

Einsicht und Urteilsfähigkeit von Kindern (1995)¹

"Einsicht" und "Urteilsfähigkeit" sind Begriffe, die derzeit in der wissenschaftlichen Literatur kaum diskutiert werden. Beide Begriffe sind in einer Entwicklungspsychologie aus dem Jahr 1892 zu finden, und der Begriff "Einsicht" spielte in den 20er Jahren im Rahmen der Gestaltpsychologie eine Rolle; seitdem gibt es jedoch nach Ausweis der einschlägigen Datenbanken und Bibliographien im deutschen wie im angelsächsischen Sprachraum keine Veröffentlichungen, die über Forschungsansätze oder -ergebnisse zu diesem Thema berichten. Auch die Durchsicht der Aufsatzliteratur in bezug auf Einsicht in Krankheit, insbesondere Krebserkrankungen, brachte keine Ergebnisse.

Ich habe daraufhin Standardwerke zur Lern- und Entwicklungspsychologie befragt, die unter dem Thema "Problemlösendes Lernen" Hinweise auf Einsicht und Urteilsfähigkeit ergeben. Auch tragen Arbeiten zu psychosozialen Aspekten von Erkrankung oder zu Copingstrategien Einzelaspekte zum Thema bei.

Ich will im 1. Teil aus dieser Literatur einige wichtige Gesichtspunkte nennen, sie im 2. Teil mit einem Fallbeispiel aus meiner eigenen psychotherapeutischen Praxis verbinden, um im 3. Teil sodann einige Schlußfolgerungen zu ziehen.

1 Zur Entwicklung von Einsicht und Urteilsfähigkeit bei Kindern

Einsicht und Urteilsfähigkeit sind abhängig von der Entwicklung kognitiver Funktionen und beziehen sich auf die Fähigkeit zu denken, zu verknüpfen und zu beurteilen. Beide Fähigkeiten sind nicht unmittelbar meßbare oder beobachtbare Sachverhalte, sondern gedankliche Konstrukte, die ein beobachtetes Verhalten erklären sollen. Die neuere Lernpsychologie sieht im problemlösenden Lernen eine Lernart unter mehreren, die voraussetzt, daß der Mensch bereits gelernte Regeln in neuen Regeln höherer Ordnung kombinieren kann. Dazu ist Einsichtsfähigkeit nötig, die es ermöglicht, Beziehungszusammenhänge zwischen Menschen, zwischen Dingen oder zwischen Mensch und Ding zu erkennen. Diese Beziehungen sind in unterschiedliche Kontexte eingebettet und von unterschiedlicher Komplexität und Vernetzung.

Aufgrund von Einsichtsfähigkeit kann etwas als gut, sinnvoll oder notwendig erachtet oder als schlecht, unnütz oder sinnlos verworfen werden, und das Handeln wird entsprechend dieser Einsicht gestaltet. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit betrifft die intellektuelle Kompetenz, die Orientierung in sozialen Bezügen und das emotionale Erleben und ist ein Prozeß, der eng mit der Funktion der Selbstbeobachtung zusammenhängt: Sachverhalte verschiedener Ebenen werden miteinander verknüpft und in eine Beziehung zum eigenen Selbst gesetzt. Wenn eine Einsicht gewonnen ist, dann ist eine Reorganisation des Erfahrungsfeldes erreicht.

Es gibt Einsichtsvorgänge unterschiedlicher Komplexität: Einsicht in die Gefahr einer heißen Herdplatte kann bereits von einem Kleinkind erwartet werden. Wenn

¹Veröffentlicht in: Chr. Dierks und A. Wienke (Hrsg.): Therapieverweigerung von Kindern. Berlin u.a. (Springer) 1995, 39-48

es aber um komplexere Zusammenhänge geht, die vom Kind nicht so unmittelbar wie die heiße Herdplatte "begreifbar" sind, sind die damit verbundenen Denkoperationen ungleich differenzierter. Hierfür ist die Fähigkeit zur Abstraktion erforderlich: Man muß von den Besonderheiten der Einzelsituation absehen und das allgemeine Grundprinzip erkennen können. Erst dann kann man Erfahrungen, die man in bestimmten Einzelsituationen gemacht hat, auf andere, nicht identische, aber ähnliche Gegebenheiten übertragen.

Einsicht und Urteilsfähigkeit entwickeln sich allmählich und setzen einige Entwicklungsschritte voraus. Ich will das anhand einiger Ergebnisse aus meinem Fachgebiet, der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, erläutern:

1. Am Lebensanfang steht sensumotorisches Wahrnehmen und Erleben. Globale Handlungsmuster ohne Vorstellungen, wie z. B. das Spielen mit den Fingern oder Greifen nach einem Gegenstand, führen schrittweise zur Entstehung vorstellungsmäßigen Denkens, das ab ca. 18 Monaten mit dem Spracherwerb und der Symbolisierungsfähigkeit entsteht.
2. Ab diesem Alter kann das Kind innere Vorstellungen von Menschen, Dingen und Sachverhalten entwickeln. Mit der allmählichen Aneignung der Sprache erfährt die kognitive Entwicklung eine bedeutsame Beschleunigung, weil neue Erfahrungen durch Wortdarstellungen integriert und mit Hilfe des Verbalisierens Gefühle und Handlungen beherrscht und kontrolliert werden können.
3. Ein Gefühl für die eigene unverwechselbare Identität ist zumindest ansatzweise entwickelt, wenn ein Kleinkind von sich selbst als "ich" spricht. Es mündet in das Selbst-Konzept, das sich während der Kindheit und Adoleszenz bildet und in der Spätadoleszenz abgeschlossen ist.
4. Der Realitätssinn etabliert sich. Er ist an Sprache und Logik gebunden und ist eine Entwicklungserrungenschaft, die ab ca. 18 Monaten möglich wird. Die Realität kann zunehmend besser von der Phantasiewelt abgegrenzt werden.
5. Die Fähigkeit zur Frustrationstoleranz bildet sich allmählich ab dem 18. Lebensmonat, aufgrund derer auf eine augenblickliche Triebbefriedigung zugunsten anderer Ziele verzichtet werden kann.

Vertrauensvolle und stabile Beziehungen zu den Eltern ermöglichen diese Entwicklungsschritte in den ersten Lebensjahren. Mit 5 bis 7 Jahren haben Kinder die schützenden, sorgenden, urteilenden und strafenden Funktionen der Eltern internalisiert, was den Prozeß der Gewissensbildung und der Moralentwicklung vorantreibt. Die Kinder haben sich soweit verselbständigt, daß zur Zeit des Schulbeginns z. B. Einsicht in die Notwendigkeit der Trennung von der Mutter und die Erledigung der Hausaufgaben erwartet werden kann. Gegen die eigene Unlust entsteht aufgrund von Einsicht Kompromißbereitschaft. Diese Altersgrenze hat auch im Bereich der Rechtsprechung Bedeutung: Das BGB schreibt Kindern ab 7 Jahren die "Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderlichen Einsicht" in bezug auf Deliktfähigkeit und Geschäftsfähigkeit zu. Diese Altersgrenze sieht W. Hommers (1983) in einer umfassenden Untersuchung von Seiten der Entwicklungspsychologie her gestützt, obgleich es dagegen auch empirischen Belege für die Individualität der Entwicklungsverläufe und gegen Altersfestlegungen gibt.

Mit dem Schulalter beginnt durch die Erweiterung der sozialen Bezüge und die Zunahme des Lernens eine Verselbständigung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit vom Urteil der Eltern. "Gegen Ende der Kindheit (ungefähr im Alter von zehn bis zwölf Jahren) verfügen Kinder normalerweise über ein bemerkenswert differenziertes Denken über soziale Beziehungen und Regeln in ihrer Welt." Damon beschreibt aufgrund empirischer Untersuchungen, daß Kinder komplexe soziale Probleme systematisch, verständnisvoll, widerspruchlos und differenziert angehen.

Es ist zusammenfassend zu konstatieren, daß die Einsichtsfähigkeit von Kindern mit ihrer beginnenden Symbolisierungsfähigkeit ab dem 18. Lebensmonat möglich wird. Sie bezieht sich im Kleinkindalter auf einfache Sachverhalte, wird im Schulalter auf das größere soziale Umfeld und differenziertere zwischenmenschliche Beziehungen erweitert und in der Adoleszenz endgültig vom Elternurteil abgelöst.

2 Einsicht und Urteilsfähigkeit bei krebserkrankten Kindern

Inwieweit ist ein Kind fähig, im Falle einer lebensbedrohlichen Krankheit Einsicht in die notwendige Behandlung zu zeigen? Wie deutlich gemacht wurde, hat sich die Persönlichkeit des Kindes bis zum Beginn des Schulalters soweit entwickelt, daß es sich auch Sachverhalten gegenüber einsichtig verhalten kann, die seinem Luststreben zuwiderlaufen.

Untersuchungen zum Angstverhalten krebserkrankter Kinder zeigen deutlich geringere Angst bei kranken Kindern als bei gesunden. Haag et al. (1991) interpretieren diese subjektiv erlebte Verminderung der Ängstlichkeit als eine intrapsychische Bewältigungsform, die für die Patienten eine schützende Funktion hat. Auch Lukowski (1971) stellt in ihrer Untersuchung über die Krankheitsverarbeitung von längere Zeit stationär behandelter orthopädisch erkrankter Kinder hohe Anpassungsleistungen und geringe Angst fest. Die Adaptation an die Behandlung hängt davon ab, wie gut ein Kind aufgeklärt wird und versteht, was in der Behandlung vor sich geht, und wie gut die Familie zu seiner emotionalen Unterstützung in der Lage ist. Die Einstellung oder Einsicht des Kindes ist auch abhängig von der sozialen Unterstützung, die die Eltern während der Behandlung bekommen, und vom Level des elterlichen Distreß, wie eine Untersuchung von Koocher (1986) zeigt. Dieses Untersuchungsergebnis weist auf die Erfahrungstatsache hin, daß schwerkranke Kinder Einfühlungsvermögen in ihre Eltern zeigen, Rücksicht auf sie nehmen und ihnen Kummer ersparen wollen.

Daraus ergeben sich folgende Antworten auf die oben gestellte Frage:

1. Einsicht von Kindern, auch in unangenehme Sachverhalte, ist weiter entwickelt, als Erwachsene meinen. Sie hängt ab von einer einfühlsamen, dem jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes angemessenen Aufklärung, sodaß eine Integration in das Selbstkonzept des Kindes möglich wird.
2. Kranke Kinder sind leidensfähig und leidenswillig.

Die innere Auseinandersetzung mit der Krankheit ist m. E. nur zum Teil ein kognitiver Prozeß, der mit altersentsprechender medizinischer Information der behandelnden Ärzte unterstützt werden muß. Eine weitere Komponente dieser komplexen Einsichtsfähigkeit möchte ich an einem kasuistischen Beispiel aus meiner psychotherapeutischen Praxis deutlich machen:

Ein neunjähriges Kind mit einem Hirntumor verweigerte nach der zweiten Operation, die zwei Jahre nach der Ersterkrankung nötig wurde, weitere Strahlentherapie sowie eine notwendig gewordene dritte Operation. Sie "wußte" offenbar, daß eine weitere Behandlung sinnlos wäre, was sich auch daran zeigte, daß sie sich in Spielen mit ihrem bevorstehenden Tod beschäftigte. Z. B. fand der Vater sie eines Tages im Kinderzimmer reglos mit geschlossenen Augen auf dem Boden liegen. Auf seine Frage, was sie da tue, antwortete sie, "ich probiere mal wie das ist, tot zu sein." Und in einer Therapiestunde legte sie sich in eine Truhe und verharrte dort längere Zeit reglos und wortlos. Meine Assoziation war: Sie liegt im Sarg.

Im Zentrum ihrer psychoanalytischen Behandlung stand ein Prozeß innerer Verselbständigung, und es schien, als habe sie auf diese Weise den Weg vorbereitet, den allein zu gehen ihr niemand abnehmen konnte. Die Eltern und schließlich auch die behandelnden Ärzte akzeptierten ihre Ablehnung weiterer Behandlung, weil die Heilungschancen außerordentlich gering waren.

Die Patientin starb kurze Zeit später zu Hause.

Zehn Jahre später berichteten mir die Eltern, daß ihre Tochter Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung gezeigt und sie vernünftig und geduldig ertragen habe. Nach der Diagnose des zweiten Rezidivs sei aber ihre Ablehnung eindeutig und klar gewesen. Sie habe die hoffnungslose Prognose erfaßt, und niemand habe das so gut beurteilen können, wie sie selbst, die in der Zeit der Krankheit einen akzelerierten Reifeprozess durchgemacht habe. Offenbar hat sie anhand der Wahrnehmung von Vorgängen in ihrem Körper die Aussichtslosigkeit der Behandlung erfaßt und war autonom genug, das auch vor ihren Eltern und den Ärzten zu vertreten.

Es erhebt sich die Frage, wie man erkennen kann, daß eine Therapieverweigerung von solcher Einsicht eines Kindes getragen wird und nicht eine Äußerung von Angst vor der Behandlung oder von Überlastung ist. In einer empirischen Untersuchung von Ellis/Leventhal (1993) an der Johns Hopkins University forderten 72 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen eine differenzierte Aufklärung über ihre Krankheit und alle Kinder das Recht, eine Krebstherapie mit zweifelhafter Prognose zurückweisen zu können. Nur 33 % der Kinder meinten allerdings, für eine solche Entscheidung alt genug zu sein. Das zeigt, daß die Kinder und Jugendlichen dieser Studie sich der Problematik einer Therapieverweigerung durchaus bewußt waren.

Auf dem Hintergrund, daß schwerkranke Kinder als "gut, lieb und gefügig" erlebt werden (Lukowski 1971), ist es ernst zu nehmen, wenn sie die Therapie verweigern, weil sie sich damit nicht erwartungsgemäß verhalten. Die Motive des Kindes zur Ablehnung der Behandlung sind sehr sorgfältig zu explorieren. Das muß

in enger Kooperation mit den Eltern geschehen, weil sie im juristischen Sinn die Verantwortung tragen. Eventuell ist für die Beantwortung dieser Frage ein Fachgutachter (KinderpsychiaterIn, KinderpsychotherapeutIn) hinzuzuziehen.

3 Ergebnis

Die intellektuelle Kapazität von psychisch gesunden Kindern reicht aus, Einsicht in die Notwendigkeit von lebenserhaltenden Behandlungsmaßnahmen im Falle einer schweren Erkrankung zu zeigen. Eine Voraussetzung sind vertrauensvolle Beziehungen zu Eltern, Ärzten und Pflegepersonal und genaue Aufklärung über die Schwere der Erkrankung, die geplanten Behandlungsmaßnahmen und die Prognose. Wenn das Kind, die Eltern oder beide trotzdem eine weitere Therapie verweigern, gibt es bei deren Bearbeitung m.E. keine einfachen Lösungen. Im Gespräch mit Eltern und Kind sollten die Motive der Therapieverweigerung aufgedeckt werden, indem auch die Äußerungen des Kindes, die es auf der Phantasieebene in Bildern oder Träumen tut, miteinbezogen werden. Das wird Kind und Eltern bei der Auseinandersetzung und der Adaptation der schwierigen äußeren Realität helfen. Ich meine, daß man am Ende eines solchen Prozesses das Urteil des Kindes respektieren sollte. Für Erwachsene kann das bedeuten, sich mit dem eigenen therapeutischen Ehrgeiz und seinem Forscherinteresse kritisch auseinanderzusetzen. Vielleicht muß man bei einer Therapie mit geringen Heilungschancen um der Würde des Kindes willen manchmal auf das Machbare zu verzichten.

Literatur

- [1] Damon, W. (1984): Die soziale Welt des Kindes. Frankfurt a. M. (Suhrkamp)
- [2] Diepold, B. (1994): Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern. Phil. Diss. Bremen
- [3] Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt a. M. (Fischer)
- [4] Ellis, R. / Leventhal, B. (1993): Information needs and decision making preferences of children with cancer. In: Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol., Bd. 12, A1492
- [5] Gagné, R.M. (1970): Die Bedingungen des menschlichen Lernens. 2. Aufl., Hannover (Schroedel)
- [6] Haag, R. / Graf, N. / Jost, W. (1991): Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Bd. 40, 78-84
- [7] Herrmann, T. (1969): Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung. Göttingen (Hogrefe)
- [8] Hommers, W. (1983): Die Entwicklungspsychologie der Delikts- und Geschäftsfähigkeit. Göttingen (Hogrefe)
- [9] Koocher, G.P. (1986): Psychosocial issues during the acute treatment of pediatric cancer. In: Cancer, Bd. 58 (2 Suppl), 468-72

-
- [10] Lukowski, D. (1971): Zur Frage von Psychomen bei längere Zeit hindurch stationär behandelten orthopädisch erkrankten Kindern. Münster (phil. Diss.)
- [11] Mahler, M. S. / Pine, F. / Bergman, A. (1980): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt a. M. (Fischer Taschenbuch)
- [12] Piaget, J. (1969): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart (Klett)
- [13] Preyer, W. (1892): Die Seele des Kindes. Leipzig (Grieben)
- [14] Stolpmann, G. (1994): Eine Untersuchung zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit bei Kindern. Göttingen (med. Diss.)