

FORSCHUNGSPRAKTIKUM II
Sigmund Freud Privatuniversität

DAS SYSTEM FAMILIE

BEI DER DIAGNOSE:
ANGEBORENER HERZFEHLER

Die Krankengeschichte einer gesunden Familie

von

Michaela Engelbert, Peter Grossegger
und Martina Schlosser

April 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	3
2	Einleitung	4
3	Die Familie	5
4	Die Mutter erzählt	7
5	K1 erzählt	13
6	K2 erzählt	14
7	K3 erzählt	15
8	Aus der Sicht der Individualpsychologie.....	16
9	Aus der Sicht der Verhaltenstherapie	19
10	Aus der Sicht der Gestalttherapie.....	20
11	Resüme	23
12	WHOQOL-BREF	24
13	Literaturverzeichnis	27

1 Abstract

Die Diagnose angeborener Herzfehler stellt einen Ausnahmezustand dar, der mit Schock, Zweifel, Schuldgefühlen, Ungewissheit und Ängsten verbunden ist. Darüber hinaus stellt diese Tatsache sicher eine Zäsur im Leben der betroffenen Menschen dar. Daraus ergibt sich die Fragestellung, wer aller ist betroffen und welche Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien kommen zur Anwendung um diese Lebenskrise zu meistern. Was sind die Ressourcen, auf die zurückgegriffen werden kann. In unserem Beitrag sind es neben den Erkrankten selbst natürlich auch die Eltern, da sich die Herzfehler zweier ihrer Kinder kurz nach der Geburt manifestierten und sie in eindrucksvoller Weise von ihren Belastungen, Befürchtungen und Erlebnissen erzählen. Natürlich berichten auch die Kinder selber, die Ihre Sicht Ihrer Situation darstellen und uns somit Einblicke in ihre Erfahrungen, Wünschen und Empfindungen geben.

In vorliegendem Fall hat sich das System Familie als die alles bestimmende Komponente erwiesen, aus der Kraft, Trost und Zuversicht geschöpft werden konnte.

The diagnosis of congenital heart disease is a state of emergency associated with shock, doubt, guilt, uncertainty and anxiety. In addition, this fact certainly represents a turning point in the lives of the affected people. This raises the question of who is affected and what processing and coping strategies are used to overcome this life crisis. What are the resources that can be used.

In our article, besides the patients themselves, of course also the parents, as the heart defects of two of their children manifested shortly after birth and tell them in an impressive way of their burdens, fears and experiences. Of course, the children also report themselves, which represent their view of their situation and thus provide us with insights into their experiences, wishes and feelings.

In the present case, the family system has proven to be the all-important component from which strength, comfort and confidence can be derived.

2 Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem System Familie bei der Diagnose „angeborener Herzfehler“ und deren Belastungen. Durch Selbstvorwürfe, Unsicherheiten zum Beispiel in der Frage nach Erblichkeit der Erkrankungen, menschlichen Fehlleistungen in der Betreuung und nicht zuletzt durch einen zeitlichen massiven Mehraufwand sind vor allem die Eltern einem enormen Stress ausgesetzt.

Wir lassen in unserer Arbeit alle Betroffenen zu Wort kommen und versuchen so zu verstehen, dass in der Ressource Familie eine Kraft liegt, die vor allem die erkrankten Kinder vordergründig vor psychischen Beeinträchtigungen zu schützen verstand und ihnen somit ein weitgehend sorgenfreies Leben ermöglichte.

Diese, einer intakten Familie innewohnende Stärke vermochte in vorliegendem Fall auch jahrelangen Belastungen zu trotzen und selbst herbe Rückschläge zu bewältigen.

Die Eltern, vor allem der Kindesvater als stetige Stütze der Familie, mit Zuversicht und Vertrauen in die ihm eigene positive Weltanschauung, die Kindesmutter mit einem überreichen Angebot an Kindesliebe, aber auch dem Mut sich kritisch hinterfragend einem teilweise unzulänglichen Spitalsystem entgegenzustellen, bilden das Rückgrat einer erfolgreichen Bewältigungsstrategie.

Die beiden älteren Kinder erleben dadurch ihre Erkrankung nicht als etwas bedrohendes, einschränkendes, gefährliches, sondern vielmehr als Herausforderung mit sogar teilweisen positiven Aspekten. Auch das jüngste Kind, bei dem durch die intensive Zuwendung an die beiden erkrankten Geschwister ebenfalls eine Belastung entstanden sein könnte, weist keinerlei Symptome einer psychischen Beeinträchtigung auf.

Wir trafen die Familie bei sich zu Hause, in sehr gemütlicher Atmosphäre und alle Beteiligten hatten sich sofort bereit erklärt an unserer gemeinsamen Arbeit mitzuwirken.

Das Gespräch fand am 08.12. von 19:30 bis 01:00 statt.

3 Die Familie

Unsere Gesprächspartner waren alle Mitglieder einer betroffenen Familie, bestehend aus Mutter, Vater und drei Söhnen.

Der KV = Kindesvater (61) betreibt einen Tischlereibetrieb und die KM = Kindesmutter (61) ist Hausfrau und hat in den letzten Jahren eine Ausbildung zur Lebenstrainerin im Alter (LIMA) und eine Ausbildung zur Shiatsu-Praktikerin absolviert. Sie ist seit einigen Jahren auch in diesen Bereichen tätig.

Beim ältesten Sohn (K1), heute 31 Jahre alt, wurde am 2. Tag nach der Geburt eine Fallot'sche Tetralogie (TOF) diagnostiziert. Bei dieser Erkrankung handelt es sich um eine Missbildung des Herzens, die in der Regel 4 Merkmale erfasst (daher der Name): 1. Eine überreitende Aorta: Der Ursprung der Körperschlagader (*Aorta*), der normalerweise nur in der linken Herzkammer liegt, erstreckt sich auch über die rechte Herzkammer. Dadurch fließt sowohl aus der linken als auch aus der rechten Herzkammer Blut in die Körperschlagader. 2. Einen Septumdefekt : In der Kammerscheidewand ist ein großes Loch – es wird auch Ventrikelseptumdefekt (VSD) genannt. 3. Eine Pulmonalstenose: meist einhergehend mit einer Veränderung der Pulmonalklappe: Die Ausflussbahn der rechten Herzkammer ist verengt. Dort sind dann die drei halbmondförmigen Taschen, aus denen die Herzklappe besteht, verdickt oder missgebildet (In vorliegendem Fall besteht die Klappe nur aus zwei Segeln). Sie können sich nicht richtig bewegen. Dadurch wird das Öffnen und Schließen der Klappe beeinträchtigt, so dass der Blutstrom vom Herzen zur Lunge behindert wird.

4. Rechtsherzhypertrophie: Die Muskulatur der rechten Herzkammer muss verstärkt arbeiten, um das Blut durch die zu enge Klappe und die oft ebenfalls verengte Lungenschlagader hindurch in die Lunge zu pumpen. Dadurch entsteht eine Verdickung der Herzmuskulatur der rechten Herzkammer. (Schmid 2013)

Im Alter von einem Jahr wurde ein operativer Eingriff durchgeführt, der erfolgreich verlief.

Der Sohn konnte ein normales Leben führen, hatte eine glückliche Kindheit und Jugend ohne größere Probleme, konnte Sport betreiben (Tennis und American Football), studieren und lebt heute in eigener Wohnung, ohne einer festen Beziehung und ist in der Gastronomie tätig.

Beim 2. Sohn (K2), heute 28 Jahre alt, in einer festen Beziehung, in eigener Wohnung lebend, studiert Mathematik und arbeitet bei einer Versicherung in der IT Abteilung.

Bei ihm wurde kurz nach der Geburt eine Pylorushypertrophie und eine Aortenisthmusstenose (ISTA), sowie eine bicuspidale Aortenklappe und eine Aortenwurzelerweiterung festgestellt.

Die Pylorusstenose wird im Alter von einem Monat mittels einer Pylorotomie nach Weber-Ramstedt behoben. (Schumpelick 2009)

Im Alter von 3 Monaten wird eine Resektion und End-zu-End Anastomose durchgeführt. In der Folge kam es zu Komplikationen durch eine Pneumokokken Infektion, die jedoch rasch ausgeheilt werden konnte. Die weitere Entwicklung verlief komplikationslos und auch der 2. Sohn konnte eine normale Kindheit und Jugend verzeichnen. Im Alter von 15 Jahren wurde eine Dilatation einer Stenose distal der Arteria subclavia sin. durchgeführt. Dieser Eingriff verlief erfolgreich und der Patient ist weitestgehendst beschwerdefrei, betreibt Sport (American Football), studiert und arbeitet. In beiden Fällen ist weder eine körperliche noch eine psychische Beeinträchtigung festzustellen.

Der dritte Sohn (K3), heute 25 Jahre alt kommt als gesundes Kind zur Welt, jedoch stirbt sein Zwillingsbruder kurz nach der Geburt. Lebt noch bei den Eltern, hat eine Tischlerlehre vollendet und befindet sich zur Zeit in Ausbildung bei der Wiener Berufsfeuerwehr. Er spielte bis kurz vor seiner Aufnahmeprüfung zum Feuerwehrmann ebenfalls American Football.

4 Die Mutter erzählt

1986 war Tschernobyl

Am **02.08.87** wird ihr erstes Kind geboren. Zu diesem Zeitpunkt ist die Mutter 30 Jahre alt. Es war eine natürliche Geburt und sie hatte sich für eine ambulante Geburt im Geburtshaus Nußdorf entschieden. Die Schwangerschaft war komplikationslos, nur in der ganz frühen Schwangerschaft habe es Kontraktionen gegeben. Bei einem Besuch beim Gynäkologen wurde jedoch nichts festgestellt, es sei alles O.B. und es gäbe einen ganz normalen Schwangerschaftsverlauf. Die Geburt verlief komplikationslos, der Apgar Test nach der Geburt in allen Bereichen auf 10, Ultraschall OK, alles OK.

Am **03.08.87** Besuch vom Kinderarzt - Auskultation - stellt nicht adäquate

Herzgeräusche fest. Überstellung ins Preyersche Kinderspital,

am **04.08.87** Untersuchung durch eine spätberufene leidenschaftliche, kinderlose Kärntner Oberärztin, die von der KM als sehr resolut beschrieben wird, stellt nach Auskultation und Ultraschall den Verdacht auf einen schweren Herzfehler und will das Kind zur weiteren Beobachtung im Spital behalten. Diese OÄ wird von der KM als „schwerer Brocken“ beschrieben, fragte „warum Geburt in Nußdorf“ etc. Es folgt ein Kampf um das Kind mit nach Hause nehmen zu können, mit der Argumentation, dass die KM auch selbst zu Hause beobachten könne. Nach Aussagen der Ärzte sei die Situation nicht massiv akut - KM empfand die Diskussion eher um das Vertrauen in die KM.

positiv: OÄ stimmt mit Unterstützung des Kinderarztes zu.

persönliche Meinung der KM: Es war ein riesen Glück in Nußdorf entbunden zu haben, ansonst wäre das Kind zur Beobachtung ihr weggenommen worden, so konnte sie stillen und trotz allem ein Glücksgefühl entwickeln. Die weitere Nachbetreuung erfolgte durch eine Hebamme (Renate), die die KM als „coole Socke“ bezeichnet. Deren Schwester sei auch behindert, aber dadurch gehe die Welt auch nicht unter.

Jeden 2. Tag Kontrolle im Preyerschen Kinderspital.

Am **28.08.87** AKH - Echobefund Diagnose: Fallotsche Tetralogie (pink fallot) - VSD - Befund in Kopie - Die Entscheidung lautet zu warten bei einer engmaschigen Kontrolle, bis es dem Kind schlechter geht. Je später, umso besser - ständige Verlaufskontrolle. Um den ersten Geburtstag, als das Kind laufen lernte, wirkte es sehr blass und wurde schnell müde.

Bei einer Herzkatheteruntersuchung

am **20.09.88** wurde eine Einengung an der Pulmonalklappe, sowie nur eine 2 segelige Ausbildung derselben festgestellt.

Am **22.09.88** wurde eine Operation im AKH angesetzt. Die KM erzählt von ihrer Zusatzversicherung und den moralischen Belastungen dadurch, da ihr hier die 2 Klassen-Medizin voll bewusst wurde, da andere Patienten, sehr lange auf eine Operation warten und es in ihrem Fall so schnell geht. Trotzdem wird zeitgleich ein psychischer Druck von einem genommen. Die KM erzählt sehr genau, wie sie mit dem Rettungswagen aus dem Preyerschen Kinderspital in den alten Teil des AKH geführt werden, während der KV mit dem Privatauto dorthin gelangt. Die Frage wurde an beide Elternteile gestellt, ob sie Blut spenden könnten (Beide O -) - dies empfand sie als positiv man konnte mithelfen, wurde gebraucht und hat diese Situation als toll erlebt (vor allem aus heutiger Sicht).

Es folgte eine 8 Stunden OP

Frage: „Wie habt Ihr Euch gefühlt?“

Das Vertrauen war da, man hat sich gut aufgehoben gefühlt, sehr wichtig war der Partner V immer positiv, M Zukunftssorgen, was wird auch später... Ein Angebot einer psychischen Unterstützung war nicht vorhanden. Aber das ganze Team war toll - das Gebäude war zwar ein alter Kasten - aber es hat „gemenschelt“.

Nach der OP Intensivstation - Schläuche etc., die Schwestern waren alle sehr positiv, auch der Anästhesist, der operierende Prof. ein „Sir“ - menschlich unkompliziert und direkt, man konnte reden, das nimmt Angst, man wurde nicht „weggeschasselt“ sondern bildete selber einen Teil des Teams. Mit einer Schwester entwickelte sich später eine langjährige Freundschaft.

Am **27.09.88** K1 wird von der Intensivstation im AKH auf die allgemeine Herzchirurgie im Preyerschen Kinderspital verlegt, hat dort ein Mutter/Kind Zimmer und M konnte Tag und Nacht bleiben, streicheln, reden und einfach da sein, etc., Kontakt zu anderen 3 Patienten
Am **07.10.88** nach Hause entlassen, M erzählt keine Sorgen gehabt zu haben, hat weiter gestillt und sich um K1 gekümmert.

Danach ist sie viel herumgelaufen, weil sie ein 2. Kind wollten. Frage der Vererbbarkeit Diese wurde verneint - es kann zwar zu familiären Häufungen kommen ...

Besuch bei einem Spezialisten - dieser wurde als sehr unsympathisch beschrieben und mit den Sätzen: „Sie werden doch nicht noch ein Kind haben wollen“ und „Stellen Sie sich vor, Sie mit ihrem Kind, später auf der Ambulanz - lernt ein anderes Kind mit Herzfehler kennen ...“

Hier folgte eine Zwischenfrage von K1: „Hättest Du, wenn jemand klar Stellung genommen hätte, ein 2. Kind bekommen?“ Diese Frage bleibt unbeantwortet.

In der Folge kommt es zu regelmäßigen Kontrollen im Preyerschen Kinderspital und halb jährlich zu Echo Kontrollen im AKH, später nur noch 1 mal jährlich.

K1 ist ein fröhliches Kind, das sich ganz normal entwickelt. Es besucht einen Turnverein, geht Skifahren, etc. Der Herzfehler war nie ein besonderes Thema.

Die Lehrer in der Schule wussten Bescheid - es gab aber keinerlei Einschränkungen
ab **1990** gab es im AKH eine sehr aktive Selbsthilfegruppe, geleitet von einer Kardiologie Prof.
Sie selbst waren aber nie dort, sie hatten nie das Gefühl, es zu brauchen.

Durch die Kontrollen wurden sie zwar immer wieder an die Erkrankung erinnert, die aber
ansonsten verdrängt war.

Am 22.01.90 (K1 war rd. 2,5 Jahre alt) wurde K2 geboren.

Die Schwangerschaft verlief super - Geburt fand im Geburtshaus Nußdorf statt - es war eine
Wassergeburt. Der Kinderarzt der auch schon K1 betreute, war vor Ort - keine Geräusche -
Apgar Test in allen Bereichen volle Punkte - wurde nach Hause entlassen = Freude !

Stillen - nach dem trinken erbrechen - das hat sich immer mehr gesteigert

Am 24.02.90 musste wegen einer Pylorushypertrophie eine Myotomie (Pylorotomie nach
Weber-Ramstedt) durchgeführt werden.

Vor dieser OP wurde das Herz besonders aufmerksam kontrolliert, wegen der Erkrankung
des Bruders K1, und es war scheinbar alles in Ordnung.

Am 02.03.90 wurde K2 entlassen und es wurde erstmals ein leichtes Systolicum festgestellt.
Bei einer Kontrolluntersuchung am **05.03.90** fanden sich neben dem systolischen Geräusch
auch schwach tastbare femorale Pulse und an den oberen Extremitäten mit 139/85 ein
deutlich erhöhter Blutdruck.

Am 30.03.90 wurde eine Echocardiographie durchgeführt, die eine hochgradige umschriebene
Aortenisthmusstenose und eine mäßige Linksventrikelhypertrophie ergab.

Eine am **26.04.90** durchgeführte Herzkatheteruntersuchung und Angiographie bestätigte den
Echobefund, es ergaben sich eine hochgradige, blendenförmige Aortenisthmusstenose an
typischer Stelle, mit normalem Druck- und Gaswerten im Bereich des rechten Herzens und
der Lungenschlagader. Aufgrund der bestehenden Hypertonie wurde die Beseitigung der
Aortenisthmusstenose dringend empfohlen.

Die KM beschreibt den Schock über den Befund als nicht so schlimm wie bei K1, weil die
Möglichkeit einer erneuten Fehlbildung immer irgendwie im Hinterkopf gewesen sei. An
dieser Stelle beschreibt die KM den KV als ihre stärkste Unterstützung. Dieser betrieb zu
diesem Zeitpunkt eine Tischlerei, die letztendlich aufgrund der zeitlichen Aufwendungen
für die Kinder in Konkurs ging.

Der KV, ein immer positiv eingestellter Mensch argumentierte, da bei K1 alles gut gegangen
ist, wird bei K2 auch alles ein gutes Ende nehmen.

Natürlich folgte eine Suche nach Studien, wie hoch die Wahrscheinlichkeit 2 verschiedener
Herzfehler sei, ob es sich um einen Zufall oder doch um eine Genetik handeln könnte.

Durch die Zusatzversicherung kam es zu einem schnellen OP Termin am AKH und so wurde
am **27.04.90** an der II. Chir. Univ. Klinik eine Resektion und End-zu-End-Anastomose der

Aortenisthmusstenose durchgeführt. Die Operation ist gut verlaufen und K2 wurde auf die Intensivstation der Kinderklinik im AKH gelegt. Dort, eingewickelt, beatmet, Schläuche, etc. und die ganze Prozedur. KM beschreibt das Team aus Pflegern und Schwestern als super Leute, (vielleicht nicht ganz so familiär) aber teilweise viel besser als die Ärzte. Nach 2-3 Tagen wurde K2 extubiert, hat hohes Fieber, KM war froh stillen zu können, das Kind zu halten usw. stellt fest, dass es nicht saugen will, die Augen verdreht, nur mit der Zunge schleckt... KM „stellt sich auf die Füße“ und „dann ist gerannt worden“... alle möglichen Untersuchungen werden angestellt... erst durch einen Pfleger kommt der Hinweis auf einen Pleuraerguß! KM vermutet Ansteckung durch eine kranke Anästhesistin während der OP.

Punktion - Antibiotika -Allergische Reaktion - Angst - Verzweiflung - Wut

Intensivstation - Kind in der Hand - alles Ok - ohne zu sehen - Unfähigkeit - Krach

Angst vor Thrombus im Gehirn - vor allem Schwestern und Pfleger.

Dauer rund 3 - 4 Tage bis wieder normale Reaktion - danach keine Angst mehr.

Die behandelnden Ärzte auf der Station werden von der KM weder als menschlich noch als fachlich kompetent beschrieben. Die leitende Professorin eine Karrierefrau, die im eigenen Haus eher gefürchtet als geschätzt wird.

Am **17.05.90** Entlassung, auf Wunsch der Eltern weitere Kontrollen im Preyerschen KSp.

Entlassungsbefund: Am 27.04.90 wurde an der II. Chir.Univ.Klinik eine Resektion und End-zu-End-Anastomose der Aortenisthmusstenose durchgeführt.

Postoperativ fieberte das Kind septisch und es trat linksseitig ein Pleuraemphysem auf, das drainiert wurde. Sowohl Blutkultur als auch Kultur des Pleuraexsudates ergeben Pneumokokken. Das Kind wurde lt. Antibiotogramm behandelt. Sowohl auf Cephalosporine (Mandokel) als auch auf Penicillin (Augmentin) kam es zum Auftreten eines allergischen Exanths. Im letzten Thoraxröntgen war kein Erguß mehr nachweisbar, auch im Ultraschall war wegen des Verdachtes auf einen kleinen Winkelerguß keine freie Flüssigkeit mehr nachweisbar. Aufgrund des durchgemachten Pleuraemphysems wäre die Durchführung einer Lungenfunktion in 3 Monaten erforderlich.

Echokardiographie vom 17.05.90: St.p. Resektion und End-zu-End-Anastomose einer Aortenisthmusstenose praktisch kein Restgradient über dem Operationsgebiet. Weiterhin geringe Linksventrikelhypertrophie.

Die weitere Entwicklung von K2 war komplikationslos.

Zwischenfrage: Wo war eigentlich K1 zu dieser Zeit ? Dieser wurde betreut vom KV - war auch immer wieder im Spital bei K2 und KM. Hatte jährliche Kontrollen im Preyerschen und im AKH.

Am **09.06.2004** wurde eine Ergometrie durchgeführt die bei Belastung einen sehr deutlichen Blutdruckanstieg zeigt und am **22.06.2004** eine Echokardiographie, die eine Bicuspid

Aortenklappe und eine Aortenwurzelerweiterung ergaben. Am **08.11.2004** wurde bei einer MR-Untersuchung des Herzens eine ca. 50 % Stenose distal der Arteria subclavia links mit einem Aorten DM von rd. 1 cm, bei normal großem linken Ventrikel mit normaler Linksventrikelfunktion und eine bicuspide Aortenklappe ohne signifikante Regurgitation diagnostiziert. Auf Grund der Ergometrieergebnisse vom 09.06.2004 wurde eine Therapie mit BELOC 10mg/2x1Tbl. tgl. empfohlen. Diese wurde von der KM abgelehnt und es wurde eine alternative Therapie mit ACE Hemmern (Benitec, Enalapril) durchgeführt, was zu keiner signifikanten Verbesserung führte. Am **16.11.2005** wurde eine interventionelle Herzkatheteruntersuchung mit einer erfolgreichen Dilatation der Stenose durchgeführt. Seitdem hat K2 bis heute Normwerte, die vielleicht manchmal leicht erhöht sind.

Am 28.11.1993 Geburt von K3+K4

Die Schwangerschaft verlief gut und komplikationslos, man machte sich keine Sorgen über einen eventuellen Herzfehler. Als Geburtsort wurde wieder das Geburtshaus Nußdorf gewählt. Die Zwillingsgeburt war zwar ein Thema, wurde aber auf Wunsch der KM doch durchgeführt. Nach ein paar Tagen über dem Geburtstermin kam es zu einer Spontangeburt und K1 war schnell da.(ca. 1/2 Stunde nach Ankunft in Nußdorf) - K2 dreht in Stirnlage - schlechte Geburtslage - plötzliches Aussetzen der Wehen - die Herztöne werden überwacht und sind noch OK - plötzlich sind die Herztöne weg und es kommt zu einer Ablösung der Placenta. Es folgt eine Geburt mit der Saugglocke - (Agpa Test 0) - Wiederbelebung - es kommt zu einer Spontanatmung - Überstellung ind Preyersche Kinderspital auf die Intensivstation - es wird ein Gehirnödem festgestellt - massive Schäden werden vermutet (quasi ein Nulllinien EEG) KM folgt mit K3 ins Spital - Die Oberärztin wird von der KM als „Katastrophen OÄ“ beschrieben, „kantig, grauslich, garstig“ (Man wartet bis sich ein Infekt dazuschlägt. Bis **16.12.1993** mit allen Kindern täglich im Spital. Der Boss vom Preyerschen erwägt eine humane Lösung, die Geräte abzuschalten. Die Schwestern werden als sehr liebevoll beschrieben.

„Das war der Supergau - das habe ich nicht mehr gepackt - auch arm für K3, weil an jedem seiner Geburtstage geweint wurde - erstmals Gedanke nach psychologischer Hilfe - auch durch ein De ja vue (Tod der Mutter) - den Ausschlag dazu lieferte jedoch K2, der sich als „Zappelphilip“ erwies. Hier beschreibt nun die KM, dass es während ihrer letzten Schwangerschaft eine recht stressige Übersiedelung in ihre ehemals elterliche Wohnung gegeben hat, die ursprünglich als kurzfristige Lösung geplant gewesen war.

K2 konnte mit 4 Jahren kein R sprechen, kletzelte an Tapeten oder hat irgendwo Nägel reingeklopft und zeigte damit, da rennt etwas nicht rund. K1 war ein „**richtiges Herzkind**“

K3 war ein friedliches Babyhatte ein riesiges Milchangebot

K2 subtil - K3 mit einem Jahr auf sich aufmerksam gemacht. Mit K2 auf AKH Ambulanz für

Psychosomatik für Kinder und Jugend, wegen eines R und eine S Sprachfehlers.

Logo- und Ergotherapie. An dieser Stelle wurde auch erstmals angedacht, dass auch für die KM eine PT sehr empfehlenswert wäre. In Folge besucht KM einen Psychotherapeuten (Logotherapie und EA), den sie als sehr, sehr gut und hilfreich beschreibt. Erst in einer Frequenz von 2x die Woche, später reduziert auf 1x pro Woche, zu dem sie bis heute noch Kontakt hat.

5 K1 erzählt

Erzählt keine negativen Erinnerungen an Spital oder Kontrollen zu haben. erinnert sich an ein paar Bilder, wie er und sein Bruder (K2) in 5 verschiedenen Räumen waren. Hat als Kind und Jugendlicher und bis heute nie eine Benachteiligung gefühlt. In der Jugend die Operationsnarbe eher als „coole Narbe“ wahrgenommen. Mit 18 erfolgte der Wechsel auf die

Erwachsenenambulanz. Hier kommt zum ersten Mal zum Ausdruck, dass man operieren müsse - seitdem alle 4 Jahre Belastungs - EKG, MRT, etc., aber immer wieder abwarten.

Die ersten Einschränkungen werden erst bewusst, als er daran denkt Sport studieren zu wollen.

Erlebte Einschränkungen erst mit dem Wunsch American Football spielen zu wollen (wie seine Brüder), aber die Ärzte unterschreiben die medizinische Freigabe nicht. Spielt daraufhin zuerst nur Flagfootball, bekommt aber in Folge doch eine Freigabe und spielt dann auch mit seinen Brüdern bei den Erwachsenen. Die Ärzte fragen nach Herzrhythmusstörungen.

Später räumt er ein, dass der Wunsch auch Football zu spielen eher ein Justamentstandpunkt gewesen sei. Teilweise kann er seiner Situation sogar positive Aspekte abgewinnen. Wie zB.

das Bundesheer nicht machen zu müssen. Er musste zwar zur Stellung, die 20 Minuten dauerte und wobei auch eine Blutabnahme vorgenommen wurde, deren Sinn er nicht wirklich verstand.

Weiters nicht als Negativ aufgefasst wird von ihm der Behindertenausweis mit 50 %er Behinderung, der ja auch seine Vorteile haben kann.

Er spricht von selber beeinflussbaren Dingen und dass die nächste Operation noch nie so nahe war, dass er davor eine Angst verspürt hätte.

Eine Psychotherapie wegen seines Herzfehlers zu machen, war noch nie in seinem Kopf.

2018 war es das letzte Mal spannend anlässlich einer Untersuchung und einer persönlichen Besprechung mit einem OA - EKG, MRT und CT zeigten keine wesentlichen Veränderungen.

Ergo - Spiro 110 % - Aufklärung darüber, dass eine Melody - Klappe wahrscheinlich nicht möglich sein werde und das Operationen nicht von Dauer seien - die Klappen halten

15 - 20 Jahre. Seinem Empfinden nach war in den Gesprächen mit den Ärzten immer sehr gut herauszuhören, dass diese nicht ganz verstehen, warum es ihm so gut geht. Wenige in seinem Alter seien nicht schon ein 2. Mal operiert.

6 K2 erzählt

erzählt von einem riesigen Vorteil, nie benachteiligt zu sein. Sieht wie sein Bruder auch kleine Vorteile in seiner Behinderung, wie zum Beispiel bei der Stellung zum Militärdienst.

Er erinnert sich, dass er an Tagen der Kontrolle Schulfrei hatte.

Kann sich an keine negativen Erlebnisse erinnern. Er und seine Brüder waren in einem Tennisclub, spielten Fussball. Schon wie sie noch als Kinder sehr klein waren, war ihre Mutter mit ihnen viel im Freien, sie tat dies seiner Meinung nach ganz bewusst.

Er hatte nie eine besondere Hilfe nötig.

An die Dillatation kann er sich noch erinnern, aber auch hier keinerlei Negatives, erschreckendes oder Bedrohliches.

Er hatte eher immer das Gefühl etwas Besonderes zu sein.

Auch in der Volksschule war seine Erkrankung kaum ein Thema. Eher dann im Gymnasium - wegen eines 24h EKGs beim Turnen. Kam sich dennoch nie krank oder behindert vor.

Er erzählt von seinem Behindertenausweis (30%) und es folgt eine kleine Diskussion mit seinen Brüdern über die Vorteile die so ein Ausweis auch mit sich bringen kann.

Die Medikamenteneinnahme (Enalapril) empfand er als ein wenig Mühsam. Hatte oft Schnupfen, den er aber nicht mit den Medikamenten in Verbindung brachte.

Er berichtet davon, dass sein älterer Bruder einmal zu Rauchen begonnen hatte (1/2 Packung) und auch er ein paar mal geraucht habe, haben aber beide wieder damit aufgehört, aber nicht wegen dem Herz.

Er beschreibt vor allem seinen Vater als liebevoll annehmenden Menschen, der nie einen Vorwurf oder irgendeine Schuldzuweisung gegen irgendwen getätigt habe.

Seine Mutter beschreibt er als in sich innewohnend um für ihre Kinder Kraft zu haben.

Obwohl sie nicht religiös ist, hat sich doch den Glauben an einen Sinn, einen tieferen Sinn. Sie wollte immer Kinder haben und betonte immer wieder dazu auch die Fähigkeiten zu haben.

Das Leben besteht eben nicht immer nur aus Perfektem ! Es wird einem eine Aufgabe gestellt und man muss sie nur annehmen. Dadurch wird man ein anderer Mensch und eher gestärkt.

Für ihn selber war Religion nie ein Thema, sein älterer Bruder lehnt Religionen ab.

An wichtigster Stelle und als größtes Geschenk sieht er den Zusammenhalt der ganzen Familie.

7 K3 erzählt

Als er ungefähr 10 Jahre alt war, habe er seinem Bruder einmal gegen das Brustbein geschlagen.

Darauf dieser: „musst aufpassen, habe einen Herzfehler“

Manchmal fragte er sich, warum er eigentlich nicht mit dürfe zu den Untersuchungen.

In der Volksschule erzählt er von den Narben seiner Brüder.

Er fühlte sich als der Gesundeste, Sportlichste... das bekam einen kleinen Dämpfer als er selber eine Brille verschrieben bekam.

2018 wurde bei ihm das 1. Mal eine Hashimoto-Thyreoiditis festgestellt. Er sei zwar nicht spirituell veranlagt, glaube aber dennoch an Selbstheilungskräfte.

Das zeitweilige Diskutieren der Mutter über Medikamente hat er eher als Angst wahrgenommen.

Er berichtet, dass es in der Familie ein Vertrauen in die Ärzte gäbe, aber auch eine kritische Auseinandersetzung.

8 Aus der Sicht der Individualpsychologie

Die Individualpsychologie ist eine analytische, psychodynamisch-tiefenpsychologische Methode, wurde von Alfred Adler gegründet und geht von folgenden Annahmen aus:

Der fundamentalen Bedeutung der Kindheit und den Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen für das weitere Leben und die Ausbildung der Persönlichkeit, von der Annahme eines Unbewussten und dessen Wirkungskraft auf unser Erleben, Denken und Verhalten und schließlich vom Konzept der Übertragung und Gegenübertragung.

Als Psychodynamik wird das Zusammen-und Gegeneinanderwirken verschiedener psychischer Kräfte verstanden, was im letzteren Fall konflikthafte Prozesse wie diejenigen zwischen Trieb und Moral, Liebe und Hass, Autonomie und Bindung und vor allem, im zentralen Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, den Konflikt zwischen Minderwertigkeitsgefühl und Geltungsstreben bedeutet. Seelische Störungen entstehen, wenn diese Konflikte nicht bewältigt oder ausgehalten werden bzw. aufgrund ungenügender nachteiliger früher Beziehungserfahrungen.

Die Individualpsychologie unterscheidet sich von den anderen tiefenpsychologischen Methoden vor allem durch ihre doppelte Perspektive – sie fragt nicht nur nach dem Ursprung der Phänomene, also dem „Warum?“ („causa efficiens“), sondern auch nach der Intentionalität gegenwärtiger Konflikte und Defizite, also nach dem „Wozu?“ („causa finalis“).

KM (Kindesmutter)

Dass die KM eine selbstbewusste und verantwortungsvolle Frau ist, die ihr Schicksal ohne Klagen angenommen hat, merkt man bereits nach den ersten Sätzen. Die Klarheit, um welche sie bemüht ist, zeigt sich bereits zu Beginn des Interviews, als sie dicke Mappen holt, welche die Krankheitsgeschichten ihrer Kinder, fein säuberlich sowie chronologisch geordnet, dokumentieren. Die Klarheit ist dem Unbegreiflichen entgegengesetzt, und das Unbegreifliche ist das Schicksal, das mit voller Gewalt das Leben ihres Sohnes zerstört und das Leben ihrer beiden anderen Söhne massiv gefährdet und eingeschränkt hat und damit ihr eigenes Leben und das ihres Mannes in Verzweiflung und Angst versetzt hat.

Wie konnte sie das bewältigen oder hat es zu bewältigen versucht?

„Mein Mann ist meine größte Ressource, er hat mich immer unterstützt, nie Schuldzuweisungen gemacht und mir das Gefühl gegeben, dass wir das gemeinsam schaffen.“ Im Umgang mit ihrem Schicksal zeigt sich deutlich die Kraft und der Wille einer Mutter sowie der Glaube an den Sinn, sie packt an und verzagt nicht.

Aus der Geschichte der KM lässt sich auch Adlers Konzept der doppelten Dynamik ablesen.

„Mensch sein heißt: sich minderwertig fühlen“ (Adler 1933, 67) und sie entwickelt dennoch oder

gerade deshalb eine optimistische Sicht auf das menschliche Leben. Die Lebenskraft befähigt sie zur Kompensation ihrer erlebten Mängel und Traumata und die Bewältigung gelingt ihr auf konstruktive Art und Weise.

Der KM war es stets wichtig eigene Entscheidungen zu treffen, sich selbst und ihre Kinder nicht vollständig dem medizinischen System zu überlassen. Deutlich wurde das, als sie ihre Kinder trotz der schwierigen Diagnosen, lieber zu Hause betreute und den steinigern Weg auf sich nahm, täglich zu den Kontrollen ins Krankenhaus zu fahren. Ebenso hat sie ihre Kinder ambulant im Geburtshaus Nussdorf entbunden, selbst nach dem ersten und später nach dem zweiten Kind mit jeweils einem angeborenen Herzfehler und der dritten Zwillingschwangerschaft. An dieser Stelle wird deutlich was Alfred Adler von Beginn an aufgezeigt hat, nämlich dass der Mensch in Wahrheit lediglich zwei Grundbedürfnisse habe: sicher gebunden zu sein und im Erleben der Selbstwirksamkeit in Freiheit wachsen zu dürfen.

KV (Kindesvater)

Auch beim KV zeigt sich eine positive und optimistische Grundhaltung. Sowie die KM beschreibt er die Familie und seine Partnerin als große Stütze. Als sein Sohn K1

8 Stunden lang am offenen Herzen operiert wurde, verbrachte er die ungewisse Zeit mit seiner Frau gemeinsam und erinnert sich: „Ohne meiner Frau wäre es furchtbar gewesen.“

Er habe so ein starkes Grundvertrauen, diese Haltung erfordert übrigens Mut und die Einwilligung sich auf Halt einzulassen, dass es ihm gar nicht in den Sinn gekommen wäre, es könne auch nicht gut ausgehen. Er habe sich gedacht wir haben schon soviel geschafft, wir schaffen auch das.

Als bald nach der Geburt von K2 klar wurde, dass auch er einen angeborenen Herzfehler hat und die KM häufig mit ihm ins Spital fahren musste, war es für den KV selbstverständlich sich in der Zwischenzeit um K1 zu kümmern.

Aus individualpsychologischer Sicht sieht sich der Mensch folgenden drei großen Lebensaufgaben gegenübergestellt: Liebesfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Gemeinschaftsgefühl. Für den KV brach dadurch eine dieser Säulen zusammen, als selbständiger Tischler musste er mit ansehen wie seine Firma durch seinen Ausfall pleite ging. Er unterstützte seine Familie weiterhin und spendete Zuversicht, Kraft und Trost.

Vermutlich durch seinen eigenen Lebensstil, der in der frühen Kindheit durch frühe Beziehungserfahrungen aber auch durch die individuelle schöpferische Kraft, entsteht, konnte sich der KV (unbewusst) eine hohe Resilienz aneignen. Unter Resilienz werden psychische Eigenschaften verstanden, protektive Faktoren, die die psychische Widerstandskraft von Menschen gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Risiken steigern. In der Sprache Alfred Adlers ausgedrückt, ist die Resilienz Ausdruck eines mutigen und konstruktiven Lebensstils,

der auch in Situationen, die mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Entmutigung einhergehen, beibehalten werden kann.

9 Aus der Sicht der Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie geht es weniger um die Ergründung einer Ursache bzw. der Entstehungsgeschichte der Probleme, als vielmehr um das Bewusst machen und die Korrektur dysfunktionaler Handlungs- und Denkmuster.

Erst in zweiter Linie ist die Forschung nach dem Auslöser dieser Muster von Interesse. Im Vordergrund steht die Neuorientierung und das Erlernen neuer Verhaltensweisen.

Die VT versucht mit dem Patienten gemeinsam die gegenwärtige Situation zu betrachten und ihm Methoden anzubieten, um diese psychischen Beschwerden zu überwinden.

Die VT ist somit eine Hilfe zur Selbsthilfe. Es geht um die Korrektur des Verhaltens und der dem Verhalten zugrundeliegenden Bewertungen und Überzeugungen, also um eine Verhaltensmodifikation durch (Re)Konditionierung.

Die Ansätze und Methoden sind mannigfaltig, orientieren sich zumeist am „hier und jetzt“ und bedienen sich verschiedener Manuale.

Als basis dient zumeist eine Verhaltens- und Problemanalyse:

Horizontal oder situative Analyse = Mikroanalyse, hier wird zumeist das SORKC Modell nach Frederick Kanfer verwendet:

Man analysiert das Verhalten in bestimmten einzelnen Situationen, die problematischen Reaktionen auf den Ebenen motorisch, affektiv und vegetativ auf einen Stimulus (Reiz) folgen und die Konsequenzen in Form von Bestrafung oder Verstärkung eben dieses Verhaltens steuern. Ziel ist es, so den Zusammenhang zwischen Verhalten, Reiz und Konsequenz, unter Bedachtnahme auf moderierende Faktoren der Person (Organismus = dazu gehören biologische Dispositionen, Kognitionen) und deren Häufigkeit (Kontingenz) aufzuzeigen.

Vertikale oder kontextuelle Analyse = Makroanalyse, dabei wird nicht eine konkrete Situation betrachtet, sondern vielmehr vergleichbare Situationen die ein ähnliches Verhalten hervorrufen.

Im Vordergrund stehen kognitive Schemata (Werte, Normen, Ziele)

Werden übereinstimmende, situationsübergreifende Verhaltensmuster gefunden spricht man von einem Verhaltensplan, dessen sichtbar machen als Plananalyse auch als Schemaanalyse bezeichnet wird.

In der folgenden Zielanalyse wird gemeinsam mit dem Patienten ein realistisches, konkretes Therapieziel erarbeitet.

Nach Einsatz vereinbarter Interventionen und Aufgaben folgt immer wieder eine Überprüfung (Evaluation) des Methodenerfolges in Form eines Feedbacks.

Grundvoraussetzung für einen möglichen Therapieerfolg sind Echtheit, Empathie und uneingeschränkte Akzeptanz auf Seiten des Therapeuten.

Im Falle unserer Familie sind von keinem Beteiligten Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten gewesen. Als kompensatorische Überreaktion könnte man allenfalls den ausgeprägten Wunsch von K1 und K2 sehen, dem Bruder K3 im sportlichen Bereich ebenbürtig zu sein und ebenfalls Football spielen zu wollen. Da sich eine eventuelle Überforderung jedoch durch berufliche Veränderungen von selber aufgelöst hat und es selbst bei dieser sicher extremeren Sportart zu keinerlei Einschränkungen gekommen war, ist auch hier eine Intervention nicht von Nöten.

Die Familienmitglieder haben durch die eigene Achtsamkeit gelernt, mit der Situation umzugehen und somit Ängsten, Affektiven Störungen oder Belastungsstörungen aktiv entgegenzuwirken.

10 Aus der Sicht der Gestalttherapie

Die Gestalttherapie ist eines der klassischen humanistischen Psychotherapieverfahren, gegründet von Laura und Fritz Perls sowie Paul Goodman und hat sich aus der Psychoanalyse und aus der Gestaltpsychologie heraus entwickelt, sowie aus dem holistischen, phänomenologischen und existentiellen Denken des 20. Jahrhunderts.

Krisen im Leben (aus gestalttherapeutischer Sicht)

„Am Ende wird alles gut. Wenn es nicht gut wird, ist es noch nicht das Ende.“ (Oscar Wilde)

Lebenskrisen, Sinnkrisen und Umbruchphasen: Wie kann es weiter gehen?

Immer wieder brechen in einen geordneten Alltag Ereignisse herein, die manchmal nur schwer auszuhalten und zu bewältigen sind. Umzüge, Trennungen, Neuanfänge oder, wenn der Arzt eine schlimme Diagnose stellt. Oft wissen Menschen nicht mehr weiter und dann spricht man umgangssprachlich von einer Krise.

Doch Krisen sind auch eine Chance. Sie können helfen, das Leben neu auszurichten, sich auf sich selbst wieder neu zu besinnen, neue Ressourcen zu entdecken. Der Weg des persönlichen Wachstums führt sehr häufig durch Krisen.

Wir haben im Rahmen des Forschungsprojekts eine von heftigen Krisen erschütterte Familie interviewt.

Die Familie setzt sich zusammen aus der Mutter, dem Vater, den beiden herzkranken Söhnen K1 und K2, sowie K3, dessen Zwillingbruder kurz nach deren Geburt verstorben ist. Die Söhne sind inzwischen erwachsen und führen ein eigenständiges Leben, die Eltern sind beisammen und wirken zufrieden.

Wie haben es diese Eltern geschafft, mit diesen tragischen Ereignissen umzugehen?

Sie haben vermutlich ein tiefes Vertrauen ins Leben, einen unerschütterlichen Optimismus und einen starken familiären Zusammenhalt, Hoffnung und Resilienz.

Der Begriff Resilienz

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“ (Welter-Enderlin/Hildenbrand, 2010, S.13)

Resilienz bedeutet aktive Bewältigung des Lebens. Sie hat etwas zu tun mit Urvertrauen, mit Kraft, mit Liebe, mit Eingebettetsein in etwas Größerem, Teil eines Ganzen zu sein, mit der Sicherheit, dass alles schon richtig ist, auch wenn es sich jetzt – im Moment – vielleicht nicht so anfühlt oder real nicht so ist. Es geht um die Gewissheit, dass Probleme zu lösen sind.

Aus der Resilienzforschung kennt man diverse Faktoren, die die Resilienz einer Person beeinflussen. Dazu zählen ein positives Selbstkonzept, Kommunikationsfähigkeit, eine

optimistische Lebenseinstellung, Zielorientierung, aktive Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeit, Selbstregulationsfähigkeit, Umgang mit Stress und Problemlösungsfähigkeit, um nur einige zu nennen.

Aus der Gestalttherapie läßt sich das Prinzip des Hier und Jetzt den Resilienzfaktoren „Umgang mit Stress“ sowie dem „Problemlösen“ zuordnen. Es geht um das Gedeihen trotz widriger Umstände. Probleme, Stress, Krisen bedeuten immer, daß im Hier und Jetzt etwas geschehen muß. Die gegenwärtige Situation ist zu meistern. Zu meistern gab es für das damals junge Paar sehr viel. Die KM ist eine mutige, verantwortungsbewußte Frau und realisiert ihren Wunsch, ihre Kinder ambulant im Geburtshaus Nussdorf zur Welt zu bringen. Sie ermöglicht ihren Kindern damit eine sanfte Geburt und vertraut, daß dabei alles gut geht, jenseits der spitalsüblichen Routine. Als bei K1 ein Herzfehler festgestellt wurde und die ersten Untersuchungen im Kinderspital erfolgten, entschieden sich die KM und der KV gegen eine längere stationäre Beobachtung und nahmen das Kind nach Hause. Das war eine gute Lösung in dieser schwierigen Situation. Der Glückszustand durch das Stillen milderte die Sorgen um die Herzerkrankung des Säuglings. Es erfolgten engmaschige Kontrollen im Kinderspital. K1 entwickelte sich gut, eine Herzoperation war jedoch unumgänglich und erfolgte etwa 1 Jahr nach seiner Geburt.

KM und KV unterstützen einander, denken positiv und sind optimistisch, sie haben großes Vertrauen in die Medizin. Die OP ist gut verlaufen. Vermutlich verfügen beide über eine hohe Resilienz, die sie in ihrer Kindheit erworben haben. Denn es sollen noch weitere große Herausforderungen für die beiden folgen.

Mit 2 1/2 jährigen Abstand zu K1 brachte die KM wieder einen Buben, K2, zur Welt. Bald wurde auch bei ihm eine Herzerkrankung festgestellt und eine Operation musste dringend erfolgen. Die Frage nach dem Warum taucht kurz auf: „Warum passiert uns das ein zweites Mal?“

Aber dann galt es gleich wieder zu handeln. Im Hier und Jetzt. Untersuchungen, OP-Termin, Angst vor den Folgen der eingetretenen Komplikation, eine lebensbedrohliche Situation, Intensivstation, große Ängste und Verzweiflung. Und nochmals geht alles gut aus.

Der amerikanische Gestalttherapeut Joseph Zinker definiert als Paar „zwei Menschen, die eine ernsthafte Vereinbarung auf Dauer treffen, wichtige Lebensaufgaben zu teilen: Arbeit, Freundschaft, Kinder, Hausarbeit, Spiel, Liebe, Lernen“.

Einen großen Platz im Leben des Eltern nimmt dieses gemeinsame Teilen der Sorgen und der Ängste um die beiden herzkranken Kinder ein. Seiner Arbeit als selbständiger Tischler kann der KV allerdings nicht mehr nachgehen. Die Nach- und Kontrolluntersuchungen der Buben benötigen viel Zeit und Aufmerksamkeit. Er widmet sich voll und ganz diesen Herausforderungen. Die KM fühlt sich durch ihren Mann sehr gut unterstützt.

Fast 4 Jahre nach der Geburt von K2 bringt die KM nach einer weiteren problemlosen Schwangerschaft Zwillinge zur Welt, Buben. Es kommt während der Geburt zu Komplikationen, K4 stirbt einige Tage danach, K3 ist ein gesundes Kind.

Und wieder ermöglicht es der starke Zusammenhalt des Ehepaares auch mit diesem Schicksalsschlag umzugehen, das „Hier und Jetzt“ wahrzunehmen, nach dem zu schauen, was ist und nicht danach, was sein sollte.

Gestalttherapie arbeitet phänomenologisch. Das heißt, der Mensch nimmt nicht all die Eindrücke wahr, die er wahrnehmen könnte. Er fokussiert nur das für ihn Wesentliche. Ein normaler Prozess, der vor Überflutung schützt. Das Wesentliche nimmt „Gestalt“ an, es rückt in den Vordergrund. Dahinter liegt der Hintergrund – der Kontext – das was man nicht bewusst wahrnimmt aber dennoch da ist. Die Gestalttherapie nennt das „Figur-Grund-Prozess“.

KM und KV mußten sich auch immer wieder auf das Wesentliche konzentrieren. Möglicherweise gab es offene Themen, die sich in den Vordergrund drängten, sogenannte „offene Gestalten“, die vollendet, geschlossen werden wollten, um in den Hintergrund treten zu können und somit einen Raum für neue „Gestalten“ zu eröffnen. Das bewirkt einen Heilungsprozess.

Die KM, die zwar viel Freude erfuhr, aber auch große Trauer zu bewältigen hatte, begann eine Psychotherapie. Sie entschied sich für Existenzanalyse.

Die inzwischen erwachsenen Söhne sind selbstbewußte junge Männer, die ihr Leben gut meistern. Sie leben ohne wesentliche Einschränkung. K1 und ThomK2as kümmern sich regelmäßig um ihre Kontrolluntersuchungen. K1 weiß, daß in den nächsten Jahren eine weitere Operation nötig sein wird. Er hat keine Angst davor.

Er hat Vertrauen. Vertrauen daß alles gut gehen wird, das hat er von seinen Eltern erfahren und das ist einer seiner Resilienzfaktoren.

11 Resümee

In den Gesprächen mit der betroffenen Familie ist uns klar geworden, welche ungeheure Kraft im System Familie stecken kann.

Das Interview macht deutlich, was notwendig ist, um Schicksalsschläge wie den Tod des eigenen Kindes und des Bruders als auch die Diagnose „angeborener Herzfehler“, zu verarbeiten. Es bedarf vieler Gespräche mit vertrauenswürdigen Personen sowie einer intensiven Auseinandersetzung mit den Ereignissen. Darüber hinaus ist eine Weltanschauung hilfreich, die dazu beiträgt, das Geschehene zu verstehen und ihm einen Sinn abzugewinnen. Das sind in diesem Fall der unerschütterliche und ausgeprägte Familienzusammenhalt.

Wenn man den Betroffenen folgen würde, wäre der Wunsch nach mehr Klarheit und menschlicher Zuwendung von Seiten der Ärzteschaft ein dringendes Anliegen. Obwohl sich in Punkto Betreuung seit damals doch einiges bewegt hat, wäre dennoch die Forderung nach einer psychotherapeutischen Betreuung in den Spitälern, als Begleitmaßnahme auf den einzelnen Stationen erstrebenswert und würde in Folge auch zu schnelleren, komplikationsloseren Heilungen führen.

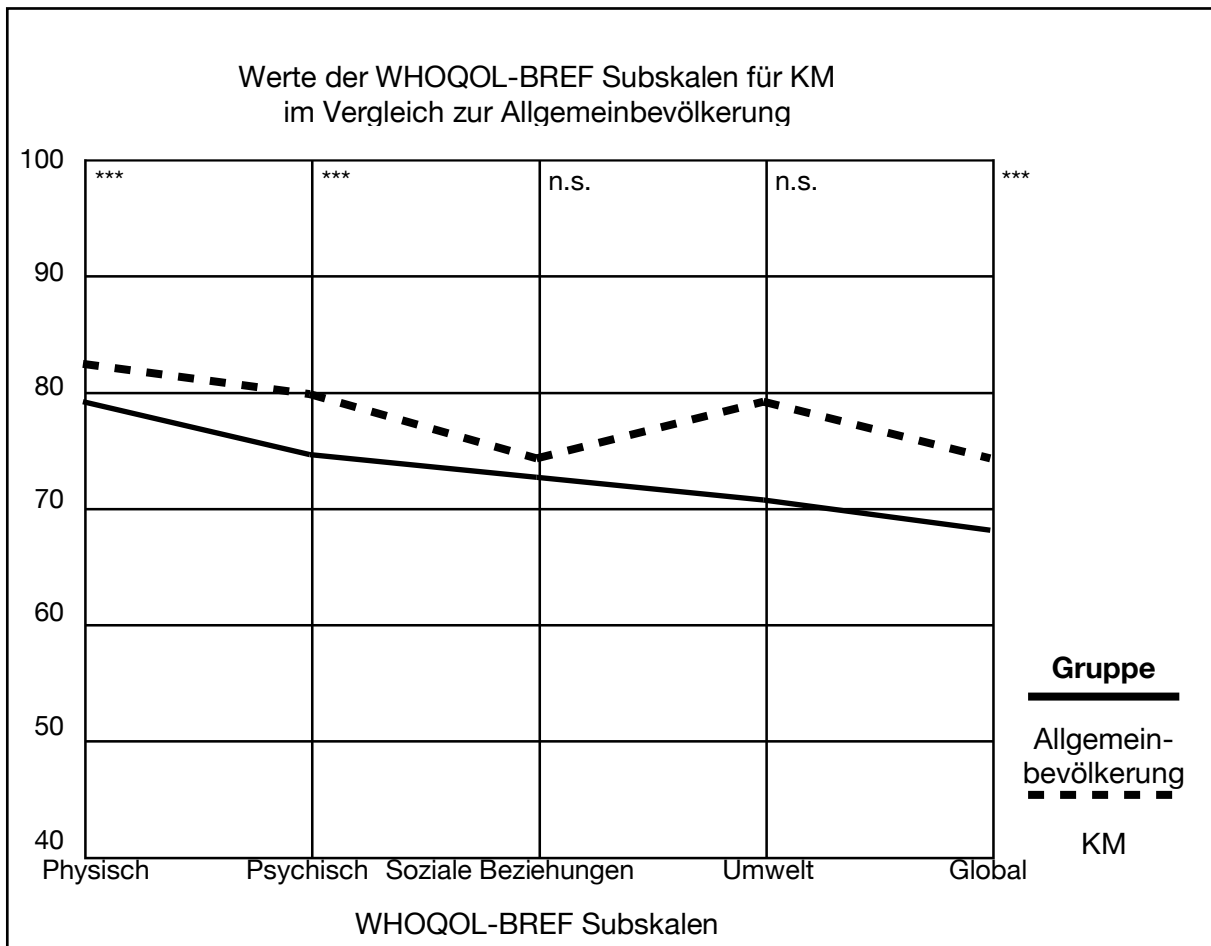
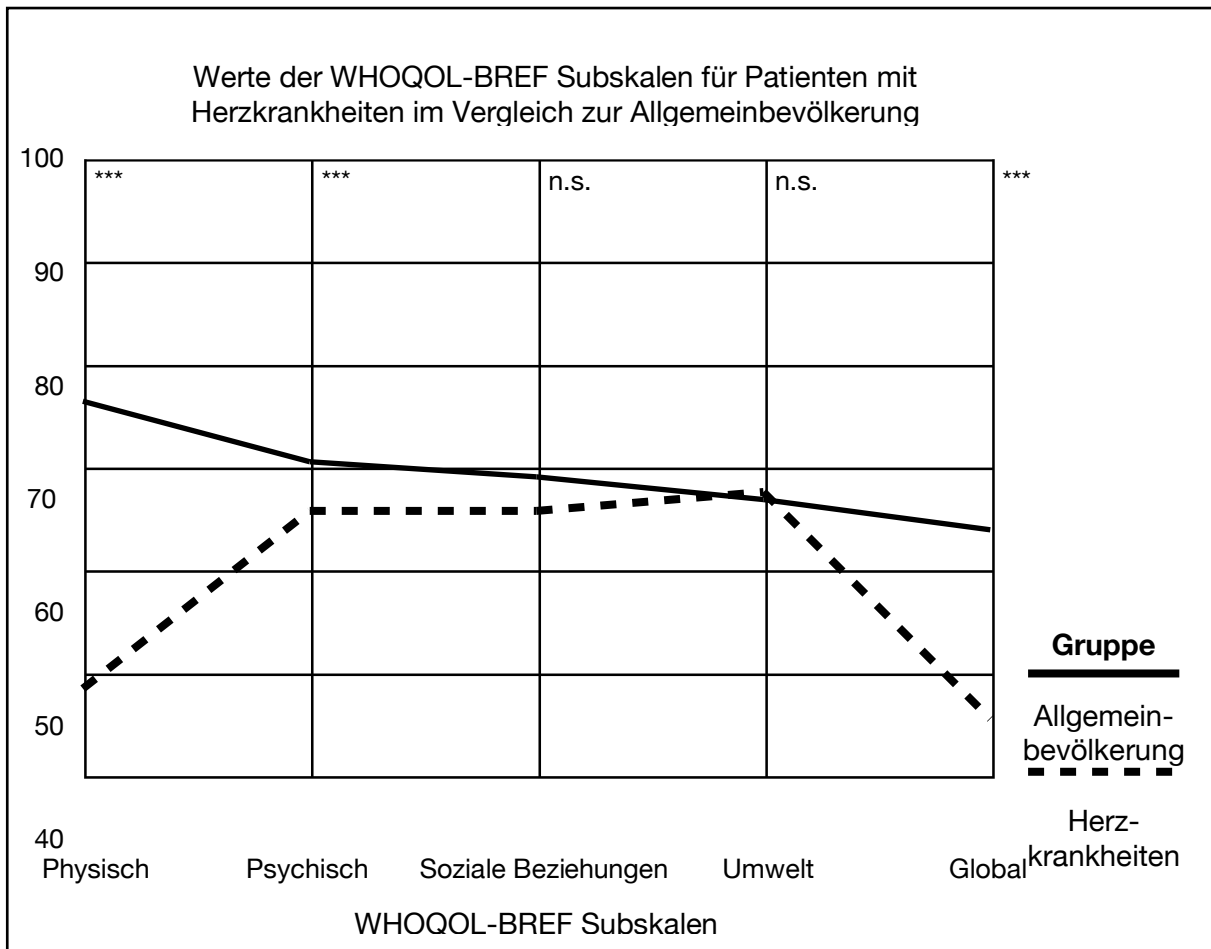
Mens sana in corpore sano-Ein gesunder Geist in deinem gesunden Körper

Obwohl die hochtechnisierte Medizin vor allem in den Spitälern herausragende Erfolge erzielt, scheint der Mensch in seiner Ganzheit immer weiter in den Hintergrund zu rücken.

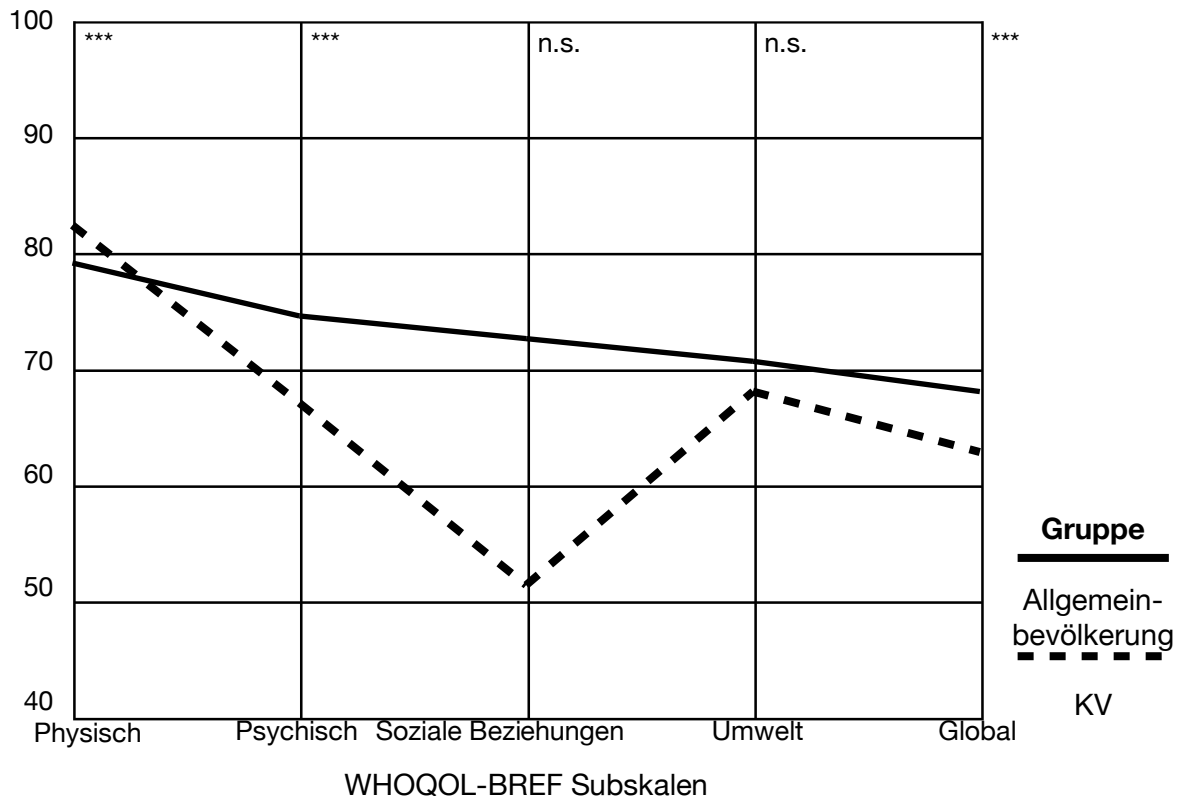
Wir sind der festen Überzeugung, dass ein ganzheitlicher Ansatz in unserem Gesundheitswesen dringend nötig wäre.

Nicht alle haben das Glück über die Ressource einer starken, schützenden Familie zu verfügen.

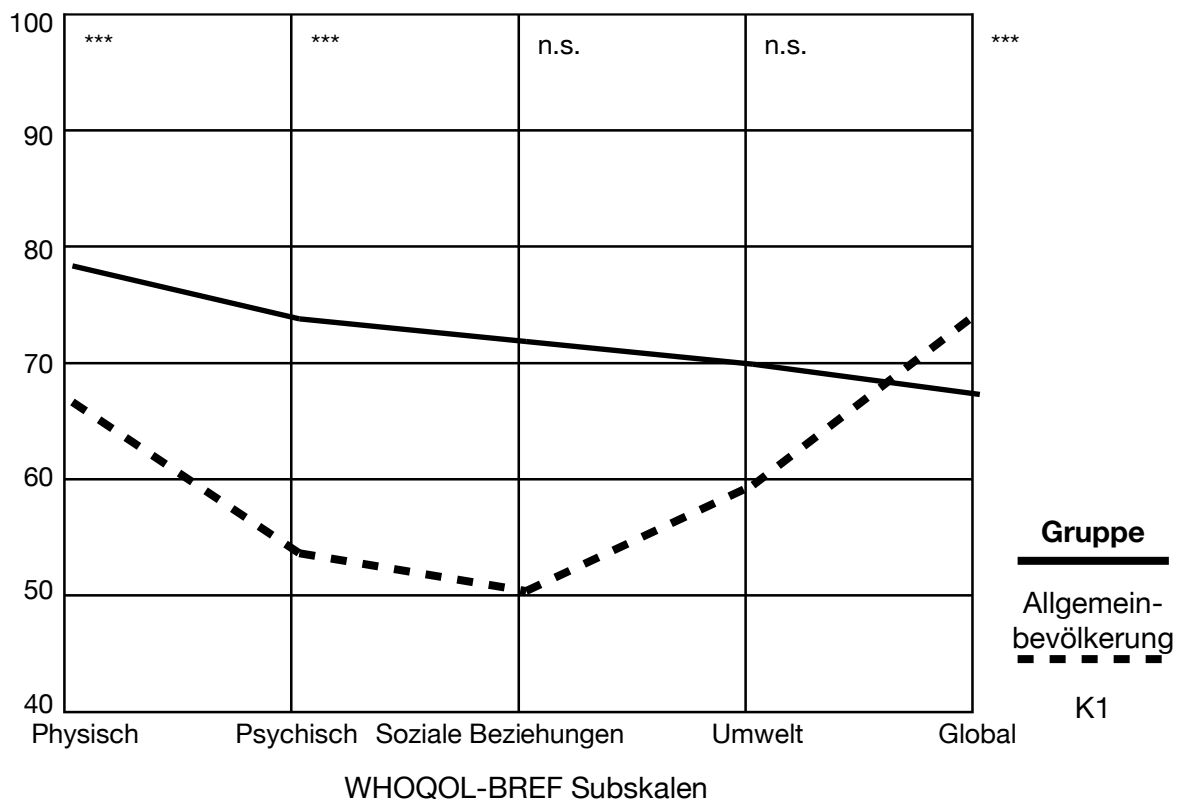
12 WHOQOL-BREF



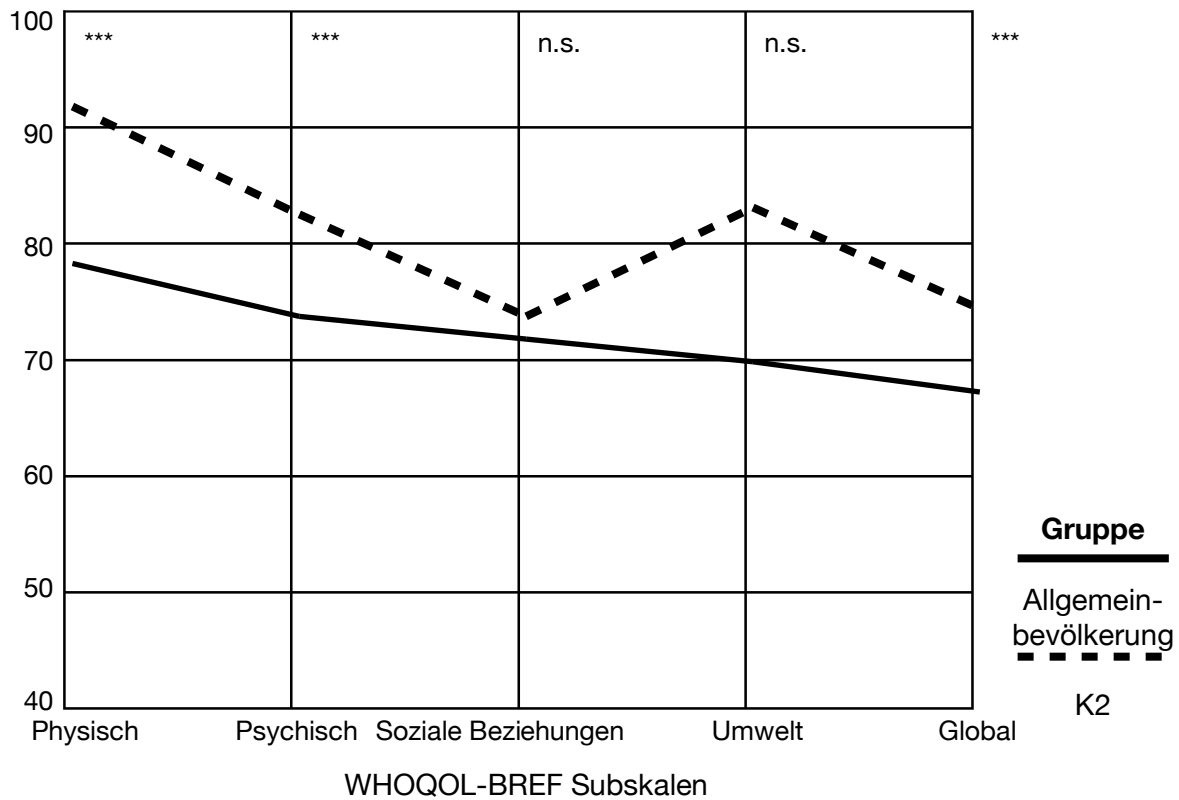
Werte der WHOQOL-BREF Subskalen für KV
im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



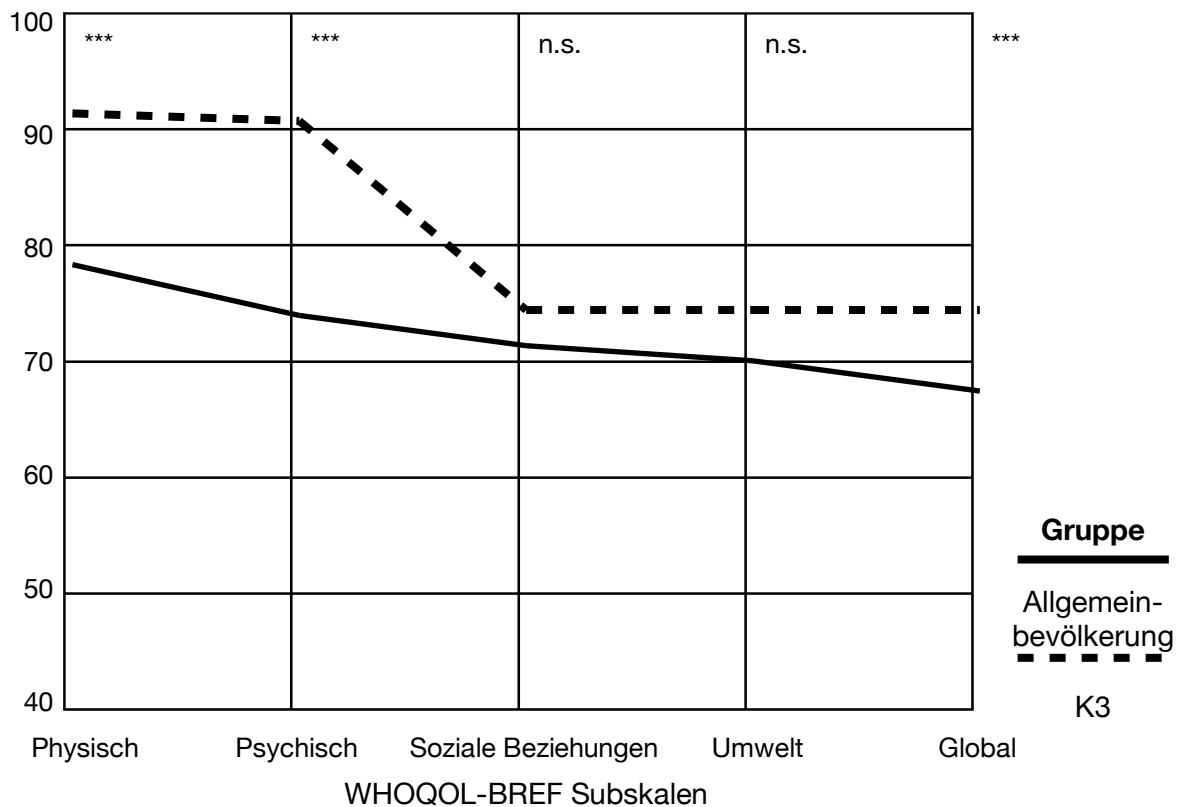
Werte der WHOQOL-BREF Subskalen für K1
im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



Werte der WHOQOL-BREF Subskalen für K2 im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



Werte der WHOQOL-BREF Subskalen für K3 im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



13 Literaturverzeichnis

Adler, Alfred (1933): Der Sinn des Lebens. Religion und Individualpsychologie (1933), Brunner, Reinhard/ Wiegand Ronald (Hrsg.) Studienausgabe Band 6. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 67

Kanfer, Frederick H./Reinecker, Hans/Schmelzer, Dieter (2013): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 3. Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer

Margraf, Jürgen/Schneider, Silvia (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 3. Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer

Margraf, Jürgen/Schneider, Silvia (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar. 3. Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer

Welter-Enderlin, R. / Hildenbrand, B. (2010): Resilienz -Gedeihen trotz widriger Umstände. 3. Auflage. Heidelberg: Carl- Auer

Schmid, Christof (2013): Leitfaden Kinderherzchirurgie. Berlin: Springer, 47

Schumpelik, Volker/Kasperk, Reinhart/Sumpf, Michael (2009): Operationsatlas Chirurgie. 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme

Sohn, Christof/Tercanlic, Sevgi/Holzgreve, Wolfgang (2003): Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme, 195