



Universität Hildesheim
Institut für Psychologie

Belastung von Kindern krebskranker Mütter
- Vorüberlegungen zur Entwicklung
eines diagnostischen Inventars -

Bachelorarbeit
im Studiengang
Pädagogische Psychologie

vorgelegt von
Kerstin Franke

Erstgutachterin: Prof. Dr. Claudia Mähler

Zweitgutachterin: Dr. Margret Kamm

Kerstin Franke
Gabelsbergerstraße 5
31061 Alfeld

E-Mail: kerstin.b.franke@gmx.de

1	Vorwort	3
	<u>1.1 Besonderheiten einer Krebserkrankung.....</u>	<u>3</u>
	<u>1.2 Relevanz der Themenwahl.....</u>	<u>5</u>
2	Entwicklung.....	10
	<u>2.1 Modelle von Familienentwicklung</u>	<u>11</u>
	<u>2.2 Entwicklung und Entwicklungsaufgaben nach Erikson.....</u>	<u>17</u>
3	Belastungen.....	27
	<u>3.1 Familiäre Belastung unter dem Einfluss einer Krebserkrankung</u>	<u>27</u>
	<u>3.2 Kindliche Belastung unter dem Einfluss einer Krebserkrankung der Mutter</u>	<u>33</u>
	<u>3.2.1 Kindliche Belastung unter der Bedingung</u>	<u>36</u>
	<u>3.2.2 ...einer vorübergehenden Behandlung.....</u>	<u>37</u>
	<u>3.2.3 ...eines chronischen Krankheitsverlaufs.....</u>	<u>42</u>
	<u>3.2.4 ...von Abschied.....</u>	<u>45</u>
	<u>3.3 Mögliche Folgen der Belastungen</u>	<u>46</u>
4.	Forschungsstrategien.....	49
	<u>4.1 Quantitative und qualitative Forschung.....</u>	<u>50</u>
	<u>4.2 Hypothese und Operationalisierung.....</u>	<u>52</u>
	<u>4.3 Untersuchungsdesign</u>	<u>57</u>
	<u>4.3.1 Halbstandardisiertes Interview.....</u>	<u>58</u>
	<u>4.3.2 Elternfragebogen.....</u>	<u>61</u>
5	Fazit	63
6	Zusammenfassung.....	65
	Literaturverzeichnis.....	66

1 Vorwort

1.1 Besonderheiten einer Krebserkrankung

Krebs ist heute nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Nach den aktuellen Zahlen des Robert-Koch-Instituts waren im Jahr 2004 insgesamt 436.500 Neuerkrankungen zu verzeichnen, rund 12.000 mehr als im Jahr 2002. Durch Fortschritte und Spezialisierungen der therapeutischen Möglichkeiten gleicht sich der typische Verlauf von Krebserkrankungen zunehmend dem einer chronischen Erkrankung an. Immer mehr Menschen, die früher an einer Krebserkrankung gestorben wären, überleben und werden überleben, selbst wenn der Krebs nicht in allen Fällen vollständig geheilt werden kann. Die kontinuierliche medizinische Nachsorge und die sorgfältige onkologische Langzeitbetreuung gewinnen dementsprechend an Bedeutung. Das Bundesministerium für Gesundheit verweist darauf, dass die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte, Psychoonkologen, Pflegepersonal, Krankenhäuser, Hospizeinrichtungen sowie die Versorgungsstrukturen sich wandeln müssen und werden..

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit krebskranken Eltern und den besonderen Belastungen, denen ihre Kinder ausgesetzt sind. Allein in Deutschland erleben jährlich bis zu 200.000 Kinder unter 18 Jahren, dass ein Elternteil an Krebs erkrankt (Romer, 2008).

Das besondere Augenmerk ist auf Frauen mit Mammakarzinom gerichtet. Brustkrebs stellt mit jährlich über 55.100 Neuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland dar. Etwa 23.200 von ihnen sind unter 60 Jahre alt. Die Anzahl der Neuerkrankungen steigt in Deutschland seit 1970, während die Mortalität seit Mitte der 1990er Jahre leicht sinkt. Bei 26,8 % aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen und deutlich mehr als einem Drittel (40 %) der Neuerkrankungen bei Frauen unter 60 Jahren handelt es sich um ein Mammakarzinom (Krebs in Deutschland, 2006). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwas über 62 Jahren, knapp 7 Jahre unter dem mittleren Erkrankungsalter bei Krebs gesamt. Brustkrebs ist in den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern mittlerweile eine der am besten erfassten Lokalisationen. Damit bietet die Datengrundlage eine gute Basis für die Berechnung der deutschlandweiten Inzidenz. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Brustkrebspatientinnen beträgt mittlerweile, über alle Stadien betrachtet, 79 % (ebd.).

Etwa 30% von an Brustkrebs erkrankten Frauen leben gemeinsam mit Kindern in einem Haushalt.

Traditionelle Familienformen sind heute nicht mehr als Regel anzusehen, und auf diesem Hintergrund ergeben sich besondere Bedingungen, unter denen die Krankheit von Betroffenen wie von Angehörigen, also auch den Kindern, bewältigt werden muss. In Deutschland leben laut Statistischem Bundesamt (2006) 12,6 Mio. Familien, davon 73% Ehepaare mit Kind, 21% Alleinerziehende und 6% Lebensgemeinschaften. Drei-Generationen-Haushalte sind nach Gutachten der Bertelsmann-Stiftung (2006) ausschließlich 1%. Erfahrungsgemäß sind Kinder aus so genannten „Patchwork“-Familien oder diejenigen, die mit einem Elternteil zusammen leben, stärker belastet und brauchen mehr Sicherheit und Hilfestellung als Kinder aus „traditionellen“ Familien. Untersuchungen zum Thema „neue“ Familienformen und Krebs existieren nicht explizit, doch ist davon auszugehen, dass zeitlicher Faktor des Zusammenlebens und innere Stabilität der neuen Familie einen moderierenden Einfluss haben.

„Die Beziehungen in diesen „neuen Familienformen“ sind vielschichtig und kompliziert. Die Selbstverständlichkeit, mit der Kinder in „traditionellen“ Familien leben, gibt es hier nicht. Die Kinder haben am eigenen Leib erfahren, dass das Leben sich rasch und grundlegend ändern kann – und dass sie auf diese Änderung in der Regel keinen Einfluss haben. Erkrankt nun ein Elternteil an Krebs, bedeutet das für die Kinder eine weitere existentielle Verunsicherung. Wie sie sie verkraften, hängt von der Stabilität der Beziehungen und dem Umgang miteinander ab.“ (Broeckmann, 2002)

Aber auch Probleme in der elterlichen Beziehung, eine bereits drohende Trennung der Eltern, Alkoholabhängigkeit oder Krankheit des anderen Elternteils oder schwelende Konflikte zwischen Eltern und heranwachsenden Jugendlichen können den Umgang mit der Krebserkrankung erschweren.

Die Lebenssituation Erkrankter und damit auch die ihres Umfeldes muss sehr genau nach bestimmten Fragestellungen in den Blick genommen werden, um den Bedarf nach fachspezifischer Unterstützung zu erkennen und umzusetzen. Hier stellen sich grundlegende Fragen. Wie hoch ist beispielsweise die Belastung der PatientInnen bei welcher Tumorerkrankung und in welchem Stadium der Erkrankung? Wie groß ist ihre Adaptationsfähigkeit an neue, noch nicht klar definierte Lebenssituationen? Wie hoch ist die Belastung der Angehörigen?

Welche Struktur muss ein Unterstützungskonzept haben? Welchen Leitlinien folgt ein Unterstützungskonzept? Welche Kenntnisse brauchen Fachpersonal wie Ärzte, Psychoonkologen und Pflegepersonal?

In unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen sind Untersuchungen notwendig, um beispielsweise kulturelle, soziologische und medizinische Lichtblicke diesbezüglich zu schaffen und ins Bewusstsein zu bringen. Doch nicht nur der immer schneller werdende Wissenszuwachs, die Spezialisierung der Krebstherapie und die zunehmende Komplexität in der Patientenversorgung sind von Wichtigkeit und von zukunftsweisender Bedeutung, sondern auch die Rolle des Menschenbildes und damit des Patienten im Gesundheitssystem bzw. in der Krise der Krankheit unterliegt in den letzten Jahrzehnten einem Wandel. Medizin ist nicht allein Medizin auf Grundlage naturwissenschaftlicher Kenntnisse, sondern erhebt den Anspruch, Humanmedizin zu sein, was impliziert, neben der Bedeutung körperlicher Krankheiten für die individuelle Wirklichkeit des Menschen auch die Bedeutung seiner individuellen Wirklichkeit für die Gesundheit bzw. Krankheit seines Körpers und dessen Organe zu sehen (Uexküll, 2004). Ein solcher Blickwinkel hat außerordentliche Auswirkungen auf strukturelle Bedingungen hinsichtlich der Patientenversorgung und auf medizinisches und psychologisches Handeln. Handeln in diesen Kontexten ist dabei immer als Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen. Damit ist nicht die Patientin allein in den Blick zu nehmen, sondern möglichst die Patientin in ihren gesamten Lebenszusammenhängen auf unterschiedlichsten Ebenen wie Ausdruck und Möglichkeiten ihrer Persönlichkeit und Lebensplanung, sozialen und beruflichen Kontexten, Gesundheitsidealen und –verhalten und Weiteres wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang soll besonders auf familiäre Bedingungen und die Betroffenheit von Kindern krebserkrankter Mütter eingegangen werden.

1.2 Relevanz der Themenwahl

Die Situation von Kindern unterschiedlichen Alters eines an einem bösartigen Tumor erkrankten Elternteils ist bisher wenig untersucht. Seit 1999 besteht an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg - Eppendorf eine

Beratungsstelle für „Kinder körperlich kranker Eltern“, für die das Hamburger Beratungskonzept COSIP¹ entwickelt wurde. Das gleichnamige Buch von Romer & Haagen (2007) beruft sich auf Fallbeispiele aus der dortigen Praxis. In ihm werden Aspekte der Beratung und Konzepte zur Begleitung von Familien mit einem körperlich kranken oder sterbenden Elternteil aufgezeigt unter Berücksichtigung spezifischer Krankheitsbilder. Seit Mai diesen Jahres unterstützt die Deutsche Krebshilfe das Förderschwerpunktprogramm "Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern", mit dem Praxisleitlinien für eine qualitätsgesicherte psychosoziale Versorgung von Kindern krebskranker Eltern erarbeitet werden sollen. Neben dem UKE sind die Universitäten Leipzig, die Charité Universitätsmedizin Berlin, das Universitätsklinikum Heidelberg und die Universität Magdeburg beteiligt. Ebenfalls aus der praktischen klinischen Arbeit heraus entstand der Verein „Flüsterpost“ (2003), zeitgleich wurde von Trabert & Zimmermann das Projekt "Ich bin an Krebs erkrankt. Wie vermittele ich dies meinem Kind/meinen Kindern?" an der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg initiiert. Hauptsächliche Zielsetzung waren u.a. neben Prävention und Gesundheitsförderung von betroffenen Familien, die Enttabuisierung des angstbesetzten Themas Krebserkrankung, Bewusstmachung eigener familiärer Ressourcen und besonders die Entwicklung von Informations- und Kommunikationshilfen. Das Modellprojekt "gemeinsam gesund werden" der Philipps - Universität Marburg (Bieder, John & Mattejat, 2009), unterstützt von der Rexrodt-von-Firck-Stiftung, untersucht Faktoren zur Behandlungszufriedenheit während einer klinischen Rehabilitationsmaßnahme nach einer Krebserkrankung und die Entwicklung von mütterlicher und kindlicher Lebensqualität im kurzfristigen und im längerfristigen Verlauf. In den letzten Jahren entstanden lokale Vereine (z. B. „Lebensmut“, München; „Löwenherz“, Freiburg; „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern“, Frankfurt) zur psychosozialen Unterstützung von Kindern krebskranker Eltern. Ratgeberliteratur wird hauptsächlich von Vereinen und Stiftungen getragen, dort sind persönliche und klinische Erfahrungsberichte und Hinweise zur familiären Entlastung zu finden. Die Deutsche Krebshilfe gibt in den Broschüren der Reihe „Die blauen Ratgeber“ und in ihrer kursorischen Zeitschrift (Bewältigungs-)Hilfen im Sinne von Verständnisappellen und Verhaltensvorschlägen für Familien und veröffentlicht kurze Ergebnisberichte der genannten Studienvertreter. Der Auseinandersetzung mit der

¹ Zur den 10 formulierten Zielen gehören beispielsweise „Unterstützung von offenerer Kommunikation“, „flexiblerer Umgang mit den Bedürfnissen einzelner Mitglieder“, „Stützung des elterlichen Kompetenzerlebens“, „Unterstützung antizipierender Trauerarbeit (kindbezogen).

diesbezüglichen Kinderbuchliteratur hat sich J. Schirmmacher (2008) ausführlich gewidmet.

Alle Unterstützungsangebote orientieren sich an der individuellen Bedarfslage, zumeist auf Grundlage klinischer Erfahrungen. Sie sind allerdings nicht bundesweit flächendeckend (Deutsche Krebshilfe, 2008). Hier weist die Daten- und Versorgungslage Lücken auf, sicher scheint nur, dass ein hoher Bedarf existiert, der noch nicht real erfasst ist. Die klinischen Studien sind hauptsächlich auf ein präventives Beratungskonzept ausgerichtet. Es fehlt aber an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen elterlicher Krebserkrankung und kindlicher Entwicklung und über Zusammenhänge gegenseitiger Einflussnahme auf die Krankheitsbewältigung. Ein spezifisches Inventar zur Erfassung kindlicher Belastung unter dem Einfluss einer elterlichen Krebserkrankung existiert nicht. In dieser Arbeit werden Überlegungen zu einer quantitativen Studie dargelegt, die durch eine theoretische Grundlage einen zukunftsweisenden Handlungsrahmen liefern können. Das Interesse besteht nicht darin, ein diagnostisches Instrument im rein medizinischen Sinn zu erarbeiten: Ein screening - Instrument, wie es mit dem *DistressThermometer* bereits in vielen Disziplinen unter anderem genutzt wird, genügt nicht, um die spezielle Belastungssituation der betroffenen Kinder zu erfassen und zu erkennen. Eine Erfassung von Entwicklungsstörungen, die nach ICD-10 klassifiziert werden können, sind nicht vordergründiger Teil dieser Arbeit, sondern es sollen in den folgenden Überlegungen diagnostische und forschende Ansätze genutzt werden, um eine Operationalisierung des Konstrukts *kindlicher Belastung* im Zusammenhang mit einer elterlichen Krebserkrankung zu ermöglichen.

Zunächst muss das Ausmaß des Einflusses einer Krebserkrankung betrachtet werden: Eine Krebserkrankung trifft und betrifft nicht allein Erkrankte und Partner. In einer Familie ist jeder einzelne, aber auch die Familie im Ganzen betroffen. Jeder einzelne, aber auch die Familie in ihrer Gesamtstruktur mit bestimmten bisher erprobten und gelebten Verhaltensmustern und Rollenverteilungen muss sich mit einer völlig ungewohnten, schockierenden Situation *und* den anstehenden „üblichen“ Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen. Bisher ist der Einfluss der Erkrankung auf Partner und Partnerschaft und die damit verbundenen Bedingungen für Möglichkeiten der Krankheitsverarbeitung in den letzten anderthalb Jahrzehnten mehr in den Vordergrund gerückt. Unabhängig von der Betroffenheit durch das kritische Lebensereignis haben Kinder in bestimmten Altersstufen bestimmte Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und

benötigen besondere unterstützende Bedingungen. Was bedeutet auf diesem Hintergrund die elterliche Erkrankung für die individuelle kindliche Entwicklung? Welche Bedingungen müssen gegeben sein, um dieses kritische Lebensereignis so verarbeiten zu können, dass die adäquaten Entwicklungsaufgaben vollzogen werden können? Kann in einem Kind in einer derart speziellen Situation das Bewusstsein reifen, Belastung als Chance zu begreifen? Welche psychologischen Bewältigungsprozesse sind notwendig und wie können sie vermittelt werden?

Mit einer Krebserkrankung gehen in unserer Gesellschaft immer noch besondere Tabuisierungen, Ängste und speziell Gefühle des Ausgeliefertseins einher, sodass sich durch die Erkrankung eines Elternteils für Kinder eine besondere Lebenssituation ergibt: Zu Ängsten und Sorgen *um* den erkrankten Elternteil kommen elterliche, umfeldbezogene und eigene Unsicherheiten oder massive Ängste aufgrund gesellschaftlich vertretener Konnotationen, die mit dem Begriff „Krebs“ einhergehen, hinzu. Einige wenige angloamerikanische Studien deuten darauf hin, dass die Tumorerkrankung eines Elternteils - als ein familiäres Ereignis - die von dieser Lebenssituation betroffenen Kinder wesentlich beeinflusst. Erkrankte Eltern und medizinisches Fachpersonal fühlen sich im Hinblick auf eine kindgerechte und differenzierte krankheitsvermittelnde Kommunikation oft hilflos und überfordert (Trabert, 2007).

Selbsthilfeorganisationen, Beratungsstellen und Rehabilitationskliniken verweisen im Zusammenhang familiärer Unterstützungsmöglichkeiten darauf, dass bei Kindern häufig Entwicklungsschwierigkeiten auftreten, diese jedoch nur schwierig und sehr spät diagnostiziert werden. Die Zusammenhänge mit der elterlichen Krebserkrankung sind nicht unbedingt eindeutig und die Behandlung und Unterstützung beginnt - wenn überhaupt - zumeist zeitlich verzögert und damit verspätet. Die Risiken einer Entwicklungsstörung resp. -verzögerung, einer Angsterkrankung oder Depression scheinen auf jeden Fall gegeben zu sein (s.o.). Andererseits scheinen bestimmte Merkmale und Bedingungen eine Resilienz zu ermöglichen, die zu einer positiven Entwicklung und zu hohem Wohlbefinden auch unter mehrfachen und schwerwiegenden Belastungen führen können.

Da die Familie ein mehr oder weniger geschlossenes soziales System darstellt, die erkrankte Person also nicht für sich allein steht, nicht allein verantwortlich ist im Denken, Fühlen und Handeln, müssen die Einflüsse *aller auf alle* und die *gegenseitigen* Beeinflussungen in den Fokus genommen werden, selbstverständlich unter Beachtung

aller weiteren Lebensaspekte. Damit nicht genug, ist es notwendig, Kindern die Chance einer bestmöglichen Entwicklung auch unter diesen Bedingungen zu erlauben.

Um sich dieser Problematik nähern zu können, führt ein erster Weg über ein diagnostisches Instrument, das die Belastung von Kindern krebserkrankter Eltern erfasst, hin zu den letztlich notwendigen Bedingungen, die das gesellschaftliche, gesundheitliche und psychologische System entwickeln und liefern muss.

Der erste Teil dieser Arbeit befasst sich entsprechend zunächst mit Entwicklungsaufgaben und familiären Aufgaben und weiterhin mit der Berücksichtigung der besonderen Lebenssituation. Die familiäre Belastung und die besondere kindliche Belastung unter dem Einfluss einer elterlichen Krebserkrankung werden anschließend betrachtet.

Methodische Überlegungen zum Konstrukt „kindliche Belastung“ unter der Bedingung elterlicher Krebserkrankung, die der Komplexität gerecht werden, sollen den Weg bereiten für eine empirische Überprüfung der gängigen, aber ungeprüften Hypothesen.

Fazit und Ausblick schließen die Arbeit ab.

2 Entwicklung

Das Menschenbild im 20. Jahrhundert unterliegt einer Wandlung. Die Veränderungen des Wissens, der generellen und differentiellen Fragestellungen, der Methodenwahl und der Kontextualisierung von Entwicklung deuten darauf hin, dass sich immer mehr ein interaktionistisch ausgerichtetes Menschenbild durchsetzt. Nach Brandstätter (1985) ist erfolgreiche Entwicklung die Passung zwischen Zielen, Potential, Anforderungen und Angebot, wobei auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene diese vier Komponenten weiter differenzierbar sind. Entwicklungsprobleme werden entsprechend als Passungsprobleme aufgefasst. Entwicklungsprognosen können aufgrund von Umwelt- und Persondimensionen erfolgen, wobei sich mittlerweile ein Verständnis der gemeinsamen, wechselseitigen Beeinflussung von Umwelt und Person zur gleichberechtigten Klärung von Entwicklungsprozessen durchsetzt.

Eine Frage für Entwicklungspsychologen, die sich im Zusammenhang mit der Problematik einer elterlichen Krebserkrankung stellt, ist nun: Führen negative, schwer belastende Ereignisse in der Kindheit zwangsläufig zu Schwierigkeiten im jungen Erwachsenenalter? Welchen Einfluss ein solches negatives, kritisches Lebensereignis besitzt, wie sich Risikokonstellationen in einzelnen Lebensphasen gestalten und welche Bedeutung ihnen zukommt, welche Folgen eine soziale Benachteiligung nach sich zieht, sind weitere Forschungsaspekte. Zweifellos haben die Art der Krebserkrankung, Dauer und Verarbeitung des/der Betroffenen, das Verhältnis zum/r Betroffenen, der mögliche Tod eines Elternteils einen besonderen Einfluss auf das individuelle Erleben des Kindes bzw. Jugendlichen. Gestalt und Gestaltung der Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Beziehung vor und während des Krankheitsverlaufs nehmen einen wesentlichen Einfluss. Aber auch ökonomische Deprivation² oder Bildungsprobleme können massive Auswirkungen auf Entwicklung und Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes haben.

²Nach „Kinderarmut in Deutschland, 21.05.2008“ beträgt die Armutsquote für 2005 für 0-17-Jährige 9,6 % (gewichtetes Pro-Kopf Nettoeinkommen unter 50% des Median-Einkommens) und die Armutsrisikoquote 17,34 % (gewichtetes Pro-Kopf Nettoeinkommen unter 60% des Median-Einkommens. Das mittlere Einkommen gibt an, welches Nettoeinkommen ein Haushalt hat, der genau auf der Hälfte der Einkommensverteilung liegt).

Anforderungen, Ressourcen und Funktionsfähigkeit sind drei entscheidende Aspekte für die Lebensbewältigung. Sind die aktuellen Forderungen höher als die zur Verfügung stehenden Ressourcen, ist die psychologische Funktionstüchtigkeit einer Person beeinträchtigt - sie ist überfordert. Dauerhafte Überforderung führt zu einer nicht optimalen und sogar problematischen Entwicklung (Lazarus & Folkman, 1984). Soziale Benachteiligung führt beispielsweise dazu, dass weniger finanzielle Ressourcen vorhanden sind. Kann die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder der Unterricht an einer Musikschule nicht gezahlt werden, die einem Kind, das zu Hause viel Kummer und Leid erfahren und tragen muss, einen sozialen Halt bieten kann, fehlen ihm damit mögliche positive Erfahrungen in einer Gruppe außerhalb der Kernfamilie, Rückhalt im Selbstwertgefühl, individuelle Erfahrungen in Bezug auf persönliche Entwicklung, Stabilisierungsprozesse. Die Chance, die notwendigen alltäglichen Anforderungen zu bewältigen, ist damit reduziert. Besonders bei hoher Belastung fehlen Ressourcen, um die zusätzlichen Herausforderungen zu bewältigen (Grob & Jaschinsky, 2003). Entwicklung findet damit unter schwierigen Bedingungen statt – und es muss nach prospektiven, entwicklungsfördernden Bedingungen geforscht werden, um Unterstützungskonzepte erarbeiten zu können.

2.1 Modelle von Familienentwicklung

Um der Komplexität von Familie Rechnung zu tragen, sollen hier die wesentlichen verschiedenen Aspekte familiärer Lebenswelten und familiärer Entwicklung betrachtet werden. Eine Familie scheint in einer ersten Definition „eine Gruppe von Menschen, die durch nahe und dauerhafte Beziehungen miteinander verbunden sind, die sich auf eine nachfolgende Generation hin orientiert und die einen erzieherischen und sozialisatorischen Kontext für die Entwicklung der Mitglieder bereitstellt“ (Hofer et al., 2002). Jedes Mitglied der Familie unterliegt altersabhängigen Einflüssen, die eng mit den jeweiligen Entwicklungsaufgaben verbunden sind. Eintreffen und Dauer dieser Einflüsse sind relativ gut vorhersehbar, sie sind abhängig von biologischen Dispositionen und sozialen Normen des Umfeldes. Zudem wird jedes Individuum von nichtnormativen und epochalen Einflüssen geprägt; d. h. Entwicklung wird zum einen beeinflusst von irregulären, zeitlich nicht vorhersehbaren Ereignissen, die mehr oder weniger massiv in den Lebensplan und -ablauf eingreifen können, zum anderen wird der individuelle

Entwicklungsverlauf geprägt von den historischen und kulturellen Bedingungen, Gegebenheiten und Ereignissen (Kriege, Wirtschaftskrisen etc.), wodurch Ähnlichkeiten innerhalb einer Generation erklärbar werden.

Die Entwicklungspsychologie stellt gegenwärtig unterschiedliche Konzepte zur Diskussion: Kontinuierliche Entwicklung meint einen Prozess, bei dem bereits von Geburt an vorhandene Fähigkeiten allmählich zunehmen, beeinflusst durch Wachstum und Komplexitätserfahrungen im Verhalten und Denken. Wird Entwicklung als diskontinuierlich betrachtet, ist mit ihr ein Prozess gemeint, bei dem die Umwelt in bestimmten Entwicklungsabschnitten auf neue und unterschiedliche Art und Weise interpretiert wird: Reaktionen auf die Entwicklungsumwelt gestalten sich in verschiedenen Zeitabschnitten unterschiedlich und die Umwelt wird in bestimmten Entwicklungsabschnitten auf neue und unterschiedliche Art und Weise interpretiert. Anders als in der Theorie des kontinuierlichen Entwicklungsverlaufs weisen Säuglinge und Kinder spezifische Arten des Denkens, Fühlens und Verhaltens auf, die sehr verschieden sind von denen Erwachsener; Entwicklung findet in Phasen statt und weist qualitative Veränderungen auf den unterschiedlichen Ebenen auf: sie ist mit dem Erklimmen einer Treppe zu vergleichen, wobei jeder Schritt einer reiferen und reorganisierteren Funktionsweise entspricht (Berk, 2005). In die Überlegung, ob der Mensch einem bestimmten Entwicklungsverlauf folgt oder ob sich ihm verschiedene Pfade offerieren, spielt die Kontroverse zwischen natürlicher Veranlagung und Entwicklungsumwelt mit hinein. Wie hoch ist der Anteil der ererbten Information, also die angeborene biologische Disposition, und wie komplex wirken die Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt? Stabilität im Sinne bestimmter individueller Merkmalsausprägungen (wie etwa sprachliche Fähigkeiten, Ängstlichkeit) wird entwicklungstheoretisch häufig dem Begriff der Plastizität gegenüber gestellt, der Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit zu Veränderungen beinhaltet, wenn neue Erfahrungen ihre Wirkung zeigen.

Entwicklung findet in vielfältigen Kontexten bzw. Entwicklungsumwelten statt – dies führt zu einer einmaligen Zusammensetzung persönlicher und umweltbedingter Umstände, aus denen unterschiedliche Entwicklungsverläufe resultieren können. Die Lebensspannenperspektive (Baltes, 1990) verbindet einzelne theoretische Ansätze und Statements und bietet damit eine umfassendere Sicht auf Veränderungen sowie zugrunde liegende Faktoren. Vier Annahmen liegen dieser Theorie zugrunde: (1) Entwicklung ist

ein lebenslanger Prozess, (2) Entwicklung ist multidimensional und geht in verschiedene Richtungen (multidirektional), (3) die Entwicklung ist äußerst plastisch (d. h. die individuellen Veränderungsmöglichkeiten sind enorm) und (4) die Entwicklung ist eingebettet in unterschiedliche Entwicklungskontexte. In jedem Lebensabschnitt treten Ereignisse ein oder laufen Prozesse ab, die alle eine gleich starke Auswirkung auf zukünftige Veränderungen haben können. Die Veränderungen auf physischer, kognitiver und sozialer Ebene sind nicht als getrennte Bereiche zu betrachten, sondern als Überschneidungen und miteinander in Wechselwirkung stehend (Berk, 2005).

Eine Familie besteht aus Individuen, die sich in unterschiedlichen Lebensphasen mit ganz persönlichen Entwicklungsaufgaben, Lebensvorstellungen und -perspektiven und Entscheidungsmöglichkeiten befinden bzw. zurechtfinden müssen. Sie besteht aus einem Netzwerk interdependenter Beziehungen. Die Beziehungen nehmen gegenseitig massiv Einfluss. Daher muss die Familie als ein dynamisches System betrachtet werden. Dieses dynamische System gehorcht nach Bronfenbrenner (1990) grundlegenden Prinzipien: Die Beziehungen innerhalb der Familie werden als Einheit, bestehend aus dyadischen, tryadischen etc. Subsystemen gesehen; dem System Familie wird eine homöostatische Eigenschaft zugeschrieben, damit die Stabilität angesichts eintretender Störungen aufrecht erhalten werden kann. Die Interaktion der Mitglieder ist dadurch gekennzeichnet, dass sie in der Übernahme bestimmter Rollen- und Aufgabenverteilungen, in der Wiederkehr von Verhaltens- oder Interaktionsweisen (Riten und Rituale) und dem Ausdruck spezifischer Interessen und Werte bzw. Glaubenssätze Regelmäßigkeit und Stabilität erlangt. Doch nicht allein Kontinuität kennzeichnet das familiäre System; sondern der Umgang mit alltäglichen Konflikten, Veränderungen und Bewältigung von Familienentwicklungsaufgaben erfordert dynamische Eigenschaften und Prozesse, um das gestörte Gleichgewicht wiederherzustellen. Die Balancierung zwischen Kontinuität und Dynamik ist besonders erforderlich und hilfreich bei nicht normativen kritischen Lebensereignissen wie beispielsweise der Krebserkrankung eines Elternteils. Die Einflüsse zwischen den Mitgliedern einer Familie sind nicht einseitig, sondern wechselseitig: Eine Person innerhalb einer Familie wird als eine dynamische Einheit gesehen, die ihre Umwelt fortschreitend in Besitz nimmt und umformt, gleichzeitig wirkt die Umwelt auf die Person ein. Unter dieser Betrachtungsweise des Prozesses gegenseitiger Einflussnahme lässt sich keine primäre Ursachenzuschreibung über spezielle Verhaltensweisen eines Familienmitglieds vornehmen.

Die Vielfalt möglicher Beziehungsschemata in der Familie haben Olsen et al. (1989) in dem so genannten *Circumplexmodell* klassifiziert. Es versucht, sich den möglichen Dimensionen zur Beschreibung von Familienbeziehungen über die Konstrukte Kohäsion und Adaptibilität zu nähern. Kohäsion kennzeichnet das Ausmaß der emotionalen Verbindung zwischen den Familienmitgliedern: „Losgelöste“ Familien, sich auszeichnend durch sehr schwache Bindung, hohes Zugeständnis gegenseitiger Unabhängigkeit, offene Grenzen nach außen aber Distanz nach innen, durch wenig gemeinsame Zeit, durch individuelle Entscheidungen und Aktivitäten, bilden den Gegenpol zu „verstrickten“ Familien mit sehr starken Bindungen, geringer Unabhängigkeit, geschlossenen Grenzen nach außen, wenig Privatsphäre und hoher Gemeinsamkeit der Lebensgestaltung. Adaptibilität bezeichnet die Fähigkeit der Familie, in Abhängigkeit von situativen Aufgaben und entwicklungsmäßigen Bedingungen ihre Machtstruktur, ihre Rollenbeziehungen und ihre Regeln zu ändern. „Chaotische“ Familien zeichnen sich durch geringe Kontrolle, laissez-faire-Verhalten, endlose Verhandlungen, wenig explizite und wechselnde Regeln aus. Demgegenüber zeigen rigide Familien stereotypes Rollenverhalten, rigide Regeln, autoritäre Führung und wenig Aushandlungsmöglichkeiten. Beide Dimensionen werden als unabhängig voneinander gesehen (Hofer, 2002). Als balanciert gelten Familien, die eine mittlere Ausprägung in beiden Dimensionen aufweisen, beispielsweise eine Familie mit gutem Zusammenhalt, in der den Kindern altersgemäße Freiräume gewährt werden (mittlere Kohäsion) und in der auf Einhaltung eines Regelsystems geachtet wird, das aber aufgrund neuer Bedingungen oder Bedürfnisse veränderbar ist (mittlere Anpassung).

Eine Familie ist nicht allein über die Nähe, Dauerhaftigkeit und Wechselwirkung ihrer Beziehungen und den Blick auf nachfolgende Generationen definiert. Ihr Leben wird auch bestimmt von der sozialen und ökonomischen Realität: von Art und Umfang der Berufstätigkeit, Wohnsituation und dem sozialen Unterstützungssystem, Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Freizeitverhalten. Alleinerziehende, „Patchwork“-Familien, gleichgeschlechtliche Elternpaare mit Kindern, nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kind, Alleinerziehende mit unehelichen Kindern haben dabei auf sozialer wie auf rechtlicher Ebene mit anderen Problemen umzugehen als traditionelle Familien. In den letzten vier Jahrzehnten zeigt sich eine deutliche Deinstitutionalisierung traditioneller Familienstrukturen. Durch die Pluralisierung der Lebensformen ist es nicht möglich, eine typische Form der Familie zu statuieren. Zwar lassen sich Aussagen treffen

über durchschnittliche Haushaltsgrößen, Zusammensetzung der Haushalte, Kinderzahl, Einkommen etc. Aber der Einfluss kulturellen Wertewandels, Gleichstellungs- und Gleichberechtigungsansinnens sowie wirtschaftlich und demographisch bedingte Versorgungsproblematiken erzwingen eine fortlaufende - gesellschaftliche und persönliche - Auseinandersetzung mit Lebenszielsetzungen. Die individuelle (und individuell-familiäre) Lebensplanung wird zudem geprägt von ganz eigenen Vorstellungen, die wiederum beeinflusst und auch beeinträchtigt werden von unerwarteten und intermittierenden Ereignissen und deren Rückwirkungen. Familiengeschichten verlaufen selten „plangemäß“; Verluste, Misserfolge und nicht vorhersehbare Zwischenfälle können uns zwingen, unsere Pläne in Teilen zu revidieren oder vielleicht ganz preiszugeben (Brandstätter, 2001). Trotz gesellschaftlich und politisch propagierter Gleichstellungs- und Gleichberechtigungsgrundsätze sind es die Frauen und Mütter, die in unterschiedlichsten Bereichen Flexibilität und Anpassung bezüglich ihrer Lebensplanung zeigen müssen: Mehrfachbelastung von Beruf, Haushalt und Familie, niedrigeres Lohnniveau bei höherer Arbeitsplatzunsicherheit, Übernahme der Verantwortung für die Elterngeneration und als Alleinerziehende³ häufig die alleinige Verantwortung für die Kinder, verbunden mit sozialem Abstieg und ökonomischer Benachteiligung bis zu (Kinder)Armut. Ein weiterer Aspekt von Familie, der sich nicht typisieren lässt, bezieht sich auf Migrations- und Flüchtlingsfamilien. Migrationsfamilien weisen keine einheitliche Familienstruktur auf. Distanz zur eigenen bzw. fremden Kultur, deutliche Veränderungen der familiären Alltäglichkeit, unterschiedliche kulturelle Modelle der Bewältigung von Krisen sowie Anpassungs- und Abgrenzungswünsche bedingen und prägen das Leben vieler eingewanderter Familien. Kulturelle

³Über ein Drittel der Alleinerziehenden berichtet, öfter Probleme mit den Kindern zu haben. Dieser Wert liegt über dem entsprechenden Anteil von Müttern und Vätern in Partnerschaften (25 %). Vergleichsweise groß sind deshalb auch Befürchtungen im Hinblick auf die Kinder: 41 % der Alleinerziehenden fürchten, dass es ihnen nicht gelingt, ihren Kindern die richtigen Werte und Verhaltensweisen zu vermitteln, 37 %, dass sie nicht genug Zeit für ihre Kinder haben (Institut für Demoskopie Allensbach 2008 a).

Besonders armutsgefährdet sind Alleinerziehende mit mehreren Kindern, sowie Alleinerziehende mit Kindern unter drei Jahren. Der hohe Wert bei Alleinerziehenden mit dem ältesten Kind zwischen 15 und 17 Jahren kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass der Anteil der Jugendlichen aus Alleinerziehenden-Haushalten in dieser Gruppe höher als bei den unter 15-Jährigen ist. Weiterhin entfällt für die Alleinerziehenden der Unterhaltsvorschuss, der nur bis zum 12. Lebensjahr des Kindes gewährt wird. Darüber hinaus ist die höhere Armutsrisikoquote unter Jugendlichen auch durch die höheren materiellen Bedürfnisse in dieser Altersklasse zu erklären. (Andreß u.a. 2003).

Zu den Einbußen tragen auch nicht geleistete Unterhaltszahlungen bei. 81 % aller Alleinerziehenden geben an, Anspruch auf Unterhalt zu haben. Regelmäßig und in voller Höhe erhält ihn jedoch nur die Hälfte der Berechtigten (Institut für Demoskopie Allensbach 2008 a).

Entwicklungsprozesse sind meist kumulative Prozesse (Walter & Adam, 2003), die Familienstile variieren vielfältig abhängig von der Selbstdefinition der Familie, den Rollenveränderungen und Ambivalenzen, den sozialen und wirtschaftlichen Adaptationsmöglichkeiten und –fähigkeiten.

Ein kurzer Blick auf die von Duvall (1971) und Aldous (1978) eingeführte Einteilung des Familienzyklus in sieben Phasen (zitiert nach Hofer, 2002) gibt Hinweise auf allgemeine familiäre Entwicklungsaufgaben, auch unter dem Einwand, dass diese lineare Einteilung nicht unproblematisch ist, wenn z. B. Familien mit mehreren Kindern größeren Altersabstands mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben gleichzeitig beschäftigt sind:

- Phase 1: Heirat und die Partnerschaft ohne Kinder.
- Phase 2: Familien mit Kleinkindern.
- Phase 3: Familien mit Kindern im Schulalter.
- Phase 4: Familien mit Kindern in der Pubertät und Adoleszenz.
- Phase 5: Familien im Ablöseprozess, bis alle Kinder das Elternhaus verlassen haben.
- Phase 6: Die Familie in der Lebensmitte nach Auszug der Kinder bis zur Pensionierung der Eltern.
- Phase 7: Die Familie im Alter bis zum Tod der Eltern.

Bestimmte innerfamiliäre Aufgaben müssen den Phasen entsprechend bewältigt werden und eine auftretende elterliche Krebserkrankung beeinflusst die Bewältigungsmöglichkeiten in Abhängigkeit der jeweiligen Aufgaben. Die Diagnose Krebs greift in die Lebensplanung einer Partnerschaft mit Kinderwunsch oder einer Familie mit Kleinkindern auf andere Art ein als in eine Familie in der Lebensmitte: Müssen in den frühen Phasen möglicherweise völlig neue Sichtweisen bezüglich der Lebensperspektive entwickelt werden, tritt im fortgeschrittenen Alter der Familiengedanke zurück, und die Endlichkeit des eigenen Lebens gewinnt an Präsenz. Soziale und wirtschaftliche Netze müssen unterschiedlich genutzt werden. Alltägliche Aufgaben stellen an Familien mit Kleinkindern völlig andere Anforderungen als an Familien mit Heranwachsenden.

Um sich diesem Zusammenhang zwischen familiären Entwicklungsaufgaben und den besonderen Einflüssen einer elterlichen Krebserkrankung nähern zu können, werden zunächst individuelle spezifische Entwicklungsaufgaben in den Blick genommen.

2.2 Entwicklung und Entwicklungsaufgaben nach Erikson

Die Ethologie und Evolutionspsychologie der Entwicklung betrachten Lebensläufe heute sowohl unter kontinuierlichen wie diskontinuierlichen Aspekten. Adaptive Verhaltensweisen sowie sensible Perioden bestimmen den Verlauf der persönlichen Entwicklung. Evolution und Vererbung beeinflussen das Verhalten, Lernen führt zu vermehrter Flexibilität und Anpassungsfähigkeit. Auch wenn die Lebensspannenperspektive deutlicher ins psychologische Bewusstsein rückt, liefert Eriksons Stufentheorie noch heute ein sinnvolles Modell zur Orientierung, beispielsweise um aktuelle Entwicklungsschritte des Kindes und des Heranwachsenden Eltern erklärbar zu machen, um ihnen Entwicklungsaufgaben – die ihrer Kinder, aber auch ihre eigenen – zu verdeutlichen. Erikson gab wertvolle Hinweise und erläuterte Zusammenhänge zwischen der Bewältigung einzelner „Krisen“ und den daraus resultierenden Entwicklungsmöglichkeiten eines Individuums. Er verwies zudem auf die Folgen und Möglichkeiten individueller und generationenübergreifender Entwicklung bzw. auf die gegenseitige Beeinflussung der Generationen in ihrem Entwicklungsverlauf. Aufgrund ihrer entwicklungspsychologischen Bedeutung soll die Theorie in diesem Zusammenhang ausführlicher beleuchtet werden.

Erikson (1902 – 1994) übernimmt als Freudianischer Ichpsychologe (ego-psychologist) dessen psychosexuelle Grundannahmen, definiert und erweitert allerdings dessen Theorie der Entwicklungsstadien. Die Vertreter der reinen Psychoanalyse gehen von einem stabilen Individuum aus, das in seinem Entwicklungsverlauf von frühen Erfahrungen bestimmt wird. Angeborene Impulse werden durch die während der Erziehung gemachten Erfahrungen in bestimmte Richtungen gelenkt und kontrolliert. Entwicklung wird als diskontinuierlich gesehen, sie vollzieht sich in bestimmten, als allgemeingültig betrachteten, psychosexuellen und psychosozialen Stufen.

Nach Erikson (1950) verläuft Entwicklung nach dem epigenetischen Prinzip. Der Mensch entwickelt sich laut seiner Theorie durch eine festgelegte Entwicklung seiner Persönlichkeit in acht Stadien. Das Fortschreiten von einem Stadium zum anderen ist zum Teil durch Erfolg bzw. durch mangelnden Erfolg in den vorangegangenen Stadien bestimmt. Bei Eingreifen in die natürlichen Ordnungsprinzipien der Entwicklung wird demnach die Entwicklung massiv gestört bzw. sie kann nicht voranschreiten.

Jede Stufe umfasst bestimmte Entwicklungsaufgaben psychosozialer Natur. Zwar folgt Erikson Freuds Theorie darin, dass er diese als „Krisen“ bezeichnet, betrachtet sie jedoch als ausgedehnter und weniger spezifisch als der Begriff nahe legt. Zum Beispiel muss ein Kind im Gymnasium in dieser Lebensphase lernen eifrig zu sein, und der Eifer wird durch die komplexen sozialen Interaktionen in Schule und Familie erlernt. (Boeree, 1997). Die postulierten „Krisen“ bezeichnen nicht belastende Situationen, sondern in der ursprünglichen etymologischen Bedeutung des Wortes Entscheidungspunkte; sie bilden Weichenstellungen für gelingende und misslingende Entwicklung.

Erikson erweitert Freuds Stufentheorie um drei weitere, das Erwachsenenalter betreffende Phasen. Hat Freud sehr deutlich herausgestellt, dass Eltern einen dramatischen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben, so fügt Erikson hinzu, dass eine Interaktion, eine Gegenseitigkeit (mutuality) zwischen den Generationen stattfindet. Auch Kinder beeinflussen die Entwicklung eines Paares. Kinder ändern das Leben eines bislang kinderlosen Paares nachhaltig und Eltern gehen mit der Geburt ihrer Kinder neue Wege der Entwicklung. Unter dem Aspekt der gesellschaftlichen und sozialen Statuten des 20. Jahrhunderts zieht Erikson die Betrachtung einer dritten und möglichen vierten Generation mit ein, da viele Kinder, der großelterlichen Fürsorge anvertraut, von diesen beeinflusst wurden und umgekehrt. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich bis heute die gesellschaftlichen und familiären Bedingungen verändert haben und mit in den Blick genommen werden müssen. Auch muss Entwicklung im Kontext der jeweiligen historisch- und kulturbedingten Lebenssituation verstanden werden. Wie Erikson feststellte, können Erziehungsideale und kindliche Entwicklung nur verstanden werden, wenn man sich die Kompetenzen vor Augen hält, die in einer bestimmten Gesellschaft als Wert angesehen und benötigt werden.

Erikson erkennt in jeder Entwicklungsphase eine spezifische Aufgabe, die vom Individuum bewältigt werden muss, damit seine Entwicklung einen optimalen Verlauf nehmen kann - unter der Prämisse, dass jede „Krise“ eine optimale Zeit des Auftretens und Bewältigens hat. Die jeweiligen Entwicklungsaufgaben sind mit zwei Begriffen gekennzeichnet, die zunächst konträr erscheinen, sich jedoch synthetisch auflösen lassen.

Die Phase des Kleinkindes im ersten bzw. in den ersten anderthalb Lebensjahren ist gekennzeichnet von *Vertrauen* versus *Misstrauen* (trust-mistrust). Die Aufgabe eines Kleinkindes besteht in der Entwicklung von Vertrauen, ohne Misstrauen gänzlich zu eliminieren. Grundsätzlich scheint offenkundig, dass ein Kleinkind Vertrauen und nicht

Misstrauen erlernen muss. Erikson weist jedoch auf die Notwendigkeit einer Balance zwischen beidem hin: Vertrauen ist lebensnotwendig, Misstrauen jedoch ebenfalls, um nicht in Leichtgläubigkeit gegenüber allem zu verfallen, was uns begegnet. Er war der Auffassung, dass eine gesunde Entwicklung in der frühen Kindheit nicht so sehr auf Quantität von Nahrung und oraler Stimulation des Kindes beruht, sondern dass der Qualität der Beziehung der Bezugspersonen dem Kind gegenüber eine weitaus größere Bedeutung zukommt. Gleichzeitig war ihm klar, dass es Eltern nicht möglich ist, den Bedürfnissen ihres Babys immer und jederzeit gerecht zu werden. Wenn jedoch der Umgang mit dem Kind grundsätzlich von einem gewissen Maß an Vertrautheit, Konsistenz und Kontinuität geprägt ist, wird das Kind das Gefühl entwickeln, dass die Welt – insbesondere die soziale Welt – ein sicherer Ort ist und dass die Menschen verlässlich und liebevoll sind. Auf dieser Grundlage lernt das Kind unter anderem, dem eigenen Körper und dazu gehörigen biologischen Bedürfnissen zu vertrauen.

Erfährt ein Säugling oder Kleinkind Ablehnung, Misshandlung in physischer oder psychischer Form, sind die Eltern nicht verlässlich oder inadäquat, so wird er/es Misstrauen entwickeln, sich möglicherweise in sich selbst zurückziehen und depressive bzw. psychotische Charakterzügen entwickeln. Andererseits besteht bei Eltern, die glauben, perfekt sein zu müssen, die übermäßig besorgt um ihr Kind sind, die sich bemühen jedes Bedürfnis sofort zu befriedigen, die Möglichkeit einer laut Erikson sensorischen Fehlanpassung: Übermäßig vertrauensselig kann das Kind nicht glauben, dass irgend jemand ihm etwas Böses antun könne. Wird allerdings die richtige Balance erreicht, so entwickelt das Kind Hoffnung und den starken Glauben, dass letztlich alles gut werden wird, auch wenn es manchmal dem ersten Anschein nach nicht so aussieht. Die Erfahrung, dass die Eltern nicht perfekt sind, dass sie vielleicht nicht sofort, aber doch verlässlich bald die Bedürfnisse befriedigen, lässt im Kind die Fähigkeit reifen, Enttäuschungen zu bewältigen.

Die zweite Stufe, als anal-muskuläre Stufe bezeichnet, meint das Kleinkindalter etwa zwischen 18 Monaten und dem dritten oder vierten Lebensjahr. Die Entwicklungsaufgabe besteht darin, ein gewisses Maß an *Autonomie* zu erreichen, während *Scham und Zweifel* minimiert werden. Krabbeln, Laufen und Sprechen lernen erlauben dem Kind, seine Umgebung zu erkunden, andere Menschen in den Blick zu nehmen. Durch Erfahrungen im Festhalten und Loslassen beginnt es einen Sinn für Autonomie und Unabhängigkeit und somit auch Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl zu

entwickeln. Der Ausdruck und die Erfahrung von „Ich kann das“ ist das zentrale Moment dieser Lebensphase.

Die schwierige Balance zwischen Toleranz und Konsequenz in der Durchsetzung bestimmter, für das Kleinkind klar zu erkennender Regeln ist hier die Hauptaufgabe der Eltern. Entmutigungen oder überzogen ehrgeizige Ermutigungen ihrerseits, unangebrachte Hilfestellungen und Ungeduld oder aber uneingeschränkte Freiheit ohne Sinnzusammenhang können beim Kind zur Entwicklung von Scham und Zweifel beitragen und nach Erikson zu Zwanghaftigkeit (*compulsiveness*) führen. Ein zwanghafter Mensch meint, seine Existenz hänge davon ab, wie perfekt ihm etwas gelänge, er vermeidet Fehler um jeden Preis. Aber auch Abhängigkeitsbeziehungen oder Scheu vor neuen Herausforderungen können die Entfaltung der Lebensqualität behindern. Ohne ein wenig Scham und ein wenig Zweifel entwickelt ein Kind andererseits eine Form von Impulsivität (*impulsiveness*), die dazu führen kann, dass es sich im späteren Erwachsenenalter haltlos und uneingeschränkt allem und jedem zuwendet, ohne die eigenen Fähigkeiten zu bedenken. Gelingt eine positive Balance von Autonomie, Scham und Zweifel, führt dies zu Willenskraft und Entschlossenheit.

Das Spielalter, die dritte Stufe, bezeichnet Erikson als die genital-lokomotorische Stufe. Zwischen drei oder vier und fünf oder sechs Jahren ist das Kind mit der Aufgabe konfrontiert, *Initiative* ohne zu viel *Schuld* zu lernen. Initiative bedeutet eine positive Reaktion auf die Herausforderungen der Welt, bedeutet, Verantwortung zu übernehmen. Das Kind ist jetzt fähig, sich zukünftige Situationen vorzustellen, die keine oder noch keine Realität sind. Initiative ist der Versuch, eine solche Nicht-Realität zur Realität zu machen. Mit diesem Schritt entwickelt sich auch die Fähigkeit zur moralischen Urteilsbildung: Wenn Kinder planen können, lernen sie zugleich den Sinngehalt von Verantwortung und auch von Schuld. Eltern können positiven Einfluss in dieser Entwicklungsphase nehmen, indem sie die Kinder ermuntern, eigene Ideen auszuprobieren, Fantasie, Wissbegierde und Vorstellungskraft unterstützen und ermutigen.

Die Ausbildung von übermäßigen Schuldgefühlen, die zustande kommen kann durch Gefühle der Überforderung oder Nicht-Akzeptanz, führt nach Eriksons Überlegungen zu Hemmung (*inhibition*). Diese Hemmung kann sich im weiteren Lebensverlauf in eingeschränktem Handeln, Übervorsichtigkeit oder Impotenz oder Frigidität niederschlagen. Zu viel Initiative und zu geringes Bewusstsein über Schuld

münden nach Erikson in eine Neigung zur Rücksichtslosigkeit (ruthlessness), bei der die eigenen Pläne und Ziele ohne Rücksichtnahme auf Bedingungen oder auf andere Menschen durchgesetzt werden. Eine ausgewogene Balance bedeutet hier Zielgerichtetheit: Trotz eines klaren Verständnisses für eigene Grenzen und bisherige Misserfolge sind Mut und Handlungskapazität die Leitfäden, durch Imagination und Initiative persönliche Ziele zu schaffen und zu erreichen.

In der Latenzphase, der vierten Stufe, besteht die Entwicklungsaufgabe darin, eine Kapazität für *Fleiß* zu entwickeln und zugleich ein exzessives Empfinden der eigenen *Unterlegenheit* zu vermeiden. Schulkinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren müssen ihnen bisher unbekannte soziale Bereiche erschließen und neue soziale Fähigkeiten entwickeln. Nun genügt es nicht mehr zu planen, sondern Pläne werden in die Tat umgesetzt und mit diesen Erfahrungen stellen sich auch Gefühle von Erfolg ein. Lieben vierjährige Kinder das Spielen an sich, ohne besonderen Regeln verhaftet zu sein – diese lassen sich problemlos während des Spiels ändern oder außer Kraft setzen -, so achten Kinder im Schulalter ganz besonders auf Regeln und deren Einhaltung.

Zu wenige Erfolgserlebnisse führen zu Gefühlen der Unterlegenheit oder Inkompetenz und somit möglicherweise zu Minderwertigkeitsgefühlen, die eine Trägheit (inertia) zur Folge haben, mit der eine Reduzierung von Fähigkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen, beispielsweise sozialen Fähigkeiten, einhergehen kann. Zu viel Eifer hingegen, der sich entwickelt, wenn Kinder von Eltern und Lehrern in einen bestimmten Kompetenzbereich gedrängt werden und ihnen zu wenig Möglichkeiten und Freiräume für breiter angelegte Entfaltungsmöglichkeiten geboten werden, führt zu einer Tendenz, die Erikson als niedrige Virtuosität bezeichnet (narrow virtuosity) und die – trotz des vordergründigen an den Tag gelegten Eifers – auf ein leeres Leben verweist (Boeree, 2006). Wird in dieser Phase die Balance zwischen Eifer und Unterlegenheitsgefühl erreicht, hat sich als Grundstärke Kompetenz entwickelt.

Dieses Gefühl der Kompetenz bietet dem Heranwachsenden die Grundlage, die Entwicklungsaufgabe der Adoleszenzphase, der fünften Stufe, zu bewältigen: das Erreichen einer *Ich-Identität* unter Vermeidung einer *Rollendiffusion*. Die Phase der „großen Lebensfragen“ („Wer bin ich?“ und „Wo ist mein Platz in der Gesellschaft?“) beginnt mit der Pubertät und endet etwa zwischen dem 18. und 20. Lebensjahr. Die Grundmuster der Ich-Identität (ego identity) – das Wissen darüber, wer man selbst ist und wie man in die umgebende Gesellschaft hineinpasst – entwickeln sich auf Grundlage der

selektiven Anerkennung und Nichtanerkennung der Identifikationen aus der Kindheit und aus der Art und Weise, wie die Gemeinschaft den Heranwachsenden akzeptiert, aufnimmt und anerkennt (Erikson, 1995). Die Gesellschaft unterstützt den Reifungsprozess des Heranwachsenden also durch das Anbieten klarer Riten für den Übergang von der Kindheit in das Erwachsenenalter. Der Prozess der Identitätsbildung entfaltet sich als eine „sich entwickelnde Konfiguration – eine Konfiguration, die allmählich konstitutionelle Gegebenheiten, höchst persönliche Bedürfnisse, bevorzugte Fähigkeiten, wichtige Identifikationen, wirksame Abwehren, erfolgreiche Sublimierungen und konsequente Rollen integriert. Dies alles kann aber nur aus einer wechselseitigen Anpassung individueller Potentiale, technischer Weltansichten und religiöser oder politischer Ideologien hervorgehen.“ (ebd., S. 97)

Die Identitätskonfusion scheint innerhalb dieses Prozesses eine normative und notwendige Erfahrung, die allerdings bei Nichtauflösung eine Kernstörung verursachen kann (Erikson, 1995). Der Zusammenhalt in Peergroups wird gesucht, gefunden, verworfen, vielleicht beibehalten, sexuelle Orientierung und Paarbindungen werden erprobt, Eltern- und Familienideale möglicherweise in Frage gestellt, Rückzugstendenzen gehen mit sozialem (Über-)Engagement einher bzw. kollidieren damit, Fragen über das „Selbst“ und persönliche Lebensperspektiven, über berufliche Zielsetzungen tun sich auf. Von Eltern und Bezugspersonen ist in dieser Phase Toleranz, Offenheit und Vertrauen und Zuversicht in die Entwicklung des Jugendlichen gefragt, aber auch Selbstständigkeit in der eigenen Lebensplanung und –führung und der Wunsch zu eigener Weiterentwicklung. Nur wenn die Eltern den Heranwachsenden loslassen im Vertrauen darauf, ihm alle wichtigen Werte vermittelt bzw. angeboten zu haben und ihn seine eigenen Erfahrungen machen lassen, hat dieser eine Chance zu wählen und zu entscheiden.

Ist einerseits Treue die besondere Stärke der Adoleszenz - eine Treue, die nun einen ideologischen Aspekt erhält, indem sie das Bedürfnis nach Leitung von den Elternfiguren auf Ratgeber und Ideale projiziert – so ist andererseits Rollen-Zurückweisung ein aktive und selektive Intention, die für die Identitätsbildung ebenso notwendig scheint. Nützlich erscheinende Rollen und Werte müssen geprüft werden und unterschieden werden von denen, denen man Widerstand entgegensetzen oder die man bekämpfen muss, weil sie dem Selbst fremd sind. Nur durch diese Prozesse der (Aus-) Wahlmöglichkeiten und wechselnder Selbst-Vorstellungen kann sich ein bewusstes, dauerhaftes „Ich“

herausbilden - eine existentielle und letztlich psychosoziale Identität also, die nicht ausschließlich auf den Ich-Findungsprozess beschränkt bleibt, sondern die befähigt ist, sich mitzuteilen und einzubringen. Erikson (1995) bezeichnet die Adoleszenz als eine Periode sexueller und kognitiver Reifung und gleichzeitig als einen durch lange Schul- und Ausbildungszeiten bedingten sanktionierten Aufschub endgültiger Verpflichtungen. Dieses psychosoziale Memoratorium erlaubt eine gewisse Ellenbogenfreiheit für Rollenexperimente oder auch für ein kurzes „time out“ von allen üblichen Verpflichtungen.

Bleibt die Unsicherheit darüber, wo unser Platz in der Gesellschaft und in der Welt ist, bestehen, sei es dadurch, dass die Gesellschaft möglicherweise aus unterschiedlichen Gründen ihre Funktionen nicht wahrnimmt, sei es dadurch, dass die Vielfalt der wechselnden kindlichen Selbst-Vorstellungen eingeschränkt blieb, so führt dies laut Erikson zu einer *role confusion* und die adoleszente Person leidet an einer Identitätskrise. Zurückweisung oder Fanatismus können als Folgen auftreten: Das „Verschmelzen“ mit einer Gruppe, die bemüht ist, eine detaillierte Identität bereitzustellen wie militärische Organisationen oder religiöse Kulte, möglicherweise gepaart mit Intoleranz und totalitärem Denken, Drogen- oder Alkoholkonsum oder Rückzug aus der Erwachsenenwelt bzw. mangelnde Loslösung von den Eltern scheinen dann einzig mögliche Wege, das eigene Selbst zu definieren. Glaubwürdigkeit und Loyalität sind andererseits die von Erikson definierten Tugenden, die erreicht werden, wenn diese Phase erfolgreich ausbalanciert wird. Gemeint ist damit die Fähigkeit, einen Platz in der Gemeinschaft zu finden, von dem aus gesellschaftliche Unvollkommenheiten und Widersprüchlichkeiten wahrgenommen werden und auf dem ein stabiles Selbst seinen eigenen Wert erkennt und einsetzt.

Hier wechselt die Betrachtungsweise vom Kinder- und Jugendalter auf den Entwicklungsprozess des Erwachsenen und damit auf die Entwicklungskrisen und Aufgaben, vor die potentielle Eltern gestellt sind. Es sind sinnvoll, auch diese Phasen zu beachten in Hinblick auf familiäre Dynamik und Entwicklung.

In der Phase des frühen Erwachsenenalters etwa zwischen dem 18. und dem 30. Lebensjahr besteht die Entwicklungsaufgabe darin, ein gewisses Maß an *Intimität* zu erlangen, statt *isoliert* zu bleiben. Das Teilen von Intimitäten und der Austausch mit anderen Menschen, die sich in Arbeit, Sexualität und Freundschaft als komplementär zu erweisen versprechen, stehen im Vordergrund (Erikson, 1995). Loslassen, um sich (in

einem anderen finden zu können - unter der Prämisse zweier individueller Persönlichkeiten - bedeutet jetzt die Fähigkeit zu erlangen sich auf feste Partnerschaften einzulassen, die ernste Opfer oder Kompromisse fordern können. Im Unterschied zur Teenager-Beziehung, die häufig der eigenen Identitätsfindung dient, bedeutet Intimität nun, anderen nahe zu sein als Geliebte/r, als Freund/in und als Mitglied der Gesellschaft. Die Angst, „unerkannt“ und allein zu bleiben, steht den Erfahrungen von Intimität im Ausdruck der Isolation nach Erikson antithetisch gegenüber. Die gesellschaftlichen Bedingungen wie beispielsweise Isolation des städtischen Lebens, Karriereplanung, Trennung vom Beziehungspartner, weil Mobilität verlangt wird, tragen verschärfend zur Krise bei. Isolation und auch Exklusivität sind in gewissem Maß einerseits notwendig, um sich nicht in jemandem oder etwas derart zu verlieren, dass die eigene Persönlichkeit aufgegeben wird. Andererseits besteht genau hier eine Gefahr: die grundsätzliche Unfähigkeit, anderen etwas auszuschlagen oder eine Isolation *a deux*, die beiden Partnern Schutz bietet vor der nächsten kritischen Entwicklung, der Generativität. Während einerseits Ausschluss (exclusion), die Neigung, sich selbst von Liebe, Freundschaft und Gemeinschaft zu isolieren, zu einer hasserfüllten Tendenz bzw. zu Elitismus führen kann, durch die die eigene Einsamkeit kompensiert wird, besteht andererseits als Fehlanpassung der Hang zu Promiskuität, insbesondere bezogen auf die Neigung, sich zu leicht auf Intimitäten einzulassen, bei denen es sich nicht um ausgesprochen tiefe Intimität handelt. Die Lösung der Antithese zwischen Intimität und Isolation bezeichnet Erikson als Liebe, eine Liebe, die - nicht ausschließlich auf partnerschaftliche Ebene begrenzt - die Fähigkeit besitzt, Unterschiede und Antagonismen durch „gegenseitige Hingabe“ zu bewältigen. Die Kraft des öffentlichen und persönlichen Stils gibt und fordert innere Sicherheit in Bezug auf gemeinsame Lebensmuster. Selbst in gemeinsam geteilter Intimität bleibt die individuelle Identität erhalten.

Mit Exklusivität ist Abweisung bzw. *Stagnation*, mit Intimität *Generativität* eng verbunden: Liebe, Fürsorge und Verantwortung verstehen sich nun auf Grundlage der in Ritualen kultivierten Intimität als in die Zukunft weisend und damit als weitaus weniger selbstbezogen. Im Erwachsenenalter zwischen den 20er und späten 50er Jahren zeigen sie sich in ihrer Ausdrucksform generationenübergreifend, entweder im Großziehen eigener Kinder oder auch in kreativem oder sozialem Engagement sowie in besonderen und allgemeinen Beiträgen für zukünftige Generationen. Generativität beinhaltet zwar alle Handlungen, die das Gefühl, gebraucht zu werden (*need to be needed*), befriedigen - die

implizite Erwartung von Gegenseitigkeit ist jedoch weitaus weniger ausgeprägt bzw. sie erhält eine andere Bedeutung. In einem gesunden Eltern-Kind-Verhältnis erwarten die Eltern beispielsweise wohl kaum, dass ihre Kinder ihnen die „Investitionen“, die sie ihnen im Laufe der Erziehung haben zukommen lassen, erstatten. Doch schöpferisch und sorgsam zu sein, zwingt auch zu einer gewissen Abweisung, einer Auswahl, die getroffen werden muss.

Wird keine Auswahl getroffen, führt dies als Fehlpassung zu *overextension*, wie Erikson sie bezeichnet: Wer sich nur verausgabt, sich selbst keine Ruhepausen und Entspannungsmöglichkeiten einräumt, kann keinen guten Beitrag mehr leisten. Ein zu hohes Maß an Abweisung, die maligne Neigung zu *rejectivity* allerdings führt zu Isolation vom gesellschaftlichen Leben, dazu, dass kein eigener Beitrag an Generativität geleistet wird. Die persönliche Krise dieser Phase äußert sich häufig in der „Midlife Crises“. Abweisung kann nicht ausschließlich selbstbezogen, sondern auch innerfamiliär und im Gemeinschaftsleben zum Ausdruck gelangen und zeigt sich dann bei allem, was nicht bestimmten Zielvorstellungen von Überleben und Perfektion entspricht, als Unterdrückungsmechanismus beispielsweise in psychischer oder moralischer Grausamkeit gegen Kinder oder als moralistisches Vorurteil gegen andere Bereiche von Familie und Gemeinschaft (Erikson, 1995). Bei erfolgreicher Balance zwischen Generativität und Stagnation lässt sich eine Kapazität des Sich Kümmerns erlangen, die lebenslang Bestand hat.

Die Entwicklungsaufgabe des späten Erwachsenenalters, beginnend ungefähr um das sechzigste Lebensjahr herum, besteht darin, *Ichintegrität* gepaart mit einem Minimum an *Verzweiflung* zu entwickeln. Der Eindruck biologischer und sozialer Nutzlosigkeit, das Aufgeben des Berufslebens, altersbedingte Erkrankungen, Verlust sozialer Bindungen, möglicherweise Verlust von Freunden und Partner und Gedanken an eigene Vergänglichkeit und Tod führen möglicherweise zu einer Reaktion der Verzweiflung, indem die Vergangenheit glorifiziert, der Gegenwart die Bedeutung genommen wird. Möglicherweise wird der Verzweiflung auch aus dem Weg gegangen durch eine Neigung zu Anmaßung (*presumption*), indem sich eine Person Ichintegrität „anmaßt“, ohne sich tatsächlich mit den Schwierigkeiten des Alters auseinander zu setzen. Oder es zeigt sich Verachtung (*disdain*): eine verächtliche Einstellung dem eigenen oder dem Leben andere gegenüber.

Ichintegrität bedeutet nun, den Lauf der Dinge und des Lebens zu akzeptieren, mit dem eigenen Leben ins Reine zu kommen, Fehler und als richtig befundene Entscheidungen im gesamten Lebenslauf gleichermaßen zu akzeptieren und als notwendig und richtig anzusehen, da sie dazu geführt haben, dass man der Mensch geworden ist, der man heute ist. Gelingt es, in und mit dieser Lebensrückschau den Bogen in die Gegenwart und damit auch die Zukunft und den nahenden Tod zu schlagen, ist laut Erikson eine Integrität und Stärke erreicht, die er Weisheit (wisdom) nennt und die er auch als ein Geschenk für Kinder bezeichnet, denn „Gesunde Kinder fürchten das Leben nicht, wenn die älteren Menschen um sie herum über genügend Integrität verfügen, den Tod nicht zu fürchten.“ (Erikson, 1988, S.88)

Auch wenn Stufenmodelle heute unter Persönlichkeitstheoretikern nicht mehr als populäres Konzept gelten, können wir unter der Prämisse, dass Erikson die Verschiedenheit von Kulturen und auch die Verschiedenheit innerhalb der Kulturen sowie den historischen Aspekt zur Beachtung gestellt hat, die Nützlichkeit seiner Theorie sehr wohl noch anerkennen. Das allgemeine Muster - bestimmte Abläufe können erst erfolgen und bestimmte Schwierigkeiten, die sich im Leben auftun, können erst gelöst werden, wenn andere Dinge bewältigt sind – lässt sich erkennen und als ein Standard nutzen, an dem wir uns orientieren und anhand dessen wir unser Denken über Persönlichkeitsentwicklung durch Einordnen kultureller, zeitgeschichtlicher und gesellschaftlich bedingter Veränderungen aktualisieren können.

3 Belastungen

3.1 Familiäre Belastung unter dem Einfluss einer Krebserkrankung

Bereits 1973 befasste sich die in Argentinien geborene Lea Baider in ihrer Dissertation an der Brandeis University, Massachusetts, unter dem Titel "Family Structure and the Process of Dying: A Study of Cancer Patients and their Family Interaction" mit den Einflüssen einer Krebserkrankung auf Betroffene und ihre Angehörigen. Seither sind ihre weitreichenden Untersuchungen zum Thema weltweit anerkannt und auch Grundlage für die mitteleuropäische Forschung, Weiterbildung und Information.

„Nachdem in den letzten zehn Jahren Weiterentwicklungen in den sozialen, politischen und Gesundheitssystemen stattgefunden haben, ist auch die Kommunikation zwischen Familie, Patient und Versorgungssystem flexibler und partnerschaftlicher geworden und die Konspiration des Schweigens hat an Intensität verloren.“ (Baider, 2007).

Eine Krebserkrankung war lange Zeit ein einzelnes, verstecktes und privates Ereignis einer isolierten Familie, avancierte aber als eine chronische Krankheit zu einem alltäglichen, offenen und kollektiven Merkmal des Familienlebens (Baider, 2008). Der Krankheitsverlauf, sich ankündigend mit Vorahnungen und Ängsten der Betroffenen weiterführend über Diagnose, Krankheitsbedingungen, Remission bzw. Rehabilitation, Wiederauftauchen der Krankheit, möglicherweise bis zu einem palliativen und terminalen Stadium, nimmt massiv Einfluss auf die gesamte Familie und jedes einzelne ihrer Mitglieder. Der Erkrankte erfährt häufig einen „Sturz aus der normalen Lebenswirklichkeit“ (Gerdes, 1984). Verletzbarkeit und Endlichkeit, eine plötzlich realisierte Lebensbedrohung, herausgerissen aus den normalen Lebensbezügen, zudem einschneidende Behandlungen, ein veränderter Körper und nach einer eventuellen stationären Behandlung konfrontiert mit der Aufgabe, mit der veränderten Lebenswirklichkeit wieder in das familiäre, berufliche und soziale Umfeld zurückzufinden – all dies führt zu unterschiedlichsten, individuellen Bewältigungsformen in bestimmten Krankheitssituationen. Nach Rowland (2002) hat der Krebskranke in fünf Lebensbereichen tiefe Einbrüche zu verkraften: *Distance* (veränderte zwischenmenschliche Beziehungen mit der Gefahr größerer Distanz), *dependence*

(größere Abhängigkeit von anderen wie Angehörigen und Ärzten), *disability* (Leistungseinbruch und Gefährdung der Erwerbstätigkeit), *disfigurement* (Veränderungen des Körperbildes), *death* (existentielles Problem, die Angst zu sterben). Die Bewältigung wird neben den biologischen Faktoren beeinflusst vom Lebensstadium und den durchkreuzten Lebensaufgaben, von innerpsychischen Variablen wie Persönlichkeit, Bewältigungsverhalten und Abwehrmechanismen und von den sozialen Ressourcen, die dem Kranken zur Verfügung stehen (Strittmatter, 2008). Die soziale Unterstützung umfasst mehrere Bereiche (Baider et al, 2001): (1) informative Unterstützung, (2) emotionaler Beistand, (3) praktische (materielle, physische) Unterstützung, (4) Bestätigung von Einstellungen und Gefühlen, (5) Vermittlung von Zugehörigkeitsgefühl und Aufrechterhaltung der sozialen Unterstützung, (6) Unterstützung durch Feedback zum Kranken. Solange nicht Ressourcen mobilisiert oder neu geschaffen sind, besteht ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen, die sich plötzlich ganz neu gestalten, und Funktionsfähigkeit, die in einer solchen Situation noch nicht erprobt ist: Die gesamte Familie befindet sich in einer Krisensituation. Eine Familie existiert nicht nur als eine statische Einheit mit starrer Rollenverteilung, sondern sie ist ein dynamischer Organismus und die Krankheitsverarbeitung unterliegt als dynamischer Prozess einem ständigen Wandel. Durch die Krebserkrankung eines Familienmitglieds ist die gesamte Familie in ihren Funktionen gestört und massiven Belastungen ausgesetzt und – angesichts der Auswirkungen der vielfältigen und chronischen Belastungen – anfällig für weitere bzw. wiederkehrende Krisensituationen. Das Leben aller Familienmitglieder ist durchkreuzt, die Integrität und das Funktionieren des Familiensystems gefährdet. Erkrankung und Behandlung erzeugen Veränderungen der gewohnten Familienstruktur, stellen die Rollenverteilung infrage und erfordern von der Familie Flexibilität und die Bereitschaft, eingefahrene Regeln und Beziehungsmuster zu verändern (Strittmatter, 2008). Welche Störung entsteht im funktionellen Familiengleichgewicht durch die Erkrankung? Wie soll die Familie reagieren? Bei den einzelnen Familienmitgliedern können Unsicherheiten auftreten über Reaktionen auf den Krankheitseinbruch *und* über den Umgang mit den Reaktionen. Was ist in dieser Situation „normal“ und was nicht? So wie der Erkrankte durch die Erkrankung verursachte besondere Bedürfnisse und Sorgen und Ängste entwickelt, so tun dies auch die Angehörigen. Auch sie sind unmittelbar selbst belastet. Rait und Lederberg (1989) bezeichnen sie als „Patienten zweiter Ordnung“. Zukunftsangst, das Problem

Informationen zu bekommen, die Belastung den Kranken leiden zu sehen und die Belastung nicht zu wissen, was als nächstes geschehen wird, sind nach Wright und Dyck (1984; nach Strittmatter) deren vier hauptsächliche Belastungen. Daraus können sich mehrfach emotionale Probleme entwickeln: Gewissenskonflikte können sich ergeben einerseits durch den Wunsch nach Nähe, andererseits aufgrund der Tendenz, der Belastung zu entfliehen oder auch Schuldgefühle wie z. B. unangebrachte, d. h. nicht alters- bzw. rollenentsprechende „Verantwortungsgefühle“ auf gesundheitlicher und emotionaler Ebene, der Eindruck „verpasster“ Lebenschancen im Angesicht eingeschränkter Lebensmöglichkeiten oder des Todes. Unsicherheiten in der Kommunikation, Fragen zur Angemessenheit von Unterstützungsangeboten, Konflikte zwischen dem Ausleben und der Kontrolle unbeherrschbarer Gefühle, die Konfrontation mit Tod, aber auch die mit der neuen Situation zusammenhängende Umkehr von bisherigen innerfamiliären Beziehungs- und Rollenmustern, der Abbau bzw. Verlust sozialer Beziehungen, von Alltags- und Freizeitaktivitäten, mögliche Umkehr von Schutz- und Hilfenetzen wie auch die wirtschaftliche Bedrohung der Existenzgrundlage betreffen *alle* Familienmitglieder. Allerdings unterliegen auch alle Familienmitglieder dem Druck des medizinischen und sozialen Umfelds, welches möglicherweise Stabilität, Verlässlichkeit und positive Einstellung fordert und sind damit der Gefahr von Überforderung ausgesetzt. Die Bedürfnisse des Kranken verändern sich im Verlauf der Krankheit bzw. Genesung. Ein zu hohes Maß an sozialer Nähe kann zu bestimmten Zeiten (z. B. in der Phase der Remission) auch zu einer psychischen Belastung werden, wenn Kompensationsmechanismen sich als wichtiger für die Krankheitsverarbeitung erweisen. Rait und Lederberg (1989, Übersetzung Strittmatter, 2002) fassen fünf Kategorien familiärer Unterstützung und damit besonderer Anforderungen an Angehörige zusammen:

- Emotionale Unterstützung. Obwohl die Familienmitglieder selbst betroffen sind, wird von ihnen erwartet und erwarten sie von sich selbst, die eigenen Gefühle zurückzustellen und den Patienten zu unterstützen.
- Die Familie als Mitträger von Behandlungsentscheidungen. Da oft schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen und der Patient dabei überfordert sein kann, entlastet die Familie den Krebskranken durch Mitüberlegung und Mittragen von Behandlungsentscheidungen.

- Die Familie als unmittelbarer Ort der Pflege und Betreuung des Krebskranken.
- Die Familie als Träger finanzieller, beruflicher und sozialer Belastungen als Konsequenzen der Krebserkrankung.
- Die Familie als Garant der Stabilität inmitten von Veränderung. Die Familie muss in allen Phasen der Erkrankung und Behandlung ihren Aufgaben (wie Erziehung, Ernährung, finanzielle Stabilität) nachkommen. Neben dieser Sicherung der Alltagsaufgaben gibt die Familie, die durch die Krebserkrankung vor immer neue Anforderungen gestellt wird, gerade dadurch Stabilität, dass sie sich den immer wieder neuen Anforderungen flexibel anpasst.

Auch Baider (2008) betont die Verantwortung der Familie auf der Versorgungsebene und auf der Ebene emotionaler Zuwendung und die Gleichzeitigkeit von Unterstützung des Patienten und der Bemühung, eigene Gefühle und Anliegen zu verarbeiten. Das Akzeptieren des Umstandes, dass der Patient körperlich und emotional „regredieren“ könnte, das Tolerieren von Ängsten, Ambivalenz und Ärger, die der Patient äußert, das Bestärken des Grundvertrauens des Patienten, dass er/sie nicht aufgegeben wird, muss von den Angehörigen in mehr oder weniger hohem Maß bewältigt werden. Zum einen zeigt Baider die Bedrohung körperlicher und emotionaler Trennung der Patientin von der Familie auf – und damit verbunden Isolation der einzelnen Familienmitglieder voneinander –, zum anderen verweist sie darauf, dass gerade die vielfältigen und schwierigen Situationen, die sich durch die Krebserkrankung ergeben, die familiären Beziehungen stärken können. Allein durch die Tatsache, in einer engen Beziehung zu leben, lassen sich günstige und adaptive Bewältigung der Belastungen prognostizieren. Jedes Familienmitglied ist emotional, kognitiv und auf Verhaltensebene von der Krebserkrankung beeinflusst und muss sich damit auseinandersetzen, dass die alltägliche Routine, Pläne für die nahe sowie ferne Zukunft und Gefühle und Erlebnisse über die eigene Person und die der anderen innerhalb der Familie neu überdacht werden müssen. Lange bestehende Annahmen über die familiäre Struktur, Rollenverteilung und Verantwortlichkeiten des einzelnen werden möglicherweise in Frage gestellt. Veränderungen finden statt in Bezug auf Selbstbild, Leben und Beziehungen innerhalb der Familie. Werte, Zielsetzungen und Anliegen müssen überdacht und neu bewertet werden. Auch familiäre Gemeinsamkeiten von Bedeutungszuschreibungen bzw. deren Verschiedenheit, Tabus und Geheimnisse beeinflussen den Umgang mit der Erkrankung,

das Miteinander und die familiäre und individuelle Entwicklung. Beispielsweise kann das Bedürfnis nach familiären Geheimnissen die innere Stabilität sichern, möglicherweise geschieht dies aber auf dem Hintergrund, ein Bündnis zu erzwingen, um innere Fragilität und Ängste zu verdecken. Individueller Rückzug oder persönliches Geheimnis können einem konstruktiven, entwicklungsfördernden Bedürfnis entsprechen, aber auch zu Isolation und Flucht vor Auseinandersetzung führen und destabilisierend wirken.

Das Spektrum familiärer Verhaltensmuster ändert sich: Zwischen Auseinanderrücken und verstärktem Zusammenhalt, zwischen Schuldzuweisungen, Ärger, Rückzug und dem Erlernen neuer Krankheitsverarbeitungsstrategien, dem Erkennen von Stärken und dem Ausprobieren von Autonomie, gefolgt von möglichem Stress und Krisen nach der Genesung existiert eine große Bandbreite an immer wieder „neuen“ und unterschiedlichen Reaktionen. Baider stellt in diesem Zusammenhang fest, eine extrem hohe Kohäsion führe zu einer Überidentifizierung mit der Familie, während eine extrem schwache Bindung zu einer Loslösung der Familienmitglieder führe. Beide Extreme entsprächen einem starren Verhaltensmuster, während ein mittleres Ausmaß an Kohäsion und Einbindung als funktional und adaptiv betrachtet werden könnte. Hier geht sie mit der Theorie und den Erkenntnissen von Olsen konform. Wichtig für die Familie sei es, Aspekte wie Kohäsion, Flexibilität, Problemlösestrategien, Ausdruck von Gefühlen und Verhaltenskontrolle zu verstehen und diese ihren spezifischen Bedürfnissen anzupassen. Die familiäre Anpassung ist davon abhängig, in welchem Ausmaß es die Mitglieder der Familie erlauben, dass die wahrgenommene Bedrohung in das Leben eingreift und das Eindringen der Krankheit ihr Leben bestimmt. In Anlehnung an Epstein et al. (1993) benennt Baider familiäre Risikofaktoren: Innerfamiliäre Konflikte, Schuldzuweisungen, Krebs- und behandlungsspezifische Traumata, Rigidität und Verleugnung, zusätzliche externe Stressoren, Mangel an außerfamiliären Unterstützungssystemen, Mangel an Vertrauen in die Familie und das Bewältigen müssen familiärer Entwicklungsaufgaben, die durch die Erkrankung unterbrochen werden, können aufeinander einwirken. Unter diesen belastenden und ungünstigen situativen Bedingungen muss sich die Familie an die Diagnose und Prognose des kranken Familienmitglieds anpassen. Günstige Bedingungen zur Krankheitsverarbeitung sind gegeben, wenn Probleme identifiziert sowie verschiedene Lösungsmöglichkeiten und Alternativen erarbeitet werden, Kommunikation und Anteilnahme Raum finden, die Effektivität der Krankheitsverarbeitung diskutiert, erfahren und bewertet wird und das

Leben als Familie weiterhin stattfindet und nicht ausschließlich von der Krankheit beherrscht wird.

Baider identifiziert prädiktive Faktoren von Familien mit einem hohen Risiko für psychische Belastungen (adaptiert von „Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales FACES“).

- Ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium ist mit einer höheren psychischen Belastung verknüpft.
- Die emotionale Anpassung des Patienten korreliert mit der partnerschaftlichen Anpassung, sie kann durch den Krankheitsstatus beeinflusst werden.
- Im Allgemeinen sind weibliche Familienmitglieder stärker belastet als männliche Familienmitglieder.
- Alter steht in umgekehrtem Zusammenhang mit emotionalen Reaktionen. Ältere Krebspatienten verarbeiten die Erkrankung erfolgreicher als jüngere.
- Ein niedriger sozioökonomischer Status und ein höheres Ausmaß an belastenden Lebensereignissen stehen mit einer höheren psychischen Belastung in Zusammenhang.
- Wahrgenommene Effektivität der Krankheitsverarbeitung kann mediierenden Einfluss auf die Beziehung zwischen Belastung und Depressivität des Versorgenden haben; wahrgenommene Angemessenheit der sozialen Unterstützung kann mediierenden Einfluss auf die Beziehung zwischen funktionalem Status und Depressivität haben.
- Gute Kommunikation bewirkt, dass ein Paar besser in der Lage ist, Anforderungen an Rollenfunktionen zu erfüllen und im terminalen Krankheitsstadium mehr Nähe und Distanz zu schaffen.
- In weniger rigiden oder chaotischen Familien wurde ein niedrigeres Ausmaß an psychischer Belastung gefunden.

Allerdings weist sie auch darauf hin, dass Forschungsergebnisse über den Einfluss psychologischer Faktoren auf familiäre Belastungen noch immer widersprüchlich, nicht eindeutig und umstritten seien. Dennoch sei es allgemein akzeptiert, dass die Diagnose Krebs ein hoch belastendes Ereignis ist und dass zwischen 20% und 30% der Krebspatienten und ihre Familie noch lange nach der Erstdiagnose in einem Zustand psychischer Belastung seien (Baider, 2008).

3.2 Kindliche Belastung unter dem Einfluss einer Krebserkrankung der Mutter

Kinder mit einem krebserkrankten Elternteil befinden sich in einer besonderen, kritischen Lebenssituation. Sie sind Anforderungen ausgesetzt, die sich ihnen auf unterschiedlichsten Ebenen und Bereichen stellen: Ängste um den/die Erkrankte/n, die Familie, um die eigene körperliche und seelische Unversehrtheit, Angst vor dem Tod, eine Auseinandersetzung mit Verantwortung und Schuldgefühlen, für die in der Familie möglicherweise ein Gesprächspartner fehlt, eine nicht altersgerechte Übernahme an alltäglichen Aufgaben – all dies kann zur Belastung werden, wenn keine Möglichkeit und kein Raum für das eigene Selbst gegeben sind, sich damit reflektierend auseinander zu setzen, aus Ressourcen zu schöpfen und adaptive (Über-)Lebensmöglichkeiten zu entwickeln. Strittmatter (2008, S. 5) meint zu dieser besonderen Lebenssituation:

„Kinder erfahren die eingetretenen Veränderungen, das Fehlen des kranken Elternteils, das Überbeanspruchtheits des gesunden Elternteils und die Störungen im täglichen Ablauf. Die Belastungen des gesunden Elternteils wirken sich auf die Beziehung zu den Kindern aus und erschweren das Klarkommen der Kinder“.

Was geschieht, wenn ein kritisches Lebensereignis, als welches eine Krebserkrankung der Mutter gesehen werden kann, ein Kind zu früh zum „Erwachsenwerden“ zwingt? Andererseits: Welche Entwicklungschancen verpasst ein Kind möglicherweise, wenn die Familie sich in einer solchen Situation in einen sozialen Schutzraum zurückzieht und das Entwicklungstempo gedrosselt ist? Erste kindliche Reaktionen auf die Krebserkrankung eines Elternteils sind abhängig vom Alter bei der Diagnosestellung bzw. beim ersten Erklären oder Erfahren, dass „etwas nicht stimmt“ bzw. „was nicht stimmt“ und damit sehr stark von seinem Entwicklungsstand und seinen Vorerfahrungen (Hilfe für Kinder krebskranker Eltern, 2006). Hat es bislang eindimensionale Gesundheits- und Krankheitskonzepte entwickelt - „Gesundheit ist gut, Krankheit ist etwas Schlechtes.“ - oder ist es bereits in der Lage diesbezüglich ganzheitlicher und reflektierter zu denken: „Gesundheit und Krankheit sind ein mehrdimensionales Konstrukt, das nicht nur als schicksalhafte Bedrohung erduldet werden muss, sondern mit dem ich mich gedanklich und körperlich auseinandersetzen kann.“? Blickt es auf eigene Krankheitserfahrungen zurück? Kennt es bereits Betroffene, möglicherweise Menschen aus dem näheren

Bekannten- oder Verwandtenkreis? Je jünger die Kinder, umso größer sind deren Belastungen durch einen krebserkrankten Elternteil (Strittmatter, 2008).

Familienstruktur und Rollenverteilung innerhalb der Familie sind von grundlegender Bedeutung für das gelingende Miteinander, dabei insbesondere Art und Stärke der elterlichen Bindung zum Kind und die des Kindes zum betroffenen bzw. nicht betroffenen Elternteil. Schwierigkeiten und Probleme, die bereits vor dem Ausbruch der Krankheit und vor der Diagnose bestanden, beeinflussen die kindliche Reaktion und Bewältigungsmöglichkeit, ohne dass dies ihnen selbst oder auch den Eltern bewusst werden muss. Eine sich bereits anbahnende Trennung der Eltern, konflikthafte Geschwisterbeziehungen, finanzielle Notlage, Vorerkrankungen oder Alkohol- und Drogenabusus beispielsweise *und* dazu die Erkrankung des betroffenen Elternteils nehmen Einfluss auf Wertvorstellungen und Lebensalltag der Familie und werden den Alters- und Entwicklungsstufen des Kindes gemäß von ihm beurteilt und in das individuelle Lebenskonzept eingeordnet. Ebenso wie die Verfügbarkeit des gesunden Elternteils ist die soziale Unterstützung durch das Umfeld, z. B. Großeltern oder Freunde der Familie, von Bedeutung. Ist der nicht erkrankte Elternteil spürbar überfordert und zieht sich zurück oder zeigt er im Gegenteil übertriebene Fürsorge oder aber fehlt ein stabiles, soziales Umfeld, bricht es durch die Krankheit bedingt weg bzw. zeigt es sich in einer panischen Reaktion „aufdringlich“ verfügbar, so kann das Fehlen wie das Aufdrängen sozialer Verfügbarkeit statt unterstützend eher irritierend und ängstigend Wirkung zeigen. Der Umgang mit erzieherischen Werten, der Grad an Ehrlichkeit und Offenheit im Umgang mit den Kindern – Rait und Lederberg zeigten 1989 anhand einer Studie, dass Kinder, die über die Krankheit informiert wurden, weniger Angst zeigten als die nicht aufgeklärten Kinder - sowie bisherige Lösungsstrategien bzw. Lösungsansätze in familiären Krisen geben einen grundlegenden Hinweis auf die Bewältigungsmöglichkeiten kindlicher Belastungen in der Situation. Elterliches Modellverhalten im Umgang mit Krankheit und/oder Verlust nimmt Einfluss auf das kindliche Reaktionsverhalten.

Je mehr Ebenen diesbezüglich in den Blick genommen werden, umso deutlicher treten die Belastungen hervor und umso eher erschließt sich die Komplexität der Gesamtsituation. Erst auf dieser Grundlage können adäquate Entwicklungsmöglichkeiten erkannt und unterstützt werden.

Eine Krebserkrankung der Mutter nimmt aufgrund einiger Faktoren eine Sonderstellung ein: Wie aus den genannten Zahlen ersichtlich wurde, ist z. B. die Häufigkeit der weiblichen Brustkrebserkrankungen im mittleren Alter bei steigender Remissionsrate im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen am höchsten. Die Form der Erkrankung bringt mit ihren möglichen Konsequenzen neben einigen allgemeinen Belastungen für das seelische Gleichgewicht spezielle Probleme mit sich, die einen hohen psychologischen Einfluss haben (Wainstock, 1991; Miller, 1981; nach Tschuschke, 2007). So zeigen sich bei den betroffenen Frauen vor allem Körperbildprobleme, sexuelle Probleme, interpersonelle (soziale) Schwierigkeiten sowie der Bewältigungsdruck von akuten und chronischen physischen Symptomen (z. B. Fatigue). Diese besonderen Belastungen müssen unter dem Blickwinkel spezifisch weiblicher Lebensbedingungen betrachtet werden. Frauen sind häufig der Mehrfachbelastung von Beruf, Haushalt und Familie ausgesetzt, ihre Lebensplanung weist mehr Brüche auf als die von Männern. Burnout-Syndrom und Depressionsrate liegen besonders nach der Geburt des ersten Kindes erschreckend hoch. 90% aller 1,57 Mio. Alleinerziehenden sind Frauen (Mikrozensus, 2007); die damit verbundenen Schwierigkeiten wurden bereits teilweise benannt. 40% aller Frauen haben körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides seit dem 16. Lebensjahr erlebt, 18% innerhalb der Familie durch aktuelle oder frühere Lebenspartner (BMFSFJ 2004). Diese Informationen dürfen nicht außer acht gelassen werden, wenn hier über Kinder, deren Mütter an Krebs erkranken, nachgedacht werden soll, denn sie stellen zusätzliche Belastungsfaktoren für den Lebensalltag dar. Die ganz eigene Vorstellung einer Mutter über ihre individuelle Lebensplanung und –führung, über ihre Werte, aber auch die von ihr selbst wahrgenommene und verkörperte Rolle innerhalb ihres Umfeldes und innerhalb der Gesellschaft bzw. die Rollenzuschreibung und die Bedingungen, die ihr Leben unter anderem prägen, prägt auch das Verhältnis zu ihren Kindern und die Wertmaßstäbe, die sie an sie vermittelt. Es muss beachtet werden, dass *Frau sein* mit kulturellen, gesellschaftlichen und individuellen Konnotationen besetzt ist. *Weiblichkeit* ist kein feststehender, allgemein gültiger, klar definierbarer Begriff. Gerade eine Krebserkrankung der Frau greift in die Persönlichkeit der Betroffenen ein und sie ist dem Druck der Auseinandersetzung mit allen bisherigen Erfahrungen und individuellen Überzeugungen ausgeliefert – egal ob bewusst oder unbewusst, sich aktiv auseinandersetzend oder verdrängend: Die Erkrankung der weiblichen Körperregionen und die Eingriffe, die durch die unterschiedlichen Behandlungsmethoden erfolgen,

zwingen zu individueller Verarbeitung. Die weiblichen Organe wie Brust, Gebärmutter und Eierstöcke werden in Zusammenhang gebracht mit Selbstbild und mit Schönheitsidealen, mit Identität der Weiblichkeit, mit Fruchtbarkeit und Generativität. Jede betroffene Frau muss einen Weg finden, einen wie auch immer gearteten physiologischen Eingriff auch auf psychischer Ebene zu verarbeiten, muss mit dem eventuellen Verlust einer Brust oder der Gebärmutter zurechtkommen, muss möglicherweise ein verändertes Verhältnis zur Sexualität erfahren und ihre Sexualität neu erproben, muss vielleicht sich damit abfinden, trotz Kinderwunsches nicht mehr schwanger werden zu können. Das Selbstbild einer Frau und Mutter spiegelt sich in ihrem Erziehungsverhalten wider. Die Überlegung, welchen Einfluss dies unter den Bedingungen der Krebserkrankung insbesondere auf Töchter in unterschiedlichen Entwicklungsstufen nimmt, sollte eine besondere Rolle spielen.

3.2.1 Kindliche Belastung unter der Bedingung...

Warum der Blickwinkel auf den Krankheitsverlauf? Diagnose, Verlauf der Erkrankung und Heilungschancen der/s Erkrankten werden je nach Entwicklungsstadium des Kindes wahrgenommen, und die Verarbeitung ist stark abhängig vom Umgang der Familie mit der Krebserkrankung, wobei alle genannten Aspekte zu beachten sind. Eine Auseinandersetzung mit der familiären und im Besonderen kindlichen Belastung nach Entwicklungsphasen oder nach Phasen des Familienzyklus erscheint zunächst sinnvoll, bleibt jedoch unter Beachtung der ganzheitlich erwünschten Betrachtungsweise zu sehr den Einzelkriterien verhaftet. Der Aspekt des Krankheitsverlaufs wird noch einmal kurz gesondert beachtet, da er den wesentlichen Faktor „Zeit als Kontinuum“ beinhaltet, unter dem Krankheit und Krankheitsverarbeitung in das alltägliche Leben integriert werden müssen. Zwar verweisen Romer und Haagen (2007) unter Bezugnahme auf Compas et al. (1994) darauf, dass Dauer und Stadium der elterlichen Krebserkrankung keinen Einfluss auf die psychische Anpassung der Kinder hätten, wohl aber die gefühlte Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und die subjektive Krankheitsverarbeitung der Eltern. Auf letzteres wurde bereits eingegangen. Doch ist zu beachten, dass der Verlauf der Krankheit eine unabänderliche Voraussetzung und Bedingung darstellt. Der zeitliche Rahmen der außergewöhnlichen Belastungen ist für alle Betroffenen häufig nur schwer oder gar nicht

erfassbar. Faller (1998) zeigt in einer Studie von 1994, dass sich das emotionale Befinden von Krebspatienten im Krankheitsverlauf verschlechtert: Von der Diagnosestellung bis zum Abschluss der Primärbehandlung und Therapierfolgsbeurteilung (im Median 18 Wochen nach T1) ändert sich das Befinden der Patienten nur wenig, bei Eintritt eines Rezidivs (im Median 37 Wochen nach T2.) zeigt sich eine Abnahme in der Hoffnung und eine Zunahme der emotionalen Belastung (Selbst- und Fremdeinschätzung)⁴. Die *Änderungen der Situation* im zeitlichen Verlauf verlangen also von allen Betroffenen, wobei hier Erkrankte und Angehörige gemeint sind, Bewältigungen, die auch Verhaltensänderungen zur Folge haben können.

3.2.2 ...einer vorübergehenden Behandlung

Mit der Krebserkrankung eines Elternteils ändern sich die familiären Bedingungen. Zunächst lassen die direkt Betroffenen in der Phase des Verdachts und im ersten Moment (nach) der Diagnose ein breites Spektrum an emotionalen und Verhaltensreaktionen erkennen. Abhängig von der eigenen Persönlichkeitsstruktur und abhängig von Umgang und Erfahrungen mit Krankheit und Krisensituationen gestaltet sich auch der Umgang mit Sorgen und Ängsten. Traumatisierung und Einbruch in die alltäglichen Lebensumstände werden individuell wahrgenommen und verarbeitet. Trotz Verlustes des Selbst- und Weltverständnisses müssen von den Erkrankten bestimmte Copinganforderungen geleistet werden: Das Akzeptieren der Diagnose, der Umgang mit Stress, emotionalem Aufruhr, möglicherweise Traumatisierung, das Verlieren persönlicher Autarkie und mögliche Abhängigkeit von Hilfesystemen, das Treffen von (medizinischen) Entscheidungen und die Integration der Krankheits- und Behandlungsfolgen in den Alltag bestimmen die persönliche Lebenswelt und den gesamten Lebenskontext. So vielfältig die Reaktionen und Verarbeitungsansätze der Betroffenen sind, so vielfältig wirken sich diese auf das Bezugssystem Familie und damit auf die Kinder aus. Resignation, kognitive Strukturierung (Antizipation, Attribution, fatalistischer Humor, Sinngebung), Ablenkung von der Krankheit, veränderter Umgang mit sozialen Kontakten, Compliance (aktiv, passiv) und kämpferische Einstellung (Auflehnung, Selbstaufwertung) spiegeln die Bandbreite an Reaktionsmöglichkeiten, die die Krankheit erzwingt, wider. Eine der ersten

⁴ Die Ergebnisse waren unabhängig vom therapeutischen Erfolg zu T2 (ob sich der Tumor zurückbildete oder nicht).

Fragen, die sich betroffenen Müttern, unabhängig von Alter und Geschlecht ihres Kindes stellt, ist: „Wie sag’ ich es meinem Kind? Was sage ich ihm? Wie reagiere ich, wenn es mich fragt, ob ich nun sterbe?“. Wie groß Hilflosigkeit und Unterstützungsbedarf in diesem ersten Stadium der Krankheit sind, zeigt die Fülle der Ratgeber für Eltern und kurzer Erzählungen für Kinder, die sich dieser Problematik zuwenden („Was ist mit Mama los?“, „Hilfen für Angehörige“, „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern“, u. a. sowie „Mein wunderschöner Schutzengel“ und weitere). Allerdings ist die Ratgeberkultur möglicherweise auch ein Ausdruck der Hilflosigkeit, wie mit Fragen um und über die Erkrankung innerhalb der Familie, aber auch innerhalb der gesellschaftlichen und medizinischen Kultur umgegangen werden kann. Der Bedarf an Unterstützung scheint groß, ebenso aber auch das Bedürfnis zu helfen. Selbsthilfegruppen, Vereine, Betroffene stützen sich hier auf eigene Erfahrungen und daraus entwickelte Wunschvorstellungen – völlig legitim, doch wissenschaftlich noch wenig fundiert.

Für die Erkrankte gehen mit dem Behandlungsprozess physische und psychische Veränderungen einher und die Nebenwirkungen der Behandlung sind häufig für alle Familienmitglieder spürbar und müssen ausgehalten werden. Kinder spüren die Veränderungen im Selbstverständnis und im Verhalten der Eltern bzw. des Elternteils, auch möglicherweise im Verhalten des übrigen sozialen Umfeldes, selbst wenn sie diese nicht bewusst wahrnehmen bzw. keine konkrete Ursachenzuschreibung vornehmen können. Traurigkeit und Sorge um den erkrankten Elternteil, Unsicherheiten und Ängste, Verunsicherung über die Zukunft und über das eigene Schicksal beschäftigen Kinder ebenso wie Erwachsene. Genau wie Erwachsene müssen sie persönliche und familiäre Ressourcen nutzen können, um die Belastungen verarbeiten zu können. Verdrängung scheint manchmal ein kurzzeitig positives Mittel der Verarbeitung zu sein, da eine Phase des Kräftesammelns und der Mobilisierung von Ressourcen ermöglicht wird. Jedoch gilt dies nicht für alle Familienmitglieder in gleichem Maß oder zum gleichen Zeitpunkt und beinhaltet auch bei längerfristigem Anhalten einer solchen Reaktion die Gefahr, dass eine Auseinandersetzung und die Möglichkeit zur Verarbeitung nicht genutzt werden kann. Wird über die Krankheit und die familiäre Situation nicht gesprochen, kann beim Kind der Eindruck entstehen, dass sie zu schrecklich ist, um darüber sprechen zu können. Man kann nicht nicht kommunizieren und auch Stummsein bzw. Verstummen sendet unübersehbare Signale (Watzlawick,1980). Kommt die Erkrankung durch andere Personen wie ErzieherInnen, LehrerInnen, Nachbarn zur Sprache, möglicherweise

verbunden mit falschen Informationen oder mit Fragen, deren Inhalt und Antworten sich das Kind nicht gewachsen fühlt, kann dies dazu führen, dass es sich geschockt, innerhalb der Familie isoliert und nicht wichtig genommen fühlt. Wie kindliche Äußerungen bezeugen, sind häufig falsch gezogene Schlüsse oder falsche Annahmen aus solchen Begegnungen und Beobachtungen die Folge. So übernehmen z. B. Kinder die Verantwortung für die elterliche Erkrankung, weil sie meinen, sich nicht den elterlichen Wünschen entsprechend verhalten zu haben, und sie entwickeln Schuldgefühle, besonders im Kleinkindalter. Mit Verschweigen, aber auch mit dem Nichteinordnenkönnen der Krankheitsmerkmale in das kindliche Lebenskonzept besteht die Gefahr der Stigmatisierung. Der Eindruck von Nichtbeachtung und Nichtverstehen (der elterlichen physischen und psychischen Veränderungen) ruft schambesetzte Gefühle hervor. Schüchternheit oder Kränkung können unmittelbarer Ausdruck von Scham sein, sozialer Rückzug oder Aggression Formen ihrer Abwehr. Scham hütet aber auch die Selbst- und Intimitätsgrenzen und kann als Ansporn für Entwicklung und Autonomie gelten. Schamkonflikte können in dieser Situation altersunabhängig und auf vielfältige Weise entstehen. Sie sind förderlich, sofern das Gefühl der Scham nicht traumatische Dimensionen annimmt. Die unterschiedlichen Reaktionen des sozialen Umfeldes nehmen zudem Einfluss auf die inneren Konflikte zwischen Scham und Stolz. Zwischen Hilflosigkeit und einem fürsorglichen sich Aufdrängen, zwischen aktiver Anteilnahme und Mitleid, zwischen Unkenntnis und abwiegelnden Worten ergibt sich eine ungeahnte Bandbreite an Reaktionen mehr oder weniger nahe stehender Personen. Spätestens vom Kleinkindalter an wird das Kind gezwungen sein zu reagieren – auf deutliche oder versteckte Signale und Veränderungen im Umfeld. Diese können als förderlich empfunden werden, wenn beispielsweise Großeltern für erforderliche Zeit in der Lage sind, familiäre Verantwortung in einem unauffälligen, sich nicht aufdrängenden und gleichzeitig nicht fordernden Maß zu übernehmen -, aber auch als sehr belastend. Wie soll ein Kind damit umgehen, wenn Mitschüler sich aus Unsicherheit zurückziehen oder etwa wissen wollen, warum „Mama eine Perücke trägt“ oder warum sie „eine Glatze hat“? Was empfindet es, wenn die beste Freund/der beste Freund fragt: „Deine Mutter hat doch Krebs - wird sie jetzt sterben?“ Was soll es davon halten, wenn Nachbarn aufhören, miteinander zu sprechen, sobald es in die Strasse einbiegt, in der es wohnt, oder wenn Lehrer, die sich bisher nur um die schulischen Belange gesorgt haben, versichern, sie seien immer für es da? Die Begegnungen mit Menschen außerhalb der Kernfamilie

erhalten eine neue Bedeutung und nehmen massiven Einfluss auf ein Kind, denn die Familie kann zwar unter besten Voraussetzungen Halt und Stabilität bieten, hat aber unter den Krankheitsbedingungen möglicherweise Schwierigkeiten, eigene und von außen kommende Eindrücke und Reaktionen adaptiv zu verarbeiten.

Forderungen nach Rücksichtnahme seitens des erkrankten oder auch des gesunden Elternteils können, wenn sie nicht situations- und entwicklungsgemäß erfolgen, eine Entwicklungshemmung provozieren. Diese kann sich entweder in einer nicht altersgemäßen Verhaltensänderung durch übertriebene Fürsorge und Übernahme von Verantwortungen zeigen, die entwicklungsgemäß noch nicht angezeigt sind, oder durch Zurückfallen in eine Entwicklungsstufe, die bereits vollzogen war. Sorgen und Ängste können auch altersunabhängig zu einer Entwicklungsstagnation führen, wenn der Einbruch des kritischen Lebensereignisses in die Familie keine Möglichkeiten zur Weiterentwicklung zulässt - sei es bedingt durch die Überforderung der Eltern oder durch eigene Überforderung mit der Situation. Eine vorübergehende Stagnation kann sich als hilfreich erweisen im Sinne einer Phase der Kräftemobilisierung und Besinnung auf Kenntnisse und Erfahrungen. Diese können dann adaptiv in der neuen Lebenssituation erprobt und angewendet werden. Manifestiert sich der Zustand der Stagnation allerdings, kann dies zu Entwicklungsstörungen führen.

Wie kommen Kinder damit zurecht, wenn die Mutter nicht mehr im gewohnten Maße ansprechbar und für alltägliche Belange zuständig ist, wenn sie schnell müde wird, ihr die Haare ausfallen, wenn ihre Schmerzen, ihre Traurigkeit und Ängste unübersehbar sind, wenn der Vater weint, was es vielleicht bisher nicht kannte? Ungewohnter Streit, ungewohntes sich Zurückziehen eines oder beider Elternteile, spürbare Unsicherheiten der Eltern und neue Regeln im Alltag, plötzliches Aufsichgestelltsein, weil die Eltern keine Zeit mehr zu haben scheinen und das Gefühl, dies nicht (be)greifen und selbst keinen Einfluss nehmen zu können, können zu Gefühlen von Isolation und Einsamkeit führen und zu Überforderung: Hilflosigkeit, der Eindruck, dem allem nicht gewachsen zu sein, oder auch Schuldgefühle ziehen ein reales sich Entziehen und Isolieren, vielleicht auch Aggressionen, Wut, Fassungslosigkeit nach sich. Ein besonderes sich Bemühen, auf dem gedanklichen Hintergrund, die Eltern zu unterstützen oder um zur eigenen Sicherheit die gewohnte familiäre Situation wieder herzustellen, kann sich ebenfalls als sehr belastend erweisen. Die eigene (kindliche) Rolle wird aufgegeben, Verantwortung übernommen, die eventuell nicht anerkannt oder aber ausgenutzt wird – wenn auch

vielleicht nicht bewusst. Ein Kind, das sich hier über seinen Entwicklungsstand hinaus verantwortlich und verständnisvoll zeigt, wird die Eltern eher erleichtern und beruhigen als eines, das sich völlig zurückzieht oder unbegreifliche Wutanfälle bekommt. Genau damit aber nimmt der Kreislauf von Überforderung und „erzwungenem“ (weil erwünschtem) Verhalten seinen Gang. Die Problematik verlagert sich von der Bewältigungsanforderung der elterlichen Krebserkrankung zu einer Problematik, die mit der Grundsätzlichkeit der familiären Bewältigungsstrukturen zusammenhängt. Fehlt hier das förderliche Maß an Kohäsion und Adaptibilität, wie Olsen es beschrieben hat⁵, oder die Flexibilität im Rollenverhalten, wie Baider sie erläutert⁶, oder aber eine offene Kommunikation wird die Belastung zwar noch ursächlich, aber nicht mehr ausschließlich auf die Erkrankung zurückzuführen sein.

Die Remission stellt noch einmal besondere Anforderungen an alle Familienmitglieder. Nicht allein die Erkrankte spürt, dass sich das Leben trotz momentaner Symptomverminderung grundlegend verändert hat. Die innerhalb der Familie eventuell erforderliche und stattfindende Rollen- und Werteänderung hat massiven Einfluss auf die Gestaltung des Alltags. Zwar scheint die Krankheit überwunden, aber es sind damit nicht plötzlich alle Schwierigkeiten, Sorgen und Ängste verschwunden und alle Veränderungen akzeptiert. Das Zurückkehren in die „Normalität“ kann sich für die Eltern unterschiedlich und zudem ganz anders gestalten als für die Kinder. Sicher fällt es Kindern alters- und entwicklungsabhängig nicht leicht nachzuvollziehen, warum jetzt nicht alles wieder so ist wie vor der Erkrankung - den Betroffenen selbst ist dies oft unbegreiflich. Fühlen Kinder sich in dieser Phase nicht einbezogen in die familiären äußeren und inneren Abläufe, fühlen sie sich nicht ernst genommen in ihren Belangen, kann sich auch ihre Lebenssituation nicht entspannen.

⁵ s. S. 14

⁶ „Eine Familie, die in der Lage ist, den Zusammenhalt in der Familie aufrecht zu erhalten und die Beziehungen trotzdem flexibel gestaltet, wird auch ihre Struktur und ihre Dynamik als eine Gruppe aufrecht erhalten können. Sie wird nach Bedarf die familiäre Rollenverteilung oder die Intensität der Beziehungen als Reaktion auf die Unvorhersehbarkeit der Krankheitssituation verändern.“ (Baider, 2008)

3.2.3 ...eines chronischen Krankheitsverlaufs

Mit dem Auftreten eines Rezidivs wird die Krebserkrankung zu einer chronischen Erkrankung. Konnten nach erfolgreich abgeschlossener Ersttherapie die Nachfolgebehandlungen und mögliche auftretende Ängste und Befürchtungen emotional bewältigt und integriert werden, wird nun der episodenhafte Charakter der Krankheit deutlich. Aus einer bislang vereinzelt aufgetretenen Bedrohung wird eine lebensbegleitende, die als nicht heilbar erscheint. Die Beschwerden, die sich jetzt zeigen, lassen sich nicht (mehr) mit dem Krankheitsverlauf allein erklären, sondern sind auch mit situativen Eigenarten verknüpft, zu denen wesentlich die Aufmerksamkeit, die Wahrnehmung und die Bewertung der aktuellen Lebenssituation und des eigenen Körperempfindens der Betroffenen gehören (Uexküll, 2003).

„Alle Hoffnungen sind in einem Augenblick zerstört. Viele Patienten erleben jetzt eine große Hoffnungslosigkeit und geraten in schwere Depressionen. Vertrauen, das vielleicht gerade wieder gefasst wurde, wird unerbittlich zerstört, viele leiden an Gefühlen der Panik, der Entfremdung und haben Schuldgefühle.“ (Agenendt & Tschuschke, 2007, S. 58).

Durch eine Chronifizierung der mütterlichen Krebserkrankung erhöht sich auch die Belastung der Kinder. Was zunächst als akute Gefahrensituation wahrgenommen wurde, kann nicht mehr als solche betrachtet werden, sondern muss nun neu eingeordnet werden in das eigene kindliche Lebenskonzept. Das Wahrnehmen, dass sich die Situation, wie sie sich durch die elterliche Erkrankung gestaltet, nicht einfach aufgelöst hat, sondern einen Neuanfang nimmt, wird zu einem zusätzlichen Belastungsfaktor. Die bisherigen persönlichen und familienbezogenen Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung beeinflussen sicher in hohem Maß den weiteren Umgang und Verarbeitungsprozess. Haben sich im Erstverlauf der Krankheitsverarbeitung Belastungssymptome beim Kind gezeigt, treten diese bei Wiedererkrankung des Elternteils möglicherweise ohne zeitliche Verzögerung und massiver auf aus einer (unbewussten) Erwartungshaltung des Kindes heraus. Es kennt die Situation mit all seinen Schwierigkeiten bereits, es ahnt oder weiß, welche Unsicherheiten und Ängste die Erkrankung mit sich bringt und welche Anforderungen sie stellt. Traurigkeit kann sich unter dem Aspekt einer unsicheren Zukunftsperspektive zu einem Prozess der Trauer vertiefen, Resignation kann negative Gefühle verstärken, Sorge kann in Panik umschlagen. Träume, die in bestimmten

Altersphasen und Lebenssituationen als Verarbeitung alltäglicher Erlebnisse und Gefühle eine durchaus konstruktive Funktion erfüllen, können jetzt als bedrückendes Element den täglichen Alltagsablauf und die emotionale Befindlichkeit massiv beeinträchtigen.

Die von den Erkrankten selbst erlebten Gefühle an Enttäuschung, Wut, Ärger, Verzweiflung, Resignation und Hilflosigkeit und die besonderen Anforderungen an Angehörige wie stabile Verlässlichkeit zu zeigen, eigene Ängste, Sorgen, auch Versagensgefühle in einem für alle erträglichen Maß auszuagieren, führen in dieser Krankheitsphase häufig zu einer extremen Belastung und Gefährdung einer Paarbeziehung. Die Belastung der Kinder erhöht sich dann in mehrfacher Hinsicht: Zur Sorge um den erkrankten Elternteil kommt die Angst vor Streit, Trennung und neuer, unbekannter Lebenssituation hinzu. Aber auch die spürbare Konzentration der Eltern auf sich selbst zieht Zuwendung vom Kind ab und die nur noch eingeschränkt wahrgenommenen Erziehungsaufgaben reduzieren die innere und äußere Stabilität, die es benötigt, sich nach all seinen Möglichkeiten auszuprobieren und zu entfalten. Gefühle von Vernachlässigung, Einsamkeit und Selbstverschuldung wahrgenommener Veränderungen manifestieren sich möglicherweise in Reaktionen wie Rückzug oder rücksichtslosem bzw. aggressivem Verhalten.

Durch eventuellen Verlust oder Einschränkung der Berufstätigkeit drohen wirtschaftliche und materielle Einbußen. Dies bedeutet für Kinder nicht selten die Einschränkung sozialer Freiräume, Verlust des Raumes zum Erproben und Erkennen eigener Fähigkeiten und Kreativität. Auch hier zeigen sich nicht nur die Einschränkungen an sich und müssen verarbeitet (bzw. neue Entfaltungsräume gefunden) werden, sondern der Eindruck, die Musikschule „nicht verdient“ zu haben, nicht „gehorsam“ oder „fleißig“ genug zu sein, um weiterhin im Fußballverein spielen zu dürfen oder aber ein nicht altersgemäßes Verständnis zu zeigen, um der Mutter, die ja schon ihre Krankheit zu ertragen hat, das „schlechte Gewissen“ zu nehmen, können Belastungen sein, die nicht einfach zu verarbeiten sind.

Das soziale Netzwerk bietet nicht allein Stütze und Trost, sondern es übt auch soziale Kontrolle aus, fordert Verhaltensnormen ein. Bei längerem Krankheitsverlauf zeigt sich häufig Ungeduld, wenn sich Alltag und Beziehungen nicht „normalisieren“, die Anforderungen sich nicht den üblichen (wieder) anpassen – und dies trifft nicht allein auf die Erwachsenenwelt, sondern auch auf die der Kinder zu. Das Umfeld kann sich also als stabilisierend erweisen, aber auch als belastend. Durch Verhaltenserwartungen, die nicht

kindgemäß oder gar moralisierend geäußert werden von Großeltern, Verwandten oder Freunden der Familie kann sich der Druck auf die Kinder erhöhen. Zu den massivsten Bedrohungen kindlichen Erlebens gehört es sicher, die elterliche Liebe zu verlieren. Die innerfamiliären Belastungen genügen häufig bereits, um dahin gehende Ängste zu entwickeln. Werden sie durch das Umfeld verstärkt, wird die Bedrohung unerträglich. Durch „Funktionieren“ oder Verhaltensauffälligkeiten muss dann versucht werden, sich der elterlichen Zuwendung und Liebe zu versichern.

Ängste über eigene gesundheitliche Gefährdung können sich durch das Miterleben des chronischen Krankheitsverlaufs, aber auch durch Ängste, für „falsches“ Verhalten selbst durch Krankheit bestraft zu werden, bei Kindern verstärken und es lässt sich kein einheitlicher Umgang damit festlegen. Persönliches Erleben, Aushalten, Umgehen und Bewältigen von Angst sind individuell sehr verschieden und bei Kindern *auch* abhängig von ihren Konzepten von Gesundheit und Krankheit, von kognitiver und emotionaler Verarbeitungsmöglichkeit und ihrer Persönlichkeitsentwicklung. Besonders jugendliche Töchter von an Brustkrebs erkrankten Müttern sind in ihrer psychosexuellen Identitätsentwicklung belastet. Neuere Entwicklungen bei der genetischen Differenzierung einzelner Tumorarten lassen zwar eine medizinisch verbesserte Diagnostik und damit frühzeitige Vorsorgeuntersuchung zu, verstärken aber eher das Gefühl der Bedrohung, das mit dem Erleben der eigenen Weiblichkeit einhergeht (Romer & Haagen, 2007) als zu beruhigen. Strittmatter (2008, S. 5) verweist auf die besondere Problematik der adoleszenten Entwicklung:

„Bei Jugendlichen und Heranwachsenden unterbricht die Krebserkrankung eines Elternteils ihren normalen Entwicklungsprozess. Die Krankheit, z.B. der Mutter, zwingt die Jugendlichen in eine zentripetale (familienzentrierte) Richtung, die ihrer zentrifugalen („von-der-Familie-weg“-)Tendenz zuwiderläuft. In dem Moment, in dem der Heranwachsende beginnt, sich emotional von der Familie zu lösen und seine eigene Identität zu entwickeln, erzwingen Krankheits- und Haushaltserfordernisse einen verstärkten Kontakt mit den Eltern. Jugendliche sind auch in Gefahr, zu Ersatzpartnern gemacht zu werden.“

3.2.4 ...von Abschied

Das Sterben und letztendlich der Tod eines Elternteils gehören zu den tiefgreifendsten und am meisten belastenden Lebensereignissen, die einem Kind zustoßen können. Doch in Kliniken (und in der Forschung) werden Kinder als Angehörige sterbender Menschen kaum berücksichtigt. Selbst Palliativstationen und Hospize, die sich einem „sanften“ Charakter verschrieben haben, schützen nicht davor, dass ein letzter Besuch beim sterbenden Elternteil häufig verwehrt wird mit dem Hinweis auf eine mögliche Traumatisierung im Angesicht des Todkranken. Diese Tabuisierung des Sterbeprozesses und der Entzug der Möglichkeit, Abschied zu nehmen, ist sehr fragwürdig.

Die Konsequenzen, die sich durch den Tod eines Elternteils im Alltag und in der gewohnten Umgebung für das Kind und seine Familie ergeben, führen zu Veränderungen im Innersten der kindlichen psychischen Existenz. All seine bisherigen Lebenserfahrungen sind infrage gestellt. Mit der elterlichen Krankheit aufgetretene Ängste zeigen nun ihre Berechtigung. Die Endlichkeit des Lebens steht nicht mehr nur als Drohung im Raum und belastet den Alltag, sondern sie ist real geworden, hat sich in all ihrer Absolutheit manifestiert. Wie weit ein Kind bereit ist, sich dieser Realität zu stellen und in einen Prozess der Trauerarbeit zu begeben, ist schwierig zu prognostizieren. Hier scheint es am einfachsten, Belastungen und Verarbeitungsmöglichkeiten an Alters- und Entwicklungsstufen festzumachen, am Entwicklungsstand der kognitiven Fähigkeiten, an konzeptueller Bedeutung vom Sterben und vom Tod. Vielleicht ist aber diese Einteilung zum Teil Hilfsmittel von denjenigen, die zur Seite stehen wollen, unterstützen möchten, wo sie ihre eigene Hilflosigkeit spüren. Der Tod greift existentiell in jede Eltern – Kind – Beziehung ein, unabhängig vom Alter des Kindes. Der Verlust der Bindung ist immer gegeben und muss verarbeitet werden. Die Argumentation, dass Kleinkinder den Verlust lange nicht verstehen, gerade in einer Lebensphase, in der Bindung das zentrale Moment darstellt, kann so nicht stimmen: Vielleicht ist die momentane Reaktion des Kindes nicht so wie erwartet – der Verlust ist nicht weniger groß und die Empfindung des Verlustes ist nicht weniger tief. Und „verstehen“ können den Tod wohl die wenigstens Menschen.

Die Angst vorm Sterben und vor dem Tod kann das gesamte kindliche Leben bestimmen. Die Endgültigkeit muss verstanden und ausgehalten werden. Schmerz, Traurigkeit, Panik, Angst vor weiteren Verlusten und eigenem Tod, Einsamkeit, Nicht –

begreifen – können und Nicht – begreifen – wollen sind die Bedingungen des alltäglichen Lebens. Wird in der Familie nicht über das Geschehene und über die Gefühle gesprochen, sondern ändern sich nur die Regeln des Alltags, führt dies zu Rückzug, Vereinsamung und Traumatisierung. Ängstlichkeit, Schlafprobleme, Trennungängste von nahe stehenden Personen, Wutausbrüche und im Allgemeinen verändertes Sozialverhalten sind Trauerreaktionen. Abwehr und innerer Rückzug können einerseits Ausdruck der Belastung, andererseits Beginn eines Trauerprozesses sein. Das seelische Anklammern an den verbliebenen Elternteil kann genauso geschehen wie das völlige Abwenden. Das Umfeld stellt zumeist eine hohe Anforderung an die Funktionsfähigkeit des Kindes: Es muss Mitleid, sorgenvollem Gebaren, einer ungewohnten Zuwendung oder unsicherem Abwarten begegnen. Wie soll es sich seinen Freunden gegenüber verhalten, die an dieser Erfahrung nicht teil hatten und ein ganz anderes, ein „normales“ Leben führen ? Viele Kinder schämen sich und es ist ihnen peinlich, über den verstorbenen Elternteil zu sprechen; sie sind unsicher, haben Angst zu weinen und ihre Gefühle nach außen zu tragen in eine Welt, die damit spürbar nur schwer zurecht kommt. Schmerz und Trauer und das Gefühl, dass das ganz normale Leben zerbrochen ist, müssen auf irgendeine Weise Raum finden, damit der Beginn einer individuellen Verarbeitung möglich wird. Erinnerungen an den verstorbenen Elternteil und die bisherigen Lebenserfahrungen in das gegenwärtige Erleben zu integrieren und Akzeptanz des Lebens zu erlangen, wie es sich jetzt gestaltet, gehört zu den schwierigsten Anforderungen. Bolwby (1988) nennt als notwendige Voraussetzungen kindlicher Trauerarbeit das Vorhandensein einer sicheren Bindung vor dem Verlust, eine sofortige und realitätsgerechte Information, die Möglichkeit, Fragen zu stellen und an der Familientrauer teilzunehmen. Das Vorhandensein einer sicheren Bindungsperson und das Gefühl der Sicherheit, das seine Bedürfnisse gleich bleibend befriedigt werden, unterstützen seinen Prozess der Verarbeitung.

3.3 Mögliche Folgen der Belastungen

„Allein in Deutschland erleben jährlich bis zu 200.000 Kinder unter 18 Jahren, dass ein Elternteil krebskrank ist.[...] Ein Drittel der betroffenen Kinder ist psychisch auffällig: Sie haben Angst, sind depressiv, wollen nicht mehr essen, verletzen sich selbst, können sich

nicht mehr konzentrieren oder leiden unter Schlafstörungen. Etwa die Hälfte von ihnen ist therapiebedürftig.“ (Romer, 2008)

Manche Belastungen treten sicher nur temporär auf und werden im familiären Bewältigungsprozess der elterlichen Erkrankung verarbeitet werden können. Ein Teil kindlicher und familiärer Entwicklungsaufgaben können zeitversetzt wahrgenommen werden. Es müsste zukünftig genauer dargelegt werden, welche Entwicklungsaufgaben dies sein könnten und welcher Art die notwendigen Bedingungen dafür darstellten, das sie trotz zeitlicher Verschiebung wahrgenommen werden.

Im Rahmen dieser Arbeit können Belastungen und deren Folgen nur getrennt voneinander behandelt werden, obwohl ihr Verhältnis als zirkulär zu betrachten ist. Kindliche Belastungen können bereits vor der elterlichen Erkrankung existent gewesen sein und sich geäußert haben, wurden aber eventuell nicht wahrgenommen. Möglicherweise haben sie sich durch die Bedingungen der Krankheit verstärkt. Soll bei einer spezifischen Forschungsfrage der Auftretenszeitpunkt von Verhaltensstörungen differenziert werden (vor oder nach Krankheitsbeginn), kann hier ein Messproblem auftreten: Bei post-hoc-Elternbefragungen (nach Erkrankung) können Zuschreibungen vorgenommen werden, die von der elterlichen Wahrnehmung und der unterschiedlichen Einschätzung der Vorher/Nachhersituation beeinflusst werden: „Also, ich habe schon gemerkt, dass da etwas nicht in Ordnung war. Aber wirklich aufgefallen ist es mir nicht.“, kann entweder bedeuten, dass nicht nur „nichts aufgefallen“ ist, sondern dass da nichts Auffälliges war außer einem diffusen elterlichen Gefühl oder dass andererseits etwas nicht „in Ordnung“ war, was aber so lange wie möglich ignoriert wurde. Eine aktuelle kindliche Verhaltensänderung kann durch eine solche Äußerung aber auch aus Gründen der Erleichterung, der Abwehr oder der Angst, durch die Erkrankung verantwortlich zu sein, auf eine vorherige Lebenssituation zurückgeführt werden. Auch Inhalte standardisierter Vorgaben müssen genau überlegt werden: „Mein Kind hat nie Probleme gemacht.“ sagt beispielsweise nichts über das wirkliche kindliche Verhalten aus und lässt Interpretationen offen von „es gibt keine Probleme“ über „die Probleme wurden nicht erkannt“ bis zu „wenn ich das Verhalten meines Kindes schon vor der Krankheit als problematisch interpretiere, wie soll ich dann sein jetziges verschlimmert Verhalten einschätzen“.

Treten die Belastungen im Verlauf der Krankheit auf und äußern sie sich in Verhaltensänderungen, so ist dies unter Berücksichtigung der spezifischen

entwicklungsbedingten Verhaltensvariabilitäten (z. B. Trotz oder Alpträume im Kleinkindalter, Widerspruchsgeist in der Adoleszenz) miteinander in Zusammenhang zu bringen. Verhaltensänderungen zeigen Auswirkungen auf das familiäre und außerfamiliäre Umfeld - unabhängig davon, ob sie bereits bestanden bzw. wahrgenommen wurden oder erst mit der elterlichen Erkrankung auftreten. Sie fordern Reaktionen heraus, die wiederum ein reaktives kindliches Verhalten erfordern, das dann zwar mit der ursächlichen Belastung noch in Zusammenhang gebracht, aber nicht mehr ausschließlich darauf zurückgeführt werden kann.

Belastungsfolgen können sich als unterschiedliche Störungen zeigen. Als häufigste sind hier zu nennen (unter der Bedingung sechsmonatigen Anhaltens) Verstummen in der Situation, Schlafstörungen, Essstörungen, psychosomatische Symptome wie Bauchschmerzen, Migräne u.ä., Wieder-Einnässen, anhaltende Ängste, anhaltende Schuldgefühle, Störungen des Sozialverhaltens und/oder sozialer Rückzug, Entwicklungsrückschritte oder- stillstand.

Nach Kriterien des ICD-10 unter F8 lassen sich Entwicklungsstörungen wie Artikulationsstörungen, nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache und unter F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend diagnostizieren, z. B. Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung oder generalisierte Angststörungen des Kindesalters. Einige Autoren (Tschuschke, 2007; Riedesser, 1999; Trabert, 2005) verweisen auf das Vorkommen klassifizierter Störungen im Zusammenhang mit der elterlichen Krebserkrankung.

Die Differenzierung von Belastungssymptomen, die mit einer elterlichen Krebserkrankung einhergehen, und deren möglichen Folgen, die sich in klinischer Symptomatik äußern können, ist dahingehend notwendig, als dass sie unterschiedliche Interventionen erfordern (z. B. unmittelbare emotionale Entlastung oder Förderung familiärer Unterstützungsfunktionen, psychosoziale Unterstützung, Psychoedukation, psychologische bzw. psychiatrische Hilfe).

4. Forschungsstrategien

Die aktuelle Forschungslage zur Situation von Kindern krebskranker Eltern lässt erkennen, dass ein hoher Unterstützungsbedarf vorhanden ist. Wie hoch und wie flächendeckend der präventive psychosoziale Unterstützung tatsächlich sein muss, ist noch nicht deutlich. Autoren (Mediziner wie Psychologen), die sich auf Erfahrungen in der klinischen Praxis stützen, weisen immer wieder darauf hin, dass die betroffenen Kinder sich in einer kritischen Lebenslage befinden und zum Teil stark psychisch belastet sind mit Folgen, die klinische Symptomatiken aufweisen. Kinder chronisch kranker Eltern sind bereits seit langem als kinder- und jugendpsychiatrische Risikogruppe identifiziert. Was die bisherige Forschung liefert, ist die Erkenntnis, dass die kindliche Verarbeitung einer elterlichen Erkrankung in einem mehrdimensionalen Kontext zu betrachten ist: Elterlicher Krankheitsverlauf und Krankheitsverarbeitung, Entwicklungsaufgaben und -krisen im Kindes- und Jugendalter und Beziehungsdynamik im Familiensystem sind moderierende, einflussnehmende Faktoren (Romer, 2008). Was jedoch bedeutet „kindliche Belastung“? Die kindliche Belastung unter der Bedingung einer elterlichen Krebserfassung ist bisher ausschließlich über Merkmals- und Symptombeschreibungen anhand der Erfahrungen in der Praxis greifbar. Der Hinweis, dass innerfamiliäre Beziehungsqualität einen Einfluss auf die kindliche Belastung zu nimmt, wird von vielen Autoren geliefert. Ein Modell, das das Konstrukt kindliche Belastung erfasst, um es einer empirischen Überprüfung zugänglich zu machen, existiert jedoch nicht.

„Belastung“ an sich ist ein Alltagsbegriff, der mit einer Vielzahl an Inhalten belegt ist („stark in Anspruch genommen sein“, „Stress haben“, „überfordert sein.“, „es zu viel werden lassen“). Psychische Belastung ist bisher hauptsächlich in der Arbeitswelt erfasst und nach DIN- Normen definiert⁷. Posttraumatische Belastungsstörungen werden laut ICD-10 als eine verzögerte (protrahierte) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), definiert, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Belastungen, Belastungsreaktionen und Belastungsstörungen lassen

⁷ Definitionen nach DIN EN ISO 10075-1 (Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung): *Belastung* ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.

sich inhaltlich möglicherweise definieren und voneinander abgrenzen. Die Notwendigkeit und die Schwierigkeit einer Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Belastung beginnen, wenn versucht wird, jenseits der gängigen klinischen Manuals wie der ICD-10 die vielen moderierenden, ineinandergreifenden Faktoren aufzuzeigen, die mit Belastung zusammenhängen. Mit dieser Arbeit soll auf theoriegeleitetem Hintergrund eine Forschungsstrategie entwickelt werden, die die Erstellung eines Inventars ermöglicht, mit dem das Konstrukt kindliche Belastung unter der Bedingung einer elterlichen Krebserkrankung erfasst und operationalisiert wird. Dies dient der empirischen Überprüfbarkeit.

4.1 Quantitative und qualitative Forschung

Für jegliche Arbeit mit wissenschaftlichem Anspruch gilt die Auseinandersetzung mit den Grundsätzen der Methodik. Deduktion und Induktion sind neben der Empirie die beiden Pfeiler der Wissenschaftstheorie. Eine deduktive Vorgehensweise erfordert eine Hypothese, die anhand einer empirischen Untersuchung überprüft werden soll. Der Anspruch dieser Arbeit besteht nicht darin, neues Wissen bereit zu stellen, sondern den Wahrheitsgehalt bestimmter Prämissen zu überprüfen, um diese so in eine Konklusion zu überführen⁸. Deduktive Schlussfolgerungen verlaufen von allgemeinen Aussagen zu besonderen, erlauben Konkretisierung des Abstrakten. Umgekehrt werden anhand induktiver Schlüsse aus einzelnen Beobachtungen verallgemeinerte Aussagen über ähnliche Fälle und Situationen abgeleitet, um neue Erkenntnisse zu gewinnen; sie sind damit potentiell wahrheitserweiternd⁹. Bei den Überlegungen, ob in dieser Arbeit eine quantitative oder qualitative Vorgehensweise gewählt werden soll, können induktive Elemente nicht völlig außer acht gelassen werden. Auch wenn mit einem deduktiven Wissenschaftsprogramm nach Popper (1989) grundsätzlich ein quantitativer Ansatz in Verbindung gebracht wird, enthalten quantitative Ansätze auch Inferenzschlüsse (und damit induktive), wenn beispielsweise von Stichproben auf Populationen generalisiert wird (Bortz & Döring, 2003).

⁸ Bortz & Döring (2003, S. 299) : „Man sagt, Deduktionsschlüsse seien *wahrheitsbewahrend*, d. h. sie verschieben den Wahrheitsgehalt von den Prämissen auf die Konklusion.“

⁹ Induktionsschlüsse weisen allerdings immer einen unsicheren Charakter auf, da sie die Basis des konkret Beobachtbaren und des logisch Eindeutigen verlassen. (Bortz & Döring, 2003)

Quantitative Forschung widmet sich dem Erklären und den Kausalitätsbeziehungen. Numerische Relationen erlauben statistische Messungen auf einem höheren Skalenniveau als dem numerischen, das die einzige Messgrundlage in der qualitativen Forschung bietet. Qualitative Forschung ist auf das Erkennen von Mustern ausgerichtet: Qualitative Relationen sollen zu Sinnverstehen führen.

Quantitative Methoden erfordern eine genaue Definition der Fragestellung und das Einholen aller verfügbaren Informationen über den Untersuchungsgegenstand. Die Konstruktion eines Erhebungsinstruments kann über Fragebogen, Beobachtungsschema, einen quantitativen Interviewleitfaden etc. erfolgen. Ein Pretest des Erhebungsinstruments vor der eigentlichen Datenerhebung ist sinnvoll, um beispielsweise auf eventuelle Mängel des Materials und der Durchprüfung aufmerksam zu werden. Durch die quantitativ – statistischen Auswertungsverfahren der erhaltenen Daten sind exakt quantifizierbare Ergebnisse zu erwarten. Ebenso lassen sich über stochastische Verfahren statistische Zusammenhänge ermitteln, die bestimmte inhaltliche Interpretationen zulassen. Explorativ lassen sich Daten zudem mittels Faktorenanalyse oder multidimensionaler Skalierung auswerten. Durch die Möglichkeit, eine relativ große Stichprobe zu untersuchen, kann den Ergebnissen bei hoher externer Validität eine große Objektivität, Vergleichbarkeit und Repräsentanz zugesprochen werden. Quantitative Verfahren sind im Vergleich zu qualitativen ökonomischer aufgrund eines geringeren Zeitaufwands und niedrigerer Kosten. Die Nachteile bestehen allerdings darin, dass durch die Standardisierung der Untersuchungssituation und die Festlegung der Items bzw. Fragen keine Flexibilität im individuellen Eingehen auf die befragte Person möglich ist (Amelang & Zielinski, 1997).

Qualitative Methoden erfordern ebenfalls die Definition einer Fragestellung. Flick et al. (1995, nach Bortz & Döring, 2003) unterscheiden hier vier Arten von Methoden: Befragungsverfahren (z. B. qualitative Interviews), Beobachtungsverfahren (z. B. Feldforschung), Analyseverfahren erhobener Daten (z. B. qualitative Inhaltsanalyse) und komplexe Methoden (wie biographische Methoden, Handlungsforschung). Entscheidung über Art und Strukturierungsgrad der Methode, Standardisierung eines Interview-, Beobachtungs- bzw. Diskussionsleitfadens und Schulung des Interviewers etc. sind Voraussetzung für die Durchführung und Protokollierung einer Befragung bzw. Beobachtung. Die Verbaldaten (oder Beobachtungsdaten) werden mit Hilfe von Kategorisierungs- und inhaltsanalytischen Verfahren ausgewertet. Qualitative Methoden

dienen u. a. dem Erkennen von Sinnzusammenhängen und Handlungsmustern und sind hypothesengenerierend. Die Vorteile dieser Methoden liegen in ihrer Flexibilität: Sie passen sich dem Untersuchungsgegenstand an und nicht umgekehrt. Komplexität und Offenheit des Vorgehens ermöglichen es, bisher unbekannte Sachverhalte zu entdecken (Flick, 2007). Die subjektive Sicht des Befragten erlaubt die Annahme, dass Wahrheitsgehalt und Vollständigkeit der Informationen in explorativen Verfahren höher einzuschätzen sind. Meist bestimmt der Teilnehmer durch Fokussierung die Relevanz eines Sachverhaltes selbst. Durch die persönliche Interaktion zwischen Befragtem und Interviewer ergibt sich die Möglichkeit, Hintergründ zu erfragen und Unklarheiten zu beseitigen. Allerdings sind quantitative Verfahren relativ zeit- und kostenintensiv, die Anforderungen an die Qualifikation des Interviewers sind hoch und die Qualität der ermittelten Daten ist in einem gewissen Maß von dessen Kompetenz abhängig. Im Vergleich zu den Auswertungsverfahren quantitativer Daten ist der Auswertungsaufwand relativ hoch.

Diese grundsätzlichen Prinzipien müssen als Hintergrund für die vorliegende Arbeit bedacht werden: Hier soll eine Hypothesenformulierung zu einem quantitativen Ergebnis führen, jedoch ist damit der Einsatz der Methoden nicht klar festgelegt. Triangulation ermöglicht als Kombination quantitativer und qualitativer Methoden verschiedene methodische Zugänge und Verfahren, mittels derer der Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet wird. Gegenüber der Anwendung von Einzelmethoden erfolgt eine Anreicherung und Vervollständigung der Erkenntnis und der Überschreitung der begrenzten Erkenntnismöglichkeiten. Beispielsweise kann die Sicht des Einzelnen mit der Perspektive der Herstellung sozialer Wirklichkeiten verknüpft werden (Flick, 2007), was in den Überlegungen dieser Arbeit bedeuten könnte, die Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepte des einzelnen Kindes in Erkenntnisse über seine Lebenswirklichkeit mit einbeziehen zu können.

4.2 Hypothese und Operationalisierung

Die kindliche Belastung unter der Bedingung einer elterlichen Krebserkrankung wird von der Qualität der innerfamiliären Beziehungen beeinflusst.

Wird diese Hypothese anhand der in der Literatur gefundenen Hinweise für die folgenden Forschungsschritte zugrunde gelegt, zeigt sich schnell die hohe Komplexität der miteinander verzahnten Inhalte. Der Anspruch ist, ein Inventar zu entwickeln – da ein solches bislang nicht existiert –, das kindliche Belastung unter einer elterlichen Krebserkrankung erfasst. Werden die begrifflichen Terme der Hypothese im Einzelnen betrachtet, fällt auf, dass jeder Terminus für sich ein Konstrukt bildet, aber doch nicht ohne Weiteres isoliert betrachtet werden kann.

Zunächst sind Konstrukte abstrakte Begriffe, die für etwas stehen, was sich nicht genau beschreiben lässt. Sie sind nicht konkret wahrnehmbar wie sichtbare Gegenstände und auch nicht so einfach greifbar, sondern Denkmodelle, deren Vorhandensein aus Beobachtbarem geschlossen wird (Bsp.: Krankheit erklärt sich durch das Vorliegen bestimmter Symptome). Sie sind nicht direkt beobachtbar, sondern nur gedankliche Gebilde (Buser, Schneller & Wildgrube, 2007).

Einzelne kindliche Belastungen wurden bereits benannt. Um sie erfassen und vergleichbar machen zu können, genügt es allerdings nicht, ein Kind zu befragen, wie es sich denn fühlt und was ihm zu schaffen macht, „was es belastet“. Damit würde man einer Operationalisierung nicht gerecht werden. Um eine valide Messbarkeit möglich zu machen, muss versucht werden, den Begriff genauer zu definieren. Dies gelingt über die gedankliche Annäherung, was mit Belastung gemeint sein kann. Die kindliche Belastung kann viele Aspekte haben:

- Lebensraum (Dorf/Stadt) und Wohnsituation
- Wahrnehmung der Krankheit
- Angst und Sorge um den betroffenen Elternteil
- Angst und Sorge um die eigene Gesundheit (auch: Abwehr oder Identifikation)
- Angst und Sorge um übrige Familienmitglieder
- Zukunftsängste (auch: Erkennen der Endlichkeit des Daseins, Todesangst)
- Vermuteter Einfluss der Erkrankung auf Familie und Familienstruktur (Veränderung der eigenen Rolle im Familiensystem?)
- Eigene Gefühle, die auf den Beginn der Krankheit zurückgeführt werden (Traurigkeit/Trauer/Wut/Scham/Schuldgefühle/Antriebslosigkeit)
- Verhaltensänderungen im eigenen spezifischen Lebensraum: Schule, Freunde, Freizeit (Selbst- und Fremdverhalten)

- Veränderung von Erwartungshaltungen (Selbst- und Fremdveränderungen)
- Wahrnehmung wirtschaftlicher Einbußen

Der Begriff der Beziehungsqualität weist ebenfalls keine eindeutigen Parameter auf, sondern lässt unendlich viele inhaltliche Bedeutungen und Operationalisierungsmöglichkeiten zu. Die heutige Beziehungsforschung legt ein dynamisch – interaktionistisches Bild einer reziproken Beziehung zwischen Eltern und Kind (Asendorp, 2000) zugrunde; damit erweitern sich die Qualitätsaspekte gegenüber dem vorangegangenen klassisch - sozialisationsorientierten Bild. Aspekte von Beziehungsqualität können sein:

- Wahrnehmung der innerfamiliären Rollenverteilung und der eigenen Rolle
- Wahrnehmung der inneren familiären Stabilität
- Kommunikationsmuster innerhalb der Familie
- Wahrnehmung von Konfliktbewältigungsstrategien (z. B. Flexibilität, wenn sie erforderlich scheint)
- Familiäre Werte und Art der Vermittlung (wahrgenommenes Erziehungsverhalten)
- Umgang mit der Krankheit innerhalb der Familie
- Umgang mit Schwierigkeiten innerhalb der Familie
- Umgang mit Schwierigkeiten innerhalb der Familie, die durch die Krankheit bedingt scheinen
- Wahrnehmung von Rollenverschiebungen
- Veränderungen in der Beziehung zum gesunden Elternteil
- Geschwister (Wie nehmen sie die Krankheit und mögliche Veränderungen wahr? Hat sich das Verhältnis zu ihnen verändert?)
- Veränderung von Erwartungshaltungen (Selbst- und Fremdveränderungen)
- Wahrnehmung wirtschaftlicher Einbußen
- Erhalt familiärer Werte und Nutzung von Ressourcen (Psychoedukation)
- Toleranz, Flexibilität, Einfühlungsvermögen
- Fähigkeit, Einstellungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern
- Integration bisheriger Erfahrungen in den Alltag
- Erhalt der Familie, eventuell Rollenverschiebung und neue Aufgabenverteilung

- Warmherzigkeit

Wird versucht, die Konzepte in Beziehung zu setzen und zu konzeptualisieren, erscheint dies zwar schwierig, doch nicht unmöglich (vgl. Anhang). Kindliche Belastung steht in Beziehung zu Konstrukten wie elterlicher Krebserkrankung, subjektiv wahrgenommener Unterstützung, emotionaler Befindlichkeit, innerfamiliärer Beziehungsqualität und kindlicher Ressourcen. Um diese Konstrukte etwas klarer zu fassen, sind weitere Differenzierungen und Beziehungserklärungen erforderlich.

Die subjektive Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung und das empfundene veränderte familiäre Verhalten liefern zwei inhaltlich unterschiedliche Blickwinkel und bilden damit einzelne Skalen. Die Wahrnehmung, dass sich innerhalb der Familie Rollenverhalten, Regeln und/oder Werte verschoben haben, steht damit in direktem Bezug zur Beziehungsqualität (in der Tabelle nicht ersichtlich).

Die subjektiv wahrgenommenen zusätzlichen Belastungen (Erkrankung des anderen Elternteils, Armut o. ä.) können derart bedeutsam sein für die kindliche Belastung, dass sie mit erfasst werden.

Die spezifische emotionale Befindlichkeit des Kindes, die im Kapitel über Belastungen zum großen Teil erfasst ist, ist ein wesentlicher Faktor der Belastung. Sie steht aber auch in Bezug zur elterlichen Erkrankung, da sie von ihr als beeinflusst angenommen werden, und zur Beziehungsqualität, das sie aus ihr herrühren oder reaktiv auftreten kann.

Wahrgenommene Unterstützung ist als ein eigenes Konstrukt zu betrachten, bildet aber zugleich eine Dimension von Beziehungsqualität. Sie bezieht sich auf die Unterstützung, die ein Mensch in seinem sozialen Netzwerk tatsächlich für verfügbar hält. Dies können u. a. soziale Beziehungen, familiäre Ressourcen, familiäre Bewältigungsstrategien, familiäre Werte, adaptive Fähigkeiten und/oder psychosoziale Unterstützungsangebote sein. Wahrgenommene und tatsächlich erhaltene Unterstützung können in Stresssituationen stark divergieren. Da in diesem Zusammenhang die Bewertung tatsächlicher Unterstützungsangebote und deren Einfluss auf Belastung nicht von Interesse sind, wird ausschließlich die subjektive kindliche Wahrnehmung erfasst.

Kommunikation und Parentifizierung werden in der Literatur häufig im Zusammenhang mit Belastung genannt. Die Bedeutung einer gelingenden innerfamiliären Kommunikation steht in einem positiven Zusammenhang zur Beziehungsqualität, Parentifizierung hat durch die Verschiebung der innerfamiliären Rollen- und

Verantwortungsverteilung einen belastenden Einfluss (auch) auf die Beziehungsqualität und eine Rückwirkung auf die emotionale Befindlichkeit.

Als kindliche Ressourcen lassen sich z. B. Fähigkeiten, Kompetenzen, Kreativität und Selbstwirksamkeit in einer Skala erfassen und in einer weiteren die kindlichen Lebensbereiche wie Kindergarten/Schule, Freunde, Großeltern usw.

Eine weitere Perspektive auf die kindliche Belastung ergibt sich in Abhängigkeit von Alter bzw. Entwicklung. Die Wahrnehmung von Belastung ist möglicherweise altersabhängig, die Kommunikationsmuster unterscheiden sich in den Entwicklungsstufen, der elterliche und kindliche Blickwinkel über den Entwicklungsstand (und damit die Erwartungshaltungen) differieren. In Anlehnung an die von Erikson definierten Krisen (Entwicklungsaufgaben) wird ein Zielgruppensplitting vorgenommen in vier Altersgruppen: 3- bis 6-Jährige; 7- bis 12-Jährige; 13- bis 16-Jährige; 17- bis 20-Jährige. Bei der Itemformulierung ist darauf Rücksicht zu nehmen.

Aufgrund der Komplexität des Konstrukts *kindlicher Belastung* ist es sinnvoll ein Inventar zu erstellen, in dem mindestens zwei Beobachterperspektiven enthalten sind: die Selbstbeurteilung des Kindes und die Fremdbeurteilung durch die Eltern bzw. – wie aus dem Untersuchungsrahmen ersichtlich werden wird – durch den betroffenen Elternteil. Die Fremdbeurteilung der kindlichen Belastung umfasst die gleichen Skalen wie die Selbstbeurteilung.

Alle Skalen müssen mit Hilfe konstruierter Items (Fragestellungen) eine möglichst klare Definition dessen liefern, was sie ausdrücken sollen. Dazu sind Recherchen notwendig, in wie weit die Inhalte der Skalen bereits wissenschaftlich fundiert erfasst sind. Da nur wenige Bereiche den spezifischen kindlichen Aspekt erfassen, sind weitere inhaltliche Überlegungen und Formulierungen erforderlich. Als Beispiel sei hier *Kommunikationsmuster innerhalb der Familie* genannt: „Hast du den Eindruck, dass in deiner Familie offen über alles gesprochen wird?“, „Kannst du dich an jemanden in deiner Familie wenden, wenn du jemanden zum Reden brauchst?“, „Wird bei euch zu Hause viel gelacht und gesprochen?“, „Magst du manchmal nicht mit deiner Mutter/deinem Vater reden?“, „Seht ihr beim Abendessen fern oder unterhaltet ihr euch?“, „Gibt es manchmal Streit?“ usw. Es erfolgt also die Erstellung eines Itempools (jeweils für die Selbst- und die Fremdbeurteilung), in den vorerst auch Items aufgenommen werden können, deren Zusammenhang mit dem Konstrukt bzw. der Skala möglicherweise nicht ganz einleuchtend erscheinen. Die Items werden in kindgemäßen

altersentsprechenden Formulierungen verfasst (unter Beachtung der Altersgruppen). Die Fragen an die Eltern werden entsprechend Erwachsenenstandards formuliert. Die erarbeiteten Fragenkataloge müssen in einem ersten Schritt empirisch geprüft werden auf ihre Faktorstruktur, das heißt hinsichtlich ihrer inneren Konsistenz. Die Konstruktvalidität bezieht sich auf die Zulässigkeit von Aussagen aufgrund der vorgenommenen Operationalisierung über das gesamte dahinter liegende Konstrukt: Die Messungen erfassen das, was sie erfassen sollen. In der Regel ist dies der Fall, wenn davon ausgegangen werden kann, dass der Bedeutungsumfang des Konstruktes präzise und nachvollziehbar abgebildet ist. Geprüft wird in einem Pretest, in dem gleichzeitig die Rahmenbedingungen der Untersuchung überprüft werden können. Mittels Faktorenanalyse werden solche Merkmale, die gemeinsam variieren, zu Faktoren zusammengefasst. Die Interpretation der Ergebnisse erlaubt eine Korrektur, eventuelle Verwerfung von Items, eine Festlegung der gebündelten Items und eine eventuell deutlichere Skalenbenennung.

4.3 Untersuchungsdesign

Als Untersuchungsrahmen dient eine familienorientierte Fachklinik für Rehabilitation liefern (Mutter-, Vater- und Kind – Klinik) mit dem Fachgebiet Onkologie. Qualitätssicherung und Orientierung am bio-psychozialen Modell sollten als grundlegende Richtlinien gelten, damit dem humanistischen und wissenschaftlichen Niveau der angedachten Studie gerecht werden kann. Ein angegliedertes Modellprojekt oder therapeutische Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder können die Studienbedingungen erleichtern, sind aber nicht zwingend notwendig. Die Kapazität der Klinik sollte mindestens 150 Betten für Patienten und entsprechende Belegmöglichkeiten für deren Kinder aufweisen, um in einem festgelegten Zeitrahmen von ca. 3 Monaten eine Mindeststichprobengröße von 40 bis 50 Kindern zu erreichen (Elternanteil entsprechend).

Die Studie wird als Querschnittstudie angelegt. Die Überlegung, durch eine Langzeitstudie mit mehreren Messzeitpunkten eine Veränderung der kindlichen Belastung im Verlauf der elterlichen Krankheit erfassen zu können, wurde aus Gründen des zeitlichen und wirtschaftlichen Aufwands, die in keinem Verhältnis zum Ergebnis ständen, verworfen. Der Messzeitpunkt liegt für die Teilnehmenden innerhalb ihres

Klinikaufenthalts. Neben der Möglichkeit der Stichprobenrekrutierung ergibt sich daraus der Vorteil, dass über die Befragung hinaus ein Beratungs- und Unterstützungsangebot von Eltern und Kindern wahrgenommen werden kann, falls dies nach Teilnahme an der Studie gewünscht wird. Als Untersuchungsinstrumente werden ein Elternfragebogen (halbgeschlossen) und ein halbstandardisierter Interviewleitfaden für Kinder eingesetzt. Tests, die von Forschern, die sich mit ähnlichen thematischen Inhalten beschäftigt haben, angewendet wurden, werden hier beispielhaft genannt, sind aber für den eigenen Zweck noch nicht untersucht.

Die Teilnahme an der Studie beruht selbstverständlich auf dem Prinzip der Freiwilligkeit.

Die Erfassung der Konstrukte erfordert teilweise sehr persönliche und intime Fragen. Daher muss bei der Überlegung zu Inhalten und Formulierung der Items darauf geachtet werden, dass die Grundprinzipien von Achtsamkeit, Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber den Teilnehmenden gewährleistet sind.

4.3.1 Halbstandardisiertes Interview

Die bewusste Einsicht eines Subjekts in die sozialen Prozesse, an denen es beteiligt ist, ist beschränkt. Im Rahmen standardisierter Befragungen kann nur solches Wissen direkt abgefragt werden, über das die Befragten bewusst verfügen oder es sich bewusst machen können. Ein großer Teil unseres Wissens ist jedoch Erfahrungswissen, über das wir nicht bewusst nachdenken und das uns größtenteils nicht einmal reflexiv zugänglich ist. Nicht reflexives, implizites Wissen lässt sich nur rekonstruieren. Dabei helfen Erzählungen: Menschen erzählen, wie es zu bestimmten Ereignissen gekommen ist und wie sich die Dinge entwickelt haben. Sie ziehen Querverbindungen zu vorangegangenen Ereignissen und Erfahrungen, die für sie in irgendeiner – ihnen meist selbst reflexiv nicht zugänglichen – Verbindung dazu stehen. Möglicherweise werden damit auch neue Aspekte ins Blickfeld gerückt, die im Vorfeld bzw. in bisherigen Überlegungen nicht beachtet wurden. Bei der Interpretation offener Fragen muss allerdings nach eindeutigen Kriterien vorgegangen werden (z. B. Inhaltsanalyse nach Mayring): Subjektive Theorien finden auch dort Zusammenhänge, wo sie real nicht vorliegen.

Der Einsatz des halbstandardisierten Interviews (Kind) zeigt seinen Sinn darin, dass er den komplexen kindlichen Wissensstand zum Thema der Untersuchung als Grundlage nutzt. Dieser Wissensstand enthält explizit verfügbare Annahmen, die vom Kind spontan auf offene Fragen geäußert werden können, und implizite Annahmen, für deren Artikulation die methodische Unterstützung in Form von geschlossenen Fragen (Items) hilfreich ist. Das Interview setzt sich aus offenen Fragen, theorie- und hypothesengeleiteten Fragen und Konfrontationsfragen zusammen. Offene Fragen („Warum sind Menschen deiner Meinung nach manchmal traurig?“) erlauben eine spontane Antwort, bei der das unmittelbar verfügbare Wissen geäußert wird. Durch die ergänzenden Fragen, die sich an den theoretischen Vorannahmen orientieren bzw. an der wissenschaftlichen Literatur wird das nicht unmittelbar verfügbare, implizite Wissen dargelegt. Die in diesen Fragen formulierten Annahmen können als Angebote aufgegriffen oder abgelehnt werden, je nach dem ob sie der subjektiven Theorie entsprechen oder nicht. Der Typus der Konfrontationsfragen lässt den Befragten seine entwickelten Theorien und Zusammenhänge im Licht konkurrierender Alternativen noch einmal kritisch betrachten (Flick, 2007). Form und Reihenfolge der gestellten Fragen können die Ergebnisse beeinflussen. Nach Möglichkeit sollte die Reihenfolge daher innerhalb der Fragentypen variiert werden können.

Der Interviewer sollte ein erfahrener Psychologe sein. Da einige Themen und Fragestellungen stark die Gefühle des Kindes ansprechen oder Gefühle provozieren können, müssen diese begleitet werden können. Der persönliche Kontakt zwischen Kind und Interviewer erlaubt den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Gefühlen oder Fragestellungen, die als zu belastend empfunden werden, können in der Situation erkannt und verarbeitet werden.

Für die Durchführung des halbstandardisierten Interviews mit Kindern gelten besondere Bedingungen.

Das Setting für das Interview ist so gestaltet, dass die Räumlichkeiten sich innerhalb der klinischen Einrichtung befinden, dem Kind bekannt und eventuell bereits vertraut sind. Es kann sich um ein Familien-, Spiel- oder Beratungszimmer handeln, in dem sich möglichst eine Spielecke mit kindgerechtem Mobiliar und eine Sitzecke für die entsprechenden Altersstufen befinden. Wird der Raum zum ersten Mal betreten, wird dem Kind/Jugendlichen Zeit gelassen, sich umzusehen und die Eindrücke auf sich wirken zu lassen. Der Interviewer muss Gelegenheit zum Aufbau einer vertrauenerweckenden

Atmosphäre bieten, indem er sich vorstellt, Intention und Vorgehensweise erklärt, Gelegenheit zum Fragen gibt, Einverständnis zur Befragung erbittet und seine Zugewandtheit und Wertschätzung dem Kind gegenüber deutlich zu Tage treten lässt.

Unsicherheiten, die sich seitens der interviewten Kinder in der Antworttendenz „Weiß nicht“ äußern können, können mehrfache Ursachen haben und damit auch eine unsichere bzw. fehlerhafte Interpretation nach sich ziehen. Tatsächliches Unwissen, ungenügende Motivation aber auch Unsicherheit über die Vertretbarkeit der eigenen Konzepte müssen vom Interviewer erkannt werden. Das Kind muss spüren und darin unterstützt werden, dass Interesse an seiner Meinung besteht und es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt.

Während der Durchführung des Interviews muss darauf geachtet werden, ob das Kind sich tendenziell im Sinne sozialer Erwünschtheit verhält und sich bemüht, eine Erwartungshaltung seitens des Interviewers zu erkennen und ihr zu entsprechen. Die Aufgabe des Interviewleitfadens und des Durchführenden besteht darin, möglichst die Bereitschaft des Kindes zu offenen Antworten zu fördern, sie jedoch nicht der Gefahr auszusetzen, zu antworten, was der Interviewer vielleicht hören will¹⁰. In der vorliegenden Thematik muss über die Wahrnehmung der familiären und eigenen Situation hinaus auch das Gefühl der „Verpflichtung“ gegenüber der Familie mit erfasst werden: Beruht die Bereitschaft am Interview teilzunehmen vielleicht darauf, dass das Kind meint, einen Beitrag für die Familie, für das (eigene) Wohlbefinden oder die Gesundheit der/s Erkrankten zu leisten?

Kinder können sprachlich nur zum Ausdruck bringen, was ihnen ihre jeweiligen Fähigkeiten auszudrücken erlauben. Allerdings ist es möglich, dass die Konzepte des befragten Kindes wesentlich elaborierter sind, als sie von ihnen mit Hilfe der Sprache kommunizierbar sind (Lohaus & Ball, 2006). Die direkte Begegnung mit dem Interviewer, der über rein sprachliche Aussagen hinaus Körpersprache, Mimik, Verzögerungen im Antwortverhalten, aber auch Unverständnis bzw. Differenzierung

¹⁰ Lohaus (1989) benennt aufgrund einer eigenen Erhebung die Problematik, die in bestimmten Fragestellungen enthalten ist: Auf die Frage „Hast du gern an der Untersuchung teilgenommen?“ antworteten 90% der Kinder zustimmend. Kollidiert jedoch das eigene Interesse (sich interessanteren Dingen zuzuwenden) mit den vermuteten Erwartungen des Untersuchers - beispielweise, indem nach der Bereitschaft gefragt wird, an einer weiteren Untersuchung teilzunehmen – reduziert sich der Anteil an Zustimmungen wesentlich.

bezüglich der Fragestellungen etc. wahrnehmen und dokumentieren kann, ist somit von Vorteil¹¹.

4.3.2 Elternfragebogen

Fragebögen eignen sich für die Befragung homogener Gruppen besonders. Da der Fragebogen im Rahmen des Klinikaufenthalts bearbeitet werden kann, handelt es sich hier um eine kontrollierte Erhebungssituation. Wirtschaftlichkeit ist gewährleistet.

Die Erfassung soziodemographischer Daten im Elternfragebogen definiert die Besonderheiten der Stichprobe und ermöglicht auf dieser Grundlage die Vergleichbarkeit mit anderen Stichproben.

- Alter, Alter des/r Kindes/r
- Geschlecht, Geschlecht des/r Kindes/r
- Familienstruktur (Eltern, Adoptiveltern, Geschwister, Großeltern) und familiärer Lebenszyklus¹²
- Soziale familiäre Herkunft
- Bildungsstatus Eltern
- Kind: KiTa, Vorschule, Schule, Ausbildung

Der Einsatz eines Elternfragebogens zusätzlich zur Befragungssituation des Kindes gibt Eltern wie Kind(ern) das Gefühl, gemeinsam an einem Projekt beteiligt zu sein. Der Fragebogen erlaubt durch die zusätzlich gewonnenen Informationen eine genauere Erfassung der kindlichen Belastung. Der Blickwinkel der Fremdeinschätzung ist allerdings nicht immer eindeutig und muss durch die Fragenformulierung klar ersichtlich werden. Zum Beispiel darf der Befragte nicht irritiert werden, indem in der Skala *Subjektive Wahrnehmung der elterlichen Krebserkrankung* ein Item benannt wird mit „Als ich meine Haare während der Chemotherapie verlor, schämte sich mein Kind.“, also eine Einschätzung vorgenommen wird. In der Skala zur *Wahrgenommenen Unterstützung*

¹¹ Internetbefragungen als Alternative zu halbstrukturierten Interviews sind – wenn überhaupt - für das Jugendalter sinnvoll, da sich erst ab einem bestimmten Alter mit der fortschreitenden Entwicklung kognitiver und moralischer Entwicklung eine anonyme Frage-Antwort-Situation bewältigen lässt. Offene Fragen und Kritikmöglichkeiten sind unerlässlich.

¹² Rait und Lederberg (1989) beschreiben den Zusammenhang zwischen typischen Wachstums- und Reifungsprozessen innerhalb des familiären Lebenszyklus und der jeweils nötigen und möglichen Krankheitsverarbeitung. Wenn beispielsweise eine Krebserkrankung bei einer Familie mit kleinen Kindern diagnostiziert wird, befindet sich diese unter einem großen Aufgabendruck.

durch ungenaue Formulierung wie beispielsweise „Die Angst und die Sorge in der Familie waren nach der zweiten Diagnose sehr groß.“ sich die Inhalte verschieben. Eine Einschätzung müsste hier so formuliert werden: „Mein Kind spürte, dass sich in der Familie sehr große Angst und Sorge breit machte nach meiner zweiten Diagnose.“ Eine Schwierigkeit bei der Fragebogenkonstruktion besteht darin, den eingeschlagenen Blickwinkel auf das Kind beizubehalten und nicht eine ungewollte elterliche Selbsteinschätzung zu provozieren.

5 Fazit

Forschungsvorhaben, die sich mit der Belastung von Kindern krebskranker Eltern beschäftigen, haben sich in den letzten Jahren einen anderen Stellenwert erarbeitet. Einige wenige Fachleute haben durch vehementes und nachhaltiges Erklären in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit, wie hoch der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und Entwicklung von weitreichenden Konzepten ist, eine Sensibilisierung für die Problematik bewirkt, die dankbar von allen Seiten zur Kenntnis genommen und auch umgesetzt wird. Zertifizierungsverfahren nehmen Kinder als vollwertige Angehörige und damit Bedarfsberechtigte in ihre Statuten mit auf. Stiftungen werden gegründet und an vielen Orten entsteht eine Zusammenarbeit zwischen Vereinen und Kliniken. Die Öffentlichkeit wird „enttabuisiert“. Der Weg zu einem flächendeckenden Unterstützungsangebot und zu vernetzter wissenschaftlicher Begleitung scheint geebnet. Unter dieser Entwicklung und in der Hoffnung, dass sie in dieser Form fortschreitet, wäre ein kritischer Blick auf medizinische und gesundheitliche Konzepte, auf humanistische Werte und – jetzt folgt der traurige Aspekt - auf das wirtschaftliche Unvermögen unseres Gesundheitssystems sehr interessant und möglicherweise zukunftsweisend. Überlegungen zur Aktualität des biopsychosozialen Gesundheitskonzepts, zur nicht sofort erfassbaren Wertevermittlung, die sich im Salutogenesekonzept zeigt, oder auch zu Konnotationen und konkreten Bedingungen, die dem Konzept der Unterstützung mehr einen ressourcenfördernden denn einen helfenden Charakter verleihen sind in diesen Zusammenhängen bedeutsam.

Hier einen wissenschaftlichen Beitrag leisten zu können, war ein großer Anreiz. Auch wenn nach dieser vorerst abgeschlossenen Arbeit noch einiges im Hinblick auf zukünftige Vorgehensweise, auftauchende Probleme und Auswertungsmethoden bedacht werden muss, ist ein Anfang gemacht. Was, wenn erprobte Testverfahren übersehen werden? Was, wenn eine erste Faktorenanalyse zur Skalenprüfung völlig andere Ergebnisse bringt als erwartet? Was, wenn die Stichprobe nicht groß genug ist? Die ideale Stichprobengröße wird wohl kaum zu erreichen sein: dreimal so viele Teilnehmer wie Items. Was, wenn die Kombination von halbstandardisiertem Interview und Elternfragebogen sich als doch nicht so gelungen herausstellt aus Gründen geringer Vereinbarkeit in der Konstruktion oder Auswertung? Was, wenn die Datenauswertung und mit Hilfe deskriptiver und interferenzstatistischer Verfahren wie Signifikanztests und

Faktorenanalyse keine Interpretation zulässt und keine inhaltlichen Rückschlüsse auf die Theorie zulässt?

Doch zunächst geschah dies: Nach den entwicklungstheoretischen Vorüberlegungen und der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den familiären und den kindlichen Belastungen, die mit einer elterlichen Krebserkrankung einhergehen, erfolgte eine Annäherung an die Komplexität, die das Konstrukt *Kindliche Belastung* auf diesem Hintergrund erahnen lässt. Als Ziel dieser Arbeit waren die Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds zu einer Hypothesengenerierung, die sich mit kindlicher Belastung auseinandersetzt, und ein vorläufiger methodischer Ansatz zur wissenschaftlichen Absicherung des Konstrukts gesetzt. Die empirische Überprüfung ist ein Schritt, dem eine genauere inhaltliche Auseinandersetzung aller moderierenden Faktoren vorausgeht. Dazu soll zukünftig geprüft werden, ob zu einzelnen Konstrukten wie beispielsweise *innerfamiliäre Kommunikation* oder *Beziehungsqualität* existierende Instrumentalisierungen auch im Hinblick auf die Anwendung für Kinder von Nutzen sein können und sei es, indem sie durch bestimmte Items Aspekte und Ansätze liefern, die bisher noch nicht in Betracht gezogen wurden. Möglicherweise bieten andere wissenschaftliche Auseinandersetzungen weitere Operationalisierungsideen. Sicher haben einige Autoren andere und unterschiedliche Betrachtungen zu den einzelnen Konstrukten und den Beziehungen, in denen sie stehen, angestellt und sind daher für das eigene weitere Vorgehen von Interesse. Aus Gründen des wissenschaftlichen Anspruchs erfolgt die Formulierung der Items unter Bezugnahme des erarbeiteten entwicklungstheoretischen Hintergrunds. Die Operationalisierung des Konstrukts *kindliche Belastung* muss wie die Überprüfung und Interpretation der Überprüfung der Konstruktvalidität wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, um eine quantitative Datenerhebung durchführen zu können.

Mit der empirischen Absicherung der Ergebnisse böte das Instrumentarium eine Erfassungsmöglichkeit kindlicher Belastung unter den bedachten Bedingungen und auf einer fundierten theoretischen Grundlage.

6 Zusammenfassung

Anlass für diese Arbeit war der Einblick in die aktuelle Forschungslage, die sich mit der Belastung von Kindern krebskranker Eltern beschäftigt. Obwohl ein chronischer Unterstützungsbedarf von Verbänden wie der Deutschen Krebshilfe e. V. und von Ärzten und Psychologen angemahnt wird und Präventionen an Bedeutung gewinnen, fehlt es zwar nicht an Erfahrungen, aber doch an fundierter wissenschaftlicher Grundlage, worauf sich der Bedarf gründet. Kindliche Belastung wird zumeist nur an den Folgen derselben über klinische Parameter gemessen.

In der vorliegenden Arbeit wird ein entwicklungstheoretischer Hintergrund erarbeitet anhand allgemeiner Familienmodelle und des Phasenmodells der psychosozialen Entwicklung nach Erikson. Zudem wird versucht, unter Einbeziehung der besonderen Bedingungen eines an Krebs erkrankten Elternteils familiäre Belastungen anhand der wissenschaftlichen Literatur zu belegen und speziell kindliche Belastungen zu erkennen und zu benennen.

Ein methodischer Teil untersucht mögliche Verfahrensweisen, um eine empirische Hypothesenprüfung zu ermöglichen. Die Komplexität des Konstrukts der kindlichen Belastung wird dargelegt und erklärt. Über die Kenntnisnahme und unter Einbeziehung moderierender Faktoren wird sich um eine Annäherung an eine Möglichkeit zur Operationalisierung bemüht. Es wird auf die konzeptionellen und inhaltlichen Schwierigkeiten hingewiesen. Ein Untersuchungsdesign wird knapp vorgestellt und Bedingungen zu einem halbstandardisierten Interview und zu einem Elternfragebogen werden erläutert.

Am Ende wird ein Ausblick gegeben, welcher Weg zur empirischen Überprüfbarkeit der Hypothese weiter zu verfolgen ist.

Literaturverzeichnis

Amelang, M. & Zielinski, W. Psychologische Diagnostik und Intervention. Berlin: Springer, 1997

Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp U., Tschuschke, V. (2007). Praxis der Psychoonkologie. Psychoedukation, Beratung und Therapie. Stuttgart: Hippokrates.

Aulbert, E. (1993). Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Baider, L (2005). Auswirkungen terminaler Krankheit auf die Angehörigen. In: Koch, U. et al. (Hrsg.). *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen* (S.192 – 200). Hamburg: Schattauer.

Baltes, P.B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24.

Berk, L. E. (2005). *Entwicklungspsychologie* (3., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.

Bierhoff, H.-W. & Frey, D. (Hrsg.) (2006). *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Auflage). Berlin: Springer-Verlag.

Brandstätter, J. (1985). Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne: Zum Aufbau eines entwicklungspsychologischen Anwendungskonzeptes. In: Brandstätter, J. und Gräser, H. (Hrsg.). *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne* (S. 1-15). Göttingen: Hogrefe.

Brandstätter, J. (2001). Entwicklung Intentionalität Handeln. Stuttgart: Kohlhammer.

Broeckmann, S. (2002). Plötzlich ist alles anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. Stuttgart: Klett-Cotta

Buser, Schneller, Wildgrube (2007). *Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie* (6. Auflage). München: Urban & Fischer

Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). (2008). *Brustkrebs. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Die blauen Ratgeber 2*. Bonn.

Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). (2008). *Hilfen für Angehörige. Informationen, Anregungen und Gesprächshilfen für Angehörige von Tumorkranken. Die blauen Ratgeber 30*. Bonn.

Erikson, E.H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebspatienten*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Flammer, A. (1988). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Bern: Verlag Hans Huber

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung (Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe)*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Grob, A., Jaschinsky, U. (2003). *Erwachsen werden*. Weinheim: Beltz

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V. (Hrsg.). (2006). *Mit Kindern über Krebs sprechen. Ein Ratgeber für Eltern, die an Krebs erkrankt sind* (3., überarbeitete Auflage). Frankfurt: Lankisch

Hofer, M., Wild, E., Noack, P. (2002). *Lehrbuch Familienbeziehungen* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

John, K., Bieber, C. & Mattejat, F. (2009). [Psychische Belastung von an Brustkrebs erkrankten Müttern und ihren Kindern im zeitlichen Verlauf. Vorläufige Ergebnisse der Begleitstudie zur Qualitätssicherung des Modellprojekts "gemeinsam gesund werden". Präsentation](#)

Koch, U., Lang, K., Mehnert, A., Schmeling-Kludas, C. (Hrsg.). (2006). *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung*. Stuttgart: Schattauer

-
- Krapp, A., Weidenmann, B. (Hrsg.). (2001). *Pädagogische Psychologie* (4., vollständig überarbeitete Auflage). München: Beltz Psychologie Verlags Union
- Krejsa, S. (2004). *Mama hat Krebs. Mit Kindern die Krankheit begreifen*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Lohaus, A. (1983). *Möglichkeiten individuumszentrierter Datenerhebung*. Münster; Aschendorff
- Lohaus, A. (1989). *Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie. Problemstellungen und Forschungsperspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber
- Lohaus, A., Ball J. (2006). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe
- Miller, P. (1993). *Theorien der Entwicklungspsychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (6. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz
- Perrez, M., Baumann, U. (Hrsg.). (2005). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Petermann, F. (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis* (3., neu ausgestattete Auflage). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Rait und Lederberg (1989). In: Holland, J., Rowland, J. (Hrsg.). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Romer, G. (2003). *Anwendungen der Bindungstheorie bei präventiven psychotherapeutischen Interventionen im Kindes- und Jugendalter*. In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hrsg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 211-228). Giessen: Psychosozial-Verlag
- Romer, G., Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

Romer, G.(2008) In: *Magazin der Deutschen Krebshilfe, Ausgabe Nr. 4/2008*

Rowland, J. (2002). In: Röttger, K. (Hrsg.). *Psychosoziale Onkologie für Pflegende*. Hannover: Schlüter

Schönberger, C., Kardorff, E. von (2004). *Mit dem kranken Partner leben. Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker*. Opladen: Leske + Budrich.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.).(2006). „*Mama, was hast Du?*“ *Ein Wegweiser für Eltern, die an Krebs erkrankt sind*. Hamburg.

Uexküll, T. von (2003). *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6. Auflage).München: Urban & Fischer.

Walter, J., Adam, H. (2003). *Der kulturelle Kontext und seine Berücksichtigung bei Migranten- und Flüchtlingsfamilien*. In: Cierpka, M. (Hrsg.). *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer

Watzlawick, P. (1980). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber

Internetquellen

Baider, L. (2008). Cancer – A Family Affair

<http://www.ipos-society>

letzter Zugriff 19.09.2009

Boeree, D. G. (2006). Persönlichkeitstheorien Erik Erikson. Vortrag

<http://www.social-psychology.de>

letzter Zugriff 10.08.2009

Gerdes, N. (2. Jahrestagung). Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit. Referat

<http://www.dapo-ev.de/preistraeger.html>

letzter Zugriff 20.09.2009

Krebs in Deutschland (2004).(6. überarbeitete Auflage)

<http://www.gekid.de/>

letzter Zugriff 20.09. 2009

<http://www.komen.de/cms/website.php?id=/de/ueberbrustkrebs/zahlen.htm>

letzter Zugriff 09.07.2009

"Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland" (BMFSFJ 2004)

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/volltextsuche.html>

letzter Zugriff 15.08.2009

Schirmacher, J. (2008). Das Kinderbuch zur Aufklärung über die elterliche Krebserkrankung

<http://www.horizonte-goettingen.de/>

letzter Zugriff 19.09.2009

Strittmatter, G. Die Krankheitsbewältigung des Krebskranken aus psychoonkologischer Sicht

<http://www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de/index2.html>

letzter Zugriff 05.08.2009

Anhang 1 Vorläufige Konstrukt- und Skalenbildung „Kindliche Belastung“

Kindliche Belastung (Selbsteinschätzung)								
Konstrukte								
Elterliche Kreberkrankung		Subjektiv wahrgenomm. zusätzliche Belastungen	Emotionale Befindlichkeit	Innerfamiliäre Beziehungsqualität			Kindliche Ressourcen	
Skalen		Skala	Skala	Skalen			Skalen	
Subj. Wahrnehm. der KE	Subjektive Veränderungs- wahrnehmung			Wahrgen. Unter- stützung Eigenes Konstrukt: Subskalen- bildung	Kommuni- kation	Parenti- fizierung	Fähig- keiten, Kompe- tenzen	Lebens- bereiche
Alter								