

Romer, Georg / Stavenow, Karma / Baldus, Christiane / Brüggemann, Annika / Barkmann, Claus und Riedesser, Peter

Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 1, S. 53-72

urn:nbn:de:bsz-psydok-46402

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen 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:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>) .	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis-	
5	handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio-	
	nal Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie-	
	rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives	
	Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption	
	und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im	
	Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische	
	Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin-	
20	der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte-</i>	
	<i>Markwort</i>)	419
	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit	
	und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes	
	verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis-	
	sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag-	
	nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für	
	traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und	
	Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
42	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.	
43	(<i>L. Unzner</i>)	571
44	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>) .	302
45	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte	
	Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rütter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern

Georg Romer, Karma Stavenow, Christiane Baldus, Annika Brüggemann, Claus Barkmann und Peter Riedesser

Summary

How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients

Children's subjective experience of growing up with a somatically ill parent was studied by a qualitative analysis of individual interviews with children having a parent on hemodialysis. Transcripts of semi-structured interviews with 8 children and adolescents between 6 and 17 years and with one ill mother, whose father had had the same disease, were evaluated through structuring content analysis and psychoanalytical text interpretation. All individuals showed a strong sense of responsibility for their parents. In some cases this conflicted with their strives for autonomy. Almost all children tried to avoid conflicts with their parents. Younger children suffered from diffuse sadness, whereas children up from 11 years had concrete fears of medical complications or their parents' possible decease. In case parents spoke frankly about their illness, children felt relieved. Results suggest that growing-up with a chronically ill parent means a sustaining experience for a child, which requires enormous efforts of psychological adaptation. In preventive counselling concepts, parents should be strengthened in their competence as emotionally available attachment figures.

Key words: mental health risk factors – child of impaired parent – coping with illness – interview studies – psychotraumatology

Zusammenfassung

Die subjektive Verarbeitung der Erfahrung, mit einem körperlich kranken Elternteil aufzuwachsen, wurde mit einer qualitativen Analyse von Einzelinterviews von Kindern und Jugendlichen mit einem dialysepflichtigen Elternteil untersucht. Hierzu wurden halbstrukturierte Interviews mit 8 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren sowie einer kranken Mutter, die selbst als Kind eines dialysepflichtigen Vaters aufgewachsen war, mit strukturierender Inhaltsanalyse und psychoanalytischer Textinterpretation ausgewertet. Die Befragten zeigten ausnahmslos ausgeprägte Verantwortungsgefühle für ihre Eltern. Es fanden sich hierbei Schuldkonflikte wegen eigener Autonomiebedürfnisse sowie die Tendenz, Konflikte mit den Eltern zu vermeiden. Jüngere Kinder waren durch diffuse Traurigkeit belastet,

während Kinder ab 11 Jahren konkrete Ängste vor Krankheitskomplikationen oder einem tödlichen Verlauf der elterlichen Erkrankung schilderten. Sprachen Eltern offen über ihre Krankheit, erlebten dies die Kinder als hilfreich. Schlussfolgernd scheint das Aufwachsen mit einem chronisch kranken Elternteil eine nachhaltig prägende Erfahrung zu sein, die enorme psychische Anpassungsleistungen erfordert. In präventiven Beratungskonzepten sollten u. a. Eltern in ihrer Kompetenz als emotional verfügbare Bindungspersonen gestärkt werden.

Schlagwörter: Risikofaktoren für psychische Störungen – Kinder kranker Eltern – Krankheitsbewältigung – Interviewstudien – Psychotraumatologie

1 Einleitung

Mit einem körperlich kranken Elternteil aufzuwachsen, gilt in der Risiko- und Protektionsforschung seit langem als Risikofaktor für seelische Gesundheitsprobleme (Rutter 1966; Hoffmann u. Egle 1996; Dornes 1999). In Anlehnung an Daten des U. S. National Center for Health Statistics (1993, zit. nach Worsham et al. 1997) ist davon auszugehen, dass schätzungsweise 5-15 % aller Kinder und Jugendlichen in einer Familie mit einem chronisch erkrankten Elternteil leben (Romer et al. 2002). Viele seelisch belastende Auswirkungen einer ernsten körperlichen Erkrankung eines Elternteils, wie häufige medizinische Eingriffe, Krankenhausaufenthalte, Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes und – in Fällen mit ernster Prognose – eine vitale Bedrohung, prägen die familiäre Lebenssituation. Für betroffene Eltern ist es oftmals schwierig, auf die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen einzugehen (Lewandowski 1992), deren Ängste und Sorgen sie häufig unterschätzen (Welch et al. 1996; Thomalla et al. 2005). Hierzu tragen Kinder mitunter aktiv bei, indem sie ihre Ängste und Sorgen vor den ohnehin belasteten Eltern verbergen und sich stattdessen von ihrer stabilsten Seite zeigen (Romer et al. 2002, 2004). Kinder können an dieser Situation durchaus reifen und sogar besondere soziale Kompetenzen entwickeln. Es kann jedoch auch eine seelische Überforderung entstehen, insbesondere wenn erhöhte Autonomieanforderungen, altersunangemessene Parentifizierungen, Einbeziehung in Pflege und Versorgung des kranken Elternteils, familiäre Sprachlosigkeit, kognitive Desorientiertheit, mangelnde emotionale Verfügbarkeit beider Eltern oder Schuldgefühle wegen altersgerechter Ablösungswünsche („Ausbruchsschuld“) hinzukommen (Riedesser 1995). Dies kann zu Schulproblemen, Somatisierungsstörungen oder internalisierenden Störungen mit Angst, Depressivität und sozialem Rückzug führen (Riedesser u. Schulte-Markwort 1999; Romer et al. 2004). Während viele Forschungsarbeiten zu Ehepartnern und erwachsenen Familienangehörigen von chronisch Kranken ebenso wie zu Eltern erkrankter Kinder existieren, wurde der Einfluss einer elterlichen Erkrankung auf die psychische Entwicklung körperlich gesunder Kinder bislang vergleichsweise wenig erforscht (Lewandowski 1992). Insbesondere über alterstypische Reaktionsmuster, die zu einer geglückten oder missglückten psychosozialen Anpassung beitragen, ist wenig bekannt. Um gezielte präventive Konzepte für be-

troffene Familien entwickeln zu können, gilt es, das Wechselspiel zwischen Krankheitsverarbeitung der Eltern, Familienleben, Eltern-Kind-Beziehung und kindlicher Bewältigung zu verstehen.

Im Rahmen einer Pilotstudie zur psychischen Situation von Kindern dialysepflichtiger Eltern sollte neben einer anderenorts publizierten quantitativen Erhebung zu deren psychischen Auffälligkeiten mittels Symptomfragebögen (Thomalla et al. 2005) durch eine qualitative Inhaltsanalyse von Einzelinterviews mit einem Teil der rekrutierten Kinder und Jugendlichen unterschiedlicher Alterstufen versucht werden, Einblick in deren subjektive Verarbeitung der chronischen elterlichen Erkrankung zu gewinnen. Das originale Narrativ der kindlichen Erlebnisperspektive sollte mit einer regelgeleiteten und replizierbaren Methode untersucht werden. Von vorrangigem Interesse waren: 1. der Informationsstand zur elterlichen Erkrankung; 2. die wahrgenommenen Auswirkungen der Erkrankung auf das Familienleben; 3. eigene, bewusst wahrgenommene seelische Belastungen; 4. individuelle Bewältigungsstrategien; 5. eigene Zukunftsentwürfe.

2 Methodik

2.1 Untersuchungsgruppe

Mit Unterstützung der lokalen Selbsthilfeorganisation „Interessengemeinschaft Künstliche Niere e. V.“ (IKN) sowie von neun Dialysepraxen im Großraum Hamburg konnten 24 Familien mit einem aktuell oder ehemals dialysepflichtigen Elternteil für eine Fragebogenerhebung gewonnen werden (Thomalla 2002; Thomalla et al. 2005), an die sich diese Interviewstudie anschloss. Die Familien konnten sich unabhängig von der Fragebogenerhebung für oder gegen eine Teilnahme an den Interviews entscheiden. Insgesamt neun Familien gaben ihre informierte Zustimmung zu einem offenen Familieninterview, das dem persönlichen Kennenlernen der gesamten Familie dienen sollte. In acht Fällen waren Eltern und je ein Kind im Alter zwischen 6 und 17 Jahren mit einem zweiten Termin einverstanden, zu dem das Kind für ein halbstrukturiertes Interview eingeladen wurde. Da das Untersuchungsmaterial vorwiegend aus retrospektiven Erinnerungen bestand, wurde auch ein Interview mit einer kranken 43-jährigen Mutter, deren Kinder an der Studie teilnahmen und die ihrerseits mit einem ehemals dialysepflichtigem Vater aufgewachsen war, in die Untersuchung einbezogen. Die Gesamtdauer der Dialysepflichtigkeit des erkrankten Elternteils lag zum Interviewzeitpunkt zwischen einem und acht Jahren. Drei Elternteile waren zum Zeitpunkt des Gespräches bereits transplantiert. Drei der neun Befragten waren aktuell oder ehemals in psychotherapeutischer Behandlung, was angesichts der nicht auf psychotherapeutische Inanspruchnahme angelegten Rekrutierung auffällig schien. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Untersuchungsgruppe.

Tab. 1: Untersuchungsgruppe

Name (geändert)	Geschlecht	Alter	kranker Elternteil	Alter des Kindes zu Beginn der elterlichen Dialysepflichtigkeit	Elternteil transplantiert?	Abweichende Familiensituation	Geschwister	Besonderheiten
Sarah	w	5	Vater	vor Geburt	nein	—	nein	Mutter zudem Asthmatikerin
Michelle	w	6	Mutter	5 Jahre	nein	Eltern getrennt, Kind lebt abwechselnd bei Mutter und Vater	nein	—
Jana	w	6	Mutter	5 Jahre	nein	Eltern getrennt, Mutter allein erziehend	1 Schwester, 9 J	—
Tim	m	7	Vater	2 Jahre	seit 2 Monaten	Eltern geschieden, lebt bei Mutter, regelmäßiger Besuchskontakt zum Vater	nein	—
Lukas	m	11	Mutter	8 Jahre	nein	Eltern geschieden, Kind lebt bei Mutter	nein	wg. Belastung durch Scheidung der Eltern in Psychotherapie
Nikolas	m	12	Mutter	7 Jahre	seit 3 Jahren	—	nein	wegen Schulproblemen in schulpsychologischer Betreuung
Katrin	w	16	Mutter	2 Jahre	seit 6 Jahren	—	nein	—
Christian	m	17	Vater	2 Jahre	seit 10 Jahren	—	nein	—
Frau H. (Mutter von Jana)	w	43	Vater	5 Jahre	Vater verstorben, als Frau H. 13 J.	—	3 Brüder (1 älter, 2 jünger)	Frau H. selbst dialysepflichtig

2.2 Datenerhebung

Alle Interviews wurden durch einen tiefenpsychologisch ausgebildeten Kinder- und Jugendpsychiater geführt. Im Stil einer psychodynamischen Gesprächsführung sollte die Gestaltung einer dialogischen Begegnung vorrangig sein, um die Validität des Untersuchungsmaterials zu optimieren. Ein nötiges Maß an Standardisierung wurde durch einen Gesprächsleitfaden für ein halbstrukturiertes Interview hergestellt, der vier große Themenbereiche beinhaltete, die ohne Festlegung der Reihenfolge vertieft werden sollten (Abb. 1). Der Interviewer konnte sich flexibel am dialogischen Geschehen orientieren und einzelne Themen vertiefen (Flick 1991). Die Interviews wurden nach informierter Zustimmung von Eltern und Kind mit Videotechnik aufgezeichnet und daraufhin verbatim transkribiert.

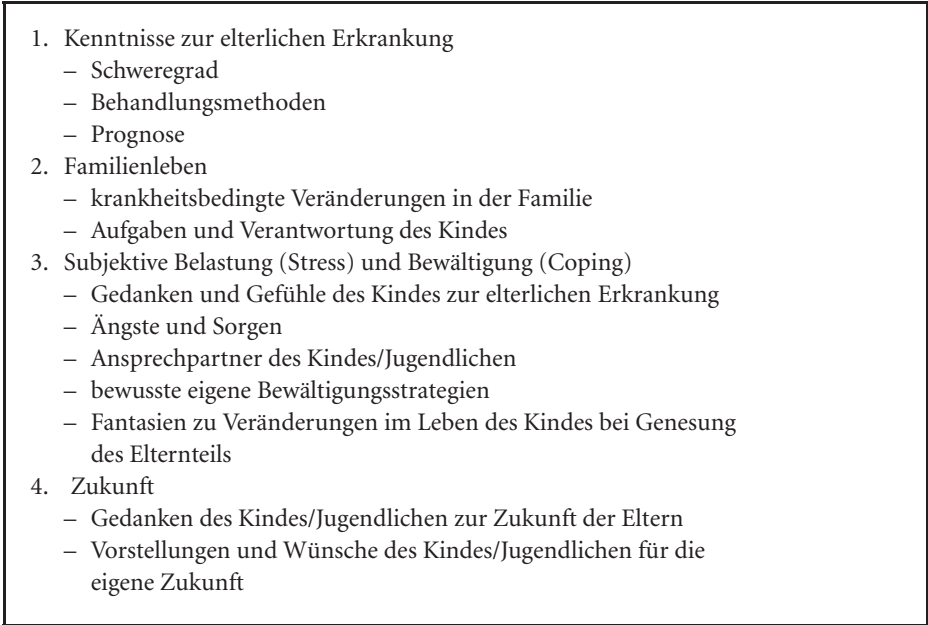
- 
1. Kenntnisse zur elterlichen Erkrankung
 - Schweregrad
 - Behandlungsmethoden
 - Prognose
 2. Familienleben
 - krankheitsbedingte Veränderungen in der Familie
 - Aufgaben und Verantwortung des Kindes
 3. Subjektive Belastung (Stress) und Bewältigung (Coping)
 - Gedanken und Gefühle des Kindes zur elterlichen Erkrankung
 - Ängste und Sorgen
 - Ansprechpartner des Kindes/Jugendlichen
 - bewusste eigene Bewältigungsstrategien
 - Fantasien zu Veränderungen im Leben des Kindes bei Genesung des Elternteils
 4. Zukunft
 - Gedanken des Kindes/Jugendlichen zur Zukunft der Eltern
 - Vorstellungen und Wünsche des Kindes/Jugendlichen für die eigene Zukunft

Abb. 1: Leitfaden für halbstrukturiertes Interview

2.3 Auswertung

Es wurden aufeinanderfolgend zwei Verfahren durchgeführt: 1. die *strukturierende Inhaltsanalyse* nach Mayring (1995) als textimmanente Methode, die auf theoretische Vorannahmen verzichtet, und 2. die auf der Bruchanalyse nach Argelander (1982) basierende und von Dierks (1996) für Interviews mit Kindern weiter entwickelte *psychoanalytische Textinterpretation*. Letztere stellt ein konstruktgeleitetes interpretatives Verfahren dar, welches auch ein Verständnis unbewusster Gesprächsinhalte ermöglichen soll. Die Anwendung beider Methoden diene u. a. dazu, die

Grenzen und Möglichkeiten des jeweiligen Verfahrens auszuloten. Die zunächst vorgenommene Analyse jedes Einzelfalls sollte eine angemessene Sensibilität für individuelle Differenzen gewährleisten (Kern 1997). Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse definierten wir in Anlehnung an die Gliederung des Interviewleitfadens in einem ersten Schritt die folgenden fünf Themenbereiche als inhaltliche Oberkategorien: 1. Informationen über elterliche Erkrankung, 2. Kind/Jugendlicher über sich, 3. Familie, 4. Risiko/Belastung (Stress), 5. Reaktionen/Bewältigung (Coping). Eine vom Interviewer unabhängige Auswerterin ordnete daraufhin einzelne Textpassagen, die eine inhaltliche Einheit bildeten, den jeweiligen Oberkategorien zu. Ausgehend von den jeweiligen Inhalten der so vorsortierten Textpassagen wurden in einem nächsten Schritt weitere differenzierende Unterkategorien bestimmt, die eine sinnvolle Unterteilung in angesprochene Einzelthemen erlaubten. Die Schritte der Textextraktion und der weiter differenzierenden Kategorisierung wurden mehrmals wiederholt, bis schließlich ein strukturiertes System von wechselseitig weitgehend unabhängigen inhaltlichen Kategorien entstand, welches von den Originalaussagen im Interview abgeleitet war. Teilweise war es hierbei sinnvoll, die ursprüngliche inhaltliche Gliederung zu modifizieren. Beispielsweise ließ sich ein Teil der Aussagen in der Kategorie „Wissen über die elterliche Erkrankung“ passender in den Bereich „Bewältigungsversuche“ unter der neu gebildeten Kategorie „Information als Verstehenshilfe“ einordnen. Das so im Prozess der Auswertung differenzierte Kategoriensystem sieht folgendermaßen aus:

Wissen über elterliche Erkrankung:

- somatisch pathologisches Verständnis,
- Behandlung.

Selbstbeschreibungen:

- prosoziale Haltungen: Besorgnis, Verantwortung, Loyalität,
- abgrenzende Verhaltensweisen: Autonomie, Wut, Aggression,
- Gedanken über die Zukunft.

Familienbeziehungen und familiäre Konzepte:

- Beziehung zum kranken Elternteil,
- Beziehung zum gesunden Elternteil,
- Vorstellungen einer „gesunden Familie“,
- Aufgabenverteilung in der Familie.

Krankheitsbezogene subjektive Belastungen:

- Angst, Sorgen,
- Gedanken zum Tod.

Bewusste Reaktionen/Bewältigungsversuche:

- Subjektiv funktionale Copingstrategien:
 - Information als Verstehenshilfe (kognitive Orientierung),
 - Geheimhaltung,
 - Bewusste Verdrängung/Ablenkung,
 - Suche nach Nähe und Halt in einer Beziehung.
- Subjektiv dysfunktionale Copingstrategien

Bei der ergänzend durchgeführten *psychoanalytischen Textinterpretation* (Dierks 1996) wird ein Bruch im verbatim transkribierter Textmaterial als ein Ereignis definiert, das bei der auswertenden Person die affektive Reaktion: „Das ist unlogisch, widersprüchlich, absurd!“ hervorruft. Von den ursprünglich von Argelander (1982) differenzierten zehn Bruchkategorien, waren die folgenden sieben bei der Auswertung bedeutsam: 1. inhaltlicher Widerspruch; 2. unerwarteter Themenwechsel; 3. grammatikalischer Satzverfall (z. B. Umformulieren, Satzabbruch, Subjektwechsel innerhalb eines Satzes); 4. starke Stimmungsschwankungen (z. B. leises Sprechen, Stimmversagen); 5. lange Schweigepausen; 6. Versprecher; 7. inhaltlich-szenische Doppeldeutigkeit (z. B. Ironie, Sarkasmus oder unlogische Bemerkungen). Die so identifizierten Brüche wurden im Transkript gekennzeichnet. In einer Supervisionssitzung erarbeiteten wir für jeden Bruch vor dem Hintergrund des Gesamteindrucks des Interviews eine plausible Interpretation seines latenten Sinngehaltes und formulierten eine psychodynamische Hypothese über die Entstehung der intrapsychischen Spannung, die die Brüche im Narrativ erzeugt haben könnte. Die Validität der so gewonnenen Interpretationen überprüften wir in einem zweiten Schritt mit Hilfe eines textimmanenten Verfahrens. Hierzu wurde die in Fachjargon gehaltene psychodynamische Hypothese unter strikter Verwendung von im Interview auffindbaren Formulierungen des betreffenden Kindes in einen angenäherten kindlichen „Originalton“ in Form eines fiktiven Selbstgespräches zurückübersetzt. Dabei sollten ausschließlich Textbausteine aus den Originalaussagen verwendet werden, die jedoch in beliebiger Reihenfolge neu zusammengesetzt werden durften. Neben der so geprüften Rückübersetzbarkeit in den Wortlaut der Befragten war für die Validierung einer Hypothese gefordert, dass der emotionale Eindruck, der beim Lesen dieses fiktiven kindlichen Selbstgespräches bei den Untersuchern¹ entstand, stimmig zum emotionalen Eindruck des gesamten Interviews war (Dierks 1996). Im negativen Fall, wenn entweder die Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes nicht gelang, oder der Gesamteindruck nicht stimmig schien, sollte die psychodynamische Hypothese erneut geprüft und modifiziert werden.

3 Ergebnisse

3.1 Wissen über die elterliche Erkrankung

Für die Ergebnisdarstellung der *strukturierenden Inhaltsanalyse* werden zu den einzelnen inhaltlichen Kategorien unter Berücksichtigung alterstypischer Merkmale zusammenfassende Aussagen formuliert und durch Originalzitate veranschaulicht.

Alle acht befragten Kinder und Jugendlichen hatten konkrete Kenntnisse über die Nierenerkrankung des betroffenen Elternteils. Die befragten Kinder im Alter von 5 bis 7 Jahren waren in der Lage, Krankheitsbegriffe zu benennen, konnten diese je-

¹ Auf ein unter methodischen Gesichtspunkten wünschenswertes Rating dieses Vorganges durch außenstehende Dritte wurde aufgrund des experimentellen Charakters dieser ergänzenden Teilmethode im Rahmen der Gesamtstudie verzichtet.

doch nicht erklären. Ursachen der Erkrankung sowie Zusammenhänge zwischen Nierenerkrankung und Dialysebehandlung waren ihnen durchweg unbekannt. Die elterliche Erkrankung wurde vor allem über visuelle Eindrücke (z. B. Blut, Verbände, Dialysegeräte) und körperliche Veränderungen der Eltern wahrgenommen.

„Da wird sie behandelt. Da hat sie so (zeigt auf ihren Arm), was so'n Geräusch macht im Arm. [...] Wenn sie fertig ist, dann kriegt man da 'ne Spritze 'rein.“ (Michelle, 6 Jahre)

Das noch lückenhafte Krankheitsverständnis der 11- bis 12-Jährigen wurde teilweise durch Fantasien ergänzt, die Ängste bereiteten.

„Dieser eine Wert ist wieder hochgegangen bei ihr auf 3,6 [...] Ich glaub', der heißt Kreatininwert² oder so [...] Das ist so 'n Gift.“ (Nikolas, 12 Jahre)

3.2 Selbstbeschreibungen

Prosoziale Haltungen: Besorgnis, Verantwortung, Loyalität. Alle Befragten zeigten ein großes Maß an Verantwortungsbewusstsein, Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme gegenüber dem erkrankten Elternteil. Hierzu gehörte mitunter die Sorge, stets ein wachsameres Auge auf den kranken Elternteil haben zu müssen.

„Ich seh' sie (die Mutter, wenn sie sich nach der Dialyse ausruht) dann immer [...] weil sie aus dem Bett fällt oder falls sie aufsteht.“ (Michelle, 6 Jahre)

„Ja, ich hab' ihr glaub' ich dann (ins Krankenhaus) immer Spielsachen mitgebracht, damit sie das dann nicht so langweilig hat [...], da war ich glaub' ich so fünf. [...] Sie war dann (zu Hause nach der Dialyse) manchmal auch wirklich geschlaucht und sagte: 'Ich muss mich jetzt ausruhen' [...] Und dann hab' ich mich auch meistens eher zurückgezogen [...] und sie nicht weiter irgendwie gefordert oder irgendwas von ihr verlangt.“ (Katrin, 16 Jahre)

Beide befragten älteren Jugendlichen nahmen bei sich im Vergleich zu Gleichaltrigen deutlich mehr soziale Verantwortung wahr. Sie sahen dabei einen Zusammenhang mit dem Aufwachsen mit dem kranken Elternteil.

„Vielleicht, vielleicht kann ich (dadurch heute) die Ernsthaftigkeit einer Situation besser einschätzen (zieht Vergleiche zu seinen Mitschülern). Ich denke 'mal, die reagieren auf Situationen, mit denen sie noch nie was zu tun hatten, reagieren sie oft absolut fehl. Und deswegen denk' ich, ich (zeigt auf sich) hab' wieder die Möglichkeit, mich irgendwie da besser anzupassen, [...] die Situation besser einschätzen zu können, besser bewerten zu können.“ (Christian, 17 Jahre)

Abgrenzende Verhaltensweisen: Autonomie, Wut, Aggression. Direkte Auseinandersetzungen mit den Eltern wurden von den Befragten vermieden. Besonders die Jugendlichen ab 16 Jahren sahen einen Zusammenhang zwischen der Rücksichtnahme auf die elterliche Gesundheit und einem Vermeiden von Konflikten:

„Immer wenn, wenn es dann irgendwie zum Streit kommt (stützt den Kopf nachdenklich auf), dann fühl' ich mich immer, immer, immer sehr, sehr schlecht dabei eigentlich, weil, in gewisser

² Kreatinin ist ein physiologischerweise im Blutkreislauf vorhandenes und über die Niere ausgeschiedenes Abbauprodukt des Aminosäurestoffwechsels. Es ist nicht toxisch wirksam, jedoch ist eine Erhöhung ein sensitives Maß dafür, wie beeinträchtigt die Ausscheidungsfunktion (glomeruläre Filtration) der Niere aktuell ist.

Weise ist dann schon die ganze Nierengeschichte im Hinterkopf. [...] Dass ich mich halt auf dieses, auf... auf diesen Streit sozusagen einlasse [...] und im Nachhinein denk': Mensch, das war irgendwie, das, er... er, er ist so schnell reizbar und du bist darauf eingegangen!" (Christian, 17 Jahre)

Gedanken zur Zukunft. Vorwiegende Zukunftsthemen waren Ungewissheit, nachhaltige Belastung durch die Sorge um die Gesundheit des kranken Elternteils sowie der Wunsch, später einen medizinischen oder pflegerischen Beruf zu ergreifen.

„Man weiß ja nicht, was passiert. Man kann gar nicht sagen: In 11 Jahren muss ich auch an die Dialyse! [...] (auf die Frage nach seinem späteren Berufswunsch) „Landarzt, davon hat Papa erzählt.“ (Lukas, 11 Jahre)

„[...] ich aber, aus was für 'm Grund auch immer, plötzlich Krankenschwester werden wollte. Und nicht Ärztin. ... sondern Krankenschwester. (...) aber ich hab' manchmal das Gefühl, durch diese ewige Krankheit meines Vaters, hab' ich irgendwie so das Bedürfnis gehabt zu pflegen (hebt die Hände). ... Es ist nicht – mit Sicherheit nicht – mein Traumberuf!“ (Frau H., 43 Jahre)

3.3 Familienbeziehungen und familiäre Konzepte

Beziehung zum kranken Elternteil. Die Befragten betonten mehrfach die Bedeutung von familiärem Zusammenhalt und ihren Wunsch nach vermehrtem Zusammensein mit dem kranken Elternteil. Die Eltern wurden fast durchweg als Quelle von Trost und Geborgenheit erlebt.

„Also, dass sie (die Mutter) nicht mehr zur Dialyse gehen muss. Dass sie öfter zu Hause wäre. Nicht mehr Zeit für mich hat – ich bin ja auch in der Schule – aber öfter zu Hause wäre. [...] Dass sie am Nachmittag nicht mehr schlapp ist und nicht mehr ins Krankenhaus muss.“ (Lukas, 11 Jahre)

Bei lang andauerndem Leid konnte das innere Bild des vormals gesunden Elternteils gänzlich verloren gehen.

„Und danach ist das so, dass ich aus was für Gründen auch immer mich z. B. überhaupt nicht mehr erinnern kann, dass der mich 'mal in' Arm genommen hat oder so was, [...] (erzählt von nächtlichen Schmerzen des Vaters) Ich hab' mir ein Kissen auf die Ohren gedrückt, weil so das ganze Vaterbild irgendwie mir völlig abhanden gekommen war. Mein Vater heulte nicht, der war bei der Feuerwehr, das passte als Kind für mich nicht zusammen. Dass er nachts wie ein Kind geweint hat.“ (Frau H., 43 Jahre)

Beziehung zum gesunden Elternteil. Bei Krankenhausaufenthalten des kranken Elternteils schien die dyadische Beziehung zum gesunden Elternteil sehr in den Vordergrund zu rücken, einschließlich der Frage, wie es wäre, ganz von diesem allein versorgt zu werden.

„Er (der Vater) hat immer gedacht, er könnte das jetzt alles doch nicht so ... ausfüllen, dass eben doch 'ne Lücke da ist. Wenn meine Mutter nicht da ist, ist klar, sie ist dann eben nicht da, aber ich hab' das wirklich nicht so schlimm gefunden. [...] Ja, ich fand das toll und hab' auch immer versucht, ihm das zu erklären. [...] Und ich meinte, natürlich kannst du Mami nicht ersetzen. Du bist nicht Mami, du bist Papi, aber du bist doch dann genauso gut wie Mami.“ (Katrin, 16 Jahre)

Vorstellungen von einer „gesunden Familie“. Insbesondere bei den jüngeren Kindern war die Vorstellung von gesunden Eltern verbunden mit vermehrten Beziehungs- und Versorgungswünschen.

„Dass ich dann öfters zu ihm kann . . . Und dass ich da dann auch mal 'ne Woche bleiben kann. [...] Dann könnten wir auch ausschlafen, wenn er dann eigentlich zur Dialyse muss.“ (Tim, 7 Jahre, Vater dialysepflichtig, Eltern getrennt)

Die ständig präsente Angst um den kranken Elternteil konnte vereinzelt so prägend sein, dass ein „normales“ Familienleben mit gesunden Eltern in erster Linie bedeuten würde, keine Angst mehr haben zu müssen.

„Ich denke, wenn man in so einer Situation aufwächst, lernt man Dinge zu schätzen, ... man lernt Dinge, die einem vielleicht nicht normal erscheinen würden, wie ein normales Fam..., also wie ein gesundes, komplett gesundes Familienleben besonders zu schätzen, und, und für diejenigen, die so etwas von Natur aus haben, von Anfang an hatten, ... Die kennen die Situation nicht, wie es ist, schon noch (leiser) Angst haben zu müssen um den eigenen Vater!“ (Christian, 17 Jahre)

Aufgaben. Mit einer Ausnahme gaben alle Befragten an, dass durch die elterliche Krankheit für sie keine besonderen Aufgaben entstanden seien. Gleichwohl ergaben sich insbesondere bei den Kindern, die mit dem kranken Elternteil allein lebten, deutliche Hinweise für eine nicht mehr als besonders befundene, jedoch deutlich altersunangemessene Verantwortungsübernahme für den kranken Elternteil einschließlich medizinischer Nothilfe, wie z. B. der Verabreichung von Zucker bei nächtlicher Hypoglykämie einer diabetischen Mutter durch ihre sechsjährige Tochter.

3.4 Subjektive Belastungen

Ängste und Sorgen. Die jüngeren Kinder (5-7 Jahre) konnten Ängste oder Sorgen bezüglich der elterlichen Erkrankung nur ansatzweise als Fantasien benennen. Sie schilderten eher diffuse Gefühle von Traurigkeit.

„Eigentlich bin ich nur traurig manchmal. Aber ich wein' nicht [...] weil sie zur Dialyse gehen muss.“ (Jana, 6 Jahre)

Die älteren Kindern (11-12 Jahre) hingegen konnten konkrete Vorstellungen über mögliche medizinische Komplikationen benennen.

„Als sie so lange im Krankenhaus lag, hab' ich gedacht: Es gibt ja auch ein Raucherbein, vielleicht gibt's ja auch ein Dialysebein.“ (Lukas, 11 Jahre)

Auch die Jugendlichen (16-17 Jahre) und die befragte Mutter erinnerten aus früheren Kindheitsjahren Ängste, die sie besonders in Momenten der körperlichen Schwäche des Elternteils empfanden.

„Ich hab' gedacht: Jetzt ist sie im Krankenhaus. Was wird da jetzt eigentlich mit ihr gemacht? Hat sie Schmerzen, geht's ihr schlecht? Oder vielleicht auch: Vielleicht geht's ihr jetzt so schlecht, dass sie sich, wenn sie wiederkommt, nicht mehr um uns kümmern kann, dass sie vielleicht immer im Bett liegen muss.“ (Katrin, 16 Jahre)

Angstbesetzt war auch die Frage der Vererbung der elterlichen Erkrankung und das damit verbundene eigene Erkrankungsrisiko. Bemerkenswert war hierbei, dass sich diese Sorge durch versachlichende Informationen nicht unbedingt beruhigen ließ.

„Es ist schon ziemlich sicher, dass das eine Infektionskrankheit war, was das ausgelöst hat [...], aber dass es auf keinen Fall eine Erbkrankheit ist [...]. Es ist nichts, wovor ich jetzt irgendwie

Angst haben müsste. Aber ich hab' sie natürlich auch immer gefragt: Muss ich das jetzt später auch befürchten, dass ich das krieg'?" (Katrin, 16 Jahre)

Gedanken zum Tod. Während fast alle Befragten krankheitsbezogene Ängste äußerten (s. o.), die auch eine Beschäftigung mit dem möglichen vorzeitigen Tod des Elternteils erahnen ließen, sprachen etwa die Hälfte der Befragten auf die Frage nach Sorgen entsprechende Gedanken offen aus.

„Dass Papa stirbt ... dass er genauso wie sein Vater liegen bleibt und nicht wieder aufwacht.“ (Tim, 7 Jahre)

„Und ich hatte sehr starke Alpträume in den Jahren. Ich bin ganz oft nachts wach geworden. Ich hab' immer so 'ne Spirale gesehen, die sich dreht, und dann hielt die plötzlich an und dann lagen meine Eltern da tot daneben.“ (Frau H., 43 Jahre)

3.5 Bewusste Reaktionen und Bewältigungsversuche

Die Unterteilung der geschilderten Bewältigungsstrategien nach ihrer Funktionalität erfolgte ausschließlich anhand der subjektiven Bewertung der Befragten, ob eine Strategie als hilfreich erlebt wurde.

Subjektiv funktionale Copingstrategien: Ein hoher Informationsstand wurde als Verstehenshilfe im Sinne der *kognitiven Orientierung* meist als hilfreich erlebt, wobei entscheidend war, wie offen die Eltern mit medizinischen Informationen umgingen. Sprachen Eltern mit ihren Kindern offen über die Krankheit und ihre Behandlung, äußerten sich die Befragten hierüber altersübergreifend positiv:

„Mami hat mir 'mal die Dialyse aufgemalt, und wir (ihre Schwester und sie) durften 'ne Krankenschwester malen, beide.“ (Jana, 6 Jahre)

„Für mich war es dann irgendwann wichtig, dass wenn ich gefragt habe, dass mir immer jemand gesagt hat: Ja es geht ihr eigentlich ganz gut, und sie ist jetzt da-und-da und da wird jetzt das-und-das gemacht, und dass ich dann keine Angst haben musste, dass sie vielleicht irgendwie stirbt oder dass es ihr ganz schlecht geht oder dass sie jetzt lange Zeit nicht wiederkommt.“ (Katrin, 16 Jahre)

Sprachen die Eltern hingegen von sich aus eher wenig über die Krankheit, äußerten sich auch die Befragten ausweichend oder ablehnend zu ihrem Informationsbedürfnis, besonders die jüngeren Kinder.

Fast alle Befragten gaben an, ihre Sorgen um den kranken Elternteil für sich zu behalten. Die älteren Kinder und Jugendlichen (ab 12 Jahren) nannten als Grund für diese *Geheimhaltung* den Wunsch, die Eltern vor zusätzlichen Belastungen zu schützen.

„Ist mein Geheimnis.“ (Tim, 7 Jahre)

„Dann würde sie bestimmt noch mehr Angst haben“ (Stimme versagt, beginnt zu weinen) (Nikolas, 12 Jahre)

Mehrfach wurden bewusste *Verdrängung* und *Ablenkung* als stressreduzierende Strategien genannt.

„Dann sag ich, ähm: Wirf' das einfach aus deinem Kopf 'raus.“ (Tim, 7 Jahre)

Die *Suche nach Nähe* und Trost bei Eltern oder anderen Erwachsenen im Sinne aktiven Bindungsverhaltens wurden meist als hilfreich erlebt.

„Bei meiner Mutter schlafen.“ (Michelle, 6 Jahre, auf die Frage, was sie gegen ihre Angst tun kann)

Ein Kind schilderte, wie es sich mit Hilfe eines durch eigene Symbolisierungsfähigkeit geschaffenen *Übergangsobjektes* verinnerlichte hilfreiche Beziehungserfahrungen zu Nutze machte.

„Mein Sorgenpüppchen – das ist aus Wolle gemacht. Das legt man dann unters Bett und erzählt das. Und vielleicht wird das dann nächsten Tag erfüllt.“ (Tim, 7 Jahre)

Subjektiv dysfunktionale Copingstrategien: Von zwei Befragten wurden reaktive Ausbrüche von Aggression berichtet.

„Weil ich raste sehr schnell aus [...]. Dann hau’ ich dem anderen Nasenbluten [...].“ (Tim, 7 Jahre)

„Einmal hatte ich Wut auf meine Mutter, da hab’ ich da gegen die Garage auch geballert.“ (Nikolas, 12 Jahre)

In den Jugenderinnerungen der befragten dialysepflichtigen Mutter wurde deutlich, wie Dauerüberforderung und fehlende Verarbeitungshilfen während der Krankheit des Vaters nach dessen Tod in ihrer Pubertät zu einer sich über Jahre hinziehenden Kette dysfunktionaler Bewältigungsversuche führten, zunächst durch konkretistisches Ungeschehenmachen des Todes, später durch selbstzerstörerisches Agieren in Form von Risikoverhalten, schädlichem Alkohol- und Drogenkonsum bis hin zu einem Suizidversuch. Das erlebte Fehlen einer hilfreichen Beziehung führte hierbei im Erwachsenenalter zu einer fortbestehenden Angst vor Anlehnung mit gesteigertem Autonomiebedürfnis.

„[...] ich dann auch die ersten Jahre psychisch sehr ausgetickt bin, also auf ’m Friedhof war und ihn ausbuddeln wollte. Haben die Großeltern mich dann mit ’m Spaten vom Friedhof ’runtergeholt. [...] Ich war sicher, dass der noch lebt in der Kiste und nur nicht ’rauskommen würde und wollt ihn da halt ’rausbuddeln.“ (...) „Und dass ich auch ziemlich viel getrunken habe zu der Zeit und geraucht wie ’n Schlot und hab’, äh, auch Drogen genommen zu der Zeit.“ (...) „Manchmal hab’ ich das Gefühl gehabt, ich will auch gar nicht mehr so richtig da sein. Ich hab’ mit 14 mal Tabletten geschluckt, nicht sehr viele, also das waren fünf Stück und viel Alkohol (lacht). Aber ich weiß, dass meine, meine Beweggründe schon die waren, nicht mehr aufzuwachen.“ (...) „Und was wir festgestellt haben, viel später, meine Brüder und ich, dass wir alle (...) und ich am meisten so Gratwanderungen gemacht haben. Wir haben Sachen gemacht, die sehr gefährlich waren (kurze Pause). Wo wir nicht wussten, ob wir da lebend ’rauskommen (Lachen in der Stimme), sag’ ich jetzt ’mal ganz brutal.“ [...] „Das hat halt die Folge, dass man grundsätzlich halt so ’n Einzelkämpfer wird. Also, das bin ich heute noch. Dass ich mich auch auf niemanden verlassen kann (schüttelt den Kopf), also auf gar keinen (schüttelt den Kopf). Auch nie in irgendeiner Form in irgendwas ’reinfallen lassen kann. So was mach’ ich nicht.“ (Frau H., 43 Jahre)

3.6 Psychoanalytische Textinterpretation (Fallbeispiel)

Die Ergebnisdarstellung der *psychoanalytischen Textinterpretation* dient hier vorrangig dazu, diese ergänzend angewandte Methode zu illustrieren und erfolgt daher exemplarisch anhand des folgenden Fallbeispiels.³

Nikolas ist 12 Jahre alt und Einzelkind. Seine Mutter ist insulinpflichtige Diabetikerin und wurde vor ca. 3 Jahren nierentransplantiert, nachdem sie zuvor 2 Jahre lang dialysepflichtig war. Zum Interviewzeitpunkt bestand die Gefahr, erneut dialysepflichtig zu werden. Wegen bestehender Schulprobleme (u. a. aggressive Auseinandersetzungen mit Mitschülern) wurde Nikolas zum Zeitpunkt des Interviews von einer Schulpsychologin betreut.

Beispielhafte Brüche:⁴

Stimmversagen, Widerspruch (Weinen):

N: (Stimme versagt) *„Ich mach’ das (der Mutter täglich Insulin spritzen), um meiner Mutter einen Gefallen zu tun. Sonst eigentlich nicht.“*

I: *„Wie geht es dir denn dabei? Was sagt dein Gefühl?“*

N: *„Ein gutes hab’ ich da (weint).“*

Stimmversagen, Zeitwechsel in der Erzählung:

I: *„Was macht dir da Angst, wenn deine Mutter müde ist?“*

N: (hustet) *„Ja, dass wenn sie jetzt immer von der Dialyse früher gekommen ist (Stimme versagt), dann ist sie immer, dann war sie immer so müde, und dann dachte ich, dass sie einschläft und nie wieder aufwacht.“*

Flüstern, Stottern:

I: *„Und wenn du erwachsen bist, wie möchtest du dann gerne leben? Was wäre dein Traum?“*

N: (flüstert) *„Von meiner Mutter, (holt Luft) von meiner Mutter weg am liebsten.“*

Sonstige zur Interpretation herangezogene Interviewausschnitte:

I: *„Was macht dich zum Beispiel auf deine Mutter wütend?“*

N: *„Dass ich ihre Aufgaben übernehmen muss, wenn’s ihr nicht so gut geht, und ihr das Essen ans Bett bringen muss und alles.“*

N: *„Einmal hatte ich Wut auf meine Mutter. Am nächsten Morgen in der Schule war ich immer noch wütend. Da hat mich einer von hinten getreten, Den hab ich dann zusammengeschlagen“ [...]*

N: *„Das Kochen bringt mir auch Spaß weil ich meinem Vater das Essen versalze (lacht).“*

I: *„Und warum macht das Spaß?“*

³ Für eine ausführlichere Darstellung der Textinterpretationen zu allen 9 Fällen siehe Stavenow (2001).

⁴ Die für die Rückübersetzung in den fiktiven Wortlaut des Kindes verwandte Textpassagen sind hervorgehoben.

N: „*Ich möchte ihn mal so gerne ärgern [...] einfach so.*“

I: „Bist Du denn auf Deinen Vater auch manchmal wütend?“

N: „*Eigentlich nicht.*“

[...]

I: „Was wäre deine Angst, wenn jemand Fremdes sich um deine Mutter kümmert, ohne dass du dabei bist?“

N: „*Dass die etwas verkehrt macht. Zum Beispiel muss meine Mutter salzarm essen. Wenn man zu viel Salz dran macht, dann wird sie krank.*“

Psychodynamische Interpretation:

Nikolas' große Angst um das Leben der Mutter verbunden mit hoher Alltagsbelastung und Verantwortlichkeit, interferieren konflikthaft mit seinen Autonomiewünschen, die schuldhaft erlebt und bewusst aufgegeben werden. Gefühle der Wut über diesen Autonomieverlust nimmt er bei sich wahr, zeigt sie jedoch nicht. Sie werden z. B. auf Mitschüler und den Vater verschoben und ausagiert.

Rückübersetzung in ein fiktives Selbstgespräch:

Ich habe Angst, dass Mama einschläft und nie wieder aufwacht. Ich muss zu Hause ihre Aufgaben übernehmen, ihr das Essen ans Bett bringen und so. Mama hat keine Zeit dafür, und ich lass' niemand anderen an den Herd 'ran und auch nicht an Mama, denn die machen sonst was verkehrt, machen zu viel Salz ans Essen, und meine Mama muss salzarm essen, sonst wird sie krank. Ich wünsche mir, von meiner Mutter wegzukommen, aber ich kann auch wenn ich größer werde niemand anderen an Mama lassen. Einmal hatte ich Wut auf meine Mutter. Am nächsten Morgen in der Schule war ich immer noch wütend. Da hat mich einer von hinten getreten. Das war der, der immer gesagt hat: „Deine Mutter stirbt nächste Woche!“. Den hab' ich dann zusammengeschlagen. Manchmal versalze ich das Essen von Papa, obwohl ich auf ihn eigentlich nicht wütend bin.

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde die subjektive Erlebnisperspektive von Kindern körperlich kranker Eltern am Beispiel von Kindern und Jugendlichen, die mit einem dialysepflichtigen Elternteil aufwachsen oder aufgewachsen sind, durch qualitative Inhaltsanalysen halbstrukturierter Einzelinterviews untersucht. Die bei den jüngeren Kindern vorherrschende konkretistische Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung über visuelle Eindrücke (z. B. Blut, Verbände, Dialysegeräte, körperliche Veränderungen der Eltern) entspricht einem für diese Altersstufe typischen konkret operationalisierten Krankheitskonzept, mit dem Kinder Kranksein über die damit verbundenen unmittelbar wahrnehmbaren Umstände (wie z. B. „im Bett liegen“) begreifen (Lewandowski 1992). Hingegen entspricht die kognitive Orientierung der formal operationalisierenden Jugendlichen, die sich mehr mit Ätiologie, Behandlung und Krankheitsfolgen beschäftigten, einem altersgerechten abstrakteren Krankheitsverständnis, das insbesondere komplexe Kausalzusammenhänge umfasst

(Armsden u. Lewis 1993). Bei allen Befragten war ein großes Maß an prosozialen Haltungen, insbesondere Verantwortungsbewusstsein und Einfühlungsvermögen für den kranken Elternteil, zu finden. Die befragten Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren reflektierten einen Zusammenhang zwischen ihrer Anpassungsbereitschaft an die belastete familiäre Situation und der Entwicklung sozialer Verantwortlichkeit in anderen Bereichen. Dieser Zusammenhang wurde von Lewandowski (1992) als typische Reaktionen Jugendlicher auf die körperliche Erkrankung eines Elternteils beschrieben, wobei ein subjektives soziales Kompetenzerleben mit gesteigertem Selbstwert einhergeht. Einige der befragten Kinder und Jugendlichen befanden sich in einem intrapsychischen Konflikt zwischen Autonomiewünschen und ihrer gefühlten Verantwortung für den kranken Elternteil. Kommt es hierbei, wie hier in zwei Fällen, zu einem aggressiven Lösungsversuch, muss dieser nicht zwangsläufig als dysfunktionaler Bewältigungsversuch gewertet werden, sondern kann auch als adaptive Strategie im Sinne von Einfordern von Aufmerksamkeit, Herbeiführen einer interpersonellen Klärung oder Abwehr von Ohnmachtsgefühlen gesehen werden (Compas et al. 2001). Bei den älteren Kindern und Jugendlichen wurde durchweg deutlich, dass die Auseinandersetzung mit der elterlichen Erkrankung die Gedanken zur eigenen Zukunft nachhaltig prägte, sei es durch fortbestehende Angst und Ungewissheit, Sehnsucht nach Freiheit von gesundheitlichen Sorgen oder durch den Wunsch, einen medizinischen oder pflegerischen Beruf zu ergreifen. Der letztgenannte Wunsch kann als ein prosozialer Versuch der Angstbewältigung verstanden werden, wobei der Stressor durch die Vorstellung erworbener Kompetenz kontrolliert wird. In Bezugnahme auf familiäre Beziehungen betonten die meisten Befragten die Bedeutung des familiären Zusammenhalts und machten deutlich, dass sie im Umgang mit dem erkrankten Elternteil möglichst versuchten, Konflikte zu vermeiden. Überdies ergaben sich bei einigen Befragten deutliche Hinweise für eine Parentifizierung durch altersunangemessene Verantwortungsübernahme für den kranken Elternteil. Somit ließen sich drei von fünf typischen Anpassungsmechanismen des Familiensystems darstellen, wie sie Rost (1992) in einer Übersicht über empirische Untersuchungen an Familien mit einem an Krebs erkrankten Familienmitglied extrahiert hat, nämlich: 1. starker Kohäsionsdruck, 2. Konfliktvermeidung, 3. Parentifizierung der Kinder, 4. Isolation gegenüber der sozialen Umwelt, 5. geringe Flexibilität. Jedes dieser familiären Reaktionsmuster⁵ kann bezogen auf das ganze Familiensystem als funktional verstanden werden, jedoch hemmen sie alle tendenziell die Legitimation kindlicher Individuations- und Autonomiebestrebungen (Romer et al. 2002, 2004). Entsprechend fanden sich in den Interviews auch vermehrt Hinweise auf einen dynamischen Zusammenhang zwischen Abgrenzungs- und Ablösungswünschen gegenüber den Eltern, verdrängter Wut und daraus entstehenden Schuldgefühlen („Ausbruchsschuld“), ein Phänomen, das auch bei jugendlichen Diabetikern beschrieben wurde (Seiffge-Krenke 2001). Vereinzelt wurde deutlich, wie wichtig der gesunde Elternteil als kompensatorische sichere Basis (Bowlby 1988) angesichts der existentiell bedrohten Bindungssicherheit zum kranken Elternteil ist.

⁵ Zu den beiden letztgenannten familiären Reaktionsmustern kann aufgrund des Interviewmaterials keine Aussage getroffen werden.

Insbesondere die reale Erfahrung sicheren Versorgtwerdens in Zeiten von Krankenhausaufenthalten einer kranken Mutter kann hierbei als angstreduzierendes Modell für die unausgesprochene, aber offensichtlich sehr präsente Frage vieler betroffener Kinder dienen, wie das Leben im Falle des Todes der Mutter weiter gehen würde. Die jüngeren Kinder (5–7 Jahre) benannten auch bei direkter Nachfrage keine Ängste, äußerten allerdings diffuse Gefühle von Traurigkeit. Dagegen existierten sowohl bei den befragten älteren Kindern (11–12 Jahre) als auch rückblickend bei den Jugendlichen/Erwachsenen konkrete Ängste vor Krankheitskomplikationen und einem tödlichen Verlauf der Erkrankung. Die mehrfach geschilderte bewusste Geheimhaltung eigener Ängste und Sorgen vor den Eltern verdeutlicht, dass Verlustängste nicht etwa verleugnet werden, sondern vielmehr eine innerfamiliäre Sprachlosigkeit über die vitale Bedrohung zu bestehen scheint. Es bleibt offen, ob die jüngeren Kinder keine Ängste verspürten, ob sie nicht in der Lage waren, Angstgefühle auf Nachfrage zu benennen oder ob sie diese abwehrten. Jedenfalls spielen bei Kindern und Jugendlichen entwicklungspsychologische Aspekte bei der Bewältigung einer elterlichen Erkrankung eine ähnlich bedeutsame Rolle (vgl. Finney u. Miller 1999; Steck 2000; Christ 2000a, b; Lewandowski 1992) wie dies bei chronisch kranken Kindern für die Bewältigung der eigenen Erkrankung beschrieben wurde (Schmidt et al. 2003; Seiffge-Krenke 2000). Die von Lewandowski (1992) beschriebene positive Auswirkung guter Informiertheit über die elterliche Erkrankung auf die psychosoziale Anpassung der Kinder bestätigte sich in den rückblickenden Aussagen der befragten Jugendlichen ab 16 Jahren. Dagegen gaben vor allem die jüngeren Kinder an, kein Bedürfnis nach Information zu haben. Diese Beobachtung deckt sich mit den bei Christ (2000a, b) beschriebenen alterstypischen Trauerreaktionen von Kindern terminal an Krebs erkrankter Eltern, wonach erst ca. ab dem Erreichen des formal operationalen Entwicklungsstadiums nach Piaget um das 12. Lebensjahr abstrakte Informationen auf die elterliche Erkrankung bezogen werden können und deshalb detaillierte Information als hilfreich erlebt wird. Besonders bei den befragten Kindern zwischen 7 und 11 Jahren existierten angstvolle Phantasien über die elterliche Krankheit und deren möglichen tödlichen Verlauf, die Lewandowski (1992) auf den mangelnden Informationsstand eines Kindes, verbunden mit der Hemmung, den Eltern Fragen zu stellen, zurückführt. Es stellt sich die Frage, ob bei jüngeren Kindern tatsächlich kein Informationsbedarf besteht, ob sie ihre Fragen nicht artikulieren können, oder ob sie sie aus Rücksichtnahme auf die Eltern ängstlich vermeiden. Entsprechend dem o. g. konkret operationalisierten Krankheitskonzept (Lewandowski 1992), profitieren jüngere Kinder möglicherweise mehr von Informationen über die konkreten Auswirkungen der elterlichen Krankheit auf die für sie greifbaren Lebensumstände (z. B. Abwesenheit des Elternteils, organisierte Ersatzbetreuung) als von medizinischem Krankheitswissen. Ein allgemein offenes Informationsklima, das diffusen Wahrnehmungen von durch Erwachsenen verschwiegenen Gefahren vorbeugt, scheint demnach bedeutsamer als eine Aufklärung über medizinische Details. Die befragten Jugendlichen hingegen betonten ihren hohen medizinischen Informationsstand, was der bei Jugendlichen mit einem terminal krebserkrankten Elternteil beschriebenen Bewältigung durch „intellektuelle Kontrolle“ (Christ 2000a, b) entspricht. Neben emotionalen Copingstrategien sind demnach auch problembezogene Copingstrategien,

die sich mit dem Stressor als solchem befassen (Compas et al. 1996), subjektiv hilfreich. Ablenkung oder bewusstes Verdrängen wurden von einigen Befragten als kurzfristig und situativ hilfreiche Strategien im Umgang mit Ängsten benannt, was insofern erstaunt, als diese so genannten vermeidenden Copingstrategien eher als dysfunktional gelten (Spirito et al. 1988). In der Psychoonkologie werden sie, anders als allgemein in der Copingforschung, zumindest in einigen Kontexten als adaptive Strategien gesehen (Miller 1980). Die bei den Befragten vereinzelt gefundenen Auffälligkeiten wie Depression, aggressives Verhalten und schulischer Leistungsabfall können als Folgen misslungener Bewältigungsversuche verstanden werden, bei denen Ängste und Sorgen die individuellen Anpassungsfähigkeiten überfordern.

Besonders bestätigt wird durch die Interviews die bedeutsame Rolle der elterlichen Unterstützung für die kindliche Bewältigung (Lewandowski 1992). Die Befragten erlebten ihre Eltern als wichtige Quelle von Information, Trost und Geborgenheit. Unzureichend erlebte Unterstützung durch die Eltern scheint wesentlich zu einer erschwerten Bewältigung beizutragen, was die Bedeutung der Qualität der Eltern-Kind Beziehung auf die kindliche psychosoziale Anpassung unterstreicht (vgl. Lewis et al. 1993). In einer neueren Untersuchung zum Copingverhalten von Kindern körperlich kranker Eltern, gaben die Kinder besonders viele eigene Copingstrategien an, wenn sie von Seiten ihrer Familie wenig bei der Bewältigung unterstützt wurden. Kinder hingegen, deren Eltern angaben, dass die Familie viel tue, um mit der Belastung zurecht zu kommen, benötigten weniger eigene Copingstrategien (Brüggemann 2003); ein Ergebnis, das in ähnlicher Weise auch bei an Diabetes erkrankten Kindern beschrieben wurde (Kirchheim et al. 2002; Seiffge-Krenke u. Kirchheim 2003).

Grenzen der Untersuchung: Aufgrund der kleinen Fallzahl ist Zurückhaltung bei Verallgemeinerungen geboten. Da die Befragten nicht über die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsmaßnahmen, sondern über das reguläre somatisch-medizinische Versorgungssystem rekrutiert wurden, gab es zumindest keine Selektion nach psychischer Auffälligkeit. Die Untersuchungsgruppe kann somit als relativ repräsentativ für die Zielgruppe von Kindern dialysepflichtiger Eltern gelten. Dies unterstützt neben der ebenfalls nicht selektiven textimmanenten Inhaltsanalyse die Validität der dargestellten Ergebnisse. Die entwicklungspsychologischen Differenzierungen sind sicherlich als vorläufig zu betrachten. Eine Grenze des Aussagegewerts der strukturierenden Inhaltsanalyse liegt darin, dass nur bewusste Gedanken und Gefühle abgebildet werden. Die dynamische Bedeutung unbewusster Abwehrmechanismen lässt sich durch die psychoanalytische Textinterpretation im Einzelfall veranschaulichen, deren Validität wiederum nur begrenzt überprüfbar ist.

Klinische Schlussfolgerungen: Das Aufwachsen mit einem chronisch kranken Elternteil ist für Kinder eine nachhaltig prägende Erfahrung, die enorme seelische Anpassungsleistung erfordert. Betroffene Kinder neigen hierbei dazu, ihre Ängste von den Eltern fernzuhalten. Auch bei einer aus medizinischer Sicht prognostisch stabilen Situation des erkrankten Elternteils ist anzunehmen, dass bei Kindern Gedanken zu dessen potentieller vitalen Gefährdung und damit die Angst vor dem drohenden Verlust einer Bindungsperson intrapsychisch sehr präsent sind. In präventiven Beratungskonzepten sollten Eltern in ihrer Kompetenz als emotional verfügbare Bindungspersonen gestärkt werden. Eine psychoedukative Unterstützung von Kindern

kranker Eltern, die eine verbesserte kognitive Orientierung ermöglichen will, muss fundiert entwicklungspsychologisch konzipiert sein, um den altersbedingt sehr variablen Krankheitskonzepten und Copingstrategien Rechnung zu tragen.

Anregungen für zukünftige Forschung: So vorläufig die dargestellten Interpretationen auch sind, sie unterstreichen die Wichtigkeit nachvollziehbarer qualitativer Methoden. Bei diesen werden komplexe Gestalterkennungen nicht zuletzt durch eine gewisse Subjektivität bei der Auswertung möglich (Boulton u. Fitzpatrick 1994). Dies wiederum erlaubt erst, Phänomene aufzuspüren und beispielsweise dysfunktionale Copingstrategien zu verstehen. So gewonnene Erkenntnisse sollten mit gezielten quantitativen Methoden objektiviert werden. Da sich die kindliche Bewältigung einer elterlichen Erkrankung im Kontext familiärer Beziehungen organisiert, sind differentielle Aspekte der Funktionalität von Familienbeziehungen von besonderem Interesse, die mit unterschiedlich guter psychosozialer Anpassung der Kinder einhergehen. Um unbewusste Aspekte kindlichen Erlebens näher zu erforschen, empfehlen sich projektive Verfahren. Für die Entwicklung von Interventionskonzepten wird es künftig relevant, empirisch Kriterien zu ermitteln, bei welchen familiären Konstellationen ggf. unabhängig davon, ob ein Kind Symptome zeigt, eine sekundärpräventive Intervention angezeigt ist (Romer u. Riedesser 1999). Auf dem Weg dahin könnten wichtige Impulse von weiteren qualitativen Arbeiten, z. B. mit dem Schwerpunkt einer anderen körperlichen Erkrankung, ausgehen.

Literatur

- Argelander, H. (1982): Der psychoanalytische Beratungsdiallog: Studien zur Textstruktur und Deutung an formalisierten Protokolltexten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Armsden, G.; Lewis, F. M. (1993): The child's adaptation to parental medical illness: Theory and clinical implications. *Patient Educ. Couns.* 22 (3): 153–165.
- Boulton, M.; Fitzpatrick, R. (1991): „Quality“ in qualitative research. *Critical Public Health* 5 (3): 19–26.
- Bowlby, J. (1988): *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Brüggemann, A. (2003): Coping bei Kindern körperlich kranker Eltern: Zum differentiellen Ausgewert verschiedener psychometrischer Messinstrumente für kindliches Coping. Psychologische Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Christ, G. H. (2000a): Impact of development on children's mourning. *Cancer Practice* 8 (2): 72–81.
- Christ, G. H. (2000b): *Healing Children's Grief: Surviving a Parent's Death from Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Compas, B.-E.; Worsham, N.-L.; Ey, S.; Howell, D.-C. (1996): When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology* 15 (3): 167–175.
- Compas, B. E.; Connor-Smith, J. K.; Saltzman, H.; Thomsen, A. H.; Wadsworth, M. E. (2001): Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin* 127: 87–127.
- Dierks, H. (1996): Die Beziehungsgestaltung von Kindern mit ihren neurodermitiserkrankten Eltern: Eine psychoanalytisch-hermeneutische Pilotstudie. Psychologische Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Dornes, M. (1999): Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In: Suess, G. J.; Pfeifer W.-K. P. (Hg.): *Frühe Hilfen – Die Anwendung der Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial, S. 25–64.

- Finney, J. W.; Miller, K. M. (1999): Children of parents with medical illness. In: Silverman W. K.; Ollendick, T. H. (Hg.): *Developmental Issues in the Clinical Treatment of Children*, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, S. 433–442.
- Flick, U. (1991): *Handbuch qualitativer Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendung*. Weinheim: PVU.
- Hoffmann, S. O.; Egle, U. (1996): Risikofaktoren und protektive Faktoren für die Neurosenentstehung. *Psychotherapeut* 41 (1): 13–16.
- Kern, H. (1997): *Einzelfallforschung. Eine Einführung für Studierende und Praktiker*. Weinheim: PVU.
- Kirchheim, C.; Seiffge-Krenke, I.; Sonntag-Dillender, M. (2002): Wie aktiv sind Familien mit Söhnen im Vergleich zu Familien mit Töchtern? Eine Analyse von Family Coping Scores in Familien mit an Diabetes erkrankten Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 10 (4): 171–183.
- Lewandowski, L. (1992): Needs of children during the critical illness of a parent or sibling. *Care Nursing Clinics of North America* 4 (4): 573–583.
- Lewis, F. M.; Hammond, M. A.; Woods, N. F. (1993): The family's functioning with newly diagnosed breast-cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine* 16 (4): 351–369.
- Mayring, P. (1995): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Miller, S. M. (1980): When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring versus blunting. In: Levine, S.; Ursin, H. (Hg.): *Coping and Health*, New York: Academic Press, S. 204–256.
- Riedesser, P. (1995): Die Reaktion auf die Krebserkrankung eines Elternteils. *Pro Familia Magazin* 4/95: 7–9.
- Riedesser, P.; Schulte Markwort, M. (1999): Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Folgen und Möglichkeiten der Prävention. *Deutsches Ärzteblatt* 96 (38): 2353–2357.
- Romer, G.; Barkmann, C.; Schulte Markwort, M.; Thomalla, G.; Riedesser, P. (2002): Children of somatically III parents: A methodological review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7 (1): 17–38.
- Romer, G.; Haagen, M.; Barkmann, C.; Thomalla, G.; Schulte Markwort, M.; Riedesser, P. (2004): Kinder körperlich kranker Eltern: Präventiver Handlungsbedarf bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikogruppe. *Hamburger Ärzteblatt* 3/04: 124–127.
- Romer, G.; Riedesser, P. (1999): Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Perspektiven für die Beziehungsberatung. In: Suess, G. J.; Pfeifer W.-K. P. (Hg.): *Frühe Hilfen – Die Anwendung der Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung und Therapie*, Gießen: Psychosozial, S. 65–85.
- Rost, R. (1992): *Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern – ein Literaturüberblick*. Medizinische Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Rutter, M. (1966): *Children of sick parents. An environmental and psychiatric study*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmidt, S.; Petersen, C.; Bullinger, M. (2003): Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents a conceptual framework and its implications for participation. *Child Care, Health and Development* 29 (1): 63.
- Seiffge-Krenke, I. (2000): Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence* 23: 675–691.
- Seiffge-Krenke, I. (2001): *Diabetic adolescents and their families: Stress, coping, and adaptation*. New York: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I.; Kirchheim, C. (2003): Differenzielle Unterschiede in der Krankheitsbewältigung in Familien mit chronisch kranken Jugendlichen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 12: 133–143.
- Spirito, A.; Stark, L.; Williams, C. (1988): Development of a brief coping checklist for use in pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology* 13: 553–574.
- Stavenow, K. (2001): *Kindliches Erleben einer chronischen elterlichen Erkrankung*. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg.

- Steck, B. (2000): The psychosocial impact of multiple sclerosis on families and children. *International MS Journal* 7: 63–70.
- Thomalla, G. (2002): Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten – Entwicklung eines modellhaften Untersuchungsdesigns und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Dissertation, Fachbereich Medizin der Universität Hamburg.
- Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G. (2005): Psychologische Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 399–416.
- Welch, A. S.; Wadsworth, M.; Compas, B. E. (1996): Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and children's perspectives. *Cancer* 77 (7): 1409–1418.
- Worsham, N.; Compas, B. E.; Sydney, E. (1997): Children's coping with parental illness. In: Wolchik, S. A.; Sandler, I. N. (Hg.): *Handbook of Children's Coping: Linking theory and intervention*, New York: Plenum, S. 195–213.

Korrespondenzadresse: Dr. Georg Romer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Martinistraße 52, 20246 Hamburg;
E-Mail: romer@uke.uni-hamburg.de