

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3764>

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

Autor(en): Koch, Gabriele; Dieball, Stefanie; Falk, Carina; Weis, Sascha; Brähler, Elmar; Romer, Georg; Bergelt, Corinna; Keller, Monika; Flechtner, Hans-Henning; Weschenfelder-Stachwitz,

Titel: "Ich mach mir "keine" Sorgen ...!" Wie 4- bis 8-jährige Kinder krebskranker Eltern im Berkeley Puppet Interview psychische Symptome selbst einschätzen

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62 (2), 113-127

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt

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

ORIGINALARBEITEN

„Ich mach mir *keine* Sorgen ...!“ Wie 4- bis 8-jährige Kinder krebskranker Eltern im Berkeley Puppet Interview psychische Symptome selbst einschätzen

Gabriele Koch, Stefanie Dieball, Carina Falk, Sascha Weis, Elmar Brähler, Georg Romer, Corinna Bergelt, Monika Keller, Hans-Henning Flechtner, Heike Weschenfelder-Stachwitz, Franz Resch, Kai von Klitzing und Jochen Ernst^{1,2}

Summary

“I do Not Worry About ...!” How the Berkeley Puppet Interview may Reveal Self-Report of Psychological Symptoms of 4 to 8 Years Old Children Exposed to Parental Cancer

The Berkeley Puppet Interview (BPI) enables us to investigate psychological symptoms of children aged four to eight years under a multi-informant perspective by the means of self and parent report measures. 45 families with one parent suffering from cancer have been examined with regard to internalizing and externalizing symptoms of the children. Results have been compared to two different age-appropriate samples (Swiss preschool study of Basel and German KiGGS study). A small, highly selective sample of twelve children aged four to eight years could have been examined both from the self and parent perspective. Our results show, that four to eight year old children of cancer patients do not differ from other children of the same age in the way they express emotional symptoms in the BPI, but they are judged more emotionally burdened than other children by their parents (SDQ). Self and parent report do not significantly correlate. It seems as if parents in families struck by a cancer disease see their children's emotional symptoms more pronounced than the children themselves do express in the puppet interview. Implications for clinical and research practice will be discussed.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 113-127

Keywords

children of cancer patients – age 4 to 8 years – psychological symptoms – child report vs. parent report – Berkeley Puppet Interview (BPI)

¹ Wir danken Frau Dr. Annette Klein herzlich für die hilfreiche Unterstützung bei der Entstehung dieses Artikels sowie allen Kolleg/innen, die uns bei der Rekrutierung der Familien unterstützt haben.

² Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Zusammenfassung

Das Berkeley Puppet Interview (BPI) bietet die Möglichkeit, psychische Symptome von vier- bis achtjährigen Kindern im Sinne eines Multi-Informanten-Ansatzes nicht nur im Fremdurteil der Eltern sondern auch im Selbsturteil der Kinder zu untersuchen. 45 Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil wurden hinsichtlich internalisierender und externalisierender Symptome der Kinder befragt und mit zwei Referenzstichproben (Baseler Kindergartenstudie und KiGGS-Studie) verglichen. Eine kleine hochselektive Teilstichprobe von zwölf Kindern krebskranker Eltern im Alter von vier bis acht Jahren wurde unter Einbeziehung von Fremd- und Selbsturteilen untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Selbsturteile der Kinder krebskranker Eltern nicht von anderen Kindern dieses Alters unterscheiden, aber Eltern aus Familien mit elterlicher Krebserkrankung ihre Kinder im Fremdurteil hinsichtlich internalisierender Symptome (SDQ) höher belastet erleben als andere Familien und somit eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdurteilen zu beobachten ist. Eltern scheinen ihre Kinder emotional problembelasteter zu erleben, als diese es selbst im Puppeninterview zum Ausdruck bringen. Implikationen für Forschung und Praxis werden diskutiert.

Schlagwörter

Kinder krebskranker Eltern – 4- bis 8-jährige Kinder – psychische Symptome – Selbsturteil der Kinder vs. Fremdurteil der Eltern – Berkeley Puppet Interview (BPI)

Wie geht es Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter, die mit der Sorge um ihre krebskranken Eltern leben? Wer kann am besten über deren psychisches Befinden Auskunft geben? Die Eltern, die ihre Kinder mit aller Besorgnis beobachten, oder die Kinder selbst, die im Rahmen ihrer Möglichkeiten mitteilen, wie sie sich fühlen und was sie erleben? Bei Kindern krebskranker Eltern im Alter von vier bis acht Jahren hat die Erforschung dieser Fragen drei Besonderheiten. Erstens sind die Möglichkeiten zur Selbstauskunft bei Kindern in diesem Alter grundsätzlich begrenzt und es bedarf altersgerechter Erhebungsmethoden. Zweitens ist es für diese Kinder oft schwierig, über die krankheitsbedingten Belastungen zu sprechen. Manche Kinder können ihre Ängste und Sorgen schwer zeigen oder ausdrücken, da sie ihre Bedürfnisse zurücknehmen und sich hochgradig anpassen, andere Kinder, weil sie aktuell keinen Halt, Beruhigung oder Trost von ihren Eltern erwarten können. Drittens beobachten manche Eltern ihre Kinder in der Erkrankungssituation besonders aufmerksam und besorgt. Das kindliche Verhalten wird unter dem Eindruck eigener Erschütterung, Trauer oder heftiger Schuldgefühle beurteilt. Aus diesen Überlegungen heraus interessiert uns besonders, wie Methoden zur Erfassung der Kind- und Elternperspektive einander ergänzen und welche Bedeutung eine Multi-Informanten-Perspektive für die Beurteilung psychischer Symptome bei vier- bis achtjährigen Kindern krebskranker Eltern leistet.

1 Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

Studien zum psychischen Befinden von Kindern krebskranker Eltern zeigen, dass diese Gruppe eine erhöhte psychische Belastung u. a. in Form von internalisierenden Symptomen aufweist (Romer u. Haagen, 2007; Barkmann, Romer, Watson, Schulte-Markwort, 2007). Diese Erkenntnisse stützen sich bei Kindern unter zehn Jahren zumeist nur auf Einschätzungen der Eltern. Bereits bei Kindern ab einem Alter von vier Jahren kann jedoch mit geeigneten Instrumenten die Selbstperspektive des Kindes einbezogen werden, um psychische Symptome unter einer Multi-Informanten-Perspektive reliabel und valide einzuschätzen (Perren u. von Klitzing, 2008). In der vorliegenden explorativen Studie haben wir vier- bis achtjährige Kinder krebskranker Eltern aus Kind- und Elternperspektive untersucht. Unsere Forschungshypothesen stützten sich auf bisherige Befunde zum psychischen Befinden vier- bis achtjähriger Kinder allgemein und von Kindern krebskranker Eltern speziell sowie auf Erkenntnisse zur Übereinstimmung von Kind- und Elternurteilen unter einer Multi-Informanten-Perspektive (vgl. Falk, 2012).

1.1 Psychische Symptome bei vier- bis achtjährigen Kindern krebskranker Eltern

Wie Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter auf eine elterliche Krebserkrankung reagieren, ist im Zusammenhang mit ihrer emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung zu verstehen. Insbesondere ihre Vorstellungen von Krankheit und ihrer Entstehung sowie von Leben und Tod haben eine besondere Bedeutung. Vier- und Fünfjährige entwickeln vielfältige Phantasien, die von magischem Denken geprägt sind und befürchten beispielsweise, die elterliche Krankheit durch eigenes Verhalten oder eigene Gefühle verursacht zu haben (vgl. Romer u. Haagen, 2007). Im Alter von sechs bis sieben Jahren beginnen Kinder konkret über Folgen der Krebserkrankung nachzudenken. Sie machen sich nun auch über einen möglichen Tod Gedanken und achten sehr auf den emotionalen Gehalt von Mitteilungen und den Gesichtsausdruck der Eltern, um deren Befinden und Wünsche zu erkennen. Sie nehmen die Bedrohung wahr, zeigen sich aber häufig von ihrer furchtlosesten Seite, um die Eltern nicht zu belasten und nehmen sich in ihren emotionalen Bedürfnissen zurück (Lewandowski, 1992, zitiert nach Romer u. Haagen, 2007, S. 29-30).

Generell weisen Kinder im Kindergartenalter eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für internalisierende Symptombildung auf, wenn sie ein erhöhtes Maß an prosozialem Verhalten zeigen, also ihr Verhalten an den Bedürfnissen anderer ausrichten und helfen (Perren, von Wyl, Stadelmann, Bürgin, von Klitzing, 2006). Vier- bis achtjährige Mädchen entwickeln eher internalisierende Symptome, Jungen in diesem Alter hingegen häufiger externalisierende Symptome (Klein, Otto, Fuchs, Zenger, von Klitzing, 2012; Perren u. von Klitzing, 2008). Bei Kindern im Latenzalter mit einem krebskranken Elternteil allerdings wiesen z. B. Thastum et al. (2009) ein erhöhtes Risiko für internalisierende Symptome bei Jungen nach.

Ob ein Kind eine elterliche Krebserkrankung verarbeiten kann, ob es daran reift oder psychische Symptome entwickelt, hängt von einem komplexen Zusammenspiel von Schutz- und Risikofaktoren ab (Osborn, 2007; Su u. Ryan-Wenger, 2007). Medizinische Parameter wie Krankheitsstadium, -dauer und -prognose haben auf die psychische Anpassung des Kindes geringen Einfluss (Visser et al., 2004). Bei Kindern krebskranker Eltern besteht generell ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von emotionalen Symptomen wohingegen Symptome auf Verhaltensebene seltener und im Vergleich zur Norm meist geringer ausgeprägt sind (Osborn, 2007). Für die Entstehung externalisierender Symptome bei Kindern krebskranker Mütter wiesen Thastum et al. (2009) familiäre Probleme als den größten Risikofaktor nach. Die vorliegenden Befunde basieren auf Untersuchungen, in denen meist nur die Perspektive der Eltern erfasst wurde.

2 Multi-Informanten-Ansatz bei vier- bis achtjährigen Kindern

Um das Verhalten minderjähriger Kinder adäquat zu erfassen, bedarf es laut Kraemer et al. (2003) Informationen aus verschiedenen Verhaltenskontexten und Beurteilungsperspektiven. Dies wird im so genannten Multi-Informanten-Ansatz umgesetzt. Informationen überschneiden oder unterscheiden sich ganz oder teilweise, da Kinder in unterschiedlichen Kontexten, z. B. Elternhaus, Kindergarten oder Schule unterschiedliche Verhaltensweise zeigen bzw. diese unterschiedlich bewertet werden. Die fehlende Übereinstimmung zwischen Informanten stellt laut Kraemer und Kollegen (2003) eine wichtige Zusatzinformation dar und ist nicht als Fehler anzusehen. In einer Metaanalyse konnten Achenbach, McConaughy und Howell (1987) zeigen, dass Selbsturteile von Kindern und Fremdurteile von Eltern weniger hoch korrelieren ($r = .25$) als Fremdurteile von Müttern und Vätern ($r = .60$) untereinander. Vergleicht man Selbst- und Fremdperspektive bei über elfjährigen Kindern krebskranker Eltern, zeigen sich in der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen häufiger internalisierende Symptome als in der Fremdeinschätzung durch die Eltern. Ähnliche Vergleiche in der Altersgruppe der vier- bis achtjährigen Kinder liegen bisher nicht vor.

Je jünger die Kinder, desto schwieriger ist eine systematische Erhebung von kindlichem Verhalten und Erleben (Measelle, Ablow, Cowan, Cowan, 2005; Perren u. von Klitzing, 2008). Bislang gibt es wenig entwicklungspsychologisch angepasste Messinstrumente für die Befragung von vier- bis achtjährigen Kindern. Klinische Interviews mit Kindern werden in der Regel erst ab einem Alter von acht bis neun Jahren durchgeführt. Selbsteinschätzungen der Kinder liegen meist erst ab einem Alter von elf Jahren vor (Luby, Belden, Sullivan, Spitznagel, 2007).

3 Forschungsfragestellungen und Hypothesen

Die Untersuchung psychischer Symptome von vier- bis achtjährigen Kindern mit einem krebskranken Elternteil aus Kind- und Elternperspektive beschäftigte sich mit drei zentralen Fragestellungen und Hypothesen in Bezug auf Selbsturteile der Kinder (SU), Fremdurteile der Eltern (FU) sowie die Übereinstimmung von Selbsturteil und Fremdurteil (SU/FU).

3.1 Selbsturteil der Kinder (SU)

Unsere *erste Forschungsfrage* beschäftigte sich damit, ob sich Selbsturteile vier- bis achtjähriger Kinder mit einem krebskranken Elternteil in Bezug auf internalisierende und externalisierende Symptome von Selbsturteilen von Kindern einer community-basierten Referenzstichprobe unterscheiden. Unsere Annahme war, dass sich vier- bis achtjährige Kinder mit einem krebskranken Elternteil hinsichtlich internalisierender Symptome höher belastet einschätzen als Kinder der Referenzstichprobe (Hypothese 1a), hinsichtlich externalisierender Symptome jedoch kein Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht (Hypothese 1b).

3.2 Fremdurteil der Eltern (FU)

Die *zweite Forschungsfrage* untersuchte, ob sich Fremdurteile der Eltern aus Familien mit einem krebskranken Elternteil in Bezug auf internalisierende und externalisierende Symptome ihrer vier- bis achtjährigen Kinder von Fremdurteilen der Eltern einer repräsentativen Referenzstichprobe unterscheiden. Wir nahmen an, dass Eltern aus Familien mit einem krebskranken Elternteil ihre vier- bis achtjährigen Kinder hinsichtlich internalisierender und externalisierender Symptome höher belastet einschätzen als Eltern einer repräsentativen Referenzstichprobe (Hypothese 2).

3.3 Übereinstimmung von Selbsturteil und Fremdurteil (SU/FU)

Die *dritte Forschungsfrage* war, ob es in Familien mit einem krebskranken Elternteil einen Zusammenhang zwischen Selbsturteilen der vier- bis achtjährigen Kinder und Fremdurteilen der Eltern hinsichtlich internalisierender und externalisierender Symptome gibt. Wir gingen davon aus, dass sich in Familien mit einem krebskranken Elternteil hinsichtlich externalisierender Symptome ein positiver Zusammenhang zwischen Selbsturteilen der vier- bis achtjährigen Kinder und Fremdurteilen der Eltern findet (Hypothese 3a), hinsichtlich internalisierender Symptome wurde jedoch kein Zusammenhang erwartet (Hypothese 3b).

4 Methode

4.1 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten aus Familien mit Kindern zwischen vier und acht Jahren erfolgte am Leipziger Standort einer multizentrischen Verbundstudie³ mittels Elternfragebogen sowie videogestütztem Puppeninterview mit den Kindern. Die Befragung der Kinder fand mehrheitlich im häuslichen Umfeld, in Ausnahmefällen in der Klinik statt. Die Befragung der Eltern erfolgte während der Untersuchung des Kindes vor Ort oder postalisch. Die Studie wurde mit informed consent der beteiligten Familien und Genehmigung der Ethikkommission der Universität Leipzig durchgeführt. Da die Anzahl der Kinder im Altersspektrum von vier bis acht Jahren innerhalb der Leipziger Stichprobe gering war, viele Eltern die Befragung ihrer jüngeren Kinder ablehnten, um zusätzliche Belastung ihrer Kinder zu vermeiden sowie die Drop-Out-Rate in der Längsschnittuntersuchung hoch war, führten wir die Untersuchung der vier- bis achtjährigen Kinder im Querschnittsdesign durch.

4.2 Messinstrumente

Die vier- bis achtjährigen Kinder krebskranker Eltern wurden im Selbst- und Fremdurteil hinsichtlich emotionaler bzw. internalisierender sowie verhaltensbezogener bzw. externalisierender Symptome untersucht. Diese beiden Symptomkategorien werden im Berkeley Puppet Interview (BPI) aus der Selbstperspektive des Kindes und im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) aus der Fremdperspektive der Eltern erfasst.

³ Das multizentrische Verbundprojekt „Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“ wurde von der Deutschen Krebshilfe gefördert (Förder-Nr. 108303). Beteiligt waren: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. med. G. Romer); Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (PD Dr. phil. C. Bergelt); Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. med. U. Lehmkuhl); Abteilung für Medizinische Psychologie, Universität Leipzig (Prof. Dr. rer. biol. hum. Elmar Brähler); Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig (Prof. Dr. med. K. v. Klitzing); Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg (Prof. Dr. med. W. Herzog); Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinik Heidelberg (Prof. Dr. med. F. Resch); Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg (Prof. Dr. med. H.-H. Flechtner). Die Forschungsziele des Verbundprojektes sind andernorts ausführlich dargestellt (Romer et al. 2010, <http://www.verbund-kinder-krebskranker-eltern.de>).

4.2.1 Berkeley Puppet Interview (BPI) – Selbsturteil des Kindes (SU)

Das Berkeley-Puppet-Interview (BPI; Ablow u. Measelle, 1993) ist eine an der University of Berkeley konzipierte Interviewmethode, die Verhalten, Gedanken und Gefühle von 4 ½ bis 7 ½ Jahre alten Kindern aus der Selbstperspektive erfasst. Es ist ein hoch strukturiertes Verfahren, in dem der geschulte Untersuchungsleiter das Kind als Puppenspieler mit zwei Handpuppen ins Gespräch bringt. Die Hunde Iggy und Ziggy sehen ansprechend aus und haben für Kinder hohen Aufforderungscharakter. Sie sind äußerlich identisch, unterscheiden sich aber dadurch, dass sie gegensätzliche Aussagen zu alltäglichen Erlebnissen über sich selbst machen. Z. B. sagt Iggy: „Ich mache mir Sorgen über Mama und Papa, wenn ich im Kindergarten bin“, und Ziggy sagt: „Ich mache mir keine Sorgen über Mama und Papa, wenn ich im Kindergarten bin“ – „Und wie ist das bei Dir?“ Die Kinder können verbal antworten oder auf eine der Puppen zeigen, mit deren Erleben sie übereinstimmen. Um soziale Erwünschtheit zu reduzieren, werden die Antworten des Kindes durch die Puppen neutral kommentiert: „Ah, das ist ja wie bei mir“. Positive und negative Aussagen werden im Wechsel den beiden Puppen zugeschrieben, sodass nicht ein Hund als der „gute“ und der andere als der „schlechte“ dargestellt wird. Das Interview umfasst 57 Aussagen zu den Skalen *Depressivität*, *Trennungsangst*, *Hyperaktivität*, *aggressives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen*, *Bullying/ Viktimisierung*, *Prosoziales Verhalten*, *Oppositions-/Trotzverhalten*, *Überängstlichkeit* sowie *soziale Gehemmtheit/Ängstlichkeit*. Es enthält zwar keine erkrankungsspezifischen Items, aber Aussagen, die aus der klinischen Erfahrung heraus für Kinder krebskranker Eltern charakteristisch sind, z. B. „Ich habe Angst, dass Mama und Papa weggehen und nie mehr zurückkommen“, „Es fällt mir schwer, wenn ich zu Mama und Papa „Tschüss“ sagen muss“, „Ich habe Angst, wenn Mama und Papa ohne mich weggehen“, „Ich bin ein trauriges Kind“, „Ich träume oft schlimme Sachen“, „Ich habe Angst, dass schlimme Sachen passieren“, „Ich mache mir oft Sorgen“ oder „Ich fühle mich allein“. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Fremdurteilen wurden zwei übergeordnete Symptomskalen gebildet: die Skala *internalisierende Symptome* aus den Items der Subskalen *Depressivität*, *Überängstlichkeit* sowie *Trennungsangst* und die Skala *externalisierende Symptome* aus den Items der Subskalen *aggressives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen* und *Oppositions-/Trotzverhalten*. Das Interview wurde auf Video aufgezeichnet und von einem unabhängigen geschulten Rater auf einer 7-Punkte-Likert-Skala kodiert. Als Skalenwert dient der Mittelwert der Items. Da das BPI nicht normiert ist und keine Cut-Off-Werte vorliegen, definierten wir für die kategoriale Zuordnung den mittleren Skalenwert von 4 als Cut-Off-Wert.

4.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Fremdurteil der Eltern (FU)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) ist ein Fragebogen zur Erfassung emotionaler und verhaltensbezogener Symptome sowie prosozialen Verhaltens bei Kindern ab vier Jahren. Das Verfahren besteht aus 25 Items,

welche sich den fünf Subskalen *Emotionale Probleme*, *Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme*, *Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen*, *Verhaltensprobleme* und *Prosoziales Verhalten* zuordnen lassen. Basierend auf dem dreistufigen Antwortformat werden Summenwerte der einzelnen Subskalen sowie ein Gesamtproblemwert ermittelt. Zusätzlich ist eine kategoriale Einordnung in „unauffällig“, „grenzwertig“ sowie „auffällig“ gemäß deutscher Normwerte für die Elternversion (Woerner et al., 2002) möglich. In Orientierung daran haben wir eine Zuordnung zu den Kategorien „unauffällig“ und „Risikogruppe“ vorgenommen. In Anlehnung an Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker und Schlack (2008) werden unter „Risikogruppe“ die Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“ zusammengefasst. Diese Vereinfachung der Kategorien ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit mit den SU der Kinder im BPI. Ergänzend wurden soziodemografische und krankheitsbezogene Daten erhoben.

4.3 Statistische Analysen

Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte mittels SPSS® 20. Zunächst wurden die Daten deskriptiv analysiert. Mittelwertvergleiche erfolgten nach Prüfung auf Normalverteilung und entsprechend des Datenniveaus mittels t-Tests für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-U-Tests, Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben sowie Chi²-Tests. Zusätzlich wurden Zusammenhangsanalysen durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = .05$ festgelegt. Beim Vorliegen gerichteter Alternativhypothesen testeten wir auf einseitige Signifikanz. Diese wurde durch Halbierung der ausgegebenen zweiseitigen Signifikanz berechnet. Ergänzend berechneten wir die Effektstärken Cohens d (≥ 0.2 kleiner Effekt, ≥ 0.5 mittlerer Effekt, ≥ 0.8 starker Effekt) sowie Bravais-Pearson Korrelation r ($\geq 0,1$ kleiner Effekt, $\geq 0,3$ mittlerer Effekt, $\geq 0,5$ starker Effekt). Um mögliche Intergruppeneffekte zu vermeiden, wurde aus Familiensystemen, in denen FU/SU für mehrere Kinder vorlagen, mithilfe eines Randomisierungsverfahrens ein Kind per Zufall ausgewählt. Zur Kontrolle möglicher Einflussfaktoren wurden das *Geschlecht der Kinder* sowie das *Bildungsniveau der Mutter bzw. des Vaters* varianzanalytisch untersucht.

4.4 Stichprobenbeschreibung

Die Untersuchungsgruppe (UG) umfasst $N = 45$ Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil und mindestens einem Kind zwischen 4;0 und 8;11 Jahren, bei denen zum Zeitpunkt der Datenerhebung die Diagnosestellung bzw. der letzte Krankenhausaufenthalt maximal sechs Monate zurück lag und die nicht in einer palliativmedizinischen Behandlung waren. Aus jeder Familie ging ein Kind in die Datenauswertung ein. Insgesamt liegen Daten für 45 Kinder im Alter von 4;0 bis 8;11 Jahren im Fremdurteil (FU) vor. Bei 28 Kindern gaben beide Elternteile ein FU ab, für 17 Kinder nur ein Elternteil. 44 erkrankte und 29 gesunde Elternteile gaben ein FU über ihre Kinder ab. Für 12 Kinder liegen Selbsturteile (SU) der Kinder und FU der Eltern vor (SU + FU), für die anderen

33 Kinder nur FU der Eltern. Die beiden Gruppen „SU + FU“ ($n = 12$) und „FU“ ($n = 33$) wurden hinsichtlich soziodemografischer und krankheitsbezogener Daten sowie FU der Eltern im SDQ verglichen, um Selektivitätseffekte der kleinen Stichprobe von $n = 12$ Kindern (SU + FU) zu überprüfen. Es zeigten sich weder bei soziodemografischen und krankheitsbezogenen Daten (alle $p > .09$) noch bei Fremdurteilen im SDQ (alle $t < 1.04$, alle $p > .31$) signifikante Gruppenunterschiede.

Die Selbsturteile wurden mit Rohdaten einer community-basierten Referenzstichprobe (RG) aus einer Baseler Längsschnittstudie von Kindergartenkindern (Perren et al., 2006; Perren, Stadelmann, von Wyl, von Klitzing, 2007; Perren u. von Klitzing, 2008) verglichen. Die Kinder wiesen unterschiedliche sozioökonomische sowie kulturelle Hintergründe auf und wurden im Alter von fünf sowie sechs Jahren mittels BPI untersucht. Zur besseren Vergleichbarkeit mit unserer Altersgruppe griffen wir auf Vergleichsdaten des zweiten Erhebungszeitpunktes zurück. Hier liegen SU im BPI von 157 Kindern mit einem Durchschnittsalter von $M = 6.2$ (0.4) vor, 44.6 % der Kinder sind Mädchen. Unsere Untersuchungsstichprobe und diese Referenzstichprobe weisen hinsichtlich *Geschlecht des Kindes* sowie *Bildungsniveaus der Mutter* und *des Vaters* als mögliche Einflussfaktoren keine signifikanten Unterschiede auf (alle $\chi^2 < 4.557$, alle $p > .207$).

Die Fremdurteile der Eltern wurden mit Rohdaten der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts verglichen (Public Use File KiGGS, Robert-Koch-Institut, 2008). Diese bundesweit erhobene repräsentative Referenzstichprobe (RG) (05/2003-05/2006) beschreibt das gesundheitliche Befinden von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen. Von 17.641 Minderjährigen aus 167 deutschen Städten und Gemeinden wurden die 3- bis 17-Jährigen ($n = 14.836$) in das psychopathologische Screening einbezogen (Hölling et al., 2008). Für ein Altersgruppenmatching griffen wir auf die mittels SDQ erhobenen Elternurteile der vier- bis achtjährigen Kinder zurück. Die insgesamt 4.912 Kinder wiesen ein Durchschnittsalter von $M = 6.0$ (1.4) auf, 50.7 % der Kinder waren weiblich. Untersuchungs- und Referenzstichprobe zeigen hinsichtlich des *Geschlechts des Kindes* keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(1) = 2.994$, $p = .084$) und sind somit in dieser Variable vergleichbar. Allerdings unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich *Bildungsniveau der Mutter* ($\chi^2(2) = 15.626$, $p = .000$) und *Bildungsniveau des Vaters* ($\chi^2(2) = 7.137$, $p = .028$) signifikant mit einem höheren Bildungsniveau beider in der Untersuchungsstichprobe, was einen möglichen Einflussfaktor auf unsere Gruppenvergleiche darstellen könnte. Aus diesem Grund wurden diese beiden Variablen als feste Faktoren in den berechneten univariaten Varianzanalysen berücksichtigt.

5 Ergebnisse

5.1 Psychische Symptome der Kinder im Selbsturteil (SU)

Die kategoriale Zuordnung der SU der Kinder ergab, dass im BPI kein Kind *internalisierende Symptome* berichtete. In den Skalen *externalisierende Symptome*,

Hyperaktivität sowie *prosoziales Verhalten* schätzten jeweils zwei der zwölf Kinder (16.7 %) den Problembereich als „zutreffend“ ein. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Mehrheit der zwölf Kinder der UG im BPI keine internalisierenden und externalisierenden Symptome berichtet. Die SU der Kinder wurden mit den SU der Baseler RG verglichen. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche der BPI-Skalen. Auch hier zeigt sich deutlich, dass sich unsere UG in allen Symptombereichen nicht signifikant von der RG unterscheidet.

Tabelle 1: Mittelwertvergleich (BPI) zwischen den Selbsturteilen (SU) der vier- bis achtjährigen Kinder krebserkrankter Eltern und den Selbsturteilen (SU) der sechsjährigen Kinder der community-basierten Referenzstichprobe (Perren et al., 2006); t-Test für unabhängige Stichproben

BPI	SU 4-8 J. (N = 12)	Perren et al. SU 6 J. (N = 157)	T	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Internal. Symptome	3.0 (0.5)	3.0 (0.7)	(167) = -0.013	.495	.00
External. Symptome	2.9 (1.0)	2.7 (0.6)	(166) = -1.110	.269	.24
Hyperaktivität	3.2 (0.9)	3.0 (0.8)	(167) = -0.753	.452	.24
Viktimisierung	3.7 (1.6)	3.4 (1.2)	(166) = -0.893	.373	.21
Prosoziales Verhalten	2.9 (1.0)	3.2 (1.1)	(167) = 1.027	.306	-.29

Anmerkung: *kursiv* ... einseitige Signifikanz entsprechend der Gerichtetheit der Hypothesen

5.2 Psychische Symptome der Kinder im Fremdurteil der Eltern (FU)

Knapp ein Viertel der Eltern unserer UG schätzen ihre Kinder in den Bereichen „*emotionale Probleme*“ (22,2 %) und „*Verhaltensprobleme*“ (24,4 %) als psychisch belastet ein, in den übrigen SDQ-Skalen ist dieser Anteil deutlich geringer (8,9-11,1 %). Die gemittelten FU der Eltern wurden mit den FU der Eltern der KiGGS-Studie verglichen. Bei diesem Gruppenvergleich wurde ein möglicher Einfluss der Variablen Bildungsstand der Mutter und des Vaters berücksichtigt. Mittels ANOVA erreichte der Faktor *Bildungsniveau der Mutter* einen signifikanten Einfluss auf die SDQ Subskala emotionale Probleme, $F(2,4859) = 5.623$, $p < .005$. Unter Berücksichtigung des Faktors *Bildungsniveau der Mutter* blieb der Einfluss der Stichprobenzugehörigkeit signifikant, $F(2,4783) = 4.513$, $p < .05$. Die Interaktion zwischen den Faktoren *Bildungsniveau der Mutter* und *Stichprobenzugehörigkeit* hatte keinen signifikanten Einfluss auf die SDQ Subskala emotionale Probleme, $p > .05$. Der Faktor *Bildungsniveau des Vaters* hatte hingegen keinen signifikanten Einfluss, $p > .05$. Tabelle 2 gibt eine dimensionale Übersicht über psychische Symptome der vier- bis achtjährigen Kinder aus Elternperspektive.

Tabelle 2: Mittelwertvergleich (SDQ) zwischen den Elternurteilen (FU) der vier- bis achtjährigen Kinder krebserkrankter Eltern und den Elternurteilen (FU) der vier- bis achtjährigen Kinder der repräsentativen Referenzstichprobe (Hölling et al., 2008); t-Test für unabhängige Stichproben

SDQ	KiGGS-Studie		T	p	d
	FU 4-8 J. (N = 45)	FU 4-8 J. (N = 4.912)			
<i>Emotionale Probleme</i>	2.2 (1.8)	1.7 (1.7)	(4955) = 1.999	.023*	.29
<i>Verhaltensprobleme</i>	1.8 (1.7)	2.0 (1.5)	(4955) = -0.942	.173	-.13
<i>Hyperaktivität</i>	3.4 (1.9)	3.3 (2.3)	(4955) = 0.166	.434	.05
<i>Probleme mit Gleichaltrigen</i>	1.3 (1.3)	1.3 (1.5)	(4955) = -0.065	.948	.00
<i>Prosoziales Verhalten</i>	7.9 (1.5)	7.8 (1.7)	(4955) = 0.186	.853	.06
<i>Gesamtproblemwert</i>	8.7 (4.6)	8.3 (4.9)	(4955) = 0.458	.324	.08

Anmerkung: *kursiv* ... einseitige Signifikanz entsprechend der Gerichtetheit der Hypothesen

In der Skala „*emotionale Probleme*“ unterscheiden sich die FU der Eltern der UG und RG signifikant. Die Eltern der UG schätzen ihre Kinder hinsichtlich emotionaler Symptome höher belastet ein. In der der Skala „*Verhaltensprobleme*“ finden sich ebenso wie bei den weiteren SDQ-Skalen und dem SDQ-Gesamtwert keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Ergänzend wurde überprüft, ob sich bei den 45 Familien die an Krebs erkrankten (N = 44) oder gesunden (N = 29) Elternteile im FU unterscheiden bzw. ob erkrankte Elternteile ihre Kinder hinsichtlich internalisierender Symptome als höher belastet einschätzen. Da der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben sowohl beim Gesamtscore als auch bei den Subskalen des SDQ keinen signifikanten Unterschied zwischen den Elterngruppen erbrachte (alle $z < -.02$, alle $p > .20$), gehen wir davon aus, dass der Mittelwertunterschied zwischen den FU der UG und RG bezüglich emotionaler Probleme nicht maßgeblich durch das Urteil des erkrankten Elternteils bedingt ist. Vielmehr zeigten sich signifikant positive Korrelationen bei den FU der erkrankten und gesunden Mütter und Väter in den SDQ-Skalen Verhaltensprobleme ($r = .60$, $p = .001$), Hyperaktivität ($r = .48$, $p = .01$), prosoziales Verhalten ($r = .43$, $p = .024$) sowie dem Gesamtproblemwert ($r = .51$, $p = .005$). Die Fremdurteile der erkrankten und gesunden Elternteile stimmen in diesen Skalen in mittlerem Maße überein.

5.3 Zusammenhang zwischen Selbsturteil und Fremdurteil

Ein möglicher Zusammenhang zwischen den SU der Kinder und den FU der Eltern wurde zunächst mittels Rangkorrelation nach Pearson statistisch überprüft. Dabei wurden die zwölf SU mit den jeweiligen zwölf gemittelten FU korreliert. Folgende

Skalen aus dem BPI (SU) und dem SDQ (FU) wurden gegenübergestellt: BPI-internalisierende Symptome vs. SDQ-emotionale Probleme; BPI-externalisierende Symptome vs. SDQ-Verhaltensprobleme; BPI-Hyperaktivität vs. SDQ-Hyperaktivität; BPI-Prosoziales Verhalten vs. SDQ-Prosoziales Verhalten. Die Analysen ergaben für keine der Einzelkorrelationen einen signifikanten Zusammenhang zwischen den SU und den FU (alle $r: -.16 < r < .28$, alle $p > .32$).

6 Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Die Selbsturteile der vier- bis achtjährigen Kinder mit einem krebskranken Elternteil unterscheiden sich in Bezug auf internalisierende und externalisierende Symptome nicht signifikant von jenen einer community-basierten Referenzstichprobe. Dies bestätigt unsere Hypothese 1b zu externalisierenden Symptomen, widerlegt jedoch unsere Hypothese 1a, wonach sich vier- bis achtjährige Kinder mit einem krebskranken Elternteil bei internalisierenden Symptomen höher belastet einschätzen als Kinder der RG. Entgegen der Annahme berichtete keines der zwölf Kinder unserer UG internalisierende Symptome. Dass sich bei Kindern krebskranker Eltern im BPI keine internalisierenden Symptome abbilden, könnte folgende Gründe haben: 1. Die Kinder entwickeln psychische Symptome aus einer dauerhaften emotionalen Überforderung heraus (Romer, 2007), die in diesem kurzen Zeitfenster noch nicht sichtbar werden. 2. Im Altersbereich der vier- bis achtjährigen Kinder könnte eventuell das entwicklungs-spezifische magische Denken auch als Schutzfaktor wirksam sein, der älteren Kindern für eine gelingende Anpassung an die elterliche Krebserkrankung (vgl. Osborn, 2007) nicht mehr zur Verfügung steht. 3. Eltern unserer Stichprobe bewältigen ihre Erkrankung so, dass sich ihre Kinder ausreichend sicher und wenig bedroht fühlen. 4. Die Kinder können unter der Belastung einer elterlichen Krebserkrankung aufgrund notwendiger Abwehrmechanismen nicht über ihre inneren Zustände Auskunft geben.

Im Fremdurteil der Eltern hingegen zeigt sich in unseren Analysen ein signifikanter Unterschied zwischen UG und RG. Die Eltern der UG schätzen ihre Kinder hinsichtlich emotionaler Symptome höher belastet ein. Bezüglich der anderen SDQ-Skalen und des SDQ-Gesamtwertes finden sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede. Damit bestätigt sich unsere Hypothese 2, wonach betroffene Eltern ihre vier- bis achtjährigen Kinder hinsichtlich internalisierender und externalisierender Symptome höher belastet einschätzen als Eltern einer repräsentativen RG, nur teilweise, nämlich ausschließlich in Bezug auf internalisierende Symptome. Betroffene Eltern tendieren eher dazu, emotionale Probleme ihrer Kinder deutlich wahrzunehmen und nicht zu übersehen. Folgende methodische Limitationen könnten zu diesem Ergebnis beigetragen haben: der Unterschied in den Gruppengrößen ist beträchtlich; das Durchschnittsalter der Kinder liegt in den altersgemachten Gruppen bei der UG etwas höher als bei der RG; unsere UG ist hochselektiv, da nur ein kleiner Teil der Eltern der Untersuchung ihrer Kinder zugestimmt hat; im BPI zeigt sich, dass Kinder zu Items

über emotionale Zustände scheinbar schwerer Auskunft geben können als zu verhaltensnah formulierten Items (vgl. Perren u. von Klitzing, 2008).

Als zentrales Forschungsergebnis ist die Diskrepanz zwischen Selbsturteil der Kinder und Fremdurteil der Eltern in allen Symptomskalen, internalisierenden wie auch externalisierenden, anzusehen. Der in Hypothese 3a postulierte positive Zusammenhang zwischen SU und FU bei externalisierenden Symptomen hat sich nicht bestätigt. Untersuchungsbefunde von Arseneault, Kim-Cohen, Taylor, Caspi, Moffitt (2005) sowie Perren und von Klitzing (2008) konnten in unserer Untersuchungsstichprobe nicht repliziert werden. Der in Hypothese 3b postulierte fehlende Zusammenhang zwischen Selbsturteilen und Fremdurteilen bei internalisierenden Symptomen bestätigte sich jedoch.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich vier- bis achtjährige Kinder krebskranker Eltern hinsichtlich psychischer Symptome im Selbsturteil nicht von einer RG unterscheiden. Im Fremdurteil durch die Eltern werden die Kinder der UG jedoch bezüglich internalisierender Symptome höher belastet eingeschätzt als die Kinder der Vergleichsgruppe. Auffallend ist, dass sich die Selbsturteile der Kinder durchgehend signifikant von den Fremdurteilen der Eltern unterscheiden. Insbesondere bei internalisierenden Symptomen besteht die Tendenz, dass Eltern eher emotionale Probleme wahrnehmen als jüngere Kinder diese selbst zum Ausdruck bringen. Die Ergebnisse unserer kleinen, hochselektiven Stichprobe liefern einen ersten Anhaltspunkt in einem bisher nicht untersuchten Forschungsfeld, lassen sich jedoch nicht generalisieren. Die SU + FU-Stichprobe ($n = 12$) ist repräsentativ für die 45 Familien der Leipziger Gesamtstichprobe in dieser Altersgruppe, der Unterschied zu den Referenzstichproben ($n = 157$ bzw. $n = 4.912$) birgt jedoch die Gefahr eines β -Fehlers und einer erhöhten Irrtumswahrscheinlichkeit in der Hypothesenprüfung. Die Ergebnisse müssen anhand weitaus größerer Stichproben überprüft werden. Insbesondere sollte künftig die Nicht-Übereinstimmung von Selbst- und Fremdurteil, die sich im Multi-Informanten-Ansatz offenbart, näher untersucht werden. Klinisch zeigt sich, dass erstens Kinder krebskranker Eltern negative Gefühle wie Angst und Unsicherheit abwehren, um ein psychisches Gleichgewicht aufrecht zu erhalten und die notwendige Abwehr bedrohlicher und beängstigender innerer Zustände im Puppeninterview dazu führt, dass Kinder positive Antworten geben. Zweitens neigen Eltern unter Umständen dazu, aus eigener emotionaler Belastung heraus projektiv aus dem Blickwinkel der eigenen Belastung, Bedrohung oder Verunsicherung bei ihrem Kind internalisierende Symptome wahrzunehmen. Die Vermutung liegt nahe, dass Kinder in der Wahrnehmung und im Ausdruck ihrer Gefühle umso mehr Schwierigkeiten haben, je emotional belasteter sie ihre Eltern erleben. Dieser klinisch evidente Zusammenhang sollte künftig unter besonderer Beachtung von Stichprobengröße, Längsschnittdesign und Repräsentativität elterlicher Tumordiagnosen untersucht werden.

Literatur

- Ablow, J. C., Measelle, J. R. (1993). Berkeley Puppet Interview: Administration and scoring system manuals. Berkeley: University of California, Berkeley.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Arseneault, L., Kim-Cohen, J., Taylor, A., Caspi, A., Moffitt, T. E. (2005). Psychometric Evaluation of 5- and 7-Year-Old Children's Self-Reports of Conduct Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 537-550.
- Barkmann, C., Romer, G., Watson, M., Schulte-Markwort, M. (2007). Parental Physical Illness as a risk for Psychosocial Maladjustment in Children and Adolescents: Epidemiological Findings from a National Survey in Germany. *Psychosomatics*, 48, 476-481.
- Falk, C. (2012). „Ich bin traurig, weil Mama krank ist“ – Psychische Symptome bei 4- bis 8-jährigen Kindern mit einem krebskranken Elternteil aus der Kind- und Elternperspektive. Masterthesis HS-Magdeburg-Stendal (unveröffentlicht).
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Hölling, H., Kurth, B. M., Rothenberger, A., Becker, A., Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 34-41.
- Klein, A. M, Otto, Y., Fuchs, S., Zenger, M., von Klitzing, K. (2012). Psychometric Properties of the Parent-Rated SDQ in Preschoolers. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., Kupfer, D. J. (2003). A New Approach to Integrating Data From Multiple Informants in Psychiatric Assessment and Research: Mixing and Matching Contexts and Perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1566-1577.
- Luby, J. L., Belden, A., Sullivan, J., Spitznagel, E. (2007). Preschoolers' Contribution to their Diagnosis of Depression and Anxiety: Uses and Limitations of Young Child Self-Report of Symptoms. *Child Psychiatry & Human Development*, 38, 321-338.
- Measelle, J. R., Ablow, J. C., Cowan, P. A., Cowan, C. P. (2005). Can Children Provide Coherent, Stable, and Valid Self-Reports on the Big Five Dimensions? A Longitudinal Study From Ages 5 to 7. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 90-106.
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 16, 101-126.
- Perren, S., Stadelmann, S., von Wyl, A., von Klitzing, K. (2007). Pathways of behavioural and emotional symptoms in kindergarten children: What is the role of pro-social behaviour? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 209-214.
- Perren, S., von Klitzing, K. (2008). Untersuchung von Kindergartenkindern mit einem Puppeninterview: Bedeutsamkeit und Anwendung. *Kinder- und Jugendmedizin*, 8, 25-30.
- Perren, S., von Wyl, A., Stadelmann, S., Bürgin, D., von Klitzing, K. (2006). Associations between behavioral/emotional difficulties in kindergarten children and the quality of their peer relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 867-876.
- Public Use File KiGGS, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey 2003-2006, Robert Koch-Institut, Berlin 2008.

- Romer, G. (2007). Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Belastungen, Wege der Bewältigung und Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 870-890.
- Romer, G., Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Su, Y., Ryan-Wenger, N. A. (2007). Children's adjustment to parental cancer: A theoretical model development. *Cancer Nursing*, 30, 362-383.
- Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Steck, B., Zachariae, R., Baldus, C., Romer, G. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioural functioning of children where a parent has cancer: A multinational study. *Cancer*, 115, 4030-4039.
- Visser, A., Huizinga, G. A., van der Graaf, W. T. A., Hökstra, H. J., Hökstra-Weebers, J. E. H. M. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 30, 683-694.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 2, 105-112.

Korrespondenzanschrift: Gabriele Koch, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig, Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig; E-Mail: Ga.Koch@medizin.uni-leipzig.de

Gabriele Koch, Stefanie Dieball, Sascha Weis und Kai von Klitzing, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universität Leipzig; Elmar Brähler und Jochen Ernst, Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig; Carina Falk, Hochschule Magdeburg-Stendal; Georg Romer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Corinna Bergelt, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Monika Keller, Universitätsklinikum Heidelberg; Franz Resch, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinik Heidelberg; Hans-Henning Flechtner, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg; Heike Weschenfelder-Stachwitz, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin