

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3699>

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

Autor(en): Groß, Juliane; Jantzer, Vanessa; Stute, Fridrike; Parzer, Peter; Brunner, Romuald; Willig, Katrin; Schuller-Roma, Bärbel; Keller, Monika; Herzog, Wolfgang; Romer, Georg; Resch,

Titel: Antizipierende Trauer bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem an Krebs erkrankten Elternteil

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (6), 414-431

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt

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

Antizipierende Trauer bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem an Krebs erkrankten Elternteil¹

Juliane Groß, Vanessa Jantzer, Fridrike Stute, Peter Parzer, Romuald Brunner, Katrin Willig, Bärbel Schuller-Roma, Monika Keller, Wolfgang Herzog, Georg Romer und Franz Resch

Summary

Anticipatory Grief in Adolescents and Young Adults Coping with Parental Cancer

By the current state of research, it cannot be answered clearly how adolescents experience anticipatory grief and if and to which extent this process differs from anticipatory grief of adults. The present study will fill this gap by providing both a quantitative and a qualitative description of anticipatory grief processes. Therefore, 74 adolescents and young adults (11-21 years), whose parents have suffered from cancer, completed an adapted version of the "Trauerfragebogen" (Weiser u. Ochsmann, 2002). Additionally a subsample of n = 38 took part in a qualitative guided interview. Based on these interviews, 16 categories were formed, that were assigned to two types of stressors. Beside communication and prioritization of family, different symptoms of grief were the central category in the *loss-oriented type*, where fears of loss, compassion and concern were of crucial importance. Also categories of the *restoration-oriented type* were strongly present. Thus, it seems that young people generally manage to accept their new role in the stressful family situation and they have a series of coping mechanisms available to do so. This was also reflected in the quantitative data, where the subscale "Inner Strength" reached the highest value. In the counselling of adolescents with cancer-diseased parents, both loss-oriented and restoration-oriented processes should equally be recognized and encouraged.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 414-431

Keywords

bereavement – anticipatory grief – emotional adjustment – parental cancer – adolescence

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

Zusammenfassung

Wie der antizipierende Trauerprozess bei Jugendlichen aussieht und inwiefern er sich, wenn überhaupt, von dem Erwachsener unterscheidet, kann nach dem aktuellen Stand der Forschung nicht eindeutig beantwortet werden. Diese Lücke möchte die vorliegende Studie schließen, indem sie sowohl eine quantitative als auch qualitative Deskription antizipierender Trauerprozesse liefert. Dazu wurde bei 74 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (11-21 Jahre) mit krebskrankem Elternteil der adaptierte „Trauerfragebogen“ (Weiser u. Ochsmann, 2002) eingesetzt, eine Substichprobe von $n = 38$ nahm ergänzend an einem qualitativen Leitfadeninterview teil. Anhand der qualitativen Interviews konnten 16 Kategorien gebildet werden, die zwei übergeordneten Bereichen zugeordnet wurden. Im Bereich der „Verlusterorientierung“ bildeten, neben Kommunikation und Priorisierung der Familie, unterschiedliche Trauersymptome die zentrale Kategorie, in welcher Verlustängste, Mitleid und Sorgen entscheidende Bedeutung einnahmen. Jedoch waren auch Kategorien des übergeordneten Bereichs „Aufrechterhaltung“ stark vertreten. Den Jugendlichen scheint es demnach insgesamt recht gut zu gelingen, ihre neue Rolle in der belastenden familiären Situation anzunehmen und sie verfügen hierfür über eine Reihe von Bewältigungsmechanismen. Dies spiegelte sich auch in den quantitativen Daten wider, wo die Subskala „Innere Stärke“ die höchste Ausprägung erreichte. In der Beratung von Jugendlichen mit krebskrankem Elternteil sollten sowohl verlusterorientierte als auch aufrechterhaltende Prozesse gleichermaßen anerkannt und gefördert werden.

Schlagwörter

antizipierende Trauer – emotionale Anpassung – elterliche Krebserkrankung – Jugendalter

1 Hintergrund

Die folgende Arbeit ist im Rahmen des Verbundprojektes „Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“ entstanden. Dieses von der Deutschen Krebshilfe geförderte Projekt hat zum Ziel, ein familienorientiertes Beratungskonzept (Rommer u. Haagen, 2007) für Kinder und Jugendliche mit einem an Krebs erkrankten Elternteil in fünf deutschen Städten zu implementieren und wissenschaftlich zu begleiten. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem an Krebs erkrankten Elternteil, d. h. bei jungen Menschen von 11-21 Jahren.

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

1.1 Trauerkonzepte

Lindemann (1944) beschrieb wegweisend die Phänomenologie von Trauer, die aus einer Vielzahl unterschiedlichster Symptome besteht. Er fasste diese Merkmale in fünf Dimensionen, bestehend aus emotionalen, kognitiven, somatischen, sozialen und spirituellen Anteilen, zusammen. Unter komplizierter oder pathologischer Trauer wird ein chronischer Prozess verstanden, der u. a. durch extremen Trennungsschmerz, intrusive und aufwühlende Gedanken über den Verstorbenen und das Gefühl von Sinnlosigkeit gekennzeichnet ist. Der Trauernde hat Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren und im Alltag zurechtzukommen (Holland, Neimeyer, Boelen, Prigerson, 2009).

Eine belastende Situation kann nach dem transaktionalen Stressmodell (Lazarus u. Folkman, 1984) primär als Herausforderung, Bedrohung oder Schädigung/Verlust bewertet werden. In einem sekundären Bewertungsschritt werden die verfügbaren Ressourcen (psychisch, physisch, sozial oder materiell) zur Bewältigung der Situation bewertet. Nur wenn diese Ressourcen als nicht ausreichend eingestuft werden, wird eine Stressreaktion ausgelöst. Trauerspezifische Copingtheorien, wie z. B. von Worden (1999), fokussieren auf die zu lösenden Traueraufgaben: Akzeptanz des Verlusts als Realität, psychische und physische Erfahrung des Trauerschmerzes, Anpassung an die Umwelt sowie Abzug emotionaler Energie und Re-Investition in andere Beziehungen. Das aktuelle „*Dual Process Model of Coping with Bereavement*“ von Stroebe und Schut (1999) beinhaltet nun sowohl den *verlustorientierten Prozess* (Trauerarbeit, Lösen der Bindungen) als auch den *wiederherstellungsorientierten Prozess* (Bewältigungsmechanismen: Neue Erfahrungen, Ablenkung, Verdrängung etc.). Ein erfolgreiches Coping erfordert eine Oszillation zwischen diesen beiden Prozessen, d. h. zwischen Konfrontation und Vermeidung. Trauern wird so zu einem dynamischen Prozess mit Hoch- aber auch Tiefpunkten.

1.2 Trauer bei Jugendlichen

Das Todeskonzept von Jugendlichen unterscheidet sich kaum von dem Erwachsener, sie durchlaufen auch in weiten Teilen ähnliche Trauerprozesse (Weiß, 2006). Dennoch trauern Jugendliche anders als Erwachsene. Die Befürchtung von Jugendlichen, durch den Verlust eines Elternteils in eine Außenseiterrolle in ihrer Gleichaltrigengruppe zu geraten, veranlasst sie, sich mit ihren Trauerreaktionen zurückzuziehen und diese nach außen hin zu verbergen. Die Trauer von Jugendlichen wird daher von Außenstehenden oft unterschätzt und die Betroffenen erhalten nicht die Unterstützung, die sie eigentlich bräuchten (Weiß, 2006).

Christ (2000) beschrieb auf Basis einer Vielzahl von Interviews mit Kindern und Jugendlichen, die ein Elternteil verloren hatten, differenziert die Themen der Trauer in verschiedenen Altersabschnitten der Adoleszenz. In der frühen Adoleszenz zwischen 12 und 14 Jahren wird ein starkes Abwehrverhalten gezeigt: Informationen

über die Erkrankung des Elternteils werden vermieden um eigene, aber auch fremde Emotionsausbrüche zu verhindern. Die Jugendlichen in diesem Altersabschnitt machen ihre Trauer überwiegend mit sich selbst aus. Jugendliche ab dem Alter von 15 Jahren trauern ähnlich wie Erwachsene, die Trauerphase ist aber deutlich kürzer. Die Jugendlichen sind nun in der Lage, ihre Trauer deutlich zu beschreiben, trauern aber weiterhin vor allem allein (Romer u. Haagen, 2007).

Laut Worden (1999) kann ein nicht angemessen betrauerter Verlust im Kindes- und Jugendalter zu langfristigen Folgen bis ins Erwachsenenalter führen, wie z. B. Depressionen oder der Unfähigkeit, enge Bindungen aufzubauen. Hierbei weist der erwartete Tod im Vergleich zum unerwarteten Tod wesentlich weniger problematische Auswirkungen auf.

1.3 Antizipierende Trauer

Ein ebenfalls von Lindemann (1944) geprägter Begriff ist der der antizipierenden Trauerarbeit: Menschen, die den drohenden Verlust eines geliebten Angehörigen erleben, setzen sich damit so intensiv auseinander, dass sie bereits alle Phasen der Trauer durchlaufen, bevor bzw. unabhängig davon, ob der drohende Verlust dann tatsächlich eintritt. So berichteten in einer Untersuchung von Smith (2005) 84 % der befragten Erwachsenen, die ihr letztes lebendes Elternteil verloren hatten, um ihre Eltern bereits während der letzten zwölf Monate vor deren Tod getrauert zu haben.

Nach dem bereits beschriebenen „*Dual Process Model of Coping with Bereavement*“ (Stroebe u. Schut, 1999) wäre auch antizipierende Trauer ein Prozess, der keine ständige Konfrontation mit dem drohenden Verlust erfordert, sondern Phasen enthält, in denen der Angehörige die Auseinandersetzung vermeidet. Hierbei scheint das Wechseln zwischen diesen Phasen Erwachsenen schwerer zu fallen als Kindern und Jugendlichen (Walter u. McCoyd, 2009).

Die Frage, ob antizipierende Trauerarbeit zu einer besseren Verarbeitung des tatsächlichen Verlusts beiträgt (adaptive Funktion antizipierender Trauer) oder die ohnehin angespannte psychische Befindlichkeit zusätzlich belastet, kann nach dem aktuellen Stand der Forschung nicht eindeutig beantwortet werden. Auch wenn einige Arbeiten Evidenz für eine positive Wirkung antizipierender Trauerarbeit liefern (Saldinger, Cain, Kalter, Lohnes, 1999; Smith, 2005), ist insbesondere bei Kindern und Jugendlichen unklar, wie der antizipierende Trauerprozess aussieht und inwiefern er sich, wenn überhaupt, von dem Erwachsener unterscheidet. Denn bisher wurde antizipierende Trauer hauptsächlich bei Eltern todkrankter Kinder oder erwachsenen Angehörigen von terminal erkrankten Menschen untersucht (Fulton, 2003).

Als eine der wenigen untersuchte Christ (2000) in einer qualitativen Längsschnittstudie 88 Familien mit Kindern zwischen 3 und 17 Jahren über einen Zeitraum von 6 Monaten vor und 14 Monaten nach dem Tod eines Elternteils durch eine Krebserkrankung. Jugendliche zwischen 12 und 14 Jahren waren demnach durchaus in der Lage, antizipierende Trauer zu empfinden, obwohl sie eher eine optimistische Haltung ge-

genüber der Erkrankung aufrechterhielten. Zudem äußerten sie ihre Trauer kaum. Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren äußerten im Vergleich mehr und differenziertere Gefühle und setzten sich mit diesen auch nach dem Tod des Elternteils auseinander. Sie waren ausgesprochen nachdenklich und realistisch und zeigten weit weniger egozentrische Einstellungen und Verhaltensweisen als die jüngeren Jugendlichen. Dehlin und Martensson Reg (2009) legten in einer ebenfalls qualitativen Arbeit dar, dass ältere Jugendliche die Erkrankung des Elternteils als eine starke Bedrohung erlebten. Sowohl die antizipierende Trauer um den erkrankten Elternteil als auch die insgesamt mit der Erkrankung gemachten Erfahrungen wurden als gravierende Änderung im Leben der Jugendlichen empfunden. Einschränkend ist hier jedoch festzuhalten, dass die Einschätzung der antizipierenden Trauer retrospektiv, einige Monate nach dem Tod des Elternteils, erfolgte. Bemerkenswert sind auch die Studien von Saldinger und Kollegen (Saldinger et al., 1999; Saldinger, Cain, Porterfield, 2003). Denn obwohl in Studien zu antizipierender Trauer bei Erwachsenen von einer Erleichterung des folgenden tatsächlichen Trauerprozesses ausgegangen wurde, zeigte sich bei Saldinger und Kollegen, dass antizipierende Trauer bei Kindern und Jugendlichen konstant mit schlechterer Anpassung an den Verlust und schlechteren psychologischen Werten einhergingen. Bei Jugendlichen scheint die Auseinandersetzung mit dem drohenden Verlust eines Elternteils sogar belastender zu sein als die Trauerphase nach dessen tatsächlichem Versterben (Christ, Siegel, Freund, Langosch, 1993). Es ist daher von zentraler Bedeutung, dass Praktiker in der psychosozialen Versorgung von Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil Anzeichen von antizipierender Trauerarbeit erkennen und gezielt professionelle Hilfe anbieten können.

1.4 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit soll sowohl eine quantitative als auch qualitative Deskription antizipierender Trauerprozesse von Jugendlichen liefern: Welches Ausmaß antizipierender Trauer wird von jugendlichen Kindern krebserkrankter Eltern gezeigt? Was sind relevante Themen der antizipierenden Trauerarbeit?

2 Methode

2.1 Durchführung

Die Studienteilnehmer/innen wurden im Rahmen des Verbundprojekts „Hilfen für Kinder krebserkrankter Eltern“ rekrutiert. Hierbei wurden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 11-21 Jahren mit einem an Krebs erkrankten Elternteil in die Studie eingeschlossen. Das erkrankte Elternteil befand sich zum Zeitpunkt der Rekrutierung entweder noch in Behandlung oder die Behandlung lag nicht länger als fünf Jahre zurück. Ausschlusskriterium stellte ein Versterben des erkrankten El-

ternteils vor dem ersten Messzeitpunkt dar. Die Rekrutierung erfolgte am Standort Heidelberg überwiegend über verschiedene Pressemitteilungen in der lokalen Presse, auf die sich die Jugendlichen und jungen Erwachsenen meist selbstständig zur Studie anmeldeten. Es erklärten sich ebenfalls Jugendliche zur Teilnahme bereit, die gemeinsam mit ihren Familien das Beratungsangebot „Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“ in Heidelberg oder in anderen Verbundstädten in Anspruch genommen hatten. Die Studienteilnehmer wurden gemäß den Ethik- und Datenschutzrichtlinien der Universitätsklinik Heidelberg über die Teilnahme an der Studie, deren Ablauf und die Studienbedingungen aufgeklärt und es wurde ein schriftliches Einverständnis der Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingeholt. Bei minderjährigen Studienteilnehmern/innen wurden zudem die Eltern über die Studie aufgeklärt und deren schriftliches Einverständnis eingeholt.

2.2 Design

Die Studienteilnehmer/innen wurden zu drei verschiedenen Messzeitpunkten (jeweils im Abstand von sechs Monaten) mithilfe standardisierter Fragebogeninstrumente untersucht. Allen Teilnehmern aus dem Heidelberger Raum wurde zusätzlich zu t1 und t3 (+ 12 Monate) ein qualitatives Leitfadeninterview vor Ort in Heidelberg angeboten. Der zeitliche Aufwand der Erhebung betrug für die Jugendlichen pro Termin ca. 60 Minuten. Für ihre Teilnahme erhielten sie jeweils eine geringe finanzielle Aufwandsentschädigung. Das Leitfadeninterview wurde als Audiodatei aufgenommen und im Anschluss transkribiert.

Im vorliegenden Artikel werden ausschließlich Ergebnisse des ersten Messzeitpunkts präsentiert. Anschließende längsschnittliche Auswertungen, die Erkenntnisse über Prozesseigenschaften der antizipierenden Trauerarbeit liefern könnten, sind zukünftigen Publikationen vorbehalten.

2.3 Stichprobe

Zum ersten Messzeitpunkt lagen die Daten von 74 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 11-21 Jahren vor. Von diesen befanden sich die meisten (45 %) in der frühen Adoleszenz (11-14 Jahre), 23 % in der mittleren Adoleszenz (15-17 Jahre) sowie 32 % im jungen Erwachsenenalter (18-21 Jahre). Der Altersdurchschnitt lag bei 15,6 Jahren. Es nahmen insgesamt 41 weibliche (55 %) und 33 männliche (45 %) Probanden an der Studie teil. Teilnehmer/innen mit hohem Bildungsniveau waren überrepräsentiert, was zum einen in Besonderheiten des Standorts Heidelberg und zum anderen im aufsuchenden Setting der Studie begründet ist. So besuchten 57 % der teilnehmenden Jugendlichen zum Erhebungszeitpunkt das Gymnasium, weitere 8 % eine Gesamtschule, 7 % die Realschule, 4 % die Hauptschule sowie 3 % die Berufsschule. Die 21 % Teilnehmer/innen, die nicht mehr die Schule besuchten, befanden sich meist im Studium, absolvierten berufsbezogene Praktika,

standen bereits im Berufsleben oder leisteten Wehrdienst. 85 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen lebten im selben Haushalt wie ihr erkranktes Elternteil. Geschwister hatten 82 % der Probanden, 18 % waren Einzelkinder. An der Studie selbst nahmen elf Geschwisterpaare und dreimal jeweils drei Geschwister teil. In der überwiegenden Zahl der Fälle (81 %) war die Kindsmutter an Krebs erkrankt, in nur 19 % der Fälle der Vater. Hinsichtlich der Diagnosen lag der Schwerpunkt dementsprechend auf Brustkrebserkrankungen (55 %) und gynäkologischen Tumoren (11 %), während andere Diagnosen über ein größeres Spektrum variierten. Weitere Informationen zur onkologischen Situation sind in Tabelle 1 einzusehen.

Tabelle 1: Onkologische Situation des erkrankten Elternteils aus Sicht des/der Jugendlichen (n = 74)

	n	%		n	%
<i>Erkrankter Elternteil</i>			<i>Zeitpunkt Erstdiagnose</i>		
Mutter	59	19.18	Vor > 5 Jahren	16	23.88
Vater	14	80.82	Vor 2-5 Jahren	16	23.88
<i>Diagnose</i>			Vor 1-2 Jahren	11	16.42
Brustkrebs	41	55.41	Vor < 1 Jahr	24	35.82
Hämatolog. Erkrankung	3	4.05	<i>Behandlung in den letzten zwei Monaten*</i>		
Gyn. Tumore	8	10.81	Operation	17	24.29
Weichteiltumore	1	1.35	Chemotherapie	22	31.43
Prostata/ Hoden	4	5.41	Bestrahlung	13	18.57
Urolog. Tumore	1	1.35	Hormontherapie	13	18.57
Darmkrebs	2	2.70	Keine	18	25.71
Magen/Speiseröhre/Bauchsp.drüse	2	2.70	Weiß nicht	3	4.29
HNO	1	1.35	Sonstige	10	14.29
Sonstige	11	14.86	<i>Einschränkungen durch die Erkrankung</i>		
<i>Metastasen</i>			Normale Aktivität	23	32.86
Ja	20	27.78	Symptome vorhanden	36	51.43
Nein	40	55.56	Fast uneingeschränkt gehfähig	2	2.86
Weiß nicht	12	16.67	Zeitweise Bettruhe	7	10.00
			Bettruhe mehr als den halben Tag	1	1.43
			Bettlägerig	1	1.43

*Mehrfachantworten möglich

Alle Teilnehmer/innen aus dem Raum Heidelberg (n = 39) wurden gebeten, zum ersten Messzeitpunkt persönlich in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erscheinen, um ergänzend zum Fragebogenheft an einem qualitativen Leitfadenterview teilzunehmen. Lediglich eine Probandin lehnte dies aus zeitlichen Gründen ab. Die Subgruppe der Interviewprobanden (n = 38) war bezüglich der Geschlechterverteilung vergleichbar mit der beschriebenen Gesamtstichprobe, jedoch lag der Altersdurchschnitt hier mit 16,7 Jahren etwas höher.

2.4 Messinstrumente

Nach Hopf (2009) wurde ein strukturiertes Leitfrageninterview entworfen, mit relativ großen Freiräumen bei der Interviewdurchführung, der Frageformulierung und den Nachfragestrategien. Folgende Leitfragen, basierend auf theoretischen Vorüberlegungen, wurden hierbei gestellt:

- Was hat sich seit der Erkrankung deiner Mutter/deines Vaters in deinem Alltag geändert?
- Was belastet dich an der Erkrankung deiner Mutter/deines Vaters am meisten?
- Hast du schon einmal erlebt, dass jemand, der dir nahe steht, schwer krank war oder sogar, dass jemand der dir sehr nahe stand, gestorben ist?
- Hast du schon einmal darüber nachgedacht oder dich damit auseinandergesetzt, dass deine Mutter/dein Vater sterben könnte?
- Was machst du, um besser mit der Erkrankung deiner Mutter/deines Vaters fertig zu werden?
- Würdest du sagen, dass die Krankheit deiner Mutter/deines Vaters auch dich in irgendeiner Weise verändert hat?
- Hast du das Gefühl, dass du seit der Erkrankung deiner Mutter/deines Vaters erwachsener/reifer/stärker geworden bist? Falls ja: Fallen dir Beispiele ein? Falls nein: Wie geht es Dir dann?

Aufgrund des umfangreichen zusätzlich zu bearbeitenden Fragebogenheftes sollte das Interview maximal 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Das quantitative Fragebogenheft bestand aus einer Vielzahl von Instrumenten. Für die vorliegende Arbeit ist jedoch nur der adaptierte „Trauerfragebogen“ (Weiser u. Ochsmann, 2002), eine deutsche Version der „Hogan Grief Reaction Checklist“, von Bedeutung, um ergänzende Hinweise für antizipierende Traueraspekte erfassen zu können. Die Skala setzt sich aus den Subskalen F1 „Verzweiflung und Gefühl von Distanz“, F2 „Feindseligkeit und Bitterkeit“, F3 „Körperliche Reaktionen“, F4 „Innere Stärke/Persönliches Wachstum“ und F5 „Kognitiver Faktor“ zusammen, die durch eine 59 Items umfassende Likert-Skala (1 „stimmt nicht“ bis 6 „stimmt voll und ganz“) erfragt wurden. Eine hohe Ausprägung aller Items kann Hinweise auf das Vorhandensein vieler verschiedener Trauerreaktionen geben und/oder auf ein starkes Erleben vorhandener Reaktionen.

2.5 Auswertung

Im Zentrum der Auswertung stand das explorative qualitative Vorgehen mit der Entwicklung von Ergebniskategorien, deren Zusammenhang mit aktuellen Forschungstheorien diskutiert werden soll. Die Leitfadeninterviews wurden dazu transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) ausgewertet, d. h. das Material wurde im Sinne einer Strukturierung in ein Raster von vorab defi-

nierten Kategorien eingeordnet. Diese Kategorien wurden anhand von Ankerbeispielen expliziert und festgelegte Kodierregeln ermöglichten eine eindeutige Zuordnung der Textstellen. Das Kategoriensystem wurde zunächst probeweise anhand der Hälfte der Transkripte entwickelt und immer wieder modifiziert und adaptiert, um eine adäquate Materialstrukturierung herausarbeiten zu können. Nach dem festgelegten System wurden schließlich alle 38 Transkripte codiert. Als Validierung der qualitativen Daten wurde die Triangulation eingesetzt. Dabei handelt es sich um die Betrachtung des Forschungsgegenstandes von mindestens zwei Punkten. In diesem Kontext wurden die Daten zum einen fortwährend mit anderen Interpreten diskutiert. Dies führte zu valideren Ergebniskategorien (Investigator-Triangulation). Zum anderen fand eine Triangulation durch die Verbindung von qualitativen und quantitativen Daten statt.

Die Auswertung der quantitativen Forschungshypothesen erfolgte durch deskriptive und inferenzstatistische Methoden. Der Einschluss der Geschwisterdaten spielte hierbei keine Rolle, da nur Mittelwerte und Standardabweichungen berichtet werden. Auf die Mittelwerte hat die Abhängigkeit zwischen den Geschwistern keinen Einfluss und der Einfluss auf die Standardabweichung ist minimal und daher vernachlässigbar.

3 Ergebnisse

3.1 Auswertung der qualitativen Interviews

Anhand der qualitativen Interviews konnten 16 Kategorien gebildet werden, die den beiden übergeordneten Bereichen der „*Verlustorientierung*“ und der „*Aufrechterhaltung*“, analog zum „*Dual Process Model of Coping with Bereavement*“ (Stroebe u. Schut, 1999), zugeordnet wurden. Es wurden die Aussagen auf sämtliche Interviewleitfragen in die Auswertung einbezogen. Allerdings erwies sich die Frage „Was belastet dich an der Erkrankung am meisten?“ im Verlauf am geeignetsten, um antizipierende Trauerprozesse zu erfassen. Die Kategorien werden im Folgenden nach Häufigkeit geordnet dargestellt und mittels Zitaten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen illustriert.

3.1.1 Verlustorientierung

Kommunikation: Jugendliche und junge Erwachsene setzen sich insbesondere im Austausch mit anderen mit der Erkrankung des Elternteils auseinander. Kommunikation über die Thematik wird von den Jugendlichen als positiv, hilfreich und entlastend erlebt. In erster Linie findet der Austausch innerhalb der eigenen Kernfamilie statt, aber auch Gespräche mit Freunden oder Partnern sind für die Jugendlichen von großer Bedeutung.

„Oft rede ich auch mit meinen Freunden drüber, muss ich ehrlich sagen. Mit meinem besten Freund besonders. Erzähle ich immer. Das tut natürlich gut, ganz klar.“ (m, 17 Jahre)

Für einige Jugendliche ist es hierbei wichtig, dass der Gesprächspartner bereits selbst Erfahrungen mit Verlust im näheren Umfeld gemacht hat.

Priorisierung der Familie: Familie nimmt für die Jugendlichen durch die Erkrankung des Elternteils einen wichtigeren Stellenwert ein.

„Ja, es hat sich schon einiges geändert. Ich hänge seitdem mehr an meinem Vater und meiner Familie. Ja, das ist es eigentlich.“ (m, 16 Jahre)

„Ja, Mama hat auch oft gesagt, geh doch raus mit deinen Freundinnen. Ich habe das dann teilweise gemacht. Ich wollte das verbinden, aber das hat dann nicht so funktioniert, weil es mir ständig schlecht ging. (...) Ich hatte dann auch Zeit zu feiern, als ich mit der Prüfung durch war (...), aber ich habe mich halt hauptsächlich auf meine Mama konzentriert. Ich fand das unheimlich wichtig!“ (w, 18 Jahre)

Die Jugendlichen haben das starke Bedürfnis, Zeit mit der Familie, insbesondere dem erkrankten Elternteil zu verbringen und die Bindung zu intensivieren. Hierbei treten andere Freizeitaktivitäten deutlich in den Hintergrund. Die Jugendlichen entwickeln den Wunsch nach Nähe zur Familie bzw. dem kranken Elternteil.

Trauersymptome: Jugendliche schildern im Zusammenhang mit der Erkrankung des Elternteils eine Vielzahl von Emotionen, Gedanken und Symptomen. Oftmals fällt es den Jugendlichen schwer, ihre Erlebenswelt zu differenzieren und sie beschreiben einen Zustand der Anspannung und Nervosität. Die dominanten geschilderten Emotionen sind Verlustängste, Hilflosigkeit und ein intensives Mitleid mit dem erkrankten Elternteil.

„Dass ich jetzt Angst hatte, meinen Vater zu verlieren durch die Erkrankung. Das war eigentlich das schlimmste da dran.“ (m, 16 Jahre)

„Dass es meiner Mutter schlecht geht. Dass ich jeden Tag sehe, wie sie leidet. Dass finde ich ganz schlimm. Wenn ich merke, dass sie bei jeder Bewegung Schmerzen hat. Wenn man irgendwas Falsches macht, sie kurz am linken Arm zieht, schreit sie sofort vor Schmerzen auf. Das ist sehr belastend.“ (w, 18 Jahre)

Einige Jugendliche empfinden Ärger- und Schuldgefühle in Bezug auf das erkrankte Elternteil. Die Jugendlichen machen sich Sorgen und beschreiben Konzentrationsprobleme, wobei einige infolgedessen unter Einschlafproblemen und schulischen Leistungstiefs leiden.

Rückzug: Introversion und Rückzug sind von vielen Jugendlichen benannte Strategien bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Gemeint ist hier der räumliche Rückzug z. B. ins eigene Zimmer, aber auch ein Rückzug der Person in sich selbst. Dieser Rückzug findet gehäuft in Situationen statt, in denen den Jugendlichen alles zu viel wird.

„Ich denke, ich bin stiller geworden. Also, das habe ich jetzt von Klassenkameraden gehört, dass ich einfach stiller geworden bin.“ (m, 14 Jahre)

„Ich habe mich immer mehr zurückgezogen, war immer mehr für mich. In der Schule hatte ich eigentlich auch kaum einen, mit dem ich reden konnte und ich konnte mich auch keinem anvertrauen, und dann habe ich das immer in mich reingefressen.“ (m, 18 Jahre)

Ambivalenz: Häufig wird eine ambivalente Haltung bezüglich der Situation deutlich. Die Jugendlichen fühlen sich hin- und hergerissen. Sie schwanken um die richtige Balance zwischen Nähe, Anteilnahme und Abgrenzung der eigenen Interessen.

„Jetzt gerade sage ich meiner Mutter schon einfach, ich muss mich jetzt ums Abi kümmern. Es sind nur noch ein paar Monate. Aber es könnte genauso sein, dass sie in ein paar Monaten stirbt.“ (w, 19 Jahre)

Rationalität: Die rationale und sachliche Blickweise auf die Erkrankung des Elternteils stellt ebenfalls eine Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der Situation dar. Einige erfahren dadurch Erleichterung.

„Dann hatte ich auch gerade Prüfungen in der Zeit und dann habe ich beschlossen, meine fächerübergreifende Kompetenzprüfung, so nennt sich das, über Brustkrebs zu machen und ich muss sagen, es hat mir unheimlich viel geholfen. Auch fachlich das ganze mal zu sehen.“ (w, 18 Jahre)

Eigene Vulnerabilität: Ein mit der Erkrankung aufkommendes Thema ist die Auseinandersetzung der Jugendlichen mit ihrer eigenen Vulnerabilität und Sterblichkeit. Dies führt bis hin zur akuten Auseinandersetzung mit der eigenen genetischen Belastung. Hiervon sind vor allem junge Frauen mit einer an Brustkrebs erkrankten Mutter betroffen.

„Ich muss mich dann auch damit auseinandersetzen, dass es dann bei mir vielleicht irgendwann soweit sein könnte. Und ja, dann hat es meine Oma im Laufe der Jahre auch bekommen und jetzt habe ich, glaube ich, eine 90 % Chance, dass ich auch noch erkrankte. Ich muss mich jetzt viel mit mir auseinandersetzen.“ (w, 18 Jahre)

Emotionale Loslösung: Einige Jugendliche beginnen allmählich, die Bindung zum erkrankten Elternteil zu lösen oder bauen eine Distanz zur Situation auf.

„Ich hab da auch einen relativ guten Abstand aufgebaut. (...). Bei mir war es so, dass mein Papa eigentlich nur am Wochenende da war oder halt unter der Woche zum Mittagessen und dann abends. Aber so viel hab ich dann auch davon nicht mitbekommen. Deswegen glaub ich, ist es mir dadurch auch einfacher gefallen, den Abstand aufzubauen.“ (w, 17 Jahre)

Klinische Symptome: Im Zusammenhang mit der Erkrankung des Elternteils schildern einige Jugendliche das Auftreten klinisch relevanter Symptomatiken wie Ängste, Zwänge, Depressionen und das Wiederauftreten einer Sprachstörung.

„Es hat sich auch bei mir viel verändert. Ich habe unheimlich viele Ängste bekommen und Zwänge. Handwaschwang hat sich bei mir entwickelt in den letzten Jahren.“ (w, 18 Jahre)

3.1.2 Aufrechterhaltung

Rollenveränderung: Die Jugendlichen nehmen eine tiefgreifende Veränderung ihrer Rolle in der Familie wahr. Diese neue Rolle wird angenommen und beinhaltet die Übernahme größerer Verantwortungsbereiche (oft Parentifizierung) mit zeitintensiver Unterstützung der Familie und des kranken Elternteils bis hin zu dessen Pflege und protektivem Verhalten gegenüber dem Erkrankten.

„Ich habe da den kompletten Haushalt alleine ‚gemanagt‘ weil meine Schwester, die ist zwar auch nicht viel jünger, aber ich habe gedacht, ich darf sie nicht so sehr mit einbinden, damit sie noch eine schöne Kindheit hat. Sie war da 14.“ (w, 21 Jahre)

Aktivitäten: Freizeitaktivitäten, die dem Stressabbau dienen, werden von der überwiegenden Anzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen geschildert. Hier überwiegen soziale Kontakte und individuelle Hobbys.

„Also, ich spiele Badminton zweimal die Woche. Das ist mir SEHR wichtig geworden. Weil ich einfach hinkommen kann, einfach total abschalten kann und dann wirklich einfach mal für die Trainingszeit, also für zwei Stunden, einfach mal diese Sorgen, wo ich zu Hause hab, einfach mal vergessen kann. Und mich einmal wirklich auspowern kann und ja – danach geht’s mir eigentlich immer besser als davor.“ (m, 18 Jahre)

Reife: Das subjektive Gefühl, an der schwierigen familiären Situation gewachsen zu sein und Stärke für das weitere Leben erreicht zu haben, wird von vielen Jugendlichen wahrgenommen. Werte und das Leben an sich nehmen einen neuen Stellenwert ein.

„Ich denke, wie gesagt, ich bin auf der einen Seite ruhiger, nicht ruhiger aber lebensfroher, geworden. Sensibler für kleine Situationen. Und auf der anderen Seite bezüglich meiner Ziele auch zielstrebig, weil ich eben weiß, was ich hier habe, das ist alles und dann will ich schon was erreichen.“ (m, 20 Jahre)

Optimismus: Situationen und Einstellungen aus denen Hoffnung und Optimismus geschöpft werden kann, spielen eine große Rolle im Umgang der Jugendlichen mit der Erkrankung. Im Vordergrund stehen Fortschritte in der Therapie des Elternteils sowie dessen positiver Umgang mit der Erkrankung oder Behandlung.

„Ich finde es auch gut, dass sie die Chemo so einigermaßen verträgt und das sind dann auch so Sachen, wo man dann wieder positiv denkt.“ (w, 18 Jahre)

„Mir hilft zu sehen, dass es ihr gut geht und dass sie sich davon nicht so runterkriegen lässt.“ (m, 15 Jahre)

Verdrängung: Die Jugendlichen vermeiden bewusst die Auseinandersetzung mit der familiären Thematik, insbesondere mit dem möglichen Verlust des Elternteils.

„Manchmal mache ich mir schon Sorgen darüber, dass was schief geht, aber meistens verdränge ich es einfach.“ (w, 13 Jahre)

„Ich habe zwar schon mal drüber nachgedacht, aber so richtig an mich rangelassen habe ich das eigentlich auch nicht, weil für mich hat das im Moment keinen großen Sinn ergeben. Sich da groß Gedanken dazu zu machen, wenn ich nicht weiß was passiert.“ (w, 20 Jahre)

Akzeptanz: Das Annehmen und Akzeptieren der Diagnose und der Prognose des erkrankten Elternteils stellt für einige Jugendliche einen positiven Umgang mit der Situation dar und erlaubt ihnen, den Blick weiter auf die Zukunft zu richten.

„Ich muss es so annehmen. Weil es bringt mir auch nichts, wenn ich mich jetzt hinsetz und irgendwie mir denk ‚Oh Gott, das geht jetzt gar nicht. Ich kann so nicht weitermachen‘. Weil das Leben geht trotzdem weiter. Auch wenn es so ist.“ (w, 17 Jahre)

Alltag: Der Alltag und das Aufrechterhalten der darin enthaltenen Routinen wird als entscheidende Stütze betrachtet, um das eigene Leben trotz Krebsdiagnose des Elternteils fortführen zu können. Der Alltag wird als „Rettung“ beschrieben.

„Was bei mir auch sehr hilft: Ich habe komplett mit meinem Alltag gar nicht aufgehört. Also, ich habe wirklich alles weitergemacht, was ich auch vorher gemacht habe.“ (w, 18 Jahre)

Tabelle 2: Häufigkeit der Kodierungen (mehrfache Kodierung möglich) (n = 38)

	w	m	ges.	%		w	m	ges.	%
Verlustorientierung					Rückzug	6	6	12	31.58
Kommunikation	15	10	25	39.47	Ambivalenz	7	4	11	28.95
Priorisierung der Familie	13	6	19	50.00	Rationalität	4	4	8	21.05
Trauersymptome					Eigene Vulnerabilität	3	2	5	13.16
Unspezifisch	8	4	12	31.58	Emotionale Loslösung	4	1	5	13.16
Verlustängste	7	9	16	42.11	Klinische Symptome	2	1	3	7.89
Mitleid	5	5	10	26.32	Aufrechterhaltung				
Hilflosigkeit	3	3	6	15.79	Rollenveränderung	16	10	26	68.42
Trauer	4	1	5	13.16	Reife	13	7	20	52.63
Ärger	1	1	2	5.26	Aktivitäten	9	9	18	47.37
Enttäuschung	1	0	1	2.63	Optimismus	7	5	12	31.58
Schuld	0	1	1	2.63	Verdrängung	5	3	8	21.05
Sorge	8	8	16	42.11	Akzeptanz	5	4	9	23.68
Konzentrationsprobleme	3	3	6	15.79	Alltag	2	3	5	13.16
Somatische Beschwerden	0	2	2	5.26					

3.2 Ergebnisse zum Trauerfragebogen

Die interne Konsistenz der Skalen ist mit Cronbachs Alphas von .76 („Feindseligkeit und Bitterkeit“) bis .94 („Verzweiflung und Gefühl von Distanz“) als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Die Skalenmittelwerte des an 74 Probanden erhobenen Trauerfragebogens sind in Tabelle 3 dargestellt. Die Skalen „Verzweiflung und Gefühl von Distanz“, „Feindseligkeit und Bitterkeit“, „körperliche Reaktionen“ und „kognitiver Faktor“ liegen mit Durchschnittswerten unter 2 in einem niedrigen Bereich. Skala 4 „Innere Stärke“ zeigt mit einem Durchschnittswert von 3 eine mittlere Ausprägung.

Tabelle 3: Skalen des adaptierten Trauerfragebogens, Mittelwerte und Standardabweichungen (n = 74)

	m	s
Skala 1: Verzweiflung und Gefühl von Distanz	1.89	.71
Skala 2: Feindseligkeit und Bitterkeit	1.74	.62
Skala 3: Körperliche Reaktionen	1.99	.86
Skala 4: Innere Stärke/Persönliches Wachstum	3.01	.81
Skala 5: Kognitiver Faktor	1.95	.97

4 Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt, auf welcher vielfältigen Art und Weise Jugendliche auf den drohenden Verlust eines an Krebs erkrankten Elternteils reagieren. Die gewählte qualitative Methodik zur Erhebung der Daten bot hierbei ein angemessenes Vorgehen, um die Thematik sensibel und durch die der Methode innewohnende Flexibilität vielschichtig erfassen zu können. Durch die hohe Teilnehmerzahl von 38 Jugendlichen am Interview konnten reichhaltige Kategorien entwickelt werden.

In dieser Studie zeigte die im Sinne der Triangulation durchgeführte Methodenintegration ein kongruentes Bild von qualitativen und quantitativen Ergebnissen. Das Erleben der Jugendlichen, an der Erkrankung des Elternteils gewachsen zu sein und die Situation als Möglichkeit zu betrachten, aus der innere Stärke gewonnen wird, kommt sowohl im Interviewsetting als auch im Trauerfragebogen durch die hohe Ausprägung zum Ausdruck. Die ansonsten niedrigen Werte der quantitativen Erhebung spiegeln sich im Gesamteindruck der Interviewer wider, es mit einer Gruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu tun zu haben, die bemerkenswert gut und reflektiert mit einer objektiv sehr belastenden und existentiellen Situation umgehen.

Die in den Ergebnissen beschriebenen Trauersymptome und Copingstrategien lassen sich in ein bestehendes Trauermodell integrieren, das in dieser Form mit antizipierenden Trauerprozessen bislang nicht in Verbindung gebracht wurde. Das „*Dual Process Model of Coping with Bereavement*“ (Stroebe u. Schut, 1999) stellt, obwohl für den Bereich der realen Trauer entwickelt, auch für die Situation von Jugendlichen, die vom Verlust eines Elternteils bedroht sind, ein gutes Rahmenmodell dar, in dem

sich antizipierende Trauerprozesse beschreiben lassen. Die „klassische“ Trauerarbeit ist hierin „nur“ ein Teil des Trauerprozesses, der durch die Oszillation zwischen der Auseinandersetzung mit dem Verlust und wiederherstellungsorientierten Prozessen entsteht. Das Modell lässt nachvollziehen, wie es den Jugendlichen möglich ist, trotz der enorm bedrohlichen Situation ihr Leben gut weiter zu führen.

Zum *verlustorientierten Bereich* zählen die emotionalen und kognitiven „*Trauersymptome*“, die in beinahe jedem Fall geäußert wurden. Sie bilden die am häufigsten besetzte Kategorie. Verlustängste und Sorgen wurden von den Jugendlichen als das Element benannt, das sie an der Situation am meisten belastete und stellenweise zu schulischen Leistungsknicks führte. Ebenso empfanden es viele Jugendliche als Zumutung, ständiger Zeuge des Leidens des Elternteils zu sein und äußerten intensives Mitleid mit dem oder der Erkrankten. Durch den Austausch mit Freunden und Familienmitgliedern (Kategorie „*Kommunikation*“) über die Erkrankung versuchte die Mehrzahl der Jugendlichen, sich aktiv mit dem drohenden Verlust auseinanderzusetzen und erlebten dies als Entlastung. Die Situation schien dadurch für sie greifbarer und verständlicher zu werden. Bemerkenswert ist, mit welchem inneren Drang und wie bereitwillig die Jugendlichen ihr eigenes Leben der Familiensituation anpassen. Das zeigt die häufig genannte Kategorie „*Priorisierung der Familie*“. Durch das Bewusstsein des möglichen Verlustes empfinden es die meisten Jugendlichen als selbstverständlich, sehr viel Zeit mit dem kranken Elternteil zu verbringen. Die Jugendlichen wollen die verbleibende Zeit mit dem Elternteil intensiv leben und zeigen ein ausgeprägtes protektives Verhalten. Dieser Rollentausch bedeutet, dass die Jugendlichen häufig mit Sorgen und Problemen auf sich alleine gestellt sind, die sie dem kranken Elternteil nicht zumuten wollen (z. B. schulische Anforderungen).

Auf der anderen Seite gelingt es fast allen Jugendlichen, sich in einer Art aufrechterhaltendem Prozess eine Reihe von Bewältigungsmechanismen zu schaffen, die ihnen Kraft geben und Stress abbauen. Die am häufigsten genutzte Strategie ist die der „*Rollenveränderung*“. Sie passen sich an die mit der Erkrankung eingetretene neue Rolle an, indem sie Haushaltspflichten und Betreuungsaufgaben von jüngeren Geschwistern übernehmen. Bemerkenswert vielen Jugendlichen gelingt es, die Krankheit als Chance zu sehen. Sie können „*Reife*“ und Stärke aus dieser Erfahrung gewinnen und erkennen ihr Leben als wertvoll und lebenswert. Dies drückt sich neben den qualitativen Nennungen ebenfalls in der hohen Zustimmungsrates im quantitativen Erhebungsinstrument aus. Es gelingt den Jugendlichen, Bereiche zu finden, die unberührt von der bedrohlichen Situation bleiben. Hierzu zählt die Kategorie „*Aktivitäten*“. Wichtige Bereiche zur Sicherstellung des emotionalen Gleichgewichts sind eigenen Hobbys nachzugehen und den Alltag aufrechtzuerhalten. Ebenfalls in diesen Bereich fallen schützende „*Verdrängungsmechanismen*“ und Einstellungen wie „*Optimismus*“.

Diese Oszillation zwischen *Verlustorientierung/Konfrontation* und *Aufrechterhaltung/Vermeidung* scheint nötig, um zu einem gelingenden antizipierenden Trauerprozess zu kommen und bietet den Jugendlichen die Möglichkeit, neben den negativen Anteilen des drohenden Verlustes auch Phasen von Normalität und positiven Erleb-

nissen zu erfahren. So gelingt die Integration des schwierigen Lebensereignisses in das Leben der Jugendlichen. Die Oszillation zwischen den beiden Prozessen kann von den Betroffenen als „*Ambivalenz*“ wahrgenommen werden.

Christ (2000) beschrieb in ihrer Stichprobe von Jugendlichen mit an Krebs erkranktem Elternteil die gleichen antizipierenden Trauerthemen, fokussierte aber ausschließlich auf emotionale und kognitive Kategorien. Die vorliegende Studie, wie auch sämtliche anderen Studien, die sich mit Jugendlichen mit einem an Krebs erkrankten Elternteil befassen, finden als zentrale Inhalte stets Trauer, Sorgen und Ängste.

Andere Autoren finden neben Kategorien zur klassischen Trauersymptomatik ebenfalls durchgängig Kategorien zu Copingstrategien, Reifeprozessen und der veränderten Lebensrealität (Clemmens, 2009; Davey, Tubbs, Kissil, Nino, 2011; Dehlin u. Martensson Reg, 2009). Dies untermauert die explorative Annahme, dass antizipierende Trauer durch oszillierende Prozesse zwischen *Verlustorientierung/Konfrontation* und *Aufrechterhaltung/Vermeidung* beschrieben werden kann.

4.1 Limitationen

Einschränkend ist festzustellen, dass die Ergebnisse anhand einer gut bis sehr gut gebildeten Stichprobe gewonnen wurden. Gymnasiasten und Studierende waren deutlich überrepräsentiert. Aufgrund des Bildungsbias ist davon auszugehen, dass die Jugendlichen der Stichprobe ihre Situation weitaus differenzierter darstellten, als dies von einer Probandengruppe mit höherem Anteil an niedrigerem Bildungsniveau zu erwarten gewesen wäre. Des Weiteren findet sich auch in dieser Studie eine Überrepräsentation von an Brustkrebs oder gynäkologisch erkrankten Müttern. Insgesamt handelt es sich um einen relativ breiten Altersrange. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass das Kategoriensystem verschiedene Entwicklungsstufen umfasst.

Die erkrankten Elternteile befanden sich in unterschiedlichsten Krankheitsphasen und nicht ausschließlich in der terminalen Phase der Erkrankung. Es handelt sich einerseits also um ein eher vages Kriterium, um antizipierende Trauerprozesse zu erfassen. Andererseits wirkte es sich offensichtlich nicht auf die Bewertung der Bedrohlichkeit der Situation der Jugendlichen aus. Diese setzten sich in der Regel in jeder Krankheitsphase ernsthaft mit dem drohenden Verlust des Elternteils auseinander.

4.2 Implikationen für die Praxis

Hieraus lassen sich Implikationen für Beratungsprozesse ableiten (Romer, Kühne, Bergelt, Möller, 2011). Sowohl verlustorientierte als auch aufrechterhaltende Prozesse sollten hier gleichermaßen anerkannt und gefördert werden, insbesondere dann, wenn Jugendliche und junge Erwachsene ausschließlich auf einen der beiden Prozesse fokussieren und somit keine Oszillation herrscht. Dies kann beispielsweise zu Schuldgefühlen führen, wenn der/die Jugendliche sich nicht mit dem drohenden Verlust auseinandersetzt, sondern zu sehr in vermeidenden Verdrängungs- und Ablenkungskate-

gorien verharret. Durch den Aufbau einer sicheren und unterstützenden Beziehung im Verlauf der Beratung kann die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass der/die Jugendliche seine/ihre Schutzmechanismen abbaut und eine schrittweise Auseinandersetzung mit der Realität möglich wird. Generell ist es ratsam, in dieser Problematik zunächst an der Oberfläche zu arbeiten, d. h. ganz lebenspraktisch und alltagsnah nach Entlastungsmöglichkeiten zu suchen. So kann eine schrittweise Öffnung des/der Jugendlichen erreicht werden. Erst wenn diese gegeben ist, ist eine wirksame Unterstützung antizipierender Trauerarbeit überhaupt möglich.

Die Beratung kann dazu beitragen, die unterschiedliche Art der Trauer von Jugendlichen und Erwachsenen deutlich zu machen. Während Erwachsene die eher stille und phasenweise Trauer von Jugendlichen leicht übersehen, halten Jugendliche die fortwährende erwachsene Trauer z. T. für schädlich (Christ, Siegel, Christ, 2002). Hier kann die Beratung genutzt werden, um gegenseitige Akzeptanz zu schaffen.

Ebenso wichtig ist es, aufrechterhaltende Prozesse zu fördern bzw. vermeidende und ablenkende Verhaltensweisen zu respektieren und, wenn nötig, zu erlauben. Es sollten hier positive Effekte thematisiert werden, die möglicherweise aus dieser Verlusterfahrung resultieren, wie beispielsweise inneres Wachstum und Reife und gegebenenfalls sollten gemeinsam geeignete Copingstrategien entwickelt werden. Die Trauerarbeit muss in ausgewogenem Verhältnis zum Alltagsleben und dessen Anforderungen und eigenen Bedürfnissen stehen. Die Beratung sollte dabei unterstützen, die antizipierende Trauer kontrollieren zu lernen, d. h. gezielt zuzulassen und dann wieder abwehren zu können, um erneut Kraft zu sammeln. Jugendliche können gleichzeitig mit dem erkrankten Elternteil mitleiden und mit der Situation pragmatisch umgehen, oftmals besser als Erwachsene. Es gelingt ihnen meist sehr gut, sich von den Krankheitsereignissen abzulenken, z. B. durch Aktivitäten mit Freunden, Musik oder Sport. Von dieser Fähigkeit können Erwachsene profitieren, indem sie Ablenkung als sinnvoll akzeptieren und sich vom Jugendlichen bei der Suche nach einer eigenen Ablenkungs-Strategie unterstützen lassen. Die Krankheit sollte innerhalb der Familie nicht dauernd thematisiert werden, um dem Wunsch des/der Jugendlichen nach normalem Alltag gerecht zu werden.

Literatur

- Christ, G. H. (2000). *Healing children's grief. Surviving a parent's death from cancer*. New York: Oxford University Press.
- Christ, G. H., Siegel, K., Christ A. E. (2002). Adolescent grief. It never really hit me... until it actually happened. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1269-1278.
- Christ, G. H., Siegel, B., Freund, B., Langosch, D. (1993). Impact of parental terminal cancer on latency-age children. *American Orthopsychiatric Association*, 63, 417-425.
- Clemmens, D. A. (2009). The significance of motherhood for adolescents whose mothers have breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36, 571-577.
- Davey, M., Tubbs, C., Kissil, K., Nino, A. (2011). 'We are survivors too': African-American youths' experiences of coping with parental breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 77-87.

- Dehlin, L., Martensson Reg, L. (2009). Adolescents' experiences of a parent's serious illness. *Palliative and Supportive Care*, 7, 13-25.
- Flick, U. (2009). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. VonKardoff, I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 309-319). Hamburg: Rohwolt.
- Fulton, R. (2003). Anticipatory mourning: A critique of the concept. *Mortality*, 8, 342-351.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P. A., Prigerson, H. G. (2009). The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 190-201.
- Hopf, C. (2009). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff, I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 349-359). Hamburg: Rohwolt.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Romer, G., Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Romer, G., Kühne, F., Bergelt, C., Möller, B. (2011). Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder krebskranker Eltern. Manualisiertes Interventionskonzept kindzentrierter medizinischer Familienberatung. *Psychotherapeut*, 56, 400-408.
- Saldinger, A., Cain, A., Kalter, N., Lohnes, K. (1999). Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 39-47
- Saldinger, A., Cain, A., Porterfield, K. (2003). Managing traumatic stress in children anticipating parental death. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66, 168-181.
- Smith, S. H. (2005). Anticipatory grief and psychological adjustment to grieving in middle-aged children. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 22, 283-286.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Walter, C. A., McCoyd, J. L. M. (2009). *Grief and loss across the lifespan: A biopsychosocial perspective*. New York: Springer.
- Weiser, P., Ochsmann, R. (2002). *Trauerfragebogen*.
- Weiß, S. (2006). *Die Trauer von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen um den verstorbenen Vater*. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Worden, J. W. (1999). *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Bern: Huber.

Korrespondenzanschrift: Dipl.-Psych. Juliane Groß, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg, Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg; E-Mail: juliane.gross@zpp.uni-hd.de

Juliane Groß, Vanessa Jantzer, Fridrike Stute, Peter Parzer, Romuald Brunner und Franz Resch, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg; Katrin Willig, Bärbel Schuller-Roma, Monika Keller und Wolfgang Herzog, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg; Georg Romer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.