

Wiehe, Katharina

Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 1, S. 3-22

urn:nbn:de:bsz-psydok-46379

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

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

Originalarbeiten / Original Articles

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

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

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

Buchbesprechungen / Book Reviews

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

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

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

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

Neuere Testverfahren / Test Reviews

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

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

Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter

Katharina Wiehe

Summary

Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness

Subjective illness theories have been neglected in the study of children's coping with chronic illness. It is hypothesized that a family's lay theory provides the cognitive framework of the coping process and thereby influences coping outcome. In a multimethod study, 79 children with insulin-dependent diabetes mellitus (age 6–12 years) and their parents were interviewed about their subjective illness theories, their coping behaviour and various outcome indicators. Several questionnaires measuring coping, family environment and health-related quality of life were also applied. Six types of subjective illness theories were identified. Families regarding diabetes as a daily strain or as a blow of fate showed particularly high levels of stress and lower quality of life compared to other groups. Families with inconsistent subjective illness theories were also at risk for lower quality of life. Ideas for prevention and intervention are presented at the end of the article.

Key words: children – coping – diabetes – subjective illness theories – lay theories

Zusammenfassung

Subjektive Krankheitstheorien sind in der Forschung zu chronischer Erkrankung im Kindesalter bislang vernachlässigt worden. Der Untersuchungshypothese zufolge stellen diese den kognitiven Rahmen des Coping-Verhaltens dar und beeinflussen so den Verlauf der Krankheitsbewältigung. An einer multimethodalen Studie nahmen 79 Kinder (Alter: 6–12 Jahre) mit Typ-1-Diabetes sowie deren Eltern und Ärzte teil. Dabei kamen Interviews und Fragebögen zu Subjektiven Theorien, Coping-Strategien und verschiedenen Outcome-Variablen zum Einsatz. Es wurden sechs distinkte Krankheitstheorien gefunden. Die Theorien „Diabetes als Schicksalsschlag“ und

„Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“ erwiesen sich dabei als Risikofaktoren für ein hohes Stresserleben und niedrige Lebensqualität. Auch bei Familien mit inkonsistenten Subjektiven Krankheitstheorien zeigte sich eine geringere Lebensqualität. Erste Ideen zur Nutzung der Subjektiven Krankheitstheorien für die Beratung und Schulung diabetischer Kinder werden vorgeschlagen.

Schlagwörter: Kinder – Krankheitsbewältigung – Diabetes – subjektive Krankheitstheorien

1 Stand der Forschung

Chronische Krankheiten sind in den letzten Jahrzehnten zu einer der wichtigsten Herausforderungen der pädiatrischen Forschung und Praxis geworden. In Deutschland sind ca. 10–15 % der Kinder und Jugendlichen chronisch erkrankt (Petermann 2002). Als chronisch wird eine Erkrankung dann bezeichnet, wenn sie länger als ein Jahr andauert, eine aufwändige medizinische Behandlung nötig macht und eine Anpassungsreaktion der Erkrankten und ihrer sozialen Systeme an einen komplexen und unsicheren Verlauf mit akuten und chronischen Episoden erfordert (Beaudin u. Chambré 1996). Die Chronifizierung einer Krankheit zieht den Abschied von einem rein medizinischen Krankheits- und Behandlungskonzept nach sich; sie muss als ein kritisches Lebensereignis begriffen werden, dessen Bewältigung auch psychologische und soziale Ressourcen erfordert.

Eine der häufigsten chronischen Krankheiten im Kindesalter ist der juvenile Diabetes mellitus, von dem in Deutschland ca. 25000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betroffen sind (Kiess 2004). Dabei handelt es sich um eine Stoffwechselstörung, bei der die insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse absterben. Die Insulinsubstitution erfordert ein komplexes Therapieregime. Zur Bestimmung der Insulinmenge müssen der aktuelle Blutzuckerwert ermittelt und die in der Nahrung enthaltenen Kohlenhydrate berechnet werden. Für die betroffenen Kinder bedeutet dies neben den täglichen Insulininjektionen auch mehrfache Blutzuckerkontrollen, für die jeweils ein Blutstropfen entnommen werden muss. Darüber hinaus gelten je nach Therapieform verschiedene Diätregeln mit festgelegten Mengen an Kohlenhydraten. Selbst bei der Einstellung mit einer intensivierten Therapie, bei der Essensmengen und -zeiten variabler gehandhabt werden, müssen die Kinder vor dem Essen festlegen, welche Mengen an Kohlenhydraten sie zu sich nehmen wollen.

Wird das Therapieregime nicht eingehalten, drohen akute Hypoglykämien, die mit Zittern und Übelkeit sowie mit einer cerebralen Symptomatik bis zu Orientierungsstörungen oder sogar Bewusstlosigkeit einhergehen (Zaß 1996). Akute hyperglykämische Zustände werden dagegen häufig als symptomfrei erlebt. Bei chronischer Hyperglykämie steigt aber das Risiko für Spätfolgen: Hier ist vor allem die Schädigung der Blutgefäße im Bereich der Augen und Nieren, der Extremitäten und der Koronar- und Hirngefäße zu nennen (Statistisches Bundesamt 1998). Weiterhin besteht die Gefahr von Neuropathien in Form von Sensibilitätsausfällen und Störungen des autonomen Nervensystems (Gutezeit 1996).

1.1 Psychopathologische Symptombelastung bei Kindern mit Diabetes

Die betroffenen Kinder und ihre Familien müssen sich also neben den alltäglichen Belastungen der Diabetestherapie auch mit der Bedrohung durch Spätfolgen auseinandersetzen (Wertlieb et al. 1990). Die Befundlage zur Ausprägung psychopathologischer Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes ist trotz dieser klar festzustellenden Stressbelastung komplex und von widersprüchlichen Ergebnissen gekennzeichnet.

Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern mit Diabetes: Epidemiologische Daten zu psychologischen Auswirkungen chronischer Erkrankung im Kindesalter zeigen, dass die chronische Erkrankung einen Risikofaktor darstellt. Kliwer (1997) bezeichnet das Risiko einer psychiatrischen Diagnose bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen als zwei- bis vierfach erhöht. Der Literaturanalyse von Szydlo und Mitarbeitern (2003) zufolge erfüllen ein Drittel bis die Hälfte der diabetischen Jugendlichen die Kriterien einer psychiatrischen Diagnose. Hauptsächlich handelt es sich dabei um depressive Entwicklungen, die aufgrund psychosozialer Stressbelastung und/oder als Folge metabolischer Veränderungen entstehen. Im Vergleich zu Stichproben gesunder Kinder ergibt sich nach den Ergebnissen von Grey und Mitarbeitern (2002) für diabetische Kinder ein zweifach erhöhtes Depressionsrisiko, für Jugendliche ist dies sogar bis zu dreifach erhöht. Auch Essstörungen werden bei Mädchen mit Diabetes doppelt so häufig beobachtet wie bei somatisch gesunden (Bandemer-Greulich et al. 2004). Zur Prävalenz von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen gibt es derzeit keine Studien (Szydlo et al. 2003).

Auswirkung der Komorbidität von Diabetes und psychischen Erkrankungen: Rubin und Peyrot (2001) beschreiben die Komorbidität von Diabetes und Depression bei Erwachsenen: Sowohl auf neuroendokrinologischer Ebene als auch in Bezug auf kognitive Muster von Hilflosigkeit interagieren die beiden Erkrankungen und bewirken eine Verschlechterung sowohl der diabetischen als auch der depressiven Symptomatik. Szydlo und Mitarbeiter (2003) bestätigen die problematischen Auswirkungen der Komorbidität von Diabetes und Depression auch bei Kindern und Jugendlichen: So zeigen depressive Diabetiker schlechtere Therapiemitarbeit und Stoffwechselkontrolle sowie eine niedrigere Lebensqualität. Auch bei Komorbidität von Diabetes und Essstörungen kann es schnell zu Komplikationen kommen, da neben dem Erbrechen zur Gewichtsreduktion häufig auch eine Manipulation der Insulindosierung (*Insulin-purging*) zu beobachten ist (Bandemer-Greulich et al. 2004).

Psychische Symptombelastung im Verlauf der Erkrankung: Lewis (1994) beschreibt eine psychische Belastungsreaktion der Kinder bei Diagnosestellung, die mit Hoffnungs- und Hilflosigkeit, Intrusionen bzw. Albträumen sowie Schlafstörungen einhergeht. Andere Autoren verweisen auf das erhöhte Risiko für pathologische Trauerreaktionen beim Kind (Grizynski u. Shapiro 1990) sowie auf die Gefahr des emotionalen und sozialen Rückzugs (Mescon u. Honig 1995). Frühe Studien der Forschergruppe um Kovacs bestätigen diese Sichtweise aber nicht. Bei der Untersuchung diabetischer Kinder fand sich zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nur ein leichtes emotionales Ungleichgewicht, das sich schon sechs Monate später nicht mehr nachweisen ließ (Kovacs et al. 1986). Auch die Ergebnisse der El-

tern verweisen auf eine kompetente Bewältigung der Erkrankung. Wie bei den Kindern fand sich nur eine initiale Reaktion von subklinischer Depression und Angst. Ein Viertel der Mütter zeigte nach der Erstmanifestation eine leichte pathologische Trauerreaktion (Kovacs et al. 1985).

Im Widerspruch dazu stehen später publizierte Ergebnisse von Kovacs, die in einer Längsschnittstudie zehn Jahre nach der Erstmanifestation des Diabetes bei knapp der Hälfte der untersuchten 92 Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren eine psychiatrische Erkrankung fanden (Kovacs et al. 1997). Besonders inkonsistent erscheint hier der Befund, dass die Inzidenzrate für psychische Störungen im ersten Jahr nach Diagnosestellung am höchsten war. Auch in einer neueren Studie an Eltern diabetischer Kinder wurde sechs Wochen nach der Erstmanifestation bei knapp einem Viertel der Mütter und Väter eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (Landolt et al. 2002). Weitere 51 % der Mütter und 41 % der Väter wiesen subklinische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf. Zwar schränkt die kleine Stichprobe (N = 38) die Generalisierbarkeit der Ergebnisse deutlich ein, dennoch beeindruckt die hohe Prävalenz der Belastungsstörung.

Symptombelastung bei Kindern und Jugendlichen im Selbstbericht: In der Längsschnittstudie der Forschergruppe um Seiffge-Krenke berichteten diabetische Jugendliche überraschenderweise über eine deutlich geringere Symptombelastung als gesunde Jugendliche (vgl. etwa Boeger et al. 1996). Auch Effekte der Krankheitsdauer auf die Symptombelastung konnten nicht nachgewiesen werden. Im Zusammenhang mit dem Befund einer deutlich erhöhten sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten der jugendlichen Diabetiker vermutet Seiffge-Krenke hier Verleugnungstendenzen im Sinne einer „Fassade der Super-Normalität“ (Seiffge-Krenke 1994, S. 154), zumal auch die Einschätzungen der Eltern denen der Jugendlichen in wesentlichen Punkten widersprachen. Interessanterweise findet sich die hohe soziale Erwünschtheit besonders bei Jugendlichen mit guter Stoffwechseleinstellung (Seiffge-Krenke 2001).

Aufgrund dieser unklaren Befundlage stellt sich die Frage, inwieweit die psychopathologische Symptombelastung als Outcome-Variable ausreichend sensitiv ist, um Anpassungsprobleme bei chronischen Erkrankungen zu erfassen (Petermann 2002). In der vorliegenden Arbeit wurde daher anstelle der Symptombelastung die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die krankheitsspezifische Stressbelastung mittels Interview und Fragebogen erhoben.

1.2 Die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome-Variable

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezieht sich auf die Auswirkungen von Krankheit, Verletzung oder Behandlung einer Krankheit (Spieth u. Harris 1996). Neben der Einschätzung der körperlichen Verfassung werden auch die psychische Befindlichkeit, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz erhoben (Bullinger u. Ravens-Sieberer 1995). Im Rahmen einer entwicklungssensitiven Konzeption der Lebensqualität bei Kindern ist hier auch die Ausführung altersentsprechender Tätigkeiten ein wichtiger Indikator (Bullinger et al. 1996). Es wird angenommen, dass eine gute Passung zwischen den Anforderungen der Erkrankung und den Coping-Ressourcen der Person ein Erleben von Wohlbefinden

nach sich zieht. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist also ein Indikator für den gelungenen Bewältigungsprozess und damit als ein Prädiktor für die Entwicklung psychopathologischer Symptome anzusehen (Spieth u. Harris 1996). Bei der Erfassung sollten sowohl generische als auch krankheitsspezifische Modulen eingesetzt werden (Bullinger et al. 1996). Auch die Befragung von Kindern und Eltern erscheint sinnvoll: Die häufig gefundenen Diskrepanzen zwischen Eltern und Kindern sind dabei nicht als Messfehler, sondern als interpretierbare Unterschiede anzusehen (Jacobson u. Fried 1998).

Ergebnisse zur Lebensqualität bei Kindern mit Diabetes: Zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes liegen bislang nur wenig Ergebnisse vor. In einer vergleichenden Studie zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder zeigte sich, dass die diabetischen Kinder ihre Lebensqualität durchgängig am niedrigsten einschätzten (Wurst et al. 2002). Vor allem das psychische, aber auch das körperliche Wohlbefinden fiel im Vergleich zu Kindern mit psychischen Störungen und Kindern mit anderen chronischen Erkrankungen signifikant geringer aus. Auch innerhalb der Gruppe diabetischer Kinder zeigen sich systematische Gruppenunterschiede. In der multizentrischen Hvidøre-Studie gaben Probanden mit besserer Stoffwechsellage weniger diabetesbezogene Beeinträchtigungen und Sorgen sowie eine größere Lebenszufriedenheit an. Zudem beurteilten Mädchen ihren Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit als schlechter und äußerten schon in jüngerem Alter Gesundheitsorgen (Hvidøre Study Group on Childhood Diabetes 2001).

1.3 Risiko- und Schutzfaktoren der Krankheitsbewältigung

Eine umfangreiche Literaturrecherche der Autorin, in der bis Ende 2004 erschienene Arbeiten zur Krankheitsbewältigung diabetischer Kindern berücksichtigt wurden, zeigt angesichts der Fülle von Studien nur wenige etablierte Risiko- und Schutzfaktoren. Zudem sind die Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Outcome-Variablen zum Teil schlecht vergleichbar. Neben den bereits zitierten Geschlechtsunterschieden haben sich die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen als wichtige Prädiktoren erwiesen. Die Zuschreibung an den Faktor „Zufall“ wirkt dabei durchgängig ungünstig, eine autonomieorientierte interne Kontrollzuschreibung erweist sich dagegen als positiv (vgl. z. B. Peyrot u. Rubin 1994). Ein dauerhaft erhöhtes Stressniveau wirkt sich ebenfalls negativ auf die Krankheitsbewältigung aus (Seiffge-Krenke u. Stemmler 2003; Worrall-Davies et al. 1999).

Die Arbeiten von Hanson und Mitarbeitern (vgl. z. B. Hanson 1992) zeigen darüber hinaus die ungünstige Wirkung der Coping-Muster *avoidance* (Vermeidung) und *ventilation* (Emotionsabfuhr) auf verschiedene Outcome-Variablen (vgl. dazu auch Seiffge-Krenke u. Stemmler 2003). Auch die Bewältigungsstrategien der Eltern und das Familienklima beeinflussen den Verlauf der Krankheitsbewältigung: Problemorientiertes Coping, die Suche nach sozialer Unterstützung sowie ein hoher familiärer Zusammenhalt haben sich in vielen Studien als günstig erwiesen (vgl. etwa Wallander u. Varni 1992; Tansella 1995; Holmes et al. 1999). Die Wirkung elterlicher Unterstützung des erkrankten Kindes wurde bislang ausschließlich anhand der

medizinischen Krankheitsanpassung untersucht, es ist jedoch anzunehmen, dass auch die psychosoziale Anpassung hiervon positiv beeinflusst wird (LaGreca et al. 1995; Anderson et al. 1997; LaGreca u. Bearman 2002).

Keine klaren Befunde ergaben sich dagegen für Variablen des soziodemographischen Status' und der Familienstruktur (vgl. etwa Overstreet et al. 1995; Obeidallah et al. 2001). Auch zwischen der Persönlichkeit von Kind und Eltern und der Krankheitsbewältigung konnte kein direkter Zusammenhang nachgewiesen werden (Skinner et al. 2002; Kupst 1992; Wallander u. Varni 1992). Soziale Kompetenzen des Kindes (Nassau u. Drotar 1995; Dumont et al. 1995) sowie das Krankheitswissen von Kind und Familie (Roth et al. 1987; Dunn et al. 1990; Seiffge-Krenke 2001) erwiesen sich ebenfalls nicht als relevante Prädiktoren.

1.4 Die Subjektive Krankheitstheorie als Prädiktorvariable

Subjektive Krankheitstheorien sind in der Forschung zur kindlichen Krankheitsbewältigung bislang kaum berücksichtigt worden. Subjektive Theorien sind kognitive Konstrukte mit einer impliziten, einer wissenschaftlichen Theorie vergleichbaren Argumentationsstruktur (Flick 1991). Der wesentliche Unterschied zwischen einer Subjektiven Theorie und einer wissenschaftlichen Theorie liegt in der Funktion: Während wissenschaftliche Theorien eine allgemeingültige Beschreibung der Realität anstreben, erfüllt die Subjektive Krankheitstheorie individuelle Bewältigungsfunktionen (Hartmannsgruber 1992). Durch die Bildung einer Subjektiven Krankheitstheorie wird im Verlauf des Coping-Prozesses Orientierungsgewissheit (wieder-) erlangt, die eine biographische Einordnung der Ereignisse ermöglicht (Flick 1991). Die Subjektive Krankheitstheorie enthält Annahmen zur Identität der Erkrankung, zur Kausalität, zum zeitlicher Verlauf und den Konsequenzen der Erkrankung sowie Annahmen zur Heilung bzw. Behandlung (Leventhal et al. 1980).

Mit der Untersuchung Subjektiver Krankheitstheorien wird nicht nach allgemeinen Mustern von Laientheorien über Krankheit, sondern nach subjektiver Sinnstiftung der individuellen Patienten gesucht. Anknüpfend an die Stresstheorie nach Lazarus (vgl. z. B. Lazarus 1998) ist die Subjektive Krankheitstheorie als habituelles *appraisal* zu verstehen; als Neigung, krankheitsbezogene Mikro- und Makrostressoren im Rahmen eines individuellen, relativ überdauernden Bewertungsparadigmas einzuordnen. Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass ein solches kognitives Konstrukt als Risiko- oder Schutzfaktor der Krankheitsbewältigung wirken kann. Untersuchungen an Erwachsenen haben diese Hypothese bereits bestätigt (vgl. etwa Schüssler 1992; Hartmannsgruber 1992; Leibing et al. 2003). Die wenigen Ergebnisse zu kindlichen Krankheitskognitionen beschränken sich dagegen auf die strukturellen Aspekte kognitiver Krankheitskonzepte und versuchen diese beispielsweise anhand Piaget'scher Stufenmodelle zu systematisieren (vgl. dazu etwa die Arbeiten von Bibace u. Walsh 1979, 1981; neuere Ergebnisse von Koopman et al. 2004). Die vorliegende Arbeit beruht auf der Annahme, dass die *inhaltliche* Ausprägung der Subjektiven Krankheitstheorie das Bewältigungsverhalten von Kind und Familie maßgeblich beeinflusst und daher als Prädiktor der Krankheitsbewältigung anzusehen ist.

2 Methode

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde zwischen Oktober 2001 und September 2002 eine umfangreiche multimethodale Erhebung durchgeführt, in der Subjektive Krankheitstheorien, Coping-Strategien und verschiedene Outcome-Variablen untersucht wurden. Durch den Einbezug von Kindern, Eltern und behandelnden Ärzten wurden verschiedene Perspektiven berücksichtigt. Tabelle 1 zeigt alle in der Studie eingesetzten Verfahren. In dieser Arbeit werden entsprechend der erarbeiteten Fragestellung vor allem die Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorgestellt.

Tab. 1: Verfahren

<i>Verfahren</i>	<i>Methodische Einordnung</i>
Kinder:	
• Interview zu Krankheitstheorie und Coping-Prozess	• halbstrukturiertes Leitfadenterview (qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung)
• <i>Health Locus of Control</i> -Skala	• vollstrukturiertes Interview
• <i>Illness Causality Questionnaire</i> (kognitives Niveau der Krankheitskonzepte)	• halbstrukturiertes Interview (Auswertung nach Rating-Manual)
• <i>Kidcope</i> (Coping-Strategien)	• vollstrukturiertes Interview
• KINDL (Lebensqualität)	• Fragebogen (geschl. Antwortformat)
• Rating der Therapiemitarbeit	• vollstrukturiertes Interview
Eltern:	
• Interview zu Krankheitstheorie und Coping-Prozess	• halbstrukturiertes Leitfadenterview (qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung)
• <i>Health Locus of Control</i> -Skala	• Fragebogen (geschl. Antwortformat)
• <i>Coping Health Inventory for Parents</i>	• Fragebogen (geschl. Antwortformat)
• <i>Family Environment Scales</i>	• Fragebogen (geschl. Antwortformat)
• Rating der Therapiemitarbeit	• vollstrukturiertes Interview
Ärzte:	
• Rating der Therapiemitarbeit	• Fragebogen (geschl. Antwortformat)
• HbA _{1c}	• Laborwert

2.1 Stichprobe

Die Rekrutierung der Patientenfamilien erfolgte in Zusammenarbeit mit der Diabetes-Ambulanz des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift in Hamburg. Insgesamt wurden 139 Familien mit Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren angeschrieben. Ca. 50 Familien sagten innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder telefonisch zu. Um die angestrebte Zahl von 80 Familien zu erreichen, wurden die Familien, die nicht geantwortet hatten, noch einmal telefonisch kontaktiert. Insgesamt konnten 82 Familien zur Mitarbeit gewonnen werden (Responderquote: 59 %), wobei mit zwei dieser Familien aufgrund von Terminschwierigkeiten letztlich kein Interview durchgeführt wurde. Bei einer weiteren Familie wurde das Interview durch die Eltern abgebrochen, da sie den Eindruck hatten, das Kind sei dem Gespräch nicht gewachsen. Es liegen also Daten von 79 Kindern vor. Von den Kinderinterviews

konnten 76 ausgewertet werden. Zwei Familien nahmen mit jeweils zwei Kindern an der Studie teil, so dass insgesamt 77 Elterninterviews ausgewertet wurden.

Zusätzlich zu dieser Stichprobe konnten vier Familien für eine einjährige Längsschnitterhebung gewonnen werden; das erste von vier Interviews fand dabei unmittelbar nach der Erstmanifestation statt. Diese Daten wurden einzelfallanalytisch ausgewertet und dienen zur Untermauerung der Querschnittergebnisse. Im Folgenden werden schwerpunktmäßig die Ergebnisse der Querschnitterhebung präsentiert.

Soziodemographische Daten: Es wurden 43 Familien mit einem an Diabetes erkrankten Jungen und 36 Familien mit einem betroffenen Mädchen befragt. Das Alter der Kinder lag zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 6;0 und 13;1 Jahren (Mittelwert: 9;8 Jahre). In Orientierung an den Piaget'schen Entwicklungsstufen wurden die Altersgruppen so gewählt, dass sie die Altersbereiche für das präoperationale Denken (6–8 Jahre), das konkret-operationale Denken (9–10 Jahre) und das formal-operationale Denken (11–12 Jahre) repräsentieren. Es konnte eine annähernde Gleichverteilung der Altersgruppen erreicht werden. Weitere soziodemographische Daten der Familien sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tab. 2: Deskriptive Daten der Stichprobe

<i>Variable</i>	<i>Häufigkeit (Prozent)</i> <i>N = 79</i>
Geschlecht der Kinder	
Junge	43 (54 %)
Mädchen	36 (46 %)
Alter der Kinder	
Mittelwert (Range)	9;8 (6;0–13;1)
Altersgruppen:	
6-8 Jahre	27 (34 %)
9-10 Jahre	24 (30 %)
11-12 Jahre	28 (35 %)
Schultyp	
Kindergarten	8 (10 %)
Grundschule	36 (46 %)
Orientierungsstufe/Gesamtschule	12 (15 %)
Realschule	4 (5 %)
Gymnasium	15 (19 %)
Integrationsklasse/Förderschule	4 (5 %)
Familienstand	
Zwei-Eltern-Familie	63 (80 %)
Mutter alleinerziehend	16 (20 %)
Anzahl Geschwister	
Einzelkind	15 (19 %)
Ein Geschwisterkind	35 (44 %)
Zwei Geschwister	19 (24 %)
Drei oder mehr Geschwister	10 (13 %)
Migrationshintergrund	
deutsche Herkunft	65 (82 %)
Migration/binationale Ehe	14 (18 %)

Tab. 2: Deskriptive Daten der Stichprobe

<i>Variable</i>	<i>Häufigkeit (Prozent)</i> <i>N = 79</i>
Schulabschluss des Haushaltsvorstands	
kein Schulabschluss	2 (3 %)
Volks-/Hauptschulabschluss	19 (24 %)
Mittlere Reife	13 (17 %)
Abitur	29 (37 %)
keine Angaben	16 (20 %)

Medizinische Daten: Die Erkrankungsdauer lag zum Interviewzeitpunkt im Mittel bei 4;2 Jahren (SD = 32 Monate). Eine Korrelation zwischen dem Lebensalter und der Erkrankungsdauer zeigte sich zwar statistisch bedeutsam, fiel aber nominell eher gering aus ($r = .23$, $p < .05$). Die Überprüfung durch eine Varianzanalyse mit dem Gruppenfaktor Lebensalter ergab dementsprechend keine signifikanten Unterschiede der Erkrankungsdauer zwischen den drei Altersgruppen ($F_{(2,72)} = 1.67$, n. s.).

Als Maß der Stoffwechseleinstellung wurde der aktuelle HbA_{1c} -Wert¹ im Arztfragebogen erhoben. Der mittlere HbA_{1c} -Wert von 7,7 % (SD = .85) zeigt, dass es sich insgesamt um eine gut eingestellte Stichprobe handelt. Die in Tabelle 3 dargestellte Einteilung in sehr gute, zufriedenstellende und problematische Stoffwechseleinstellung folgt zum einen den errechneten Perzentilen der vorliegenden Stichprobe und ermöglicht so eine gute Binnendifferenzierung, zum anderen ist darin der HbA_{1c} -Wert von 8,0 % zu finden, der als kritisch für die Ausbildung von Folgeerkrankungen gilt (Burger u. v. Aster 1999).

Tab. 3: Medizinische Daten der Stichprobe

<i>Variable</i>	<i>Häufigkeit (Prozent)</i> <i>N = 79</i>
Erkrankungsdauer	
bis zu zwei Jahre	21 (27 %)
zwei bis fünf Jahre	29 (37 %)
länger als fünf Jahre	29 (37 %)
Therapieform	
konventionelle Therapie	51 (65 %)
ICT	24 (30 %)
Pumpe	2 (3 %)
keine Angaben	2 (3 %)
Stoffwechseleinstellung (HbA_{1c})	
Mittelwert (SD) (Range)	7,7 % ($\pm .85$) (5,8–10,3 %)
Einteilung:	
sehr gute Einstellung ($HbA_{1c} \leq 7,0$ %)	18 (22 %)
zufriedenstellende Einstellung ($7,1$ % $< HbA_{1c} \leq 8,0$ %)	27 (34 %)
problematische Einstellung ($HbA_{1c} \geq 8,1$ %)	29 (35 %)
keine Angaben	5 (8 %)

¹ Der HbA_{1c} wurde labormedizinisch mit dem Bio-Rad-Analysensystem bestimmt.

2.2 Durchführung

Mit den Familien wurde telefonisch ein Interviewtermin vereinbart, der je nach Wunsch in den Räumen der Diabetes-Ambulanz oder im Rahmen eines Hausbesuchs stattfand. Drei Viertel der Familien entschieden sich für einen Hausbesuch. Alle Interviews wurden von der Autorin selbst geführt. Die Interviewdauer variierte zwischen ca. 45 Minuten und über zwei Stunden; das Interview wurde auf Mini-Disc aufgezeichnet. Um die Gesprächssituation möglichst wenig artifiziell erscheinen zu lassen, wurde das Interview anhand eines halbstrukturierten Leitfadens geführt, bei dem auch von der Reihenfolge und der Formulierung der Fragen abgewichen werden konnte. Im Anschluss wurde den Familien ein Fragebogenpaket übergeben. Teilweise nutzten die Familien die Gelegenheit, um Fragen zur Studie bzw. zu psychologischen Aspekten der Krankheitsbewältigung zu stellen. Bei kleineren Problemen konnte die Autorin selbst beratend weiter helfen; bei weitergehendem Beratungsbedarf wurde eine Diabetes-Psychologin oder eine Beratungsstelle empfohlen.

Aus der Gesamtstichprobe von 79 Familien wurden 65 Fragebogenpakete zurückgesandt (Rücklaufquote 82 %). Drei der Familien mit Migrationshintergrund konnten die Bögen aufgrund zu geringer Deutschkenntnisse nicht ausfüllen. Ein Elternpaar verweigerte schriftlich die Bearbeitung aller Fragebögen. Bei zehn Familien konnte nicht abschließend geklärt werden, weshalb die Bögen nicht zurückgesandt wurden.

2.3 Verfahren und Auswertung

Der Interviewleitfaden: Eingeleitet wurde sowohl das Kinder- als auch das Elterninterview durch das Zitat eines an Diabetes erkrankten Mädchens, Diabetes sei eigentlich keine „richtige Krankheit“. Angeregt durch diese Aussage wurden Kinder und Eltern gebeten, zunächst die Bedeutung des Diabetes für sich zu definieren. Gemäß den Bestimmungsstücken der Subjektiven Krankheitstheorien wurde dann nach möglichen Krankheitssymptomen, Annahmen zu den Krankheitsursachen, Annahmen zum Verlauf sowie zur Diabetesbehandlung gefragt. Bei der Exploration der Subjektiven Behandlungstheorien wurde je nach Gesprächsverlauf mehr oder weniger konfrontativ versucht herauszuarbeiten, wie es den Kindern gelingt, der Therapiemitarbeit Sinn zu verleihen, obwohl sie wissen, dass die Erkrankung dadurch nicht heilbar ist. Auch die Eltern wurden gebeten, die Sinnhaftigkeit der einzelnen Therapiebausteine aus der Sicht des Kindes zu erörtern. Abschließend wurde nach aktuellen diabetespezifischen Problembereichen sowie nach *mastery*-Erleben gefragt.

Die Interviewaufnahmen wurden verbatim transkribiert und mit Hilfe des Computerprogramms atlas.ti inhaltsanalytisch codiert. Basis des endgültigen Kategoriensystems sind 6591 codierte Textstellen (Zitate) aus den Interviews. Das Kategoriensystem ist hierarchisch aufgebaut und umfasst auf der untersten Ebene 335 Einzelcodes, die über verschiedene Hierarchieebenen aggregiert werden können.

Fragebogen zur Lebensqualität: Zu Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der KINDL-Fragebogen (Ravens-Sieberer u. Bullinger 2000) eingesetzt. Je nach Altersstufe kann ein Fragebogen (Kid-KINDL, 8–12 Jahre, sowie Kid-

do-KINDL, 13–16 Jahre) oder ein Interview (Kiddy-KINDL, 4–7 Jahre) vorgegeben werden. Passend dazu sind Fremdbeurteilungsversionen für Eltern verfügbar. Die psychometrische Überprüfung ergab befriedigende Kennwerte der internen Konsistenz von durchschnittlich $\alpha = .70$. Auch die konvergente Validität erscheint ausreichend gesichert. Zur diskriminanten Validität liegen erste ermutigende Ergebnisse mit unterschiedlichen Skalenprofilen für Kinder mit verschiedenen Erkrankungen vor. Zwar gibt es noch keine endgültige Normierung des Fragebogens, es liegen jedoch Referenzwerte aus einer Stichprobe von insgesamt 1501 gesunden Schülerinnen und Schülern vor.

Der KINDL enthält neben sechs Subskalen, die generische Aspekte der Lebensqualität von Kindern erfassen (Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde, Kindergarten/Schule), auch verschiedene krankheitsspezifische Module. In dieser Studie kam beim Kid-KINDL eine zusätzliche Skala zum Diabetes-Stress zum Einsatz (Müller-Godeffroy, o. J.). Alle Skalen wurden entsprechend den Angaben der Autorinnen ausgewertet.

Die Gesamtauswertung aller erhobenen Daten erfolgte fallbezogen mit dem Ziel der Erstellung einer Typologie Subjektiver Krankheitstheorien. Für jede Familie wurde zunächst ein mehrseitiges Fallprotokoll erstellt, in dem auch bereits erste Hypothesen zum Verständnis der Krankheitsbewältigung sowie zur Ähnlichkeit mit anderen Fällen vermerkt wurden. Zunächst sollte so auf hermeneutischen Weg ein Verständnis des Krankheitsbewältigungsgeschehen der einzelnen Familie entwickelt werden. Nach der Bearbeitung aller Unterlagen entstand dann im Verlaufe mehrfacher Durchsichten des verdichteten Materials eine Typologie unterschiedlicher Subjektiver Krankheitstheorien. Für die Typenbildung wurden stets zwei Vergleichsperspektiven gewählt: Im Intra-Gruppenvergleich wurde überprüft, ob größtmögliche Homogenität erreicht ist, im Vergleich der Gruppen untereinander wurde dagegen größtmögliche Heterogenität angestrebt (vgl. zum Vorgehen Kelle u. Kluge 1999). Zusammenhänge der gefundenen Typen zu anderen Variablen wurden dann mit Hilfe deskriptiv- und inferenzstatistischer Verfahren überprüft.

3 Ergebnisse

Aus den Daten konnte eine Typologie von sechs Subjektiven Krankheitstheorien erarbeitet werden. Zur Reliabilitätsprüfung wurden 20 Interviews einem zweiten Rating durch einen eingearbeiteten, aber blinden Codierer unterzogen. Die Interrater-Übereinstimmung ist mit $k = .81$ als sehr gut zu bezeichnen (vgl. dazu die Einteilung von Fleiss 1983). Darüber hinaus wurde eine kommunikative Validierung mit einer Diabetespsychologin durchgeführt, die die Gültigkeit der Typologie auf Basis ihrer langjährigen Beratungspraxis und der eigenen Betroffenheit als Diabetespatientin positiv beurteilte. Die einzelnen Theorien werden unter den folgenden Überschriften zusammengefasst:

- Diabetes als Lebensaufgabe (7 Familien),
- Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft (7 Familien, 8 Kinder),
- Diabetes als „Nabelschnur“ (5 Familien),

- Diabetes als organisatorische Aufgabe (16 Familien),
- Diabetes als Schicksalsschlag (10 Familien),
- Diabetes als „Untermieter“ (13 Familien, 14 Kinder).

Bei den Familien, die Diabetes als Lebensaufgabe ansehen, imponieren in den Interviews die hohe Identifikation mit Erkrankung und Therapie sowie das Engagement in der Diabetes-*community*. In der Gruppe „Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“ werden dagegen die alltäglichen Belastungen sehr betont, jedoch nicht mit der gleichen Dramatik wie in der Gruppe „Diabetes als Schicksalsschlag“, die ihrerseits durch starkes Hilflosigkeitserleben gekennzeichnet ist. Ganz anders wird die Erkrankung von den Familien beurteilt, die Diabetes lediglich als organisatorische Aufgabe erleben. Hier überwiegt ein alltagsorientierter Pragmatismus, Belastungen werden kaum genannt. Das Schlagwort vom „Diabetes als Nabelschnur“ bezieht sich auf die Funktionalität der Erkrankung im familiären System: Aufgrund von Ängsten der Eltern bzw. des Kindes wird der altersentsprechende Prozess der Autonomieentwicklung verzögert. Schließlich bleibt noch die Gruppe der Familien, die dem Diabetes die Rolle des ungeliebten „Untermieters“ zuweisen: Die Belastungen und Notwendigkeiten der Erkrankung werden anerkannt, sie sollen jedoch bewusst nicht das Familienleben dominieren.

58 der befragten Familien mit 60 Kindern lassen sich genau einem dieser sechs Typen zuweisen. Darüber hinaus gibt es 13 Familien, bei denen einzelne Familienmitglieder unterschiedliche Theorien erkennen lassen. In den meisten Fällen – je nach Kombination der Theorien – stellen diese Inkonsistenzen ein erhebliches Konfliktpotenzial dar. Bei den sechs verbleibenden Familien besitzt die Subjektive Krankheitstheorie keinen sinnvollen Erklärungswert für das Bewältigungsgeschehen. Auf diese so genannten „negativen Fälle“ (Fielding u. Fielding 1986) kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

Nachdem zunächst gezeigt wurde, dass die Interviewangaben reliabel und valide zu sechs verschiedenen Typen Subjektiver Krankheitstheorien verdichtet werden können, wurden dann inferenzstatistische Berechnungen durchgeführt, bei denen die Subjektive Krankheitstheorie als Gruppenfaktor diente. Im Rahmen dieses Beitrags sollen die Ergebnisse zur Problembelastung und zum krankheitsspezifischen Stress sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorgestellt werden. Da aufgrund der zum Teil großen Varianzen innerhalb der Gruppen der Verdacht einer Verletzung der Varianzhomogenität bestand und die Stufen des Faktors „Subjektive Krankheitstheorie“ zudem ungleich besetzt waren, wurde gemäß der Empfehlung von Bortz (1993) der verteilungsfreie Kruskal-Wallis-H-Test eingesetzt. Auf den Einsatz von post-hoc-Tests wurde aus diesem Grund verzichtet. Die Struktur der signifikanten Haupteffekte wird stattdessen anhand der Gruppenmittelwerte beschrieben.

Problembelastung: Familien mit unterschiedlichen Subjektiven Krankheitstheorien berichten über eine unterschiedliche Problembelastung im Alltag ($\chi^2_{(6,73)} = 24.8$, $p < .01$). Als abhängige Variable wurde hier aufgrund der unterschiedlichen Interviewlänge ein Problemquotient berechnet, der den Anteil Codes eines Interviews, der Probleme der Krankheitsbewältigung beschreibt, an der Gesamtzahl der Codes relativiert. Dabei weisen die Gruppen „Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“ (Prob-

lemquotient = 19.9, SD = 5.99) und „Diabetes als Schicksalsschlag“ (Problemquotient = 18.1, SD = 9.29) die höchste Problembelastung auf, gefolgt von den Familien mit inkonsistenten Theorien (Problemquotient = 15.5, SD = 10.0). Die wenigsten Probleme nennen erwartungsgemäß die Familien, die den Diabetes lediglich als organisatorische Aufgabe betrachten (Problemquotient = 7.3, SD = 2.91).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität: In der Stichprobe dieser Untersuchung wird insgesamt eine überraschend hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität angegeben. Die Gesamtmittelwerte im Kinder- und Elternurteil betrugen 3.89 (SD = .45) bzw. 3.96 (SD = .51) und entsprechen damit den Kennwerten der gesunden Referenzstichprobe (Ravens-Sieberer u. Bullinger 2000). Dennoch finden sich signifikante Gruppenunterschiede in Abhängigkeit von der Subjektiven Krankheitstheorie ($\chi^2_{(6,60)} = 21.52, p < .01$). Während die Eltern der Gruppen „Diabetes als organisatorische Aufgabe“ und „Diabetes als Lebensaufgabe“ über besonders hohe Lebensqualität ihrer Kinder berichten (M = 4.30 bzw. 4.23, SD = .25 bzw. .35), wird die Lebensqualität bei Familien mit inkonsistenten Theorien deutlich niedriger eingeschätzt (M = 3.49, SD = .54). Auch in den Gruppen „Diabetes als Schicksalsschlag“ und „Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“ beurteilten die Eltern die Lebensqualität schlechter (M = 3.75, SD = .61 bzw. M = 3.79, SD = .39).

In der Einschätzung der Kinder sind diese Gruppenunterschiede zunächst nicht zu erkennen ($\chi^2_{(6,45)} = 8.18, p = .23$). Wird aber die krankheitsspezifische Skala „Diabetes-Stress“ betrachtet, die dem Kid-KINDL-Fragebogen beigelegt war, so werden doch Gruppenunterschiede deutlich ($\chi^2_{(6,45)} = 14.25, p < .05$). Kinder, in deren Familien der Diabetes als Schicksalsschlag erlebt wird, berichten über die meisten Belastungen (M = 2.63, SD = .54). Auch Kinder der Gruppe „Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“ erleben vermehrt krankheitsspezifischen Stress (M = 2.50, SD = .27). Besonders wenig belastet geben sich dagegen die Kinder der Gruppe „Diabetes als Lebensaufgabe“ (M = 1.51, SD = .43).

4 Diskussion der Ergebnisse

Die Subjektiven Krankheitstheorien vom Typus „Diabetes als Schicksalsschlag“ und „Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“ sind als Risikofaktoren für ein erhöhtes Stresserleben und eine geringere Lebensqualität anzusehen. Diese beiden Gruppen sollen daher zunächst genauer beschrieben werden.

Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft: In den Interviews dieser Gruppe werden vor allem die Belastungen des Therapiealltags herausgestellt. Die Erfordernisse werden zwar nicht als dramatisch oder bedrohlich geschildert, aber es wird deutlich, wie sehr der Familienalltag in Mitleidenschaft gezogen ist. Vor allem die Mütter fühlen sich erschöpft und kraftlos. Das folgende Zitat verdeutlicht diese Krankheitstheorie:

P77: Elterninterview: Junge, 7;0

M: (...) man hat halt immer eine ständige Sorge um ihn. Das ist einfach, das gehört zum Leben jetzt dazu. Und das ist auch so das Dringlichste, und alles andere steht hinten an. Auch wenn man das so theoretisch alles toll in den Alltag so integrieren soll und andere Dinge genauso wichtig sein sollen, das weiß ich ja. Aber das ist es doch nicht! Wichtig ist doch, dass er gut eingestellt ist, dass

mit ihm alles gut läuft, ja, und das beschäftigt einen ja im Grunde genommen den ganzen Tag. Und in der Nacht auch noch! Wenn er denn schläft, also, dann rechne ich also zehn Mal nach, was hat er gegessen, wie viel Gramm waren das, wie viel Gramm waren das, das waren zwei BEs, noch mal ne Viertel davon, ne Viertel davon, also ne halbe, kommt er jetzt über die Nacht? Hab ich eventuell zu viel gespritzt? Ich wollte ihn ja morgens nicht so hoch haben, aber war das jetzt vielleicht doch jetzt ein bisschen zu viel? Das überleg ich also, wenn ich im Bett lieg und einschlaf, überleg ich das noch, ob er wohl über die Nacht kommt!

In dieser Gruppe finden sich überwiegend Familien mit Jungen zwischen sechs und acht Jahren, die nur eine zufriedenstellende bzw. problematische Stoffwechseleinstellung aufweisen. Die Krankheitsdefinition zeigt, dass die Mehrheit der Familien den Diabetes als Krankheit erlebt oder eine ambivalente Haltung hat. Die Ursachen-suche wird hier – anders als von den anderen Gruppen – als wichtig angesehen. Zum Verlauf der Erkrankung werden dagegen entsprechend der Fokussierung auf den therapeutischen Alltag kaum Angaben gemacht, auch die Spätfolgenproblematik spielt hier keine Rolle. Die subjektiven Annahmen zur Therapie zeigen, dass eine solche Krankheitstheorie zu einem wenig flexiblen Umgang mit der Behandlung führt: Wo Familien anderer Gruppen die Bedeutung von Ausnahmen – etwa bei der Diät – zur Wahrung der Lebensqualität des Kindes betonen, ist hier kein Raum für solche Überlegungen.

Diabetes als Schicksalsschlag: In den Schilderungen dieser Familien beeindruckt eine hohe emotionale Beteiligung mit Affekten von Angst, Trauer und Hilflosigkeit. Die Bewältigung der Krankheitsängste und die Sicherung der Therapiemitarbeit bestimmen den Familienalltag. Immer wieder wird auch mit der Erkrankung gehadert.

P90: Elterninterview: Junge, 8;6 (Vater Migrationshintergrund Italien)

I: Was ist Diabetes für Sie?

M: Eine Lebensumstellung in der ganzen Familie, mega-anstrengend und immer mit Ängsten behaftet. Weil, man hat ja immer Angst um das Kind. Also, wenn man als Mutter oder als Vater dasteht oder als naher Angehöriger, hat man ja immer Ängste, weil man emotional ja ganz anders gebunden ist als eine Krankenschwester, die im Krankenhaus das macht, oder als eine Person, die das nicht täglich macht, die geht da ja ganz anders mit um. Und ne Krankheit ist es sicherlich, und die Hoffnung, dass es irgendetwas geben wird, dass es irgendwann mal wegzaubert, an diesen Strohhalm klammert sich eigentlich jeder, aber wenn man sich mal in sich kehrt, weiß man, dass das natürlich nicht der Fall sein wird.

P97: Elterninterview: Junge, 7;2 (Migrationshintergrund Türkei)

M: Manchmal er sagt, ich will tot sein. Fragt immer: Wenn ich tot bin, weinst du, Mama? Manchmal (Kind) denkt anderes, Gott Strafe gegeben mir, ich bin zuckerkrank. Seit (Kind) Diabetes hat, ich bin auch alt geworden.

Auch in dieser Gruppe finden sich überwiegend Familien mit jüngeren Kindern (6–10 Jahre). Auffällig ist darüber hinaus die große Anzahl Familien mit Migrationshintergrund. Die Stoffwechseleinstellung der Kinder bestätigt die Subjektive Krankheitstheorie: Die überwiegende Mehrheit hat einen als problematisch einzuschätzenden HbA_{1c} -Wert. Die Krankheitsdefinition zeigt ein Erleben von Diabetes als Bedrohung; die Ursachenklärung erfolgt – im Gegensatz zu den anderen Typen Subjektiver Krankheitstheorien – überwiegend emotional-schuldhaft. Auf die Frage

nach ihren Annahmen zum Krankheitsverlauf berichten die Eltern vor allem über die Angst vor Spätfolgen, deren Eintreten als sehr wahrscheinlich angesehen wird. Die Subjektive Behandlungstheorie ist von starken Hilflosigkeitsgefühlen gekennzeichnet, da die Diabetestherapie nicht als ausreichend wirksam erlebt wird, um Spätfolgen zu verhindern.

Diese Beschreibungen zeigen, dass die Subjektive Krankheitstheorie als überdauerndes kognitives Paradigma zu einer kongruenten Bewertung der krankheitsspezifischen Stressoren führt, die das Stresserleben weiter verstärkt und somit die Lebensqualität direkt beeinträchtigt. Im Sinne der eingangs vorgestellten Funktion Subjektiver Krankheitstheorien im Coping-Prozess zeigte sich bei weiteren Analysen, dass das Bewältigungsverhalten der Gruppe „Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“ vor allem vom Coping-Stil der Kapitulation gekennzeichnet ist. Auch in der Gruppe „Diabetes als Schicksalsschlag“ werden deutlich mehr dysfunktionale Coping-Strategien wie sozialer Rückzug oder Verleugnung der Erkrankung genannt als in den anderen Gruppen. Es erscheint daher plausibel anzunehmen, dass über die beschriebene direkte Wirkung der Subjektiven Theorien hinaus dem Coping-Verhalten eine Mediatorfunktion zukommt: Die Subjektive Krankheitstheorie führt zu einer verstärkten Anwendung problematischer Coping-Strategien, wodurch wiederum die Lebensqualität beeinträchtigt und das Stresserleben verstärkt wird.

Problematisch erscheint die Lebensqualität auch in Familien, in denen inkonsistente Krankheitstheorien gefunden wurden. Hier wiesen entweder einzelne Mitglieder unterschiedliche Theorien auf – beispielsweise betrachtete eine Mutter den Diabetes als bloße organisatorische Aufgabe, während das Kinderinterview deutliche Hinweise auf das Erleben von Diabetes als Schicksalsschlag zeigte, oder es fanden sich innerhalb der im Elterninterview geäußerten Subjektiven Krankheitstheorie inkonsistente Annahmen, die eine gelungene Krankheitsbewältigung erschweren. Die Altersverteilung dieser Gruppe zeigt im Vergleich zur Gesamtstichprobe mehr Familien mit 11- bis 12-jährigen Kinder. Die beiden folgenden Zitate stammen aus einem Interview mit einem Elternpaar, bei dem der Vater selbst Diabetiker ist. Die Eltern äußern unterschiedliche Krankheitstheorien, sind aber beide der Ansicht, die Theorie des Jungen widerzugeben.

P87: Elterninterview: Junge, 11;1

V: Ich denke mal, (Kind) fühlt sich überhaupt nicht krank. Er hatte vorher Asthma, musste immer inhalieren, und das fand ich also, ich persönlich viel schlimmer. Dieses Inhalieren immer so, morgens, das fand ich krank! Aber Diabetes, nee, absolut nicht. Also ich finde nicht, dass ich krank bin. Also jedenfalls nicht mit dem Diabetes. Gut, Folgeschäden ja, die man dann mehr oder weniger dann hat, und, aber dass ich da, nee. Völlig normal. Man wird höchstens krank gemacht, wenn irgendwelche Leute rumnerven, aber nee.

M: Na ja, ich mein, (Kind) sagt das hier nicht, aber er würde sich schon oft wünschen, er hätte das nicht. Das hat er zu Hause schon oft gesagt. Ich finde auch, er hat da schon sehr resigniert, dass er immer sagt, ich hab das jetzt, das geht nie mehr weg. Da sieht mein Mann halt vieles anders, als Diabetiker. Das sind dann eben oft die Schwierigkeiten für uns als Familie, die mein Mann gar nicht sieht! Man kann ja auch sehen, er hat immer, die Fingernägel, die sind so ganz abgekaut. Das war vorher nicht, und das geht jetzt auch nicht mehr weg.

Solche Inkonsistenzen der Subjektiven Theorien können die Krankheitsbewältigung erheblich erschweren, da der kognitive und emotionale Bezugsrahmen des Bewältigungsverhaltens von Widersprüchen gekennzeichnet ist. Dementsprechend fanden sich auch in dieser Gruppe besonders viele dysfunktionale Coping-Strategien.

Abbildung 1 zeigt die Zusammenhänge zwischen Subjektiven Krankheitstheorien, Coping-Verhalten und Outcome-Variablen. Dabei sind auch weitere Variablen aufgeführt, die in der Studie untersucht wurden, deren Ergebnisse hier aus Platzgründen aber nicht wiedergegeben werden konnten (vgl. dazu Wiehe 2005).

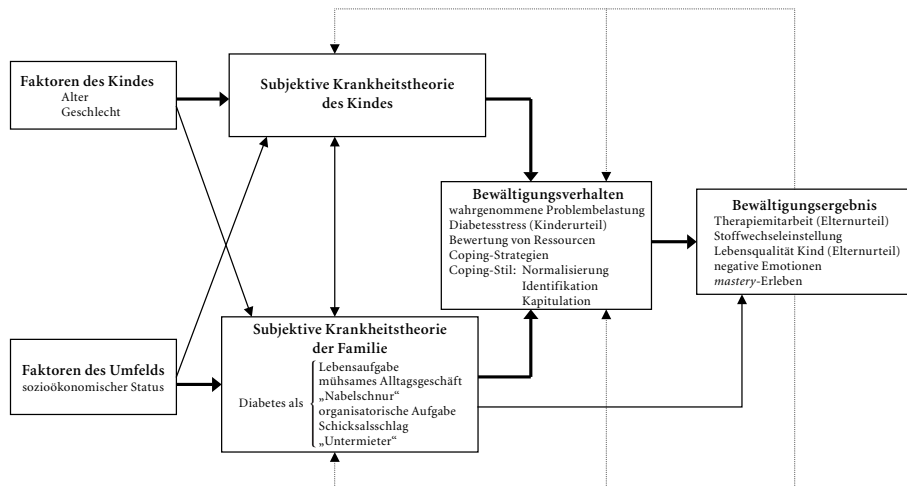


Abb. 1: Subjektive Krankheitstheorien im Coping-Prozess

Zur Beurteilung der Richtung der Zusammenhänge sollen hier noch kurz Befunde aus den längsschnittlichen Fallanalysen angeführt werden, bei denen vor allem die große Stabilität der Subjektiven Krankheitstheorien beeindruckte: In allen vier Fällen war die Zuordnung zu einem Typus schon auf der Basis des ersten Interviews möglich. Im Verlauf zeigten sich dann Wechselwirkungen zwischen der Subjektiven Krankheitstheorie und dem Verlauf der Erkrankung, die die Subjektive Theorie weiter stabilisierten. Selbst äußerlich gleiche krankheitsspezifische Stressoren wie beispielsweise die stationäre Behandlung des Kindes nach einer Blutzuckerentgleisung wurden in Abhängigkeit von der Subjektiven Krankheitstheorie völlig unterschiedlich bewertet. Es ist daher davon auszugehen, dass die Subjektive Krankheitstheorie einen wichtigen Risikofaktor darstellt und im Sinne der in Abbildung 1 dargestellten Wirkungszusammenhänge das Ergebnis der Krankheitsbewältigung beeinflusst.

Entsprechend der thematischen Ausrichtung der in diesem Heft versammelten Arbeiten (vgl. Bullinger u. Ravens-Sieberer 2006) wurde hier vor allem die Rolle des Risikofaktors betont. Die Ergebnisse der gesamten Studie zeigen jedoch ebenso die Wirkung Subjektiver Krankheitstheorien als Schutzfaktor. Vor allem die Betrachtung

tung der Erkrankung als Lebensaufgabe oder als „Untermieter“ des Familienlebens scheinen einen günstigen Coping-Verlauf zu ermöglichen (Wiehe 2005).

5 Implikationen für die Intervention

Die geschilderten Befunde sind für die Schulung, Beratung und Therapie von Kindern mit Diabetes und ihren Familien hoch relevant. Die hier präsentierte Typologie stellt ein übersichtliches Konzept dar, das auch ohne psychotherapeutische Qualifikation sinnvoll für die Familienberatung genutzt werden kann. Auch bei der Patientenschulung ist die Berücksichtigung Subjektiver Krankheitstheorien hilfreich. So können Informationen empathisch vermittelt werden mit dem Ziel, wenig hilfreiche Vorstellungen möglichst früh zu modifizieren.

Im späteren Verlauf des Coping-Prozesses können anhand der Typologie Subjektiver Krankheitstheorien Risikofamilien identifiziert werden, um ihnen spezielle Angebote zu machen. Eine psychosoziale Beratung etwa, in der die individuelle Krankheitstheorie einer Familie erarbeitet wird, kann die familiären Konflikte erheblich entschärfen und das Hilflosigkeitserleben von Eltern und Kind positiv beeinflussen. Durch die Arbeit mit den beschriebenen Typen kann das Wahrnehmungsfeld der Familien für hilfreichere Formen der Krankheitsbewältigung geöffnet werden. Auch bei Familien mit inkonsistenten Annahmen empfiehlt sich eine explizite Arbeit mit dem Konzept der Subjektiven Krankheitstheorie, um eine Annäherung der Familienmitglieder zu ermöglichen und dem Kind wieder Orientierungssicherheit im alltäglichen Bewältigungshandeln zu geben.

Literatur

- Anderson, B. J.; Ho, J.; Brackett, J.; Finkelstein, D.; Laffel, L. (1997): Parental involvement in diabetes management tasks: Relationships to blood glucose monitoring adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *The Journal of Pediatrics* 130 (2): 257–265.
- Bandemer-Greulich, U.; Rübler, D.; Fikentscher, E.; Bahrke, U. (2004): Screening auf Essstörungen bei Diabetes mellitus – Testevaluierung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 13: 71–78.
- Beaudin, C. L.; Chambré, S. M. (1996): HIV/AIDS as a chronic disease. Emergence from the plague model. *American Behavioral Scientist* 6 (39): 684–706.
- Bibace, R.; Walsh, M. E. (1979): Developmental stages in children's conceptions of illness. In: Stone, G.; Cohen, F.; Adler, N.; (Hg.): *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass, S. 285–301.
- Bibace, R.; Walsh, M. E. (1981): Children's conceptions of illness. In: Bibace, R.; Walsh, M. (Hg.): *Children's conceptions of health, illness and bodily functions*. San Francisco: Jossey-Bass, S. 31–48.
- Boeger, A.; Seiffge-Krenke, I.; Roth, M. (1996): Symptombelastung, Selbstkonzept und Entwicklungsverzögerung bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen: Ergebnisse einer 4 1/2-jährigen Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 24 (4): 231–239.
- Bortz, J. (1993): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bullinger, M.; Ravens-Sieberger, U. (1995): Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44: 491–398.

- Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U. (2006): Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern- und Jugendlichen in der Rehabilitation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 23–35.
- Bullinger, M.; v. Mackensen, S.; Kirchberger, S. (1996): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. In: Michels, H. (Hg.): *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Betreuung und Rehabilitation*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S. 33–48.
- Burger, W.; Aster, M. v. (1999): Diabetes mellitus. In: Palitzsch, D. (Hg.): *Jugendmedizin*. Jena: Urban & Fischer, S. 236–257.
- Dumont, R. H.; Jacobson, A. M.; Cole, C.; Hauser, S. T.; Wolfsdorf, J. I.; Willett, J. B.; Milley, J. E.; Wertlieb, D. (1995): Psychosocial predictors of acute complications of diabetes in youths. *Diabetic Medicine* 12 (7): 612–618.
- Dunn, S. M.; Beeney, L. J.; Hoskins, P. L.; Turtle, J. R. (1990): Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. *Social Science and Medicine* 31 (10): 1135–1141.
- Fielding, N. G.; Fielding, J. F. (1986): *Linking data*. Beverly Hills: Sage.
- Fleiss, J. L. (1983): *Statistical methods for rates and proportions*. New York: Wiley.
- Flick, U. (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, U. (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger, S. 9–27.
- Grey, M.; Whittemore, R.; Tamborlane, W. (2002): Depression in type 1 diabetes in children: Natural history and correlates. *Journal of Psychosomatic Research* 53 (4): 907–911.
- Grizynski, M.; Shapiro, V. B. (1990): Depression and childhood illness. *Child and Adolescent Social Work* 3 (7): 179–197.
- Gutezeit, G. (1996): Typ-1-Diabetes: Psychosoziale Aspekte. In: Michels, H. (Hg.): *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Betreuung und Rehabilitation*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S. 103–123.
- Hanson, C. L. (1992): Developing systemic models of adaptation of youths with diabetes. In: La Greca, A. M.; Siegel, L. J.; Wallander, J.; Walker, C. E. (Hg.): *Stress and Coping in Child Health*. New York: Guildford, S. 212–241.
- Hartmannsgruber, L. (1992): Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Behandlung des Typ-II-Diabetes. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 24 (2): 209–220.
- Holmes, C. S.; Yu, Z.; Frentz, J. (1999): Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3 (67): 411–419.
- Hvidøre Study Group on Childhood Diabetes (2001): Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 24 (11): 1923–1928.
- Jacobson, A. M.; Fried, K. (1998): Conceptual issues in developing quality of life assessments for children: Illustrations from studies of insulin-dependent Diabetes Mellitus. In: Drotar, D. (Hg.): *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: Implications for research and practice*. Mahwah: Erlbaum, S. 131–150.
- Kelle, U.; Kluge, S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich.
- Kiess, W. (2004): Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Diabetes Union (Hg.): *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes*. Mainz: Kirchheim, S. 65–68.
- Kliwer, W. (1997): Children's coping with chronic illness. In: Wolchik, S. A.; Sandler, I. N. (Hg.): *Handbook of children's coping. Linking theory and interventions*. New York: Plenum, S. 275–300.
- Koopman, H. M.; Baars, R. M.; Chaplin, J.; Zwinderman, K. H. (2004): Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling* 55: 363–370.
- Kovacs, M.; Finkelstein, R.; Feinberg, T.; Crouse-Novack, M.; Paulauskas, S.; Pollack, M. (1985): Initial psychological responses of parents to the diagnosis of insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care* 8: 568–575.

- Kovacs, M.; Brent, D.; Steinberg, T.; Paulauskas, S.; Reid, J. (1986): Children's self-reports of psychological adjustment and coping strategies during the first year of insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care* 9: 472–479.
- Kovacs, M.; Goldston, D.; Obrosky, D. S.; Bonar, L. K. (1997): Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care* 20 (1): 36–44.
- Kupst, M. J. (1992): Long-term family coping with acute lymphoblastic leukemia in childhood. In: La Greca, A. M.; Siegel, L. J.; Wallander, J. L.; Walker, C. E. (Hg.): *Stress and coping in child health*. New York: Guildford, S. 242–261.
- LaGreca, A. M.; Auslander, W. F.; Greco, P.; Spetter, D.; Fisher, E. B.; Santiago, J. V. (1995): I get by with a little help of my family and friends: Adolescents' support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology* 20: 449–476.
- LaGreca, A. M.; Bearman, K. J. (2002): The Diabetes Social Support Questionnaire – Family Version: Evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. *Journal of Pediatric Psychology* 27 (8): 665–676.
- Landolt, M. A.; Ribi, K.; Laimbacher, J.; Vollrath, M.; Gnehm, H. E.; Sennhauser, F. H. (2002): Posttraumatic Stress Disorder in parents of children with newly diagnosed Type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 27 (7): 647–652.
- Lazarus, R. S. (1998): The Stress and Coping Paradigm. In: Lazarus, R. S. (Hg.): *50 years of the research and theory of R. S. Lazarus. An analysis of historical and perennial issues*. Mahwah: Erlbaum, S. 182–220.
- Leibing, E.; Pfingsten, M.; Rüger, U.; Schüssler, G. (2003): Krankheitsbewältigung und Situationseinschätzung bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und Fibromyalgie-Syndrom. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49 (1): 20–35.
- Leventhal, H.; Meyer, D.; Nerenz, D. R. (1980): The common sense representation of illness danger. In: Rachman, S. (Hg.): *Medical psychology*. New York: Pergamon Press, S. 7–30.
- Lewis, M. (1994): Chronic illness as a psychological risk factor in children. In: Carey W. B.; McDevitt, S. C. (Hg.): *Prevention and early intervention. Individual differences as risk factors for the mental health of children*. New York: Brunner/Mazel, S. 103–112.
- Mescon, J. A.; Honig, A. S. (1995): Parents, teachers and medical personnel: Helping children with chronic illness. *Early Child Development and Care* 111: 107–129.
- Müller-Godeffroy, E. (o.J.): *Diabetes-Modul zum KINDL-R*. Lübeck: Universitätsklinikum Lübeck.
- Nassau, J. H.; Drotar, D. (1995): Social competence in children with IDDM and asthma: child, teacher, and parent report of children's social adjustment, social performance, and social skills. *Journal of Pediatric Psychology* 20: 187–204.
- Obeidallah, D. A.; Hauser, S. T.; Jacobson, A. M. (2001): The multiple contexts of chronic illness: Diabetic adolescents and community characteristics. In: Baum, A.; Revenson, T. A.; Singer, J. E. (Hg.): *Handbook of health psychology*. Mahwah: Erlbaum, S. 441–448.
- Overstreet S.; Goins J.; Chen R. S.; Holmes C. S.; Greer T.; Dunlap W. P.; Frentz J. (1995): Family environment and the interrelation of family structure, child behavior, and metabolic control for children with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 20 (4): 435–447.
- Petermann, F. (2002): *Verhaltensmedizin und chronische Erkrankungen im Kindesalter*. *Psychologische Rundschau* 53 (4): 194–204.
- Peyrot, M.; Rubin, R. (1994): Structure and correlates of diabetes-specific locus of control. *Diabetes Care* 17 (9): 994–1001.
- Ravens-Sieberer, U.; Bullinger, M. (2000): *KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Revidierte Form)*. Manual. Berlin: Robert Koch Institut.
- Roth, R.; Borkenstein, M.; Otto, S. (1987): Eine teststatistische Evaluation eines Wissens- und Einstellungsfragebogens für juvenile Diabetiker. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 16 (2): 124–134.
- Rubin, R. R.; Peyrot, M. (2001): Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology* 57 (4): 457–478.
- Schüssler, G. (1992): Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science and Medicine* 34 (4): 427–432.

- Seiffge-Krenke, I. (1994): Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (2001): Diabetic adolescents and their families: Stress, coping, and adaptation. Cambridge: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I.; Stemmler, M. (2003): Coping with everyday stress and links to medical and psychosocial adaptation in diabetic adolescents. *Journal of Adolescent Health* 33 (3): 180–188.
- Skinner, T. C.; Hampson, S. E.; Fife-Schaw, C. (2002): Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychology* 21 (1): 61–70.
- Spieth, L. E.; Harris, C. V. (1996): Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. *Journal of Pediatric Psychology* 21 (2): 175–193.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Szydlo, D.; van Wattum, P. J.; Woolston, J. (2003): Psychological aspects of Diabetes Mellitus. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 12 (3): 439–458.
- Tansella, C. Z. (1995): Psychosocial factors and chronic illness in childhood. *European Psychiatry* 10 (6): 297–305.
- Wallander, J. L.; Varni, J. W. (1992): Adjustment in children with chronic physical disorders: Programmatic research on a Disability-Stress-Coping model. In: La Greca, A. M.; Siegel, L. J.; Wallander, J. L.; Walker, C. E. (Hg.): Stress and coping in child health. New York: Guildford Press, S. 279–298.
- Wertlieb, D.; Jacobson, A. M.; Hauser, S. T. (1990): The child with diabetes: A developmental stress and coping perspective. In Costa, P. T.; Vandenbos, G. R. (Hg.): Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases and clinical care. Washington: APA, S. 65–101.
- Wiehe, K. (2005): Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Die Bedeutung Subjektiver Krankheitstheorien bei der familiären Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter. Dissertation an der Universität Mainz, Fachbereich 02.
- Worrall-Davies, A.; Holland, P.; Berg, S.; Goodyer, F. (1999): The effect of adverse life events on glycaemic control in children with insulin dependent diabetes mellitus. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8 (1): 11–16.
- Wurst, E.; Fuiko, R.; Hajszan, M.; Katkhouda, C.; Kieboom, A.; Schubert, M.; Herle, M. (2002): Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kinder und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 30 (1): 21–28.
- Zaß, R. (1996): Diabetes mellitus. In: Schmitt, G. M.; Kammerer, E.; Harms, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung. Verstehen und Bewältigen von Belastung und Bedrohung. Göttingen: Hogrefe, S. 243–257.

Korrespondenzadresse: Dr. Katharina Wiehe, Wohlwillstraße 41, 20359 Hamburg;
E-Mail: katharina.wiehe@gmx.net