

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3700>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

**Autor(en):** Dörr, Peggy; Führer, Daniel; Wiefel, Andreas; Bierbaum, Anna-Lena; Koch, Gabriele; von Klitzing, Kai; Romer, Georg; Lehmkuhl, Ulrike; Weschenfelder-Stachwitz, Heike

**Titel:** Unterstützung von Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil und Kindern unter fünf Jahren - Darstellung eines Beratungskonzeptes

**Erscheinungsjahr:** 2012

**In:** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (6), 396-413

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt**

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
Telefon: +49 (0)651 201-2877  
Fax: +49 (0)651 201-2071  
[info@zpid.de](mailto:info@zpid.de)

# Unterstützung von Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil und Kindern unter fünf Jahren – Darstellung eines Beratungskonzeptes<sup>1</sup>

Peggy Dörr, Daniel Führer, Andreas Wiefel, Anna-Lena Bierbaum, Gabriele Koch, Kai von Klitzing, Georg Romer, Ulrike Lehmkuhl und Heike Weschenfelder-Stachwitz

## Summary

*Support For Families with a Parent Diagnosed with Cancer and Children Under the Age of Five – Delineation of a Counselling Concept*

Parents of infants and young children, who have been diagnosed with cancer wish to protect their child from the emotional strains of their illness. They wonder, what the child can understand about the illness and how it is able to process or assimilate the experience of the illness. In fact, infants and young children are particularly sensitive to the degree of emotional burden and the mental state of their parents and will experience varying degrees of insecurity due to even small changes in their relationship with their parents. On the basis of psychological development parameters specific to this age group as well as scientific findings on risk and protection factors an integrated interaction based counseling approach was developed. Within this approach, support for the communication between parent and child in view of the specific strains of their illness, both non-verbal and in the child's early stages of verbal communication, is central. In the present article the counselling concept is described and illustrated by case studies. Application and limits are discussed.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 396-413*

## Keywords

early childhood – risk parent-child-interaction – mental health care – children of parents with cancer

<sup>1</sup> Diese Studie ist Teil des multizentrischen Verbundprojekts „Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“ unterstützt von der Deutschen Krebshilfe e. V. (Projektnummer: 108303). Folgende Institutionen und Projektverantwortliche sind an diesem Verbund beteiligt: 1.) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Prof. Dr. med. Georg Romer), 2.) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie (Prof. Dr. med. Dr. phil. Uwe Koch-Gromus), 3.) Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl), 4.) Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters (Prof. Dr. med. Kai von Klitzing), 5.) Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Prof. Dr. rer. biol. hum. Elmar Brähler), 6.) Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin (Prof. Dr. med. Wolfgang Her-

## Zusammenfassung

An Krebs erkrankte Eltern von Säuglingen und Kleinkindern haben den starken Wunsch, ihr Kind vor den krankheitsbezogenen Belastungen zu schützen. Sie fragen sich, was in diesem frühen Alter überhaupt von der elterlichen Erkrankung wahrgenommen, verstanden und verarbeitet werden kann. Doch gerade Säuglinge und Kleinkinder nehmen die Belastung und Befindlichkeit der Eltern besonders sensibel wahr und werden durch kleinste Veränderungen im emotionalen Miteinander verunsichert. Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie entwicklungspsychologischer Besonderheiten wurde deshalb ein spezifischer, interaktionszentrierter Beratungsansatz für diese Altersgruppe entwickelt. Dabei ist die Unterstützung des verunsicherten Dialogs zwischen Eltern und Kind im Rahmen nonverbaler und früher sprachlicher Kommunikation angesichts erkrankungsspezifischer Belastungen ein zentrales Element. Im vorliegenden Artikel wird das Beratungskonzept vorgestellt und durch Fallbeispiele veranschaulicht sowie dessen Chancen und Grenzen diskutiert.

## Schlagwörter

frühe Kindheit – Eltern-Kind-Interaktion – seelische Gesundheitsvorsorge – Kinder krebserkrankter Eltern

## 1 Spezifische Problemstellung

Unabhängig von Prognose oder Erkrankungsstadium stellt eine Krebserkrankung eine existenzielle Bedrohung dar. Fällt der Zeitpunkt der Diagnose in die Zeit der maximalen Verantwortung für Kinder, so betrifft diese Belastung die ganze Familie.

Eltern erleben sich im Hinblick auf ihre Elternrolle umso belasteter, je jünger und damit abhängiger die Kinder von ihnen sind (Zeanah, Boris, Larrieu, 1997). Es besteht seitens der Eltern eine große Unsicherheit bezüglich der kognitiven und emotionalen Reife eines unter fünfjährigen Kindes, erkrankungsrelevante Informationen und Stimmungen richtig einordnen zu können. Dies resultiert häufig in einer elterlichen Sprachlosigkeit oder verfälschten, positiv gefärbten Informationen, um psychische Belastung von ihrem Kind fern zu halten. Dennoch werden in jeder Interaktion auch nichtsprachliche Inhalte kommuniziert. Elterliche Angst oder Traurigkeit vermitteln sich über nonverbale Signale wie Mimik und Melodie der Sprache. Deren Einfluss auf die Eltern-Kind-Interaktion in der frühen Kindheit ist im Rahmen der Forschung zu postpartaler Depression belegt. So kann es zu Einschränkung der Feinfühligkeit und Sensitivität (Bowlby, 1969) im Umgang mit dem Kind und zur Herabsetzung der Synchronizität des Miteinanders

---

zog), 7.) Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Prof. Dr. med. Franz Resch), 8.) Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg am Städtischen Klinikum Magdeburg (Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner).

von Eltern und Kind kommen (Cohn, Campbell, Matias, Hopkins, 1990; Feldman, 2003; Feldman u. Eidelman, 2007; Laucht, Esser, Schmidt, 2000, 2001, 2002). Die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion in der frühen Kindheit gilt als prädiktiv für Verhaltensauffälligkeiten und affektive Störungen im Entwicklungsverlauf (Laucht et al., 2000, 2002). Behandlungsbedürftige Symptome können sich erst Jahre später zeigen, was die Bedeutung einer präventiven Intervention betont (Deneke, Thyen, Schlack, 2009).

Bisherige präventive Programme zur Unterstützung der Bewältigung einer elterlichen Krebserkrankung wurden für Familien mit Kindern im Vor- und Grundschulalter vorgestellt (Christ, 2000; Christ u. Christ, 2006; Greening, 1992; Silverman, 2000; Su u. Ryan-Wenger, 2007; Worden, 1996). Der Fokus dieser Interventionen liegt auf der Psychoedukation der Eltern oder anderer Bezugspersonen sowie auf der Vorbereitung und der Verarbeitung des elterlichen Verlustes durch die Krebserkrankung.

Das vorliegende Beratungskonzept richtet sich speziell an krebserkrankte Eltern von Kindern ab dem Säuglingsalter bis zum fünften Lebensjahr und wurde im Rahmen der multizentrischen Studie „Psychosoziale Hilfen für Kinder krebserkrankter Eltern“ hauptsächlich am Standort Charité – Universitätsmedizin Berlin entwickelt. Es bietet eine Begleitung der Familien ab der Diagnosestellung bis zu sämtlichen Erkrankungsstadien an. Im Zentrum der Intervention steht die ressourcenorientierte Unterstützung der Eltern-Kind-Dyade. Das Beratungskonzept fokussiert so direkt die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion im präverbalen Entwicklungsalter und kann daher für den Altersbereich der frühen Kindheit als bislang einzigartig betrachtet werden. Insgesamt 22 Familien mit Kindern im Alter von einem bis zu fünf Jahren nahmen diese Beratung in Anspruch und stimmten der Teilnahme an der evaluierenden Begleitstudie zu. Die Datenerhebung zur Evaluation endet zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Deshalb werden diesbezügliche Ergebnisse an anderer Stelle veröffentlicht. Ziel dieses Beitrags ist die inhaltliche Vorstellung des Beratungskonzepts.

## 2 Entwicklungspsychologische Besonderheiten

### 2.1 Eltern-Kind-Interaktion

Das Konzept der Emotionalen Verfügbarkeit beschreibt die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion in Bezug auf emotionale Austauschprozesse zwischen Eltern und Kind (Emde, 1980). Es umfasst die elterliche Sensitivität und kindliche Responsivität auf der Affektebene sowie elterliche Strukturierung und kindliche Involvierung auf der Verhaltensebene. In der Eltern-Kind-Dyade drückt sich die emotionale Verfügbarkeit in Synchronizität, Reziprozität und Adaptation aus. Ein emotional verfügbares Elternteil zeigt Offenheit in Bezug auf kindliche affektive Signale und Bedürfnisse, was deren angemessene elterliche Interpretation sowie eine unmittelbare elterliche adäquate Reaktion ermöglicht (Emde, 1998). Durch diese Austauschprozesse bilden sich das Selbstwirksamkeitserleben sowie die Kompetenz zur Emotionsregulation im

Kind heraus, auf dessen Grundlage sich die kognitive und emotionale Entwicklung vollzieht (Dornes, 2001; Stern, 2007; Winnicott, 1977; Zeanah et al., 1997). Elterliche Belastungen können bewirken, dass sich Eltern aus dem Kontakt zurückziehen und kindliche Signale nicht mehr hinreichend gut wahrnehmen. Erkrankte Eltern schätzen die psychische Gesundheit der Kinder oft schlechter ein als gesunde Eltern (Visser et al., 2005). Dadurch kann es zu Fehl- oder Überinterpretationen der kindlichen Signale mit unangemessenem Elternverhalten oder Übergehen kindlicher Bedürfnisse kommen. Elterlicher Rückzug kann sich im Kontakt mit dem Kind in Schweigen (emotionale Unerreichbarkeit) oder als überaktiver Interaktionsstil (emotionale Überstimulation), im Sinne einer so genannten „kontradepressiven Hektik“ äußern (Cohn et al., 1986; Lyons-Ruth, Zoll, Connell, Gruenebaum, 1986; Field, 1992).

Im Fall des elterlichen Rückzugs bzw. eingeschränkter emotionaler Verfügbarkeit gelingt es dem Kind nicht, das Elternverhalten durch eigenes Verhalten zu stimulieren. Das Selbstwirksamkeitserleben des Kindes sinkt, da die unmittelbare soziale Umwelt zum Zweck eigener Bedürfnisbefriedigung als wenig beeinflussbar erlebt wird.

## 2.2 Aspekte der kognitiven und emotionalen Entwicklung

Wird eine Krebserkrankung während der Schwangerschaft diagnostiziert, bedeutet dies für die Mutter, sich entweder für ihr eigenes Leben oder die gesunde Entwicklung ihres Kindes entscheiden zu müssen. Häufig behindern Zukunftsängste und Ängste, sich von Beginn an nicht hinreichend um das Kind kümmern zu können, die prä- und postnatale Beziehungsaufnahme. Es kann zur Vorwurfshaltung gegenüber dem Kind kommen und im Kind selbst eine bewusste oder unbewusste Überlebensschuld entstehen (Romer, 2007). Die Behandlung einer Krebserkrankung bedeutet für Mutter und Kind häufige Trennungen durch notwendige Krankenhausaufenthalte. Einem Säugling ist es noch nicht möglich, das Zurückkommen der Mutter zu antizipieren, sodass die Trennung für ihn eine existentielle Bedrohung darstellt.

Ab dem Alter von ca. sechs Monaten ist die Objektpermanenz gegeben, die neuronalen Strukturen zur Konsolidierung impliziter Gedächtnisinhalte sind etwa im neunten Monat gereift (Piaget, 1992; Spelke, 1985; Scheeringa, 2009). Emotionen können antizipiert und als „Mittel zum Zweck“ eingesetzt werden (Emde, 1998; Zeanah et al., 1997). Das Elternverhalten kann so durch das Kind mitbestimmt werden. Das Interaktionsverhalten ist personenspezifisch, Bezugspersonen werden vermisst. Übergangsobjekte und das Aufrechterhalten von Alltagsritualen gewinnen große Bedeutung, um Trennungsphasen zu überstehen (Stern, 2007; Winnicott, 2006).

Ab einem Alter von ca. 18 Monaten bildet sich ein Konzept über das eigene Selbst heraus (Emde, 1998). Es kann zu Ängsten bzgl. der Unversehrtheit des eigenen Körpers (Verstümmelungsängste) kommen, wenn therapiebedingte körperliche Veränderungen bei der Bezugsperson sichtbar werden (Romer u. Haagen, 2007). Auch Berichte über Schmerzen seitens des Kindes, die an gleicher Stelle wie der elterliche Tumor lokalisiert sind, wurden im Rahmen unserer Beratung oft benannt. Ein möglicher Grund für diese

„Symptomübernahme“ kann in der Identifikation des Kindes mit dem Elternteil liegen. Im Alter von 18 bis 24 Monaten beginnen Kinder, Empathie zu zeigen. Parallel dazu entwickelt sich das Verantwortungsgefühl gegenüber eigenen Handlungen (Emde, 1998; Zeanah et al., 1997). In der Phase des voroperatorischen Denkens ist das kindliche Schlussfolgern durch Egozentrität, und magische Ideen geprägt (Piaget, 1992). Da Gedanken jedoch nur bedingt steuerbar sind, können beängstigende Phantasien im Kind entstehen, die weitaus schlimmer als die Realität sind. Das Aussprechen solcher Gedanken (z. B. „Ich habe Angst, dass Papa stirbt.“) kann somit bei einem Kind von unter fünf Jahren die konkrete Furcht induzieren, dass dieser Gedanke Wirklichkeit wird (Christ, 2000).

**Tabelle 1:** Beratungsrelevante entwicklungspsychologische Aspekte und alterstypische Belastungen (nach Emde, 1998; Lohhaus u. Ball, 2006; Pesel, 2006; Riedesser u. Schulte-Markwort, 1999; Romer, 2007; Zeanah, 1998)

Alter	Entwicklung der Emotionen und des Sozialverhaltens	Belastungen	Entwicklung des Verständnisses von Krankheit und Sterben
<b>1-12 Monate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antizipierbarkeit von Emotionen</li> <li>• instrumenteller Einsatz von Emotionsausdrücken</li> <li>• Fremdeln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennung als Existenzbedrohung</li> <li>• Wiederkehr von Bezugspersonen nicht antizipierbar</li> <li>• Vermissen von Bezugspersonen</li> <li>• Trennung als Bestrafung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmung von Veränderungen im Alltag</li> <li>• Wahrnehmung elterlicher Belastung in der Interaktion</li> </ul>
<b>ca. 12 Monate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennungsangst</li> <li>• Trennungsreaktion</li> <li>• Bestehen auf Einhaltung von Ritualen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstümmelungsängste</li> <li>• Symptomübernahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• noch kein Verständnis von Krankheit oder Sterben</li> </ul>
<b>18-24 Monate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trotzphasen</li> <li>• Empathie</li> <li>• Emotionen werden in ein Narrativ eingefügt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magische Idee, Krankheit verursacht zu haben oder heilen zu können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheit als Folge eines falschen Verhaltens</li> <li>• Krankheit bedeutet „Schmerzen haben“ und bestimmte Aktivitäten nicht ausüben zu können</li> <li>• Sterben als reversibler Prozess</li> </ul>
<b>3-5 Jahre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entstehung des Konzeptes von Schuld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennungsängste bezüglich des überlebenden Elternteils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tod wird als Trennung oder Abwesenheit verstanden</li> <li>• Angst vor dem eigenen Tod</li> </ul>

Eine weitere Form der kindlichen Magie ist die Vorstellung, dass Körper aufeinander einwirken können. Deshalb ist es für Kinder wichtig zu wissen, dass die Krebserkrankung nicht auf sie übergehen kann. Auch Allmachtsphantasien „die Mama gesund zu machen“ oder „die Mama krank gemacht zu haben“ sind Ausdruck des egozentrischen Denkens. Unbedachte elterliche Äußerungen, z. B. in der Trotzphase eines Kindes („Du machst mich krank!“), können wortwörtlich verstanden werden und schuldhaftige Verursachungsphantasien hervorrufen. Ursache und Wirkung

liegen für Kinder dieses Entwicklungsalters häufig im gemeinsamen Auftreten von logisch nicht zusammenhängenden Ereignissen begründet („Ich war bockig. Mama ist krank.“). Erst ab dem Alter von drei Jahren gelingt es Kindern, emotionale Zustände oder Ereignisse in ein zeitlich geordnetes Narrativ als explizite Gedächtnisinhalte einzuordnen (Scheeringa, 2009).

### 2.3 Die Entwicklung des Krankheitsbegriffs und des Verständnisses vom Sterben

Eiser, Patterson und Eiser (1983) sowie Eiser und Patterson (1984) zeigten mittels Befragung von drei- bis sechsjährigen Kindern, dass in dieser Altersgruppe noch kein übergeordnetes formales Gesamtkonzept von Gesundheit und Krankheit besteht, sondern sich die Überlegungen konkret und egozentrisch an eigenen Verhaltensweisen orientieren (z. B. „gesund sein ist draußen spielen“). Unter der Voraussetzung, dass keine entsprechenden Erfahrungen vorhanden sind, werden im Vorschulalter zwar die Symptome z. B. einer Erkältung verstanden, doch zu anderen Erkrankungen wie z. B. Krebs liegt noch kein Wissen vor (Eiser et al., 1983).

Kindliche Erklärungsversuche zur Krankheitsentstehung nehmen eigenes Fehlverhalten als ursächlich an. Krankheit wird deshalb mit Bestrafung assoziiert. Konzepte über Verlauf und Behandlung von Krankheiten sind aus Gründen der Zentrierung auf gegenwärtige Ereignisse noch nicht vorhanden (Ball u. Lohaus, 2010).

Die kognitiven Schemata eines „reifen“ Todeskonzepts beinhalten das Verstehen von Universalität (Unvermeidbarkeit für alle Lebewesen), Irreversibilität (Unwiderufbarkeit des Todes), Nonfunktionalität (Verlustes der Lebensfunktion) und Kausalität (realistisches Verständnis von den Ursachen des Todes).

Bis zu einem Alter von drei Jahren haben Kinder noch keine Vorstellung vom Tod. Der Begriff kann kognitiv noch nicht erfasst werden (Tausch-Flammer u. Bickel, 2008). Der Verlust von Bezugspersonen wird jedoch deutlich wahrgenommen.

Drei- bis Vierjährige sehen den Tod als Abwesenheit einer Person. Kinder lernen bis zu diesem Alter, dass Gegenstände oder Personen, auch wenn sie nicht sichtbar sind, dennoch existieren, was dazu führen kann, dass Kinder an die Reversibilität des Todes glauben und mit Unbekümmertheit reagieren (Pesel, 2006). Der Tod wird als ein vorübergehender Zustand verstanden: „Kann Papa jetzt aufhören, tot zu sein?“ (Haagen u. Romer, 2005).

Vier- bis Fünfjährige sehen den Tod nur als Ereignis, das andere betrifft und sind sich dessen Universalität noch nicht bewusst. Dieses Verständnis entsteht ab einem Alter von fünf Jahren und geht unter Umständen mit der Angst vor dem eigenen Tod einher. Auch ist das Verständnis der Nonfunktionalität im Alter von vier bis fünf Jahren noch nicht gegeben. Der Tod wird verstanden als Starre, Dunkelheit oder Schlaf (Pesel, 2006).

Da Kinder bis zu fünf Jahren den Tod als Trennung von einer Bezugsperson erleben, kann dies mit intensiver Trennungsangst bezüglich des überlebenden Elternteils, regressivem Verhalten, nächtlichen Ängsten, erhöhter Irritierbarkeit und verstärkt

auftretender Ungeduld einhergehen (Christ u. Christ, 2006). Fragen zum Verbleib der verstorbenen Person kehren immer wieder (Christ, 2000).

Trotz und gerade aufgrund des noch nicht ausgereiften Verständnisses von Krankheit und Tod brauchen Kinder möglichst klare Informationen darüber (Christ u. Christ, 2006).

### 3 Das Beratungskonzept

#### 3.1 Ziele, Ablauf und Setting

Das hier vorgestellte Beratungskonzept ist eine Spezifizierung der kindzentrierten Familienberatung für Kinder krebskranker Eltern nach dem COSIP<sup>2</sup>-Konzept (Romer u. Haagen, 2007; Romer, Kühne, Bergelt, Möller, 2011). Im Mittelpunkt der Intervention steht die Frage: Was unterstützt die Familie bei der Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder?

Aus den COSIP-Interventionszielen lassen sich für die Beratung von Eltern mit Kindern unter fünf Jahren folgende Beratungsschwerpunkte aufgreifen: offene Kommunikation, emotionale Verfügbarkeit und Kompetenzerleben der Eltern und, je nach Stand der kognitiven und sprachlichen Entwicklung, die kognitive Orientierung und antizipierende Trauerarbeit der Kinder.

Der Schwerpunkt liegt in der ressourcenorientierten Bearbeitung interpersoneller Themen in der Eltern-Kind-Dyade. Dies schließt die Bearbeitung entwicklungsbezogener Themen sowie intrapsychischer Themen des Kindes ein.

Der Ablauf der Beratung sieht zunächst ein Elterngespräch ohne die Anwesenheit des Kindes vor und dient zur Klärung des Anliegens (Tab. 2), zur Erhebung der Anamnese und zur weiteren Planung.

**Tabelle 2:** Initiale Fragen der Eltern in der Beratung

---

**Fragen, die Kinder betreffend:**

- Was bekommt mein Kind überhaupt von meiner Krankheit mit („Zum Glück zu klein“)?
- Ist ein bestimmtes Verhalten noch „normal“?
- Wie kommen die Kinder unbeschadet aus dieser Phase?

**Fragen, die Elternrolle betreffend:**

- Darf ich meinem Kind sagen, dass ich Krebs habe, und wenn ja, wie?
  - Wie kann ich oder Muss ich meine Traurigkeit noch besser verbergen?
  - Verliere ich die Erziehungskontrolle, wenn sich so viele andere um mein Kind kümmern?
  - Wie und wann sage ich meinem Kind, dass ich sterben werde?
- 

<sup>2</sup> COSIP – Children of Somatically Ill Parents in Romer u. Haagen (2007).



Nach dem Erstgespräch wird den Eltern eine videogestützte Methodik der Verhaltensbeobachtung und Interaktionsberatung im Eltern-Kind-Setting angeboten. Sollten die Eltern für die Beratung den expliziten Wunsch äußern, ihre Kinder nicht persönlich vorzustellen, können Beratungsanliegen bezüglich der Elternrolle oder psychoedukative Beratungsinhalte auch in einem rein elterlichen Setting bearbeitet werden.

Zur Exploration intrapsychischer Themen des Kindes kann ein reines Kindsetting durchgeführt werden. Voraussetzungen sind die sprachlichen Kompetenzen und die Fähigkeit des Kindes, eine kurzzeitige Trennung von den Eltern zu tolerieren. Für die Beschreibung des Beratungsablaufs und der Settingwahl sei an dieser Stelle auf Koch, Dieball, Weis und von Klitzing (2011) verwiesen.

Die Beratung endet mit einem reflektierenden Gespräch über die Erfüllung der elterlichen Beratungsanliegen verbunden mit dem Angebot, die Beratung als „sichere Basis“ jederzeit wieder in Anspruch zu nehmen.

## 3.2 Interventionsformen

### 3.2.1 Interaktionszentrierte Intervention

Die Intervention basiert auf differenzierten, individuellen Erkenntnissen über die Interaktion der Eltern mit ihrem Kind und folgt dem von Papoušek und Wollwerth de Chuquisengo (2006) vorgestelltem Konzept zur kommunikationszentrierten Eltern-Kleinkind-Psychotherapie. Den Eltern wird angeboten, in einer videografierten Spielsituation ein genaueres Bild davon zu bekommen, welche Ressourcen sie trotz ihrer Belastung in ihren Umgang mit dem Kind einbringen können<sup>3</sup>. Der standardisierte Ablauf der videogestützten Interaktionsbeobachtung wurde in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité – Universitätsmedizin Berlin von Wiefel et al. (2010) entwickelt (Abb. 3). Dieser orientiert sich bei Säuglingen am still-face-Paradigma (Tronick, Als, Adamson, Wise, Brazelton, 1978) und bei Kleinkindern am Lausanner Spiel zu Dritt (Fivaz-Depeursinge, Frascarolo, Corboz-Warnery, 1996). Neben verschiedenen Interaktionssequenzen von Eltern mit ihrem Kind wird eine Phase des Alleinspiels als psychischer Stressor eingeführt, um die emotionale Regulationskompetenz des Kindes einzuschätzen. Ressourcen wie auch Defizite in der Interaktion können vom Untersucher anhand entsprechender Kriterien (vgl. Tab. 4) beurteilt werden.

Entweder direkt im Anschluss oder in einem separaten Termin erhalten die Eltern anhand des Videomaterials eine interaktionsbezogene Rückmeldung. Ziel ist die Förderung eines möglichst authentischen emotionalen Austausches unter entwicklungsorientiertem Blickwinkel sowie die Stärkung des elterlichen Kompetenzerlebens. Für die Eltern ist es wichtig zu wissen, dass die videogestützte Beobachtung nicht dazu

<sup>3</sup> Sollten die Eltern die Methode der videogestützten Interaktionsbeobachtung ablehnen, lässt sich die Eltern-Kind-Beziehung ebenso im freien Spiel beobachten.

dient, Fehler in der Interaktion zu finden. Gelegentlich befürchten sie eine starke Divergenz zwischen ihren eigenen Verhaltensansprüchen und der Einschätzung ihrer tatsächlichen Erziehungskompetenz. Entlastung im Sinne des „good enough parenting“ (Winnicott, 1977) wird für einen authentischen Umgang mit dem Kind als sehr unterstützend erlebt und gibt Raum, negativ erlebte Momente in der Interaktion und im Alltag anzusprechen.

Tabelle 3: Videogestützten Interaktionsbeobachtung – Ablauf (Wiefel et al., 2010)

1) erster Elternteil mit Kind (5 Minuten freies Spiel),
2) zweiter Elternteil mit Kind (5 Minuten freies Spiel),
3) beide Eltern mit Kind (5 Minuten freies Spiel),
4) Kind spielt allein (5 Minuten), Eltern abseits im Raum (z. B. lesend),
5) beide Eltern mit Kind (5 Minuten).
Bei Anwesenheit von nur einem Elternteil entfallen die Schritte 2 und 3.

Tabelle 4: Ressourcen in der Interaktion (Wiefel et al., 2010)

	Interaktionsmerkmale	Ressourcen in der Interaktion	Defizite in der Interaktion
VERHALTEN	elterliche Strukturierung	<ul style="list-style-type: none"><li>klare Formulierung von Regeln</li><li>Ausdauer bei einer Aufgabe</li><li>Konsistenz im Verhalten, für das Kind vorhersehbar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Mangel an Regeln</li><li>Inkonsequenz in der Einhaltung von Regeln</li></ul>
	kindliche Involvierung	<ul style="list-style-type: none"><li>Kind zeigt abwechslungsreiches Interaktionsverhalten</li><li>Eigeninitiative des Kindes</li><li>Einbeziehung der Eltern</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>kaum Explorationsverhalten</li><li>wenig Eigeninitiative</li><li>(chaotisches) Alleinspiel</li></ul>
AFFEKT	elterliche Sensitivität	<ul style="list-style-type: none"><li>Wahrnehmung /Beantwortung kindlicher Signale</li><li>Blickzuwendung und liebevolle Berührung</li><li>flexibler Umgang mit Ärger</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Unterbrechen kindlicher Aktivität</li><li>unbeteiligte Anwesenheit</li><li>keine Berücksichtigung kindlicher Signale</li></ul>
	kindliche Responsivität	<ul style="list-style-type: none"><li>Blickzuwendung</li><li>Aufmerksamkeit und Interesse</li><li>Kooperation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Vermeidung</li><li>Rückzug</li><li>Desinteresse/Ablehnung</li></ul>

Die interaktionszentrierte Rückmeldung beginnt mit einer konkreten, gelungenen Eltern-Kind-Interaktion, welche die Eltern selbst als besonders positiv erlebt haben. Mit den Eltern wird erörtert, wo und wann solche Situationen auch im Familienalltag vorkommen (Papoušek u. Wollwerth de Chuquisengo, 2006). Danach werden weitere Videosequenzen hoher elterlicher Kompetenz und solche, die geeignet sind, die Fragen und Anliegen der Eltern zu thematisieren, ausgewählt. Eltern können sich auf einer Metaebene selbst als Handlungsmodell beobachten und nehmen die Expertenrolle in der Beurteilung ihres Handelns ein. Somit gelangen die eigenen Ressourcen statt

Defizite wieder in den Mittelpunkt. Diese Vorgehensweise ist der Interventionsmethode des STEEP™-Programms (z. B. Egeland u. Erickson, 2004) und der Marte-Meo-Methode (Siringhaus-Bünder u. Bünder, 2005) entlehnt. Die Form der Einschätzung und der Rückmeldung zur videogestützten Interaktionsbeobachtung enthält in Bezug auf die elterliche Sensitivität Elemente aus der beziehungsorientierten Diagnostik und Frühprävention „Die Chance der ersten Monate“ (Ziegenhain, Gebauer, Ziesel, Künster, Fegert, 2009). Für detaillierte Beschreibungen der hier genannten Methoden verweisen wir aus Platzgründen auf die angegebene Literatur.

#### Fallbeispiel 1:

*Der Vater der 18 Monate alten Lara ist an einem Pankreas-Karzinom erkrankt. Das Anliegen der Eltern ist die Klärung der Frage, wie ihre Tochter die Situation am besten verkraften kann. Der Vater berichtete von sich selbst eine Zunahme von Erschöpfungssymptomen. Das mache ihn besonders in Bezug auf seine Tochter traurig, da er nicht mehr so wie früher für sie da sein kann. Beide Eltern nahmen an der Interaktionsbeobachtung teil. Die Art und Weise des Spiels mit dem Mädchen war sehr unterschiedlich. Während das väterliche Spiel ruhig abließ, war das mütterliche Spiel geprägt von viel Aktivität. L. selbst verhielt sich ruhig beim Spiel mit dem Vater und sehr aktiviert beim Spiel mit der Mutter. Letzteres erschöpfte das Mädchen schnell. Im Gespräch konnte erörtert werden, dass die Mutter glaubt, die fehlende Aktivität des Vaters in ihrem eigenen Spiel kompensieren zu müssen. Es war entlastend für beide Eltern zu sehen, dass trotz der Erkrankung des Vaters ein, wenn auch ruhigeres, synchrones und wechselseitig bezogenes Spiel entstand, welches das Mädchen genoss. Für die Mutter ergab sich die Erkenntnis, den Vater nicht kompensieren zu müssen. Anhand des Videos waren der Mutter besonders die Situationen positiv aufgefallen, in welchen sie selbst ruhiger und authentischer am Spiel beteiligt war.*

#### Fallbeispiel 2:

*Die Mutter des 24 Monate alten Lukas ist an Brustkrebs erkrankt. Sie lebt vom Kindsvater getrennt, dieser betreut L. zeitweise nur an den Wochenenden. Im Rahmen der Behandlung der Krebserkrankung erhöhten sich die Betreuungszeiten durch den Vater. Die Mutter berichtet von starkem Trennungsschmerz des Jungen bei den Verabschiedungen von ihr. Die Frage für die Beratung war, wie der Junge diese ungewohnte Betreuungssituation verkraften könne. Beide Eltern nahmen an der Interaktionsbeobachtung teil. Das Spiel insbesondere des Vaters mit L. war humorvoll, auf die Bedürfnisse von L. ausgerichtet und angemessen strukturiert. Vater und L. hatten Freude am gemeinsamen Spiel. Für die Mutter war es entlastend zu sehen, wie ausgewogen das Miteinander zwischen Vater und L. war. So konnten ihre eigenen katastrophisierenden Gedanken, L. ginge es beim Vater schlecht, entkräftet werden.*

Eltern möchten ihre Kinder vor ihrer eigenen seelischen Belastung schützen, was die emotionale Ausdrucksfähigkeit in Spontaneität und Intensität einschränkt sowie die

Stimmigkeit zwischen emotionalem Ausdruck und kommunizierten Inhalten beeinträchtigt. Im Rückmeldegespräch werden die dahinterstehenden Befürchtungen aufgegriffen und Alternativen im Umgang mit dem Kind angesichts der aktuellen elterlichen Situation besprochen.

### 3.2.2 Elternzentrierte Intervention

Im Dialog mit den Eltern wird im Sinne der Psychoedukation und antizipierenden Beratung über alters- und entwicklungstypische Reaktions- und Erlebensweisen ihrer Kinder (s. Abschnitt 2.2) informiert. Sie werden hinsichtlich einer klaren, offenen und altersangemessenen Einbeziehung der Kinder im Umgang mit der Erkrankung beraten. Insbesondere Eltern von Säuglingen und Kleinkindern sind oft besorgt, ob sie ihren Kindern im Zuge der Krankheit und deren Behandlung zu viele verschiedene Bezugspersonen zumuten. Die Vorhersagbarkeit und Beibehaltung alltäglicher Abläufe, aber auch die Etablierung von Ritualen sind hier kompensatorisch wichtig. Trennungen sollten dem Kind rechtzeitig und mehrmals angekündigt werden, damit es sich darauf einstellen kann. „Notfallpläne“ zur Darstellung, wer wann für wen verfügbar ist, geben Eltern und Kindern ein Gefühl der Sicherheit zurück.

Krankenhausbesuche bedürfen einer sorgfältigen Vorbereitung, speziell dann, wenn die Behandlung körperliche Veränderungen bewirkt. Um Verstümmelungs- und Ansteckungsängsten entgegenzuwirken, sollten die Eltern den Kindern ungefragt mitteilen, dass die Krankheit keinesfalls ansteckend ist. Bei Kindern im Kindergarten- und Vorschulalter mit alterstypischem magischem Denken sollten die Eltern dem Kind ungefragt mitteilen, dass niemand Schuld an der Erkrankung und dem Verlauf hat und dass das Aussprechen trauriger Gedanken (z. B. „Sterben“) diese nicht verursachen kann. Die Aufklärung des Kindes über erkrankungsrelevante Themen kann mit den Eltern im Elternsetting erprobt werden.

#### Fallbeispiel 3:

*Der Vater des vierjährigen Markus befindet sich im finalen Stadium einer kolorektalen Krebserkrankung. Dies sollte dem Jungen vermittelt werden. Im Gespräch mit der Mutter konnte diese ihre Erklärung zunächst erproben. Sie veranschaulichte durch eine Zeichnung, dass der Vater an Krebs erkrankt ist, er nicht mehr gesund wird und an der Krankheit versterben wird. Sie zeichnete unterschiedliche Bäume, einen gesunden aufrechten Baum, einen mit einem Krebsgeschwür, schräg stehend und mit wenigen Blättern sowie einen liegenden Baum, der keine Blätter mehr trägt und nicht mehr geheilt werden konnte und deshalb gestorben ist. Sie sagte dem Jungen, dass es bei Papa ebenso sein wird.*

Aufgrund der noch nicht ausreichend entwickelten Abstraktionsfähigkeit sollte die Krankheit beim Namen genannt und diffuse oder verklärende Begrifflichkeiten vermieden werden, damit Kinder von einer eventuell eigenen, jedoch vorübergehenden

Erkrankung unterscheiden können. Zusätzlich ist es von Bedeutung, die Kinder auf mögliche Verunsicherungsreaktionen im sozialen Umfeld vorzubereiten.

Nimmt die Krebserkrankung einen progredienten Verlauf mit infauster Prognose, tritt die antizipierende Trauerarbeit in den Mittelpunkt. Häufige Fragen vieler Eltern sind, wie sie ihrem Kind die Situation begreiflich machen können, welche alterstypischen Reaktionen zu erwarten sind und ob/wie sich das Kind an den betreffenden Elternteil später erinnern wird.

Kinder unter drei Jahren leben im „Hier und Jetzt“. Das hat zum einen Nachfragen zur Folge: „Papa, bist Du denn jetzt wieder gesund?“, und bedeutet andererseits, dass Informationen bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung bezüglich des antizipierten Sterbens des Elternteils zeitlich nicht eingeordnet werden können („Mama muss *bald* sterben!“). Informationen über den aktuellen Zustand des erkrankten Elternteils und damit verbundene Gefühle von Angst, Wut und Traurigkeit sind hingegen verstehbar und hilfreich auszusprechen. Da die Konzentrationsspanne der Kinder in dieser Altersgruppe entwicklungsbedingt gering ist, sind fünfminütige Gespräche altersangemessen und können besser beiläufig als „frontal“ geführt werden.

Für den gesamten Altersbereich bis zu fünf Jahren gilt: Eltern weinend und traurig zu erleben, ist für Kinder dieses Alters dann ein gutes Modell, wenn sie gleichzeitig erleben, dass und wie sich Eltern wieder beruhigen oder trösten. Gemeinsames untröstliches Weinen, sehr starke und lang anhaltende emotionale Reaktionen der Eltern wirken überwältigend und überfordernd, da sich das noch junge Kind über das elterliche Modell regulieren lernt (Christ u. Christ, 2006).

Daher ist die Anwesenheit anderer Bezugspersonen, z. B. im Moment der Todesnachricht oder bei der Beerdigung, die emotional weniger stark betroffen sind und daher dem Kind Erklärungen, kognitive Orientierung und Halt geben können, hilfreich für die Verarbeitung der Situation im Moment und im weiteren Entwicklungsverlauf.

Im Rahmen der antizipierenden Trauerarbeit kann es für Eltern und Kinder tröstlich sein, kleine Erinnerungen in Form von Briefen, Notizen, Bildern oder wichtigen Gegenständen in einer „Erinnerungskiste“ zu hinterlegen.

Sollte ein Elternteil versterben, ist es für den hinterbliebenen Elternteil hilfreich zu erfahren: 1. dass Traurigkeit oder Wut bei kleinen Kindern oft phasenweise und unvermutet auftreten und wieder verschwinden oder dass man ihnen die Trauer oft gar nicht anmerkt, da sie die Fähigkeit besitzen, abzuschalten und sich völlig auf ihr Spiel einzulassen, 2. dass sie jedoch als Ausdruck ihrer Verunsicherung starke Trennungsängste und regressives Verhalten mit Rückkehr auf frühere Entwicklungsstufen zeigen können, 3. dass diese Besonderheit in der Verarbeitung nicht als pathologisch zu werten ist, sondern Teil einer normalen kindlichen Trauerreaktion ist und sich meist nach einiger Zeit wieder verliert (Christ, 2000; Worden, 1996).

Die Vermittlung von entwicklungspsychologischen Erkenntnissen kann den Eltern ein Gefühl von Sicherheit und Kompetenz zurückgeben. Dies gelingt durch die Fokussierung auf o. g. Themen und durch konkrete Handlungsmöglichkeiten, die mit den Eltern für ihre Lebenswirklichkeit erarbeitet werden.

### 3.2.3 Kindzentrierte Intervention – Förderung der kognitiven Orientierung

Erst bei älteren Kindern dieser Altersgruppe (ab ca. vier Jahren) hat es sich als sinnvoll erwiesen, neben der Interaktionsbeobachtung und -beratung auch Einzeltermine für das Kind anzubieten. Im symbolischen Spiel, mittels themenbezogener Spielmaterialien (Krankenwagen) oder durch projektive Diagnostik (Sceno-Test; v. Staabs, 2004), entsteht mit dem Kind ein Dialog über dessen intrapsychische Vorstellungswelt und krankheitsspezifische Themen. Das Kind stellt sein bisheriges Krankheitsverständnis symbolisch oder szenisch dar und wird dabei unterstützt, diese Erfahrungen im Rahmen seiner Möglichkeiten sprachlich zu fassen und in ein Narrativ einzubinden. Es erhält damit eine Hilfestellung in der Äußerung drängender Fragen und schwieriger Gefühle sowie in der Verarbeitung verunsichernder Erfahrungen. Die Eltern erhalten eine Rückmeldung über das Krankheitsverständnis ihres Kindes, seine Phantasien, Gefühle und Verarbeitungsmöglichkeiten.

#### Fallbeispiel 4:

*Die Mutter der vierjährigen Lena leidet an einer metastasierten Brustkrebserkrankung mit ungünstiger Prognose. Im Rahmen der Beratung spielte das Mädchen mit dem Puppenhaus, in dem sie und ihre Mutter wohnten. Sie rüttelte an dem Haus, so dass das Mobiliar des Hauses umstürzte. Sie erklärte, dass sie die Zauberkraft besitze, alles zu zerstören, die Mama wisse aber nichts von ihrer Zauberkraft. Jedoch zerstöre diese Zauberkraft alles, auch die Mutter. Sie nahm sich den Herd aus dem Haus und ein paar Möbel und ging mit ihrer Freundin ins Märchenland, um dort zu leben, ohne Eltern.*

*Im Spiel des Mädchens wurden Verlassenheitsängste, aber auch die Frage nach der Verantwortlichkeit für die „Zerstörung“ deutlich. In der Beratung konnte dieses Thema mit der Mutter aufgegriffen werden. Entlastung brachten hier die altersgemäße Aufklärung des Mädchens sowie die Etablierung eines sozialen Netzwerkes, das dem Kind die Sicherheit gibt, dass immer jemand für es da sein wird.*

## 4 Diskussion

Kinder unter fünf Jahren nehmen Veränderungen in Zusammenhang mit der elterlichen Krebserkrankung wahr. Deshalb benötigen sie möglichst klare und konkrete Informationen, damit sie erkrankungsrelevante Ereignisse und die elterliche seelische Belastung richtig einordnen und sich auf der Gefühlsebene regulieren können. Hierfür sind die emotionale Authentizität ihrer Eltern oder enger Bezugspersonen sowie verlässliche Strukturen im Alltag von grundlegender Bedeutung. Das hier vorgestellte Beratungskonzept unterstützt Eltern darin, ihren Kindern die Verarbeitung der schwierigen Lebenssituation zu erleichtern.

Im Unterschied zu vorwiegend psychoedukativen Programmen (Christ, 2000; Christ u. Christ, 2006; Greening, 1992; Silverman, 2000; Su u. Ryan-Wenger, 2007; Worden, 1996) ist im vorliegenden Konzept die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion zentral. Hierfür wird die direkte Beobachtung der Eltern-Kind-Dyade im interaktionszentrierten Setting genutzt. Berücksichtigung finden sowohl die entwicklungspsychologischen Besonderheiten dieser Altersgruppe (Emde, 1980) als auch Erkenntnisse der Resilienzforschung (Laucht et al., 2001). Die Beratung basiert auf dem Konzept der kommunikationszentrierten Eltern-Kleinkind-Psychotherapie (Papoušek u. Wollwerth de Chuquisengo, 2006) und enthält Elemente des STEEP™ Programms (Egeland u. Erickson, 2004) und der Marte-Meo-Methode (Siringhaus-Bünder u. Bünder, 2005). Im Unterschied zu diesen kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionsformen mit pathogenetisch orientierter Arbeitshypothese, bestimmt in der hier vorgestellten Beratung die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit trotz der elterlichen Erkrankung sowie der Wunsch nach Wiedererlangung des Vertrauens in die eigene Kompetenz den Beratungsauftrag. Eine grundlegende Veränderung von Interaktionsmustern ist nicht das Ziel. Jedoch berichten viele Eltern von erkrankungsbedingten Veränderungen der Interaktion mit ihrem Kind, was insbesondere Inkonsequenz in der Einhaltung von Regeln oder der Durchsetzung von erzieherischen Maßnahmen betrifft. Häufig genannte Gründe sind zum einen die Schonung des Kindes, da es schon genug Einschränkungen durch den erkrankungsbestimmten Alltag erfährt und zum anderen das Gefühl, sich dem kindlichen Widerstand momentan nicht gewachsen zu fühlen: „Jeder Moment soll nur noch schön sein.“ Somit entstehen verzerrte Interaktionsmuster, die in der Beratung thematisiert werden. Sollte die elterliche Krebserkrankung zu schon bestehenden psychopathologischen Auffälligkeiten des Kindes oder einer deutlich dysfunktionalen Interaktion hinzukommen, die im Sinne der ICD-10 (Remschmidt, Schmidt, Poutska, 2006) bzw. der DC: 0-3R (Wiefel et al., 2007; ZERO-TO-THREE, 2005) klassifiziert werden können, reicht das Beratungssetting nicht aus, um einer Familie hinreichende Unterstützung zu bieten. Die Krebserkrankung wirkt in diesem Fall verstärkend auf schon bestehende Probleme (Altmeyer, Kröger, McDaniel, 2002). Die der Beratung zu Grunde liegende salutogenetische Arbeitshypothese kann dann nicht mehr Handlungsgrundlage sein, und die Familie sollte in ein säuglings- und kleinkindpsychiatrisches Setting übergeleitet werden. Für den ursprünglichen Auftrag zur Hilfe beim Umgang mit der elterlichen Krebserkrankung können die Berater dann dem Behandler des psychiatrischen Settings zur Verfügung stehen.

Für viele Familien mit Säuglingen und Kleinkindern ist die Inanspruchnahme von psychologischer Beratung für diese Altersgruppe ungewohnt und eine große Hürde. Es empfiehlt sich, betroffene Familien sowohl im onkologischen als auch psychoonkologischen Behandlungskontext gezielt aufzuklären und zu einer präventiven Beratung, speziell die Kinder betreffend, zu ermutigen. Ängste vor der Pathologisierung des Kindes erschweren die Inanspruchnahme der Beratung. Zudem stellt es eine besondere Herausforderung für die Eltern dar, sich unter der eigenen psychischen Belastung auf die Methode der videogestützten Beobachtung einzulassen. Der sorgfältigen Vorbespre-



chung der Intervention sowie der elterlichen Befürchtungen und ihrer Erfahrungen im psychotherapeutischen Bereich sollte deshalb genügend Raum gegeben werden.

## 5 Ausblick

Zahlreiche Studien belegen, dass Kinder körperlich schwer kranker Eltern und krebserkrankter Eltern eine Risikogruppe für die Ausbildung psychopathologischer Symptome bilden (z. B. Barkmann, Romer, Watson, Schulte-Markwort, 2007). Bei Kindern, die den Verlust eines Elternteils im Kleinkindalter erlebt hatten, war das Auftreten späterer psychiatrischer Störungen besonders hoch (Rutter, 1966). Ein unmittelbarer Einfluss der objektiven medizinischen Parameter auf das psychische Befinden der Kinder ließ sich nicht nachweisen (z. B. Huizinga et al., 2005). Der Einfluss der Funktionalität der familiären affektiven Beziehungsgestaltung auf kindliche psychiatrische Symptombildung ist jedoch mehrfach belegt (z. B. Watson et al., 2006).

Legt man Daten des National Health Interview Surveys zugrunde, stellt die Altersgruppe der Kinder bis zu fünf Jahren, welche ein an Krebs erkranktes Elternteil haben, im Vergleich zu den Gruppen der 6- bis 12- und der 13- bis 18-jährigen die zahlenmäßig größte Gruppe dar (Weaver, Rowland, Alfano, McNeel, 2010). Dies unterstreicht die Notwendigkeit der präventiven Unterstützung insbesondere für Familien mit Kindern unter dem Alter von fünf Jahren. Das vorliegende Beratungskonzept stellt eine Chance dar, psychische Erkrankungen im Entwicklungsverlauf zu verhindern oder deren Entwicklung frühzeitig zu erkennen.

## Literatur

- Altmeyer, S., Kröger, F., McDaniel, S. (2002). Systemische Familienmedizin. In M. Wirsching, P. Streib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 411-424). Berlin: Springer.
- Ball, J., Lohaus, A. (2010). Kindliche Krankheitskonzepte, *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18, 3-12.
- Barkmann, C., Romer, G., Watson, M., Schulte-Markwort, M. (2007). Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: Epidemiological findings from a national survey in Germany, *Psychosomatics*, 48, 476-548.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. (Vol. 1: Attachment). London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis (deutsch: Bindung. München: Kindler, 1975).
- Christ, G. H. (2000). *Healing children's grief. Surviving a parents death from cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Christ, G. H., Christ, A. E. (2006). Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 197-212.
- Cohn, J., Matias, R., Tronick, E., Cornell, D., Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In E. Tronick, T. Field (Hrsg.), *Maternal depression and infant disturbance* (S. 31-45). San Francisco, CA: Jossey-Bass.



- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R., Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Deneke, Ch., Thyen, U., Schlack, H. G. (2009). Kinder in besonderen Familiensituationen. In Schlack, H. G., von R. Kries, U. Thyen, U. (Hrsg.), *Sozial-pädiatrie – Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag* (S. 396-409). Berlin: Springer.
- Dornes, M. (2001). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Egeland, B., Erikson, M. F. (2004). Lessons from STEEP™. Linking theory, research, practice for the well-being of infants and parents. In A. J. Sameroff, S. C. Mc Donough, K. Rosenblum (Hrsg.), *Treating parent infant relationship problems. Strategies for intervention* (S. 213-242). New York: Guilford.
- Eiser, C., Patterson, D., Eiser, J. R. (1983). Children's knowledge of health and illness: Implications for health education. *Child: Care, Health and development*, 9, 285-292.
- Eiser, C., Patterson, D. (1984). Illness experience and children's concepts of health and illness. *Child: Care, Health and Development*, 10, 157-162.
- Emde, R. N. (1980). Emotional availability: A reciprocal award system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In Taylor, P. M. (Hrsg.), *Parent-Infant-Relationships* (S. 87-115). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Emde, R. (1998). Early emotional development: New modes of thinking for research and intervention. *Pediatrics*, 102, 1236-1243.
- Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: The coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 24, 1-23.
- Feldman, R., Eidelman, A. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290-302.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Developmental Psychopathology*, 4, 49-66.
- Fivaz-Depeursinge, E., Frascarolo, F., Corboz-Warnery, A. (1996). Assessing the triadic alliance between fathers, mothers, and infants at play. *New Directions of Child Development*, 74, 27-44.
- Greening, K. (1992). The bear essentials program: helping young children and their families cope when a parent has cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 47-61.
- Haagen M., Romer G. (2005). „Kann Papa jetzt aufhören tot zu sein?“ Begleitung von Kindern sterbender Eltern, In U. Koch, K. Lang, A. Mehnert, Ch. Schmeling-Kludas (Hrsg.), *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen* (S. 202-212). Stuttgart: Schattauer.
- Huizinga, G. A., Visser, A., van der Graaf, W. T., Hoekstra, H. J., Klip, E. C., Pras, E., Hoekstra-Weebers, J. E. (2005). Stress response symptoms in adolescent and young adult children of parents diagnosed with cancer. *European Journal of Cancer*, 41, 288-295.
- Koch, G., Dieball, St., Weis, S., von Klitzing, K. (2011). Kinder krebskranker Eltern. Settingwahl in der kindzentrierten Familienberatung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 43, 73-84.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 246-262.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2001). Differential development of infants at risk for psychopathology: The moderating role of early maternal responsivity. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 292-300.

- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 127-134.
- Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., Gruenebaum, D. (1986). The depressed mother and her one-year-old infant: Environment, interaction, attachment and infant development (S. 61-82). In E. Tronick, T. Field (Hrsg.), *Maternal depression and infant disturbance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Papoušek, M., Wollwerth, de Chuquisengo, R. (2006). Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 235-254.
- Pesel, D. (2006). Die Thematisierung von Tod und Trauer. Möglichkeiten und Grenzen des Konzeptes „death education“ im Kontext sachunterrichtlicher Bildung. [www.widerstreit-sachunterricht.de](http://www.widerstreit-sachunterricht.de), 7, 2-50.
- Piaget, J. (1992). *Das Weltbild des Kindes*. München: DTV. (Original erschienen 1926: *La representation du monde chez l'enfant*).
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters. Bern: Hogrefe.
- Romer, G. (2007). Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Belastungen, Wege der Bewältigung und Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 870-890.
- Romer, G., Haagen, M. (2007). Kinder körperlich kranker Eltern. In M. Cierpka, A. Riehl-Emde, M. Schmidt, K. A. Schneewind (Hrsg.), *Praxis der Paar- und Familientherapie* (S. 1-169). Göttingen: Hogrefe.
- Romer, G., Kühne, F., Bergelt, C., Möller B. (2011). Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder krebskranker Eltern. Manualisiertes Interventionskonzept kindzentrierter Familienberatung. *Psychotherapeut*, 400-408.
- Rutter, M. (1966). *Children of sick parents*. Maudsley Monograph No.16, Oxford: University Press.
- Scheeringa, M. S. (2009). Posttraumatic stress disorder. In Zeanah, C. H. (Hrsg.), *Handbook of infant mental health*, 345-361. New York: Guilford Press.
- Silvermann, P. R. (2000). *Never too young to know. Death in children's lives*. New York: Oxford University Press.
- Siringhaus-Bünder, A., Bünder, P. (2005). Systemische Perspektive, Selbstwirksamkeit und Video-unterstützte Beratung nach der Marte Meo-Methode. *Kontext. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*, 36, 166-181.
- Spelke, E. S. (1985). Perception of unity, persistence and identity: Thoughts on infants perceptions of objects. In Mehler, J., Fox, R. (Hrsg.), *Neonate cognition: Beyond the blooming buzzing confusion*, 89-113, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stern, D. N. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen: 1985: *The interpersonal world of the infant*).
- Su, Y., Ryan-Wenger, N. A. (2007). Children's Adjustment to parental cancer. *Cancer Nursing*, 30, 362-381.
- Tausch-Flammer, D., Bickel, L. (2008). *Wenn Kinder nach dem Sterben fragen. Ein Begleitbuch für Kinder, Eltern und Erzieher*. Freiburg: Herder.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

- Visser, A. Huizinga, G. A., Hoekstra, H. J., van der Graaf, W. T. A., Klip, E. C., Pras, E., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: A cross-informant perspective. *Psycho-Oncology*, 14, 746-758.
- Von Staabs, G. (2004). *Der Sceno-Test*. (9. Aufl.). Bern: Huber.
- Watson, M., James-Roberts, I. St., Ashley, S., Tilney, C., Brougham, B., Edwards, L., Baldus, C., Romer, G. (2006). Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 94, 43-50.
- Weaver, K. E., Rowland, J. H., Alfano, C. M., McNeel, T. S. (2010). Parental cancer and the family. *Cancer*, 15, 4395-4401.
- Wiefel, A., Titze, K., Kuntze, L., Winter, M. Seither, C. Witte, B., Lenz, K., Grütters, A., Lehmkuhl, U. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 59-81.
- Wiefel, A., Führer, D., Winter, M., Weschenfelder-Stachwitz, H., Dörr, P., Lehmkuhl, U. (2010). *Handbuch der videogestützten Interaktionsbeobachtung und standardisierten Diagnostik bei Kindern von 0-5 Jahren*. (Unveröffentlichtes internes Manuskript).
- Winnicott, D. W. (1977). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (2006). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett Cotta
- Worden, J. M. (1996). *Children and grief. When a parent dies*. New York: Guilford Press.
- Ziegenhain, U., Gebauer, S., Ziesel, B., Künster, A. K., Fegert, J. (2008). Die Chance der ersten Jahre. Feingühliche Eltern – gesunde Kinder. *Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm*: Maurer.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 165-178.
- ZERO-TO-THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Revised edition. Washington: ZERO-TO-THREE Press.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. Peggy Dörr, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1 (Mittelallee 5A), 13353 Berlin; E-Mail: [peggy.doerr@charite.de](mailto:peggy.doerr@charite.de)

*Peggy Dörr, Daniel Führer, Anna-Lena Bierbaum, Ulrike Lehmkuhl und Heike Weschenfelder-Stachwitz, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité - Universitätsmedizin Berlin; Andreas Wiefel, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin; Gabriele Koch und Kai von Klitzing, Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universität Leipzig; Georg Romer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*