

Thomalla, Götz / Barkmann, Claus und Romer, Georg

Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 5, S. 399-416

urn:nbn:de:bsz-psydok-45693

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

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598
 Übersichtsarbeiten / Review Articles	
Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (<i>L. Unzner</i>)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (<i>L. Unzner</i>)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (<i>L. Unzner</i>)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (<i>D. Irblich</i>) . .	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (<i>L. Unzner</i>)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (<i>L. Unzner</i>)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (<i>D. Irblich</i>)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (<i>K. Sarimski</i>)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kiefling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinfurchner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Verfahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten

Götz Thomalla¹, Claus Barkmann² und Georg Romer³

Summary

Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients

Serious somatic illness in a parent represents a risk factor for psychosocial abnormalities in children. In a cross sectional study 24 families with a parent undergoing hemodialysis and at least one child living at home were examined. Patients, their spouses, children up from age 11 as well as the nephrologists in charge of the dialysis treatment were interrogated. In the parental perspective of a symptom checklist (CBCL), the children on average did not have higher scores for psychosocial abnormalities than a normative sample. In the self-reporting perspective (YSR), however, the adolescents averaged clinically abnormal scores. The discrepancy between the parental and the children's self-reporting scores were significant, which indicates an underestimation of children's psychological stress by both parents. Case analysis revealed a concentration of abnormalities within a quarter of the sample. This smaller subgroup showed clinically relevant scores in psychosocial abnormalities in the parental perspective, too. Younger children and children with additional life stressors had higher scores in psychosocial abnormalities. Furthermore, children's problems were correlated with depressive symptoms in one or both parents, which indicates an increased risk for children's psychological maladaptation in cases of depressive maladjustment to the illness in the ill parent or his spouse. It is concluded that children at special risk should be identified as early as possible. When problems are detected, counselling support should be offered to affected families.

Key words: Mental health risk factors – child of impaired parent – coping with illness – child and familial stressors – psychotraumatology

Zusammenfassung

Eine schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils stellt einen Risikofaktor für psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern dar. In einer Querschnittserhebung wurden 24 Familien mit einem dialysepflichtigen Elternteil und mindestens einem zu

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Neurologie.

² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

³ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Hause lebenden Kind untersucht. Befragt wurden Patienten, Partner und Kinder über 11 Jahren sowie die behandelnden Nephrologen. In der Einschätzung durch die Eltern zeigten die Kinder in Symptomfragebögen (CBCL) im Mittel nicht mehr psychosoziale Auffälligkeiten als eine Normstichprobe. In der Selbsteinschätzung hingegen (YSR) erreichten Jugendliche im Mittel klinisch auffällige Werte. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Fremdeinschätzung durch die Eltern und Selbsteinschätzung durch die Jugendlichen, was auf eine Unterschätzung der seelischen Belastung der Kinder durch beide Eltern hinweist. Symptombildungen überwogen hierbei im internalisierenden Bereich (Angst, Depressivität und sozialer Rückzug). Eine Analyse nach Einzelfällen zeigte eine Bündelung von Auffälligkeiten auf etwa ein Viertel der Kinder. Dieser kleinere Teil der Kinder zeigte auch in der Fremdeinschätzung klinisch relevante Auffälligkeiten. Jüngere Kinder und Kinder mit zusätzlichen belastenden Lebensumständen zeigten in der Untersuchung größere Probleme. Ferner korrelierten kindliche Auffälligkeiten mit depressiven Symptomen der Eltern, was auf ein erhöhtes Risiko für eine dysfunktionale Anpassung der Kinder bei depressiver Krankheitsverarbeitung auf Seiten des körperlich erkrankten Elternteils oder seines Partners hinweist. Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass gefährdete Kinder rechtzeitig identifiziert werden sollten. Wenn sich Hinweise auf Probleme ergeben, sollte betroffenen Familien Beratung und Unterstützung angeboten werden.

Schlagwörter: Risikofaktoren für psychische Störungen – Kinder kranker Eltern – Krankheitsbewältigung – Kind und familiäre Stressbelastung – Psychotraumatologie

1 Einleitung

Seit den epidemiologischen Untersuchungen von Rutter (1966) ist bekannt, dass Kinder mit einem körperlich kranken Elternteil ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen haben. Auch die neuere Risiko- und Protektionsforschung hat bestätigt, dass die ernsthafte somatische Erkrankung eines Elternteils zu den empirisch gesicherten Risikofaktoren für die Entstehung seelischer Erkrankungen zählt (Dornes 1999; Hoffmann u. Egle 1996). Die geringere Verfügbarkeit beider Eltern, häufige Krankenhausaufenthalte, körperliche und geistige Beeinträchtigungen, Veränderungen der familiären Rollenverteilung, Abhängigkeit des Patienten von anderen Familienmitgliedern sowie, je nach Erkrankung, eine möglicherweise tödliche Prognose, sind Folgeerscheinungen einer ernsten elterlichen Erkrankung, die die seelische Entwicklung der Kinder belasten können (Romer et al. 2002a, b; Romer et al. 2004). In der vorliegenden Studie sollten exemplarisch Ausmaß und Charakteristika psychosozialer Auffälligkeiten bei Kindern von dialysepflichtigen Eltern untersucht werden. Diese Krankheitsgruppe wurde aus mehreren Gründen gewählt: 1. Die zugrunde liegende körperliche Erkrankung ist ernst, d. h. sie würde unbehandelt tödlich verlaufen. 2. Die Art der Beeinträchtigung der Lebensführung und die damit verbundene familiäre All-

tagsbelastung sind bei allen Dialysepatienten vergleichbar. 3. Eine bewusste Auseinandersetzung der erwachsenen Patienten mit ihrer Erkrankung als Voraussetzung für eine Befragungsstudie kann bereits aufgrund des Behandlungsregimes in jedem Fall vorausgesetzt werden. 4. Krankheitsverlauf und Prognose unter der Dialysebehandlung sind in den meisten Fällen weitgehend statisch, d. h. Parameter wie plötzliche Krankheitsschübe müssen nicht kontrolliert werden. 5. Es existieren für diese Krankheitsgruppe keine aktuelleren Untersuchungen zur psychosozialen Situation der Kinder erkrankter Eltern.

1.1 Dialysebehandlung

Mit der Dialysebehandlung steht für Patienten mit Nierenversagen eine wirksame Nierenersatztherapie zur Verfügung. Weltweit sind schätzungsweise 1 Million Patienten auf eine Nierenersatztherapie angewiesen (Samtleben u. Blumenstein 1999). Eine Umfrage, an der 80 % aller Dialysepraxen in Deutschland teilnahmen, ergab zum Jahreswechsel 1999/2000 eine Gesamtzahl von 44858 Dialysepatienten, was einer Prävalenz von ca. 55/100000 entspricht (Frei u. Schober-Halstenberg 1999). Annähernd kann so in Deutschland von einer Gesamtzahl von Dialysepatienten zwischen 50000 und 60000 ausgegangen werden. Seit in den 1960er Jahren die Hämodialyse als Therapie der terminalen Niereninsuffizienz etabliert wurde, ist diese Therapie und damit die Lebensqualität der Dialysepatienten stetig verbessert worden. Bei der Hämodialyse, die in einem ambulanten Dialysezentrum oder bei entsprechendem Training von Patient und Partner zu Hause erfolgen kann, wird Blut aus einer meist am Arm angelegten arteriovenösen Fistel (Shunt) fortlaufend entnommen und der Dialysemaschine zugeleitet. Sie entzieht dem Blut harnpflichtige Substanzen und gleicht Elektrolyte aus. Dies geschieht über eine Membran per Diffusion gegen eine Dialyseflüssigkeit. Dialysepflichtige Patienten können häufig über viele Jahre weitgehend an einem normalen Leben teilnehmen. Darüber hinaus besteht mit der Möglichkeit einer Nierentransplantation für viele Patienten die Hoffnung auf ein von der Dialyse unabhängiges Leben. Dennoch bringt die Dialysepflichtigkeit für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen nach wie vor besondere Belastungen mit sich. Zu nennen sind u. a. der einer Halbtagsbeschäftigung vergleichbare Zeitaufwand der regelmäßigen Dialysesitzungen (3- bis 4-mal pro Woche über 4 bis 7 Stunden), die beeinträchtigte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit mit häufigen Erschöpfungszuständen, die salz- und flüssigkeitsarme Diät, sowie an häufigen Beschwerden Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Zudem haben Dialysepatienten meist eine lange Zeit chronischer Krankheit im Stadium der sog. kompensierten Retention hinter sich, in dem es durch die Intoxikation mit nicht adäquat ausgeschiedenen Substanzen häufig zu Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schmerzen, Schwächegefühlen, Schlafstörungen sowie zu hirnorganischen Beeinträchtigungen wie Konzentrations- oder Koordinationsproblemen kommen kann (Gaus et al. 1996). An psychosozialen Folgeerscheinungen für die erwachsenen Patienten wurden u. a. Einbußen der sozialen Potenz und Mobilität, Verlust sozialer Bindungen, soziökonomischer Abstieg, der Verlust der körperlich-seelischen Integrität mit resultierenden nachhaltigen Veränderungen des Körper-

schemas, sexuelle Funktionsstörungen sowie reaktive Angst und Depressivität beschrieben (Gaus et al. 1996).

1.2 Studien zu Kindern von Dialysepatienten

Während zur psychosozialen Situation von Kindern, deren Eltern beispielsweise an Krebs, Multipler Sklerose oder Aids erkrankt sind, bereits eine Reihe empirischer Untersuchungen existieren (für eine Übersicht siehe Romer et al. 2002a), gibt es zu psychosozialen Auffälligkeiten bei Kindern dialysepflichtiger Eltern nur wenig Literatur. In einer eigenen Recherche⁴ wurden 24 Veröffentlichungen gefunden, deren neueste aus dem Jahre 1988 stammt (Moguilner et al. 1988). Die zunehmende Verbesserung der Lebensqualität von Dialysepatienten durch den medizinischen Fortschritt der vergangenen 15 Jahre hat somit noch keinen Eingang in den Stand des Wissens zur psychosozialen Situation dieser Kinder gefunden. Eine Übersicht über fünf Studien fasst die Ergebnisse dahingehend zusammen, dass in den betroffenen Familien die Kinder insgesamt wenig Beachtung finden, weil sich die Aufmerksamkeit auf den dialysepflichtigen Elternteil konzentriert. In den Familien findet sich wenig offene Kommunikation über die Krankheit. Probleme der Kinder, die erwähnt werden, sind: Schulschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Rückzug, Einengung der Affekte und depressive Symptomatik (Mlott u. Vale 1982). In einer Studie mit 15 Kindern aus sechs Familien finden sich bei allen Kindern depressive und hypochondrische Verhaltensmuster, sowie bei zwei Dritteln der Kinder Schulprobleme in Form von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. In einer Studie an 15 Kindern waren 14 bereits einmal einem Psychologen oder Schulberater vorgestellt worden (Tsaltas 1976). In einer Untersuchung gaben 3 von 15 Jugendlichen mit einem dialysepflichtigen Elternteil an, dass sie jede Auseinandersetzung mit den Eltern als Bedrohung erlebten (Goldman et al. 1981). 16 von 25 Kindern bezeichneten in einer anderen Befragung die Dialyse der Eltern als Quelle von Stress (Moguilner et al. 1988). Ebenfalls beobachtet wurden aggressives Verhalten, Rückzug und Stehlen (Hoover et al. 1975). Ein Teil der Kinder äußerte Ängste und Sorgen, einige hatten körperliche Probleme (z. B. Bauchschmerzen), ein Kind begann zu stottern, als der Vater ins Krankenhaus kam (Bergsten et al. 1977). In Bezug auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen ergeben sich nur wenige Hinweise. Friedlander und Viederman (1982) fanden in Zeichnungen von Schulkindern Merkmale, die auf Störungen der Entwicklung des Körperschemas hindeuten, die sie als konkretistische Identifikation mit dem kranken Elternteil werteten. Als typisch für Jugendliche wurden Ablösungskonflikte zwischen Autonomiewünschen mit vermehrtem Verantwortungsgefühl gegenüber den Eltern beschrieben (Goldman et al. 1981; Hoover et al. 1975). Die Bedeutung des Geschlechts wurde bislang wenig untersucht. Schleebusch und Mitarbeiter (1983) beschrieben eine tendenziell stärkere Reizbarkeit von Jungen gegenüber einer größeren Neigung der Mädchen zu Schuldgefühlen, wobei die Autoren die Aussagekraft dieses Ergeb-

⁴ Verwendet wurden die Datenbanken EMBASE, MEDLINE, PSYCLIT, PSYNDEX und SERLINE.

nis aufgrund der niedrigen Fallzahl ($n = 8$) selbst relativieren. Ferner wurde berichtet, dass männliche Jugendliche aus Familien mit erkrankten Vätern eher in der Gruppe mit „ungesunden“ Reaktionen zu finden waren (Winckowski 1976), und dass Probleme besonders bei Erkrankung des gleichgeschlechtlichen Elternteils auftraten (Ritter 1976). In der bisherigen Literatur besteht dahingehend Übereinstimmung, dass bei Kindern dialysepflichtiger Eltern gehäuft psychosoziale Auffälligkeiten anzutreffen sind. Neben Problemen wurde auch ein förderlicher Einfluss der elterlichen Dialysepflichtigkeit berichtet. Kinder übernehmen Verantwortung und empfinden dieses als positiv. Jugendliche gaben an, aktiv bei der Heimdialyse zu helfen und schienen diese als positive Erfahrung und Hilfe bei der Identitätsfindung und Überwindung von Schuldgefühlen zu erleben (Goldman et al. 1981).

2 Fragestellungen

Im Rahmen der vorliegenden empirischen Untersuchung sollten folgende Fragen beantwortet werden: 1. Inwieweit zeigen Kinder von Dialysepatienten im Vergleich zu einer Normalpopulation vermehrt psychosoziale Auffälligkeiten? 2. Stimmen elterliche Fremdeinschätzung und kindliche Selbsteinschätzung hinsichtlich psychosozialer Auffälligkeiten überein? 3. Welchen Einfluss haben Alter, Geschlecht, elterliche Depression und familiäre Beziehungen auf Art und Ausmaß psychosozialer Probleme? Neben einem explorativen Vorgehen sollten folgende Hypothesen geprüft werden: 1. Die Prävalenz psychosozialer Auffälligkeiten ist bei nicht selektiv ausgewählten Kindern dialysepflichtiger Eltern im Vergleich zu einer Normstichprobe erhöht. 2. Auffälligkeiten finden sich vorwiegend im Bereich internalisierender Symptome. 3. Eltern dialysepflichtiger Eltern neigen dazu, die psychischen Probleme ihrer Kinder zu unterschätzen.

3 Methoden

3.1 Untersuchungsgruppe

Untersucht wurden Familien mit einem dialysepflichtigen Elternteil (Hämodialyse in einem Dialysezentrum) und einem oder mehreren zu Hause lebenden oder in regelmäßigem Kontakt zu den Eltern stehenden Kindern im Alter von 4–21 Jahren. Ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache und informierte Zustimmung waren Voraussetzung für eine Teilnahme. Rekrutiert wurden die Familien durch Kooperation mit sechs Dialysezentren im Großraum Hamburg sowie durch einen Aufruf in der Mitgliederzeitschrift der lokalen Patientenselbsthilfeorganisation für Nierenkranke.⁵

⁵ Der besondere Dank gilt der Hamburger Interessengemeinschaft Künstliche Niere e. V. und ihrem Vorsitzenden Peter Stoetzer sowie den ärztlichen Kollegen in Hamburgs Dialysepraxen für die Unterstützung dieser Studie.

Um einen maximalen Rücklauf bei einer Zielgruppe mit hoher Alltagsbelastung zu sichern, wurden die Fragebögen nach telefonischer Kontaktaufnahme von den Familienmitgliedern im Rahmen eines vereinbarten Hausbesuches ausgefüllt. Befragt wurden, sofern verfügbar, mit standardisierten Fragebögen der Patient, der gesunde Elternteil und alle Kinder ab 11 Jahren. Darüber hinaus wurden die behandelnden Ärzte befragt. Allen teilnehmenden Familien wurden weiterführende beratende Gespräche und falls nötig eine Krisenintervention angeboten. Von 24 Familien konnten Daten erfasst und ausgewertet werden. Dabei nahmen in 11 Fällen neben dem Patienten der gesunde Elternteil, und in 7 Fällen ein oder mehr Jugendliche über 11 Jahren an der Untersuchung teil. In Fällen, in denen mehr als ein Kind teilnahm, wurden für die statistische Auswertung die Daten eines zufällig ausgewählten Kindes verwendet. Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Stichprobe ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Studienteilnehmer (N = 24 Familien)

	<i>Alter</i>			<i>Geschlecht</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min–Max</i>	<i>m</i>	<i>w</i>
Elterlicher Patient	43.0	8.1	26–60	54 % (13)	46 % (11)
Gesunder Elternteil	39.6	7.6	24–54	46 % (11)	54 % (13)
Kind	12.1	6.4	3–23	54 % (13)	46 % (11)

Folgende Ursachen der zur Dialysepflicht führenden Niereninsuffizienz lagen vor: Glomerulonephritis (6), Diabetes mellitus (5), Zystennieren (3), IgA-Nephropathie (2) sowie je in einem Fall Nierenhypoplasie, Schrumpfnieren, Interstitielle Nephritis, Pyelonephritis und Immunvaskulitis. In drei Fällen war die Ursache der Niereninsuffizienz nicht bekannt. Die Dauer der Dialyse reichte von 1–142 Monaten mit einer mittleren Dialysedauer von $M = 41$ Monaten (Median 30 Monate).

Ein Index „objektiver Schweregrad“ gebildet durch die Addition der Items „Erkrankungsschwere“, „Einschränkung der Lebensqualität“ und „Prognose“ erbrachte auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = gar nicht bis 5 = sehr schwer, Cronbach's Alpha = .84) im Urteil des behandelnden Nephrologen einen Mittelwert von $M = 2.9$ ($SD = .70$, $Min–Max = 2–5$). In vier Fällen (17 %) hatten die Eltern mit ihrem Kind bereits einmal einen Psychologen oder Psychotherapeuten konsultiert, in einem Fall war das Jugendamt eingeschaltet worden. In sieben (29 %) der Fälle lagen abnorme psychosoziale Umstände gemäß der Achse V des Multiaxialen Klassifikationschemas (MAS) vor, wobei diese in fünf Fällen ausschließlich in einer abweichenden Familiensituation mit einem allein erziehenden Elternteil bestanden.

3.2 Instrumente⁶

Zur Einschätzung psychosozialer Auffälligkeiten wurde für das Elternurteil die Child Behaviour Checklist (CBCL, Achenbach 1991a; deutsche Übersetzung Döpfner et al. 1998a, 113 Symptomitems, Skalen s. Tab. 2, zufriedenstellende bis gute interne Konsistenzen, faktorielle Validität s. Döpfner et al. 1998a), für die Selbsteinschätzung die Youth Self Report Form der CBCL (YSR, Achenbach 1991b; deutsche Übersetzung Döpfner et al. 1998b, 103 Symptomitems, Skalen wie CBCL, zufriedenstellende bis gute interne Konsistenzen, faktorielle Validität vgl. Döpfner et al. 1998b) verwendet.

Soziodemographische Daten sowie Informationen über vorbestehende Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes wurden im Rahmen eines strukturierten Interviews des Patienten erhoben. Zur Erfassung möglicher zusätzlicher belastender psychosozialer Umstände wurde das Interview zur Achse V des Multiaxialen Systems der ICD-10 für das Kindes- und Jugendalter herangezogen (Poustka et al. 1994). Das Vorliegen depressiver Symptome bei den Eltern wurde mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI, Hautzinger et al. 1994) gemessen. Informationen über Art der Erkrankung, Dauer der Dialyse und objektiven Schweregrad der Erkrankung wurden über einen eigens erstellten Fragebogen von den behandelnden Ärzten erfragt. Die Einschätzung des subjektiv wahrgenommenen Schweregrads der Erkrankung erfolgte ebenfalls über einen selbst erstellten Fragebogen, der den Patienten und ihren Kindern vorgelegt wurde.

Eine detailliertere Erläuterung der Methodik sowie die Darstellung ergänzender Instrumente wurde an anderer Stelle dargestellt (Thomalla 2002).

4 Ergebnisse

4.1 Psychosoziale Auffälligkeiten

Die Gruppe der Kinder insgesamt zeigte in der Einschätzung durch beide Elternteile im Durchschnitt keine von der Normpopulation signifikant abweichenden psychosozialen Auffälligkeiten. Die gesunden Elternteile ($n = 11$) schätzten ihre Kindern im Vergleich zur Altersnorm sogar deutlich unauffälliger ein (Tab. 2 und 3). Im Gegensatz dazu erbrachte die Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren ($n = 7$) im Mittel deutlich klinisch auffällige Werte, insbesondere im Bereich internalisierender Symptome.

Eine Einzelfallanalyse der Einschätzung durch den kranken Elternteil ergab in 13 von 24 Fällen (54 %) vollkommen unauffällige Ergebnisse. Auf der Basis der Falldefinition für Grenzauffälligkeit lag der Anteil der Kinder, die im internalisierenden Bereich oder hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit als symptomatisch eingestuft wurden, mit jeweils 12 % knapp unter dem Wert in einer Normpopulation (16 %). In der Selbsteinschätzung durch die Kinder und Jugendlichen erreichten fünf von

⁶ Verwendet wurden für die hier im Original zitierten englischsprachigen Instrumente die jeweils erhältlichen, validierten und autorisierten deutschen Übersetzungen.

Tab. 2: Abweichungen hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten von Kindern mit einem dialysepflichtigen Elternteil gegenüber bundesweit repräsentativen Normwerten der CBCL/des YSR

<i>CBCL-/YSR-Skala</i>		<i>Urteil Patient</i> (<i>n</i> = 24) <i>d</i>	<i>Urteil gesunder Elternteil</i> (<i>n</i> = 11) <i>d</i>	<i>Urteil Kind</i> (<i>n</i> = 7) <i>d</i>
<i>Syndromskalen 1. Ordnung</i>				
1	Sozialer Rückzug	.05	-.21	.54
2	Körperliche Beschwerden	-.34	-.23	.53
3	Ängstlichkeit/Depressivität	-.08	-.15	.63
4	Soziale Probleme	.25	-.38	.42
5	Schizoidie/Zwanghaftigkeit	-.12	-.48	.51
6	Aufmerksamkeitsprobleme	-.04	-.35	.81
7	Dissoziales Verhalten	-.21	-.36	-.08
8	Aggressives Verhalten	-.79	-.26	.51
<i>Syndromskalen 2. Ordnung</i>				
A	Internalisierende Auffälligkeiten	-.10	-.24	.65
B	Externalisierende Auffälligkeiten	-.15	-.32	.33
Gesamtauffälligkeit		-.26	-.47	1.69

Anm. d = standardisierte Mittelwertsdifferenz.

Tab. 3: Prävalenzraten psychischer Auffälligkeit nach Kriterien der CBCL bzw. des YSR (Döpfner et al. 1998a, b)

<i>CBCL-/YSR-Skala</i>		<i>Urteil Patient</i> (<i>n</i> = 24)	<i>Urteil gesunder Elternteil</i> (<i>n</i> = 11)	<i>Urteil Kind</i> (<i>n</i> = 7)
<i>Syndromskalen 1. Ordnung</i>				
1	Sozialer Rückzug	4 % (1)	0 % (0)	0 % (0)
2	Körperliche Beschwerden	8 % (2)	0 % (0)	43 % (3)
3	Ängstlichkeit/Depressivität	0 % (0)	0 % (0)	14 % (1)
4	Soziale Probleme	12 % (3)	0 % (0)	14 % (1)
5	Schizoidie/Zwanghaftigkeit	4 % (1)	0 % (0)	14 % (1)
6	Aufmerksamkeitsprobleme	4 % (1)	0 % (0)	14 % (1)
7	Dissoziales Verhalten	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
8	Aggressives Verhalten	4 % (1)	9 % (1)	0 % (0)
<i>Syndromskalen 2. Ordnung</i>				
B	Internalisierende Auffälligkeiten	12 % (3)	9 % (1)	57 % (4)
B	Externalisierende Auffälligkeiten	4 % (1)	9 % (1)	29 % (2)
Gesamtauffälligkeit		12 % (3)	9 % (1)	71 % (5)

Anm.: Grenzwertige und klinisch auffällige Fälle zusammengefasst. Relevante Abweichungen von der Normstichprobe (fett) sind definiert als >10 % für Syndromskalen 1. Ordnung und >36 % für Syndromskalen 2. Ordnung.

sieben Fällen (71 %) in mindestens einer Skala des YSR klinisch auffällige Werte, davon vier (58 %) in drei oder mehr Skalen. Nur zwei von sieben Jugendlichen (29 %) erreichten in der Selbsteinschätzung durchweg unauffällige Werte. Wiederum auf der Basis der grenzwertige Auffälligkeiten einschließenden Falldefinition war der Anteil symptomatischer Jugendlicher mit 5 von 7 (71 %) deutlich über dem in einer Normpopulation zu erwartenden Wert (18 %). In den sieben Fällen, in denen Fragebögen sowohl von den Patienten als auch von deren Kindern vorlagen, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen elterlicher Fremdeinschätzung und Selbsteinschätzung in vier Syndromskalen, beiden Breitbandskalen sowie im Gesamtscore der CBCL bzw. des YSR (Tab. 4). Die Jugendlichen waren in der Selbsteinschätzung deutlich auffälliger als in der Einschätzung durch den Patienten. Die Hypothese, wonach Eltern die psychosozialen Probleme ihrer Kinder geringer einschätzen als die Kinder selbst, wurde demnach in der Tendenz deutlich bestätigt.

Tab. 4: Übereinstimmung der verschiedenen Urteiler

Skala	CBCL Patient/ gesunder Elternteil (n = 11)	CBCL Patient/ YSR Kind (n = 7)
<i>Syndromskalen 1. Ordnung</i>		
1 Sozialer Rückzug	.36	-.10
2 Körperliche Beschwerden	.35	-.21
3 Ängstlichkeit/Depressivität	.52	-.10
4 Soziale Probleme	.28	.80
5 Schizoidie/Zwanghaftigkeit	.00	-.01
6 Aufmerksamkeitsprobleme	.55	.13
7 Dissoziales Verhalten	.70	.51
8 Aggressives Verhalten	.87	-.55
<i>Syndromskalen 2. Ordnung</i>		
A Internalisierende Auffälligkeiten	.38	-.33
B Externalisierende Auffälligkeiten	.85	-.14
Gesamtauffälligkeit	.76	-.25

Anm.: Intraklassenkorrelation.

Etwas mehr als ein Drittel der Kinder (9 von 24 entsprechend 38 %) zeigte unterschiedlich starke Auffälligkeiten in einzelnen Skalen. Neben der „Gesamtauffälligkeit“ ergaben sich Werte im Grenzbereich oder im Bereich klinischer Auffälligkeit vor allem in der Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“. Die Auswertung nach Einzelfällen zeigte eine deutliche Bündelung der Auffälligkeiten auf einen Teil der Probanden. Für die Mehrzahl der Kinder ergaben sich in der Einschätzung durch den

dialysepflichtigen Elternteil durchweg keine auffälligen Werte, während in zwei der 24 Fälle in drei oder mehr Skalen Auffälligkeiten zu finden waren. Auch für die Selbsteinschätzung der Jugendlichen ergibt die Auswertung nach Einzelfällen eine deutliche Bündelung der Auffälligkeiten. Nur zwei der Jugendlichen zeigen in keiner der Skalen auffällige Werte, während in vier der sieben Fälle in drei oder mehr Skalen Auffälligkeiten zu finden sind. Bemerkenswert ist dabei die Tatsache, dass diese vier Probanden nicht mit den in der Einschätzung durch die Eltern besonders auffälligen Fällen übereinstimmen. Im Gegenteil: In zwei der fünf Fälle ist die Einschätzung durch beide Elternteile komplett unauffällig, in den übrigen drei Fällen mit Ausnahme jeweils einer Skala weitgehend unauffällig.

4.2 Einfluss von Moderatorvariablen

Geprüft wurden jeweils der Einfluss von Geschlecht, Alter, Schweregrad der elterlichen Erkrankung, Depressivität der Eltern, Familienfunktion sowie dem Vorliegen weiterer abnormer psychosozialer Umstände auf die psychische Auffälligkeit der Kinder. Jungen und Mädchen unterschieden sich in der Häufigkeit psychosozialer Auffälligkeiten nicht. Auch im Hinblick auf das Geschlecht des erkrankten Elternteils ließen sich keine nennenswerten Unterschiede nachweisen. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Alter und psychischen Auffälligkeiten der Kinder zeigte sich, dass jüngere Kinder im Elternurteil tendenziell auffälliger waren als ältere. Auch wenn es in der Tendenz Hinweise dafür gibt, dass Kinder schwerer erkrankter Patienten größere Auffälligkeiten zeigen, und zwar sowohl bei höherem objektiven Schweregrad wie auch bei höherer subjektiver Einschätzung des Schweregrads durch die Patienten selbst, konnte kein eindeutiger Zusammenhang nachgewiesen werden.

Im BDI erzielten weder die Dialysepatienten ($M = 9.6$, $SD = 7.87$) noch die gesunden Elternteile ($M = 5.3$, $SD = 6.47$) im Mittel depressive Werte ($< 11 =$ unauffällig, $11-17$ mäßig depressiv, $> 18 =$ klinisch relevant depressiv). Hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen elterlicher Depressivität und psychischer Auffälligkeit der Kinder divergieren die Ergebnisse zwischen den Beurteilerperspektiven: Während sich kein Zusammenhang zwischen der Depressivität der Dialysepatienten und deren Einschätzung der Auffälligkeiten ihrer Kinder ergab ($r = .10$, $n = 24$), korreliert die Depressivität des Patienten deutlich mit der psychischen Auffälligkeit des Kindes in der Einschätzung des gesunden Elternteils ($r = .56$ für „Gesamtauffälligkeit“; $r = .67$ für „internalisierende Symptome“, $r = .79$ für „Angst/Depressivität“, $n = 11$). Die Depressivität des gesunden Elternteils korreliert zu $r = .52$ mit dessen CBCL-Urteil. Bei Verwendung des kindlichen Selbsturteils ab 11 Jahren ($n = 7$) sind die Zusammenhänge in der Tendenz noch deutlicher, wenngleich sich wegen der geringen Fallzahl keine statistische Korrelationen angeben lassen. Das Ergebnis lässt sich wie folgt zusammenfassen: In der Einschätzung durch die gesunden Elternteile zeigten Kinder mehr Auffälligkeiten, je depressiver die Eltern sind (sowohl Patient als auch gesunder Elternteil), nicht jedoch im Urteil des kranken Elternteils.

Kinder, die im Vorfeld bereits auf irgendeine Weise psychisch auffällig geworden waren, zeigen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht mehr Auffälligkeiten.

ten als andere. Dafür sind Kinder mit möglicherweise belastenden Lebensumständen deutlich auffälliger als andere. Als mögliche belastende Umstände treten innerhalb der untersuchten Stichprobe Alleinerziehung durch einen Elternteil und abnorme Streitbeziehung mit Mitschülern oder Lehrern auf.

5 Diskussion

In der aus 24 Familien mit einem dialysepflichtigen Elternteil bestehenden Untersuchungsgruppe fand sich bei den untersuchten minderjährigen Kindern im Urteil beider Elternteile keine signifikant erhöhte Prävalenz psychosozialer Auffälligkeiten. Bei etwa einem Drittel der Kinder allerdings gab es Auffälligkeiten in einzelnen Skalen, damit lassen sich die Ergebnisse älterer Untersuchungen bestätigen, die bei Kindern von Dialysepatienten Auffälligkeiten in bestimmten psychosozialen Bereichen beschrieben haben (vgl. Bergsten et al. 1977; Friedman et al. 1970; Hoover et al. 1975; Ritter 1976; Tsaltas 1976). Aussagen über die mittlere Auffälligkeit der Gesamtgruppe wurden in diesen Arbeiten nicht gemacht.

Ältere Kinder und Jugendliche (ab 11 Jahren) sind in der Selbsteinschätzung der Gesamtauffälligkeit bereits im Mittel klinisch auffällig und unterscheiden sich damit deutlich von einer Normpopulation. Wenngleich wegen der geringen Fallzahl ($n = 7$) Vorsicht bei Verallgemeinerungen geboten ist, ist dieses Ergebnis deutlich, zumal die Untersuchungsgruppe insgesamt im Hinblick auf psychosoziale Auffälligkeiten nicht selektiv war, keine bedeutsamen zusätzlichen psychosozialen Risikobelastungen vorlagen, es meist keine Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsmaßnahmen gab und die untersuchten Familien aufgrund des gewählten Weges der Rekrutierung als weitgehend repräsentativ für die Gesamtheit der Familien mit einem dialysepflichtigen Elternteil gelten dürfen. Immerhin fünf dieser sieben älteren Kinder und Jugendlichen liegen in ihrer Selbsteinschätzung im Grenzbereich oder sogar im Bereich klinisch relevanter Auffälligkeit. Entsprechend der Einschätzung im Elternurteil finden sich auch in der Selbsteinschätzung abnorme Werte vor allem im Bereich „Internalisierende Auffälligkeiten“. 5 von 7 Kindern (71 %) lagen im Bereich grenzwertiger Auffälligkeit oder darüber. Die Diskrepanz zwischen Elternurteil und Selbsturteil der Jugendlichen wird dadurch unterstrichen, dass Eltern in der Tendenz ihre Kinder deutlich weniger häufig als auffällig einstuften, als dies in einer Normstichprobe der Fall war (Döpfner et al. 1998a, b). Dies trifft in besonderem Maße auf die Urteile der gesunden Elternteile zu, die ihre Kinder fast durchweg als komplett unauffällig einstuften und bei denen sich in nur einem von 11 Fällen (9 %) einen Wert oberhalb der definierten Grenzauffälligkeit ergab.

Das Phänomen der divergenten Wahrnehmung kindlicher Probleme zwischen Eltern und Kindern selbst ist aus früheren Studien bekannt. So wurden in zwei Studien übereinstimmend niedrige Korrelationen zwischen Elternurteil und jugendlicher Selbsteinschätzung bezüglich psychosozialer Auffälligkeiten gefunden, wobei sich insbesondere für internalisierende Auffälligkeiten schlechte Übereinstimmungen zeigten (Achenbach et al. 1987; Seiffge-Krenke u. Kollmar 1998). Auch für Familien mit an anderen Krankheiten erkrankten Eltern sind ähnliche Ergebnisse be-

schrieben. So wurde bei Kindern von Patienten mit Multipler Sklerose gefunden, dass diese die eigene Anpassung weniger positiv einschätzten als die Eltern (Levine-Batten u. Krieger-Gardner 1993), bzw. dass die Patienten dazu tendierten, die Belastung ihrer Kinder zu unterschätzen (Arnaso 1995). Auch für Kinder von Müttern mit Brustkrebs wurde gefunden, dass sie die Sorgen und Ängste ihrer Kinder nicht ausreichend wahrnahmen (Armsden u. Lewis 1994). Für Mütter mit Diabetes wurde ebenfalls gezeigt, dass sie den Einfluss der Erkrankung auf die Kinder unterschätzten (Kornblum u. Anderson 1985). In einem direkten Vergleich der Selbsteinschätzung der Kinder und der Fremdeinschätzung durch die Eltern bei Kindern von Krebspatienten wurde der gleiche tendenzielle Unterschied nachgewiesen (Welch et al. 1996). Die Ursachen für dieses Phänomen sind sicherlich vielfältig. Eine Rolle mag dabei die Tatsache spielen, dass die Patienten aufgrund ihrer Erkrankung stärker mit sich und ihrer eigenen Situation beschäftigt sind und die Kinder dabei einfach weniger wahrgenommen werden als in anderen Familien. Die Ergebnisse einer Arbeit weisen speziell für die Familien von Dialysepatienten in diese Richtung: die Familien fokussieren die Aufmerksamkeit auf den Patienten, Kinder werden in der Folge weniger beachtet (Maurin u. Schenkel 1976). Die bereits erwähnte Tendenz von Kindern mit einem schwer erkrankten Elternteil, eigene Probleme zurückzunehmen, um unauffällig zu wirken und den durch die Krankheit belasteten Eltern wenig Probleme zu bereiten, mag ebenfalls eine Rolle spielen. Auch die häufig beschriebene Beobachtung, dass in Familien mit einem erkrankten Elternteil die innerfamiliäre Kommunikation vielfach reduziert ist (z. B. Dura u. Beck 1988; Kopp et al. 1995), und dass das offene Austragen von Konflikten vermieden wird (z. B. Mass u. Kaplan De-Nour 1975; Maurin u. Schenkel 1976), mag dazu beitragen, dass Eltern die seelische Belastung ihrer Kinder nicht in vollem Maße zur Kenntnis nehmen können. Zu einem gewissen Teil mag auch Verleugnung aufgrund latenter Schuldgefühle der Patienten von Bedeutung sein, die den Gedanken, durch ihre Erkrankung ihre Kinder zu belasten, für sich selbst wiederum als belastend erleben würden, so dass sie die möglicherweise wahrnehmbaren Auffälligkeiten bei ihren Kindern ausblenden. Weiterhin zeigt sich in unserer Arbeit wie in früheren Studien, dass insbesondere bei internalisierenden Auffälligkeiten die Einschätzungen von Eltern und Jugendlichen auseinandergehen, was unter anderem auch damit zusammenhängen mag, dass internalisierende Störungen weniger direkt beobachtbar sind und damit der Fremdeinschätzung eher entgehen als externalisierende Störungen (Seiffge-Krenke u. Kollmar 1998).

Die bestätigte Tendenz, wonach jüngere Kinder häufiger psychosoziale Probleme haben als ältere, lässt sich mit der größeren intellektuellen und sozialen Reife älterer Kinder und ihren damit einhergehenden allgemein höheren Bewältigungskompetenz erklären. Hinzu kommt, dass ältere Kinder aktiv mehr Unterstützung außerhalb der Familie suchen (Christ et al. 1994; Hilton u. Elfert 1996; Worsham et al. 1997). Eine Reihe von Arbeiten kommt im Hinblick auf den Einfluss des Alters zu anderen Ergebnissen. So erzielten in zwei Untersuchungen zu Kindern von Krebspatienten Jugendliche höhere Werte in Depressionsfragebögen als jüngere Kinder (Compas et al. 1994, 1996; Welch et al. 1996). Möglicherweise spielt hier die Art der erfragten Symptomatik und damit einhergehend die bei Jugendlichen bekannter-

maßen höhere Bewusstheit trauriger Gefühle im Rahmen der für die Altersgruppe typischen emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien eine Rolle (Compas et al. 1996). Die niedrigeren Werte für Depressivität bei jüngeren Kindern könnten mit deren Tendenz zu eher diffuser Symptombildung in Form von z. B. Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen oder psychosomatischen Beschwerden zusammenhängen (Christ et al. 1994). Der Zusammenhang zwischen elterlicher Depression und kindlichen Auffälligkeiten lässt vermuten: Alles, was den kranken Eltern bei ihrer psychischen Krankheitsbewältigung hilft, beugt auch seelischen Fehlanpassungen bei den Kindern vor. Bemerkenswert ist, dass in der Tendenz offensichtlich nur der gesunde Elternteil, wenn einer der Eltern depressiv ist, beim Kind ebenfalls internalisierende Symptome wahrnimmt, nicht jedoch der kranke Elternteil. Der körperlich kranke Elternteil kann demzufolge, besonders dann, wenn er selbst depressiv ist, psychische Probleme beim Kind schwerer wahrnehmen. Eine Erklärung für die Divergenz der Wahrnehmungen zwischen gesundem und kranken Elternteil, unabhängig davon, ob der gesunde Elternteil depressiv ist oder nicht, könnte sein, dass depressive Symptome vom Dialysepatienten selbst unmittelbar als zur Krankheit gehörig erlebt werden und weniger gesondert als psychische Befindlichkeit wahrgenommen werden, auch nicht beim Kind. Dass in Familien mit einem dialysepflichtigen Elternteil die Kinder von weniger depressiven Eltern selbst weniger auffällig sind als Kinder schlechter angepasster Patienten wurde auch in einer anderen Studie gezeigt (Moguilner et al. 1988). Auch einige Veröffentlichungen zu anderen Krankheitsbildern führen elterliche Depression als Moderatorvariable an, die Einfluss auf die Häufigkeit von Auffälligkeiten bei den Kindern hat. So zeigen sich bei Kindern von Hämophiliepatienten mehr psychische Symptome, wenn die Eltern depressiver sind (Steele et al. 1997). In zwei weiteren Untersuchungen an Familien von Krebspatienten wurde ein wahrscheinlicher Einfluss elterlicher Depressivität auf Auftreten und Ausmaß psychischer Auffälligkeiten bei den Kindern aufgezeigt (Armistead et al. 1995; Lewis et al. 1993). Diese Befunde sind insbesondere für Erklärungsmodelle für die Entstehung von Belastungssymptomen bei Kindern körperlich kranker Eltern wichtig. Möglicherweise erzeugt nicht die elterliche Erkrankung selbst und die aus ihr unmittelbar resultierenden Stressoren, sondern eine depressive Verarbeitung auf Seiten der Eltern eine kindliche Belastungssituation, die zu Symptomen führt. Im Gegenzug würde dies bedeuten, dass eine nicht-depressive Bewältigung der körperlichen Erkrankung durch den Patienten im Hinblick auf die Entstehung psychischer Störungen beim Kind protektiv wäre. Eine depressive Krankheitsverarbeitung des kranken Elternteils ist somit möglicherweise ein zentraler „Transmissionsriemen“ für die psychischen Mechanismen innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung, die bei Vorhandensein des Risikofaktors „somatische Erkrankung eines Elternteils“ eine psychische Fehlentwicklung beim Kind bewirken kann. Um hier mehr Erkenntnisse zu gewinnen, sollte bei künftigen Forschungen zu den Auswirkungen somatischer Erkrankungen bei Eltern auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder stets die Depressivität der Eltern mituntersucht werden. Dass das Vorliegen zusätzlicher psychosozialer Risikofaktoren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine psychosoziale Fehlanpassung bei Kindern körperlich kranker Eltern einhergeht, überrascht nicht. Dass in der Untersuchungsgruppe hierbei vorwiegend eine atypische Famili-

ensituation mit getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern bzw. mit einem allein erziehenden Elternteil eine Rolle spielte, ist von besonderer Bedeutung. Bislang wurde ein solcher Zusammenhang nur bei Kindern krebskranker Eltern untersucht. Kinder von Brustkrebspatientinnen hatten häufiger Auffälligkeiten oder größere Probleme, wenn die Mütter allein erziehend waren (Hilton u. Elfert 1996; Lewis et al. 1996). Eine getrennte Elternsituation kann für Kinder, die mit einem körperlich kranken Elternteil zusammenleben, in zweifacher Hinsicht nicht nur einen additiven, sondern sogar einen potenzierenden Risikofaktor bedeuten: Zum einen sind bei getrennten Eltern häufig familiäre Konflikte auch nach einer Trennung präsent und virulent. Das Vorliegen einer schweren Erkrankung bei einem Elternteil geht jedoch meist mit einem Hemmnis einher, Konflikte auszutragen, was die atmosphärische Belastung für die Kinder, die dieser Situation ausgesetzt sind, zusätzlich erhöht. Zum anderen kommt für Kinder, wenn ein Elternteil durch eine ernste körperliche Erkrankung existentiell bedroht ist, der emotionalen Verfügbarkeit des gesunden Elternteils als Bindungsfigur im Sinne einer nicht bedrohten sicheren Basis (Bowlby 1988) eine nicht zu unterschätzende protektive Bedeutung zu, die, wenn die Eltern getrennt sind, häufig nur begrenzt oder gar nicht zur Verfügung steht.

5.1 Grenzen der Untersuchung

Auf Grund des explorativen Charakters der Studie sowie der geringen Fallzahl wurde auf signifikantstatistische Prüfkriterien verzichtet. Die stattdessen verwendete Klassifikation von Effektgrößen ist nicht gegen Zufallsfehler abgesichert. Insbesondere die geringe Anzahl der befragten Kinder sollte zur Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse mahnen. Andererseits liegt die Stichprobengröße mit $n = 24$ deutlich über dem durchschnittlichen Fallzahl von $n = 14$ in den bisher publizierten Arbeiten, die sich mit der Situation von Kindern von Dialysepatienten beschäftigen (Thomalla 2002). Auch macht die Rekrutierung der Stichprobe über Dialysepraxen unabhängig von jeglicher Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote einen Selektionseffekt in Richtung einer Häufung von psychischen Auffälligkeiten in der untersuchten Gruppe unwahrscheinlich, so dass die berichteten Auffälligkeiten auch bei kleiner Fallzahl relevant erscheinen. Weiterhin wurde möglicherweise durch die Beschränkung auf Symptomchecklisten als Datenerhebungsverfahren das Spektrum möglicher Probleme von Kindern von Dialysepatienten nur unzureichend erfasst. Um die Mechanismen der Verarbeitung einer elterlichen Erkrankung und die daraus resultierenden seelischen Belastungen besser zu verstehen, sind qualitative Methoden vonnöten, die bei der gleichen Untersuchungsgruppe in einer gesonderten Studie angewendet wurden (Romer et al. 2005).

5.2 Schlussfolgerungen und Ausblick

Kinder von Dialysepatienten stellen eine Risikogruppe für das Auftreten psychosozialer Auffälligkeiten dar. Der Mehrzahl der Kinder gelingt eine funktionale Anpassung, bei einem Teil der Kinder jedoch zeigen sich deutliche Probleme. Diese Probleme müssen frühzeitig erkannt, gefährdete Kinder rechtzeitig identifiziert werden.

Wenn sich Probleme zeigen, sollten betroffenen Familien Möglichkeiten der Beratung und Unterstützung angeboten werden. Ein großer Teil der betroffenen Kinder kommt mit der Situation gut zurecht. Die besondere Anforderung, die diese Situation für die Kinder bedeutet, kann sogar eine positive Entwicklung begünstigen, nicht selten zeigen betroffene Kinder besonders hohe soziale Kompetenz, starkes Verantwortungsgefühl und insgesamt eine hohe charakterliche Reife. Ein Teil der Kinder ist jedoch offenbar mit der Anpassung an diese besondere Situation überfordert und reagiert darauf mit der Entwicklung psychosozialer Auffälligkeiten. Die Ergebnisse unterstreichen, dass jede ernsthafte Erkrankung einer Mutter oder eines Vaters aus der reaktiven Perspektive mitbetroffener Kinder mitbedacht werden sollte. Kinder sind Angehörige, die in den Konzepten der psychosozialen Patientenbetreuung mehr berücksichtigt werden sollten als bisher. Ziel künftiger Untersuchungen sollte sein, assoziierte Risiko- und Schutzfaktoren für die seelische Anpassung von Kindern an die ernsthafte Erkrankung eines Elternteils zu identifizieren. Wegen der bestätigten Divergenz zwischen kindlicher Selbsteinschätzung und Elternurteil sind stets mehrere Beurteilerperspektiven für psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern kranker Eltern zu fordern. Durch vergleichende Untersuchungen bei anderen Krankheitsgruppen ließen sich Erkenntnisse über krankheitsspezifische bzw. krankheitsunabhängige Probleme und Auffälligkeiten gewinnen. Ferner sind qualitative Untersuchungen vonnöten, um Erkenntnisse über unterschiedliche Mechanismen der Verarbeitung und Symptombildung zu gewinnen. Darüber hinaus bedarf es längsschnittlicher Untersuchungen, um die Interdependenz zwischen elterlichem Krankheitsverlauf, kindlicher Reifeentwicklung und Coping-Prozessen weiter zu erforschen.

Literatur

- Achenbach, T. M.; McConaughy, S. H.; Howell, C. T. (1987): Child/adolescent behavioural and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull.* 101 (2): 213–232.
- Achenbach, T. M. (1991a): Manual for the Child Behaviour Checklist and 1991 profile. University of Vermont, Burlington.
- Achenbach, T. M. (1991b): Manual for the Youth Self Report and 1991 profile. University of Vermont, Burlington.
- Achenbach, T. M.; Edelbrock, C. S. (1981): Behavioural problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monographs of the society for research in child development* 46 (Serial No. 188).
- Armistead, L.; Klein, K.; Forehand, R. (1995): Parental physical illness and child functioning. *Special Issue: The impact of the family on child adjustment and psychopathology. Clinical Psychology Review* 15 (5): 409–422.
- Armsden, G. L.; Lewis, F. M. (1994): Behavioural adjustment and self-esteem of school-age children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 21 (1): 39–45.
- Arnaso, B. (1995): Psychosocial impact on family members. *MS-Forum*. 5: 15–16.
- Arnaud, S. H. (1959): Some psychological characteristic of children of multiple sclerotics. *Psychosomatic Medicine* 21: 8–22.
- Bergsten, E.; Hiroyuki, A.; Bergström, J. (1977): A study of patients on chronic hemodialysis. *Scandinavian J. of Social Medicine* 1: 1–31.
- Bowlby, J. (1988): *A Secure Base-Clinical Application of Attachment Theory*. London: Routledge.

- Christ, G. H.; Siegel, K.; Sperber, D. (1994): Impact of parental terminal cancer on adolescents. *American J Orthopsychiatry* 64 (4): 604–613.
- Compas, B. E.; Worsham, N. L.; Epping-Jordan, J. E.; Grant, K. E.; Mireault, G.; Howell, D. C.; Malcarne, V. L. (1994): When mom or dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses and children. *Health Psychology* 13 (6): 507–515.
- 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.
- Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G. (1994): Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report-Form (YSR/11–18) der Child Behaviour Checklist. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln.
- Döpfner, M.; Schmeck, K.; Berner, W. (1994): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Deutsche Bearbeitung der Child Behaviour Checklist (CBCL/4–18): Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln.
- Döpfner, M.; Plück, J.; Bölte, S.; Lenz, K.; Melchers, P.; Hein, K. (1998a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Deutsche Bearbeitung der Child Behaviour Checklist (CBCL/4–18): Einführung und Anleitung zur Handauswertung (2. Aufl. und deutsche Normen): Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln.
- Döpfner, M.; Plück, J.; Bölte, S.; Lenz, K.; Melchers, P.; Hein, K. (1998b): Fragebogen für Jugendliche – Deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report-Form (YSR/11–18) der Child Behaviour Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung (2. Aufl. und deutsche Normen): Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln.
- Dornes, M. (1999): Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In: Suess, G. J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.): Frühe Hilfen – die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung und Therapie. Gießen, S. 25–64.
- Dura, J. R.; Beck, S. J. (1988): A comparison of family functioning when mothers have chronic pain. *Pain* 35: 79–89.
- Frei, U.; Schober-Halstenberg, H.-J. (1999): Nierenersatztherapie in Deutschland. Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 1999. QUASI Niere.
- Friedlander, R. J.; Viederman, M. (1982): Children of dialysis patients. *American J of Psychiatry* 139: 100–103.
- Friedman, E. A.; Goodwin, N. J.; Chandhry, L. (1970): Psychosocial adjustment of family maintenance hemodialysis. *New York State J. of Medicine* 70: 757–774.
- Gaus, E.; Köhle, K.; Koch, U.; Beutel, M.; Muthny, F. A. (1996): Organersatz und Transplantation. Beispiel: die Behandlung der chronischen terminalen Niereninsuffizienz. In: Uexkuell, T. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.
- Goldman, R. H.; Cohn, G. L.; Longnecker, R. E. (1981): The Family and Home Hemodialysis: Adolescents' Reactions to a Father on Home Dialysis. *International J. Psychiatry in Medicine* 10 (3): 235–254.
- Hautzinger, M.; Bailer, M.; Worall, H.; Keller, F. (1994): Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber.
- Heiney, S. P.; Bryant, L. H.; Walker, S.; Parrish, R. S.; Provenzano, F. J.; Kelly, K. E. (1997): Impact of parental anxiety on child emotional adjustment when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum* 24 (4): 655–661.
- Hilton, B. A.; Elfert, H. (1996): Children's experiences with mothers' early breast cancer. *Cancer Practice* 4 (2): 96–104.
- Hoffmann, S. O.; Egle, U. (1996): Risikofaktoren und protektive Faktoren für die Neurosenstehung. *Psychotherapeut* 41: 13–16.
- Hoover, P.; MacElveen, P.; Alexander, A. (1975): Adjustment of children with parents on hemodialysis. *Nursing Times* 71: 1374–1376.
- Kopp, M.; Richter, R.; Rainer, J.; Kopp-Wilfing, P.; Rumpold, G.; Walter, M.-H. (1995): Differences in family functioning between patients with chronic headache and patients with chronic low back pain. *Pain* 63: 219–224.

- Kornblum, H.; Anderson, B. J. (1985): Parents with Insulin-dependent diabetes: Impact on child and family development. In: Thurman, S. K. (Hg.): Children of handicapped parents. Orlando, FL: Academic Press, S. 97–109.
- Levine-Batten, H.; Krieger-Gardner, J. (1993): Adjustment of adult children of parents with MS: Institute for Health Policy, Massachusetts.
- 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. *J. Behavioural Medicine* 16 (4): 351–370.
- Lewis, F. M.; Zahlis, E. H.; Shands, M. E.; Sinsheimer, J. A.; Hammond, M. A. (1996): The functioning of single women with breast cancer and their school-aged children. *Cancer Practice* 4 (1): 15–24.
- Mass, M.; Kaplan De-Nour, A. K. (1975): Reactions of families to chronic hemodialysis. *Psychotherapy Psychosomatics* 26: 20–26.
- Maurin, J.; Schenkel, J. (1976): A study of the family unit's response to hemodialysis. *J. of Psychosomatic Research* 20: 163–168.
- Mlott, S. R.; Vale, W. H. (1982): Hemodialysis: Adjustment Difficulties of Patient and Family. *Southern Medical Journal* 75 (11): 1366–1368.
- Moguilner, M. E.; Baumann, A.; Kaplan De-Nour, A. (1988): The Adjustment of children and parents to chronic hemodialysis. *Psychosomatics* 29: 289–294.
- Poustka, F.; Burk, B.; Bäslein, M.; van Goor-Lambo, G.; Schermer, D. (1994): Elterninterview zur Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter (ICD-10). Frankfurt a. M.: Swets.
- Ritter, K. H. J. (1976): Psychologische Probleme in Familien von Heimdialysepatienten. *Therapiewoche* 26: 2593–2598.
- Romer, G.; Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.; Thomalla, G.; Riedesser, P. (2002a): Children of Somatically Ill Parents: A Methodological Review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7: 17–38.
- Romer, G.; Schulte-Markwort, M.; Riedesser, P. (2002b): Kinder kranker Eltern am Beispiel Kinder krebskranker Mütter. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 62 (6): 537–542.
- Romer, G.; Haagen, M.; Barkmann, C.; Thomalla, G.; Schulte-Markwort, M.; Riedesser, P. (2004): Präventiver Handlungsbedarf bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikogruppe: Kinder körperlich kranker Eltern. *Hamburger Ärzteblatt*. 3/04: 124–127.
- Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P. (2005): Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54 (im Druck).
- Rutter, M. (1966): Children of sick parents. An environmental and psychiatric study. London: Oxford University Press.
- Samtleben, W.; Blumenstein, M. (1999): Indikation und Auswahl der Dialyseverfahren bei akuter und chronischer Niereninsuffizienz einschließlich kontinuierlicher Verfahren. *Internist* 40: 3–12.
- Schleebusch, L.; Naidoo, N. K.; Kallmeyer, J. (1983): Psychological effects of in-center hemodialysis on the dialysands adolescent children. *South-African Medical J.* 63: 363–365.
- Seiffge-Krenke, I.; Roth, M.; Kollmar, F. (1997): Eignen sich Väter und Mütter zur Einschätzung der Symptombelastung von Söhnen und Töchtern? Diskrepanzen zur Selbsteinschätzung der Jugendlichen im längsschnittlichen Verlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26: 201–210.
- Steele, R. G.; Forehand, R.; Armistead, L. (1997): The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *J. Abnormal Child Psychology* 25 (2): 83–94.
- Steele, R. G.; Tripp, G.; Kotchick, B. A.; Summers, P.; Forehand, R. (1997): Family members' uncertainty about parental chronic illness: The relationship of hemophilia and HIV infection to child functioning. *J. Pediatric Psychology* 22 (4): 577–591.
- Thomalla, G. (2002): Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten – Entwicklung eines modellhaften Untersuchungsdesigns und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Dissertation, Fachbereich Medizin der Universität Hamburg.

- Tsaltas, M. O. (1976): Children of home dialysis patients. *JAMA* 236 (24): 2764–2766.
- Welch A. S.; Wadsworth, M. E.; Compas, B. E. (1996): Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and children's perspectives. *Cancer* 77 (7): 1409–1418.
- Winckowski, A. J. (1976): The dialyzing father: a study of adolescent coping responses. *Dissertation Abstract International* 37: 1803.
- Worsham, N. L.; Compas, B. E.; Sydney, E. Y. (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 Press.

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