

LARS HENNIGHAUSEN

**Soziale Unterstützung und Erziehungsverhalten
bei Eltern neurodermitiskranker Kinder**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines **Doktors der Humanbiologie**
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen



édition scientifique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung des Autors oder des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch elektronische Systeme.

1. Auflage 2011

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the Author or the Publishers.

1st Edition 2011

© 2011 by VVB LAUFERSWEILER VERLAG, Giessen
Printed in Germany



édition scientifique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

STAUFENBERGRING 15, D-35396 GIESSEN
Tel: 0641-5599888 Fax: 0641-5599890
email: redaktion@doktorverlag.de

www.doktorverlag.de

**Soziale Unterstützung und Erziehungsverhalten
bei Eltern neurodermitiskranker Kinder**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Humanbiologie
des Fachbereichs Medizin der
Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Lars Hennighausen

aus Bad Hersfeld

Gießen 2009

Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Medizinischen
Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität
Gießen

Komm. Leiter: Prof. Dr. Uwe Gieler

Gutachter: Prof. Dr. U. Gieler

Gutachter: Prof. Dr. A. Jung

Tag der Disputation: 02.02.2011

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	4
0 Abstract	8
1 Einleitung	11
<i>1.1 Neurodermitis Definition und Epidemiologie</i>	12
1.1.1 Symptomatik	13
1.1.2 Ätiologie	15
1.1.3 Vererbung	15
1.1.4 Störungen des Immunsystems	15
1.1.5 Neurovegetative Störungen	17
1.1.6 Funktionelle Störungen der Haut	18
1.1.7 Klimafaktoren	19
1.1.8 Therapie und Prognose	19
<i>1.2 Psychosomatische Aspekte zur Neurodermitis</i>	20
1.2.1 Stress und Juckreiz	25
<i>1.3 Patientenschulungen - ein mehrdimensionaler Behandlungsansatz</i>	27
1.3.1 Allgemeine Ziele des Schulungsprogramms	29
1.3.2 Juckreiz-Kratz-Zirkel	30
1.3.3 Evaluation und erste Ergebnisse des Modellprojektes	31
<i>1.4 Das Konzept der Sozialen Unterstützung</i>	32

1.4.1 Folgende Funktionsbereiche von Sozialer Unterstützung sind zu unterscheiden:	35
1.4.2 Quellen Sozialer Unterstützung	36
1.4.3 Soziale Unterstützung und Gesundheit	40
1.4.4 Spezifität von Sozialer Unterstützung	42
<i>1.5 Das Konzept des elterlichen Erziehungsverhaltens und dessen Auswirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung</i>	44
1.5.1 Der elterliche Erziehungsstil und Umgang mit der Erkrankung des Kindes	46
2 Ableitung der eigenen Fragestellung	51
<i>2.1 Hypothesen</i>	57
3 Methoden	60
<i>3.1 Charakterisierung der Patientenstichprobe</i>	60
3.1.1 Soziodemographische Charakterisierung	61
<i>3.1.1.2 Die Gruppe der Patientenstichprobe von Kindern und Jugendlichen Neurodermitikern setzt sich aus drei verschiedenen Altersgruppen zusammen.</i>	64
3.1.2 Klinische und körperliche Charakterisierung	66
<i>3.2 Durchführung der Untersuchung</i>	68
<i>3.3 Beschreibung der eingesetzten Testverfahren</i>	69
3.3.1 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU):	69
3.3.2 Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE) 71	

3.3.3 Fragebogen für Eltern von neurodermitiskranken Kindern (FEN)	73
3.3.4 Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Eltern neurodermitiskranker Kinder (FLQEN)	74
3.3.5 Juckreiz-Kognitions-Fragebogen (JKF-K/JKF-J)	75
3.3.6 Coping-Fragebogen (COPEKI, COPEJU)	77
3.4 Statistische Auswertung	78
4 Ergebnisse	79
<i>4.1 Hypothese 1: Korrelation FEE (Skala 2) mit dem FEN (Skala 1)</i>	<i>79</i>
<i>4.2 Hypothese 2: Korrelation FEE (Skala 3) mit dem FEN (Skala 1)</i>	<i>80</i>
<i>4.3 Hypothese 3: Korrelation FEE (Skala 2) mit den Skalen des SOZU</i>	<i>81</i>
<i>4.4 Hypothese 4: Korrelation FEE (Skala 3) mit den Skalen des SOZU</i>	<i>86</i>
<i>4.5 Hypothese 5: Korrelation FEE (Skala 2) mit dem FLQEN (Skala 2)</i>	<i>89</i>
<i>4.6 Hypothese 6: Korrelation FEE (Skala 2/3) und dem SCORAD</i>	<i>90</i>
<i>4.7 Hypothese 7: Vergleich der SCORAD-Gruppen (Gruppe 1=bis 30, Gruppe 3=über 50) in allen Skalen (1,2,3,4) des FEN</i>	<i>92</i>
<i>4.8 Hypothese 8: Vergleich der SCORAD-Gruppen (Gruppe 1=bis 30, Gruppe 3=über 50) in allen Skalen (1,2,3,4,5) des SOZU</i>	<i>94</i>
5 Diskussion	96
<i>5.1 Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an erinnelter emotionaler Wärme und überprotektivem Verhalten, welches Eltern in der eigenen Erziehung erinnern und dem Umgang mit der Erkrankung der Kinder</i>	<i>96</i>

<i>5.2 Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an emotionaler Wärme und überprotektivem Verhalten, welches Eltern in der eigenen Erziehung erinnern und dem Ausmaß an sozialer Unterstützung welches sie in Anspruch nehmen</i>	97
<i>5.3 Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an emotionaler Wärme, welches Eltern in der eigenen Erziehung erinnern und das Ausmaß an Lebenszufriedenheit über welches sie berichten</i>	99
<i>5.4 Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Neurodermitis bei den Kindern und Jugendlichen und dem Ausmaß an emotionaler Wärme, Kontrolle und Überbehütung in der Erziehung welches Eltern erinnern; Ausmaß an in Anspruch genommener sozialer Unterstützung bei den Eltern; Umgang der Eltern mit der Erkrankung der Kinder</i>	100
<i>5.5 Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der sozialen Unterstützung welches Eltern angeben und dem Schweregrad der Neurodermitis bei den Kindern und Jugendlichen</i>	102
<i>5.6 Schlussfolgerungen</i>	103
6 Zusammenfassung	105
7 Literaturverzeichnis	108
Danksagung	122
Erklärung	123

0 ABSTRACT

Neurodermitis is a chronic-recurrent skin disease which occurs worldwide and afflicts up to 14 % of the world's population (Rajka, 1986). According to Bosse (1990), emotional factors, in addition to a genetic predisposition, are decisive in triggering recurrences.

Several researchers, among them Kupfer et al. (1999), were able to demonstrate the influence of internal and external stressors on immunological parameters in targeted studies.

According to Gieler et al. (1993), the chronic form of neurodermitis leads to considerable subsequent distress, such as a lack of social support for the family, chronic overtaxing (usually of the mother) and influence on the parent-child relationship, among other things.

The present dissertation is intended to contribute to our knowledge of the extent to which recalled parental rearing behavior impacts on the social support of which use is made and what influence this has on the parents' coping with the child's illness. Another contribution of this dissertation consists of elucidating whether there is a relationship between the recalled parental rearing behavior and the severity of disease in the afflicted children and adolescents, and how this impacts on the parents' coping with the disease.

Participants in the study were 95 parents whose children were between 0-7 years of age; 15 parents of children between 8-12 years of age and 12 parents of children 13-18 years of age. The parents of the 0 to 7-year-old children participated in a 6-week outpatient neurodermitis training course. In the age group of children between 8-12 years, the parents and children participated in separate age-appropriate training programs. The adolescents

in the age group 13-18 years participated without parents in a training program. The parameters recorded were recalled parental rearing behavior, parental coping with the child's disease and its effect on the parents' quality of life, the perceived social support of the parents and the severity of the disease.

According to the results, no relationships between the recalled parental rearing behavior and the parental coping with the child's disease could be determined. Likewise, no relationship could be determined between the recalled parental rearing behavior and the severity of the child's neurodermitis.

An essential result of this study is that recollection of a lack of warmth and overprotective behavior in one's own rearing is connected with a reduced use of social support and an increase in perceived social distress. Another interesting result of this study is that parents whose children are more severely afflicted by neurodermitis report taking advantage of more social support and a concomitant reduction in social distress compared to parents whose children are less seriously afflicted. These results provide an important contribution for practice in dealing with neurodermitis patients and their families. In addition to medical treatment, inclusion of psychosocial aspects with respect to emotional distress in the families and the patients appears to be decisive, since numerous studies have shown that emotional distress can contribute to worsening of the skin condition. A family-medical treatment of neurodermitis thus appears indispensable in the practice. Since cost-saving requirements in the health system are increasingly limiting for the doctor with respect to both budget and time, additional consulting and exchange possibilities, such as neurodermitis training and self-help groups, may be necessary. Important in such measures, in addition to providing medical information, is promoting daily coping with neurodermitis by the patients and their families by means of dealing with stress and overcoming problems, promoting body awareness,

learning self-control techniques, promoting autonomy and self-responsibility, and promoting compliance. Integration of these aspects into the treatment of neurodermitis patients could in this way lead not only to cost-savings for the health system, but also to decisive emotional relief for the afflicted patients and their families. Further efficacy studies of the training programs cited will certainly have to be performed.

1 EINLEITUNG

Der Erziehung wird eine hohe Bedeutung auf die Persönlichkeitsentwicklung und hinsichtlich des Umgangs mit dem sozialen Netzwerk eingeräumt. Ein positives emotionales Familienklima und die Berücksichtigung des Grundbedürfnisses des Menschen nach Autonomie sind wichtige Faktoren die zu einer psychisch gesunden Entwicklung bei dem Erzogenen beitragen. Dies hat Einfluss auf die weitere soziale Kompetenz und der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Soziale Kontakte und Unterstützung tragen ihrerseits zu einer psychischen Entlastung im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen bei.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, inwieweit der erinnerte elterliche Erziehungsstil bei Eltern mit neurodermitiskranken Kindern einen Einfluss auf den Umgang mit der Neurodermitis der Kinder hat. Des Weiteren wird untersucht, wie sich das elterliche Erziehungsverhalten auf die in Anspruch genommene soziale Unterstützung auswirkt und inwieweit diese wiederum eine entlastende Wirkung bezüglich des Umgangs mit der Erkrankung der Kinder hat.

Psychischen Faktoren beeinflussen sowohl die Auslösung als auch die Verschlimmerung und Chronifizierung der Neurodermitis. Daher wird in dieser Arbeit die Wirkung des erinnerten elterlichen Erziehungsstils, unter der Annahme dass dieser in der Erziehung der eigenen Kinder ebenfalls ausgeübt wird und deren Auswirkung auf den Schweregrad der Neurodermitis untersucht.

Der nachfolgende theoretische Teil der Untersuchung in Kapitel 1 erläutert die Hautkrankheit Neurodermitis und die psychosomatischen

Einflussfaktoren. Weiterhin wird das Konzept der Sozialen Unterstützung definiert und das Konzept des elterlichen Erziehungsverhaltens und dessen Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung thematisiert.

In Kapitel 2 werden die Fragestellungen der Untersuchung und die Arbeitshypothesen abgeleitet. Das Kapitel 3 beinhaltet den methodischen Teil der Untersuchung mit dem Forschungsdesign, der Stichprobe und den Messinstrumenten. Die Ergebnisse der Studie sind in Kapitel 4 zusammengefasst. Das Kapitel 5 beinhaltet die Diskussion der Ergebnisse auf dem Hintergrund der theoretischen Annahmen. Diese werden entsprechend in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet. Die Zusammenfassung in Kapitel 6 gibt einen Überblick über die gesamte Studie mit ihren Ergebnissen und deren Bewertung.

1.1 NEURODERMITIS DEFINITION UND EPIDEMIOLOGIE

In der Literatur gibt es keinen einheitlichen Begriff, der sich auf das Krankheitsbild der Neurodermitis bezieht. Häufig verwendet werden atopische Dermatitis, atopisches Ekzem, endogenes Ekzem u.a. Diese Vielzahl der verwendeten Begriffe kann möglicherweise damit zusammenhängen, dass die Krankheit in ihrem Auftreten, der Ausprägung und im Verlauf sehr unterschiedlich ist. Die Neurodermitis zählt zu den atopischen Erkrankungen. Unter dem Begriff "Atopie" (griech.: "ungewöhnlich erscheinende Erkrankung") bezeichnet man eine Gruppe von Erkrankungen, die neben der Neurodermitis die Rhinitis allergica und Asthma bronchiale umfasst.

Unter dem Begriff Atopie versteht man eine genetisch bedingte Bereitschaft Überempfindlichkeiten gegen Substanzen aus der natürlichen Umwelt wie Gräserpollen, Hausstaub, Nahrungsmittel usw. zu entwickeln.

Die Prävalenz der Erkrankungen des atopischen Formenkreises ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Nach der ISAAC-Studie (International Study of Asthma and Allergies in Childhood 1998) bestand bei 1,6-36,8% der untersuchten 13- bis 14-Jährigen eine allergische Rhinitis. 1,4-39,7% der Untersuchten hatten eine atopische Dermatitis und bei 0,3-20,5% ließ sich ein Asthma bronchiale feststellen.

1.1.1 SYMPTOMATIK

Die Neurodermitis manifestiert sich meist in der frühen Kindheit, oft bereits während der Säuglingszeit. Nach Przybilla und Rueff (2000) kommt es bei einem frühen Erkrankungsbeginn nicht selten um das zweite Lebensjahr zur Ausheilung. Wesentliche spontane Besserungen bis zur vollständigen Abheilung sind bei längerem Verlauf häufig, aber nicht immer dauerhaft. Meist tritt spätestens im dritten Lebensjahrzehnt eine deutliche Besserung der Symptomatik ein.

Charakteristisch sind Hautveränderungen in Form von unscharf begrenzten Erythemen, Schuppung der Haut, Lichenifikation und erosive oder verkrustete Exkorationen.

Prädilektionsstellen im Säuglingsalter sind nässende und ausgedehnt verkrustete Hautveränderungen an den Streckseiten der Extremitäten und der Wangenregion. Häufig beginnen sie als Milchschorf im Kopfbereich.

Im späteren Lebensalter sind vor allem Ellen- und Handgelenksbeugen, Kniekehlen, Gesicht, Nacken, Hals und oberer Stamm betroffen.

Nach Hanifin & Rajka (1980) wird die Diagnose "Atopische Dermatitis" gestellt, wenn mindestens drei Hauptsymptome und drei fakulative Symptome vorhanden sind:

Tabelle 1: aus Jung, E.G. (1991), Dermatologie

Hauptkriterien	Nebenkriterien
Pruritus	Xerodermie
Typische Morphe und Lokalisation (Lichenifikation oder vergrößerte Hautfalten der Beugen; bei Kindern: Gesichts- und Streckseitenbeteiligung)	Ichthyosis vulgaris (hyperlineäre Palmar, folliculäre Keratosen)
Chronische oder chronischrezidivierende Dermatitis	Positive Hauttests (Soforttyp)
atopische Eigen- oder Familienanamnese (Asthma, Rhinitis allergica, atopische Dermatitis)	Erhöhtes Serum-IgE
	Früher Erkrankungsbeginn
	Neigung zu Hautinfektionen (besonders S. aureus und Herpes simplex)
	Neigung zu unspezifischen Hand- oder Fußdermatitis
	Mamillenekzem
	Cheilitis, Perioralekzem
	Rhagaden (Unterlippe, Mundwinkel, retroaurikulär)
	rezidivierende Konjunktivitis
	gedoppelte Lidfalte, Lidekzem
	Augenveränderungen (Keratokonus, Katarakt)
	halonierte Augen
	Gesichtsblässe/Gesichtsekzem
	Pityriasis alba
	Halsfalten
	Juckreiz durch Schwitzen
	Wollunverträglichkeit
	Nahrungsmittelunverträglichkeit
	weißer Dermographismus
	Verlauf abhängig von exogenen und emotionalen Faktoren

1.1.2 ÄTIOLOGIE

Die Pathogenese der atopischen Dermatitis ist bis heute noch sehr uneinheitlich. Sicher ist man sich über eine multifaktorielle Auslösung vor dem Hintergrund einer genetisch bedingten Veranlagung. Der Krankheitsverlauf wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie Fehlfunktionen des humoralen und zellulären Immunsystems, Umwelt- und Klimafaktoren, Allergien und psychologische Faktoren (Bieber und Leung 2003).

1.1.3 VERERBUNG

Die genetische Prädisposition scheint ein wesentlicher Prädispositionsfaktor zu sein. Atopische Erkrankungen lassen sich bei 60-70% der Patienten mit Neurodermitis in der Familie feststellen (Schultz-Larsen 1991). Das Risiko eines Kindes, ebenfalls an einer atopischen Dermatitis zu erkranken, erhöht sich auf 58%, wenn zusätzlich ein Elternteil, und auf 79%, wenn beide Elternteile von der gleichen Erkrankung betroffen sind.

1.1.4 STÖRUNGEN DES IMMUNSYSTEMS

Atopiker weisen eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber verschiedenen Stoffen (Allergenen) aus der Umwelt auf, so dass allergische Reaktionen ausgelöst werden können.

Unter allergischen Reaktionen werden unerwünschte Überreaktionen des Immunsystems verstanden. Beteiligt sind verschiedene Elemente des Immunsystems, die normalerweise Schutz gegenüber Allergenen

ermöglichen. Beim ersten Kontakt mit diesen Stoffen kommt es zur Sensibilisierungsphase, bei der die Überreaktion gegen Allergene erworben wird und zu diesem Zeitpunkt noch keine klinischen Symptome auftreten. Nach der erfolgten Sensibilisierung kann es bei wiederholtem Allergenkontakt zu einer Auslösung von Entzündungsreaktionen kommen.

Kennzeichnend hierfür ist ein erhöhter Serumimmunglobulin-E-Spiegel (IgE). Bei dem IgE handelt es sich um einen Antikörper, der vom Organismus bei Kontakt mit Allergenen mobilisiert wird. Nach Bos et al. (1992) lässt sich bei 70-80% der Patienten mit einer atopischen Dermatitis eine erhöhte IgE-Serumkonzentration nachweisen.

Nach Werfel (1999) existieren unterschiedliche Varianten der Neurodermitis, so dass abhängig vom Erkrankungsstadium unterschiedliche, die Krankheit unterhaltende Mechanismen (Muster der Zytokinproduktion) vorliegen.

Bei der Neurodermitis ist bei mehr als der Hälfte der Patienten allergenspezifisches IgE nachweisbar.

Wüthrich unterscheidet zwei Subtypen der Neurodermitis, eine extrinsische Variante bei der spezifisches IgE nachweisbar ist, bei der Inhalations- und Nahrungsmittelallergene die Erkrankung triggern und eine intrinsische Variante bei der kein klinisch relevantes IgE nachweisbar ist (Wüthrich 1980).

Das spezifische IgE muss nicht zwangsläufig bei Patienten mit Neurodermitis zu einer allergischen Reaktion führen, wenn es im Labortest oder über einen Hauttest nachgewiesen wurde. Vielmehr geht man davon aus, dass mehr als die Hälfte der nachgewiesenen Sensibilisierungen keine klinische Relevanz haben.

Ein direkter Hinweis auf die klinische Relevanz von spezifischem IgE besteht bei Patienten mit Neurodermitis, die weiterhin unter einer

Kombination von Soforttypreaktionen (Nesselsucht, Asthma, Rhinokonjunktivitis) und anschließender Ekzemreaktion nach Allergenprovokation leiden.

Nach Werfel und Kapp (1999) ist die intrinsische Form der Neurodermitis von besonderem immunologischen Interesse. Bei dieser Form ist der Einfluss von Allergenen noch ungeklärt.

Die Läsionen, das Verteilungsmuster der Hautveränderungen und das klinische Bild unterscheiden sich nicht von der extrinsischen Form, so dass man eine ähnliche Pathologie bei beiden Subtypen der Neurodermitis annehmen kann.

Nach Werfel und Kapp scheint die intrinsische Form der Neurodermitis zuzunehmen, so dass weitere immunologische Studien in diesem Bereich wichtig sind.

1.1.5 NEUROVEGETATIVE STÖRUNGEN

Bereits Brocq und Jaquet 1891 nahmen eine nervale Innervation bei der Neurodermitis an. So konnten Chowdury et al (2000) nachweisen, dass bei der Lähmung eines Armes auf dieser Seite die Neurodermitis klinisch nicht mehr vorhanden ist. Derzeit weiß man, dass es einen Zusammenhang zwischen dem peripheren Nervensystem und den immunologisch kompetenten Zellen der Epidermis und Dermis gibt. Die Nervenendigungen dieser Zellen reichen teilweise bis zur obersten Schicht der Epidermis und schütten verschieden Mediatoren (u. a. Neuropeptide) aus und deren Wechselwirkung man bis heute erst beginnt zu verstehen (Ader et al.1995; Steinhoff et al. 2003). Eine zentrale Bedeutung bei der Juckreizentstehung wird dem cholinergen System zugeschrieben. AcH (Acetylcholin) ist ein klassischer Botenstoff, welcher bei mehreren Untersuchungen nach

subkutaner Applikation bei Neurodermitispatienten Juckreiz ausgelöst hat, bei einer Hautgesunden Vergleichsgruppe hingegen einen brennenden Schmerz. Mehrere Arbeitsgruppen konnten durch experimentelle standardisierte Stressversuche (Buske-Kirschbaum et al. 2001 und 2003; Kupfer et al. 2001) zeigen, dass es unter Stress messbare Unterschiede im Reaktionsverhalten von verschiedenen Neuropeptiden zwischen Hautgesunden und Neurodermitikern gibt.

Eine zukünftige zentrale Bedeutung scheinen demnach psychologische Interventionen, wie verbesserte Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung, Erlernen von Stressbewältigungsstrategien und Entspannung darzustellen, welche zu messbaren Veränderungen von regulatorischen Entzündungsparametern und damit zu einer Verbesserung des Schweregradindex führen. Gezielte Schulungsprogramme, wie die von AGNES (Arbeitsgemeinschaft Neurodermitis-Schulung in Deutschland) entwickelte manualisierte Schulung (Staab et al. 2006) beinhalten diese Interventionen und haben sich in den letzten Jahren in Deutschland gut etabliert.

1.1.6 FUNKTIONELLE STÖRUNGEN DER HAUT

Durch einen gesteigerten transepidermalen Wasserverlust aufgrund einer erhöhten Durchlässigkeit der Epidermis und einer herabgesetzten Sebostase (Talgdrüsenproduktion) ist die Haut von Patienten mit atopischer Dermatitis sehr trocken und leicht irritierbar, wodurch die Juckreizschwelle herabgesetzt ist. Gleichzeitig wird durch die gestörte Barrierefunktion das Eindringen pathogener Keime begünstigt.

Mit der gestörten Barrierefunktion der Haut ist nach Braun-Falco et al. (1995) eine geringere Schweißabgabe verbunden. Durch den Durchtritt des Schweißes in die Haut kommt es wahrscheinlich zu einer Begünstigung der Entzündungsprozesse.

1.1.7 KLIMAFAKTOREN

Die Hautveränderungen der atopischen Dermatitis zeigen häufig eine Abhängigkeit von jahreszeitlichen Veränderungen. Durch die geringere Luftfeuchtigkeit, Heizungsluft und eine wärmere Bekleidung in den Wintermonaten kommt es häufig zu Symptomverschlechterungen (Pürschel, 1976).

1.1.8 THERAPIE UND PROGNOSE

Vickers (zitiert nach Diepgen, 1995) konnte in einer Langzeitstudie mit 2000 Kindern, die unter einer atopischen Dermatitis litten, nachweisen, dass 87% der Kinder nach 5 Jahren keine Anzeichen für atopisches Ekzem hatten, nach 10 Jahren 91,7% und nach 15 Jahren 90%. Wichtige Faktoren für das Weiterbestehen der atopischen Dermatitis sind v.a. früher Beginn und Geschwisterlosigkeit sowie atopische Begleiterkrankungen und hohe IgE-Werte.

Nach Jung (1991) stellt eine konsequente tägliche Rückfettung der Haut, wenig entfettende Hautreinigung in symptomfreien Intervallen eine gute Rezidivprophylaxe dar. Die Bedeutung der konsequenten topischen Dermatotherapie auf den Schweregradverlauf haben auch Niemeier et al in einer Studie bei erwachsenen Neurodermitis-Patienten zeigen können (Niemeier et al., 2005).

1.2 PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE ZUR NEURODERMITIS

Die Neurodermitis stellt nach Bosse (1990) die häufigste Hauterkrankung dar, bei der psychische Faktoren eine wichtige Mitursache für die Auslösung von Rezidiven haben.

Obwohl nicht bei jedem Kind mit einer Neurodermitis psychogene Auslöser von hervorgehobener Bedeutung sind, bedeutet die Diagnose einer chronisch sichtbaren Erkrankung immer auch Auswirkungen auf den Menschen und sein Bezugssystem, in dem er lebt (v. Schlippe, Fortmann & Theiling, 1997). Demnach scheint es wichtig zu sein, dass bei der Behandlung der Neurodermitis psychosoziale Faktoren mitberücksichtigt werden, um den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten von Kind und Familie gerecht zu werden.

Chronische Hautkrankheiten wie die Neurodermitis führen zu erheblichen psychosozialen Belastungen, die häufig unterschätzt werden, da die Erkrankungen in der Regel nicht lebensbedrohlich sind (Harlow et al., 2000).

Nach Przybilla und Rueff (2000) stellt der Juckreiz das am meisten beeinträchtigende Symptom der Neurodermitis dar, da er häufig anfallsweise und unvorhersehbar auftritt und als quälend erlebt wird, da sich die Patienten diesem ausgeliefert fühlen.

Die Folge des Juckreizes ist häufig starkes Kratzen, welches zu einer Begünstigung der auftretenden Entzündungsreaktionen und zu sichtbar kosmetischen Folgen führt. Gleichzeitig wird die Juckreizschwelle durch die auftretenden Entzündungsprozesse gesenkt, was dann in einem "Juckreiz-Kratz-Zirkel" zu erneuten Gewebsschädigungen führt. Dieser "Juckreiz-Kratz- Zirkel" wird häufig als Kontrollverlust erlebt und ist mit starken Schuldgefühlen verbunden.

Psychosoziale Stressoren in Form belastender Lebensereignisse und psychischer Belastungen gelten als wichtige Auslösefaktoren für Exazerbationen der Neurodermitis (Seikowski u. Gollek, 1999).

In zeitreihenanalytischen Untersuchungen konnten Kupfer et al. (1994); Helmbold et al. (1996); Buske-Kirschbaum et al. (1997) einen Einfluss von Stressfaktoren auf verschiedene immunologische Parameter nachweisen.

Eine epidemiologische Untersuchung zum Problem von Stresseinflüssen anhand der Exazerbationen der Neurodermitis nach einem Erdbeben stammen von Kodama et al. (1999).

Es wurden 1457 Neurodermitiker nach dem Ausmaß der Symptome nach dem Erdbeben in Hanshin 1995 befragt. Hierbei fand eine Unterteilung der Regionen im Umkreis von Hanshin nach dem Ausmaß an Gebäudeschäden statt.

Region A mit schweren Schäden, Region B mit mittelschweren Schäden und Region C ohne Schäden.

38% der Neurodermitiker aus Region A und 34 % der Neurodermitiker aus Region B berichteten über eine zunehmende Verschlechterung der Haut in Form von Exazerbationen. 7% der Neurodermitiker aus Region C, ohne erkennbaren Stress als Folge des Erdbebens berichteten ebenfalls über eine zunehmende Hautverschlechterung. Als Vorhersagekriterium kann nach dieser Untersuchung der subjektive Distress angesehen werden, der zu einer Zunahme der Exazerbationen geführt hat.

Bei dem Auftreten der Neurodermitis kann die Erkrankung vielfältige psychologische Probleme für Kinder und Eltern nach sich ziehen und dadurch die dermatologische Behandlung erschweren.

Nach einer Untersuchung von Absolon et al. (1997) haben besonders Kinder mit einer mittelschweren bis schweren Ausprägung der

Neurodermitis ein hohes Risiko, psychologische Probleme zu entwickeln. Übereinstimmende Ergebnisse stellten Daud et al. (1993) in einer Untersuchung fest, nach der Vorschulkinder mit Neurodermitis als ängstlicher und von ihren Eltern als abhängiger beschrieben wurden. Nach Fegert et al. (1997) können psychische und kognitive Beeinträchtigungen bei Kindern selbst dann bestehen bleiben, wenn die Neurodermitis sich bessert. Als typisches Problem von Schulkindern können demnach Leistungseinbußen durch hohe Fehlzeiten in der Schule oder aufgrund von Schlafmangel angenommen werden.

Im Allgemeinen ist ein paralleler Anstieg der Belastung für Kinder und deren Familie mit zunehmendem Schweregrad der Symptomatik anzunehmen.

Nach Fegert et al. (1997) und Warschburger (1996) sind viele der psychosozial zu beobachtenden Auffälligkeiten Folge der chronischen Auseinandersetzung mit der Neurodermitis und der daraus oft resultierenden chronischen Überforderungssituation. Dies konnte auch Pauli-Pott et al in Studien mit Neurodermitis-Müttern darstellen (Pauli-Pott et al 1997).

Aufgrund der in den Tabellen 2 und 3 genannten Belastungen für die an Neurodermitis leidenden Kinder und die damit verbundenen Belastungen für die Familie, ist es wichtig bei der Behandlung der Patienten die Ressourcen und Potentiale des Patienten, einzelner Familienmitglieder und der Familie als Ganzes zu fördern.

Tabelle 2: Herausforderungen für den Patienten (nach Schon & Szczepanski, 1993; Warschburger, 1996)

-	Schulabschluss durch Stress und Konflikte (z.B. Streitigkeiten in der Familie, Schulwechsel, Prüfungen)
-	Sichtbarkeit der Hautveränderungen
-	Ekel- und Angstreaktionen Dritter
-	Negative Einstellungen des Patienten zur eigenen Haut
-	Ständiger Juckreiz
-	Einschränkungen in Freizeit- und körperlichen Aktivitäten
-	Angst vor Schüben
-	Scham und Unsicherheit in Beziehungen
-	Beeinträchtigungen im Körperkontakt
-	Partnerprobleme/Sexualleben
-	Minderung körperlicher Attraktivität (insbesondere bei Jugendlichen)
-	Schlaf- und Konzentrationsstörungen
-	Soziale Beeinträchtigungen (Kindergarten, Schule)
-	Gestörtes Essverhalten (meist als Folge rigider Pauschaldiäten)
-	Wasserphobie
-	Berufsfindung
-	Hautpflege als Grenzüberschreitung

Tabelle 3: Herausforderungen für die Familie (nach Schon & Szczepanski, 1993; Warschburger, 1996)

-	Mangelnde soziale Unterstützung für die Familie
-	Chronische Überlastung (meist der Mütter)
-	Störung der Paarbeziehung
-	Schlafdefizit der Eltern (meist Mütter)
-	Hilflosigkeit und Angst bezüglich der Krankheitsschübe
-	Diagnostisch therapeutische "Vielfalt" (Schulmedizin, Alternativmedizin, Empfehlungen von Verwandten, Freunden usw.)
-	Geschwisterprobleme
-	Einflüsse entfernterer Verwandte (insbesondere Großeltern)
-	Negative Reaktionen in externen Bezügen (Freunde, Verwandte, Kindergarten, Schule)
-	Beeinflussung der Eltern-Kind-Beziehung (z.B. Hautpflege als Strafe oder Züchtigung, sekundärer Krankheitsgewinn)
-	Schuldgefühle (insbesondere nach therapeutischen Interventionen, die eine pathologische Mutter-Kind-Beziehung und/oder andere analytische Modelle als zentrale Ursache der atopischen Dermatitis beibehalten)

Nach Gil et al. (1987) können Probleme bei der Hautpflege, Medikamenteneinnahme, Kleidung und Ernährung sowie Zeitaufwand für Arztbesuche und Anforderungen an die Disziplin und Compliance als Stressfaktoren wirksam werden, die ihrerseits den Hautzustand ungünstig beeinflussen.

1.2.1 STRESS UND JUCKREIZ

Eine frühe Definition des Juckreizes stammt von Haffenreffer (1660), der unter Pruritus eine unangenehme Empfindung versteht, die einen Reflex zum Kratzen auslöst.

Nach Gieler et al. (2002) wird Pruritus häufig ausgelöst durch somatische Erkrankungen, psychogener Juckreiz und psychosoziale Faktoren spielen bei der Ätiologie eine bedeutende Rolle. Auf der neurologischen Ebene ist allgemein anerkannt, dass es unterschiedliche Vermittlungswege zwischen Schmerz und Juckreiz gibt, die durch langsamleitende (polymodale) C-Fasern beschrieben werden. Juckreiz wird meistens von Neuropeptiden ausgelöst. Ein wichtiges Neuropeptid ist das Histamin. Die langsamleitenden C-Fasern reagieren besonders sensibel auf Histamin (Schmelz et al., 1997).

Psychologische Studien zur Lebensqualität können nachweisen, dass es bei Patienten mit Pruritus Komorbiditäten zu Depression und Ängsten gibt, welche mit einer Einschränkung der Lebensqualität verbunden sind.

Eine Untersuchung in diesem Bereich stammt von Sheehan-Dare et al. (1990), welche in einer Fallkontrollstudie bei Patienten mit Pruritus eine erhöhte Ausprägung an depressiven Verstimmungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nachweisen konnten. Bei 15 Patienten mit Pruritus lag eine pathologische Auffälligkeit der depressiven Symptomatik vor, im Vergleich zur Kontrollgruppe, in der nur 5 Patienten in diesem Bereich auffällig waren.

Eine weitere Studie zur Beeinflussbarkeit des Juckreizes stammt von Hermanns und Scholz (1993), welche bei Probanden histamininduzierten Juckreiz unter einer dramatisierenden vs. neutralen Instruktion ausgelöst

haben. Die Probanden unter der dramatisierenden Instruktion litten stärker unter der Intensität des Juckreizes, im Vergleich zu den Kontrollpersonen.

In einer Untersuchung von Picardi et al. (2000), in der über 4000 Hauptpatienten nach psychiatrischen Auffälligkeiten durch eine Fragebogenerhebung untersucht wurden, hierbei fanden sich bei 30 % der Patienten mit Pruritus psychiatrische Komorbiditäten.

Die genannten Studien zeigen eine deutliche Beeinflussung des Juckreizes durch psychische Faktoren, wie Kognitionen, subjektive Bewertungen von Ereignissen und Coping-Verhalten.

Bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie zur Beeinflussbarkeit des Juckreizes liegen einige Studien vor, welche positive Effekte aufweisen.

So konnte Koblenzer (1994) in einer Studie die Effektivität von tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie und Psychoanalyse bei dermatologischen Patienten mit Pruritus nachweisen.

Verhaltenstherapeutische Interventionen hingegen zielen darauf ab den Patienten eine Rückmeldung über auftretendes Kratzverhalten zu geben.

Einige Untersuchungen in diesem Bereich untersuchen gezielt die Effektivität einzelner psychotherapeutischer Interventionen.

Schubert (1989) integrierte Suggestionstechniken von Hypnosestudien in ein Imaginationstraining und konnte eine positive Beeinflussung des Juckreizes nachweisen.

Eine Reihe weiterer Studien konnten positive Effekte von suggestiven Interventionen bei Juckreiz nachweisen. So konnten Hajek et al. (1990) einen deutlichen Rückgang des Juckreiz durch die genannten Techniken in einer Langzeitstudie nachweisen.

Rucklidge und Saunders (1990) kamen zu vergleichbaren Ergebnissen nach einer Viermonats- Katamnese nach Beendigung einer hypnotherapeutischen Behandlung.

Die genannten Studien belegen einen positiven Einfluss von Psychotherapie auf den Juckreiz und können somit eine Beteiligung von psychischen Faktoren bei der Ätiologie von Juckreiz nachweisen.

Eine Studie von Stangier und Gieler (1997) konnte zeigen, dass bei 6,5% von untersuchten Hautpatienten somatoformer Juckreiz vorhanden war. Demnach handelt es sich bei dem somatoformen Jucken um eine somatoforme Störung verbunden mit Pruritus, welche im DSM-IV explizit definiert ist (Gieler et al., 2002).

1.3 PATIENTENSCHULUNGEN - EIN MEHRDIMENSIONALER BEHANDLUNGSANSATZ

Da es sich bei der Neurodermitis um eine multifaktorielle Krankheit hinsichtlich der Ätiologie handelt, reichen ärztliche Betreuung und medikamentöse Behandlungen häufig nicht aus.

Chronische Erkrankungen wie die Neurodermitis bedeuten für Betroffene und deren Familien häufig eine starke Belastung, Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung und Frustration ist häufig die Folge, welche mit erheblichen Einschränkungen in der Lebensqualität verbunden sind. Nach Medansky, 1981 verstärkt sich die psychische Belastung durch den rezidivierenden Charakter der Neurodermitis.

Nach Scheewe (2001) zerbricht bei vielen Eltern die Illusion ein gesundes Kind auf die Welt gebracht zu haben mit dem häufig frühzeitigem Auftreten von Ekzemschüben im Säuglingsalter. Verzweiflung, Erschöpfung und Angst machen die täglichen Pflegearbeiten der Eltern oftmals zur Last.

Nach einer Umfrage von Fegert et al. (1999) werden Unkenntnis der Ärzte, eigene ungünstige Verhaltensweisen, wie Vorhaltungen und Verbote sowie Angst um die Zukunft ihres kranken Kindes von Eltern als Belastung empfunden, wenn es um die Neurodermitis im Familienkontext geht. Nach ihnen beschreiben sich Mütter im Vergleich zu Vätern stärker überfordert bei der adäquaten Erfüllung der Elternrolle. Durch Krankheitsschübe ist eine entspannte Mutter-Kinder-Interaktion oft unmöglich. Im Falle eines weiteren Ekzemschubes entsteht durch den äußeren und inneren Erfolgszwang ein Schuldgefühl sowohl bei Eltern als auch bei Therapeuten. Desweiteren zeigt sich nach einer Untersuchung von Brückmann und Niebel (1995) eine zunehmende negative Beeinflussung der Mutter-Kind-Interaktion mit zunehmendem Schweregrad der Neurodermitis.

Gleichzeitig haben nach einer Untersuchung von Hohmann und Gieler (1995) die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten in den letzten Jahren deutlich zugenommen, welche bei angenommenen 1,5 Millionen Betroffenen, auf 3,5 Milliarden € Jahr geschätzt werden.

Zur besseren Vorsorge und Versorgung von Betroffenen mit Neurodermitis und deren Familien wurden spezielle verhaltensmedizinische Schulungsprogramme entwickelt, so dass sämtliche Bereiche aus der Medizin, Psychologie und Ernährung, die mit der Krankheit in Verbindung stehen, bearbeitet werden.

Bereits in den 70er und 80er Jahren lagen Erfahrungen mit Neurodermitisschulungs-Programmen vor, welche neben der Motivation des Einsatzes von Kratzalternativen, die Anwendung geeigneter Hautpflege, Stressmanagement und die Aktivierung der eigenen Ressourcen als Ziel hatten (Gieler et al., 2000).

Angesichts der deutlichen Zunahme der Betroffenen, welche unter Neurodermitis leiden und den damit verbundenen steigenden

wirtschaftlichen Kosten, rief das Bundesgesundheitsministerium 1996 ein nationales, multizentrisches Modellprojekt ins Leben.

Antragsteller war die Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung (AGNES), welche anlässlich der Ausschreibung des BMG gegründet wurde.

Im Rahmen des Modellprojektes werden seit Juni 2000 altersadäquate Schulungen bundesweit an acht beteiligten Zentren angeboten.

Es handelt sich somit um einen interdisziplinären Ansatz, bei dem Fachärzte aus der Pädiatrie und Dermatologie sowie Psychologen und Ökotrophologen gemeinsam handlungs- und alltagsrelevantes Wissen vermitteln.

Die Schulungen bestehen aus sechs ambulanten Einheiten, die möglichst einmal wöchentlich für zwei Zeitstunden durchgeführt werden sollten.

Zu unterscheiden sind die Eltern- Schulungen, in denen Eltern von Kindern zwischen 0-7 Jahren geschult werden, Eltern- Kinder- Schulungen von Kindern zwischen 8-12 Jahren, in denen Eltern und Kinder parallel geschult werden und Jugendlichen- Schulungen von Jugendlichen im Alter zwischen 13-18 Jahren.

1.3.1 ALLGEMEINE ZIELE DES SCHULUNGSPROGRAMMS

Die Gruppenschulung soll bei Patienten zu einer besseren Vorsorge und Versorgung im Umgang mit der Neurodermitis führen, um durch entsprechende Interventionen Hilflosigkeit und Verzweiflung entgegen zu wirken und dadurch emotionale Entlastung bei den Betroffenen zu schaffen.

Bei den Betroffenen soll eine internale Kontrollüberzeugung aufgebaut werden, die sie befähigt negative Gefühle offen zu äußern, ohne Sanktionen

dabei zu erfahren. Der Patient soll den Teufelskreis von Juckreiz, Kratzen und Hautverletzungen als diesen erkennen, so dass unter bewusster Kontrolle eine Durchbrechung des Teufelkreislaufes durch eine Verhaltensmodifikation möglich ist.

Tabelle 4: Nach Scheewe und Skusa-Freeman (1994) hat das Schulungsprogramm folgende Ziele:

Allgemeine Ziele	Stundenübergreifende Ziele
<ul style="list-style-type: none"> - die Akzeptanz der Krankheit soll erhöht werden - Verbesserung der Körperwahrnehmung - aktiv an der Therapie mitzuwirken 	<ul style="list-style-type: none"> - Wissensvermittlung, d. h. Informations- und Wissensdefizite über Neurodermitis und Behandlung aufheben - Förderung der Autonomie und der Eigenverantwortlichkeit - Stärkung des Selbstbewußtseins und des Selbstvertrauens - Spannungsabbau - Erlernen von Selbstkontrolltechniken - Förderung der Körperwahrnehmung - Förderung der Compliance

1.3.2 JUCKREIZ-KRATZ-ZIRKEL

Ein Schwerpunkt in der Neurodermitisschulung besteht in dem Herausarbeiten zwischen auslösenden Faktoren für Juckreiz, dem auftretenden Juckreiz und den Hautverletzungen und den damit verbundenen Entzündungsprozessen. Die Konsequenzen des Kratzverhaltens werden herausgearbeitet und zwischen den kurzfristigen

und langfristigen Konsequenzen unterschieden. Kurzfristig kommt es bei den Betroffenen nach dem Kratzverhalten zu einer Spannungsreduktion und einer damit verbundenen Erleichterung. Langfristig führen die Hautverletzungen und die damit verbundene Verstärkung des Juckreizes zu einer wachsenden inneren Anspannung, welche wiederum in Form von Stress und Belastung die Juckreizschwelle senkt und somit das Auftreten von diesem begünstigt. Die Betroffenen und deren Eltern stehen diesem Teufelskreislauf hilflos gegenüber. Nach Scheewe und Skusa-Freeman (1994) ist es ein wichtiges Ziel der Schulung, dem Patienten bewusst zu machen, dass er den Juckreiz und das Kratzen beeinflussen kann. Zu den Möglichkeiten der Beeinflussung zählen neben dem Meiden von internen und externen Auslösern von Juckreiz, die Erarbeitung von Kratzalternativen. Diese Interventionen führen bei den Betroffenen und deren Eltern laut den Ergebnissen des Modellprojektes Neurodermitisschulung zu mehr Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung. Ein Maß, welches die Probleme von Eltern neurodermitiskranker Kinder erfasst, ist der von Stangier et al. (1996) entwickelte Fragebogen FEN.

1.3.3 EVALUATION UND ERSTE ERGEBNISSE DES MODELLPROJEKTES

Wahn et al. (2002) haben im Rahmen des Modellprojektes eine erste Bilanzierung der Studienergebnisse vorgenommen.

Im Rahmen des Modellprojektes wird die Wirksamkeit der Schulungsprogramme durch eine Vorher-Nachher-Erhebung mit standardisierten Evaluationsinstrumenten in Form einer prospektiven, randomisierten und kontrollierten Follow-up-Studie nachgewiesen.

Seit dem Beginn des Modellprojektes sind bisher bundesweit 1014 Betroffen geschult worden und 80% der Daten ausgewertet worden.

Nach den Autoren ergab eine erste Zwischenauswertung, dass sich die körperlichen Symptome bei den Betroffenen nach einer Neurodermitis-Schulung fast halbiert und sich die Lebensqualität und die Krankheitsbewältigung signifikant gebessert haben.

1.4 DAS KONZEPT DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG

Hinsichtlich der Definition von "Sozialer Unterstützung" existiert eine sehr große Uneinheitlichkeit. Einige frühe Definitionen beziehen sich meist auf einzelne Komponenten bzw. Inhalte Sozialer Unterstützung. So verstehen Walker, MacBride & Vachon (1977) Soziale Unterstützung als "Netzwerk von persönlichen Kontakten, durch das ein Individuum seine soziale Identität aufrecht erhält, emotionale Unterstützung, materielle Hilfe, Dienstleistungen, Informationen und neue Soziale Kontakte erhält".

Andere Autoren beziehen bei der Definition von Sozialer Unterstützung deren mögliche Auswirkungen auf psychische Gesundheit bzw. Störungen mit ein. So auch Shumaker & Brownell (1984), die zudem die Intention von Geber und Empfänger betonen:

„Social support is an exchange of resources between at least two individuals perceived by the provider or the recipient to be intended to enhance the well-being of the recipient“.

Nach Sommer und Fydrich (1989) führt das Einbeziehen des Wohlbefindens in die Definition sowohl konzeptuell als auch forschungsmethodisch eher zur Verwirrung als zur Klärung; denn es ist zunächst lediglich eine Annahme, dass sich Soziale Unterstützung auf die psychosoziale Gesundheit positiv auswirkt.

Die Uneinheitlichkeit der Definitionen des Konstruktes der Sozialen Unterstützung führt derzeit zu zahlreichen Kritiken. Hauptsächlich bezieht sich die Kritik darauf, dass bei vielen Definitionen nicht hinreichend zwischen sozialem Netzwerk, beobachtbarer- und subjektiv wahrgenommener Sozialer Unterstützung differenziert wird. Weiterhin werden mögliche Probleme und Belastungen im Rahmen sozialer Unterstützung häufig zu wenig berücksichtigt.

Um die genannten Probleme bei der Begriffsdefinition zu vermeiden findet in dieser Arbeit eine Orientierung der Sozialen Unterstützung an der Begriffsdefinition von Sommer und Fydrich (1989) statt: "Soziale Unterstützung (bzw. Soziale Belastung) wird verstanden als subjektiv wahrgenommene Soziale Unterstützung (bzw. subjektiv wahrgenommene Soziale Belastung). Soziale Unterstützung spezifiziert somit die Wahrnehmung und Bewertung von Quantität und Qualität sozialer Beziehungen und Interaktionen. Die Inhalte dieser Unterstützung können weiter präzisiert werden. Soziale Unterstützung ist demnach das Ergebnis von sozialen Beziehungen und sozialen Interaktionen und deren Verarbeitung durch das Individuum. Es fließen sowohl Merkmale des sozialen Netzwerks, der Beziehungen und der konkreten sozialen Interaktion als auch Merkmale des Individuums mit ein; entscheidend ist aber, wie die Person die sozialen Interaktionen und Verbindungen wahrnimmt, einschätzt und erlebt. In welchem Ausmaß diese Wahrnehmung "realistisch" ist, lässt sich tentativ klären durch Vergleiche mit Daten aus den sozialen Interaktionen.

Nach Sommer (1982) ist ein persönliches Netzwerk das "Gesamt an Beziehungen, das ein Individuum zu einzelnen Menschen und Gruppen hat".

Entsprechend umfasst das Netzwerk Familienmitglieder, Verwandte, Freunde, Nachbarn und Bekannte, Arbeitskollegen, und z.B. auch

Angehörige des Dienstleistungsgewerbes (Friseur, etc.). Von diesen Punkten zu trennen sind die Auswirkungen, die soziales Netzwerk und soziale Unterstützung/Behinderung auf körperliche Gesundheit/Erkrankungen haben (Sommer, F. 1988).

Sommer und Fydrich (1989) unterteilen die Soziale Unterstützung in folgende fünf Kategorien, betonen jedoch die Perspektive des Empfängers:

1. Emotionale Unterstützung erleben:

positive Gefühle, Nähe, Vertrauen und Engagement erfahren; eigene Person und Gefühle werden von anderen akzeptiert; aktives Zuhören.

2. Unterstützung beim Problemlösen erleben:

über ein Problem sprechen können; Problemlösungs- und handlungsrelevante Informationen erhalten; Ermutigung und Rückhalt erleben; Rückmeldung für eigenes Verhalten und Erleben erhalten.

3. Praktische und materielle Unterstützung erleben:

im Bedarfsfall Geld oder Gegenstände geliehen oder geschenkt bekommen; bei einer schwierigen Tätigkeit Begleitung, Beistand oder praktische Hilfe erhalten; von Aufgaben und Belastungen befreit werden.

4. Soziale Integration erleben:

eingebettet sein in ein Netzwerk sozialer Interaktionen;
Übereinstimmung von Lebensvorstellungen und Werten.

5. Beziehungs-Sicherheit erleben:

Vertrauen haben in relevante Beziehungen und deren Verfügbarkeit.

1.4.1 FOLGENDE FUNKTIONSBEREICHE VON SOZIALER UNTERSTÜTZUNG SIND ZU UNTERSCHIEDEN:

soziale Integration:

Mit Hilfe von systematischen Netzwerkanalysen versucht man Maße für den Grad der sozialen Integration einer Person zu finden und bezieht hierbei strukturelle Merkmale, wie Struktur, Dichte und Häufigkeit der Kontakte mit ein.

emotionale Unterstützung:

Die emotionale Unterstützung bezieht sich auf das Ausmaß inwieweit eine Person Gefühle bei anderen Personen frei äußern kann und sich emotional fallen lassen kann. Eine wichtige Funktion ist das Ermöglichen positiven Erlebens, im Sinne genießerischen Erlebens.

praktische Unterstützung:

Zu diesem Funktionsbereich zählen die praktischen und materiellen Hilfen, die einer Person im Alltag zur Verfügung stehen. Hierzu zählen Dienstleistungen, Informationen und kognitive Führung mit Relevanz für die Lebensführung und Problembewältigung.

Weiterhin bezieht sich diese Form der Sozialen Unterstützung auch auf die Rückmeldung über adäquates Rollenverhalten einer Person durch ihr Umfeld. Positive Rückmeldung führt demnach zur Steigerung des Gefühls eigener Bedeutung und des eigenen Wertes. Das Individuum gewinnt hierdurch Sicherheit in der sozialen Interaktion. Soziale Unterstützung dient somit der Erhaltung der sozialen Identität.

1.4.2 QUELLEN SOZIALER UNTERSTÜTZUNG

Neben den genannten Inhalten und Funktionsbereichen der Sozialen Unterstützung gilt als weitere wichtige Dimension die Quelle der Sozialen Unterstützung. Darunter sind Personen bzw. Gruppen gemeint, die Soziale Unterstützung geben oder ermöglichen können. Nach Sommer und Fydrich (1989) zählen zu diesen Personen Partner, Eltern und Kinder, andere Verwandte, Freunde und Bekannte, Nachbarn, Arbeitskollegen, Vorgesetzte und Untergebene. Bisweilen werden transzendente "Wesen" (z.B. Gott), Tiere und Verstorbene hinzugezählt (vgl. Pfingsten & Baumann, 1987).

Die genannten Personen oder Quellen der Sozialen Unterstützung können für das Individuum unterschiedliche Funktionen erfüllen. Nahestehende Personen, wie Partner, Freunde oder Familie können für eine Person unter Umständen besonders wichtig sein für die emotionale Unterstützung und

Entlastung, Bekannte bspw. für relevante Informationen und Freunde für soziale Integration und Nachbarn für die praktische Unterstützung.

Es ist sinnvoll die Quellen der Sozialen Unterstützung in Kategorien zu unterscheiden, wie Vertrauensperson, Familie, Freunde, Bekannte und Berufskolleginnen.

Neben den genannten Inhalten und Quellen scheinen bei der Diagnostik von Sozialer Unterstützung folgende vier weitere Dimensionen wichtig zu sein:

- Verfügbarkeit der Sozialen Unterstützung
- Bewertung von Ereignissen und Situationen
- Anlässe, bei denen man Soziale Unterstützung erhalten kann
- Richtung der Sozialen Unterstützung

(vgl. ähnlich House & Kahn, 1985; Pfingssten & Baumann, 1987; Tardy, 1985; Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

Kurze Definition der genannten vier Dimensionen:

Verfügbarkeit, konkrete und generalisierte Erfahrung

Eine Erfassung der konkreten Erfahrung von Sozialer Unterstützung kann gegenwärtig über eine Selbstbeobachtung bspw. in Form einer Verhaltensanalyse oder retrospektiv in einem definierten Zeitraum erfolgen.

Eine andere Möglichkeit der Erfassung besteht in einer generalisierten Einschätzung der Erfahrung an Sozialer Unterstützung. Ein mögliches Item zur Erhebung könnte darin bestehen: "Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen".

Die Einschätzung des Ausmaßes an Sozialer Unterstützung des Gebers und Empfängers kann voneinander abweichen, weiterhin ist das Ausmaß auch von Persönlichkeitsmerkmalen abhängig z.B. mangelnde soziale Kompetenzen (vgl. Sommer, 1977) und Angst vor Abhängigkeit (Ote & Freyberger, 1987; Unterstützung nicht akzeptieren können; Freyberger, 1989).

Beschreibung und Bewertung

Das Erleben von Sozialer Unterstützung ist ebenfalls von Persönlichkeitsmerkmalen einer Person abhängig, welches sich auf die subjektive Einschätzung der Angemessenheit und der Zufriedenheit mit der Sozialen Unterstützung bezieht. Die Zufriedenheit einer Person mit dem Ausmaß an Sozialer Unterstützung hängt demnach stark von den Erwartungen und Ansprüchen einer Person ab, die sie an ihr soziales Netzwerk hat. Daher scheint es bei der Erfassung von Sozialer Unterstützung wichtig zu sein, die Einschätzung der eigenen Zufriedenheit mit einzubeziehen.

Anlässe für Soziale Unterstützung: Alltag, Krisen und Vergnügungen

Das Ausmaß an gewünschter sozialer Unterstützung bei kleineren Alltagsschwierigkeiten unterscheidet sich von dem Ausmaß an Sozialer Unterstützung welches bei größeren Problemen und Krisen, wie z.B. Trennung, Tod eines Angehörigen, Arbeitslosigkeit, Krankheit oder bei einer psychischen Störung notwendig ist.

Soziale Unterstützung kann bei einer Person zu einer adäquateren Problembewältigung beitragen, zum anderen auch positive Empfindungen einer Person, wie Freude, Vergnügen und Genuß beeinflussen. Hierbei handelt es sich um die Komponenten zum Erhalt psychischer Gesundheit (vgl. dazu Becker, 1982; Lutz, 1983).

Richtung und Reziprozität

Die erlebte Soziale Unterstützung kann zwischen Sender/ Empfänger variieren und ist das Ergebnis der interaktionalen Verarbeitung von beiden.

Reziprozität kennzeichnet die Ausgeglichenheit der Beziehung bezüglich dem Geben und Nehmen in einer Beziehung. Das Erleben von Sozialer Unterstützung wird vermutlich neben Qualität, Intensität und Dauer der Beziehung besonders auch von dem Ausmaß an Einseitigkeit bzw. Reziprozität der Beziehung beeinflusst (vgl. z.B. die Austauschtheorie von Thibaut & Kelley, 1959).

Nach Hobfoll & Stokes (1988) gibt es bei Frauen geschlechtsspezifische Probleme der Reziprozität: "Frauen arbeiten häufiger als Männer in sozialen Berufen, sie sind im Arbeitsleben häufiger für die Unterstützung

anderer zuständig. Frauen sind mehr als Männer in soziale Interaktionen eingebunden, so dass für sie die Möglichkeit besteht, mehr Soziale Unterstützung zu erhalten und zu geben, aber auch mehr soziale Belastung zu erfahren".

Verschiedene Untersuchungen legen weiterhin nahe, dass Frauen mehr emotionale Unterstützung erhalten und über mehrere Quellen Sozialer Unterstützung, als auch über eine größere Zufriedenheit über die erhaltene Soziale Unterstützung berichten.

Mögliche Gründe hierfür könnten aufgrund einer geschlechtsspezifischen Sozialisation erfolgt sein, in der Frauen besonders gefördert werden Schwierigkeiten zu erkennen und anzuerkennen, intimere Beziehungen aufbauen und Unterstützung aufsuchen.

1.4.3 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG UND GESUNDHEIT

Nach Sommer und Fydrich (1989) trägt Soziale Unterstützung zur Erhöhung von Wohlbefinden und Gesundheit und zur Verminderung von psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten bei. Hierbei gibt es in der Literatur verschiedene theoretische Vorstellungen zur Erklärung dieses Sachverhalts:

1. Es handelt sich hierbei um eine additive Modellvorstellung, die davon ausgeht, dass Unterstützung eine positive Wirkung auf Befriedigung grundlegender Bedürfnisse, wie nach Bindung, Kontakt, Geselligkeit, Zugehörigkeit und demnach eine unmittelbare Wirkung auf das Wohlbefinden hat.

2. Soziale Unterstützung als Schutzschild-Modell von Belastungen, indem Probleme von dem sozialen Netzwerk einer Person bewältigt werden.

3. Soziale Unterstützung als Stress-Puffer. Es wird angenommen, dass ein positiver Einfluss von Sozialer Unterstützung auf die Verarbeitung von Belastungen ausgeht und dadurch eine Erhöhung der Gesundheit stattfindet indem:
 - eine Selbstwerterhöhung erfolgt, die sich positiv auf Motivation, Erfolgserwartung und Verfügbarkeit eigener Fähigkeiten auswirkt,
 - behindernde emotionale Erregung kann reduziert werden,
 - die Einschätzung der belastenden Situation und der eigenen Fähigkeiten kann positiv, verändert werden (Stress-Konzept nach Lazarus & Launier, 1978).
 - Elemente des Problemlösungs-Prozesses (D'Zurilla & Nezu, 1982) und des Eigensteuerungs-Prozesses (Rehahn & Sommer, 1982) können positiv im Sinne einer Problembewältigung verändert werden, z.B. Einstellung zum Problem, problemrelevante Informationen, Erwartungen an die eigenen Kompetenzen, realistische Zielsetzung und konkrete Hilfe bei der Zielerreichung.

4. Die Annahme, dass Personen durch Soziale Unterstützung intensivere positive Erfahrungen erleben, welche sich positiv auf das Wohlbefinden und Gesundheit auswirken, gleichzeitig werden Belastungen und negative Erlebnisse besser ertragen und verarbeitet.

5. Die Vorstellung geht davon aus, dass Soziale Unterstützung einen direkten positiven Einfluß auf gesundheitsrelevantes Verhalten hat, wie z.B. körperliches Training, gesunde Ernährung, Einnahme erforderlicher Medikamente, Aufsuchen professioneller Hilfe.

1.4.4 SPEZIFITÄT VON SOZIALER UNTERSTÜTZUNG

Das Konzept der Sozialen Unterstützung thematisiert die Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt. Voraussetzung hierfür ist eine entsprechend ausgeprägte soziale Kompetenz des Individuums, die auf entscheidende Sozialisationsbedingungen in Kindheit und Jugend bezüglich entscheidender Lebensbereiche, wie Familie, Kindergarten, Schule, Beruf und soziales Netzwerk zurückgeht.

Diese Bedingungen sind entscheidend, in welchem Umfang und welche Art der Sozialen Unterstützung vom Individuum erlebt wird. Gleichzeitig sind sie entscheidend in welchem Umfang ein Individuum soziale Beziehungen als belastend erlebt. Soziale Belastung kann u.a. die Komponenten Kritik, Zurückweisung, Überforderung, Überbehütung und Distanzlosigkeit beinhalten, sie ist somit von fehlender Unterstützung zu unterscheiden.

Nach Sommer und Fydrich ist der Forschungsgegenstand der Sozialen Unterstützung sehr komplex, da es keine einheitlichen Bewertungsmaßstäbe des Verhaltens gibt. Nach den Autoren hängt es von bestimmten Merkmalen des Senders und Empfängers ab, ob ein Verhalten sozial unterstützend erlebt wird:

1. der spezifischen Persönlichkeit und der jeweiligen Bedürfnis- und Stimmungslage des Empfängers abhängig;
2. der Persönlichkeit des Gebers und der Geber-Empfänger-Beziehung;
3. dem Lebenszyklus und der Lebenssituation des Empfängers;
4. dem Anlass für den Wunsch nach Sozialer Unterstützung(z.B. chronische Arbeitsüberlastung, akute Beziehungskrise, Arbeitslosigkeit, Schwere Krankheit, Beendigung des Rauchens, Geburt eines Kindes, Verlust einer wichtigen Person; Nähe, gemeinsame politische, sportliche oder kulturelle Aktivität);
5. der spezifischen Phase des Anlasses (z.B. gerade beginnende oder mehrmonatige Arbeitslosigkeit; Geburtsvorgang oder Versorgung eines zweimonatigen Säuglings; akute Information über den Verlust des Partners oder Verlust mehrere Monate zurückliegend).

Weiterhin ist die Bewertung von Sozialer Unterstützung von typischen Merkmalen des Senders und Empfängers:

- in welcher Situation der Empfänger Soziale Unterstützung wünscht
- nutzt der Empfänger die Soziale Unterstützung
- wird die Soziale Unterstützung vom Empfänger als befriedigend erlebt
- dem Bedürfnis des Gebers, welche Komponenten der Sozialen Unterstützung er als wichtig und relevant für sich und den Empfänger erachtet

- dem Einfluss der Sozialen Unterstützung auf die Problembewältigung, Wohlbefinden, psychische und körperliche Gesundheit

1.5 DAS KONZEPT DES ELTERLICHEN ERZIEHUNGSVERHALTENS UND DESSEN AUSWIRKUNG AUF DIE PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG

Mit den Folgen und Auswirkungen des elterlichen Erziehungsverhaltens auf die Persönlichkeitsentwicklung beschäftigt sich insbesondere die klinisch-psychiatrische Forschung.

Nach Schneewind & Hermann (1980) wird der elterliche Erziehungsstil als eine erklärende Variable für die Entstehung von einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen beim Erzogenen betrachtet. Unter dem Begriff Erziehungsstil werden spezifische Verhaltensweisen von Seiten der Eltern in erziehungsthematischen Situationen verstanden, mit denen Eltern mit dem Kind in Interaktion treten.

Bezüglich des Erziehungsverhaltens existieren in der Literatur Modelle mit zwei oder drei Erziehungsstildimensionen. Inhaltlich werden diese als "Fürsorge", "Emotionale Wärme", "Zurückweisung", "Unterstützung", "Strenge", "Kontrolle" oder "Überbehütung" bezeichnet (vgl. Krohne, 1988; Parker 1983a; Rohner, 1986; Stapf, Herrmann, Stapf & Stäcker, 1972).

Die neuere klinisch-psychiatrische Forschung betrachtet die Qualität des elterlichen Erziehungsverhaltens als einen ätiopathogenetisch relevanten Faktor im Rahmen eines multifaktoriellen Vulnerabilitätsmodells psychischer Störungen (vgl. Perris, Arrindell & Eisemann, 1994). Insbesondere ein erlebter Mangel an emotionaler Wärme und Fürsorge und eine gleichzeitige Überprotektion durch die Eltern während der Kindheit und Jugend (sog. "affectionless control") stehen dabei offensichtlich mit der späteren Manifestation psychischer Störungen (insbesondere von

Depressionen) im Zusammenhang (vgl. Gerlsma et al., 1990; Parker, 1983 b; Perris et al., 1994).

Hinsichtlich der Diagnostik von elterlichen Erziehungsverhalten existieren nach Stapf (1980) zwei Methoden, zum einen die Methode der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion, zum anderen die Methode der Befragung.

Bezüglich der Befragungsmethode wird die selbstperzipierte Methode, bei der die Eltern befragt werden, von der fremdperzipierten Methode, bei der die Kinder direkt oder Drittpersonen befragt werden unterschieden.

Hinsichtlich des zeitlichen Bezugsrahmens kann zum einen das aktuelle elterliche Erziehungsverhalten beurteilt werden, zum anderen können aber auch Erinnerungen an das zeitlich mehr oder weniger lange zurückliegende Erziehungsverhalten erfragt werden (retrospektive Erhebung).

Bei der Beurteilung des aktuellen elterlichen Erziehungsverhaltens werden neben den Eltern die im Haushalt lebenden Kinder bzw. Jugendlichen befragt. Bei retrospektiven Methoden werden darüber hinaus auch inzwischen erwachsene Personen befragt. Bei dem von Schumacher, Eisemann und Brähler (1999) entwickelten Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE) handelt es sich um eine retrospektive Erhebung von Erinnerungen an das erfahrene Erziehungsverhalten für Vater und Mutter getrennt. Die Autoren gehen davon aus, dass ein ungünstig erinnertes elterliches Erziehungsverhalten mit Einschränkungen in der Lebenszufriedenheit und mit Problemen mit anderen Menschen verbunden ist.

Hinsichtlich emotionaler Belastungen in Familien, daraus resultierender emotionaler Dysfunktionen und deren Auswirkungen auf die Symptomatik existieren zahlreiche Studien.

Biopsychosoziale Modelle postulieren eine Verschlechterung der Symptomatik bei dem Vorliegen einer belastenden Eltern-Kind-Beziehung, dadurch dass diese Beeinträchtigung zunehmend als Stress von dem Kind erlebt wird. Diese Modelle gehen von einer emotional negativen Beeinträchtigung der Interaktion zwischen Eltern und Kind aus die unter anderem aus der Belastung bedingt durch die Krankheit resultiert.

In diesen Modellen nehmen psychologische Faktoren eine determinierende Bedeutung in Bezug auf die Ausprägung der Neurodermitis ein. Hieraus ergibt sich auch die Wichtigkeit von psychologischen Interventionen bei Neurodermitis.

Zahlreiche Studien belegen eine Zunahme an Belastungen für Mütter durch die Krankheit der Kinder. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen weisen auf eine Zunahme von Schlafstörungen und empfundenem Stress, sowie ein geringeres Ausmaß an sozialer Unterstützung bei den Müttern hin.

Nach Howlett (1999) fanden andere Studien unsichere Mutter-Kind-Bindungen bei an Neurodermitis erkrankten Kindern.

1.5.1 DER ELTERLICHE ERZIEHUNGSSTIL UND UMGANG MIT DER ERKRANKUNG DES KINDES

Pauli-Pott et al. (1997) untersuchten in einer Studie Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung bei Säuglingen mit atopischer Dermatitis. In dieser Untersuchung wurden zwei Kohorten (3-4 Monate und 10-12 Monate) mit je 20 Säuglingen, welche an Neurodermitis erkrankt sind, mit gesunden Säuglingen verglichen. Die Stichproben wurden im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U4 und U6 rekrutiert. Die Mütter aller Kinder bearbeiteten Fragebögen zur Erziehungseinstellung, Depressivität und zum wahrgenommenen Verhalten des Kindes in Alltagssituationen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung ergaben eine erhöhte Depressivität und Hoffnungslosigkeit, sowie eine erhöhte Ängstlichkeit und Überfürsorglichkeit der Mütter der an atopischer Dermatitis leidenden Kindern im Vergleich zu den Müttern der gesunden Kinder. Weiterhin erlebten die Mütter der kranken Kinder ihr Baby als schwierig, das heißt seltener positiv in seiner Emotionalität, schwerer tröstbar und oft negativ in den Reaktionen auf Einschränkungen. Nach Pauli-Pott et al. müssen diese Charakteristiken als ernstzunehmende Risiken für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung betrachtet werden.

In einer weiteren Untersuchung konnten Pauli-Pott et al. (1999) die genannten Ergebnisse der Untersuchung in der Interaktion zwischen Mutter und Kind replizieren. Weiterhin konnten Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und Schweregrad des Krankheitsbildes der Neurodermitis der Kinder erkannt werden.

In dieser Untersuchung wurden 20 Gesunde und 20 an Neurodermitis leidende Kinder, sowie deren Eltern in Bezug auf wichtige Erziehungsmerkmale und Interaktionsmerkmale hin untersucht.

Untersucht wurden zwei Kohorten von Kindern im Alter zwischen drei bis vier Monaten und zwischen zehn bis zwölf Monaten, eine Kohorte bestand aus 20 Gesunden versus 20 an Neurodermitis leidenden Kindern. In der Gruppe der Kranken wurden Subgruppen hinsichtlich der atopischen Familiengeschichte, dem Juckreiz und Merkmalen des Ekzems gebildet.

Die Gruppen wurden durch ein gematchtes Vorgehen gebildet. In 70 % der untersuchten Neurodermitiker fand sich eine atopische Familiengeschichte.

In dieser Untersuchung wurden die Kinder vor der Gruppeneinteilung pädiatrisch untersucht, die Mütter der Kinder beider Gruppen erhielten standardisierte Fragebögen, um Merkmale wie Hoffnungslosigkeit im

Umgang mit der Erkrankung der Kinder und Depressivität der Mütter zu erfassen.

Die Auswertung der Untersuchung erfolgte durch eine multivariate zweifaktorielle Varianzanalyse.

Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit Hoffnungslosigkeit und überprotektiven Verhalten von Seiten der Mütter gegenüber den Kindern.

Mütter der kranken Kinder beschrieben sich deutlich depressiver, ängstlicher, überprotektiver im Umgang mit den Kindern und beschreiben ihre Kinder in ihrem emotionalen Verhalten negativer im Vergleich zu den Müttern der gesunden Kinder. Hinsichtlich des Merkmals Rigidität der Mütter fand sich kein Unterschied zwischen den Gruppen.

In dieser Untersuchung konnte jedoch infolge des Studiendesigns keine Aussage über Ursache und Wirkung bezüglich der Merkmale der Mütter und der Ausprägung der Neurodermitis hinsichtlich Juckreiz und Merkmale des Ekzems gemacht werden.

Es wird jedoch durch diese Untersuchung ersichtlich, dass die beschriebenen Merkmale der Mütter, bzw. deren Ausprägung unmittelbar mit Merkmalen der Ausprägung der Neurodermitis der Kinder die stärker von der Neurodermitis betroffen sind im Zusammenhang steht.

Weitere interessante Merkmale des Erziehungsstils und des Umgangs mit der Erkrankung der Kinder konnten Ring und Palos (1986) feststellen.

In dieser Untersuchung wurden 55 Kinder mit Neurodermitis im Alter zwischen 1-19 Jahren und leider nur 16 gleichaltrige Kontrollpersonen ohne Neurodermitis untersucht.

Ferner wurden 22 Mütter und 11 Väter von Kindern mit Neurodermitis in die Untersuchung mit einbezogen. An einem Teil der Patienten wurden

psychodiagnostische Testverfahren (Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI) sowie die Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES-KJ) durchgeführt. Zur Erfassung des elterlichen Erziehungsstils wurden die Skalenversionen nach Stapf et al. mit der Skala „Unterstützung“ und der Skala „Strenge“ eingesetzt.

Zur weiteren Analyse der Familiensituation wurde das psychodynamische Verfahren „Familie in Tieren, Familie als Person“ herangezogen. Die Zeichnungen wurden von Kindern zwischen 3-8 Jahren erstellt, die entweder die Familienmitglieder in Personen oder als Tiere darstellten. Die Zeichnungen wurden als illustrierendes Material verstanden und hinsichtlich der Auswahl der Tiere, der räumlichen Anordnung der Familienfiguren sowie der Größenordnung der Darstellung von Vater und Mutter ausgewertet. Zur Erfassung der Familiensituation, Einstellung der Mutter zum Kind, Krankheitsgeschichte und Familie, juckreizauslösende Faktoren und Hautpflege wurden halbstrukturierte Interviews mit den betroffenen Personen, den Eltern und den entsprechenden Kontrollpersonen durchgeführt.

Eine statistische Auswertung der quantitativen Daten erfolgte, indem die Mittelwerte der Neurodermitiker und die der Kontrollpersonen miteinander in t-Tests verglichen wurden. Die Interpretation der Kinderzeichnungen erfolgte im Kontext der aus den Gesprächen mit den Kindern ermittelten Daten.

Hinsichtlich des elterlichen Erziehungsstils ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in der Skala „Strenge“. Atopikermütter erzielten höhere Werte in dieser Skala, gleichzeitig wurde ein erwachsenes Verhalten des Kindes von diesen Müttern häufiger belohnt als von Kontrollmüttern. Umgekehrt war die affektive Wärme im Verhältnis zum Kind bei Atopikmüttern signifikant schwächer ausgeprägt als bei Kontrollmüttern. Weiterhin wurde bei den Atopikermüttern eine

ambivalente mütterliche Einstellung zu dem Kind deutlich. Zum einen wurde das Kind häufig als aggressiv und schwierig beschrieben, andererseits wurde das Kind auch mit materiellen Zuwendungen verwöhnt. Insgesamt wiesen die Ergebnisse bei den Atopikermüttern auf eine fehlende Harmonie im Elternhaus und Schwierigkeiten in der emotionalen Interaktion zwischen Mutter und Kind hin.

Nach Langfeldt und Luys (1996) hat die Neurodermitiserkrankung des Kindes nicht nur Auswirkungen auf die elterliche Haltung und das Erziehungsverhalten dem Kind gegenüber in Form eines ablehnendem Verhalten und Einstellung dem Kind gegenüber, sondern auch auf die Befindlichkeit und Gesundheit der Mütter. Der Autor geht davon aus, dass die Erkrankung der Kinder und die damit verbundene Versorgung der Kinder bei den Müttern zu einem erhöhten Stressempfinden führt, welches mit Einbußen in Partnerschaft und Beruf verbunden ist. Weiterhin geht er davon aus, dass diese Mütter da sie durch die Erkrankung ihrer Kinder einer höheren Belastung ausgesetzt sind verstärkt unter Schlafproblemen leiden.

Eine wichtige Studie, welche die Ergebnisse von Ring und Palos (1986) anzweifelt, stammt von Langfeldt (1995). Dieser führte eine Replikationsstudie der Untersuchung von Ring und Palos zu psychosomatischen Aspekten der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter durch.

Bei der Studie von Langenfeldt und Luys hingegen fanden sich keine übereinstimmenden Belege für eine mangelnde Spontanität und eine geringere Emotionalität von Müttern, deren Kinder an Neurodermitis erkrankt sind. Generell weist dieser Autor die von Ring und Palos (1986) gefundenen Auffälligkeiten im affektiven Umgang der Mütter mit ihren Kindern zurück.

2 ABLEITUNG DER EIGENEN FRAGESTELLUNG

In der Literatur finden sich nur wenige Aussagen darüber, wie familiäre Belastungen bei den Eltern im Umgang mit der Neurodermitis ihrer Kinder entstehen und welche Faktoren hierzu beitragen. Des Weiteren möchte diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten, wie sich das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten auf die in Anspruch genommene soziale Unterstützung der Eltern auswirkt und welchen Einfluss dieses auf die geschilderte Belastung im Umgang mit der Erkrankung der Kinder hat. Pauli –Pott et al. (1999) beschrieben starke Beeinträchtigungen in der Mutter-Kind-Interaktion bei Müttern, deren Kinder an Neurodermitis erkrankt waren. Diese Arbeitsgruppe fand eine erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und Überfürsorglichkeit bei den Müttern, gleichzeitig erlebten diese ihr Kind als schwieriger, das heißt seltener positiv in seiner Emotionalität, schwerer tröstbar und oft negativ in den Reaktionen auf Einschränkungen.

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit besteht darin einen Beitrag zu leisten, wie sich eine negative Interaktionsstruktur zwischen Müttern und Kindern auf den Schweregrad der Neurodermitis der Kinder auswirkt.

Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten und dem Schweregrad des Krankheitsbildes der Neurodermitis der Kinder konnten bereits in der Arbeit von Pauli-Pott erkannt werden. Die Ergebnisse ergaben, dass die Ausprägung der Elternmerkmale wie Depressivität, eine erhöhte Ängstlichkeit und eine Überfürsorglichkeit der Mütter mit dem Ausprägungsgrad der Neurodermitis der Kinder im Zusammenhang steht.

Im Folgenden werden die einzelnen Fragestellungen formuliert, aus denen sich im nächsten Kapitel die Hypothesen ableiten.

Aus den oben genannten Gründen ist es interessant, ob es einen Zusammenhang zwischen einer negativ erinnerten Interaktionsstruktur in der eigenen Erziehung der Eltern, gemeint ist damit ein Mangel an

emotionaler Wärme und dem derzeitigen Umgang mit der Erkrankung der Kinder gibt.

Das Ausmaß an erinnerter emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung wurde mit der Skala zwei "emotionale Wärme" des Fragebogens zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE; Schuhmacher, Eisemann und Brähler, 1999) erfasst, der ein retrospektives Instrument zur Erhebung der Erinnerungen an das erfahrene Erziehungsverhalten darstellt.

Die Probleme, welche die Eltern im Umgang mit der Krankheit des Kindes erleben wurde mit der Skala 1 "Aggression bezüglich Kratzen" des Fragebogens für Eltern von neurodermitiskranken Kindern (FEN; Stangier, Gieler & Ehlers, 1996) erfasst. Erhöhte Werte auf dieser Skala lassen auf emotionale Reaktionen der Eltern, wie Hilflosigkeit und Aggression hervorgerufen durch das Kratzen des Kindes schließen (1. Hypothese).

Eltern, die einen Mangel an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung erinnern, beschreiben sich im Umgang mit der Erkrankung ihrer Kinder hilfloser im Vergleich zu Eltern, die ein hohes Maß an emotionaler Wärme erinnern.

Skala 2 FEE korreliert negativ mit Skala 1 FEN

Ein weiteres Merkmal der erinnerten negativen Interaktionsstruktur der Eltern stellt das erinnerte überprotektive Verhalten der Eltern dar und deren Auswirkung auf den Umgang mit der Erkrankung des Kindes.

Es scheint daher einer näheren Betrachtung wert, ob es einen Zusammenhang zwischen der Skala 3 "überprotektives Verhalten" des FEE und der Skala 1 "Aggression" des FEN besteht (Hypothese 2).

Eltern, die ein überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung erinnern, beschreiben sich im Umgang mit der Erkrankung ihrer Kinder hilfloser im Vergleich zu Eltern, die kein überprotektives Verhalten erinnern.

Skala 3 FEE korreliert positiv mit Skala 1 FEN

Von großer Bedeutung ist die Auswirkung eines erinnerten negativen Erziehungsverhalten auf die derzeit in Anspruch nehmende soziale Unterstützung und das soziale Netzwerk.

Nach Sommer und Fydrich (1989) hat die soziale Unterstützung eine positive Wirkung auf die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse, wie nach Bindung, Kontakt, Geselligkeit Zugehörigkeit und demnach eine Wirkung auf das Wohlbefinden.

Daher wurde überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Skala 2 "emotionale Wärme" des FEE und den Skalen des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (SOZU; Fydrich et al., 1999) besteht (Hypothese3).

Eltern, die einen Mangel an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung erinnern, berichten über eine geringere soziale Unterstützung in Form der emotionalen/ praktischen Unterstützung, der sozialen Integration und eine stärkere soziale Belastung im Vergleich zu Eltern, die ein unauffälliges Erziehungsverhalten erinnern.

Skala 2 FEE korreliert positiv mit allen Skalen des SOZU

Es wird ein weiterer Zusammenhang zwischen der Skala 3 "überprotektives Verhalten" des FEE und den Skalen des SOZU angenommen (Hypothese 4).

Eltern, die überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung erinnern, berichten über eine geringere soziale Unterstützung in Form der emotionalen/ praktischen Unterstützung, der sozialen Integration und eine stärkere soziale Belastung im Vergleich zu Eltern, die ein unauffälliges Erziehungsverhalten erinnern.

Skala 3 FEE korreliert negativ mit allen Skalen des SOZU

Um die vorhergehende Annahme zu vertiefen wird darüber hinaus angenommen, dass eine erinnerte negative Interaktionsstruktur Auswirkungen auf die aktuelle Lebenszufriedenheit hat. Nach Perris et al. (1994) stehen ein erlebter Mangel an emotionaler Wärme und Fürsorge und eine gleichzeitige Überprotektion durch die Eltern mit einer Manifestation psychischer Auffälligkeiten im Zusammenhang. Aus dieser Annahme heraus wird ein Zusammenhang zwischen der Skala 2 "emotionale Wärme" des FEE und der Skala 2 "Auswirkung auf das Sozialleben" des Fragebogens "Lebensqualität von Eltern neurodermitiskrankter Kinder" angenommen (Hypothese 5).

Eltern, die einen Mangel an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung erinnern, beschreiben Einschränkungen in der Lebensqualität im Vergleich zu Eltern, die ein hohes Maß an emotionaler Wärme erinnern.

Skala 2 FEE korreliert negativ mit der Skala 2 FLQEN

Es wird davon ausgegangen, dass Eltern, welche einen negativen Erziehungsstil in ihrer eigenen Erziehung erinnern, der gekennzeichnet ist durch einen Mangel an emotionaler Wärme, in der Erziehung der eigenen Kinder dieses Erziehungsmerkmal ebenfalls ausüben. Hieraus resultieren nach den Angaben von Perris et al. (1994) erhöhte psychische Auffälligkeiten bei den Erzogenen.

Da es sich bei der Neurodermitis um eine Erkrankung mit psychosomatischen Aspekten handelt, bei der psychische Faktoren zu einer Verschlechterung der Haut führen können, ist es denkbar, dass sich aufgrund der beeinträchtigenden Interaktionsstruktur zwischen Mutter-Kind und die damit erhöhte psychische Belastung für das Kind in einem stärkeren Schweregrad (SCORAD) äußern.

Aus dieser Überlegung heraus wird ein Zusammenhang zwischen den Skalen 2 "emotionale Wärme", Skala 3 "Kontrolle und Überbehütung" des FEE und dem Schweregrad (SCORAD) angenommen (Hypothese 6).

Kinder, deren Eltern einen Mangel an emotionaler Wärme und ein überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung erinnern weisen einen größeren Schweregrad auf im Vergleich zu Kindern, deren Eltern diese Merkmale im eigenen Erziehungsverhalten nicht aufweisen.

Skalen 2/3 des FEE korrelieren positiv/negativ mit dem SCORAD

Weiterhin ist es denkbar, dass mit einer Zunahme des Schweregrades der Neurodermitis der Kinder, die Belastung und Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung für die Eltern zunehmen. Wie schon unter anderem von Pauli-Pott et al. (1997) in der Literatur erwähnt, beschreiben sich Mütter von neurodermitiskranken Kindern als depressiver, ängstlicher, überprotektiver im Umgang mit den Kindern. Demnach ist es interessant zu überprüfen ob es Unterschiede in den Skalen des FEN in Abhängigkeit von dem Schweregrad (SCORAD) gibt (Hypothese 7).

Es werden Unterschiede in dem Ausmaß an Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung der Kinder, im protektiven Verhalten, der Kontrolle von Kratzen und in der Demoralisierung durch die Behandlung, welches Eltern angeben in Korrelation zum Schweregrad der betroffenen Kinder und Jugendlichen angenommen. Ein höherer Schweregrad müsste demnach mit

einer subjektiv höher erlebten Hilflosigkeit, größerem protektiven Verhalten, größerer Kontrolle von Kratzen und mit einer stärkeren Demoralisierung der Eltern korrelieren.

Alle Skalen des FEN korrelieren positiv mit dem SCORAD

Nach Sommer und Fydrich (1989) trägt das Ausmaß an sozialer Unterstützung zu dem Wohlbefinden bei und reduziert demnach die empfundene psychische Belastung. Daraus entsteht die Annahme, dass Eltern, deren Kinder stärker von der Neurodermitis betroffen sind, aufgrund der psychischen Belastung ein höheres Ausmaß an emotionaler-, praktischer wahrnehmen und über eine höhere wahrgenommene Soziale Unterstützung berichten, im Vergleich zu Eltern, deren Kinder hinsichtlich des Schweregrads leichter betroffen sind (Hypothese 8).

Es werden Unterschiede in dem Ausmaß an sozialer Unterstützung, die die Eltern angeben in Korrelation zum Schweregrad der betroffenen Kinder und Jugendlichen angenommen. Ein höherer Schweregrad der Neurodermitis müsste demnach mit einer subjektiv höher erlebten sozialen Unterstützung der Eltern korrelieren.

2.1 HYPOTHESEN

1. Eltern, die einen Mangel an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung erinnern, beschreiben sich im Umgang mit der Erkrankung ihrer Kinder hilfloser im Vergleich zu Eltern, die ein hohes Maß an emotionaler Wärme erinnern.

Skala 2 FEE korreliert negativ mit Skala 1 FEN

2. Eltern, die ein überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung erinnern, beschreiben sich im Umgang mit der Erkrankung ihrer Kinder hilfloser im Vergleich zu Eltern, die ein kein überprotektives Verhalten erinnern.

Skala 3 FEE korreliert positiv mit Skala 1 FEN

3. Eltern, die einen Mangel an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung erinnern, berichten über eine geringere soziale Unterstützung in Form der emotionalen/ praktischen Unterstützung, der sozialen Integration und eine stärkere soziale Belastung im Vergleich zu Eltern, die ein unauffälliges Erziehungsverhalten erinnern.

Skala 2 FEE korreliert positiv mit allen Skalen des SOZU

4. Eltern, die überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung erinnern, berichten über eine geringere soziale Unterstützung in Form der emotionalen/ praktischen Unterstützung, der sozialen Integration und eine stärkere soziale Belastung im Vergleich zu Eltern, die ein unauffälliges Erziehungsverhalten erinnern.

Skala 3 FEE korreliert negativ mit allen Skalen des SOZU

5. Eltern, die einen Mangel an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung erinnern, beschreiben Einschränkungen in der Lebensqualität im Vergleich zu Eltern, die ein hohes Maß an emotionaler Wärme erinnern.

Skala 2 FEE korreliert negativ mit der Skala 2 FLQEN

6. Kinder, deren Eltern einen Mangel an emotionaler Wärme und ein überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung erinnern weisen einen größeren Schweregrad auf im Vergleich zu Kindern, deren Eltern diese Merkmale im eigenen Erziehungsverhalten nicht aufweisen.

Skalen 2/3 des FEE korrelieren positiv/negativ mit dem SCORAD

7. Es werden Unterschiede in dem Ausmaß an Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung der Kinder, im protektiven Verhalten, der Kontrolle von Kratzen und in der Demoralisierung durch die Behandlung, welches Eltern angeben in Korrelation zum Schweregrad der betroffenen Kinder und Jugendlichen angenommen. Ein höherer Schweregrad müsste demnach mit einer subjektiv höher erlebten Hilflosigkeit, größerem protektiven Verhalten, größerer Kontrolle von Kratzen und mit einer stärkeren Demoralisierung der Eltern korrelieren.

Alle Skalen des FEN korrelieren positiv mit dem SCORAD

8. Es werden Unterschiede in dem Ausmaß an sozialer Unterstützung, die die Eltern angeben in Korrelation zum Schweregrad der betroffenen Kinder und Jugendlichen angenommen. Ein höherer Schweregrad der Neurodermitis müsste demnach mit einer subjektiv höher erlebten sozialen Unterstützung der Eltern korrelieren.

Alle Skalen des SOZU korrelieren positiv mit dem SCORAD

3 METHODEN

3.1 CHARAKTERISIERUNG DER PATIENTENSTICHPROBE

Die Daten dieser Untersuchung wurden an 95 Elternteilen erhoben, deren Kinder zwischen 0-7 Jahre alt waren; 12 Elternteile deren Kinder zwischen 8-12 Jahre alt waren; 15 Elternteile deren Kinder zwischen 13-18 Jahre alt waren, 12 Kinder zwischen 8-12 Jahren und 15 Jugendliche zwischen 13-18 Jahren.

In dem Zeitraum zwischen 2001 bis 2002 nahmen in der ersten Altersgruppe die Eltern, in der zweiten Altersgruppe die Eltern und Kinder parallel und in der dritten Altersgruppe lediglich die Jugendlichen an einer sechswöchigen ambulanten Neurodermitis-Schulung teil. Es wurden aufgrund der Praktikabilität der Datengewinnung lediglich die Teilnehmer der randomisierten kontrollierten Schulungsgruppe, nicht die der Wartekontrollgruppe befragt, die ein Jahr später geschult wurde.

Die Daten wurden vor der ambulanten Neurodermitis-Schulung in zwei Hautarztpraxen (Bad Homburg, Bad Soden) und in Kliniken (Vitalklinik Alzenau, Kinderklinik Darmstadt, Poliklinik der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Gießen) erhoben.

Die Charakterisierung der Probandengruppe soll unter drei verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen. Zum einen werden die soziodemographischen Angaben der beteiligten Personen dargelegt, zum anderen werden klinische Angaben (Schweregrad der Neurodermitis) der Patienten der drei Altersgruppen vorgestellt. Darüber hinaus erfolgt eine weitere Charakterisierung hinsichtlich der Ausprägung von erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten von Eltern, deren Kinder unter Neurodermitis leiden.

Außerdem wird das Ausmaß an sozialer Unterstützung und Lebensqualität hinsichtlich der Erkrankung ihrer Kinder beschrieben.

3.1.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISIERUNG

Die Gruppe der Befragten Eltern setzt sich zusammen aus 111 Müttern (90%) und 11 Vätern (10%) Neurodermitis kranker Kinder. Die Altersspanne beträgt 25 bis 51 Jahre. Innerhalb dieser Gruppe überwiegen die Personen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, wobei diese Gruppe 71,7% der Gesamtgruppe ausmacht.

Ein verhältnismäßig großer Anteil der Eltern (86,9%) gab hinsichtlich des Familienstandes an, verheiratet zu sein, ein kleiner Anteil (9,8%) war ledig, geschieden (2,5%) und ein Elternteil gab an verwitwet zu sein.

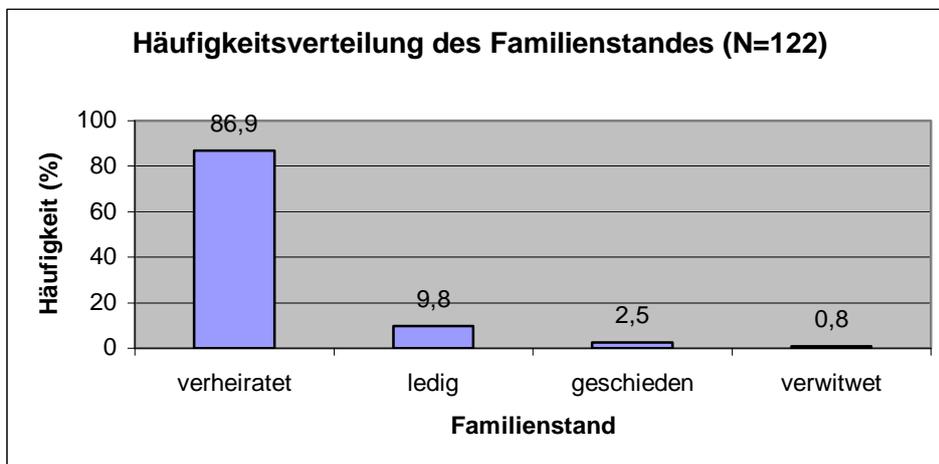


Abb. 1

Hinsichtlich der Wohnsituation gab der größte Anteil (65,6%) der Eltern an, mit der Familie in einem Ein- oder Zweifamilienhaus zu leben, (32,8%) gaben an in einer Mietwohnung zu leben.

Hinsichtlich der Anzahl der Kinder gab der größte Anteil (53,8%) der Eltern an, zwei Kinder zu haben, ein kleinerer Anteil (32,8%) ein Kind, 13,4% drei Kinder oder vier Kinder zu haben.

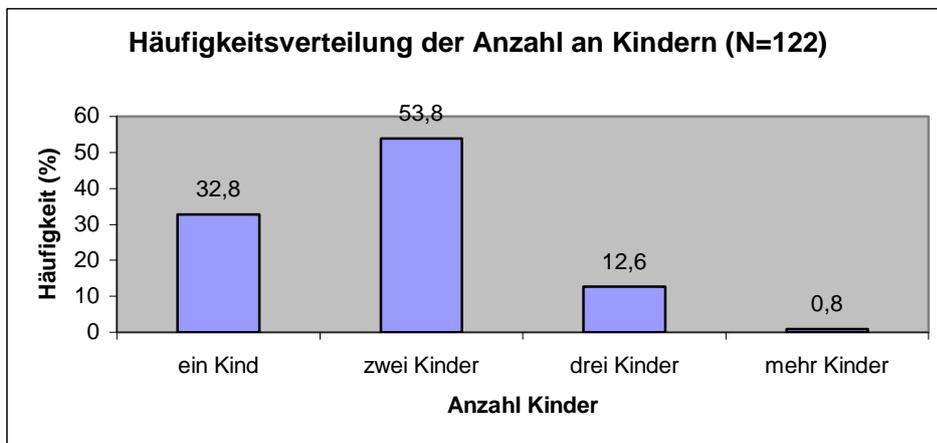


Abb. 2

Wie aus Abb. 3 ersichtlich, finden sich bezüglich der Schulbildung im Elternkollektiv zum überwiegenden Teil bei den Vätern (48,7%) und Müttern (47,5%) Gymnasialabschlüsse und bei 36,1% der Väter und 41,7% der Mütter Realschulabschlüsse. Demnach befinden sich in diesem Kollektiv überwiegend Personen mit einer mittleren bis hohen Schulbildung.

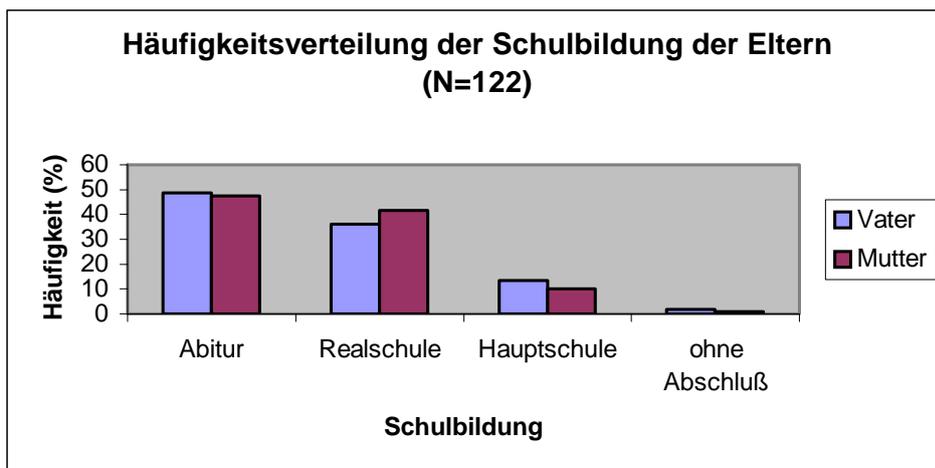


Abb. 3

Bei der Betrachtung des Berufsstandes bezüglich des jetzigen oder zuletzt ausgeübten Berufes befindet sich ein hoher Anteil (25%) der Väter als Angestellter im hoch qualifizierten oder als Beamter (24,1%) im höheren Dienst. Ein vergleichbarer Anteil (24,1%) der Väter befindet sich als Angestellter im höher qualifizierten oder als Beamter im gehobenen Dienst.

Unter den Müttern befindet sich ein hoher Anteil (27,6%) an Facharbeiterinnen und (25%) Angestellten oder Beamtinnen.

3.1.1.2 Die Gruppe der Patientenstichprobe von Kindern und Jugendlichen Neurodermitikern setzt sich aus drei verschiedenen Altersgruppen zusammen.

Altersgruppe 1: In dieser Altersgruppe befinden sich 95 Kinder zwischen 0-7 Jahren, deren Angaben zum Krankheitsverlauf und der Schwere der Symptomatik durch die Eltern und den Dermatologen zu dem Zeitpunkt vor der Neurodermitis- Schulung erhoben wurden.

Altersgruppe 2: 12 Kinder zwischen 8-12 Jahren, bei denen Angaben über die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität durch die Patienten, Angaben zum Krankheitsverlauf und der Schwere der Symptomatik durch die Eltern und den Arzt erhoben wurden.

Altersgruppe 3: 15 Jugendliche im Alter zwischen 13-18 Jahren, bei denen Angaben über die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität durch die Patienten, Angaben zum Krankheitsverlauf und der Schwere der Symptomatik durch die Jugendlichen und den Arzt erhoben wurden.

Wie aus Abb.4 ersichtlich befindet sich der überwiegende Teil der untersuchten Kinder in der Altersgruppe 1 im Alter zwischen 0-7 Jahren (n= 95). Die Verteilung des Alters liegt zwischen 0,33 und 7,67 Jahre. Der Mittelwert in dieser Altergruppe beträgt 2, 98 Jahre.

In der Altersgruppe 2 befinden sich 12 Kinder im Alter zwischen 8-12 Jahren. Die Verteilung des Alters liegt zwischen 7,45 und 12,17 Jahre. Der Mittelwert in dieser Altersgruppe liegt bei 10 Jahren.

Die Altersgruppe 3 setzt sich aus 15 Jugendlichen im Alter zwischen 13-18 Jahren zusammen. Die Verteilung des Alters liegt zwischen 12,00 und 18,00 Jahre. Der Mittelwert in dieser Altersgruppe beträgt 15,86 Jahre.

Aufgrund einer fortgeschrittenen kognitiven Entwicklung und Reife wurde ein Proband im Alter von 12 Jahren in die Altersgruppe der Jugendlichen aufgenommen und dementsprechend geschult.

Tab.5 Häufigkeitsverteilung und Altersangaben der unterschiedlichen Altersgruppen

Altersgruppe	fehlend	Anzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
1 (0-7Jahre)	7	95	0,33	7,67	2,98	1,97
2 (8-12 Jahre)	0	12	7,45	12,17	10,02	1,42
3 (13-18 Jahre)	0	15	12,00	18,00	15,86	1,99

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung befinden sich in Altersgruppe 1 (n=47) weibliche und (n=48) männliche Probanden, so dass ein relatives Gleichgewicht vorliegt. Eine vergleichbare Verteilung liegt bei Altersgruppe 3 vor (n=7) weiblich, (n=8) männlich. Eine leichte ungleiche Verteilung liegt bei Gruppe 2 vor, in der sich (n=7) weibliche und (n=5) männliche Probanden befinden.

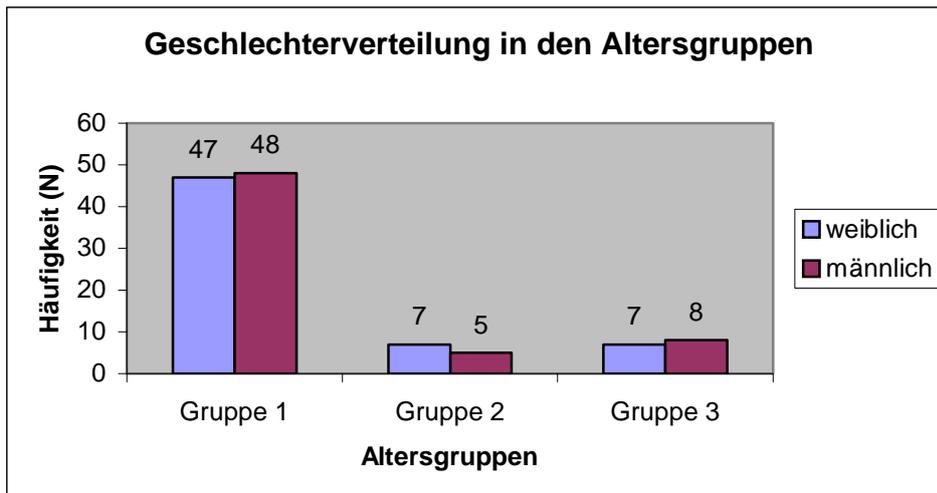


Abb. 4

3.1.2 KLINISCHE UND KÖRPERLICHE CHARAKTERISIERUNG

Bei 84,1 % der Patienten der ersten Altersgruppe lag die Erstmanifestation der Neurodermitis im ersten Lebensjahr, in der Altersgruppe 2 bei 58,3% und in der Altersgruppe 3 bei 7%.

Die Angaben bei den letzteren Gruppen sind aufgrund der geringen Anzahl an Personen nicht repräsentativ.

Die Ergebnisse in der ersten Altersgruppe entsprechen den Ergebnissen einiger Untersuchungen, so stellten auch Wüthrich & Schudel, 1983 einen Anteil von 88% hinsichtlich des Erstauftretens der Dermatose im ersten Lebensjahr fest.

Der Schweregrad der Neurodermitis wurde bei den Kindern anhand des SCORAD-Wertes (ETFAD, 1993) erhoben. Dieser erfasst das Ausmaß der betroffenen Hautareale und die Intensität der Erkrankung. Daneben erfasst der SCORAD die subjektive Juckreizstärke und die aufgrund der Krankheit vorliegende Schlafstörung auf einer Skala von 0-10.

Die Verteilung des SCORAD in der ersten Altersgruppe liegt zwischen 13,50 bis 103,20, bei einem Mittelwert von 42,86.

In der Altersgruppe 2 liegt der SCORAD zwischen 21,90 und 54,34. Der Mittelwert ist in dieser Altersgruppe im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen am höchsten (54,34).

In der Altersgruppe 3 liegt der SCORAD zwischen 33,70 und 75,30, bei einem Mittelwert von 49,92. Insgesamt liegen demnach eher mittelschwere bis schwere Formen der Neurodermitis vor.

Tab. 6 zeigt die Verteilung der SCORAD-Werte in den verschiedenen Altersgruppen

Altersgruppe	fehlend	Anzahl	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Standard- Abweichung
1 (0-7Jahre)	0	95	13,50	103,20	42,86	16,76
2 (8-12 Jahre)	0	12	21,90	94,00	54,34	30,18
3 (13-18 Jahre)	2	13	33,70	75,30	49,92	13,82

Das zusätzliche Auftreten einer Rhino-Konjunktivitis beträgt innerhalb der Altersgruppe 1 23,3%, für Asthma 6,9%.

In der Altersgruppe 3 liegen die prozentualen Häufigkeiten für beide Erkrankungen bei 25%.

Innerhalb der Altersgruppe 3 leiden 46,7% der Probanden unter einer Rhin. Konjunktivitis und 20% unter einem Asthma.

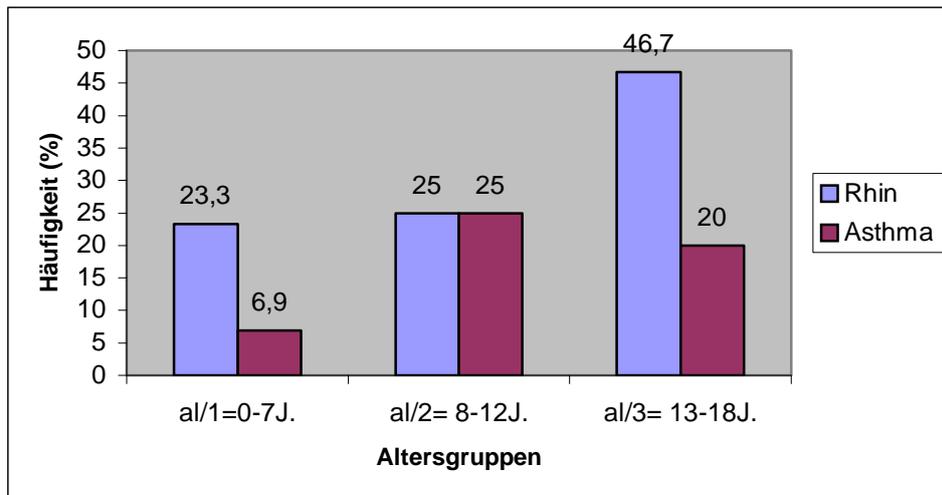


Abb. 5: Häufigkeitsverteilung der zusätzlichen atopischen Erkrankungen

3.2 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Bei der Untersuchung wurden die Eltern, bzw. Jugendlichen zu der bisherigen Behandlung der Neurodermitis befragt, des Weiteren wurde der SCORAD durch den Untersucher erhoben.

Anschließend bekamen die Eltern, bzw. Kinder und Jugendliche ein Fragebogenpaket (SOZU, FEE, FEN, FLQEN, JKF-K/J, COPEKI, COPEJU) vorgelegt, durch welchen Daten zur Krankheitsbewältigung bei den betroffenen Kinder und Jugendlichen, sowie zu Auswirkungen auf die Lebensqualität erhoben wurden. Bei den Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen fand zusätzlich eine Erhebung von Daten zu dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE) und der empfundenen sozialen Unterstützung (SOZU) statt.

Die Fragebögen wurden nach dem Ausfüllen der Probanden vom Untersucher eingesammelt.

3.3 BESCHREIBUNG DER EINGESETZTEN TESTVERFAHREN

3.3.1 FRAGEBOGEN ZUR SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG (F-SOZU):

Der von Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer und Brähler (1999) entwickelte Fragebogen erfasst die individuell erlebte soziale Unterstützung, die als Ergebnis der Interaktion zwischen Individuum und sozialer Umwelt erlebt wird.

Das Verfahren wurde entwickelt, um Aspekte der sozialen Umwelt genauer zu thematisieren, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer, wie auch physischer Erkrankungen einen Einfluss haben und um die protektiven Faktoren herauszufinden, welche sich unterstützend, hilfreich und fördernd auf die geistige, wie körperliche Gesundheit auswirken.

Der F-SOZU wurde ausgewählt, weil er sich, im Gegensatz zu vielen anderen deutschsprachigen Testverfahren, durch eine hohe Reliabilität und Validität auszeichnet. Für den Gesamtwert und die vier Hauptskalen (Emotionale Unterstützung, Praktische Unterstützung, Soziale Integration und Soziale Belastung) beträgt die innere Konsistenz in Form des Cronbach alpha zwischen .81 und .93.

Die Autoren differenzieren die soziale Unterstützung von folgenden Konzepten:

1. Existenz sozialer Verbindungen, d.h. das Bestehen sozialer Beziehungen
2. Soziales Netzwerk, d.h. das Muster von sozialen Beziehungen
3. Soziale Interaktion, d.h. das soziale Verhalten zwischen mindestens zwei Individuen

Die soziale Unterstützung wird bei der eingesetzten Langform von 54 Items durch folgende vier Hauptskalen erfasst:

1. Skala: *Emotionale Unterstützung* (EU) (16 Items): von anderen akzeptiert und gemocht werden, positive und negative Gefühle teilen können, einen vertrauten Menschen haben, Anteilnahme erleben.
2. Skala: *Praktische Unterstützung* (SU) (9 Items): Praktische Hilfe bei den kleineren und größeren Problemen des Alltags erhalten, z.B. etwas ausleihen können, Tipps bekommen, Unterkunft erhalten, von Aufgaben entlastet werden.
3. Skala: *Soziale Integration* (SI) (13 Items): einen Freundeskreis haben, Menschen mit ähnlichen Werten und Interessen haben, gemeinsame Unternehmungen durchführen.
4. Skala: *Soziale Belastung* (BEL) (12 Items): sich kritisiert, abgelehnt, eingeengt und von anderen überfordert erleben.

Nebenskalen:

Zusätzlich mit vier weiteren Items wird der Aspekt der *Reziprozität sozialer Unterstützung* (Rez) erfasst. Durch inhaltlich begründete doppelte Auswertung einzelner Itemgruppen können zudem noch die beiden Nebenskalen *Verfügbarkeit einer Vertrauensperson* (Vert; 4 Items) und *Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung* (Zuf; 5 Items) gebildet werden.

Die ersten drei Skalen können zu einem Gesamtwert *Wahrgenommene soziale Unterstützung* (Wasu) zusammengefasst werden.

3.3.2 FRAGEBOGEN ZUM ERINNERTEN ELTERLICHEN ERZIEHUNGSVERHALTEN (FEE)

Der von Schumacher, Eisemann und Brähler (1999) entwickelte Fragebogen erfasst Erinnerungen an das erfahrene Erziehungsverhalten für Vater und Mutter getrennt. Mütter werden von der Tendenz her als emotional wärmer und weniger ablehnend und strafend, gleichzeitig aber auch als kontrollierender und überprotektiver im Vergleich zu Vätern beschrieben. Die Autoren gehen davon aus, dass Erinnerungen an ein ungünstiges elterliches Erziehungsverhalten mit einer geringeren Lebenszufriedenheit und ausgeprägteren Problemen mit anderen Menschen verbunden sind.

Inhaltlich repräsentieren die Skalen des FEE die zentralen Aspekte des Erziehungsverhaltens, die empirisch als bestätigt gelten.

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 24 Items, welche den drei folgenden Skalen zugeordnet werden:

FEE-1: *Ablehnung und Strafe* (8 Items): erziehungsrelevante Verhaltensmerkmale wie übermäßige Strenge, Tadel und Kritik, die vom Erzogenen als unangemessen und als Zurückweisung und Ablehnung erlebt werden.

FEE-2: *Emotionale Wärme* (8 Items): als liebevoll, unterstützend, lobend und tröstend wahrgenommene Verhaltensmerkmale des elterlichen Erziehungsverhaltens.

FEE-3: *Kontrolle und Überbehütung* (8 Items): als übertrieben fürsorglich, schuldzuweisend, einmischend und einengend erlebte Verhaltensmerkmale des elterlichen Erziehungsverhaltens.

Der FEE weist sowohl für die Beurteilung der Mutter, als auch des Vaters für alle drei Skalen sehr zufriedenstellende interne Konsistenzen auf:

FEE-1: *Ablehnung und Strafe* interne Konsistenz Mutter .87/ Vater .89

FEE-2: *Emotionale Wärme* interne Konsistenz Mutter .86/ Vater .86

FEE-3: *Kontrolle und Überbehütung* interne Konsistenz Mutter .72/ Vater .74

Hinsichtlich der faktoriellen Validität klären die drei Skalen des FEE 48,6% der Gesamtvarianz des väterlichen Erziehungsverhaltens und 46,6% des mütterlichen Erziehungsverhaltens auf.

3.3.3 FRAGEBOGEN FÜR ELTERN VON NEURODERMITISKRANKEN KINDERN (FEN)

Der von Stangier, Ehlers und Gieler (1996) entwickelte Fragebogen erfasst die Probleme von Müttern und Vätern von neurodermitiskranken Kindern.

Die internen Konsistenzen wurden jeweils für Mütter und Väter getrennt berechnet und weisen insgesamt, bis auf die vierte Skala (negative Behandlungserfahrungen) zufriedenstellende Werte auf.

Die Werte für interne Konsistenzen variieren bei Müttern von .70-.85 und bei Vätern von .59-.89.

Die 22 Items werden, auf einer fünfstufigen Ratingskala von "überhaupt nicht zutreffend" bis "sehr stark zutreffend", den folgenden vier Skalen zugeordnet:

FEN 1: *Aggression bezüglich Kratzen* (8 Items): emotionale Reaktionen der Eltern, wie Hilflosigkeit und Aggression hervorgerufen durch das Kratzen des Kindes.

FEN 2: *Protektives Verhalten* (7 Items): vermehrte elterliche Zuwendung gegenüber dem Kind, welches aufgrund seiner Erkrankung als besonders schutzbedürftig wahrgenommen wird.

FEN 3: *Kontrolle von Kratzen* (4 Items): Versuch der Eltern das Kratzen des Kindes zu kontrollieren.

FEN 4: *Negative Behandlungserfahrungen* (3 Items): Hilflosigkeit und negative Erwartungshaltung der Eltern bezüglich der erfolgreichen Behandlung des Kindes.

3.3.4 FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT VON ELTERN NEURODERMITISKRANKER KINDER (FLQEN)

Der von Rüden, Staab, Kehrt und Wahn (1999) entwickelte Fragebogen erfasst die verschiedenen Aspekte der Lebensqualität von Eltern neurodermitiskrankter Kinder.

Die Definition der Lebensqualität orientiert sich an der Definition des Gesundheitsbegriffes der WHO (1948), welche Gesundheit als vollständiges Vorhandensein psychischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens definiert. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bildet demnach das Gesamtbefinden eines Menschen ab im Kontext von Krankheitsverarbeitung.

Der Fragebogen besteht aus 26 Items, die sich den folgenden fünf Skalen zuordnen lassen:

FLQEN 1: *Psychosomatisches Wohlbefinden* (9 Items): Körperliches und psychisches Befinden der Eltern.

FLQEN 2: *Auswirkungen auf das Sozialleben* (6 Items): Auswirkungen auf das inner- und außerfamiliäre Sozialleben.

FLQEN 3: *Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung* (5 Items): das Ausmaß an Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung des Kindes.

FLQEN 4: *Emotionaler Umgang mit der Erkrankung* (4 Items): Mögliche Formen des emotionalen Umgangs mit der Erkrankung des Kindes.

FLQEN 5: *Akzeptanz der Erkrankung* (2 Items): Kognitive Bewertung der Erkrankung des Kindes.

Der Fragebogen zeichnet sich durch hohe Reliabilitätswerte in Form des Cronbachs-alpha für die erste Skala von .90, die zweite Skala von .79 und die dritte Skala in Höhe von .80 aus. Das Cronbachs alpha bei der vierten Skala mit .61 und der fünften Skala mit .57 liegt in einem mittleren Bereich.

3.3.5 JUCKREIZ-KOGNITIONS-FRAGEBOGEN (JKF-K/JKF-J)

Der von Kupfer et al. (2003) entwickelte Fragebogen erfasst sowohl die erlebte Hilflosigkeit, die durch den vermehrten Juckreiz hervorgerufen wird, wie auch die Bewältigungsstrategien im Umgang mit diesem.

Der Fragebogen orientiert sich an dem von Flor entwickelten Fragebogen zu Kognitionen, die die Bewältigung von Schmerzen fördern oder behindern. Der JKF wurde aus einem Itempool von juckreizfördernden, wie juckreizreduzierenden Strategien zusammengestellt, die man aus Interviews mit Neurodermitispatienten und klinischen Erfahrungen gewonnen hat.

Der hier eingesetzte Fragebogen liegt sowohl in einer Version für Kinder (8-12 Jahre, 15 Items) und einer Version für Jugendliche (13-18 Jahre, 18 Items) vor.

Die Items werden auf einer Ratingskala von "nie" bis "immer", beantwortet und folgenden zwei Skalen zugeordnet:

JKF-1: *Katastrophisieren/Hilflosigkeit*: Erleben der eigenen Hilflosigkeit und des Unvermögens auf den Juckreiz Einfluss zu nehmen.

JKF-2: *Bewältigung*: Gedanken, welche sich auf die Planung und Anwendung konkreter Bewältigungsstrategien gegen den Juckreiz beziehen.

Der Fragebogen zeichnet sich durch hohe interne Konsistenzen aus:

JKF-K: Katastrophisierung .89/ Bewältigung .85

JKF-J: Katastrophisierung .90/ Bewältigung .77

3.3.6 COPING-FRAGEBOGEN (COPEKI, COPEJU)

Der von Kupfer et al., (2003) entwickelte Fragebogen erfaßt die Krankheitsverarbeitung und Juckreiz-Kognitionen getrennt für Kinder (7-12 Jahre) und Jugendliche (13-18 Jahre).

Nach mehreren Vorstudien wurden die endgültigen Versionen anhand einer Gruppe von 204 Kindern und 168 Jugendlichen testtheoretisch überprüft.

Der COPEKI besteht aus 18 Items, die sich folgenden zwei Skalen zuordnen lassen:

Skala 1: Depressivität/ soziale Ängste (10 Items)

Skala 2: Hilflosigkeit im Umgang mit der Neurodermitis (8 Items): erfasst das Ausmaß an Belastungen und Hilflosigkeit gegenüber dem Juckreiz-Kratz-Zirkel. Die innere Konsistenz ist mit Werten zwischen .72 und .91 als befriedigend anzusehen.

Der COPEKJU besteht aus insgesamt 22 Items, die folgenden drei Skalen zugeordnet werden:

Skala 1: Soziale Ängste (8 Items)

Skala 2: depressive Verstimmung (9 Items)

Skala 3: Hilflosigkeit (5 Items)

Bei diesem Fragebogen liegt die innere Konsistenz zwischen .66 und .89.

3.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG¹

Die Auswertung erfolgte mittels "SPSS for Windows" (Version 9.0) am Rechner der Psychosomatischen Abteilung im Universitätsklinikum der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Es wurden Korrelationen nach Pearson und t-Tests gerechnet.

¹ Für die Hilfestellung bei der Datenauswertung bedanke ich mich herzlich bei PD Dr. J. Kupfer, Abteilung Medizinische Psychologie der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen

4 ERGEBNISSE

4.1 HYPOTHESE 1: KORRELATION FEE (SKALA 2) MIT DEM FEN (SKALA 1)

Mittels Korrelationsanalyse wurde erfasst, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Skala "emotionale Wärme" (Skala 2) des FEE und der Skala "Aggression und Hilflosigkeit" (Skala 1) des FEN besteht.

Dabei lies sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Skalen nachweisen (siehe Tabelle 1).

Die Hypothese 1, dass eine erinnerte niedrige emotionale Wärme mit einer verstärkten Aggression und Hilflosigkeit einhergeht konnte nicht bestätigt werden.

Bei der erinnerten emotionalen Wärme durch die Mutter zeigt sich eine leichte Tendenz einer negativen Korrelation. Wenig Aggression und Hilflosigkeit wird bei einer positiv erinnerten emotionalen Wärme der Mutter erlebt.

Tab 7: Korrelation der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2) des FEE und der Skala "Aggression und Hilflosigkeit" (Skala 1) des FEN

Skalen	Korrelation	Signifikanz
Emotionale Wärme Vater (Skala 2 FEE)	r= 0,03	p= 0,386
emotionale Wärme Mutter (Skala 2 FEE)	r= - 0,15	p= 0,078

4.2 HYPOTHESE 2: KORRELATION FEE (SKALA 3) MIT DEM FEN (SKALA 1)

Mittels Korrelationsanalyse wurde erfasst, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Skala "Kontrolle und Überbehütung" (Skala 3) des FEE und der Skala "Aggression und Hilflosigkeit" (Skala 1) des FEN besteht.

Dabei lies sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Skalen nachweisen (siehe Tabelle 2).

Die Hypothese 2, dass eine erinnerte Kontrolle und Überbehütung mit einer verstärkten Aggression und Hilflosigkeit einhergeht konnte nicht bestätigt werden.

Tab 8: Korrelation der Skala "Kontrolle und Überbehütung" (Skala 3) des FEE und der Skala "Aggression und Hilflosigkeit" (Skala 1) des FEN

Skalen	Korrelation	Signifikanz
Kontrolle und Überbehütung durch Vater (Skala 3 FEE)	r= 0,059	p= 0,290
Kontrolle und Überbehütung durch Mutter (Skala 3 FEE)	r= 0,105	p= 0,157

4.3 HYPOTHESE 3: KORRELATION FEE (SKALA 2) MIT DEN SKALEN DES SOZU

Mittels Korrelationsanalyse wurde erfasst, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Skala "emotionale Wärme" (Skala 2) des FEE und den Skalen des SOZU besteht.

Dabei ließen sich signifikante positive Korrelationen zwischen der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2) des FEE und der Skala "emotionale Unterstützung" (Skala 1), der Skala "praktische Unterstützung" (Skala 2), "wahrgenommene soziale Unterstützung" (Skala 5) des SOZU nachweisen (siehe Tabelle 1). Die Korrelationen waren zwischen der Skala "emotionale Wärme Mutter" und den genannten Skalen des SOZU

hochsignifikant, wobei sich höhere Werte zwischen dem erinnerten Erziehungsverhalten ausgehend von der Mutter und den Skalen des SOZU ergaben, im Vergleich zu dem Erziehungsverhalten, welches ausgehend von dem Vater erinnert wird.

Hohe Werte in der Skala "emotionale Wärme" führten zu hohen Werten in den Skala 1, 2,5 des SOZU.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein erinnertes Mangel an emotionaler Wärme mit einer derzeitigen geringeren sozialen Unterstützung in Form der emotionalen/ praktischen Unterstützung und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung verbunden sind.

Tab 9: Korrelation der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2) des FEE und den Skalen "emotionale Unterstützung" (Skala 1), "praktische Unterstützung" (Skala 2), "wahrgenommene Soziale Unterstützung" (Skala 5) des SOZU

Skala 2 des FEE	Skalen 1,2,5 des SOZU	Korrelation	Signifikanz
emotionale Wärme Vater	emotionale Unterstützung (Skala 1)	r= 0,18	p= 0,045
emotionale Wärme Mutter	emotionale Unterstützung (Skala 1)	r= 0,28	p= 0,004
emotionale Wärme Vater	praktische Unterstützung (Skala 2)	r= 0,25	p= 0,011
emotionale Wärme Mutter	praktische Unterstützung (Skala 2)	r= 0,30	p= 0,002
emotionale Wärme Vater	wahrgenommene Soziale Unterstützung	r= 0,23	p= 0,018
emotionale Wärme Mutter	wahrgenommene Soziale Unterstützung	r= 0,33	p= 0,001

Bezüglich der Skala "emotionale Wärme Mutter" (Skala 2) und der Skala "soziale Integration" (Skala 3) des SOZU konnte eine hochsignifikante positive Korrelation gezeigt werden.

Eine negative Korrelation ergab sich zwischen der Skala "emotionale Wärme Vater" (Skala2) und der Skala "Belastung" (Skala 4) des SOZU. Zwischen der Skala "emotionale Wärme Mutter " und der Skala 4 des SOZU ergab sich eine hoch signifikante negative Korrelation.

Hohe Werte in der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" führten demnach zu niedrigen Werten in der Skala "Belastung".

Diese Ergebnisse zeigen, dass ein Mangel an erinnelter emotionaler Wärme von der Mutter ausgehend mit einer geringeren sozialen Integration verbunden ist. Gleichzeitig steigt die wahrgenommene soziale Belastung an.

Aufgrund der Ergebnisse konnte die Hypothese drei, dass ein erinnelter Mangel an emotionaler Wärme mit einer derzeitigen geringeren sozialen Unterstützung verbunden ist bestätigt werden.

Tab 10: Korrelation der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2) des FEE und den Skalen "soziale Integration" (Skala 3), "Belastung" (Skala 4) des SOZU

Skala des FEE	Skalen 3,4 des SOZU	Korrelation	Signifikanz
emotionale Wärme Vater	Soziale Integration	r= 0,16	p= 0,074
emotionale Wärme Mutter	Soziale Integration	r= 0,28	p= 0,004
emotionale Wärme Vater	Belastung	r= -0,25	p= 0,011
emotionale Wärme Mutter	Belastung	r= -0,27	p= 0,006

Weiterhin ergaben sich positive Korrelationen zwischen der Skala "emotionale Wärme Mutter" (Skala 2) und den Skalen "Reziprozität" (Skala 6), "Zufriedenheit" (Skala 7) und der Skala "Vertrauensperson" (Skala 8) des SOZU.

Zwischen der Skala "emotionale Wärme Vater" (Skala 2) und den Skalen 6, 7,8 des SOZU ergaben sich keine signifikanten Korrelationen.

Tab 11: Korrelation der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2) des FEE und den Skalen "Reziprozität" (Skala 6), "Zufriedenheit" (Skala 7), "Vertrauensperson" (Skala 8) des SOZU

Skala 2 des FEE	Skalen 6,7,8 des SOZU	Korrelation	Signifikanz
emotionale Wärme Vater	Reziprozität	r= 0,11	p= 0,160
emotionale Wärme Mutter	Reziprozität	r= 0,23	p= 0,016
emotionale Wärme Vater	Zufriedenheit	r= 0,13	p= 0,121
emotionale Wärme Mutter	Zufriedenheit	r= 0,19	p= 0,036
emotionale Wärme Vater	Vertrauensperson	r= 0,13	p= 0,119
emotionale Wärme Mutter	Vertrauensperson	r= 0,20	p= 0,030

4.4 HYPOTHESE 4: KORRELATION FEE (SKALA 3) MIT DEN SKALEN DES SOZU

Wie aus Tab. 12 hervorgeht, ergab sich zwischen der Skala "Kontrolle und Überbehütung Mutter" (Skala 3) und der Skala "praktische Unterstützung" (Skala 2) des SOZU eine hochsignifikante negative Korrelation. Zwischen der Skala "Kontrolle und Überbehütung Vater" (Skala 3) und der Skala „praktische Unterstützung“ (Skala 2) des SOZU ergab sich ebenfalls eine signifikante negative Korrelation.

Ein hoher Wert in der Skala "Kontrolle und Überbehütung Vater/Mutter" führten demnach zu einem niedrigen Wert in der Skala "praktische Unterstützung“.

Eine hoch signifikante Korrelation ergab sich zwischen der Skala "Kontrolle und Überbehütung Vater/Mutter" und der Skala "Belastung" (Skala 4) des SOZU. Hohe Werte in der Skala "Kontrolle und Überbehütung" sind demnach mit hohen Werten in der Skala "Belastung" verbunden.

Die Hypothese 4, dass eine erinnerte hohe Kontrolle und Überbehütung durch die Eltern mit einer geringeren praktischen Unterstützung und einer stärkeren sozialen Belastung verbunden ist konnte bestätigt werden.

Tab 12: Korrelation der Skala "Kontrolle und Überbehütung Vater/Mutter" (Skala 3) des FEE und den Skalen "praktische Unterstützung" (Skala 2), "Belastung" des SOZU

Skala 3 des FEE	Skalen 2,4 des SOZU	Korrelation	Signifikanz
Kontrolle und Überbehütung Vater	praktische Unterstützung	r= -0,21	p= 0,026
Kontrolle und Überbehütung Mutter	praktische Unterstützung	r= -0,29	p= 0,003
Kontrolle und Überbehütung Vater	Belastung	r= 0,36	p= 0,000
Kontrolle und Überbehütung Mutter	Belastung	r= 0,28	p= 0,004

Für die Skala "Kontrolle und Überbehütung Vater/Mutter" (Skala 3) des FEE und den Skalen "emotionale Unterstützung" (Skala 1), "soziale Integration" (Skala 3), "wahrgenommene Soziale Unterstützung" (Skala 5), "Reziprozität" (Skala 6), "Zufriedenheit" (Skala 7) und "Vertrauensperson" (Skala 8) des SOZU ergaben sich keine signifikanten Korrelationen.

Tab 13: Korrelation der Skala "Kontrolle und Überbehütung Vater/Mutter" (Skala 3) des FEE und den Skalen "emotionale Unterstützung" (Skala 1), "soziale Integration" (Skala 3), "wahrgenommene Soziale Unterstützung", "Reziprozität" (Skala 6), "Zufriedenheit" (Skala 7), "Vertrauensperson" (Skala8) des SOZU

Skala 2 des FEE	Skalen 1,3,5,6,7,8 des SOZU	Korrelation	Signifikanz
Kontrolle und Überbehütung Vater	emotionale Unterstützung	r= -0,59	p= 0,297
Kontrolle und Überbehütung Mutter	emotionale Unterstützung	r= 0,01	p= 0,453
Kontrolle und Überbehütung Vater	soziale Integration	r= -0,18	p= 0,054
Kontrolle und Überbehütung Mutter	soziale Integration	r= 0,02	p= 0,426
Kontrolle und Überbehütung Vater	wahrgenommene Soziale Unterstützung	r= -0,17	p= 0,066
Kontrolle und Überbehütung Mutter	wahrgenommene Soziale Unterstützung	r= -0,10	p= 0,184
Kontrolle und Überbehütung Vater	Reziprozität	r= -0,02	p= 0,427
Kontrolle und Überbehütung Mutter	Reziprozität	r= 0,09	p= 0,207
Kontrolle und Überbehütung Vater	Zufriedenheit	r= -0,12	p= 0,148
Kontrolle und Überbehütung Mutter	Zufriedenheit	r= -0,01	p= 0,448
Kontrolle und Überbehütung Vater	Vertrauensperson	r= -0,00	p= 0,496
Kontrolle und Überbehütung Mutter	Vertrauensperson	r= 0,05	p= 0,338

4.5 HYPOTHESE 5: KORRELATION FEE (SKALA 2) MIT DEM FLQEN (SKALA 2)

Zwischen der Skala "emotionale Wärme Mutter" (Skala 2) des FEE und der Skala "Auswirkungen auf das Sozialleben" (Skala 2) des FLQEN ergab sich ein signifikanter Zusammenhang. Zwischen der Skala "emotionale Wärme Vater" und der Skala „Auswirkungen auf das Sozialleben“ war der Zusammenhang hoch signifikant.

Die Hypothese 5 konnte bestätigt werden, ein Mangel an erinnerter emotionaler Wärme in der Erziehung durch die Eltern hängt mit Einschränkungen bezüglich des inner- und außerfamiliären Soziallebens zusammen.

Tab 14: Korrelation der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2) des FEE und der Skala "Auswirkung auf das Sozialleben" (Skala 2) des FLQEN

Skala 2 des FEE	Skala 2 des FLQEN	Korrelation	Signifikanz
Emotionale Wärme Vater	Auswirkung auf das Sozialleben	r= 0,28	p= 0,003
Emotionale Wärme Mutter	Auswirkung auf das Sozialleben	r= 0,23	p= 0,013

4.6 HYPOTHESE 6: KORRELATION FEE (SKALA 2/3) UND DEM SCORAD

Hier ergaben sich keine signifikanten Beziehungen zwischen den Skalen "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2), der Skala "Kontrolle und Überbehütung" (Skala 3) und dem SCORAD.

Bei der erinnerten emotionale Wärme durch die Mutter und den Vater und der erinnerten Kontrolle und Überbehütung.

Hypothese 6, dass Kinder, deren Eltern einen Mangel an emotionaler Wärme und überprotektives Verhalten in der Erziehung erinnern einen größeren Schweregrad aufweisen konnte nicht bestätigt werden.

Tab. 15: Korrelation der Skala "emotionale Wärme" (Skala 2), der Skala "Kontrolle und Überbehütung" (Skala 3) des FEE und dem SCORAD

Skalen des FEE	Korrelation mit dem SCORAD	Signifikanz
Emotionale Wärme Vater	r= 0,23 (N=106)	p= 0,406
Emotionale Wärme Mutter	r= 0,23 (N=110)	p= 0,407
Kontrolle und Überbehütung durch Vater	r= -0,107 (N=103)	p= 0,140
Kontrolle und Überbehütung durch Mutter	r= -0,034 (N=109)	p= 0,362

4.7 HYPOTHESE 7: VERGLEICH DER SCORAD-GRUPPEN (GRUPPE 1=BIS 30, GRUPPE 3=ÜBER 50) IN ALLEN SKALEN (1,2,3,4) DES FEN

Der Vergleich der beiden SCORAD- Gruppen in dem Ausmaß an geschilderten Problemen der Eltern.

Hier ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse zwischen der Schweregrade (SCORAD-Gruppen) in den Skalen "Aggression/Hilflosigkeit" (Skala 1), "protektives Verhalten" (Skala 2), "Kontrolle von Kratzen" (Skala 3), "Demoralisierung bezüglich der Behandlung" (Skala 4).

Die Hypothese 7, dass ein größerer Schweregrad bei den Kindern von den Eltern mit einer subjektiv höher erlebten Hilflosigkeit, größerem protektiven Verhalten, größerer Kontrolle von Kratzen und mit einer stärkeren Demoralisierung verbunden ist konnte nicht bestätigt werden.

Tab 16: Vergleich der Schweregrade aufgeteilt in leichte (SCORAD bis 30) = SCORAD- Gruppe 1 und in schwere (SCORAD >50)= SCORAD-Gruppe 3 und den Skalen "Aggression/Hilflosigkeit" (Skala 1), "protektives Verhalten" (Skala 2), "Kontrolle von Kratzen" (Skala 3), "Demoralisierung bezüglich der Behandlung" (Skala 4) des FEN

	SCORAD- Gruppe 1	SCORAD- Gruppe 3	P-Test
Skalen des FEN	X ± sd	X ± sd	P
Aggression/ Hilflosigkeit	2,02 0,77 (N= 24)	1,79 0,52 (N= 31)	0,203
protektives Verhalten	1,97 0,80 (N= 24)	2,30 0,97 (N= 31)	0,178
Kontrolle von Kratzen	2,54 0,63 (N= 24)	2,38 0,63 (N= 31)	0,347
Demoralisierung bezüglich der Behandlung	2,49 0,82 (N= 25)	2,73 0,99 (N= 32)	0,340

4.8 HYPOTHESE 8: VERGLEICH DER SCORAD-GRUPPEN (GRUPPE 1=BIS 30, GRUPPE 3=ÜBER 50) IN ALLEN SKALEN (1,2,3,4,5) DES SOZU

Der Vergleich der drei SCORAD- Gruppen in dem Ausmaß der sozialen Unterstützung erfolgte mit Hilfe von T-Tests für unabhängige Stichproben.

Hier ergaben sich signifikante Ergebnisse zwischen der Schweregrade (SCORAD-Gruppen) der Kinder zwischen 0-12 Jahren in den Skalen "emotionale Unterstützung (Skala 1), "praktische Unterstützung" (Skala 2), "soziale Integration" (Skala 3), "Belastung" (Skala 4), "wahrgenommene Soziale Unterstützung" (Skala 5)".

Bei dem Vergleich der beiden Schweregradgruppen wird deutlich, dass umso stärker die Kinder von der Neurodermitis betroffen sind, desto höher ist das Ausmaß an sozialer Unterstützung der Eltern und desto geringer ist die Belastung. Die Hypothese 8, dass Eltern deren Kinder schwerer von Neurodermitis betroffen sind eine höhere soziale Unterstützung in Anspruch nehmen konnte bestätigt werden.

Tab 17: Vergleich des Schweregrades (SCORAD-Gruppen) und den Skalen "emotionale Unterstützung" (Skala 1), "praktische Unterstützung" (Skala 2), "soziale Integration" (Skala 3), "Belastung" (Skala 4), "wahrgenommene Soziale Unterstützung" (Skala 5) des SOZU.

	SCORAD- Gruppe 1	SCORAD- Gruppe 3	P-Wert
Skalen des SOZU	X ± sd	X ± sd	P
emotionale Unterstützung	4,36 0,53 (N= 24)	4,63 0,41 (N= 30)	0,039
praktische Unterstützung	4,61 0,60 (N= 23)	4,98 0,52 (N= 30)	0,022
soziale Integration	3,90 0,61 (N= 23)	4,32 0,45 (N= 30)	0,010
Belastung	2,25 0,72 (N= 24)	1,79 0,67 (N= 30)	0,019
wahrgenommene Soziale Unterstützung	1,63 1,62 (N= 22)	1,22 1,22 (N= 30)	0,012

5 DISKUSSION

5.1 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM AUSMAß AN ERINNERTER EMOTIONALER WÄRME UND ÜBERPROTEKTIVEM VERHALTEN, WELCHES ELTERN IN DER EIGENEN ERZIEHUNG ERINNERN UND DEM UMGANG MIT DER ERKRANKUNG DER KINDER

In der vorliegenden Untersuchung wurde geprüft, ob eine Beziehung zwischen der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" (Skala 2) des FEE und der Skala "Aggression und Hilflosigkeit" des FEN besteht (1. Hypothese).

Weiterhin wurde geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der Skala "überprotektives Verhalten" (Skala 3) des FEE mit der Skala "Aggression und Hilflosigkeit" (Skala 1) des FEN gibt (2. Hypothese).

Entgegen den hypothetischen Annahmen, dass ein Mangel an emotionaler Wärme und ein überprotektives Verhalten, dass von den Eltern erinnert wird, eine Auswirkung auf den Umgang mit der Erkrankung des Kindes hat, ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Skalen.

Nach Perris et al (1994) steht insbesondere ein Mangel an emotionaler Wärme bei einer gleichzeitigen Überprotektion durch die Eltern während der Kindheit und Jugend mit der Manifestation psychischer Störungen, insbesondere von Depressionen im Zusammenhang. Das Ausmaß an erinnerter emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung scheint demnach keinen Einfluss auf die momentan empfundene Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung des Kindes zu haben.

Dieses Ergebnis könnte darauf zurückzuführen sein, dass bei den Eltern nicht das Ausmaß an depressiven Verstimmungen erhoben wurde.

Weiterhin könnte es sein, dass durch die retrospektive Erhebung des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens die Erinnerungen an das mehr oder weniger lange zurückliegende Erziehungsverhalten verblasst sind.

5.2 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM AUSMAß AN EMOTIONALER WÄRME UND ÜBERPROTEKTIVEM VERHALTEN, WELCHES ELTERN IN DER EIGENEN ERZIEHUNG ERINNERN UND DEM AUSMAß AN SOZIALER UNTERSTÜTZUNG WELCHES SIE IN ANSPRUCH NEHMEN

Hypothetisch wurde angenommen, dass ein erinnertes Mangel an emotionaler Wärme (Hypothese 3) und ein überprotektives Verhalten (Hypothese 4) in der eigenen Erziehung mit einem Mangel an sozialer Kompetenz verbunden sind. Bezüglich des elterlichen Erziehungsverhaltens existieren in der Literatur zahlreiche Arbeiten, welche die Qualität des elterlichen Erziehungsverhaltens, als einen ätiopathogenetischen Faktor für die Entstehung psychischer Störungen ansehen (vgl. Perris et al., 1994).

Nach Gerlsma et al. (1990) stehen ein erlebter Mangel an emotionaler Wärme und Fürsorge und eine gleichzeitige Überprotektion durch die Eltern während der Kindheit und Jugend mit der späteren Manifestation psychischer Störungen (insbesondere von Depressionen) im Zusammenhang. Daher wurde angenommen, dass insbesondere bei Depressiven ein Mangel an sozialer Kompetenz und ein eingeschränktes soziales Netzwerk vorliegt, so dass die Betroffenen weniger gut in der Lage sind wichtige Bedürfnisse, wie nach Bindung, Kontakt, Geselligkeit, Zugehörigkeit und demnach auch eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden adäquat zu befriedigen, in dem die in Anspruch genommene soziale Unterstützung bei diesen Personen eingeschränkt ist.

Übereinstimmend zu den Angaben in der Literatur, ließen sich signifikante positive Korrelationen zwischen der Skala "emotionale Wärme

Vater/Mutter" und der Skala "emotionale Unterstützung" (Skala 1), der Skala "praktische Unterstützung" (Skala 2) und der Skala "wahrgenommene Soziale Unterstützung" (Skala 5) "soziale Integration" (Skala 3) des SOZU bestätigen.

Hierbei ließen sich bei der emotionalen Wärme von den Müttern ausgehend in Zusammenhang auf das derzeitige Ausmaß an Sozialer Unterstützung tendenziell höhere Werte feststellen.

Eine mögliche Interpretation der Zusammenhänge bestände darin, dass sich ein emotional warmer und fürsorglicher Erziehungsstil positiv auf das derzeitige Wohlbefinden und die Handlungskompetenz im Umgang mit dem sozialen Netzwerk auswirkt. Es ist daher denkbar, dass ein emotional warmer Erziehungsstil auch einen Einfluss auf die eigene soziale Kompetenz bezüglich des adäquaten Umgangs mit Emotionen, eigenen Wünschen und Bedürfnissen hat und daher die Fähigkeit soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen größer ist, im Vergleich zu Personen, die ein geringes Maß an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung erinnern.

Möglicherweise sind die tendenziellen Geschlechterunterschiede dadurch zu erklären, dass die emotionale Wärme, die von der primären Bezugsperson der Mutter ausgeht für die Fähigkeit Soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen von größerer Relevanz ist.

Es ergaben sich positive Zusammenhänge zwischen der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter" und der Skala "Reziprozität" (Skala 6) , der Skala "Zufriedenheit" (Skala 7) und der Skala "Vertrauensperson" (Skala 8).

Die emotionale Wärme, welche in der eigenen Erziehung erinnert wird scheint sich daher möglicherweise auf die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und auch in Bezug auf die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson positiv auszuwirken.

Eine negative Korrelation ergab sich zwischen der Skala "emotionale Wärme Vater/Mutter) und der Skala "Belastung" (Skala 4). Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung zu den Ergebnissen der anderen Skalen des SOZU und ist möglicherweise dahingehend zu interpretieren, dass die erinnerte emotionale Wärme in der eigenen Erziehung die aktuelle soziale Belastung im Umgang mit Mitmenschen reduziert, dadurch dass im Umgang mit diesen eine größere soziale Kompetenz entscheidend ist.

5.3 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM AUSMAß AN EMOTIONALER WÄRME, WELCHES ELTERN IN DER EIGENEN ERZIEHUNG ERINNERN UND DAS AUSMAß AN LEBENSZUFRIEDENHEIT ÜBER WELCHES SIE BERICHTEN

Es wurde geprüft, ob eine Beziehung zwischen der Skala „emotionale Wärme Vater/Mutter“ (Skala 2) des FEE und der Skala 2 „Auswirkung auf das Sozialleben“ (Skala 2) des FLQEN vorliegt (Hypothese 5).

Entsprechend der hypothetischen Annahme, dass ein Mangel an emotionaler Wärme, der von den Müttern erinnert wird, mit einer Beeinträchtigung der Lebenszufriedenheit hinsichtlich des Soziallebens verbunden ist, ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Skalen.

Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung zu den Ergebnissen der Hypothese 4. Ein erinnerter Mangel an emotionaler Wärme in der eigenen Erziehung scheint demnach Auswirkungen auf das Sozialleben zu haben.

Möglicherweise verfügen Personen, die einen Mangel an emotionaler Wärme erinnern über deutliche Einbußen hinsichtlich der sozialen Kompetenz. Aus diesem Grund ist es denkbar, dass es ihnen schwer fällt soziale Kontakte aufzubauen und zu stabilisieren. Gleichzeitig scheint auch entsprechend den Angaben der Autoren des FLQEN von Rüden et al.

(1999) die innerfamiliäre Belastung bezüglich des Umgangs mit der Erkrankung des Kindes bei diesen Müttern verstärkt zu sein, indem Belastungen durch die Erkrankung des Kindes hinsichtlich der Freizeitgestaltung, Auswirkungen auf das Berufsleben und Einschränkungen hinsichtlich der Partnerschaft berichtet werden.

5.4 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEM SCHWEREGRAD DER NEURODERMITIS BEI DEN KINDERN UND JUGENDLICHEN UND DEM AUSMAß AN EMOTIONALER WÄRME, KONTROLLE UND ÜBERBEHÜTUNG IN DER ERZIEHUNG WELCHES ELTERN ERINNERN; AUSMAß AN IN ANSPRUCH GENOMMENER SOZIALER UNTERSTÜTZUNG BEI DEN ELTERN; UMGANG DER ELTERN MIT DER ERKRANKUNG DER KINDER

Es wurde geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen dem erinnerten Erziehungsverhalten der Eltern, unter der Annahme, dass die Eltern das erlernte Erziehungsverhalten in der Erziehung ihrer Kinder ebenfalls praktizieren, und dem Schweregrad der Kinder gibt (Hypothese 6).

Unter der Annahme, dass eine negative Interaktionsstruktur zwischen Mutter und Kind eine erhöhte psychische Belastung für das Kind darstellt, welche sich in einem stärkeren Schweregrad äußert, wurde überprüft, inwieweit eine Beziehung zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten „emotionale Wärme Vater/Mutter“ (Skala 2), „Kontrolle und Überbehütung“ (Skala 3) des FEE und dem Schweregrad der Neurodermitis (SCORAD) bei den Kindern und Jugendlichen besteht (Hypothese 6).

Entgegen den hypothetischen Erwartungen ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Skalen nachweisen.

Möglicherweise wird das ausgeübte elterliche Erziehungsverhalten der Mütter nicht nur durch Erinnerungen an die eigene Erziehung bestimmt,

sondern von weiteren Faktoren, wie z.B. die akute Erkrankung der Kinder beeinflusst.

Gleichzeitig ist es denkbar, dass der Schweregrad der Neurodermitis bei den Kindern und Jugendlichen stärker durch die Bewältigungsfähigkeit und durch das Ausmaß an sozialer Unterstützung, welches in Anspruch genommen wird und eine entlastende Wirkung hat, beeinflusst wird.

Es wurde weiterhin untersucht, inwieweit sich der Schweregrad der Neurodermitis auf die empfundene Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung der Eltern auswirkt.

Es wurde demnach ein Vergleich zwischen den Schweregradgruppen (SCORAD-Gruppen) in den Skalen „Aggression /Hilflosigkeit“ (Skala 1), „protektives Verhalten“ (Skala 2), „Kontrolle von Kratzen „ (Skala 3), „Demoralisierung der Behandlung“ (Skala 4) des FEN vorgenommen (Hypothese 7). Hierzu wurden SCORAD-Gruppen gebildet. In Gruppe 1 befanden sich die betroffenen Kinder mit einem SCORAD bis 30, in Gruppe 2 diejenigen Kinder mit einem SCORAD über 50.

Pauli-Pott et al. (1997) beschrieben Auffälligkeiten bei Müttern an Neurodermitis erkrankter Kinder, welche als depressiver, ängstlicher und überprotektiver beschrieben werden. Diese Merkmale der Mütter konnten durch diese Hypothese nicht bestätigt werden. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied in den genannten Merkmalen der Mütter in Abhängigkeit des Schweregrads der Kinder.

5.5 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEM AUSMAß DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG WELCHES ELTERN ANGEBEN UND DEM SCHWEREGRAD DER NEURODERMITIS BEI DEN KINDERN UND JUGENDLICHEN

Entsprechend den Angaben von Sommer und Fydrich (1989) , dass das Ausmaß an sozialer Unterstützung zu dem Wohlbefinden beiträgt und demnach die psychische Belastung reduziert, wurde davon ausgegangen, dass Eltern deren Kinder eine stärkere Betroffenheit aufweisen diese Belastungen durch das Aufsuchen einer verstärkten Hilfe von außen, in Form einer größeren sozialen Unterstützung reduzieren.

Daher wurde überprüft, inwieweit Unterschiede zwischen den Skalen des SOZU (Skala 1, 2, 3, 4, 5) und den Schweregradgruppen (SCORAD-Gruppen) bestehen (Hypothese 8).

Entsprechend den hypothetischen Erwartungen ergaben sich signifikante Ergebnisse. Bei dem Vergleich der Schweregradgruppen wird deutlich, umso stärker die Kinder von Neurodermitis betroffen sind, desto höher ist die in Anspruch genommene emotionale-, praktische Unterstützung, als auch die wahrgenommene Soziale Unterstützung und die soziale Integration. Gleichzeitig nimmt die empfundene Belastung ab. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Hypothese 7, bei der sich keine Unterschiede in der empfundenen Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung bei den Eltern in Abhängigkeit von dem Schweregrad der Neurodermitis ergaben.

5.6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Entgegen den ursprünglichen Erwartungen konnten in der vorliegenden Studie keine Zusammenhänge zwischen der emotionalen Wärme und überprotektiven Verhalten von Seiten der Mutter und des Vaters, welches von den Eltern in der eigenen Erziehung erinnert wurde und des Umgangs mit der Erkrankung der Kinder bei den Eltern festgestellt werden.

Ergänzend hierzu wurde überprüft, inwieweit sich ein erinnertes Mangel an emotionaler Wärme und ein überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung, von den Eltern in der Erziehung der eigenen Kinder übernommen wird, der für die Kinder möglicherweise eine erhöhte psychische Belastung darstellt, welche sich ungünstig auf den Schweregrad der Neurodermitis der Kinder auswirkt. Diese Zusammenhänge konnten nicht nachgewiesen werden, so dass es denkbar ist, dass sowohl der Umgang mit der Erkrankung der Kinder bei den Eltern und der eigene Umgang mit der Erkrankung bei den Kindern, sowie der Schweregrad der Erkrankung möglicherweise von anderen Faktoren abhängig sind.

Ein interessantes Ergebnis dieser Untersuchung besteht darin, dass ein erinnertes Mangel an emotionaler Wärme und überprotektivem Verhalten, welches Eltern in der eigenen Erziehung erinnern mit einer reduzierten Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung hinsichtlich der emotionalen-, praktischen-, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der sozialen Integration verbunden ist. Gleichzeitig wird über eine Zunahme an Belastung berichtet.

Demnach scheint dieses Ergebnis mit den Angaben in der Literatur übereinzustimmen. Ein erinnertes Mangel an emotionaler Wärme und ein überprotektives Verhalten, welches in der eigenen Erziehung erinnert wird, scheint demnach Auswirkungen auf die derzeitige soziale Kompetenz zu

haben und damit verbunden zu sein, dass diese Personen Schwierigkeiten haben eigene Emotionen, Bedürfnisse und Wünsche in adäquater Form gegenüber ihrem Umfeld auszudrücken.

Hierbei scheint entsprechend den Ergebnissen das Erziehungsverhalten der Mütter größeren Einfluss auf die spätere soziale Handlungskompetenz zu haben, im Vergleich zu dem Erziehungsverhalten, welches von den Vätern ausgeht. Weiterhin scheint dieses Ergebnis unabhängig von der Krankheit und dem Schweregrad der Kinder zu sein.

Ein weiteres interessantes Ergebnis besteht darin, dass Eltern mit Kindern mit einem Schweregrad über 50 im Vergleich zu Eltern deren Kinder ein Schweregrad bis 30 haben über eine größere in Anspruch genommene soziale Unterstützung berichten, gleichzeitig nimmt bei diesen Eltern die empfundene soziale Belastung ab.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Neurodermitis handelt es sich um eine chronisch-rezidivierende Hauterkrankung die weltweit auftritt und bei der bis zu 14 % (Rajka, 1986) der Weltbevölkerung betroffen sind. Neben einer genetischen Prädisposition sind nach Bosse (1990) psychische Faktoren bei der Auslösung von Rezidiven entscheidend.

So konnten bereits mehrere Forscher, unter anderem Kupfer et al. (1999) durch gezielte Untersuchungen die Einflüsse von internen und externen Stressoren auf immunologische Parameter nachweisen.

Nach Gieler et al. (1993) führt die chronische Form der Neurodermitis zu erheblichen Folgebelastungen, wie unter anderem zu mangelnder sozialer Unterstützung für die Familie, chronische Überlastung (meist der Mütter) und Beeinflussung der Eltern-Kind-Beziehung.

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag dazu leisten, inwieweit sich das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten auf die in Anspruch genommene soziale Unterstützung auswirkt und welchen Einfluss diese auf den elterlichen Umgang mit der Erkrankung der Kinder hat. Einen weiteren Beitrag dieser Arbeit besteht darin, ob es einen Zusammenhang des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens auf den Schweregrad der betroffenen Kinder und Jugendlichen hat und wie sich dieser auf den Umgang mit der Erkrankung bei den Eltern auswirkt.

An der vorliegenden Untersuchung nahmen 95 Eltern deren Kinder zwischen 0-7 Jahre alt waren; 15 Eltern deren Kinder zwischen 8-12 Jahre alt waren und 12 Eltern deren Kinder 13-18 Jahre alt waren teil. Die Eltern der Kinder 0-7 Jahre nahmen an einer sechswöchigen ambulanten Neurodermitisschulung teil. Bei der Altersgruppe der Kinder 8-12 Jahre

nahmen Eltern und Kinder an einer separaten alteradäquaten Schulungsmaßnahme teil. Bei der Altersgruppe 13-18 Jahre nahmen lediglich die Jugendlichen an einer Schulungsmaßnahme teil. Zu den erfassten Parametern gehörten das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten, der elterliche Umgang mit der Erkrankung der Kinder und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Eltern, die empfundene soziale Unterstützung der Eltern und der Schweregrad der Erkrankung.

Entsprechend den Ergebnissen konnten keine Zusammenhänge zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten und des elterlichen Umgangs mit der Erkrankung der Kinder festgestellt werden. Es konnten ebenfalls keine Zusammenhänge zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten und dem Schweregrad der Neurodermitis der Kinder festgestellt werden.

Ein wesentliches Ergebnis dieser Untersuchung besteht darin, dass ein erlebter erinnertes Mangel an Wärme und überprotektives Verhalten in der eigenen Erziehung mit einer reduzierten Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung und mit einem Anstieg der empfundenen sozialen Belastung verbunden ist. Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Untersuchung besteht darin, dass Eltern deren Kinder stärker von der Neurodermitis betroffen sind über eine größere in Anspruch genommene soziale Unterstützung und über eine gleichzeitige Abnahme der sozialen Belastung berichten, im Vergleich zu Eltern deren Kinder weniger stark betroffen sind. Diese Ergebnisse liefern einen wesentlichen Beitrag für die Praxis im Umgang mit Neurodermitispatienten und deren Familien. Neben einer medizinischen Behandlung erscheint der Einbezug von psychosozialen Aspekten im Hinblick auf die psychische Belastung in den Familien und bei den Betroffenen entscheidend zu sein, da die psychische Belastung entsprechen zahlreichen Untersuchungen zu einer Hautverschlechterung beitragen kann. Eine familienmedizinische Behandlung der Neurodermitis scheint demnach für die Praxis unerlässlich. Da aufgrund der Einsparungen

im Gesundheitswesen der Druck für die Behandler hinsichtlich Budget und Zeit immer enger wird sind möglicherweise zusätzliche Beratungsangebote und Austauschmöglichkeiten, wie Neurodermitisschulungen und Selbsthilfegruppen erforderlich. Bei diesen Angeboten ist es wichtig neben einer medizinischen Wissensvermittlung den täglichen Umgang mit der Neurodermitis bei den Betroffenen und deren Familien durch Bearbeitung von Stress- und Problembewältigung, Förderung der Körperwahrnehmung, Erlernen von Selbstkontrolltechniken, Förderung der Autonomie und Eigenverantwortung und eine Förderung der Compliance zu thematisieren. Eine Integration dieser Aspekte in die Behandlung bei Neurodermitispatienten könnte somit neben Kostenersparnissen für das Gesundheitssystem zu einer entscheidenden psychischen Entlastung bei den Betroffenen und deren Familien führen. Weitere Wirksamkeitsstudien der genannten Schulungsprogramme sind sicherlich unerlässlich.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Absolon CM, Cottrell D, Eldrige SM, Glover MT: Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in school-aged children. Br J Dermatol 1997; 137: 241-245

Ader R, Cohen N, Felten D: Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. Lancet 1995; 345: 99-103

Becker P: Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd.1. Göttingen: Hogrefe 1982

Belsky J, Hsieh KH, Crnic K: Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys externalizing problems and inhibition at age 3 years: differential susceptibility. Development and Psychopathology 1998; 10: 301-319

Braun-Falco,O, Plewig, G& Wolff, HH: Dermatologie und Venerologie (3.Aufl.). Berlin: Springer, 1984; 313-318

Bräutigam W, Christian P: Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme 1975

Brocq L. et Jaquet L: Notes pour servir a l'histoire des neurodermatitis.
Annales Dermatologie et Venerologie 1891; 193-195

Brückmann L, Niebel G: Mutter-Kind-Interaktion bei atopischer
Dermatitis im Säuglingsalter. Verhaltenstherapie 1995; 5: A17

Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D: Psychobiological
aspects of atopic dermatitis: An overview. Psychother Psychosom 2001; 70:
6-16

Buske-Kirschbaum A, Hellhammer DH: Endocrine and immune
responses to stress in chronic inflammatory skin disorders. Ann N Y Acad
Sci 2003; 992: 231-40

Chowdury MMu, Hedges R, Lanigan SW: Unilateral resolution of
palmar eczema and hyperhidrosis complicated by Horner`s syndromc
following ipsilateral endoscopic cervial sympathectomy. Brit J Dermatol
2000; 143: 653-654

Daud L, Garralda M, David TJ: Psychosocial adjustment in preschool
children with atopic eczema. Arch Dis Child 1993; 69: 670-676

Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH: emotion, plasticity, context, and
regulation: Perspectives from affective neuroscience. Psychological
Bulletin 2000; 126 (6): 890-909

Diepgen T: Epidemiologie des atopischen Ekzems. In: Fuchs E, Schulz KH (Hrsg) Manuale allergologicum. Dustri, Deisenhofen 1995

D’Zurilla TJ & Nezu A: Social problem solving in adults. In P.C. Kendall (Ed.) Advances in cognitive-behavioral research and therapy. New York: Academic Press 1982; Vol. I: 2002-2274

Ehlers A, Stangier U, Dohn D, Gieler U: Kognitive Faktoren beim Juckreiz: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. Verhaltenstherapie 1993; 3: 112-119

Ehlers A, Stangier U, Gieler U: Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. J Consult Clin Psychol 1995; 63: 624-635

Fegert JM, Bergmann R, Bauer CP et al.: Atopisches Ekzem in den ersten 3 Lebensjahren. Pädiatr Praxis 1997; 52: 233-244

Fegert JM, Probst M, Vierlböck S: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie. Eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung. Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiat 1999; 48: 677-693

Garrie FV, Garrie SA, Mote T: Anxiety in atopic dermatitis. J Consult Clin Psychol 1974; 42: 742

Gerlsma C, Elmmelkamp P.M.G. & Arrindell W.A: Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 1990; 10: 251-277

Gieler U, Ehlers A, Höhler T, Burkhard G: Die psychosoziale Situation der Patienten mit endogenem Ekzem. Eine clusteranalytische Studie zur Korrelation psychischer Faktoren mit somatischen Befunden. *Hautarzt* 1990; 41: 416-423

Gieler U, Kupfer J, Niemeier V, Brosig B, Stangier U: Atopic eczema prevention program a new therapeutic concept for secondary prevention. *Dermatol Psychosom.* 2000; 1: 138-147

Gil KM, Keefe FJ, Sampson HA, Mc Caskill CC, Rodin J, Crisson JE: The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *J Psychosom Res* 1987; 31: 673-684

Ginsburg IH, Prytowsky JH; Kornfeld DS, Wolland H: Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *Int J Dermatol* 1993; 32:656-660

Haffenreffer S: De pruritus, in nosodochium, in quo cutis, eiqque adhaerentium partium, affectus omnes, singulari methodo, et cognoscendi et curandi fidelissime traduntur. Ulm, Kühn, 1660, pp 98-102.

Hajek P, Jakoubek B, Radil T: Gradual increase in cutaneous threshold induced by repeated hypnosis of healthy individuals and patients with atopic eczema. *Percept Mot Skills* 1990; 70: 549-550.

Handwerker HO, Forster C, Kirchoff C: Discharge patterns of human C-fibres induced by itching and burning stimuli. *J Neurophysiol* 1991; 66 : 307-315

Hanifin, JM& Rajka, G: Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenerologica* 1980; 92: 44-47

Harlow D, Poyner T, Finaly AY, Dykes PJ: Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care. *Br J Dermatol* 2000; 143: 979-982

Hermanns N, Scholz OB: Psychologische Einflüsse auf die atopische Dermatitis- eine verhaltensmedizinische Sichtweise; in Gieler U, Stangier U, Brähler E (Hrsg): *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Bd 9. Göttingen, Hogrefe, 1993; pp 180-191

Hobfoll SE & Stokes JP: The process and mechanics of social support. In S. Duck, D.F. May, S.E. Hobfoll, W. Ickes & B.M. **Montgomery (Eds.)**, *Handbook of personal relationships: theory, research, and interventions*. London: Wiley 1988; 497-517

House JS & Kahn RL: Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* 1985; 83-108

Howlett: Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology* 1999; 3: 381-384

The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998; 351: 1225-1232

Jung, EG, *Dermatologie*, 2. Aufl. Stuttgart, Hippokrates Verlag 1991; 360-364

Kapp A: Topic dermatitis- the skin manifestation of atopy. *Clin Exp Allergy* 1995; 25: 210-219

Koblenzer C: Psychologic and psychiatric aspects of itching; in Bernhard JD (ed): *Itch-Mechanisms and Management of Pruritus*, Mc Graw Hill 1994; pp 347-365

Kodama A, Horikawa T, Suzuki T, et al. Effects of stress on atopic dermatitis: Investigations in patients after the great Hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 173-176

Köhnlein B, Stangier U, Freiling G, Schauer U, Gieler U: Elternberatung von Neurodermitiskindern. In Gieler U, Stangier U, **Brähler E:** Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd 9. Hogrefe, Göttingen 1993; 67-80

Krohne H.W: Erziehungsstilforschung: Neuere theoretische Ansätze und empirische Befunde. Zeitschrift für Pädagogische Psychologie 1988; 2: 157-172

Kupfer J: Psychoimmunologische Verlaufsstudie bei Patienten mit atopischer Dermatitis. Dissertation University of Gießen/ Germany 1994

Kupfer J, Niemeier V, Braun A, Renz H, Gieler U: Stress and atopic eczema- the response of neutrophine growth factor and neurotrophins in an experimental situation study. Int Arch Allergy Immunol 2001; 124: 353-355.

Kupfer J, Niemeier V, Keins P, Hennighausen L, Brosig B, Gieler U: Development of Questionnaires of Coping with Disease and Itching Cognitions in Childdren and Adolescents with Atopic Eczema. Dissertation University of Gießen/ Germany 2003

Langeveld-Wildschut EG, Bruijnzeel PLB, Mudde GC, Versluis C, Van Ieperen-Van Dijk AG, Bihari IC, Knol EF, Thepen T, Bruijnzeel-Koomen CAFM, Van Reijssen FC: Clinical and immunologic variables in skin of patients with atopic eczema and either positive or negative atopy patch test reactions. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105: 1008-1016

Langfeldt HP, Luys K: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern- eine Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1993; 42: 36-41

Langfeldt HP, Luys K: Parental attitudes and coping of mothers with children with chronic atopic eczema. Conference of the Health Psychology Society. Dublin 1996

Lazarus RS & Launier R: Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspective in interactional psychology*. New York: Plenum 1978

Leung DYM: Atopic dermatitis: new insights and opportunities for therapeutic intervention. *J. Allergy Clin Immunol* 2000; 105: 860-876

Lutz R: *Genuß und Genießen*. Weinheim: Beltz 1983

Niemeier V, Kupfer J, Schill WB, Gieler U: Atopic dermatitis-topical therapy: Do patients apply much too little? *Journal of Dermatological Treatment* 2005; 16: 95-101

Otte H & Freyberger H: Allgemeine Psychosomatik. In K.P. Kisker, H. Freyberger u.a. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme 1987; 108-115

Parker G: Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development. New York: Grune & Stratton 1983

Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D: Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung bei Säuglingen mit atopischer Dermatitis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1997; 26 (3): 189-200

Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D: Infants with Atopic Dermatitis: Maternal Hopelessness, Child-Rearing/ Perceived Infant Temperament. *Psychotherapie and Psychosomatics* 1999; 68: 39-45

Perris C, Arrindell WA & Eisemann M: Parenting and psychopathology. New York: Wiley 1994

Petermann P, Warschburger P: Neurodermitis. Hogrefe 1999

Pfingsten G & Baumann U: Untersuchungsverfahren zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung: Ein Überblick. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1987; 8: 75-98

Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. Br J Dermatol 2000; 143: 983-991

Ring J, Palos E: Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. Der Hautarzt 1986; 37: 609-617

Rohner RP: The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory. Beverly Hills,CA: Sage 1986

Rüden U, Staab D, Kehrt R, Wahn U: Entwicklung und Validierung eines krankheitsspezifischen Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität von Eltern neurodermitiskranker Kinder. Z. f. Gesundheitswiss., 7. Jg. 1999, H. 4

Schmelz M, Skusa-Freeman B: Patientenschulungen mit an Neurodermitis erkrankten Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung 1994; 3: 24-30

Schmelz M, Schmidt R, Bickel A, Handwerker HO, Torebjörk HE: Specific C-receptors for itch in human skin. J Neurosci 1997; 17: 8003-8008

Schmelz M: Probleme, Erfolge und Perspektiven der Neurodermitisschulung bei Kindern und Jugendlichen. Pädiatrische Allergologie 2001; 4: 6-11

Schneewind KA & Hermann T: Erziehungsstilforschung. Bern: Huber 1980

Schubert HJ: Evaluation of effects of psychosocial interventions in the treatment of atopic eczema; in Schubert H-J: Psychosoziale Faktoren bei Hauterkrankungen. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht 1989; pp 158-215

Schumacher J, Eisemann M, Brähler E: Rückblick auf die Eltern: Der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). Diagnostica, 45, Heft 4, 194-204 Hogrefe-Verlag Göttingen 1999

Schwieder A: Analyse von empirischen Untersuchungen mit dem Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU) 1989; Universität Münster

Sheehan Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA: Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 1990; 123: 769-774

Shumaker SA & Brownell A: Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues* 1984; 40/4: 11-36

Sommer G: Kompetenzerwerb in der Schule als Primäre Prävention. In G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.) *Gemeindepsychologie*. München: Urban & Schwarzenberg 1977; 80-98

Sommer G, Fydrich T: Soziale Unterstützung. Überblick über diagnostische Verfahren und Entwicklung eines Fragebogens. *Berichte aus dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg* 1988; Nr. 92. Marburg: Philipps-Universität.

Sommer G, Fydrich F: Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, F-SOZU.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1989

Staab D, von Rueden U, Kehrt R, Erhart M, Wenninger K, Kamtsiuris P, Wahn U: Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatric Allergy Immunol* 2002; 13: 84-90

Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmidt-Ott G, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler U. Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 332, 933-938

Stangier U, Ehlers A, Gieler U: Fragebogen für Eltern von neurodermitiskranken Kindern (FEN), Hogrefe-Verlag Göttingen 1996

Stangier U, Ehlers A, Gieler U: Juckreiz-Kognitions-Fragebogen (JKF), Hogrefe-Verlag Göttingen 1996

Stangier U, Gieler U: Somatoforme Störungen in der Dermatologie. *Psychotherapie* 1997; 2: 91-101

Stapf KH, Hermann T, Stapf A & Stäcker KH: Psychologie des elterlichen Erziehungsstils. Bern: Huber 1972

Stapf KH: Methoden und Verfahrenstechniken im Bereich der Erziehungsstilforschung. In Schneewind KA & Hermann T, Erziehungsstilforschung. Bern: Huber 1980; 89-120

Tardy CH: Social support measurement. *American Journal of Community Psychology* 1985; 13: 187-202

Thibaut JW & Kelley: The social psychology of groups. New York: Willey 1959

Walker KN, MacBride A & Vachon LS: Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine* 1977; 11: 35-41

Warschburger P: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter. München: MMV-Quintessenz 1996

Werfel T & Kapp A: What do we know about the aetiopathology of the intrinsic type of atopic dermatitis? In B. Wüthrich (Ed.), *The atopy syndrome in the third millenium*. Karger 1999

Wortman CB & Dunkel-Schetter C: Conceptual methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* 1987; 5: 63-108

Wüthrich, B: Serum IgE in atopic dermatitis: relationship to severity of cutaneous involvement and course of disease as well as coexistence of atopic respiratory diseases. *Clinical Allergy* 1980; 8: 241-248

DANKSAGUNG

Für die Überlassung des Themas, die immer zuverlässige Betreuung und die große Geduld danke ich Herrn Prof. Dr. U. Gieler.

Die statistische Auswertung wurde mit der dankenswerten Unterstützung von Herrn Prof. Dr. Dipl. Psych. J. Kupfer vorgenommen. Auch ihm ein herzliches Dankeschön.

Ein weiterer Dank für stets motivierenden Worte gilt Bernd Schöneck, Anne Hennighausen und Sascha Hennighausen.

ERKLÄRUNG

“Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der “Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis” niedergelegt sind, eingehalten.”

edition scientifique

VVB LAUFERSWEILER VERLAG

VVB LAUFERSWEILER VERLAG
STAUFENBERGRING 15
D-35396 GIESSEN

Tel: 0641-5599888 Fax: -5599890
redaktion@doktorverlag.de
www.doktorverlag.de

ISBN: 978-3-8359-5714-5



9 78 3 8359 5714 5