

Di Gallo, Alain / Gwerder, Charlotte / Amsler, Felix und Bürgin, Dieter

**Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der  
Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 3, S. 141-155*

urn:nbn:de:bsz-psydok-44243

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness) . . . . .	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders) . . . . .	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy) . . . . .	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior - A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped) . . . . .	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling) . . . . .	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services) . . . . .	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation) . . . . .	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view) . . . . .	777

## Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry) . . . . .	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia) . . . . .	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) . . . . .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visualisierter Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results) . . . . .	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context) . . . . .	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal) . . . . .	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness) . . . . .	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) . .	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test) . . . . .	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions) . . . . .	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children) . . . . .	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?) . . . . .	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources) . . . . .	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease) . . . . .	17

#### Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry) . . . . .	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality) . . . . .	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents) . . . . .	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children) . . . . .	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints) . . . . .	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study) . . . . .	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy) . . . . .	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches) . . . . .	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments) . . . . .	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg) . . . . .	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?) . . . . .	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety) . . . . .	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school) . . . . .	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies) . . . . .	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood) . . . . .	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches) . . . . .	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations) . . . . .	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options) . . . . .	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy) . . . . .	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems) . . . . .	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior) .....	440
---	-----

### Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle) .....	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley) .....	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin) .....	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke) .....	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski) .....	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer) .....	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. (H. Mackenberg) .....	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber) .....	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff) .....	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl) .....	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bündner) .....	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke) .....	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. (T. Zenkel) .....	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer) .....	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundlagen – Methoden – Technik. (E. Bretz) .....	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch) .....	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch) .....	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel) .....	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich) .....	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Entwicklung. (J. Wilken) .....	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie I. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. ( <i>G. Gröschke</i> ) . . . . .	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. ( <i>E. Butzmann</i> ) . . . . .	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> ) . . . . .	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. ( <i>M. Hirsch</i> ) . . . . .	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. ( <i>J. Schweitzer</i> ) . . . . .	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. ( <i>K. Mauthe</i> ) . . . . .	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. ( <i>K. Mauthe</i> ) . . . . .	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>K. Sarimski</i> )	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. ( <i>B. Helbing-Tietze</i> ) . . . . .	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> )	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	823

#### Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	465

Editorial / Editorial . . . . .	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	.61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates. . . . .	.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements . . . . .	69, 139, 212, 472, 651, 750

## **Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte**

Alain Di Gallo, Charlotte Gwerder, Felix Amsler und Dieter Bürgin

### **Summary**

Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography

Based on the hypothesis that personal narratives help to cope people with stressful life events, 33 adult siblings of former childhood cancer patients were asked how they had experienced illness and treatment of their brother or sister. Analysis of the narratives was used to measure the integration of these experiences into personal biography. Good integration correlated positively with good body concepts. Siblings with good integration also scored lower for fatalistic health locus of control and perceived the illness retrospectively as more distressing than those with poor integration. In contrast, integration did not correlate with distress evoked by present feelings towards illness and therapy or by thoughts of a relapse or a personal cancer illness. The findings of this exploratory investigation may suggest that successful integration of the experiences associated with a brother's or sister's cancer is associated with a trustful relation to the own body and with the ability to accept painful feelings and to allow them to emerge. Assisting siblings of young cancer patients to create and maintain their personal narratives of their experiences can make an important contribution to coping.

**Keywords:** Cancer – coping – narrative – siblings – survival

### **Zusammenfassung**

Ausgehend von der Hypothese, dass die Fähigkeit, persönliche Narrative zu entwickeln, die Bewältigung belastender Erlebnisse unterstützt, wurden in der vorliegenden Studie 33 erwachsene Geschwister von ehemaligen Patienten, die in ihrer Kindheit eine Krebserkrankung durchgemacht hatten, aufgefordert zu erzählen, wie sie die Krankheit und die Behandlung erlebt hatten. Der Grad der Integration dieser Erfahrungen in die Lebensgeschichte wurde anhand der Analyse dieser Nar-

rative beurteilt. Gute Integration der Krankheitserlebnisse korrelierte mit guten Körperkonzepten, geringerer Somatisierungstendenz und weniger Fatalismus in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Geschwister mit guter Integration maßen dem Miterleben der Krankheit rückblickend eine größere Belastung zu als solche mit weniger guter Integration. Die aktuelle Erinnerung an die Krankheit und die Angst vor einem Rückfall oder einer eigenen Krebserkrankung zeigten hingegen keinen Zusammenhang mit der Integration. Die Ergebnisse dieser explorativen Studie könnten darauf hinweisen, dass gelungene Integration mit einer von Vertrauen geprägten Beziehung zum eigenen Körper sowie mit einer Fähigkeit assoziiert ist, schmerzhaft und belastende Gefühle an die mit der Krebserkrankung des Bruders oder der Schwester verbundenen Erinnerungen zuzulassen, ohne sich stärker dadurch beeinträchtigt zu fühlen. Die Unterstützung der Geschwister krebskranker Kinder, die oft wenig Beachtung erhalten, bei der Entwicklung persönlicher Narrative und der Integration ihrer Erfahrungen kann einen wichtigen Beitrag zur Verarbeitung ihrer widersprüchlichen Empfindungen wie Angst, Eifersucht und Schuldgefühlen leisten.

**Schlagwörter:** Geschwister – Krankheitsbewältigung – Krebs – Narrativ

## 1 Einführung

Eine Krebserkrankung bedroht nicht nur Leib und Leben des betroffenen Kindes. Sie erschüttert auch das emotionale und soziale Gleichgewicht der gesamten Familie. Die Eltern geraten in eine Doppelrolle. Durch die Stützung des kranken Kindes und seiner Geschwister geben sie Halt, in ihren eigenen Gefühlen suchen sie Halt (Topf et al. 1994). Die Eltern widmen ihre Aufmerksamkeit nun hauptsächlich dem krebskranken Kind. Die Geschwister, in Sorge um ihren kranken Bruder oder ihre kranke Schwester, leiden unter Isolation und Einsamkeit und empfinden oft Schuldgefühle.

Bereits die ersten Autoren, die sich mit der Lebenssituation der Geschwister krebskranker Kinder auseinandersetzen, erkannten, dass diese in manchen Beziehungen seelisch heftiger belastet sind als die Patienten selbst (Cairns et al. 1979; Schuler et al. 1985; Spinetta 1981). Seit diesen frühen Studien in den 1970er und 1980er Jahren hat sich die pädiatrische Onkologie stark entwickelt. Heute können dank neuer und besserer Therapien mehr als zwei Drittel der kranken Kinder geheilt werden. Der Krebs entwickelte sich von einem meist akuten zu einem chronischen Leiden mit lang dauernden körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen.

Im Zuge der besseren Überlebenschancen nahm auch das Interesse an den seelischen Auswirkungen der Krankheit und den Bewältigungsstrategien der krebskranken Kinder und ihrer Familien zu. Während das Augenmerk zunächst hauptsächlich bei den Patienten lag – sicher ein Spiegel der Dynamik in den meisten betroffenen Familien –, befassten sich in den vergangenen Jahren mehr Studien auch mit der Situation der gesunden Geschwister. Sie untersuchten hauptsächlich

die unmittelbaren Reaktionen der Geschwister auf die Krankheit und die Therapie, während zu den Langzeitfolgen dieser Erfahrungen neben der frühen Pionierarbeit von Koocher und O'Malley (1981) nur wenige Untersuchungen mit kleinen Kollektiven (Brett u. Davies 1988) oder mit spezifischen Fragestellungen (Roell 1995) vorliegen.

Zwei Übersichtsarbeiten (Carpenter u. LeVant 1994; Houtzager et al. 1999) fassten die Ergebnisse der bisherigen Geschwisterstudien zusammen und wiesen auf deren widersprüchliche Befunde hin. Diese beruhen einerseits auf der methodischen Vielfalt der einzelnen Arbeiten, aber auch auf der Schwierigkeit, dass die bloße Erfassung der Psychopathologie mit standardisierten Instrumenten der komplexen Lebenssituation der Geschwister krebskranker Kinder nicht gerecht wird. In den meisten kontrollierten Studien konnten keine Unterschiede in der allgemeinen psychosozialen Befindlichkeit der betroffenen Geschwister im Vergleich zu Geschwistern gesunder Kinder gefunden werden (Horwitz u. Kazak 1990; Sawyer et al. 1986; van Dongen et al. 1995). Andererseits wiesen die Ergebnisse einiger Untersuchungen darauf hin, dass ein Teil der betroffenen Geschwister an emotionalen Belastungszeichen, Verhaltensauffälligkeiten oder psychosomatischen Symptomen litt. Beschrieben wurden Depressivität, Angst, Eifersucht, Wut sowie Gefühle von Schuld, Einsamkeit und empfundener Zurückweisung (Carpenter u. Levant 1994). Verhaltensprobleme zeigten sich bei den Geschwistern u. a. als Leistungsabfall in der Schule, in aggressiven Ausbrüchen oder Rückzug aus den sozialen Beziehungen (Cohen et al. 1994; Fife et al. 1987; Sahler et al. 1994). Die häufigsten körperlichen Symptome, die Geschwister krebskranker Kinder beklagten, waren Kopf- oder Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Essstörungen und Enuresis (Heffernan u. Zanelli 1997; Zeltzer et al. 1996). Neben diesen Beeinträchtigungen wiesen manche betroffenen Geschwister auch auf positive Aspekte durch das Miterleben der Krankheit hin. Besonders ein tiefes Einfühlungsvermögen in andere Menschen, persönliche Reife oder besserer Zusammenhalt innerhalb der Familie wurden genannt (Chesler et al. 1992; Havermans u. Eiser 1994; Kramer 1984; Sargent et al. 1995).

Diese Aufzählung von Symptomen, Anpassungsschwierigkeiten und günstigen Effekten ist jedoch nur beschränkt aussagekräftig, wenn sie deren Beziehung zur individuellen Lebenssituation des Geschwisters, zu seinem sozialen Umfeld und zu seinen Bewältigungsmöglichkeiten nicht berücksichtigt. Offene und ehrliche Kommunikation, dem Alter angepasste Information über die Krankheit und die Therapie, sowie der aktive Einbezug in den familiären Bewältigungsprozess gelten als Voraussetzungen, die eine gute psychosoziale Adaptation fördern (Houtzager et al. 1999). Sie stützen den Selbstwert und schützen vor dem Gefühl, den Ereignissen hilflos ausgeliefert zu sein (Petermann 1986). In Familien mit einer verdeckten Kommunikation, in denen den Kindern bedeutsame Informationen vorenthalten werden, herrscht hingegen oft ein Klima mangelnden Vertrauens. Dieses erhöht das Risiko einer pathologischen Verarbeitung bei den Geschwistern und kann zu Gefühlen tiefer Verletzlichkeit und Machtlosigkeit, einer rigiden Abwehr mit Verleugnung oder einem ständigem Pendeln zwischen diesen beiden Extremen führen (Bürgin u. Di Gallo 1998).

Bedeutsame und belastende Erfahrungen müssen in die weitere psychische Entwicklung integriert werden, denn nur so können sie als Teil der persönlichen Lebensgeschichte assimiliert werden. Ist dies nicht möglich, werden sie von der bewussten Wahrnehmung und der willentlichen Kontrolle abgespalten. Dieser Vorgang wurde erstmals systematisch von Janet (1973) beschrieben. Seiner Theorie folgend erlebt der Mensch ein belastendes Ereignis dann als traumatisch, wenn er, überwältigt durch die hervorgerufenen Emotionen, die Fähigkeit verliert, das Erleben von Kohärenz aufrecht zu erhalten. Diesen Vorgang bezeichnete Janet (1983) als Verlust des *narrativen Gedächtnisses*. Gestaltung und Entwicklung von Narrativen (Erzählungen) sind kognitive Prozesse, die uns erlauben, unser Leben als Ganzes und nicht bloß als eine Aufeinanderfolge unzusammenhängender Ereignisse zu empfinden (Polkinghorne 1991). Die Fähigkeit, über eine Erfahrung kohärent, unter Berücksichtigung aller bedeutenden Aspekte und Emotionen berichten zu können, spielt eine wichtige Rolle für deren Integration. Narrative – sowohl innere, wie auch durch Sprache nach außen kommunizierte – geben unseren Erlebnissen Sinn und Form, sie vermitteln ein Gefühl von Identität, einen „sense of coherence“ und können die Bewältigung belastender Ereignisse unterstützen (Antonowski 1981; Elwyn u. Gwyn 1999; Kohler-Riessman 1989; McCabe u. Peterson 1991; Viney u. Bousfield 1991).

In unserer Studie wurden erwachsene Geschwister von ehemaligen Patienten, die in ihrer Kindheit eine Krebserkrankung durchgemacht und überlebt hatten, gebeten zu erzählen, wie sie die Krankheit und Behandlung ihres Bruders oder ihrer Schwester erlebt hatten. Anhand der Analyse dieser Narrative wurde der Grad der Integration dieser Erfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte beurteilt. Die Studienhypothese lautete, dass die gelungene psychische Integration der mit der Krebserkrankung eines Geschwisters verbundenen Erfahrungen, beurteilt anhand des Inhaltes und der Struktur eines persönlichen Berichtes zu diesen Erlebnissen, mit guter psychosozialer Befindlichkeit sowie positiver Einstellung zum eigenen Körper verbunden ist.

Die folgenden Fragen wurden untersucht:

1. Kann die Integration der mit einer Krebserkrankung eines Geschwisters verbundenen Erfahrungen durch die Analyse eines Narrativs objektiv beurteilt werden?
2. Wie werden diese Erfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte integriert?
3. Welche Faktoren stehen mit der Integration im Zusammenhang?
4. Besteht ein Zusammenhang zwischen Integration und aktueller psychosozialer Befindlichkeit oder Einstellung zum Körper?

## 2 Methodik

### 2.1 Das Studienkollektiv

1998 wurde an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik Basel (KJUP) eine retrospektive Studie mit ehemaligen Patientinnen und Patienten durchgeführt, die als Kinder oder Jugendliche an Krebs erkrankt waren. Sie erfasste die psychische Integration der mit der Krankheit und der Therapie zusammenhängenden Erfahrungen. 60 Personen nahmen an

dieser Untersuchung teil. Die Einschlusskriterien waren eine frühere Behandlung am Basler Universitätskinderspital, ein Alter von mindestens 18 Jahren bei der Studienteilnahme und eine Zeitspanne von mindestens fünf Jahren seit dem Abschluss der Behandlung des Krebsleidens.

Das Kollektiv der hier vorgestellten Geschwisterstudie rekrutierte sich aus den Familien dieser 60 ehemaligen Patienten. 49 von ihnen hatten Geschwister, die mindestens 18-jährig waren, zur Zeit der Krankheit bereits gelebt hatten und somit unsere Einschlusskriterien erfüllten. 43 der ehemaligen Patienten erlaubten uns, ihre Geschwister zu fragen, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. 33 (57,9%) der 57 angefragten Geschwister (26 Frauen und 7 Männer) erklärten sich zur Teilnahme bereit. Die 33 Teilnehmerinnen und Teilnehmer stammten aus 29 Familien. Aus vier Familien nahmen je zwei Geschwister an der Untersuchung teil. 25 (75,8%) der teilnehmenden Geschwister waren älter als ihr kranker Bruder oder ihre kranke Schwester. Bei 27 (82,0%) betrug der Altersunterschied weniger als sechs Jahre. Die Männer gaben als Grund für eine Ablehnung der Teilnahme mehrheitlich fehlende Erinnerung an die Krankheit des Geschwisters oder mangelnde Zeit an. Die Frauen führten Zeit- oder Motivationsmangel an. Nur eine Person erklärte offen, sie befürchte, dass durch das Gespräch schmerzhaft alte Wunden wieder aufgerissen werden könnten.

Rund die Hälfte (48,3%) der krebskranken Geschwister hatte an einer akuten lymphatischen Leukämie gelitten, gefolgt von soliden Tumoren (24,2%), Lymphomen (21,3%) und akuten myeloischen Leukämien (6,1%). Das Alter der Probandinnen und Probanden zum Zeitpunkt der Studienteilnahme lag zwischen 18-40 Jahren (Mittelwert: 28,8 Jahre; Standardabweichung 5,9 Jahre), das Alter bei der Diagnosestellung der Krebskrankheit des Bruders oder der Schwester zwischen 0-19 Jahren (Mittelwert 11,7 Jahre; Standardabweichung 6,3 Jahre).

## 2.2 Messinstrumente

### 2.2.1 Das Narrativinterview

Die Schlüsselvariable „Integration“ wurde anhand eines unstrukturierten Narrativ-Interviews erhoben. Die Instruktion an die Teilnehmenden lautete: „Wir sind daran interessiert, wie Sie die Krankheit Ihres Bruders/Ihrer Schwester erlebt haben und ob sich diese auf Ihr weiteres Leben ausgewirkt hat. Wir möchten Sie bitten, dazu *Ihre* Geschichte zu erzählen.“ Alle Interviews wurden von einer Untersucherin (CG) durchgeführt und für die spätere Analyse mit Video aufgezeichnet. Die Erzählungen wurden von der Untersucherin nur unterbrochen, wenn entscheidende Themenbereiche (z.B. belastende oder hilfreiche Erfahrungen) von den Teilnehmenden nicht spontan angesprochen wurden oder wenn eine inhaltliche Klärung für das Verständnis der Erzählung notwendig erschien. Das Ziel des Interviews war also nicht, eine vollständige und strukturierte Zusammenfassung der Ereignisse zu erhalten, sondern es interessierte in erster Linie, *was* und in welcher *Art* die Teilnehmenden erzählten. Die Auswertung der Narrative gründete auf einer modifizierten Version des Kodierungssystems von Oppenheim et al. (1996), die Narrative von jungen Paaren über die Geburt ihres ersten Kindes analysiert und den Zusammenhang zwischen dem Narrativ und der Zufriedenheit in der Partnerschaft untersucht hatten.

In unserer Studie wurden acht Dimensionen des Narratives zur Messung der Integration verwendet:

- Kohärenz,
- Emotionalität,
- Fähigkeit zur Kommunikation seelischer Zustände und Prozesse,
- Kongruenz zwischen dem Inhalt des Berichtes und den Emotionen,
- einseitige versus vielseitige Krankheitsschilderung,

- persönliche Bedeutung der mit der Krebserkrankung des Geschwisters verbundenen Erfahrungen,
- Bedeutung der Krebserkrankung des Geschwisters für die familialen Beziehungen,
- emotionale Belastung durch die Erzählung.

Alle Narrative wurden anhand von Fünf-Punkte-Skalen von zwei Beurteilern (ADG, CG) für alle acht Dimensionen unabhängig bewertet. Tabelle 1 zeigt zur Erläuterung des Kodierungssystems die Skala der Dimension *Fähigkeit zur Kommunikation seelischer Zustände und Prozesse*. Bei einer Differenz zwischen den Beurteilern von einem Punkt wurde der Mittelwert gewählt. Im Falle größerer Differenzen wurde das Narrativ gemeinsam noch einmal angeschaut und diskutiert, um einen Konsens zu finden. Die Einschätzungen aller Skalen waren normal verteilt. Für die Überprüfung der Beurteiler-Übereinstimmung wurde das Verfahren der Intraclass-correlation gewählt. Diese berücksichtigt im Vergleich zur Pearson-Korrelation zusätzlich absolute Unterschiede der Einschätzungen und ist damit das strengere Verfahren. Die Interrater-Korrelationen für die acht Dimensionen lagen zwischen 0,49-0,83 (single measure intraclass correlation) (Tab. 2). Die Interrater-Korrelation für die Gesamtintegration (Mittelwert des Summenwertes der acht Dimensionen) betrug 0,87 (single measure intraclass correlation). Dies entspricht einer sehr hohen Übereinstimmung. Die acht Dimensionen zeigten untereinander hohe Korrelationen. Aus diesem Grund wurde für die statistische Überprüfung der Studienhypothesen der Wert der Gesamtintegration verwendet.

Tab. 1: Beurteilungsskala der Dimension Fähigkeit zur Kommunikation seelischer Zustände und Prozesse

- 
1. Der Proband/die Probandin zeigt kaum oder gar keine Fähigkeit zur Kommunikation über innere Zustände. Fragen, wie er/sie sich gefühlt habe, werden gar nicht oder mit „ich weiß es nicht“ beantwortet. Es wird kein Versuch gemacht, Gefühle und Erlebnisweisen zu ergründen, zu verstehen oder diese dem Zuhörer mitzuteilen.
  2. Die Fähigkeit des Probanden/der Probandin, Gefühle zu vermitteln, ist gering. Dem Zuhörer fällt es schwer, die persönlichen Aspekte der Geschichte zu verstehen.
  3. Dem Proband/der Probandin gelingt es, gewisse Aspekte der Geschichte dem Zuhörer emotional verständlich zu machen. Andere Aspekte bleiben dem Zuhörer in ihrer emotionalen Bedeutung verschlossen.
  4. Das Erleben und die persönliche Bedeutung weiter Teile der Geschichte sind für den Zuhörer gut verständlich und nachvollziehbar.
  5. Der Proband/die Probandin zeigt eine hochentwickelte Fähigkeit, die Innenwelt, Gefühle und Prozesse zu artikulieren und zu kommunizieren. Es werden viele Gefühlsworte verwendet, die vermitteln, welche Gefühle zu welchem Zeitpunkt erfahren wurden.
- 

### 2.2.2 Fragebögen

*Revised Impact of Event Scale (RIES)* (Horowitz et al. 1979): Der RIES ist ein Fragebogen mit 15 Items. Er erfasst auf einer Vier-Punkte-Skala („überhaupt nicht“ bis „oft“) die durch ein belastendes Erlebnis hervorgerufenen Bedrängungs- (Intrusion) und Vermeidungssymptome (Avoidance). Horowitz et al. (1979) geben in ihrer Testbeschreibung interne Konsistenzen von 0,82 (Cron-

Tab. 2: Inter-Rater-Korrelation der Narrativbeurteilung (n=33).

Dimension	Intraclass-Korrelation
Kohärenz	0,49
Emotionalität	0,75
Fähigkeit zur Kommunikation seelischer Prozesse	0,78
Kongruenz zwischen Inhalt und Emotionen	0,61
Einseitige vs. vielseitige Krankheitsschilderung	0,60
Persönliche Bedeutung der Erfahrungen	0,83
Bedeutung für die familiären Beziehungen	0,73
Emotionale Belastung durch die Erzählung	0,74
Gesamtintegrationswert	0,87

bach's alpha) für Avoidance und 0,78 für Intrusion an. Die Retest-Reliabilität lag bei einem Intervall von einer Woche bei 0,79 ( $r$ ) für Avoidance und bei 0,89 für Intrusion.

*Symptomcheckliste 90 (SCL-90-R)* (Derogatis 1983): Die SCL-90-R zur Erfassung allgemeiner klinisch-psychologischer Symptome enthält 90 Fragen und erfasst anhand einer Fünf-Punkte-Skala („überhaupt nicht“ bis „sehr stark“) die folgenden neun Bereiche: Somatisierung; Zwanghaftigkeit; Unsicherheit im sozialen Kontakt; Depressivität; Ängstlichkeit; Aggressivität; Feindseligkeit; phobische Angst; paranoides Denken; Psychotizismus. Die internen Konsistenzen der deutschen Fassung liegen für die neun Bereiche zwischen 0,79 und 0,89. Im Manual wird eine gute Retest-Reliabilität für Studierende über einen Zeitraum von einer Woche angegeben.

*Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)* (Deusinger 1998): Die FKKS erfassen neun Dimensionen des Körperkonzeptes: Gesundheit und körperliches Befinden; Pflege und Betrachtung der Funktionsfähigkeit des Körpers; körperliche Effizienz; Körperkontakt; Sexualität; Selbstakzeptanz; Akzeptanz des Körpers durch andere; Aspekte der körperlichen Erscheinung; dissimilatorische Körperprozesse (Wahrnehmungen, die sich auf Gerüche des Körpers beziehen). Der Fragebogen enthält 64 Items. Die Antworten werden anhand einer Sechs-Punkte-Skala („trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“) erfasst. Cronbach alpha für die einzelnen Dimensionen liegt bei 0,46-0,74. Die Retest-Reliabilität für den gesamten Test beträgt 0,62-0,93 (je nach Zeitraum, Intervalle von vier Tagen bis zu drei Monaten wurden getestet). Die Korrelationen zwischen den neun Bereichen sind hoch. Deusinger (1998) schlägt vor, dass sie als Teile der Gesamtstruktur der Persönlichkeit aufgefasst werden.

*Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit (KKG)* (Lohaus u. Schmitt 1989): Der KKG wurde in Anlehnung an den Multi Dimensional Health Locus of Control Scale (Wallston et al. 1978) entwickelt. Anhand einer Sechs-Punkte-Skala („trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“) wird mit 21 Fragen erfasst, wie die Teilnehmenden Ereignisse, die mit Gesundheit und Krankheit in Zusammenhang stehen, beurteilen. Die drei Kontrollüberzeugungen Internalität (Gesundheit und Krankheit unterliegen dem eigenen Handeln und der persönlichen Kontrolle), soziale Externalität (Gesundheit und Krankheit unterliegen dem Einfluss anderer Personen) und fatalistische Externalität (Gesundheit und Krankheit unterliegen dem Zufall) werden geprüft. Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ werden in den Fragen vermieden. Es werden Zustände (z.B. „Beschwerden“ oder „wenn ich mich körperlich nicht wohlfühle“) erfragt, die

nicht dieser Polarisierung unterliegen. Die internen Konsistenzen für die drei Kontrollüberzeugungen betragen für Erwachsene 0,64-0,77, die Restest-Reliabilität liegt bei 0,74-0,78.

*Fragebogen zur Erfassung der Krankheitsbelastung:* Dieses Instrument wurde für diese Studie entwickelt. Es enthält 16 Fragen und erfasst anhand einer Vier-Punkte-Skala („gar nicht belastend“ bis „sehr belastend“) die retrospektive Belastung durch das Miterleben der Krankheit und die Therapie des kranken Geschwisters sowie die aktuelle Belastung durch die Erinnerung an die Krankheit, durch den Gedanken an einen Rückfall beim Geschwister und durch den Gedanken an eine eigene Krebserkrankung.

### 2.2.3 *Strukturiertes Interview*

Ein strukturiertes Interview diente der Erfassung demographischer und sozialer Daten (Zusammensetzung der Ursprungsfamilie, Lebenssituation bei Krankheitsbeginn und Therapieende, Schul- und Berufsausbildung, aktuelle Beschäftigung, Lebensform und Zivilstand) und der Erfassung von Erfahrungen mit Krankheiten, Unfällen oder belastenden Erlebnissen, die nicht in Zusammenhang mit der Krebserkrankung des Geschwisters standen.

### 2.2.4 *Analyse der Krankengeschichte*

Die Angaben zur Krankheit (Diagnose, Art und Dauer der Therapie, Komplikationen, Spätfolgen) wurden aus der ärztlichen Krankengeschichte der ehemaligen Patienten erfasst und konnten für diese Auswertungen übernommen werden.

## 2.3 *Durchführung*

Alle Geschwister, die die Einschlusskriterien erfüllten, erhielten einen Brief mit den Informationen zur Studie und einer Einladung zur Teilnahme. Einige Tage später rief die Untersucherin sie an und vereinbarte bei einer Zusage den Termin. Die Untersuchungen fanden in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitäts-Poliklinik statt. Sie begannen mit dem Narrativinterview gefolgt vom kurzen strukturierte Interview und dem Ausfüllen der Fragebögen. Bis auf den RIES und den Fragebogen zur Erfassung der Krankheitsbelastung, die von je einer Teilnehmerin wegen Erschöpfung nicht ausgefüllt wurden, konnten die Daten vollständig erhoben werden.

## 2.4 *Statistische Auswertungen*

Die Mittelwerte des Kollektivs für SCL-90-R, FKKS und KKG wurden mittels Einstichproben-T-Tests mit den entsprechenden Normwerten verglichen. Für die Berechnung von Zusammenhängen wurden bivariate Korrelationen nach Pearson für normal verteilte Variablen und bivariate Korrelationen nach Spearman bei fehlender Normalverteilung, jeweils mit zweiseitiger Hypothese, berechnet. Gruppenunterschiede wurden mit T-Tests für unabhängige Stichproben überprüft.

# 3 **Resultate**

## 3.1 *Deskriptive Ergebnisse*

Die Analyse der Narrative zeigte große Unterschiede bei der persönlichen Integration von der mit der Krankheit des Bruders oder der Schwester verbundenen Erlebnisse.

Die Werte waren annähernd normal verteilt bei einem Mittelwert von 3,36 (Skala von 1-5) und einer Standardabweichung von 0,69.

Die Mittelwerte des Studienkollektivs in der SCL-90-R, den FKKS und dem KKG, verglichen mit den Testnormwerten dieser standardisierten Fragebögen, lagen bei der SCL-90-R und dem KKG für alle Skalen innerhalb der Norm. In vier Skalen der FKKS erreichten die Teilnehmenden signifikant höhere Werte als die Normpopulation, was auf überdurchschnittlich positive Körperkonzepte in den Bereichen *Gesundheit und körperliches Befinden* ( $p < 0,001$ ; Einstichproben-T-Test), *körperliche Effizienz* ( $p < 0,01$ ), *Sexualität* ( $p < 0,01$ ) und *Aspekte der körperlichen Erscheinung* ( $p < 0,05$ ) hinweist.

### 3.2 Zusammenhänge mit der Integration

*Soziodemographische Faktoren und Krankheitsfaktoren:* Die Integration zeigte keinen statisch signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht, der Zusammensetzung und Lebensform der Ursprungsfamilie während der Krankheitszeit, der Schul- und Berufsausbildung oder der aktuellen Lebensform der Teilnehmenden. Es bestand auch kein Zusammenhang zwischen dem Integrationswert und den in dieser Studie erfassten Krankheitsfaktoren (Diagnose, Dauer der Therapie, Komplikationen, bleibende Spätfolgen, Alter der Teilnehmenden zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns, Zeitspanne zwischen Krankheit und Interview).

*Belastung durch Krankheit und Therapie:* Teilnehmende mit guter Integration empfanden die persönliche Belastung durch das Miterleben der Krankheit rückblickend als belastender als diejenigen mit weniger guter Integration (Spearman rho = 0,36;  $p < 0,05$ ). Die aktuelle Erinnerung an die Krankheit oder die Therapie und der Gedanke an eine eigene Krebserkrankung oder einen Rückfall beim Geschwister zeigten hingegen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Integration. Auch die mit dem RIES erfassten posttraumatischen Belastungssymptome korrelierten nicht damit.

*Psychopathologie, Körperkonzepte, Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit:* Tabelle 3 zeigt die Korrelationen zwischen Integration, psychopathologischen Symptomen (SCL-90-R), Körperkonzepten (FKKS) und Kontrollüberzeugungen (KKG). Teilnehmende mit guter Integration gaben in der SCL-90-R signifikant tiefere Werte für Somatisierung und Psychotizismus an. Sechs der neun Dimensionen der FKKS korrelierten zum Teil sehr deutlich positiv mit der Integration, ein Hinweis auf den Zusammenhang zwischen guter Integration und günstigen Körperkonzepten. Gute Integration war auch assoziiert mit geringerer fatalistischer Externalisierung. Teilnehmende mit guter Integration schrieben dem Zufall weniger Einfluss auf die Gesundheit oder auf die Entstehung einer Krankheit zu als diejenigen, welche die mit der Krankheit des Geschwisters verbundenen Erfahrungen weniger gut zu integrieren vermochten.

Tab. 3: Korrelationen der Integration mit Psychopathologie (SCL-90-R), Körperkonzepten (FKKS) und Kontrollüberzeugungen (KKG); (n=33)

		Pearson, r
SCL-90 R:	Somatisierung	-0,36*
	Zwanghaftigkeit	-0,25
	Unsicherheit im Sozialkontakt	-0,23
	Depressivität	-0,29
	Ängstlichkeit	-0,23
	Aggressivität/Feindseligkeit	-0,25
	Phobische Angst	-0,16
	Paranoides Denken	-0,16
	Psychotizismus	-0,37*
FKKS:	Gesundheit und körperliches Befinden	0,37*
	Pflege des Körpers	0,31
	Körperliche Effizienz	0,39*
	Körperkontakt	0,27
	Sexualität	0,48**
	Selbstakzeptanz	0,53**
	Akzeptanz durch Andere	0,39*
	Körperliche Erscheinung	0,39*
	Dissimilatorische Prozesse	0,26
KKG:	Internalität	0,18
	Soziale Externalität	-0,21
	Fatalistische Externalität	-0,39*

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

## 4 Diskussion

### 4.1 Kollektiv und Methodik

Die an der Studie teilnehmenden Personen erlebten die Krebserkrankung ihres Bruders oder ihrer Schwester unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen. Ihre Geschwister hatten verschiedene Krankheiten durchgemacht, und die Therapien unterschieden sich in Intensität und Länge. Die Altersspanne der Teilnehmenden zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns war groß. Sie reichte von 0-19 Jahren. Allen war gemein, dass ihr Bruder oder ihre Schwester die Behandlung erfolgreich überstanden hatte und vom Krebs geheilt werden können, und alle waren bereit, sich noch Jahre später mit diesen Erinnerungen auseinander zu setzen. Rund drei Viertel der Teilnehmenden waren Frauen. Das Studienkollektiv ist deshalb nicht repräsentativ und lässt keine allgemein gültigen Schlüsse zu, wie junge Menschen die Krebserkrankung eines Geschwisters verarbeiten.

Der hohe Prozentsatz der Männer, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, könnte Ausdruck geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Bewältigungsstrategien sein. Es ist bekannt, dass Mütter krebskranker Kinder häufiger aktiv Informationen und soziale Unterstützung suchen als Väter, und dass sie die Kommunikation häufiger als Hilfe zur Aufrechterhaltung ihrer Zuversicht und ihres psychosozialen Gleichgewichts wählen als Väter (Goldbeck 2001). Vielleicht identifizierten sich die männlichen Teilnehmer stärker mit ihren Vätern und wählten deren (verdrängende) Bewältigungsstrategien, während sich die Mädchen eher an den Müttern orientierten.

Das Hauptziel dieser explorativen Studie lag in der Beurteilung des Zusammenhangs der psychischen Integration mit der aktuellen Befindlichkeit. Der Begriff der Integration wurde aufgrund der psychodynamischen Erfahrung gewählt, dass bedeutsame Erfahrungen nur dann psychisch assimiliert werden können, wenn es gelingt, sie zu einem Teil der persönlichen Biographie zu machen. Die Narrative wurden wegen ihrer zentralen Bedeutung für die Identitätsfindung und für die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen als Untersuchungsinstrumente gewählt. Die hohe Übereinstimmung der beiden Beurteiler bei der Bewertung der Narrative zeigt, dass mit der gewählten Definition die Integration objektiv bewertet werden kann. Die für diese Arbeit verwendete Form der Narrativanalyse beruht, wie jede wissenschaftliche Methode, auf einem theoretischen Modell und bietet deshalb ein selektives Verständnis des Inhalts der von den Teilnehmenden erzählten Geschichten. Die Fähigkeit, sich im Gespräch auszudrücken und ein Narrativ zu entwickeln, ist individuell sehr unterschiedlich. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Tatsache die Bewertung der Integration beeinflusste. Der Vergleich der Integration mit der Schulbildung und, vielleicht damit verbunden, einer größeren Leichtigkeit der Teilnehmenden mit höherer Bildung, sich mündlich auszudrücken, bestätigte diese Hypothese nicht. Es bestand keine positive oder negative Korrelation.

#### 4.2 Aktuelle Befindlichkeit

Das Studiendesign war wenig geeignet zur allgemeinen Evaluation der Befindlichkeit von Personen, die als junge Menschen die Krebserkrankung ihres Geschwisters miterlebt hatten. Für diese Fragestellung war das Kollektiv zu klein, zu heterogen, und es fehlte eine Kontrollgruppe. Da es in diesem Bereich noch kaum Studien gibt, sollen dennoch einige Ergebnisse kurz diskutiert werden.

Die Evaluation allgemeiner klinisch-psychologischer Symptome mit der SCL-90-R ergab für die Teilnehmenden durchschnittliche Werte. Dies ist verständlich, stellen das Miterleben der Krankheit des Geschwisters und die Verarbeitung dieser Erfahrungen doch lediglich Mosaikstücke im Gesamtbild der zahlreichen intrapsychischen, interpersonalen, sozialen und körperlichen Faktoren dar, die die seelische Befindlichkeit eines Menschen bestimmen. Die Stärke und Art des Einflusses der Krankheitserlebnisse auf die Biographie der Teilnehmenden war wohl zu unterschiedlich, um sich in einem Fragebogen zur allgemeinen Befindlichkeit in einer bestimmten Richtung niederzuschlagen. Demgegenüber ist es möglich, dass die Beziehung der Teilnehmenden zum Körper direkter beeinflusst wurde, weil sie durch das Miterleben der todesbedrohlichen Krankheit zu einer intensiveren Auseinanderset-

zung mit dem eigenen Körper und mit Fragen zu Gesundheit und Krankheit gezwungen und sensibilisiert worden waren. Die überdurchschnittlichen Werte in vier Skalen der FKKS weisen auf positive Körperkonzepte hin. Manche Teilnehmende berichteten in den Interviews, dass sie unter Ängsten vor einer möglichen eigenen schweren Krankheit gelitten hätten. Dies könnte zu einer bewussteren Wahrnehmung der körperlichen Funktionen beigetragen haben. Es ist bemerkenswert, dass die vier Bereiche des Körperkonzeptes, bei denen die Teilnehmenden überdurchschnittlich positive Werte erreichten, Funktionen betreffen, die während der Behandlung einer Krebserkrankung oft in starkem Ausmaß beeinträchtigt sind. Die Skala *Gesundheit und körperliches Befinden* beschreibt das Gefühl von körperlicher Gesundheit und Kraft resp. von Krankheit und Schwäche. *Körperliche Effizienz* bezieht sich auf die körperliche Fähigkeit, Ausdauer und Beweglichkeit. *Sexualität* beschreibt Emotionen, Erfahrungen und Handlungen, die sich auf die persönliche Sexualität beziehen, und *Aspekte der körperlichen Erscheinung* steht für Wahrnehmungen, Gefühle und Bewertungen in Bezug auf das Äußere.

### 4.3 Integration

Die Analyse der Narrativinterviews zeigte große Unterschiede in der Integration der Erfahrungen der miterlebten Krebserkrankung. Manche der Teilnehmenden erzählten Geschichten, die reich an Gefühlen und persönlichen Bedeutungen waren und eine tiefe Auseinandersetzung mit der Krankheit des Geschwisters und dem Einfluss dieser Erfahrungen auf die persönliche Lebensgeschichte und die familialen Beziehungen erkennen ließen. Andere erinnerten sich nur bruchstückhaft an einzelne Erlebnisse und hatten Mühe, der Geschichte einen inneren Zusammenhang zu geben oder die Erinnerungen mit Gefühlen zu verbinden. Fast alle hatten die Krankheit als Belastung erlebt. Die meisten setzten die Sorge um die Eltern an die erste Stelle, noch vor der Angst, die Schwester oder den Bruder zu verlieren. Die Krankheit beeinflusste auch die Beziehung zum betroffenen Geschwister. Diese Beziehung wurde oft als bis heute zwiespältig geschildert, einerseits geprägt von Sorge und Bewunderung, andererseits von Eifersucht und dem Gefühl, immer an zweiter Stelle zu kommen. Die Mehrheit der Teilnehmenden erinnerte sich neben den belastenden auch an gute Erlebnisse. Manche waren überzeugt, dass sich diese Erfahrungen günstig auf ihre weitere Entwicklung ausgewirkt hatten und nannten z. B. Verantwortungsbewusstsein, die Fähigkeit, sich in andere Menschen einzufühlen und Toleranz als solche Folgefaktoren.

Die Integration zeigte keinen statistischen Zusammenhang mit den erfassten Krankheitsfaktoren (Diagnose, Zeitpunkt der Diagnose, Art und Dauer der Therapie, Komplikationen, Spätfolgen), der Ausbildung, dem Beruf oder der aktuellen Lebensform. Bemerkenswert ist, dass die Integration auch nicht mit dem Alter der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Krankheit des Geschwisters korrelierte. Auch einige, die die Krankheit in früher Kindheit miterlebt und keine bewussten Erinnerungen an diese Zeit mehr hatten, vermochten aufgrund der Informationen, die sie später von ihren Familien erhalten hatten, sehr differenziert und kohärent zu berichten.

Eine gute Integration der Krankheitserlebnisse korrelierte mit guten Körperkonzepten. Sechs der neun Skalen der FKSS zeigten einen positiven Zusammenhang mit der Integration. Vielleicht unterstützte die offene Auseinandersetzung mit den Krankheitserfahrungen den Aufbau einer von mehr Zuversicht geprägten Beziehung zum eigenen Körper, während bei stärkerer Abwehr der Körper weiterhin als bedroht erlebt wurde und der Bezug zu ihm von Verunsicherung und Distanz geprägt blieb. Auch die negative Korrelation zwischen fatalistischer Kontrollüberzeugung in Bezug auf Gesundheit und Krankheit einerseits und Integration andererseits kann als Schutz vor der Eigenverantwortung für den weiterhin als bedrohlich und bedroht erlebten Körper aufgefasst werden. Entsprechend könnte der Zusammenhang zwischen guter Integration und tieferen Werten für *Somatisierung* in der SCL-90-R auf ein größeres Vertrauen zum eigenen Körper und entsprechend weniger Ängste hinweisen. Schwieriger zu interpretieren ist die Korrelation zwischen Integration und *Psychotizismus*. Die Items dieser Skala, die von den Teilnehmenden hoch bewertet wurden, betrafen Einsamkeitsgefühle, Angst vor körperlichen Gebrechen und Mühe mit der Nähe zu Mitmenschen. Vielleicht trug ein von Verdrängung geprägter Bewältigungsstil dazu bei, dass die teilnehmenden Personen eine Tendenz zur Entfremdung gegenüber dem eigenen Körper und ihren Mitmenschen entwickelten.

Teilnehmende mit guter Integration maßen dem Miterleben der Krankheit rückblickend eine größere Belastung zu als solche mit weniger guter Integration. Die aktuelle Belastung durch die Krankheitserinnerungen und die Angst vor einem Rückfall oder einer eigenen Erkrankung zeigten hingegen keinen Zusammenhang mit der Integration.

Die Zusammenhänge zwischen Integration einerseits und psychischer Befindlichkeit, Körperkonzepten und Belastung durch die Krankheitserinnerungen andererseits könnten darauf hinweisen, dass Personen, denen es gelang, die mit der Krebserkrankung ihres Geschwisters zusammenhängenden Erfahrungen besser zu integrieren, auch eine innigere und von Vertrauen geprägte Beziehung zum eigenen Körper sowie eine Fähigkeit entwickeln konnten, schmerzhaft und belastende Erinnerungen an diese Zeit zuzulassen, ohne sich dadurch heute stärker beeinträchtigt zu fühlen. Es lässt sich aber nicht sagen, ob die erfolgreiche Integration diese Fähigkeiten begünstigt hat oder ob diese Eigenschaften die Integration ihrerseits unterstützt haben. Integration ist immer ein Prozess, der sich in Wechselwirkung mit den persönlichen Ressourcen und dem sozialen Umfeld eines Individuums entwickelt. Es gibt Situationen, für deren Bewältigung andere Strategien, z. B. die Verdrängung, für manche Menschen effektiver und erträglicher sind.

Integration kann und darf deshalb niemals aufgedrängt werden. Alle Personen, die in der pädiatrischen Onkologie arbeiten, können jedoch – durch Einfühlsamkeit, angemessene Information und das Angebot einer konstanten Beziehung – auch in schwierigen Momenten den psychischen Integrationsprozess bei den krebskranken Kindern und ihren Familien unterstützen. Besonders für die Geschwister krebskranker Kinder, die oft zu wenig Beachtung erhalten und von denen viel Selbständigkeit und Eigenverantwortung gefordert wird, stellt die Integration eine wichtige Quelle zur Verarbeitung ihrer widersprüchlichen Empfindungen wie Sorgen, Ängste, Eifersucht und Schuldgefühle dar. Die Reaktionen der Teilnehmer/in-

nen auf das Narrativ-Interview fielen fast ausschließlich positiv aus. Die Möglichkeit, mit der Untersucherin in Ruhe über die Jahre zurückliegenden Erfahrungen sprechen zu können, wurde gut aufgenommen und geschätzt. Manche der Teilnehmenden sagten, es sei für sie seit langem die erste Gelegenheit zur Auseinandersetzung mit diesen für ihre Biographie bedeutenden Erfahrungen gewesen. In diesem Sinne hatten die Interviews selbst auch einen integrierenden und somit therapeutischen Effekt.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1981): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Brett, K.M.; Davies, E.M. (1988): What does it mean? Sibling and parental appraisals of childhood leukemia. *Cancer Nursing* 11: 329-338.
- Bürgin, D.; Di Gallo, A. (1998): Pädiatrische Psychoonkologie. In: Meerwein, F.; Bräutigam, W. (Hg.): *Einführung in die Psychoonkologie*. Bern: Huber, S. 143-157.
- Cairns, N.U.; Clark, G.M.; Smith, S.D.; Lansky, S.B. (1979): Adaptation of siblings to childhood malignancy. *Journal of Pediatrics* 95: 484-487.
- Carpenter, P.J.; Levant, C.S. (1994): Sibling adaptation to the family crisis of childhood cancer. In: Bearison, D.J.; Mulhern, R.K. (Hg.): *Pediatric psychooncology*. New York: Oxford University Press, S. 122-142.
- Chesler, M.A.; Allswede, J.; Barbarin, O.O. (1992): Voices from the margin of the family: siblings of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 9: 19-42.
- Cohen, D.S.; Friedrich, W.N.; Jaworski, T.M.; Copeland, D.; Pendergrass, T. (1994): Pediatric cancer: predicting sibling adjustment. *Journal of Clinical Psychology* 50: 303-319.
- Derogatis, L.R. (1983): *Symptom Checklist-90-R manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Deusinger, I.M. (1998): *Die Frankfurter Körperkonzeptskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Elwyn, G.; Gwyn, R. (1999): Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *British Medical Journal* 318: 186-188.
- Fife, B.; Norton, J.; Groom, G. (1987): The family's adaptation to childhood leukemia. *Social Science and Medicine* 24: 159-168.
- Goldbeck, L. (2001): Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: gender effects, dissimilarity within couples, and quality of life. *Psycho-Oncology* 10: 325-335.
- Havermans, T.; Eiser, C. (1994): Siblings of a child with cancer. *Child Care, Health and Development* 20: 323-337.
- Heffernan, S.M.; Zanelli, A.S. (1997): Behavior changes exhibited by siblings of pediatric oncology patients: a comparison between maternal and sibling descriptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 14: 3-14.
- Horowitz, M.; Wilner, N.; Alvarez, W. (1979): Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41: 209-218.
- Houtzager, B.A.; Grootenhuys, M.A.; Last, B.F. (1999): Adjustment of siblings to childhood cancer: a literature review. *Supportive Care in Cancer* 7: 302-320.
- Horwitz, W.A.; Kazak, A.E. (1990): Family adaptation to childhood cancer: sibling and family systems variables. *Journal of Clinical Child Psychology* 19: 221-228.
- Janet, P. (1973): *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Société Pierre Janet/Payot.
- Janet, P. (1983): *L'état mental des hystériques*. Marseilles: Lafitte Reprints.
- Kohler-Riessman, C. (1989): Life events, meaning and narrative: the case of infidelity and divorce. *Social Science and Medicine* 29: 743-751.

- Koocher, G.P.; O'Malley, J.E. (1981): Interviews with brothers and sisters. In: Koocher, G.P.; O'Malley, J.E. (Hg.): *The Damocles Syndrome – psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill, S. 101-111.
- Kramer, R.F. (1984): Living with childhood cancer: impact on healthy siblings. *Oncology Nursing Forum* 11: 44-51.
- Lohaus, A.; Schmitt, G.M. (1989): KKG, Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- McCabe, A. (1991): Structure as a way of understanding (preface). In: McCabe, A.; Peterson, C. (Hg.): *Developing narrative Structure*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Oppenheim, D.; Wamboldt, F.S.; Gavin, L.A.; Renouf, A.G.; Emde, R.N. (1996): Couples' co-construction of the story of their child's birth: association with marital adaptation. *Journal of Narrative and Life History* 6: 1-21.
- Petermann, F.; Richerdt, B.; Bode, U. (1986): Psychische Reaktionen und Verhaltensweisen von Geschwistern krebskranker Kinder: Eine empirische Studie. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 8: 490-492.
- Polkinghorne, D.E. (1991): Narrative and self-concept. *Journal of Narrative and Life History* 1: 135-153.
- Roell, W. (1995): Die Geschwister krebskranker Kinder: Eine empirisch-psychoanalytische Untersuchung über Knochenmarkspender und gesunde, nicht-spendende Geschwister. Dissertation. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.
- Sahler, O.J.Z.; Roghmann, K.J.; Mulhern, R.K.; Carpenter, P.J.; Sargent, J.R.; Copeland, D.R.; Barbarin, O.A.; Zeltzer, L.K.; Dolgin, M.J. (1994): Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: prevalence of sibling distress and definition of adaptation levels. *Developments in Behavioral Pediatrics* 15: 353-366.
- Sargent, J.R.; Sahler, O.J.Z.; Roghmann, K.J.; Mulhern, R.K.; Barbarin, O.A.; Carpenter, P.J.; Copeland, D.R.; Dolgin, M.J.; Zeltzer, L.K. (1995): Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: siblings' perceptions of the cancer experience. *Journal of Pediatric Psychology* 20: 151-164.
- Sawyer, M.; Crettenden, A.; Toogood, J. (1986): Psychological adjustment of families of children and adolescents treated for leukemia. *American Journal of Pediatric Hematology and Oncology* 8: 200-207.
- Schuler, D.; Bakos, M.; Zambor, C.; Polcs, A.; Koos, R.; Kardos, G.; Rievesz, M. (1985): Psychosocial problems in families of a child with cancer. *Medical and Pediatric Oncology* 13: 173-179.
- Spinetta, J.J. (1981): The sibling of the child with cancer. In: Spinetta, J.J.; Deasy-Spinetta, P. (Hg.): *Living with childhood cancer*. St. Louis: Mosby, S. 133-142.
- Topf, R.; Trimmel, J.; Vachalek, L.; Felsberger, C.; Gadner, H. (1994): Das psychosoziale Betreuungskonzept der pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspitals. In: *Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hg.): Jahrbuch der Psychoonkologie*. Wien: Springer, S. 15-39.
- Viney, L.L.; Bousfield, L. (1991): Narrative analysis: a method of psychosocial research for AIDS-affected people. *Social Science and Medicine* 32: 757-765.
- Van Dongen-Melman, J.E.W.M.; De Groot, A.; Hählen, K.; Verhulst, F.C. (1995): Siblings of childhood cancer survivors: how does this forgotten group of children adjust after cessation of successful cancer treatment? *European Journal of Cancer* 31: 2277-2283.
- Wallston, K.A.; Wallston, B.S.; De Vellis, R. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Health Education Monographs* 6: 160-170.
- Zeltzer, L.K.; Dolgin, M.J.; Sahler, O.J.; Roghmann, K.J.; Barbarin, O.A.; Carpenter, P.J.; Copeland, D.R.; Mulhern, R.K.; Sargent, J.R. (1996): Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: health outcomes of siblings of children with cancer. *Medical and Pediatric Oncology* 27: 98-107.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Alain Di Gallo, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -poliklinik, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel;  
E-Mail: alain.di-gallo@unibas.ch