

Friedrich, Hannes

Chronisch kranke Kinder und ihre Familien

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 8, S. 296-302

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31337

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany – Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Chronisch kranke Kinder und ihre Familien

Von Hannes Friedrich

Zusammenfassung

Die Entwicklung von Kindern mit chronischen Krankheiten und Behinderungen ist – trotz früher Ansätze durch *A. Freud* – in der Psychoanalyse bisher wenig erforscht und in Therapien behandelt worden.

Am Beispiel einer Kasuistik wird die Krankheitsbewältigung in der Familie in den zentralen Bereichen von Er-

kennen und Umgang mit Krankheitskrisen, Management der Krankheit und Entwicklung spezifischer Lebensstile der Familie diskutiert. Im Anschluß daran werden die wechselseitige Beeinflussung von chronischer Krankheit und psychosozialer und -sexueller Entwicklung des Kindes und die zentralen Konflikte in der Identitätsentwicklung dargestellt.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34: 296–302 (1985), ISSN 0032-7034

© Vandenhoeck & Ruprecht 1985

Wenn wir an Krankheiten denken, so denken wir zu-
meist an Akutkrankheiten, Störungen des Körpers für
eine bestimmte Zeit, Funktionsausfälle, verbunden mit
Schwäche und Schmerzen zwar, jedoch auch mit der Per-
spektive, daß diese Krankheit wieder überwunden wird.
Angst und Bedrohung können diese Krankheit begleiten;
wenn sie sehr schwer ist sogar Todesängste. Zumeist
werden Krankheiten aber erfahren als vorüber- und
übergehend in Zustände, wo Gesundheit zurückgewon-
nen wird. Eng verbunden mit dem Erleben von Krank-
heit sind Phantasien über Intaktheit und Unverletzlich-
keit des Körpers und der Seele, Phantasien von narzißti-
scher Integrität, die im Unbewußten mit Phantasien von
der eigenen Unsterblichkeit korrespondieren.

Anders wird unser Verhältnis zur Krankheit, wenn wir
plötzlich mit chronischen Krankheiten und Behinderun-
gen konfrontiert sind. Wir sehen uns einem Zustand aus-
geliefert, in dem die Betroffenheit durch Krankheit nicht
mehr von uns weicht, ein Prozeß, von dem wir nur den
Anfang kennen, dessen Ende oft nicht vorstellbar ist,
häufig auch medizinisch nicht vorausgesagt werden
kann. Chronische Krankheit und Behinderung heißt, daß
es keine Kausaltherapie gibt, daß oft die Prognose nicht
bestimmbar ist, und daß die Beeinflussung der Krankheit
durch medizinische und andere ergänzende und beglei-
tende Maßnahmen die Symptomatik und den Krank-
heitsverlauf im günstigsten Falle nur mildern, modifizie-
ren oder erleichtern und vielleicht weitere schwere Fol-
gen verhindern kann.

Chronische Krankheit bezeichnet eine Vielzahl von
Krankheitszuständen und Leiden, von unterschiedlichen
Verläufen, die schwerste Betroffenheit wie auch den
glücklichen Fall einer relativen Annäherung an den Zu-
stand von Gesundheit beinhalten können, die aber nie-
mals wieder loskommen von dem Schatten der Bedro-
hung, bis hin zum Schicksal eines frühen Todes. Man hat
„chronische Krankheit“ daher auch als einen „Regen-
schirmbegriff“ bezeichnet, weil darunter viele Zustände
und Krankheitsbilder versammelt sind, ebenso wie ganz
unterschiedliche Krankheitsprozesse. Aber nicht nur die
medizinischen Aspekte und rehabilitativen Maßnahmen
sind unterschiedlich, sondern auch die damit verbunde-
nen psychosozialen Konstellationen können sich erheb-
lich unterscheiden.

Im folgenden soll daher ein Versuch gemacht werden,
einige zentrale Aspekte des Lebens mit chronischen
Krankheiten und Behinderungen von Kindern und ihren
Familien zu beschreiben, ohne daß für einzelne Krank-
heitsbilder hier genaue Zuordnungen vorgenommen wer-
den.

Kasuistisches Beispiel

Vor einiger Zeit wurden wir von einem befreundeten Arzt
wegen folgenden Problems angesprochen:

Er selber war betreuender Arzt für Familien mit Kindern, die
an Hämophilie (Bluterkrankheit) erkrankt waren. Er fand sich
eines Tages vor einer Situation, bei der er nicht weiter wußte. In

einer der von ihm betreuten Familien war der 17jährige, an Hä-
mophilie leidende Sohn „ausgestiegen“ – aus Familie, Schule
und medizinischer Betreuung und Behandlung. Keiner kam
mehr an den Jugendlichen heran, dieser hatte sich in eine „Sub-
kultur“ zurückgezogen, war lediglich noch bei den Eltern ge-
meldet, ansonsten bewohnte er ein nicht gemeldetes Gartenhaus
inmitten einer Gruppe anderer Jugendlicher. Er hatte für sich
eine Krankheitstheorie entwickelt, die in bezug auf seine Bluter-
krankheit eine rein psychosomatische Laientheorie war, indem
er meinte, daß, wenn er in Frieden und Einklang mit seinem
Körper und seiner Seele lebte, auch die Bluterkrankheit zum
Verschwinden käme, mindestens aber zur Ruhe kommen und
sich nicht wieder melden würde. So hatte er ein kontemplatives
Leben gewählt, lag tage und wochenlang in seinem Bett, hörte
Musik, nahm gesundheitsfördernde Speisen und Getränke zu
sich, gelegentlich auch ein psychotropes Mittel. Der einzige
Kontakt zum Elternhaus bestand über die monatliche Geldzah-
lung für seinen Unterhalt, die Post, die vielen Mahnungen und
Strafzettel, die von der Staatsanwaltschaft, Polizei und Ord-
nungsamt kamen. Er verweigerte jegliche medizinische Behand-
lung, auch wenn es zu neuen Blutungen in den Gelenken und
Muskelpartien kam. Dann lag er wochenlang im Bett und war
darauf angewiesen, daß er von irgendwelchen Freunden oder
Bekannten versorgt wurde. Den Eltern hatte er eröffnet, daß er
keinerlei Ausbildung wünsche, die Oberschule hatte er abgebro-
chen, Leistungen sah er als wenig sinnvoll an; er meinte, daß für
ihn ohnehin als Bluter keine große Zukunft bestünde. Da die
Krankheit für ihn im Augenblick so im Vordergrund sei, müsse
er sein Leben darauf einrichten, damit sie ihn nicht beherrsche.

Die Eltern waren völlig verzweifelt und hilflos, insbesondere
tief besorgt, daß keinerlei medizinische Behandlung erfolgte,
z. B. keine Maßnahmen zur Beendigung der Blutungen durch
entsprechende Injektionen des für die Hämophilie entwickelten
Plasmas.

Es gelang uns, Kontakt mit dem Jungen aufzunehmen, indem
ihn ein familientherapeutisch geschulter Sozialarbeiter auf-
suchte und über einen regelmäßigen Kontakt auch seine Bereit-
schaft weckte, in therapeutischen Sitzungen einige der Probleme
zu bearbeiten. Für unser Thema sind vor allem einige Aspekte
der Vorgeschichte des Umgangs der Familie mit der Krankheit
des Jungen von Bedeutung:

Die Bluterkrankheit wurde von der Mutter ungefähr 4 Mo-
nate nach der Geburt des Kindes entdeckt. Sie war zunehmend
beunruhigt und dann von Angst erfüllt, als sie merkte, daß bei
dem Kind Blutergüsse auftraten, die nicht mehr so recht ver-
schwinden wollten. Sie brachte das Kind zur ärztlichen Untersu-
chung und ihr wurde ziemlich direkt eröffnet, daß eine Hämop-
hilie bestünde. Nun begann das Suchen nach einer Ätiologie, es
hatte bisher weder in der Familie des Vaters noch in der Familie
der Mutter eine Bluterkrankheit gegeben, so daß eine kausale
Zuordnung nicht möglich war. Das machte die Krankheit um so
unheimlicher und magischer. Die Mutter mußte selber berufstätig
sein und war gezwungen, eine sehr umsichtige Pflegefamilie
zu finden, die sich während ihrer Berufstätigkeit um das Kind
kümmerte. Sie hatte Schuldgefühle, die um so größer waren, als
sie ja davon ausgehen mußte, daß sie die Überträgerin dieser
Krankheit war und sich nun nicht ausschließlich um dieses
kranke Kind kümmern konnte. Sie setzte alles daran, um die Be-
rufstätigkeit so schnell wie möglich zu beenden, damit sie sich
ihrem Kind voll widmen konnte. Es begann ein Leben, das pri-
mär um die Versorgung des Jungen kreiste, beispielsweise ver-
richtete sie die Hausarbeit nur bei offenem Fenster, wenn er
draußen spielte, um ihn jederzeit unter Beobachtung zu haben.
Für den Schulbesuch entwickelte sie ein ausgefeiltes Organisa-
tionssystem. Dennoch kam es bei dem Jungen sehr oft zu Blu-

tungen; er mußte im Rollstuhl gefahren werden, und er lag mitunter wochen- und monatelang in der Kinderklinik, wo die Blutungen zum Stillstand gebracht werden sollten. Er war ein braver, musischer und leistungsbereiter Junge, der einsichtig in bezug auf die Einschränkungen von Motorik und Aggressivität war, die ihm die Krankheit abverlangte, der ein sehr enges Verhältnis zur Mutter entwickelte, sehr liebevoll war, zugleich auch sehr zutraulich, mit der Mutter eng zusammenarbeitete bei der Rücksichtnahme auf die pflegerischen und therapeutischen Notwendigkeiten im Umgang mit der Krankheit. Mit großer Geduld hielt er die Schulunterbrechungen aus, arbeitete in der Klinik für die Schule, ließ die wochenlangen Bewegungsbeeinträchtigungen in Form von Eingipsen und Eisbeuteln über sich ergehen, galt als guter, geduldiger Patient. Die Eltern hatten für ihn eine gehobene Ausbildung vorgesehen, Abitur und dann eine vorwiegend auf Sicherheit und Intellektualität abstellende Berufsausbildung und -tätigkeit. Diese Pläne wurden jedoch schlagartig durchkreuzt: Die Situation änderte sich, als der Junge ungefähr 14 Jahre alt wurde. Aufgrund der medizinischen Fortschritte war es möglich geworden, daß die medizinische Betreuung nun weitgehend zu Hause durchgeführt werden konnte, anfänglich von der Mutter, die die Injektionen vornahm, dann zunehmend von dem Jungen selber. Durch die Wirksamkeit neuer Medikamente, mit deren Hilfe die Blutungen schneller zum Stillstand zu bringen waren, konnte er sehr viel mehr Motorik riskieren, seine Mobilität erweiterte sich, er konnte Bus fahren, mit Klassenkameraden auf Feste gehen und sich insgesamt immer mehr von der mütterlichen Versorgung trennen und selbständig werden. Im 15. Lebensjahr fing er an, immer mehr von zu Hause abwesend zu sein, erst nachmittags, dann abends, schließlich nachts, bis er eines Tages nach den Ferien den Eltern eröffnete, daß er beschlossen hätte, die Schule zu verlassen, ausziehen und ein selbständiges Leben zu führen, ein selbständiges Leben, das in das völlige Gegenteil mündete; während sein Elternhaus gut bürgerlich war, ging er jetzt in die Aussteiger-Subkultur mit allen Insignien der Verweigerung, die diese kennzeichnen.

Es soll nicht auf die Psychotherapie eingegangen werden, die in diesem Fall nach einer langwierigen Vorbereitung schließlich möglich wurde, sondern es sollen ein paar Aspekte verdeutlicht werden, die bei chronischen Krankheiten besonders bedeutsam sind.

Das Problem der Krankheitsbewältigung in der Familie

Wenn ein Kind mit einer chronischen Erkrankung geboren oder wenn eine chronische Erkrankung im Laufe der ersten Lebensjahre manifest wird, dann verquickt sich die körperliche und psychologische Entwicklung des Kindes mit der ständigen Aufgabe der Bewältigung der Krankheit. Hierbei stellen sich eine Reihe von objektiven Aufgaben und Problemen, die zugleich wiederum familiendynamisch und intrapsychisch von den Betroffenen bewältigt werden müssen. Unter diesen Aufgaben sind es vor allem drei Bereiche:

Das Erkennen und rechtzeitige Angehen von Krisen; die ständige Versorgung und das Management der Krankheit; die Veränderung und Entwicklung eines für die Krankheit relevanten Lebensstils der Familie.

Erkennen und Umgang mit Krisen

Die meisten chronischen Krankheiten weisen krisenhafte Verläufe und Einbrüche auf, bei denen eine Reihe von Fragen entstehen: Wie oft treten Krisen auf, wie weit können sie gehen, wie lebensbedrohlich sind sie, wie schnell erscheinen sie, wie deutlich kann man das Zeichen des Aufkommens von Krisen sehen, welche Mittel stehen zur Verfügung, um Krisen zu verhindern und das Kind relativ unverletzt durch die Krise hindurchzuretten, wie weit können Erfahrungen aus früher aufgetretenen Krisen für künftiges Krisenmanagement benutzt werden?

Die Eltern, insbesondere die Mutter, müssen lernen, früh auftretende Anzeichen für Krisen lesen zu lernen, sie richtig zu deuten und entsprechende Rettungsmaßnahmen einleiten. So berichteten uns Mütter, daß sie bei ihren Kindern mit Hydrocephalus und Spina bifida bei auftretenden Anzeichen von Hirndruckkrisen dieses Geschehen schon sehr frühzeitig an dem Ausdruck der Augen ihrer Kinder entdecken konnten; wenn sie aber in die Klinik kamen, um die Ärzte auf die drohende Krise aufmerksam zu machen, wollten diese ihnen keinen Glauben schenken, bis eindeutige medizinische Anzeichen auftraten, was die Eltern mitunter zur Verzweiflung brachte. Dies führte oft zu erheblichen Konflikten mit der Klinik.

Es bedarf also einer entwickelten Organisation der Krisenbegegnung und Prävention, die ein erhebliches Ausmaß an Aktivität und Planungen auf Seiten der Eltern notwendig macht. Bereits Geburtstagsfeiern außerhalb des Hauses bedingen für ein Kind mit Diabetes, daß die Mutter entsprechende Krisenpräventionen vornimmt, wie entsprechende Absprachen mit den einladenden Eltern, möglicherweise die Deponierung entsprechender Insulineinheiten, die Verabredung, daß nicht zu viele Regeln in bezug auf die Diät gebrochen werden etc. Bei Kindern mit Hämophilie muß jeder Tageslauf genau organisiert sein, der Haushalt, die Wohnungseinrichtung, Maßnahmen des Schutzes des Kindes vor den Gefahren der Umwelt müssen bedacht werden, die häufig zu Konflikten zwischen Mutter und Kind führen. Eine Mutter war während des vormittäglichen Schulbesuchs ihres Kindes ständig in Angst, wenn sie einen Rettungswagen mit Sirene in der Ferne hörte, immer fürchtend, daß ihrem Sohn etwas zugestoßen sein könnte. Mit Schrecken hörte sie davon, daß einige Mädchen ihren Sohn beim Strick- und Häkelunterricht mit Stricknadeln pieksten, ohne zu wissen, wie gefährlich das für ihn sein konnte. Sie mußte sich genau überlegen, wie sie in der Schule intervenieren sollte, ohne daß ihr Sohn eine Sonderrolle erhielt, gegen die er ohnehin schon längst protestierte.

Die Krisenorganisation kann mitunter zusammenbrechen, insbesondere wenn Krisen nicht vorhersehbar sind. Im Extremfall kann dies zu Familienzusammenbrüchen oder heftigen Erschütterungen der Ehe führen. So war ein Kind mit Diabetes in hohem Maße bedroht, als die Mutter nach einem heftigen Ehestreit mit ihrem Mann kurzfristig die Familie verließ, so daß niemand mehr da war, der das Kind in bezug auf Verzehr von Süßigkeiten

kontrollierte; noch schlimmer wurde es, als die Ehe so unter Druck geriet, daß die Mutter für längere Zeit auszog, so daß die Diät des Kindes nicht mehr gewährleistet war. Gerade bei der Krisenbewältigung tritt häufig ein Gefühl auf, daß man gegen das Schicksal ankämpft, ein Gefühl, das sich noch mehr zuspitzt, wenn ein Elternteil mit dem Kind von dem Rest der Familie alleingelassen wird.

Das Management der Phase nach der Krise ist gleichermaßen notwendig, weil es hier um Verarbeitung von Schuldgefühlen, von Wut, von Vorwürfen, Depressionen und Hilflosigkeit geht, von Ausgeliefertsein, was das eingefahrene Verhalten in Krisensituation beeinträchtigen könnte. Ein besonderes Problem tritt auf, wenn man die Verantwortung für das Kind wegen nicht mehr zu bewältigender Bedrohungen an das Krankenhaus abgeben muß, weil dann immer auch Schuldgefühle, Gefühle des Versagens, der Abhängigkeit und möglicherweise auch der Zuschreibung von Verantwortung für das Versagen gegenüber dem Kind mobilisiert werden. Kompliziert wird das Ganze noch dadurch, daß zwei wenig kompatible Systeme aufeinandertreffen: das nach Zweckrationalität organisierte System des Krankenhauses gegenüber dem höchst komplexen, expressiven psychosozialen System der Familie, das auf keinen Fall bereit ist, eines seiner Mitglieder vollständig dem anderen System zu überlassen, sondern alle Versuche unternimmt, einigermaßen die Kontrolle und Übersicht über die Lebensumstände des Kindes zu behalten.

Versorgung und Management der chronischen Krankheit

Auch wenn chronische Krankheiten nicht heilbar sind, können sie doch durch eine gute Versorgung, Kontrolle und Überwachung oft erheblich gemildert und gebessert werden, was die Entwicklung eines Systems der therapeutischen Versorgung notwendig macht. Dieses System wird unter der Voraussetzung seiner Effizienz und/oder Legitimation von den Familien akzeptiert, wobei die medizinischen Gründe nicht allein ausschlaggebend sind, sondern auch der Gesichtspunkt, inwieweit es mit den psychischen und sozialen Faktoren der jeweiligen Familie zu verbinden ist, z. B. also im Rahmen der Familienbedingungen praktikabel ist. So wirken hier mehrere Faktoren zusammen: Ob Vertrauen in den Arzt oder die Klinik besteht, die das Therapiesystem vorgeben, ob Rivalitäten in bezug auf die Legitimierung dieses Systems durch andere Instanzen bestehen, ob die Therapie in bezug auf Kontrolle der Symptome und Kontrolle der Krankheit wirksam ist, ob das Ausmaß von belastenden und ängstigenden Aspekten begrenzt bleibt, ob Nebenwirkungen geringer wiegen als Symptomerleichterung oder Verminderung der Ängste gegenüber den bedrohlichen Aspekten der Krankheit, ob das Therapiesystem die zentralen, täglichen Familienvollzüge nicht zu stark beeinträchtigt und ob schließlich die günstigen Wirkungen der therapeutischen Versorgung nicht durch negative Beeinträchtigungen der Identität des Patienten überlagert werden.

So berichtete der jugendliche Patient aus unserem Fallbeispiel, daß er in bezug auf sein Selbstbild darunter ge-

litten hätte, kein normaler Junge zu sein, der es sich leisten konnte, auch einmal schlechte Leistungen zu zeigen, sondern monatelang geduldig in der Klinik liegen mußte, es sich nicht leisten durfte, in der Schule zu versagen, weil er als chronisch Kranker in der Erwartung seiner Eltern seine Behinderung durch gute Leistungen ausgleichen sollte, zugleich aber erlebte, daß die stationäre Therapie ihm nur Isolierung und Versagungen auferlegte.

Die therapeutischen Versorgungssysteme müssen von der *ganzen* Familie gelernt werden, in den Familienablauf eingepaßt und von allen verarbeitet werden. Dabei ergeben sich erhebliche Belastungen, z. B. durch das Ausmaß der Angst, das durch bestimmte Maßnahmen hervorgerufen wird: Mütter müssen lernen, ihren Kindern Insulin zu spritzen, wobei diese Einstiche, die sie im Körper ihres Kindes vornehmen müssen, häufig mit magischen Ängsten verbunden sind; sie müssen die Ausscheidungen ihres Kindes bei Diabetes untersuchen und kontrollieren oder ihrem Kind bei Asthma mit Inhalationen oder Spritzen helfen, wobei neben der Rettung ambivalente Angstreaktionen einsetzen.

Chronische Hauterkrankungen bedingen manchmal eine sehr belastende Versorgung mit Einreibungen und Einsmieren mit manchmal unästhetischen Salben. Inhalatoren oder Dialysemaschinen bringen extrem ängstigende Phantasien hervor, z. B. daß man Teil einer riesigen Maschinerie geworden ist, nicht nur der Patient, sondern auch die ganze Familie, die Sklave dieses Maschinensystems ist.

Der gesamte mit den therapeutischen Maßnahmen verbundene Energie- und Kraftaufwand, die Schmerzen, Mißempfindungen, Stigmatisierungen, Beschämungen und das Gefühl des Ausgeliefertseins müssen nicht nur vom Patienten selbst, sondern auch von den Familienmitgliedern verarbeitet werden. Dies kann zu erheblichen Belastungen der Identität führen, insbesondere beim Patienten, was wiederum Rückwirkungen bei den Eltern hat, die hilflos und verzweifelt reagieren.

So berichtete die Mutter des oben etwas ausführlicher vorgestellten Patienten mit Hämophilie, daß sie oft weinte, wenn sie aus der Klinik nach Hause kam, weil sie sah, daß ihr Sohn nicht mehr lächelte, sie still anschaute und nicht über das sprechen konnte, was in ihm war. Sie reagierte mit einer Mischung aus Schuldgefühlen, Hilflosigkeit und Zorn, was sie wiederum stumm machte gegenüber ihrem Sohn.

Lebensstil der Familie

Die chronische Erkrankung eines Kindes macht es also notwendig, daß das Familienleben nach spezifischen Bedingungen geregelt wird. Diese Bedingungen richten sich insbesondere nach den über die üblichen Hilfs-Ich-Funktionen der Eltern hinausgehenden Notwendigkeiten der therapeutischen Maßnahmen gegenüber der Krankheit. So sind zumeist die Mütter gehalten, Hilfs- und Assistenzaufgaben, Funktionen der Kontrolle und Erzwingung des richtigen Krankheitsverhaltens, der Krisenintervention und Rettung, des Trostes und der Vermittlung

und Dolmetschung gegenüber dem medizinischen System wahrzunehmen. Hierbei verschärfen sich ganz normale elterliche Funktionen; Kritik wird zum Vorwurf, ein Kind an bestimmte Maßnahmen oder Vorsichtsregeln zu erinnern, wird zur Verurteilung. Verletzung von Regeln ziehen Strafen und massive Kritik nach sich, so daß die Kontrollfunktionen häufig zu erheblichen Belastungen zwischen Mutter und Kind führen. Die Wahrnehmung der täglichen Aufgaben kann so bei der Versorgung und Erziehung des Kindes zusätzlich belastet werden, daß die Eltern nicht einig sind in bezug auf die Grundregeln, beispielsweise die Mutter den Anweisungen des Arztes folgt, während der Vater sie für lächerlich oder unwirksam hält und entsprechende Attacken reitet. Hingegen implizieren alle diese Maßnahmen gerade eine Kooperation und Arbeitsteilung, die die ganze Familie erfaßt, so daß indirekt nicht nur die Eltern, sondern auch Geschwister oft Assistenz- und Kontrollfunktionen übernehmen, wie z. B. bei diabeteskranken Kindern, wo alle zuständig sind für das Einhalten der Diät. Dies zieht spezifische Kommunikationsprozesse nach sich, weil der Umgang mit der Krankheit immer wieder auch eine Kommunikation und Verhandlung, eine Interpretation der Krankheitszustände, der Therapiemaßnahmen, der Prognose und Diagnose von jeweiligen Krankheitszuständen beinhaltet, die immer wieder zwischen Kind und Mutter, Kind und Vater, Eltern und Kindern verhandelt werden müssen.

Der beschriebene Rahmen der Auseinandersetzung und Bewältigung der Krankheit des Kindes innerhalb der Familie setzt Vorzeichen für den Zusammenhang zwischen chronischer Krankheit und der psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes. Die chronische Krankheit wird selber ein entscheidender Determinationsfaktor im Prozeß der körperlichen und seelischen Entwicklung, d. h. die Krankheit läßt keinen Zweifel daran aufkommen, daß das Kind in manchen Punkten niemals wie andere Kinder ist und daß sich in bezug auf dieses Anderssein nichts ändern wird, d. h., daß sich spezifische Identitätsprobleme in den verschiedenen Entwicklungsphasen einstellen werden.

Für diese Entwicklung kann man folgern, daß es sich um einen sehr komplizierten Prozeß der Wechselwirkung von Progression und Regression mit der Gefahr entsprechender Entwicklungsfixierungen handelt. Denn mit der psychosozialen und -sexuellen Entwicklung wird zugleich auch ein Prozeß der Anpassung und Bewältigung der chronischen Krankheit in Gang gesetzt. Typologisierend könnte man diese komplizierte Wechselwirkung anhand der folgenden Entwicklungslinien beschreiben.

Die Entwicklung von Passivität und Aktivität

Es geht um die Weiterentwicklung vom Zustand völliger Passivität und Abhängigkeit zur Fähigkeit der Aktivität, der aktiven Meisterung und Bewältigung des inneren und äußeren Lebens. Das Auftreten chronischer Krankheiten mit der Geburt oder in den ersten Lebensjahren

bedeutet die Konfrontation mit schwersten Deprivationserscheinungen aufgrund operativer Eingriffe, schmerzhafter therapeutischer Interventionen, längerer Krankenhausaufenthalte, Trennungen von Geburt an von der Mutter, die mit archaischen Ängsten verbunden sein können, Ängsten vor Vernichtung, vor Zerstörtwerden, vor Verfolgtwerden und vor dem Verlust der eigenen Integrität. Diese Ängste können durch die Haltung der Mutter, auch des Vaters, gegenüber dem Kind verstärkt werden. Diese haben erlebt, ein nicht intaktes Kind, ein körperlich und möglicherweise geistig nicht gesundes Kind hervorgebracht zu haben, woraus Angst, dieses Kind könnte sterben und gleichzeitig narzißtische Gekränktheitsimpulse, dieses Kind möge nicht leben, resultieren. Eine Haltung, in der ein Wechselspiel zwischen konflikthaftern Impulsen, Abwehr, Angst, Verzweiflung und Trauer vorherrscht.

Im Wechsel von Passivität und Aktivität kommt es zu Fixierungen auf passive Zustände, die Bereitschaften zu Regressionen in einem übermäßigen Ausmaß begünstigen. Da Entscheidungen auf Seiten der Eltern in bezug auf die Frage der körperlichen Entwicklung ihrer kranken Kinder getroffen werden müssen, die die Zustimmung zu oft zahlreichen, risikoreichen medizinischen Eingriffen enthalten, wird von ihnen ein hohes Maß von Verantwortung für spätere Chancen der Aktivität verlangt. Hier fallen Entscheidungen über das Ausmaß der Fixierung, inwieweit man das Entwicklungsniveau der Kinder richtig einschätzt, inwieweit man flexibel ist, die Entwicklung zu fördern, zu hemmen oder durch die eigene Depressivität und Hoffnungslosigkeit zu verunmöglichen.

Die Entwicklung von Abhängigkeit zur Unabhängigkeit

Es ist ein mühsamer Prozeß, der zur Ablösung von der Mutter und Herstellung von Unabhängigkeit und Autonomie führt. Ein Prozeß, der es notwendig macht, daß man in der Unabhängigkeit auch die Fähigkeit zur Abhängigkeit entwickelt, die auch das Ausmaß der Ambivalenz in den Beziehungen zwischen den Menschen mitbestimmt. Loslösung von den Eltern, Trennung und Wiederannäherung, Fortgehen und Wiederfinden, Angreifen und Anlehnen, emotionale Entwicklung zu Gleichaltrigen und temporäres regressives Wiedereinfließen bei der Mutter sind hier Vorgänge, die entscheidend für die Entwicklung des Kindes sind. Bringt die Krankheit Schmerzen und körperliche Behinderungen mit sich, motorische Einschränkungen bis hin zu Immobilität, sowie ständige Kontrollen von körperlichen Vorgängen, dann können auch dadurch Fixierungen gesetzt werden, die im Umgang mit dem eigenen Körper verzögert oder gar irreversibel festgelegt werden. Es kann hier zu schweren Beeinträchtigungen, nicht nur der Motorik, sondern auch der Aggressivität, des eigenen Willens, der Affektentwicklung in bezug auf Wut, Ärger, Trotz, Willkür, Haß, Verachtung, Ablehnung, aber auch in bezug auf Annähern, Erobern, Untersuchen, Wissen, Vorstellen und Phantasieren, Riechen, Wiedererkennen, Ertasten, Wahrneh-

men, Hören, durch körperliches Annähern Erfassen etc., kommen.

Besondere Wirkung hierbei haben die für diese Entwicklungslinie bedeutsamen Ängste: Die Angst vor Fremden in Gestalt von Auslieferungsängsten, die besonders verstärkt werden durch notwendige Aufenthalte in medizinischen Einrichtungen, die Angst vor Trennung von der schützenden Umwelt, der Mutter, dem Vater und den Geschwistern, die häufig gekoppelt ist mit den Ängsten vor Verlust der Liebe, Zuwendung und Bestätigung durch die Mutter, den Vater und die Geschwister. Diese Angst wird noch durch die zunehmende Wahrnehmung der Veränderungen bzw. der Deformationen und Störungen des Körpers im Sinne der Entwicklung des eigenen Körpers selbst verstärkt.

Da Autonomie und Selbstpflege bei chronischen Erkrankungen von den Kindern aufgrund der Behinderung von entwicklungsmäßig zu erwerbenden Funktionen der Kontrolle über körperliche, psychische, affektive und intellektuelle Vorgänge oft nicht voll entwickelt werden können, bleiben die Kinder in hohem Maße mit Pflegeaktionen der Mutter oder anderer Pflegepersonen verbunden. Um so stärker werden unter diesen Bedingungen Ängste vor Verlust der Kontrolle mit Ängsten vor Verlust der Liebesobjekte oder ihrer Zuwendung gekoppelt. So verweigern Kinder mit Diabetes sehr häufig die Urinprobe als Symbol der Regression, sie erleben dies als beeinträchtigende Mahnung an die Krankheit, eine Bedrohung ihres Körpers selbst, verweigern sich und erleben dann Angst vor der gekränkten, vorwurfsvollen Mutter.

Ein Junge mit Spina bifida mit erheblichen Störungen seiner Blasen- und Darmfunktionen, der gezwungen war, dauernd Windeln zu tragen, war nach längerem Widerstand in der Adoleszenz, nun bereit, die Versorgung mit Windeln auf sich zu nehmen, nachdem die Eltern garantierten, daß kein Mensch erfuhr, daß er gewandelt wurde, weshalb die Windeln in einer anderen Stadt gekauft werden mußten, was mit erheblichen Ängsten, doch noch im Stigma erkannt zu werden, einherging.

Die Entwicklung von diffuser zur artikulierten Geschlechtsidentität

Geschlechtsidentität bildet sich in enger Verbindung mit der Körperwahrnehmung, des Körperichs oder des Körperselbst. In dem Maße, wie die körperliche Entwicklung durch die chronische Krankheit beeinflusst wird, kommt es auch zu erheblichen Störungen der Geschlechtsidentität. Die Krankheit wird häufig als Strafe und Rache für das eigene Schlechtsein erlebt, insbesondere wenn ständig medizinische Maßnahmen notwendig sind, die häufig als passive Unterwerfung und Abhängigkeit erlebt werden, zugleich aber auch sexuelle und aggressive Phantasien mobilisieren, die zur Bedrohung des Körperselbst im Sinne von Ängsten vor Beraubung, Entleerung, Verstümmelung und Kastration führen. Dies alles kulminiert in der leidvollen Erfahrung von entwicklungsmäßigen Impulsen in der phallischen Phase, die er-

neut mobilisiert wird in der sich lang erstreckenden Adoleszenzphase, in der es zu komplizierten Beziehungen zur Mutter und zum Vater kommt, in der ödipale Impulse und Konflikte in komplexer Weise zum Ausdruck kommen, leidvoll für das Kind, aber auch für die Eltern, wenig bisher untersucht von Psychoanalytikern.

Ein Hinweis von einem Jungen mit Spina bifida, der querschnittgelähmt mit Harn- und Darminkontinenz folgendes in der Pubertät äußerte: „Wenn ich mich in ein Mädchen verliebe, das geht nicht, denn ich habe ja Windeln. Dennoch spüre ich Gefühle für die Mädchen. Vielleicht wird es ein Mädchen in einem Rollstuhl geben, das ähnliches erlebt hat und unter einem ähnlichen Leben leidet wie ich.“

Die Entwicklung der Sexualität und der sexuellen Identität kann erheblich beeinträchtigt und beschädigt werden, insbesondere wenn Krankheiten stigmatisierenden Charakter haben und so zu Isolierung von Gleichaltrigen und auch zur Isolation führen. Diese Probleme werden in der Phase der frühen Adoleszenz verschärft, weil jetzt die angstbesetzte Phantasie, die Scham- und Stigmaängste, „anders als andere zu sein“, zu erheblichen Störungen des Selbstwertgefühls führen, zumal die Entdeckung jetzt endgültig ist, daß man mit der Tatsache leben muß, „lebenslänglich“ krank bzw. körperlich „anders“ zu sein.

So hatte sich ein Patient mit durch pränatal verursachten Verunstaltungen und Wachstumsschäden an Händen und Füßen bis zu seinem Zusammenbruch während des Studiums, der ihn in psychoanalytische Behandlung führte, noch nie einem Mädchen genähert, aus Angst, ihr seine verkrüppelten Glieder zu zeigen, von denen er nur die Phantasie hatte, daß das Mädchen sich genauso davon zurückziehen würde wie seine Mutter.

Wir wissen noch immer zu wenig über die wirklichen Beeinträchtigungen der psychosexuellen Entwicklung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Die Entwicklung von der Beziehung zu einem bedürfnisbefriedigenden Objekt zu der Beziehung zu einem Objekt, das vom eigenen Selbst unterschieden ist

Gerade chronische Krankheit führt zur Erschwerung der Herauslösung aus dem symbiotischen Kreis von Mutter und Kind, weil die Notwendigkeit der Pflege, des Schutzes und Hilfe beide immer wieder fest darin einbindet, so daß die Entwicklung der Unterscheidung zwischen Innen und Außen, zwischen Selbst und Anderen erheblich kompliziert wird.

Gerade hier liegt die wichtige Entwicklungsaufgabe, zu entscheiden, wo eine Beziehung sinnvoll durch die Funktion der Bedürfnis- und Triebbefriedigung gekennzeichnet ist, und zugleich alle Momente und Elemente zu differenzieren, die zur Ablösung von der Beziehung zu einem bedürfnisbefriedigenden Objekt führen und ermöglichen, die Mutter als von dem eigenen Selbst unterschieden in ihrer eigenen Individualität zu erleben, Objektkonstanz und Kontinuität herzustellen. In dieser Entwicklung spielt die Regression durch Krankheit eine

große Versuchung, die Schuld-, Vergeltungs-, Straf- und Schamängste und magisches Denken verschärfen.

Auch die Angst vor Schmerzen wird durch die Art der mütterlichen Bedürfnisbefriedigung geprägt, weil gerade die Toleranzgrenzen gegenüber Erfahrungen von Spannung und Entspannung von Bedürfnissen und Trieben vermittelt werden und ihren intrapsychischen Niederschlag in Objekt- und Selbstrepräsentanzen findet. Wie weit hier die Wahrnehmung von signifikanten Anderen gestört werden kann, zeigt die massive Enttäuschungsaggression des Jugendlichen mit Hämophilie in einer unserer Therapiesitzungen, als er der Mutter vorwarf, daß sie ihn doch nicht liebe, weil die Versorgung mit Nahrungsmitteln immer kärglicher würde und sie ihm zusätzliches Geld verweigere, worauf die Mutter erwiderte, daß sie auf *diese* Weise auch nicht mehr geliebt werden wolle,

Die Entwicklung von narzißtischer Selbstbezogenheit zur Beziehungsfähigkeit mit signifikanten anderen Menschen unter Abschwächung der Ambivalenzen

Die Fähigkeit, sich zunehmend aus dem narzißtischen Erleben herauszulösen und sich in das Erleben anderer Menschen hineinzusetzen, Beziehungen selbst herzustellen und das andere Objekt nicht nur als Funktion des eigenen Trieblebens zu erleben, stellt eine der schwierigsten Entwicklungsaufgaben dar. Gerade wenn Krankheiten auftreten, und erst recht unter den Versorgungserfordernissen bei chronischer Krankheit wird das Maß der Abhängigkeit verstärkt und auch entwicklungsmäßig verlängert. Dies kann zur Problematik einer verlängerten übermäßigen narzißtischen Bezogenheit auf das Körper selbst führen, die die Entwicklung in Richtung auf Autonomie und die Fähigkeit zu postambivalenten Objektbeziehungen erheblich beeinträchtigt.

Ich bin in diesem Beitrag nicht auf die Geschwister von chronisch kranken Kindern eingegangen. Leider wissen wir noch relativ wenig darüber, wie ein kranker Bruder oder eine kranke Schwester in der Identitätsbildung von *gesunden* Geschwisterkindern verarbeitet wird.

So mag es an dieser Stelle zum Schluß genügen, zu ergänzen, daß die Schwester unseres jugendlichen Hämophilen in der Familientherapie äußerte, daß sie sich oft gewünscht hätte, auch mal so krank zu sein wie der Bruder, um die ganze Zuwendung und Liebe der Mutter zu kriegen, die sie – wie sie es erlebt hat – nur über Bravheit, Gefügigkeit, übermäßige Leistungsbereitschaft und Verzicht auf eigene aggressive Impulse wenigstens ansatzweise bekam, so daß sie eine schwere depressive orale Symptomatik entwickelte, als sie vor der Aufgabe stand, sich aus dem Elternhaus herauszulösen.

Summary

Children with Chronic Diseases and Their Families

Psychoanalytic research and therapy in regard to developmental conflicts of children with chronic diseases and handicaps is – despite early contributions by *A. Freud* – rather scarce. The complicated interaction of illness conditions, family dynamics and intrapsychic processes is regard to coping with the central challenges of the illness discussed and illustrated by case vignettes.

Literatur

Angermeyer, M. C., Döhner, O.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie – Versuch einer Synopse. In: Angermeyer, M. C., Döhner, O. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche In der Familie. Stuttgart, 1981, S. 121–123. – Anthony, E. J., Koupernik, C.: The child in his family: The impact of disease and death. Bd. 2. New York, 1973. – Biermann, G.: Die Psychologie des kranken Kindes und seine Behandlung. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. XII. W. Spiel (Hrsg.), Konsequenzen für die Pädagogik (2), Zürich, 1980, S. 672–694. – Burton, L.: The family life of sick children – a study of families coping with chronic childhood disease. London and Boston, 1975. – Davis, F.: Passage through crisis. Indianapolis, 1963. – Erikson, E. H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart, 1974. – Freud, A., Bergmann, Th.: Kranke Kinder. Ein psychoanalytischer Beitrag zu ihrem Verständnis. Frankfurt, 1977. – Freud, A.: Wege und Irrwege in der Kindesentwicklung. Stuttgart, 1968. – Friedrich, H.: Familiensoziologische Aspekte von Copingstrategien bei chronischen Krankheiten. In: Angermeyer, M. C., Döhner, O., a.a.O., 1981. – Friedrich, H., Mönkeberg-Tum, E., Rachel, B.: Familie und Kinderkrankenhaus. Interaktions- und Kommunikationsprozesse zwischen Krankenhauspersonal und Familie. Stuttgart, 1983. – Gerhardt, U., Friedrich, H.: Familie und chronische Krankheit – Versuch einer soziologischen Standortbestimmung. In: Angermeyer, M. C. und Freyberger, H. (Hrsg.): Chronisch kranke Erwachsene in der Familie. Stuttgart 1982. – Henze, K. H.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche – eine Literaturstudie. Unveröffentlichtes Manuskript. Göttingen, 1983. – Raimbault, G.: Kinder sprechen vom Tod. Klinische Probleme der Trauer. Frankfurt, 1980. – Strauss, A., Glaser, B. C.: Chronic Illness and the Quality of Life, Saint Louis, 1975. – Völker, P., Döhner, O.: Familienprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Hämophilie. In: Angermeyer, M. C. und Döhner, O. a.a.O., S. 37–43.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Hannes Friedrich, Abteilung für Medizinische Soziologie d. Universität Göttingen, Humboldtallee 3, 3400 Göttingen.