanken und Phantasien über ihre Krankheit. So kommen sie zu Glaubensinhalten, die eine Mischung aus Realitätswahrnehmung, subjektiven Lebenserfahrungen und Abwehrmechanismen sind. Er unterscheidet zwei prinzipielle Arten von Glaubensinhalten: Glaubensinhalte, die mit Schuldzuweisungen an sich selbst und Schuldgefühlen zu tun haben (das Kind glaubt also, selbst an der Krankheit schuld zu sein), und projektive Glaubensinhalte, in denen ein externer Faktor den Ausbruch der Krankheit bewirkt hat. Im zweiten Fall wird die Krankheit als ein innerer Feind gesehen, der vom Körper Besitz ergreift.

Todeskonzepte bei Kindern und Jugendlichen

Bürgin (1981) stellt die Entwicklung des Todeskonzeptes des Kindes vom ersten Lebensjahr an bis hin zur Adoleszenz dar. In diesem Abschnitt beziehe ich mich hauptsächlich auf seine Theorie. Er berücksichtigt dabei unterschiedliche theoretische (psychoanalytische) Positionen sowie Studien verschiedener Autoren:

Im ersten Lebensjahr geht es in der Entwicklung des Kindes stark um die Beziehung zum primären Objekt, die Themen Verlust und Wiederfindung, Trennung und Wiedervereinigung sind zentral. "Tod bedeutet in diesem Moment Trennung und Verlust des Liebesobjektes. Infolge der Omnipotenz und Reparationsmöglichkeit ist er etwas Reversibles." (Bürgin 1981, S. 42) Psychisches Erleben ist in dieser Entwicklungsstufe besonders eng mit somatischen Empfindungen verknüpft. Die Trennung vom Leib der Mutter bei der Geburt und die durch den Sauerstoffmangel bedingten Erstickungsgefühle werden von einigen Autoren als eine Traumatisierung betrachtet, durch die das Kind Empfindungen hat, die dem Sterben gleichkommen. Durch den Wechsel von Schlaf- und Wachzustand beim Säugling werden zwei Grundbefindlichkeiten erfahren, und in der weiteren Entwicklung mit "Dasein" bzw. "Nichtexistenz" gleichgesetzt. "Gugu"- und "Dada"-Spiele können als Beginn der Differenzierung von Selbst und Objekt im Sinn von Margret Mahler betrachtet werden. "So 'riskiert' der nur wenige Monate alte Säugling beim spielerischen Verschwinden des symbiotischen Objektes einen partiellen und temporären Verlust des Selbst wie beim Einschlafen und zeigt sichtliches Vergnügen beim Wiederauftauchen." (Bürgin 1981, S. 45) Durch dieses Spiel hat das Kind in seiner Phantasie eine Kontrolle über das Verschwinden, und damit dient das Spiel der Abwehr der Angst. In der frühen ichbezogenen Phase ist es dem Kind nicht möglich, innerlich eine Welt zu konzipieren, in der es selbst nicht existiert.

Bürgin zitiert Rene Spitz, nach dem sich die Fähigkeit zwischen Belebtem und Unbelebtem zu unterscheiden über die dialogische Interaktion zwischen Säugling und Mutter entwickelt. Indem das Kind in der Folge versucht, auch mit unbelebten Dingen in Dialog zu treten, daran jedoch scheitert und nur die Reaktionslosigkeit der Dinge wahrnimmt, erwirbt es zwischen dem 9. und 12. Lebensmonat die Fähigkeit der Unterscheidung zwischen Belebtem und Unbelebtem. Zugleich erhält es sich die Fähigkeit, unbelebte Dinge in der Phantasie mit Attributen eines lebendigen Objektes auszustatten, es also zu einem "Übergangsobjekt" nach Winnicott zu machen. Damit hat das Kind eine gewisse Autonomie vom libidinösen Objekt erworben, mittels dieses Übergangsobjekts können Trennungserlebnisse gemildert werden.

Nach dem ersten Lebensjahr bietet die Entwicklung des Sprach- und Denkvermögens dem Kind immer größere Möglichkeiten, sich in seiner Welt zu orientieren. Das Kind beginnt langsam, den Tod in seiner Umgebung wahrzunehmen. Es beobachtet das Absterben von Pflanzen, Insekten und anderen Tieren und versucht sie in die Gesamtheit seiner Erfahrungen einzuordnen. "Totsein kann bestenfalls in Analogie zu bisherigen Erfahrungen gesetzt werden, z.B. zu Schlaf, Trennung, dem Fehlen einer bekannten Funktion oder zu Erfahrungen wie Einschränkung der Bewegung oder der Nahrungszufuhr. Die Feststellung von solchen außergewöhnlichen Veränderungen ist mit den Affekten des Erstaunens und Sichwunders verbunden." (Bürgin 1981, S. 49) Das magisch-omnipotente Denken in dieser Zeit prägt die innerlichen Erklärungen des Kindes: alles, was das Kind an neuen Phänomenen entdeckt, wird als Folge menschlicher Aktivität interpretiert. Das egozentrische Denken sieht die Quelle aller Ursachen in der eigenen Person. Geburt und Tod sind reversibel.

Im Alter von 2 bis 6 Jahren differenziert sich das Denken des Kindes, es kann äußere und innere Ursachen unterscheiden. Es beginnt ein genaueres Verständnis von Kausalzusammenhängen. Schließlich entwickeln sich im Denken des Kindes die Konzepte zum Thema Zeit, Alter, Endlichkeit und Unendlichkeit. Das Kind erkennt allmählich, daß alle Menschen sterben müssen, wehrt dies jedoch auf die eigene Person bezogen stark ab. Die Vorstellung der Reversibilität des Todes bleibt dabei eine typische Abwehrform. Nach Kübler-Ross (1983, S. 99f.) spielen Kinder oft, daß jemand tot ist und kurz darauf wieder lebendig. Eine andere Möglichkeit ist die Abwehr in der Form, daß sich das Kind den Tod als ein Ende bestimmter vitaler Funktionen (z.B. Wachstum, Motorik, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung) vorstellt. Das Kind entscheidet für sich, welche Funktionen ihm im Tod nicht mehr zur Verfügung stehen. Oder der Tod ist eine Folge von Streit und Feindlichkeit. Die Schlechten sterben vor den Guten, wer gut ("brav") ist, stirbt nicht. "Weder die endgültige Trennung von denjenigen, die man liebt, noch der eigene Tod werden voll anerkannt." (Bürgin 1981, S. 53)

Die Auseinandersetzung des Kindes mit dem Tod spielt sich in dieser Zeit, je nach den realen Erlebnissen des Kindes (Tod von Großeltern, Tod von Haustieren etc.), individuell sehr unterschiedlich ab.

Zwischen dem 6. und 9. Lebensjahr wird also die Tatsache akzeptiert, daß Menschen sterben, der Bezug auf die eigene Person wird aber vermieden. Religiöse und kulturelle Vorstellungen unterstützen die Bemühungen des Kindes um Angstverminderung. Der Tod wird oft personalisiert, er wird als eigene Person gesehen. Erst nachdem sich das

Kind (nach Piaget) im siebten bis achten Lebensjahr von der egozentrischen Denkweise über das Stadium der Finalität (alles ist auf einen bestimmten Zweck hin ausgerichtet) zur Kenntnis statistischer Kausalität entwickelt, das heißt zur Kenntnis von Zufall und Wahrscheinlichkeit, besteht überhaupt die intellektuelle Voraussetzung zur Erweiterung des Todeskonzeptes zu objektiveren Formen. Zwischen dem 9. und 13. Lebensjahr wird also das Wissen über den Tod zu einer objektiven, logisch und biologisch korrekten Auffassung generalisiert. Das Kind beginnt den Tod als einen Prozeß im Menschen anzusehen, der nach einer Gesetzmäßigkeit abläuft und alle betrifft. Er tritt ein, wenn wesentliche physiologische Funktionen permanent versagen. Er wird einen selbst auch treffen, wenn man älter wird. Der Gedanke, die Seele lebe weiter, tritt in Erscheinung. In welchem Alter der Tod als unwiderruflich gesehen wird, wird als individuell unterschiedlich eingeschätzt. Zwischen 10 und 14 Jahren gibt es generell große Unterschiede in den Konzepten.

In der Pubertät sollte die Assimilation des Todeskonzeptes in die Gesamtpersönlichkeit vollzogen sein. (vgl. Bürgin 1981, S. 57) Die kognitiven Vorstellungen des Jugendlichen vom Tod unterscheiden sich kaum von denen des Erwachsenen, die affektiven Einstellungen sind aber individuell sehr verschieden und stark von der Abwehr geprägt: "Für die einen liegt der Tod so weit in der Zukunft, daß er sie nicht zu berühren scheint, daß sie ihm ganz "sachlich" gegenüberzutreten versuchen. Andere verbergen mit Zynismus oder Rauheit ihre Angst. Wieder andere gelangen über eine Weltschmerzstimmung zu einer Art Todessehnsucht." (Bürgin 1981, S. 67)

Todeskonzepte bei Kindern, die selbst vom Tod bedroht sind

Nach Bürgin (1981) ist das Todeskonzept bei Kindern, die selbst an einer lebensbedrohenden Krankheit leiden, generell ebenso vom Alter, der Reifung und Entwicklung des Kindes abhängig. Das Kind ist aber durch seine Krankheit zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Tod gezwungen, dadurch entwickelt sich das Todeskonzept oft weit über das Alterstypische hinaus. Das Thema ruft unabhängig vom Alter Ängste hervor, die von den Kindern mittels Abwehrmechanismen abgewehrt werden.

Zapotocky (1995) beschreibt, daß kranke Kinder ab 10 Jahren die Vorgänge im Krankenhaus sehr genau beobachten und die Krankheitsverläufe anderer Patienten beachten. Sie schließen vom Schicksal anderer Patienten auf sich, und erleben an anderen, was ihnen selbst ebenso passieren könnte. Wenn ein Kind den Tod anderer

Patienten wahrnimmt, kann dies zu verschiedenen Strategien der Abwehr führen: zum Beispiel wird der Tod ausgeklammert oder das eigene Schicksal wird heroisiert.

Bürgin (1981) betont, daß die Todesangst in allen Altersstufen vorhanden ist und auch bei jüngeren Kindern nicht übersehen werden darf: "Todesangst kann schlecht verbalisiert werden. Sie drückt sich in derjenigen Form aus, in welcher der Tod jeweils konzeptualisiert wird. Jüngere Kinder bringen sie mehr in symbolisierter Art zum Ausdruck. Es besteht somit eine gewisse Gefahr, die Todesangst als solche beim Kleinkind zu übersehen, denn sie kann in extrem bedrohlichen Situationen zweifellos auch von jüngeren Kindern empfunden werden. Ältere Knaben agieren sie häufiger aus, Mädchen werden eher depressiv." (Bürgin 1981, S. 83f.)

4. Die Diagnose Krebs und ihre Auswirkung auf den Patienten

4.1. Die Gestalt Krebserkrankung

Wenn ein Kind und seine Eltern die Diagnose "Krebs" erfahren, erlebe ich immer wieder folgende Situation: Auf einer oberflächlichen Ebene scheint sich die Familie oft sehr rasch mit der neuen Situation zu arrangieren: oft bleibt die Mutter bei dem kranken Kind, der Vater geht wieder seiner Arbeit nach, es wird eine Betreuung für die Geschwister des kranken Kindes durch Großeltern, Verwandte oder Freunde organisiert, das Kind und seine Eltern lernen die Station kennen und gewöhnen sich an den Tagesablauf im Krankenhaus. Das Kind lernt regelmäßig Medikamente zu schlucken, es "gewöhnt" sich daran, jeden dritten Tag einen neuen Venflon gestochen zu bekommen, durch den stundenlang verschiedene Flüssigkeiten aus Infusionsflaschen in seinen Körper laufen.

Eltern und Kinder haben oft nach ein paar Tagen Personen innerhalb des Behandlungsteams gefunden, denen sie besonders vertrauen, die besonders nette Schwester oder den besonders netten Pfleger, der Arzt oder die Ärztin, die dem Kind besonders gut, das heißt schmerzfrei, in die Vene gestochen hat, etc. Auf einer praktischen Ebene können Eltern und Kind auch oft sehr gut miteinander über die Krankheit sprechen, beispielsweise über die Tabletten, die das Kind nehmen muß, über Untersuchungen oder über die Angst vor der Punktion.

Auf einer zweiten Ebene sieht das Bild etwas anders aus: Eltern sprechen in den Gesprächen, die ich mit ihnen führe, sehr viel von ihrer Angst aus. Dabei handelt es sich meist um die Angst vor dem möglichen Tod des Kindes. Zugleich fühlen sich viele überfordert, viele versuchen ihre Angst vor dem Kind zu verbergen und vor dem Kind nicht zu weinen, oder auch mit dem Kind nicht über den lebensbedrohlichen Aspekt der Krankheit zu sprechen. Viele denken, sie dürften ihr Kind damit nicht belasten und überfordern. Zugleich erleben sie ihr Kind vielleicht verschlossener und ängstlicher als sonst.

Betrachten wir diese Situation nun aus der Sicht des Kindes, so sieht das - je nach Krankheit unterschiedlich - zum Beispiel folgendermaßen aus: Die letzten Wochen, bevor es ins Krankenhaus gekommen ist, waren schon von seiner Krankheit geprägt: es hat sich müde und energielos gefühlt, manchmal war ihm übel und es hat erbrochen, die Eltern haben mehrmals festgestellt, daß es so blaß sei im Gesicht. Der Besuch beim Arzt war für das Kind diesmal anders als sonst, der Arzt hat so ernst geschaut und war ganz

anders als sonst. Aus der Vene wurde Blut entnommen, das hat weh getan, als der Arzt mit der Nadel in den Arm gestochen hat. Dann kam ein paar Tage später der Anruf, die Mutter hat gesagt, wir fahren jetzt ins Krankenhaus, und sie hat so traurig gewirkt.

Das Kind merkt also die emotionale Veränderung seiner Eltern, und solange ihm nicht erklärt wird, was für eine Krankheit es hat und auch, warum seine Eltern so traurig und ängstlich sind, fehlt ihm ein wichtiges Mosaikstück um sich die veränderte Situation zu erklären. "Die meisten Kinder registrieren mit enormer Feinfühligkeit, daß ihre Eltern mit der Erhaltung eines Gleichgewichtes ihrer eigenen Gefühle beschäftigt sind und durch entsprechende Fragen belastet werden könnten. Dieses plötzliche 'Anders-Sein' und diese akute Veränderung des emotionalen Klimas gleichen einer unmittelbaren Verwandlung der gesamten Erfahrungs- und Erlebniswelt des Kindes und entsprechen einem tiefen Einbruch eines bis zu diesem Moment für sicher gehaltenen Bodens." (Bürgin u. DiGallo 1998, S. 144)

Die direkte Kommunikation zwischen Kind und Erwachsenen wird also in vielen Fällen plötzlich unterbrochen. Gestalttherapeutisch gesprochen erlebt das Kind dadurch eine plötzliche Unterbrechung des bisherigen Kontaktzyklus. Jedoch wird das Kind in dieser Situation meist stark unterschätzt. Das Kind zieht seine Schlüsse aus den Gesprächen der Erwachsenen und aus dem veränderten Verhalten der Eltern. Topf (1997) beschreibt dieses so veränderte Verhalten als "Handlungssprache": "Wird verabsäumt, diese 'Handlungssprache' mit erklärenden Worten zu begleiten, kommt es beim Kind zu einem Auseinanderfall zwischen objektiver und subjektiver Wirklichkeit. Das heißt, das Kind wird in eine präverbale Phantasiewelt gedrängt und ist dadurch darauf angewiesen, medizinische Maßnahmen auf seinem regredierten Niveau selbst zu deuten" (Topf 1997, S. 293). Oaklander beschreibt, daß traumatisierte Kinder in der Folge auch ihre eigenen Gefühle nicht gegenüber den Eltern ausdrücken: "Oft kann ein Kind seinen Eltern nicht sagen, was in ihm vorgeht, weil auch die Eltern über das, was geschehen ist, sehr betroffen sind und das Kind auf sie Rücksicht nimmt; es möchte ihnen nicht noch mehr Schmerz und Kummer verursachen. Wenn aber die Eltern offen sind, fällt dies auch dem Kind leichter." (Oaklander 1999, S. 308)

Hinzu kommen einige weitere Belastungen für das Kind, die mit der Behandlung verbunden sind: das Kind muß eine Menge von medizinischen Eingriffen über sich ergehen lassen. Viele davon sind schmerzhaft. So bekommen die Kinder Venflons gestochen, sie haben Knochenmarks- und Lumbalpunktionen, sie haben eine Reihe von bildgebenden Untersuchungen wie Röntgen, Computertomographie etc. Außerdem ist das Kind durch den Krankenhausaufenthalt aus seiner normalen Umgebung herausgerissen. Große Teile der Behandlung werden zwar inzwischen bei vielen kindlichen Krebserkrankungen ambulant durchgeführt, das Kind ist aber dennoch durch

die Infektionsgefahr aufgrund der verringerten Immunabwehr dazu angehalten, mit nur wenig anderen Kindern in Kontakt zu kommen und sich nicht mit vielen Menschen in geschlossenen Räumen aufzuhalten. Die Kinder dürfen daher auch nicht zwischen den Chemotherapie-Blöcken in die Schule oder in den Kindergarten gehen. Außerdem verändert sich die Rolle der Eltern zum Kind und seinem Körper: Es wird ihre Aufgabe, dafür zu sorgen, daß das Kind die medizinischen Maßnahmen auf sich nimmt, die Tabletten schluckt, sich vom Arzt untersuchen läßt, zu den Untersuchungen geht etc. "Die meisten Eltern verändern ihre Haltung gegenüber dem Kind, wenn es krank ist. Reaktionen auf dieses veränderte Klima von Seiten des Kindes bleiben selten aus. Im Widerspruch zur üblichen erzieherischen Haltung drängen die Erwachsenen, die sonst den Prozeß der Autonomie über die Körperfunktionen unterstützen, das Kind jetzt, im Dienste der Krankheitsbekämpfung, in Richtung Unterwerfung, Abhängigkeit, Passivität und Abgabe der mühsam erworbenen Eigenverantwortlichkeit. Die chronische somatische Krankheit kommt somit für das Kind einer Enteignung des eigenen Körpers gleich, der zur einem von anderen Menschen überwachten und kontrollierten Objekt wird." (Bürgin 1981, S. 100) Das Kind erlebt seinen Körper als ausgeliefert, es macht die Erfahrung, seinen eigenen körperlichen Zustand nicht beeinflussen zu können, statt dessen haben andere, zunächst fremde Personen Zugang zu seinem Körper.

Gestalttherapeutisch gesprochen ist diese so veränderte Situation im Erleben des Kindes eine unabgeschlossene Gestalt: das Kind kann sich die Reaktionen seiner Umgebung auf die Krankheit nicht erklären. Es gibt ein "missing link" in seinem Erleben. Es hat bereits einen Begriff von Krankheit - je nach seinem Alter und Entwicklungsstand mehr oder weniger ausdifferenziert -, es versteht auch, daß es Medikamente nehmen muß, aber warum seine Eltern plötzlich so anders sind, ist damit noch nicht erklärt. Dazu erlebt es medizinische Eingriffe an seinem Körper, die es stark verunsichern und ein Gefühl des Ausgeliefert-Seins bewirken. Diese gesamte Situation wird damit für das Kind zum Trauma: "Aus gestalttherapeutischer Sicht findet also eine Unterbrechung des Kontaktzyklus im Moment des Traumas statt, eine 'unabgeschlossene Gestalt' entsteht, und im Sinne des Zeigarnik-Effektes drängt der Organismus auf die Fortsetzung des Kontaktzyklus." (Wolf 1999, S. 832). Der "Zeigarnik-Effekt" beschreibt eine Beobachtung der Gestaltpsychologie und meint, daß unabgeschlossene Situationen auf einen Abschluß drängen. Das heißt, das Kind versucht sich selbst eine Erklärung für die Situation zurechtzulegen. Diese besteht nach Bürgin (1981) zum Teil aus Wissen, zum Teil aus dem, was es aus den Gesprächen der Erwachsenen entnimmt und zum Teil aus Phantasien.

Die hier geschilderte Situation des kranken Kindes und seiner Familie ist also eine Krisensituation im Sinn einer traumatischen Krise nach Caplan (1964, zit. nach Till 1994) und Cullberg (1978, zit. nach Till 1994). Nach der "International Classification of Diseases" (ICD 10) kann die Eröffnung der Diagnose "Krebs" beim Kind und seinen Eltern zu einer akuten Belastungsreaktion führen. Dabei handelt es sich um "eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt, und im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Das auslösende Ereignis kann ein überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten oder einer geliebten Person (Personen) sein (z.B. Naturkatastrophe, Unfall, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung) oder eine ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes der Betroffenen wie etwa Verluste durch mehrere Todesfälle, einen Brand oder ähnliches." (Dilling et al. 1993, S. 168) Die Symptome sind eine Art von "Betäubung", Bewußtseinseingengung, eingeschränkte Aufmerksamkeit, die Unfähigkeit Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Die akute Belastungsreaktion setzt innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis ein und dauert Stunden bis zwei oder drei Tage. Viele Eltern schildern beispielsweise, daß ihnen alles vorkommt wie ein Film, den sie sehen. Sie brauchen mehrere Tage, um zu realisieren, daß ihr Kind eine schwere Krankheit hat. Die Amnesie, die mit der akuten Belastungsreaktion verbunden ist, kann auch in umgekehrter Richtung bestehen: "Trotz böser Vorahnungen, die während des qualvollen 'Wartens auf die Befunde' noch quälender werden, ist die Bestätigung, daß es sich tatsächlich um eine ernste Krankheit handelt, ein 'Schlag', der manche Eltern nicht mehr hören oder sofort vergessen läßt, daß ihr Kind *gute Chancen hat, wieder ganz gesund zu werden.*" (Pichler 1998, S. 131)

Diese Krisensituation macht gut verständlich, daß die Eltern von den eigenen Emotionen überwältigt sind und selbst nicht so recht wissen, wie sie mit ihren Kindern über die Diagnose sprechen sollen. Das Kind spürt das und ist dadurch oft sehr verunsichert.

4.2. Zur Frage der Krankheitsaufklärung

Die Krankheitsaufklärung der Kinder setzt genau an diesem Punkt an: es wird dem Kind die Möglichkeit gegeben, die Gestalt zu schließen, indem ihm die fehlenden Mosaikstücke geliefert werden. Das Kind soll den Namen seiner Erkrankung wissen, es soll eine bildliche Vorstellung von Krebszellen oder "bösen Zellen" und ihrer

Vermehrung sowie von der Bekämpfung der bösen Zellen durch die Chemotherapie haben. Je nach Alter des Kindes wird die medizinische Aufklärung von seiten des Arztes sehr einfach oder auch sehr differenziert gehalten sein. "Ziel aller Aufklärungsgespräche muß es daher sein, daß die Kinder sich ihre Erkrankung und Behandlung wirklichkeitsgetreu vorstellen können, um sich so sicher und geborgen zu fühlen, daß sie versuchen können, ihre schwierige Lage zu meistern. Wenn die Patienten auf zufällig aufgeschnappte Bemerkungen aus ihrer Umgebung und im übrigen auf ihre Phantasien angewiesen sind, wenn sie also mit den untauglichsten Mitteln eine besonders schwere und leidvolle Situation meistern sollen, kann man wohl von einer Form von Vernachlässigung sprechen." (Topf 1997, S. 296)

Die Frage, in welcher Form diese Aufklärung stattfinden soll, wird zurecht immer wieder diskutiert. Auf der einen Seite steht dabei die Position, man sollte die Information niedrig halten, um dem Kind unnötige Ängste zu ersparen. Auf der anderen Seite haben Untersuchungen gezeigt, daß Kinder kooperativer sind und unangenehme Situationen besser überstehen können, wenn sie ein Verständnis von ihrer Krankheit und der Behandlung haben. Darüber hinaus ist das Umfeld Krankenhaus zu beachten: das Kind lernt andere Kinder auf der Station kennen, die sehr unterschiedliche Prognosen haben, ein Todesfall auf der Station läßt sich schlecht verheimlichen. Viel eindeutiger spricht jedoch die folgende Beobachtung für das offene Gespräch mit dem Kind: Kinder spüren die Angst der Eltern und ziehen daraus ihre Schlüsse. "Beinahe alle Kinder ahnen den malignen, d.h. lebensbedrohenden Charakter ihrer Krankheit, ob ihnen das mitgeteilt wurde oder nicht. Nur sprechen sie selten direkt darüber." (Bürgin 1981, S. 114)

Bürgin hält es daher für wichtig, ein gutes, auf das Kind abgestimmtes Mittelmaß zu finden, das soviel Offenheit beinhaltet, wie das Kind gerade braucht, und zugleich keine brutale Durchbrechung der Abwehr des Kindes bedeutet. "Wir passen die Quantität und die Qualität der Information den Bedürfnissen des Kindes, seinem Alter, seinem physischen und psychischen Zustand, seiner seelischen Belastbarkeit und seiner familiären Situation an und versuchen so, ein den Tatsachen entsprechendes, aber individuell abgestimmtes, im zeitlichen Ablauf oft wechselndes Informationsoptimum zu erzielen." (Bürgin 1981, S. 111) Pichler hält es für richtig, den Kindern den Namen ihrer Erkrankung zu sagen, auch wenn Eltern manchmal nicht dafür sind, weil die Kinder ihn sowieso auf irgendeine Art durch Nachbarn, Verwandte etc. erfahren. Auch Topf (1997) spricht sich für eine ausführliche Aufklärung des Kindes über seine Krankheit aus und nennt psychologische Gründe von Kind, Eltern und Arzt, die eine solche offene Aufklärung erschweren (vgl. Kapitel 4.4.1).

4.3. Das Feld Familie

Das krebskranke Kind ist, wie im Kapitel 4.1 bereits deutlich wurde, in seinem Erleben stark durch sein familiäres Umfeld mitbestimmt. Die Gestalttherapie erklärt dieses Phänomen mittels der Feldtheorie: "Die Grundhypothese der Feldtheorie ist, daß lebendige Phänomene in Wechselbeziehung zu anderen Phänomenen stehen und nur aus diesen Wechselbeziehungen heraus und nur nicht-linear zu verstehen sind. Dazu gehört auch die Einsicht, daß nur einige Aspekte dieser Wechselbeziehungen und Kräfte unserem Bewußtsein zugänglich sind, andere erahnt werden können oder sich ganz unserem Wissen entziehen." (Gremmler-Fuhr 1999b, S. 356) Fuhr (2000) betont in seiner Definition des Begriffs 'Feld' einen Aspekt, der für das Verständnis der Situation des krebskranken Kindes und seiner Familie zentral ist: die Bedeutung eines Ereignisses ist durch die Beziehungen im Feld mitbestimmt. "Ein Feld im gestalttherapeutischen Verständnis ist ein kontinuierliches, in sich kohärentes und dynamisches Wirkungsgefüge. Unsere Wahrnehmung des Umwelt-Feldes ist abhängig von subjektiven Bedürfnissen und Interessen, gleichzeitig ist unser Handeln vom Umwelt-Feld abhängig. Das 'Ich' oder 'Wir' besitzt keine unabhängige Existenz, sondern ist in das Feld eingebunden. Jedes Ereignis erhält seine Bedeutung durch die wechselseitigen Beziehungen im Feld ('Interdependenz')." (Fuhr 2000, S. 205)

Das heißt, welche Bedeutung die Krebserkrankung eines Kindes für ein Kind enthält, hängt von der Bedeutungsgebung der gesamten Familie ab und umgekehrt. Diese theoretische Beschreibung entspricht auch den Ergebnissen von Untersuchungen zum Bewältigungsverhalten von krebskranken Kindern und ihren Eltern: die Bewältigungsstile von Familienmitgliedern korrelieren miteinander (vgl. Kapitel 4.4.2).

Ebenso verhält es sich mit der Kommunikationsbereitschaft über die Krankheit: "Seine Bereitschaft (die Bereitschaft des Kindes - Anmerkung VK) sich mitzuteilen, entspricht oft der Art der familialen Kommunikation. Ist diese sehr eingeeengt, d.h. findet kein Dialog zwischen Kindern und Eltern über die Krankheit und die daraus entstehenden Sorgen statt, so wagt das kranke Kind es auch nicht, oder nur nach längerer Vergewisserungszeit, mit einer außerfamilialen Person in einen bedeutungsvollen Dialog zu treten." (Bürgin u. DiGallo 1998, S. 150 f.) Für das krebskranke Kind entsteht also besonders dann nach der Diagnosestellung eine Schwierigkeit, wenn ihm das Verständnis für seine Situation erschwert wird. Wenn Eltern aber offene Erklärungen für das Geschehen geben, dann hat das Kind eine Möglichkeit, seine Erfahrungen zu integrieren. Badier beschreibt das im folgenden Zitat: "Der Blickwinkel des Organismus (der Blickwinkel des Kindes - Anmerkung VK) unterscheidet sich von dem der Umwelt und steht in dem Maß in Widerspruch dazu, wie diese Erwachsenen-Umwelt das Feld

des Kindes *anstelle des Kindes* strukturiert. (...) Es geht mehr darum, dem Kind zu helfen, sich einer verlässlichen Umwelt zuzuwenden und ihr die Momente der Instabilität zu nehmen" (Badier 1999, S. 955 - Hervorhebung VK). Badier gibt hier gleichzeitig eine therapeutische Zielformulierung: es geht also zum einen darum, dem Kind zu helfen, sich einer verlässlichen Umwelt zuzuwenden, das heißt, seine Umwelt zur Befriedigung seines Bedürfnisses nach Orientierung und Information zu nutzen, und zum zweiten dieser Umwelt, das heißt meist den Eltern des Kindes, zu einer Stabilität zu verhelfen. Damit sind zwei Kernpunkte der psychotherapeutischen Arbeit mit krebskranken Kindern angesprochen, wie im Kapitel 5. deutlicher werden wird.

Die gesamte Familie befindet sich nach der Diagnose einer Krebserkrankung bei einem Kind in einer Krisensituation. Kusch und Bode (1992) haben die emotionale Befindlichkeit von Eltern nach einem solchen Ereignis sehr genau beschrieben. Zentral ist bei vielen Eltern die Konfrontation mit der Tatsache, daß ihr Kind, dem das Leben noch bevorsteht, von einer lebensbedrohlichen Krankheit betroffen ist. Damit verbunden beschäftigt sie immer wiederkehrend die Frage: "Warum unser Kind?" Viele Eltern grübeln und spekulieren in den ersten Tagen ständig über die Gründe der Erkrankung. Einige Eltern haben Schuldgefühle und fragen sich immer wieder, ob sie die Krankheit ihres Kindes hätten verhindern können. Religiöse Zweifel und die Suche nach einer Bedeutung der Erkrankung für das eigene Leben prägen die innere Situation vieler Eltern.

Die Diagnoseeröffnung durch den Arzt bedeutet für die Eltern eine Traumatisierung: Viele Eltern sehen immer wieder die Szene vor sich, als der Arzt ihnen gesagt hat, welche Krankheit ihr Kind hat. Ereignisse, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Diagnoseeröffnung stehen, können plötzlich in der subjektiven Erklärungsfindung von Eltern mit der Krankheitsentstehung in Kausalzusammenhang gebracht werden. So phantasieren zum Beispiel Eltern, daß Ereignisse, die eine psychische Belastung für das Kind bedeutet haben, die Krebserkrankung mit verursacht haben könnten (z.B. Scheidung, Verlust eines geliebten Menschen, Streit). Daraus resultieren oft schwere Schuldgefühle bei Eltern. Bei manchen Eltern führt die Diagnoseeröffnung zu einer posttraumatischen Belastungsstörung: "Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (...) oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit" (Dilling et al. 1993, S. 169).

Ein weiteres Phänomen, das viele Eltern erleben, ist das der antizipatorischen Trauer: Eltern sehen in ihrer Phantasie zum Beispiel das Begräbnis des Kindes, oder sie sehen das Kind tot im Bett liegen. Solche Phantasien lösen bei Eltern starke Schuldgefühle

aus, weil sie ja eigentlich an die Wirksamkeit der Therapie glauben wollen und ihr Kind dazu motivieren wollen. Antizipatorische Trauer kann bereits im Moment der Diagnoseeröffnung einsetzen und an kritischen Stellen im Krankheitsverlauf wiederkehren. In Gesprächen mit Eltern wird oft deutlich, daß es auch schwerfällt, solche Phantasien gegenüber dem Partner auszusprechen.

Auf die Eltern kommt also eine vielfache Aufgabe zu: zunächst haben sie ihre eigene emotionale Situation zu bewältigen, zugleich sind sie in ihrer Elternrolle gefordert, dem kranken Kind Mut zuzusprechen und ihm die Situation zu erklären, es gleichzeitig für die Behandlung zu motivieren. Außerdem ist es wichtig, die Familie neu zu organisieren: ein Elternteil muß seine Arbeit weiterführen, ein Elternteil ist als Betreuungsperson für das kranke Kind notwendig, für die Geschwister des kranken Kindes muß eine Betreuung organisiert werden. Topf et al. (1997) beschreiben diese Doppelrolle der Eltern: "Einerseits sollten sie dem erkrankten Kind psychischen Halt geben und die Behandlung mittragen, andererseits sind sie selbst durch die Erkrankung des Kindes in einem besonders vulnerablen seelischen Zustand [...]." (Topf et al. 1997, S. 16)

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Feldes Familie ist die Situation der Geschwister des krebserkrankten Kindes. Sie sind oft in einer sehr schwierigen Lage, weil sich plötzlich der Alltag der Familie nur mehr um das kranke Kind dreht. Alles andere ist unwichtig geworden, das kranke Kind steht im Mittelpunkt. Ich möchte hier die Situation der Geschwisterkinder nicht genauer ausführen, obwohl sie innerhalb der Familie mit einem krebserkrankten Kind eine sehr spezifische Rolle haben, die eine große Aufmerksamkeit verdient.

4.4. Selbstregulation

Mit der Zeit findet sich die Familie ein Stück weit mit der Erkrankung des Kindes zurecht: Ein Elternteil bleibt meist beim kranken Kind als Betreuungsperson im Krankenhaus, für die Geschwister wird eine Betreuung organisiert. Die Eltern sind oft nach ein paar Tagen über den ersten Schock hinweggekommen. Eine offenere Kommunikation innerhalb der Familie, auch über die bedrohlichen Aspekte der Krankheit, wird mit der Zeit leichter möglich, erst recht dann, wenn eine Remission erreicht wird, das heißt, keine Leukämiezellen mehr im Knochenmark sichtbar sind. Damit wird eine gewisse Stabilität erreicht, und auch dadurch, daß das Kind genauso wie auch seine Eltern merkt, daß es den Krankheits- und Krankenhausalltag bewältigt.

Gewisse Strategien und Stile der Bewältigung kristallisieren sich heraus. Das Kind merkt, was es gern tut, um sich selbst das Leben mit der Krankheit leichter zu machen.

Dieser Prozeß ist mit dem gestalttherapeutischen Begriff der Selbstregulation beschreibbar: Fuhr und Gremmler-Fuhr (1995) definieren in ihrem Buch "Gestalt-Ansatz" zwei einander ähnliche Begriffe, die organismische Selbstregulation und die schöpferische Anpassung: Mit "organismischer Selbstregulation" meint Perls, daß sich der Organismus beim Aufkommen von Bedürfnissen selbst reguliert, wenn ihm die Bedingungen der Umwelt nicht im Weg stehen und nicht planend und kontrollierend eingegriffen wird. "Das spontane Bewußtsein des dominanten Bedürfnisses und seine Organisation der Kontaktfunktionen sind die psychologische Form organischer Selbstregulierung. Überall im Organismus laufen ständig viele Prozesse - der Forderung, der Zurückhaltung, der Auswahl und so weiter - ohne das Bewußtsein ab" (Perls et al. 1951, 1992, S. 59). Daneben gibt es den Begriff der "Schöpferischen Anpassung", der vor allem von Paul Goodman beschrieben wird und der die Anpassungsleistung des gesamten Organismus meint. Nach neuem Verständnis der schöpferischen Anpassung gehört Denken zu diesen Anpassungsmechanismen. Selbstregulation, nicht im oben beschriebenen Perlschen Sinn sondern als erweiterter Begriff, meint die selbstregulierenden Prozesse des gesamten Organismus im Feld und ist also gleichzusetzen mit der schöpferischen Anpassung. "Schöpferische Anpassung bezieht sich auf die Art, wie der Mensch seine Fähigkeiten benutzt, um das Beste aus den Gegebenheiten seines Umweltfeldes zu machen. Die schöpferische Anpassung ist ein Prozeß der wechselseitigen Beeinflussung einer Person und ihrer Umwelt und zeigt sich in der Selbstregulation, in der Aneignung des Neuen, im Abbau und in der Wiederintegration des Erlebens." (Amendt-Lyon 2000, S. 611)

Im Zusammenhang mit der pädiatrischen Onkologie werden die Selbstregulationsprozesse als "Krankheitsverarbeitung" und "Krankheitsbewältigung" bezeichnet. Die Definition dieser Begriffe ist nicht ganz eindeutig. Mit "Krankheitsverarbeitung" sind alle Prozesse gemeint, die gemacht werden, um die Belastung auszugleichen und mit ihr umzugehen, mit "Krankheitsbewältigung" ist die konkrete Form dieser Auseinandersetzung mit der Krankheit gemeint (vgl. Kahles 1999, Heim 1986, Kusch u. Bode 1992). Weiters unterscheiden viele Autoren zwischen dem Begriff "Coping" und dem Begriff "Abwehr": Coping ist eine geplante und absichtsvolle Strategie, Abwehr ist unbewußt. Diese Trennung ist jedoch eine künstliche, es gibt also Übergänge zwischen Coping und Abwehr (vgl. Kahles 1999). Ich glaube, daß diese Trennung nicht aufrechtzuerhalten ist, auch nicht im Sinn des Awareness-Kontinuums der Gestalttherapie, das der Trennung in Bewußtes und Unbewußtes entgegensteht. Ich halte den Begriff der "Selbstregulation" deshalb für sehr

geglückt, weil er sowohl den Abwehrcharakter (Widerstand) als auch den Copingbegriff in sich vereint. Jede Abwehrform ist also zugleich auch eine Form der Selbstregulation und schöpferischen Anpassung an Gegebenheiten des Organismus-Umweltfeldes.

4.4.1. Widerstand

In der Einleitung zum Kapitel 4 wurde die Situation von Eltern und Kind beschrieben: auf einer oberflächlichen Ebene kommen sie gut damit zurecht, auf anderer Ebene besteht ein Mangel an Awareness und ein Mangel an Kommunikation. Dieses Phänomen kann - je nach Sichtweise - als Widerstand oder auch als Selbstregulation im Sinn eines Bewältigungsversuchs verstanden werden. Schneider betont den selbstregulierenden Aspekt des Widerstandes: "Sein Widerstand (der Widerstand des Klienten - Anmerkung VK) entspringt vielen Quellen, unter anderem dem Wunsch, seine Grenzen zu wahren, sein Selbstkonzept vor unangenehmen Wahrheiten zu schützen, das Unvermeidliche zu vermeiden, nämlich dem Wandel auszuweichen." (Schneider 1990, S. 120) Diese Sichtweise des Widerstandes ist bei dem Thema der lebensbedrohenden Erkrankung besonders zentral, zumal es sich dabei um ein gesellschaftliches Tabuthema handelt. Tabus haben immer eine besondere Schutzfunktion im Sinn der Selbstregulation.

Feldtheoretisch gesprochen bedeutet das: die Eltern-Kind-Interaktion befindet sich in einer Situation, in der alle im Feld Beteiligten aus Gründen der Selbstregulation Emotionen abwehren und daher die Kommunikation über die Krankheit, die damit verbundene Bedrohung sowie die damit verbundene Emotion nur eingeschränkt führen. Selbstregulation heißt also: der Organismus verhält sich so, daß die Notwendigkeiten machbar sind, er reguliert die Emotion soweit, daß die lebensnotwendigen Behandlungen durchführbar sind. Anders ausgedrückt: Selbstregulation und Widerstand ist dasselbe, sie betonen nur jeweils einen anderen Aspekt derselben Prozesse.

Ein Beispiel für diese enge Vermischung von Abwehr und Bewältigung ist, daß sich manche Eltern in der ersten Zeit ganz stark in die Aktivität stürzen. Einerseits tun sie das, um die Ernsthaftigkeit der Krankheit nicht wahrhaben zu müssen, andererseits als Bewältigung realer Anforderungen. Pichler (1998) erwähnt einen krassen Aspekt des Widerstands: immer wieder kommt es vor, daß Eltern die Diagnose im Schock falsch hören. Beispielsweise wissen sie, daß ihr Kind ein schlechtes Blutbild hat, aber nicht mehr, daß es eine Leukämie hat. Hier wird der Selbstregulationsanteil des Widerstandes besonders deutlich: der Organismus nimmt nur das wahr, was er gut verkraften kann.

Der Widerstand von Eltern gegen die Erkrankung zeigt sich manchmal auch darin, daß sich Eltern gegen die Krankheitsaufklärung des Kindes aussprechen. "Manche Eltern baten uns, mit dem Kind zu reden, andere wollten es gemeinsam mit uns tun. Einige wenige Eltern verboten jede Information des Kindes, und die meisten Eltern wollten selbst mir ihren Kindern sprechen, zum Teil jedoch erst dann, wenn sie die Krankheit ihres Kindes selbst 'verkräftet' hätten. Und das konnte lange dauern!" (Pichler 1998, S. 136) Topf (1997) schildert die Widerstände gegen die medizinische Aufklärung über die Krankheit bei Kind und Eltern. Auch Kinder scheinen manchmal nichts über ihre Krankheit wissen zu wollen oder zumindest der Information sehr ambivalent gegenüberzustehen. Topf beschreibt, daß bei Kindern, die glauben ihre Eltern schonen zu müssen und ihnen deshalb auch keine Fragen über die Krankheit stellen, der Widerstand bezüglich ihrer Aufklärung besonders groß sein kann: "Für manche Kinder ist dieser regressive Status des 'sprachlosen' kranken Kindes aber so wichtig, daß sie zunächst kein Interesse an der medizinischen Aufklärung zeigen." (Topf 1997, S. 295) Hier wird deutlich, daß die wichtigsten Abwehrmechanismen der Kinder die Verleugnung und die Regression sind.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kind und Eltern setzt an dieser Stelle an, wo sowohl das Kind als auch die Eltern einerseits um einen möglichst guten Verlauf der Behandlung bemüht sind, und andererseits von der Nachricht der Diagnose überwältigt und mit der Regulation der eigenen Emotion beschäftigt sind. Dieser eigene Widerstand von Eltern wie auch von Kindern ist es, der die Kommunikation in der Familie so sehr erschwert. Viele Eltern kommen in dieser Situation an eine Grenze: selbst von den eigenen Ängsten überschwemmt, die abgewehrt werden müssen, fällt es schwer, mit dem Kind über die Krankheit und die damit verbundene Bedrohung zu sprechen. Kinder spüren diese Sprachlosigkeit und veränderte Atmosphäre sofort und reagieren verwirrt, manchmal selbst mit Rückzug - jedenfalls mit ihrer Form der Abwehr. Widerstand passiert also, wie die Selbstregulation überhaupt, innerhalb eines Organismus-Umwelt-Feldes, das heißt "Innen" und "Außen" wirken wechselseitig aufeinander ein. "Danach kann es kein vom Umweltfeld völlig unabhängiges organismisches Bedürfnis geben und auch keine isolierten Bedingungen der Umwelt für die Befriedigung von Bedürfnissen." (Gremmler-Fuhr 1999b, S. 377)

Ein weiterer Aspekt, der bereits im Kapitel 3 beschrieben wurde, kommt vor allem bei den Leukämien hinzu: Die Symptome der Leukämie sind sehr diffus, die Kinder fühlen sich oft subjektiv gesund oder nur ein wenig müder als sonst. Dieser Umstand erleichtert die Abwehr und den Widerstand. Im Lauf der Behandlung fühlen sich die Kinder dann aufgrund der Nebenwirkungen der Chemotherapie schlecht. Das ist eine sehr verwirrende Situation, die die Compliance erschweren kann.

Der Widerstand von Eltern und Kindern führt zugleich dazu, daß das abgewehrte Thema auf anderen Ebenen immer durchkommt. Bei Kindern ist es hauptsächlich die spielerische Ebene, durch die sie sich Ausdruck verleihen. Die Krankheit ist wie eine unabgeschlossene Gestalt, die solange Energie bindet, bis sie geschlossen ist. Das heißt, sie wird einerseits nicht ins volle Bewußtsein gelassen, andererseits tritt sie im Spiel oder anderen kommunikativen Formen immer wieder hervor. "Die Bindung kreativer Kräfte findet in zweifacher Hinsicht statt: zum einen dadurch, daß die "unerledigte" Gestalt nach Abschluß bzw. Neuorganisation - also Transformation - drängt, und zum anderen dadurch, daß wir vermeiden, die unabgeschlossene Gestalt ins volle Bewußtsein treten zu lassen - obwohl wir sie häufig vor- oder unbewußt immer wieder neu inszenieren, denn eine unabgeschlossene Gestalt ist immer mehr oder weniger unangenehm und schmerzhaft" (Gremmler-Fuhr 1999b, S. 350).

Bei Jugendlichen kommt häufig noch eine andere Form der Abwehr hinzu: eigentlich befinden sie sich entwicklungspsychologisch in der Phase der Ablösung von ihren Eltern, durch die Krankheit sind sie jedoch plötzlich wieder stark von ihren Eltern abhängig. Zum Widerstand gegenüber der Krankheit kommt hier noch der Widerstand gegenüber dieser Abhängigkeit hinzu.

4.4.2. Bewältigungsstrategien

Definition und Abgrenzungen

Kusch et al. (1996) halten die Krankheitsverarbeitung für einen dauerhaften, die Behandlung begleitenden Prozeß, in dem eine emotionale und intellektuelle Auseinandersetzung mit der Krankheit und den mit ihr verbundenen Belastungen und Anforderungen der Behandlung stattfindet. "Über die verschiedenen Prozesse der Krankheitsverarbeitung bilden die Kinder und Eltern eine geistige Repräsentation ihrer Erkrankung und der Krankheitsbedingungen. Diese Repräsentationen werden mit zunehmender Erfahrung zu komplexen Wissensstrukturen und leiten das zielgerichtete problemlöseorientierte Handeln der Betroffenen. (Kusch et al. 1996, S. 93f.) Mangold beschreibt, wie sehr die Bewältigungsstrategie des krebskranken Kindes von der seiner Eltern abhängig ist, wie also - gestalttherapeutisch gesprochen - die Bewältigungsstrategie im Organismus-Umwelt-Feld gebildet wird: "Auf Grund unserer Erfahrung in der systemischen Familientherapie stellen wir die Hypothese auf, daß die Bewältigungsstrategie nicht allein von der individuellen Entwicklung des Patienten, seinem Alter, dem Stadium seiner Erkrankung, sondern auch von seiner

Familiengeschichte, seiner Rollenfunktion in der Familie und von den Bewältigungsstrategien der Eltern und ihrem Umgang mit Verlusterlebnissen abhängig ist." (Mangold 1998, S. 147)

Petermann et al. (1990) wenden die drei Phasen der Streßbewältigung nach Cohen und Lazarus (1979, zit. nach Petermann et al. 1990, S. 29 f.) auf die Situation von krebskranken Kindern und ihren Familien an. Demnach gibt es bei jeder Streßbewältigung drei Phasen: In der Phase der ersten Bewertung wird die Situation oder das Ereignis als belastende Streßsituation eingeschätzt. Die Phase der zweiten Bewertung besteht darin, daß die betroffene Person die eigene Kompetenz die Situation zu bewältigen einschätzt. In der dritten Phase kommt es zu einer Neueinschätzung der Situation aufgrund der bisherigen Bewältigungsversuche. Ich halte dieses Modell für sehr gut auf die Situation von krebskranken Kindern anwendbar, da ich oft die Erfahrung mache, daß nach mehreren Wochen, oft auch nachdem die Remission erreicht ist, eine starke und bleibende Stabilisierung des psychischen Zustandes von Eltern und krankem Kind erreicht wird.

Heim (1986, S. 377f.) unterscheidet drei Arten von Bewältigungsformen: emotional ausgerichtete Bewältigungsformen, kognitive Bewältigungsformen und aktives Handeln als Bewältigungsform. Kusch u. Bode (1992) unterscheiden zwischen kurzfristigen, situationspezifischen und längerfristigen Bewältigungsstrategien.

Metzmacher und Zaepfel (1996, S.112f.) führen eine Unterscheidung verschiedener Arten von Coping ein, die ich für sehr hilfreich halte, wenn es darum geht, die Bewältigungsversuche des Kindes zu beschreiben:

■ bewertungsorientiertes Coping: Wie bewertet und beschreibt das Kind mit Hilfe sprachlicher wie nicht-sprachlicher Mittel und Medien sein Problem (seine Krankheit) und die psychosozialen Konsequenzen im familiären wie im außerfamiliären Bereich? Wie erklärt es sich dessen Entstehung, und auf welchem Entwicklungsniveau des Realitätsbezuges bewegt es sich dabei? Es geht hier also um die Frage, womit die Diagnose im subjektiven Erleben des Kindes verbunden wird. Die subjektive Bedeutungsgebung des Kindes ist wichtig, und sie wird von der der Eltern beeinflusst.

■ problemorientiertes Coping: Wie geht das Kind im Alltag mit seiner Krankheit um? Wie beschafft es sich Hilfe und von wem? Welche Aktivitäten mag es besonders, um sich zu trösten und sich Mut zu machen? Ich glaube, daß es für die Bewältigung der Situation des Kindes hilfreich ist, wenn es nicht nur die Krankheit und die damit verbundene familiäre Krisensituation wahrnehmen kann. Das Leben des Kindes soll in

den Bereichen, in denen das möglich ist, möglichst normal weitergehen. Deshalb ist es wichtig, daß die Schulkinder im Krankenhaus und zu Hause Unterricht bekommen, und daß eine Kindergärtnerin für eine Alltagsbeschäftigung des Kindes sorgt.

■ emotionsorientiertes Coping: Welche Gefühle sind mit dem Krankheitserleben verbunden? Wie differenziert erlebt das Kind diese Gefühle? Wie schafft es sich Gefühle der Bestätigung und der Anerkennung? Wie stabil ist die Affektsteuerung des Kindes?

Bei allen drei Arten von Coping wird leicht vorstellbar, wie sehr die Copingform des Kindes mit der der Eltern in Zusammenhang steht. "Je jünger das Kind ist, um so mehr wird die Unterstützung und Hilfe in erster Linie über die Familie möglich sein, Jugendliche werden zusätzlich ihre eigenen autonomen Bewältigungskräfte, auch unterstützt durch außerfamiliäre 'Helfer', einsetzen können." (Mangold 1998, S. 148)

Untersuchungsergebnisse

Zum Bewältigungsverhalten wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, die wichtigsten Ergebnisse möchte ich hier zusammenfassen: Grundsätzlich zeigen die Untersuchungsergebnisse, daß die Copingstile der Eltern die des Kindes beeinflussen, und zwar sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen.

Nach Mangold (1998) reagieren Eltern mit hohem Ausbildungsniveau eher mit aktiven Bewältigungsstrategien wie der Suche nach Information, der Entwicklung eigener Problemlösungsfähigkeiten, der Suche nach Hilfe, dem Aufrechterhalten einer emotionalen Balance, der Entwicklung eigener Problemlösung, dem optimistischen, positiven Denken. Familien mit niedrigem Ausbildungsniveau hingegen neigen eher zu passiven Bewältigungsstrategien wie Religion, Verleugnung, sich dem Schicksal ergeben, Übergabe von Entscheidungen und Verantwortung an Ärzte und Betreuungspersonen.

Kusch und Bode (1992) fanden in einer Untersuchung familiäre protektive Faktoren und Risikofaktoren heraus: Protektive Faktoren sind demnach familiärer Zusammenhalt, offene Kommunikation, emotionale Ausdrucksfähigkeit sowie wahrgenommene Selbstwirksamkeit der Familie. Risikofaktoren sind die soziale Isolation der Familie, geschiedene oder getrennt lebende Elternteile, unklare Rollenverteilungen und Suchtverhalten.

In einer Studie von Petermann, Noecker, Bochmann und Bode (1990) wurden fünf Stile der Bewältigung bestätigt, wobei es sich dabei nach der Klassifikation von Metzmacher und Zaepfel um bewertungsorientierte Bewältigungsformen geht: Krankheit als Herausforderung, Krankheit als Prüfung, Krankheit als Schicksalsschlag im Sinn eines Ereignisses, das viele Hoffnungen der Familie zu zerstören scheint, Krankheit als Schicksal, das passiv hingenommen wird, Krankheit als Strafe. Alle Strategien außer Krankheit als Strafe können als hilfreich und angemessen betrachtet werden. Der Bewältigungsstil "Krankheit als Strafe" geht mit Gefühlen der Wut und des Ausgeliefertseins einher. Der Bewältigungsstil "Krankheit als Herausforderung" ermöglicht eine besonders erfolgreiche Bewältigung der Krankheit: die inner- und außerfamiliären Kontakte werden enger, es besteht eine hohe Kommunikationsfähigkeit und die Familie erkennt auch positive Erfahrungen aufgrund und mit der Krankheit des Kindes.

Goldbeck (1998) erhielt mittels Fragebögen zur Selbsteinschätzung der Eltern interessante Untersuchungsergebnisse: Strategien, die von Eltern selbst als hilfreich empfunden werden, sind die Aufrechterhaltung der familiären Integration und Kooperation, das Beibehalten einer optimistischen Sichtweise und das Verstehen der medizinischen Situation durch Gespräche mit dem Klinikpersonal und anderen betroffenen Eltern. Von einem kleineren Teil der Eltern wird auch soziale Unterstützung und der Versuch zur Aufrechterhaltung der persönlichen Stabilität als hilfreich erlebt. Eltern schätzen als hilfreiche Bewältigungsstrategien ihrer Kinder die aktive Mitarbeit des Kindes in der Therapie und die Entwicklung von Kompetenz und Optimismus im Umgang mit der Krankheit ein.

Goldberg untersuchte weiters den Zusammenhang zwischen dem Coping der Eltern und dem der Kinder: Depressive Reaktionen der Eltern und maladaptiver Copingstil der Kinder ("fühlt sich andersartig und zieht sich zurück", "ist irritierbar, stimmungslabil und agiert aus") hängen zusammen, die Ablenkungsstrategie der Eltern korreliert mit einem adaptiven Coping der Kinder. Religiosität und Sinnsuche der Eltern korrelieren deutlich negativ mit Rückzugsverhalten und Selbstwertproblemen der Kinder. Bagatellisieren und Wunschdenken korrelieren deutlich positiv mit Rückzugsverhalten und Selbstwertproblemen der Kinder. Bagatellisieren und Wunschdenken der Eltern korrelieren ebenso mit Abnahme von Kompetenz und Optimismus bei den Kindern.

Petermann et al. (1990, S. 29f.) konnten zeigen, daß die psychologische Beratung der Familien bewirkt, daß sich der Bewältigungsstil der beiden Elternteile aneinander angleicht, und daß der Informationsstand der gesamten Familie verbessert wird. Außerdem verbessert sich die Krankheitsverarbeitung des Kindes durch die

psychologische Beratung in der Richtung, daß das Kind stärkere Eigenverantwortung zeigt und ein geringeres Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber der Krankheit hat.

4.4.3. Phantasie, Spiel und Sprache als Ausdruck der Selbstregulation

Kinder und Jugendliche reagieren also wie auch Erwachsene auf die durch die Krankheit bedingte veränderte Situation mit ihrer Selbstregulation. Das heißt, der Organismus reagiert von selbst und ohne besondere Steuerung so, daß er mit der Situation möglichst gut zurecht kommt. Das Ausmaß der Verleugnung, die Möglichkeit die Emotion zuzulassen und die Fähigkeit, innerhalb der Familie und auch mit anderen Personen über die Angst und Bedrohlichkeit der Erkrankung zu sprechen, werden durch innere Prozesse reguliert. Zugleich sucht sich der Organismus Möglichkeiten eines Ausdrucks seiner Situation, die ihm einerseits eine Entlastung ermöglichen, aber andererseits keine neuerliche Konfrontation mit der zu regulierenden Emotion darstellen.

Für das Kind stellen das Spiel und die Phantasie eine solche Möglichkeit dar, die ihm ohne jede Anstrengung immer zur Verfügung steht. "Dieser Prozeß organismischer Regulierung funktioniert mühelos bei spontanen Aktivitäten des Kindes." (Carroll 1999, S. 571) Beim Jugendlichen verschiebt sich der Ausdruck dieser Regulationsfähigkeit bereits stärker auf sprachliche Äußerungen.

Ich möchte diese Funktion des Spiels und der Phantasie genauer auf ihre Bedeutung hin betrachten. Badier schreibt dazu: "Die Kinder verwenden weniger die Sprache, um ihre Affekte auszudrücken, sondern greifen vorzugsweise auf körperliche Ausdrucksweisen und Umgehensweisen mit Teilen der Umwelt zurück. Sie zeigen ihre Gefühle auf eine nicht-verbale Seins-Weise. Die Bewegungen, Gesten, Haltungen, die Mimik und spontanen Imitationen, die in wiederholter Weise durchlebt werden, haben Teil an dieser Inszenierung, dieser Bewegung und Aktion, bei der das Subjekt seine Emotionen erlebt oder unterdrückt." (Badier 1999, S. 957) Badier zeigt hier sehr deutlich auf, wie das Spiel der spontanen Ausdrucksweise des Kindes entspricht und wie es eine doppelte Funktion ausfüllt: das Kind kann darin seine Emotion gleichzeitig inszenieren und auf einem gewissen Niveau halten. Es hat im Spiel Kontrolle über seine Emotion. Die Gefühle werden ausgelebt und zugleich reguliert. Der Affekt wird nicht zurückgehalten, er kann seinen spontanen Ausdruck finden, zugleich aber wird er durch das Spiel sozusagen in eine Bahn gelenkt. Eine wichtige Funktion haben hier die zahlreichen Wiederholungen im Spiel des Kindes.

Außerdem kann das Kind im Spiel eine Art Probehandeln durchführen: es kann zukünftige Situationen vorwegnehmen und ausprobieren. Katz-Bernstein beschreibt dieses Probehandeln in Imagination und Spiel: "Diese Zukunftsplanung ist nur möglich, weil die Imagination (ähnlich wie im Spiel der Kinder) uns 'Als-ob'-Situationen überprüfen und durchspielen läßt, die je nach Ereignis verworfen, als Baustein verwertet oder modifiziert werden." (Katz-Bernstein 1990, S. 888) Ein Beispiel für dieses Probehandeln ist das Spiel der 4jährigen Jasmin: Sie spielt mit mir gemeinsam Playmobil, während sie auf ihre Punktion wartet. Wir bauen ein ganzes Krankenhaus auf: da gibt es Krankenbetten, einen Operationssaal, verschiedene Untersuchungsgeräte und natürlich Patienten, Ärzte, und Schwestern. Jasmin spielt einen Patienten, der eine Operation hat, ich spiele die Ärzte und Schwestern. Plötzlich sagt sie: "der kriegt eine Punktion." In der Folge spielt sie immer und immer wieder, daß der Patient die Punktion bekommen soll, aber sehr viel Angst hat und immer wieder wegläuft. Die Ärzte müssen ihn überall suchen. Und dennoch weiß der Patient, daß er seine Punktion heute haben muß.

Eine dritte wichtige Funktion des kindlichen Spiels beschreibt Klitzing: "Dinge wie Spiel, Zeichnen und Erzählen von Geschichten stellen auch einen Übergang zwischen der subsymbolischen, vorwiegend von Emotionen gekennzeichneten Erlebensweise des Säuglings und Kleinkindes und der von sprachlicher Kommunikation in einer symbolischen Welt geprägten Funktionsweise des sich weiterentwickelnden Kindes dar." (Klitzing 2000, S. 43) Dieser Aspekt, daß also Spiel, Zeichnen und Geschichten eine Verbindung zwischen der emotionalen Welt des Kindes und der sprachlichen Kommunikation der Erwachsenen darstellen, spielt in der Frage der therapeutischen Arbeit und Interventionen eine zentrale Rolle. Im Kapitel 5.6 werde ich nochmals darauf zurückkommen.

Anhand der folgenden Beispiele von Kindern und auch Jugendlichen soll deutlich werden, wie sehr Spiel, Phantasie und Sprache der Selbstregulation des Kindes dienen und ihr entspringen:

Der 4jährige Marc liegt in seinem Bett und zeigt mir das Ferkel, das bei ihm liegt. Das Ferkel hat eine Flöte, die er aus Infusionsstöpseln gebastelt hat. Ich frage ihn, wie es dem Ferkel geht. Er sagt: "Es geht ihm gut. Aber der Kürbis, der schläft den ganzen Tag." Er deutet auf den Kürbis, der etwas abseits von Marcs Bett in einer Schachtel liegt, so, als ob er in einem Bett liegen würde. Ich frage ihn, mit trauriger Stimme: "Oh, ist er krank?" Marc antwortet: "Ja, sehr krank."

Diese kurze Sequenz zeigt die Situation von Marc: das Ferkel ist ganz nah bei ihm, es spielt Flöte. Das Ferkel repräsentiert den Teil, der jetzt gerade aktuell ist: Heute geht es Marc gut, er fühlt sich wohl. Aber insgesamt ist Marc sehr krank, und das weiß er auch. Diese Seite wird vom Kürbis repräsentiert. Die zwei Teile seiner Lebenssituation sind also auf Kürbis und Ferkel aufgeteilt. Zugleich ist sehr deutlich, daß die sehr kranke Seite weiter weg von ihm ist, und daß ihm das Ferkel, dem es gut geht, sehr nah ist. Das Ferkel repräsentiert auch das Lebendige, es spielt Flöte; der Kürbis ist eine Frucht, die einer Pflanze entstammt, aber doch keine lebende Pflanze mehr ist.

Die 5jährige Irene ist an einem Rückfall erkrankt, ihre Prognose hat sich damit stark verschlechtert. Sie spielt immer und immer wieder, daß ihre Puppe stirbt und begraben wird.

Der 2 ½ jährige Thomas geht zum Schaukelpferd, mit dem er, als es ihm besser gegangen ist, immer geschaukelt ist, und sagt: "Pferd hat aua". Und er macht dem Pferd einen Verband. Er will diesmal nicht auf dem Pferd schaukeln, weil es krank ist.

Die 6jährige Michaela sagt zu ihrem Stoffschwein, das sie als "Glücksschweindl" von Verwandten geschenkt bekommen hat: "Glücksschweindl, du muaßt ma höffn. Daß i die Tabletten schlucken kann, daß i wos essen mog und beim G'sund werden."

Eine 18jährige Patientin beschreibt: "Wenn' s ma goanz schlecht geht, dann geh' i' in an Chat-Room und schreib' oiss eini wos mi' bedrückt."

Im folgenden seien ein paar Beispiele angeführt, die Ausdruck des Widerstandes bei den Kindern und Jugendlichen sind:

Der 5jährige Bert redet dauernd dazwischen, als ihm der Arzt erklären will, welche Krankheit er hat, wie sie heißt, und wie sie behandelt wird. Er läßt ihn fast nicht zu Wort kommen, sondern erzählt von vielen anderen Dingen.

Die 12jährige Sonja sagt in den ersten Tagen nach der Diagnoseeröffnung mehrmals zu ihrer Mutter, die immer wieder vor ihrer Tochter weint: "Mama, i schenk da zum Geburtstag an Psychiater."

Eine 16jährige Patientin beschreibt, wie sehr sie ihren Körper als ausgeliefert wahrnimmt, und wie sich in ihr ein Widerstand gegenüber dem Behandlungsteam

aufbaut: "Die wissen alles von mir. Was i drink, was i iß, was i scheiß. Und wenn i a moi huast, dann wissen sie's a."

4.5. Schlußfolgerungen für die therapeutische Arbeit

Am Schluß dieses Kapitels möchte ich kurz die wichtigsten Aspekte der Situation von krebskranken Kindern von der Diagnosestellung an zusammenfassen, die für die therapeutische Arbeit und den Umgang mit der Lebensbedrohung in der therapeutischen Arbeit relevant sind:

- Die Bewertung und Bedeutungsgebung der Krankheit spielt eine wichtige Rolle für das Erleben des Kindes. Diese Bedeutungsgebung wird innerhalb des Feldes Familie gebildet und durch das ärztliche Diagnosegespräch und durch psychotherapeutische Interventionen mit beeinflußt.
- Die Bewertung der eigenen Problemlösekompetenz des Kindes und seiner Eltern spielt eine wichtige Rolle in der Bewältigung der Krankheit. Die Problemlösekompetenz des Kindes in bezug auf seine Krankheit kann psychotherapeutisch gestärkt werden.
- Widerstand ist eine Form der Selbstregulierung. Der therapeutische Umgang mit dem Widerstand ist vor diesem Hintergrund zu konzipieren.
- Eine offene Kommunikation in der Familie über die Krankheit und ihre Bedrohlichkeit erleichtert dem Kind die Bewältigung seiner Situation. Ein Schwerpunkt in der Arbeit mit der Familie des Kindes wird daher die Förderung einer offenen Kommunikation über die Krankheit sein.
- Das Spiel des Kindes hat eine zentrale Rolle für seine Selbstregulation. Das Kind kann dadurch seine Emotion ausdrücken und zugleich regulieren, es kann eine Art Probehandeln durchführen, und das Spiel stellt eine Verbindung zwischen seiner emotionalen Welt und der sprachlichen Welt der Erwachsenen dar. Diese Aspekte des kindlichen Spiels können therapeutisch genutzt werden.

5. Die therapeutische Arbeit mit der Lebensbedrohung

Ich möchte im folgenden anhand der zentralen Begriffe der Gestalttherapie meinen Umgang mit der Lebensbedrohung in meiner Arbeit mit den krebskranken Kindern darstellen. Ich entwerfe auf der Basis der Grundkonzepte der Integrativen Gestalttherapie eine theoretische Konzeption der therapeutischen Arbeit mit dem Thema der Lebensbedrohung mit krebskranken Kindern und Jugendlichen.

Ein zentrales Element der Theorie der Integrativen Gestalttherapie ist für mich in diesem Zusammenhang der Stellenwert der therapeutischen Beziehung. Gerade in der therapeutischen Auseinandersetzung mit diesem existentiellen Thema und den damit verbundenen Ängsten bin ich als ganze Person gefragt und kann mich nicht hinter einer Fassade verstecken. Ein weiteres wichtiges Grundkonzept, das in meiner hier beschriebenen Arbeit stark Eingang findet, ist der gestalttherapeutische Umgang mit dem Widerstand. Ich betrachte den Widerstand eines krebskranken Kindes gegenüber der Lebensbedrohung durch seine Krankheit als einen Akt der Selbstregulierung und richte meine therapeutischen Interventionen entsprechend aus.

Um einen konkreten Einblick in meine Arbeit zu geben stelle ich zwei Gespräche mit dem 12jährigen Michael und der 7jährigen Sarah sehr ausführlich dar und werde im weiteren immer wieder darauf Bezug nehmen. Zunächst möchte ich im Kapitel 5.1 einige grundsätzliche Fragen zum Gespräch über die Lebensbedrohung klären. Im Kapitel 5.2 folgen die beiden Falldarstellungen. Die Beziehung zum Kind als Grundlage für meine psychotherapeutische Arbeit, die Arbeit mit dem Feld Familie und der Umgang mit dem Widerstand sowie die therapeutischen Ziele und Interventionen werde ich in den folgenden Kapiteln darstellen. Zuletzt möchte ich anhand der beiden Fallbeispiele meinen eigenen Widerstand als Therapeutin aufzeigen und diskutieren.

5.1. Das Gespräch über die Lebensbedrohung

Die Frage, ob es überhaupt notwendig ist, mit krebskranken Kindern über die durch ihre Krankheit bedingte Lebensbedrohung zu sprechen, wird immer wieder diskutiert. Ich halte diese Frage für sehr wichtig, zumal die Wahrscheinlichkeit, daß ein Kind mit einer guten Prognose von 80 Prozent überhaupt nur in die Nähe einer lebensbedrohenden Situation kommen wird, sehr gering ist.

Für mich ist das letztlich entscheidende Argument in dieser Frage das folgende: nach Bürgin (vgl. Kapitel 4.2) ahnen fast alle Kinder den lebensbedrohenden Charakter ihrer Erkrankung. Ich denke, daß sie ihn aufgrund der veränderten Atmosphäre innerhalb der Familie ahnen. Diese Atmosphäre ist verändert, weil *für die Eltern* die Bedrohlichkeit der Erkrankung im Mittelpunkt steht. Die Angst der Eltern bestimmt also, was das Kind an emotionaler Stimmung aufnimmt. Wie im Kapitel 4.1 beschrieben wurde, muß das Kind diese Lücke zwischen seiner Krankheit und der Angst der Eltern mit Hilfe seiner Phantasie schließen. Wir können also davon ausgehen, daß viele Kinder diese Lücke damit schließen, daß sie die Lebensbedrohung erahnen.

Wenn also nun die Kinder in Abhängigkeit von der Angst und dem Verhalten ihrer Eltern ihre Lebensbedrohung ahnen, so bleibt auf der anderen Seite die Frage zu klären, woher denn die Angst der Eltern kommt und womit sie zusammenhängt. Auch wenn möglicherweise Persönlichkeitsfaktoren die emotionale Reaktion der Eltern stark mitbestimmen, die Antwort ist dennoch sehr einfach: die Angst der Eltern ist leider nicht unbegründet. Wenn eine achtzig prozentige Heilungschance besteht, so sind das eben nur achtzig Prozent und nicht hundert Prozent. Auch wenn es sich hierbei nicht um eine unmittelbare Lebensbedrohung handelt und in der Mehrzahl der Fälle der Behandlungsverlauf ein gutes Ansprechen der Therapie zeigt, so ist das doch keine Garantie auf eine Heilung. Denn die Frage, die für alle Patienten und ihre Eltern mit der Diagnosestellung akut wird, ist die, ob es eine Gewißheit auf eine Heilung gibt. Und die Tatsache, mit der sich Eltern wie auch Kinder auseinandersetzen, ist, daß sie sich in einer ungewissen Situation befinden, in der ihnen niemand sicher sagen kann, ob das Kind diese Krankheit überleben wird.

Bereits in der Einleitung habe ich deutlich gemacht, daß ich diese Auseinandersetzung für eine ganz andere als die Auseinandersetzung mit einem möglichen Tod in einer unmittelbar lebensbedrohenden Situation halte. Was in einem Kind sowie in seinen Eltern vorgeht, die die Nachricht erhalten, daß durch die medizinische Behandlung ihre Krebserkrankung nicht in Griff zu bekommen ist, das Überleben des Kindes also sehr unwahrscheinlich ist, ist eine zweite Fragestellung, auf die ich in dieser Arbeit nicht eingehen kann, die aber eine große Aufmerksamkeit verdient.

Ich halte es für hilfreich, wenn ein Kind mit seinen Eltern oder auch mit mir als Psychotherapeutin über die Tatsache sprechen kann, daß ihm niemand garantieren kann, daß es von dieser Krankheit geheilt wird. Ich glaube, daß das Gefühl des Aufgehobenseins beim Kind größer ist, wenn es mit seiner Phantasie nicht alleingelassen wird, sondern einen Gesprächspartner hat, der ihm seine Phantasien über

den Grund der emotionalen Veränderung in der Familie bestätigt. Wenn es möglich ist, daß die Eltern mit dem Kind über diese Tatsache reden, dann muß ich das nicht mehr tun. Es ist mir aber wichtig, daß in irgendeiner Form von seiten der Eltern (manchmal sind es auch andere wichtige familiäre Bezugspersonen) oder von mir für das Kind eine Antwort auf die Frage gegeben wird, warum die Atmosphäre so anders ist als früher.

Und ich glaube, diese Antwort sollte eine für das Kind befriedigende Antwort sein, mit der es sich ernst genommen und nicht unterschätzt fühlt. Ich glaube, um die Lücke im Verständnis des Kindes wirklich zu schließen, muß man auch mit dem Kind darüber reden, daß die Eltern Angst haben, weil sie wissen, daß es unter Umständen an dieser Krankheit auch sterben könnte.

Die Schwierigkeit dabei liegt aber darin, daß beim Kind, bei seinen Eltern und wie ich später deutlich machen werde auch bei mir als Therapeutin ein Widerstand gegenüber dem Thema der Lebensbedrohung und Tod besteht. Das Thema Tod ist ein Tabuthema, wir setzen uns nicht gerne mit der Endlichkeit unseres Lebens auseinander. Es handelt sich also beim Thema Tod um einen Spezialfall von Widerstand, sozusagen um einen Widerstand, der alle betrifft und auch gesellschaftlich mitbestimmt ist. Entsprechend der gestalttherapeutischen Sicht von Widerstand ist hier im besonderen die Schutzfunktion und Selbstregulierung zentral.

Das Kind spürt also in vielen Fällen, daß dieses Thema ein Tabuthema ist, und daß seine Eltern zu sehr damit beschäftigt sind, ihre eigenen Emotionen im Gleichgewicht zu halten. Manchen Eltern gelingt es dennoch, dieses Thema von sich aus gegenüber dem Kind anzusprechen. Wo das nicht möglich ist, spreche ich mit dem Kind darüber. Ich spreche das Tabuthema an, und mache damit für das Kind deutlich, daß es zwar im Moment nicht möglich ist, mit den Eltern darüber zu sprechen, daß das aber nicht heißt, daß es mit niemandem darüber sprechen kann, sondern daß ich als Gesprächspartner auch für dieses Thema zur Verfügung stehe.

Vielen Eltern fällt es leichter mit ihrem Kind über die Lebensbedrohung zu sprechen, wenn sie wissen, daß ich mit dem Kind bereits darüber gesprochen habe. Außerdem versuche ich auch dem Kind zu vermitteln, daß es mit den Eltern über dieses Thema reden kann. Manchmal führe ich auch nach dem Gespräch mit dem Kind ein gemeinsames Gespräch mit den Eltern und dem Kind über dieses Thema.

Gerade weil es sich bei die Lebensbedrohung um ein Tabuthema handelt, ist die Frage so heikel, in welcher Form das Thema gegenüber dem Kind ausgesprochen wird. Soll man das Wort "Tod" oder das Wort "Sterben" dem Kind gegenüber aussprechen? Die

Formulierung "man kann nicht mehr leben" ist beispielsweise eine völlig andere und aktiviert andere Bilder als die Formulierung "man muß sterben". Rede ich über die Lebensbedrohung allgemein bei dieser Erkrankung oder beziehe ich sie direkt auf das Kind? Hier gibt es viele Feinheiten, die zu diskutieren sind. Ich halte es grundsätzlich für wichtig, den Eltern von Kindern zu vermitteln, warum und wie ich mit dem Kind darüber sprechen will. Die meisten Eltern nehmen das dankbar an. Wenn sie dem nicht zustimmen können, warte ich einen späteren Zeitpunkt ab, um meistens mit dem Kind und zumindest einem Elternteil gemeinsam darüber zu reden. Bei Jugendlichen schaut die Situation ein wenig anders aus: hier ist es oft besonders wichtig, daß der Patient einen Gesprächspartner hat, mit dem er seine Ängste besprechen kann, und demgegenüber er Schwäche zeigen kann, ohne daß seine Eltern davon erfahren.

Die Frage, in welcher Form und auch mit welcher Formulierung ich über den lebensbedrohenden Charakter der Krebserkrankung spreche, bleibt eine sehr schwierige. Ich glaube, diese Frage ist nicht generell beantwortbar, sondern muß individuell auf das Kind und seine Eltern hin beantwortet werden. Ich halte es für meine Aufgabe, gerade bei diesem so sensiblen Thema im Kontakt mit dem Kind und seinen Eltern herauszuspüren, welche Art von Gespräch über die Krankheit sowie über die damit verbundene Lebensbedrohung für das Kind hilfreich ist.

Eine wichtige Fragestellung im Zusammenhang mit dem Gespräch über die Lebensbedrohung ist die Abgrenzung zwischen der Aufklärung durch den Arzt und der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Thema der Erkrankung und auch der Lebensbedrohung. Ich halte eine klare Trennung hier prinzipiell für sehr wichtig: Als Psychotherapeutin kläre ich das Kind nicht auf, sondern arbeite mit ihm an der *Bedeutung*, die die Krankheit für das Kind hat. Es geht also um die Frage, wie das Kind sein Wissen über die Krankheit, das ihm vom Arzt vermittelt wurde, integrieren kann, und wie es dieses Wissen emotional verarbeitet. Dennoch kann es gelegentlich vorkommen, daß ich als Psychotherapeutin gezwungen bin, unmittelbar im Gespräch mit dem Kind in der Funktion des Informationsvermittlers einzuspringen, dem Kind also dort Information zu geben, wo es diese gerade im Moment braucht, um eine Lücke in seiner Gedankenwelt zu schließen. Immer wieder geht es auch darum, die Information, die im Arztgespräch gegeben wurde, zu wiederholen und mit dem Kind durchzudenken, um ihm eine Integration zu ermöglichen.

Prinzipiell halte ich die Beziehung zwischen dem Kind und mir für eine wichtige Stütze in der Arbeit an dem Thema der Lebensbedrohung. Zugleich ist es aber durch die

Krisensituation, in der sich das Kind befindet, oft notwendig, dieses Thema relativ rasch aufzugreifen und damit einer Bearbeitung zuzuführen. Das heißt, es geht hier sehr schnell um sehr existentielle Themen, obwohl die Beziehung zwischen dem Kind und mir noch wenig Zeit hatte sich zu entwickeln. Zugleich hängt die Art, wie ich dieses Thema der Lebensbedrohung mit dem Kind bearbeite, sehr von der Art des Kontakts zwischen dem Kind und mir ab. Beziehung und Thema beeinflussen sich also wechselseitig: eine tragfähige Beziehung macht bestimmte Themen möglich, aber auch bestimmte Themen, die aufgrund der Situation des Kindes von mir angesprochen werden, prägen die Beziehung.

Gerade deshalb ist es mir wichtig, daß verschiedenste Themen und verschiedenste Arten von Kontakt in meine Beziehung zum Kind Eingang finden. Zum Beispiel spiele ich mit dem Kind ein Spiel oder unterhalte mich über besondere Interessen oder Hobbies des Kindes, um neben dem Ansprechen der Bedrohung durch die Krankheit auch anderen Themen Platz zu geben, die nichts mit dieser Erkrankung und Krisensituation zu tun haben, und die das gesunde Leben des Kindes repräsentieren. Damit sage ich dem Kind, daß ich zwar weiß, daß es eine lebensbedrohende Krankheit hat, daß aber zugleich seine Hoffnung, daß sein Leben wieder so wird wie früher, berechtigt ist. Zugleich sehe ich das Spiel des Kindes sowie auch alle Themen, die für das Kind wichtig waren, als es gesund war, als Ressource an. Indem ich mich für diese Themen interessiere, stärke ich diese Ressourcen und zeige dem Kind, daß es viele Dinge gibt, die trotz seiner Krankheit so bleiben wie früher.

Indem ich als ein und dieselbe Person mit dem Kind sowohl über die bedrohlichen Aspekte der Krankheit spreche als auch ganz normale, lustige Dinge mit dem Kind spiele oder rede, bringe ich beide Polaritäten seiner Situation ein. Damit gebe ich dem Kind die Botschaft, daß es kein Widerspruch ist, sich vor der einen Polarität zu fürchten und zugleich auf die andere zu hoffen und für sie zu kämpfen.

Ein weiterer Grund, warum mir das Einbringen des "Normalen" so wichtig ist, ist die psychohygienische Frage. Weder das Kind noch ich würden es gut aushalten, nur über die schwierigen Aspekte seiner Krankheit zu sprechen. Die Gespräche über die Lebensbedrohung sind in emotionaler Hinsicht eine sehr große Herausforderung für mich und auch für das Kind. Ich zeige dem Kind meine eigene Emotion in diesen Gesprächen und versuche sie nicht zu verstecken, in der Hoffnung, daß das auch dem Kind erleichtert, seine Emotion mir oder seinen Eltern gegenüber zu zeigen. Indem ich mit dem Kind dann auch auf eine leichte Art über "ganz normale" Themen spreche, sage ich ihm, daß es durchaus angebracht ist, daß es in seiner Situation sehr viele unterschiedliche Gefühle hat. Und ich gebe ihm damit die Botschaft, daß es trotz seiner

Krankheit auch spielerische, lustige Dinge tun kann wie sonst, und biete ihm damit ein Modell der Regulierung dieser Gefühle.

Außerdem geht es hier um die Frage, welche Rolle ich als Psychotherapeutin für das Kind habe: wenn ich mit dem Kind nur über die bedrohlichen und schwierigen Aspekte seiner Krankheit spreche, werde ich für das Kind zu einer Person, die das repräsentiert, was das Kind verdrängen möchte. Das Kind kann dann die Beziehung zu mir nicht aufrecht erhalten. Es gibt also abgesehen von meiner eigenen Psychohygiene eine gewisse Notwendigkeit, bei dieser Verdrängung mitzumachen und auch Belanglosigkeiten in der Beziehung zuzulassen. Damit wird das Prinzip Hoffnung zentral und die Entwicklung der therapeutischen Beziehung möglich.

5.2. Zwei Fallbeispiele: Michael und Sarah

Ich möchte nun zwei Fallbeispiele darstellen, um damit einen konkreten Einblick in meine therapeutische Arbeit mit dem Thema der Lebensbedrohung zu geben. Ich habe zwei Beispiele ausgewählt, in denen meine Art des Vorgehens sehr unterschiedlich ist. Die Gesprächsprotokolle sind so gestaltet, daß zum einen der Wortlaut und zum anderen auch meine inneren Reaktionen und Gedanken sowie teilweise meine Interventionsentscheidungen niedergeschrieben sind. Der Gesprächswortlaut ist in normalem Druck, meine inneren Reaktionen sind eingerückt und kursiv gedruckt wiedergegeben.

Michael, 12 ½ Jahre, Leukämie:

Das folgende Gespräch fand etwa drei Monate nach der Diagnosestellung statt. Zwischen Michael und mir hat sich bis dahin eine Form des Gesprächs entwickelt, in der es immer wieder um sehr unterschiedliche Themen geht: seine Krankheit, die Nebenwirkungen der Chemotherapie (Übelkeit, Kopfweh), seine Beziehung zu seiner Mutter und zu seinem Vater (seine Eltern sind geschieden), die Beziehung und ab und zu auch die Schwierigkeiten zwischen seinen Eltern, seine Freunde, die Schule, Computerspiele, die Simpsons. Von beiden Eltern wurde meine Arbeit mit Michael von Anfang an sehr gut angenommen und unterstützt, wir sprechen immer alleine miteinander. Michael weiß, daß ich auch mit seinen Eltern Gespräche führe, ich habe mit ihm vereinbart, daß ich ihnen keine Inhalte unserer Gespräche erzähle und umgekehrt, also ihm nicht von den Inhalten der Gespräche mit seinen Eltern erzähle.

Das Gespräch ist passagenweise protokolliert, der Anfang wirkt sehr unmittelbar, das ist durchaus typisch für Michael. Ich nehme an, das Gespräch hat mit einer einleitenden Frage von mir begonnen, etwa wie geht's dir oder so ähnlich, und Michael beginnt dann über das Thema Krebs zu reden:

Michael (er redet sehr rasch, in einem durch, ich komme kaum dazu, dazwischen was zu sagen.): Am Anfang haben alle gemeint, es ist so schlimm, wenn man Krebs hat, die haben alle gleich das Schlimmste befürchtet. Aber daweil wärs doch jetzt viel zu früh zum Sterben. ... Wir haben viel geredet am Anfang, in den ersten Wochen, jetzt reden wir nimma soviel drüber. Weil ma eigentlich eh alles besprochen haben. ... Die Mama hat gesagt, es gibt viele Krebsarten, Tausend verschiedene, und mein Opa zum Beispiel, der ist gestorben an einem Darmkrebs, das ist wieder was ganz anderes. Aber alle glauben gleich immer Krebs Krebs Krebs, das heißt sterben.

Ich bin sehr überrascht darüber, wie direkt er dieses Thema plötzlich anspricht, zugleich frage ich mich, was genau er damit sagen will. Mir fallen verschiedene Möglichkeiten ein: heißt das, daß ihn die Befürchtungen seiner Umgebung belastet haben, heißt das, er will jetzt von mir ein Stellungnahme zu der Frage wie gefährlich seine Krankheit ist? Zugleich hat Michael wieder einmal so ein Tempo im Gespräch, daß ich sowieso nur eines tun kann, mich auf meine eigenen Einfälle und Intuitionen verlassen.

Ich: Ja, davor haben sie Angst gehabt, die Mama und alle.

Ich erinnere mich in diesem Moment an die Gespräche mit seiner Mutter und mit seinem Vater und bin mir sehr sicher, daß dieser Satz stimmt.

Ich würde gern wissen, wie er das genau gemeint hat, hab aber das Gefühl, daß ein direktes Nachfragen nur sein Ausweichen hervorrufen würde, und ich versuche deshalb eine andere Fährte:

Ich frage ihn, wie er sich eigentlich den Tod vorstellt und was er glaubt, was dann ist.

Das ist eine Thema, das ich schon lange einmal ansprechen wollte, auch weil ich weiß, daß er einmal seinen Vater gefragt hat, ob er an dieser Krankheit sterben kann. Überhaupt denke ich, daß es wichtig ist, wie er sich den Tod vorstellt, allein um zu wissen, was er phantasiert, wenn er über ein mögliches Sterben nachdenkt. Auch darüber ist jetzt leichter zu reden als noch vor ein, zwei Monaten, weil wir beide schon wissen, daß er bisher sehr gut auf die Therapie angesprochen hat.

Er (*ohne lang nachzudenken*): Da ist nichts nachher. ... Nein, das glaub ich nicht. Das hofft man nur.

Ich: Und glaubst du, daß es einen Gott gibt oder sowas?

Im Aussprechen merke ich bereits, daß für mich diese beiden Themen anscheinend sehr eng zusammenhängen, und es wird mir klar, daß das ja für Michael nicht unbedingt so sein muß.

Er: nein. Gott gibt es nicht. - Und was glaubst du, was dann ist?

Seine Frage gefällt mir und fordert mich heraus, zugleich merke ich, daß ich erst nachdenken müßte, wie ich meine Vorstellung formulieren soll, zu lang, um bei dem Gesprächstempo, das Michael vorlegt und anscheinend braucht, mithalten zu können. Ich gebe also auf und fange an laut zu denken:

Ich: Also ... mein Körper ist dann auf alle Fälle tot.

Er (fällt mir ins Wort, mit seinem für ihn sehr typischen humoristischen Tonfall):
und von Würmern zerfressen.

Michael spricht das Tabu des Themas so deutlich an, daß ich kurz selbst erschrecke. Ich spüre die Lust, mit der er das tut, auch die Aggression, die da drin steckt, immer witzig verpackt allerdings.

Keine angenehme Vorstellung, dieses Bild, das er beschreibt, und doch spüre ich wieder die Herausforderung von ihm, was ich jetzt drauf sagen werde. Außerdem meldet sich ein Stück Unwillen bei mir, mich mit diesem Bild wirklich auseinanderzusetzen. Ich möchte da lieber einen Bogen drum herum machen.

Ich: Ja, er wird von Würmern zerfressen werden, da hast du recht, aber ich denke, mir macht das dann nichts aus, weil meinen Körper werd' ich dann nicht mehr brauchen, weil meine Seele und mein Geist dann woanders ist. ... Oder glaubst du das auch nicht, daß die Seele woanders ist?

Er: nein. Naja, vielleicht gibts ja eine Wiedergeburt.

Ich hab das Gefühl daß er so ausprobiert, wie das ist, wenn er die eine oder die andere Vorstellung ausspricht, und dadurch kommt sowas ganz Leichtes, Spielerisches hinein. Die Aggression, auch die erschreckende Seite des Todes,

auch der Ekel, sind plötzlich weg. Ich merke, daß mir das sehr angenehm ist und bekomme Lust mitzuspielen.

Ich: Wiedergeburt ... als was? ...

Mir fällt spontan ein, was ich gerne wäre, finde außerdem die Vorstellung, man könnte sich aussuchen, als was man wiedergeboren wäre, gar nicht schlecht. Im Vergleich zu der ohnmächtigen Position eines Körpers, der von Würmern zerfressen wird, kommt mir das sehr erhebend vor. Außerdem gefällt mir - auch aus der therapeutischen Perspektive - die Vorstellung, man könnte seinen Tod und das, was danach kommt, aktiv mit beeinflussen. Und weil mir gerade was einfällt und ich Michael motivieren möchte, sich auch was zu wünschen, sag ich gleich was ich gern wäre:

Ich: ... Ich wär´ gern ein Elefant.

Er lacht: einer, der über alle drüber latscht. ... Und ich ein Tiger, der alle auffrißt.

Wir lachen beide.

Mir fällt zum Thema Wiedergeburt noch meine Mutter ein, die bei diesem Thema immer sagt, daß ihr die Vorstellung der Wiedergeburt sehr mühsam erscheint, lieber würde sie auf direktem Weg in den Himmel kommen. Ich überlege kurz, ob es passend ist, das zu sagen, und entscheide mich schließlich dafür. Ich will ihm damit sagen, daß man mit Müttern über dieses Thema reden kann. Ich weiß von seinem Vater, daß sie ein sehr ernstes Gespräch darüber hatten, von seiner Mutter weiß ich, daß sie sich sehr schwer getan hat, mit Michael darüber zu reden. Nach dem, was er aber am Anfang des Gesprächs erzählt hat, könnte das mittlerweile auch schon anders sein. Außerdem finde ich für Michael die Botschaft wichtig, daß es sehr unterschiedliche Vorstellungen vom Tod gibt, und daß in Wirklichkeit keiner weiß, wie es wirklich ist. Und weiters will ich die Vorstellung, vielleicht kann man sich ja was wünschen, also auch das Neue, Reizvolle an dem, was nach dem Tod sein könnte, und die Möglichkeit das Sterben aktiv zu beeinflussen, hineinbringen.

Ich: Meine Mutter sagt immer, sie möchte das nicht mit der Wiedergeburt, ihr ist das viel

zu mühsam, sie will dann lieber gleich in den Himmel kommen.

Er lacht.

Später kommt das Thema in zwei anderen Aspekten noch einmal: Er erzählt mir von einer Folge der Simpsons, wo die Simpsons die Katze von Liza wieder zum Leben erwecken wollen, aber es funktioniert nicht, statt dessen steigen am anderen Ende des Friedhofs die Leichen aus den Gräbern. Und Liza wird kurz zu einer Schnecke, am Ende ist alles wieder wie vorher. Er erzählt und lacht dabei.

Wieder gefällt mir die sehr witzige, spielerische Art über dieses Thema zu sprechen. Michael scheint das inzwischen sehr zu genießen.

Am Schluß spielt Michael plötzlich mit einer Schlange aus Holz, die die ganze Zeit am Tisch neben seinem Bett gelegen ist. Er kann die Teile der Schlange so bewegen, daß es einmal aussieht als wäre sie geköpft, und dann als wäre sie wieder ganz. Er wechselt rasch zwischen den beiden Positionen der Schlange und spricht dazu: "geköpft - lebt wieder- tot - lebt wieder...".

Ich muß wieder sehr lachen.

Der Stil des Gesprächs ist kein anderer als in unseren früheren Gesprächen. Wir lachen viel, wir reden schnell, es ist so ein gemeinsames, sehr rasches, freies Assoziieren. Das ganze Gespräch ist von der Stimmung her sehr locker und leicht, trotz der nicht so einfachen Themen. Ich lasse ihm das schnelle Darübergehen und schon wieder beim nächsten Thema sein, weil ich denke, er braucht das. Zugleich fördere ich den Wechsel von lustiger zu emotional traurigerer, existentiellerer Stimmung, indem ich selbst durch Stimmartikulation, Sprachmelodie und Mimik viel Gefühl hineinlege, und dann auch wieder spontan lache, wenn mir danach ist. Michael hat einen sehr geistreichen Humor, er bringt mich damit tatsächlich sehr oft zum Lachen. Ich lasse das zu und gehe sehr stark meinen spontanen Impulsen und Einfällen nach. Das Gespräch hat wie die meisten Gespräche mit Michael ein sehr, sehr rasches Tempo. Auch das scheint Michael so haben zu wollen.

Sarah, 7 Jahre, Leukämie:

Das folgende Gespräch findet statt, als Sarah bereits seit etwa zwei Wochen bei uns in Behandlung ist. Ein Arzt hat mit Sarah über die Leukämie gesprochen, ich war bei

diesem Gespräch nicht dabei. Sarah und ich hatten bereits ein paar gemeinsame Gespräche, zum Teil allein, zum Teil mit der Mutter gemeinsam. Ich habe ihr einmal ein Bilderbuch mitgebracht mit einer Geschichte von einer Prinzessin, die eines Tages schwer krank wurde und Leukämie hatte. Seither muß sie viele, viele Tabletten nehmen, und ihre Eltern, der König und die Königin weinen viel. Am Ende der Geschichte ist die Prinzessin wieder gesund, und es gibt ein großes Fest.

Sarahs Mutter ist seit ihrer Aufnahme auf der Station sehr um den psychischen Zustand von Sarah besorgt. Sie hat den Eindruck, ihr Kind habe sich verändert, sie sei viel ruhiger geworden. Außerdem liegt sie oft so lethargisch im Bett und schaut so traurig aus, so, als würden ihr schlechte Gedanken durch den Kopf gehen. Die Mutter bittet mich, bei einer guten Gelegenheit mit Sarah über die Gefährlichkeit ihrer Krankheit zu sprechen. Sie ist selbst zu betroffen, um das zu tun.

Ich komme in das Zimmer, ich treffe Sarah und ihre Mutter an. Es entwickelt sich ein Gespräch über die momentane körperliche Befindlichkeit von Sarah. Dabei spricht hauptsächlich die Mutter, obwohl ich Sarah immer wieder direkt anspreche. Ich knüpfe an die Geschichte mit der Prinzessin an. Die Mutter stutzt mich plötzlich am Arm und deutet mir, daß sie hinausgeht.

Ich verstehe das als Zeichen, daß sie mir damit ihr Einverständnis gibt, jetzt mit Sarah über ihre Krankheit zu sprechen. Zugleich melden sich Zweifel, ob ich die Mutter damit auch wirklich richtig interpretiere.

Zugleich merke ich, daß die Situation eine ist, die viel ermöglichen kann zwischen Sarah und mir, und daß ich plötzlich ein starkes Vertrauen in die noch nicht sehr lange bestehende, aber doch sich bereits entwickelnde Beziehung zwischen Sarah und mir spüre. Ich merke, daß das einzige, was ich jetzt wirklich habe und als Kriterium heranziehen kann, mein eigenes Gefühl ist, obwohl ich zugleich spüre, daß ich mich nach mehr sehne: nach einer wissenschaftlichen Theorie, nach einem klaren Arbeitsauftrag, nach einer Mutter, die das Gespräch mit mir gemeinsam führt und trägt, oder - am allerliebsten - nach der Gewißheit, daß Sarah zu den Kindern gehört, die ihre Krankheit gesund überstehen werden. Und doch geht es ja jetzt genau darum, in irgendeiner Form mit Sarah darüber zu sprechen, daß es diese Ungewißheit gibt, und ihr Raum zu geben, die Emotion, die mit dieser Ungewißheit verbunden ist, auszudrücken.

Ich denke mir auch noch, daß ja immer auch alles Projektion sein kann, daß es also möglicherweise gar nicht der Wunsch der Sarah sein könnte, darüber zu reden, sondern nur mein Bedürfnis, aus irgendeinem unbewußten Motiv heraus.

An dieser Stelle merke ich, daß mir Denken im Moment nicht weiterhilft, im Gegenteil, daß es mich nur von Sarah distanziert.

Diese und ähnliche Gedanken gehen mir also in dem Moment durch den Kopf, als die Mutter mir deutet, daß sie jetzt hinausgeht. Ich besinne mich wieder auf Sarah und den Kontakt zu ihr. Sie liegt in ihrem Bett, am Rücken, mit Oberkörper, Hals und Kopf liegt sie auf zwei dicken Polstern auf. Der Kopf ist an der Rückwand des Bettes angelehnt. Ich assoziiere so ein Zwischending aus einer Prinzessin, die sich hofieren läßt, und einem schwerkranken Opa, der vor Schmerz den Kopf zurücklehnt und sich durch tiefes Atmen zu entspannen versucht. Ich zögere, schließlich beginne ich:

Ich: Sarah weiß du, warum die Mama und der Papa soviel weinen?

Während ich rede, merke ich, daß Sarah völlig auf mich und meine Worte konzentriert ist, sie hat die Augen geschlossen, sie nickt mit ihrem Kopf, sie sagt nichts, nickt nur. Ich lasse eine kurze Pause, warte, ob sie was sagt, habe ein zwiespältiges Gefühl: einerseits wirkt sie abwesend, geschlossene Augen, liegt entspannt im Bett, wirkt fast als wollte sie Ruhe haben, und andererseits bemerke ich ihre Konzentration, und habe den Eindruck als würde sie sagen wollen: ja, mach weiter, mich interessiert das, aber ich will nichts tun müssen. Ich höre dir zu.

Ich mache zögernd weiter.

Ich: Der König und die Königin haben auch so viel geweint in der Geschichte von der Prinzessin.

Sie nickt.

Ich: Ich glaub', Deine Eltern weinen aus demselben Grund wie der König und die Königin.

Sie nickt.

Jetzt habe ich verstanden: sie will nur nicken. Zugleich ist dieses Nicken nicht eines das sagt 'laß mich in Ruh', oder 'ja ja, red nur, sondern es ist ein sehr aktives, bestimmtes Nicken.

Ich: Ich glaub, die weinen, weil sie traurig sind, daß du Leukämie hast.

Sie nickt.

Ich merke, daß ich einen kleinen Teil geschafft habe, und frage mich zugleich, wie ich weiter machen soll. Zwischen meinen Sätzen und ihrem Nicken ist inzwischen ein Rhythmus entstanden, der es mir leichter macht weiterzusprechen. Es ist wie ein gemeinsames von einer Sprosse auf die nächste weiterklettern.

Ich: Und du weißt auch, daß die Leukämie eine gefährliche Krankheit ist?

Sie nickt.

Ich: Und weißt du auch, daß da viele böse Zellen, also Leukämie-Zellen in deinem Körper sind?

Sie nickt.

Ich: Und daß wir die wegstreichen müssen.

Sie nickt.

Ich: Und daß du deshalb die Medikamente nehmen mußt und die Infusionen kriegst.

Sie nickt.

Ich: Und weißt du auch, was passieren würde, wenn du keine Medikamente kriegst und keine Therapie?

Sie nickt.

Ich: ... daß es dann immer mehr Leukämie-Zellen werden?

Sie nickt.

Ich: So viele, daß man gar nicht mehr leben kann?

Sie nickt.

Ich zögere, zugleich denke ich mir: jetzt bist du schon so weit, jetzt wirst du nicht an dieser Stelle aufhören. Ich habe das Gefühl, daß es für Sarah ok ist, daß ich die Sachen so deutlich ausspreche, und daß sie mit diesem Nicken immer eigentlich sehr, sehr gut dabei ist.

Ich: ... und daß man vielleicht sterben muß?

Sie nickt.

Pause. Sarah atmet ruhig, während der letzten Sätze ist sie entspannter geworden.

Ich: Und damit du nicht sterben mußt, geben wir dir Medikamente, damit die bösen Zellen weniger werden.

Sie nickt.

Ich: Und ich glaub, daß die Mama und der Papa deshalb soviel weinen, weil sie Angst um dich haben.

Sie nickt.

Sarah ist entspannter geworden. Sie schaut mich an. Wir schweigen. Die Stimmung ist schwer zu beschreiben. Vielleicht so, wie wenn zwei miteinander besprochen haben, daß es so ist, wie es ist. Unser beider Aufgeregtheit ist verschwunden. Statt dessen Ruhe.

Ich frag' sie, ob sie mit ihrer Mutter schon einmal darüber geredet hat.

Sie schüttelt den Kopf.

Ich frag' sie, ob wir einmal gemeinsam mit ihrer Mutter über das reden sollen.

Sie zuckt die Achseln.

Ich: Wir können ja morgen schauen, ob Du das willst.

Sie nickt.

Ich bleibe noch ein bißchen bei ihr, dann sag ich ihr, daß ich jetzt die Mama wieder hole, und daß ich morgen wiederkommen werde.

Ich finde die Mutter draußen vor dem Zimmer, ich erzähle ihr kurz von dem Gespräch. Die Mutter ist erleichtert, sie möchte auch gern, daß wir gemeinsam mit Sarah darüber reden.

Im Vergleich der beiden Gespräche fällt die Unterschiedlichkeit des therapeutischen Vorgehens auf: Im Gespräch mit Michael handelt es sich um ein sehr rasches Hin und Her zwischen ihm und mir, im Gespräch mit Sarah bin ich diejenige, die sich Stück für Stück langsam entsprechend der Reaktion von Sarah vortastet, während sie eher die Reagierende ist, zugleich aber in der Art des Reagierens ganz stark mitbestimmend ist. In beiden Gesprächen ist mein Vorgehen von dem Konzept der Arbeit mit dem Widerstand bestimmt, das ich in Kapitel 5.5 beschreiben werde. Das bedeutet, ich versuche mich im Kontakt mit Michael und mit Sarah jeweils auf ihre Bedürfnisse einzustellen, und das Gespräch in der Weise zu führen, wie sie mir zeigen, daß sie es haben wollen. Im einen Fall ist es das rasche verbale Hin und Her, im anderen Fall ist es das langsame, in kleine Portionen aufgeteilte Darstellen der Situation von Sarah.

Ich werde in den folgenden Kapiteln immer wieder auf die beiden Fallbeispiele zurückgreifen und sie mit meinen theoretischen Ausführungen verbinden.

5.3. Die therapeutische Beziehung

Die Begriffe Beziehung, Begegnung, Dialog und Kontakt werden manchmal verwechselt oder synonym verwendet. Gremmler-Fuhr (1999a) gibt einen Überblick über die Begrifflichkeit bei den verschiedensten Autoren und nimmt eine Begriffsklärung vor.

Der Begriff "Kontakt" beschreibt ein Vordergrundphänomen, "Beziehung" meint den dazugehörenden Hintergrund. Beziehung ist mehr als die Summe der Kontakte. Eine Beziehung kann sich nur dann entwickeln, wenn jeder einzelne Kontakt in die bisherige Beziehung eingebaut und integriert wird. "Wenn diese Kontakterfahrungen isoliert stehenbleiben und nicht eingebettet werden in die Geschichte, die man miteinander hat (und sei sie noch so 'jung'), kann sich keine Beziehung etablieren oder eine vorhandene genährt werden. Im Nachkontakt muß die gemachte Erfahrung des vollen Kontakts mit

seiner Erstmaligkeit nun in Relation zu der bis dahin vertrauten Beziehungsgestaltung gesetzt werden." (Gremmler-Fuhr 1999a, S.404)

Für die therapeutische Beziehung mit krebskranken Kindern halte ich es für außerordentlich wichtig, daß sie aus verschiedenen Arten von Kontakt besteht. Der Hintergrund - die Beziehung - beinhaltet unterschiedliche Themen und Kontakterfahrungen: einmal spreche ich mit dem Kind über seine Krankheit, ein anderes Mal über die Schule, dann wiederum spielen wir etwas, das nächste Mal erzählt mir das Kind vielleicht, wie schwer es ihm fällt die Tabletten zu schlucken, oder von seiner Angst vor der Punktion, und dann wieder unterhalten wir uns zum Beispiel über Pokemon. Das Kind macht also in der Beziehung zu mir verschiedenartigste Kontakterfahrungen, und das allein ist bereits eine therapeutische Intervention, die ich im Kapitel 5.1 im Zusammenhang mit dem Gespräch über die Lebensbedrohung ausführlich beschrieben habe. "Das erkrankte Kind selbst erfährt Halt durch die Beziehungen innerhalb des Familiensystems und zu den Mitgliedern des Behandlungsteams. In den Phasen großer Belastung [...] ist es auf eine vertrauensvolle, emotionale Konstanz vermittelnde Zweierbeziehung angewiesen. In ihrem Schutze werden temporäre Regressionen möglich, können verschiedene Ängste Ausdruck finden (z.B. in Form des Spiels, kreativer Produkte wie Zeichnungen, Geschichten oder auch mittels Gesprächen) und damit erträglich werden." (Bürgin u. DiGallo 1998, S. 154)

"Begegnung" ist nach Gremmler-Fuhr eine Sonderform des Kontakts, ein besonders gelungener Kontakt. "Ein voller Kontakt ist [...] erst dann als Begegnung zu bezeichnen, wenn eine momentane Gegenseitigkeit (oder ein gegenseitig erlebtes Zwischen) entstehen konnte." (Gremmler-Fuhr 1999a, S. 404) Gremmler-Fuhr beschreibt auch das Dialogische als therapeutische Haltung und problematisiert diese Verwendung des Begriffes Dialog zugleich: "Solange Postulate wie bedingungslose Akzeptanz des anderen, Wertschätzung der anderen Person in all seinen Facetten etc. so undifferenziert stehen bleiben, läuft dialogische Therapie Gefahr, die Differenz zwischen Personen nicht genügend zu berücksichtigen. Es ist ja gerade die Kunst einer dialogischen Haltung, die Unterschiedlichkeit zweier Personen in den Dialog zu bringen, ohne daß diese verwässert wird, aber auch ohne daß es in einem Kampf darum geht, wer der wertvollere, bessere Mensch in seinem So-Sein ist." (Gremmler-Fuhr 1999a, S. 402)

Gerade im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen über das Thema der Lebensbedrohung sowie auch über die Vorstellungen vom Tod erscheint mir eine solche Haltung angebracht: wir wissen nicht, wie der Tod ist, keiner hat ihn erlebt, wir können uns nur Vorstellungen darüber machen. Diese Vorstellungen sind individuell sehr

unterschiedlich. In dem im Kapitel 5.2 beschriebenen Gespräch mit Michael wird diese Notwendigkeit, die unterschiedlichen Vorstellungen sein lassen zu können und im therapeutischen Arbeiten nicht zu verwässern, aber auch nicht zu entwerten, deutlich. Vielmehr geht es darum, meine eigene Vorstellung daneben zu stellen und zugleich deutlich zu machen, daß auch meine Vorstellung eben nur eine Vorstellung ist. Meine Botschaft lautet also: Wir wissen es nicht, wie der Tod ist. Jeder hat seine Vorstellung davon, und keiner weiß, wie er wirklich ist.

Ich glaube, daß es in der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Thema Tod und Lebensbedrohung besonders wichtig ist, daß das Kind bzw. der Jugendliche andere Vorstellungen haben darf als ich und spürt, daß ich mich in diese seine Vorstellung hineinphantasiere, und daß er oder sie sich mit seinen Vorstellungen angenommen fühlen kann. "Erst da, wo die subjektive Komponente der Realitätskonstruktion nicht geleugnet wird, kann dem anderen das Recht für sein eigenes und damit mehr oder weniger unterschiedliches Erleben und Denken zugebilligt werden [...]. Mit dem Postulat des Akzeptierens und Bestätigens des Andersseins wird dem anderen eben dieses Recht zugestanden und die Möglichkeit eröffnet, das Anderssein des Du als Ich kennenzulernen. Doch dazu muß der zweite Pol - die Realität des Ich - hinzugezogen werden, der dafür sorgt, daß beim Prozeß des Akzeptierens und Bestätigens des Andersseins des anderen das eigene Ich nicht verlorenght. Bei aller Akzeptanz und Bestätigung des anderen gilt es, nicht in den Sumpf des Nivellierens von Unterschieden abzugleiten." (Gremmler-Fuhr 1999a, S. 407)

Im Grunde läuft ein ehrlicher Dialog über die Vorstellungen vom Tod darauf hinaus, daß wir alle uns damit auseinandersetzen zu müssen, daß das Leben endlich ist und wir sterben müssen. Beim lebensbedrohlich kranken Kind wird diese Auseinandersetzung altersuntypisch und situationspezifisch verfrüht einsetzen. In dieser Situation ist es wichtig, daß das Kind eine kontinuierliche und sichere außerfamiliäre Beziehung hat, in der es auch Platz für diese Auseinandersetzung findet. "Je sicherer und je spürbarer 'gehalten' (...) sich das Kind in einer zwischenmenschlichen Beziehung fühlt, desto mehr kann es sich gestatten, die jeweils aktualisierten Anteile seiner Vorstellungen über Krankheit und Tod auszusprechen." (Bürgin 1981, S. 276)

Ich halte es für eine zentrale psychotherapeutische Notwendigkeit, im Gespräch über die Lebensbedrohung und den Tod dem Kind und seinen Fragen nicht auszuweichen, sondern als ganze Person präsent zu sein, mit meinen eigenen Lebenserfahrungen, mit meinen eigenen Vorstellungen vom Sterben und von dem, was nach dem Tod kommt, und auch mit meinen eigenen offenen Fragen und Ängsten.

Im folgenden kurzen Gespräch zwischen dem 7jährigen Stefan und mir wird das "Hin- und Herschwingen zwischen dem 'Ich' und dem 'Du' " (Perls, L. 1989, S. 179f.), wie Lore Perls es beschrieben hat, deutlich: Obwohl ich mit Stefan bisher noch nie über den Tod gesprochen habe, gelingt es uns in diesem Gespräch sehr rasch, eine gemeinsame Vorstellung zu entwickeln. Jeder von uns beiden gibt immer wieder einen kleinen Teil hinzu, dadurch entsteht ein von uns gemeinsam entworfenes Bild. Die Szene findet ein paar Tage nach dem Tod eines anderen Patienten statt, den Stefan gut gekannt hat:

Stefan: Woaßt ´as du scho?

ich: wos denn?

Stefan: daß da Karli im Himmi is´?

ich: jo, i´ hob´s scho gheat. ... Und i´ glaub´, dort geht´s eam jetzt guat.

er: hm.

ich: ... meine Oma is´ a duat, und der geht´s a guat.

er: ... und monchmoi schaut er oba.

ich: ... ja, und seinen Superman hot er a mitgnommen, und mit dem spüt er sicher.

er: ... und Koatnspün tuat er a.

Staemmler (1993) beschreibt die Beschaffenheit eines solchen Dialogs, indem er Merleau-Ponty zitiert: "In der Erfahrung des Dialogs konstituiert sich zwischen mir und dem Anderen ein gemeinsamer Boden, mein Denken und seines bilden ein einziges Geflecht, meine Worte wie die meines Gesprächspartners sind hervorgerufen je durch den Stand der Diskussion und zeichnen sich in ein gemeinsames Tun ein, dessen Schöpfer keiner von uns beiden ist. Das ergibt ein Sein zu zweien" (Merleau-Ponty 1966, S. 406, zit. nach Staemmler 1993, S. 76). Der Dialog ist also mehr als die Summe von dem, was wir beide in die Kommunikation einbringen.

Ebenso sind die beiden im Kapitel 5.2 dargestellten Gespräche mit Michael und Sarah Beispiele für einen solchen Dialog im gestalttherapeutischen Sinn. In beiden Gesprächen entwickelt sich ein Dialog, in dem das Kind in seinem aktuellen Entwicklungsstand Akzeptanz erfährt ohne einer Verwischung der Unterschiede der Dialogpartner. In beiden Fällen steht mein theoretisches Konzept hinter meinem therapeutischen Tun, und doch kann ich in beiden Gesprächen nur meine Intuition und mich selbst als ganze Person einsetzen, um den Dialog über dieses Thema zu führen.

5.4. Die therapeutische Arbeit mit dem Feld Familie

Im Kapitel 4.3 wurde deutlich, wie sehr die Bedeutung einer Krebserkrankung für das Kind von der Bedeutungsgebung der Eltern abhängig ist. Wie sehr das Kind also durch die Diagnose in eine Krise gerät, wird durch das Verhalten und die Befindlichkeit der Eltern stark mitbestimmt. Auch im weiteren Krankheitsverlauf ist die Reaktion der Eltern mit entscheidend. "Die Reaktion der Umwelt ist nicht nur für das Entstehen von Krisen von großer Bedeutung, sondern auch für deren Verlauf bzw. für die Interventionsform." (Bogyi 1997a, S. 115)

Aus diesem Grund ist es unabdingbar, parallel zu der Arbeit mit dem Kind auch die Eltern psychotherapeutisch zu begleiten. Es geht also um eine psychotherapeutische Betreuung, "die die Kinder nicht allein mit ihrer Angst und Unkenntnis über ihre Situation läßt und in die die Eltern mit einbezogen werden" (Student 1992, S. 62). Petermann et al. (1990) beschreiben die Elternarbeit sehr ausführlich, ich möchte mich hier auf den Teil der Elternarbeit beschränken, der sich direkt auf den Umgang mit der Lebensbedrohung in der Arbeit mit dem Kind bezieht. Im konkreten geht es dabei zum einen darum, daß jede Art von psychosozialer Arbeit mit dem Kind sowie auch die ärztliche Aufklärung nur im Einverständnis und in Absprache mit den Eltern erfolgen kann. Und zum zweiten geht es um die Förderung einer Kommunikation über die Krankheit in der Familie.

Am Beginn steht also die Auseinandersetzung mit den Eltern um die Frage der Krankheitsaufklärung. Manche Eltern wehren sich gegen das sehr offene Aufklärungskonzept, das im Kapitel 2 beschrieben wurde. In einem solchen Fall wird diese Frage mit den Eltern diskutiert und die Argumente für die Aufklärung werden erklärt. Wenn Eltern sich dann nach wie vor dagegen aussprechen, so wird diese Haltung respektiert, oft ändert sie sich nach einiger Zeit.

Ein weiterer Teil meiner Arbeit mit den Eltern besteht darin, ihnen Wesen und Zweck meiner Arbeit mit den Kindern nahezubringen. Oft führe ich auch am Anfang ein gemeinsames Gespräch mit Kind und Eltern, in dem ich mich hauptsächlich auf das Kind konzentriere, damit die Eltern meine Art mit ihrem Kind umzugehen kennenlernen und Vertrauen fassen können. Ich stelle auch klar, daß ich als Psychotherapeutin keine medizinischen Informationen an das Kind weitergebe, sondern das immer der Arzt tut, daß es vielmehr mein Bestreben ist, das aufzugreifen, was das Kind von sich aus ins Gespräch einbringt. Die meisten Eltern akzeptieren das sehr gut und nehmen meine Arbeit als Entlastung wahr.

Ein Schwerpunkt der Arbeit mit dem "Feld" Familie liegt jedoch in der Förderung der Kommunikation über die Krankheit und die damit verbundenen Emotionen. Es ist eine Sache, wenn das Kind seine Emotion mir gegenüber ausdrücken kann, es ist aber noch einmal etwas anderes, wenn es dasselbe gegenüber seinen Eltern tut. Auch aus diesem Grund führe ich immer wieder Gespräche mit dem Kind und einem oder beiden Elternteilen. Je nach Situation rege ich dieses gemeinsame Gespräch an, manchmal bitten mich auch Eltern oder auch das Kind darum. Ich halte es für wichtig und für das Kind förderlich, wenn die mit der Krebserkrankung verbundenen Emotionen innerhalb der Familie in einer angemessenen Form angesprochen und gezeigt werden können, ohne dabei dramatisiert zu werden. "Die lebensbedrohende Krankheit macht es nötig, daß die Eltern als Dialogpartner wohl ihre Gefühle zeigen, das Kind aber damit nicht in seiner affektiven Entwicklung erdrücken" (Bürgin u. DiGallo 1998, S. 147). Bürgin und DiGallo halten diese offene Kommunikation ganz generell für hilfreich für die Krankheitsverarbeitung des Kindes: "Je besser es sich im Dialog mit den Erwachsenen vorwegnehmend mit den zu erwartenden Belastungen beschäftigen kann, desto eher wird es sich ohne größere seelische Einschränkungen aus dem Bereich der Extrempole 'völlige Verletzbarkeit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit' bzw. 'totale, durch Verleugnung erreichte Unverletzbarkeit' fernhalten und eine adäquate Position mit optimalem Gebrauch aller äußeren Hilfsmöglichkeiten einnehmen können." (Bürgin u. DiGallo 1998, S. 147)

Melvick und Nevis (1999) beschreiben die Arbeit mit Familien aus gestalttherapeutischer Sicht. Sie wenden die paradoxe Theorie der Veränderung auf die Interaktionsmuster in der Familie an: Indem der Therapeut die Familie auf ihre chronischen Interaktionsmuster aufmerksam macht, und deren positiven Aspekt hervorhebt, löst er eine Veränderung aus. Die Familienmitglieder beginnen damit oft, sich auf neue Weise zu sehen, und sie interessieren sich dafür, neue Arten der Interaktion zu finden. Auf die Familien krebskranker Kinder bezogen bedeutet das nun, daß die Art, wie die Familie mit ihrer veränderten Situation umgeht, zunächst akzeptiert wird und in ihren positiven Aspekten betrachtet wird. Dies entspricht auch dem Konzept von Schneider (1990) zum Umgang mit Widerstand, das im Kapitel 5.5 beschrieben wird.

Ich halte es für eine Fähigkeit von Familien, sich meine Hilfestellung zu holen, wenn sie merken, sie geraten in ihrer Kommunikationsfähigkeit mit dem Kind an eine Grenze. "Außerdem ist diese Fähigkeit, sich an einen 'kundigen anderen' außerhalb des Familiensystems zu wenden, für sich genommen schon ein Akt der Gesundheit und des Funktionierens." (Melvick und Nevis 1999, S. 940) So bittet mich zum Beispiel die Mutter des 11jährigen Johannes zu Beginn der Behandlung, mit ihm über das Wort

"Krebs" zu sprechen. Sie weiß zwar, daß er das Wort schon in Zusammenhang mit seiner Erkrankung vom Arzt gehört hat, sie hat aber den Eindruck, er hat es völlig vergessen oder zur Seite gedrängt. Sie macht sich deshalb solche Sorgen, weil der Großvater von Johannes an einem Krebs gestorben ist. Deshalb ist es ihr so wichtig, daß sie mit ihm darüber sprechen kann, um ihm den Unterschied zwischen seiner Erkrankung und der des Großvaters zu erklären. Sie fühlt sich aber nicht in der Lage, dieses Gespräch zu beginnen. Jedes Mal wenn sie dazu ansetzen wollte, hat sie gemerkt, sie schafft es nicht. Wir vereinbaren, daß ich mit Johannes alleine spreche. Als ich Johannes frage, ob der Arzt ihm gesagt hat, wie alle diese Erkrankungen heißen, bei denen Körperzellen entarten und sich vermehren, sagt er gleich: "ich glaub', das ist der Krebs". Und er erzählt mir von seinem Großvater, der an einem Krebs gestorben ist. Die Mutter sagt mir am nächsten Tag, daß sie danach gleich miteinander über den Großvater gesprochen haben, und sie hat gemerkt, daß die Atmosphäre zwischen ihr und Johannes wieder viel lockerer geworden ist. Die Anspannung, die sie vorher so stark gespürt hat, ist jetzt nicht mehr da, weil sie jetzt offen miteinander sprechen können.

Frau O., die Mutter der 18jährigen Michaela, erzählt mir, daß ihre Tochter mit ihr darüber sprechen wollte, was sein würde, wenn sie sterben würde. Die Mutter erzählt das mit einer Mischung aus Verwunderung und Empörung. Sie hat der Tochter darauf geantwortet: "Nein, über das red ich nicht, das kommt überhaupt nicht in Frage, an das denke ich gar nicht." In diesem Gespräch bleibe ich zunächst bei dem Bedürfnis der Mutter, dieses Thema mit ihrer Tochter nicht bereden zu müssen, und bestätige sie in ihrer Hoffnung auf die Heilung der Krebserkrankung. Nach einer Weile sagt die Mutter: "Und doch, die Michaela wünscht sich das aber." Nachdem die Mutter mit ihrer positiven Sicht genug Annahme erfahren hat, kann sie auch das Bedürfnis der Tochter sehen. Jetzt kann sie sich vorstellen, mit der Tochter darüber zu sprechen, wie es wäre, wenn sie sterben würde, ohne dabei die Hoffnung zu verlieren, daß sie gesund wird. Beides zugleich ist ihr jetzt möglich, sie nimmt das nicht mehr als Widerspruch wahr. Eine Woche später erzählt sie, sie habe eine Gelegenheit genutzt, als sie mit ihrer Tochter alleine war, und habe das Thema noch einmal angesprochen. Sie ist froh, es getan zu haben, weil sie jetzt weiß, was ihre Tochter dabei so beschäftigt hat. Sie meint, es war für sie beide gut, darüber gesprochen zu haben.

Auch das im Kapitel 5.2 dargestellte Gespräch mit Sarah gibt Einblick in meine Arbeit mit der Familie: die Mutter teilt mir ihre Besorgtheit über die Gedanken von Sarah mit. Sie gibt mir damit einen Anlaß, mit Sarah über die Lebensbedrohung zu sprechen. Am Ende des Gesprächs mit Sarah rege ich an, daß Sarah auch mit ihrer Mutter über dieses Thema reden kann.

5.5. Der Umgang mit dem Widerstand

Kristine Schneider beschreibt in ihrem Buch "Grenzerlebnisse" den Widerstand als eine Form der schöpferischen Anpassung des Menschen an seine äußere Situation: Die Gestalttherapie geht in ihrer Theorie der Selbstregulation davon aus, daß jeder Mensch jeweils die ihm bestmögliche Antwort auf seine Situation findet. Aus dieser Grundannahme schließt Schneider, daß der Widerstand des Klienten die beste Antwort ist, die ihm im Augenblick zur Verfügung steht. Im Widerstand gewinnt der Klient also subjektiv einen Spielraum. Umgekehrt bedeutet das nun für den therapeutischen Umgang mit Widerstand, daß es wichtig ist, zu sehen, wofür der Klient seinen Widerstand braucht. "Im Widerstand steckt immerhin eine beträchtliche Energie, Schlauheit, gewieftes Wissen, eine Art Weisheit des Überlebens. Bevor wir Widerstände wegnehmen, ist es gut danach zu fragen, welche Unterstützung jemandem verbleibt, wenn er bereit ist, seinen Widerstand aufzugeben." (Schneider 1990, S. 121)

Schneider kritisiert in diesem Zusammenhang auch therapeutische Grunderwartungen, nach denen psychotherapeutische Arbeit mit großen Schmerzen beim Klienten und andauernder Konfrontation mit dem Negativen einhergehen muß. Sie konstatiert hier ein falsches Verständnis von Tiefe als Festhalten am Drama und am Negativen. Dem gegenüber setzt sie eine Psychotherapie "unterhalb der Schmerzgrenze".

Ich denke, eine fruchtbare Arbeit mit krebskranken Kindern setzt ein solches Verständnis von Widerstand voraus, zumal es sich bei dem Thema Tod und Lebensbedrohung um ein gesellschaftliches Tabuthema handelt. Wie im Kapitel 4 deutlich wurde, ist die Situation eines krebskranken Kindes von einer existentiellen Angst geprägt. Diese Angst gibt es beim Kind selbst sowie auch bei seinen Eltern. Die Angst hängt an der Lebensbedrohung durch die Krebserkrankung. Die Angst kann also geringgehalten werden, solange diese Lebensbedrohung verleugnet wird. Wenn wir nun im Sinn der Selbstregulation den Widerstand als die bestmögliche Antwort auf die Situation des Kindes betrachten, so bedeutet das, das Kind braucht diese Verleugnung derzeit, denn ein Realisieren der Lebensbedrohung wäre psychisch nicht auszuhalten.

Gerade in der Psychotherapie mit Kindern ist eine besonders sorgfältige Handhabung von Widerständen gefragt. Bei diesem existentiell bedrohlichen Thema sollte erst recht darauf geachtet werden. "Zum Verstehen von Widerstand gehört, daß der Therapeut für jedes Kind ein Gespür entwickeln muß, um sein Tempo aufzunehmen und für eine angemessene Dosierung zu sorgen. Deshalb arbeiten wir 'vor' und 'mit' dem Widerstand und reißen keine Mauern ein, sondern versuchen Fenster zu öffnen, um gemeinsam zu

schauen, welche Schätze sich hinter den errichteten Mauern verbergen. Hier wird die stützende Beziehung wichtig, weil sie dem Kind sicheren Boden gibt, um Ängste zu vermindern und von da aus neue Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten zu erproben. Die therapeutische Haltung des Respekts vor der Selbstregulierung des Kindes ist auch der beste Schutz des Therapeuten, weil sie davor bewahrt, zu Verhaltensweisen zu zwingen oder zu verführen, die für das Kind zuviel oder zu früh sind." (Tarr-Krüger 1995, S. 68)

Der Widerstand kann sich auch in der Arbeit mit den Eltern (vgl. Kapitel 5.4) zeigen. Topf et al. beschreiben, daß manche Eltern eine psychosoziale Hilfestellung in bestimmten Phasen der Behandlung ihres Kindes gänzlich ablehnen. Er wendet sich gegen jedes Überstülpen psychosozialer Hilfestellung. "Diese Feststellung ist uns deshalb wichtig, da wir glauben, daß erwachsene Menschen ein Recht darauf haben, sich auch im Leid ihren Weg selbst zu suchen. Wir wenden uns damit auch gegen eine bevormundende psychosoziale Arbeitshaltung, die Eltern krebskranker Kinder nicht so sein läßt, wie sie sind." (Topf et al. 1997, S.17)

Zur Frage des Umgehens mit dem Widerstand gibt auch die paradoxe Theorie der Veränderung eine klare Antwort: "Im Akzeptieren dessen, was ist (unabhängig davon, ob es uns gefällt oder nicht), wird die Basis für Wandel geschaffen." (Gremmler-Fuhr 1999b, S. 351) Die Paradoxe Theorie der Veränderung besagt, daß Veränderung dann stattfindet und ermöglicht wird, wenn das, was ist, akzeptiert wird. Paradox ist dabei, daß ein Ist-Zustand angenommen werden soll, und damit eine Veränderung stattfindet. Für den therapeutischen Umgang mit dem Widerstand bedeutet das also ähnliches, wie es auch Kristine Schneider beschrieben hat. Indem ich als Therapeut nicht gegen den Widerstand arbeite, sondern ihn als notwendigen Teil seiner Selbstregulation akzeptiere, ermögliche ich eine Veränderung.

Es ist meine Erfahrung, daß die Widerstände von Eltern und Kindern sich im Lauf der Behandlung sehr verändern: wenn die Situation einigermaßen stabilisiert ist, wird es möglich, mehr auszusprechen. Eltern erzählen dann offener über ihre Schwierigkeiten und ihre Ängste, Kinder erzählen dann oft davon, wie sie die ersten Tage im Krankenhaus erlebt haben, und wie sie vom Verhalten der Eltern verunsichert waren. Und auch die Kommunikation zwischen Eltern und Kind wird meist offener und muß die bedrohlichen Themen nicht mehr so sehr aussparen.

Ein Beispiel für die Arbeit mit dem Widerstand ist die Arbeit mit der 15jährigen Monika und ihrer Mutter. Ich führe mit beiden ein Gespräch, in dem sehr deutlich wird, wie schwer es ihnen fällt, miteinander über die Krankheit zu reden. Zugleich spüre ich

aber bei beiden ein starkes Bedürfnis, über ihre emotionale Situation zu sprechen. Im gemeinsamen Gespräch mit Mutter und Tochter akzeptiere ich diesen Widerstand und breche ihn nicht. Am nächsten Tag spreche ich mit Monika alleine. Sie erzählt sehr zögernd, aber doch, von ihrer großen Angst, daß sie diese Krankheit nicht überleben könnte. Die Mutter spricht im Gespräch mit mir das an, was ich sehr deutlich wahrgenommen habe: daß es ihr sehr schwer fällt, mit ihrer Tochter über die Krankheit zu reden. Und sie spricht darüber, wie es ihr selbst mit der Krankheit der Tochter geht. Die Mutter ist außerdem in der Elternrunde (eine wöchentliche Gesprächsrunde für die Eltern auf der Station) sehr aufmerksam und fragt die anderen Eltern, wie sie mit dem ersten Schock umgegangen sind.

In den beiden Gesprächen mit Sarah und Michael zeigt sich die Arbeit mit dem Widerstand in der Form, daß ich meine Art, die Lebensbedrohung anzusprechen, stark von der Reaktion des Kindes abhängig mache: Bei Michael ist es das rasche Tempo des Gesprächs, und sein sprunghaftes von einem Thema zum nächsten Gehen, das ich akzeptiere und ihm lasse. Bei Sarah ist es ihre Art von Bereitschaft an dem Gespräch teilzuhaben. Sie will offensichtlich nicht sprechen, sie nickt nur. Ich akzeptiere das und richte mein Gesprächsverhalten gänzlich nach ihr. Wichtig ist dabei das richtige Ausmaß von Konfrontation und Gewährenlassen. Indem ich jeweils auf Sarahs Antwort warte und ihre Reaktion prüfe, gebe ich ihr eine Möglichkeit, die Dosierung mit zu bestimmen. Zusätzlich wirkt der Rhythmus zwischen meinen Worten und dem Nicken von Sarah unterstützend.

5.6. Therapeutische Ziele und Interventionen

Im folgenden möchte ich therapeutische Ziele und Möglichkeiten therapeutischer Intervention in der Arbeit mit dem Thema der Lebensbedrohung darstellen.

Wie im Kapitel 4 deutlich wurde, bedeutet die Diagnose "Krebs" für das Kind und seine Familie eine plötzliche Krisensituation. Jedes psychotherapeutische Eingreifen in einer solchen Situation muß sich also an den Prinzipien der Krisenintervention orientieren (vgl. Till 1994). Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient spielt in der Krisenintervention eine wichtige Rolle. "Krisenintervention ist Beziehungsarbeit. Das Gefühl, dazuzugehören und nicht allein zu sein, die Anteilnahme am anderen wirkt dem Erleben existentieller Angst, einer möglicherweise feindlichen Welt hilflos ausgeliefert zu sein, entgegen." (Bogyi 1997a, S. 116)

Therapeutische Ziele

Die therapeutischen Ziele in der Arbeit zum Thema der Lebensbedrohung mit krebskranken Kindern und Jugendlichen wurden bereits im Laufe dieser Arbeit immer wieder angesprochen und begründet. Ich möchte hier nur mehr die wichtigsten Ziele zusammenfassen, um einen Überblick zu geben und das zentrale Ziel genauer beschreiben.

Das zentrale Ziel ist für mich die Herstellung einer Verbindung zwischen dem, was das Kind aufgrund der veränderten Atmosphäre in der Familie und des Verhaltens seiner Eltern phantasiert, und dem, was es tatsächlich über seine Krankheit weiß. In der Folge ist es dann wichtig, die Emotion des Kindes aufzufangen und das Kind in seiner Bewältigung zu stützen. Klitzing beschreibt den Stellenwert der Verbindung von äußeren und inneren Realitäten, also von dem, was das Kind erlebt und was es innerlich phantasiert und fühlt. "Ziel der psychotherapeutischen Kommunikation mit einem Kind ist es, das Erleben äußerer und innerer Realitäten, kognitive Strategien im Umgang mit der Realität sowie aus der frühen Kindheit stammende, langfristig in der Entwicklung wirksame emotionale Schemata miteinander in Kontakt zu bringen und dem Kind zu einer entwicklungsgerechten Integration dieser Ebenen zu verhelfen." (Klitzing 2000, S. 43) Damit helfe ich dem Kind aus seiner Verwirrung und gebe ihm kognitive Orientierung. Indem ich im weiteren der Emotion des Kindes Raum zum Ausdruck gebe und das Kind in seiner Selbstregulation stütze, ermögliche ich auch eine emotionale Orientierung. "Die Aufgabe und die Kunst in der Kommunikation mit dem schwerkranken Kind besteht darin, dem Kind dort zu begegnen, wo es sich in seinem jetzigen schwierigen Entwicklungszustand gerade befindet. Die Kommunikation besteht dann oftmals nicht nur im sprachlichen Austausch sondern auch im emotionalen Dialog, welcher nicht unwesentlich von mimischen, gestischen und körperlichen Ausdrucksweisen geprägt ist. Eine Begegnung mit einem schwerkranken Kind kann auch eine hohe Bedeutung haben, wenn in ihr keine Wort gesprochen wird. Kinder spüren auf einer sehr tiefen Ebene, mit welchen inneren emotionalen Haltungen wir ihnen gegenüber treten. Sie nutzen ihre menschliche Beziehungsumwelt dazu, sich in der ängstlichen Situation emotional zu orientieren." (Klitzing 2000, S. 44)

Die wichtigsten Ziele der therapeutischen Arbeit mit dem Thema der Lebensbedrohung sind also:

- kognitive und emotionale Orientierung geben
- Verbindung herstellen zwischen äußerem Erleben und innerer Phantasie und Emotion
- Förderung einer realistischen Einschätzung der Krankheit

- Förderung des emotionalen Ausdrucks und der Regulierung von Emotion
- Förderung einer aktiven Krankheitsbewältigung
- Identifikation fördern, Modelle einer positiven Krankheitsverarbeitung geben
- Initiierung einer offenen Kommunikation zwischen Kind und Eltern
- Förderung der Entwicklung eigener Vorstellungen von Krankheit und von Tod

Therapeutische Interventionen

Auch zahlreiche Möglichkeiten therapeutischer Interventionen wurden bereits beschrieben, ich möchte hier ebenso die wichtigsten kurz zusammenfassen:

- **Strukturierung durch Information:** Die Information über ihre Krankheit bekommen die Kinder im Aufklärungsgespräch vom Arzt mitgeteilt. Meine Aufgabe als Therapeutin ist es im Anschluß daran zu überprüfen, wie weit das Kind die Informationen aufgenommen hat und im weiteren durch Wiederholung und bildliche Hilfestellung sein Verständnis der Krankheit zu festigen und zu vertiefen. So betrachtet könnte das Aufklärungsgespräch, das der Arzt mit dem Kind führt, bereits als eine Intervention betrachtet werden, da es die Phantasien des Kindes lenkt und seine Gedankenwelt in bezug auf seine Krankheit neu strukturiert und ordnet. Ebenso setze ich bei Sarah eine deutlich strukturierende therapeutische Intervention indem ich ihr die Geschichte von der Prinzessin erzähle und ihre eigene Krankheitssituation noch einmal darstelle.

- **Das Thema der Lebensbedrohung und des Todes ansprechen, erklären warum die Eltern traurig sind:** Im Gespräch mit Sarah ist das meine zentrale therapeutische Intervention. Ich gebe ihr damit die Möglichkeit die Reaktion ihrer Eltern auf die Diagnoseeröffnung zu verstehen und zugleich ein Bild der Möglichkeit der Krankheitsbewältigung zu geben.

- **Arbeit mit Imagination und Phantasie, Bildersprache, Symbolen:** So wie sich das Kind durch Phantasie und Spiel ausdrückt, so sind es andererseits auch die Bilder- und Symbolsprache, durch die eine besondere Verbindung von emotioneller und kognitiver Ebene hergestellt werden kann. "Durch ihre phylogenetische, kollektive und archaische Natur wird eben diese Symbol- und Bildersprache zu einer Kommunikationsebene, die in ihren bewußten und unbewußten Dimensionen die der sprachlichen Ebene zu überschreiten vermag." (Katz-Bernstein 1990, S. 886f.) Die Geschichte, die ich Sarah erzähle, ist eine solche Phantasiearbeit.

■ Geschichte erzählen als Möglichkeit zur Identifikation mit einer Figur: Die Geschichte von der Prinzessin im Gespräch mit Sarah hat noch eine zweite Funktion: Sarah erhält die Möglichkeit sich mit der Prinzessin zu identifizieren. Damit bekommt sie auch ein Modell für eine positive Krankheitsverarbeitung. Außerdem sage ich Sarah mit dieser Geschichte, daß auch die Reaktion der Eltern eine angemessene war: Der König und die Königin in der Geschichte haben ebenso viel geweint.

■ Vorschlag zur spielerischen Darstellung der eigenen emotionalen Situation: Indem ich dem Kind die Möglichkeit gebe, sich spielerisch auszudrücken (was es meist von selbst tut), fördere ich die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes. "Unser Vorgehen besteht darin, daß wir den Kontakt im und durch das spontane Spiel beim Kind wiederherstellen. Das Inszenieren des Spiels begünstigt die Selbstregulation durch Entwicklung der Phantasie und ermöglicht die Erfahrung, daß man seinem eigenen Bestreben folgen kann. Die Empfindungen, Impulse und Bedürfnisse werden im Verlauf des Spiels, das selbst in jedem Moment eine Erfahrung kreativer Anpassung darstellt, verwirklicht." (Badier 1999, S. 957)

■ Einbringen von unterschiedlichen Todesvorstellungen, Bewußtmachen und Dialog über die Vorstellungen des Kindes: Diese Intervention ist im Gespräch mit Michael zentral. Ich initiiere einen Dialog über unterschiedliche Todesvorstellungen und auch über unsere eigenen Todesvorstellungen. Michael hat damit die Möglichkeit völlig unverbindlich und in der Phantasie verschiedene Vorstellungen durchzuspielen. Wir nähern uns damit der Angst, die mit der Vorstellung vom Tod verbunden ist. Bürgin beschreibt die Wirkung solcher Phantasien auf die Angst vor dem Tod: "Bewußte und unbewußte Phantasien als szenische Experimentierstätten helfen aufgrund ihrer Vorläufigkeit und Wandelbarkeit bei der defensiven Angstbannung wirksam mit." (Bürgin 1981, S. 78)

Außerdem fördere ich mit dieser Intervention, daß Michael seine eigene Vorstellung vom Tod entwickelt. Im Gespräch über die Todesvorstellungen gibt es für mich einen wichtigen Unterschied je nach Alter des Kindes: Bei Jugendlichen geht es stärker um eine Diskussion über die unterschiedlichen Todesvorstellungen (vgl. Michael), bei Kindern geht es stärker darum, sie in der eigenen bildlichen Vorstellung, die sie ins Gespräch einbringen, zu stützen. Ein Beispiel dafür ist mein Gespräch mit Stefan im Kapitel 5.3.

■ Klarstellen und Deutlichmachen, daß wir nur Vorstellungen über den Tod haben können, und daß niemand weiß wie er wirklich ist: Im Gespräch mit Michael gibt es einige Stellen, in denen ich sehr deutlich mache, daß niemand weiß wie der Tod wirklich ist und alle Vorstellungen nur Vorstellungen sind. Tausch-Flammer und Bickel

beschreiben ebenso, wie wichtig es ist, einen offenen Austausch über dieses Thema zu führen und auch zuzugeben, daß wir etwas nicht wissen: "Vielleicht wird es uns möglich, im Austausch und Gespräch mit den Kindern und Jugendlichen, sie auf dem Weg zu ihren eigenen Überzeugungen zu begleiten. Auf diesem Weg werden wir lernen müssen, wann es richtig ist, Fragen zu stellen, auf Fragen zu antworten, zu schweigen, oder auch zuzugeben, daß wir etwas einfach nicht wissen." (Tausch-Flammer u. Bickel 1994, S. 71)

- Ansprechen der Lebensbedrohung und der damit verbundenen Emotion in Anwesenheit von Kind und Eltern: Indem ich im gemeinsamen Gespräch mit Kind und Eltern die Bedrohlichkeit der Erkrankung anspreche, gebe ich ein Modell für eine offene Kommunikation über die Lebensbedrohung und die Angst innerhalb der Familie. Zugleich ist damit bereits eine Kommunikation initiiert, die meisten Eltern nutzen diese Gelegenheit, um nun mit ihrem Kind über dieses Thema zu sprechen.

- Emotionen, im besonderen das Gefühl der Angst, ansprechen: Nach der paradoxen Theorie der Veränderung kann sich die Angst verändern und zurückgehen und sich in eine Motivation zur Mitarbeit bei der Behandlung verwandeln, wenn sie ihren Raum bekommt und akzeptiert werden kann.

- Therapeutin als Modell für emotionalen Ausdruck: Im Gespräch über die Lebensbedrohung zeige ich dem Kind meine eigene Emotion. Damit bin ich Modell dafür, daß die Emotion bei diesem Thema angebracht ist, und daß es möglich ist, sie auszudrücken ohne davon überwältigt zu werden. Beispielsweise wird am Gespräch mit Sarah sehr deutlich, wie sehr ich auch mit meiner eigenen Emotion anwesend bin. Sarah spürt das aufgrund meiner Art zu reden und meines gesamten emotionalen Ausdrucks.

Insgesamt ist das Einbeziehen der verschiedenen Ebenen des Ausdrucks des Kindes bei allen therapeutischen Interventionen zu beachten: "Wichtig dabei ist es, in der Kommunikation mit dem schwerkranken Kind die verschiedenen Ebenen [Emotion, Symbole und Sprache, Übergangsräume wie Spiel, Zeichnungen, Phantasie - Anmerkung VK] wahrzunehmen und einzubeziehen und damit dem Kind in seiner Integrationsarbeit zu helfen." (Klitzing 2000, S. 44) Dies gilt für die Arbeit mit Kindern generell, aber auch für die Arbeit mit dem sensiblen Thema der Lebensbedrohung durch die Krebserkrankung.

5.7. Der Widerstand der Therapeutin

Ich möchte hier noch einmal auf die beiden Fallbeispiele von Michael und Sarah zurückkommen. In beiden Gesprächen gibt es je eine Stelle, in der mein eigener Widerstand als Therapeutin sehr deutlich wird und meine Intervention bestimmt.

In dem Gespräch mit Michael geht es um die Stelle, an der Michael mich fragt, wie ich mir den Tod vorstelle. Ich beginne laut vor mich hin zu denken und sage: "...mein Körper ist dann auf alle Fälle tot. Er fällt mir ins Wort und sagt:"... und von Würmern zerfressen." Ich habe die Provokation, die in diesem Satz von ihm liegt, bereits im Fallbeispiel beschrieben. Auch den Unwillen, mit dem ich mir das Bild innerlich vorstelle. Und in meiner nun folgenden Intervention lenke ich auf ein ganz anderes Thema ab: "Ja, er wird von Würmern zerfressen werden, da hast du recht, aber ich denke mir macht das dann nichts aus, weil meinen Körper werd´ ich dann nicht mehr brauchen, weil meine Seele und mein Geist dann wo anders ist." Das Tabu, das in dem Thema Tod liegt, wird hier noch einmal sehr deutlich. Mein Erschrecken in dem Moment, als Michael das Bild des von Würmern zerfressenen Körpers ausspricht, ist so stark, daß es mich unfähig macht im Tempo des Gesprächs zu bleiben. Das, was mir dann spontan einfällt, ist eben dieser abwehrende und rationalisierende Satz. Zugleich führe ich abstrakte Worte wie "die Seele" oder "der Geist" ein, und die sind "wo anders". Ich flüchte mich also im Gespräch sozusagen nach Irgendwohin.

Eine etwas anders gelagerte Situation, von meiner Abwehr her aber doch ähnlich, ist die folgende Stelle im Gespräch mit Sarah: Ich erzähle ihr der Reihe nach alles über ihre Krankheit, was sie im Grunde bereits seit dem Aufklärungsgespräch des Arztes weiß. Ich spreche dabei an, daß sie sterben muß, wenn sie keine Therapie bekommt. Ich spreche aber nicht darüber, daß sie auch trotz der Therapie unter Umständen an ihrer Krankheit sterben kann. Mein Satz: "...und daß man vielleicht sterben muß" ist eine Mischung aus der Version "wenn man keine Therapie bekommt, wird man sterben" und "man kann vielleicht, wenn es schlecht geht, trotz der Therapie sterben". Und ich bekräftige noch einmal: "Und damit du nicht sterben mußt, geben wir dir Medikamente, damit die bösen Zellen weniger werden." Das ist die Wahrheit, aber es ist auch nur ein Teil der Wahrheit. Einen anderen Teil, den, um den es mir eigentlich geht, verschlucke ich.

Anhand dieser beiden Stellen zeigt sich, wie sehr ich als Therapeutin denselben Widerstand gegen die Thematik der Lebensbedrohung in mir habe wie sowohl das Kind als auch seine Eltern. Zu Beginn meines Gespräches mit Sarah ist es mir auch sehr bewußt, daß es mir selbst am liebsten wäre, wenn Sarah eine Garantie auf ihre

Gesundung hätte. Am liebsten würde auch ich nicht darüber sprechen, daß sie an dieser Krankheit unter Umständen auch sterben kann. Die beiden Beispiele zeigen also, daß es mir schwerfällt, sowohl darüber zu sprechen, daß ich selbst sterben werde und wie das sein wird, als auch darüber, daß das Kind sterben wird und möglicherweise an der Krebserkrankung sterben könnte.

Das Tabu Lebensbedrohung und Tod betrifft uns alle. Niemand stellt sich seinen Körper gern tot und von Würmern zerfressen vor. Wir leben lieber und wir denken uns lieber lebend. Als ein Teil unserer Selbstregulation ist dieses Tabu offensichtlich eines, das eine wichtige Schutzfunktion hat. Erst recht ist es ein Tabuthema, wenn ein Kind, das sein Leben eigentlich noch vor sich hat, eine lebensbedrohende Krankheit hat. Als Therapeutin, die zu diesem Kind gerade eine Beziehung aufbaut, stehe ich diesem Thema ebenso wenig neutral gegenüber wie als Mensch, der selbst einmal sterben wird. Insofern ist der Begriff des Widerstandes hier im besonderen als ein Selbstregulationsmechanismus zu sehen: Es ist ein Teil meiner Selbstregulation, daß ich mir wünsche, daß keines der Kinder, die zur medizinischen Behandlung zu uns kommen, sterben muß. Das Tabu der Lebensbedrohung zeigt also in extremer Weise auf, daß sich meine eigene Abwehr und mein eigener Widerstand immer ihren Platz auch in meinem therapeutischen Arbeiten suchen und finden werden.

Dennoch muß ich als Therapeutin in der Lage sein, den bedrohlichen Aspekt der Erkrankung bei mir selbst gedanklich zuzulassen, damit dieser Aspekt auch vom Kind nicht unterdrückt werden muß und das Kind seine entsprechenden Emotionen ausdrücken kann. Deshalb ist auch die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Tod so wichtig. Nur wenn ich selbst über dieses Thema denken und reden kann, wird es auch dem Kind möglich sein, mit mir über dieses Thema zu sprechen.

6. Schlußwort

Es war für mich eine schöne und zugleich schwere Aufgabe, einen Einblick in mein therapeutisches Arbeiten mit der Lebensbedrohung zu geben. Ich habe besonders bei den beiden ausführlich dargestellten Fallbeispielen immer wieder gemerkt, daß es mir nicht leicht fällt, zu meiner klaren Position des Ansprechens der Lebensbedrohung zu stehen. Ich denke, daß es überhaupt eine Herausforderung ist, das eigene therapeutische Tun ganz konkret anhand von genauen Protokollen darzustellen, weil jede Intervention schwarz auf weiß zu lesen ist und im Nachhinein immer viele Alternativen möglich sind. Ich glaube aber, daß dieses Gefühl bei der Arbeit mit diesem Thema noch größer ist, weil es sich dauernd um ein Ansprechen eines Tabuthemas handelt.

Zum zweiten bin ich als Therapeutin bei diesem Thema persönlich besonders herausgefordert, da es wichtig ist, mich mit meiner eigenen Vorstellung vom Tod einzubringen. Damit kommt auch meine eigene Emotion mit hinein. Genau das ist es aber, was im Grunde mit dem gestalttherapeutischen Begriff des Dialogs gemeint ist: Ich kann mich nicht hinter einer Theorie verstecken, ich bin hier als ganze Person gefragt, mit meiner eigenen Vorstellung vom Tod, mit meiner eigenen Emotion und meinen eigenen Ängsten, und auch mit meinem Widerstand und meinem eigenen Wunsch, daß das Kind von dieser Krankheit geheilt wird. "Die natürlichste Tatsache der Welt, nämlich, daß der Tod zum Leben gehört, muß auch von uns Erwachsenen akzeptiert werden. Wie wir Kindern den Tod erklären, hängt davon ab, was wir selbst über den Tod denken und fühlen." (Bogyi 1997b, S. 269) Ich halte einen solchen offenen Dialog für die beste Antwort, die ich einem Kind auf seine Fragen und Ängste geben kann, weil er die ehrlichste Antwort ist.

7. Literatur

Amendt-Lyon, Nancy (2000): Schöpferische Anpassung. In: Stumm, Gerhard u. Pritz, Alfred (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien, New York. S. 611.

Badier, Alain (1999): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan u. Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe Verlag: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 953 - 964.

Bogyi, Gertrude (1997a): Psychotherapie versus Krisenintervention. In: Reinelt, Toni; Bogyi, Gertrude u. Schuch, Bibiana (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel. S. 111 - 116.

Bogyi, Gertrude (1997b): Trauer. In: Reinelt, Toni; Bogyi, Gertrude u. Schuch, Bibiana (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel. S. 264 - 270.

Bürgin, Dieter (1981): Das Kind, die lebensbedrohende Krankheit und der Tod. Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart, Wien.

Bürgin, Dieter u. DiGallo, Alain (1998): Pädiatrische Psycho-Onkologie. In: Meerwein, Fritz u. Bräutigam, Walter (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Carroll, Felicia (1999): Entwicklungspsychologie der Kindheit in der Gestalttherapie. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan u. Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe Verlag: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 563 - 574.

Dilling, H., Mombour, W. u. Schmidt, M.H. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Fuhr, Reinhard (2000): Feldtheorie. In: Stumm, Gerhard u. Pritz, Alfred (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien, New York. S. 205.

Fuhr, Reinhard u. Gremmler-Fuhr, Martina (1995): Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. Edition Humanistische Psychologie: Köln.

Goldbeck, Lutz (1998): Die familiäre Bewältigung einer Kreberkrankung im Kindes- und Jugendalter. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Heft 8, S. 552 - 573.

Gremmler-Fuhr, Martina (1999a): Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan u. Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe Verlag: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 393 - 416.

Gremmler-Fuhr, Martina (1999b): Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan u. Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe Verlag: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 345 - 392.

Heim, Edgar (1986): Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung. In: Heim, Edgar u. Willi, Jürg: Psychosoziale Medizin. Band 2: Klinik und Praxis. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, Tokio.

Kahles, Martina (1999): Musiktherapie mit krebskranken Kindern. Ein besonderer Spielraum im Dienste der Krankheitsbewältigung. Diplomarbeit an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, Abteilung Musikpädagogik.

Katz-Bernstein, Nitza (1990): Phantasie, Symbolisierung und Imagination - "komplexes katathymes Erleben" als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern. In: Petzold, Hilarion u. Orth, Ilse (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Band 2. Junfermannsche Verlagsbuchhandlung: Paderborn. S. 883 - 932.

Klitzing, Kai von (2000): Die Kommunikation mit dem schwerkranken Kind aus entwicklungspsychologischer Sicht. In: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. PSAPOH Journal 1/2000. Verlag Empirische Pädagogik: Landau.

Kusch, Michael u. Bode, Udo (1992): Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 7. September 1992. S. 240 - 246.

Kusch, Michael; Labouvie, Hildegard; Fleischhack, Gudrun u. Bode, Udo (1996): Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie. Psychologie Verlags Union: Weinheim.

Kübler-Ross, Elisabeth (1983): Kinder und Tod. Kreuz Verlag AG: Zürich.

Mangold, Burkart (1998): Zusammenarbeit von Helfern und Familien mit einem krebskranken Kind. In: König, Walter (Hrsg.): Krebs - Ein Handbuch für Betroffene, Angehörige und Betreuer. Springer: Wien, New York. S. 147 - 156.

Melnick, Joseph u. Nevis, Sonja March (1999): Gestalt-Familientherapie. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan u. Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe Verlag: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 937 - 952.

Metzmacher, Bruno u. Zaepfel, Helmut (1996): Methodische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Zur Verbindung von tiefenpsychologischem und sozialem Sinnverstehen in der Integrativen Kindertherapie. In: Metzmaker, Bruno; Petzold, Hilarion u. Zaepfel, Helmut (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Band 1. Junfermannsche Verlagsbuchhandlung: Paderborn, S. 75 - 130.

Oaklander, Violet (1999): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta: Stuttgart.

Perls, Frederick S.; Hefferline, Ralph F. u. Goodman, Paul (1951, 1992): Gestalttherapie. Grundlagen. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH u. Co. KG: München, Klett-Cotta: Stuttgart.

Perls, Laura (1989): Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie. Edition Humanistische Psychologie: Köln.

Petermann, Franz; Noecker, Meinolf; Bochmann, Frank u. Bode, Udo (1990): Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse. Studien zur Jugend- und Familienforschung, Band 3 (hrsg. von Franz Petermann). Lang: Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris.

Pichler, Eva (1998): Das krebskranken Kind. In: König, Walter (Hrsg.): Krebs - Ein Handbuch für Betroffene, Angehörige und Betreuer. Springer: Wien, New York. S. 131 - 146.

Schneider, Kristine (1990): Grenzerlebnisse. Zur Praxis der Gestalttherapie. Edition Humanistische Psychologie: Köln.

Stuemmler, Frank-M. (1993): Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten. Pfeiffer: München.

Student, Johann-Christoph (1992): Im Himmel welken keine Blumen. Kinder begegnen dem Tod. Verlag Herder: Freiburg im Breisgau.

Tarr-Krüger, Irmtraud (1995): Die therapeutische Beziehung. In: Tarr-Krüger, Irmtraud u. Katz-Bernstein Nitza: Wann braucht mein Kind Therapie? Die acht wichtigsten Methoden. Kreuz Verlag: Stuttgart.

Tausch-Flammer, Daniela u. Bickel, Lis (1994): Wenn Kinder nach dem Sterben fragen. Ein Begleitbuch für Kinder, Eltern und Erzieher. Verlag Herder: Freiburg im Breisgau.

Till, Wolfgang (1994): Krisenintervention und Gestalttherapie. Anwendung gestalttherapeutischer Prinzipien und Techniken in der Krisenintervention. Unveröffentlichtes Manuskript.

Topf, Reinhard J. (1997): Medizinische Krebsaufklärung als psychosoziale Notwendigkeit - tiefenpsychologische Aspekte in der Behandlung krebskranker Kinder. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Heft 3, September 1997. Klett-Cotta: Stuttgart. S. 285 - 311.

Topf, Reinhard; Trimmel, Josef; Vachalek, Lea; Felsberger, Christa und Gadner, Helmut (1997): Das psychosoziale Betreuungskonzept der Pädiatrischen Onkologie des St.-Anna-Kinderspitals, Wien. In: Pädiatrie und Pädologie 32 (1997). S. 13 - 23.

Wolf, Ulrich (1999): Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan u. Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe Verlag: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 827 - 838.

Zapotocky, Hans Georg (1995): Leben mit dem Tod. In: Zapotocky, Hans Georg u. Nutzinger, Detlev Othmar: Psychologie am Krankenbett. Beltz: Weinheim. S. 183 - 206.