

Pollak, Eva / Bullinger, Monika / Jeske, Jana und Wiegand-Grefe, Silke
**Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene
Lebensqualität ihrer Kinder? - Zusammenhänge zur elterlichen
Erkrankung und zur Funktionalität der Familie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 4, S. 301-314

urn:nbn:de:bsz-psydok-48128

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/

Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie

Eva Pollak, Monika Bullinger, Jana Jeske und Silke Wiegand-Grefe¹

Summary

*How do mentally ill parents evaluate their children's quality of life?
Associations with the parent's illness and family functioning*

To assess health-related quality of life (hrQoL) of children with a mentally ill parent, and its associations with the parent's illness (diagnoses, severity of disease, current symptoms) and family functioning, 51 mentally ill parents rated their children's hrQoL using the KINDL-R, a multidimensional hrQoL questionnaire for children. Parents rated their current psychiatric symptoms on the SCL-14 (Symptom Checklist-14) and family functioning on the FB-A ("Familienbögen"). The parents' therapists (psychologists or psychiatrists) provided psychiatric diagnoses as well as global ratings of disease severity (CGI) and patient's family functioning. Compared to the general population, parents rated their children's hrQoL significantly lower concerning the dimensions "Psychological Well-Being" and "Family". HrQoL ratings were moderately correlated with the parent's current depressive symptoms and moderately to highly correlated with family functioning from the parent's perspective. Lower depression severity and higher family functioning were associated with higher hrQoL ratings. Parents with affective disorders rated their children's hrQoL significantly lower than did parents with a diagnosis of substance abuse. Results show the importance of family functioning for parents' view of children's hrQoL and the influence of psychiatric symptoms on ill parents' reports. These findings are in line with previous results concerning potential psychological and behavioural problems in children of mentally ill parents. Family interventions and multi-informant assessment should be used in this high-risk group.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 301-314

Keywords

health-related quality of life – children of mentally ill parents – family functioning

¹ Wir danken den Mitgliedern der Arbeitsgruppe CHIMPs: C. Beeking, S. Brakemeier, P. Geers, S. Halverscheid, J. Jeske, C. Kreyling, N. Krüger, A. Pläß, B. Queens, M. Rameesch, S. Rosenthal, S. Schmidt, R. Schwegmann.

Für die Förderung des Projekts danken wir der Werner-Otto-Stiftung, Hamburg und der Friedrich-Stiftung, Wien.

Zusammenfassung

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gLQ) von Kindern psychisch kranker Eltern wurde aus der Sicht ihrer erkrankten Elternteile untersucht und zur elterlichen Erkrankung (Diagnose, subjektive Symptomatik, Schweregrad) sowie zur Funktionalität der Familie in Beziehung gesetzt. Die gLQ von 51 Kindern wurde mit der Elternversion des KINDL-R, einem multidimensionalen Lebensqualitätsinstrument für Kinder, erfasst. Die subjektive elterliche Symptomatik wurde mit der SCL-14, die Familienfunktionalität aus Elternsicht mit den Familienbögen (FB-A) erhoben. Von den Therapeuten (Psychologen oder Ärzte) der erkrankten Elternteile wurden die psychiatrischen Diagnosen, der CGI Schweregrad der Erkrankung und eine Globalbewertung der Familienfunktionalität erfragt. Aus Elternsicht war die kindliche gLQ in den Dimensionen „Familie“ und „psychisches Wohlbefinden“ signifikant geringer als in der Allgemeinbevölkerung. Mittlere Zusammenhänge zeigten sich zur elterlichen depressiven Symptomatik, mittlere bis hohe Zusammenhänge zur Elternsicht der Familienfunktionalität: Eine schwächere depressive Symptomatik und eine höhere Familienfunktionalität waren mit einer höheren kindlichen gLQ assoziiert. Eltern mit einer affektiven Erkrankung bewerteten die kindliche gLQ signifikant niedriger als Eltern mit einer Suchterkrankung. Die Relevanz der Familienfunktionalität für die kindliche gLQ sowie die diagnosespezifischen Unterschiede in den elterlichen Beurteilungen stimmen mit Studienergebnissen zu psychischen Auffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern überein. Sie sprechen für präventive Familieninterventionen und multiperspektivische Erhebungen in dieser Hochrisikogruppe.

Schlagwörter

Kinder psychisch kranker Eltern – gesundheitsbezogene Lebensqualität – Familienfunktionalität

1 Einleitung

Seit den großen High-Risk Studien der 70er Jahre sind Kinder psychisch kranker Eltern (KPKE) eine immer häufiger untersuchte Population (vgl. Olin u. Mednick, 1996). Das Hauptaugenmerk wurde auf die Analyse von Risikofaktoren für die erhöhte psychische Auffälligkeit und die transgenerationale Weitergabe der Erkrankung gelegt. Dabei wurde ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten bei KPKE gefunden (z. B. Lenz, 2005), die Lebensqualität der Kinder jedoch nicht untersucht. Angesichts der steigenden Bedeutung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gLQ) in der Medizin verwundert dies (vgl. Bullinger, Schmidt, Petersen, Ravens-Sieberger, 2006). Aus der psychiatrischen Literatur bei Erwachsenen ist bekannt, dass psychopathologische Kennwerte allein die Auswirkungen einer Erkrankung auf das Leben aller Betroffenen nicht hinreichend abbilden (vgl. Goldbeck u. Fegert, 2005).

1.1 Das Konstrukt der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ bei Kindern psychisch kranker Eltern

Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als mehrdimensionales Konstrukt definiert, welches körperliche, psychische, soziale und verhaltensbezogene Dimensionen umfasst (Bullinger, 1991). Im Kindesalter wird die gLQ durch kindliche Selbstbeurteilung und durch Fremdbeurteilung (zumeist das Elternurteil) erfasst. Das Elternurteil ist bei jungen oder schwer beeinträchtigten Kindern häufig die einzige Informationsquelle (Ravens-Sieberer et al., 2006). Ferner ist die elterliche Fremdbeurteilung für die Wahrnehmung von krankheitswertigen Beeinträchtigungen der kindlichen gLQ sowie in der Folge für das Aufsuchen einer Behandlung ausschlaggebend.

Bei psychisch kranken Kindern wurde wiederholt eine geringere gLQ als bei Kindern der Allgemeinbevölkerung berichtet (vgl. Mattejat et al., 2005). Es zeigten sich negative Zusammenhänge mit der Psychopathologie und mit der Anzahl der Diagnosen. Positive Zusammenhänge bestanden zu kindlichen Merkmalen wie sozialen Fertigkeiten und Selbstwertgefühl sowie zu familiären Faktoren, insbesondere zur Familienfunktionalität (Bastiaansen, Koot, Ferdinand, 2005). Die gLQ von KPKE wurde bisher nur an nigerianischen Jugendlichen mit Epilepsie (Adewuya, 2006) untersucht. Hier fand sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer starken elterlichen Psychopathologie und einer geringen kindlichen gLQ.

1.2 Einflussfaktoren „elterliche Erkrankung“ und „gesamtfamiliäre Funktionalität“

Im Rahmen des biopsychosozialen Modells werden eine Reihe von psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten von KPKE diskutiert (kindliche, familiäre und erkrankungsbezogene Variablen). Ihre Zusammenhänge zur kindlichen gLQ werden erst jüngst erforscht.

Als ungünstiges Erkrankungsmerkmal gilt eine schwere Symptomatik, insbesondere, wenn das Kind darin einbezogen ist (z. B. bei Wahnsymptomen) und keine kompensatorischen Erfahrungen mit anderen Bezugspersonen erfolgen. Umstritten ist die Bedeutung der elterlichen Diagnose für die kindliche Anpassung. Häufig erwiesen sich diagnoseunspezifische Faktoren wie Erkrankungsdauer oder -schwere als wesentlicher (Mattejat, Wüthrich, Remschmidt, 2000).

Familiäre Prozesse (insbesondere Umfang und Qualität der Beziehung und Umgang mit der Erkrankung) erklären eine vergleichsweise große Varianz des kindlichen Verhaltens und Befindens (Cummings, Keller, Davies, 2005). Zu ihrer Erfassung eignet sich das multidimensionale Konstrukt der „familiären Funktionalität“, welches die Organisation und das Problemlöseverhalten einer Familie im Alltag beschreibt (Cierpka u. Frevert, 1994).

In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil wurde bei unterschiedlichen Diagnosegruppen eine geringere Funktionalität als in Kontrollgruppen gefunden (z. B. Friedman et al., 1997). Die Familienfunktionalität wurde als wesentliche Modera-

torvariable für die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung identifiziert. Bei Hammen, Brennan und Shih (2004) zeigte sich beispielsweise ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Familienfunktionalität und der Prävalenz von depressiven Störungen bei Kindern depressiver Mütter. Diese war bei guter Familienfunktionalität kaum höher als bei Kindern nicht depressiver Mütter.

Die dargestellten Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und Lebensqualität sowie zwischen Familienfunktionalität und psychischen Auffälligkeiten von KPKE führen zu den Fragestellungen dieser Studie. (1) Wie beurteilen psychisch kranke Elternteile die gLQ ihrer Kinder im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung? Es kann vermutet werden, dass die gLQ von KPKE insbesondere in der Dimension „Familie“ niedriger bewertet wird als in der Allgemeinbevölkerung, da sich hier die Erkrankung am direktesten auswirkt. (2) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der elterlichen Beurteilung der kindlichen gLG und Faktoren der elterlichen Erkrankung? (3) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der kindlichen gLQ im Elternurteil und der Funktionalität der Familie?

2 Methode

2.1 Design

Die Untersuchung wurde an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) im Rahmen des Projekts „*Children of Mentally Ill Parents*“ (CHIMPs) durchgeführt (s. Wiegand-Grefe u. Pollak, 2006)². In einem neunmonatigen Erhebungszeitraum wurden alle an der benachbarten Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE (teil-)stationär aufgenommenen Patienten mit minderjährigen Kindern erfasst. Die Studienteilnehmer (Elternteile) wurden zur Lebenssituation ihrer Familie und zu den für die kindliche Entwicklung wesentlichen psychosozialen Einflussfaktoren befragt. Ergänzend wurden Informationen von den behandelnden Therapeuten (Psychologen oder Ärzte) erhoben. Der Studie wurde der breite Familienbegriff von Cierpka (2003) zugrunde gelegt, der unterschiedliche Familienkonstellationen beinhaltet.

¹ Das Projekt ist eine Kooperation zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und dem Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE. Es wurde von der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer genehmigt.

2.2 Variablen und Instrumente

2.2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder (Elternangaben)

Die kindliche gLQ wurde mit der Elternform des *KINDL-R* (Ravens-Sieberer u. Bullinger, 2000) erfasst. Die beiden altersspezifischen Versionen (4-7 und 8-16/18 Jahre) des gut validierten Instruments erfassen mit je 24 fünfstufigen Items die kindliche gLQ im Allgemeinen und in einzelnen Dimensionen (z. B. Familie, Schule). Die Skalenwerte werden auf eine prozentrangähnliche Skala von 0-100 transformiert.

2.2.2 Elterliche Erkrankung

Die ICD-10 Diagnosen der psychiatrischen und somatischen Erkrankungen wurden von den Therapeuten erfragt. Diese beurteilten auch den Schweregrad der psychischen Erkrankung (Hauptdiagnose) mit dem ersten Item der *Clinical Global Impressions* (CGI, National Institute of Mental Health, 1996).

In der *SCL-14* (Harfst et al., 2002) schätzten die Elternteile ihre Belastung durch 14 psychopathologische Symptome ein. Die reliable und valide Kurzform der SCL-90-R bildet einen Gesamtindex sowie Skalenwerte für Depression, Somatisierung und phobische Angst.

2.2.3 Familiäre Funktionalität

Die erkrankten Elternteile beurteilten die gesamtfamiliäre Funktionalität mit dem *Allgemeinen Modul der Familienbögen* (FB-A, Cierpka u. Frevert, 1994). Die 40 Items erfassen die Ressourcen und Probleme einer Familie in sieben Dimensionen (z. B. Aufgabenfüllung, Kommunikation). Gesamtindex und Skalenwerte können zu T-Werten transformiert werden. $T < 50$ indiziert eine Ressource, $T > 60$ einen Problembereich. Psychometrische Kennwerte finden sich bei Cierpka und Frevert (1994).

Die Therapeuten der Eltern bewerteten die Funktionalität der Patientenfamilien mit der *Global Assessment of Relational Functioning Scale* (GARF, Group for the Advancement of Psychiatry, 1996), in der Regel im Anschluss an ein Paar- oder Familiengespräch. Die Skala von 0-100 ist in fünf umschriebene Kategorien unterteilt („gut funktionierendes“ bis „sehr schwer gestörtes“ Beziehungssystem).

2.3 Stichprobe

Die Grundgesamtheit bildeten stationär behandlungsbedürftige, psychisch kranke Elternteile eines Kindes von 4 bis 18 Jahren. Aus Gründen der Zumutbarkeit bewerteten auch Elternteile mit mehreren Kindern die gLQ nur eines Kindes (Zufallsauswahl nach Geburtsdatum). Eine Stichprobe von $N = 82$ wurde geplant, da ab dieser Größe Korrelationen von $r = .30$ signifikant werden (d. i. ein mittlerer Effekt bei zweiseitigem Testen, einer Teststärke

von 80 % und einem Signifikanzniveau von 5 %, vgl. Bortz u. Döring, 2003). Einschlusskriterien dieser Arbeit waren: (1) ein mindestens dreitägiger (teil-)stationär psychiatrischer Aufenthalt zum Erhebungszeitpunkt, (2) ein Alter zwischen 18 und 60 Jahren (3) ein Kind im Alter von 4 bis inklusive 18 Jahren, (4) Zusammenleben mit dem Kind in einem Haushalt und (5) zur Studienteilnahme ausreichende Deutschkenntnisse. Ausschlusskriterium waren schwerste psychische und/oder kognitive Beeinträchtigungen.

2.4 Datenerhebung

Die Daten wurden von August 2005 bis Mai 2006 auf sechs Stationen und in zwei Tageskliniken der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE erhoben. Nach Aufklärung über die Untersuchungsinhalte und Teilnahmeverständnis („informed consent“) erhielten die Elternteile ein Fragebogenheft zur selbstständigen Bearbeitung. Den behandelnden Therapeuten wurde ein Kurzfragebogen vorgelegt.

Bei 137 der insgesamt 964 erfassten Patienten waren alle Einschlusskriterien und kein Ausschlusskriterium erfüllt. Davon wollten 32 nicht an der Studie teilnehmen, 19 retournierten die Untersuchungsinstrumente auch nach mehrmaliger Erinnerung nicht. 86 Elternteile gaben die Fragebögen ausgefüllt zurück. Hinsichtlich Alter, Geschlecht und psychiatrischer Hauptdiagnose gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Elternteilen. Nachträglich wurden 37 Fragebögen ausgeschlossen³. Die Therapeutenstichprobe bestand aus 15 Ärzten und 9 Psychologen.

2.5 Auswertung

Die Auswertung erfolgte deskriptiv und explorativ mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 13.0. Fehlende Werte wurden in den standardisierten Fragebögen durch variablen-spezifische Mittelwerte ersetzt (max. 20 % Missings pro Person bei einem Instrument). Statistische Tests wurden zweiseitig bei einem Alphafehlerniveau von 5 % durchgeführt. Als Effektgrößen wurden r (Korrelationen), d (Zwei-Gruppen-Vergleiche) und η^2 (Mehr-Gruppen-Vergleiche) verwendet. Nach Cohen (1988) wurden Effektgrößen von $|r| \geq .10$, $|d| \geq .20$ bzw. $|\eta^2| \geq .01$ als klein, $|r| \geq .30$, $|d| \geq .50$ bzw. $|\eta^2| \geq .06$ als mittel und $|r| \geq .50$, $|d| \geq .80$ bzw. $|\eta^2| \geq .10$ als groß bezeichnet. Mittels multipler linearer Regression (schrittweise vorwärts und rückwärts) wurde explorativ die Gesamtbedeutung der untersuchten Faktoren für die kindliche gLQ untersucht. Nur Variablen, die bivariat signifikant mit der kindlichen gLQ zusammenhängen, wurden einbezogen, um bei der gegebenen Stichprobengröße ein multivariates Verfahren anwenden zu können.

³ Die hohe Ausschlussquote ergibt sich, da für die Fragestellungen dieser Arbeit Studienteilnehmer ausgeschlossen wurden, die nicht kontinuierlich mit ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt lebten. Die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Familienfunktionalität und kindlicher gLQ in dieser Gruppe wurde nicht für sinnvoll erachtet, da 67 % dieser Elternteile nur ein Mal pro Woche oder seltener Kontakt zu ihren Kindern hatten.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographie, Wohn- und Familiensituation

Die 51 befragten Eltern waren im Mittel 40,4 (SD = 4,93) Jahre alt, 32 (62,7 %) von ihnen waren Mütter. Die beurteilten Kinder waren im Mittel 10,4 Jahre alt (SD = 4,74), 23 (45,1 %) waren Mädchen. Bei 66,7 % lebten beide leiblichen Eltern im gemeinsamen Haushalt, 29,4 % lebten mit einem allein erziehenden Elternteil, 3,9 % mit einem leiblichen und einem nicht-leiblichen Elternteil. Drei Viertel der Kinder wurden hauptsächlich vom erkrankten Elternteil betreut. Zum Erhebungszeitpunkt oder früher befanden sich 13,7 % der Kinder in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung.

3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder

Die befragten Eltern schätzten die gLQ (Gesamtscore) ihrer Kinder im Allgemeinen sowie in vier der sechs Dimensionen tendenziell niedriger ein als Eltern einer repräsentativen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung (s. Tab. 1). Mittlere, signifikante Unterschiede fanden sich in den Bereichen „Psychisches Wohlbefinden“ und „Familie“.

Tabelle 1: Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder (N = 51) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Zusammenhänge zur gesamtfamiliären Funktionalität (N = 48)

KINDL-R ¹					Differenz zur Allgemeinbevölkerung ³		Pearson r mit FB -A Gesamtwert	
	Min	Max	M	SD	d ⁴	p	r	p
Allgemeine Lebensqualität ²	32.3	91.7	72.1	13.03	.22	.222	-.47**	.001
Körperliches Wohlbefinden	18.8	100.0	72.1	18.39	.22	.163	-.31*	.033
Psychisches Wohlbefinden	31.3	100.0	72.2	18.97	.51	.011**	-.26	.075
Selbstwert ²	6.3	93.8	69.0	17.25	-.19	.218	-.33*	.026
Familie	18.8	100.0	67.6	19.31	.67	.000**	-.50**	.000
Freunde ²	37.5	100.0	75.1	13.92	.12	.410	-.31*	.041
Kindergarten/ Schule ²	31.3	100.0	73.0	16.85	-.13	.396	-.35*	.020

¹ KINDL-R Werte von 0-100; hohe Werte stehen für hohe Lebensqualität

² 2.0-7.8% fehlende Werte

³ Referenzwerte aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (N = 1002 Eltern von 8-16 jährigen Kindern, persönl. Mitteilung, vgl. auch Ravens-Sieberer, Bettge u. Erhart 2003):

⁴ Die Effektgröße d ist hier die an der Streuung der Referenzpopulation normierte Differenz der Mittelwerte (Referenzpopulation minus Stichprobe CHIMPs, eine positive Effektgröße entspricht einer höheren gLQ in der Referenzpopulation). Signifikanztest ist der t-Test für eine Stichprobe.

Die Beurteilungen der allgemeinen kindlichen gLQ waren unabhängig vom Alter ($r = -.16$, $p = .283$) und Geschlecht des Kindes ($d = .01$, $p = .984$), vom Alter ($r = -.06$, $p = .671$) des Beurteilers und von der Hauptbetreuungsperson des Kindes (erkrankter vs. nicht erkrankter Elternteil: $d = .19$, $p = .570$). Väter bewerteten die kindliche gLQ geringfügig höher als Mütter ($d = .23$, $p = .438$).

3.3 Elterliche Erkrankung

Angaben zur elterlichen Erkrankung finden sich in Tabelle 2. Im Mittel wurde eine 8,2-jährige Erkrankungsdauer ($SD = 9,09$) genannt. Abbildung 1 zeigt die aktuelle Symptomatik im elterlichen Selbsturteil.

Tabelle 2: Elterliche Erkrankung (N = 51)

ICD-10 Diagnosegruppen (Hauptdiagnosen, Therapeutenangaben)	%	N
substanzgebundene Störungen (F1)	19.6	10
schizophrene Störungen (F2)	11.8	6
affektive Störungen (F3)	37.2	19
neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	27.5	14
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	3.9	2
<i>Schweregrad der Krankheit (CGI, Therapeutenangaben) ¹</i>		
Grenzfall psychiatrischer Erkrankung /leicht krank	4.0	2
mäßig krank	23.5	12
deutlich krank	45.1	23
schwer/ extrem schwer krank	23.6	12
<i>Komorbidität (Therapeutenangaben)</i>		
mehr als eine psychische Erkrankung (Anteil „ja“)	54.9	28
<i>Kontakt des Kindes zur Erkrankung (Elternangaben)</i>		
Erkrankung erklärt (Anteil „ja“) ²	60,8	31
anderer Elternteil in psychiatrischer Behandlung (Anteil „ja“) ²	21.6	11
Alter bei (geschätzter) Ersterkrankung ³	M = 5,3	SD = 4,93

Fehlende Werte in %: ¹ 3.9% ² 2.0% ³ 5.9%

3.4 Familiäre Funktionalität

Die Eltern bewerteten die Funktionalität ihrer Familien insgesamt und in den einzelnen Dimensionen als durchschnittlich (s. Tab. 3). Die meisten Einschätzungen lagen im oberen Durchschnittsbereich, an der Grenze zum Wertbereich der Dysfunktionalität ($T > 60$). Die Therapeuten beurteilten die Patientenfamilien im Durchschnitt als überwiegend dysfunktional.

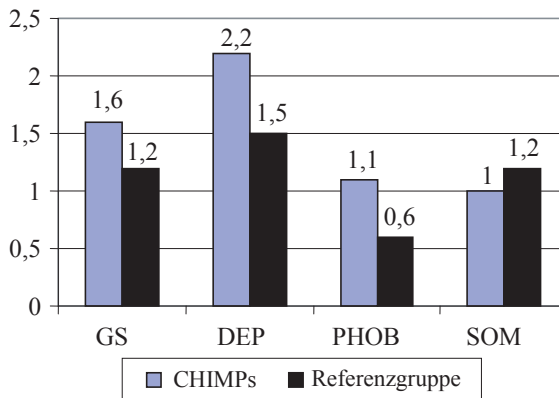


Abbildung 1: Subjektive Symptomatik in der SCL-14 (0 = „gar nicht vorhanden“ bis 4 = „sehr stark vorhanden“) im Vergleich zur Referenzpopulation (N = 6962 Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation, Harfst et al., 2002). GS = Gesamtscore, DEP = Depressivität; PHOB = Phobische Angst, SOM = Somatisierung (N = 51; 3,9 % Missings)

Tabelle 3: Familiäre Funktionalität im Eltern- (N = 48) und Therapeutenurteil (N = 46). Zusammenhänge zur gesundheitsbezogenen LQ der Kinder (N = 48)

Elternurteil (FB-A) ¹	Pearson r mit KINDL-R GS			
	M	SD	r	p
Gesamtscore GS	58.7	18.98	-.47**	.001
Aufgabenerfüllung	57.0	15.67	-.47**	.001
Rollenverhalten	53.1	12.23	-.38**	.009
Kommunikation	60.0	20.43	-.27	.072
Emotionalität	57.4	15.52	-.46**	.001
Affektive Beziehungen	57.2	18.37	-.35*	.017
Kontrolle	58.5	16.90	-.37*	.012
Werte und Normen	55.4	15.48	-.49**	.001
Therapeutenurteil				
GARF-Wert ²	48.4	21.85	.16	.294

¹ FB-A Ergebnisse in T-Werten, niedrige Werte stehen für hohe Funktionalität, T > 60 indiziert Dysfunktionalität

² GARF Werte von 0 bis 100, hohe Werte stehen für hohe Funktionalität

3.5 Kindliche gLQ und elterliche Erkrankung

Zwischen der aktuellen elterlichen Symptomatik und der kindlichen gLQ bestand ein mittlerer, negativer Zusammenhang (r der Gesamtscores = $-.27$, $p = .065$), der am

höchsten und signifikant im Bereich „Depressivität“ war ($r = -.36$, $p = .010$). Eine höhere kindliche gLQ war demnach mit einer geringeren elterlichen Depressivität assoziiert. Die gLQ Dimensionen „Familie“ und „Selbstwert“ korrelierten am höchsten mit der elterlichen Gesamtsymptomatik ($r = -.36$, $p = .009$ bzw. $r = -.30$, $p = .038$).

Zwischen den vier häufigsten elterlichen Diagnosegruppen (Hauptdiagnosen) zeigten sich signifikante Unterschiede in der Beurteilung der kindlichen gLQ ($\eta^2 = .184$, $p = .029$, $df = 47$). Eltern mit einer affektiven Störung schätzten die gLQ ihrer Kinder am niedrigsten, Eltern mit einer substanzgebundenen Störung am höchsten ein (Post Hoc Test nach Tukey, $p = .021$).⁴ Die übrigen diagnosespezifischen Differenzen waren nicht signifikant.

Die Bewertungen der kindliche gLQ waren unabhängig vom CGI Schweregrad der elterlichen psychischen Störung ($\eta^2 = .01$, $p = .903$) und von der Zeitdauer, die das Kind die elterliche Erkrankung miterlebt hatte (Spearman $\rho = .00$, $p = .999$). Die kindliche gLQ wurde geringfügig höher bewertet, wenn mehr als eine psychische Erkrankung vorlag ($d = -.22$, $p = .437$) und wenn der andere Elternteil nicht in psychiatrischer Behandlung war ($d = .23$, $p = .494$).

3.6 Kindliche gLQ und Familienfunktionalität

Mittlere bis hohe Zusammenhänge fanden sich zwischen den elterlichen Bewertungen der Familienfunktionalität und der kindlichen gLQ (s. Tab. 1). Eine hohe kindliche gLQ war mit einer hohen Familienfunktionalität assoziiert, welche 22 % der Gesamtvarianz der kindlichen gLQ erklärte. Zwischen der Therapeutesicht der Familienfunktionalität und der Elternsicht der kindlichen gLQ bestand ein geringer Zusammenhang (s. Tab. 3).

3.7 Gesamtbedeutung der untersuchten Faktoren für die kindliche gLQ

Den bivariaten Analyseergebnissen entsprechend wurden zur explorativen, multivariaten Vorhersage der kindlichen gLQ (Gesamtscore) die depressive Symptomatik des Elternteils („Depressivität“), die elterliche substanzgebundene Störung („F1 Diagnose“),⁵ die elterliche depressive Störung („F3 Diagnose“) und die gesamtfamiliäre Funktionalität aus Elternsicht („FB-A Gesamtscore“) als Prädiktoren verwendet. Bei schrittweisem Einbeziehen dieser Variablen erklärte das sparsamste lineare

⁴ Unter Berücksichtigung der Zweit- und Drittdiagnosen fanden sich bei sechs Elternteilen beide Diagnosen (d. h. eine affektive und eine substanzgebundene Störung). Bei Ausschluss dieser komorbid erkrankten Gruppe vergrößerten sich die Unterschiede zwischen den beiden Diagnosegruppen ($\eta^2 = .216$, $p = .025$, $df = 41$).

⁵ Nicht nur die Hauptdiagnose, sondern sämtliche ICD-10 Achse I Diagnosen wurden einbezogen. Unterschieden wurde, ob die Diagnose einer substanzgebundenen oder affektiven Störung überhaupt vorhanden war oder nicht.

Regressionsmodell 27 % der Gesamtvarianz der kindlichen gLQ ($R = .55$, $R^2 = .30$, korrigiertes $R^2 = .27$, $p = .000$, $df = 45$) durch die beiden Faktoren „FB-A Gesamtscore“ ($\beta = -.48$) und „F3 Diagnose“ ($\beta = -.29$). Die kindliche gLQ wurde demnach höher eingeschätzt, wenn auch die Familienfunktionalität besser bewertet wurde und wenn die beurteilenden Elternteile keine affektive Erkrankung hatten. 73 % der kindlichen gLQ konnten durch die untersuchten Faktoren nicht erklärt werden.

4 Diskussion

In dieser Studie schätzten psychisch kranke Eltern die gLQ ihrer Kinder in den Dimensionen „Familie“ und „psychisches Wohlbefinden“ signifikant niedriger ein als die Allgemeinbevölkerung. Eltern mit depressiver Symptomatik und/oder der Diagnose einer affektiven Störung hielten die gLQ ihrer Kinder für geringer als Eltern mit einer substanzgebundenen Störung. Es zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen den elterlichen Beurteilungen der kindlichen gLQ und der Funktionalität der Familie.

Eine methodische Einschränkung der Studie ist, dass die kindliche gLQ nur aus Sicht der erkrankten Elternteile und nicht aus Perspektive der Kinder erhoben wurde. Abgesehen von den Therapeutenbeurteilungen stammen alle Daten von einer Person, dem erkrankten Elternteil. Dies ist bei der Interpretation der Zusammenhänge zu bedenken. Das Vorgehen wurde dennoch gewählt, um überhaupt erste Daten zur gLQ dieser Hochrisikogruppe zu gewinnen. Denn aus anderen Arbeiten (z. B. Küchenhoff, 2001) ist bekannt, dass psychisch kranke Eltern aufgrund von Ängsten, Scham- und Schuldgefühlen ihre Kinder zumeist nicht an psychologischen Untersuchungen teilnehmen lassen.⁶

Diese ersten Ergebnisse zur gLQ von Kindern psychisch Kranker aus Elternsicht weisen auf eine geringere gLQ im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hin, auch wenn nicht in allen Dimensionen signifikante Unterschiede vorlagen. Die gefundene Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens stimmt mit den Studienergebnissen zur erhöhten Rate psychischer Auffälligkeiten bei KPKE überein (z. B. Lenz, 2005; Meyer, Mattejat, König, Wehmeier, Remschmidt, 2001). Wie vermutet, zeigten sich die größten Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung in der gLQ Dimension „Familie“. Bisher nicht untersucht ist, wie sich die adaptiven Prozesse, die sich im Kontext einer Erkrankung in der Familie einstellen, auf die kindliche gLQ auswirken (De Civita et al., 2005). Sie könnten mitverantwortlich dafür sein, dass sich in vier der sechs Dimensionen keine größeren Lebensqualitätsunterschiede zwischen KPKE und der Allgemeinbevölkerung zeigten.

Die deutlichen Zusammenhänge zwischen den elterlichen Beurteilungen der kindlichen gLQ und der Funktionalität der Familie erweitern die Befunde zur Bedeutung der Familienfunktionalität für psychische Gesundheit von KPKE (Cummings et al.,

⁶ Die Befragung der Kinder soll im Rahmen einer umfassenden Familienintervention im zweiten Teil des Projekts „CHIMPs“ stattfinden (vgl. Wiegand-Grefe u. Pollak, 2006).

2005; Hammen et al., 2004). Die Familienfunktionalität scheint somit nicht nur für den Zusammenhang zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Auffälligkeit eine Rolle zu spielen, sondern darüber hinaus auch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität von KPKE. Dies betrifft auch „familienfernere“ Lebensqualitätsdimensionen wie „Kindergarten/Schule“ oder „Freunde“.

Wie Hennigan, O'Keefe, Noether, Rinehart und Russell (2006) für die mütterliche Beurteilung der kindlichen Auffälligkeit fanden, zeigte sich hier in der Einschätzung der kindlichen gLQ eine negativere Beurteilung bei depressiver Symptomatik und affektiver Störung, während Suchterkrankungen mit einer positiveren Bewertung verbunden waren. Die negative Sicht der Umwelt als ein Kernsymptom depressiver Erkrankungen ist empirisch gut gesichert (Beck, 1967). Demgegenüber sind Suchterkrankungen häufig mit Verleugnung und Bagatellisierung verbunden. Möglicherweise sind jedoch auch symptombedingte, tatsächliche Einschränkungen der Wahrnehmung kindlicher Probleme oder aber starke Scham- und Schuldgefühle für die positivere Beurteilung mitverantwortlich. Auch in einem Review von Richters (1992) und bei Youngstrom, Loeber und Stouthamer-Loeber (2000) korvarierte die elterliche Beurteilung des kindlichen Problemverhaltens systematisch mit der Schwere der depressiven Symptomatik („depression-distortion hypothesis“). Dennoch wurde das kindliche Verhalten auch aus anderer Perspektive (Lehrer, Selbsturteil) als auffällig bewertet („impact hypothesis“). Was für die psychische Auffälligkeit von KPKE gezeigt wurde, lässt sich auch als Hypothese auf ihre gLQ übertragen: neben diagnosespezifischen, systematischen Verzerrungen (Über- oder Unterbewertungen) in der Einschätzung durch die erkrankten Elternteile könnte die gLQ auch in der Selbstbeurteilung des Kindes beeinträchtigt sein.

Die Übereinstimmung zwischen kindlicher Selbst- und elterlicher Fremdbeurteilung sowie die Einschätzung der kindlichen gLQ durch Eltern mit affektiven oder substanzgebundenen Störungen sind in künftigen Studien weiter zu erforschen. Ebenso bedürfen die hier berichteten geringen Zusammenhänge zwischen der kindlichen gLQ und der Schwere der elterlichen Erkrankung, dem Vorliegen komorbider Störungen und der psychischen Gesundheit des anderen Elternteiles der weiteren Untersuchung. Diese Faktoren gelten in der Literatur bisher als wesentliche Einflussgrößen für die psychische Gesundheit von KPKE (vgl. Matthejat et al., 2000).

Zusammenfassend bietet diese erste Studie zur Lebensqualität von KPKE Hinweise auf eine mögliche Beeinträchtigung der Lebensqualität in einigen Dimensionen und auf Zusammenhänge zur familiären Funktionalität. Die Ergebnisse wurden aus Sicht der erkrankten Elternteile an einer relativ kleinen Stichprobe gewonnen. Sie bedürfen der Bestätigung durch weitere, multiperspektivische Untersuchungen. Aufgrund der Vergleichbarkeit der Befunde mit Studienergebnissen zu psychischen Auffälligkeiten von KPKE kann jedoch schon jetzt auf die Bedeutung gesamtfamiliärer Interventionen bei dieser Hochrisikogruppe hingewiesen werden.

Literatur

- Adewuya, A. O. (2006). Parental psychopathology and self-rated quality of life in adolescents with epilepsy in Nigeria. *Developmental Medicine and Child Neurology* 48, 600-603.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research*, 14, 1599-1612.
- Beck, A. T. (1967). *Depression. Clinical, theoretical and experimental aspects*. New York: Harper & Row.
- Bortz, J., Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Bullinger, M. (1991). Quality of life – definition, conceptualization and implications – a methodologist's view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-149.
- Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C., Ravens-Sieberger, U. (2006). Quality of life – evaluation criteria for children with chronic conditions in medical care. *Journal of Public Health: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 14, 343-355.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- Cierpka, M., Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Cummings, E. M., Keller, P. S., Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479-489.
- De Civita, M., Regier, D., Alamgir, A. H., Anis, A. H., Fitzgerald, M. J., Marra, C. A. (2005). Evaluating health-related quality-of-life studies in paediatric populations: some conceptual, methodological and developmental considerations and recent applications. *Pharmacoeconomics*, 23, 659-685.
- Eiser, C., Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life. Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10, 347-357.
- Fendrich, M., Warner, V., Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26, 40-50.
- Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36, 357-367.
- Goldbeck, L., Fegert, J. M. (2005). *Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Kind Jugend und Gesellschaft*, 3, 95-99.
- Group for the Advancement of Psychiatry – Committee on the Family (1996). *Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): 1. Background and Rationale*. *Family Process* 35, 155-172.
- Hammen, C., Brennan, P. A., Shih, J. H. (2004). Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 994-1002.
- Harfst, T., Koch, U., Kurtz von Aschoff, C., Nutzinger, D. O., Rüddel, H., Schulz, H. (2002). Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. *DRV-Schriften*, 33, 71-73.
- Hennigan, K. M., O'Keefe, M., Noether, C. D., Rinehart, D. J., Russell, L. A. (2006). Through a mother's eyes: Sources of bias when mothers with co-occurring disorders assess their children. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33, 87-104.

- Klassen, A. F., Miller, A., Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114, e541-547.
- Küchenhoff, B. (2001). Welche Hilfen werden gewünscht? Eine Befragung von Eltern, Kindern und Bezugspersonen. In F. Mattejat, Beate Lisofsky (Hrsg.), ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 103-106.
- Lenz, A. (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F., Koenig, U., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D., Janthur, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Kirchner, J., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F., Remschmidt, H. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Kindheit und Entwicklung*, 14, 39-47.
- Mattejat, F., Wüthrich, C., Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164-172.
- Meyer, C., Mattejat, F., König, U., Wehmeier, P. M., Remschmidt, H. (2001). Psychische Erkrankungen unter mehrgenerationaler Perspektive. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 525-536.
- National Institute of Mental Health (1996). CGI Clinical Global Impressions. In Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum (Hrsg.), Internationale Skalen für Psychiatrie (S. 147-148). Weinheim: Beltz.
- Olin, S. C., Mednick, S. A. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 223-240.
- Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (2000). KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form. Hamburg: Universität, Abteilung für Medizinische Psychologie.
- Ravens-Sieberer, U., Bettge, S., Erhardt, M. (2003). Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46, 340-345.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., Bullinger, M. (2006). Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, 24, 1199-1220.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: a critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 530-537.
- Wiegand-Grefe, S., Pollak, E. (2006). Kinder psychisch kranker Eltern. Risikofaktoren, präventive Interventionen und deren Evaluation. In J. Rieforth (Hrsg.), Triadisches Verstehen in sozialen Systemen (S. 159-176). Heidelberg: Carl Auer.
- Youngstrom, E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038-1050.

Korrespondenzanschrift: Eva Pollak, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Städtisches Klinikum Karlsruhe, Moltkestraße 90, 76133 Karlsruhe; E-Mail: evaesther@web.de