

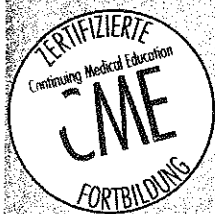
Organ der Deutschen Akademie  
für Entwicklungs-Rehabilitation e.V.

Organ der Sächsisch-Thüringischen  
Gesellschaft für Kinder- und  
Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Organ der Deutschen Gesellschaft  
für das Neugeborenscreening

# Kinder- und Jugendmedizin

1/2008



## ■ Kinderpsychiatrie

ADHS

Depressionen

Pädiatrische Psychopharmakologie

## ■ Notfall

Desmopressin-assoziierte  
symptomatische Wasserintoxikation



In eigener Sache	J. Hueber Punkten Sie online auf <a href="http://cme.schattauer.de">cme.schattauer.de</a>	
Editorial	K. von Klitzing Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	
Kinderpsychiatrie – <i>Child psychiatry</i>	M. Günter Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS) – Diagnostik und Therapie einer komplexen Problematik <i>Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) – diagnostics and therapy of a complex disturbance</i>	
	U. Pfeiffer Die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen <i>Therapeutic interventions of traumatized children and adolescents</i>	1
	Zertifizierte Fortbildung	
	K. von Klitzing Depressionen im Kindes- und Jugendalter <i>Depression in childhood and adolescence</i>	1
	CME-Fragebogen	2
	S. Perren, K. von Klitzing Untersuchung von Kindergartenkindern mit einem Puppeninterview – Bedeutsamkeit und Anwendung <i>Using a puppet interview for the clinical assessment of kindergarten children – significance and feasibility</i>	2
	M. Kroll Pädiatrische Psychopharmakologie – Leitlinien und Verordnungstrends <i>Pediatric psychopharmacology – practice parameters and changes in prescription habits</i>	3
	S. Wiegand-Greife, G. Romer, B. Möller Kinder psychisch oder körperlich kranker Eltern – Forschungsstand und Perspektiven indizierter Prävention bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikobelastung <i>Children of mentally and somatically ill parents – state of the art and perspectives of indicated prevention in a psychiatric risk factor in childhood and adolescence</i>	3
Notfall – <i>Emergency</i>	F. Wild, A. Bigl, M. Schulz, W. Kiess Desmopressin-assoziierte symptomatische Wasserintoxikation mit Hyponatriämie und konsekutivem Krampfanfall <i>Hyponatremic seizures as a consequence of water intoxication during desmopressine therapy</i>	4
Verbandsnachrichten	Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e. V.	4
Verschiedenes	Forum Impfen	5
	Interview	5
	Aus Forschung und Industrie	5
	Termine	5
	Manuskriptrichtlinien	6
Titelbild	Foto: ©crysphotos/Fotolia.com	

### Jahresregister 2007 online

Damit Sie sich einen Überblick über die im letzten Jahr in der *Kinder- und Jugendmedizin* publizierten Inhalte verschaffen können, stellen wir Ihnen ein Jahresregister zur Ver-

fügung. Das Jahresregister 2007 steht für Sie auf unserer Homepage unter [www.kinder-und-jugendmedizin-online.de](http://www.kinder-und-jugendmedizin-online.de) als pdf-Dokument zum kostenlosen Herunterladen bereit.

Neben einem Autorenregister finden Sie die Beiträge nach Themengebieten geord-

net. Schlüsselwörter bzw. Keywords erleichtern das Auffinden bestimmter Themen.

Nutzen Sie das Jahresregister für das Zitieren geeigneter Arbeiten, wenn Sie eigene Publikationen verfassen.

# Kinder psychisch oder körperlich kranker Eltern

## Forschungsstand und Perspektiven indizierter Prävention bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikobelastung

Silke Wiegand-Greife, Georg Romer, Birgit Möller

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser)

### Schlüsselwörter

Kinder körperlich oder psychisch kranker Eltern, Familienberatung, seelische Gesundheitsprobleme, präventive Beratungsprogramme

### Zusammenfassung

Kinder körperlich oder psychisch kranker Eltern gelten als Risikogruppe für kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten. In Deutschland leben nach epidemiologischen Schätzungen 4% aller Kinder und Jugendlichen mit einem körperlich kranken und 1–3% aller Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen. Neben genetischen Faktoren spielen assoziierte psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren eine wesentliche Rolle bei der Frage, ob betroffene Kinder seelische Gesundheitsprobleme entwickeln. Eine kompensierende Schutzfunktion scheint einer angemessenen Krankheitsbewältigung in der Familie sowie stabilen, tragfähigen und vertrauensvollen inner- und außerfamiliären Beziehungen zuzukommen. Präventive psychosoziale Hilfen sind notwendig, um betroffene Familien frühzeitig zu unterstützen. Beispielhaft werden die an unserem Universitätsklinikum entwickelten präventiven Beratungsprogramme „COSIP“ (Children of somatically ill parents) für Familien mit körperlich kranken Eltern und „CHIMPs“ (Children of mentally ill parents) für Familien mit psychisch kranken Eltern vorgestellt.

### Keywords

Children of somatically and mentally ill parents, family therapy, mental health problems, prevention programs

### Summary

Children of somatically and mentally ill parents are at increased risk for mental health problems. In Germany, 4% of all minor-age children are estimated to live with a somatically ill parent and 1–3% of all children with a mentally ill parent. Besides genetics, associated psychosocial and environmental risk and protective factors play an important role for children's morbidity risk. Essential compensating and protective factors are the family's way of coping with the illness as well as stable and trusting relationships within the family and in the social environment. Measures for psychosocial support for these families are necessary. As examples, two prevention programs developed at our University Medical Centre are presented: The "COSIP" (Children of somatically ill parents) and the "CHIMPs" (Children of mentally ill parents) prevention project.

Children of mentally and somatically ill parents – state of the art and perspectives of indicated prevention in a psychiatric risk factor in childhood and adolescence

Kinder- und Jugendmedizin 2008; 8: 38–44

Schätzungen in westlichen Industrieländern haben ergeben, dass ca. 4–15% aller Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung miterleben, dass ein Elternteil ernsthaft körperlich erkrankt (46). In einer neueren repräsentativen Befragung von ca. 2000 Familien mit mindestens einem Kind im Alter von 4–17 Jahren in Deutschland betrug die Punktprävalenz für eine ernsthafte körperliche Erkrankung eines Elternteils 4,1% (1). Laut Schätzungen leben in Deutschland außerdem ca. 2–3 Millionen minderjährige Kin-

der mit einem psychisch kranken Elternteil, was einer Punktprävalenz von 1,2–2,8% entspricht (30). Neben genetischen Faktoren spielen assoziierte psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren eine wesentliche Rolle bei der Frage, ob die Kinder später selbst psychisch erkranken. Dessen ungeachtet spielen Kinder körperlich oder psychisch kranker Eltern in den zumeist ausschließlich auf den erkrankten Elternteil (und höchstens noch seinen Partner) ausgerichteten medizinischen und psychosozialen Behandlungsangeboten bis heute

eine untergeordnete bis gar keine Rolle. Viele Kinder reagieren auf die Belastungen der Eltern, indem sie sich von ihrer stärksten Seite zeigen und eigene Ängste und Sorgen versuchen von ihren Eltern fernzuhalten. Dies kann dazu führen, dass ihre Not hinter einer vermeintlichen Unauffälligkeit und Anpasstheit „übersehen“ wird. Eine kompensierende Schutzfunktion scheint neben der individuellen Bewältigung auf Seiten des Patienten einer angemessenen Krankheitsverarbeitung in der Familie sowie stabilen, tragfähigen und vertrauensvollen inner- und außerfamiliären Beziehungen zuzukommen. Präventive Beratungsangebote sind notwendig, um betroffene Familien in diesen Faktoren frühzeitig zu unterstützen. Um den Kindern eine möglichst angstfreie Kommunikation über ihre Gefühle sowie eine altersgerechte Orientierung und aktive Bewältigung zu ermöglichen, bedarf es vor allem Präventions- und Behandlungsangeboten, die an der kindlichen Erlebnis- und Entwicklungsperspektive ausgerichtet sind und gleichzeitig die Eltern in ihren Kompetenzen und Ressourcen stärken.

## Epidemiologie

Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Prävalenz klinisch relevanter psychischer Auffälligkeiten bei Kindern mit einem ernsthaft körperlich erkrankten Elternteil im Vergleich zur Altersstichprobe doppelt so hoch ist (1). In einer repräsentativen Untersuchung an Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil zeigten 50% der Kinder klinisch relevante psychische Auffälligkeiten (5). Diese Ergebnisse konnten in der Tendenz im Rahmen eines multizentrischen transnationalen Verbundprojektes

(„Children of somatically ill parents“ – COSIP), bei dem Daten von ca. 700 Familien mit einem erkrankten Elternteil ausgewertet wurden, bestätigt werden (31). Besonders häufig kam es bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen zu somatisierenden Beschwerden und ängstlich-depressiven Zuständen. Bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil errechnen Remschmidt u. Mattejat (30) bei einer Lebenszeitprävalenz von 1% für schizophrene Erkrankungen 800 000 Menschen, die jährlich in Deutschland an einer Schizophrenie erkranken. Sofern die Hälfte ein Kind zur Welt bringt, sind ca. 400 000 Kinder und Familien betroffen. Es wird davon ausgegangen, dass sich das Erkrankungsrisiko eines Kindes mit einem schizophrenen Elternteil von 1% (Risiko der Gesamtbevölkerung) auf 13% (15) und auf 37% bei schizoauffektiv erkrankten Eltern (14) erhöht. Bei Kindern depressiver Eltern finden Weissman et al. (40) bei 24% gegenüber 8% in der Kontrollgruppe psychopathologische Auffälligkeiten. Remschmidt u. Mattejat (30) errechnen ca. 500 000 betroffene Kinder von depressiven Eltern in Deutschland. Betrachtet man nicht nur diese beiden schweren Formen psychiatrischer Störungen (Schizophrenie, affektive Störungen), sondern sämtliche psychische Erkrankungen, auch z. B. Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, so dürften die Zahlen betroffener Familien in die Millionen gehen. Kinder von Eltern mit Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen zeigen häufig den ungünstigsten Entwicklungsverlauf (21).

## Risiko- und Belastungsfaktoren für Kinder kranker Eltern

Das Aufwachsen in einer Familie mit einem körperlich oder psychisch kranken Elternteil stellt für ein Kind eine enorme Belastung dar, die im Einzelfall sogar traumatisierende Folgen haben kann (vgl. 13). Die sog. „High-Risk-Forschung“ (HR) verfolgt das Ziel, Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko genauer zu beschreiben und zu untersuchen, in welchen Merkmalen sich diese Risikogruppe von normalen Vergleichsgruppen unterscheidet. Die meisten der High-Risk-Längs-

schnittstudien auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen beziehen sich auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und wurden in den 60er- und 70er-Jahren begonnen. Das High-Risk-Design wurde entwickelt, um die Ätiologie der Erkrankung besser zu verstehen und um frühzeitig anhand typischer, prämorbid vorhandener Charakteristika und Risikofaktoren gefährdete Personen für primärpräventive Interventionen identifizieren zu können.

Bei Kindern körperlich kranker Eltern wurden folgende Belastungs- und Risikofaktoren identifiziert:

Mehrere Studien haben gezeigt, dass medizinische Faktoren, wie Dauer, Stadium und Prognose, nur einen geringen bis einen nicht nachweisbaren Einfluss auf die psychische Situation der betroffenen Kinder haben (10, 11, 18, 24, 38, 39, 41). Hinsichtlich der Diagnose konnten geringgradige Unterschiede nachgewiesen werden. So zeigten in der Hamburger COSIP-Studie Kinder mit einem an Krebs erkrankten Elternteil unabhängig vom Schweregrad der jeweiligen Erkrankung im Durchschnitt eine stärkere gesundheitsbezogenen Beeinträchtigung der Lebensqualität und eine ausgeprägtere Symptomatik als Kinder mit einem an multipler Sklerose erkrankten Elternteil (33). Außerdem wurden folgende als psychosozial assoziierte Risikofaktoren in der Arbeit mit Kindern körperlich kranker Eltern identifiziert:

- längere Trennungen von einem oder beiden Elternteilen,
- Nicht-Verfügbarkeit vertrauter Bezugspersonen,
- Isolation gegenüber der sozialen Umwelt,
- geringe Flexibilität im Umgang mit der durch die Krankheit hervorgerufenen Krise und Konfliktvermeidung,
- elterliche Depression (23, 35),
- geringer familiärer Zusammenhalt, geringe affektive Responsivität innerhalb der Familie, affektive Verstrickung (39),
- chaotische oder wenig strukturierte Anpassung (18),
- wenig offene Kommunikation zwischen Eltern und Kindern (ebd.),
- Parentifizierung (34),
- niedriger sozioökonomischer Status der Familie und geringes Bildungsniveau,

- schwerwiegende Konflikte innerhalb der Familie oder familiäre Zerrüttung.

Darüber hinaus gibt es individuelle Risikofaktoren, die sich auf die Bewältigung der körperlichen Erkrankung des Elternteils auswirken können, wie unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat, häufig wechselnde Bezugspersonen in der frühen Kindheit, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z. B. emotionale Instabilität) oder frühere Traumatisierungen (8, 12, 13).

Bei Kindern psychisch kranker Eltern unterscheiden Olin u. Mednick (28) in ihrer Metaanalyse acht groß angelegter High-Risk-Studien zwei Gruppen von mehrfach belegten „Risiko-Markern“: ätiologische Bedingungen in der frühesten Kindheit und später auftretende Präkursoren. Zur ersten Gruppe zählen eine Familiengeschichte psychischer Erkrankungen, prä- und perinatale Komplikationen, neuropsychologische Abweichungen, frühe Trennungserlebnisse sowie mangelnde Kommunikation und konflikthafte emotionales Klima in der Familie. In der späten Kindheit und Adoleszenz auftretende Risikofaktoren umfassen demnach emotionale Instabilität, Aggressivität und antisoziales Verhalten, aber auch Rückzugstendenzen, Passivität und soziale Ängste, wobei diese Faktoren bei entsprechendem Ausmaß bereits Anzeichen und Symptome einer psychischen Störung sein können. Zu den häufig genannten spezifischen Risiko- und Belastungsfaktoren bei Kindern psychisch kranker Eltern gehören die direkten Auswirkungen der elterlichen Erkrankung, z. B. der Mangel an affektiver Responsivität, sowie damit einhergehende Folgen, z. B. familiäre Konflikte, Trennung der Eltern oder Fremdbetreuung des Kindes während elterlicher Krankenhausaufenthalte (19). Mattejat (25) weist darauf hin, dass sich die Auswirkungen der Erkrankung durch Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren oftmals in ihren ungünstigen Effekten verstärken und gleichsam multiplizieren. Kinder schizophrener Eltern haben neben dem genetisch erhöhten Risiko selbst an einer Schizophrenie zu erkranken, auch ein erhöhtes Risiko, krankheitsunspezifische psychische Symptome zu entwickeln und zeigen vermehrt kognitive, emotionale, soziale und somatische Auffälligkeiten (25, 26).

Wie stark sich die Lebensbedingungen auf die Kinder auswirken, hängt von elterlich-familiären Faktoren, z. B. Schweregrad und Dauer der Erkrankung, deren Tabuisierung, familiärer Isolation, familiärer Hostilität und kindlichen Faktoren ab, z. B. Alter und Geschlecht, Trennungserlebnissen, Parentifizierungen. Die Folgen für die Kinder scheinen umso schwerwiegender:

- je stärker sie in die Symptomatik des kranken Elternteils einbezogen sind,
- je jünger sie sind, wenn die elterliche Erkrankung auftritt,
- wenn gravierende, ungelöste elterliche Konflikte bestehen,
- wenn die Familie isoliert ist,
- wenn Kinder parentifiziert werden,
- wenn die Erkrankung zum Auseinanderbrechen der Familie führt (vgl. 20).

Einen aktuellen Überblick über die vorliegenden Studien der Risiko- und Vulnerabilitätsforschung, aber auch der Resilienz- und Bewältigungsforschung bei Kindern psychisch kranker Eltern geben Göpfert et al. (16) oder Lenz (22).

## Schutz- und Bewältigungsfaktoren dieser Risikopopulation

Im letzten Jahrzehnt ist gegenüber der Erforschung von Belastungs- und Risikofaktoren zunehmend die Resilienzforschung ins Zentrum der Aufmerksamkeit getreten. Parallel zu einer Ressourcenorientierung in der Psychotherapie steht auch in der Forschung auf diesem Gebiet weniger die Frage der Risikofaktoren, also gewissermaßen danach, was Kinder krank macht, als vielmehr die Frage, was Kinder trotz widriger Umstände gesund erhält, im Fokus des klinischen und des Forschungsinteresses.

In Bezug auf den familiären Umgang mit krankheitsbedingten Krisen hat Herringer (17) fünf wichtige Bestandteile ausgearbeitet:

- die Fähigkeit einer Familie, eine gemeinsame familiäre Problemsicht und Problemdefinition zu entwickeln,
- starke und tragfähige emotionale Bindungen innerhalb der Familie,

- ein grundsätzlich optimistisches Selbstbild der Familie, welches ein von Zuversicht geprägtes familiäres Arbeitsmodell von Bewältigungskompetenz impliziert („wir schaffen das schon ...“),
- in der Familie bewährte Prinzipien und Grundüberzeugungen für den Umgang mit Stressbelastungen sowie
- die Bereitschaft, die Krankheit gegenüber der sozialen Umgebung offen zu legen und damit eine offene Auseinandersetzung auch außerhalb der Familie explizit für alle Familienmitglieder zu legitimieren.

Bewusst durchlebte Trauerprozesse und funktionale Bewältigungsstrategien der Eltern haben einen positiven Einfluss auf die Kinder (36, 37).

Mattejat et al. (27) schlagen für Kinder psychisch kranker Eltern ein familiäres Modell vor, dass auch für Kinder körperlich kranker Eltern gelten kann. In diesem Modell werden zwei zentrale Faktoren zur Bewältigung einer Erkrankung des Elternteils für die Gesundheit der Kinder hervorgehoben. Entscheidend sei erstens die Beziehungsqualität anhand der Frage, ob sich der erkrankte Elternteil und das betroffene Kind auf stabile, tragfähige und Sicherheit vermittelnde interpersonelle Beziehungen stützen können. Zweitens sei eine hinreichende und adäquate, individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung bedeutsam. Dazu gehören die innere Einstellung zur Erkrankung und dabei auftretende Bewältigungsformen, die lebenspraktische familiäre Organisation, die Flexibilität der Familiensituation (z. B. die Anpassung der beruflichen Situation an die Erkrankung) sowie die Nutzung von informellen Hilfsangeboten und die Zusammenarbeit mit den Fachinstanzen. Mattejat (25) resümiert die zentralen Annahmen und den bisherigen Forschungsstand so: „Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.“ (S. 71). Wir haben dieses Modell modifiziert und erweitert, in unserem Modell messen wir zur Frage einer späteren Krank-

heitsentstehung bei den Kindern in Ergänzung des Mattejat'schen Modells der elterlichen Paar- und der Familiendynamik auf der gesamtfamiliären Ebene als dritten Faktor eine bedeutsame Rolle bei. Man kann diese gleichsam auch als eine Art „Hintergrundfolie“ betrachten, auf der sich die kindliche Entwicklung abspielt. Wenn sich z. B. eine depressive Mutter in depressiv-narzisstischer Kollusion einen narzisstisch-zwanghaften Partner sucht, dann wird dies in alle Ebenen der Familiendynamik einfließen: in die Art und Weise der Kommunikation, der Rollenaufteilung in der Familie, des emotionalen Kontaktes zwischen dem Paar sowie Eltern und Kindern etc. (vgl. 45).

Darüber hinaus gibt es individuelle Schutzfaktoren, die bei der Bewältigung einer elterlichen Erkrankung von Bedeutung sind. Für Kinder körperlich kranker Eltern wurden herausgearbeitet:

- verlässliche, sichere und haltgebende Beziehungserfahrungen mit den primären Bindungspersonen,
- ein überwiegend positives Selbstwertgefühl,
- bestimmte Temperamentsmerkmale, wie Ausgeglichenheit, Flexibilität, offenes Zugehen auf andere, Anpassungsfähigkeit, Kontaktfreudigkeit, Optimismus,
- Kohärenzgefühl (u. a. Verstehbarkeit Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit der äußeren Welt),
- Selbstwirksamkeit (Überzeugung, dass es Handlungen gibt, die zum gewünschten Ergebnis führen),
- interne Kontrollüberzeugung (eintreten der Ereignisse werden vorwiegend als Resultat des eigenen Handelns wahrgenommen) sowie
- soziale Kompetenz (42, 43).

Bei Kindern psychisch kranker Eltern unterscheiden Kühnel u. Bilke (20) individuelle und interaktionelle protektive Schutzfaktoren. Als individuelle protektive Faktoren gelten:

- ein Temperament, das positive Aufmerksamkeit seitens des Umfeldes hervorruft
- durchschnittliche Intelligenz,
- Kommunikationsfähigkeit,
- Leistungsorientierung,
- Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme und

- ein überwiegend positives Selbstwertgefühl.

Als interaktionelle protektive Faktoren nennen die Autoren:

- viel Aufmerksamkeit seitens der Umwelt,
- keine längeren Trennungen,
- keine schweren elterlichen Konflikte oder Geschwistergeburten in den ersten beiden Lebensjahren sowie
- ein hoher Informationsgrad über die elterliche Erkrankung.

Lenz (22) legt in seiner Monographie „Kinder psychisch kranker Eltern“ die aktuellste und ausführlichste Untersuchung zu den Risikofaktoren, aber auch den Schutz- und Bewältigungsfaktoren vor.

Bei Kindern körperlich und psychisch kranker Eltern ist es zunächst also wichtig, dass sie vertraute Bezugspersonen um sich haben, die Sicherheit und Orientierung vermitteln als auch eine Alltagsroutine aufrechterhalten. Ein offenes Gesprächsklima innerhalb der Familie, das Raum gibt für Fragen, Befürchtungen und Ängste, ermöglicht dem Kind, sich kognitiv zu orientieren und das Gefühl zu haben, mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wahrgenommen zu werden. Phantasien hinsichtlich der Erkrankung des Elternteils (z. B. „Verschuldungsfrage“) können auf diesem Weg mit der Realität abgeglichen und das Kind kann entlastet werden. Fortlaufende altersangemessene und wahrheitsgemäße Informationen sind für das Kind Grundvoraussetzung zur Bewältigung einer potenziell traumatischen Situation (13). Die Einbeziehung des Kindes unterstreicht zudem den Glauben an seine Fähigkeit, schwierige Situationen auf eine, dem kindlichen Entwicklungsniveau angemessene Weise bewältigen zu können, was eine Erhöhung der sogenannten „Self Efficacy“, des Selbstvertrauens und -bewusstseins zur Folge hat.

## Präventive Interventionen

Bei Kindern kranker Eltern können präventive Ansätze auf allen Ebenen des betroffenen Familiensystems angesiedelt sein:

- auf der Ebene der Kinder in verschiedenen Altersgruppen,
- auf der Ebene der Eltern (Elterngruppen, Elternberatung),
- auf der Ebene des gesamten Familiensystems (Familienberatung, Familientherapie, Familienhilfe) mit einem besonderen Fokus auf die Eltern-Kind-Beziehung.

Für Kinder körperlich kranker Eltern ist am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mit dem Hamburger COSIP-Konzept, einer kindzentrierten medizinischen Familienberatung und -therapie (32), ein Ansatz entwickelt worden, dessen zugrunde liegende klinisch-theoretische Konzepte aus der Psychotraumatologie (13), der Bindungstheorie (7) und der psychoanalytischen Familientherapie (6, 9) stammen. Um den individuellen, familiären und sozialen Bewältigungsmechanismen und Ressourcen Rechnung zu tragen, setzt das COSIP-Konzept auf unterschiedlichen Ebenen an und verfolgt vorrangig die in Tabelle 1 formulierten Ziele.

In einem Zeitraum von sechs bis acht Monaten werden in einem den spezifischen Bedürfnissen jedes Einzelfalles angepassten Setting in der Regel drei bis acht Beratungssitzungen angeboten. Diese setzen sich aus Elterngesprächen, Sitzungen mit den Kindern und Familiengesprächen zusammen (32, 33, in Druck):

Das Erstgespräch mit den Eltern dient dazu, ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis herzustellen. Der Fokus des Gespräches

Tab. 1 Die Ziele der Hamburger COSIP-Beratung (33)

<b>Familiensystem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Förderung einer offenen Kommunikation über die elterliche Erkrankung</li> <li>● flexibler Umgang mit den divergenten Bedürfnissen einzelner Familienmitglieder</li> <li>● Reduzierung altersunangemessener Elternisierung</li> </ul>
<b>Elternebene</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Stärkung des elterlichen Kompetenzerlebens</li> <li>● Erhöhung der emotionalen Verfügbarkeit der Eltern</li> </ul>
<b>Kindliche Ebene</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbesserung des kognitiven Verständnisses der elterlichen Erkrankung</li> <li>● Legitimierung eigener Gefühle und Bedürfnisse</li> <li>● Unterstützung aktiver Bewältigungsstrategien</li> <li>● Integration ambivalenter Gefühle</li> <li>● Unterstützung antizipierender Trauerarbeit</li> </ul>

liegt auf den elterlichen Bewältigungsmechanismen, ihrem Erleben von Elternschaft und Elternrolle, der subjektiven Belastung der Eltern und Familie sowie den familiären Ressourcen. Sind Eltern damit einverstanden, dass ihre Kinder vorgestellt werden, werden diesen ab dem Alter von ungefähr drei Jahren Einzelsitzungen angeboten. In Familien mit mehreren Kindern finden in der Regel zunächst getrennte Gespräche mit jedem Kind statt. Das getrennte Setting ermöglicht, auf die Erlebnisweisen des Kindes altersgerecht einzugehen. Gesprächsmittelpunkt sind die Exploration der kognitiven Orientierung des Kindes zur elterlichen Erkrankung und ihrer Behandlung sowie die Entwicklung eines altersgerechten kohärenten Narrativs zu den Auswirkungen der elterlichen Krankheit auf das Familienleben. Der geschützte Raum ermöglicht dem Kind, Fragen zu stellen sowie sein Verständnis der Erkrankung mit dazugehörige Bedeutungszuschreibungen und Gefühle einzubringen. Vorstellungen einer „magischen“ Mitverschuldung der Krankheit durch eigene aggressive Fantasien oder Ängste, den gesunden Elternteil durch eigene schmerzliche Gefühle zu überfordern können benannt und gegebenenfalls therapeutisch aufgelöst werden. Werden in den getrennten Gesprächen mit Eltern und Kindern beidseitige Wünsche nach mehr Austausch innerhalb der Familie geäußert, wird diesen in Familiengesprächen nachgegangen, deren Ziel es ist, der Familie einen offeneren Umgang mit der Krankheit und ihren Auswirkungen zu ermöglichen. Individuelle Bewältigungsstrategien der einzelnen Familienmitglieder werden in Anwesenheit aller Familienmitglieder gemeinsam herausgearbeitet und benannt. Dies ermöglicht Missverständnisse und Kränkungen innerhalb der Familie, wie z. B. Gefühle des Verletztseins durch das Rückzugsverhalten des kranken Elternteils, aufzuarbeiten und wechselseitigen Respekt für die teils divergenten Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder zu schaffen. Wünsche für den Umgang miteinander können formuliert und die Familie kann in ihren aktiven Bewältigungsstrategien und Ressourcen gestärkt werden. Im Falle eines kritischen Krankheitsverlaufes mit möglicherweise tödlichen Komplikationen und Verkettung

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Information und Aufklärung aller Familienmitglieder über die Erkrankung, vor allem altersgerechte Information der Kinder und Verknüpfung dieser Informationen mit lebens- und familiengeschichtlichen Erfahrungen vor dem Hintergrund der Familiendynamik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbesserung der Kommunikation, vor allem über die Erkrankung und damit verbundene Probleme in der Familie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung in der Familie und im Umgang miteinander</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbesserung der Qualität der familiären und außerfamiliären Beziehungen unter dem Fokus von kompensierenden Beziehungserfahrungen für das Kind</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Überwindung der inneren Isolation des erkrankten Elternteiles, der Kinder, der anderen Familienmitglieder und der äußeren Isolation gegenüber anderen sozialen Beziehungen und Kontakten, dazu gehört auch mehr Offenheit gegenüber weitergehenden Hilfsangeboten, z. B. Psychotherapie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Einführung einer psychodynamischen, mehrgenerationalen Perspektive auf die Erkrankung</li> </ul>

**Tab. 2**  
Die Ziele der Hamburger  
CHIMPs-Beratung

gen schockierender oder ängstigender Ergebnisse kann eine akute Krisenintervention im Rahmen der stationären medizinischen Behandlung indiziert sein. Durch gezielte psychoedukative Unterstützung des medizinischen Personals und des überlebenden Elternteils soll eine altersangemessene Einbindung minderjähriger Kinder als Angehörige gesichert werden, die Halt und Orientierung sowie angemessene Informationen brauchen. So können beim Kind Gefühle von Desorientiertheit oder hilflosem Ausgeliefertsein vermieden werden, was wiederum einer traumatischen Verarbeitung des Verlusterlebnisses vorbeugen soll.

Die Ergebnisse der bisherigen Evaluation des COSIP-Interventionskonzeptes weisen auf eine guten Akzeptanz auf Seiten der Familien in Bezug auf Ergebnis- und Prozessqualität (29). Unter den definierten Zielen der Intervention wurden retrospektiv von den befragten Eltern und Kindern die „Stützung des elterlichen Kompetenzerlebens“ bzw. die „Unterstützung aktiver Coping-Stile des Kindes“ jeweils erstrangig im Sinne einer positiven Beratungserfahrung genannt.

Der ebenfalls im UKE für Kinder psychisch kranker Eltern im Projekt CHIMPs (Children of mentally ill parents) entwickelte familienorientierte präventive Ansatz (vgl. 44, 45) basiert inhaltlich einerseits auf dem nach Mattejat et al. (27) entwickelten Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen, d. h. die Krankheitsbewältigung und die Qualität der innerfamiliären und außerfamiliären Beziehungen stehen im Mittelpunkt der präventiven Interventio-

nen. Andererseits orientiert sich die Prävention am Familienberatungsansatz von Beardslee und seinen Mitarbeitern. William Beardslee vom Children's Hospital in Boston ist ein Pionier in der Präventionsarbeit mit Familien mit psychisch kranken Eltern. Er arbeitet seit über 20 Jahren mit Familien, in denen ein Elternteil depressiv erkrankt ist (vgl. 3, 4). Entscheidend für Beardslees Ansatz war die Hypothese, dass die vermittelten Informationen über die elterliche Depression mit den individuellen Lebensaspekten der Familie verknüpft werden müssen, damit sich die familiäre Situation langfristig verbessert. Es ging nicht nur um Wissensvermittlung, sondern die Diskussion wichtiger psychoedukativer Inhalte vor dem Hintergrund der spezifischen Familiensituation in Form von Elterngesprächen unter Einbeziehung der Kinder. Es wurde eine strukturierte, zeitlich begrenzte Intervention von sechs bis zehn Sitzungen durchgeführt. Die Familien wurden regelmäßig innerhalb von vier Jahren nach der Intervention befragt und einer Vergleichsgruppe von Familien, die zwei Vorträge über dieselben Themen gehört hatten, gegenübergestellt. Beide Angebote wurden als hilfreich empfunden und verbesserten das Wissen der Familienmitglieder über Depressionen. Eigentliche Verhaltensänderungen im Sinne einer verbesserten Kommunikation und veränderten Einstellung gegenüber den anderen Familienmitgliedern waren aber in der Interventionsgruppe ausgeprägter. In Bezug auf die Kinder hatten sich Beardslee und Mitarbeiter die Ziele gesetzt, dass depressive Episoden der Kinder vermieden werden

sollten, die Eltern die Belastungssymptome der Kinder erkennen und falls nötig eine Behandlung veranlassen sollten, die Widerstandsfähigkeit („resiliency“) der Kinder verbessert werden sollte, die Eltern die Belastung, die aus ihrer Krankheit für die Kinder entsteht, besser verstehen und einschätzen sollten und auch die Kinder die Krankheit der Eltern besser verstehen sollten, vor allem, dass sie nicht daran schuld sind und ihr eigenes Leben weiterführen. Bei den Kindern der Präventionsgruppen zeigten sich ähnliche Entwicklungen wie bei den Eltern. Beide Gruppen verfügten über mehr Wissen über die Erkrankung, aber im Bereich des eigentlichen Verständnisses für die elterliche und familiäre Situation hatte die Interventionsgruppe größere Fortschritte gemacht. Aus diesen Arbeiten von Beardslee und Mitarbeitern folgt, dass schon relativ kurze präventive familienorientierte Interventionen auch für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sinnvoll sind.

Das CHIMPs-Präventionsprojekt für Familien mit psychisch kranken Eltern verfolgt vorrangig die in Tabelle 2 genannten Ziele (45)

Im Präventionsprojekt CHIMPs findet in 6–8 Sitzungen über ca. ein halbes Jahr – ähnlich wie im COSIP-Projekt für Kinder körperlich kranker Eltern – zunächst Elterngespräche, dann Einzelsitzungen mit jedem Kind in der Familie und schließlich Familiengespräche statt. Im Unterschied zum COSIP-Projekt ist die Intervention jedoch standardisierter und es werden in jedem Falle abschließende Familiengespräche geführt, um die unterschiedlichen Perspektiven zusammenzuführen, die Beratung abzurunden und die Kommunikation direkt in Familienkreis anregen zu können.

## Abschließende Überlegungen

Kinder körperlich oder psychisch krank Eltern sind von den durch die elterliche Erkrankung verursachten Belastungen direkt betroffen und eine Risikopopulation für kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten oder eine spätere eigene psychische Erkrankung im Erwachsenenalter. Zur Bewältigung der Erkrankung ihrer Eltern bra-

chen Kinder kognitive Orientierung durch altersgerechte Informationen zur familiären Situation und Erkrankung des Elternteiles sowie ein offenes familiäres Klima, das Raum gibt für Fragen, Ängste und kindliche Phantasien. Wenngleich präventive Angebote für Kinder körperlich und psychisch kranker Eltern von Fachleuten heute für dringend notwendig gehalten werden, sind diese im Gesundheitssystem bislang jedoch nur vereinzelt implementiert. Der bekannte Sozialpsychiater Asmus Finzen bezeichnete Kinder psychisch kranker Eltern einmal als „vergessene Risikogruppe“. Zudem sind in der Psychiatrie behandelte, psychisch kranke Eltern aufgrund großer Ängste, Scham- und Schuldgefühle nur selten bereit, ihr Einverständnis zur wissenschaftlichen Untersuchung der Kinder zu geben oder an klinischen präventiven Angeboten teilzunehmen. So fehlt es an zuverlässigen Daten über die betroffenen Eltern und ihre Kinder (22). Zur Verbesserung des Angebotes für Kinder körperlich und psychisch kranker Eltern und der Einrichtung präventiver Ansätze ist es notwendig, dass kranke Eltern in ihren elterlichen Funktionen wahrgenommen werden und zugleich eine entwicklungsbezogene Sichtweise eingenommen wird, die der kindlichen Erlebens- und Verarbeitungsweise Rechnung trägt.

In den letzten Jahren ist eine Reihe klinischer Präventionsinitiativen oder Forschungsprojekte entstanden, sodass zu hoffen bleibt, dass die Kinder körperlich oder psychisch kranker Eltern nicht länger die „vergessenen Kinder“ sind.

## Leitsätze für den praktisch tätigen Kinderarzt

Abschließend werden einige Leitsätze für den praktisch tätigen Kinderarzt formuliert:

- Familien mit körperlich oder psychisch kranken Eltern sind besonders belastete Familien, die besonderes Verständnis für ihre komplexe Belastungssituation benötigen.
- Kranke Eltern haben in der Regel bei ihren für ihre Krankheit zuständigen Behandlern wenige Möglichkeiten über spezifische Belange des Elternseins, die aus ihrer Krankheit resultieren, zu sprechen.

- Kranke Eltern leiden häufig unter Schuld- und Schamgefühlen, als Eltern nicht „gut genug“ zu sein, und reagieren deshalb häufig abwehrend, wenn sie direkt auf mögliche seelische Belastungen ihrer Kinder angesprochen werden. Hingegen sind sie eher bereit Hilfen anzunehmen, wenn ihnen primär Unterstützung bei Fragen und Sorgen, die sie als Eltern besonders beschäftigen, angeboten wird.
- Voraussetzung für die Einleitung psychosozialer Hilfsmaßnahmen für Kinder kranker Eltern ist die adäquate Behandlung der elterlichen Krankheit. Ist diese nicht gewährleistet, was insbesondere bei psychischen Erkrankungen, aber auch bei depressiven Reaktionen infolge körperlicher Erkrankungen häufig sein kann, hat die Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen für den betroffenen Elternteil Vorrang.
- Körperlich oder psychisch kranke Eltern sollten neben ihrer Rolle als Patient direkt in ihrer Rolle als Eltern angesprochen werden.
- Die Selbstverständlichkeit, mit der in der Pädiatrie die Einbeziehung von Eltern in jegliche Konzepte psychosozialer Hilfen für chronisch kranke Kinder Tradition hat, hat wichtigen Modellcharakter für eine angemessene Berücksichtigung von minderjährigen Kindern als Angehörige in der Medizin.
- Kinder unterschiedlicher Altersstufen benötigen ihrem Entwicklungsstand angemessene Erklärungen und Verarbeitungshilfen, um mit den krankheitsbedingten Stressoren zurecht zu kommen. Hier können Kinderärzte aus ihrer Erfahrung mit kranken Kindern unterschiedlicher Altersstufen eine wesentliche Expertise beitragen, um Kinder bei der Verarbeitung einer elterlichen Krankheit zu unterstützen.

## Literatur

1. 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; in press.

2. Bettge S. Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Dissertation an der Technischen Universität Berlin, 2004.
3. Beardslee WR, Wright E, Rothberg PC, Salt P. Response of families to two preventive intervention strategies: Long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35 (6): 774–782.
4. Beardslee WR, Wright E, Salt P, Drezner K. Examination of childrens responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36 (2): 196–204.
5. Birenbaum L, Yancey D, Phillips N et al. School-age children's and adolescents adjustment when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum* 1999; 26 (10): 1639–1645.
6. Boszormenyi-Nagy I, Sparke G. Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
7. Bowlby J. A Secure Base: clinical applications of attachment theory. London: Tavistock/Routledge 1988.
8. Breunig D. Trauma, Dissoziation und Affekte. Misch affektiver Ausdruck bei traumatisierten Patienten. Diplomarbeit an der Universität des Saarlandes 2003.
9. Cierpka M. (Hrsg). Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer 1996.
10. Compas BE, Worsham NL, Epping-Jordan JE et al. When mom or dad has cancer: I. Markers of psychological distress in cancer patients, spouses and children. *Health Psychology* 1994; 13 (6): 507–515.
11. Compas BE, Worsham NL, Ey S, Howell DC. When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology* 1996; 15 (3): 167–175.
12. Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Nervenarzt* 1997; 68 (9): 683–695.
13. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag 1999.
14. Gershon ES, Hamovit J, Guroff J et al. A family study of socioaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39: 1157–1167.
15. Gottesmann I. Schizophrenia genesis. New York: Freeman 1991.
16. Göpfert M, Webster J, Seeman M. Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families. Cambridge University Press 2004.
17. Herriger N. Die „unverwundbare“ Familie. Belastende Lebensumstände und psychosoziale Immunität The invulnerable family. *Soziale Arbeit* 1993; 42 (5): 146–152.
18. Huizinga G, Visser A, Van der Graaf W et al. The quality of communication between parents and

- adolescent children in the case of parental cancer. *Annals of Oncology* 2005; 16: 1956–1961.
19. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: An Overview. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147: 1128–1137.
  20. Kühnel S., Bilke O. Kinder psychisch kranker Eltern. Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2004; 14 (2): 60–74.
  21. Laucht M, Esser G, Schmidt M. Psychisch auffällige Eltern – Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Zeitschrift für Familienforschung* 1992; 4: 22–48.
  22. Lenz A. Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe 2005.
  23. Lewis FM, Darby EL. Adolescent adjustment and maternal breast cancer: a test of the 'faucet hypothesis'. *Journal of Psychosocial Oncology* 2003; 21: 81–104.
  24. Lewis FM, Hammond MA, Woods, NF. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: the development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine* 1993; 16 (4): 351–370.
  25. Mattejat F. Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Fritz Mattejat u. Beate Lisofsky (Hrsg). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie Verlag 2001a.
  26. Mattejat F. Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2001b; 50: 491–497.
  27. Mattejat F, Wüthrich C, Remschmidt H. Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt* 2000; 71: 164–172.
  28. Olin SS, Mednick SA. Risk Factors of Psychosis: Identifying Vulnerable Populations Premorbidly. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22 (2): 234–240.
  29. Paschen P, Saha R, Baldus C et al. Evaluation eines präventiven Beratungskonzeptes für Kinder körperlich kranker Eltern. *Psychotherapeut* 2007; 52 (4): 265–272.
  30. Remschmidt H, Mattejat F. Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe 1994.
  31. Romer G, Baldus C, Haagen M, Pott M, Saha R. Mental health problems in children of somatically ill parents: Predictors of psychological symptoms and quality of life. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*. 2007; eingereicht.
  32. Romer G, Haagen M. Kinder körperlich kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe 2007.
  33. Romer G, Möller B, Haagen M et al. Psychische Belastungen und ihre Bewältigung bei Kindern krebskranker Eltern. *Jahrbuch für Medizinische Psychologie* 2007 (im Druck).
  34. Rost R. Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern – ein Literaturüberblick. *Medizinische Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*, 1992.
  35. Sigal JJ, Perry C, Robbins JM et al. Maternal pre-occupation and parenting as predictors of emotional and behavioral in children of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2003; 21: 1155–1160.
  36. Steck B. Multiple Sklerose und Familie: Psychosoziale Situation und Krankheitsverarbeitung. Basel: Karger Verlag 2002.
  37. Steck B, Kappos L, Bürgin D. Psychosoziale Auswirkungen multipler Sklerose auf Familie und Kinder. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1998; 150 (4): 161–168.
  38. Visser A, Huizinga G, Hoekstra H et al. Emotional and behavioural functioning of children of a parent with cancer: A cross informant perspective. *Psycho-Oncology* 2005; 14: 746–758.
  39. 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. *British Journal of Cancer* 2006; 94: 43–50.
  40. Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR et al. Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 845–852.
  41. Welch AS, Wadsworth ME, Compas BE. Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and children's perspectives. *Cancer* 1996; 77 (7): 1409–1418.
  42. Werner E, Smith R. *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister and Cox 1989.
  43. Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University 1992.
  44. Wiegand-Grefe S, Pollak E. Kinder psychisch kranker Eltern. Risikofaktoren, präventive Interventionen und deren Evaluation. In: Rieforth J. *Triadisches Verstehen in sozialen Systemen*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag 2006; 159–176.
  45. Wiegand-Grefe S. Kinder psychisch kranker Eltern. Eine psychoanalytisch-familienorientierte Prävention für Familien mit psychisch kranken Eltern. In: Springer A, Münch K, Munz D. *Psychoanalyse heute?! Psychosozial Verlag* 2007; 439–459.
  46. Worsham NL, Compas BE, Sydney EY. Children's coping with parental illness. In: Wolchik SA, Sandler IN (eds). *Handbook of Children's Coping: Linking theory and intervention*. New York: Plenum Press 1997; 195–213.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. rer. nat. S. Wiegand-Grefe  
 Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
 Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf (UKE)  
 Martinistr. 52  
 20246 Hamburg  
 Tel.: 0 40/43 18 37 81  
 Fax: 0 40/43 18 37 10  
 E-Mail: s.wiegand-grefe@uke.uni-hamburg.de