

# Welche Stärken und Schwächen sehen Mütter mit einer gynäkologischen Krebserkrankung und gesunde Väter bei ihren Kindern?

Nina Heinrichs<sup>a</sup> Tanja Zimmermann<sup>b</sup> Peter Herschbach<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Universität Bielefeld,

<sup>b</sup>Institut für Psychologie, Technische Universität Braunschweig,

<sup>c</sup>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Deutschland

English Version available at  
[www.karger.com/doi/10.1159/000322199](http://www.karger.com/doi/10.1159/000322199)

## Schlüsselwörter

Krebs · Kinder · Psychoonkologie · Strengths and Difficulties Questionnaire · Verhaltensprobleme

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Psychische Erkrankungen bei Eltern werden als Risikofaktor für die psychische Entwicklung von Kindern angesehen. Ob und in welchem Ausmaß dies auch für ernsthafte körperliche Erkrankungen der Eltern gilt, ist bisher seltener untersucht worden. Diese Pilotstudie berichtet über die psychischen Auffälligkeiten von Kindern bei Frauen mit Brust- oder gynäkologischem Krebs. **Patienten und Methoden:** 19 Paare mit 27 Kindern im Alter zwischen 4 und 16 Jahren beantworteten zu mehreren Messzeitpunkten (T1: innerhalb von 8 Wochen nach Diagnose; T2: 3–5 Monate nach Diagnose; T3: 6 Monate nach T2; T4: 1 Jahr nach T2) einen Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes sowie zur eigenen Belastung durch die Erkrankung, dem Ausmaß sozialer Unterstützung sowie der partnerschaftlichen Bewältigung der Erkrankung. Aufgrund der geringen Fallzahlen zu T3 und T4 konzentriert sich die gegenwärtige Untersuchung auf die ersten beiden Messzeitpunkte. **Ergebnisse:** Zu jedem Messzeitpunkt schätzten beide Eltern die Kinder als überwiegend psychisch unauffällig und prosozial ein. Diejenigen Mütter, die zu T1 stärker durch die Krebserkrankung belastet waren, berichteten zu T2 auch mehr psychische Auffälligkeiten bei ihren Kindern. Dieser prospektive Zusammenhang wurde vollständig über das Ausmaß der partnerschaftlichen Bewältigung der Erkrankung zu T1 mediiert. **Diskussion:** Sollten diese Ergebnisse repliziert werden, könnten sie darauf hin weisen, dass indizierte Präventionsmaßnahmen bei Familien mit einem krebserkrankten Elternteil das Erleben einer manifesten psychischen Störung bei betroffenen Kindern und Jugendlichen unter Umständen verhindern. Eine Möglichkeit, die Indikation für eine solche Maßnahme zu stellen, kann in der Einschätzung der individuellen Belastung durch die Krebserkrankung und des Ausmaßes an Unterstützung innerhalb der Partnerschaft liegen.

## Keywords

Cancer · Children · Psycho-oncology · Strengths and Difficulties Questionnaire · Behavior problems

## Summary

*What Strengths and Difficulties Do Mothers with Gynecological Cancer and Healthy Fathers Report in Their Children?*

**Background:** Mental disorders in parents are viewed as a risk factor for a child's psychological development. Whether and to what extent this is also true for serious somatic disorders in parents has been studied less often. The aim of the present investigation is to report on emotional and behavioral problems in children of women with a diagnosis of breast or gynecological cancer. **Patients and Methods:** 19 couples with 27 children in the age between 4 and 16 years completed the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for their children and reported their own distress related to the disease, the extent of social support as well as their dyadic coping at several points in time (T1: within 8 weeks after diagnosis; T2: 3–5 months after diagnosis; T3: 6 months after T2; T4: 1 year after T2). Due to sample attrition at T3 and T4, the present study focuses on T1 and T2. **Results:** The majority of children were classified as psychologically healthy and prosocial at each assessment point. Those mothers who were more distressed at T1 reported more psychological problems in their children at T2. This prospective association was completely mediated through the level of common dyadic coping at T1. **Discussion:** If replicated, these results may hint at the potential of indicated prevention programs in families with a mother diagnosed with cancer to prevent the occurrence of a psychological disorder in children. One possibility to come to an indication decision for such an intervention may lie in the initial female distress response to cancer and the extent of partner support.

## Hintergrund

Empirische Untersuchungen mit Familien, in denen ein Elternteil von einer körperlichen Erkrankung betroffen ist, gibt es – mit wenigen Ausnahmen – erst seit neuerer Zeit. Ebenso fehlte bis vor Kurzem grundlegendes Wissen über die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern körperlich erkrankter Eltern sowie über Schutz- und Risikofaktoren. Somit gibt es nur wenig evidenzbasierte Implementierungen von Präventionsprogrammen – trotz einer recht großen Verbreitung körperlicher Erkrankungen in Familien mit minderjährigen Kindern.

### *Prävalenz körperlicher Erkrankungen bei Eltern minderjähriger Kinder*

Eine neuere epidemiologische Studie in Deutschland [Barkman et al., 2007] mit über 1900 Familien im Rahmen des Hamburger Gesundheitssurveys ergab eine Punktprävalenz ernsthafter körperlicher Erkrankungen bei Eltern von 4,1%. Ein Drittel dieser Familien war mit einer Erkrankung aus dem onkologischen Spektrum konfrontiert. Damit wären in Bezug auf ganz Deutschland mit rund 14–15 Millionen minderjährigen Kindern rund 600 000 Kindern mit einer ernsthaften körperlichen Erkrankung eines Elternteils konfrontiert. Das Auftreten einer solchen Erkrankung ist demnach doppelt so häufig wie das Auftreten einer psychischen Erkrankung bei Eltern minderjähriger Kinder.

### *Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern körperlich kranker Eltern*

Zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern wurden bisher meist entweder die Child Behavior Checklist [CBCL; Achenbach et al., 1991] oder der Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ; Goodman, 1997] eingesetzt. Beide Instrumente diskriminieren gut zwischen gesunden und psychisch auffälligen Kindern [Goodman et al., 2000] und erlauben eine «Fallidentifikation» anhand eines Cutoff-Wertes.

Eine Übersichtsarbeit von Visser et al. [2004], die quantitative und qualitative Studien (publiziert zwischen 1980 und Anfang 2004) verarbeitet hat, kam zu dem Schluss, dass die meisten Kinder körperlich kranker Eltern Werte im unauffälligen Bereich zeigten. Insbesondere externalisierende Probleme kamen kaum in erhöhter Anzahl oder Intensität vor. Soziale Kompetenzen waren in keiner Studie beeinträchtigt. Internalisierende Probleme wurden in einigen Studien häufiger und in anderen gleich häufig wie in der Normalbevölkerung berichtet. Allerdings kristallisierten sich emotionale Probleme bei weiblichen Jugendlichen als potenzieller Bereich heraus, in dem sich eine ernsthafte körperliche Erkrankung des Elternteils manifestierte. Es wurden jedoch insgesamt nur 14 quantitative Studien identifiziert.

Watson et al. [2006] berichteten in einer Stichprobe von 107 Familien mit mindestens einem Kind im Alter zwischen 6 und 17 Jahren von einer Auffälligkeitsrate von 27% (CBCL-

Gesamtwert, Mutter, grenzwertig und klinisch). Sie fanden keine Unterschiede zwischen internalisierenden oder externalisierenden Auffälligkeiten bei den Jungen und eine Tendenz für mehr internalisierende Probleme bei den Mädchen. Kritisch an dieser britischen Studie ist, dass die Normen der CBCL dort nicht landesspezifisch vorliegen und die Autoren sich daher bei der Fallidentifikation an den amerikanischen Normen orientieren mussten.

In einer niederländischen Studie (N = 336 Kindern im Alter von 4–18 Jahren von 180 erkrankten Eltern) fanden sich mit Hilfe der CBCL ebenfalls teilweise erhöhte Raten psychischer Auffälligkeiten [Visser et al., 2005]. Von den 4- bis 11-jährigen Kindern wiesen 20% der Jungen klinisch auffällige Gesamtwerte auf (vor allem durch Auffälligkeiten im internalisierenden Bereich) im Vergleich zu 8% in der niederländischen Norm. Bei den Mädchen wurde lediglich angegeben, dass 20% als klinisch auffällig im externalisierenden Bereich (gegenüber 10% in der Normstichprobe) eingestuft wurden. Jugendliche Mädchen zeigten hingegen mehr internalisierende Probleme (17% versus 8% in der Norm). In dieser Studie wurden die Kinder im Alter von 11–18 Jahren zudem mithilfe eines Selbstbeurteilungsinstruments (Youth Self-Report, YSR) befragt. Der YSR ist die zu der CBCL parallele Kinder- bzw. Jugendlichenversion (ab 11 Jahre). Hiernach wurden 23% der Mädchen als klinisch auffällig im internalisierenden Bereich eingestuft (Norm: 8%). Die Werte der Jungen lagen innerhalb der Norm. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit einer anderen Studie, in der ebenfalls die jugendlichen Töchter erkrankter Mütter den höchsten Mittelwert im ängstlich-depressiven Beschwerdespektrum aufwiesen [Compas et al., 1994]. Die Ergebnisse beider Studien legen nahe, dass Kinder krebserkrankter Eltern möglicherweise eher mit internalisierenden als mit externalisierenden Auffälligkeiten reagieren und dass erkrankte Elternteile das Vorliegen psychischer Beschwerden bei ihren Kindern tendenziell unterschätzen.

Barkmann et al. [2007] untersuchten in ihrer Studie Kinder zwischen 4 und 18 Jahren. In Familien, bei denen ein Elternteil ernsthaft körperlich erkrankt war, war das Risiko von klinisch auffälligen Beschwerden des Kindes um das 1,2-fache erhöht, stieg aber deutlich an (OR: 2,08), wenn auch grenzwertig auffälliges Verhalten berücksichtigt wurde. Die körperliche Erkrankung des Elternteils war auch hier häufiger assoziiert mit Problemen aus dem internalisierenden Spektrum (Ängste, depressive Symptome und somatische Beschwerden).

### *Übereinstimmung zwischen erkrankten Müttern und Vätern in der Beurteilung der psychischen Auffälligkeiten von Kindern*

In der Übersichtsarbeit von Visser und Kollegen [2004] wird konstatiert, dass es nach dem damaligen Stand empirischer Ergebnisse keine signifikanten Diskrepanzen zwischen einem krebserkrankten und einem gesunden Elternteil bei der Beurteilung emotionaler oder Verhaltensauffälligkeiten gibt. Andere

Studien zeigen ein eher widersprüchliches Bild. Visser et al. [2005] zeigten, dass krebskranke Elternteile signifikant mehr internalisierendes Problemverhalten wahrnahmen als nicht erkrankte Elternteile, allerdings nur bei Söhnen im Grundschulalter und bei Töchtern in der Adoleszenz. Auch Watson et al. [2006] berichten entsprechende Wahrnehmungsunterschiede zwischen nicht erkranktem Vater und krebskranker Mutter: Die Väter schätzten ihre Kinder als deutlich weniger verhaltensauffällig ein als die Mütter. Allerdings lag von weniger als der Hälfte der Stichprobe überhaupt eine zusätzliche Einschätzung des Vaters vor.

Demgegenüber stehen Befunde, die auf ein überwiegend hohes Maß an Übereinstimmung zwischen erkranktem und nicht erkranktem Elternteil hinweisen, zumindest bei Kindern im Grundschulalter [Visser et al., 2007]. In dieser Studie (N = 123 Kinder, 69 Familien, Alter: 4–18 Jahre) beurteilten beide Elternteile die internalisierenden, externalisierenden und Gesamtprobleme ihrer Kinder im Grundschulalter und ihrer jugendlichen Söhne übereinstimmend. Dagegen zeigte sich bei der Beurteilung der internalisierenden, externalisierenden und Gesamtproblemen von jugendlichen Töchtern wenig Übereinstimmung. Die bisherigen Ergebnisse sind in Bezug auf die Frage der Übereinstimmung zwischen erkranktem und nicht erkranktem Elternteil inkonsistent, obwohl die neueren Befunde eher von einer Übereinstimmung als von einer Nicht-Übereinstimmung sprechen. Bei weiblichen Jugendlichen sollte allerdings immer auch der Selbstbericht mit hinzugezogen werden.

Ob und inwiefern eine Krebserkrankung (oder eine andere ernsthafte körperliche Erkrankung des Elternteils) Auswirkungen auf die elterliche Beurteilungskohärenz hat, muss auch vor dem Hintergrund der Forschung zu Quelleneffekten betrachtet werden, die auch bei gesunden Eltern Beurteilungsdiskrepanzen feststellt [De Los Reyes und Kazdin, 2005]. Hier nehmen die Mütter ebenfalls mehr Problemverhalten wahr als die Väter. Es ist also fraglich, ob die stärkere Problemwahrnehmung bei erkrankten Müttern tatsächlich auf die Erkrankung zurückzuführen ist. Es gibt zwar auch Studien, die erkrankte Väter mit einbeziehen, die Mehrzahl der Studienteilnehmer sind allerdings Mütter. Visser et al. [2006] fanden, dass sowohl ein körperlich als auch ein psychisch schlechteres Funktionsniveau der vorwiegend kranken Mutter das Ausmaß wahrgenommener internalisierender und externalisierender Probleme bei Jugendlichen vorhersagte, wohingegen bei Kindern im Grundschulalter lediglich das physische Funktionsniveau der Mütter die Wahrnehmung von Problemen aus dem externalisierenden Spektrum vorhersagte. Dies könnte eine Erklärung für die Befunde sein, bei denen diskrepante Einschätzungen gefunden wurden. Allerdings setzt dies voraus, dass das gesunde Elternteil durch die Erkrankung nicht ebenfalls körperlich oder psychisch belastet ist. Der Zusammenhang zwischen eigener Belastung und der Wahrnehmung verstärkter Probleme beim Kind wird auch durch Befunde zu nicht chronisch kranken Eltern gestützt. In

ihrem Review fassten De Los Reyes und Kazdin [2005] diesen Zusammenhang zwischen psychopathologischen Auffälligkeiten der Eltern und ihrer Wahrnehmung von Kindern zusammen. Sie konstatieren, dass depressive Eltern eine verzerrte negative Wahrnehmung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten hätten und dass ängstliche Eltern ihre Kinder auch als ängstlicher einschätzen würden. Allerdings beziehen sich diese Ergebnisse vorwiegend auf die Diskrepanzen zwischen Eltern und Lehrer bzw. Kind und nicht auf Diskrepanzen zwischen beiden Elternteilen. Viele Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen erleben depressive und/oder ängstliche Gefühle. Möglicherweise sind diese mitverantwortlich für eine verzerrte Verhaltensbeurteilung. Bisherige Studien haben sich allerdings zumeist auf Korrelationen zwischen der eigenen persönlichen Belastung und der Problemwahrnehmung beim Kind berufen. Ein prospektiver Zusammenhang ist bisher selten untersucht worden und der bisherige Zusammenhang könnte auch durch eine dritte Variable erzeugt werden (z.B. durch eine allgemein größere Offenheit des weiblichen Geschlechts gegenüber Problemen bei sich selber und beim Kind). Bei Studien, in denen sowohl Eltern als auch Kinder bzw. Jugendliche befragt wurden, ergaben sich meist mehr Probleme aus Sicht des Jugendlichen, aber nicht aus Sicht des Kindes [Birenbaumer et al., 1999; Watson et al., 2006; Welch et al., 1996]. Allerdings ergibt sich ein solches Muster auch bei Studien zur Übereinstimmung der Einschätzungen von körperlich gesunden Eltern und ihren jugendlichen Kindern [z.B. Seiffge-Krenke und Kollmar, 1998]. Die Spezifität in Bezug auf die körperliche Erkrankung eines Elternteils bleibt daher fraglich.

#### *Entwicklung psychischer Auffälligkeiten von Kindern ernsthaft körperlich kranker Eltern über die Zeit*

Die meisten Studien sind Querschnittsstudien mit Ausnahme einer Studie von Welch et al. [1996], die die psychischen Auffälligkeiten der Kinder zu zwei Messzeitpunkten erfasste (T1: innerhalb von 10 Wochen nach der Diagnose des Elternteils; T2: 4 Monate später). Sie berichteten eine Abnahme ängstlich-depressiver Symptome aus Kindersicht, nicht aber bei den Einschätzungen der Eltern.

Visser et al. [2007] untersuchten 69 Familien mit insgesamt 123 Kindern (57 Grundschulalter und 66 Jugendliche), in denen ein Elternteil an Krebs erkrankt war, zu drei Messzeitpunkten (T1: durchschnittlich 4 Monate nach Bekanntwerden der Diagnose; T2: 6 Monate nach Diagnose; T3: 12 Monate später). Mithilfe der CBCL und des YSR wurde das Verhalten der Kinder dieser krebskranken Eltern mit jenen, deren Eltern die Diagnose schon 1–5 Jahre zuvor erhalten hatte, verglichen. Zudem sollte die Vorhersagekraft von früheren emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten in Bezug auf spätere Probleme herausgefunden werden. Zu T1 berichteten Eltern und Kinder der Krebspatienten genauso viele emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten wie Kinder der Normgruppe und Kinder von Eltern, deren Diag-

**Tab. 1.** Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern körperlich kranker Eltern

| Risikofaktoren  | Studien  |
|---|--|
| <i>Individuelle Faktoren der Eltern</i><br>Ausmaß der Depressivität<br>Ausmaß der Belastung durch die Erkrankung  | z.B. Visser et al., 2006; Watson et al., 2006                        |
| <i>Individuelle Faktoren des Kindes</i><br>Mehr externalisierende Probleme<br>Impulskontrollstörungen<br>Weibliches Geschlecht<br>Jugendalter   | z.B. Compas et al., 1994; Visser et al., 2005                        |
| <i>Familiäre Faktoren</i><br>Ungünstige familiäre Kommunikation<br>Geringe Familienkohäsion<br>Hohe affektive Mitbeteiligung<br>Rollenverteilung<br>Alleinerziehende Familien<br>Familien mit weniger Kindern<br>Hohe/chaotische Familienadaptation | z.B. Huizinga et al., 2003; Visser et al., 2006; Watson et al., 2006 |
| <i>Krankheitsbezogene Parameter</i><br>Niedrige körperliche Funktionsfähigkeit des erkrankten Elternteils   | z.B. Visser et al., 2006   |

nose schon bis zu 5 Jahre zurücklag. Von diesen meist internalisierenden und/oder Gesamtproblemen waren rund 20–25% der Kinder betroffen. Innerhalb des ersten Jahres nach der Diagnose gingen die emotionalen und Verhaltensprobleme seitens der Kinder zurück, und es wurde berichtet, dass sie weniger Probleme aufwiesen als die Kinder in der Normgruppe. Die Höhe der Probleme zum ersten Messzeitpunkt war ein guter Prädiktor für spätere Messungen. Dies deutet darauf hin, dass möglicherweise eine frühe Identifikation der Kinder, die einen ungünstigen Entwicklungsverlauf nehmen, bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung der Eltern möglich ist.

In einer neueren Studie [Huizinga et al., 2010] zeigten sich ähnliche Ergebnisse. Über drei Messzeitpunkte (T1: innerhalb von 4 Monaten nach Diagnose; T2: 6 Monate später; T3: 12 Monate später) berichteten 112 Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren zu T1 von der höchsten Rate klinischer Beschwerden aus dem posttraumatischen Stressbereich (erhoben über die Impact of Event Scale; 29%), die dann erheblich abnahm (16% zu T2 und 14% zu T3). Es ist daher davon auszugehen, dass sich erhöhter initialer Distress über die Zeit von alleine reduziert. Liegt initial keine Erhöhung vor, findet auch keine Veränderung statt. Allerdings ist die Datenbasis für diese Schlussfolgerung sehr klein.

#### *Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern körperlich kranker Eltern*

Nach den bisherigen Ergebnissen erscheint es wenig sinnvoll, allen Kindern (krebskranker) Eltern eine Intervention anzubieten. Die Varianz innerhalb der betroffenen Gruppe von Kindern zeigt allerdings, dass es bestimmte Faktoren geben muss, die mit einer (un)günstigen Entwicklung bzw. Anpassung des Kindes einhergehen. Dies könnten demografische

Variablen sein (z.B. Alter oder Geschlecht des Kindes), krankheitsbezogene Parameter (z.B. Zeit seit Diagnose, aktuelle medizinische Behandlung), individuelle Faktoren des Kindes (z.B. Impulskontrolle), individuelle Faktoren der Elternteile (z.B. elterliche Belastung, Depressivität), familiäre Faktoren (z.B. Kohäsion, Kommunikation, Unterstützung innerhalb der Partnerschaft) oder soziale Umgebungsvariablen (z.B. Ausmaß der Unterstützung außerhalb der Kernfamilie). Tabelle 1 gibt einen Überblick über mögliche Risikofaktoren.

In der vorliegenden Pilotstudie schätzten beide Elternteile die Stärken und Schwächen ihrer Kinder ein, nachdem die Mutter mit einer gynäkologischen Krebserkrankung diagnostiziert wurde (T1: innerhalb von 8 Wochen nach Diagnose). Weitere Einschätzungen gab es zu T2 (etwa 3–5 Monate nach der Diagnose), T3 (etwa 6 Monate nach T2) und T4 (etwa 1 Jahr nach T2). Aufgrund der geringen Fallzahlen zu T3 und T4 (siehe unten) konzentriert sich die gegenwärtige Untersuchung auf die ersten beiden Messzeitpunkte. Basierend auf den bisherigen Studien vermuten wir, dass Kinder krebskranker Mütter im Vergleich zur Norm keine erhöhte Rate psychischer Probleme nach Bekanntwerden der Diagnose aufweisen. Auch gehen wir davon aus, dass die Einschätzungen von Müttern und Vätern eher übereinstimmen als divergieren. Allerdings nehmen wir an, dass die individuelle und familiäre Belastung einen Einfluss auf die Einschätzung der Eltern hat. Ist die körperliche Belastung der Mutter (z.B. durch die Chemotherapie) hoch, ist davon auszugehen, dass sich während der medizinischen Behandlung eher externalisierende als internalisierende Probleme des Kindes zeigen, da diese Probleme eine stärkere Grenzsetzung durch die Eltern erfordern, was schon körperlich gesunde Eltern viel Kraft kostet und zum Zeitpunkt der medizinischen Behandlung in diesen Fa-

**Tab. 2.** Beschreibung der Stichprobe  
(N = 19 Paare mit 27 Kindern)

|   | Patientinnen (Mütter) |       | Partner (Vater) |
|---|-----------------------|-------|-----------------|
| Alter (Jahre)   | 44,5 ± 4,4            |       | 46,7 ± 4,7      |
| Dauer Partnerschaft (Jahre)   |                       |       | 16,4 ± 8,0      |
| Alter Kinder (Jahre)  |                       |       | 10,4 ± 3,9      |
| Familienstand, verheiratet  |                       |       | 89%             |
| <i>Schulabschluss, %</i>  |                       |       |                 |
| Hauptschule oder niedriger  | 5                     |       | 16              |
| Realschule  | 16                    |       | 16              |
| (Fach-)Abitur   | 32                    |       | 10              |
| Universitätsabschluss   | 47                    |       | 58              |
| <i>Stage, %</i>   |                       |       |                 |
| Stage I   | 42                    |       |                 |
| Stage II  | 26                    |       |                 |
| Stage III   | 21                    |       |                 |
| Stage IV  | 11                    |       |                 |
| <i>Art der Behandlung, %*</i>   |                       |       |                 |
|   | zu T1                 | zu T2 | zu T3           |
| Operation (z.B. Lumpektomie, Mastektomie)   | 80                    | 0     | 10              |
| Chemotherapie   | 20                    | 75    | 10              |
| Strahlentherapie  | 0                     | 25    | 50              |
| Hormontherapie  | 0                     | 0     | 20              |
| *Die Prozentzahlen zu der Art der Behandlung von T1 bis T3 geben an, wie viele Frauen die jeweilige Behandlung zu dem Messzeitpunkt erhielten. Zu T4 (15–18 Monate nach Bekanntwerden der Diagnose) hatten noch 25% Bestrahlung und 63% befanden sich in Hormontherapie. Zwei Mütter sind im Verlauf der Studie verstorben (vor T3 und vor T4). |                       |       |                 |

milien möglicherweise fehlt. Auf der anderen Seite könnte man auch vermuten, dass Kinder sich an die Situation anpassen und mehr Rücksicht auf das erkrankte Elternteil nehmen. In der Bewältigung der Erkrankung in der Familie liegt somit auch eine Chance für Kinder, sich prosozial und psychisch gesund zu entwickeln. Voraussetzung dafür ist nach unserer Erwartung allerdings, dass Eltern die Erkrankung zunächst einmal als Paar bewältigen und das Kind altersangemessen einbeziehen. Ergänzend zu bisherigen Untersuchungen betrachten wir somit neben den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und der psychischen Belastung des erkrankten Elternteils auch die psychische Belastung des gesunden Elternteils sowie die *gemeinsame partnerschaftliche Bewältigung* der Erkrankung in einer prospektiven Studie. Wenn der Partner die erkrankte Frau hilfreich unterstützt, dann sollten auch Prozesse wie eine Parentifizierung, bei denen Kinder die (für)sorgende Rolle eines Erwachsenen annehmen und sich um das erkrankte Elternteil kümmern, weniger stattfinden. Wir erwarten daher, dass das Ausmaß emotionaler und Verhaltensprobleme von Kindern im Jahr nach Bekanntwerden der Diagnose vor allem davon abhängt, wie die Erkrankung in der Partnerschaft in der akuten Krankheitsphase bewältigt wurde. Dies sollte neben der Belastung des erkrankten Elternteils (z.B. das Ausmaß an erlebter Belastung durch die Krebserkrankung) den größten Vorhersagewert für die kindliche Entwicklung haben.

## Patienten und Methode

### Teilnehmer

Die vorliegende Teilstichprobe stammt aus einer Gesamtstichprobe von N = 72 Paaren, die im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie teilnahmen, welche die Effektivität eines partnerschaftlichen Unterstützungsprogramms («Seite an Seite», Experimentalgruppe EG) im Vergleich zu einer psychoedukativen Informationsbedingung (Kontrollgruppe KG) prüft. Die Studie wurde vorab von einer unabhängigen Ethikkommission begutachtet. Zu den Einschlusskriterien zählten: (a) die Frauen mussten an Brust-, Eierstock- oder Gebärmutterkrebs in Stadium I bis III erkrankt sein und keine weitere Krebserkrankung in der Vorgeschichte aufweisen, (b) sich seit mindestens 12 Monaten in einer heterosexuellen Partnerschaft befinden und (c) beide Partner mussten einer Teilnahme zustimmen. Während des Rekrutierungszeitraums an zwei Standorten (02/2006 – 02/2009 in Braunschweig und 02/2006 – 06/2007 in München) wurden 298 Adressen von den kooperierenden Kliniken übermittelt. Davon waren 174 Patientinnen (58%) an einer Teilnahme nicht interessiert und lehnten ab. 22 Patientinnen wurden ausgeschlossen, da sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten (7%) und 12 Paare waren nicht verfügbar, da die Frau vor dem Rekrutierungstelefonat gestorben war (4%). Die meisten Paare (70%), die eine Teilnahme ablehnten, gaben als Grund an, dass sie keine Unterstützung benötigten. Bei 7% lehnte der Partner eine Teilnahme an der Studie ab. Somit stimmten 90 Paare einer Studienteilnahme zu (Rekrutierungsrate 34%). Von diesen 90 randomisierten Paaren (EG: 45, KG: 45) erhielten n = 38 (EG) bzw. n = 34 (KG) die Intervention. Gründe, die zum Abbruch führten, waren zu große zeitliche Belastungen sowie der Tod der Patientin (EG) und schwere körperliche Erkrankungen des Partners, Trennung sowie kein Interesse mehr (KG). Zu T2 lagen noch Daten von n = 34 Paaren in der EG und n = 28 Paare in der KG vor.

Für diese Pilotstudie wurden nur die Paare aus der Gesamtstichprobe ausgewählt, die noch minderjährige Kinder hatten. Von den 72 Paaren hatten 26% Kinder unter 18 Jahren (N = 19 Paare mit insgesamt 34 Kindern, davon 27 zwischen 4 und 16 Jahren), die in der vorliegenden Studie gesondert untersucht werden sollen. Die Eltern sind im Durchschnitt Mitte vierzig, und die Partnerschaft besteht seit 16 Jahren (Tab. 2). Von den 27 Kindern im Alter von 4–16 Jahren (56% weiblich), für die eine Einschätzung zum ersten Messzeitpunkt vorliegt, sind 14 Einzelkinder, bei den anderen 13 Kindern liegen Einschätzungen der Eltern bezüglich mehrerer Kinder vor. Bei 3 Kindern gibt es nur eine Einschätzung der Mutter und bei 2 Kindern nur eine Einschätzung des Vaters. Daher liegen N = 25 Einschätzungen von Müttern und N = 24 von Vätern vor.

Bei den für die vorliegende Fragestellung relevanten Messinstrumenten beziehen sich die internen Konsistenzen auf die Gesamtstichprobe (N = 72). Beim SDQ gingen jedoch nur Paare mit Kindern im Alter von 4–16 Jahren ein (N = 27).

#### Psychologische Maße

*Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* [Goodman, 1997]. Der SDQ erfasst auf vier Skalen mit jeweils fünf Items problematische Bereiche, darunter *emotionale Probleme* ( $\alpha_{\text{Mütter}} = 0,66$ ;  $\alpha_{\text{Väter}} = 0,75$ ), *Verhaltensprobleme* ( $\alpha$  kann nicht korrekt berechnet werden, da das Item 22, «stiehlt», keine Varianz aufweist – alle Mütter und Väter verneinen das Vorkommen von «stiehlt»), *Hyperaktivität* ( $\alpha_{\text{Mütter}} = 0,87$ ;  $\alpha_{\text{Väter}} = 0,83$ ) und *Probleme mit Gleichaltrigen* ( $\alpha_{\text{Mütter}} = 0,81$ ;  $\alpha_{\text{Väter}} = 0,62$ ). Diese vier Skalen addieren sich zu einem *Gesamtwert* ( $\alpha_{\text{Mütter/Väter}} = 0,85$  – ohne Item «stiehlt»). Darüber hinaus gibt es eine *prosoziale Skala*, die fürsorgliches, helfendes Sozialverhalten erfasst ( $\alpha_{\text{Mütter}} = 0,64$ ;  $\alpha_{\text{Väter}} = 0,83$ ). Jedes der 25 Items wird auf einer dreistufigen Ratingskala (nicht zutreffend, teilweise zutreffend, eindeutig zutreffend) beurteilt.

*Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression (HADS-D)* [Herrmann, 1997]. Bei der HADS-D handelt es sich um ein weit verbreitetes Instrument in der Psychosomatik, das mit sieben Items depressive Symptome bei Patienten zuverlässig erfasst ( $\alpha = 0,83$ ).

*Fragebogen zur Belastung von Krebserkrankungen (FBK)* [Herschbach et al., 2003]. Dieses Instrument erfasst die psychosoziale Belastung von Tumorpatienten anhand von 23 Problembereichen (Gesamtwert:  $\alpha = 0,87$ ). Der Patient muss zunächst entscheiden, ob dieser Bereich ein Problem darstellt (ja/nein), und falls es ein Problembereich ist, als wie belastend dieser wahrgenommen wird (0–5).

*Progredienzangstfragebogen – Kurzform (PAF-K)* [Mehnert et al., 2006]. In diesem Fragebogen wird die Furcht vor dem Fortschreiten der Erkrankung mit 12 Items erfasst ( $\alpha = 0,87$ ).

*Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK)* [Ramm and Hasenbring, 2003]. Diese Skalen erfassen mithilfe von 24 Items das Ausmaß an positiver Unterstützung (15 Items,  $\alpha = 0,94$ ) und belastender Interaktionen (9 Items,  $\alpha = 0,82$ ) inner- und außerhalb der Familie im Rahmen einer chronischen Erkrankung.

*Gemeinsames Dyadisches Coping (GDC)*. Diese Skala ist Bestandteil des Dyadischen Coping Inventars (DCI) [Bodenmann, 2008] und misst das Ausmaß der gemeinsamen Bewältigung eines Stressors in der Partnerschaft ( $\alpha = 0,82$ ).

#### Datenanalyse

Zur Feststellung der Anzahl klinisch auffälliger Probleme wurden Häufigkeiten pro Skala (über dem grenzwertigen oder klinischen Cutoff; Fallidentifikation gemäß Richtlinien für die deutsche Version auf der Internet-Seite [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)) sowie Mittelwerte pro Skala berechnet, getrennt nach Müttern und Vätern und für beide Messzeitpunkte.

Zur Analyse der Übereinstimmung der Einschätzungen von Müttern und Vätern werden zum einen die übereinstimmenden Häufigkeiten der Identifikation klinischer Auffälligkeiten berichtet sowie Mittelwertvergleiche pro Skala und Korrelationen zwischen Mütter- und Väterurteilen eingesetzt.

Für die Vorhersage des späteren Ausmaßes emotionaler und Verhaltensprobleme wird regressionsanalytisch der SDQ-Wert des Kindes vor-

hergesagt. Als Prädiktoren sollen die zu T1 erhobenen individuellen Belastungsmaße der Eltern (Depressivität, Progredienzangst, Belastung durch die Krebserkrankung), das Ausmaß der gemeinsamen Bewältigung der Erkrankung (DCI) sowie die Skalen zur sozialen Unterstützung verwendet werden.

## Ergebnisse

### Stichprobenausfall

Zu T1 lagen 25 Mütter- bzw. 24 Väterurteile vor, die sich im Verlauf der Studie bei den Müttern auf n = 16 (T2), n = 14 (T3) und n = 12 (T4) reduzierte. Bei den Vätern reduzierte sich die Stichprobe auf n = 15 (T2) und n = 11 (T3 und T4). Eineinhalb Jahre nach Beginn der Studie lagen somit noch Daten von 50% der ursprünglichen Teilnehmer vor. Dieser Ausfall deckt sich mit anderen Studien [z.B. Huizinga et al., 2010]. Die uns bekannten Gründe dafür liegen zum einen im Alter des Kindes (n = 2 waren nach einem Jahr nicht mehr im Zielaltersbereich), im Tod der Mutter (n = 2) sowie in Drop-outs (n = 9). Da bei diesen geringen Fallzahlen die Aussagekraft sehr stark eingeschränkt ist, begrenzen wir uns in der Analyse auf die Daten, die zu T1 und T2 vorliegen.

Die Mütter waren zum ersten Messzeitpunkt deutlich belastet durch die Erkrankung ( $M_{\text{FBK}} = 38,8$ ,  $SD = 16,4$ ; mögliche Spannweite: 0–115, Cutoff-Wert: >34) und wiesen leicht erhöhte Werte im ängstlichen Bereich auf ( $M_{\text{HADS-D}} = 5,3$ ,  $SD = 3,0$ ;  $M_{\text{HADS-A}} = 7,6$ ,  $SD = 4,5$ ; 0–7 unauffällig, 8–10 grenzwertig, >11 auffällig). Die gesunden Väter waren psychisch ähnlich stark belastet ( $M_{\text{HADS-D}} = 6,0$ ,  $SD = 3,3$ ;  $M_{\text{HADS-A}} = 8,6$ ,  $SD = 2,6$ ).

### Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern krebskranker Mütter

*Aus Sicht der Mütter.* Im Gesamtwert des SDQ werden die meisten Kinder zu T1 als psychisch unauffällig beurteilt (n = 22; 92%), 1 Kind wird als grenzwertig und 1 Kind als klinisch auffällig eingestuft. Damit liegt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeit bei maximal 8% (in der Normstichprobe: 20%). In Bezug auf die einzelnen Skalen zeigen sich folgende Einschätzungen: *Emotionale Probleme* (8% klinisch, 12% grenzwertig), *Verhaltensprobleme* (12% klinisch, 20% grenzwertig), *Hyperaktivität* (8% klinisch, 4% grenzwertig) und *Probleme mit Gleichaltrigen* (12% klinisch, 8% grenzwertig). Alle Kinder werden als prosozial beschrieben (weder klinisch noch grenzwertig auffällig). Ähnliche Raten finden sich auch zu T2.

*Aus Sicht der Väter.* Im Gesamtwert des SDQ werden die meisten Kinder auch von den Vätern als psychisch unauffällig beurteilt (n = 23; 89%), 2 Kinder werden als grenzwertig und eines als klinisch auffällig eingestuft. *Emotionale Probleme* (15% klinisch, 8% grenzwertig), *Verhaltensprobleme* (12% klinisch, 27% grenzwertig), *Hyperaktivität* (12% klinisch, 0% grenzwertig) und *Probleme mit Gleichaltrigen* (8% klinisch, 15% grenzwertig) sind mit Ausnahme der Skala *Verhaltensprobleme* nicht erhöht. Alle Kinder werden als prosozial beschrieben. Auch hier finden sich ähnliche Raten zum zweiten Messzeitpunkt.

**Tab. 3.** Prädiktoren (erfasst innerhalb von 8 Wochen nach der Diagnose) für die psychische Anpassung des Kindes (SDQ) 3–5 Monate nach Bekanntwerden der mütterlichen Diagnose

|                 | Psychische Anpassung des Kindes |                |       |       |      |
|-----------------|---------------------------------|----------------|-------|-------|------|
|                 | B                               | Standardfehler | Beta  | T     | p    |
| <i>Modell 1</i> |                                 |                |       |       |      |
| Konstante       | -2,3                            | 3,1            |       | -0,74 | 0,47 |
| SDQ Prä         | 0,22                            | 0,3            | 0,23  | 0,86  | 0,41 |
| FBK Prä         | 0,22                            | 0,1            | 0,60  | 2,25  | 0,04 |
| <i>Modell 2</i> |                                 |                |       |       |      |
| Konstante       | 12,6                            | 6,0            |       | 2,1   | 0,06 |
| SDQ Prä         | 0,28                            | 0,2            | 0,29  | 1,3   | 0,21 |
| FBK Prä         | 0,11                            | 0,09           | 0,29  | 1,2   | 0,26 |
| GDC             | -0,68                           | 0,25           | -0,48 | -2,7  | 0,02 |

FBK prädizierte das gemeinsame dyadische Coping ebenfalls signifikant mit  $\beta = -0,56$ ,  $t = -2,5$  und  $p < 0,03$ . Somit ist die Grundvoraussetzung für eine potenzielle Mediation erfüllt. Einschätzungen des Kindes beruhen auf den erkrankten Müttern. Der Sobel-Test war signifikant (Sobel-Teststatistik:  $-2,0$ ,  $p < 0,05$ ).

*Übereinstimmung zwischen Müttern und Vätern.* Es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen Müttern und Vätern in der Beurteilung ihrer Kinder: 100% von den gemeinsam beurteilten Kindern werden zu T1 von beiden Eltern identisch im Gesamtwert als auffällig versus nicht auffällig eingeschätzt (80% zu T2). Eine Korrelation der Einschätzungen von Müttern und Vätern ergab eine gute Übereinstimmung beim Gesamtwert über beide Messzeitpunkte ( $r = 0,84$ ). Bei den Subskalen weist die Skala *Hyperaktivität* die höchsten und über die Messzeitpunkte konsistentesten Zusammenhänge auf ( $r = 0,86$  bzw.  $r = 0,88$ ), wohingegen die Skala *Emotionale Probleme* die heterogensten Befunde liefert ( $r = 0,48$  zu T1 und  $r = 0,03$  zu T2). (Da bei mehreren Kindern pro Familie nicht sichergestellt werden konnte, dass die Eltern die Beurteilungen in derselben Reihenfolge abgegeben hatten, wurden diese Übereinstimmungen nochmals nur für die Familien mit einem Einzelkind berechnet. Die Korrelationen für den Gesamtproblemwert lagen zwischen 0,88 und 0,90. Für die emotionalen Probleme zwischen 0,63 und 0,32. Die berichteten Korrelationen zwischen Müttern und Vätern sind daher vermutlich eine Untergrenze der Übereinstimmung.)

#### Mittelwerte des SDQ

Die Mittelwerte (Standardabweichungen) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt im SDQ-Gesamtwert waren  $M_{\text{Mutter T1}} = 8,5$  (6,2) bzw.  $M_{\text{Mutter T2}} = 9,1$  (5,9) und  $M_{\text{Vater T1}} = 9,6$  (6,7) bzw.  $M_{\text{Vater T2}} = 8,1$  (4,7). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern (Dyade:  $F(1,14) = 0,17$ ,  $p = 0,68$ ; Messzeitpunkt\*Dyade:  $F(1,14) = 3,6$ ,  $p = 0,08$ ) oder über die Zeit ( $F(1,14) = 0,09$ ,  $p = 0,93$ ). In Hinsicht auf die Stärken des Kindes ergibt sich, dass die Kinder sowohl aus Sicht der Mütter als auch aus Sicht der Väter altersangemessenes prosoziales Verhalten zeigen, das sich auch über die Messzeitpunkte nicht bedeutsam ändert.

#### Vorhersage psychischer Auffälligkeiten 3–5 Monate nach der Diagnose

Die geringe Stichprobengröße begrenzt die Möglichkeit der Aufnahme von Prädiktoren. Um zu entscheiden, welche Prädiktoren aus den ursprünglich als potentiell relevant betrachteten Variablen zur individuellen Belastung der Eltern (Angst, depressive Beschwerden, körperliches und psychisches Wohlbefinden des Elternteils, soziale Unterstützung) ausgewählt werden sollen, wurden zunächst Korrelationen zwischen diesen Prädiktoren berechnet. Ausgewählt wurde die Variable, die die höchsten Zusammenhänge mit allen anderen Variablen aufwies. Dies war bei den Müttern der FBK, der z.B. auch hoch korrelierte mit den SSUK (belastende Interaktion und positive Unterstützung;  $r = 0,63$ ,  $p < 0,01$  und  $r = -0,50$ ,  $p < 0,05$ ). Als weiterer Prädiktor wurde die gemeinsame Bewältigung der Erkrankung (GDC) ausgewählt. Um für das initiale Niveau der emotionalen oder Verhaltensprobleme des Kindes zu kontrollieren, wurde darüber hinaus der SDQ-Gesamtwert zu T1 als Prädiktor mit eingegeben. Um zu prüfen, ob das gemeinsame dyadische Coping eine (partielle) Mediationsfunktion hat, wurde zunächst untersucht, ob die mütterliche Belastung durch die Krebserkrankung zu T1 den SDQ-Wert zu T2 vorhersagt (unter Kontrolle des SDQ-Wertes zu T1). Im zweiten Schritt untersuchten wir, ob die mütterliche Belastung zu T1 das Ausmaß der gemeinsamen Bewältigung der Erkrankung vorhersagt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt. Alle Voraussetzungen für eine Mediation waren gegeben. Schließlich prüften wir, ob die Zunahme des gemeinsamen dyadischen Copings zu T1 als zusätzlicher Prädiktor die bestehenden Vorhersagen bedeutsam veränderte. In der Tat wurde der Zusammenhang zwischen der mütterlichen Belastung durch die Krebserkrankung zu T1 und dem Ausmaß psychischer Beschwerden des Kindes 3–5 Monate später vollständig über das Ausmaß der gemeinsamen Bewältigung der Erkrankung in der Partnerschaft vermittelt. Das Modell erklärte 70% der Varianz der psychischen

Auffälligkeiten des Kindes zu T2. Die Analyse der Daten der Vätern erbrachte nicht denselben Effekt: Hier war einzig der initiale Problemwert des Kindes prädiktiv für das Ausmaß der psychischen Beschwerden 3–5 Monate später.

## Diskussion

In der vorliegenden Pilotstudie konnten keine eindeutigen Hinweise darauf gefunden werden, dass Kinder Brust- oder gynäkologisch krebserkrankter Mütter innerhalb des ersten Jahres nach der Diagnose aus Sicht der Eltern markante psychische Probleme entwickelten. Lediglich in der Skala *Verhaltensprobleme* («hat oft Wutanfälle», «streitet sich oft») kam es zu einer Zunahme, vor allem im grenzwertigen Bereich. Dies könnte als Anpassungsreaktion der Kinder an die veränderte Situation interpretiert werden oder als Resultat einer verzerrten mütterlichen Sichtweise durch die Erkrankung. Da jedoch die Väter eine ganz ähnliche Beurteilung abgeben, ist es zumindest nicht die Erkrankung per se oder die mit ihr einhergehende körperliche Belastung, die eine solche Einschätzung verursacht. Nimmt man an, dass beide Partner durch die Erkrankung ähnlich stark belastet sein könnten, lässt sich allerdings nicht ausschließen, dass es sich um eine gemeinsam verzerrte Sichtweise aufgrund der emotionalen Belastung beider Elternteile handelt. Hier wäre es sinnvoll, auch die Kinder selbst zu befragen, sofern das Alter bzw. der Entwicklungsstand dies zulässt. Im Vergleich zu Kindern psychisch kranker Eltern scheint das Risiko bei Kindern körperlich kranker Eltern insgesamt etwas geringer zu sein [Barkmann et al., 2007: OR 2,3 im Vergleich zu OR 3,8 bei psychischen Erkrankungen]. Es stellt sich die Frage, was der ausschlaggebende Faktor bei körperlichen Erkrankungen ist: Ist es die körperliche Erkrankung selber, sind es die damit assoziierten körperlichen Einschränkungen oder die psychischen Belastungen etc.? Vermutlich ist die körperliche Erkrankung der Mutter ein Beispiel einer familiären Belastung.

Hinsichtlich der Übereinstimmung beider Elternteile kommen wir zu demselben Ergebnis wie die Arbeitsgruppe um Visser und Kollegen [2005]: Mütter und Väter stimmten im Mittel in 90% der Einschätzungen hinsichtlich der Klassifikation der Problematik (unauffällig oder auffällig) überein. Gab es Abweichungen, bezogen sich diese meist auf den Übergang von «grenzwertig» zu «klinisch auffällig». Möglicherweise liegt diese hohe Übereinstimmung aber auch darin begründet, dass es vor allem partnerschaftlich zufriedene Paare waren, die an dieser Studie teilgenommen haben. Diskrepante Auffassungen über die Partnerschaft, die mit mehr partnerschaftlicher Unzufriedenheit einhergehen, hängen vermutlich auch stärker mit diskrepanteren Auffassungen über das Verhalten des Kindes zusammen. Eine weitere mögliche Erklärung liefert die mittlere Höhe der kindlichen psychischen Auffälligkeiten. Im Gesamtwert des SDQ liegt diese Stichprobe im unauffälligen Bereich und befindet sich z.B. nach Einschät-

zung der Mütter noch knapp eine ganze Standardabweichung unter dem Cutoff für grenzwertig auffälliges Verhalten. Vermutlich ist es einfacher für Eltern, das Nicht-Vorhandensein von psychischen Auffälligkeiten übereinstimmend zu beurteilen, als vorliegende Auffälligkeiten übereinstimmend zu identifizieren und dem gleichen Problemtyp zuzuordnen (z.B. emotionale Probleme versus Verhaltensprobleme). Auch die zum Teil niedrigen Korrelationen zwischen Mutter- und Vaterurteilen über alle Messzeitpunkte weisen darauf hin, dass es in Abhängigkeit vom Erfassungszeitpunkt und der speziellen Art der wahrgenommenen Auffälligkeiten deutliche Unterschiede geben kann. Allerdings muss man berücksichtigen, dass die Korrelation durch die Reliabilität begrenzt ist, und die Reliabilitäten der Subskalen des SDQ sind teilweise recht niedrig. Wir konnten nur wenige Hinweise darauf finden, dass die an dieser Studie beteiligten Eltern eine geringere Übereinstimmung in der Beurteilung des Kindes aufwiesen als in der Literatur bei Eltern ohne körperliche Erkrankungen berichtet wird [De Los Reyes und Kazdin, 2005; Seiffge-Krenke und Kollmar, 1998].

Mögliche Prädiktoren für stärkere psychische Auffälligkeiten 3–5 Monate nach der Diagnose mussten aufgrund der kleinen Stichprobe reduziert und auf die kurzfristige Vorhersage der kindlichen Entwicklung begrenzt werden. Es wurde deutlich, dass die initiale Belastung der Mutter durch die Krebserkrankung vorhersagt, wie stark die Mütter 3–5 Monate später die psychischen Auffälligkeiten des Kindes einschätzen – unabhängig vom initialen Auffälligkeitswert des Kindes. Interessanterweise wurde dieser prospektive Zusammenhang vollständig vermittelt über das Ausmaß der gemeinsamen Bewältigung der Krebserkrankung in der Partnerschaft. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Kinder langfristig davon profitieren, wenn Paare in der Lage sind, eine körperliche Erkrankung der Frau gut gemeinsam zu bewältigen. Allerdings fand sich der Befund bei den Vätern nicht. Dies könnte daran liegen, dass bei den Vätern keine Fragebögen eingesetzt wurden, die spezifisch die Belastung durch die Krebserkrankung der Frau erfassten.

Bei der vorliegenden Studie muss man aufgrund der kleinen Stichprobe und der Tatsache, dass der kindliche Verlauf nicht die primär interessierende Variable der Studie war, von einer Pilotstudie sprechen. Allerdings ist es eine der wenigen Studien, die prospektiv angelegt ist und damit eine bessere Möglichkeit bietet, solche Prädiktoren zu untersuchen. Auch haben wir im Unterschied zu einigen anderen Studien Geschwisterkinder nicht ausgeschlossen. Es scheint uns ein wesentlicher Unterschied zu sein, ob betroffene Kinder noch Geschwister haben, die ebenfalls von der elterlichen Erkrankung betroffen sind. Ein Ausschluss dieser Familien bzw. die Festlegung auf ein Indexkind wie z.B. bei Watson et al. [2006] reflektiert nicht die Wirklichkeit dieser Kinder, in der Geschwister in Abhängigkeit von Alter und Position in der Geschwisterreihe eine wichtige Unterstützungsfunktion füreinander einnehmen können. Welch et al. [1996] führen an, dass

das erhebliche Ausmaß nicht geteilter Umweltvarianz auch bei Geschwistern eine Unabhängigkeitsannahme der Daten zulässt. Sie haben – ebenso wie wir – die Daten so behandelt, als wären sie unabhängig. Schließlich mag auch relevant sein, dass ein Teil der Paare an einem Unterstützungsprogramm («Seite an Seite»; Heinrichs und Zimmermann [2008]) teilgenommen hat, im Rahmen dessen auch über das Kind gesprochen wurde. Dabei wurden Hinweise gegeben, wie man Kinder über die Diagnose informiert, wie man mit ihren Reaktionen umgehen kann und was Kindern langfristig bei der Bewältigung der Erkrankung helfen könnte. Aufgrund der kleinen Stichprobe war es nicht möglich, diese Bedingungen zu unterscheiden; die meisten Paare mit Kindern waren in der Interventionsgruppe. Allerdings handelt es sich um eine sehr begrenzte Beratung in Bezug auf die Kinder (lediglich 11–20% von zwei der vier Sitzungen im Rahmen der Intervention). Auch war die Untersuchung eines potenziellen Geschlechts- oder Alterseffekt nicht möglich. Wie schon bei anderen Studien fand sich auch bei uns eine große Altersstreuung der Kinder, die aufgrund der geringen Stichprobenzahl nicht näher untersucht werden konnte. Schließlich deutet der Befund, dass die Kinderstichprobe im Mittel von ihren Eltern als unauffällig eingeschätzt wurde, auf eine möglicherweise eingeschränkte Variabilität in den vorherzusagenden Werte hin. Dies schränkt die Untersuchung und ihre Ergebnisse ein. Es ist allerdings nicht anzunehmen, dass es bei der vorliegenden Studie zu größeren Einschränkungen geführt hat als bei bisherigen Untersuchungen, die ebenfalls im Mittel keine größere Auffälligkeiten bei diesen Kindern berichteten.

In der Psychoonkologie werden psychosoziale Interventionen empfohlen, die neben einer altersangemessenen Information über die Erkrankung eine Anerkennung familiärer Ressourcen, eine Unterstützung der elterlichen Erziehungscompetenz und eine Unterstützung bei der Antizipation eines bevorstehenden Todes der Mutter empfehlen [Romer et al., 2009]. Ein erstes Beratungskonzept wurde im Rahmen des COSIP-Projekts (Mental Health Prevention in a Target Group at Risk: Children of Somatically Ill Parents) entwickelt und evaluiert. Es besteht aus 3–8 Beratungssitzungen, die

über einen Zeitraum von 6–8 Monaten angeboten werden [Romer et al., 2009]. Erste Ergebnisse zeigen eine gute Akzeptanz seitens der Familie – als wichtigste Ziele der Beratung ergaben sich unter anderem die Ermöglichung eines aktiven kindlichen Bewältigungsverhaltens und die Förderung des elterlichen Kompetenzerlebens [Paschen et al., 2007]. Dieses Beratungskonzept bietet im Moment eine Möglichkeit, betroffene Familien zu unterstützen.

Zusammenfassend gibt es bei Kindern von Mütter, die im Frühstadium an Krebs erkrankt sind, aus Sicht der Eltern (1) wenige Hinweise auf ausgeprägte und stabile psychische Beschwerden der Kinder, (2) einige Hinweise auf vorübergehende Auffälligkeiten im Verhalten, die zusammengenommen einen gutartigen Verlauf der kindlichen psychischen Beschwerden bei Kindern von betroffenen Paaren implizieren. Möglicherweise könnte es sinnvoll sein, (3) beide Elternteile als Paar zu unterstützen, um das familiäre Klima positiv zu gestalten. Auch eine Beratung eines oder beider Elternteile in ihrer Elternrolle könnte einen positiven Einfluss sowohl auf das kindliche Verhalten als auch auf das Erziehungsverhalten der Eltern haben. Die Indikation für eine solche Beratung ergibt sich aus individuellen sowie familiären (inklusive partnerschaftlichen) Variablen der Eltern und aus dem Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen (sofern dies möglich ist). Weitere Forschung zur Bedeutung von Prävention bei Kindern körperlich erkrankter Eltern ist notwendig, insbesondere in prospektiven Studien mit einer größeren Stichprobe.

## Dank

Die Studie wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (HE 3342/2-1 und HE 2231/3-1) finanziell gefördert. Wir danken Dipl.-Psych. Birgit Huber für ihre Hilfe bei der Datensammlung.

## Disclosure Statement

Es liegen keine bedeutsamen Interessenkonflikte vor.

## Literatur

- Achenbach TM, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – CBCL 4–18. Köln, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1991.
- Barkmann C, Romer G, Watson M, Schulte-Markwort M: Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: Epidemiological findings from a national survey in Germany. *Psychosomatics* 2007;48:476–481.
- Birenbaumer IK, Yancey DZ, Philipps DS, Chand N, Huster G: School-age children's and adolescents' adjustment when a parent has cancer. *Oncol Nurse Forum* 1999;26:1639–1645.
- Bodenmann G: Dyadisches Coping Inventar. Bern, Huber, 2008.
- Compas BE, Worsham NL, Epping-Jordan JE, Grant KE, Mireault G, Howell DC, Malcarne VL: When mom or dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychol* 1994;13:507–515.
- De Los Reyes A, Kazdin AE: Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychol Bull* 2005; 131:483–509.
- Goodman R: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581–586.
- Goodman MR, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H: Using the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2000;177:534–539.
- Heinrichs N, Zimmermann T: Bewältigung einer gynäkologischen Krebserkrankung in der Partnerschaft. Ein psychoonkologisches Behandlungsprogramm für Paare. Göttingen, Hogrefe, 2008.
- Herrmann C: International experiences with the hospital anxiety and depression scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42:17–41.

- Herschbach P, Marten-Mittag B, Henrich G: Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Z Med Psychol* 2003;12:69–76.
- Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WTA, Hoekstra HH, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JEHM: Stress response symptoms in adolescents during the first year after a parent's cancer diagnosis. *Support Care Cancer* 2010;18:1421–1428.
- Mehnert A, Herschbach P, Berg P, Henrich G, Koch U: Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen – Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF. *Z Psychosom Med Psychother* 2006;52:274–288.
- Paschen B, Saha R, Baldus C, Haagen M, Pott M, Romer G, Probst P: Evaluation eines präventiven Beratungskonzepts für Kinder körperlich kranker Eltern. *Psychotherapeut* 2007;52:265–272.
- Ramm GC, Hasenbring M: Die deutsche Adaptation der Illness-Specific Social Support Scale und ihre teststatistische Überprüfung beim Einsatz an Patienten vor und nach Knochenmarktransplantationen. *Z Med Psychol* 2003;12:29–38.
- Romer G, Möller B, Haagen M, Quitmann J, Riedesser P: Psychische Belastungen und ihre Bewältigung bei Kindern krebskranker Eltern; in Koch U, Weis J (Hrsg): *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung*. Göttingen, Hogrefe, 2009, pp 44–62.
- Seiffge-Krenke I, Kollmar F: Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *J Clin Child Psychol Psychiatry* 1998;39:687–697.
- Visser A, Huizinga G, van der Graaf W, Hoekstra H, Hoekstra-Weebers J: The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004;30:683–694.
- Visser A, Huizinga G, Hoekstra H, van der Graaf W, Klip E, Pras E, Hoekstra-Weebers J: Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: A cross-informant perspective. *Psychooncology* 2005;14:746–758.
- Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WTA, Hoekstra-Weebers JEHM: Parental cancer. Characteristic of parents as predictors for child functioning. *Cancer J* 2006;106:1178–1187.
- Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WTA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JEHM: Emotional and behavioral problems in children of parents recently diagnosed with cancer: A longitudinal study. *Acta Oncol* 2007;46:67–76.
- Watson M, St. James-Roberts I, Ashley S, Tilney C, Brougham B, Edwards L, Baldus C, Romer G: Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *Br J Cancer* 2006;94:43–50.
- Welch AS, Wadsworth ME, Compas BE: Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and children's perspectives. *Cancer* 1996;77:1409–1418.