

# **Fortbildung "Tod in der Therapie - die Arbeit der KJP mit betroffenen Familien",**

**12.03.14, Klinikum Großhadern**

## **Vortrag "Der Tod in der Therapie und das Leben im Tod"**

Schon dieser kurze Filmausschnitt lässt uns mit vielen Fragen zurück, mit Hoffnung und Trauer, Unsicherheit und noch mehr Fragen...

Wie soll man sich einem Thema zuwenden, das so hilflos macht, so wenig anzubieten hat für uns Psychotherapeuten?

Vor ein paar Tagen habe ich den Film "Der Medicus" gesehen, darin sagt ein Mediziner des Mittelalters, man dürfe den Tod nicht als Feind betrachten, man solle sich besser mit ihm versöhnen. Dazu die Aussage des Arztes zum Shah: "Ich studiere die Heilkunde, oh Erhabener. Unsterblichkeit fällt nicht in mein Fach." - Man könnte die Frage ergänzen: Sterblichkeit aber schon?

Was für eine Aussage! Damit ist eigentlich alles gesagt und wir könnten jetzt uns gemütlich zusammensetzen und drüber diskutieren.

Vielleicht kann ich ihnen aber das Thema und seine spezielle Problematik am ehesten nahebringen, wenn ich sie - anstelle eines theoriebeladenen Vortrags - auf eine Reise mitnehme - eine Reise zu uns selbst und sie bitte, für einen Moment zu vergessen, was sie zu diesem Thema schon gehört oder gelesen haben und mir zu folgen. Für behandlungstechnische Fragen sind die Workshops sicher auch besser geeignet.

Ist denn kindertherapeutische Arbeit überhaupt eine, bei der über den Tod geredet werden soll? Ist der Kindertherapeut nicht der, der sich - angesichts seiner jungen Patienten - mit dem Leben beschäftigt, ja gleichsam mit dem Beginn des Lebens, dem Werden?

Und stellen nicht zB Sigmund Freud, Anna Freud und der Pädagoge Eduard Spranger fest, dass das Kind kein Bewußtsein für den Tod hat und dessen Bedeutung vom Kind nicht verstanden wird.

Unser - und ich meine jetzt uns Psychotherapeuten ganz direkt - unser merkwürdiges Verhältnis zum Tod hat also schon mit Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse, angefangen, der zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Erster über die kindliche Anschauung hinsichtlich des Todes nachgedacht hat. Mit seinen konzeptionellen Vorstellungen hat er viele Wissenschaftler nach ihm, Psychotherapeut wie Entwicklungspsychologen, beeinflusst. Freud hat den Kindern

grundsätzlich jede Fähigkeit abgesprochen, sich mit dem Tod auseinandersetzen zu können.

Freuds Einfluss war so groß, dass erst in dem letzten Viertel des 20. Jahrhunderts dem Zweifel an seiner Theorie auch Rechnung getragen und nach neuen Wegen gesucht wurde. Die Regel, dass man die Fragen der Kinder nach Krankheit zwar beantworten, aber das Thema Sterben und Tod dabei tunlichst ausklammern sollte, galt auch noch in der Lehre der 70er und 80er Jahre. ~~Die~~ Studenten nahmen diese Regel auch gerne an, da sie sich auf diese Weise mit dem so „beängstigenden Thema“ nicht auseinandersetzen hatten. Die Regel wurde nicht nur gelehrt, sondern auch von Ärzten und Psychotherapeuten beispielhaft vorgelebt.

Die traditionelle Fehleinschätzung hat 2 Komponenten, die als Mythen das medizinische und psychotherapeutische Weltbild prägten: Die eine besagt, dass Kinder durch ihr mangelndes Verständnis gegenüber dem Tod weder Besorgnis noch Trauer empfinden könnten, die andere hat eine besondere Zartheit der Kinder zum Inhalt, die damit die „raue Wirklichkeit des Todes“ nicht meistern könnten. Erst von den Kindern haben die Ärzte gelernt, dass diese Mythen nicht nur falsch sind, sondern geradezu den Anlass liefern, die Kinder in einer besonderen Notsituation allein zu lassen und einen helfenden Dialog zu verweigern. Darum könnte ich den Vortrag auch betiteln mit:

### **Die Angst des Therapeuten vor dem Tod und die Kompetenz der Kinder im Umgang mit dem Tod.**

Sterben und Tod in der Therapie machen Psychotherapeut und Arzt ~~Angst~~ mindestens drei Gründen:

- die Gefühle der Inkompetenz, des Versagens und der Angst, mit der eigenen Begrenzung und Sterblichkeit konfrontiert zu werden;
- der regressive Zug, ausgelöst durch des Kindes Einsamkeit, Verlassenheit, Bedürfnisse und Unsicherheit;
- die Schwierigkeiten mit den Ängsten der Eltern, ihrer Wut und Depression, ihrem Unmut und ihrer Verleugnung umzugehen.

Die Situation ist verwickelt, weil das Sterben ein Durchgangsstadium ist und jeder Fall unterschiedlich zu sein scheint. Auf den ersten ~~Blis~~ scheint es keinen offensichtlich richtigen Weg zu geben, mit dem Kind, seiner Familie mit sich selbst und den Kollegen umzugehen. Der Arzt/Therapeut mag zunächst versuchen, sich selbst zu schützen, indem er der Todessituation aus dem Weg geht und sein Ausweichen durch verschiedene Rationalisierungsversuche verbirgt. Wie das Kind will auch er nicht über seinen Zustand reden oder er wird dadurch durcheinander gebracht, dass man mit ihm darüber diskutiert. Aber die Familie und das Kind suchen

bei dem Arzt Verständnis, Unterstützung und Wegweisung.

Wie soll sich also der Psychotherapeut/der Arzt verhalten?«

Steve Toltz(2012) lässt in „Vatermord und andere Familienvergnügen“ den Roman-Protagonisten, der auf sein Krebs-Ende wartet, sagen:

*"[...] Menschen sind auf der Welt einzigartig, weil sie im Gegensatz zu allen anderen Tieren **ein so hoch entwickeltes Bewusstsein haben, dass dabei ein heußliches Nebenprodukt abfällt: sie sind unter allen Geschöpfen das einzige, das um die eigene Sterblichkeit weiß. Diese Wahrheit ist so entsetzlich, dass die Menschen sie schon ganz früh tief in ihrem Unbewussten vergraben [haben],** und das hat aus den Menschen Maschinen, Fabriken aus Fleisch und Blut gemacht, in denen Sinn erzeugt wird. Dieser Sinn, an den sie glauben, veranlasst sie dann zu ihren Unsterblichkeitsprojekten - ihre Kinder oder ihre Götter oder ihre Kunstwerke oder ihre Geschäfte oder ihre Nationen - von denen sie glauben, dass sie sie überleben werden. [...] Die Ironie besteht darin, dass sie von den Sorgen, die sie sich um ihre Unsterblichkeitsprojekte machen, ins Grab gebracht werden, obwohl diese Unsterblichkeitsprojekte von ihrem Unbewussten doch gerade dazu erschaffen wurden, ihnen das Gefühl ihrer Einzigartigkeit vorzugaukeln und die Vorstellung vom ewigen Leben zu verkaufen. [...] Die Verdrängung des Todes treibt die Leute in ihr frühes Grab und wenn du nicht aufpasst, reißen sie dich mit in den Tod"* (Toltz, 2012, S. 414f.).

Gedanken über Sterben und Tod treffen schließlich jeden Menschen gleichermaßen stark. Das Nachdenken darüber heißt auch Einsicht in das Bestehen eines gewissen Mangels, einer Schwäche oder eines Unvermögens. Ein Therapeut wird darüber hinaus „zur Überprüfung seines eigenen Wertesystems, seiner beruflichen Ziele und seiner persönlichen Sinnggebung genötigt. [...] Der Patient geht im Sterben dem Therapeuten voran in einem Lebensbereich, den er selbst, in ähnlicher oder anderer Form, später auch durchlaufen wird“(Bürgin u. Hubrich, 1988, S. 6). Wird der Therapeut, der nicht mehr imstande ist, den Gang der Dinge zu verändern, also zum Weggeführten bei einer spezifischen existentiellen Verlustarbeit, die sogar total sein kann?

Und bei Freud finden wir: ".Also unser Unbewußtes glaubt nicht an den eigenen Tod, es gebärdet sich wie unsterblich. Was wir unser »Unbewußtes« heißen, die tiefsten, aus Triebregungen bestehenden Schichten unserer Seele, kennt überhaupt nichts Negatives, keine Verneinung – Gegensätze fallen in ihm zusammen – und kennt darum auch nicht den eigenen Tod,..."

Wie soll da Therapie funktionieren? Bei etwas so Verunsicherndem?

Oder bedeutet Therapie vielleicht auch, Worte zu finden für etwas, für das es keine Worte gibt. Die Sprache zum klingen bringen, in der unsere Patienten uns etwas mitteilen können

ohne etwas zu sagen. Und ohne Verrat zu üben an Verstorbenen oder Überlebenden.

Das Todesbewusstsein haben wir anscheinend löschen, doch uns gleichzeitig nicht von der Todesangst befreien können. Träume und Phantasien signalisieren häufig die Bedeutsamkeit der Begegnung und Auseinandersetzung mit Sterben und Tod als Möglichkeit der Lebensbewältigung. Verweigern wir uns der Herausforderung, so bleiben wir ohne persönlichen Erfahrungszuwachs, meist voll Angst, denn unseren eigenen Tod können wir nicht gedanklich vorwegnehmen. Wir können uns nur durch den Tod Nahestehender auf ihn einlassen, im Erleben von Kampf, Schmerz und Trauer spüren, was aus dem Leben scheidet, aus meinem Leben schwindet, mir entrissen werden, nicht mehr existieren, bedeutet.

Diese Situation ist auch für uns Psychotherapeuten in der Arbeit mit Patienten eine der schwierigsten, weil von uns Hilfe, Heilung, aber auf jeden Fall eine Antwort erwartet wird – eine Antwort, die wir nicht geben können, weil es sie so wohl gar nicht gibt, vom menschlichen, vernunftbegabten Standpunkt nicht geben kann. Das Alter, ja, das hilft bei der Antwort, es bietet sich gleichsam als Antwort an, auch bei unseren jungen Patienten. Die Jugend aber, die Konfrontation mit Sterben und Tod im frühen Leben, lässt uns mit der Frage "Warum?" hilflos zurück.

Begreifen müssen, ohne verstehen zu können: Ist es das, was Freud gemeint hat, wenn er schrieb, dass wir uns unbewusst für unsterblich halten? Weil wir keine Antwort auf die drängendste Frage bekommen: Warum?

Darf ich ihnen Raphael vorstellen:

*Raphael kommt im Alter von 11½ Jahren zu mir. Er ist auffällig im Sozialverhalten, zeigt Verhaltens- und Disziplinprobleme im Schulalltag, im weiteren Verlauf auch Lern-/Leistungsprobleme.*

*Der Vater, 45, ist Ingenieur und betreibt mit der 40jährigen Mutter, einer Architektin, ein eigenes Unternehmen. Als Raphael 16 Monate alt ist, erkrankt der Vater an Lymphdrüsenkrebs. Er wird mit Bestrahlung und Chemotherapie behandelt und ist zum Zeitpunkt dieses Erstkontaktes seit 6 Jahren rezidivfrei.*

*Die Mutter ist bei Ausbruch seiner Krebserkrankung im 6. Monat schwanger mit Raphaels Bruder. Die Erkrankung des Vaters, der zum Zeitpunkt unseres Kennenlernens als geheilt angesehen wird, ist immer offen in der Familie besprochen worden, Raphael weiß davon und kennt wohl auch die Gefahren, die bei dieser Art der Erkrankung immer lauern.*

*Drei Monate nach Therapiebeginn zeigt sich beim Vater ein Rezidiv, Ausbildung und Fortschreiten lassen wenig therapeutische Hoffnung, die Prognose wird bald als infaust bezeichnet. Trotz Chemotherapie stirbt der Vater ein Jahr später.*

Raphaels Frage: Kennst du denn den Tod? *(Vergleich zu anderen Krankheitsbildern, das Kennen)*

Am Anfang stehen immer Fragen. Wenn wir uns ihnen nicht verschließen, nicht den eigenen, nicht denen unserer Patienten, dann kann therapeutische Arbeit gelingen. In unserem Rahmen hier stellt sich die Frage "wie?".

Als ich anfing, mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, deren Eltern oder Geschwister lebensbedrohlich erkrankt oder gestorben waren, da war von Ausbildung in dieser Hinsicht noch nicht wirklich die Rede. Ich war gewappnet, gewiss. Ich war als Psychotherapeut ausgebildet, ich hatte in einer Lehranalyse gelernt, wie ich „ticke“ und wie ich damit umzugehen habe. Aber konnte ich die Gefühle des Verlassen-Worden-Seins, der Wut bei meinen jungen Patienten nur auf psychoanalytisch-distanzierter Ebene abhandeln? Oder kam ich in die Gefahr, aus psychoanalytischer Psychotherapie so etwas wie psychoanalytische Sozialarbeit oder psychoanalytische Pädagogik zu machen? Mir stellte sich die Frage: Darf oder gar soll ich eigenes Erleben in die Therapie mit Patienten einbringen, nicht nur im Rahmen der Arbeit mit Gegenübertragung, sondern in Form eines verstehenden, die therapeutische Arbeit beeinflussenden Kontextes? Muss Raphaels Frage in analytisch-therapeutischer Art unbeantwortet bleiben, oder kann kinder- bzw. jugendtherapeutische Arbeit beim Thema Sterben und Tod gar nicht abstinent sein?

Unser Unbewusstes lässt uns keine Möglichkeit offen, es kennt den Tod nicht. Zudem haben Religionen mit unterschiedlichen Bildern vom „Leben nach dem Tod“ den Tod als Ende, als Vernichtung, als Nicht-Sein quasi abgeschafft. Das „kognitive Erkennen der Realität eines unausweichlichen und alle Menschen betreffenden unwiderruflichen Endes“ (DiGallo, 2002, S.95) fällt somit immer schwerer. Von der Gesellschaft propagierte Vorstellungen, die Jugend, Arbeitsleistung und Produktivität in den Vordergrund rücken, tun ein Übriges. Damit stellt sich die Frage, ob es, quasi als Konsequenz daraus, zu seelischen Gegenbesetzungsprozessen kommt, die unmittelbare oder mittelbare Auswirkungen auf die Situation haben. Um sich selbst zu schützen, weicht der Psychotherapeut vor emotionalen Reaktionen zurück. Wenn sie sich verfestigen, ergeben sich Schwierigkeiten in der Beziehung zu Patienten und Angehörigen, die fehlende Authentizität führt zu Vertrauenskrisen. Unsere Patienten wären bei einem solcherart „abstinenten“ Analytiker mit ihrem seelischen Chaos und ihrer Frage allein.

Die Begleitung von Kindern und Jugendlichen als Sterbende und auch als Angehörige erfordert ein verändertes therapeutisches Setting, eine Erweiterung des Therapierahmens. Therapeutische Arbeit an der Grenze geschieht in der Unmittelbarkeit der Begegnung zwischen Kind/Jugendlichem und Therapeut. Diese Unmittelbarkeit ermöglicht kein abgehobenes Reflektieren. Theoretische und psychodynamische Überlegungen treten weitgehend in den Hintergrund. Als Basis unseres therapeutischen Selbstverständnisses wird unser Handeln dennoch davon bestimmt sein.

Vordringlich benötigt wird unsere therapeutische Fähigkeit. ~~Es/er~~ nennt es „die schmerzende Fähigkeit des Mitleidens“, eines Mitleidens, das dem Sterbenden und/oder seinen Angehörigen Vertrauen, Mut und Trost gibt. Bei der Begleitung sind wir gefordert, uns mit den Menschen an die Grenze heranzutasten, uns mit ihnen auf einen Weg zu begeben, dessen Reichweite und Tiefe und damit auch unsere eigene Belastungsfähigkeit wir nie sicher einzuschätzen vermögen. Die Herausforderung

besteht in der Konfrontation mit unseren eigenen Verdrängungsmechanismen, die wir dem Tod gegenüber errichtet haben. Sie erfahren in unserer alltäglichen therapeutischen Arbeit eine Festigung. Sie leisten einer Eingrenzung und damit Ausgrenzung von Fragen Vorschub, die uns in der Arbeit mit Sterbenden und deren Angehörigen hautnah, grenznah berühren. Sie ängstigen uns damit auch, aber gleichzeitig führen sie zu neuen erweiternden Erfahrungen. An der Grenze wachsen Erfahrung und Bewusstheit.

Die eigene Erfahrung des Verlassen-Worden-Seins, eines, das unaufhebbar und sein wird, die Verbindung zu mir und meinen Emotionen haben mich die Wichtigkeit der Authentizität gelehrt. Erst die Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglichte es mir später z. B. Raphael in seinem Chaos zu helfen und authentisch und offen über den Tod des Vaters zu sprechen. Hier, wie in vielen anderen Therapien, in denen Sterben und/oder Tod eine Rolle spielen, stehen unausgesprochen die Fragen unserer Patienten:

- Halte ich das durch, und darf ich leben?
- Wie kann ich mit meinen Gefühlen, insbesondere den „negativen“, gegenüber dem Vater fertig werden?
- Ist der Therapeut stark genug, das mitzutragen oder bringt es ihn um?
- „Stirbt“ auch die therapeutische Beziehung nach dem Tod des Vaters?

Gerade diese letzten beiden Fragen stehen oft im Raum am Beginn solcher Therapien. Raphael hat die Frage mittels eines von ihm gezeichneten Bildes gestellt:



Mit einer durch extreme Lebensbedingungen gequälten Witzfigur, die das alles aber auch gern macht („Ha, ha, das macht Spaß!“), stellt der Patient die Frage nach dem Durchhaltevermögen des Therapeuten angesichts all der Schwierigkeiten, die am gemeinsamen Weg auf sie warten. Andererseits wird in der Übertragung die Vaterfigur mit all den Aggressionen konfrontiert, die sich in dem Jungen ansammeln. Vor kurzem sagte mir ein Kollege nach einer Fortbildung, an der auch Hinterbliebene teilgenommen hatten, die eigene Erfahrung könne durch nichts ersetzt werden. Das ist zweifellos richtig. Aber nun kann man nicht erwarten, dass nur solche Kolleginnen und Kollegen, die selbst einen Verlust durch Tod oder eine schwere lebensbedrohende Erkrankung erfahren haben, solche Patienten behandeln. Die eigene Erfahrung ist nicht immer die beste Grundlage. Sollte sie als Voraussetzung gelten, wäre vieles in unserer Arbeit unmöglich. Nicht das reale Erleben ist ausschlaggebend, sondern die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema.

Bei der Behandlung gewisser Störungen, zum Beispiel bei Delinquenz, ist die starke und hochgradig narzisstische Identifizierung des Patienten mit dem Therapeuten eine unabdingbare Voraussetzung, wenn therapeutische Maßnahmen überhaupt eine Wirkung zeigen sollen. Ein Delinquenter pflegt Ratschläge nicht zu beherzigen, solange er das Gefühl hat, der Ratgeber gehöre nicht der Welt an, in der er selbst lebt. - Zwischen jenen, die selbst (oder deren Angehörige) eine Todesnähe spüren, und jenen, die noch mitten im Leben stehen, ist die Hürde jedoch wahrscheinlich wesentlich höher als die Barriere zwischen dem Delinquenten und dem angeblich gesetzestreu und ehrbaren Teil der Gesellschaft. Eissler schreibt dazu: „Wenn der Psychotherapeut einen Teil seiner Persönlichkeit mit dem sterbenden Patienten [oder einem leidenden Angehörigen] identifizieren kann, das heißt, wenn er das Näherrücken des Todes bei seinem Patienten so erleben kann, als wäre es sein eigener, dann könnte er den Patienten dazu bewegen, ihn als Weggefährten auf dem letzten Stück der Lebensreise [bei Angehörigen auch darüber hinaus] zu akzeptieren“ (Eissler, 1978, S. 187).

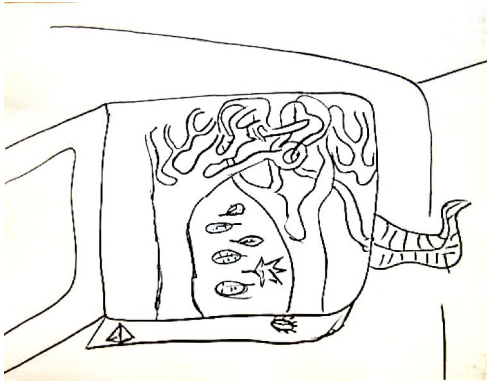
Bei diesen Gedanken frage ich mich, welche Rolle die Identifizierung des Therapeuten mit dem Patienten im therapeutischen Prozess überhaupt spielt.

Und: Ist Einfühlung ohne Identifizierung möglich, und kann sie Bestandteil analytischer Arbeit sein? Hängt die Antwort darauf möglicherweise von persönlichen Eigenarten ab?

An dieser Stelle überlege ich, ob nicht gerade diese Gedanken bei vielen Psychotherapeuten die Rolle des eigenen Todesthemas für das jeweilige analytische

Denken und die analytische Praxis stark beeinflussen. Nach meiner eigenen Erfahrung, meinem Erleben sowohl im persönlichen Bereich als auch mit Patienten, scheint mir, dass gerade die teilweise Identifikation des Analytikers mit dem Patienten einen charakteristischen, unentbehrlichen Faktor der Behandlungstechnik darstellt.

Raphael hat die Beziehung zu seinem Therapeuten in der Therapie so dargestellt:



Raphael sagt dazu: „Zwei Bäume, die wie gute Freunde miteinander verwachsen sind, ein Ast wächst ins Zimmer hinein, damit der, der drinnen ist, das Fenster nicht mehr zumachen kann“.

Raphael weist auf die Beziehung hin, fordert den Therapeuten auf, hin zu schauen, das Fenster (die Augen/den Kontakt) vor den Dingen nicht zu verschließen. Die unlösbare Verbindung der beiden Bäume und die fallenden Blätter deuten auf die Ängste hin, die den Jungen beschäftigen. Als Patient stellt er ganz eindeutig die Besonderheit der Beziehung im Verhältnis zum Therapeuten dar, das Miteinander-Verwoben-Sein in der gemeinsamen Arbeit.

Wenn ein Therapeut zu dieser freien Identifizierung mit dem Patienten persönlich nicht fähig ist, fällt es ihm möglicherweise auch in derartigen Fällen schwer, die Hilfe zu leisten, die der Patient nötig hat. Zudem darf, was ein wesentlicher Unterschied zu anderen Therapien darstellt, die Identifizierung nicht oberflächlich sein, sondern muss dem Patienten spürbar vermittelt werden.

Bei der Behandlung von Delinquenten ist es im Grunde belanglos, welchen Realitätsgrad die Identifizierung mit dem Patienten erreicht, solange der Patient sich zur Identifizierung mit dem Therapeuten veranlasst sieht. Die Behandlung muss für den Patienten ein Erscheinungsbild schaffen, mit dem er sich identifizieren kann, ohne einen Zustand realer Identität zu erleben – was im Fall von Kriminalität auch zum Scheitern der Therapie führen würde.



Bei der Therapie mit Sterbenden oder deren Angehörigen ist die extreme Identifizierung nicht nur kein Hindernis, sondern ein Vorteil. Allerdings darf Identifizierung mit dem Patienten nicht vollständig sein und den Therapeuten dadurch in Angst versetzen. Ein Teil des Ich des Therapeuten muss ausgespart bleiben und gegebenenfalls sogar den Glauben an die Unsterblichkeit aktivieren können. Überschreitet die Todesangst beim Therapeuten ein gewisses Maß, wird er eine auch nur teilweise Identifizierung mit dem Patienten vermeiden, um dem Patienten nicht zu schaden. Von der Gelassenheit, mit der der Psychotherapeut einen partiellen Tod erträgt, wird auch der Patient profitieren. Hauptaufgabe der Identifizierung sollte aber die Ermöglichung einer therapeutischen Beziehung von funktionellem Wert für den Patienten sein. Von ihrer Tiefe und Aufrichtigkeit wird es abhängen, ob der Analytiker mit dem Patienten sprechen kann, ohne dessen Todesnähe als quälend zu empfinden.

In seinem Roman „Das Schicksal ist ein mieser Verräter“ lässt John Green (2012) das Mädchen Hazel nach dem Krebstod ihres Freundes Augustus sagen: ***Wir leben in einem Universum, das der Schöpfung, der Ausrottung und dem Bewusstsein gewidmet ist. Augustus starb nicht nach einem langen Kampf gegen den Krebs. Er starb nach einem langen Kampf gegen das menschliche Bewusstsein, ein Opfer – wie auch du irgendwann – des Bewusstseins des Universums, alles, was möglich ist, zu schaffen und wieder abzuschaffen'*** (Green, 2012, S. 244).

Der Lebenskonflikt oder auch die Frage nach dem Tod ist doch die Auseinandersetzung damit, dass alles irgendwann beginnt, aber auch wieder endet. Bedeutet also Freuds „...richte dich auf den Tod ein“ (Freud, 1915b) das gleiche, was hundert Jahre später ein Mädchen über ihren verstorbenen Freund sagt? Können wir einfach den Tod abtrennen und als nicht existent "vergessen"? In dem eben erwähnten Roman schreibt jemand nach Augustus Tod ins Gästebuch unserer Herzen wirst du ewig leben, großer Mann. Das bringt Hazel auf den Gedanken: „Was mich besonders ärgerte, weil es die Unsterblichkeit der Hinterbliebenen implizierte: ***In meiner Erinnerung lebst du ewig, weil ich ewig lebe! ICH BIN JETZT DEIN GOTT, TOTES JUNGES! ICH BESITZE DICH! Zu denken, dass man selbst nie stirbt, ist eine weitere Nebenwirkung des Sterbens'*** (Green, 2012, S. 242).

Zum Überleben, zum Leben schlechthin brauchen wir wohl den Gedanken der Unsterblichkeit, weil wir unfähig sind, Sterben und Tod zu denken.

Das Arbeiten mit Menschen aber, die entweder selbst oder als Angehörige dem Tod nahe kommen, muss uns selbst ihm nahe bringen!

Die Antwort auf Raphaels Frage muss sich jeder selbst geben. Sie könnte sein:

*Nein, den Tod kenne ich nicht, er offenbart sich jedem auf andere Art und Weise. Aber wir können miteinander die Strecke des Weges gehen, auf der du das Gefühl hast, dass der Tod dich begleitet. Ich kenne die Todesangst, ich habe sie gespürt und erlebt, und ich habe sie überlebt. Das wird uns helfen, gemeinsam den Tod zu*

### *begleiten und weiterzuleben.*

Yalom formuliert diesen Gedanken in seinem Buch über die Angst vor dem Tod so: „Dem Tod ins Gesicht schauen, unter Anleitung, bändigt nicht nur die Angst, sondern macht das Leben ergreifender, kostbarer, vitaler. Eine solche Herangehensweise an den Tod führt zu einer Anleitung für das Leben“ (Yalom, 2010).

Es gibt praktisch nichts, was das Kind oder seine Eltern fürchten, sich vorstellen, fühlen oder erfahren, das nicht mit ihnen in ehrlicher Form besprochen werden kann. Die Basis für eine derartige Diskussion ist ein Vertrauensverhältnis. Kinder lernen ganz besonders schnell, wem sie vertrauen können, und demjenigen werden sie sich öffnen. Tatsächlich spürt das Kind viel genauer, was der Erwachsene ertragen kann, als der Erwachsene spürt, wie sehr das Kind sich anpassen kann. Und danach handelt das Kind.

Seit Freuds ersten Äußerungen über das Nichtwissen der Kinder vor einem Jahrhundert besteht heute doch weitgehend ein Konsens darüber, die Autonomie des kindlichen Patienten ernst zu nehmen und seine Meinung zu respektieren. Dies dafür ist eine offene Kommunikation ab dem ersten Tag der Betreuung. "Nicht lügen!" sollte zu einem ehernen Gesetz werden.

Ebenso ist man sich grundsätzlich darüber einig, dass Kinder sich auch schon in jungem Alter mit dem Tod auseinandersetzen können und wollen, wenn es sie selbst betrifft. Und es ist der kontinuierliche Dialog mit den Kindern, der – ebenso wie die eigentlichen therapeutischen Maßnahmen – zentrale Aufgabe der betreuenden Psychotherapeuten und Ärzte gehört.

Heute – 100 Jahre nach Freud – wissen wir sehr viel mehr über das »Wie« kindlichen Denkweise in Bezug auf Sterben und Tod. Und deshalb können schwer kranken Kindern und Jugendlichen auch heute sehr viele beistehen als das früher unseren Vorgängern möglich war. Auch sie waren sicher überzeugt davon, das Richtige zum Wohl der Kinder zu tun, wenn sie mit ihnen offen sprachen. Es bedurfte einer jahrzehntelangen intensiven Auseinandersetzung mit diesem Problem, bis bei einem großen Teil der Ärzte und Kindertherapeuten das Wissen um das »Wie« die Basis für ein richtiges Verhalten wurde.

Der offene und kontinuierliche Dialog mit uns selbst und mit den Kindern und Jugendlichen bedeutet immer wieder eine große Herausforderung für Psychotherapeuten und Ärzte. Es fällt selbst nach vielen Jahren der Praxis immer wieder schwer, einem Kind oder Jugendlichen gegenüberzutreten und den Dialog auch im letzten Lebensabschnitt eines Kindes oder Elternteils fortzusetzen und aufrecht zu erhalten. Im Interesse der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen müssen wir uns dieser Aufgabe immer wieder stellen.

Ob es die eigene tödliche Krankheit oder die eines Elternteils/Geschwisters ist: Der

Psychotherapeut stellt die Brücke her zwischen Tod und Lebend so löst sich auch für den Kindertherapeuten, der sich Raphaels Frage stellt, der scheinbar unauflösbare Konflikt, und die Arbeit in Gegenwart des Todes wird zu einer Arbeit für das Leben.