



Schepper • Graupner • Herrmann

THERAPIE-TOOLS



Progredienzangst in Familien mit chronisch kranken Kindern



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dr. Florian Schepper
Uniklinik Leipzig
Abt. für Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie
Liebigstr. 22
04103 Leipzig
E-Mail: florian.schepper@medizin.uni-leipzig.de

Dipl.-Grafikerin Sylvia Graupner
Eisenacher Str. 29
01277 Dresden
E-Mail: sylvia@graupner-illustration.de

Dipl.-Soz. Jessy Herrmann
Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.
Philipp-Rosenthal-Str. 21
04103 Leipzig
E-Mail: herrmann@elternhilfe-leipzig.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28992-4 Print
ISBN 978-3-621-28993-1 E-Book (PDF)

1. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Einbandgestaltung/Umschlaggestaltung: Lina-Marie Oberdorfer, Sylvia Graupner
Herstellung: Victoria Larson
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	7
Geleitworte	10
1 Störungsbild und Interventionsmöglichkeiten	12
1.1 Chronische körperliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	12
1.2 Progredienzangst bei chronischen körperlichen Erkrankungen	20
1.3 Therapeutische Ansätze	23
2 Vor der Intervention	29
3 Einstieg und Auftragsklärung	43
4 Psychoedukation und Exploration	52
5 Progredienzangst-Situationen beschreiben	119
6 Ressourcenarbeit	137
Literatur	157

Vorwort

Unsere Arbeitsgruppe besteht aus Mitarbeiter:innen, die teilweise seit über 16 Jahren im Bereich der pädiatrischen Onkologie arbeiten und sich auf vielfältigste Art und Weise fortgebildet haben. Eine so lange Zeit der Arbeitstätigkeit in diesem Bereich birgt immer das Risiko der »Betriebsblindheit«, gleichzeitig ermöglicht dieser lange Erfahrungszeitraum aber auch, Themen zu entdecken, die wiederkehrend und für alle Familien Teil der Erkrankung und Behandlung sind.

In diesen Jahren ist uns als psychosozialem Team am Standort in Leipzig immer wieder das Thema »Angst« begegnet. Man möchte meinen, dies sei klar und keine Besonderheit, gehört das Erleben von Angst doch wohl zu jeder chronischen und/oder lebensbedrohlichen Erkrankung. Doch »Angst« kommt in vielfältigsten Formen vor, zeigt sich zu unterschiedlichsten Zeitpunkten und in unterschiedlichsten Formen bei verschiedenen Mitgliedern der Familie.

Angst zeigt sich zum Beispiel bei Eltern und Patient:innen diffus zu Beginn der Behandlung durch die Diagnose selbst und durch die vorhandene und empfundene Lebensbedrohung. Angst zeigt sich aber auch konkret bei den Patient:innen bei spezifischen medizinischen Maßnahmen (z. B. Lumbalpunktion, Pflasterwechsel, Fingerpiks), auch wenn diese von außen betrachtet manchmal gar nicht sein müsste. Angst zeigt sich weiter bei den Partner:innen, die die Behandlung des Kindes nicht vor Ort begleiten können, oder aber bei den Geschwisterkindern, die sich fragen, ob und wann sie ihren Bruder, ihre Schwester oder ihr Elternteil wiedersehen werden. Es gibt viele Beispiele für das Erleben von Angst während einer onkologischen Behandlung. Manchmal sind einzelne Ängste so belastend, dass aus psychotherapeutischer Sicht eine spezifisch isolierte Phobie diagnostiziert werden könnte – umso erstaunlicher ist es dann aber, dass die meisten Screening-Instrumente, trotz intensiv erlebter Ängste der Befragten, diese nicht wirklich zu objektivieren vermögen. Praktiker:innen sehen etwas, was sich in der Diagnostik nicht so leicht bestätigen lässt.

Aus diesen konkreten klinischen Erfahrungen heraus sind wir vor vielen Jahren auf das Thema »Progredienzangst« gestoßen und haben erste Bemühungen unternommen, vorhandene Diagnostikinstrumente aus dem Bereich der Erwachsenenonkologie auf das Klientel pädiatrisch-onkologischer Patient:innen bzw. deren Eltern anzuwenden. Letztlich »funktionierte« dies so gut, dass wir eine Wissenslücke schließen konnten: stetige Begleiterin krebskranker Kinder und deren Eltern ist eben doch eine spezifische Angst, nämlich die Angst vor der Wiederkehr oder dem Voranschreiten der Erkrankung, kurz: Progredienzangst.

Nachdem die diagnostische Erfassung für diese Klient:innen und Patient:innen geglückt war und das Thema allgemein nicht nur von Expert:innen in Deutschland, sondern auch von den Betroffenen selbst als extrem wichtig bezeichnet worden war, konnten wir uns mit der nächsten Frage beschäftigen: Wenn Eltern und erkrankte Kinder / Jugendliche Progredienzängste in belastendem Ausmaß erleben, könnte dann nicht auch eine psychologische bzw. psychotherapeutische Intervention den Umgang mit Ängsten fördern und so erlebte Progredienzängste reduzieren? Diese Fragestellung führte uns zur Ideensammlung und zur Konstruktion eines Manuals, der Intervention »Geteilte Angst, gemeinsam mutig«. Die Materialien dieser Intervention finden sich im vorliegenden Tools-Buch. Diese Materialien basieren auf bereits vorhandenen und erprobten Interventionen der Verhaltens- und systemisch-lösungsfokussierten Therapie und erfinden das Rad an dieser Stelle nicht neu. Wir kombinieren funktionierende und etablierte Methoden und passen diese aufgrund unserer Expertise an die Bedürfnisse unserer Klient:innen an. So ist die beschriebene Vorgehensweise auch nicht nur in einem bestimmten Setting durchführbar, sondern konnte zu verschiedenen Behandlungsphasen (stationäre, ambulante Phase sowie Nachsorge) und mit verschiedenen Klient:innen (Elternteil allein, Patient:in, Eltern mit Patient:innen, Paare) erprobt werden. Aufgrund der Corona-Pandemie mussten und konnten wir sogar Erfahrungen in der Onlinedurchführung sammeln.

Vor dem Hintergrund der breiten Einsatzmöglichkeiten und der heterogenen Versorgungslandschaft ist klar, dass das Material nicht nur psychotherapeutisch einsetzbar ist. Vielmehr können es durch dessen Nachvollziehbarkeit und genauer Beschreibung auch psychosoziale Fachkräfte anwenden, die in diesem spezifischen Arbeitsfeld tätig sind. Und es soll auch keine reguläre psychotherapeutische Behandlung bei entsprechenden Symptomen ersetzen. Es dient lediglich der Bewältigung eines der belastendsten psychischen Symptome während und nach der Erkrankung und Behandlung: der immerwährenden Angst, dass die Erfahrung sich wiederholen bzw. die Erkrankung sich in Zukunft verschlimmern wird.

Wir empfehlen zudem dringend die Anwendung der von uns konzipierten Fragebögen zum Thema Progredienzangst (s. **AB 1**). Das diagnostische Instrumentarium kann einerseits zur gezielten Erfassung von Progredienzangst eingesetzt werden, andererseits kann es auch den Behandlungserfolg abbilden. Aufgrund vielfältigster Zusammenhänge von Progredienzangst mit weiteren relevanten psychosozialen Dimensionen (z. B. Lebensqualität, dyadisches Coping, psychosoziale Belastung) empfiehlt sich auch der Blick über den diagnostischen Tellerrand hinaus. So sollten neben den von hier entwickelten diagnostischen Verfahren weitere psychosoziale Fragebögen zu entsprechenden Bereichen zum Einsatz kommen.

Im Bereich der Nachsorge empfehlen wir zudem den *NPO-11* (s. **AB 2**), ein zeitökonomisches Screening, welches die relevantesten Bereiche psychosozialer Nachsorge in der pädiatrischen Onkologie erfasst und erste Anhaltspunkt liefern kann, ob Progredienzängste bei den Betroffenen vorhanden sind.

Zu guter Letzt bleibt zu erwähnen, dass wir das Material aus der klinischen Versorgungspraxis der pädiatrischen Onkologie heraus entwickelt haben. In den letzten drei Jahren durften wir diese Vorgehensweise auch in anderen psychosozialen Bereichen erproben. Sie eignet sich allgemein für alle chronischen Erkrankungen, die das Potenzial haben, voranzuschreiten und die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen drastisch zu beeinträchtigen.

Danksagung

Die vorliegenden Arbeitsmaterialien und Therapieempfehlungen wurden im Rahmen eines von der *Deutschen Kinderkrebsstiftung* geförderten Forschungsprojektes der *Selbstständigen Abteilung für pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie der Universitätsklinik Leipzig* in Kooperation mit dem Verein *Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig* erarbeitet. Wir danken allen Mitwirkenden für ihre Unterstützung, allen voran den an der Pilotierung der Intervention teilnehmenden Kindern, Jugendlichen und Eltern. Unser Dank gilt ebenso den durchführenden psychosozialen Fachkräften, namentlich M.Sc. Psych. Merle Meyer, Dipl.-Psych. Rahel Hoffmann, Dipl. Soz. Susan Kertscher, M.Sc. Psych. Laura Kern, Dipl.-Psych. Carolin Galisch, B.Sc. Psych. Sabrina Hüschenbett, M.Sc. Psych. Charlotta Kehlenbeck und Dipl.-Soz.Päd. Yvonne Jäschke.

Zudem möchten wir uns bei den Pflegekräften und Ärzt:innen der Kinderkrebsstation des Universitätsklinikums in Leipzig bedanken. Sie sind uns stets eine große Hilfe in der Begleitung von betroffenen Familien und haben auch dieses Projekt in jeder Hinsicht befürwortet und unterstützt. Allen voran gilt unser Dank dabei an unsere Stationsoberärzt:innen und Funktionsoberärzt:innen, die über die Zeit hinweg zunehmend in ihren Gesprächen sensibel auf das Auftreten von Progredienzängsten achten und uns im psychosozialen Dienst der Klinik und in der Nachsorge informieren.

Wir danken zudem Dipl.-Psych. Christa Engelhardt-Lohrke, M.Sc. Psych. Kristina Herzog und M.Sc. Psych. Leonard Kulisch für die stetige Unterstützung im Forschungsprozess. Ebenso danken wir unserer sehr geschätzten Kollegin Dipl. Kunsttherap. Juliana Ortiz, ohne die die Entwicklung entsprechender Arbeitsvorlagen nicht möglich gewesen wären. Zudem geht unser Dank an Anja Santel, die uns als studentische Hilfskraft bei der Erstellung der Materialien unterstützt hat, sowie dem Beltz Verlag und insbesondere Karin Ohms, dessen Programm wir selbst sehr schätzen und froh sind, mit unserem Tools-Buch zur Veröffentlichung angenommen worden zu sein. Und ein Dank geht an Manfred Vogt vom Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie in Bremen – ein für uns immerwährender Impulsgeber und Mentor in der therapeutischen Arbeit.

Dieses Projekt basiert auf den Forschungsbemühungen vieler Jahre, sodass wir ebenso denjenigen Personen und Institutionen danken wollen, die im Vorfeld wichtige Arbeiten zum Thema Progreddienzenangst geleistet haben, unter Anderem Prof. Julia Martini von der Technischen Universität Dresden, Dr. Katharina Clever und M.Sc. Psych. Katrin Lutz sowie den psychosozialen Kolleg:innen des Sonnenstrahl e.V. in Dresden. Man sehe uns nach, weitere Personen und Institution nicht allesamt einzeln namentlich nennen zu können.

Nicht zuletzt, sondern in besonderem Maße danken wir dem Vorstand der *Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig* – allen voran Jan Klemm, der als ehemals betroffener Vater die politische Arbeit zugunsten krebskranker Kinder deutschlandweit ehrenamtlich unterstützt und auch für dieses Projekt eine besondere Patenschaft übernommen hat. Zudem geht unser Dank an die Forschungsförderung der *Deutschen Kinderkrebsstiftung*, ohne die das Projekt niemals in dieser Qualität möglich gewesen wäre.

Leipzig, im Frühjahr 2024

*Florian Schepper
Sylvia Graupner
Jessy Herrmann*

Geleitworte

Lebensqualität, Hoffnung und Resilienz bei Familien mit einem lebensbedrohlich erkrankten Kind oder Jugendlichen zu stärken, ist ein wichtiges Ziel der psychoonkologischen Versorgung. Dabei stellt das Thema Angst und insbesondere die Progredienzangst, d. h. die Angst vor dem Fortschreiten oder Wiederauftreten der Erkrankung, eine große Herausforderung für die Begleitung der Patienten und ihrer Familien dar. Kaum ein anderes Wort löst so viel Angst aus wie die Diagnose Krebs und mehr als die Hälfte der Betroffenen leidet auch Jahre nach der Therapie unter den Symptomen der Progredienzangst. In den letzten Jahrzehnten hat es national wie international zahlreiche wissenschaftliche und klinische Bestrebungen gegeben, Progredienzangst genauer zu diagnostizieren, anhand valider Screeningfragebögen zu erfassen sowie Interventionen zur Reduktion der Progredienzangst zu entwickeln und ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Diese gelungene Zusammenstellung von Therapieempfehlungen und Arbeitsmaterialien wird im klinischen Praxisalltag dringend benötigt. Zunächst wird der Stand der Forschung zu den psychosozialen Aspekten einer chronisch körperlichen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter mit der Perspektive auf den Patienten und seine Familie umrissen. Das Schwerpunktthema Progredienzangst wird sowohl diagnostisch als auch in seinen Auswirkungen auf die Lebensqualität und den Lebensalltag der Familien anschaulich und anhand von Fallbeispielen erläutert. Die vorgestellten Therapie-Tools umfassen ein breites Spektrum an therapeutischen Interventionen, die dem Behandler wertvolle therapeutische Werkzeuge, Techniken und Strategien an die Hand geben, die patienten- und oder familienzentriert gut in den klinischen Alltag integrierbar sind.

Florian Schepper und Jessy Herrmann haben einen breiten wissenschaftlich-therapeutischen Erfahrungshintergrund und ein klares Gespür für die Lebenswirklichkeit von Familien mit einem lebensbedrohlich erkrankten Kind oder Jugendlichen. Gemeinsam mit der Künstlerin Sylvia Graupner haben sie kindgerechtes Aufklärungsmaterial entwickelt und systemisch-lösungsorientierte sowie verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden kombiniert.

Die Materialien stellen ein wichtiges Therapie-Tool und eine anregende Bereicherung für die psychoonkologisch-therapeutische Arbeit mit Familien und an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen dar.

Leipzig, Februar 2024

Anja Mehnert-Theuerkauf

Die vorliegenden Tools machen Mut.

Mut, sich den eigenen Progredienzängsten im Zusammenhang einer onkologischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter zu stellen und diese konstruktiv zu bewältigen. Die Angst vor der Wiederkehr oder dem Voranschreiten einer chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankung kann lähmend wirken. Für Kinder und deren Eltern ist sie eine der größten und konstantesten Begleiter im Krankheitsgeschehen und Behandlungsverlauf.

Mithilfe der vorliegenden Materialien werden erlebte Ängste bewusst, gemeinsam besprechbar und damit geteilt. Geteiltes Leid kann halbes Leid werden und Mut machen, nach vorn zu schauen und zusammen Zukunft zu gestalten.

Die liebevolle gestaltete begleitende Bildergeschichte vermittelt Ideen zum Erleben und zum Umgang mit eigenen Ängsten und weiteren Gefühlen. Durch die kreative Bearbeitung wird Bewältigungsverhalten erfahrbar.

Dazu verbindet das Vorgehen psychotherapeutische Methoden der Verhaltenstherapie, wie Konfrontation und Psychoedukation, mit kreativen systemisch-lösungsorientierten Interventionen wie das Lebensfluss-Modell und das Identifizieren und Aktivieren sozialer und psychischer Ressourcen der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Eltern.

Zusätzlich zum therapeutischen Vorgehen werden wichtige weitere Informationen zur Behandlung geliefert – die Autoren haben entsprechende Diagnostikinstrumente über Jahre hinweg entwickelt, wissenschaftlich evaluiert und publiziert. Neben fachbezogenem Wissen zeigt das praktische Vorgehen anhand von Fallbeispielen, wie mit den Ängsten von Kindern, Jugendlichen und Eltern im Behandlungsverlauf umgegangen werden kann. Die diesen Materialien zugrunde liegende Begleitforschung konnte dessen Einsatz und Wirksamkeit bereits belegen, auch wenn in Zukunft noch größere Fallzahlen zu untersuchen sind.

Im Rahmen der pädiatrisch-onkologischen Nachsorge wird es die tägliche Arbeit im deutschsprachigen Raum bereichern, so auch in unserem psychosozialen Nachsorgeprojekt am NIK in Bremen. Es könnte zum Standardvorgehen in der Begleitung von betroffenen Patienten und deren Angehörigen werden.

Ein wichtiges Instrument und eine wichtige Pionierarbeit der langjährig erfahrenen Autor:innen.

Danke.

Bremen, den 12.01.2024

Manfred Vogt
Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie (NIK Bremen)

1 Störungsbild und Interventionsmöglichkeiten

1.1 Chronische körperliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Folgen

Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter führen nicht nur zu körperlichen Symptomen und Einschränkungen, sondern gehen auch mit teilweise schwerwiegenden psychischen Folgen einher. Pinquart (2013) konnte in einer Metaanalyse zeigen, dass von chronischer körperlicher Krankheit betroffene Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Kontrollgruppen stärker unter Depressivität, Angstsymptomen und Verhaltensproblemen leiden. Häufiger treten dabei internalisierende Probleme auf, sie werden oft als Reaktion auf Verlust, Einschränkungen und Unsicherheiten bezüglich des Krankheitsverlaufs interpretiert. Doch auch externalisierende Probleme treten auf, sie können als Reaktion auf mit der Erkrankung einhergehende Frustrationen angesehen werden. Betroffene leiden ebenso vermehrt unter sozialen Problemen, schizoid / zwanghaftem Verhalten und Aufmerksamkeitsproblemen. Im Vergleich zu jüngeren Kindern sind ältere Kinder ab sechs Jahren stärker von Symptomen betroffen, da mit höherem kognitivem Niveau eine bewusstere Wahrnehmung von Belastungen möglich ist und auch Folgen abgeschätzt und Vergleiche angestellt werden können.

Beeinflussende Faktoren. Das Ausmaß der psychischen Probleme infolge der Anpassung an eine chronische körperliche Erkrankung ist jedoch von vielfältigen Faktoren abhängig, einen Überblick geben Knappe et al. (2020). Zum einen ist es die Art der Erkrankung: Vor allem solche mit deutlich nach außen sichtbaren Symptomen (z. B. Adipositas) oder starken Funktionseinschränkungen im Alltag (z. B. Chronisches Erschöpfungssyndrom) gehen mit höherer psychischer Belastung einher. Um einen Überblick zu gewinnen, eignet sich die Kategorisierung chronischer körperlicher Erkrankungen nach ihren psychosozialen Anforderungen (s. auch Abschn. 1.1.2). Zum anderen muss die Bewältigung der Anforderungen aus Erkrankung und Behandlung vor dem Hintergrund der normativen Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters (z. B. Akzeptanz des eigenen Körpers) betrachtet werden. Inwiefern eine zufriedenstellende Anpassung an diese komplexen Anforderungen gelingt, ist schließlich abhängig von personellen (z. B. Selbstkonzept, Impulskontrolle), familiären (z. B. Kohäsion, Flexibilität familiärer Rollen) und sozialen (z. B. sozioökonomischer Kontext, soziale Unterstützung) Faktoren.

Das Bewältigungs- und Entwicklungsergebnis des betroffenen Kindes kann dabei von der Entwicklung einer psychischen Störung über eine subklinische Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zu einer normalen Entwicklung, womöglich sogar mit Resilienzgewinn reichen (Noecker, 2013).

■ Wichtig

Chronische Erkrankungen sind überdauernd und es stellt sich in der Adaption meist kein statischer Zustand ein, sondern ein Funktionsniveau, welches verschiedenen Einflussfaktoren und beständiger Wechselwirkung unterliegt (Noecker, 2013).

1.1.1 Das System Familie

Eltern

Körperliche chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter betreffen die gesamte Familie. Erkrankt ein Kind schwer, sind es meist Eltern, die ihr Kind bei der Bewältigung der Erkrankung und Behandlung maßgeblich unterstützen. Für Eltern ergeben sich aus dieser verantwortungsvollen Rolle vielfältige Anforderungen. Teubert und Pinquart (2013) zählen hierzu:

- ▶ die Konfrontation mit aktuellen Symptomen und möglichen Spätfolgen
- ▶ die Anforderungen, die durch die Behandlung gestellt werden (z. B. Ansprechpartner:innen für Ärzt:innen und Pflegepersonal, Entscheidungen bezüglich der Behandlung)
- ▶ den Umgang mit eventuell auftretenden funktionellen Einschränkungen der Kinder und Jugendlichen
- ▶ eigene Einschränkungen (z. B. berufliches Kürzerreten), um den Bedürfnissen des erkrankten Kindes gerecht werden zu können

Diese verschiedenen Anforderungen sind nicht selten Belastungsfaktoren und Eltern betroffener Kinder zeigen erhöhte Werte von Ängstlichkeit, Depressivität und psychischem Stress (Teubert & Pinquart, 2013; Cabizuca et al., 2009; Khanna et al., 2015). Auch sie begegnen diesen Anforderungen mit ihren individuellen personalen Ressourcen (z. B. Optimismus, Stressbewältigungsfähigkeiten) und tragen zudem in ihrer elterlichen Rolle wesentlich zum Funktionsniveau der Familie bei.

Geschwister

Nicht nur Eltern, sondern auch Geschwister haben im Vergleich ein leicht erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten. Teilweise sind sie zu einem sehr zeitigen Entwicklungsstand mit den Themen Krankheit und Tod konfrontiert und müssen unter Umständen mit einem stark veränderten familiären Alltag sowie der verminderten Verfügbarkeit ihrer Eltern umgehen. Sie haben ein vergleichsweise leicht erhöhtes Risiko für depressive und ängstliche Symptome sowie posttraumatische Belastungssymptome (Houtzager et al., 1999; Sharpe & Rossiter, 2002). Bei Erkrankungen mit überdauernden Funktionseinschränkungen rücken Geschwister im späteren Erwachsenenleben unter Umständen in die Rolle der Versorger:innen und sind mit ähnlichen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert wie einst ihre Eltern (Heller & Arnold, 2010).

Familiäres Funktionsniveau

Das Funktionsniveau der Familie wird bspw. bestimmt durch Flexibilität und Wandelbarkeit der familiären Strukturen, was die Adaption alltäglicher Routinen und Rollen sowie Problemlösefähigkeiten begünstigt (Herzer et al., 2010). Zentral ist ebenso die Kommunikation innerhalb der Familie sowie das Gefühl der Verbundenheit (Kohäsion), welche angesichts zum Teil existenzieller Bedrohungen entlasten und Stress reduzieren können (van Schoors et al., 2017). Im Idealfall lockert die Familie die erhöhte Kohäsion später wieder. Dysfunktional ist es, wenn dies nicht gelingt und die Familie im Gefühl der gegenseitigen Verantwortlichkeit verharrt. Dies birgt die Gefahr eines »Teufelskreises« (Roland, 2000, S. 87) aus Verantwortlichkeit, Schuld und zunehmend verstrickten Beziehungen.

1.1.2 Häufigkeit und typische Verlaufsformen chronischer körperlicher Erkrankungen

Häufigkeit

Unter dem Begriff chronische Erkrankungen wird eine Vielzahl unterschiedlichster Krankheitsbilder verstanden, entsprechend können keine verlässlichen Aussagen zur deren Häufigkeit getroffen werden. Dazu tragen vor allem die Seltenheit einiger chronischer Erkrankungen bei, die unvollständige Erfassung, eine unterschiedliche Zuordnung, regionale Unterschiede, die zeitlichen Veränderungen sowie in den letzten Jahren verbesserte Therapiemöglichkeiten (Hoß & Maier, 2013). »Insgesamt wird davon ausgegangen, dass in Deutschland derzeit etwa 10 bis 15% aller Kinder und Jugendlichen an chronischen Krankheiten leiden« (Hoß & Maier, 2013, S. 5). Betrachtet man einzelne chronische körperliche Erkrankungen, lassen sich etwas genauere Zahlen benennen. So haben etwa 2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine Behinderung mit einem Schweregrad von mindestens 50 Prozent (Ravens-Sieberer et al., 2007), etwa 4.000 Kinder erkranken jährlich neu an Typ-1-Diabetes (Buchmann et al., 2023) und etwa 1.800 Kinder und Jugendliche erkranken jährlich an bösartigen Tumoren, Leukämien und Lymphknotenerkrankungen (Kaatsch et al., 2015). 82 Prozent aller Kinder mit Krebserkrankungen überleben die nächsten 15 Jahre und lediglich bei 6,8 Prozent der Kinder kommt es zu einer erneuten Krebsdiagnose innerhalb der nächsten 30 Jahre (Kinderkrebsregister, 2019).

Verlauf

Chronische körperliche Erkrankungen unterscheiden sich in (Vogt et al., 2020; Petermann & Noecker, 2013):

- ▶ Ursache (z. B. erblich bedingt, Spontanmutation)
- ▶ Verlauf (z. B. plötzlich auftretend oder schleichend, in Schüben oder stetig progredient verlaufend)
- ▶ Prognose (z. B. heilbar, normale Lebensführung bei hoher Therapie-Compliance, lebenslimitierend)
- ▶ Ausprägung und Schwere der Symptome
- ▶ möglichen Folgeschäden
- ▶ Behandlungsmaßnahmen und daraus resultierenden Einschränkungen

Kategorisierung

Um psychosoziale und psychotherapeutische Bedarfe betroffener Patient:innen und Familien abzuschätzen und eine daran orientierte Versorgung anbieten zu können, ist eine Kategorisierung der vielzähligen chronischen Krankheitsbilder des Kindes- und Jugendalters in Abhängigkeit von ihren typischen Verlaufsformen und psychosozialen Anforderungen sinnvoll. Vogt et al. (2020) schlagen folgende Kategorisierung vor:

(1) Chronische Erkrankungen mit multiplen lebenslänglichen Einschränkungen

Von den betroffenen Patient:innen sowie ihren Familien wird eine lebenslange Anpassungsleistung gefordert, da es sich um persistierende und nicht reversible Erkrankungen mit diversen Beeinträchtigungen handelt (genetische Defekte, Behinderungen und schwere Mehrfachbehinderungen, Geburtstraumata, Unfallfolgen, Skoliose, Lissenzephalie etc.).

(2) Akut lebensbedrohliche Erkrankungen (und Unfallfolgen)

Für die Betroffenen besteht akute Lebensgefahr, weshalb schnellstmöglich medizinisch gehandelt werden muss. Es findet eine kurative Therapie statt. Eine Heilung der Erkrankung sowie eine anschließend normale Lebensführung werden angestrebt, können aber nicht immer erreicht werden (z. B. bei onkologischen Erkrankungen, angeborenen Herzerkrankungen, Organversagen, Short-Gut-Syndrom).

(3) Erkrankungen, bei denen keine Heilung, aber bei hoher Therapie-Compliance eine normale Lebensführung möglich ist

Eine normale Lebensführung ohne größere Einschränkungen ist möglich, sofern die notwendige medizinische Therapie durchgeführt wird (z. B. bei Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, juveniler idiopathischer Arthritis). Anforderungen und Belastungen durch eine meist medikamentöse Therapie bestehen häufig ein Leben lang. Bei Erkrankungen dieser Kategorie gibt es gravierende Unterschiede: Während etwa bei Neurodermitis ein schwerer Schub zwar mit starkem Juckreiz, optisch sichtbaren Ekzemen und folglich großem Unwohlsein verbunden ist, aber keine Lebensbedrohung darstellt, kann eine unzureichend eingestellte Insulin-Zufuhr bei Diabetes lebensbedrohliche Folgen wie Koma oder Organversagen nach sich ziehen.

(4) Krankheiten mit progredientem Verlauf sowie lebenslimitierende Erkrankungen

Krankheiten dieser Kategorie gehen mit infausten Prognosen und einer limitierten eingeschränkten Lebenserwartung einher. Auch bei einem letalen Krankheitsverlauf gibt es deutliche Unterschiede: Einige Erkrankungen führen relativ schnell zum Tod, während bei anderen das Leben noch viele Jahrzehnte bei guter Lebensqualität weitergehen kann (z. B. bei Adrenoleukodystrophie, Stoffwechselerkrankungen, Muskeldystrophie vom Typ Duchenne, Mukoviszidose/zystischer Fibrose).

Diese vorgeschlagene Kategorisierung mit jeweils spezifischen psychosozialen Anforderungen hat schematischen Charakter und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit in der Darstellung typischer Verläufe chronischer körperlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Das Wissen um typische Verlaufsformen erlaubt dem begleitenden medizinischen und therapeutischen Helfersystem jedoch abzuschätzen, welche psychosozialen sowie psychotherapeutischen Bedarfe bestehen können. Zu beachten gilt jedoch, dass der Einzelfall in der Versorgungspraxis nie perfekt einer Kategorie zuzuordnen ist und diese vielmehr ein klinisches Erfahrungswissen darstellt, welches der Hypothesenbildung dient. Beispielhaft sei hier nochmals auf die Adrenoleukodystrophie eingegangen, eine erblich bedingte Erkrankung die mit massiven Folgen und belastenden Behandlungen (z. B. Stammzelltransplantation) verbunden ist, aber nur bei einem Teil der Betroffenen ausbricht. Wie bei anderen chronischen körperlichen Erkrankungen auch lassen sich Verlauf und Behandlungsanforderungen nicht vorhersagen und die Betroffenen müssen einen Umgang mit dieser hohen Unsicherheit finden. Sie alle sind mit der Angst konfrontiert, dass die Erkrankung voranschreitet oder trotz erfolgreicher Behandlung wiederkehrt, kurz Progredienzangst.

Kodierung nach ICD-10 (ICD-11). Im Folgenden sind Störungskategorien nach ICD-10 GM (BfArM, 2020) sowie ICD-11 (BfArM, 2024) aufgezeigt, die häufig bei kindlichen und jugendlichen Patient:innen mit chronischen körperlichen Erkrankungen sowie ihren Angehörigen zutreffend sind (s. Abb. 1.1). Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie somatischer Erkrankungen spielen, werden in der Störungskategorie *F54* (ICD-11: 6E40.2) klassifiziert. Dort sind sie als leicht und »meist langanhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung)« (BfArM, 2020) beschrieben. Sie müssen zusätzlich zu einer körperlichen Störung codiert werden, da sie nicht die Kriterien für eine spezifische psychische Störung erfüllen. Haben die psychischen Symptome eigenen Krankheitswert, werden sie als Komorbidität einer organischen Erkrankung und einer psychischen Störung erfasst. In der Störungskategorie *F43* werden akute Belastungsreaktion (ICD-11: QE84), Anpassungsstörung (ICD-11: 6B43) oder Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11: 6B40/41) klassifiziert, welche primär als Reaktion auf außergewöhnlich belastende Lebensereignisse (z. B. Diagnose einer chronischen Erkrankung) oder lang anhaltende unangenehme Situationen (z. B. überfordernde Pflege eines nahen Angehörigen) nicht nur bei Patient:innen chronischer körperlicher Erkrankungen Anwendung finden, sondern auch bei deren Angehörigen. Weitere relevante Störungskategorien sind zum einen *F40.2*, hier werden spezifische Phobien (ICD-11: 6B03) auf eng umschriebene Situationen, wie z. B. spezielle körperliche Untersuchungen, beschrieben. Außerdem wird in der

Praxis die Kategorie *F41.2* angewendet, mit ihr kann das gleichzeitige Bestehen von Angst und depressiver Störung (ICD-11: 6A73) klassifiziert werden. Im Falle von Verlusterfahrungen bzw. Trauerreaktionen sieht das ICD-10 lediglich eine Kodierung im Rahmen von Belastungsreaktionen (F43) vor. Im ICD-11 wird nun die anhaltende Trauerstörung (6B42) definiert, die möglicherweise für trauernde Eltern und Geschwister eine entsprechende Einordnung darstellt.

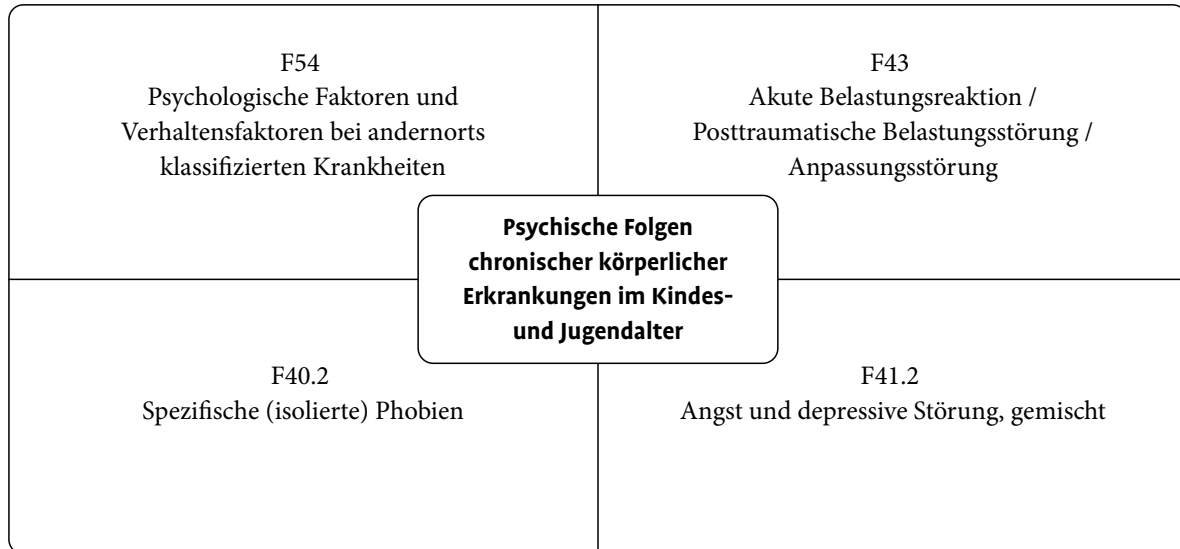


Abbildung 1.1 Ausgewählte Störungskategorien (ICD-10) bei psychischen Auswirkungen chronischer körperlicher Erkrankungen

Auch diese Einteilungen sind insofern irreführend, da sie eine psychische Störung als Folge von Erkrankung und Behandlung implizieren. Die psychosozialen Belastungen sind jedoch häufig eine adäquate Reaktion auf eine außergewöhnliche Situation und nicht per se eine psychische Erkrankung. Eine psychosoziale Form der Unterstützung ist demnach als Angebot stets an alle Patient:innen und deren Familien zu richten, ganz unabhängig von der Möglichkeit, die psychosoziale Belastung als psychische Störung kodieren zu können (Schröder et al., 2019). Die Diagnose an und für sich kann dabei Zugang zu professioneller psychosozialer Unterstützung ermöglichen.

1.1.3 Die Versorgungslandschaft

Der Komplexität der Bewältigung chronischer körperlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter werden Versorgungskonzepte gerecht, die über die Behandlung der körperlichen Symptomatik hinaus psychosoziale Anforderungen im Entwicklungskontext fokussieren. Eine solche Herangehensweise entspricht dem von der WHO vertretenen biopsychosozialen Verständnis chronischer Erkrankungen, welches Funktionseinbußen, Teilhabe und Versorgungsaufwand einbezieht (Wenzel & Morfeld, 2016).

Die psychosoziale Versorgung von körperlich chronisch kranken Kindern und Jugendlichen wird heute integriert im Rahmen der medizinischen Versorgung durch ambulante Kinderärzte und -ärztinnen mit Schwerpunktausbildung, Schwerpunkt-Ambulanzen, Hochschulambulanzen, Universitäre Polikliniken, Sozialpädiatrische Zentren und ambulanten Beratungsstellen geleistet. Doch auch Elterninitiativen, Selbsthilfegruppen und gemeinnützige Einrichtungen prägen die Versorgungslandschaft. Sie haben ihren Schwerpunkt – ausgehend vom Betroffenen austausch – wesentlich erweitert und leisten interdisziplinäre Versorgung (sozialrechtliche und psychosoziale Beratung, sozialmedizinische und psychosoziale Nachsorge, Prävention und Rehabilitation), Öffentlichkeitsarbeit sowie regionale und überregionale Vernetzung. Ebenso findet die Versorgung im Rahmen ambulanter Psychotherapien statt.

Es ist jedoch zu konstatieren, dass die psychosoziale Versorgung sehr lückenhaft und häufig von verschiedenen nichtstandardisierten oder gar geregelten Kontextbedingungen abhängig ist: So ist z. B. die psychosoziale Versorgung krebskranker Kinder und deren Angehörigen während der Akuttherapie deutschlandweit vorhanden, jedoch in hohem Ausmaß finanziert von Spendengeldern. Die seit 2020 bestehende gesetzliche Verankerung eines Anspruchs auf psychosoziale Versorgung bei Krebserkrankungen hat zu einer stabileren Finanzierung von ambulanten Krebsberatungsstellen geführt. Andere, nicht weniger schwerwiegende chronische oder lebensbedrohliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben keine vergleichbare Finanzierung oder Interessensvertretung und werden zuweilen gar nicht psychosozial adressiert.

Weitere Besonderheiten und Herausforderungen dieser psychosozialen Versorgung bestehen darin, dass sie einerseits sowohl therapeutische Angebote als auch präventive und rehabilitative Elemente – unabhängig vom Vorliegen einer tatsächlichen psychischen Störung – beinhalten sollte. Andererseits ist aufgrund der Bedarfe von Indexpatient:in, Eltern, Geschwistern und relevanten weiteren Angehörigen stets eine Mehrpersonenperspektive einzunehmen. Schließlich sollte diesen Bedarfen ein psychosoziales Angebot über die gesamte Lebensspanne der jungen Patient:innen folgen.

1.1.4 Therapeutisches Arbeitsmodell der psychosozialen Begleitung

Für die psychosoziale Begleitung von Familien mit einem krebskranken Kind wurde ein therapeutisches Arbeitsmodell (Abb. 1.2) entwickelt, welches die Reflexion über den Einsatz systemisch-lösungsorientierter Interventionen im Verlauf der Erkrankung und Behandlung – unter besonderer Beachtung des »günstigen« Zeitpunktes – unterstützen kann (Schepper et al., 2023). Differenziert werden typische psychosoziale Belastungen in verschiedenen Phasen einer chronischen körperlichen Erkrankung.

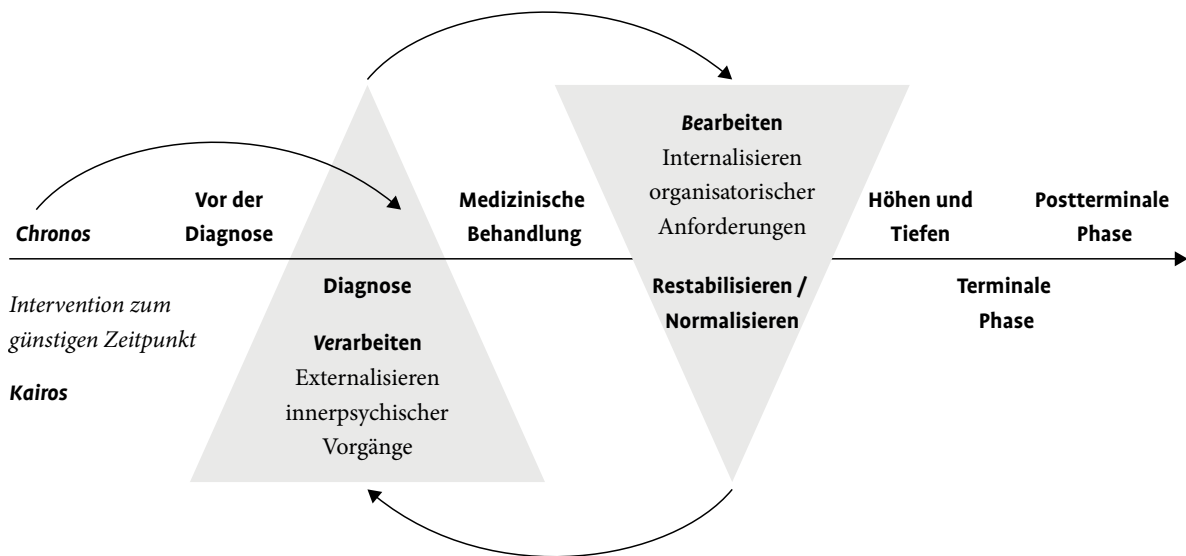


Abbildung 1.2 Therapeutisches Arbeitsmodell zur psychosozialen Begleitung in der pädiatrischen Onkologie

Krankheitsverarbeitung. Über alle Krankheitsphasen hinweg sollte die Reflexion über den günstigen Zeitpunkt *Kairos* für eine bestimmte therapeutische Intervention im Krankheitsverlauf *Chronos* ange-regt werden. Bestimmend dabei ist zum einen die Krankheitsverarbeitung, also »innerpsychische, kog-nitive und emotionale Verarbeitungs- und Reorganisationsleistungen« (Schaeffer & Moers, 2008) der Klient:innen, die in verschiedenen Krankheitsphasen Stress und intensiven Gefühlen ausgesetzt sind

(Vogt, 2020). Sie empfinden unter Umständen die Situation (Derealisation) und ihre eigene Person (Depersonalisation) als unwirklich und es fällt ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen und konstruktiv zu handeln (Mosetter & Mosetter, 2008). Im Fokus des *Verarbeitens* stehen die von den Klient:innen erlebten Emotionen und kognitiven Konstrukte über Sinn und Bedeutung der Erkrankung. Die Klient:innen werden dabei unterstützt, ihre Gefühle auszudrücken, das Erlebte zu erzählen und eine individuelle Form der narrativen Symbolisierung zu finden.

Krankheitsbearbeitung. Dem gegenüber bezieht sich die Krankheitsbearbeitung auf interaktive Prozesse des Krankheitsmanagements, die sich aus sozialen Handlungserfordernissen ergeben. Die Phasen der Therapie stellen verschiedene organisatorische Anforderungen. So sind bei Krankenhausaufenthalten die Familienmitglieder längerfristig getrennt, was flexible familiäre Rollen und kreative Problemlösestrategien erforderlich macht. Eltern müssen oft berufliche Ziele anpassen, mit unmittelbarer Auswirkung auf das finanzielle Auskommen. Ebenso kann der familiäre Alltag tangiert sein, wenn z. B. eine strenge Therapie-Compliance (z. B. in Bezug auf Hygiene) erforderlich ist.

Die Klient:innen bewältigen die Krankheits- und Behandlungserfahrung in einem sich gegenseitig beeinflussenden Wechsel von Krankheitsbearbeitung und -verarbeitung. Damit die Klient:innen in diesem Prozess unterstützt werden, erfolgt eine daran orientierte psychosoziale Begleitung, z. B. durch hochfrequente Termine zu Krisenzeiten sowie durch lose und mit großem zeitlichem Abstand stattfindende Entlastungs- und Bewältigungsgespräche in stabilen Zeiten. Die psychosoziale Begleitung orientiert sich demnach sehr stark an den Klient:innen, an ihren Bedürfnissen und der medizinischen Behandlung sowie deren Verlauf. Psychische Störungen der Patient:innen oder der Angehörigen sind als Folgen der erkrankungs- und behandlungsbedingten Anforderungen zu verstehen und werden häufig erst im Nachgang in stabileren Zeiten psychotherapeutisch im Rahmen ambulanter Psychotherapien behandelt. Teilweise ist es jedoch selbst für erfahrene Kliniker:innen schwer zu unterscheiden, ob es sich bei krankheitswertigen Symptomen um die Ausprägung regelhafter psychischer Störungen oder vielmehr um »normale« Belastungsreaktionen auf das außergewöhnliche Lebensereignis »Krankheit« handelt – inhaltlich ist diese Unterscheidung jedoch selten notwendig und wenig handlungsleitend.

Phasen im Krankheitsverlauf

Die Phasen chronischer körperlicher Erkrankungen und ihre spezifischen psychosozialen Anforderungen (Schaeffer & Moers, 2008) beginnen mit der Diagnosefindung und reichen bis über das Versterben der Patient:innen hinaus.

(1) Vor der Diagnose. Chronische Erkrankungen beginnen teilweise mit unklaren und irritierenden Symptomen. Aus Unwissenheit oder Angst werden Symptome zunächst auf alltägliche Gründe zurückgeführt und Verhaltensweisen angepasst. Manchmal zögern Patient:innen die diagnostische Abklärung hinaus und erleben eine Phase der Ungewissheit, wobei dies im Falle von Eltern erkrankter Kinder eher selten real vorkommt, sondern häufiger einer subjektiven Einschätzung eigener Schuld entspricht. Im Krankheitsverlauf können dann belastende Selbstvorwürfe auftreten (z. B. »Ich hätte eher auf erste Symptome bei meinem Kind reagieren müssen«), die durch geeignetes Reframing umgedeutet werden können: Schuldgefühle sind häufig mit einem inneren Aufruf zur Übernahme von Verantwortung verbunden. Dies mag rückwirkend nicht möglich, zum aktuellen Zeitpunkt aber günstig sein. Anschließend kann die Frage gestellt werden, wofür Eltern in diesem Moment bereits Verantwortung übernehmen und zukünftig übernehmen werden (z. B. das Kind durch den Prozess der Behandlung zu begleiten und ansprechbar zu sein).

2 Vor der Intervention

Aus diesen Überlegungen heraus haben wir Materialien entwickelt, welche eine Kombination von verhaltenstherapeutischen und systemisch-lösungsfokussierten Elementen enthält. Dabei stehen sowohl eine behutsame Konfrontation bestehender Progredienzangst-Situationen als auch die gemeinsame Kommunikation und Reflexion dieser Situationen in der Familiendyade sowie die Stärkung von Ressourcen und das Entwickeln von Möglichkeiten des (gemeinsamen) Umgangs mit Progredienzangst im Zentrum.

Thematische Gliederung

Inhaltlich lässt sich die Intervention in einzelne Themenbereiche teilen, die passenden Arbeitsmaterialien finden Sie in den folgenden Kapiteln:

- ▶ Einstieg und Auftragsklärung (Kap. 3)
- ▶ Psychoedukation und Exploration (Kap. 4)
- ▶ Progredienzangst-Situationen beschreiben (Kap. 5)
- ▶ Beziehungs- und Ressourcenarbeit mit der Lebenslinie (Kap. 6)
- ▶ Reflexion und Austausch (Kap. 6)
- ▶ Festigung von Bewältigungsressourcen und Fähigkeiten (Kap. 6)
- ▶ Abschluss und Transfer in den Alltag (Kap. 6)

Kapitel 6 »Ressourcenarbeit« beinhaltet mehrere Interventionen, die aufeinander aufbauen, jedoch auch einzeln durchgeführt werden können.

Der letzte Teil der »Superfähigkeit« versucht, alle Ergebnisse aus den vorherigen Übungen zusammenzufassen.

Zielgruppe

Die Materialien sind für chronisch körperlich kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern konzipiert. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher psychosozialer Anforderungen der sehr verschiedenen chronischen Erkrankungen (vgl. Abschn. 1.1.2), ist zu beachten, dass die Intervention insbesondere auf lebensbedrohliche oder lebenslimitierende Erkrankungen zugeschnitten ist bzw. im Kontext pädiatrisch onkologischer Erkrankungen entwickelt worden ist. Aus diesem Grund nutzen wir die Zuschreibungen »chronisch«, »lebensbedrohlich« oder »krebserkrankt« abwechselnd, je nach Kontext, in welchem wir als Autor:innen und Entwickler:innen des hier vorliegenden Materials Erfahrungen sammeln und klinisches Erfahrungswissen generieren konnten.

Alter

Wir empfehlen Interventionen bei Progredienzangst bei Kindern je nach individuellem Entwicklungsstand ab dem Grundschulalter. Jüngere Kinder leiden durchschnittlich in geringerem Maße an dysfunktionaler Progredienzangst (Clever et al., 2018), jedoch sind wissenschaftliche Erkenntnisse in diesem Bereich sehr rar (Tutelman et al., 2022; Luz et al., 2020). Vermutet werden kann jedoch, dass sie noch nicht die kognitiven Fähigkeiten haben, um die Folgen der Erkrankung zu überblicken. Sind Kinder jedoch belastet, womöglich weil sie häufig körperliche Symptome wahrnehmen, viele und wiederkehrende Einschränkungen erfahren oder sich in ihrer Bewältigung an den Eltern orientieren, ist die Thematisierung von Progredienzangst gemeinsam in einer Familiendyade unseres Erachtens sinnvoll. Zwar können einige Elemente, wie die Psychoedukation mittels Bildergeschichte, über das Bildmaterial gestaltet werden, jedoch ist eine Reflexion von Progredienzängsten an Abstraktions- und Ausdrucksfähigkeit gebunden. Je nach Entwicklungsstand gilt es, bei belastenden Ängsten Unterstüt-

zung im Wahrnehmen und Ausdruck anzubieten – im Falle der Begleitung von Kindern und Jugendlichen ist es Grundvoraussetzung, sich auf sehr unterschiedliche Entwicklungsphasen und deren Herausforderungen als psychosoziale Helfer:in oder Psychotherapeut:in einstellen zu können.

Ausschlusskriterien


Nicht geeignet ist die Intervention für Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten sowie nur geringen Kenntnissen der deutschen Sprache.

Die Materialien online anwenden

Bei der Pilotierung der Materialien, die zu Zeiten der Covid-19-Pandemie stattfand, haben wir erfreulicherweise viele positive Erfahrungen in der Online-Durchführung gesammelt. Vor dem Hintergrund von z. B. Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum oder strengen Hygieneanforderungen möchten wir dazu ermutigen, die Intervention oder zumindest Teile davon auch via Videotelefonie durchzuführen. Die Materialien sind als PDF verfügbar und können auf dem Bildschirm geteilt werden. Das **AB 8** »Mutig:Mappe« kann im Vorfeld der Intervention per Post versandt werden, wobei sich die Therapeut:innen in einem eigenen Exemplar Notizen machen können. Die kreativen Elemente führen die Klient:innen dann mit eigenen Materialien durch.

Zur Arbeit mit den Materialien

Zur besseren Orientierung sind die Materialien mit folgenden Symbolen gekennzeichnet:

- T** Das Icon bezeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für Therapeut:innen vorgesehen sind.
- K** Diese Arbeitsmaterialien sind für Kinder zur Bearbeitung gedacht.
- E** Mit diesem Icon versehene Arbeitsblätter können zur Bearbeitung an Eltern oder andere Bezugspersonen ausgegeben werden.
-  »Wie sag ich 's?« Mit diesem Icon werden Beispielformulierungen für den Therapeuten in wörtlicher Rede gekennzeichnet.

Arbeits- und Informationsmaterial

INFO 1 Beispielhaftes Vorgehen

Dieses Informationsblatt bietet eine Übersicht zu den therapeutischen Einsatzmöglichkeiten der Materialien. Dargestellt werden mögliche Versorgungssettings (Akutversorgung/ ambulante Nachsorge) sowie beispielhafte Abläufe für unterschiedliche Zielgruppen (Eltern / Kinder).

AB 1 Progredienzangst-Fragebogen PA-F-KF

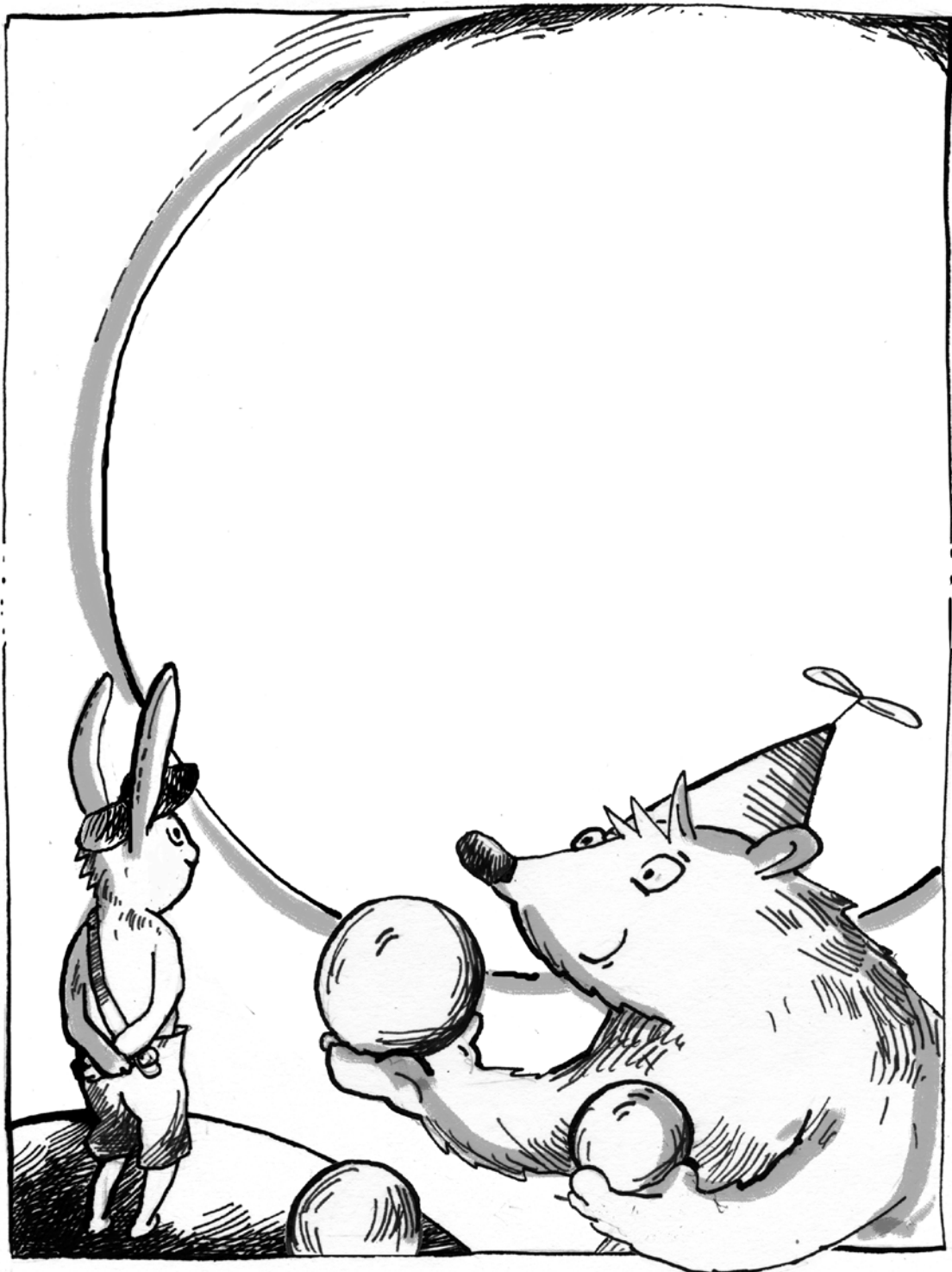
Dieses Arbeitsblatt beinhaltet separate Fragebögen zur Erfassung von kindlicher und elterlicher Progredienzangst sowie Hinweise zur Auswertung, psychometrischen Güte und Vorschläge zur klinischen Beurteilung des Scores.

AB 2 Screening zur Einschätzung des psychosozialen Nachsorgebedarfs in der pädiatrischen Onkologie für Selbst- und Elternbericht NPO-11

Dieses Arbeitsblatt beinhaltet Fragebögen zur Erfassung des psychosozialen Nachsorgebedarfs von Kindern (im Selbst- und Elternbericht) sowie Hinweise zur Auswertung, psychometrischen Güte und Vorschläge zur klinischen Beurteilung des Scores.

Kritzelseiten

Der Zaubär lässt Filippo durch magische Kugeln einen Blick in die Zukunft werfen.
Was sieht er?



Kritzelseiten

Wie willst du dich im Alltag an deine Superfähigkeit erinnern?

