

Klosinski, Gunther

Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen - Ein Erfahrungsbericht

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 7, S. 245-251

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29973

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>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224	<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom).	206
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273	<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45	<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93	<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305	<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298	<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132	<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Gehring, Th. M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218	<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistoskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37	<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95	<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53	<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257	<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245	<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293	<i>Wiese, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161		
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4	<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278	<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
		<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
		<i>Hobrucker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assesment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142	lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell...“	82
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behavioraly Disturbed Mean according to Different Points of View) . . .	16	<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71	In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Berichte aus dem Ausland		Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21	Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein ‚Mental Health Institute‘ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26	Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315
Tagungsberichte		Literaturberichte: Buchbesprechungen	
<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312	<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310	<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114	<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29. 3.–1. 4. 1983 in Cannes, Frankreich	186	<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
Kurzberichte		<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-		<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
		<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II.	234
		<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
		<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316
		Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318	

Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen

Ein Erfahrungsbericht

Von Gunther Klosinski

Zusammenfassung

Anhand zweier Kasuistiken wird über die Erfahrung psychotherapeutischer Betreuung und Beratung der Eltern und des Stationsteams berichtet, die im Rahmen einer jugendpsychiatrischen Konsiliartätigkeit auf einer hämatologischen Intensivstation erfolgte, auf der leukosekranke Kinder nach subletaler Bestrahlung und Knochenmarkstransplantation für mehrere Wochen in einem keimfreien Zelt (Life-Island) behandelt werden. Bislang bereits bekannte psychologische Probleme bei der Behandlung und Führung chronisch erkrankter Kinder und ihrer Eltern treten in der Isolations-situation des life-island in akzentuierter Weise in Erscheinung. Der Erfahrungsbericht schildert einige der häufig auftretenden Probleme in dieser Extremsituation und berichtet vom therapeutischen Umgang mit ihnen.

Leukämien als lebensbedrohliche Krankheiten bringen extreme seelische Belastungen der verschiedensten Art für alle Beteiligten mit sich. Dabei haben die Belastungen durch die moderne kombinierte Intensivtherapie, der Wechsel von Remission und Rezidiv, die Möglichkeiten einer Dauerheilung (die jedoch mit körperlichen Defekten erkauft sein kann) das Spektrum psychologischer Probleme erheblich erweitert. Daher die immer lauter werdende Forderung nach regelmäßig stattfindenden psychotherapeutischen Sitzungen mit dem Kind und regelmäßig stattfindenden Teamgesprächen zwischen Schwestern, Ärzten und Psychotherapeuten sowie Eltern, die um so notwendiger erscheinen, je mehr das Behandlungsvorgehen schwere körperliche und seelische

Krisensituationen bedingt. Bei den dadurch entstehenden psychischen Problemen handelt es sich u. a. um die Frage des Umganges mit reaktiven, schweren regressiven Zuständen der betroffenen Kinder sowie um den Umgang mit Trauer, Angst, Verzweiflung und Trennungsschmerz sowohl der Eltern als auch des behandelnden Teams.

Die Publikationen bezüglich psychischer Probleme und Aufgaben bei bösartigen Krankheiten im Kindesalter sowie zur psychotherapeutischen Betreuung sterbender und lebensbedrohlich erkrankter Kinder und ihrer Familien haben im letzten Jahrzehnt auch im deutschsprachigen Raum eine auffällige Zunahme erfahren (siehe bei *Steinhausen, Henningsen et al., Larbig, Bürgin*). Veröffentlichungen, die auf die Probleme bei der Behandlung unter extremen Isolationsbedingungen eingehen, gibt es dagegen sehr wenige. Hingewiesen sei auf die Arbeit von *Förster*, der eine psychotherapeutische Betreuung bei erwachsenen Leukosepatienten beschreibt, während der Situation der Isolation im sogenannten „Life-Island“.

Im folgenden wird über die Erfahrung psychotherapeutischer Betreuung und Beratung der Eltern und des Stationsteams berichtet, die im Rahmen einer jugendpsychiatrischen Konsiliartätigkeit auf der hämatologischen Intensivstation* der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen, Abteilung für Innere Medizin II,** erfolgte, in Zusammenarbeit mit der hämatologischen Abteilung der Universitäts-Kinderkli-

* Leiter der Arbeitsgruppe: Professor Dr. K. Wilms.

** Direktor: Professor Dr. H. D. Waller.

nik Tübingen***, auf der leukosekranke Kinder nach subletaler Bestrahlung und Knochenmarkstransplantation für mehrere Wochen in einem keimfreien Zelt (Life-Island) behandelt wurden.

Zur Indikationsstellung für diese Therapie, die medikamentösen Maßnahmen und die Technik der „Life Islands“ sei auf die internistische Literatur verwiesen (Dietrich, Lohrmann et al., Wilms et al.).

Die Supervisions- und Beratungstätigkeit erstreckte sich über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr. In dieser Zeit wurden 4 Kinder und 1 Jugendlicher psychotherapeutisch mitbehandelt und betreut. Dabei war in allen Fällen den Eltern gegenüber mitgeteilt worden, daß der Jugendpsychiater und Psychotherapeut ein Mitglied des behandelnden Teams ist, der sich zur Verfügung stellen würde, um in Form von Gesprächen auf Probleme der Interaktion mit dem Kind einzugehen, die in Zusammenhang mit der Behandlung auftreten würden. Die Eltern wurden jeweils eingeladen, an diesen regelmäßigen, normalerweise einmal pro Woche stattfindenden Gesprächen teilzunehmen.

Anmerkung zum Zelt:

Das Zelt besteht aus einer durchsichtigen Folie, so daß der Patient mit der Außenwelt in Blickkontakt kommen kann. Es gibt eine Arbeits- und eine Besucherseite. Im Inneren befindet sich das Bett, ein Nachttisch, ein Stuhl, eine Toilette und eine Ablagemöglichkeit für die Instrumente des Pflegepersonals und der Ärzte, die in vollständiger Schutzkleidung das Zelt betreten können (z. B. zur Blutentnahme etc.). Im Zelt befindet sich noch ein Telefon. Gegenstände für den Patienten müssen sterilisiert werden und können dem Patienten durch in die Seitenwände eingelassene Gummihandschuhe übergeben werden. Das gesamte Zelt ist vom Pult der Station aus zu übersehen; lediglich eine kleine Ecke, in welcher sich die Toilette befindet, kann vorübergehend durch einen Vorhang abgetrennt werden. Es besteht ein leichtes, ständiges Brummen der Motoren, welche für die Ventilation der sterilisierten Luft im Zelt sorgen. Das Betreten des Raumes, in welchem das Zelt steht, ist für die Besucher im Schutzzug mit Haarschutz möglich, zusätzlich muß ein Mundschutz getragen werden, wenn eine leichtere Erkältung vorliegt.

Einige der im Verlauf einer solchen „aggressiven“ Therapie auftretenden Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen und die dadurch hervorgerufenen Probleme im Umgang mit den Patienten, sowohl von seiten des Personals als auch von seiten der Eltern, sollen anhand folgender Kasuistiken skizziert werden.

1. Falldarstellung

Petra, 12 Jahre alt, war im Alter von 6 Jahren an einer akuten myeloischen Leukämie erkrankt. Es erfolgte damals eine Cytostatikabehandlung sowie eine ZNS-Bestrahlung mit 1000 rad., 6 Jahre später das erste Rezidiv mit nachfolgender neuerlicher Cytostase. Weitere bisherige Erkrankungen: Mit 2 1/2 Jahren Keuchhusten, Appendektomie mit 4 Jahren. Mit 6 Jahren angeblich röntgenologisch gesichertes Ulcus duodeni. Damals hatte die Mutter zur gleichen Zeit ein röntgenologisch gesichertes Ulcus ventriculi!

*** Ärztlicher Direktor der Abteilung Hämatologie, Professor Dr. D. Niethammer.

Familiensituation:

Petra ist das 2. von 3 Kindern: Ein 20jähriger Bruder war gerade bei der Bundeswehr, wurde jetzt befreit und hatte die 10jährige Schwester zu Hause betreut, da beide Elternteile nicht am Behandlungsort der kranken Tochter wohnten. Die Mutter von Petra hatte sich ein Zimmer im Schwesternwohnheim genommen und konnte, wann immer sie wollte, zu ihrem Kind. Die 10jährige Schwester hatte das Knochenmark für die Patientin gespendet und war zum Zeitpunkt des ersten Konsiliarbesuches des Jugendpsychiaters noch stationär in der Kinderklinik. Der Vater hatte sich zusammen mit dem älteren Bruder der Patientin ein Zimmer in der Stadt genommen, um als zusätzlicher Knochenmarksspender bereitzustehen, falls das Knochenmark der Schwester bei der Patientin nicht angehen würde.

Vor 12 Jahren war eine Schwester von Petra gestorben, die damals 5 1/2 Jahre alt war und an einer akuten lymphatischen Leukämie erkrankt war. Seit 1 Jahr weiß Petra, daß sie eine ganz ähnliche Erkrankung habe wie die verstorbene Schwester. Petra sei auch bezüglich der Transplantation aufgeklärt worden, sei jetzt eher „überaufgeklärt“, sie handle mit Blutwerten!

Vater und Mutter würden Schlaftabletten einnehmen, weil sie nicht gut schlafen könnten. Die Mutter der Patientin ist bei einem Erwachsenenpsychiater am Ort in Behandlung, der es jedoch abgelehnt hatte, bezüglich der Tochter Petra Ratschläge zu erteilen.

Die Hinzuziehung des Jugendpsychiaters erfolgte in diesem Falle am 3. Tag, nachdem das Kind im Life-Island-Zelt war. Die Knochenmarkstransplantation nach subletaler Bestrahlung war bereits erfolgt. Petra fiel seit einigen Tagen auf, weil sie „wie ein Huhn gack-gack“ sage. Ferner sei aufgefallen, daß das Mädchen stereotyp wiederhole, daß alle Leute zu ihr lieb seien.

1.1 Erster Konsiliarbesuch

Erstbegegnung mit der Patientin im Beisein der Stationsärztin am Zelt: Petra macht den Eindruck einer auffällig „verständigen Patientin“. Sie betont immer wieder, daß alle es gut mit ihr meinen. Das auffällige „gack-gack“ blieb aus. Allerdings mußte das Mädchen während der Unterredung auf den Topf; die hierzu geholte Schwester gab später an, Petra habe in diesem Augenblick die merkwürdigen Laute von sich gegeben.

Arbeitshypothese: Petra bannt „das Böse“, indem sie sich immer wieder vergewissert, daß alle um sie herum gut sind. Wenn sozusagen alle gut sind, bleibt kein Raum mehr für das Böse und Schlechte, und somit kann es ja auch gar nicht schlechter mit ihr werden. Es handelt sich wohl um eine Art magisches Denken. Es wird der Station angeboten, regelmäßige Teamgespräche zusammen mit den Eltern zu führen.

1.2 Zweiter Konsiliarbesuch 5 Tage später

Augenblickliche Situation: Die Stationsärztin berichtet, daß der Verlauf bislang gut gewesen sei. Die Abstoßungsreaktion der Schleimhaut sei gering. Heute habe das Mädchen Thrombozyten vom Vater bekommen. Ein Problem sei, daß die Schwester noch einen Bluterguß von der Knochenmarksoperation habe und daß es ihr nicht sonderlich gut gehe.

Auch bestünde die Frage, ob die Schwester jetzt nicht wieder bald in die Schule und nach Hause solle. Es wäre dann die Frage, wer mitgehen würde: Vater oder Mutter.

Der Vater sitzt auf der Besucherseite des Zeltes und kündigt Petra an, daß der Referent kommt (wie nachher der Vater berichtet, habe Petra gemeint, sie wolle „den Doktor“ gar nicht sehen). Petra stellt sich schlafend, zieht die Decke über den Kopf. Sie reagiert dann schließlich auf Ansprache und meint, es gehe ihr gut. Sie könne sich auch an den Referenten erinnern. Etwas später kommt die Mutter mit der Schwester herein, die sehr blaß aussieht. Der Vater schiebt einen Stuhl herein, auf den sich die Schwester setzt. Petra sagt zur Mutter gewandt, sie möchte, daß die Mutter bei ihr bleibe. Die Mutter antwortet, sie würde auch zunächst bei ihr bleiben, müsse aber nachher mit der Schwester weg.

In dem folgenden *Teamgespräch*, an dem die Eltern teilnehmen, wird folgendes deutlich:

1. Die Mutter fühlt sich von beiden Töchtern auseinandergerissen: Jede möchte sie ganz für sich haben. Die Mutter möchte, daß die Schwester alleine zur Großmutter nach Hause geht, sagt aber gleichzeitig, der Bruder könne deswegen nicht mit nach Hause gehen, weil sie, die Mutter, ihn dringend benötige. Der Bruder sei für sie eine Stütze und könne es sehr gut mit Petra: Er würde Leben hereinbringen. Es wird versucht, der Mutter aufzuzeigen, daß dies für Petras Schwester bedeuten müsse, daß die Mutter so schwach ist, daß sie den Bruder brauche, während die Mutter Petras Schwester eine Stärke zuschreiben will, die die Mutter selber nicht besitzt.
2. Die Mutter ist sehr stark darauf bedacht, nichts falsch zu machen, besonders bezüglich der Zuwendung Petra gegenüber. Durch diese Angst geht sie bis an den Rand ihrer physischen Möglichkeiten. Es wird versucht, der Mutter deutlich zu machen, daß das ganze Team alles in seiner Macht stehende unternehmen würde, um einen glücklichen Ausgang herbeizuführen, daß es aber letztlich jemand anderem anheimgestellt ist, wie die Sache ausgeht. Daß es nicht möglich ist, einen positiven Ausgang zu erzwingen. Durch diese Entlastung sollte die Mutter etwas mehr Raum für sich selbst gewinnen können.

1.3. Dritter Konsiliarbesuch eine Woche später

Information durch die Stationsschwester: In der letzten Woche sei hinsichtlich der hämatologischen Situation alles nach Fahrplan verlaufen. Petra könne noch nicht schlucken aufgrund der Schleimhautläsionen. Ihre Haare seien ausgefallen. Seit 3 Tagen sei ein 15jähriger Junge auf der Station (anderes Zimmer), der zur Transplantation anstünde. Petra würde deutliche Eifersuchts- und Rivalitätsgefühle äußern.

Besuch bei Petra am Zelt (Vater und Schwester sind gerade anwesend):

Petra hat die Decke über den Kopf gezogen, tut so, als ob sie schlafe. Der Vater meint, sie habe erst heute morgen eine Knochenmarkspunktion erhalten und dann eine Schmerzspritze, sei deswegen noch etwas müde. Der Vater bedankt

sich für das Gespräch vom letzten Mal, das ihnen sehr geholfen habe. Seine Frau sei gerade beim Friseur und wolle anschließend zum Gespräch gekommen.

Anschließendes *Team- und Elterngespräch*:

Herr X. (ZdL) habe Petra gegenüber geäußert (nachdem diese gefragt habe, ob sie ihn nerve), sie, Petra, würde uns alle nerven. Diese Äußerung sei gefallen, da die Patientin auffällig häufig klingeln würde, seitdem der andere Junge auf der Station sei. Petra habe auf diese Feststellung nicht reagiert, habe am Nachmittag Herrn X. jedoch gefragt, ob sie es recht gemacht habe. Petra hatte jedoch diese Äußerung von Herrn X. der Mutter erzählt, worauf diese entsetzt war und zur Stationsärztin kam, um sich zu beschweren. Die Mutter weinte.

Ein zweites Problem sei die Eifersucht auf den 15jährigen Jungen: Petra würde vermehrt wissen wollen, ob man sie lieb habe. Es sei eindeutig, daß sie Aufmerksamkeit und Zuwendung erzwinge; z. B. habe sie nachts auf die Toilette müssen und dann geschrien, so, als ob sie voller Angst gewesen sei. Sie habe dann behauptet, sie sei schon lange auf der Toilette, obwohl die Nachtschwester genau gehört habe, daß es nur kurze Zeit war.

Die Mutter der Patientin war beim Gespräch emotional sehr stark ergriffen und der Meinung: „So etwas hätte nicht passieren dürfen“. Vor allen Dingen die Verallgemeinerung sei unmöglich! Interessanterweise gibt die Mutter ein Beispiel dafür, daß Petra sich mittlerweile auch kritischer mit sich selbst auseinandergesetzt habe: Sie habe der Mutter anvertraut, sie hätte einen Besucher „Stoffel“ genannt, weil ihr etwas nicht gepaßt habe. Das sei doch etwas Böses gewesen, aber sie wolle wieder lieb sein.

Es kann den Eltern vermittelt werden, daß die magische Beschwörung, alle mögen doch lieb zu ihr sein, wie bereits besprochen, verhindern soll, daß hinsichtlich ihrer Erkrankung etwas Schreckliches passiert. Hinter ihrer Angst, selbst lieb sein zu müssen, steht wohl der Gedanke, daß sie für ihr mögliches Bösesin bestraft werden könnte und die Behandlung dann schlecht ausgehe, und daß die Behandlung im Zelt vom Kind von vornherein als Bestrafung aufgefaßt werden könnte. Die Mutter äußert, sie möchte gerne, daß der ZdL sich bei der Tochter entschuldigt und das „uns“ zurücknimmt (sie möchte damit Petra beweisen, daß sie, die Mutter, total hinter der Tochter steht). Der Referent regt an, daß man mit Petra hierüber reden solle, wenn sich eine günstige Gelegenheit hierzu böte.

Zum Problem der Rivalität und Eifersucht wird ein Beitrag von der Stationsärztin geliefert: Herr Professor X. sei von Petra gefragt worden, ob er sie genauso lieb habe wie seine eigenen Kinder? Was der Professor darauf geantwortet habe, sei nicht genau bekannt. Hierüber entsteht eine interessante Diskussion.

Arbeitshypothese: Es ist mit dem 15jährigen neuen Jungen etwa so, wie mit der Geschwisterrivalität zwischen Petra und ihrer Schwester: Vor einer Woche stand die Mutter zwischen beiden. Heute steht das Stationsteam zwischen Petra und dem Jungen.

Das Team ist sich einig, daß eine Versöhnung entscheidend wichtig ist, wenn das Kind erlebt, daß jemand oder sie

selbst nicht im Augenblick „gut ist“. Zweitens ist man der Ansicht, Petra müsse mit den Eifersuchtsgefühlen auch im Zelt umgehen lernen, man könne sie nicht vollständig davon fernhalten, weil dies von der Realität her gar nicht durchführbar sei.

1.4. Vierter Konsiliarbesuch

Information durch die Stationsärztin: Vom Medizinischen her gesehen gehe es dem Mädchen sehr gut: Die Schleimhautulcera seien im Bereich des Gesichtes nicht mehr vorhanden. Man dürfe annehmen, daß auch im Bereich des Ösophagus jetzt keine Ulcerationen mehr vorliegen. Das Mädchen könne also wieder essen. Dies sei jedoch die Schwierigkeit: Petra wolle, daß die Mutter koche, und diese koche so fett, daß Petra meistens wieder erbreche.

Besuch am Zelt (Mutter und 20jähriger Bruder sind anwesend): Petra ist wach, sie sieht wesentlich besser aus als vor einer Woche. Die Mutter meint, alle seien sehr zufrieden. Die Schwester und der Vater seien zu Hause. Auf das Essen von Petra angesprochen meint die Mutter, daß dies bei dem letzten stationären Aufenthalt „genau so eine Komödie“ gewesen sei. Petra mache immer ein Theater.

Gespräch mit dem Stationsteam (überraschenderweise hatten sich Mutter und Bruder von der Station unauffällig entfernt, obwohl sie bei der letzten Besprechung angekündigt hatten, daß sie wieder teilnehmen würden):

Die Stationsärztin ist der Meinung, der Weggang der Mutter würde indirekt bedeuten, daß die Mutter ihr Verhalten hinsichtlich des Essens nicht diskutieren wolle.

Arbeitshypothese aufgrund des Teamgespräches:

Der Übergang von der Abhängigkeit der medizinischen Betreuung („medizinische Mutter“ gleich ganzes Stations-team plus medizinische Behandlung) zur Betreuung durch die leibliche Mutter wird hier im Eßverhalten von Petra deutlich: Petra muß sich beweisen, daß ihre Abhängigkeit von der „medizinischen Mutter“ nicht mehr besteht und daß die Versorgung durch die leibliche Mutter wieder voll gewährleistet ist. Andererseits könnte es durchaus ein Gefühl der Stärke für die Mutter bedeuten, daß Petra jetzt so auf sie fixiert ist, nachdem die Mutter in den früheren Behandlungsphasen relativ ohnmächtig mit anschauen mußte, wie die Dinge sich entwickeln.

1.5. Letzter Konsiliarbesuch

Situation: Petra ist seit einer Woche aus dem Zelt, jedoch noch im selben Zimmer. Die Zeltplanen sind hochgeschlagen, die Mutter sitzt neben Petra und unterhält sich mit ihr. Petra erkennt den Referenten sofort und möchte, daß dieser sich in ihr Poesie-Album mit einem Gedicht einträgt.

Gespräche mit dem Team und der Mutter:

Es wird darauf hingewiesen, daß Petra mehr und mehr ihren Freiraum wiederfinden muß, daß die enge Bindung, die in den letzten Wochen vor allem zur Mutter wechselseitig stattgefunden hat, langsam wieder zurückgehen müsse. Die

Mutter hatte auch am Bett der Patientin spontan angedeutet, daß sie sich wieder sehr freue, endlich mal etwas für sich selber machen zu können. Anschließend meint sie, die Gespräche seien für sie sehr nützlich gewesen. Weitere Gespräche mit den Eltern und der Patientin, auch während der anschließenden ambulanten Phase, werden angeboten.

2. Falldarstellung

Alex, 9½ Jahre alt, bekam im Alter von 5 Jahren eine akute lymphatische Leukämie; bislang 4–5 Rezidive, wobei vor 3 Jahren der Verdacht auf eine Zoster-Encephalitis gestellt werden mußte. Aufgrund der bisherigen Therapie besteht eine linksseitige Innenohrschwerhörigkeit. Der Junge sei schon zweimal bewußtlos geworden. Nach Meinung der Mutter sei dies auf die Cytostatika zurückzuführen, die das Kind nicht vertragen habe. Die Eltern haben von sich aus vor 6 Monaten um eine Knochenmarkstransplantation in den USA angefragt und die Empfehlung bekommen, wegen der Wartezeiten doch eine Transplantation in Tübingen vornehmen zu lassen.

Familiäre Situation:

Alex hat einen 17jährigen Bruder. Die ganze Familie lebt während der Behandlungsphase in Tübingen in einem Hotelzimmer. Der Bruder geht auf das örtliche Gymnasium, er wird der Knochenmarkspender sein.

Im Gegensatz zur vorangegangenen kasuistischen Darstellung erfolgte der erste Konsiliarbesuch zu einer Zeit, als der Patient noch nicht im Zelt war, sondern in einem speziellen Isolierzimmer, den man auch nur mit Schutzkleidung betreten darf.

2.1. Erster Konsiliarbesuch

Information durch die behandelnde Ärztin: Dem Kind gehe es zur Zeit relativ gut. Es wisse nicht, daß es eine Leukämie habe. Man habe diesen Namen nicht ausgesprochen. Alex wisse jedoch, daß er eine Knochenmarks- und Bluterkrankung habe. Er wisse auch über das Zelt Bescheid. Auffallend sei gewesen, daß die Mutter beim Anblick des Zeltes geweint habe und erst anschließend der Junge auch. Die Mutter habe eine Gastritis, sie sage manches „hintenherum“. *Vorgesehener Behandlungsrahmen:* Es soll zunächst ein Subclaviakatheter gelegt werden und 2–3 Tage später würde der Junge in das Isolierzelt kommen zur Cytostatikabehandlung. 4 Tage später dann fraktionierte Ganzkörperbestrahlung über 5 Tage und anschließend noch 28 Tage Verbleiben im Zelt.

Erstes Gespräch mit der Familie im Krankenzimmer:

Zunächst nimmt Alex den Referenten nicht wahr. Er spielt gerade Halma mit seinem Bruder. Die Mutter ergreift die Initiative, wirkt sehr gefaßt, gibt sich betont bestimmt und fügt hinzu, sie hätte bisher alle Schwierigkeiten selbst gemeistert. Der Vater hält sich etwas zurück, spielt immer wieder mit Alex mit einem Luftballon und macht mit ihm Späße. Auf Frage des Referenten, ob Alex gerne male, meint die Mutter: „Ja“. Referent: „Vielleicht könnte ich mit Alex ein Malspiel machen?“. Antwort der Mutter: „Um Dinge herauszulesen?“. Referent: „Nein, um mit dem Jungen einen Kontakt zu haben“.

2.2. Zweiter Konsiliarbesuch 5 Tage später

Alex bekommt hochdosiert Cytostatika und Neurocil zur psychischen Dämpfung.

Begegnung am Zelt:

Alex ist dösig, wendet sich auf Zuruf dem Referenten zu, weiß dessen Namen nicht mehr. Auf Frage, wie es ihm gehe, schüttelt er etwas mit dem Kopf. Die Eltern kommen ans Zelt, Alex erbricht, nimmt selber die Nierenschale, die Mutter hilft ihm dabei, indem sie von der Besucherseite des Zeltes her mit ihren Händen in die Ausstülpungen schlüpft und die Handschuhe überstülpt.

Beim *Team- und Elterngespräch* kristallisieren sich zwei Punkte heraus:

1. Die Mutter ist der Meinung, Alex sollte nicht zu viel im voraus auf Nebenwirkungen hingewiesen werden, z.B. auf die Schleimhautreaktion nach der Bestrahlung.
2. Der Vater meint, er fühle sich gedrängt, „den bösen Teil zu übernehmen“: z. B. wenn Alex seine Medikamente nicht nehmen wolle, würde er, der Vater, ihn strenger „anfassen“. Dies deswegen, damit die Mutter die „Gute“ bleibt. Alex vergesse schnell wieder und versöhne sich dann auch. Die Station ist der Meinung, es sei nicht so günstig, wenn diese Trennung erfolgt. Es wird versucht, deutlich zu machen, daß sich Alex in einer psychischen Regression befindet, die es mit sich bringt, daß die einzelnen Personen von ihm gut und böse besetzt werden. Das Team würde die Mutter noch brauchen und wäre auch im weiteren Verlauf der Behandlung ohne diese eventuell aufgeschmissen. Diese Stützung und Stärkung der Mutterposition erfolgte, nachdem angeklungen war, daß es Alex im weiteren Verlauf der Behandlung sicherlich noch schlechter ergehen werde, was die Mutter wiederum überraschte.

2.3. Dritter Konsiliarbesuch

Situation: Alex habe die bisherigen täglichen Ganzkörperbestrahlungen relativ gut vertragen. Es seien noch 2 Tage bis zur Transplantation des Knochenmarkes. Wegen des häufigen Erbrechens werde er seit 2 Tagen parenteral ernährt. Der Junge bereite besonders tagsüber und vor allen Dingen nach der Bestrahlung Schwierigkeiten hinsichtlich der Tabletteneinnahme: Das Team habe bemerkt, daß dies auch davon abhängt, ob die Mutter gerade anwesend ist oder nicht. Wenn die Mutter dabei sei, würde er sich sehr gegen Tabletten wehren. Nachts habe er die Tabletten jedesmal problemlos genommen (die Tabletten sind notwendig, damit es intestinal nicht zu einem Pilz- und Bakterienbefall kommt). Ferner wird berichtet, Alex habe die Ärztin mit einem Spielhund ins Gesicht geschlagen. Er könne zur Zeit sehr aggressiv sein.

Bisheriges Verhalten der Station in solchen Situationen: Man würde, wenn er so aggressiv sei, ihn kurz verlassen und sagen, sie würden erst später kommen. Man habe auch den Eindruck gewonnen, daß er manchmal handfeste Auseinandersetzungen geradezu liebe.

Begegnung am Zelt:

Im Gegensatz zur Woche zuvor wirkt Alex lebendig, aufgeweckt. Er lächelt dem Referenten sofort zu, zwinkert mit den Augen, er liest ein Abenteuerbuch. Auf Frage, um was es da gehe, meint er: So genau wüßte er es gar nicht.

Gespräch mit dem Team und dem anwesenden Vater (die Mutter mußte kurz verreisen):

Das Team macht den Vater darauf aufmerksam, daß der Junge im Gegensatz zu den meisten Kindern in dieser Situation nicht über die letzte Konsequenz und über die Diagnose informiert worden sei. Auch sei ihm nicht mitgeteilt worden, daß dies die letzte Chance eines Behandlungsversuches sei. Es wird überlegt, welche Möglichkeiten und Konsequenzen von ärztlicher Seite aus ergriffen werden müßten, um eine Tabletteneinnahme bei einer Weigerung von Alex zu erzwingen. Der Vater ist der Meinung, daß vor einer solchen Aktion auf jeden Fall der Junge über den Ernst seiner Situation aufgeklärt werden sollte, vorausgesetzt, daß seine Frau mitmache, die er in diesem Fall noch fragen müßte.

Arbeitshypothese zum Verhalten von Alex:

1. Sowohl die Tabletten als auch die Anwesenheit der Mutter bedeuten für Alex „gute Objekte“ (obwohl die Tabletten beim Schlucken Schmerzen bereiten). Wenn er allerdings die Mutter bei sich hat, benötigt er psychisch gesehen aus seiner Sicht die Tabletten gar nicht. Wenn die Mutter nicht mehr anwesend ist, können die Tabletten stellvertretend als „gutes Objekt“ dienen.
2. Bei der Mutter besteht offensichtlich eine Ambivalenz hinsichtlich der Tabletteneinnahme. Ferner ist die Mutter sehr stark mit dem Kind identifiziert und gibt sich nach außen stärker, als sie in Wirklichkeit ist. Dies äußert sich z. B. auch darin, daß Alex die Mutter aus dem Zimmer bittet, wenn er sternal punktiert wird. Offensichtlich spürt der Junge, daß die Mutter dies nicht aushalten würde. Der Vater ist der Überzeugung, daß diese Sichtweise zutreffe.

2.4. Vierter Konsiliarbesuch

Information durch die Stationsärztin: Die Transfusion habe vor 4 Tagen stattgefunden, der Spender sei der Bruder gewesen. Dieser sei heute zum ersten Mal mit am Zelt gewesen, und Alex habe den Bruder nicht einmal angeschaut (totale Verleugnung der Abhängigkeit vom lebensrettenden Spender?). Seit einem Tag hätten das Team und die Eltern große Probleme mit Alex: er wolle nicht mehr schlucken und den Mund nicht mehr aufmachen. Er sei richtig bockig. Morgens hätten die Eltern angedroht, wenn er die Tabletten nicht nehmen würde, würden sie hinausgehen. Daraufhin habe Alex geantwortet, die Eltern würden zu viel Mitleid mit ihm haben und wiederkommen. Die Eltern seien dann auch „inkonsequent gewesen“ und hätten es nicht durchgehalten.

Stimmung auf der Station: Die Station ist zum Teil wütend, da Alex alle etwas gängelt; z. B. habe er die Stationschwester in dem Moment, als sie hinausgehen wollte,

gefragt, ob sie nicht mit ihm spielen könne, während er auf ihr Angebot, mit ihm zu spielen, vorher nicht eingegangen sei.

Am Zelt:

Alex tut zunächst so, als ob er den Referenten nicht wahrnehmen würde. Die Mutter fordert ihn daraufhin auf, er solle sich doch dem Referenten zuwenden. Nach einer Verzögerung von etwa einer halben Minute tut er dies auch. Auf die Äußerung des Referenten, er habe gehört, daß Alex Schmerzen im Mundbereich habe, nickt er. Einen Blickkontakt geht er jedoch nicht ein.

Team- und Elterngespräch:

Der Vater ist dafür, daß der Junge härter angepackt wird. Er äußert, er würde ihn am liebsten „schütteln“. Die Eltern machen sich Gedanken darüber, was denn passieren würde, wenn er tatsächlich über eine längere Zeit die Tabletten nicht einnehmen würde. Sie hätten auch schon erwogen, ob dann die Mutter nicht mit ins Zelt hineingehen solle.

Arbeitshypothese:

Alex läßt alle Beteiligten an seiner eigenen Hilflosigkeit Anteil nehmen, indem er alle hilflos macht und seinen eigenen Ärger auf das Team und die Eltern überträgt. Es wird folgendes Arrangement getroffen: Alex wird mitgeteilt, daß er die Medikamente, die Säfte etc., einnehmen müsse. Daß die Eltern und auch das Team, egal ob er sie einnehme oder nicht, zu ihm kommen würden, daß man auf alle Fälle zu ihm stehen würde. Im Falle einer Tablettenverweigerung würden jedoch die Eltern immer nur ganz kurz bei ihm bleiben, dann wieder gehen und ihm auch mitteilen, daß sie verärgert sind, daß er nicht mitmache. (Die Station teilt zwei Tage später mit, der Junge würde jetzt mehr bereit sein, seine Tabletten zu schlucken.)

2.5. Fünfter Konsiliarbesuch

Information durch die Stationsärztin: Vom Medizinischen her gehe es dem Jungen recht ordentlich. Heute morgen habe er zum ersten Mal seit längerem wieder mit den Eltern gesprochen. Am vergangenen Wochenende sei noch einmal eine kritische Phase eingetreten: Alex habe Nasenbluten bekommen und dann mit dem Finger in der Nase weiter herumgebohrt, worauf es erneut blutete. Er habe tamponiert werden müssen, habe sich die Tamponade herausgerissen, und es habe zwei Stunden lang geblutet. In dieser Phase habe er nach der Mutter verlangt, die jedoch nicht verständigt worden sei.

Ereignis der Woche: Am vergangenen Sonntag sei ein 8jähriger Junge, der ein halbes Jahr zuvor im Zelt behandelt worden war, zur Wiedervorstellung auch auf die Station gekommen und habe sich bei Alex eingefunden. Der 8jährige habe ganz sachlich gemeint, er habe auch so einen Schlauch gehabt, hätte es auch im Zelt ausgehalten. Alex sei danach wie „umgedreht“ gewesen, er habe angefangen zu spielen, habe verlangt, daß man ihn im Zelt fotografiere. Gestern habe Alex eingekotet, er habe nur eine Handbewegung

gemacht ohne Kommentar. Die Stationschwester ist der Meinung, er habe es nicht mit Absicht getan, sondern dies sei aufgrund der Sterilisation des Darmes wohl so gekommen.

Am Zelt:

Alex schläft tief, nachdem er kurz vorher Krankengymnastik gemacht hatte.

Team- und Elterngespräch:

Die Eltern sehen die augenblickliche Situation deutlich positiver, nachdem sie unter der mangelnden Mitarbeit des Jungen gelitten hatten.

2.6. Sechster Konsiliarbesuch

Information durch die Stationsärztin: Die Leukozyten im peripheren Blut seien jetzt 1700. Dies bedeute, daß die Knochenmarkstransplantation angegangen sei. Alex sei sehr munter, rede wieder und freue sich über die Leukozyten. Er wette auch mit dem Personal, wie hoch sie in nächsten Tagen ansteigen werden. Er habe auch der Stationsärztin erklärt, warum er in den letzten Tagen seine Launen gehabt habe.

Am Zelt:

Alex begrüßt den Referenten, ist gut gelaunt, scherzt, spielt mit den Eltern, verspricht, zum Abschied ein Bild zu malen.

Team- und Elterngespräch:

Im Vordergrund steht die Sorge um eine mögliche GVH-Reaktion (graft-versus-host-Reaktion). Es besteht ein Bedürfnis der Eltern, genau aufgeklärt zu werden. Der Vater meint, er habe den Eindruck, daß das harte Anfassen seines Kindes vor einer Woche genau das Richtige gewesen sei.

2.7. Siebter Konsiliarbesuch

Situation: Das Zelt ist seit zwei Tagen offen. Man habe in den letzten Wochen eine histologische Untersuchung der Haut vorgenommen und es habe sich herausgestellt, daß Alex eine leichte bis mittelgradige GVH-Reaktion durchmache.

Am Zelt:

(Die Mutter ist anwesend mit Mundschutz.) Alex sieht im Vergleich zum letzten Besuch bedeutend besser aus: keinerlei Ulcerationen im Bereich des Mundes mehr. Er strahlt, ist freudig. Auf Frage, welches Erlebnis oder welcher Tag im Zelt für ihn besonders schön oder schlimm gewesen sei, meint Alex: Er könne sich an nichts mehr erinnern, wobei er lächelt. Daraufhin angesprochen, daß er zum Abschied ein Bild malen wollte, meint er, er sei noch nicht dazu gekommen, wolle es aber noch machen. Daraufhin zeichnet er ein Bild vom Zelt mit ihm in dessen Mitte.

Eltern und Team sind relativ zuversichtlich und hoffen, daß die GVH-Reaktion nicht weiter zunimmt.

Mit diesen zwei Fallbeispielen sollte darauf hingewiesen werden, daß bislang bekannte psychologische Probleme bei der Behandlung und Betreuung chronisch erkrankter Kinder in akzentuierter Weise in der Isolations-situation des Life-Islands auftreten: Gefühle der Hilflosigkeit gegenüber der Erkrankung, Schuldgefühle sowie Verstärkung eigener Angst vor dem Tod, der mit Verleugnung, Flucht und Überidentifikation einhergeht. Dabei treten diese emotionalen Reaktionen sowohl auf seiten der Patienten als auch auf seiten der Eltern und des betreuenden Teams auf. Der Umstand, daß die besondere Behandlungssituation es erforderlich macht, daß sehr viele Personen mit dem Kind und den Eltern in Beziehung treten, läßt einen gruppendynamischen Prozeß entstehen mit allen Aspekten der Übertragung und Gegenübertragung, wobei die regelmäßig sich einstellende symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind zu Rivalitäts- und Neidgefühlen auf seiten des Teams führen.

Zusammenfassend lassen sich aufgrund der bisherigen Erfahrung folgende, für die Isolationsbedingung in der Life-Island-Situation relativ häufig einstellende Probleme beschreiben:

1. Die extreme Isolation führt zu einem verstärkten Bedürfnis nach Zuwendung mit der Gefahr der Überidentifizierung auf seiten der Eltern und des Personals.
2. Die Abhängigkeit von dem Transplantat (und damit dem Spender) führt zum Gefühl des Ausgeliefertseins an einen anderen, zu einer maximalen Abhängigkeit von diesem. Dies führt oft dazu, daß diese Abhängigkeit völlig negiert wird oder in Ablehnung umschlägt.
3. Die besonders bei pubertierenden Patienten phasenspezifische Macht-Ohnmachtsproblematik wird durch die Isolationsbedingungen verstärkt. In diese Problematik werden Eltern und Team zwangsweise immer mit einbezogen, wobei die Potenzphantasien und psychische Impotenzgefühle nicht nur durch die medizinische Behandlung bedingt sind, sondern sich auch durch die Übertragung und Gegenübertragung fast regelmäßig einstellen.*
4. Die extreme Isolations-situation führt zu tiefen Regressionsformen bis hin zu Totstellreflexen und Verhaltensweisen, wie sie Säuglinge und kleine Kinder aufweisen.

Diese Punkte lassen es aus jugendpsychiatrischer Sicht erforderlich erscheinen, daß eine Teamsupervision zur Bewältigung der zahlreichen Probleme unter Ein-schluß der Eltern erfolgen muß, wobei der Stützung und Betreuung der Mutter eine zentrale Bedeutung zukommt. Zusätzlich ist es

* Ein 16jähriger Patient befürchtete z. B., daß er die drei nächsten Wochen im Zelt nicht durchstehen werde. Die Mutter antwortete: „Ich weiß, daß du alles kannst!“. In diesem Falle konnte es die Mutter zu Hause nicht aushalten und wurde depressiv. Am Zelt jedoch gab sie sich immer optimistisch und gut gelaunt. Dabei erlebte der Patient trotz (und gerade wegen?) seiner Ohnmacht in der Isolations-situation auch seine Potenz hinsichtlich der Stabilisierung der Mutter in dieser symbiotischen Phase.

notwendig, daß die Interaktion der übrigen Familienmitglieder mit dem Patienten Beachtung findet, um so ein besseres Verständnis des Verhaltens zu gewinnen. Der jugendpsychiatrische Konsiliararzt sollte in dieser besonderen therapeutischen Ausnahmesituation der Life-Island-Behandlung den gruppen- und familiendynamischen Gesichtspunkten besondere Aufmerksamkeit schenken und sie zum Fokus seiner Berater-tätigkeit machen.

Summary

Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation An empiric report

The author reports on psychotherapeutic care and consultation of the therapeutic team including the parents by two cases of leucemic children. The experiences made as a child-psychiatric consultant of a hematologic intensiv-care unit are being discussed. Frequent psychological problems of the germ-free isolation therapy ("Life-Island") concerning the child, the therapeutic team and the parents are described and it is shown how to deal with under psychotherapeutic aspects. The author emphasizes that well-known psychological problems during treatment and guidance of chronically ill children also affecting the parents are found being accentuated in this extreme isolation therapy.

Literatur

- Bürgin, D. (1978): Das Kind, die lebensbedrohliche Krankheit und der Tod. Bern: Huber. – Dietrich, M. (1974): Klinische Gnotobiotik in der Hämatologie. In: Blut 28, 317–320. – Förster, K. (1982): Psychotherapeutische Betreuung leukosekranker Patienten bei der Behandlung unter Isolationsbedingungen. In: Psychother. Med. Psychol. 32, 35–38. – Henningsen, F., Ullner, R. (1981): Die psychotherapeutische Betreuung sterbender und lebensbedrohlich erkrankter Kinder und ihrer Familien. In: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bd. IV, München: Reinhardt, 610–625. – Larbig, W. (1981): Kranksein und Todeserleben bei chronisch kranken Kindern. In: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kind- und Jugendpsychiatrie, Bd. IV, München: Reinhardt, 597–609. – Lohrmann, H. P., Goldmann, S. F., Adam, W. (1975): Supportive Therapie der Knochenmarksinsuffizienzen. In: Klin. Wschr. 53, 595. – Steinhausen, H. Ch. (1976): Psychologische Probleme und Aufgaben bei bösartigen Krankheiten im Kindesalter. In: Klin. Pädiat. 188, 489–498. – Wilms, K., Meyer, P., Bader, R. E. (1977): Umkehrisolation in Sterileinheiten zur Infektionsprophylaxe bei Patienten mit schwerer Knochenmarksinsuffizienz. In: Internist 18, 399–406.

Ansch. d. Verf.: OA Dr. med. Gunther Klosinski, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Osianderstr. 14, 7400 Tübingen.