

Zur Prävention psychischer Störungen nach dem Verlust eines Geschwisters im Kindesalter

D. Bürgin

Psychiatrische Universitätspoliklinik für Kinder und Jugendliche, Basel

1. Einleitung

Der Tod eines Kindes verändert die Dynamik des seelischen Gleichgewichtes sowohl der Familie im Ganzen wie auch der einzelnen Familienmitglieder, also auch der Geschwister.

In einer über mehrere Jahre verlaufenen Zusammenarbeit mit dem onkologischen Team des Kinderspitals haben wir in einer breit angelegten Studie die psychischen Probleme und Nöte des schwerst kranken und sterbenden Kindes und seiner Familie untersucht [8]. Dabei zogen wir auch verschiedentlich Geschwister dieser Tumorpatienten mit ein. Diese zeigten nicht selten bereits während der Krankheit ihres Geschwisters oder aber nach deren Tod Verhaltensänderungen oder Symptome verschiedenster Art. Auch in der kinderpsychiatrischen Ambulanz sehen wir recht oft Kinder mit akuten oder chronifizierten seelischen Störungen, welche als Folge eines Verlustes von Mutter, Vater oder Geschwister aufgetreten sind.

Ich beschränke mich im Folgenden auf einen Teilaspekt dieses Themas, nämlich auf die Situation von Kindern, welche ein Geschwister durch eine tödlich verlaufene Krankheit verloren haben.

2. Theoretische Aspekte der infantilen Trauer im Vergleich zur Trauer des Erwachsenen

«Trauer ist regelmässig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion, wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw.» [15]. Trauern umfasst sowohl das Akzeptieren des Verlustes eines für den Trauernden bedeutungsvollen Menschen in der Aussenwelt, als auch das Wirksamwerden entsprechender Veränderungen in der Innenwelt. Die Frage, ob das Kind trauern kann, oder ob es sich bei seinen Reaktionen bloss um eine Adaptation an das Verlusterlebnis handelt, ist offen. In der psychoanalytischen Literatur, die sich mit diesem Thema beschäftigt, finden sich kontroverse Ansichten. Unterschiede in der Methodik (z. B. Direktbeobachtung/Rekonstruktion), im Alter der untersuchten Patienten und auch in den Umgebungsfaktoren (z. B. institutionalisierte Erziehung/Familie) dürften hierfür verantwortlich sein. In den meisten Arbeiten wird die Reaktion auf den Verlust eines Elternteiles erforscht.

Etwas vereinfachend lassen sich zwei hauptsächliche Standpunkte ermitteln. Die eine Gruppe [1, 5–7, 16–18, 22, 23, 26, 29, 30] vertritt die Ansicht, das Kind könne genau gleich trauern wie der Erwachsene. Die

Die Sorge um ein schwerkrankes Kind und die Trauer nach seinem Tod belasten die Eltern oft in grossem Ausmass. Die seelische Not der überlebenden Geschwister findet vielfach nicht genügend Beachtung.

andere Gruppe [12, 28, 31–33, 36, 37, 43, 44] verneint das.

Die Befürworter betonen, dass die Befähigung zur Trauer eine Mindestentwicklung des Realitätsprinzips voraussetzt. Damit die Integrität der Selbstrepräsentanz beim Verlust des realen Objektes nicht erschüttert wird, müssen bereits stabile und differenzierte Selbst- und Objektrepräsentanzen vorhanden sein. Ein Besetzungsabzug ist nur möglich bei Objektkonstanz, d. h. wenn die Repräsentanz des Objektes auch in Abwesenheit des Objektes aufrecht erhalten bleiben kann. Das Kind muss zudem zwischen lebendig und unbelebt unterscheiden können. Zeit soll in Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft strukturiert werden können. Das sekundär-prozesshafte Kausaldenken bedarf zumindest einer so weiten Ausformung, dass genügend Verständnis für die Tatsache besteht, dass ein toter Mensch nichts mehr tun kann. Sind die mit der Trauer verbundenen Affekte (Sehnsucht, Schmerz, Angst, Traurigkeit und Wut) zu intensiv, so kann trotz vorhandener Trauerkapazität die notwendige Trauerarbeit nicht geleistet werden. Zudem bedarf das Kind beim Abzug der Besetzung von der Repräsentanz des verlorenen Objektes eines realen Substitutes (vikarierendes Objekt [19]), das für die Versorgung vitaler Bedürfnisse als Ersatz besetzt werden kann. Sonst besteht die Gefahr einer übermässigen Identifizierung mit dem verlorenen Objekt oder einer Ueberbesetzung der Selbstrepräsentanz. Die Fähigkeit des Kindes zur Trauerarbeit kann durch viele interferierende Faktoren gestört werden (z. B. neurotische Konflikte, starre Persönlichkeitsstruktur oder ungünstige Umgebungsfaktoren).

Die Gegner hingegen pochen darauf, dass der Prozess des Trauerns die Fähigkeit voraussetzt, die heftigen Gefühle von Traurigkeit, Angst, Wut und Sehnsucht auszuhalten. Der Wunsch, den Verlust des Objektes nicht zu akzeptieren, steht im Gegensatz zu der fortwährenden Realitätsprüfung, welche das Gegenteil anzeigt. Daraus entstehen grosse Spannungen im Ich. All dies zu ertragen verlangt eine Reife von Ich-Funktionen, die das Kind noch nicht erreicht hat. Trauer im Sinne der prolongierten Trauerarbeit des Erwachse-

nen kommt vor der Adoleszenz nicht vor. Das Kind produziert stattdessen eine Reihe verschiedenster Manifestationen, die denjenigen neurotischer Konflikte gleichen und beim Erwachsenen in Form der atypischen Trauer wiederzufinden sind [7].

Die Reaktionen auf Verlust dienen beim Kind oft nicht dazu, den Verlust zu akzeptieren, sondern die schmerzliche Realität zu vermeiden und anstelle der äusseren Beziehung eine Art privater, innerer Beziehung zum verlorenen Objekt weiterzuführen [27]. Das Kind macht dabei exzessiven Gebrauch von der bewussten oder unbewussten Verleugnung. Das Ereignis als solches, die Endgültigkeit des nicht mehr Wiederkommens oder die mit dem Verlust verbundenen Affekte können verleugnet werden. Die Verleugnung erstreckt sich auf Worte, Handlungen, Phantasien oder das gesamte innere Erleben. Sie entspricht gleichsam einem Hinhaltemechanismus, der einen Zeitgewinn erzielt, alle verfügbaren Reserven mobilisieren und eine bessere Anpassung erreichen soll. Das Kind macht auch von anderen Abwehren regen Gebrauch. So ist z. B. die Identifikation mit dem verstorbenen Geschwister ausserordentlich häufig.

Ein 10:3 Jahre alter Junge, dessen knapp 6jähriger Bruder vor sechs Wochen an einer Leukämie gestorben ist, zeigt die Identifikation mit dem Opfer in Kombination mit Rettungsphantasien in seiner Geschichte zur *TAT-Tafel Nr. 20*: (Gestalt im Halbdunkel, die sich an einen Laternenfahl lehnt): «Das war in einem Bergwerk. Die Arbeiter schaufelten wie wild. Es gab eine Explosion. Einer blieb stehen. Er bekam einen Stein an den Kopf. Die andern rannten hinaus. Ein Freund holte den andern schliesslich. Er wollte ihn retten, denn er wusste, der andere würde völlig verschüttet werden, wenn er ihn nicht holen würde. Als er ihn hinaustrug, stolperte er. Der Gerettete fiel ihm von den Armen, gerade zum Ausgang hinaus. Der Retter aber blieb drin und wurde unter den Steinen zerschmettert. Der Gerettete wollte ihm einen Kranz kaufen, als man ihm draussen alles erklärte. Man sagte ihm aber, das gehe nicht. Jener sei zerschmettert, den könne man nicht einmal mehr in einen Sarg legen, der sei unter den Steinen.»

Der Retter wird zum Opfer, das Opfer zum Geretteten. Der Tod ist endgültig, die Wiederkehr ausgeschlossen. Die Identifikation mit dem gestorbenen Geschwister kann in seltenen Fällen zu günstigen Ergebnissen führen, nämlich dann, wenn sie vor allem adaptative Funktionen ausübt. Unter dem Einfluss neurotischer Ambivalenzkonflikte aber bewirkt sie oft depressive Zustände, die Uebernahme der Symptome des Verstorbenen oder die unstillbare Sehnsucht nach einer Wiedervereinigung im Tod. Die stärksten Affekte des Kindes beim Objektverlust sind nicht diese der Traurigkeit, sondern diese der narzisstischen Rage. Infolge der aggressiven Anteile der ambivalenten Gefühle (Eliminations- und Todeswünsche) hinterbleibt beim Kind anlässlich eines Objektverlustes oft die Phantasie, dass die eigenen, feindlichen Strebungen den Tod des Objektes verursacht hätten. Der schmerzliche, graduell-progressive Besetzungsabzug von den Primärobjekten (Eltern) kann vom Ich aus Unreife kaum vor der Adoleszenz geleistet werden. Das Kind versucht deshalb, diesen Prozess zu umge-

hen und die mit dem Objektverlust verbundene Erschütterung durch reparative und adaptative Massnahmen auszugleichen.

Die Reaktionen auf Objektverlust werden neben kulturellen, historischen, sozialen und familiären Faktoren, also vor allem vom Reifegrad des Ich und des Über-Ich bestimmt. Schematisierend lassen sich für gewisse Altersstufen typische Abläufe festhalten. Die altersentsprechenden Denkprozesse (z. B. scenische Primärprozesse im magisch-animistischen Denken oder abstrahierendes Sekundärprozessdenken), die Qualität der Realitätsprüfung, das jeweilige Todeskonzept, die Toleranz für schmerzliche Gefühle, das Muster der zur Verfügung stehenden Abwehrmodalitäten und die Erfahrung früherer Verlusterlebnisse beeinflussen unseres Erachtens die Reaktionen auf den Objektverlust sehr wesentlich. Das Kind in der Latenz zieht beim Tod des Objektes im allgemeinen die Besetzung von den entsprechenden Repräsentanzen nicht ab, sondern es sorgt im Gegenteil dafür, dass eine Überbesetzung (oft in Form der Idealisierung) zustande kommt und erhält die Repräsentanz auf diese Art gleichsam in der Phantasie am Leben. Der Dialog [39] allerdings stockt, da die Repräsentanz keine Entwicklung mehr vollziehen kann, sondern nur noch dem Einfluss von (modifizierenden) Phantasie- und Triebkräften zugänglich ist.

Eine kurze *klinische Vignette* soll das bisher Ausgeführte ergänzen: Lucie ist 7½ Jahre alt. Ihr Bruder Hans starb vor 4 Monaten an einem histiozytären Lymphom im Alter von knapp 12 Jahren. Mein erster Kontakt mit ihm erfolgte 3 Wochen vor seinem Tod. Seit dem Tod ihres Bruders will Lucie immer im Bett der Mutter schlafen. Obwohl sie zu Hause nie über den gestorbenen Bruder spricht, fragte sie bei einem Grabbesuch, ob die Mutter Hans jetzt wohl ausgrabe und ob man ihn dann nach Hause nähme. Auch der 14jährige Bruder Franz hat sich seit Hans' Tod verändert. Er geht nur allein aufs Grab und ist schwierig und reizbar geworden. Die Mutter sagte ihm einmal, er solle eine Warze auf der Hand wegmachen, das könne Krebs geben. Er aber meinte, das wäre ihm völlig egal, wenn auch er einen Krebs bekäme. Die Mutter selbst leidet seit dem Tod ihres Kindes an Herzbeschwerden und Dyspnoe. Sie klagt, Lucie habe Angst einzuschlafen, Angst vor ihren Träumen und Angst, es komme jemand und töte sie. Man spricht zu Hause so, als ob Hans im Moment einfach wie abwesend sei. Kürzlich fragte Lucie auf dem Grab: «Ist Hans denn angelegt? Bekommt er nicht kalt? Wird er nicht nass?» Lucie selbst spricht von Hans andauernd im Präsens. Bei der Zeichnung der in Tiere verwandelten Familie ist sie unsicher, ob sie Hans auch mitzeichnen soll. Sie entschliesst sich am Ende dafür, dass sie ihn nicht zeichnen will. In der Phantasie versucht sie den Tod ihres Bruders mit magisch-reparativen Mitteln rückgängig zu machen (z.B. *TAT-Tafel Nr. 15* [hagerer Mann steht mit gefalteten Händen zwischen Grabsteinen]: «Ein Teufel, der zaubern kann. Der sitzt in einer Rille und zaubert alles weg. Er ist zum Friedhof gegangen und will nun alle Menschen befreien.») Einen Monat nach dem Interview mit Mutter und Tochter hat die nächtliche Angst nachgelassen. Hingegen ist nun kurzfristig ein Leistungsabfall in der Schule aufgetreten. Die Mutter möchte keine intensivere Hilfe, aber weiterhin lockeren Kontakt.

Sechs Monate später meldet sie sich wieder. Sie hat in der Zwischenzeit eine Unterleibsoperation durchgemacht. Die Narkose war von sehr ambivalenten Gefühlen begleitet. Der Wunsch, nicht mehr daraus aufzuwachen, war mit ebenso grosser Angst vor der Narkose gepaart. (Wiedervereinigungsphantasie.) Die Mutter ertappt sich immer wieder dabei, dass sie die Leistungen und das Verhalten ihrer beiden Kinder mit dem von Hans vergleicht. Sie spürt, dass das falsch ist, kann es aber nicht verhindern und hat entsprechende

Schuldgefühle. Lucie entwickelte in der Zwischenzeit eine massive Obstipation. Der kotgefüllte Dickdarm wirkte wie ein Knollen im Bauch. Die Mutter bekam enorme Angst, Lucie könne auch eine Krebskrankheit haben und ging deshalb mit ihr zu dem Onkologen, der Hans behandelt hatte. Es wurde nichts somatisch Abnormes gefunden. Nach einigen Wochen verlor sich das Symptom. Hingegen entwickelte Lucie daraufhin ein neues, monoton sich wiederholendes Spiel: sie machte andauernd Tonbandaufnahmen und löschte sie kurz darauf wieder (weg- und herzaubern). Die Situation ist nicht alarmierend. Die Mutter möchte im Moment nichts Weiteres, stellt sich aber zu einigen Gesprächen in 2–3 Monaten sehr positiv ein. Sie hätte gerne, dass wir Lucie erst dann genauer untersuchen und wenn nötig behandeln.

Wie immer auch die unmittelbare Reaktion ausfällt, so stellt der Verlust eines wichtigen Objektes stets eine grosse Belastung dar, die mit beachtlicher Häufigkeit eine Störung der weiteren psychischen Entwicklung mit allmählicher Charakterverzerrung nach sich zieht.

3. Zentrale Variablen

Das Kind kann sowohl während der Krankheit des Geschwisters wie auch nach seinem Tod nicht ohne das ihm zugehörige Bezugssystem, die Familie, verstanden werden. An der Gestaltung seiner Verlustreaktionen sind strukturelle und dynamische Faktoren der Familie, der Eltern und des Kindes selbst beteiligt. Zu den wesentlichsten Determinanten der Reaktion eines Kindes auf den Tod eines Geschwisters gehören:

3.1. Die Auswirkungen der Krankheit und des Todesfalles auf die Eltern

Welche adaptativen und defensiven Strategien benutzen die Eltern im Hinblick auf den Verlust ihres Kindes und die damit verbundene Veränderung in ihrem Selbstbild? Haben sie während der Krankheit ihres Kindes eine «antizipatorische Trauerarbeit» [24] geleistet? (Diese verläuft meist nicht sehr dramatisch, da die üblichen Trauererscheinungen wie in der Zeit verdünnt sind. Als Vorbereitung auf den Tod hat sie eine wichtige adaptative Funktion und tritt meist erst dann auf, wenn die Krankheit länger als 4 Monate gedauert hat [41]. Sie umfasst einen probatorischen Besetzungsabzug, die progressive Bearbeitung von Schuldgefühlen, Wut etc. und eine Umorganisation des Abwehrmusters). Im weiteren stellt sich die Frage, in welchem Ausmass die Autonomie der Ich-Funktionen der Eltern durch ihre Trauer gestört wird, d. h. ob die Trauer qualitativ oder quantitativ atypisch verläuft. Können die Eltern ihre Affekte wahrnehmen, äussern und ihren Kindern bei der Verarbeitung des Verlusterlebnisses behilflich sein? Gelingt es ihnen, den Geschwistern des verstorbenen Kindes Konzepte anzubieten, welche es erlauben, die sonst unverständlichen Gefühle einzuordnen? Je mehr die überlebenden Geschwister erfahren, dass solche Gefühle der Traurigkeit, der Wut etc. von den Eltern selbst zugelassen und ausgehalten werden, desto eher gelingt es auch ihnen, identifikatorisch eine grössere Toleranz dafür aufzubringen. Können die Eltern sich gegenseitig bei der Trauerarbeit helfen oder werden latente Ehekonflikte reaktiviert? (War die Beziehung der Eltern vor dem

Todesfall gut, so wird sie durch den Verlust eher noch besser. War sie schlecht, so wird sie häufig schlechter [20].)

3.2. Der Umgang der Eltern mit den initialen Reaktionen der Geschwister

Viele Eltern sind enttäuscht darüber, dass die Verlustreaktionen bei ihren Kindern nicht gleich sind wie ihre eigenen. Sie haben Mühe anzuerkennen, dass das Erscheinungsbild der infantilen Trauer ein anderes ist, als das der Trauer des Erwachsenen [40]. Das scheinbar unbeteiligte Verhalten (z. B. keine Traurigkeit, Aufnehmen der Todesnachricht wie irgendeine banale Mitteilung, Fortführen angefangenen Spiels oder anderer Tätigkeiten, «unziemliche» Fragen oder Bemerkungen) wird oft als Teilnahmslosigkeit fehlinterpretiert. Dabei wird übersehen, dass das Kind nur versucht, mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln die durch den Verlust ausgelösten Affekte zu minimalisieren, damit es nicht von Angst und Depression überwältigt wird [38].

Unsicherheit begleitet oft die Frage, ob die Geschwister an dem Begräbnis teilnehmen sollen. Gewiss sollte nie Zwang angewendet werden. Wenn das kognitive Verständnis vom Tod aber genügend gross ist (ca. ab Ende Vorschulzeit) und die Geschwister daran teilnehmen wollen, so kann dies sogar zu einem für die Verarbeitung des Verlusterlebnisses sehr positiven Ereignis werden. Allerdings nur, wenn die Eltern die Geschwister nicht mit ihren Affekten überschwemmen.

Bereits während der Krankheit des Geschwisters sollten die übrigen Kinder genügende, ihren Interessen, psychischen Entwicklungsgraden, kognitiven Fähigkeiten etc. entsprechende Informationen über die Krankheit und über den Tod erhalten. Beim Kleinkind erfolgt dies am besten mittels Spielen (Puppen, Bilder, Geschichten, die zum Äussern von Gefühlen und zum Stellen von Fragen anregen), bei älteren Kindern eher über das Gespräch. Die Information muss allerdings völlig individuell und dem jeweiligen Todeskonzept eines Kindes angepasst vermittelt werden. Ungenügende Information fördert Phantasien, dass Schlimmes verheimlicht wird. Bei der Information ist der Inhalt nicht das Wichtigste. Vielmehr bedarf es der geeigneten Form, welche es dem Kind ermöglichen soll, von der Information für seine psychische Verarbeitung richtigen Gebrauch zu machen. Eine vertrauensvolle, zwischenmenschliche Beziehung zwischen Informand und Informiertem ist dabei vorrangig. Die Information sollte mit zunehmender Deutlichkeit auch die Endgültigkeit des Verlustes beinhalten. Nicht selten brauchen die Eltern gerade in dieser ersten Phase nach dem Verlust selbst entsprechende Hilfe.

3.3. Die Bedeutung des gestorbenen Kindes für Eltern und Geschwister

Der Tod eines Familienmitgliedes zerreisst das innere Gleichgewicht der miteinander verzahnten Rollen, Funktionen und Beziehungsstrukturen einer Familie.

Die Familie als System kann auf drei Weisen reagieren: – mit Regression und Desintegration, – mit Kollaps und Erholung, – mit Wachstum und Differenzierung [20]. Haben starke unbewusste Projektionen oder Rollenverteilungen der Eltern und der Geschwister bestanden, so nötigt der Verlust zu einer Umverteilung im Projektionsmuster. Welche Bedeutung auch immer das gestorbene Kind für jedes der Ueberlebenden gehabt haben mag, so scheint die Suche nach einem Ersatz für die psychische Oekonomie bedeutend einfacher zu sein, als die Rücknahme der projektiven Besetzungen, welche mit eigentlicher Trauerarbeit verbunden ist. Nicht selten versuchen Eltern durch Geburt, Adoption oder Einbezug eines überlebenden Kindes in ihr Projektionssystem ein Ersatzkind für das verlorene zu schaffen. Das Ersatzkind, das dauernd mit dem idealisierten, verstorbenen Kind verglichen wird, dessen Eigenständigkeit somit durch Ueberblendung unterdrückt wird, findet sich in einer double-bind-Situation (entweder Erfüllung der Wünsche der Eltern, aber Verzicht auf die eigenen Bedürfnisse, oder Realisierung der eigenen Entwicklung, aber Verlust der Zuwendung der Eltern), die zu einer ausgeprägten Identitätsstörung beitragen kann [9]. Cain [10] fand bei rund 20 % der Geschwister verstorbenen Kinder Zeichen solcher Störungen, in welchen die Beziehungen der Eltern zum Substitutskind völlig von ihrem Bild des verstorbenen Kindes dominiert wurden. Manchmal wird der Wunsch der Eltern, ein anderes ihrer Kinder hätte eigentlich anstelle des gestorbenen sterben sollen, deutlich ausgesprochen. Eltern reagieren aus Schuldgefühl auf den Verlust oft auch mit unbewusster Ueberbehütung, unnötigen Einschränkungen und Infantilisierung der andern Kinder und hindern, bzw. verunmöglichen damit eine altersadäquate Entwicklung.

3.4. Erfahrungen während der Krankheit des Geschwisters

Die schwere Krankheit eines Kindes erzeugt in den Eltern eine tiefe Beunruhigung, auf die sie entsprechend ihrer Persönlichkeitsstruktur reagieren. Fast immer werden dabei Schuldgefühle mobilisiert. Das kranke Kind bekommt von ihnen deshalb vermehrte emotionelle Zuwendung. Dadurch sind die Eltern für ihre andern Kinder oft viel weniger affektiv präsent als sonst. Ist das kranke Kind hospitalisiert, so stehen die Eltern ihren gesunden Kindern auch zeitlich oft viel weniger zur Verfügung als sonst. Die verminderte Zuwendung wird von den gesunden Kindern als scheinbares Desinteresse [2] der Eltern und als auferlegte Entbehrung erlebt, welche jedes seiner diesbezüglichen Verletzlichkeit entsprechend trifft. Am verwundbarsten sind der Säugling und das kleine Kind, die noch in völliger Abhängigkeit von der Mutter leben. Aber auch 4- bis 6jährige Kinder empfinden die verminderte Präsenz der Eltern als Zurückweisung [25]. Ärger und Wut darüber, dass die eigenen Ansprüche und Bedürfnisse gegenüber denen des kranken Geschwisters zurückstehen müssen, bewirken

Schuldgefühle, überhaupt solche Bedürfnisse zu haben und fördern die Verleugnungstätigkeit.

Rivalität und feindliche Gefühle sind unter Geschwistern ubiquitär verbreitet, insbesondere, wenn eines davon hospitalisiert ist [4]. Die Vorstellung, durch feindselige Gedanken, Affekte oder Phantasien die Krankheit des Geschwisters verursacht zu haben, schafft Angst und eine zusätzliche Verstärkung von Schuldgefühlen. Dies besonders, wenn ein Krankheitskonzept besteht, das Krankheit als Folge eigener «böser Taten» oder als Folge einer Attacke von aussen begreift. Entsprechend der Lex Talionis befürchtet das Kind deshalb auch, von der gleichen Krankheit betroffen zu werden.

3.5. Stand der kognitiven und der psychosexuellen Entwicklung des Kindes

Ich und Über-Ich des Kindes sind in steter Entwicklung begriffen. In enger Verbindung dazu stehen auch die Organisationsstufen der Triebentwicklung. Die kognitiven Funktionen, das emotionelle Spektrum, die Objektbeziehungen, die Toleranz für Affekte und Frustrationen, das Muster der Abwehrmechanismen und die formalen und inhaltlichen Geschehnisse der Phantasietätigkeit differenzieren und organisieren sich mit zunehmendem Alter des Kindes in immer komplexere Strukturen. Die Konzepte von Krankheit und Tod machen eine parallele Entwicklung dazu durch [8]. Ein Kind kann Krankheit und Tod eines Geschwisters nur auf dem Hintergrund seiner jeweiligen Vorstellungen davon verstehen, was Krankheit und Tod bedeuten [25]. Enthält zum Beispiel das Todeskonzept keine Akzeptation der Endgültigkeit des Todes, so bedeutet der Tod nur einen partiellen Verlust; eine volle Trauerarbeit ist also nicht möglich. Umgekehrt gesehen nötigen die realen Geschehnisse von Krankheit und Tod eines Geschwisters die überlebenden Kinder zu verstärkter Auseinandersetzung mit diesen Phänomenen und beeinflussen oft in verzerrender Weise die weitere Entwicklung der diesbezüglichen Konzepte. Besteht zum Beispiel bei einem Vorschulkind ein Todeskonzept, das den Tod als Phänomen begreift, welches nur Menschen in hohem Alter betrifft, so steht die Realität des Geschwistertodes im Kindesalter in deutlichem Gegensatz dazu. Das Kind wird gezwungen, seine Vorstellungen zu revidieren und zu erweitern. Kann der Tod auch Kinder treffen, so ist man selbst davon bedroht und die bisher genügende Verleugnung dieser Tatsache lässt sich nicht mehr aufrechterhalten, es sei denn um den Preis der Reduktion der Realitätsprüfung. Analoges vollzieht sich mit den Vorstellungen von Krankheit und dem Zusammenhang von Krankheit und Tod [10]. Dementsprechend verzerren sich auch leicht die Einstellungen der überlebenden Geschwister zu den Ärzten, dem Pflegepersonal und den Spitälern.

Die heftige Verleugnungsaktivität bei Verlustreaktionen im Kindesalter beeinträchtigt die kognitiven Funktionen. Pseudodebilität mit scheinbar fehlenden Kenntnissen über das eigene Alter, verzerrte Kon-

zepte der Begriffe jung/alt, Schwierigkeiten mit der Strukturierung von Zeit und Störungen im kausalen Denken sind als Folgeerscheinungen davon zu beobachten.

3.6. Reaktivierung latenter oder manifester Konflikte bzw. Verstärkung altersspezifischer Entwicklungsprobleme

Schwer kranke Kinder irritieren ihre Geschwister und schränken sie auch ein, vor allem die ähnlichen Alters. In Abhängigkeit von ihrer individuellen Beziehung zum kranken bzw. gestorbenen Kind entsteht bei den Geschwistern ein Gemisch sowohl von feindlichen Gefühlen mit Eliminations- bzw. Todeswünschen als auch von echter Besorgnis mit Rettungswünschen. Dieses Dilemma kann bereits während der Krankheit eines Kindes zu Störungen bei den Geschwistern führen. Der Tod vergrößert die Schwierigkeiten noch mehr. *Binger* [3] fand bei der Hälfte der Familien mit einem leukämiekranken Kind eines oder mehrere Geschwister mit klaren Verhaltensstörungen und Symptomen, welche erst seit der Krankheit des Geschwisters aufgetreten waren (z. B. Enuresis, Kopf- oder Bauchschmerzen, Leistungsabfall, Schulphobien, Trennungsängste, Depression). Schuldgefühle, den Tod des Geschwisters verursacht zu haben und Angst, auch an einer Leukämie sterben zu müssen, waren nach dem Tod der Geschwister noch verstärkt.

Auch *Cain* [10] stellt als Reaktion auf den Tod eines Kindes bei 50 % der Geschwister schwere Schuldgefühle fest, die entsprechend der jeweiligen Charakterstruktur verarbeitet wurden, z. B. in Form von depressiven Rückzügen mit Suicidgedanken, Suchen nach Bestrafung, Unfallgefährdung, verstärkter projektiver Abwehr, Geständniszwang und diversen Formen von Ausagieren. Die Kinder hatten oft extreme Angst, ihre Steuerung und Kontrolle zu verlieren und empfanden sich selbst als Ungeheuer und potentielle Killer.

Vergeltungsphantasien für die feindlichen Impulse rücken die Bedrohung durch den Tod in unmittelbare Nähe. Die Vorstellung allmächtiger und jederzeit beschützungsfähiger Eltern kommt dadurch ins Wanken. Eine tiefe Angst vor dem Tod wird antiphobisch mit magisch-omnipotenten Mitteln, wie z. B. der Selbstversicherung eigener Unverletzlichkeit und Unsterblichkeit angegangen.

Die durch Krankheit und Tod eines Geschwisters ausgelösten zusätzlichen Konflikte eines Kindes pflanzen sich auf seine vorbestehenden auf und schaffen dadurch eine krisenhafte Situation, welche als Stressor für das kindliche Ich wirkt. Die Suche nach Substituten, die Identifikation mit dem gestorbenen Geschwister, die Regression, die Somatisierung und verschiedene Verhaltensstörungen sind die häufigsten Reaktionen. Persistieren sie infolge Fixierung, so haben sie eine besondere Anfälligkeit für hypochondrische Befürchtungen [11] und einen Stop in der Entwicklung bestimmter Ich-Funktionen (vor allem der Objektbeziehungen) und damit der gesamten Persönlichkeit zur Folge.

4. Präventive und therapeutische Massnahmen

Der Verlust eines Geschwisters wird bei einem Teil der überlebenden Kinder zu einer seelischen Belastung, die mit ihren Konsequenzen der weiteren Entwicklung hinderlich ist. Er schafft zudem eine besondere Vulnerabilität für jede Form von Verlust und prädisponiert für seelische Krankheit im Erwachsenenalter.

Wann und durch wen kann Hilfe geleistet werden? Eine integrale Behandlung schwerkranker Kinder sollte neben der somatischen Seite auch die Sorge um das psychische Wohl der Eltern und der Geschwister umfassen. Der behandelnde Pädater oder das entsprechende Spezialistenteam sind für diese Aufgabe, die bei der Diagnosenstellung einsetzt, prädisponiert [38]. Bei der Hospitalisation kommt der geeigneten psychologischen Einstellung und Organisation der entsprechenden Abteilungen grosse Bedeutung zu (z. B. freie Besuchszeiten für Eltern und Geschwister, individuell abgestimmte Partizipation von Eltern bzw. Geschwistern an der Pflege).

Schwere Krankheit und Tod eines Kindes sind gleichbedeutend mit Familienkrise. In Krisensituationen suchen Familien nach äusserer Hilfe und sind psychotherapeutischen Interventionen besonders gut zugänglich. Diese Chance prophylaktischer Arbeit sollte wenn möglich nicht verpasst werden [25]. Auf den ersten Anrieb besteht allerdings bei den Eltern oft nur eine geringe Motivation, das Problem als eines zu sehen, das nicht nur das kranke Kind betrifft, sondern die ganze Familie als System [21]. Aber gerade bei der Besprechung zum Beispiel des Umgangs mit der Information oder den sich stellenden erzieherischen Problemen fügt sich die Problematik der seelischen Situation der gesunden Geschwister organisch ein. Meist braucht es repetitive Gespräche über dieses Thema, bis der Pädater, der entsprechende Sozialarbeiter, die Krankenschwester, der klinische Psychologe oder der Kinderpsychiater die antizipatorische Trauerarbeit der ganzen Familie wie ein Katalysator in Gang bringen und angemessen unterstützen können. Jede geeignete Vertrauensperson der Familie mag gegebenenfalls für diese Aufgabe hinzugezogen werden. Dabei kommt der Information (auch dieser an die Geschwister [35]), der Restauration gestörter Kommunikation und der konstanten Ermutigung, sich gegenseitig die vorhandenen Gefühle zuzugestehen, besondere Bedeutung zu. So schnell wie möglich nach der Diagnosenstellung sollte, zum Beispiel anhand früherer Stress- und Verlustsituationen, eine Abschätzung erfolgen, wie gross die Belastungs- und Verarbeitungskapazität der Familie als Ganzes und der Mitglieder im einzelnen ist. Danach lässt sich ein Plan für die geeigneten Hilfeleistungen aufstellen.

Die Betreuung der Familie darf nicht mit dem Tod des Patienten aufhören. Gerade zu diesem Zeitpunkt ist besondere Unterstützung notwendig, wobei für die Hilfe bei der eigentlichen Trauerarbeit der Spezialist in psychologisch-psychiatrischen Belangen weniger wesentlich ist, als ein Mensch, der als Erwachsener

bereits einmal getrauert hat und viel Verständnis, Zeit und Einfühlungsvermögen besitzt. Allerdings genügt Trost allein keinesfalls. Es handelt sich darum, die Funktion eines Dialogpartners zu übernehmen, der es ermöglicht, die Beziehung zum Verstorbenen bis in kleine Details hinein zu erinnern, die dabei auftretenden Gefühle zu akzeptieren und die Eltern in einer späteren Phase auch bei der Reorganisation ihres Beziehungsmusters aktiv zu unterstützen. Je besser die Eltern instande sind, sich in den Prozess der Trauer hineinzulassen und wieder daraus herauszufinden, desto mehr gelingt es ihnen, ihren gesunden Kindern bei der psychischen Verarbeitung des Verlusterlebnisses behilflich zu sein.

Die bei den Geschwistern eines verstorbenen Kindes sichtbar werdenden Störungen sind oft gute Indikatoren dafür, wie die Familie als Ganzes mit dem Verlust umgehen kann. Sie wirken als Hinweis darauf, dass nun ein spezialisiertes Hilfeangebot notwendig wird. Der Kinderpsychiater wird sich entscheiden müssen, auf welchem Niveau des Beziehungsgeflechtes er im Einzelfall arbeiten will. Ob mit einer Familientherapie die ganze Familie einbezogen werden soll, ob die Arbeit mit den Eltern genügt, um dem betreffenden Kind zu helfen (*Lindemann* [24] schlägt 8–10 Interviews in 4–6 Wochen vor; *Fleming und Altschul* [14] berichten über die Aktivierung von Trauer und psychischer Entwicklung mittels Psychoanalyse) oder ob eine individuelle Psychotherapie bzw. -analyse des Geschwisters indiziert erscheint.

Bereits ein einziges, gezieltes, tiefenpsychologisches Interview vermag grosse therapeutische Wirkungen im Hinblick auf die Freisetzung gesunder, bislang blockierter Ich-Anteile bei Verlustreaktionen zu erzielen [42]. Auch Kurztherapien zeitigen guten Erfolg. Allerdings lässt sich kaum sagen, ob die Entwicklung tiefergehender Störungen damit wirklich vermieden werden kann [34]. Länger dauernde analytische Psychotherapien erbringen zwar klare curative Effekte (Entlastung und Verhinderung einer neurotischen Entwicklung), induzieren aber keine eigentliche Trauerarbeit im Sinne der Trauer des Erwachsenen [13].

Unsere eigenen therapeutischen Erfahrungen ermutigen uns, die Möglichkeiten präventiver Anstrengungen in diesem Gebiet in ausgedehnterem Masse zu erforschen.

Zusammenfassung

Die Reaktionen auf den Verlust eines nahestehenden Menschen werden neben kulturellen, historischen, sozialen und familiären Faktoren vor allem vom Stand der individuellen Entwicklung bestimmt. Kinder zeigen ein anderes Verhalten nach einem ‚Objektverlust‘ als Erwachsene. Ihr Ich und ihre Objektbeziehungen befinden sich noch in rapider Entwicklung. Die klassische Phänomenologie der Trauer manifestiert sich im allgemeinen erst nach der Adoleszenz. Kinder versuchen die verlustbedingte Erschütterung ihres seelischen Gleichgewichtes in erster Linie durch reparative und adaptative Massnahmen auszugleichen. Ohne genügende Unterstützung von Seiten der Eltern und des Pädiaters oder gegebenenfalls psychotherapeutische Hilfe bewirkt der Verlust eines bedeutungsvollen Menschen mit beachtlicher Häufigkeit eine Störung der weiteren Entwicklung des Kindes. Im Bereich der fatal verlaufenden Krankheiten des Kindesalters steht ein grosses Feld für präventive psychohygienische Massnahmen offen.

Résumé

La prévention de troubles psychiques après la perte d'un frère ou d'une sœur à l'âge d'enfant

Les réactions causées par la perte d'un proche sont avant tout déterminées par l'état du développement individuel, outre que par des facteurs culturels, historiques, sociaux et familiaux. Un enfant se comporte différemment face à une perte d'un objet (dans le sens psychanalytique) qu'un adulte. Son Moi et ses relations objectales se trouvent encore en plein développement. La phénoménologie classique du deuil ne se manifeste en général qu'après l'adolescence. L'enfant essaie de compenser, en premier lieu par des démarches réparatives et adaptatives, la perturbation de son équilibre psychique causée par la perte. Sans soutien suffisant des parents, du pédiatre, ou sans aide psychothérapeutique, la perte d'un être cher peut perturber le développement ultérieur de l'enfant avec une fréquence remarquable. Dans le domaine des maladies incurables de l'enfance s'ouvre un grand champ d'action d'hygiène mentale préventive.

Summary

Prevention of mental disturbances after the death of a sibling in childhood

Reaction to the loss of somebody close is determined, not only by cultural, historical, social and family factors, but above all by the stage of individual development that has been reached. Children behave differently from adults following "object loss". Their ego and object relations are developing rapidly. The classical phenomena of mourning are usually manifested only after adolescence. When their psychological balance has been upset by bereavement children try to restore it through reparative and adaptive measures. If they are not given adequate support from the parents and paediatrician, or psychotherapeutic help when this is called for, then the loss of a significant person frequently disturbs children's further development. There is an important field for preventive psychohygienic measures open in relation to fatal illness in childhood.

Literaturverzeichnis

- [1] *Barnes, M. J.*, Reactions to the death of a mother. *Psychoanal. Study of the child* 19, 334 (1964).
- [2] *Bernard, J., et Alby, J. M.*, Problèmes psychologiques posés par le leucémie aiguë de l'enfant. *Courrier* 6, 135 (1956).
- [3] *Binger, C. M.*, Childhood leukemia—emotional impact on siblings. In: *Anthony, E. J./Koupernik, C. (Ed.)*, *The child and his family*. Vol. II. J. Wiley, New York/London, 1973, pp. 195–209.
- [4] *Blom, G. E.*, The reactions of hospitalized children to illness. *Pediatrics* 22, 590 (1958).
- [5] *Bowlby, J.*, Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal. Study of the Child* 15, 9 (1960).
- [6] *Bowlby, J.*, Childhood mourning and its implications for psychiatry. *Amer. J. Psychiatry* 118, 481 (1961).
- [7] *Bowlby, J.*, Pathological mourning and childhood mourning. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 11, 500 (1963).
- [8] *Bürgin, D.*, Psychologische Probleme bei wahrscheinlich fatal verlaufenden Krankheiten des Kindes und des Jugendlichen. In Press 1977.
- [9] *Cain, A. C., and Cain, B. S.*, On replacing a child. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 3, 443 (1964).
- [10] *Cain, A. C., Fast, I., and Erickson, M. E.*, Children's disturbed reactions to the death of a sibling. *Amer. J. Orthopsychiat.* 34, 741 (1964).
- [11] *Cobb, B.*, Psychological impact of long illness and death of a child on the family circle. *J. Pediat.* 49, 746 (1956).
- [12] *Deutsch, H.*, Absence of grief. *Psychoanal. Quart.* 6, 12 (1937).
- [13] *Feinberg, D.*, Preventive therapy with siblings of a dying child. *J. Am. Acad. Child Psychiat.* 9, 644 (1970).
- [14] *Fleming, J., and Altschul, S.*, Activation of mourning and growth by psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 44, 419 (1963).

- [15] Freud, S., Trauer und Melancholie (1916), GW X.
- [16] Furman, R. A., Tod der Mutter während der Analyse eines Sechsjährigen. *Psyche* 20, 778 (1966).
- [17] Furman, R. A., Death and the young child. *Psychoanal. Study of the Child* 19, 321 (1964).
- [18] Furman, R. A., A child's capacity for mourning. In: Anthony, J. E./Koupernik, C. (Ed.), *The child and his family*. Vol. II. J. Wiley, New York/London, 1973, pp. 225–321.
- [19] Greene, W. A. Jr., Role of a vicarious object in the adaption to object loss. *Psychosom. Med.* 20, 344 (1958).
- [20] Gourevitch, M., A survey of family reactions to disease and death in a family member. In: Anthony, J. E./Koupernik, C. (Ed.), *The child and his family*, Vol. II, J. Wiley, New York/London, 1973, pp. 21–28.
- [21] Hamovitch, M. B., *The parent and the fatally ill child*. Delmar, Los Angeles, 1968.
- [22] Klein, M., Mourning and its relation to manic depressive states. *Int. J. Psychoanal.* 21, 125 (1940).
- [23] Kliman, G., *Seelische Katastrophen und Notfälle im Kindesalter*. Hippokrates, Stuttgart, 1973.
- [24] Lindemann, E., Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychiat.* 101, 141 (1944).
- [25] Lindsay, M., and McCarthy, D., Caring for the brothers and sisters of a dying child. In: Burton, L., *Care of the child facing death*, Routledge & Kegan, London, 1974, pp. 189–206.
- [26] McDonald, M., A study of the reactions of nursery school-children to the death of a child's mother. *Psychoanal. Study of the child*, 19, 358 (1964).
- [27] Miller, J., Children's reactions to the death of a parent: a review of the psychoanalytic literature. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 19, 697 (1971).
- [28] Nagera, H., Children's reactions to the death of important objects: a developmental approach. *Psychoanal. Study of the child* 25, 360 (1970).
- [29] Robertson, J., and Bowlby, J., Responses of young children to separation of their mother. *Courrier* 2, 131 (1952).
- [30] Robertson, J., und Robertson, J., Neue Beobachtungen zum Trennungsverhalten kleiner Kinder. *Psyche* 29, 626 (1975).
- [31] Rochlin, G., The loss complex. A contribution to the etiology of depression. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 7, 299 (1959).
- [32] Rochlin, G., The dread of abandonment: a contribution to the etiology of the loss complex and to depression. *Psychoanal. Study of the Child* 16, 451 (1961).
- [33] Rochlin, G., How younger children view death and themselves. In: Grollman, E. A. (Ed.), *Explaining death to children*, Beacon, Boston, 1967, pp. 51–85.
- [34] Rosenblatt, B., A young boy's reaction to the death of his sister. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry* 8, 321 (1969).
- [35] Sachtleben, P., Die Betreuung des leukämiekranken Kindes und seiner Eltern. *Msch. Kinderheilk.* 118, 14 (1970).
- [36] Shambaugh, B., A study of loss reactions in a seven-year-old. *Psychoanal. Study of the Child* 16, 510 (1961).
- [37] Sharf, A. E., Regression and restitution in object loss: clinical observations. *Psychoanal. Study of the Child* 16, 471 (1961).
- [38] Solnit, A. J., and Green, M., Psychologic considerations in the management of deaths on pediatric hospital services. In: *The doctor and the child's family*. *Pediatrics* 24, 106, 1959.
- [39] Spitz, R., *Vom Dialog*. Klett, Stuttgart 1976.
- [40] Weston, D. L., and Irwin, R. C., Preschool child's response to death of infant sibling. *Amer. J. Dis. Child* 106, 564 (1963).
- [41] Wiener, J. M., Reaction of the family to the fatal illness of a child. In: Schoenberg, B., Carr, A. C., Peretz, D., and Kutscher, A. H., *Loss and grief: psychological management in medical practise*. Columbia Univ. Press. New York/London, 1970, pp. 87–101.
- [42] Winnicott, D. W., Shyness and nervous disorders in children (1938). In: Hardenberg, J. (Ed.), *The child and the outside world*, Basic Books, New York, 1957.
- [43] Wolfenstein, M., How is mourning possible? *Psychoanal. Study of the Child* 21, 93 (1966).
- [44] Wolfenstein, M., Loss, rage and repetition. *Psychoanal. Study of the Child* 24, 432 (1969).

Anschrift des Autors:

Dr. D. Bürgin, Psychiatrische Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel