

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BESONDERHEITEN IN DER KONSILIARISCHEN BETREUUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

SPECIFIC ASPECTS IN THE TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CONSULTATIVE PSYCHIATRY

Doris Hönigl

Zusammenfassung

Dieser Beitrag soll auf zwei Besonderheiten fokussieren, welche die konsiliar-psychotherapeutische Betreuung von Kindern und Jugendlichen entscheidend prägen. Zum einen befindet sich das Kind in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, welche seine Auffassung und seine Einstellung zu Krankheit, Leben und Tod prägen. Diese unterscheidet sich prinzipiell von der Auffassung und Einstellung Erwachsener. Und als Zweites muss die spezifische enge Eingebundenheit des Kindes in das Familiensystem und die sich lösende des Jugendlichen¹ aus demselben berücksichtigt werden. Anhand von zwei unterschiedlichen Erkrankungen, dem chronischen Kopfschmerz und einer hämatonkologischen Erkrankung, sollen die besonderen Bedingungen verdeutlicht werden. Die grundlegende Herausforderung für den Psychotherapeuten ist einerseits die Einfühlung und Anpassung der Interaktionen auf das dem Kind entsprechende Entwicklungsalter und andererseits die angemessene Einbeziehung der gesamten Familie in den Therapieverlauf. Emotional aufgeladene oder dysfunktionale Familiensituationen können das Hinzuziehen eines zweiten Psychotherapeuten mit einer klaren Rollenzuordnung notwendig machen.

Schlüsselwörter

Konsiliardienst bei Kindern und Jugendlichen – Psychotherapie – Hämatonkologie - Geschwisterkinder schwerkranker Kinder – Familientherapie in der Pädiatrie

Summary

This paper focuses on two specific features which determine the psychotherapeutic treatment of children and adolescents in consultative psychiatry. First, the developmental stage forms the child's view and outlook on illness, life and death. These views differ essentially from those of adults. Second, the special involvement of the child in the family system and the resolving attachment of the adolescent must be considered. This specific therapeutic condition will be illustrated by two examples: chronic headache and haematooncologic disease. The specific challenge for the psychotherapist is to empathise and adjust his interactions to the child's developmental stage on the one hand and to include the whole family into therapy on the other hand. A second psychotherapist with a clear-cut responsibility assignment should be involved in families charged with emotions or a dysfunctional communication style.

Keywords

psychiatry in children and adolescents – psychotherapy – haematooncology - siblings of severely ill children - family therapy in pediatrics

Einleitung

Das kranke Kind mit dem ihm eigenen Denken und Fühlen sowie seine Familie in ihrer Reaktion auf seine Erkrankung stehen im Zentrum dieses Beitrages. Die spezifische Anforderung an die psychotherapeutische Begleitung erkrankter Kinder und Jugendlicher verlangt vom Psychotherapeuten einerseits das Eintauchen in die Zweierbeziehung zwischen Patient und Therapeut und andererseits gleichzeitig das Überblicken der aktuellen innerfamiliären Beziehungen. Im ersten Teil wird ein Einblick in die Entwicklungsstadien des Kindes und in verschiedene familiäre Reaktionsmöglichkeiten gegeben. Für zwei verschiedene Krankheiten folgt dann eine genauere Ausführung des Zusammenspiels aus individuel-

ler und systemischer Sichtweise, welches die Situation gestaltet und auf das sich Psychotherapeuten in ihrer Betreuung einstellen müssen.

Entwicklungsstadien

Eine schwere Erkrankung stürzt das Kind in eine Krise, die es aus dem Alltag herauslöst, die psychische Entwicklung vorläufig stoppt und es mit dem eigenen Tod konfrontiert. Ein Kind zeichnet sich normalerweise durch hohe Adaptationsleistungen aus, die ihm das Leben in der von Erwachsenen geprägten Welt ermöglichen und seine Weiterentwicklung fördern. In dieser spezifischen Krisensituation ist es notwendig, sich gut auf das kognitive und emotionale Entwicklungsniveau

¹ Die in diesem Artikel angeführten Begriffe sind als geschlechtsneutral anzusehen.

einzustellen, um das Kind nicht zusätzlich zu überfordern. Dafür ist die Kenntnis der verschiedenen Entwicklungsstadien hilfreich. Da Krankheit implizit die Möglichkeit des Todes bedeutet, wird die Entwicklung der Lebens- und Todeskonzepte von Kindern in verschiedenen Altersstufen dargestellt. Die Begriffe Leben und Tod sind eng miteinander verknüpft und können nicht isoliert betrachtet werden (Tab. 1).

Todeskonzepte

Tod bedeutet emotional für das Kind eine Art Entzug oder Entbehrung von Wichtigem, vor allem von Bewegung. Tod kommt in der Vorstellung des Kindes hauptsächlich durch Gewaltanwendung als Folge von Bestrafung zustande. Das Konzept „Krankheit“ als mögliche Todesursache ist viel schwerer zu verstehen (Bürgin, 1978) (Tab.)

Das Familiensystem

Die Einbeziehung der Eltern hat hohen Stellenwert und ist unverzichtbar. Dabei spannt sich der Bogen des Behandlungsangebotes von der auf das Individuum zentrierten Sichtweise unter Berücksichtigung familiendynamischer Gesichtspunkte bis zur systemischen Sichtweise (Rotthaus, 1990). Wenn ein Kind stationär aufgenommen wird, ist oft zumindest ein Elternteil zu Besuch und daher für Gespräche verfügbar. Aber auch nicht anwesende Eltern haben - in der heutigen Zeit meist über das Handy - häufig Kontakt mit ihrem Kind. Es ist damit zu rechnen, dass die engsten Bezugspersonen sehr starken Einfluss auf Befinden, Therapieverlauf und Therapieerfolg haben. Bei schwer erkrankten Kindern wird mitunter auch ein Elternteil als Begleitperson aufgenommen, so dass er

während der gesamten Zeit anwesend ist. Damit wird vor allem jüngeren Kindern die Trennung von der Hauptbezugsperson erspart. Ein starker Zuwachs an Komplexität und Dichte der Interaktionen ist durch die Einbeziehung des Familiensystems zu erwarten. Prinzipiell ist darauf zu vertrauen, dass die Familie selbst für ihr System eine optimale Lösung findet, um sich an die Erkrankung des Kindes zu adaptieren. Ratschläge sollten vom Betreuungsteam daher nur zurückhaltend und nur auf Wunsch gegeben werden. Die Kontaktaufnahme zu den Eltern sollte jedoch aktiv angestrebt werden, um Bereitschaft zu signalisieren, gegebenenfalls seine professionelle Kompetenz zur Verfügung zu stellen. Offenheit für die verschiedenen Lösungsmöglichkeiten der Familie bei klarer Distanzierung von der so genannten richtigen Lösung ist eine hilfreiche Grundhaltung für den Psychotherapeuten. Ziel jeglicher systemischen Intervention ist immer das Bemühen, verschiedene Einflüsse so zu integrieren, dass jeder Einfluss einen optimalen Erfolg hat und sie in der Summe einen maximalen therapeutischen Effekt erreichen (Hildebrand et al., 1981).

Komplexer ist die Familiensituation, wenn der betroffene Patient ein Jugendlicher ist, der gerade dabei ist, seine Bindung an die Familie zu lockern. Das Familiensystem befindet sich bereits vor der Erkrankung in einem Umstrukturierungsprozess. Nicht selten bedeutet eine schwere Krankheit für den Jugendlichen einen Rückschritt in seinen Bemühungen, sich abzulösen. Seine körperliche Bedürftigkeit führt ihm drastisch seine Abhängigkeit vor Augen. Die Ambivalenz, welche die Pubertät normalerweise begleitet, wird durch die Erkrankung verstärkt. Auch die Eltern eines Jugendlichen sind in beson-

Tabelle 1: Entwicklung des Begriffs „Leben“ in sukzessiv aufeinander folgenden Phasen der kognitiven Reifung nach J. Piaget (1981)

3-6 Jahre	Lebendig ist alles, was nützt	Die Sonne, die es hell macht, der Stein, der geworfen wird, die Kerze, die brennt
6-8 Jahre	Lebendig ist alles, was sich bewegt	Das Fahrrad, die Wolke, der Wind, Sonne und Mond
8-12 Jahre	Lebendig ist alles, was Eigenbewegung hat	Sonne, Mond, Tier und Mensch. Auto und Fahrrad nicht mehr, weil sie durch etwas anderes bewegt werden
Ab 12 Jahre		Pflanzen, Tiere und Menschen

Tabelle 2: Entwicklung des Todeskonzeptes nach J. Piaget (1981)

2-4 Jahre	Magisches Denken	Wünsche können töten, Tod als Monster, Geist, Hexe, Zauberer Tod ist reversibel
4-6 Jahre	Tod ist vorübergehende Trennung	Tod ist wie der Schlaf
6-9 Jahre	Tod als Person	Tod ist Engel, Skelett, Totenvogel, Sensenmann. Er kommt, wenn man schlechte Dinge tut. Wer erwischt wird, stirbt, aber man kann ihm mit List entkommen. Phantasien von Mord, Gewalt, Vergeltung
ab 9 Jahre	Irreversibilität des Todes	Tod ist ein Prozess mit gewisser Gesetzmäßigkeit
ab 12 Jahre	Beginn des abstrakten operationalen Denkens	Todesbegriff gleicht dem Erwachsener, ist jedoch noch nicht gefestigt, Rückgriff auf archaische Vorstellungen ist möglich

derem Maß gefordert, da sie ihrem erkrankten Kind selbstverständlich die notwendige Fürsorge zukommen lassen werden, dabei aber nicht aus dem Auge verlieren dürfen, dass auch die Selbstständigkeitsbestrebungen gleichberechtigt weiter existieren.

Es können gelegentlich emotional so hoch aufgeladene Familiensituationen vorkommen, die die Gefahr bergen, dass der Psychotherapeut sich zu sehr ins System verstrickt. Dann wird es notwendig sein, dass ein zweiter Psychotherapeut in die Betreuung mit einbezogen wird. Eine Aufteilung der Zuständigkeit in einen Psychotherapeuten für das Kind und einen Psychotherapeuten für die Familie bietet sich dann an. Bei dieser Konstellation ist es jedoch unerlässlich, dass die beiden Psychotherapeuten sich durch Besprechungen koordinieren und ihre Handlungen aufeinander abstimmen.

Illustrierende Beispiele einer konsiliarpsychotherapeutischen Intervention

• Kinder mit chronischem Kopfschmerz

10-30 Prozent der Kinder leiden unter chronischen Kopfschmerzen (Migräne oder Spannungskopfschmerz). Diese Erkrankung verursacht 1-2% der Arztbesuche in diesem Lebensabschnitt. Die Pathogenese ist multifaktoriell, wobei auch psychische Faktoren eine Rolle spielen.

Situation des erkrankten Kindes

Kopfschmerz bedeutet subjektiv ein sehr hohes Leid. Dieses steht oft im Gegensatz zu der Meinung der Ärzte, die nach regelrechter diagnostischer Abklärung, die ohne pathologischen Befund geblieben ist, diese Erkrankung als harmlos einstufen. Sehr oft entsteht im Kind dadurch ein Gefühl, nicht verstanden zu werden. Durch seinen Schmerz kann das Kind oft nicht uneingeschränkt den altersüblichen Beschäftigungen nachgehen. Es hat vermehrt Fehltage in der Schule, es zieht sich von seinen Spielkameraden zurück und betreibt weniger Sport. Von außen kommt nicht selten die Aufforderung, sich doch zusammenzunehmen, mit der Vorstellung, dass dann der Kopfschmerz verschwinden müsse. In dem Kind entwickelt sich die Vorstellung, zu nichts zu taugen und trotz ständigen Bemühens den Anforderungen seiner Umgebung nicht gerecht werden zu können. Oft verbindet sich die Vorstellung, dass sein Leben so nichts wert sei mit der Angst, doch an einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu leiden. Diese Angst wird selten kommuniziert.

Situation der Eltern

Ihre Einstellung zum kranken Kind ist oft von Ambivalenz geprägt. Einerseits leiden sie mit dem Kind mit, befürchten eine schwere Erkrankung, die bislang noch nicht entdeckt werden konnte, und versuchen, Aktivitäten zu vermeiden, die Kopfschmerzen bei ihrem Kind hervorrufen könnten. Andererseits ärgert sie die Einschränkung des Familienlebens, die durch diese chronische Erkrankung hervorgerufen wird. Es mag sie kränken, dass gerade ihr Kind solche Probleme hat. Diese beiden Pole sind nicht selten unter dem Elternpaar aufgeteilt, so dass z.B. die Mutter den für das Kind sorgenden, der Vater den Gegenpol einnimmt. Eine Unstimmigkeit zwi-

schen den Ehepartnern kann sich dieses Thema als Konfliktpunkt wählen und in einen offenen Streit münden lassen.

Situation der Geschwister

Als die gesunden Kinder haben sie einerseits die Anerkennung der Eltern, dass "sie keine Probleme machen", andererseits erleben sie, dass kostbare Familienzeit vom Thema Kopfschmerz besetzt wird. Auch Familienaktivitäten leiden oft unter dieser Rücksichtnahme. Sie können auch vermeiden, sich mit ihren Problemen den Eltern anzuvertrauen, um diese nicht zusätzlich zu belasten.

Situation des Konsiliarpsychotherapeuten

Seine Aufgabe ist es, das subjektive Leiden des Kindes zu würdigen, ohne dem Kopfschmerz aber die gesamte Zeit zu widmen, wie dies in der Familie geschieht. Das Wissen, dass es für chronische Kopfschmerzen neben auslösenden auch bedingende Hintergrundfaktoren gibt, die bis zur Misshandlung reichen können, erschwert sicherlich seine Unvoreingenommenheit gegenüber der Familie. Diese ist jedoch notwendig, um zu allen Familienmitgliedern Kontakt aufnehmen zu können. Das Erfahren der Hintergrundfaktoren geschieht oft erst in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.

• Kinder mit einer hämatoonkologischen Erkrankung

Wie bei keiner anderen Erkrankung ist die akute und andauernde Bedrohung durch den Tod der entscheidende Faktor, der das Befinden des Kindes, der Eltern, Geschwister und anderen Familienangehörigen, aber natürlich auch das Befinden der professionellen Helfer gestaltet und prägt. In der Regel löst die Diagnose einer solchen Erkrankung eine akute Krise in der betroffenen Familie aus. Von entscheidender Bedeutung ist, wie das betroffene Kind, jedes Familienmitglied für sich, aber selbstverständlich auch die Familie als Ganzes dieser Krise begegnen. Es besteht einerseits die Gefahr, dass das gesamte System unter der Last zusammenbricht und schon vorher verdeckt vorhandene Konflikte vehement zu Tage treten, so dass Streit und Auflösung des Systems die Folge sein können. Viel häufiger jedoch rücken die Familienmitglieder angesichts der äußeren Bedrohung durch den Krebs enger zusammen und begraben alte Kriegsbeile. Mit gemeinsamer Kraft wird versucht, die Bedrohung zu meistern. Aber auch diese Form der Krisenbewältigung kann Nachteile mit sich bringen, wie am Beispiel der Geschwisterkinder näher angeführt wird. Nicht nur die betroffene Familie, auch die in die Behandlung involvierten Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und das Pflegepersonal sind mit existentiellen Fragen, auch die eigene Person betreffend, ständig in Berührung.

Situation des erkrankten Kindes

Unmittelbar nach der Diagnose kommt auf das Kind meist eine intensive Zeit von dicht gedrängten und teilweise sehr belastenden Untersuchungen zu. Das zuerst vorherrschende Gefühl ist Schrecken und Verunsicherung. Die Fülle an Terminen, die fehlende Klarheit über die Auswirkungen der Krankheit auf die Qualität und die Dauer des Lebens und das Ertragen von schmerzhaften Eingriffen beherrschen diesen Zeitabschnitt. Selten bleibt Zeit für psychotherapeutische In-

terventionen. Diese finden in der Regel nur dann statt, wenn das Kind psychisch laut und heftig reagiert. Die psychotherapeutische Hauptaufgabe ist dann das Vermitteln, Übersetzen und Klären von Missverständnissen. Psychotherapie kann helfen, dem Zeitdruck für kurze Momente zu trotzen, damit wichtige Fragen überhaupt erst gestellt werden können.

Sobald Stadium und Prognose der Krankheit sowie ein medizinischer Behandlungsplan feststehen, gibt es Klarheit darüber, wie die nächsten Wochen verlaufen werden. Sehr oft ist die Behandlung mit längerfristigen Spitalaufenthalten verbunden. Was vorher knapp war, ist nun reichlich vorhanden: Es bleibt Zeit, die abgeschieden von den Spielkameraden und vielen gewohnten und geliebten Beschäftigungen gestaltet werden muss. Angst, Wut, Ohnmacht, Neid, Verzweiflung, Heimweh, aber auch Erleichterung und Hoffnung sind nun die bestimmende Gefühlsmischung bei der jetzt beginnenden Auseinandersetzung mit der Krankheit. Vom Entwicklungsstadium hängt ab, in welcher Form die Auseinandersetzung stattfindet und welche Bedeutung der schweren Krankheit und dem drohenden Tod beigemessen wird. Es hängt von den Bezugspersonen und den Gesprächspartnern des Kindes ab, ob ängstigende Gedanken an den Tod geäußert werden können. Starke Angst und Verdrängung dieses Themas durch die Eltern oder das Behandlungsteam führen dazu, dass das Kind vermeidet, davon zu reden. Kinder haben ein sehr sensibles Empfinden für Tabuthemen. So besteht die Gefahr, dass grundlegende Themen nicht kommuniziert werden.

Je jünger ein Kind ist, desto selbstverständlicher sind ihm Kausalitätsverknüpfungen. Es gibt einen Grund für die Krankheit und den Tod. Dies wird meist mit persönlichen Eigenschaften verknüpft wie beispielsweise „Die Schlechten sterben vor den Guten“. Dies bedeutet für das betroffene Kind ein besonderes Dilemma, weil es sich für seine schwere Erkrankung verantwortlich fühlt, manchmal auch Schuldgefühle hat. Dieses Kausalitätsbedürfnis muss ernst genommen werden, gleichzeitig muss es aber relativiert werden, wenn es zu sehr bedrückt. Auch viele Erwachsene sind nicht frei von einem Kausalitätsbedürfnis, wenn es um Krebs geht. Die Neigung, jemanden oder etwas zu finden, was Schuld trägt, ist weit verbreitet. Gedankengebäude wie die „Psychosomatik des Krebses“, die vor einigen Jahren noch großen Anklang fanden, bergen die Gefahr der Selbstbeschuldigung in sich. Sie befriedigen das Bedürfnis, eine simplifizierende Kausalität herzustellen, wo Zufall und bislang unbekannte Faktoren eine Rolle spielen. Die Krankheitsbewältigung wird durch solche Überzeugungen stark beeinflusst. Für den Psychotherapeuten ist es wichtig, die subjektive Krankheitstheorie zu erfahren und, sofern sie nachteilige Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung hat, ihr vorsichtig entgegenzuwirken.

Kinder reagieren oft erstaunlich gefasst und passen sich überraschend gut an diese schwierige Veränderung in ihrem Leben an. Nicht selten trösten sie ihre Eltern, die oft wesentlich länger brauchen, um sich an die Situation zu adaptieren. Auf Dauer ist die Unterstützung, die das Kind von seiner Familie und seinen Freunden erhält, von grundlegender Bedeutung. Bei monatelangen Krankheitsverläufen fällt beim Kind oft eine Pro-

gression in der Entwicklung – zumindest in einigen Bereichen – auf, die weit über die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des jeweiligen Lebensalters hinausgeht. Diese Entwicklungsprogression ist als eine notwendige Adaptationsleistung zu würdigen; es hat sich gezeigt, dass Kinder im Falle einer Heilung diesen Vorsprung in der Entwicklung wieder aufgeben und so manche übersprungenen Entwicklungsschritte später nachholen können.

Situation der Eltern

Für die Eltern bedeutet die Krebserkrankung ihres Kindes eine existentielle Krise. Entsetzen, Verzweiflung, Ohnmacht und Angst versetzen sie in einen Ausnahmezustand. Ein Aufbäumen gegen das Schicksal und eine elementare Sinnkrise erschüttern ihr Leben. Die Fragen „Warum?“ und „Warum mein Kind und nicht ich?“ oder „Warum gerade dieses Kind?“ quälen, aber sie können nicht beantwortet werden. Gläubige Eltern erleben oft eine Glaubenskrise. Den Eltern steht die schwierige Aufgabe bevor, akzeptieren zu lernen, dass möglicherweise ihr Kind vor ihnen sterben wird. Sie entwickeln als Ausgleich für das unerbittliche Schicksal eine erhöhte Sensibilität für die Bedürfnisse des erkrankten Kindes mit einer erhöhten „Aufopferungsbereitschaft“, die sie gelegentlich bis zur totalen Erschöpfung führen kann. Ihr gesamtes Leben mit Beruf und den Beziehungen zum Partner und zu den anderen Kindern wird umstrukturiert, die Wertigkeiten werden anders verteilt. Oft isolieren sich diese Eltern von ihren Freunden und verbringen viel Zeit am Krankenbett ihres Kindes. Ebenso wie das erkrankte Kind brauchen die Eltern oft individuelle psychotherapeutische Begleitung. Es ist ebenfalls wichtig, die subjektive Krankheitstheorie der Eltern zu erfahren. Nicht selten findet auch bei den Eltern eine Regression auf kindliche Kausalitätsbedürfnisse statt, die zu Schuldzuweisungen und nicht selten zu Selbstbeschuldigungen führen können. Sofern diese sich störend auf die Krisenbewältigung auswirken, muss dieses Kausalitätsbedürfnis vorsichtig hinterfragt werden.

Situation der Geschwisterkinder

Die Lage der Geschwister des erkrankten Kindes findet meist zu wenig Beachtung. Die Eltern sind nachvollziehbar von dem kranken Kind in Anspruch genommen und bis an ihre Grenzen belastet. Wo vorher die Aufmerksamkeit und Fürsorge der Eltern auf alle Kinder verteilt war, findet nun eine Zentrierung auf das kranke Kind statt. Sehr oft fühlen sich die Geschwister allein gelassen. Dies offen kund zu tun unterliegt jedoch einem Tabu, da alle Familienkräfte mobilisiert werden müssen, um dem erkrankten Geschwister zu helfen. Sie empfinden manchmal sogar Schuldgefühle, wenn sie sich benachteiligt fühlen. Schuldgefühle können auch aus dem Empfinden entstehen, selbst gesund zu sein. Ältere Geschwister übernehmen nicht selten Aufgaben im Haushalt, um die beim kranken Kind weilende Mutter zu ersetzen.

Auch die gesunden Geschwister sind persönlich von der schweren Erkrankung und der Todesbedrohung betroffen. Diese lösen eigene Verlustängste und Verzweiflung aus. Nach Alderfer et al. (2003) befürchtet ein Viertel, dass ihre Schwester/ihr Bruder während der Behandlung sterben könnte. Ein Drittel entwickelt eine posttraumatische Stressstörung. Ge-

schwisterkinder leiden später häufiger an sozialem Rückzug, Depressionen und Angststörungen als unbelastete Kontrollkinder (Sharpe und Rossiter, 2002; Cairns et al., 1979; Lavigne und Ryan, 1979).

Situation des Behandlungsteams

Wenngleich die existentielle Bedrohung der jugendlichen Patienten zu ihrem Berufsalltag gehört, wirkt diese jedes Mal auf jeden Einzelnen der dort Arbeitenden: Die Konfrontation mit dem potentiellen Sterben sehr junger Menschen löst eigene Betroffenheit aus. Gefühle der Ohnmacht, Ertragen der Hilflosigkeit und Vergänglichkeit wechseln mit Gefühlen des Erfolges, der tiefen Befriedigung über Behandlungserfolg und der eigenen (phantasierten) Macht, Todkranke vor dem Tod bewahren können. Es besteht in diesem Beruf eine enorme Dichte des Umgangs mit Menschen in innerer und äußerer Gefühlsaufruhr, aber auch eine Dichte an heftigen eigenen Gefühlen als Reaktion. Ausreichender Austausch im Team und regelmäßige Supervision ermöglichen erst einen dauerhaften Einsatz in diesem Fachgebiet.

Schlussbemerkungen

Im Rahmen dieses Beitrags können nur einige der Besonderheiten aufgezeigt werden, welche die psychotherapeutische Betreuung im Rahmen eines Konsiliardienstes bei Kindern und Jugendlichen komplex gestalten. Wenn die Entwicklungsstufe des erkrankten Kindes bedacht wird, gelingt es besser, seine spezifischen Bedürfnisse zu verstehen. Der systemische Blickwinkel verdeutlicht, dass ebenso die Eltern und die Geschwister in die psychotherapeutischen Überlegungen mit einbezogen werden müssen. Wie bei jedem psychotherapeutischen Angebot empfiehlt sich, Kompetenz zur Verfügung zu stellen, ohne sie jedoch aufzudrängen.

Literatur

- Alderfer MA, Labay LE, Kazak AE (2003): Brief report: does posttraumatic stress apply to siblings of childhood cancer survivors? *J Pediatr Psychol* 28:281-6
- Bürgin D (1978): Das Kind, die lebensbedrohende Krankheit und der Tod. Bern: Hans Huber
- Cairns NU, Clark GM, Smith SD, Lansky SB (1979): Adaptation of siblings to childhood malignancy. *J Pediatr* 95:484-487
- Hildebrand J, Jenkins J, Carter D, Lask B (1981): The introduction of a full family orientation in a child psychiatric inpatient unit. *J Fam Ther* 3:139-152
- Lavigne JV, Ryan M (1979): Psychologic adjustment of siblings of children with chronic illness. *Pediatrics* 63:616-627
- Piaget J (1981): Das Weltbild des Kindes. Frankfurt: Ullstein
- Rotthaus W (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag modernes Lernen
- Sharpe D, Rossiter L (2002): Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 27:699-710

OÄ Dr. Doris Hönigl

Klinik für Psychiatrie • Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 31 • A- 8036 Graz
Tel.: +43 316 385 81743
E-Mail: doris.hoenigl@meduni-graz.at