

# **Psychotherapie – Hilfe für Menschen mit psychischen Belastungen?**

Ein psychotherapeutisch begleitetes Camp  
für ehemals krebskranke Jugendliche.

Ein Projekt der österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe  
Verband der österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe-Organisationen

Verfasser: Mag. Manuel Zeitler

Prop-Kurs Nr.: 24B

Datum: 19. Jänner 2007

<b>0</b>	<b><u>VORWORT</u></b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b><u>THEORETISCHER TEIL</u></b>	<b>4</b>
<b>1.1</b>	<b>DIE ÖSTERREICHISCHE KINDER-KREBS-HILFE</b>	<b>4</b>
<b>1.2</b>	<b>DAS NACHSORGEPROGRAMM</b>	<b>4</b>
<b>1.3</b>	<b>DAS MENSCHENBILD</b>	<b>5</b>
<b>1.4</b>	<b>RAHMENBEDINGUNGEN DES CAMPS</b>	<b>8</b>
1.4.1	DAS PSYCHOSOZIALE MULTIPROFESSIONELLE TEAM	9
1.4.2	ZIELGRUPPE	10
1.4.3	AKTIVITÄTEN	11
<b>1.5</b>	<b>PÄDAGOGISCHE UND THERAPEUTISCHE ZIELSETZUNGEN</b>	<b>12</b>
1.5.1	ZUGANG ZU DEN EIGENEN INNEREN PROZESSEN	12
1.5.2	FÖRDERUNG SOZIALER FÄHIGKEITEN (KOMMUNIKATION UND KOOPERATION)	12
1.5.3	SELBSTVERTRAUEN, SELBSTWERT UND VERANTWORTUNGSBEWUSSTSEIN	12
1.5.4	AUTONOMIE, MITBESTIMMUNG UND EIGENINITIATIVE	12
<b>1.6</b>	<b>BEGRIFFE UND METHODEN DER PSYCHOSOZIALE BETREUUNG</b>	<b>13</b>
1.6.1	MULTIPROFESSIONALITÄT	13
1.6.2	BEZIEHUNG	13
1.6.3	GRUPPENDYNAMISCHE ANSÄTZE	15
1.6.4	NIEDERSCHWELIGKEIT	15
1.6.5	EMPOWERMENT	16
<b>2</b>	<b><u>PRAKTISCHER TEIL</u></b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>STRUKTUR DES CAMPS</b>	<b>17</b>
2.1.1	GRUPPENSTRUKTUR	17
2.1.2	TAGESSTRUKTUR	17
<b>2.2</b>	<b>AUFGABENBEREICHE</b>	<b>18</b>
2.2.1	ADMINISTRATIV, ORGANISATORISCHE AUFGABEN	19
2.2.2	PSYCHOSOZIALE AUFGABEN	19
<b>2.3</b>	<b>FALLBEISPIELE</b>	<b>20</b>
2.3.1	FALL 1	20
2.3.2	FALL 2	21
<b>3</b>	<b><u>RESÜMEE</u></b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b>23</b>

## 0 Vorwort

Die österreichische Kinder-Krebs-Hilfe - Verband der österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe-Organisationen, entstanden aus einer Selbsthilfebewegung von betroffenen Eltern, veranstaltet seit über 10 Jahren Camps, mit der Zielsetzung, ehemals an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen eine Betreuung zukommen zu lassen, die sich mit den psychosozialen Problemen, welche sich aus der Krebserkrankung ergeben haben, befasst.

Im Jahre 2001 wurde ich beauftragt ein Konzept für ein neues Camp (Wintercamp) umzusetzen, dessen Aufgabe sein sollte, zusätzlich zu den medizinischen und pädagogischen Angeboten für ehemals krebskranke Jugendliche die Nachsorge mit einer psychotherapeutischen Orientierung zu erweitern.

Die Fragestellung, die sich bei der Konzeptionsphase dieses Wintercamps ergab, soll in vorliegender Arbeit behandelt und in folgender Formulierung bearbeitet werden:

*Inwieweit können psychotherapeutische Interventionen in der Nachsorge von ehemals an krebskranken Jugendlichen in einem Campsetting eingesetzt und wirksam werden?*

Da Psychotherapie nur unter bestimmten Rahmenbedingungen stattfinden kann, welche aufgrund noch zu bestimmender Umstände im Konzept des Wintercamps nicht gegeben sind, wird im Folgenden der Versuch unternommen, pädagogische und psychotherapeutische Methoden in besonderer Weise miteinander in Beziehung zu setzen. Damit soll die Möglichkeit, über ein niederschwelliges Betreuungsangebot eine reflexive Erfahrung mit der zurückliegenden Krebserkrankung zu initiieren, diskutiert werden.

Einblicke in die traumatische Situation von Kindern und Jugendlichen während einer Chemotherapie eröffneten sich mir erstmal im Zuge eines Praktikums an der Universität Wien (Abteilung für medizinische Psychologie). Im Laufe der Betreuung von schwerkranken Menschen kam ich mit einem Jugendlichen in Kontakt, der gerade zum Zweck einer Chemotherapie im AKH-Wien stationär aufgenommen worden war. Dort erlebte ich eine mich tief berührende Begegnung mit einer Mutter und ihrem Sohn. Diese Erfahrung hat mir erstmals klar gemacht wie bedürftig und zugleich ohnmächtig Menschen, speziell die Angehörigen, in dieser traumatischen Situation sind.

Zur selben Zeit war ich bereits bei einem Camp der Kinder-Krebs-Hilfe für ehemals krebserkrankte Kinder und Jugendliche als Betreuer tätig und hatte die Idee, motiviert sowohl durch meine Praktikumserfahrungen an der Universität Wien im Zuge meines Studiums, als auch durch eigene psychotherapeutische Erfahrungen und die Teilnahme an einschlägigen Kongressen, ein Konzept gemeinsam mit einem von der Kinder-Krebs-Hilfe vorgeschlagenen Psychotherapeuten zu entwickeln. Zielsetzung war, für ein neues Camp die pädagogischen Konzepte der bereits bestehenden Camps um einen psychotherapeutischen Blickwinkel hinsichtlich dieser traumatischen Situation zu erweitern und dadurch psychotherapeutische Methoden anwendbar zu machen. Dieses neue Konzept wird seit ca. 5 Jahren erfolgreich umgesetzt und weiterentwickelt (die Anzahl der Anmeldungen steigt kontinuierlich an), sodass diese Konzepterweiterung für alle Camps der Kinder-Krebs-Hilfe übernommen wurde.

Sowohl theoretische Überlegungen mit wissenschaftlichen Ansätzen zu verknüpfen, als auch praktischen Einblick in die Arbeitsweise und Reflexion meiner Arbeit im Camp zu liefern, soll Aufgabe vorliegender Arbeit sein. Dem Anspruch auf Vollständigkeit kann allerdings aufgrund des geringen Umfangs dieser Arbeit nicht entsprochen werden, vielmehr soll ein kurzer Überblick und Einblick in die Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen geboten werden, in eine Arbeit mit einer Zielgruppe, welche durch verschiedenste Formen von Krebserkrankungen psychisch und zum Teil körperlich schwer belastet wurde.

# 1 Theoretischer Teil

## 1.1 Die österreichische Kinder-Krebs-Hilfe

Die Österreichische Kinder-Krebs-Hilfe (ÖKKH) wurde 1988 als Dachverband von sechs regionalen Landesverbänden (Wien/Niederösterreich/Burgenland; Oberösterreich; Salzburg; Steiermark; Kärnten; Tirol/Vorarlberg/Südtirol) für krebskranke Kinder und Jugendliche ins Leben gerufen. In enger Kooperation mit den Landesverbänden werden Aktivitäten (z.B. Sommercamps) organisiert und koordiniert, sowie die Interessen Betroffener auf regionaler und überregionaler Ebene vertreten. Die Österreichische Kinder-Krebs-Hilfe ist, wie alle Kinder-Krebs-Hilfe-Organisationen, ein gemeinnütziger Verein. Seit 2006 lautet die genaue Bezeichnung des Dachverbandes: „Österreichische Kinder-Krebs-Hilfe - Verband der österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe-Organisationen“. Dieser wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit abgekürzt „Kinder-Krebs-Hilfe“ genannt.

## 1.2 Das Nachsorgeprogramm

Die Kinder-Krebs-Hilfe hat ein Nachsorgeprogramm entwickelt, welches für KlientInnen aus ganz Österreich kostenlos zugänglich ist und aus Spendengeldern finanziert wird. Die einzelnen Landesverbände bieten darüber hinaus eigene, jeweils bundeslandweite Projekte an. Zum Klientel der Kinder-Krebs-Hilfe zählen neben den betroffenen Kindern und Jugendlichen ebenso Verwandte und insbesondere Geschwister ehemals erkrankter Kinder und Jugendlicher. Die Geschwistercamps werden bewusst völlig unabhängig von den Betroffenenencamps durchgeführt, damit die während der Krebserkrankung meist vernachlässigten Geschwister, im Zentrum des Interesses stehen und ihre Bedürfnisse besonders ernst genommen werden können. Für Eltern und Verwandte gibt es derzeit, aufgrund des zu geringen Interesses (es mussten immer wieder solche Angebote aufgrund zu geringer Anmeldungen abgesagt werden) kein Angebot. Lediglich für jene Familien, die durch die Krebserkrankung ein Kind verloren haben, wird derzeit ein Camp angeboten.

### 1.3 Das Menschenbild

Aufgrund der Tatsache, dass medizinische Verfahren, denen vorwiegend ein mechanistisches Menschenbild zugrunde liegt, den KlientInnen<sup>1</sup> das Überleben gesichert haben (die Heilung wird hier hauptsächlich als über den Körper vollzogen gedacht), die psychische Belastungen der akuten traumatischen Situation dadurch aber nur zum Teil oder meist gar nicht ins Blickfeld genommen wurden, haben sich die Nachsorgekonzepte sehr konkret von diesem Ansatz distanziert. Der humanistische Ansatz als Gegenposition zu diesem Menschenbild liefert daher einen wichtigen Beitrag, den stark rationalisierten, wissenschaftszentrierten und direktiven Methoden des Krankenhauses eine andere Sicht entgegenzusetzen. Die Nachsorge beginnt demnach erst nach der Akutsituation und oft werden erst lange Zeit nach der Erkrankung die psychischen Auswirkungen spürbar und die KlientInnen beginnen sich mit dem Erlebnissen der Erkrankung und deren Folgen auseinanderzusetzen. An diesem Punkt setzen die Nachsorgecamps der Kinder-Krebs-Hilfe an, indem sie versuchen, einen niederschweligen Zugang zu einer professionell angeleiteten Reflexion anzubieten und auf die verschiedenen Bedürfnisse, die je nach Erkrankung und sozialem Umfeld unterschiedlich sein können, einzugehen. Dass eine psychosoziale Betreuung im klinischen Kontext nur bedingt möglich ist, zeigt sich in der Konzeptbeschreibung des psychosozialen Teams im St. Anna Kinderspital:

*Der Zugang zu den Familien gelingt nicht immer, obwohl ein psychosozialer Betreuungsbedarf gegeben erscheint. Die Gründe für diese nicht gelungenen Zugänge liegen unseres Erachtens einerseits in der Vorgeschichte der jeweiligen Familie (z. B. negative Vorerfahrungen mit Psychologen, massive psychosoziale Vorbelastungen mit Widerstand und Angst vor einer Auseinandersetzung mit diesem seelischen Leid, große Schuldgefühle der Eltern in Bezug auf die Erkrankung des Kindes), andererseits in einer missglückten psychosozialen Kontaktaufnahme. In diesem Zusammenhang muss auf die Ausgangslage psychosozialer Beratung verwiesen werden: Der primäre Grund für den Kontakt mit dem Krankenhaus ist nicht eine seelische Erkrankung, sondern eine organische. Es ist deshalb nicht selbstverständlich, dass Kinder oder Eltern auch gleichzeitig einen Psychologen wünschen. Eine Ablehnung psychosozialer Hilfestellung ist nicht zuletzt aus rechtlichen Gründen zur Verhinderung einer „psychosozialen Zwangsbehandlung“ zu respektieren.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Für einen leserlichen Textfluss soll im Weiteren der Begriff „KlientInnen“ für ehemals an Krebs erkrankte Kinder und Jugendliche verwendet werden.

<sup>2</sup> R. Topf, J. Trimmel, L. Vachalek, C. Felsberger, H. Gadner, Das Psychosoziale Betreuungskonzept der pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspitals. In: *Psychologie in Österreich*, Wien 1999, S.96

In der Krisensituation scheint es also häufig zur Bildung von Vorurteilen gegenüber psychosozialen Professionen zu kommen. Dies bestätigten viele Einzelgespräche mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Angehörigen. Die Bereitschaft für eine Inanspruchnahme von Psychotherapie nach der Akutsituation wird dadurch verringert, dass eine Unterscheidung verschiedener psychosozialer Professionen (speziell Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie) den KlientInnen meist nicht klar differenziert vorliegt, bzw. in der Krisensituation nicht als wesentlich wahrgenommen wird. Ein für die Beobachter dieser Situation offensichtliches Bedürfnis nach Klärung, Verarbeitung und Reflexion wird daher vielfach nicht verbal zum Ausdruck gebracht, da die Angst vor der Stigmatisierung des „Verrücktseins“, durch das Aufsuchen eines „Psychologen“, sehr stark zu sein scheint. Das Bemühen den seelischen Schmerz nicht wahrnehmen zu müssen, sowie das Bedürfnis auf Normalisierung nach der Akutsituation scheinen dermaßen dominierend, dass eine Rückkehr zur Schein -Normalität durch Verleugnung in weiterer Folge zu verschiedensten Belastungen des Familiensystems führen kann. Die seelischen Auswirkungen dieser Erlebnisse können oftmals auch erst Jahre später durch psychische bzw. psychosomatische Symptome manifest werden.

Diese Überlegungen haben für die Konzeption des Wintercamps dazu geführt, dass eine wesentliche Zielsetzung der Camps darin besteht, Vorurteile gegenüber psychosozialen Professionen abzubauen, einen angstfreien Zugang zu psychosozialen Einrichtungen zu ermöglichen und die Inanspruchnahme einer Psychotherapie, falls induziert, zu empfehlen.

Das Menschenbild der pädagogischen bzw. psychotherapeutischen Arbeit in der Nachsorge von ehemals krebskranken Kindern und Jugendlichen wurde vorwiegend von den psychotherapeutischen Schulen der planenden und handelnden TherapeutInnen bestimmt. Bei der Konzeptarbeit des vorliegenden Camps wurde daher stark von einem gestalttherapeutischen Ansatz ausgegangen, wobei Einflüsse aus verschiedenen anderen Theorien wie z.B. der personenzentrierten Psychotherapie, der Gruppendynamik, der systemischen Therapie sowie tiefenpsychologisch orientierte Überlegungen berücksichtigt wurden.

Des Weiteren schien es sinnvoll, von einer Theorie des Menschen auszugehen, die sich in Verbindung mit dem bisherigen pädagogischen Konzept um die Dimension der psychotherapeutischen Perspektive konsequent erweitern lässt. In vorliegender Arbeit wird daher von einer humanistisch-phänomenologisch orientierten Psychologie

ausgegangen, die „durch ihr besonderes Interesse für die Erfahrung des Selbstbewusstseins des Menschen“<sup>3</sup> gekennzeichnet ist.

Die humanistische Theorie definiert als Quelle von Selbstbestimmung und persönlicher Freiheit das reflexive Bewusstsein, das Bewusstsein des Selbst als aktives Zentrum der Zielgerichtetheit und Erfahrung. Die humanistische Psychologie versteht sich als „dritte Kraft“ neben der Psychoanalyse und dem Behaviorismus und wird nicht als geschlossenes System betrachtet. Im Unterschied zu diesen beiden Hauptströmungen der Psychologie, die ursprünglich von einem homogenen Theoriebestand ausgingen, ist die humanistische Psychologie durch unabhängig voneinander entwickelte Ansätze, die durch das gemeinsame Menschenbild und durch gleichartige therapeutische Grundprinzipien verbunden sind, gekennzeichnet. In Europa kommen „humanistische“ Vertreter aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie und den Sozialwissenschaften mit starkem Interesse an philosophischen Einflüssen aus der Phänomenologie und dem Existentialismus. Die humanistische Theorie ist heute um viele Aspekte sowohl tiefenpsychologischer als auch behavioristischer Beiträge erweitert. Dazu zählen neoanalytische, jungianische und adlerianische Ansätze sowie Beiträge aus der Gestaltpsychologie und der Lewin'schen Feldtheorie sowie Überlegungen aus der fernöstlichen Philosophie und der Systemtheorie.<sup>4</sup>

Die humanistische Psychologie ist wie schon erwähnt in gewisser Weise als „Protest“-Bewegung gegen die Psychoanalyse und Verhaltenstherapie entstanden und wird daher oft durch das charakterisiert, was sie nicht ist, wie z.B. anti-reduktionistisch, anti-deterministisch bzw. anti-akademisch. Es werden vor allem Begriffe wie z.B. das Selbst, das Werten, Wachstum, Autonomie, Selbstverwirklichung, Freiheit, Wahl und Verantwortung, Liebe, Kreativität, Beziehung, Ganzheitlichkeit, Transzendenz, Gipfelerfahrung und Mystik (transpersonale Dimension) betont. Der wissenschaftstheoretische Standpunkt der humanistischen Psychologie kann nach Bugental durch fünf Prinzipien veranschaulicht werden:<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> R. Hutterer, Paradigmatische Grundlagen der Humanistischen Psychologie. In: G. Sonnek (Hrsg.). Einführung in die Psychotherapie, Wien 1996, S. 155.

<sup>4</sup> Vgl. ebd. S.155-158

<sup>5</sup> Vgl. G. Stumm, Kennzeichen der Humanistischen Psychologie. In: G. Stumm, I. Fennes. Arbeitspapier zur Lehrveranstaltung: Humanistische und existenzielle Ansätze der Psychotherapie. Wien 2006, S. 7

1. Gegen Objektivität als wissenschaftlichen Anspruch; der Forscher ist Teil des Untersuchungsfeldes; weit über naturwissenschaftliche Orientierung im humanwissenschaftlichen Bereich hinausgehend.
2. Bedeutung und Sinn der Fragestellung ist wichtiger als Methodik
3. Menschliche Erfahrung ist über Tests und objektive Methoden zu stellen (direktes und unmittelbares Erleben)
4. Relativität der Erkenntnis (qualitative Forschung)
5. Phänomenologie<sup>6</sup>

Kritik an diesem Ansatz wird vor allem in der fehlenden Objektivierbarkeit bzw. Überprüfbarkeit, ihrer Heterogenität, einem überschwänglichen und übertriebenen Optimismus, einer vermuteten Mittel- und Oberschicht-Ideologie und in Auswüchsen wie Theoriefeindlichkeit, einer anti-intellektualistischen und wissenschaftskritischen Haltung, Irrationalität, Individualismus, der Überbetonung von Selbstaktualisierung, Authentizität, einem Hier-und-Jetzt-Primat, Hedonismus und einer unnötigen Polarisierung von Gefühl und Verstand gesehen.<sup>7</sup>

Trotz dieser ernstzunehmenden Kritik scheinen die humanistische Psychologie und die aus ihr abgeleiteten Methoden für dieses spezielle Campsetting gut geeignet zu sein und werden im Weiteren für meine Überlegungen eine zentrale Rolle einnehmen.

#### **1.4 Rahmenbedingungen des Camps**

Im Folgenden sollen die Rahmenbedingungen des Wintercamps dargestellt werden, um ersichtlich zu machen, warum eine Psychotherapie im klassischen Sinn innerhalb des Camp-Settings nicht möglich ist.

Das Alter der jugendlichen Zielgruppe wurde für das Wintercamp zwischen 14 und 19 Jahren angesetzt, da in diesem Altersabschnitt meist eine entsprechende Reflexionsfähigkeit angenommen werden kann. Andere Camps befassen sich mit Kindern ab 8 Jahren und sind hauptsächlich durch einen outdoorpädagogischen Ansatz, der sich über einen spielerischen Zugang der Thematik nähert, gekennzeichnet. KlientInnen, welche die Erkrankung schon im Baby- oder Kleinkindalter hatten, können sich meist nur schwer an die traumatischen Erlebnisse erinnern, daher ist es sehr wichtig einen niederschweligen Ansatz zu verfolgen und die KlientInnen dort abzuholen, wo sie in der Verarbeitung gerade sind. Ein konkreter therapeutischer Auftrag besteht daher nicht, vielmehr soll ein erster Kontakt mit einem Therapeuten ermöglicht werden, der

---

<sup>6</sup> Ebd. S. 7

<sup>7</sup> Vgl. R. Hutterer, Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Wien 1998, S. 397ff

oftmals in „alltäglichen“ Situationen herbeigeführt wird, wie etwa am Schilift, in der Gondel, während des Abendessens, etc.

Die Dauer des Camps beträgt 7 Tage, die räumlichen und personellen Ressourcen sind für ca. 25 KlientInnen ausgelegt. Derzeit findet das Wintercamp im Bundeschullandheim in Hinterglemm statt, wo folgende Räumlichkeiten zusätzlich zu den 4-Bettzimmern zur Verfügung stehen: ein Turnsaal, Tischtennisräume, 3 Seminarräume, ein Speisesaal, sowie die gesamte Ortschaft und Umgebung, um pädagogische Aktivitäten durchzuführen. Dem Anspruch auf einen behindertengerechten barrierefreien Zugang zu allen Räumlichkeiten konnte erst in dieser Unterkunft (seit 2006) entsprochen werden. Zuvor musste das Wintercamp fast jährlich an neuen Orten durchgeführt werden, da eine behindertengerechte Unterkunft für Gruppenveranstaltungen dieser Art in einem Schigebiet zu diesem Termin nicht gefunden werden konnte.

Aufgrund der genannten Struktur und des fehlenden therapeutischen Auftrags kann nicht von einem psychotherapeutischen Selbsterfahrungssetting gesprochen werden. Da der Zugang zur Nachsorge erleichtert werden soll, ein Therapeut im Team mitarbeitet und als solcher deutlich deklariert wird, bezeichnet sich das Wintercamp als therapeutisch begleitetes Camp.

#### **1.4.1 Das psychosoziale multiprofessionelle Team**

Das Wintercamp wird von einem multiprofessionellen Team angeboten, welches sich aus einem Leitungsteam – bestehend aus zwei Personen, einem BetreuerInnenteam – bestehend aus fünf Personen, und einem Psychotherapeuten zusammensetzt. Der Psychotherapeut ist Gestalttherapeut und begleitet das Camp sowohl intervisiorisch als auch in Form von Einzel- und Gruppengesprächen mit BetreuerInnen und KlientInnen. Das BetreuerInnenteam setzt sich aus pädagogisch ausgebildeten und erfahrenen Personen mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten wie z.B. Musiktherapie, Heil- und Sonderpädagogik, Supervision, Coaching, Sportwissenschaften, usw. zusammen. Auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis wird bei der Wahl der BetreuerInnen dabei genauso viel Wert gelegt, wie auf Erfahrungen in psychotherapeutisch begleiteten Prozessen, wie z.B. Supervision, Selbst- und/oder Gruppenselbsterfahrung, usw.

### 1.4.2 Zielgruppe

Durch die verschiedenen Auswirkungen der Krebserkrankung kann von drei Untergruppen ausgegangen werden:

- Körperlich völlig geheilte KlientInnen,
- KlientInnen mit körperlichen Einschränkungen (z.B. Rollstuhl, fehlende Gliedmaßen, diverse Prothesen,...) und
- KlientInnen mit einem organischen Psychosyndrom (OPS), ausgelöst durch eine Hirntumorerkrankung.

Wie schon beschrieben sind Betroffene und deren Familien durch die Erkrankung psychisch schwer belastet worden. KlientInnen mit körperlicher Einschränkung müssen demgegenüber zusätzlich mit einer dauerhaften Beeinträchtigung leben. Neben den äußerlich sichtbaren Merkmalen (wenig bis kein Haarwuchs, einzelne Körperteile entwickeln sich durch die Wachstumshormontherapie unterschiedlich, Denkstörungen, etc.) und der damit einhergehenden Stigmatisierung, kommt es bei diesen PatientInnen in vielen Fällen aufgrund der Operationen am Gehirn zu verschiedenen Auswirkungen, die zu Veränderungen im Verhalten und Wahrnehmen führen können. Bei dieser so genannten organischen Persönlichkeitsveränderung handelt es sich um „Zustandsbilder bei denen der Wandel der charakterlichen Eigenschaften den einzigen Ausdruck einer zerebralen Schädigung darstellt.“<sup>8</sup> Eine therapeutische Beeinflussung dieser Persönlichkeitsstörungen ist nur sehr begrenzt möglich. Morschitzky unterscheidet folgende Auswirkungen:

1. Gedächtnisbeeinträchtigung (Beeinträchtigung des Speicherns neuer Informationen, in schweren Fällen auch Beeinträchtigung der Erinnerung an früher gelerntes und vertrautes Material).
2. Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Urteilsfähigkeit, Denkvermögen, Informationsverarbeitung) in einem bestimmten Schweregrad (leicht, mittel, schwer).
3. Verminderung der Affektkontrolle, des Sozialverhaltens oder des Antriebs bzw. der Motivation. Diese manifestiert sich in mindestens einem der folgenden Merkmale: Emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergröberung des Sozialverhaltens.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> H. J. Möller, G. Laux, A. Deister, Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart 2005, S.225

<sup>9</sup> H. Morschitzky, Qualitätsmanagement in der klinisch-psychologischen Diagnostik. Kritische Anmerkungen zur Diagnostik des organischen Psychosyndroms in der klinischen Praxis. In: Psychologie in Österreich, Wien 2000. [<http://www.panikattacken.at/psychosyndrom/ops.htm>], stand 08.01.2007

Diese starke Veränderung des Jugendlichen stellt für die Eltern eine enorme Belastung dar – so kommt es in vielen mir bekannten Fällen häufig zu erheblichen Spannungen im gesamten Familiensystem. Durch meine bisherigen Erfahrungen mit den Camps (Friendshipcamp, Waldpiratencamp, Onkicamp, Wintercamp) und einem Elternnachtreffen wurde für mich deutlich, dass KlientInnen mit einem OPS sehr ausgeprägte soziale und psychische Schwierigkeiten aufzeigen. Aufgrund von sozialer Ausgrenzung und der dadurch entstandenen Vereinsamung vieler dieser KlientInnen, sollten diese bei einem umfassenden Nachsorgekonzept eine besondere Berücksichtigung finden, denn im Rahmen der Camps ist es nur bedingt möglich, dieser Situation entgegen zu wirken, bzw. eine positive Veränderung anzuregen. Ein zentrales Anliegen der Kinder-Krebs-Hilfe ist es daher für KlientInnen mit einem OPS eine genaue Bedarfserhebung der Probleme im Alltag durchzuführen, um eine Integration in das persönliche Umfeld möglich zu machen und neue Wege aufzuzeigen. Es kann somit von einem dringenden Bedarf nach psychosozialer Betreuung und Beratung ausgegangen werden, dem sich vorliegendes Projekt, als Teil des Nachsorgeprogramms der Kinder-Krebs-Hilfe, zu widmen versucht.

Um eine genauere Bedarfserhebung bei den Eltern durchzuführen, wurde letztes Jahr nach dem Wintercamp ein so genanntes „Eltern und Jugendlichen Nachtreffen“ organisiert. Vor allem seitens der Eltern wurde ein besonderer Bedarf an psychosozialen Maßnahmen artikuliert. In welcher Form dies im Weiteren angeboten werden kann, bleibt aufgrund von Unklarheiten hinsichtlich der Finanzierbarkeit noch offen.

### **1.4.3 Aktivitäten**

Die im nächsten Abschnitt behandelten pädagogischen und therapeutischen Zielsetzungen werden mittels folgender Angebote umgesetzt bzw. angeregt: Körperliche (Schifahren, Snowboarden, Snowrafting, Klettern, Eislaufen, Schlittensfahren, Fackelwanderung, Pferdekutschenfahrt, Reiten, Schneeschuhwanderung) und kreative Aktivitäten (Basteln, Malen, freies Gestalten mit Naturmaterialien, musikalischer Ausdruck) sowie psychosoziale (angeleitet gruppenspezifische Spiele, Einzel- und Gruppengespräche), medizinisch und therapeutisch orientierte Begleitung und Beratung.

## **1.5 Pädagogische und therapeutische Zielsetzungen**

### **1.5.1 Zugang zu den eigenen inneren Prozessen**

Durch das Beobachten innerer Prozesse soll eine Reflektion der traumatischen Situation der Krebserkrankung und die Auseinandersetzung mit den daraus entstandenen Folgen angeregt werden. Dies kann vielfach allein durch das Zusammentreffen und Austauschen mit anderen Jugendlichen, die durch die Intensivbehandlung mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert wurden, ausgelöst werden.

### **1.5.2 Förderung sozialer Fähigkeiten (Kommunikation und Kooperation)**

Der stabile Bezugsrahmen von konstanten Kleingruppen sowie der kreative Bezug in offenen Gruppen ermöglichen das vielseitige Arbeiten an inneren und äußeren Konflikten und eine Verbalisierung von privaten und beruflichen Zukunftsperspektiven (Jobcoaching).

### **1.5.3 Selbstvertrauen, Selbstwert und Verantwortungsbewusstsein**

Durch sportliche und kreative Tätigkeiten in diesem geschützten Rahmen, soll ein positiver Körperbezug wiederhergestellt oder angeregt werden. Gruppendynamische Spiele werden eingesetzt, sowohl um Selbstvertrauen und Selbstwert zu stärken, als auch um Verantwortungsbewusstsein gegenüber sich selbst und der Gruppe sichtbar zu machen.

### **1.5.4 Autonomie, Mitbestimmung und Eigeninitiative**

Durch das Erlebnis der totalen Abhängigkeit von der Krankenhausstruktur und den medizinischen Möglichkeiten, dem Tod zu entgehen, entsteht bei den meisten KlientInnen ein Phänomen, das als Überangepasstheit bezeichnet werden kann. Dies zeigt sich in verschiedenen Situationen des Camps sehr deutlich, beispielsweise wenn es um die Einhaltung von Uhrzeiten und Treffpunkten geht. Fast Minutengenau sind die KlientInnen bei den ausgemachten Orten anzutreffen, da sie als Überlebensstrategie die starre Struktur des Krankenhauses meist internalisiert haben. Daher sollen die KlientInnen durch altersgemäße Beteiligung an der Programmgestaltung und durch Angebote zur „Auflehnung“ gegen die Campstruktur bzw. die Vorgaben der BetreuerInnen dazu angeleitet werden, in einem sicheren Rahmen die eigene Autonomie wieder zu erleben, sowie ein bedürfnisorientiertes Angebot selbst zu gestalten bzw. umzusetzen.

## **1.6 Begriffe und Methoden der psychosoziale Betreuung**

### **1.6.1 Multiprofessionalität**

Verschiedene methodische Ansätze werden unter dem Begriff „psychosoziale Betreuung“ zusammengefasst. Da sich viele Professionen mit den psychischen und körperlichen Problemen von an Krebs erkrankten Menschen beschäftigen, wie z.B. Medizin, Krankenpflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sonder- und Heilpädagogik, Psychologie, Pädagogik, Psychotherapie, Lebens- und Sozialberatung, Jobcoaching, usw., soll in vorliegendem Konzept diese Tatsache nicht außer Acht gelassen werden und einem multiprofessionellen Ansatz den Vorzug geben. Eine ausgewogene Mischung aus psychosozialen Berufen (multidisziplinäres Team) sorgt für eine Vielfalt an theoretischen Positionen und methodischen Ansätzen, die in einem gemeinsamen, prozesshaft verstandenen Konzept zur Umsetzung gebracht werden sollen. Dabei wird die tägliche Intervisionsrunde während des Camps als ein zentrales Mittel eingesetzt, um Strategien zu entwickeln, die unmittelbar auf die Bedürfnisse der KlientInnen angepasst werden können und die sich aus den unterschiedlichen theoretischen Perspektiven der BetreuerInnen und den Leitungspersonen sowie dem Psychotherapeuten ergeben. Die Auseinandersetzung, ob bestimmte Interventionen der Pädagogik oder der Psychotherapie zugeordnet werden können, kann aus Gründen des zu großen Umfangs hier nicht genauer geführt werden. Vielmehr soll auf einen Beitrag von W. Datler verwiesen werden, in dem die Problematik sehr anschaulich dargestellt wurde. Datler legt den Schluss nahe, dass „(heute) ja keineswegs Konsens darüber besteht, was unter „pädagogischen“ oder „psychotherapeutischen“ Theorien eindeutiger Weise zu verstehen ist“<sup>10</sup> und daher die daraus abgeleiteten Handlungskonzepte schwer eindeutig zuzuordnen sind. Ich gehe daher im Weiteren nicht von einer klaren Differenzierung zwischen pädagogischen und psychotherapeutischen Handlungsweisen aus, sondern versuche auf die jeweiligen Bedürfnislagen adäquat einzugehen.

### **1.6.2 Beziehung**

Dass der Beziehungsaspekt ein zentraler und schulenübergreifender Wirkfaktor von Psychotherapie und jeder anderen Art psychosozialer Betreuung ist, wurde durch

---

<sup>10</sup> W. Datler, Psychotherapie und Pädagogik. In: T. Reinelt, G. Bogyi, B. Schuch (Hrsg.), Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. München 1997, S. 107ff  
Weitere Literatur zu diesem Thema: W. Datler, Welchen Sinn kann es haben, zwischen Pädagogik, Heilpädagogik und Psychotherapie zu differenzieren? In: U. Lehmkuhl (Hrsg.), Verlaufsanalysen von Therapien und Beratungen. München 1993, S. 161-169

viele Forschungsergebnisse bestätigt. „Die Rolle von spezifischen Therapietechniken als wirksames Agens konnte demgegenüber bisher weniger eindeutig nachgewiesen werden.“<sup>11</sup> Die vielfach diskutierte Kritik, dass eine professionelle Beziehung keine „echte“ Beziehung darstellt, ist nach Bowlby vernachlässigbar, denn da „... die Bindungstheorie davon ausgeht, dass ein verzweifelter Mensch von Natur aus nach Sicherheit sucht, wird die Unterscheidung zwischen der „echten“ und übertragenen Beziehung weniger problematisch.“<sup>12</sup> Auch wenn ein Mensch nicht unmittelbar verzweifelt ist, ist eine gelingende Beziehung, selbst wenn sie im Rahmen eines professionellen Kontexts stattfindet, ein Grundbedürfnis, das dem Menschen als sozialem Wesen zugrunde liegt.

Experimentell wurde dies in den Affenstudien Harlow's (1958) bestätigt, die Bowlby in seiner psychoanalytischen Theorie der Bindung ins Feld führt. Kleine Rhesusaffen wurden bei der Geburt von deren Müttern getrennt und mit Hilfe von „Ersatzmüttern“ aus Draht großgezogen. Den Affen wurde in einer Reihe von Experimenten entweder eine „Mutter“ aus einem Drahtgestell mit einem Fläschchen voll mit Nahrung oder ein Drahtgestell mit einem weichen Frotteebezug angeboten. Die Affen entschieden sich signifikant für die „flauschige“ Mutter und verbrachten bis zu 18 Stunden täglich damit sich anzuschmiegen, obwohl diese „Mutter“ kein Futter zur Verfügung stellte. Harlow's Schlussfolgerung war, dass gegen die vorherrschende Triebtheorie, die Gestalt der Mutter nicht nur auf eine Konditionierung von Hunger und Durst reduziert werden kann.<sup>13</sup>

Wegen der besonderen Bedeutung des Beziehungsaspekts, stellen die Grundprinzipien, Empathie (einfühlerndes Verstehen), Akzeptanz, Wertschätzung und Kongruenz (Echtheit der Person) nach C. Rogers<sup>14</sup> angemessene Grundlagen für die leitenden Handlungsmotive der psychosozialen Betreuung dar und werden daher in den Intervisionsrunden täglich reflektiert. Die BetreuerInnen kommen oftmals in die Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten und Bedürfnissen, die sie, falls induziert und gewünscht, im Einzelgespräch mit dem Psychotherapeuten bearbeiten können. Dies gewährleistet eine durchgängige Arbeitsfähigkeit, trotz sehr starker emotionaler Belastung, während der täglich ca. vierzehnstündigen Betreuungstätigkeit.

---

<sup>11</sup> J. Finke, Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart 2004, S.2

<sup>12</sup> J. Holmes, John Bowlby und die Bindungstheorie. München 2002, S.181

<sup>13</sup> Vgl. ebd. S. 84

<sup>14</sup> C. Rogers, Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München 1977, S.22ff

### **1.6.3 Gruppendynamische Ansätze**

In sozialen Systemen ist es notwendig, einerseits seine Persönlichkeit zu wahren und zu entwickeln, andererseits in einer Gruppe von Personen unterschiedlichen Alters, Charakters und Interesses zu bestehen. Rollenverhalten und Funktionen werden in verschiedenen Gruppengrößen thematisiert, indem die Jugendlichen sowohl in Kleingruppen begleitet, als auch in Großgruppenaktionen angeregt werden, verschiedene Perspektiven, bezogen auf die Verarbeitung der Erkrankung, einzunehmen. Die BetreuerInnen erarbeiten dabei in der Vorbereitung des Camps eine detaillierte Planung und Auseinandersetzungen mit den KlientInnen und deren zurückliegenden Erkrankung. Die kreative Gestaltung des Gruppenbildungsprozesses (z.B. Kennenlern- und Kooperationsspiele) ist dabei ein wichtiger Aspekt der Gruppendynamik. Zentrale Elemente stellen dabei die Gestaltung der abendlich stattfindenden Feedbackrunden in der Kleingruppe und die themenzentrierten Schwerpunkte dar. Diese themenzentrierten Arbeitsschwerpunkte sind für die KlientInnen frei wählbar und sollen niederschwellige bis hochschwellige Themenangebote beinhalten wie z.B. „Mein Körper und ich“, „Zurück in die Zukunft“, „Der Ton macht die Familie“, „Der Tod mein Begleiter“, etc.. Hierbei war auffällig, dass manche KlientInnen, die sich während des Camps eher wenig mitteilten zu einer hochschwelligeren Thematik tendierten. Das Bedürfnis nach einer Auseinandersetzung mit der Erkrankung und seinen Folgen scheint zwar noch nicht verbalisierbar zu sein, das Bedürfnis nach Klärung ist aber zumindest unterschwellig gegeben.

### **1.6.4 Niederschwelligkeit**

Das Prinzip der Niederschwelligkeit beinhaltet die Annahme, dass Angebote umso leichter angenommen werden, je weniger weitreichende Konsequenzen für die KlientInnen daraus erwachsen. Dies ist nur gewährleistet, wenn der/die KlientIn die Kontrolle darüber behält, welchen Einblick er/sie in familiären Strukturen und krankheitsbedingte Defizite gewährt und selbst bestimmen kann, welche Formen der Unterstützung er/sie in Anspruch nimmt. Dieses Prinzip entstand durch die erwähnte Vorurteilsbildung im klinischen Kontext gegenüber psychologischen Angeboten. Die Jugendlichen erwähnen im Kontakt mit dem Psychotherapeuten immer wieder diese ursprüngliche Scheu und Abneigung. Im Campsetting beginnt der Therapeut allerdings „echt“ zu werden und kann vom klinischen Kontext unabhängig gesehen werden. Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie war für manche KlientInnen nach dem Wintercamp nicht mehr mit einem derartigen Widerstand besetzt.

Manchen KlientInnen und oftmals besonders deren Eltern wurde eine Psychotherapie nahe gelegt und die Möglichkeiten des Zugangs zu einer solchen Therapie aufgezeigt. Die PsychotherapeutInnen der Kinder-Krebs-Hilfe übernehmen aus berufsethischen Gründen keine KlientInnen aus den Camps in die eigene Praxis.

### **1.6.5 Empowerment**

Empowerment zielt auf eine Orientierung an den Stärken und Kompetenzen unserer KlientInnen, auf ihre Potentiale zur Lebensbewältigung und –gestaltung, speziell innerhalb von durch die Erkrankung eingeschränkten Bedingungen ab. Empowerment nennt Keupp „den Prozeß, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbst erarbeiteter Lösungen schätzen zu lernen.“<sup>15</sup> Im psychotherapeutischen Sinn könnte dies als konstruktive Aktualisierungstendenz beschrieben werden, die eine Grundhypothese der klientenzentrierten Therapie darstellt. Denn „wenn ein bejahendes, förderliches Klima geschaffen werden kann, wird es dem/der KlientIn ermöglicht, in sich selbst zu suchen, um bessere Einsicht zu gewinnen, um ein besseres Verständnis zu entwickeln, um konstruktive Veränderungen hervorzubringen in seiner/ihrer Art, mit dem Leben fertig zu werden.“<sup>16</sup> Dieses entwicklungsfördernde psychologische Klima hilft dem Klienten persönliches Wachstum und Entwicklung freizusetzen.

---

<sup>15</sup> H. Keupp, Empowerment. In: D. Kreft & I. Mielenz (Hrsg.). Wörterbuch Soziale Arbeit, Weinheim 1996, S. 164.

<sup>16</sup> C. Rogers, Die beste Therapieschule ist die selbst Entwickelte. Wodurch unterscheidet sich die Personenzentrierte Psychotherapie von anderen Ansätzen? In: P. Frenzel (Hrsg), Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie. Köln 1992, S. 23

## **2 Praktischer Teil**

### **2.1 Struktur des Camps**

#### **2.1.1 Gruppenstruktur**

Das Wintercamp bietet für die KlientInnen folgende Kleingruppen an, für die sie sich im Vorfeld anmelden müssen:

- Alternativgruppe
- Snowboard Anfänger
- Snowboard Fortgeschritten
- Schi Anfänger
- Schi Fortgeschritten

In der Alternativgruppe werden spezielle Workshops angeboten, die an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der KlientInnen angepasst werden. D.h. auch körperlich sehr eingeschränkte Jugendliche können ohne Bedenken dieses Camp in Anspruch nehmen. Die anderen Gruppen bieten die Möglichkeit, ähnlich einem Snowboard- oder Schikurssystem, die jeweilige Sportart zu erlernen bzw. zu verbessern. In diesen Kleingruppen finden die ersten Kontakte statt, tägliche Feedbackrunden am Abend dienen der Reflexion des Erlebten. Diese Gruppenstruktur wird nach drei Camptagen immer wieder aufgelöst, um in anderen Konstellationen verschiedene andere, oftmals krankheitsbezogene Themen zu bearbeiten, z.B. gibt es Beobachtungsaufgaben mit dem Motto „Ich beobachte die Welt“ mit anschließender Reflexion und Diskussion.

#### **2.1.2 Tagesstruktur**

Die Wochenplan ist grob strukturiert wobei einzelne Fixpunkte wie die themenzentrierten Workshops, Rätsel-Rallye, usw. von den BetreuerInnen im Vorfeld vorbereitet worden sind. Prinzipiell besteht ein großer Spielraum für Veränderungen in den einzelnen Abläufen, um jederzeit auf die verschiedene Bedürfnisse der KlientInnen eingehen zu können. Exemplarisch soll hier ein Tagesablauf in der Mitte der Woche aufgelistet werden:

7:30	Wecken
8:00	Zusammen mit der Kleingruppe frühstücken
8:45	Treffen in der Großgruppe um den Tagesplan durchzugehen
9:00-12:00	Kleingruppenaktivität (Snowboard, Schi oder Alternativ)
12:00-13:00	Mittagessen in der Kleingruppe
13:00-16:00	Freies Nachmittagsprogramm in der Kleingruppe
16:00-18:00	Themenkreise (niederschwellig-hochschwellig)
18:00	Abendessen in der Kleingruppe
18:45-20:00	Freizeit
20:00	Nachtpiste (freiwillig)
21:30	Abendfeedback und anschließend Nachtruhe
22:00-23:00	Intervision

## 2.2 Aufgabenbereiche

Für das Wintercamp wurde ich gemeinsam mit einer Kinderkrankenschwester als Team mit der Leitung betraut. Die Organisation gibt folgende Aufgabenbereiche für die Leitung sämtlicher Camps vor:

- Leitung des Vor- und Nachtreffens
- Auswahl von BetreuerInnen
- Umsetzung von Konzeptinhalten
  - Vorgabe von Zielen und das Achten auf deren Einhaltung
  - Planung und Durchführung von Aktivitäten
  - Kenntnis der Tätigkeiten der BetreuerInnen
  - Treffen von Entscheidungen
- Leitung von Teambesprechungen
- Kenntnis über das Befinden der TeilnehmerInnen
- Kenntnis der Biografien der TeilnehmerInnen
- Dokumentation über die TeilnehmerInnen gemeinsam mit dem/der Psychotherapeut/in
- Führung von Übergabegesprächen mit den Eltern zu Beginn und am Ende des Camps
- AnsprechpartnerIn für BetreuerInnen, TeilnehmerInnen, Eltern, BetreiberInnen und Geschäftsführung der ÖKKH

- Konfliktmanagement und Krisenintervention in Bezug auf TeilnehmerInnen und BetreuerInnen, ggf. Bereitstellung von externer Supervision
- Kenntnis über die Örtlichkeiten und Infrastruktur bei Aktivitäten außerhalb des Hauses
- Organisation und Beschaffung von Material
- Finanzgebarung
- Präsentation nach außen
- Verfassen des Abschlussberichtes
- Teilnahme an fachspezifischer Weiterbildung (Kinderonkologie, Entwicklungspsychologie, Outdoor-Pädagogik,...)

### **2.2.1 Administrativ, organisatorische Aufgaben**

Meine Aufgaben können in einen administrativ, organisatorischen Bereich, einen pädagogisch koordinierenden Bereich sowie einen Teilbereich zur Qualitätssicherung der psychosozialen Arbeit aufgliedert werden. Meine Leitungstätigkeit vor Ort bezieht sich organisatorisch vor allem darauf, eine Schnittstelle zwischen BetreuerInnen, der Kinder-Krebs-Hilfe-Geschäftsführung und den KlientInnen zu sein, d.h. beispielsweise Informationen in alle Richtungen weiterzugeben, die für die Umsetzung der Campziele relevant sind, als auch gegenüber äußeren Institutionen (Liftgesellschaft, Unterkunft, Sporteinrichtungen, Ärzte,...), die am Campverlauf beteiligt sind, stellvertretend für die Kinder-Krebs-Hilfe aufzutreten.

### **2.2.2 Psychosoziale Aufgaben**

Für die psychosoziale Betreuungsarbeit bin ich in einer Springerfunktion tätig. D.h. während die BetreuerInnen jeweils einen Halbttag in dieser Woche frei haben, übernehmen entweder ich oder die Kinderkrankenschwester diese Kleingruppe. Soweit es zeitlich möglich ist, versuche ich täglich verschiedene Gruppe unterstützend zu begleiten. Der Psychotherapeut kann je nach Bedarfslage, die in der Intervision am Vortag erarbeitet wurde, für die Unterstützung schwieriger Situationen herangezogen werden. Schwierig gestaltet sich vor allem die Aufgabe, einerseits den Überblick über organisatorische und pädagogische Sachverhalte zu behalten und andererseits den Einblick in die Betreuungstätigkeit nicht zu verlieren. Dieses Nähe-Distanzverhältnis stellt für mich die größte Herausforderung als Teil des Leitungsteams des Camps dar.

## **2.3 Fallbeispiele**

### **2.3.1 Fall 1**

Michael\*, 16 Jahre, Gehirntumor (OPS), Alternativgruppe

Michael hatte nach einem Gehirntumor aufgrund zweier Rezidive (=wiederauftreten eines Tumors) vier operative Eingriffen am Gehirn, wobei als Folgeerkrankung ein totaler Hormonausfall auftrat. Durch eine Kortisonbehandlung nahm er in kurzer Zeit extrem schnell an Gewicht und Größe zu. Die Operationen und der totale Hormonausfall haben zu einer starken Verminderung seiner Affektkontrolle, seines Sozialverhaltens und des Antriebs bzw. der Motivation geführt. Frustrationstoleranz ist bei ihm kaum gegeben und jede Unregelmäßigkeit im Tagesablauf bzw. nicht sofortiges Eingehen auf seine Bedürfnisse kann zu starken affektiven Reaktionen führen. Immer wieder kommt es daher zu Auseinandersetzungen mit der Betreuerin und den anderen Gruppenmitgliedern. Maßnahmen durch den Psychotherapeuten mussten immer wieder in Anspruch genommen werden, um es Michael zu ermöglichen wieder am Gruppengeschehen teilzunehmen. Dabei zielte die therapeutische Intervention meist darauf ab, den Kontakt zu ihm aufrechtzuhalten und mit ihm gemeinsam eine Außenperspektive seines Verhaltens einzunehmen, um sein oft aggressives Agieren in der Gruppe zu reflektieren. Für die Betreuerin der Gruppe ist das Herstellen eines positiven Klimas mit Michael und seiner immerwährenden negativen Einstellung sehr schwer möglich. Prinzipiell ist seine Selbstwahrnehmung stark auf seinen körperlichen Zustand vor der Erkrankung bezogen, wo er, von den Eltern bestätigt, sehr sportlich gewesen war. Sein extrem rasches Wachstum führte dazu, dass ihm keine Schischeue passen, da seine Fußgröße auf etwa 50 angewachsen ist und auch die Breite seiner Füße nicht im Normbereich liegt. Eine Sonderanfertigung kommt derzeit noch nicht in Frage, da ein Ende des Wachstums nicht absehbar ist. Für mich war es im Kontakt kaum möglich einzuschätzen, wann der nächste affektive Ausbruch zu erwarten sei. Durch sein sportliches Selbstbild wollte Michael einmal ein Snowskate ausborgen und damit zumindest einmal auf der Piste unterwegs zu sein. Er erzählt wie cool er den Berg hinunterfahren würde, ohne auch nur ein einziges Mal auf so einem Gerät gestanden zu sein. Dies zeigt einen enormen Anspruch, der selbst bei einem genialen Sportler unangebracht wäre. Durch ein Missverständnis mit dem Verleihshop, der ihm

---

\* Der Name wurde vom Verfasser aus datenschutzrechtlichen Gründen geändert.

versprochen hat dieses Gerät ausborgen zu können, dies am nächsten Tag aus unerfindlichen Gründen revidiert hat, kommt es wieder zu einem Wutausbruch. Gemeinsam mit dem Psychotherapeuten versucht Michael nochmals mit dem Leiter des Shops zu sprechen und erhält das Leihgerät. Trotz dieses Teilerfolgs kommt bei Michael kaum eine freudige Stimmung auf, denn positive Erlebnisse bezieht er immer entweder auf den Zufall oder auf Hilfe von außen, wobei sein negatives Selbstbild aufrechterhalten bleibt. Beim Snowskaten selbst erweist er sich dann als sehr geschickt, denn dieses Gerät muss mit sehr viel Geschicklichkeit gefahren werden. Nach diesem Erlebnis kann ich die früher vorhandene Sportlichkeit dieses etwas träge wirkenden Jugendlichen, zumindest erahnen. Durch seine Betreuerin, die derzeit in einer Behinderteneinrichtung tätig ist, gelingt es, mit ihm eine Zukunftsperspektive zu erarbeiten. Am Ende des Camps wird mit der Mutter die Problematik mit Michael besprochen und es kommt immer wieder zu sehr berührenden Momenten, da der Psychotherapeut tiefes Verständnis für Michaels Veränderung und den Schwierigkeiten damit umzugehen bekundet. Seit dem Schuljahr 06/07 ist Michael in einem integrativen Schülerheim für Menschen mit besonderen Bedürfnissen und absolviert seine Ausbildung derzeit als Klassenbesten.

### **2.3.2 Fall 2**

Laura<sup>\*</sup>, 14 Jahre, Akute lymphatische Leukämie (ALL) und Ewingsarkom (Knochenkrebs), Snowboard Anfänger

Laura ist ein sehr aufgeschlossenes Mädchen und wirkt um ca. 2 Jahre älter (dieses Phänomen fällt mir bei vielen Jugendlichen die an Krebs erkrankt waren auf). Am Anfang des Camps ist sie eher zurückhaltend und will nicht über ihre Erkrankung sprechen. Doch in Einzelgesprächen mit ihrem Betreuer, mir und dem Psychotherapeuten wird sie immer offener und formuliert sehr klar ihre Bedürfnisse und Schwierigkeiten in ihrer Familie. Ihre Schilderung der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit hat mich sehr berührt und auch ihre Offenheit gegenüber den familiären Konflikten. Immer wieder fordert sie während der Woche Einzelgespräche mit dem Psychotherapeuten, um an ihrer Situation zu arbeiten. Gemeinsam versuchen sie einen Weg zu finden, besonders den Eltern gegenüber, eine Psychotherapie für Laura zu ermöglichen. Während der ganzen Wochen fällt sie mir immer wieder durch ihren klaren Blick auf. Sie ist sehr feinfühlig, kann aber, wenn

---

\* Der Name wurde vom Verfasser aus datenschutzrechtlichen Gründen geändert.

angebracht, sehr fordernd sein. Beim Snowboarden zeigt sie extrem ausgeprägten Ehrgeiz, obwohl dies nie verbissen wirkt. Beim Elterngespräch am Ende des Camps wird ein ausführliches Gespräch mit der Mutter hinsichtlich einer anzustrebenden Psychotherapie geführt, leider wirkte sie nicht sehr überzeugt, für ihre Tochter eine Therapie zu ermöglichen. Die Idee konnte zumindest angeregt werden und Laura ist heuer wieder für das Wintercamp angemeldet.

### **3 Resümee**

Ich habe in vorliegender Arbeit versucht einen Einblick in die Konzeptionsüberlegungen und deren Umsetzung eines Camps zu geben, dass für mich aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen damit, immer wesentlicher geworden ist und meinen Blick verändert hat. Ich habe außerdem versucht zu zeigen, dass die psychotherapeutische Begleitung des Camps sowohl für die ehemals an Krebs erkrankten Jugendlichen als auch für das betreuende Team von großer Bedeutung ist. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Krebs stellt speziell für das Team eine große Herausforderung dar. Die Betreuungsarbeit ist stark klientenzentriert und es verlangt ein In-Beziehung-Treten mit der Lebenswelt der Jugendlichen. Diese Nähe löst immer wieder auch persönliche Themen in den BetreuerInnen und den Leitungspersonen aus, die psychotherapeutisch reflektiert, zu einem authentischen Kontakt führen können. Diese Authentizität ist für die Jugendlichen spürbar und sie fühlen sich verstanden und wahrgenommen. Während eines Kreativworkshops wurde über das Thema Sterblichkeit reflektiert. Nach diesem Workshop kam eine Klientin (sie hatte nur wenige Wochen vorher ihre Chemotherapie beendet) auf mich zu und fragte: „Welchen Krebs hattest du eigentlich?“ Solche Augenblicke sind für mich das besondere dieses Wintercamps, denn es zeigt eine Atmosphäre von tiefem Verständnis, in der Unterschiede aufgehoben sind.

## 4 Literaturverzeichnis

- Datler W.,** Psychotherapie und Pädagogik. In: T. Reinelt, G. Bogyi, B. Schuch (Hrsg.), Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. München 1997
- Datler W.,** Welchen Sinn kann es haben, zwischen Pädagogik, Heilpädagogik und Psychotherapie zu differenzieren? In: U. Lehmkuhl (Hrsg.), Verlaufsanalysen von Therapien und Beratungen. München 1993
- Finke J.,** Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart 2004
- Holmes J.,** John Bowlby und die Bindungstheorie. München 2002
- Hutterer R.,** Paradigmatische Grundlagen der Humanistischen Psychologie. In: G. Sonnek (Hrsg.). Einführung in die Psychotherapie, Wien 1996
- Hutterer R.,** Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Wien 1998
- Keupp H.,** Empowerment. In: D. Kreft & I. Mielenz (Hrsg.). Wörterbuch Soziale Arbeit, Weinheim 1996
- Morschitzky H.,** Qualitätsmanagement in der klinisch-psychologischen Diagnostik. Kritische Anmerkungen zur Diagnostik des organischen Psychosyndroms in der klinischen Praxis. In: Psychologie in Österreich, Wien 2000.  
Internet: [<http://www.panikattacken.at/psychosyndrom/ops.htm>], stand 08.01.2007
- Möller H. J., Laux G., Deister A.,** Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart 2005

- Rogers C.,** Die beste Therapieschule ist die selbst Entwickelte. Wodurch unterscheidet sich die Personenzentrierte Psychotherapie von anderen Ansätzen? In: P. Frenzel (Hrsg), Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie. Köln 1992
- Rogers C.,** Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München 1977
- Stumm G.,** Kennzeichen der Humanistischen Psychologie. In: G. Stumm, I. Fennes. Arbeitspapier zur Lehrveranstaltung: Humanistische und existenzielle Ansätze der Psychotherapie. Wien 2006
- Topf R., Trimmel J., Vachalek L., Felsberger C., Gadner H.,**  
Das Psychosoziale Betreuungskonzept der pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspitals. In: Psychologie in Österreich, Wien 1999.