

Fegert, Jörg M. / Probst, Marion und Vierlböck, Sabine

Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie - Eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 9, S. 677-693

urn:nbn:de:bsz-psydok-41914

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

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years)	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing)	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children)	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy)	27

Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age)	399
FEGERT, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping)	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children)	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood)	101
HESSEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey)	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data)	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?)	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years)	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison)	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation)	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUFS, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists)	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project)	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach)	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotological Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort))	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology)	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children)	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?)	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy)	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist)	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3-4 Months old Infants)	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation)	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents)	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View)	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study)	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment)	86

Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders)	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation)	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment)	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations)	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists)	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective)	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection)	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STRECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STRECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder) . . .	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings	295
DIPPELHOFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMAN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP	381
EGLER, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt?	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	641
NYSSSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebskranker Kinder	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospiele: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit	373
WARKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule	717
Editorial / Editorial	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797

Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie Eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung

Jörg M. Fegert, Marion Probst und Sabine Vierböck

Summary

Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Familial Coping

Research in the field of the impact of chronic illness is nowadays often based on concepts such as coping and stress adaptation. From the point of view of the family chronic illness influences family functioning, while coping behavior is influenced by the families resources. There is little research done on this interaction. This article focusses on atopic eczema. Methods: Qualitative free interviews of more than two hours duration each, had been done with all family members of families with a child suffering from severe chronic atopic eczema until the age of (pre-) puberty. A family interview with all members of the family has also been transcribed. The interpretation of the data is based on the qualitative content analysis and the grounded theory. The results from 5 families (24 interviews) lead to a typology of familial coping. The implications of this typology are discussed.

Zusammenfassung

Eine psychologische Auseinandersetzung mit Krankheiten fand früher vorwiegend in der psychosomatisch orientierten Medizin statt. Neuerdings findet man besonders auch in der psychologischen Streß- und Copingforschung eine große Anzahl von Arbeiten, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Unter diesem Forschungsansatz kommt der Familie eine doppelte Funktion zu: Zum einen beeinflusst sie als primäre Sozialisationsinstanz das Verhalten des chronisch kranken Kindes, zum anderen wird die Familie selbst unmittelbar mit der chronischen Krankheit konfrontiert. Bisher gibt es jedoch wenige empirische Untersuchungen, die das Thema „chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie“ unter dem Aspekt der interagierenden Bedingungen bearbeiten (vgl. Übersicht bei DOHERTY et al. 1998). In unserer Arbeit beschäftigen wir uns mit der Neurodermitis, die innerhalb der Gruppe der chronischen Erkrankungen zunehmend häufiger auftritt. Mit Hilfe qualitativer Interviews befragten wir Familien über die Auswirkungen und die Bewältigung der Erkrankung. Zunächst wurde jedes Familienmitglied einzeln interviewt, abschließend wurde ein gemeinsames Familieninterview aufgezeichnet. 24 Bänder mit Interviews wurden für diese Untersuchung transkribiert und

mit inhaltsanalytischen Methoden ausgewertet. Die Einzelergebnisse von fünf ausgewählten Familien werden anhand einer Typologisierung hinsichtlich des Umgangs mit der Krankheit zusammengefaßt. Anschließend werden die Ergebnisse diskutiert.

1 Literaturübersicht

Unter der theoretischen Perspektive der Copingforschung fällt auf, daß es kaum Arbeiten gibt, die sich mit der familiären Bewältigung beschäftigen. Die Überlegungen zum Krankheitscoping werden im wesentlichen dem Streßkonzept von LAZARUS (1984) entnommen. Dabei handelt es sich eher um ein individualtheoretisches Konzept, dessen Ergebnisse auf diverse Modelle zur Krankheitsbewältigung übertragen wurden. Neben dem Streßfaktor betonen einige Krankheits-Coping-Modelle jedoch die objektiven Merkmale der Krankheit wie z.B. Art, Intensität und Prognose der Erkrankung sowie die soziale Gesamtsituation. Ähnlich der Familienpsychosomatik wird unter diesem Aspekt den familiären Beziehungen für das Gelingen der Krankheitsbewältigung eine besondere Bedeutung zugeschrieben. So werden beispielsweise neben den familien-theoretischen Konzepten unter der Coping-Forschungsperspektive die *Qualität der Kommunikation, der familiäre Zusammenhalt, flexible Regelhandhabung* sowie die *Form der Beziehung der Familie zur Außenwelt* als sehr entscheidend für die Krankheitsbewältigung angesehen.

Einen detaillierten Überblick zum Thema der familiären Auseinandersetzung mit einer chronischen Krankheit im Kindesalter gibt SESTERHENN (1991). Dabei stellt sie fest, daß die Krankheitsbewältigung für das chronisch kranke Kind als auch das Geschwisterkind meist nur als negativer Aspekt, beispielsweise der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten, dargestellt wird. DOHERTY et al. (1998) geben eine Übersicht zu den wenigen empirischen und theoretischen Grundlagen einer medizinischen Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit. Die Autoren beschreiben die interaktive gegenseitige Beeinflussung von Familiendynamik und Krankheitsgeschehen. Als zentrale Fragen bei der anamnestischen Abklärung beschreiben sie:

- Welche Vorstellungen und Ansichten haben Familienmitglieder über das Gesundheitsproblem des Kindes?
- Ist die Krankheit Teil eines dysfunktionalen Familien-Dreiecks?
- Weitere Bereiche sind das Verhältnis zu professionellen Helfern, Geschwisterfunktionen und die Unterscheidung entwicklungs- und krankheitsbedingter Probleme.

Die psychosomatisch orientierte Dermatologie geht von einer multifaktoriellen Pathogenese des atopischen Ekzems aus. In zahlreichen wissenschaftlichen Studien wurden dabei psychische Faktoren für die Genese und Aufrechterhaltung der Erkrankung nachgewiesen. In der Literatur gibt es inzwischen viele Beschreibungen „typischer Neurodermitis-Charaktere“, die von aggressiv bis zwanghaft viele Bereiche umfassen. Immer wieder werden Probleme mit den eigenen Emotionen, dem Selbstwertgefühl oder im Nähe-Distanz-Bereich deutlich (vgl. CONDRAU u. SCHIPPERGES 1993; GIELER u. DETING-KOHLER 1994; HEIGL-EVERS et al. 1976; TEEGEN et al. 1981). Entgegen dem früher gängigen Konzept der Alexithymie zeigt sich heute aber eine Tendenz, spezifische

Charakteristika nicht als biologisch gegeben, sondern als Resultat der frühen Lebensgeschichte und des aktuellen Erlebens zu verstehen.

Die angeblich typische Persönlichkeit von Müttern, deren Kinder an Neurodermitis erkrankt sind, ist ebenso häufig Gegenstand von Untersuchungen gewesen. Insgesamt lassen sich dabei wenige positive, sondern vielmehr negative Hinweise mißglückter mütterlicher Anpassung finden.

Häufig wird eine dem Kind ambivalent bis feindlich gegenüberstehende Mutter für eine gestörte Interaktion zwischen Mutter und Kind verantwortlich gemacht und damit quasi als Verursacherin der Erkrankung schuldig gesprochen. Das solche oft auftretenden Klischees krankmachender Persönlichkeitsmerkmale methodisch nicht überzeugend abgesichert sind, spiegelt sich u. a. in einer aktuell veröffentlichten Kontroverse zwischen LANGFELDT (1995) und RING und PALOS-PFÄNDER (1995) wider. Dem derzeitigen Ergebnis der Kontroverse ist eine Distanzierung von und Warnung vor Schuldzuweisungen zu entnehmen.

In diesem Zusammenhang sind Ergebnisse von LANGFELDT und LUYs (1993) sowie von FEGERT et al. (1997) interessant, die bei Müttern chronisch kranker Kinder im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe stärker ablehnende Tendenzen und eine problematischere Beurteilung der Kinder beobachteten. Beide Autorengruppen interpretierten einen kausalen Zusammenhang zwischen mütterlicher Einschätzung und Krankheit der Kinder allenfalls als Folge des zeitlichen Ablaufs der Erkrankung, keinesfalls als Bedingung des Krankheitsausbruchs. Eine distanzierte Haltung dem Kind gegenüber spiegelt demnach nicht eine gestörte Persönlichkeit der Mutter, sondern vielmehr ihre Erschöpfung wider. REYS und SILVER (1996) beschreiben als Prädiktoren für die Auswirkung chronischer Erkrankungen der Kinder auf die psychische Gesundheit unter anderem den Verlauf der Erkrankungen, den Grad der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, insbesondere die Zahl der Krankenhausaufenthalte, und die Kommunikationsmöglichkeiten und finanziellen Ressourcen der Mütter.

Entgegen umfangreichen Untersuchungen über „Atopiker-Mütter“ wird die Rolle der Väter bislang kaum berücksichtigt. Bei McDUGALL (1987) sowie bei BOSSE et al. (1985) finden sich jedoch Hinweise auf den Vater psychosomatisch erkrankter Kinder, der seiner unterstützenden Funktion für das Kind, sich aus der Symbiose mit der Mutter zu lösen, nicht gerecht werde. Nach Ansicht dieser Autoren scheinen Väter deren Verschränkung zu stützen, um sich der narzißtischen Bedürftigkeit und Unzufriedenheit ihrer Frauen zu entziehen.

Auf den Einfluß einer destruktiven, defizitären Familiendynamik auf ein pathogenes Krankheitsgeschehen wird vor allem von Familientheoretikern hingewiesen (vgl. WIRSCHING u. STIERLIN 1982; STIERLIN 1978, 1990; MINUCHIN 1977; MINUCHIN et al. 1981).

2 Eigene Untersuchung

Wir stellten uns die Frage nach der familiären Krankheitsbewältigung von Neurodermitis im Kindesalter. Unser Anliegen war es, die Bedeutung der Krankheit für die gesamte Familie herauszuarbeiten. Um bestimmte Aspekte unserer Fragestellung zu fo-

kussieren, andererseits den Befragten die Möglichkeit zu geben, ihre individuellen Erfahrungen mitzuteilen und die Schwerpunkte zu setzen, die ihnen zu dem vorgegebenen Thema wichtig erschienen, entschieden wir uns für das problemzentrierte Interview nach WITZEL (1985). Der Leitfaden umfaßte folgende Themenkomplexe:

- (1) Personenmerkmale: Selbstdarstellung (Person, Schule oder Beruf, Freizeit),
- (2) Familiensituation: Partnerschaft und Familie,
- (3) Belastungen: nicht auf die Neurodermitis attribuiert; auf die Neurodermitis attribuiert,
- (4) Bewältigungsstrategien: kognitive, emotionale, handlungsbezogene.

1992 wurden zunächst 300 Berliner Haut- und Kinderärzte angeschrieben und gebeten, mit einem Aushang für die Teilnahme an dieser Untersuchung zu werben. Aufgrund der Kriterien (langandauernde Erkrankung, Teilnahmebereitschaft aller Familienmitglieder) konnte aber nur eine Familie auf diesem Weg rekrutiert werden. Direkte Empfehlungen sowie Anzeigen in einem Stadtmagazin führten schließlich zur Erstellung einer nichtrepräsentativen Stichprobe. Die hier vorgestellten Ergebnissen basieren auf der qualitativen Datenauswertung von fünf Familien.¹ Uns erschien es interessant, die einzelnen Personen aus familientheoretischer Perspektive zu untersuchen. Dabei wurde jedes Familienmitglied einzeln befragt sowie in einem abschließenden Gespräch die Familie gemeinsam. Somit erhielten wir Daten aus insgesamt 24 einzelnen Interviews. Interviewt wurden 2 verheiratete Paare (Anders und Schneider), mit 2 Töchtern (11 und 13 Jahre) und mit einer Tochter (9 Jahre). Zwei Mütter (Fink und Maier) lebten seit 2 bzw. 3 Jahren von ihrem Partner getrennt. Hier konnten die an einem anderen Ort lebenden Väter nicht befragt werden. Eine alleinerziehende Mutter lebte mit ihrem neunjährigen Sohn, die andere Mutter hatte 2 Söhne (10 Jahre, 8 Jahre) und eine Tochter (5 Jahre). Schließlich wurde noch ein nicht verheiratetes aber seit der frühen Kindheit der achtjährigen einzigen Tochter zusammenlebendes Paar (Bauer/Kaufmann) befragt. Die Interviews wurden bei den Familien zu Hause durchgeführt und dauerten unterschiedlich lange (z.B. Mütter eineinhalb bis zweieinhalb Stunden, Väter max. eine Stunde, Kinder ca. 30 Minuten). Zunächst wurde die Gesamtfamilie über das Vorgehen aufgeklärt, danach folgten die Einzelgespräche. Zum Abschluß wurde ein gemeinsames Gespräch der Gesamtfamilie aufgezeichnet. Aus den Gesprächen innerhalb einer Familie ergaben sich viele Gemeinsamkeiten, beispielweise verwiesen die Familienmitglieder im allgemeinen auf das gleiche Krankheitskonzept. Interessant waren auch Details, die sich aus Diskrepanzen zwischen den einzelnen und dem gemeinsamen Gespräch ergaben. Bei Familie Anders² wurde z.B. großer Wert auf ein Wir-Gefühl gelegt, ein Wunsch nach allgemeiner Einigkeit. Dabei wurden Fragen an die Familie häufig von den Eltern für die Kinder gleich mit beantwortet. „Da legen hier alle keinen Wert drauf, deswegen machen wir das so nicht“ (Frau Anders). In starkem Widerspruch dazu steht die Außenseiterrolle der kranken Tochter, wie Frau Anders uns gegenüber

¹ Zu nähere Ausführungen der qualitativen Forschung verweisen wir auf FEGERT und GERWERT (1993).

² Die Namen der Interviewpartner wurden aus Datenschutzgründen verändert.

betonte: „Daß wir alle drei viel robuster geartet sind. Und sie ist die einzige, die eben hier so'n Sensibelchen ist, auf das es uns schwerfällt, einzugehen.“

Zahlreiche Äußerungen wurden durch entsprechendes Verhalten akzentuiert. Der Situation, daß die Eheleute Schneider während des Familiengesprächs weniger miteinander als übereinander sprachen und keinen Blickkontakt wechselten, wurde z.B. durch verschiedene Bemerkungen von Frau Schneider unüberhörbar Gewicht verliehen: *„Also ich wüßte nicht, daß uns irgendwas besonders hervorhebt oder prägt... oder auch verbindet.“*

Für die Analyse der Daten wurden die „qualitative Inhaltsanalyse“ und die „grounded theory“ miteinander kombiniert. Um die qualitativ gewonnenen Daten durch eine Beschreibung mit psychometrischen Daten ergänzen zu können, entschlossen wir uns für den Einsatz verschiedener psychodiagnostischer Testverfahren (FSKN, PFK 9-14, FAM). Der gesamte Auswertungsprozeß wurde in allen Phasen durch Kontrollauswertungen und Supervision begleitet.

2.1 Ergebnisse

Ausgehend von der detaillierten Einzelauswertung der von uns interviewten Familienmitglieder wurden sowohl interfamiliäre Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in der Krankheitsbewältigung deutlich. Wir werden zuerst die individuellen Gemeinsamkeiten zusammenfassen:

2.1.1 Frauen

Alle fünf Frauen fühlen sich als die primären Bezugspersonen für ihre Kinder, für deren Erziehung sie weitgehend allein verantwortlich sind. Obwohl sie fast alle berufstätig sind, verbringen sie wesentlich mehr Zeit mit den Kindern als die Väter. Mit der Krankheitspflege der Kinder sind sie – mehr oder weniger – allein betraut. Somit sind es im wesentlichen die Mütter, die sich durch die Krankheit emotional besonders belastet fühlen:

„... also ich hatte da Phasen, da hab' ich gesagt, du am liebsten würd' ich uns beide erschießen, mich und dit Kind, damit ich dis nicht mehr ertragen muß ...“ (Frau Anders)

„... einmal Ruhe und einmal kein schreiendes Kind ... da dachte ich, da lasse ich ihn jetzt reinfallen (gemeint ist die Nordsee; Anm. der Verf.).“ (Frau Maier)

Das Nähe-Distanz-Verhältnis aller Frauen zu ihren Kindern scheint auffällig; es äußert sich unterschiedlich in starker Verbundenheit, Ablehnung und/oder Kontrolle des Kindes:

„... ich denke, ich habe mich ihm (dem Sohn) gegenüber auch nicht genug abgegrenzt, also das zerfloß zu sehr.“ (Frau Fink)

„... es ist so vielleicht, daß man zu 'nem Kind, was weniger problematisch ist (gemeint ist das gesunde Geschwisterkind), noch 'n anderen Zugang hat ...“ (Frau Anders)

„... sie ist überall so 'n mittelpträgiger Mensch ... kein Kind, was IRGENDWAS hervorragend tun kann ...“ (Frau Kaufmann)

„... ich bin dem Martin (erkrankter Sohn) sehr nahe, so sehr verbunden, ich kann ihn ganz schwer loslassen.“ (Frau Maier)

„... also ich werde sie im Auge behalten und dann das auch überprüfen. Denn weil, wenn ich ihr was sage, daß das so und so ist, dann muß sie sich danach richten.“ (Frau Schneider)

2.1.2 Männer

Die Interviews mit den Männern waren sehr viel kürzer und weniger inhaltsreich als die mit den Frauen. Die Männer verfügen – im Gegensatz zu ihren Frauen – über Hobbys, die sie auch regelmäßig ausführen. Mit ihren Kindern verbringen sie vergleichsweise wenig Zeit. Sie verfügen über ein sehr konservatives Rollenbild.

„... die Hauptlast lag immer auf den Schultern der Frau, und die hat sich dementsprechend auch stark engagiert.“ (Herr Anders)

„... meine Frau ist wesentlich mehr belastet als ich. Die hat sie (die Tochter) ja tagtäglich von morgens bis abends. Da bin ich als Mann, als Pascha, schon besser dran.“ (Herr Schneider, Fam)

Die Verantwortung für den Umgang mit der Krankheit sowie die Erziehung der Kinder, überlassen sie nahezu vollständig ihren Frauen. Sie sehen sich am Krankheitsverlauf eher beteiligt durch „Stärke zeigen“ und „sich nicht gehenlassen“.

2.1.3 Kinder

Alle Kinder erkrankten relativ früh an Neurodermitis, spätestens im Alter von vier Jahren. Trotz sehr unterschiedlicher Behandlungsmaßnahmen ist heute bei allen eine Verbesserung der Symptomatik (Juckreiz, Schmerzen) zu beobachten.

Alle Kinder wirken unzufrieden oder nur eingeschränkt glücklich. Manche scheinen sogar schwer belastet bis depressiv zu sein. Bezüglich des familiären Zusammenhalts äußern die Kinder Ängste. Die Kinder erhalten durch die Krankheit eine Art Sonderrolle innerhalb der Familie. Diese kann sich in Form vermehrter Zuwendung durch die Eltern äußern, jedoch auch negativ durch extreme Kontrolle. Die von den Kindern geschilderten Hauptbelastungen ergeben sich (heute) weniger durch die Krankheit als durch die Familiensituation.

2.1.4 Versuch einer Typologisierung

Neben den Gemeinsamkeiten ergeben sich jedoch auch deutliche Unterschiede in der Art des Copingverhaltens sowie der individuellen und familiären Merkmale, aufgrund derer wir einzelne Typen bilden konnten.

Kritisch ist hierbei anzumerken, daß durch die Reduzierung des Datenmaterials Unterschiede innerhalb einer Kategorie verlorengehen. Es handelt sich aufgrund der kleinen Stichprobe nur im Sinne der Generierung einer Arbeitshypothese um eine vorläufige Typologisierung hinsichtlich der Phänomene. Die Typologisierung soll als grobe Klassifizierung dienen.

Typ F1 (Frauen):

Frau Anders und Frau Kaufmann verfügen über ein relativ hohes Selbstwertgefühl, sind zielorientiert und meinen, ihre Lebenssituation weitgehend selbst zu bestimmen:

„... sehr zielstrebig, manchmal zu zielstrebig. Also ich habe immer so ganz klar meinen Weg vor Augen.“ (Frau Kaufmann)

Ihre Partnerschaft beschreiben sie als harmonisch. Die Krankheit des Kindes wird als belastend für das Familienleben erlebt. Die Frauen gehen von einem multifaktoriellen

Ursachenkonzept der Neurodermitis aus, sehen jedoch die primären Auslöser für einen akuten Krankheitsschub in der Konstitution des erkrankten Kindes:

„... denn die Kinder (gemeint sind Kinder mit Neurodermitis; Anm. der Verf.) sind nicht in der Lage mit Spannung fertig zu werden, das merke ich an Anna immer wieder, sie ist nicht konfliktfähig ...“ (Frau Anders)

„... sie ist 'n Kind, was sich sehr unter Druck selber setzt ...“ (Frau Kaufmann)

Obwohl die Ursache in den Kindern gesehen wird, thematisieren Frau Anders und Frau Kaufmann das eigene Verhalten als Einflußgröße für den Verlauf der Krankheit. Sie stellen sich selbst in Frage und sehen Möglichkeiten, den Gesundungsprozeß aktiv mit zu beeinflussen:

„... jedesmal wenn irgendwas ist, denk ich, 'was stimmt im Moment nicht? Haben wir (Tochter und Mutter) Schwierigkeiten miteinander? Hat sie mit ihrem Vater Schwierigkeiten ...?“ (Frau Anders)

„... denn wenn ich ihr (der Tochter) untersagen würde, ihre Wut auszuleben, denk ich mir, daß es leicht passieren könnte, daß sie dieses Asthma auch kriegen würde ... wenn man sein Kind seelisch nicht stabilisieren kann, dann sucht es sich 'ne andere Krankheit.“ (Frau Anders)

„... wir hatten mal 'ne Phase, wo wir (die Eltern) durch die Firma einfach auch völlig entnervt waren und denn blaffst de sie (die Tochter) ja auch immer mal mehr an und denn geht dit sofort in die Haut weiter. Also is wie 'n Psychoschock denn. Und seitdem wir uns selber so den Druck genommen haben, da wurde es schlagartig besser ...“ (Frau Kaufmann)

„... du solltest dich vielleicht fragen, ob in deinem Familienleben was nicht stimmt.“ (Frau Kaufmann)

Frau Anders und Frau Kaufmann achten darauf, die Kinder zu einer selbständigen Krankheitsbewältigung zu erziehen. Die Mutter-Kind-Bewältigung scheint relativ konfliktfrei:

„... (bei Anzeichen von Streß) fordere ich Anna auf, sich mit sich selbst zu beschäftigen. Daß sie durch Autogenes Training versucht, wieder das Gleichgewicht zu bekommen.“ (Frau Anders)

Der familiäre Umgang mit der Krankheit entwickelte sich von einem anfangs hilflosen-unsicheren Copingverhalten zu einem heute relativ selbstsicheren, von den Ärzten weitgehend unabhängigen:

„... weil dieses Gefühl, daß man irgendwie keine Hilfe hier zu erwarten hat von den Ärzten, daß die selber nicht wissen, was das ist oder was man machen kann, das war also unglaublich deprimierend.“ (Frau Anders)

„... einfach das Wissen, daß es auch wieder weggeht ... man wird ein ganz anderer Mensch durch diese Krankheit. Jedenfalls wenn man sich bewußt damit auseinandersetzt und sich nicht auf die Behandlung zurückzieht.“ (Frau Anders)

„... also ick kenn so viele Hautärzte jetzt hier. Ich hab' keinen guten erlebt. Keinen. Keinen, der mit Kindern umgehen kann. Die Ärzte sehen das wirklich nur als Möglichkeit an, Geld zu verdienen. Dit is so 'n richtiges Geschäft für die. Und dich auch wegen jedem Firlefanz antanzen zu lassen ... dann hab' ick gedacht, so jetzt könnt ihr mich mal alle. Jetzt mach ick dit auf meine Art und Weise, jetzt hab' ick die Nase voll. Also für mich ist das heute der beste Schritt in meinem Leben gewesen (der Abbruch der Behandlung).“ (Frau Kaufmann)

Typ F2 (Frauen):

Frau Fink und Frau Maier verfügen über ein eher geringes Selbstwertgefühl, was sich u.a. in ihrem häufig ambivalenten Verhalten sowie ihren Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen und diese zu vertreten, äußert. In weiten Bereichen erscheint ihr Leben fremdbestimmt. Häufig begründen sie einen Entschluß mit den Erwartungen anderer Personen.

„Auf dem Weg zum Standesamt, wenn ich da heute – 15 Jahre später – hätte ich halt ‚nein‘ gesagt und nicht ‚ja‘ gesagt. Aber damals habe ich mich das nicht getraut. Aber ich wußte schon, daß ich da schon dachte, ich mach‘ den größten Fehler meines Lebens.“ (Frau Maier)

Ihre ehemaligen Partnerschaften stellen sie als unharmonisch und konfliktreich dar und leben heute von ihren Männern getrennt. Besonders zu Beginn der Trennung liteten sie an diesbezüglichen Schuldgefühlen ihren Kindern gegenüber.

Analog der Mütter, die wir unter Typ F1 beschrieben haben, verfügen auch Frau Fink und Frau Maier über ein endogenes Krankheitskonzept, machen jedoch weniger die Konstitution der Kinder als vielmehr eigenes Verhalten oder die gesamte Familiensituation für den Streß verantwortlich.

„Das ist also schon so dieses Angeborene, daß er diese Disposition von von beiden Seiten aus hat. Und ähm diese diese ganze Situation hier in der Familie (...), wo ich so dachte, okay, da muß das Kind auch ausschlagen.“ (Frau Fink)

„... also das war, glaube ich, ganz deutlich einfach, daß der Martin unter der schlechten Stimmung einfach gelitten hat zu Hause ...“ (Frau Maier)

„... und dann denke ich auch, das sind einfach diese Sachen zwischen Martin und mir speziell einfach ... das reibt ständig.“ (Frau Maier)

Sie reagieren darauf – anders als die Mütter unseres Typs F1 – mit Unsicherheit, Gekränktheit und Schuldgefühlen, wobei letztere auch in vielen anderen Lebensbereichen eine wichtige Rolle spielen. Die Frauen sehen wenig Möglichkeiten, die Krankheit zu beeinflussen:

„... und das war für mich auch ‚ne ziemliche Kränkung erstmal so dieses ja ..., daß Kind dann doch irgendwie zu sehen, wie wie es mir immer wieder gezeigt hat, es geht ihm nicht gut.“ (Frau Fink)

„... das Kind hat was und ich kann es wenig beeinflussen. Das war schwer, damit zu leben.“ (Frau Fink)

Die interaktionelle Bewältigung zwischen Mutter, Vater und Kind gestaltet sich hier konfliktreicher als in der vorher beschriebenen Gruppe. Es kommt zu Machtkämpfen. Es fällt den Frauen schwer, eine gewisse Eigenverantwortlichkeit der Kinder zu akzeptieren. Das Nähe-Distanz-Verhältnis, sowohl zwischen Mutter und Kind als auch zwischen dem Paar, zeigt sich bei diesen Familien als sehr problematisch:

„... diese Krankheit hat mich gezwungen, ja mich mehr abzugrenzen. Also ich war da auch unter diesem Druck meines Ex-Gatten immer zu äh zu überbehütend ... das zerfloß zu sehr.“ (Frau Fink)

„Als er (der Sohn) dann da war, war das so, daß er (der Ehemann) das Kind ganz ganz stark vereinnahmt hat. Also so als seins und unsere Beziehung also wie durchgeschnitten war. Er

mich nur noch als die Mutter gesehen hat, die rund um die Uhr verfügbar sein muß für das Kind.“ (Frau Fink)

„... ich bin dafür verantwortlich, was mit ihm (Sohn) passiert ... und wieweit ich ihm schon so eine Eigenverantwortlichkeit zugestehen kann. Es gibt halt ganz viele Sachen, wo ich eben wirklich besser Bescheid weiß, als er.“ (Frau Maier)

„Das Schlimme ist, ich kann den Martin schlecht loslassen ... so gedanklich bin ich dem unheimlich verbunden. Aber auf der anderen Seite hält man sich auch so fest. Wir haben soviel mitgemacht, das verbindet einen, auch wenn das schon lange her ist.“ (Frau Maier)

Im Umgang mit der Krankheit zeigten die Frauen über mehrere Jahre wenig Selbstvertrauen. Vielmehr hatten sie Schuldgefühle und fühlten sich hilflos.

„... und wenn ich gesagt habe ‚nö‘, dann hab' ich eben, ja dann war ich eben WIEDER die Rabenmutter oder so, weil die nicht ALLES alles tut für ihr Kind.“ (Frau Fink)

„Also wenn ich mir vorstelle, das würde wieder passieren, da habe ich echt schon Angst ... dann sehe ich diese ganze Horrorgeschichte schon wieder kommen. Also ich würde das nicht mehr aushalten. Ich fühle mich jedesmal aufs neue wieder so hilflos ...“ (Frau Maier)

Typ F3 (Frauen):

Frau Schneider wirkt – im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Frauen – sehr verschlossen und scheint viele Bedürfnisse zu verdrängen. Obwohl sie recht selbstsicher auftritt, vermuten wir ein geringes Selbstwertgefühl:

„... ich bin das dritte Kind und bin dabei immer irgendwie dazwischengeschoben gewesen. Also da hatte ich nie irgendwo Möglichkeiten, mich so stark in den Vordergrund zu wälzen.“

Insgesamt scheint sie mit ihrer Lebenssituation sowie ihrer Partnerschaft unzufrieden, was sie jedoch nur unterschwellig äußert:

„Ja also, ich wüßte nicht, daß uns (die Familie; Anm. der Verf.) irgendwas besonders hervorhebt oder prägt ... oder auch verbindet.“

„Für mich ist die Familie eine Belastung. Er (der Mann) muß nicht so viel Rücksicht nehmen.“

Frau Schneider verfügt über ein diffuses Konzept zu den Krankheitsursachen. Eindeutige Ursachen gibt es ihrer Meinung nach nicht. Für die Entstehung der Krankheit fühlt sie sich mitverantwortlich, da sie sicher ist, der Tochter die Neurodermitis vererbt zu haben, Schuldgefühle verneint sie jedoch. Während die Frauen der Typen F1 und F2 sich selbst oder das Familienleben im Zusammenhang mit dem Verlauf der Neurodermitis kritisch sehen, lehnt Frau Schneider dies vehement ab:

„Das ist eben so. Da kann niemand was dafür ... ich habe andere Erbanlagen oder jeder hat Erbanlagen (...). Also ich kann auch nichts dafür, die ich gekriegt habe, da kann ich meinen Eltern auch keinen Vorwurf machen.“

„... das ist zu überbehütet oder sonstwas. Ja, das kann man so nicht sagen. Det lasse ich mir nicht gefallen.“

Frau Schneider hat sich heute resignierend mit der Erkrankung sowie mit der gesamten Lebenssituation abgefunden. Die eigentliche Verantwortung der Krankheitsbewältigung sieht sie bei den Ärzten:

„Ich hab' versucht, das zu bekämpfen, oder daß wir dagegen angehen. Aber ich dachte, ja auch gerade in der heutigen Zeit hat man so viele Möglichkeiten in allen Bereichen, das kann ja gar nicht wahr sein, daß man dem nicht beikommen kann.“

„... daß nichts gegen die Neurodermitis hilft. Daß die Situation so da ist ... das ist eben so, man findet sich damit ab.“

„... aber da stoße ich meistens auf Ablehnung, weil die (andere betroffene Eltern) das alles sehr sehr wichtig nehmen und denken, daß sie das behandeln müssen. Ich glaube, daß man es nicht behandeln kann, ich glaube, man muß damit leben.“

Die interaktionelle Krankheitsbewältigung gestaltet sich auch hier eher problematisch. Die Mutter erteilt zwar (heute) der Tochter keine offensichtlichen Verbote oder Einschränkungen, kontrolliert sie jedoch in einigen Lebensbereichen, was sie sich aber nicht eingestehen kann.

Typ M1 (Männer):

Herr Anders und Herr Kaufmann verfügen über ein relativ hohes Selbstwertgefühl. Ihre Partnerschaft beschreiben sie als harmonisch. Die Ursache für die Neurodermitis sehen sie – wie ihre Frauen – u.a. in der Konstitution der Kinder:

„... daß viele oder einige Kinder ... vielleicht nich' so Streß oder Probleme ... damit so leicht fertig werden.“ (Herr Anders)

„Ich glaube schon, daß Bettina (die Tochter) unter Druck steht.“ (Herr Kaufmann)

Eigenes Verhalten sehen sie – ebenfalls wie ihre Frauen – kritisch. Auch sind sie überzeugt, daß man den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann. Die interaktionelle Krankheitsbewältigung verläuft unproblematisch. Die Verantwortung für den Verlauf der Krankheit wird weitgehend bei der Tochter gesehen:

„Sie (die betroffene Tochter) weiß eben halt, daß die Dinger (Pollen als Krankheitsauslöser) gekommen sind, und wir wissen oder sie weiß, daß sie sich darauf einzustellen hat. Wat man also machen muß, um dis in Grenzen zu halten.“ (Herr Anders)

„Man muß da irgendwo seinem gesunden Menschenverstand oder seinem Gefühl folgen, als dem Rat der Ärzte.“ (Herr Kaufmann)

„Wenn sie (die Tochter) jetzt irgendwo Streß hat, dann versuchen wir sie herunterzudrehen, 'komm, bleib mal hier, bleib mal zu Hause, sei nicht nur unterwegs mit Freundinnen, mach was für dich, sammle dich mal.“ (Herr Kaufmann)

Typ M2 (Männer):

Im Gegensatz zu den Männern, die wir als Typ M1 beschrieben haben, hat Herr Schneider ein nur geringes Selbstwertgefühl, obwohl er recht selbstsicher auftritt. Er wirkt sehr mißtrauisch und fühlt sich schnell kontrolliert. Er denkt häufig fatalistisch. Seine Partnerschaft erlebt er als schwierig, was er jedoch nicht offen äußert. Er erwähnt ein krankheitsbedingte Einschränkungen für die Partnerschaft, da die Tochter sehr viel Zuwendung von der Mutter verlange:

„... denn alles was da war, wurde dem Kind gegeben.“

Sein Krankheitskonzept ist exogen orientiert. In erster Linie werden Umweltbelastungen als Auslöser der Neurodermitis genannt. Die Verantwortlichkeit für die Behandlung der Krankheit sieht er – wie seine Frau – bei den Ärzten. Er selbst glaubt, keinen Einfluß auf die Krankheit zu haben. Während Herr Anders und Herr Kaufmann optimistisch-positiv über die familiären Copingmechanismen sprechen, hat Herr Schneider resigniert und sich mit der Krankheit abgefunden:

„Wenn mir noch nicht mal die Ärzte helfen können, wie soll ich da ein Ziel haben? Was soll ich da machen?“

Bei den an Neurodermitis erkrankten Kindern zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Dauer und Ausprägung der Krankheit, so daß wir hinsichtlich der Schwere des Erkrankungsverlaufs von einer Gruppe der „leichter“ Erkrankten und einer der „schwerer“ Erkrankten sprechen können.

Typ K1 (Kinder mit „leichterem“ Krankheitsverlauf):

Bei diesen Kindern (Anna Anders, Fritz Fink, Klaudia Kaufmann) zeigt sich im Vergleich zu den anderen von uns befragten ein eher leichter Krankheitsverlauf. Sie äußern unterschiedliche Krankheitskonzepte, sind aber jeweils von bestimmten Auslösern oder Ursachen überzeugt.

„Ich kann mich öfter mit Freunden streiten, dann passiert nichts. Aber die Wut staut sich im Körper und es tritt dann aus der Haut raus und fängt dann an zu jucken.“ (Anna)

„Irgendwie von Mama vielleicht, daß sie irgendwie geraucht hat irgendwie, daß ich da noch im Bauch war.“ (Fritz)

Diese Kinder gehen weitgehend eigenverantwortlich mit der Krankheit um. Sowohl in ihrem Denken als auch in ihren Handlungen schreiben sie sich einen Einfluß auf die Krankheit zu. Sie relativieren die Neurodermitis und versuchen sie durch ihren Willen positiv zu beeinflussen.

„Es kommt darauf an, daß man es (gesund werden) auch will.“ (Anna)

Praktisch versuchen sie sich z.B. über körperliche Entspannungstechniken zu entlasten oder/und sehen in der Ernährungsumstellung die Möglichkeit eigener Einflußnahme.

„Mit dem Essen aufpassen, wenn es sehr doll juckt, dann sich eincremen und bestimmte Sachen einfach nicht mehr essen und trinken. Und Fettcreme oder so eine Therapie machen, was ich mache.“ (Bettina)

Insgesamt fühlen sie sich relativ kompetent im Umgang mit der Erkrankung. Von ihrem Freundeskreis fühlen sie sich akzeptiert und bei der Krankheitsbewältigung unterstützt. Sie fühlen sich eher gesund als krank.

„Also dann wollen die einen auch trösten. Also die reden eigentlich alle ganz nett darüber.“ (Anna)

„Krank bin ich nicht dadurch. (Krank ist) also wenn ich in die Schule nicht darf, wenn es irgendwie ansteckend ist.“ (Bettina)

Wie erwähnt fühlen sich auch Frau Anders und Frau Kaufmann hinsichtlich der Krankheitsbewältigung kompetent und schreiben sich einen eigenen Einfluß auf die Krankheit zu. Sie meinen, daß sie die Krankheit „im Griff“ zu haben. Sie akzeptieren und fördern die Eigenständigkeit der Kinder. Ein Zusammenhang wird auch zu der väterlichen Bewältigung deutlich. Die Väter dieser Kinder verfügen ebenfalls über einen internalen Locus-of-control; sie relativieren und bagatellisieren die Krankheit und scheinen insgesamt von allen Familienmitgliedern am wenigsten durch die Krankheit betroffen zu sein. Sie versuchen, ihre Kinder durch ihr eher positiv-optimistisches Denken zu unterstützen.

Typ K2 (Kinder mit „schwererem“ Krankheitsverlauf):

Im Gegensatz zu den K1-Kindern meinen Martin Maier und Sofia Schneider, keinen Einfluß auf ihre Krankheit zu haben. Sie nennen eher passive Umgangsstrategien:

„Hilft nichts, ... muß ich warten. Ich versuche einfach, es auszuhalten.“ (Martin Maier)

„Wenn's einfach juckt, dann juckt's.“ (Sofia Schneider)

Martin und Sofia vermeiden nach Möglichkeit das Thema Neurodermitis, vermutlich sprechen sie auch nicht mit Freunden darüber. Sie fühlen sich bezogen auf die Krankheitsbewältigung eher inkompetent. Von ihren Müttern werden sie auf dem Höhepunkt der Erkrankung als depressiv und ohne Lebensfreude beschrieben. Häufig kommt es vor, daß sie von Mitschülern oder Außenstehenden abgelehnt werden, was wiederum nur von den Eltern angesprochen wurde.

„Wenn die Leute ihn im Bus anmachen und sagen, jetzt steh mal auf du Pickelwurst oder so-was. Also da ist er schon immer ziemlich fertig, wenn ihm sowas passiert.“ (Frau Maier)

„Da hat man dann schon gesehen, wie das Kind weggeholt wurde. Wenn sie (die Tochter) dann auf ein Kind zugegangen ist, dann die Mutter dann ihr Kind weggeholt hat.“ (Herr Schneider)

Insgesamt fühlen sich diese Kinder eher krank. Wiederum fällt die Ähnlichkeit zum mütterlichen Bewältigungsverhalten auf: Ebenso wie ihre Kinder glauben auch die Mütter nicht, daß sie die Krankheit beeinflussen können. Sie fühlen sich an Krankheitsentstehung und -verlauf schuldig und hinsichtlich der Krankheitsbewältigung eher inkompetent. Sie können die Eigenständigkeit des Kindes kaum akzeptieren. Sie kontrollieren das Kind und machen ihm Vorhaltungen, obwohl sie selbst hinsichtlich der Krankheitsbewältigung eher resigniert haben.

Auch zum väterlichen Umgang mit der Krankheit weisen die Kinder Gemeinsamkeiten hinsichtlich externalem Locus-of-control und pessimistisch-resignierendem Denken auf.

3 Diskussion

Die in der psychosomatischen Literatur häufig geäußerte Ansicht, daß in Familien mit an Neurodermitis erkrankten Kindern spezifische Persönlichkeitsmerkmale sowie pathogene Beziehungsmuster einheitlich nachzuweisen sind, lassen sich durch unsere vertieften, aber nicht repräsentativen Eindrücke nicht bestätigen. Unseren Ergebnissen zufolge sind weder die betroffenen Kinder noch ihre Mütter oder Väter als homogene Gruppe zu bezeichnen, so daß die in der Literatur erwähnten Charakteristika nicht systematisch wiederzufinden sind. Anhand der dargestellten interfamiliären Unterschiede hinsichtlich der Krankheitsbewältigung zeichnet sich vielmehr eine Art familiäres Bewältigungsverhalten ab.

In Abhängigkeit des Ursachenkonzepts wählen die Familien z.B. sehr unterschiedliche Copingstrategien. Die Bewältigung der Krankheit scheint dort besser zu gelingen, wo dem Kind ein wesentlicher Anteil an Verantwortung für die Krankheit überlassen, aber gleichzeitig das eigene Verhalten sowie die familiäre Situation im Zusammenhang mit der Erkrankung kritisch betrachtet wird. Wichtig scheint dabei, daß die Eltern sich

nicht als schuldig erleben (vgl. Typen F1, M1). Diese Personen verfügen über einen internalen *Locus-of-control*, d.h. sie sehen Möglichkeiten, den Krankheitsverlauf aktiv positiv zu beeinflussen. Vermutlich unterstützt diese Distanzierung im Krankheitskonzept einen günstigen Krankheitsverlauf.

Problematischer scheint sich dagegen ein *Schuldempfinden* an der Entstehung und/oder dem Verlauf der Krankheit auszuwirken, was sich in einem eher ungünstigen Krankheitsverlauf äußert. Das Auseinandersetzen mit Schuldgefühlen nimmt bei diesen Frauen (vgl. Typ F1) viel Zeit in Anspruch. Den Frauen gelingt es kaum, Distanz zur Krankheit aufzubauen und ihren Kindern eigene Verantwortung zuzugestehen. Mißerfolge bei der Behandlung oder Rückschläge attribuieren sie auf die eigene Person, ihre Pflegemaßnahmen oder die familiäre Situation und fühlen sich entsprechend gekränkt. Häufig reagieren sie dann mit erneuten Schuldgefühlen oder auch Wut, wodurch die interaktionelle Krankheitsbewältigung nicht unbedingt gefördert wird. Ebenso wird ihr ohnehin geringes Selbstwertgefühl durch ihre häufig erlebten Niederlagen weiter negativ verstärkt. Die Frauen haben einen externalen *Locus-of-control*. Sie erkennen keine Möglichkeiten, den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen.

Ähnlich ineffektiv scheint sich auch ein *diffuses Krankheitskonzept* auszuwirken. Während sich die als Typen F1 und F2 beschriebenen Frauen auf sehr vielfältige Weise mit der Krankheit auseinandersetzen, ist das Ursachen- und Behandlungskonzept von Frau Schneider (vgl. Typ F3) eher eingeschränkt. Psychische Einflußmöglichkeiten sowie Aspekte der eigenen Person oder der familiären Situation sieht sie nicht kritisch. Die einzige ihr denkbare Hilfe erwartet sie bislang von den Ärzten in Form eines wirksamen Medikaments. Wenn weder bestimmte exogene Allergene, noch endogene Faktoren wie beispielsweise „Streß“ für die Krankheitsentstehung verantwortlich gemacht werden können, scheint das zu Hilflosigkeit und Resignation sowie zu einer starken Autoritätsgläubigkeit gegenüber den behandelnden Ärzten zu führen.

Im Zusammenhang mit dem Ursachenkonzept ist auch das *Nähe-Distanz-Verhältnis* interessant. Ähnlich wie RING und PALOS (1986) und BOEGER et al. (1995) fanden wir Auffälligkeiten im Nähe-Distanz-Verhältnis zwischen den Müttern und ihren chronisch kranken Kindern: Die Einstellung der Mütter schwankte zwischen Ablehnung und Überforderung einerseits und Überbehütung und Verwöhnung andererseits. Dies sehen wir – wie LANGFELDT und LUY (1993) und FEGERT et al. (1994) – jedoch als Folge der extremen einseitigen Belastung der Frauen: In allen Familien herrscht die klassische Rollenverteilung vor. Die Frauen sind in erster Linie für die Kinder und deren Pflege zuständig, dies obwohl die meisten von ihnen auch berufstätig sind. Für persönliche Hobbys bleibt keine Zeit. Diese Alleinverantwortung bringt es u.E. verständlicherweise mit sich, daß die Frauen es erst lernen mußten, eine (emotionale) Distanz zum Kind und dem Krankheitsgeschehen aufzubauen, was den Frauen unterschiedlich gut gelingt.

Am besten können Frau Anders und Frau Kaufmann – beide leben in harmonischen Partnerschaften – ein Autonomiebedürfnis des Kindes akzeptieren. Dies spiegelt sich nicht nur im Krankheitskonzept, sondern auch in der klar abgegrenzten Mutter-Kind-Bewältigung wider. Beide Frauen betonen, daß es ihnen sehr wichtig war, daß sich die Kinder auch selbst mit der Krankheit auseinandersetzten. Demge-

genüber gelingt es den drei anderen Frauen (Frau Fink, Frau Maier, Frau Schneider) weniger gut, die Eigenständigkeit der Kinder zu akzeptieren. Dies zeigt sich neben dem problematischen Krankheitsverständnis auch in den konfliktreichen Partnerbeziehungen. Sowohl die Grenzen zwischen Eltern und Kind als auch zwischen den Eltern erscheinen hier diffus.

Bei detaillierter Analyse des Nähe-Distanz-Verhältnisses finden wir also deutliche Unterschiede hinsichtlich einer „mangelnden Fähigkeit der Mutter, das Autonomiebedürfnis des Kindes zu fördern“ (BOEGER et al. 1995) und zwar in Abhängigkeit zu individuellen und familiären Merkmalen, wie beispielsweise dem Krankheitskonzept oder der Qualität der Partnerschaft.

Auch die in der Literatur erwähnte *stabilisierende Funktion einer chronischen Krankheit* konnten wir nur vereinzelt wiederfinden. So hatten wir zwar in einigen Fällen den Eindruck, daß vorherrschende Ehekonflikte durch die Neurodermitis-Problematik überlagert werden konnten. Andererseits wurden von fast allen Familien das Familien- oder Paarsystem anlässlich akuter Krankheitsphasen auch kritisch als Strebfaktor für das Kind gesehen (Familie Anders, Familie Fink, Familie Kaufmann, Familie Maier). Wir können demzufolge anhand unserer Ergebnisse der häufig in der Literatur getroffenen Behauptung, daß chronisch kranke Kinder die Ehe der Eltern stabilisieren, nur bedingt zustimmen (vgl. MINUCHIN 1981). In den meisten Fällen wurde die Ehe durch die Krankheit besonders herausgefordert, in zwei Fällen kam es zur Trennung.

Die Annahme genereller familientypischer pathogener Beziehungsmuster konnten wir in der von uns durchgeführten qualitativ angelegten Studie nicht bestätigen, zu groß sind die familiären Unterschiede. Unseren Ergebnissen zufolge gilt, daß der jeweilige Krankheitsverlauf sowie die individuellen und familiären Merkmale den familientypischen Umgang mit der Erkrankung bestimmen. Was im einzelnen „familientypisch“ bedeutet, wird von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein.

Neben individuellen und familiären Aspekten spielen sicherlich auch objektive Merkmale, wie z.B. die Dauer oder die Intensität der Erkrankung eine Rolle, da besonders die „schwerer erkrankten“ Kinder (vgl. Typ K2) Schwierigkeiten haben, ihre Unabhängigkeit durchzusetzen. Dies gilt umso mehr als unsere Untersuchung keine Kausalschlüsse im Sinne von „je weniger effektiv das Bewältigungsverhalten, desto ungünstiger der Krankheitsverlauf“ zuläßt. Es könnte auch umgekehrt gelten: je ungünstiger der Krankheitsverlauf, desto ineffektiver die familiäre Bewältigung.

Ein zentrales Problem qualitativer Studien ist der geringe Stichprobenumfang. Wir können aufgrund der hier intensiv ausgewerteten Interviews aus fünf Familien keinen Anspruch auf eine generelle Gültigkeit unserer Aussagen erheben.

Aus dem unterschiedlichen familiären Copingverhalten ergeben sich zusammenfassend folgende den Verlauf (a) positiv und (b) negativ beeinflussende Bedingungen.

(a) den Verlauf positiv beeinflussende Bedingungen:

- relativ hohes Selbstwertgefühl der Eltern,
- harmonische Beziehungskonstellation,
- Krankheitskonzept: Mitverantwortung am Krankheitsverlauf, d.h. eigenes Verhalten wird kritisch gesehen, Konflikte werden thematisiert; internaler Locus-of-control; Behandlung: weitgehend unabhängig von Ärzten, Selbstvertrauen,

- interaktionelles Bewältigungsverhalten: klare Grenzen zwischen Eltern und Kindern; dem Kind wird Verantwortung am Krankheitsverlauf übertragen; wenig Kontrolle.
- (b) den Verlauf negativ beeinflussende Bedingungen:*
- geringes Selbstwertgefühl der Eltern,
 - disharmonische Beziehungskonstellation,
 - Krankheitskonzept: Mitverantwortung jedoch Insuffizienz- und Schuldgefühle; externaler Locus-of-control; Behandlung: pessimistisch, resignativ, hilflos,
 - interaktionelles Bewältigungsverhalten: diffuse Grenzen zwischen Eltern und Kindern; dem Kind wird kaum Verantwortung am Krankheitsverlauf übertragen; Kontrolle durch die Eltern.

Aufgrund der qualitativen Anlage der Untersuchung erlangten wir in vielen mehrstündigen Gesprächen sehr umfangreiche Berichte und Selbstdarstellungen der Eltern. Die zu Datengewinnung hinzugezogenen standardisierten Fragebögen zur Persönlichkeit (FSKN, PFK 9-14) sowie zur Familie und Gesundheit (FAM) wichen in ihren Ergebnissen in weiten Teilen von den qualitativen Daten ab. Die Fragebögen berücksichtigen nicht die sehr spezielle Situation einer Familie mit einem chronisch kranken Kind. Auch enthalten alle drei Fragebögen Angaben wie „manchmal“, „oft“, „meistens“, die zu unterschiedlichen Interpretationen führen können, die Personen aber diagnostisch festlegen. Auch stellten sich die Eltern bei den Antworten des Persönlichkeitstests häufig „positiver“ und zufriedener dar als sie es im Gespräch mit uns taten. Bekannte Effekte, wie soziale Erwünschtheit, Trend zur Mitte etc., scheinen sich in standardisierten Verfahren anders auszuwirken als die Variablen, die den Gesprächsverlauf einer freien Interviewsituation bestimmen. In den intensiven Gesprächen wurden immer wieder Aussagen relativiert und spezifiziert, was bei einem schriftliches Testverfahren nicht möglich ist. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob standardisierter Interviews überhaupt hinreichend wesentliche Bereiche spezieller Lebenssituationen erfassen können und ob eine Weiterentwicklung der vorhandenen Instrumente erforderlich ist.

Greift man die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im familiären Umgang mit der Neurodermitis auf, so können wir abschließend festhalten, daß folgende Faktoren den Krankheitsverlauf beeinflussen: Persönlichkeitsmerkmale der Familienmitglieder, Familienmerkmale (Paar-Beziehung, Mutter-Kind-Beziehung, Vater-Kind-Beziehung, Geschwisterbeziehungen), individuelle Belastungen durch die Erkrankung und Merkmale der Auseinandersetzung mit der chronischen Krankheit in Form von spezifischen Rollen-Definitionen und Zuschreibungen.

4 Ausblick

Interventionsprogramme sollten als oberstes Ziel haben, auf die Betroffenen und ihre Angehörigen optimal einzugehen. Besondere Unterstützung benötigen die Eltern in der schwierigen Aufgabe der Erziehung des erkrankten Kindes. Die Eltern sind durch die Krankheit des Kindes selbst sehr betroffen, und es fällt ihnen schwer, die Krankheit und das Kind zu akzeptieren; gleichzeitig sollen sie das erkrankte Kind möglichst „nor-

mal“ behandeln. Als besonders schwierig empfanden die Eltern die Aufgabe, im ständigen Bewußtsein massiver krankheitsbedingter Einschränkungen eine konsequente erzieherische Disziplin zu wahren und gleichzeitig dem Kind Entwicklungsmöglichkeiten zu liefern, die seine Autonomie und Fähigkeit zur Krankheitskontrolle erhöhen. So sollten Maßnahmen – wenn altersentsprechend möglich – selbständig vom Kind durchgeführt werden. Ungünstige Verhaltensweisen seitens der Eltern wie Kontrolle, Verbote oder Vorhaltungen gegenüber dem Kind sollten diese weitgehend vermeiden.

Bei dieser Aufgabe wäre es wichtig, die Männer mehr in den Krankheitsprozeß zu integrieren und die Frauen zu entlasten. Die bei den Männern angetroffene Autonomie wirkt sich positiv auf deren Selbstwertschätzung aus und bietet ferner die Möglichkeit, Distanz zur Krankheit zu erhalten, was den positiven Krankheitsverlauf fördert. Entsprechende Möglichkeiten sollten auch von den Frauen wahrgenommen werden können. Gegenstand der Intervention sollte weiterhin die Paarbeziehung der Eltern werden, die während des Verlaufs der Krankheitsbewältigung enorm belastet wird. Da diesbezügliche Konflikte jedoch oftmals tabuisiert oder verdrängt werden, sollten sie in der Praxis als Teil der Beratung verbindlich thematisiert werden.

In der therapeutischen Arbeit mit den Kindern sollte unseren Ergebnissen zufolge die Einstellung zur Krankheit, besonders auch die Schamproblematik, die durch die Hauterkrankung entsteht, sowie die von den Kindern erlebte gesellschaftliche Ausgrenzung besonders berücksichtigt werden. Neben der medizinischen Behandlung der Neurodermitis sollten psychosoziale Aspekte insgesamt mehr berücksichtigt werden.

Die betroffenen Eltern kritisierten am häufigsten die Hilflosigkeit der Ärzte sowie eine erfolgsorientierte Motivation, die mit dem Ausbleiben des gewünschten Behandlungserfolgs rasch endete. Die Eltern fühlten sich dadurch oft unter „Erfolgswang“. Teilweise wurde auch die Unkenntnis von Ärzten kritisiert.

Von einigen Eltern wurde eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit vorgeschlagen, da sie sehr unter der Unkenntnis Außenstehender litten, die eine Stigmatisierung und Ausgrenzung der kranken Kinder aufgrund einer vermeintlichen Ansteckungsgefahr zur Folge hatte.

Literatur

- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I./SCHMIDT, C. (1995): „Ein Körper für zwei“: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Mütter. *Forum Psychoanal.* 11, 150-159.
- BOSSE, K./DIEPOLD, B./HEIGL, F./HEIGL-EVERS, A./STREECK, U. (1985): Familiäre Sozialisation, Ich-Entwicklung und psychosomatische Krankheit am Beispiel von Patienten mit endogenem Ekzem. In: LEBER, A./TRESCHER, H./BÜTTNER, C.: Die Bedeutung der Gruppe für die Sozialisation. Göttingen.
- CONDRAU, G./SCHIPPERGES, H. (1993): *Unsere Haut*. Zürich.
- DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J. (1998): Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 47, 1-18.
- FEGERT, J.M./GERWERT, U. (1993): Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42, 293-298.
- FEGERT, J.M./BERGMANN, R./BAUER, C.P./FORSTER, J./ZEPP, J./WAHN, V./SCHMIDT, E./BERGMANN, K.E./WAHN, U. (1997): Atopisches Ekzem in den ersten 3 Lebensjahren. Ist diese Konstellation gleichbedeutend mit einer Störung der Mutter-Kind-Beziehung und Verhaltensauffälligkeiten? *Pädiat. Praxis* 52, 233-244.

- GIELER, U./DETIG-KOHLER, CH. (1994): Nähe und Distanz bei Hautkranken. *Psychotherapeut* 39, 259-263.
- IREYS, H.T./SILVER, E.J. (1996): Perception of the impact of a child's chronic illness: Does it predict maternal mental health? *Developmental and Behavioral Pediatrics* 17, 77-83.
- HEIGL-EVERS, A./SCHNEIDER, R./BOSSE, K. (1976): Biografische Daten von endogenen Ekzematikern. In: Bosse, K./HÜNECKE, P.: *Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkranken*. Göttingen.
- LANGFELDT, H.-P./LUYS, K. (1993): Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42, 36-41.
- LANGFELDT, H.-P. (1995): Sind Mütter von Kindern mit Neurodermitis psychisch auffällig? *Hautarzt* 46, 615-619.
- LAZARUS, R.S./FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal & coping*. New York.
- MINUCHIN, S. (1977): *Familie und Familientherapie*. Freiburg.
- MINUCHIN, S./ROSMAN, B.L./BAKER, L. (1981): *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart.
- McDOUGALL, J. (1987): Ein Körper für zwei. *Forum Psychoanal.* 3, 265-287.
- RING, J./PALOS, E./ZIMMERMANN, F. (1986): Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. *Hautarzt* 37, 506-567 und 609-617.
- RING, J./PALOS-PFÄNDER, E. (1995): Beim atopischen Ekzem im Kindesalter sind psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung zu berücksichtigen. *Hautarzt* 46, 662-663.
- SESTERHENN, H.-G. (1991): *Chronische Krankheiten im Kindesalter im Kontext der Familie*. Heidelberg.
- STIERLIN, H. (1978): *Delegation und Familie*. Frankfurt.
- STIERLIN, H. (1990): Zur Familienpsychosomatik heute. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 40, 357-362.
- TEEGEN, F./SCHUR, K./SCHRÖDER-BATTEFELD, R. (1981): Kampf an der Kontaktgrenze. *Integrative Therapie* 2-3, 214-234.
- WIRSCHING, M./STIERLIN, H. (1982): *Krankheit und Familie*. Stuttgart.
- WIRSCHING, M. (1990): *Familiendynamik und Familientherapie*. In: UEXKÜLL, T.v.: *Psychosomatische Medizin*. München.
- WITZEL, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: JÜTTEMANN, G. (Hg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim.

Anschrift der Verfasser/innen: Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie, Zentrum für Nervenheilkunde, Universität Rostock, Postfach 10 08 88, 18055 Rostock.