

Goldbeck, Lutz

Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter - Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 8, S. 552-573

urn:nbn:de:bsz-psydok-40853

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

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
v. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familiärer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHLE, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362
Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter

Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren:
Ergebnisse einer empirischen Vorstudie¹

Lutz Goldbeck²

Summary

Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study

44 parents of pediatric oncology patients answered mailed questionnaires about their own coping and about their sick children's coping and bodily complaints during oncological therapy. Most of the families coped well from parents' view. The dominant coping style of the parents consisted of active, problem-focused coping strategies in combination with an optimistic basic attitude, maintainance of family cohesion and belief in god or search for a meaning of the illness. The children and adolescents used predominantly adaptive coping strategies. The parental problem-group with a predominantly maladaptive coping-style reported low family cohesion, high depression, high wishful thinking and minimization. The maladaptive children and adolescents were rated as more socially withdrawing, more irritable, less optimistic and competent as well as less compliant. Strong correlations were found between parents' and their children's coping. Problem families with a special need for psychosocial support can early be identified by the coping questionnaires used in this study. Prospective longitudinal studies with multi-methodal and multi-perspective designs should be conducted to reach a better understanding of the family coping process in case of childhood and adolescence cancer.

Zusammenfassung

In einer schriftlichen Befragung gaben 44 Eltern pädiatrisch-onkologischer Patienten während der Therapiephase Auskunft über ihre eigene Krankheitsbewältigung sowie über die Krankheitsbewältigung und die körperlichen Beschwerden ihrer erkrankten Kinder. Die große Mehrzahl der untersuchten Familien zeigte sich aus Elternsicht den mit der Krankheit und Behandlung verbundenen Belastungen gewachsen. Aktive, pro-

¹ Aus der Universitäts-Kinderklinik Ulm (Ärztl. Direktor: Prof. Dr. K.-M. Debatin).

² Für Hilfestellung und Beratung in methodischen Fragen bedankt sich der Autor bei Herrn Dipl.-Psych. Dr. M. Storck, für hilfreiche Hinweise zu einer ersten Manuskriptversion bei Herrn Dipl.-Psych. G. Dorschner.

blemorientierte Bewältigungsstrategien in Verbindung mit einer optimistischen Grundeinstellung, der Aufrechterhaltung des familialen Zusammenhalts und einer Hinwendung zu Religion und Sinnsuche sind kennzeichnend für den Copingstil der Eltern. Der Copingstil der betroffenen Kinder wird im Elternurteil als überwiegend adaptiv dargestellt. In der relativ kleinen Problemgruppe der maladaptiv organisierten Familien zeigte sich ein niedrigerer familialer Zusammenhalt sowie eine eher depressive und zum Wunschenken und Bagatellisieren tendierende Krankheitsverarbeitung der Eltern. Der ungünstigere Bewältigungsstil der Kinder und Jugendlichen ist durch eine verstärkte Rückzugstendenz und Irritierbarkeit in Verbindung mit vergleichsweise weniger Optimismus und Kompetenz sowie mit einer geringeren Compliance und einer stärkeren Suche nach sozialer Unterstützung geprägt. Es ergaben sich Hinweise für ausgeprägte Wechselwirkungen zwischen dem Bewältigungsstil von Eltern und ihren Kindern. Eine frühzeitige Identifikation von Problemfällen mit einem erhöhten psychosozialen Betreuungsbedarf ist mit den eingesetzten Meßinstrumenten möglich. Eine genauere Abbildung des in ein komplexes Bedingungsgefüge eingebetteten familialen Bewältigungsprozesses bei Krebs im Kindes- und Jugendalter muß prospektiven Längsschnittstudien mit einem multidimensionalen und multimethodalen Ansatz vorbehalten bleiben.

1 Einleitung

Auf dem Hintergrund deutlich verbesserter medizinischer Erfolge bei der Behandlung von Krebserkrankungen von Kindern und Jugendlichen hat sich die pädiatrische Psychoonkologie in den vergangenen 20 Jahren verstärkt mit Fragen der Krankheitsbewältigung beschäftigt. War die Prognose für krebskranke Kinder noch zu Beginn der 70er Jahre fast ausnahmslos ungünstig, so ist heute die Option auf Heilung aufgrund wirksamerer Behandlungsstrategien der Regelfall. Für das gesamte Spektrum pädiatrisch-onkologischer Erkrankungen werden mit den derzeit eingesetzten Therapie-schemata Heilungsraten (definiert als 5jähriges rezidivfreies Überleben) von mehr als 50% erwartet, für einzelne Krankheiten, wie die im Kindesalter relativ besonders häufige akute lymphatische Leukämie (ALL), werden Heilungsaussichten von über 80% angegeben (SCHRAPPE et al. 1994).

Die Änderung der therapeutischen Perspektive von einer früher meist palliativen zu einer heute primär kurativen Ausrichtung war mit einer Therapieintensivierung und -verlängerung verbunden, was die Frage der psychosozialen Adaptation der Patienten und ihrer Familien an die meist mehrjährige, belastende Therapie in den Mittelpunkt rücken ließ. Die trotz einer in vielen Fällen begründeten therapeutischen Zuversicht fortbestehende latente existentielle Bedrohung läßt real begründete Ängste vor einem Wiederkehren der Krankheit fortbestehen – eine dauerhafte psychische Streßsituation, die von KOOCHEr und O'MALLEY (1979, 1981) als „Damokles-Syndrom“ bezeichnet wurde. Darüber hinaus besteht die Sorge vor krankheits- oder behandlungsbedingten Rest- oder Folgeschäden. Diese mit einer Krebserkrankung und ihrer Behandlung verbundene psychische Dauerbelastung wirft für die überlebenden Patienten und ihre Fa-

milien die Frage nach der langfristigen Krankheitsbewältigung und nach etwaigen psychosozialen Spätfolgen auf. Die Frage des Überlebens wird zunehmend auch zu einer Frage der (Über)Lebensqualität. VAN EYS (1991) hat in diesem Zusammenhang die hilfreiche Unterscheidung von biologischer, psychologischer und sozialer Heilung eingeführt. Ein Teil der onkologisch erkrankten Kinder kann auch mit den modernen Behandlungsmethoden nicht geheilt werden. Ihr Leiden zu lindern, einen Beitrag zur Vermeidung unnötigen Leidens zu leisten und die betroffenen Patienten und ihre Familien im Sterbeprozess hilfreich zu begleiten, bleibt eine wesentliche Aufgabe für die Psychoonkologie.

Supportive psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen, wie sie von klinisch tätigen Psychoonkologen erwartet werden, sollten auf der Grundlage einer möglichst empirisch gesicherten Kenntnis der Belastungssituation, der Bewältigungsstrategien und der Risiko- und Schutzfaktoren der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien stattfinden. Der bislang am weitesten entwickelte theoretische Rahmen für entsprechende Fragestellungen wird vom Belastungs-Bewältigungs-Paradigma dominiert, namentlich von dem aus der allgemeinen psychologischen Streßforschung stammenden transaktionalen Streßbewältigungsmodell (LAZARUS 1979, 1981). Für den Bereich der Streßbewältigung durch Kinder und Jugendliche wird dieses Modell um die Entwicklungsdimension und um die Erweiterung der Perspektive auf das gesamte Familiensystem ergänzt (McCUBBIN u. McCUBBIN 1991; COMPAS et al. 1987, 1992; KAZAK 1992). Die Komplexität des Modells und der Prozeßcharakter von Bewältigungsleistungen erfordern eine differenzierte Forschungsmethodik. Hierzu fehlt es insbesondere für den Bereich pädiatrischpsychologischer Fragestellungen noch an geeigneten Meßinstrumenten (McCUBBIN 1991), zumal die klassischen psychodiagnostischen Verfahrensweisen im Kontext medizinpsychologischer Fragestellungen nicht angemessen erscheinen.

2 Literaturübersicht und Fragestellung

Der Forschungsstand zur individuellen und familiären Bewältigung von Krebskrankheiten im Kindes- und Jugendalter spiegelt die uneinheitliche Theorienbildung unter dem Dach des Coping-Ansatzes ebenso wider wie die Heterogenität der Untersuchungsgruppen, der fokussierten Belastungsfaktoren und des gewählten methodischen Zugangs (SESTERHENN 1991; COMPAS et al. 1992; SPIRITO et al. 1992). Es fällt auf, daß sich die meisten empirischen Studien zum Stichwort „Coping“, die sich auf die Situation der Eltern oder der gesamten Familie beziehen, mehr mit der globalen Belastungssituation infolge der Krebserkrankung eines Kindes beschäftigen, während die selteneren Studien an den betroffenen Kindern überwiegend die Bewältigung spezifischer Stressoren in den Mittelpunkt stellen, wie etwa die wiederholten invasiven diagnostischen Maßnahmen oder Probleme der chemotherapieassoziierten Übelkeit und des Erbrechen.

Die bislang aufwendigste prospektive Längsschnittstudie zur Bewältigung einer kindlichen Krebserkrankung, die an ALL-Patienten von einer Arbeitsgruppe in Chicago um KUPST (KUPST et al. 1982, 1983, 1984, 1995; KUPST u. SCHULMAN 1988; KUPST 1992)

durchgeführt wurde, kommt zu dem Hauptergebnis, daß mehr als drei Viertel der Familien unabhängig vom Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnis mit teilweise unterschiedlichen Copingstrategien oder Copingstilen sowohl kurzfristig als auch langfristig gute Bewältigungsergebnisse im Sinne von allgemeiner psychosozialer Adaptation erzielten, und daß eine Minderheit von Familien mit kontinuierlich ungünstigem Bewältigungsergebnis durch eine Häufung von begleitenden, nicht primär mit der Krebserkrankung zusammenhängenden und oft vorbestehenden Problemen gekennzeichnet war. Die weitgehende Stabilität familialer Krankheitsbewältigungsmuster wird durch weitere Untersuchungen bestätigt (FIFE et al. 1987; SPINETTA et al. 1989). Die Untersuchung von FIFE et al. (1987) bezieht sich auf die Bewältigung von Leukämieerkrankungen eines Kindes im ersten Behandlungsjahr nach Diagnosestellung. SPINETTA et al. (1989) fanden eine hohe Stabilität der Copingmuster bei Familien mit einem onkologisch kranken Kind zwischen der Phase der Akutbehandlung und einer Follow-up-Untersuchung fünf Jahre nach Therapieende oder Tod des Kindes. In beiden Studien kommen die Autoren zu dem Ergebnis, daß die Problemfamilien bereits prämorbid stärkere psychosoziale Auffälligkeiten aufwiesen und dann durch das Eintreten der Krebserkrankung und die damit verbundenen zusätzlichen Belastungen überfordert waren. Auch KUSCH et al. (1994) konnten zu Beginn einer Krebserkrankung zwei Gruppen von Eltern mit hoher und niedriger Belastung differenzieren.

Daß sich die Art der bevorzugten Copingstrategien im Verlauf der Krankheit und mit fortschreitender Behandlung ändert, wurde in mehreren deskriptiv angelegten Studien nachgewiesen (MARTINSON u. COHEN 1989; BRETT u. DAVIES 1988; SMITH et al. 1990). Mehrfach wurde beobachtet, daß der intrafamiliäre Zusammenhalt im Verlauf der Krebserkrankung eines Kindes zunimmt, möglicherweise unter Zurückstellung von Konflikten und individuellen Ansprüchen der einzelnen Familienmitglieder untereinander (BIRENBAUM 1990; BARBARIN et al. 1985; NICHOLS 1995). Neben dem Zeitfaktor werden als weitere die Krankheitsbewältigung beeinflussende Faktoren das Alter der betroffenen Kinder und Jugendlichen (TYC et al. 1995; SMITH et al. 1990; DOLGIN 1989), ihr Geschlecht (BULL u. DROTAR 1991), die soziale Schichtzugehörigkeit der Familie und der Bildungsstand der Eltern (BASKIN et al. 1986, WITTRUCK et al. 1994), der kulturelle Hintergrund (POWERS et al. 1986), die verfügbare soziale Unterstützung (KUPST u. SCHULMAN 1988; SPEECHLEY u. NOH 1992; SPINETTA et al. 1981; KAZAK 1992) und die Funktionstüchtigkeit der elterlichen Partnerschaft (KUPST u. SCHULMAN 1988) genannt. Zwischen Vätern und Müttern werden in mehreren Studien systematisch unterschiedliche Bewältigungsmuster aufgezeigt (TOWNES et al. 1974; BIRENBAUM 1990; POWERS et al. 1986).

Fünf verschiedene Copingstile im Umgang mit der Krebskrankheit eines Kindes, die sich durch unterschiedliche Bewertungen und Attributionen auszeichneten, wurden in einer retrospektiven Interviewstudie von PETERMANN und BODE (1986) beschrieben. Dabei wird eine Betrachtungsweise der Krankheit als Herausforderung als besonders günstig eingestuft, weil damit ein aktiver, kämpferischer Copingstil verbunden ist, während die zu Resignation und Selbstvorwürfen führende Betrachtungsweise der Krankheit als Strafe als besonders ungünstig beschrieben wird. Wenn die von Kindern und ihren Eltern sowie von Vätern und Müttern bevorzugten Copingstrategien miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt werden, zeigt sich selten eine Übereinstim-

mung zwischen den Familienmitgliedern (SUSMAN et al. 1982). Häufiger werden unterschiedliche Tendenzen und Ausprägungen in den gemessenen Bewältigungsstrategien gefunden, was auf eine vermutlich komplexe Wechselwirkung und Interaktion zwischen den beteiligten Familienmitgliedern hinweist (FIFE et al. 1987; MULHERN et al. 1981; KELLER u. NICOLLS 1990). Unter einer mehr interaktionellen, auf die Familien- oder Paardynamik abstellende Betrachtungsweise zeigt sich, daß ein Zusammenwirken zwischen den Eltern bei der Krankheitsbewältigung durch komplementäre problemorientierte und symmetrische emotionale Bewältigungsstile zu größerer Ehezufriedenheit führte (BARBARIN et al. 1985; DAHLQUIST et al. 1993). BLOTCKY et al. (1985) wiesen nach, daß unterschiedliche Ausprägungen in bestimmten Aspekten des Bewältigungsverhaltens der Eltern drei Monate nach Diagnosestellung mit dem Ausmaß der Hoffnungslosigkeit beim onkologisch erkrankten Kind zusammenhängt, wobei die für das Kind unterstützend wirkenden elterlichen Bewältigungsanstrengungen für die Eltern selbst nicht gleichzeitig hilfreich erschienen. Psychopathologisch relevante Reaktionen der Eltern, insbesondere Depressionen der Mütter, erwiesen sich als ungünstig für die psychosoziale Anpassung und die Attributionsstile ihrer krebskranken Kinder (BROWN et al. 1993; MAGNI et al. 1988).

Die Zielsetzung einer nachfolgend dargestellten Vorstudie für eine geplante prospektive Längsschnittstudie zur familialen Bewältigung von Krebserkrankheiten im Kindes- und Jugendalter richtete sich zunächst auf die Entwicklung oder Erprobung gegenstandsangemessener, im Interesse einer besseren Vergleichbarkeit der Daten möglichst standardisierter Meßinstrumente auf den Ebenen der Selbstbeurteilung der Eltern sowie der Beurteilung der Kinder durch ihre Eltern im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung während der onkologischen Therapie. Unter Krankheitsbewältigung werden hier in Anlehnung an HEIM (1988) kognitive, emotionale und handlungsbezogene Bemühungen des einzelnen oder der gesamten Familie verstanden, die Gesamtheit der Belastungen der Krankheit zu ertragen und die Anforderungen der Behandlung zu meistern.

In einer primär deskriptiven Betrachtungsweise interessiert zunächst, welche Bewältigungsmechanismen von den Eltern eingesetzt werden, als wie hilfreich sie jeweils erlebt werden und ob typische Bewältigungsmuster oder -stile aufgezeigt werden können. Weiterhin geht es um eine Beschreibung und Adaptivitätsbeurteilung der Krankheitsbewältigung des eigenen Kindes durch die Eltern, wiederum unter Einschluß der Frage nach typischen Bewältigungsmustern. Hinsichtlich der Belastungssituation der Kinder interessiert die Frage der von den Eltern bei ihren Kindern wahrgenommenen körperlichen Beschwerden als Kriterium für den erlebten krankheits- und behandlungsbedingten Leidensdruck oder für den wahrgenommenen Schweregrad der Krankheit. In einem letzten Schritt geht es um die Wechselwirkungen zwischen elterlicher und kindlicher Krankheitsbewältigung sowie um Zusammenhänge zwischen Aspekten der Krankheitsbewältigung und Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Therapiedauer. Die Leitfrage hierzu lautete: welche Faktoren begünstigen möglicherweise einen eher adaptiven oder einen eher maladaptiven Bewältigungsstil?

Von vornherein war aufgrund des Querschnittsdesigns dieser Vorstudie keine eindeutige Klärung von Veränderungsprozessen im Verlauf der Krankheit und Behandlung möglich, angestrebt war lediglich die Generierung von Hypothesen hierzu. Aus

diesem Grund wurde die Untersuchungsgruppe hinsichtlich Merkmalen wie spezifischer Diagnose, Krankheits- und Behandlungsphase oder Krankheitsverlauf oder konkurrierender psychosozialer Belastungen nicht selektiert. Für die geplante prospektive Studie ist hingegen eine im Hinblick auf die Krankheitsphase homogene Stichprobe vorgesehen, die zu standardisierten Meßzeitpunkten wiederholt im Vergleich mehrerer Perspektiven (Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren) und insbesondere im Hinblick auf die familiendynamisch sich ergebenden Veränderungen der Krankheitsbewältigung untersucht werden soll.

3 Methode

3.1 Stichprobe

Um ihre Mitarbeit an dieser Fragebogen-Studie wurden die Eltern von 65 Kindern und Jugendlichen mit einer erstmals aufgetretenen onkologischen Erkrankung gebeten, die an der Universitäts-Kinderklinik Ulm behandelt wurden. Das entspricht einer konsekutiven Folge von Patienten mit einer Leukämie- oder Tumorerkrankung, die in den Jahren 1993-1995 an der Klinik behandelt wurden. 44 Familien beteiligten sich an der auf postalischem Weg und anonym durchgeführten Studie, was einer als befriedigend anzusehenden Rücklaufquote von 67,7% entspricht. Ein Vergleich zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern hinsichtlich differenzierender Merkmale konnte aufgrund der zugesicherten vollständigen Anonymität nicht durchgeführt werden. Die Untersuchungsgruppe spiegelt möglicherweise regionale Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur im Einzugsgebiet und klinikspezifische Schwerpunkte im erfaßten Krankheitspektrum wider, so daß eine Repräsentativität für die gesamte pädiatrische Onkologie auch aus diesem Grund nicht angenommen werden kann.

Die Fragebögen wurden überwiegend von den Müttern allein, zu einem geringeren Teil auch von Vätern allein oder von den Vätern und Müttern gemeinsam ausgefüllt. Etwa die Hälfte der betroffenen Patienten waren zum Untersuchungszeitpunkt im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter ($n=21$), die andere Hälfte befand sich im Schulalter bis zur Altersobergrenze von 16 Jahren (12 Ptn. zwischen 6 und 12 Jahren, 11 Ptn. älter als 12 Jahre). Der Befragungszeitpunkt lag in den ersten ein bis zwei Jahren nach der Diagnosestellung, somit befanden sich sämtliche Patienten noch in der überwiegend intermittierend stationär oder teilstationär durchgeführten Therapie. Entsprechend dem von Leukämien dominierten Krankheitsspektrum wurden die betroffenen Patienten überwiegend chemotherapeutisch ($n=18$) oder mit einer Kombination von Chemotherapie und Bestrahlung ($n=11$) behandelt, die übrigen Patienten wurden zusätzlich operiert ($n=15$).

3.2 Untersuchungsinstrumente

Neben einem selbstentwickelten Fragebogen zur allgemeinen Situation des Patienten und seiner Familie kamen mehrere in verschiedenen Zusammenhängen bereits bewähr-

te standardisierte Fragebögen zur Anwendung, die teilweise aus dem angloamerikanischen Sprachraum übertragen wurden.

Das *Coping Health Inventory for Parents (CHIP)* wurde entwickelt, um zu erfassen, wie Eltern eines chronisch und/oder schwerkranken Kindes ihr Familienleben gestalten, welche Bewältigungsstrategien sie einsetzen und wodurch sie sich entlastet fühlen (McCUBBIN et al. 1983; McCUBBIN 1991). Das CHIP war mittlerweile in einer Vielzahl von Studien im angloamerikanischen Sprachraum (McCUBBIN 1991) und unlängst auch in einer deutschen Studie an jugendlichen Diabetikern (SEIFFGE-KRENKE et al. 1994) eingesetzt, so daß eine Reihe von Normen und Vergleichswerten vorliegen. Aus 45 vorgegebenen Items wählen die befragten Eltern diejenigen aus, die ihr eigenes Coping beschreiben und geben hierzu auf einer 4-Punkt-Ratingskala an, wie hilfreich die jeweilige Copingstrategie für sie persönlich war oder noch ist. Der faktorenanalytisch konstruierte Fragebogen ermöglicht die Ermittlung von drei Skalenwerten, die unterschiedlichen Copingmustern zugeordnet werden: Faktor I wird als familiäre Integration und Kooperation sowie optimistische Sichtweise der Situation bezeichnet. Faktor II beschreibt die Aufrechterhaltung von sozialer Unterstützung, Selbstachtung und psychologischer Stabilität. Faktor III bezieht sich auf das Verstehen(wollen) der medizinischen Situation durch Gespräche mit dem Klinikpersonal oder mit anderen Betroffenen. Die von den Autoren angegebenen Rehabilitätskoeffizienten für die drei Subskalen liegen zwischen 0.71 und 0.79 und sind damit zufriedenstellend. Zur Anwendung kam hier eine deutsche Übersetzung des CHIP (GOLDBECK 1994a). Die internen Konsistenzen der drei Primärskalen (Cronbachs α) lagen für die deutsche Form in dieser Untersuchungsgruppe zwischen 0.58 und 0.78.

Aus dem deutschen Sprachraum wurde die Kurzform des in der Krankheitsbewältigungsforschung bei erwachsenen Patienten vielfach bewährten *Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung FKV-LIS* (МУТНУ 1989a) für die Selbstbeurteilung durch Eltern eines schwer oder chronisch kranken Kindes adaptiert. Hierzu bedurfte es lediglich der Umformulierung von zwei der 35 Items (Nr. 5 und 25) und einer veränderten Instruktion dahingehend, daß die Eltern ihre eigenen Reaktionen und Verarbeitungsmechanismen hinsichtlich der Krebserkrankung ihres Kindes einschätzen sollten. Der FKV-LIS enthält fünf Subskalen, die als depressive Verarbeitung, aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche sowie Bagatellisierung und Wunschenken bezeichnet werden. Neben der Skalenauswertung, die eher auf die Erfassung von Copingstilen abzielt, können einzelne Copingstrategien auf Itemebene erfaßt werden. Im Unterschied zum CHIP wird im FKV-LIS in erster Linie die Häufigkeit der verwendeten Copingstrategien mittels fünfstufiger Rating-Skalen abgefragt, in einer Zusatzfrage sollen die Probanden anschließend die drei für sie persönlich hilfreichsten Copingstrategien benennen. Der FKV wurde zunächst an erwachsenen Dialysepatienten entwickelt und mittlerweile sowohl in einer 102 Items umfassenden Langform als auch in der Kurzform in zahlreichen Studien an erwachsenen Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt. Die Reliabilität der fünf Subskalen des FKV-LIS liegt nach Angaben des Autors zwischen 0.68 und 0.77 und kann somit mit Ausnahme der Skala „Religiosität und Sinnsuche“ als befriedigend bezeichnet werden.

Die Bewältigungsstrategien der betroffenen Kinder und Jugendlichen wurden im Elternurteil mit dem *Coping Health Inventory for Children CHIC* (AUSTIN et al. 1991) in einer deutschen Übersetzung (GOLDBECK 1994b) ermittelt. Dieser 44 Items umfassende Elternfragebogen zielt auf die Erfassung adaptiver und maladaptiver Copingstile bei chronisch kranken Kindern im Schulalter ab. Entwickelt wurde das Verfahren von den Autoren an Eltern epilepsie- und asthmakranker Kinder. Auf fünfstufigen Ratingskalen geben die befragten Eltern an, wie häufig ihr Kind die genannten Verhaltensweisen zeigt. Die fünf Subskalen wurden von den Autoren aufgrund theoretischer Vorüberlegungen gebildet und tragen die folgenden Bezeichnungen: (1) entwickelt Kompetenz und Optimismus, (2) fühlt sich andersartig und zieht sich zurück, (3) ist irritierbar, stimmungslabil

und agiert aus, (4) Compliance, (5) sucht Unterstützung. Aus den fünf Subskalen werden die Sekundärskalen *Adaptives Coping* (zusammengesetzt aus den Primärskalen 1, 4 und 5) und *Maladaptives Coping* (zusammengesetzt aus den Primärskalen 2 und 3) gebildet. Die Reliabilitäten werden von den Autoren mit >0.70 für die fünf Skalen angegeben, es wird allerdings von hohen Skaleninterkorrelationen berichtet. Als Validitätshinweis werden von den Autoren zahlreiche Korrelationen mit Maßen der psychosozialen Anpassung und der klinischen Symptomatik berichtet.

Die von den Eltern bei ihren Kindern wahrgenommenen körperlichen Beschwerden wurden mit der Elternversion des *Giebener Beschwerdebogens für Kinder und Jugendliche GBB-KJ* (BRÄHLER 1992) erfaßt. Der GBB-KJ enthält 59 vorwiegend körperliche Beschwerden, die auf fünfstufigen Ratingskalen hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens eingeschätzt werden sollen. Der Fragebogen wurde ursprünglich an einer Normalpopulation entwickelt. Für die Zwecke unserer Untersuchung wurde aus den 59 Items eine onkologiespezifische Beschwerdeskala gebildet, indem die zehn in der Untersuchungsgruppe am häufigsten genannten Beschwerden zu einem Score zusammengefaßt wurden. Auf eine Auswertung mit Hilfe der vom Autor vorgegebenen Subskalen wurde verzichtet. Ähnlich wie das CHIC ist der GBB-KJ erst für die Beurteilung des Verhaltens von Kindern ab etwa sechs Jahren geeignet, so daß sich die Zahl der mit diesen beiden Instrumenten untersuchten Kinder und Jugendlichen entsprechend reduzierte.

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programmpaket SYSTAT (Version 5)³ vorgenommen.

4 Ergebnisse

4.1 Bewältigungsstrategien der Eltern

Die Ergebnisse des CHIP zeigen auf der Ebene der Skalenauswertung, daß die befragten Eltern insgesamt vor allem die Aufrechterhaltung der familiären Integration und Kooperation, das Beibehalten einer optimistischen Sichtweise und das Verstehen der medizinischen Situation durch Gespräche mit dem Klinikpersonal und mit anderen betroffenen Eltern (Faktoren CHIPFAM und CHIPMED) als hilfreich empfinden. Dagegen wird die soziale Unterstützung und der Versuch zur Aufrechterhaltung der persönlichen Stabilität (CHIPSUP) nur von einem geringeren Anteil der befragten Eltern als hilfreich oder erfolgreich erlebt (vgl. Abb. 1). Damit entsprechen die Gruppenmittelwerte weitgehend den in anderen Untersuchungen an Eltern chronisch kranker Kinder (McCUBBIN et al. 1983; McCUBBIN 1991; BIRENBAUM 1990; POWERS et al. 1986; BLOTCKY et al. 1985) mit dem CHIP gemessenen vorherrschenden Bewältigungsstrategien (vgl. Tab. 1). Lediglich der vergleichsweise niedrige Gruppenmittelwert im Faktor CHIPSUP (soziale Unterstützung und Selbststabilisierung) steht im Gegensatz zu den in den amerikanischen Untersuchungen gefundenen Ergebnissen. Auf den von BIRENBAUM (1990) entwickelten Zusatzskalen Einkapselung (CHIPENC) und Risikoverhalten (CHIP-RISK), die sich mit den drei Primärskalen des CHIP teilweise überschneiden, entsprechen die in dieser Untersuchung gefundenen Werte den von BIRENBAUM ebenfalls an

³ © 1992 by SYSTAT, Inc. Evanston, Illinois.

Eltern krebskranker Kinder festgestellten Ergebnissen. Beim Vergleich mit den genannten anderen Untersuchungen ist zu berücksichtigen, daß dort für Väter und Mütter getrennte Ergebnisse ermittelt wurden, während in der hier referierten Untersuchung keine Unterscheidung zwischen Vätern und Müttern vorgenommen wurde.

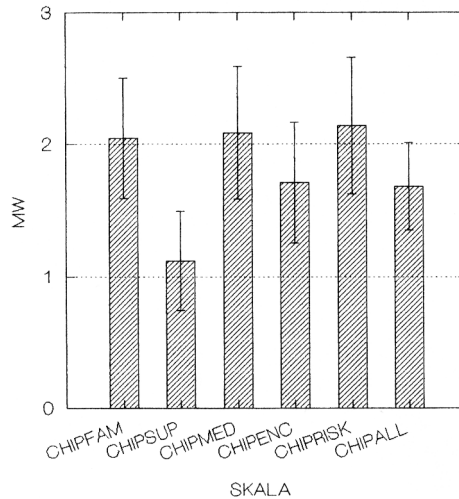


Abb. 1: Bewältigungsstile der Eltern (N=44 Eltern, Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen im CHIP, Erläuterungen der Skalenabkürzungen im Text)

Tab. 1: Skalenwerte im Coping Health Inventory for Prent. (CHIP) im Vergleich mit anderen Untersuchungen (Erläuterung der Skalen im Text)

Untersuchung	CHIPFAM		CHIPSUP		CHIPMED		CHIPENC		CHIPRISK	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
eigene Studie (n=44 Eltern)	38,9	8,7	20,1	6,6	16,7	4,0	18,8	5,0	15,0	3,6
McCUBBIN 1987 (n=308, Mütter chron. kranker Ki.)	40,0	15,0	28,0	12,0	15,0	7,0				
ders. (Väter chron. kranker Ki.)	36,0	20,0	25,0	12,0	12,0	8,0				
BIRENBAUM 1990 (n=44 Mütter onkol. Ki.)	45,3	6,3	33,0	9,5	18,1	4,1	23,4	3,9	16,7	3,3
ders. (n=38 Väter onkol. Ki.)	41,8	7,7	24,9	10,0	16,1	5,1	22,3	5,0	15,1	4,1
BLOTCKY et al. 1985 (n=32 Mütter onkol. Ki.)	38,3	15,0	24,8	12,3	16,1	8,0				
ders. (Väter onkol. Ptn.)	32,7	10,2	22,0	11,5	14,7	4,8				

Die Varianz der Skalenwerte in der Untersuchungsgruppe ist durchweg homogener verglichen mit den Untersuchungen von McCUBBIN et al. (1983) und BLOTCKY

et al. (1985), was mittels F-Tests nachgewiesen wurde. Gleichwohl fällt bei einer kursorischen Betrachtung der Werteverteilung auf, daß einzelne Werte weit aus dem mittleren Streubereich herausfallen. So gibt es etwa in der Skala CHIPFAM eine Reihe von niedrigen Werten (Median = 41, Range 21–51), demnach gelingt es einzelnen Eltern offenbar nicht, die familiäre Integration und Kooperation für sich nutzbringend zu machen oder eine optimistische Sichtweise der Situation aufrechtzuerhalten.

Weiteren Einblick in die von den Eltern selbst beurteilte Effektivität einzelner Copingstrategien ergibt die Itemauswertung des CHIP (vgl. Tab. 2). Die Rangreihe der subjektiv hilfreichsten Copingmechanismen wird von Optimismus, Compliancestrategien und der Aufrechterhaltung des familialen Zusammenhalts angeführt. Als wenig durchführbar oder hilfreich wurden hingegen die eigene Berufstätigkeit, Unternehmungen mit dem Partner oder die Entlastung von häuslichen Pflichten geschildert.

Tab.2: Rangreihe der subjektiv hilfreichsten und der am wenigsten hilfreichen Copingstrategien, gemessen mit dem Coping Health Inventory for Parents (n=44 Eltern)

Rang	Item	Inhalt	MW	SD
1.	23	auf bestmögliche Behandlung vertrauen	2,75	0,62
2.	16	der Klinik vertrauen	2,64	0,72
3.	6	an baldige Besserung glauben	2,64	0,72
4.	1	Stabilität der Familie aufrechterhalten	2,61	0,90
5.	43	Kind regelmäßig in Klinik vorstellen	2,59	0,85
6.	3	Unterstützung durch Partner	2,55	1,04
7.	38	sich dem(n) Kind(ern) widmen	2,52	0,66
8.	35	häusliche Therapie sicherstellen	2,46	0,98
9.	5	mit Klinikpersonal sprechen	2,43	0,87
10.	41	mit Partner über Gefühle reden	2,37	1,06
.....				
41.	42	Entlastung von häuslichen Pflichten	0,57	1,04
42.	11	medizinische Hilfsmittel zu Hause	0,55	1,13
43.	9	Kauflust	0,50	0,88
44.	22	berufliches Engagement	0,48	0,79
45.	34	regelmäßig mit Partner ausgehen	0,32	0,77

Die Ergebnisse des FKV-LIS zeigen auf Skalenebene einen Schwerpunkt im aktiven, problemorientierten Coping, gefolgt von Religiosität und Sinnsuche sowie Ablenkungsstrategien (siehe Abb. 2). Die allgemeine Bevorzugung des aktiven, problemorientierten Copings (FKVAKT) durch die befragten Eltern onkologisch erkrankter Kinder entspricht den Ergebnissen, die aus verschiedenen Untersuchungen an erwachsenen chronisch kranken Patienten berichtet werden (ΜΥΤΗΝΥ 1988, 1989). Im Gruppenmit-

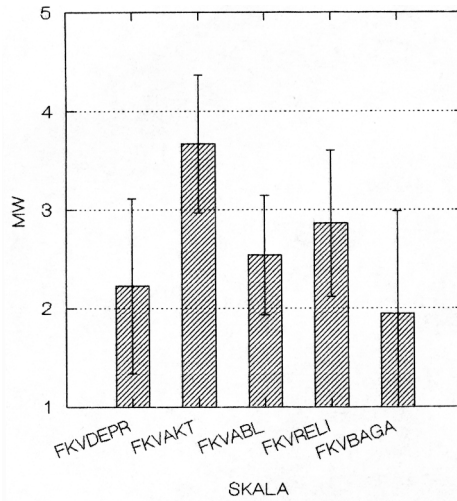


Abb. 2: Häufigkeit elterlicher Copingmuster (FKV-LIS, n=44, Erläuterung der Skalenabkürzungen im Text)

telwert am geringsten ausgeprägt ist die Häufigkeit depressiver Reaktionen (FKVDEPR) sowie das Bagatellisieren und Wunschen (FKVBAGA). Im übrigen fand sich eine signifikante deutlich ausgeprägte Korrelation zwischen den Faktoren „Depressives Coping“ und „Bagatellisierung und Wunschen“ ($r=0.67$, $p<0.001$) – ein Ergebnis, das in ähnlicher Ausprägung bereits in der Untersuchungsgruppe des Fragebogenautors (MUTHNY 1989) zu verzeichnen war und möglicherweise auf einen globalen maladaptiven Copingstil hinweist.

Die Auswertung des FKV-LIS auf Itemebene ermöglicht die Erstellung einer Rangreihe der am häufigsten genannten Copingmechanismen (vgl. Tab. 3). Mit Abstand am häufigsten wird die kämpferische Haltung berichtet gefolgt von Compliance-Strategien, Informationssuche, aktiver Problemlösung, Selbstermutigung, der Suche nach Trost im Glauben und der Annahme der Krankheit des Kindes als Schicksal. Selten berichten die befragten Eltern von Kompensationsstrategien einschließlich Alkohol- und Medikamentengebrauch, von Selbstbeschuldigung, Bagatellisieren oder Galgenhumor. Auch Mißtrauen in die behandelnden Ärzte wird nur selten angegeben.

Betrachtet man nun die selbstberichtete Effektivität der im FKV-LIS enthaltenen Copingstrategien (Tab. 4), so fällt auf, daß einzelne Strategien von einer größeren Zahl der befragten Eltern als sehr hilfreich erlebt werden:

Insbesondere wird das entschlossene Kämpfen gegen die Krankheit des Kindes als besonders hilfreich genannt, gefolgt vom Vertrauen in die behandelnden Ärzte, vom Trost im religiösen Glauben, von der Informationssuche und von der Annahme der Krankheit als Schicksal. Es zeigt sich somit eine Parallele zwischen den am häufigsten angewendeten und den subjektiv am hilfreichsten empfundenen Strategien, die hilfreichsten Strategien wurden demnach besonders häufig eingesetzt.

Tab. 3: Rangreihe der von den Eltern am häufigsten und am seltensten eingesetzten Copingstrategien (FKV-LIS, n=44)

Rang	Item	Formulierung	MW	SD
1.	15	Kampfgeist	4,50	0,82
2.	27	ärztlichem Rat folgen	4,43	0,70
3.	28	Vertrauen in Ärzte	4,36	0,72
4.	1	Informationssuche	4,02	1,07
5.	7	aktive Problemlösung	3,82	1,30
6.	17	Selbstermutigung	3,71	1,03
7.	14	intensiver leben	3,23	1,43
8.	21	Schicksal annehmen	3,23	1,48
9.	23	Religion	3,21	1,47
10.	22	Grübeln	2,86	1,39
.....				
30.	31	Galgenhumor	1,68	0,98
31.	3	Bagatellisieren	1,66	1,03
32.	5	Selbstbeschuldigung	1,61	1,21
33.	13	sich mehr gönnen	1,59	0,79
34.	12	Alkohol, Tranquilizer	1,52	1,00
35.	29	Mißtrauen in Ärzte	1,34	0,75

Tab. 4: Rangreihe der subjektiv hilfreichsten elterlichen Copingstrategien (FKV-LIS, n=44 Eltern), geordnet nach dem individuell gewichteten Effektivitätsscore (errechnet aus der Zahl der Nennungen multipliziert mit dem Rangfaktor: 3. Rang = Faktor 1, 2. Rang = Faktor 2, 1. Rang Faktor 3)

RangItem	Formulierung	n gewichteter Score
1. 15	Kampfgeist	18 42
2. 28	den Ärzten vertrauen	19 36
3. 23	Religion	14 32
4. 1	Informationssuche	11 22
5. 21	Schicksal annehmen	8 18
6. 7	aktive Problemlösung	6 11
7. 14	intensiver leben	5 6
8. 5	Selbstbeschuldigung	4 8
9. 25	Abwärtsvergleich	4 8
10. 27	dem ärztlichen Rat folgen	3 8
11. 24	Sinnsuche	4 6
12. 17	Selbstermutigung	4 5
13. 32	Hilfe anderer	3 3

4.2 Körperliche Beschwerden und Copingstrategien der Kinder und Jugendlichen

Die von den Eltern wahrgenommenen somatischen Beschwerden ihrer erkrankten Kinder, gemessen mit dem GBB-KJ, wurden für die Untersuchungsgruppe dahingehend analysiert, welche der 59 Items am häufigsten angegeben wurden. Aus den zehn am häufigsten berichteten Beschwerden wurde für die weitere Verrechnung ein Onkologie-Beschwerdescore (GBBONKO) gebildet. Als Leitbeschwerden zeigten sich die in der Onkologie typischen Symptome wie Übelkeit, Appetitlosigkeit und Erbrechen, Müdigkeit, Schwäche und Erschöpfung (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Von den Eltern (n=2 1) wahrgenommene Leitbeschwerden krebskranker Kinder und Jugendlicher (Rangreihe der im GBB-KJ am häufigsten genannten Symptome)

Rang	Item	Inhalt	MW	SD
1.	18	Übelkeit	2,38	1,20
2.	16	Erbrechen	2,33	1,02
3.	9	Müdigkeit	2,14	1,01
4.	36	Appetitlosigkeit	2,05	0,92
5.	26	schnell müde werden	1,91	1,51
6.	47	rasche Erschöpfbarkeit	1,91	1,55
7.	37	Mattigkeit	1,86	1,28
8.	1	Schwächegefühl	1,78	1,24
9.	25	Kopfschmerzen	1,38	1,24
10.	35	nachts aufwachen	1,38	1,24

Die von den Eltern bei ihren Kindern beobachteten Copingstrategien, ermittelt mit dem CHIC (s. Abb. 3), zeigen ein deutliches Überwiegen der adaptiven Coping-Strategien (CHICADAP) gegenüber den maladaptiven Strategien (CHICMAL). Besonders hoch wird von den Eltern die Mitarbeitsbereitschaft ihrer Kinder bei der Therapie (CHICCOMP) eingeschätzt, ebenso die Entwicklung von Kompetenz und Optimismus im Umgang mit der Krankheit (CHICKOMP). Mäßig ausgeprägt ist die von den Eltern bei ihren Kindern wahrgenommene Suche nach sozialer Unterstützung (CHICSUPP). Im Gruppendurchschnitt gering ausgeprägt sind die von den Eltern berichteten reaktiven Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Probleme ihrer Kinder in bezug auf die Krankheit wie Rückzugsverhalten und Selbstwertprobleme (CHICRÜCK) sowie Irritierbarkeit, Stimmungslabilität und Ausagieren (CHICIRRI). Verglichen mit den von den Autoren des Fragebogens berichteten Ergebnissen, die aus einer Stichprobe von Eltern epileptischer und asthmakrankender Kinder stammen (AUSTIN et al. 1991), fällt trotz der unterschiedlichen Krankheitscharakteristika eine weitgehende Übereinstimmung des von den Eltern berichteten Copingmusters der Kinder auf. Der etwas niedrigere Wert der krebskranken Kinder auf der Skala „Kompetenz und Optimismus“ ist aufgrund des größeren Schweregrades und der größeren Bedrohlichkeit bösartiger Krankheiten gut nachvollziehbar.

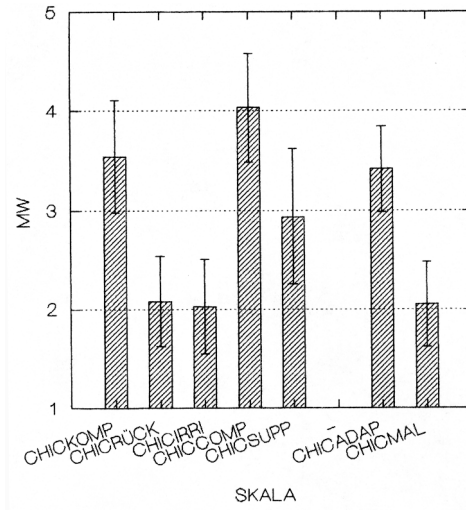


Abb. 3: Copingstrategien der Kinder im Elternurteil (n=21, CHIC-Gruppenmittelwerte, Erläuterung der Skalenabkürzungen im Text)

4.3 Korrelationsuntersuchungen

Wie aufgrund der nach inhaltlichen Gesichtspunkten vorgenommenen Konstruktion des CHIC zu erwarten war, finden sich teilweise mittlere Interkorrelationen zwischen den fünf Primärskalen (vgl. Tab. 6), während zwischen den Sekundärskalen adaptives Coping und maladaptives Coping kein statistischer Zusammenhang nachweisbar ist.

Tab. 6: CHIC – Skaleninterkorrelationen (CHICKOMP Kompetenz und Optimismus, CHICRÜCK Rückzug und Selbstwertprobleme, CHICIRRI = Irritierbarkeit, Stimmungslabilität und Ausagieren, CHICCOMP = Compliance, CHICSUPP = Suche nach Unterstützung, CHICADAP Sekundärskala adaptives Coping, CHICMAL = Sekundärskala maladaptives Coping):
*p<0.05, **p<0.01, *** p<0.001

	CHICKOMP	CHICRÜCK	CHICIRRI	CHICCOMP	CHICSUPP	CHICADAP	CHICMAL
CHICKOMP	1.00						
CHICRÜCK	-0.40	1.00					
CHICIRRI	-0.42	0.67***	1.00				
CHICCOMP	0.42	-0.26	-0.45*	1.00			
CHICSUPP	0.31	0.38	0.36	-0.02	1.00		
CHICADAP	0.68***	0.06	-0.03	0.51*	0.82***	1.00	
CHICMAL	-0.45*	0.88***	0.94***	-0.41	-0.40	0.01	1.00

Anhaltspunkte für eine konkurrente Validität der beiden eingesetzten Verfahren zur Messung des elterlichen Copings können aus der Korrelationsmatrix der jeweiligen Skalen entnommen werden (Tab. 7). Bei der Interpretation muß berücksichtigt werden, daß der unterschiedliche Fokus der Fragebögen (FKV: Häufigkeit vs. CHIP: Effektivität) und die unterschiedliche inhaltliche Schwerpunktsetzung des jeweiligen Itempools von vornherein keine starken Zusammenhänge erwarten ließen. So zeigt sich ein signifikanter mittlerer Zusammenhang der FKV-Skalen „Depressive Reaktion“ (FKVDEPR) sowie „Religiosität und Sinnsuche“ (FKVRELI) mit dem CHIP-Faktor „familiäre Integration und Kooperation sowie Optimismus“ (CHIPFAM) in der jeweils erwarteten Richtung. Die FKV-Skala „Aktives, problemorientiertes Coping“ (FKVAKT) zeigt einen signifikanten ebenfalls mittleren Zusammenhang mit dem CHIP-Faktor „Bemühungen um ein Verstehen der medizinischen Situation“ (CHIPMED). Die FKV-Skala „Ablenkung“ (FKVABL) weist signifikante positive Zusammenhänge mit sämtlichen drei Faktoren des CHIP auf, besonders ausgeprägt mit dem CHIP-Faktor „soziale Unterstützung und Selbststabilisierung“ (CHIPSUP) und mit der CHIP-Globalskala (CHIPALL). Insgesamt können die gefundenen Zusammenhänge somit als Validitätshinweis für die beiden Fragebögen gelten, insofern als mit ihnen teilweise ähnliche Merkmale der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung auf Elternebene erfaßt werden.

Tab. 7: Korrelation zwischen den Skalen des FKV-LIS und des CHIP
(n=44 Eltern; * P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001)

	CHIPFAM	CHIPSUP	CHIPMED	CHIPALL
FKVDEPR	-0.38*	0.05	-0.18	0.25
FKVAKT	0.16	0.17	0.42**	0.29
FKVABL	0.36*	0.42**	0.30*	0.48***
FKVRELI	0.31*	0.10	0.17	0.27
FKVBAGA	-0.18	0.16	-0.07	-0.05

Tab. 8: Zusammenhang zwischen Coping und Beschwerden der Kinder (CHIC, GBB-KJ) und Coping der Eltern (CHIP, FKV-LIS): Skaleninterkorrelationen (*P<0.05, **P<0.01, ***p<0.001, Erläuterung der Skalenabkürzungen im Text)

	CHICKOMP	CHICRÜCK	CHICIRRI	CHICCOMP	CHICSUPP	CHICADAP	CHICMAL	GBBONKO
CHIPMED								0.46*
CHIPRISK					0.47*			
CHIPENC	-0.39*	-0.38*						
FKVDEPR	0.68**	0.70**						0.75***
FKVABL				0.47*	0.49*			
FKVRELI	-0.46*							
FKVBAGA	-0.45*	0.53*						0.47*

Von besonderem Interesse ist der Zusammenhang zwischen dem elterlichen Coping und dem Coping der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Im einzelnen sind die bedeutsamen Korrelationen in Tabelle 8 wiedergegeben. Es zeigen sich eine Reihe von signifikanten Zusammenhängen insbesondere zwischen den FKV-Skalen und den CHIC-Skalen. Hervorstechend ist der signifikante starke Zusammenhang zwischen depressiven Reaktionen der Eltern und dem von den Eltern berichteten maladaptiven Coping der Kinder und Jugendlichen. Ablenkungsstrategien der Eltern (FKVABL) zeigen hingegen einen signifikanten positiven Zusammenhang mit dem wahrgenommenen adaptiven Coping der Kinder und Jugendlichen. Religiosität und Sinnsuche der Eltern (FKVRELI) hängt signifikant negativ mit dem Rückzugsverhalten und Selbstwertproblemen der Kinder und Jugendlichen zusammen, Bagatellisieren und Wunschdenken der Eltern hingegen ist signifikant positiv mit dem Rückzuverhalten und mit Selbstwertproblemen der Kinder korreliert. Außerdem ist Bagatellisieren und Wunschdenken auf Seiten der Eltern mit einer Abnahme von Kompetenz und Optimismus in der Krankheitsbewältigung der Kinder verbunden.

Der Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und Coping interessiert in zweierlei Hinsicht. Einmal kann das Ausmaß der Beschwerden als Belastungsmerkmal und somit quasi als Input den Copingprozeß steuern. Zum anderen können die erlebten oder von den Eltern an ihren Kindern wahrgenommenen Beschwerden als Outcome-Kriterium quasi Ergebnis mehr oder weniger erfolgreichen Copings sein. Hierzu sei beispielsweise auf die psychosomatische Komponente des konditionierten Erbrechens bei Chemotherapie-Patienten (DOLGIN 1989; Tyc et al. 1995) oder auf die Ergebnisse der psychologischen Schmerzforschung (WIEDEBUSCH et al. 1995; BROWN et al. 1986) verwiesen. Mit Ausnahme der Skala CHIPMED („Verstehenwollen der medizinischen Situation“, $r=0.46$, $p<0.05$) ist das Ausmaß körperlicher Beschwerden in der Untersuchungsgruppe jedoch unabhängig von der Ausprägung des Copings, sowohl auf der Ebene der Eltern als auch auf der Ebene der Kinder und Jugendlichen. Es gibt aus diesen Daten also keinen Beleg dafür, daß bei stärkerer körperlicher Symptomatik etwa andere Bewältigungsstrategien eingesetzt werden oder die Adaptivität des Copings zu einem geringeren körperlichen Leidensdruck beiträgt.

5 Diskussion

Die dargestellte Studie demonstriert, daß Copingstrategien bei einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter mit standardisierten Meßinstrumenten auf der Ebene der Selbsteinschätzung der betroffenen Eltern und auf der Ebene der Fremdeinschätzung der betroffenen Kinder und Jugendlichen (Elternurteil) differenziert und mit ausreichender Zuverlässigkeit erfaßt werden können. Der Einsatz spezifischer für den Bereich chronischer Krankheiten im Kindes und Jugendalter konzipierter Verfahren eröffnet somit Möglichkeiten sowohl für die klinische Anwendung als auch für die klinische Forschung. Im Unterschied zu gängigen eher an psychopathologischen Konzepten oder an Persönlichkeitsdimensionen orientierten diagnostischen Methoden ist die Coping-Diagnostik ressourcen- und prozeßorientiert und eröffnet Einblicke in die

jeweiligen Stärken und Problembereiche des familialen Copings. Eine methodische Weiterentwicklung dieser ersten Ansätze einer standardisierten Messung von Krankheitsbewältigung in der pädiatrischen Psychoonkologie erscheint vielversprechend, insbesondere für die Realisierung der immer wieder übereinstimmend geforderten prospektiven Längsschnittstudien mit Langzeit-Follow-up-Untersuchungen (BRADLEY u. BURISH 1983; COMPAS et al. 1992; KUPST 1992; KAZAK 1993). Die Nachteile von Selbstbeurteilungsverfahren und von einer vollständigen Standardisierung können durch eine Perspektivenvielfalt und Methodenkombination etwa mit Interview-, Beobachtungs- und Fremdbeurteilungsverfahren ausgeglichen werden. Die Frage adäquater Kontrollgruppen ist im Zusammenhang mit der weiteren Forschung in der pädiatrischen Psychologie allerdings noch diskussionsbedürftig (KAZAK 1993).

Die inhaltlichen Ergebnisse der hier präsentierten Studie sind überwiegend deskriptiver und hypothesengenerierender Natur. Die befragten Eltern bewerten vor allem ein aktives, problemorientiertes Coping, eine kämpferische und optimistische Grundeinstellung, einen starken familialen Zusammenhalt und eine Hinwendung zu Religion und Sinnsuche als hilfreich. Diese als eher hilfreich empfundenen Copingstrategien werden auch besonders häufig eingesetzt, was im Sinne der kognitiven Coping-Theorie von LAZARUS und Mitarbeitern als Ergebnis eines konstruktiven Lernprozesses mit wiederholten Neubewertungen der Selbstwirksamkeit im Verlauf der Auseinandersetzung mit der Krankheit des Kindes erklärt werden kann. Die Annahme liegt nahe, daß soweit möglich an bewährten Copingstrategien festgehalten wird, während ineffektive Strategien unterlassen oder wieder aufgegeben werden.

Daß die von den befragten Eltern angegebenen Copingstrategien möglicherweise einer Antworttendenz im Sinne sozialer Erwünschtheit unterliegen, kann aufgrund der mit klinischen Eindrücken nicht unbedingt übereinstimmenden Häufigkeitsrangreihe nur vermutet werden. Das auf dem letzten Platz der Rangfolge rangierende Mißtrauen in die behandelnden Ärzte könnte beispielsweise Ausdruck einer sozial erwünschten Patienten-Haltung sein, oder es könnte sich hier eine unbewußte Abwehr angsterregender Gedanken manifestieren.

Eine relativ kleine Problemgruppe von Eltern mit ineffektiverem Coping kann durch niedrigen familialen Zusammenhalt in Verbindung mit ausgeprägt depressiver Krankheitsverarbeitung und einer starken Tendenz zum Bagatellisieren und Wunschdenken charakterisiert werden. Diese Gruppe bedarf in besonderer Weise der begleitenden psychosozialen Unterstützung, wobei durch entsprechend konzipierte Interventionsstudien zu überprüfen wäre, ob und mit welchen Methoden eine Veränderung des primär ineffektiven Copingstils in Richtung auf eine effektivere Krankheitsbewältigung möglich ist. Insgesamt bestätigen die Untersuchungsergebnisse damit die in anderen Studien an Eltern von Krebspatienten getroffenen Feststellungen sowohl hinsichtlich der Ausprägung typischer Copingmuster (BIRENBAUM 1990; BLOTCKY et al. 1985) als auch hinsichtlich der Adaptivität der elterlichen Krankheitsbewältigung (KUPST et al. 1982, 1983, 1984; FIFE et al. 1987).

Die erkrankten Kinder und Jugendlichen zeichnen sich aus Sicht ihrer Eltern durch eine überwiegend adaptive Krankheitsbewältigung aus. Ihnen wird ein hohes Maß an Mitarbeitsbereitschaft bei der Therapie und an allgemeiner Kompetenz und Optimismus

im Umgang mit der eigenen Erkrankung bescheinigt. Lediglich bei einer kleinen Teilgruppe ist das adaptive Coping deutlich geringer, stattdessen überwiegt hier ein maladaptiver Copingstil, der mit psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensproblemen einhergeht. In der Untersuchungsgruppe variieren die beiden globalen Coping-Dimensionen, die mit dem CHIC erfaßt werden (Adaptivität und Maladaptivität), interessanterweise unabhängig voneinander, was die Überlegung nahelegt, daß das Vorliegen von im weitesten Sinn psychopathologischen Auffälligkeiten nicht mit einer Limitierung adaptiver Copingstrategien einhergeht. Möglicherweise zeigt sich hier die Unschädlichkeit oder gar Nützlichkeit reaktiver psychischer und sozialer Auffälligkeiten im Sinne einer Entlastungsfunktion. Eine andere Erklärung für diesen Befund, der an einer größeren Stichprobe und in prospektiven Längsschnittstudien mit multidimensionalen und multimethodalen Ansätzen überprüft werden sollte, könnte darin liegen, daß Psychopathologie und Coping zwei grundsätzlich weitgehend unabhängig voneinander sich entwickelnde Dimensionen sind. Die in zahlreichen Studien immer wieder berichtete mehr oder weniger erhöhte Rate psychischer Probleme bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (z.B. KOCHER u. O'MALLEY 1981; SANGER et al. 1991) kann unter dieser Betrachtungsweise nicht als ein Beleg für gescheitertes oder ineffektives Coping gelten, sondern sollte als potentiell Phänomen im Kontext einer schweren lebensbedrohlichen Erkrankung die Überlegung aufwerfen, daß psychische Normalität hier nur näherungsweise zu erwarten ist. Letztlich stellt sich an dieser Stelle in besonderer Deutlichkeit das in der Copingforschung bekannte Adaptivitäts- oder Effektivitätsproblem (PEARLIN u. SCHOOLER 1978; HEIM 1988; WEBER 1994). Es gilt zu klären, ob als Kriterium für eine gelungene Krankheitsbewältigung normativ zu bestimmende individuelle Merkmale wie die Abwesenheit von Psychopathologie, Aspekte der Anpassung an ein Therapieregime (Compliance) oder subjektiv zu bestimmende individuelle Merkmale wie Patienten-Zufriedenheit oder Lebensqualität herangezogen werden sollen. Bisherige empirische Erkenntnisse legen nahe, daß unterschiedliche Konzeptualisierungen hinsichtlich der Zielorientierung von Krankheitsbewältigung zu Wahrnehmungs- und Bewertungsunterschieden bei der Erforschung von Copingprozessen führen. Dies wurde am Beispiel des Vergleichs zwischen Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung der Krankheitsbewältigung erwachsener Dialysepatienten von МУТНУ (1988) gezeigt.

In Anbetracht der methodischen Limitierungen können die Ergebnisse der hier vorgelegten Studie hinsichtlich möglicher Einflußfaktoren auf den familialen Krankheitsbewältigungsprozeß nur vorsichtig interpretiert werden. Insbesondere sind aufgrund des Querschnittsdesigns und der hinsichtlich Alter, Diagnose, Behandlungsmodus und Behandlungsdauer heterogenen insgesamt eher kleinen Stichprobe keine abschließenden Aussagen zur Bedeutsamkeit einzelner Faktoren möglich. In der Tendenz zeigte sich ein eher ungünstiger Einfluß von Therapieintensität und -dauer auf die Qualität des Copings, während das Alter der Patienten als isolierte Variable eher wenig Einfluß zu haben scheint. Entsprechend dem Coping-Paradigma sind monokausale oder lineare Zusammenhänge ohnehin nicht zu erwarten. Vielmehr ist von einem komplexen Bedingungsgefüge mit zahlreichen Wechselwirkungen und interaktionellen Komponenten auszugehen (McCUBBIN u. McCUBBIN 1991; BROWN et al. 1993). Die in dieser Vorstudie durchgeführten Zusammenhangsanalysen lassen immerhin auf eine ausge-

prägte gegenseitige Beeinflussung zwischen Eltern und Kindern in ihrer jeweiligen Krankheitsbewältigung schließen. Ein elterlicher Copingstil, der mit einem hohen Maß an familialem Optimismus, Suche nach sozialer Unterstützung, Selbststabilisierung, Compliance- und Ablenkungsstrategien beschrieben werden kann, ist mit starkem von den Eltern wahrgenommenen adaptiven Coping ihrer Kinder verbunden. Maladaptive Coping der Kinder ist mit einem passiven, depressiven Copingstil der Eltern korreliert. Allerdings ist die Konfundierung des Elternurteils über ihre Kinder mit eigenen Bewältigungsmechanismen und damit verbundenen Wahrnehmungsverzerrungen der Eltern ein möglicherweise verfälschender methodischer Faktor, so daß dieses Ergebnis differenziert interpretiert werden muß. Es ist nicht auszuschließen, daß eher resignativ und pessimistisch eingestellte Eltern ihre eigenen Empfindungen in ihr Kind projizieren, und daß die aktiv-kämpferischen und optimistischen Eltern einer entsprechende Projektion oder Wunschkonstruktion bezüglich der Krankheitsbewältigung ihrer Kinder unterliegen. In jedem Fall lassen die gefundenen Zusammenhänge die Eltern-Kind-Interaktion im familiären Krankheitsbewältigungsprozeß ganz in den Mittelpunkt treten – eine Perspektive, die im Unterschied zu manchen klinischen und kasuistischen Beiträgen (BÜRGIN 1981, 1990) in der bisherigen empirischen Copingforschung eher zu kurz kommt. Daß die Familienmitglieder sich in ihren individuellen Bewältigungsreaktionen am Verhalten der anderen Familienmitglieder ausrichten und daß sich in diesem dynamischen Prozeß mehr oder weniger große Abstimmungs- und Anpassungsschwierigkeiten ergeben, ist wahrscheinlich und sollte in einer interaktionell ausgelegten Längsschnittstudie durch ein entsprechend erweitertes Methodeninventar ebenso erfaßt werden können wie Einflüsse von Interaktionsmustern zwischen den Behandelten und der Familie auf den Bewältigungsstil und das Bewältigungsergebnis.

Künftige Untersuchungen sollten insbesondere die Entstehung und ggf. Verfestigung von – je nach gewähltem und möglichst eindeutig definierten Zielkriterium – ungünstigen und günstigen familialen Bewältigungsstrategien im Krankheits- und Behandlungsverlauf längsschnittlich und unter mehreren Beurteilerperspektiven nachvollziehbar machen und damit Ansatzpunkte für gezielte Interventionen aufzeigen. Es spricht aufgrund der bisherigen empirischen Forschungsergebnisse manches dafür, daß familiäre und individuelle Prädispositionen bereits in der Diagnosephase und in der initialen Reaktion nach Diagnoseeröffnung und Therapiebeginn zur Manifestation von Bewältigungsmustern führen, die im weiteren Verlauf zur Chronifizierung tendieren, sei es als eher adaptive oder eher maladaptive Variante. Auf die entsprechenden zur Selbstbestätigung tendierenden ungünstigen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse bereits in dieser frühen kritischen Phase der Krankheitsbewältigung korrigierend Einfluß zu nehmen, unter der Vorstellung, daß diese kritische und labile Phase eine Chance zur Neuorganisation der subjektiven Kognitionen, emotionalen Reaktionsbereitschaften und der intrafamilialen Kommunikationsmuster bietet, wäre die Zielvorstellung für eine effektive psychotherapeutische Unterstützung der betroffenen Familien.

Die Einbeziehung der Lebensqualität pädiatrisch-onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen als Outcome-Kriterium könnte die klinische Relevanz künftiger Untersuchungen erhöhen und gleichzeitig einen Ausweg aus dem bislang ungelösten Adaptivitätsproblem der Krankheitsbewältigungsforschung bieten. Bei aller Problematik des

Konstrukts Lebensqualität (STRAUSS u. GLASER 1975; BULLINGER 1989; BULLINGER u. RAVENS-SIEBERER 1995; MULHERN et al. 1989) bietet sich hier eine konsequente Ergänzung des auf subjektive Aspekte der Krankheitsverarbeitung abstellenden Coping-Modells an.

Literatur

- AUSTIN, J.K./PATTERSON, J.M./HUBERTY, T.J. (1991): Development of the Coping Health Inventory for Children. *Journal of Pediatric Nursing* 6, 166-174.
- BARBARIN, O.A./HUGHES, D./CHESLER, M.A. (1985): Stress, coping and marital functioning among, parents of children with cancer. *Journal of Marriage and the Family* 47, 473-480.
- BASKIN, CH./FOREHAND, R./SAYLOR, C. (1985): Predictors of psychological adjustment in mothers of children with cancer. *J. Psychosoc. Onc.* 3, 43-54.
- BIRENBAUM, L.K. (1990): Family coping with childhood cancer. *Hospice Journal* 6, 17-33.
- BLOTCKY, A.D./RACZYNSKI, J.M./GURWITCH, R./SMITH, K. (1985): Family Influences on Hopelessness Among Children Early in the Cancer Experience. *J. Pediatr. Psychol.* 10 (4), 479-493.
- BRADLEY, I.A./BURISH, T.G. (1983): Coping with Chronic Disease: Current Status and Future Directions. In: BURISH, T.G./AND BRADLEY, L.A. (eds.): *Coping with Chron. Disease*. New York: Research and Applications Academic Press, S. 475-482.
- BRÄHLER, E. (1992): Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GKB-KJ); Handanweisung. Bern: Huber.
- BRETT, K.M./DAVIES, E.M. (1988): „What does it mean?“ Sibling and parental appraisals of childhood leukemia. *Cancer Nursing* 11 (6), 329-38.
- BROWN, J.M./O'KEEFE, J.O./SANDERS, ST.H./BAKER, B. (1986): Developmental changes in childrens cognition to stressful and painful situations. *J. Pediatr. Psychol.* 11 (3), 343-357.
- BROWN, R.T./KASLOW, N.J./MADAN-SWAIN, A./DOEPKE, K.J./SEXSON, S.B./HILL, L.J. (1993): Parental psychopathology and children's adjustment to leukemia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (3) 554-61.
- BULL, B.A./DROTAR, D. (1991): Coping with Cancer in Remission: Stressors and Strategies Reported by Children and Adolescents. *J. Pediatr. Psychol.* 16 (6), 767-782.
- BULLINGER, M. (1989): Forschungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Krebs – ein Überblick. In: VERRES, R./HASENBRING, M. (Hg.): *Psychosoziale Onkologie*. Berlin: Springer, S. 45-57.
- BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U. (1995): Stand der Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Prävention und Rehabilitation* 7 (3), 106-121.
- BÜRGIN, D. (1981): Das Kind, die lebensbedrohende Krankheit und der Tod. Bern: Huber.
- BÜRGIN, D. (1990): Krankheitsverarbeitung (bei Leukämie) in der Früh-Adoleszenz. In: ZIEGLER, G./JÄGER, R.S./SCHÜLE, J. (Hg): *Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten*. Stuttgart: Enke, S. 149-174.
- COMPAS, B.E. (1987): Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin* 101 (3), 393-403.
- COMPAS, B.E./WORSHAM, N.L./EY, S. (1992): Conceptual and Developmental Issues in Children's Coping with Stress. In: LA GRECA, A.M./SIEGEL, L.J./WALLANDER, J.L./WALKER, C.E. (eds.): *Stress and Coping in Child Health*. New York: Guilford Press, S. 7-24.
- DAHLQUIST, L.M./CZYZEWSKI, D.I./COPELAND, K.G./JONES, C.J./TAUB, E./VAUGHAN, J.K. (1993): Parents of children newly diagnosed with cancer: anxiety, coping and marital distress. *J. Pediatr. Psychol.* 18, 365-376.
- DOLGIN, M.J. (1989): Behavioral effects of chemotherapy in children with cancer. *J. Psychosoc. Onc.* 6, 99-107.
- FIFE, B./NORTON, J./GROORN, G. (1987): The family's adaptation to childhood leukemia. *Soc. Sci. Med.* 24, 159-168.
- GOLDBECK, L. (1994): CHIP Coping Health Inventory for Parents. Deutsche Version (unveröffentl.).
- GOLDBECK, L. (1994): CIHC Coping Health Inventory for Children. Deutsche Version (unveröffentl.).
- HEIM, E. (1988): Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes und ungeeignetes Coping? *Psychother. med. Psychol.* 3 8, 8-18.

- KAZAK, A.E. (1992): The Social Context of Coping with Childhood Illness: Family Systems and Social Support. In: LA GRECA, A.M./SIEGEL, L.J./WALLANDER, J.L./WALKER, C.E. (eds.): *Stress and Coping in Child Health*. New York: Guilford Press, S. 262-278.
- KAZAK, A.E. (1993): Editorial: Psychological Research in Pediatric Oncology. *J. Pediatr. Psychol.* 18 (3), 313-318.
- KELLER, C./NICOLLS, R. (1990): Coping Strategies of Chronically Ill Adolescents and their Parents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 13, 73-80.
- KOOCHER, G.P./O'MALLEY, J.E. (1981): The Damocles Syndrome: Psychological consequences of surviving childhood cancer. New York.
- 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. (eds.): *Stress and Coping in Child Health*. New York: Guilford Press, S. 241-261.
- KUPST, M.J./NATTA, M.B./RICHARDSON, C.C./SCHULMAN, J.L./LAVIGNE, J.V./DAS, L. (1995): Family coping with pediatric leukemia: Ten years after treatment. *J. Pediatr. Psychol.* 20, 601-617.
- KUPST, M.J./SCHULMAN, L.J. (1988): Long-term coping with pediatric leukemia: a six-year follow-up study. *J. Pediatr. Psychol.* 13, 7-22.
- KUPST, M.J./SCHULMAN, J.L./MAURER, H./MORGAN, E./HONIG, G./FOCHTMAN, D. (1982): Family Coping with Childhood Leukemia: One Year after Diagnosis. *J. Pediatr. Psychol.* 7 (2), 157-174.
- KUPST, M.J./SCHULMAN, J.L./MAURER, H./MORGAN, E./HONIG, G./FOCHTMAN, D. (1984): Coping with Pediatric Leukemia: A Two-Year Follow-up. *J. Pediatr. Psychol.* 9 (2), 149-163.
- KUPST, M.J./SCHULMAN, J.L./MAURER, H./HONIG, G./FOCHTMAN, D. (1983): Psychosocial Aspects of Pediatric Leukemia: From Diagnosis Through The First Six Months of Treatment. *Medical and Pediatric Oncology* 11, 269-278.
- KUSCH, M./LABOVIE, H./BODE, U. (1994): Unterschiede im aktuellen Befinden zu Beginn der Krebstherapie und mögliche Folgen: Eine Pilotstudie in der pädiatrischen Onkologie. *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 43 (3), 98-106.
- LAZARUS, R.S. (1979): Stress and Coping as Factors in Health and Illness. In: COHEN, J./CULLEN, J.W./MARTIN, L.R. (eds.): *Psychosocial Aspects of Cancer*. New York: Raven Press, S. 163-198
- LAZARUS, R.S. (1981): Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In: FILIPP, S.-H. (Hg.): *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban, S. 198-232.
- MAGNI, G./SILVESTRO, A./TAMIELLO, M./ZANESCO, L./CARLI, M. (1988): An integrated approach to the assessment of family adjustment to acute lymphocytic leukemia in children. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 78 (5) 639-42.
- Martinson, J.M./Cohen, M.H. (1989): Themes from a longitudinal study of family reaction to childhood cancer. *J. Psychosoc. Onc.* 6, 81-98.
- McCUBBIN, H.I./McCUBBIN, M.A. (1991): Family System Assessment in Health Care. In: McCUBBIN, H.I./THOMPSON, A.I. (eds.): *Inventories for Research and Practice*. University of Wisconsin-Madison, Madison, S. 63-80.
- McCUBBIN, H.I./McCUBBIN, M.H./PATTERSON, J.M./CAUBLE, A.E./WILSON, L.R./WARWICK, W. (1983): CHIP – Coping Health Inventory for Parents – An Assessment for parental coping patterns in the care of a chronically ill child. *Journal of Marriage and the Family* 45, 359-370.
- McCUBBIN, M.A./McCUBBIN, H.L. (1991): Family Stress Theory and Assessment. The Resiliency Model of Adjustment and Adaptation. In: McCUBBIN, H.I./THOMPSON, A.I. (eds.): *Family Assessment Inventories for Research and Practice*. University of Wisconsin-Madison, Madison.
- MULHERN, R.K./CRISCO, J.J./CAMITTA, B.M. (1981): Patterns of communication among pediatric patients with leukemia, parents and physicians: Prognostic disagreements and misunderstandings. *J. Pediatr.* 99, 480-483.
- MULHERN, R.K./OCHS, J./ARMSTRONG, F.D./HOROWITZ, M.E./FRIDMAN, A.G./COPELAND, D. (1989): Assessment of quality of life among pediatric patients with cancer. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2, 130-138.
- MUTHNY, F. (1988): Zur klinischen Erfassung von Krankheitsverarbeitung und zur Spezifitätsfrage. Grundsatzüberlegungen und erste Erfahrungen mit einem neuentwickelten Forschungsinstrument. *Prax Klin. Verhaltensmed. Rehab.* 1, 9-16.
- MUTHNY, F.A. (1988): Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal – Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 17 (4), 319-333.
- MUTHNY, F.A. (1989): Erfahrungen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). In: VERRES, R./HASENBRING, M. (Hg.): *Psychosoziale Onkologie*. Berlin: Springer, S. 86-101.

- MUTHNY, F.A. (1989): Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Weinheim: Beltz.
- NICHOLS, M.L. (1995): Social support and coping in young adolescents with cancer. *Pediatric Nursing* 1 (3) 235-40.
- O'MALLEY, J.E./KOOCHER, D./FOSTER, L./SLAVIN, L. (1979): Psychiatric sequelae of surviving childhood cancer. *Am. J. Orthopsychiatr.* 49, 608-616.
- PEARLIN, L.I./SCHOOLER, C. (1978): The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2-21.
- PETERMANN, F./BODE, U. (1986): Five coping styles in families of children with cancer. *Pediatric Hematology and Oncology* 3, 299-309.
- POWERS, G.M./GAUDET L.M./POWERS, S. (1986): Coping Patterns of Parents of chronically ill children. *Psychological Reports* 59, 519-522.
- SANGER, M.S (1991): Psychological Actustment Among Pediatric Cancer Patients: A Multidimensional Assessment. *Journal of Pediatric Psychology* 16 (4), 463-474.
- SCHRAPPE, M./REITER, A./SUATER, S./LUDWIG, W.-D./WÖRMANN, B./HARBOTT, J./BENDER-GÖTZE, C./DÖRFFEL, W./DOPFER, R./FREY, E./HAVERS, W./HENZE, G./KÜHL, J./RICHTER, R./RITTER, J./TREUNER, J./ZINTL, F./ODENWALD, E./WELTE, K./RIEHM, H. (1994): Konzeption und Zwischenergebnis der Therapiestudie ALL-BFM 90 zur Behandlung der akuten lymphoblastischen Leukämie bei Kindern und Jugendlichen: Die Bedeutung des initialen Therapieansprechens in Blut und Knochenmark. *Klin. Pädiatr.* 206, 208-221.
- SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./HÜRTER, A./MOORMANN, D./NILLES, D./SUCKOW, A. (1994): Die Bewältigung chronischer Krankheiten im Jugendalter: Individuelle und familiäre Bewältigungsformen. In: SCHÜBLER, G./LEIBING, E. (Hg.): Coping. Verlaufs- und Therapiestadien chronischer Krankheit, Göttingen: Hogrefe, S. 75-82.
- SESTERHENN, H. (1991): Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie. Heidelberg: Edition Schindler.
- SMITH, K.E./ACHERSON, J.P./BLOTCKY, A.D./BERKOW, R. (1990): Preferred coping styles of pediatric cancer patients during invasive medical procedures. *Journal of Psychosocial Oncology* 8, 59-70.
- SPEECHLEY, K.N./NOH, S. (1992): Surviving Childhood Cancer, Social Support, and Parents' Psychological Adjustment. *J. Pediatr. Psychol.* 17, 15-31.
- SPINETTA, J.J./MURPHY, J.L./VIK, P.L./DAY, J./MOTT, M.A. (1989): Long-term adjustment in families of children with cancer. *Psychosoc. Onc.* 6, 179-191.
- SPINETTA, A./WARNER, J.A./SHEPOSH, J.P. (1981): Effective parental coping following a death of a child from cancer. *Psychol.* 6, 252-263.
- SPIRITO, A./STARK, L.J./KNAPP, L.G. (1992): The Assessment of Coping in Chronically Ill Children: Implications for Clinical Practice. In: LA GRECA, A.M./SIEGEL, L.J./WALLANDER, J.L./WALKER, C.E. (eds.): Stress and Coping in Child Health. New York: Guilford Press, S. 327-344.
- STRAUSS, A./GLASER, B.C. (1975): Chronic Illness and the Quality of Life. St. Louis.
- SUSMAN, E.J./HERTH, S.P./NANNIS, E.D./STROPE, B.E./WOODRUFF, P.J./PIZZO, P.A./LEVINE, A.S. (1982): Conceptions of cancer: The perspectives of child and adolescent patients and their families. *J. Pediatr. Psychol.* 7, 253 -261.
- TOWNES, B.D./WOLD, D.A./HOLMES, T. (1974): Parental adjustment to childhood leukemia. *J. psychosom. Res.* 18, 9-14.
- TYC, V.L./MULHERN, R.K./JAYAWARDENE, D./FAIRCLOUGH D. (1995): Chemotherapy-induced nausea and emesis in pediatric cancer patients: An analysis of coping strategies. *Journal of Pain and Symptom Management* 10, 338-347.
- VAN EYS, J. (1991): The Truly Cured Child? *Pediatrician* 18, 90-95.
- WEBER, H. (1994): Effektivität von Bewältigung: Kriterien, Methoden, Urteile. In: HEIM, E./PERREZ, M. (Hg.): Krankheitsverarbeitung. Göttingen: Hogrefe, S. 49-62.
- WIEDEBUSCH, S. (1994): Die Entwicklung des Schmerzbegriffs im Kindesalter. In: PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, Th. (Hg.): Schmerz im Kindesalter. Göttingen: Hogrefe, S. 133-156.
- WITTRÖCK, D.A./LARSON, L.S./SANDGREN, A.K. (1994): When a child is diagnosed with cancer: II. Parental coping, psychological adjustment, and relationships with medical personnel. *Journal of Psychosocial Oncology* 12 (3), 17-32.

Anschrift des Verfassers: Dr. phil. Lutz Goldbeck, Universitäts-Kinderklinik Ulm, Prittwitzstr. 43, 89075 Ulm.