

Aus der

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie

der Medizinischen und Poliklinik

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Kommisarischer Direktor: Prof. Dr. F.-W. Deneke

Spezifische Probleme der Bewältigung von chronischen Hauterkrankungen und Evaluation
verschiedener Therapieverfahren unter Berücksichtigung der Lebensqualität in einem
deutsch-französischen Vergleich

Dissertation

**Zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
dem Fachbereich der Medizin der Universität Hamburg**

vorgelegt von

Meika Riedinger

aus Karlsruhe

Hamburg, 2002

Angekommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 2.Dezember 2003

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. Rolf A.K. Stahl

Referent: Prof. Dr. R. Richter

Korreferent: Prof. Dr. P. Götze

1. EINLEITUNG	5
1.1. Ziel der Arbeit	7
2. THEORETISCHER HINTERGRUND UND STAND DER FORSCHUNG	9
2.1. Neurodermitis	9
2.1.1 Definition, Symptomatik und Verlauf	9
2.1.2. Ätiologie und Epidemiologie	12
2.1.3. Pathogenese	15
2.1.4. Therapie	20
2.1.5. Psychodermatologische Betrachtungsweise	23
2.1.5.1. Coping: Strategien der Krankheitsbewältigung	25
2.2. Psoriasis vulgaris	31
2.2.1. Definition, Symptomatik und Verlauf	31
2.2.2. Ätiologie und Epidemiologie	34
2.2.3. Pathogenese	37
2.2.4. Therapie	38
2.2.5. Psychodermatologische Betrachtungsweise	42
2.3. Psychoanalytische Theorien zur Persönlichkeitsentwicklung	45
2.3.1. Freud: Konversionstheorie	45
2.3.2. Alexander: psychophysischer Parallelismus	46
2.3.3. Schur: Konzeption der Resomatisierung	47
2.3.4. Spitz: Gestörte Mutter-Kind-Beziehung	49
2.3.5. Marty: die allergische Objektbeziehung	49
2.3.6. De Boor: Konflikte der prägenitalen Phase der Trieb- und Ich-Organisation	53
2.3.7. Von Mitscherlich: die psychosomatische Symptomatik auf dem Boden einer psychoneurotischen Struktur	54
2.3.8. Winnicott: Die Bedeutung der Kinderpflege	55
2.3.9. Anzieu: das Haut-Ich	57
2.3.10. Biven: Kratzen als archaischer Ausdruck der Wendung von Aggressionen gegen den eigenen Körper	62
2.3.11. Montagu: die Seele der Haut	62
2.3.12. Detig-Kohler: die Nähe-Distanz-Problematik	66
2.3.13. Rechenberger: die tiefenpsychologisch ausgerichtete Therapie von Hautkrankheiten	68
2.4. Psychosoziale Folgeerscheinungen	69
2.5. alternative Therapieangebote	75
2.5.1. psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	75
2.5.2. Ganzheitlich-integratives Therapiekonzept	76
2.5.3. Verhaltenstherapeutischer Ansatz	82
2.5.4. Autogenes Training und Imaginationsverfahren	84
2.5.5. Biofeedbacktraining	85
2.5.6. Hypnose	85
2.5.7. Klimatherapie	85
3. MATERIAL UND METHODEN	87
3.1. Meßinstrument	87
3.2. Fragebogenkonstruktion	89
3.3. Studiendesign	89
3.4. Stichprobe	90
3.5. Faktorenanalyse	91
3.6. Hauptkomponentenanalyse der französischen Fragebogenversion	95
3.7. Itemanalyse	98
3.8. Kreuzvalidierung	101
3.9. Skaleneigenschaften	103
3.10. Itemeigenschaften	104

4. AUSWERTUNG	105
4.1. Interkultureller Vergleich von Deutschen und Franzosen	105
4.1.1. G-Faktor	105
4.1.2. Unterschiede der Länder und Krankheitsbilder in Bezug auf die Skalen	105
4.1.3. Zusammenhang von Schweregrad und Skalen	115
4.2. Intrakultureller Vergleich der französischen Stichprobe	116
4.2.1. Attributionsmuster/ Krankheitskonzept und Befindlichkeit	116
4.2.2. Psychotherapieerfahrung	118
5. DISKUSSION	118
5.1. Schweregrad und Skalen	119
5.2. Attributionsmuster/ Krankheitskonzept und Befindlichkeit	122
5.3. Psychosoziale Parameter	124
5.4. Psychotherapieerfahrung	125
5.5. Regionale und saisonale Gruppenunterschiede	130
5.6. Schichtzugehörigkeit, Übersetzungsbias	130
6. ZUSAMMENFASSUNG	133
LITERATURVERZEICHNIS	134
ANHANG 1	148
ANHANG 2	152
DANKSAGUNG	154

1. Einleitung

Das Thema dieser Dissertation sind die spezifischen Probleme, die bei der Bewältigung von chronischen Hauterkrankung auftreten und ihre Darstellung in einem individuellen aber auch kulturellen Zusammenhang. Dies geschieht anhand eines deutsch-französischen Vergleiches verschiedener durch die Krankheit betroffener Lebensbereiche bei der Neurodermitis und der Psoriasis. Die Arbeit ist unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Rainer Richter am Universitätsklinikum Eppendorf aus der Motivation heraus entstanden, verschiedene Therapiekonzepte und -schwerpunkte dieser Erkrankungen aufzuzeigen und zu beschreiben, welche Auswirkungen Unterschiede auf den Prozeß der Krankheitsverarbeitung und damit auf die Lebensqualität Betroffener haben.

Die Bedeutung dieser Fragestellung ergibt sich u.a. aus einem steigende Kostendruck im Gesundheitswesen, der die Optimierung der angebotenen therapeutischen Maßnahmen unter versorgungsepidemiologischen und ökonomischen Gesichtspunkten gebietet (*Lange et al., 1999*). Es besteht die gesundheitspolitische Tendenz chronische Hauterkrankungen, mangels lebensbedrohlicher Akuität, in ihrer Schwere für den Patienten unterzubewerten (*Illiev et al., 1998*).

Ein weiterer Aspekt ist Entwicklung unserer Gesellschaftsform in eine multikulturelle Richtung: Ärzte sehen sich immer mehr mit einem Krankheitserleben ihrer Patienten konfrontiert, welches, je nach Herkunftsland, durch unterschiedliche Auffassungen von Ursache und Verlauf der Krankheit, unterschiedlichen Therapieansätzen, Bewertungsmustern und Behandlungserwartungen geprägt ist. Diese unterschiedlichen Auffassungen und Ansätze müssen in der Frage einer optimalen Therapieplanung berücksichtigt werden.

Interkulturelle Unterschiede in der Gewichtung der die Krankheit beeinflussenden Faktoren, der durch die Hauterkrankung beeinflussten Lebensbereiche und der Lebensqualität waren Motivation, den Marburger-Haut-Fragebogen (MHF, *Stangier et al., 1996*) als Untersuchungsinstrument zu wählen. Dieser erfaßt verschiedene von der Krankheit und ihrem Verlauf betroffene Lebensbereiche und ist so geeignet, die Auswirkung der Erkrankung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und den Umgang mit dieser Problematik (Coping) aufzuweisen und Unterschiede zwischen der französischen und der deutschen Stichprobe aufzuzeigen.

Für diesen Versuch war es notwendig, die Anwendbarkeit des MHF für die französische Stichprobe zu belegen.

In zahlreichen Publikationen (*Augustin et al., 1999; Lange et al., 1999; Illiev et al., 1998; Stangier et al., 1998, 1996, 1996a, 1987; Niemeier et al., 1996; Ehlers et al., 1995, 1993; Gielier et al., 1993, 1990, 1988, 1986.*) konnte gezeigt werden, daß chronische Hauterkrankungen

insbesondere durch die Sichtbarkeit der Symptome und des beeinträchtigenden Juckreizes mit spezifischen Anforderungen an die Bewältigungsressourcen der Betroffenen einhergehen. Da Deutschland eine Vorreiterrolle auf dem Gebiet der Neurodermitisschulung innehat (*Gieler, 1999*) könnte der Fragebogen Grundlage der (interkulturellen) Erfassung besonders betroffener und belastender Lebensbereiche werden und zugleich Hilfestellung in der Schwerpunktsetzung für Therapie und Schulung bieten.

Obwohl Frankreich einerseits in der Auseinandersetzung um die Verbindung von Haut und Psyche eine führende Position besetzt (*Anzieu, 1991; De M'Uzan, 1963; Marty, 1958*), erfolgt diese auf rein psychologischer bzw. psychoanalytischer Ebene. Auf somatischer Ebene werden dermatologische Erkrankungen ausschließlich von ihrer immunologischen, biochemischen und physiologischen Seite betrachtet (*Lefèvre, 2000; Lorette, 2000; Bourrat, 1992*). *Anzieu (1991)* unternimmt, durch seine Darstellung der neun psychischen Funktionen des Haut-Ichs, denen er direkt organische Funktionen der Haut gegenüberstellt, einen Versuch, durch eine klinische Beobachtung der Hautsymptome die psychopathologische Diagnostik zu erleichtern. Doch bis heute hat in Frankreich die Psychosomatik noch keinen festen Platz in der Diagnostik und Therapie dermatologischer Erkrankungen gefunden (*Lefèvre, 2000; Lorette, 2000*), so daß die Synthese der Erkenntnisse aus den Bereichen der Psychologie bzw. Psychoanalyse und der somatischen Medizin im Gegensatz zu Deutschland (*Faratsch et al., 2000; Lange et al., 1999; Schaller et al., 1998; Simmich et al., 1998; Hoegl et al., 1998; Gieler & Stangier, 1996; Traeckner et al., 1996; Ehlers et al., 1995*) bisher noch nicht erfolgt ist. Oftmals beschränkt sich die Therapie auf eine ausschließlich externe Behandlung, psychische Aspekte werden nicht beachtet (*Teillac-Hamel et al., 1995; de Prost, 1994; Lorette, 1991; Guilhou, 1990, 1987*). Wie wichtig jedoch die Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte für die Therapie von Hauterkrankungen ist, ist unbestritten (*Fartasch et al., 2000; Lange et al., 1999; Windemuth et al., 1999; Hoegl et al., 1998; Schaller et al., 1998, 1995; Ehlers et al., 1995*) und soll anhand dieses interkulturellen Vergleiches, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Therapiekonzepte und –angebote in den betrachteten Ländern, verdeutlicht werden.

Neben den somatischen Aspekten der Neurodermitis- und Psoriasis-erkrankung werden psychosomatische Modelle der Pathogenese vorgestellt, dazu gehören auch immunologische Reaktionsmechanismen des Körpers auf Stressfaktoren. Denn wann „Streß“ als solcher empfunden wird, ist individuell und situativ unterschiedlich. Die Zahl der atopischen Erkrankungen ist jedoch in der Bevölkerung ansteigend, was die zunehmende Bedeutung des Verständnisses dieser Pathomechanismen nahelegt.

Des Weiteren werden psychoanalytische Theorien zur Persönlichkeitsentwicklung dargestellt, die einen tieferen Einblick in die Zusammenhänge zwischen Psyche und Soma und die Beziehungsdynamik der Erkrankten ermöglichen.

Dies alles soll die multifaktorielle Genese und Unterhaltung der chronischen Hauterkrankungen verdeutlichen, belastende und protektive Faktoren aufspüren und so das breite Spektrum der möglichen Therapieansätze vor Augen führen. Durch Aufzeigen von Zusammenhängen soll die Bedeutung eines ganzheitlichen, integrativen Behandlungskonzepts verdeutlicht werden, welches den Betroffenen das Coping mit ihrer Erkrankung erleichtern und die Lebensqualität steigern soll.

1.1. Ziel der Arbeit

Die Evaluation verschiedener psychologischer Therapieverfahren sowie Behandlungsverläufe gründete sich bisher vorwiegend auf die Erfassung somatischer Kriterien (*Zachariae et al., 1996; Kaschel et al., 1989; Norén & Melin, 1989*). Eine Beurteilung des Krankheitsverlaufs durch überwiegend somatische Meßgrößen wird der Komplexität der Auseinandersetzung mit der Hauterkrankung jedoch kaum gerecht (*Hoegl et al., 1998; Illiev et al., 1998; Niebel, 1990*). Neben somatischen Aspekten, wie beispielsweise die Größe einer Hautläsion, erscheint die Erfassung subjektiver Kriterien, wie körperliche, soziale und psychische Befindlichkeit, zusammengefaßt als gesundheitsbezogene Lebensqualität (*Illiev et al., 1998*), zur Evaluation von Therapieverfahren notwendig und sinnvoll, da der Leidensdruck der Patienten zu einem beträchtlichen Teil auch von diesen Größen abhängig ist. So gilt es, Möglichkeiten aufzuzeigen die Lebensqualität beeinflussende Belastungen und Einschränkungen der Patienten zu identifizieren, um deren Einfluß auf den Krankheitsverlauf zu minimieren und dem Patienten individuelle Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Angesichts der vielfältigen Faktoren, welche Entstehung und Verlauf der Neurodermitis und der Psoriasis beeinflussen, versprechen integrative Therapiekonzepte in der Behandlung dieser chronischen Hauterkrankungen den größten Erfolg, zumal außerdem gezeigt werden konnte, daß die sich in stationärer Behandlung befindlichen Hautkranken oft nicht nur somatisch, sondern psychosomatisch krank sind (*Schaller et al., 1998, 1995; Niemeier et al., 1996*).

In verschiedenen Studien mit Patienten, die an Neurodermitis oder Psoriasis leiden, konnte die Überlegenheit kombinierter dermatologischer und psychosozialer Interventionen auf die Verbesserung des Hautzustandes (*Ehlers et al., 1995, Zachariae et al., 1996*), der Kratzhäufigkeit (*Norén & Melin, 1989; Melin et al., 1986*) und psychosozialer Parameter (*Ehlers et al., 1995*)

belegt werden. Die integrativen Therapiekonzepte tragen zu einer adäquaten Krankheitsverarbeitung bei, indem iatrogene Fixierungen vermieden, die Compliance verbessert und insgesamt eine patientenzentrierte Medizin möglich werden (*Schaller et al., 1998; Hoegl et al., 1998; Traenckner et al., 1996; Schaller et al., 1995; Löwenberg & Peters, 1992; Niebel, 1990; Kaschel et al., 1989*).

Der Einfluß bestehender Kontrollüberzeugungen auf eine adäquate Krankheitsbewältigung, im Sinne negativer Auswirkungen mangelnder Kontrollüberzeugungen auf den Krankheitsverlauf, ist bekannt (*Illiev et al., 1998; Filipp & Aymann, 1996; Stangier et al., 1996a,1993; King & Wilson, 1991; Levy et al., 1990; Wiedenfield et al., 1990; Lohaus & Schmidt, 1989; Richter & Ahrens, 1988; Wallston et al., 1976*).

Maxime des therapeutischen Handelns sollte das Erreichen des bestmöglichen objektiven und subjektiven Ergebnisses in der Kooperation zwischen Therapeut und Patient sein, wobei sich die Effizienz einer Therapie in einer Steigerung der Lebensqualität widerspiegelt.

Erst in den letzten Jahren wurden jedoch die notwendigen Forschungsarbeiten durchgeführt, um das Merkmal „Lebensqualität“ auch zuverlässig meßbar zu machen. Es gibt verschiedene standardisierte Meßinstrumente, die in der Lage sind, Lebensqualität valide und reliabel zu erfassen (*Bullinger, 1997*). In der Dermatologie gibt es jedoch viele Problemstellungen, für die die Raster der allgemeinen Fragebögen zur Lebensqualität zu grob sind und die nur mit zusätzlichen oder für dermatologische Fragestellungen spezifischen Instrumenten erfaßt werden können (*Augustin et al., 1998; Finlay, 1997; Stangier et al., 1996; Finlay & Kahn, 1994*). Zu berücksichtigende Ziel- und Meßgrößen sind dabei (*Lange et al., 1999*):

- die Verbesserung des Hautzustandes
- die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit und
- die Stärkung internaler Kontrollattributionen.

All diese Bereiche werden mit dem Marburger Haut-Fragebogen erfaßt. Seine Intention ist es, Einschränkungen eines chronisch Hautkranken in verschiedenen Lebensbereichen objektiv zu charakterisieren und Einflüsse von Veränderungen auf die Lebensqualität und die Krankheitsbewältigung bewerten zu können.

Ziel der folgenden Studie ist es, Unterschiede, die zwischen der französischen und der deutschen Stichprobe bestehen, zu untersuchen, mögliche Ursachen der bestehenden Unterschiede zu finden und gegebenenfalls optimierte Therapiekonzepte aufzustellen.

2. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

2.1. Neurodermitis

2.1.1 Definition, Symptomatik und Verlauf

Synonyme: Neurodermitis = endogenes Ekzem = Dermatitis atopica = Neurodermitis constitutionalis = Milchschorf

Definition: chronisch-rezidivierende oder chronische, entzündliche, anlagebedingte, juckende Ekzemform mit ekzematoiden, lichenifizierten, papulösen und/oder pruriginösen Effloreszenzen.

Die Neurodermitis zählt ebenso wie die allergische Rhinitis, die allergische Konjunktivitis, die allergische Pollinose und das allergische Bronchialasthma zum Formenkreis der atopischen Erkrankungen. Dies sind Erkrankungen, die sich durch die genetische Prädisposition des Betroffenen auszeichnen, auf innerliches oder äußerliches Einwirken verschiedener Substanzen (Allergene) mit einer gegenüber der Norm erhöhten Bildung von Immunglobulinen der Klasse E (IgE) zu reagieren. Der bereits sensibilisierte Organismus beantwortet einen erneuten Kontakt mit dem entsprechenden Antigen in einer übersteigerten Antigen-Antikörper-Reaktion, d.h. mit einer überschießenden Freisetzung von krankheitsinduzierenden und immunregulatorisch wirksamen Entzündungsmediatoren (*Braun-Falco et al., 1995*). Im Gegensatz zu den anderen atopischen Erkrankungen ist die Neurodermitis jedoch keine reine IgE-vermittelte allergische Reaktion (allergische Reaktion vom Soforttyp, Typ I nach Coombs und Gell), sondern sie wird durch das Zusammenwirken von mehreren immunologischen und nicht immunologischen, teils unbekanntem Faktoren beeinflusst. Diese Realisationsfaktoren sind teils exogener, teils individueller Natur. Dabei spielen zum einen Allergene, zum anderen Streß, Infekte, emotionale Belastungen und andere psychovegetative Faktoren eine wichtige Rolle. *Jacobs et al.* interpretieren die 1966 in ihrer Studie dargelegten Daten im Sinne eines multikausalen Krankheitsmodells folgendermaßen: sowohl psychologische als auch biologische Faktoren sind in einer allergischen Population nachweisbar, die Summe der jeweiligen Ausprägungen bestimmt den Schweregrad der Krankheit.

Jede Erkrankung des atopischen Formenkreises kann alleine oder in Kombination mit den anderen Erkrankungen auftreten, ebenso wie sie gleichzeitig auftreten oder sich nacheinander entwickeln können.

Meist tritt die Erkrankung erstmalig bereits im Säuglingsalter auf, jedoch nicht vor dem dritten Lebensmonat, und erreicht weitere Manifestationshöhepunkte in der frühen Kindheit und zum

Zeitpunkt der Pubertät. Es werden unterschiedliche Erscheinungsformen der Neurodermitis für einzelne Lebensabschnitte beschrieben: die frühexudative Form der Neurodermitis, die sich meist bis zum fünften Lebensjahr manifestiert und besonders im Gesicht und am behaarten Kopf zu Effloreszenzen führt, wird von einer spätexudativen unterschieden, die bis zum 50. Lebensjahr auftreten kann und hauptsächlich an Stamm und Extremitäten, hier wiederum besonders in den Gelenkbeugen, lokalisiert ist.

Im Säuglingsalter kommt es zu nässenden, scharf umgrenzten Effloreszenzen mit Krustenbildung meist an den Wangen und am behaarten Kopf (Milchschorf). Die Neigung zur bakteriellen Sekundärinfektion (Impetiginisation) ist groß.

In der Kindheit treten vornehmlich großflächige, entzündliche, kaum umgrenzte Hautschwellungen besonders in den Gelenkbeugen auf, aber auch andere Regionen, wie z.B. Nacken, Gesicht, Füße und Hände, können betroffen sein. Es besteht deutlich Seborrhoe und eine initiale Lichenifikation ist in vielen Fällen bereits zu erkennen. Die Erscheinungen können primär auftreten oder sich aus der exsudativ-ekzematoïden Krankheitsphase der Säuglingszeit entwickeln.

In der Jugend und im Erwachsenenalter sind die Hauterscheinungen stets symmetrisch. Trockene, schuppige Hautveränderungen mit graugelblichem Kolorit im Gesicht, am Nacken, Hals und Oberkörper stehen im Vordergrund. Am Rumpf neigen die flächenhaften, entzündlich-infiltrierten Herde zur Konfluierung und Hyperpigmentierung, in den Gelenkbeugen finden sich bevorzugt entzündliche Lichenifikationen (*Die Ausführungen sind modifiziert nach Fritsch, 1998; Jung et al., 1998; Braun-Falco et al., 1995 wiedergegeben*). Bei allen Formen der Neurodermitis ist der starke Juckreiz das führende Symptom (*Engst, 1992; Rajka, 1980, 1975*). Die Empfindlichkeit der Haut führt zudem, im Sinne eines „circulus vitiosus“, zu einer weiteren Erniedrigung der Juckreizschwelle (*Rakoski, 1992*). Ferner treten Bläschen und zerkratzte, nässende, verkrustete Pusteln, Papeln und Erytheme auf. Spezifische Hautveränderungen sind Lichenifikation, negativer Dermographismus (*Nasemann, 1987*), Hertoghe-Zeichen, Dennie-Morgan-Falte, Seborrhoe, Xerosis und Ichthyosis. Charakteristisch ist auch eine paradoxe Schweißreaktion: die Erkrankten schwitzen bei körperlicher Anstrengung an den nicht betroffenen Arealen zu wenig und an den betroffenen Stellen zuviel. Der Schweiß löst häufig zusätzlichen Juckreiz aus (*Welzel-Ruhrmann & Liedtke, 1996*). Die Haut ist blaß, trocken und schuppig.

Die ekzematoïde, lichenoïde oder pruriginöse Formen können nebeneinander oder ausschließlich vorkommen oder ineinander übergehen.

Eine auffällige Persönlichkeitsstruktur der Patienten, im Sinne asthenischer Typen mit überdurchschnittlicher Intelligenz in Kombination mit Egoismus, Unsicherheit, Frustration, Aggres-

sion oder unterdrückten Angstzuständen wird beschrieben (*Übersicht: Whitlock 1980*), diese Ausführungen wurden aber in zahlreichen Studien widerlegt und als nicht spezifisch für Neurodermitis-Patienten angesehen (*Gieler et al., 1990; Ring, 1991; Richter & Ahrens, 1988; Übersicht: Münzel 1988; Hanifin 1986; Whitlock, 1980; Knapp et al. 1976; Alexander 1971; Recharadt, 1970; Kuypers, 1968*). Viel wahrscheinlicher ist es, daß diese Merkmale variabel sind und vom Alter und dem klinischen Zustand der Haut zum Zeitpunkt der Untersuchung abhängig sind (*Recharadt, 1970; Kuypers, 1968*). Von einer „allergischen“ Persönlichkeitsstruktur abzugrenzen sind spezifische intrapsychische Konflikte und Beziehungsmuster des Allergikers, die in verschiedenen Studien und psychoanalytischen Arbeiten beschrieben wurden (*s. auch Kapitel über die psychodermatologische Betrachtungsweise; Richter & Ahrens, 1988; Ring et al. 1986; de Boor 1965; Marty, 1958*). Auch hier kommen unterschiedliche Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen (*Langfeldt, 1995; Liedtke, 1987; Ring et al. 1986; Whitlock, 1980*), Studiendesign einerseits und Größe und Zusammensetzung der Stichproben andererseits können hierbei ausschlaggebend gewesen sein.

Die immer wieder auftauchende Frage, ob es sich hierbei um auslösende psychische Faktoren oder Folgeerscheinungen der Krankheit handelt, als Zeichen eines mehr oder weniger gelungenen Copings, ist unzureichend geklärt (*Buhk & Muthny, 1997; Richter & Ahrens, 1988; Ring et al., 1986; Whitlock, 1980*). *Recharadt (1970)* konnte zeigen, daß Persönlichkeitsauffälligkeiten, die im Rahmen eines akuten, behandlungsbedürftigen Krankheitsschubes gefunden wurden, 10 Jahre später, nach Stabilisierung des Hautzustandes und ohne Behandlungsbedürftigkeit, nicht mehr nachzuweisen waren.

Als Komplikationen der Erkrankung werden u.a. der neurodermitische Katarakt, Haarausfall, eine bakterielle Sekundärinfektion der aufgekratzten Pusteln und Krusten mit *Staphylococcus aureus* mit Eiter- und Furunkelbildung oder mit dem Herpesvirus (*Ekzema herpeticatum*) beschrieben. Psychische und soziale Folgeerscheinungen werden bei diesen Betrachtungsweisen vernachlässigt und sollen im Folgenden detailliert beschrieben werden. (*s. Kapitel über psychosoziale Folgeerscheinungen der chronischen Hauterkrankungen; Hünecke & Bosse, 1978, 1974*)

Um eine Atopie zu identifizieren sind Familien- und Eigenanamnese wichtige diagnostische Indikatoren (in 60-70% der Fälle ist die Familienanamnese positiv) (*Fritsch, 1998; Jung et al., 1998; Braun-Falco et al., 1995*). Weiterhin sollten, nach allergologischer Spezialanamnese, Intra- und Epikutantestungen mit den häufigsten Auslösern einer atopischen Hautreaktion durchgeführt werden, die im positiven Falle durch weitere Untersuchungen (z.B. RAST zur

quantitativen Bestimmung der spezifischen, im Blut befindlichen Antikörpern; PRIST zur Bestimmung des Gesamt-IgE im Serum) ergänzt werden müssen.

2.1.2. Ätiologie und Epidemiologie

Neurodermitis ist eine Erkrankung multifaktorieller Genese. Beteiligt an der Entstehung und Unterhaltung der Erkrankung sind Faktoren unterschiedlicher Dimensionen: Voraussetzung der Krankheitsmanifestation ist das Vorhandensein einer genetischen Disposition. Der Vererbungsmodus ist jedoch noch nicht vollständig geklärt, dominante, rezessive sowie polygene und multifaktorielle Erbgänge mit Schwellenwert werden diskutiert (*Fritsch, 1998; Jung et al., 1998; Braun-Falco et al., 1995; Hanifin, 1992*). Dabei wird nicht eine bestimmte atopische Erkrankung vererbt, sondern lediglich die Disposition zur atopischen Reaktion verschiedener Systeme. Weitere relevante Faktoren sind psychische, biochemische und immunologische Mechanismen (Infekte, Allergenexposition, Streß, emotionale Belastungen und andere psychische Faktoren), wobei sich diese verschiedenen Auslöser in unterschiedlichem und veränderlichem Maße gegenseitig beeinflussen und damit den Hintergrund für den Ausbruch und die Unterhaltung der Erkrankung bilden (*Gieler, 1989; Richter & Ahrens, 1988*). In *Abbildung 1* sind verschiedene mögliche Einflußfaktoren auf Eruption und Unterhaltung der Neurodermitis dargestellt.

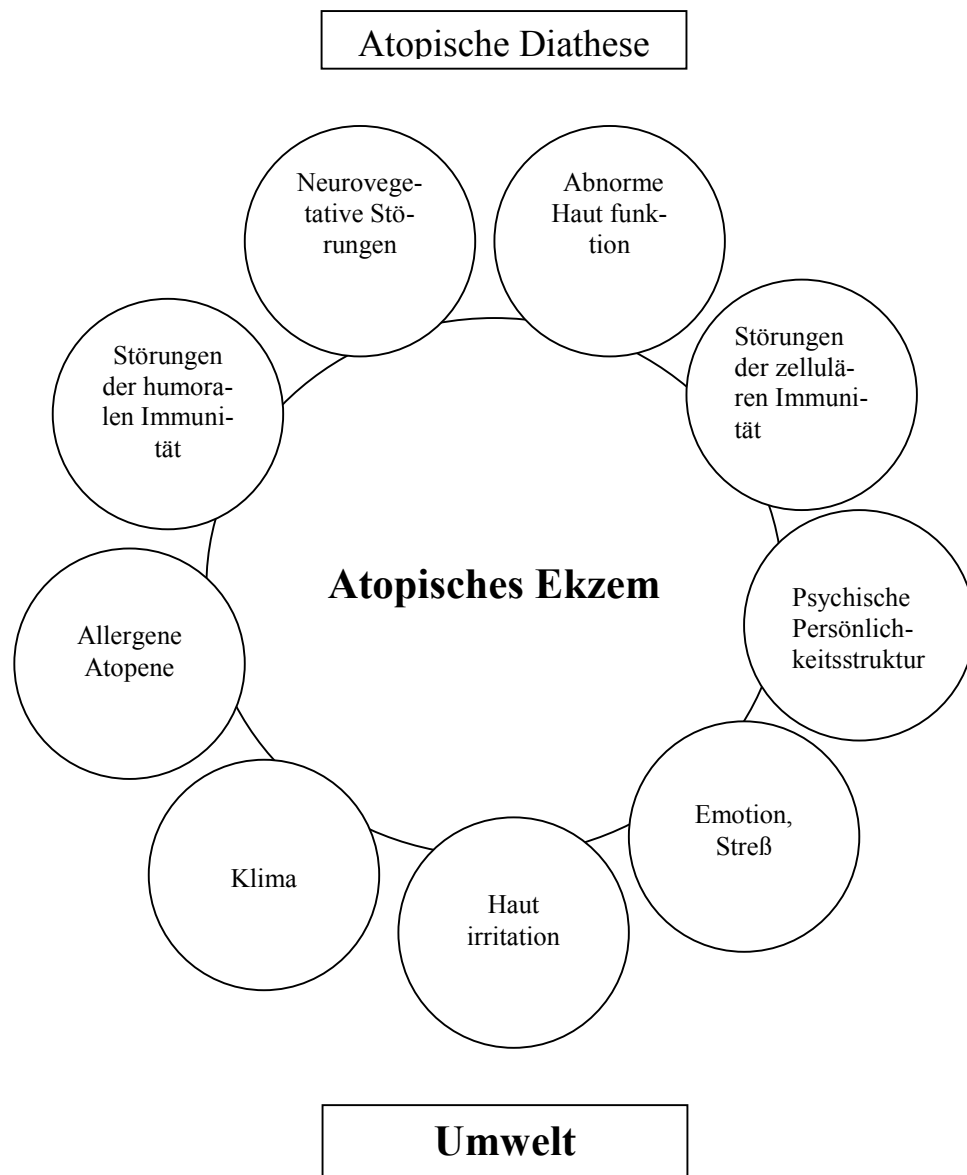


Abbildung 1: Einflußfaktoren auf Eruption und Unterhaltung des atopischen Ekzems
(modifiziert nach Braun-Falco et al., 1995)

Die Tatsache, daß es bis heute nicht gelungen ist, die immunologischen, neurovegetativen, psychologischen und hautphysiologischen Abweichungen des atopischen Ekzems auf einen gemeinsamen Basisdefekt zurückzuführen, verdeutlicht, wie schwer es ist, die unterschiedlichen Anteile der auslösenden Faktoren zu definieren. Dabei ist sicherlich zu bemerken, daß der Stellenwert der verschiedenen, beeinflussenden Faktoren individuell und situativ variiert. Allergische, biologische (immunologische) und emotionale Auslöser können sich in ihrer Wirkung ergänzen oder sogar potenzieren (Richter & Ahrens 1988; Jacobs et al., 1972, 1967, 1966; Wolf et al. 1950, 1956). Dazu Mirsky (1961): „Psychosomatisch heißt nicht psychogen; es besagt nur, daß für die Entwicklung einer Krankheit ein aus dem Erleben stammender Faktor eine

wesentliche, aber nicht allein ausschlaggebende Rolle spielen muß“. Der Krankheitsverlauf ist deshalb individuell sehr unterschiedlich, nicht selten besteht eine saisonale und klimatische Abhängigkeit im Sinne einer Verschlechterung des Hautzustandes in den Herbst- und Wintermonaten.

Angaben über die Häufigkeit atopischer Erkrankungen variieren sehr, der Anteil der Atopiker in der Bevölkerung wird auf etwa 5-20% (*Schäfer et al., 1996; Braun-Falco et al., 1995*) geschätzt, wobei sich die atopische Erkrankung zumeist als Neurodermitis oder Rhinitis allergica (jeweils ca. 50%) äußert, das allergische Bronchialasthma kommt lediglich zu einem wesentlich geringeren Prozentsatz vor. Die Prävalenz der Neurodermitis wird in der Literatur mit 3-20% angegeben (*Diepgen, 2000; Schulz-Larsen, 1996; de Prost, 1994; Aberg et al., 1989; Visscher et al., 1989; Schultz-Larsen et al., 1986*), wobei Differenzen auf unterschiedliche Auswahlkriterien der Untersuchungen zurückzuführen sind (*Illing & Groneuer, 1991*). Innerhalb der europäischen Population wird nicht unterschieden, so daß diese Zahlen sowohl für die deutsche als auch für die französische Population zutreffen. Bei 80% der Erkrankten heilt das Ekzem innerhalb des ersten Lebensjahrzehnts ab, bei den übrigen 20% entwickelt sich eine chronische oder chronisch-rezidivierende Verlaufsform (*Steigeleder, 1992*). Typische Erstmanifestations- aber auch Abheilungszeitpunkte sind das 2. und 5. Lebensjahr, die Pubertät, das 30. und 50. Lebensjahr (*Welzel-Ruhrmann & Liedtke, 1996*).

Die Geschlechterverteilung ist im Kindesalter ungefähr gleich (*Buser & Kaßner, 1995*), im Erwachsenenalter scheinen Frauen etwas häufiger betroffen zu sein (*Nasemann, 1987*).

60-70% der betroffenen Personen weist eine positive Familienanamnese auf, die Erkrankungswahrscheinlichkeit für die Kinder wird bei einem Elternteil mit Atopie auf 25-30% geschätzt, bei beiden belasteten Elternteilen wird sie mit 60-75% angegeben (*Fritsch, 1998; Jung et al., 1998; Braun-Falco et al., 1995*).

Insgesamt ist zu bemerken, daß die Inzidenz der atopischen Erkrankungen zunehmend ist (*Diepgen et al., 2000; Buser et al., 1998; Schultz-Larsen et al., 1996, 1986*), eine eindeutige wissenschaftliche Erklärung für diese Tatsache liegt jedoch zur Zeit noch nicht vor. Erklärungsmöglichkeiten wären ein steigender Einfluß von Umweltgiften, eine mit modernen Lebensbedingungen einhergehende höhere Allergenexposition, eine steigende Luftverschmutzung und eine mit gesteigerten sozialen Anforderungen gekoppelte psychische Belastung.

2.1.3. Pathogenese

Im Vordergrund stehen immunologische Unterschiede zwischen „atopischen“ und „nicht atopischen“ Menschen. Es konnte festgestellt werden, daß die Konzentration an IgE im Serum „atopischer“ Menschen in 80% der Fälle auch zu Zeiten ohne immunologische Reaktion erhöht ist. Patienten mit Atopie weisen offenbar eine endogene Hyperreaktivität auf und reagieren auf Allergenkontakt besonders leicht und besonders stark mit Antikörperbildung vom Typ IgE. Immunglobuline der Gruppe E sind jeweils spezifische, von den B-Lymphozyten produzierte, Antikörper. Am Ort der Antigen-Antikörper-Reaktion kommt es zu biochemischen und folglich klinischen Veränderungen: durch Bindung des niedermolekularen Antigens im Antigen-Antikörper-Komplex wird, über eine Brückenbildung benachbarter IgE-Moleküle, ein Signal zu komplexen Enzymaktivierungsvorgängen gegeben, die zur Freisetzung von Histamin und anderen Mediatoren aus Mastzellen und basophilen Granulozyten führen. Die freigesetzten Mediatoren verursachen die akuten entzündlich-exudativen Reaktionen. Die Expression dieser Überempfindlichkeitsreaktion wiederum ist variabel und wird durch Umwelt- und/oder psychische Faktoren getriggert.

Ein weiterer Reaktionsmechanismus ist die Bindung allergenspezifischer IgE-Antikörper an epidermale Langerhans-Zellen und die dortige zellvermittelte Auslösung einer immunologischen Reaktion vom Ekzemtyp (Typ IV nach Coombs und Gell) mit von außen (aerogene Allergene) oder innen (z.B. Nahrungsmittelallergene, über den Blutweg) an die Haut gelangten Antigenen. Dieses Konzept der Pathogenese der Neurodermitis bildet eine Brücke zwischen dem humoralen (IgE-vermittelten) und dem zellulären Schenkel der Immunantwort.

Auf zellulärer Ebene ist die Anzahl und die Aktivität der T-Suppressor-Lymphozyten bei Atopikern verringert, so daß die T-Suppressor-Zellen die IgE-vermittelte Immunantwort nicht begrenzen können und es zu einer überschießenden Reaktion kommt.

Die Erhöhung des IgE im Serum des atopischen Patienten ist jedoch weder konstant noch spezifisch; nicht geklärt ist, weshalb Patienten mit hohem IgE-Serumspiegel manchmal keine atopischen Symptome zeigen und es andererseits Atopiker ohne erhöhten IgE-Serumspiegel gibt.

Zudem scheint eine Störung der zellulären Immunität, neben einer erhöhten Vulnerabilität der betroffenen Hautareale, für die vermehrte und komplikationsreichere Anfälligkeit atopischer Patienten für virale, bakterielle und mykotische Hautinfektionen verantwortlich zu sein. Nachgewiesen wurde ein verändertes Ansprechen und eine unterschiedliche Stimulierbarkeit der T-Lymphozyten (hierbei sind verschiedene Untergruppen betroffen), Defekte an neutrophilen

Granulozyten und Monozyten und eine Vermehrung der Bluteosinophilen mit verstärktem Ansprechen auf Streß (*Braun-Falco et al., 1995*).

Ein weiterer Mechanismus, der auch als Bindeglied zwischen der immunologischen und der vegetativen Dysfunktion gesehen werden kann, ist im Zusammenhang mit der *Szentivanyi*-Theorie (*1968*) bekannt geworden: sowohl die Regulierung der Freisetzung der Mediatorsubstanzen als auch verschiedene vegetative Funktionen (Vasokonstriktion, Schweißdrüsenfunktion) ist cAMP-Spiegel abhängig: je höher der cAMP-Spiegel desto geringer ist die Tendenz zur Bildung von Entzündungsmediatoren, von Antikörpern und zur Vasokonstriktion. *Szentivanyi* postulierte eine endogene β -adrenerge Blockade mit konsekutivem Ungleichgewicht zwischen β - und α -adrenerger bzw. cholinergischer Stimulation. Hieraus resultiert ein verminderter histamininduzierter cAMP-Anstieg der Zellen. Dies hat eine Antikörper- und Entzündungsmediatorenüberproduktion zur Folge mit Erhöhung des Vasokonstriktionstonus und einer verminderten Schweißsekretion.

Das cAMP-System ist auch ein Ansatz, um das Wirksamwerden von Streß und anderen psychologischen Faktoren auf das Immunsystem und die Genese der allergischen Reaktion zu erklären: die Entzündungsmediatoren wirken über die Histamin-Rezeptoren der T-Lymphozyten, meist hemmend, auf die T-Zell-Regulation ein, wodurch es wiederum zu einer gesteigerten IgE-Produktion (*Circulus vitiosus*) kommen kann (*Ring, 1991*).

Zu erwähnen sind auch Störungen in der Bildung epidermaler Lipide (Ceramide) und/oder im Stoffwechsel der essentiellen Fettsäuren (δ -6-Desaturasemangel), die der trockenen und empfindlichen Haut möglicherweise zugrunde liegen und das Eindringen der Allergene bei einer verminderten Barrierefunktion der Haut erleichtern und so immunologische Konsequenzen haben können.

Es sei aber darauf hingewiesen, daß diese allergischen Reaktionsweisen des atopischen Organismus nicht allein das Wesen des atopischen Ekzems erklären und daß die Bedeutung der z.T. nicht-immunologischen Faktoren nicht zu vernachlässigen ist (s.o.).

Holmes et al. (1950, 1951) untersuchten in einem Experiment die Auswirkungen von psychischen Stressoren in Kombination mit Allergenexposition. Sie konnten zeigen, daß die Exposition von pollensensitiven und -insensitiven Patienten mit Gräserpollen nur dann zu einer heftigeren allergischen Reaktion führte, wenn die Exposition in einem konflikthaften und beängstigenden Setting durchgeführt wurde. Die Untersuchungen weisen zwar eine Reihe methodischer Unzulänglichkeiten auf, zeigen aber eindrücklich die psychische Beeinflussbarkeit der allergischen Reaktion und unterstreichen eine mögliche Wirkungsergänzung und/ oder Potenzierung allergischer und emotionaler Auslöser.

In einer Übersicht über die wichtigsten aktuellen, methodisch fundierten und empirisch gesicherten Arbeiten der psychophysiologischen, psychoneuroendokrinen und psychoneuroimmunologischen Forschung zur Neurodermitis stellten *Buhk & Muthny (1997)* funktionelle Zusammenhänge der psychosomatischen Genese der Erkrankung dar und kamen zu dem Schluß, daß abnorme Reaktionen der Haut von Neurodermitis-Patienten durch ein Zusammenwirken von Streßbedingungen und ungünstigen Kognitionen auf der einen und konstitutionellen physiologischen Störungen auf der anderen Seite verursacht sind. Am besten gesichert ist der Zusammenhang von Hautreaktion (Hautrötung, Quaddelbildung und Juckreiz) und der kognitiven Bewertung von Streßreizen. Psychoendokrinologische und psychoimmunologische Indikatoren weisen einen korrelativen Zusammenhang mit der Hautreaktion auf (*Buhk & Muthny, 1997*).

Fjellner & Arnetz (1985) und *Fjellner et al. (1985)* konnten zeigen, daß Juckreiz und Größe der Hautrötung nach Histamininjektion, unbeeinflusst vom subjektiv empfundenen Streß und den psychophysiologischen Werten vor der Streßreizexposition, korrelativ mit psychoendokrinen Werten und der kognitiven Bewertung der Versuchssituation zusammenhängen: „übel gelaunte“ Versuchspersonen empfanden einen stärkeren Juckreiz und diejenigen, die glaubten, die Versuchssituation beeinflussen zu können oder einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand besaßen, reagierten mit einer größeren Hautrötungsfläche. Der empfundene Juckreiz war bei den Neurodermitis-Patienten nach Streßinduktion größer als bei den anderen untersuchten Gruppen (gesunde Kontrollgruppe und Psoriasis-Patienten). Eine hohe Adrenalinausschüttung korrelierte in allen Gruppen negativ mit der Juckreizstärke. Aufgrund einer veränderten Funktionsweise des Hypophysen-Hypothalamus-Systems ist bei Atopikern die β -adrenerge Reaktivität vermindert, was demzufolge mit einem stärkeren Juckreiz einhergehen kann (*Szentivanji-Theorie, 1968*).

Hermanns & Scholz (1992) wiesen in ihrer Studie einen signifikant größeren Juckreiz und Quaddelbildung bei Histamininjektion nach einer dramatisierenden Instruktion versus relativierende Erklärung nach. Die hier zusätzlich untersuchte Krankheitsbewältigungsfähigkeit korrelierte negativ mit der Quaddelgröße.

Schwarzer und Scholz (1990) und *Schwarzer (1990)* unterteilten die Neurodermitis-Patienten anhand ihrer Selbstaufmerksamkeitswerte (hohe und geringe Selbstaufmerksamkeit) in zwei Gruppen: bei beiden fand sich ein Anstieg von Leukozyten und Granulozyten (eingesetzt als Aktivierungs- und Immunreaktionsparameter) während eines streßinduzierenden Interviews. In der Entspannungsphase kam es bei den Patienten mit einer hohen Selbstaufmerksamkeit zu einem Anstieg und bei der wenig selbstaufmerksamen Gruppe zu einem Abfall der Werte.

Dieses unterschiedliche Reaktionsmuster kann als Hinweis auf verschiedene Streß- und Krankheitsbewältigungsstile der Neurodermitis-Patienten gewertet werden. Dies erfordert eine weitere differenzierte und individuelle Betrachtung der physiologischen, immunologischen und endokrinologischen Auswirkungen des Krankheitsgeschehens.

Streß kann in Anlehnung an verschiedene Autoren (*Zacharowicz, 1986; Young et al., 1986; Udelmann, 1982; Teshima et al., 1982; Selye, 1936*) als „primär unspezifische, psychobiologische Reaktion auf eine Bedrohung für das individuelle, physiochemische oder psychische Wohlbefinden“ (*Ring, 1991, S.262*) definiert werden. Chronischer und akuter Streß werden voneinander unterschieden, wobei insbesondere nach chronischem Streß, der heute überwiegend im psychosozialen Bereich anzusiedeln ist, psychopathologische Reaktionen auftreten. Diese führen wiederum über unterschiedliche Mechanismen (vegetatives Nervensystem und β -adrenerge bzw. cholinerge Stimulation; neuroendokrine Organe: enterochromaffine Zellen im NNM und Ausschüttung von z.B. Adrenalin; hormonell über Kortisol und Aldosteron aus der NNR, STH als Hypophysenhormon oder Thyroxin aus der Schilddrüse) zu physiologischen bzw. pathophysiologischen Veränderungen (*Ring, 1991*). Der streßinduzierte Hyperkortisolismus kann durch eine Suppression der T-Helfer-Zellen über den oben dargestellten Mechanismus Einfluß auf die IgE-Produktion nehmen und so auf diesem Wege zu einer IgE-Erhöhung im Serum beitragen. Auch im Tierexperiment konnte gezeigt werden, daß Streß zu einer vorübergehenden Schwäche des Immunsystems führt (*Zacharowicz, 1986; Kiecolt-Glaser et al., 1984a; Udelmann, 1982; Whitlock, 1976; Black, 1969*) und es so in einer Phase gestörter lymphozytärer Regulationsmechanismen leichter zu einer überhöhten IgE-Bildung kommen kann. Über die Ausschüttung verschiedener Hormone und Gewebshormone nimmt die Streßsituation Einfluß auf die allergische Entzündungsreaktion. *Abbildung 2* verdeutlicht das Ineinandergreifen der pathogenetischen Mechanismen zur Auslösung einer stressinduzierten allergischen Reaktion.

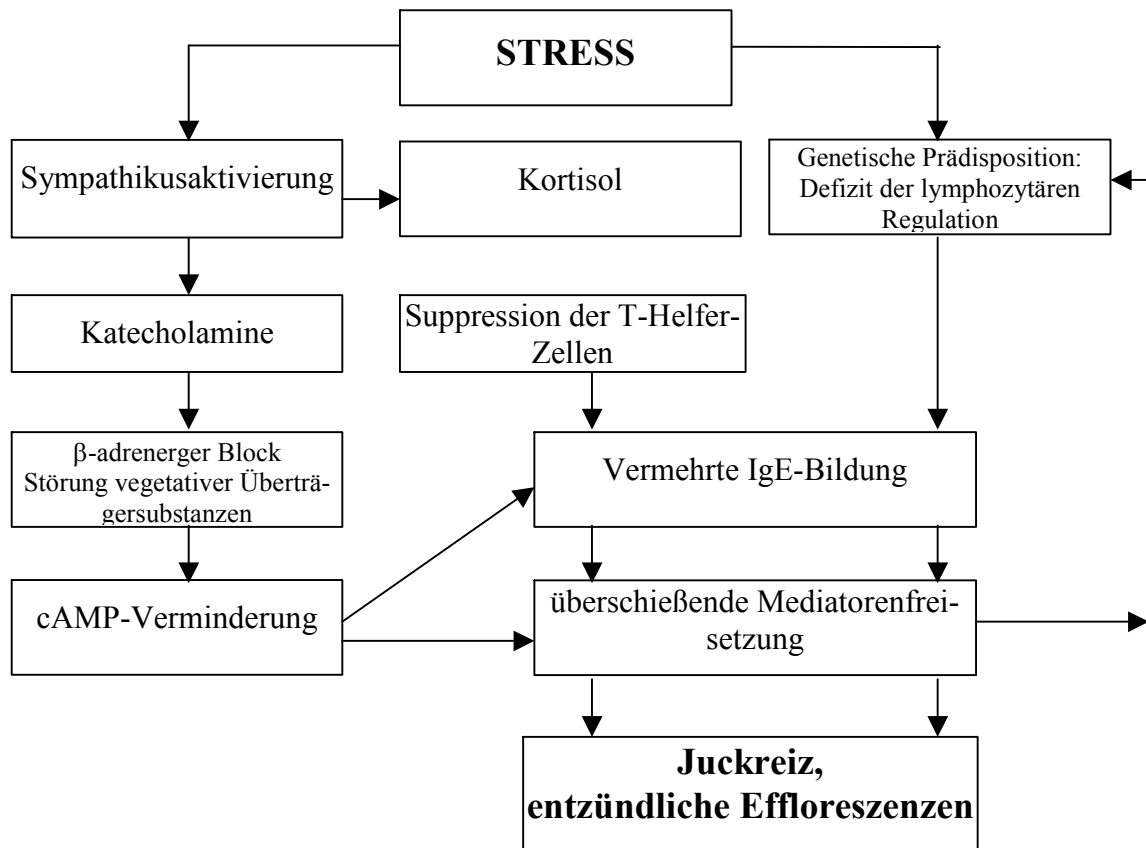


Abbildung 2: stressinduzierte Auslösung der allergischen Reaktion

Jordan und Whitlock bewiesen 1972 in einer experimentellen Studie, daß sich bei Patienten mit atopischem Ekzem eine Juckempfindung leichter klassisch konditionieren läßt als in der Kontrollgruppe. *Bödder & Bödder* beschrieben 1976 die Bedeutung des operanten Konditionierens für das Kratzverhalten der Patienten: die Art der Reaktionen von Bezugspersonen und die durch das Kratzen erreichte kurzfristige Spannungsreaktion waren hierbei beeinflussende Faktoren. Die von *Russel et al. (1984)* experimentell nachgewiesene Konditionierbarkeit der Histaminausschüttung unterstützt diese psychosomatische Hypothese. Konditionierte Stimuli können das Immunsystem erfassen und als Immunsuppression oder -stimulation in Erscheinung treten (*Bovbjerg et al., 1982*). Dieses ist Voraussetzung für die Chronifizierung der Erkrankung: der Circulus vitiosus von quälendem Juckreiz, Aufkratzen der Haut und verzögert eintretender Verstärkung des Juckreizes durch die sekundären Entzündungsreaktionen schaukelt sich auf und es kommt zu einer Ausweitung und Automatisierung des Kratzens mit einer Verschlechterung des Hautzustandes und mit dem Risiko von Sekundärinfektionen und Folgeerkrankungen.

2.1.4. Therapie

Aufgrund der noch weitgehend ungeklärten Ätiologie der Erkrankung sind die Therapieansätze überwiegend symptomorientiert und durch das klinisch-morphologische Bild bestimmt. Neben einer, soweit möglichen, Identifikation und weitestgehenden Vermeidung der auslösenden Ursachen steht die externe, lokale Behandlung der Hauterscheinungen im Vordergrund. Diese beinhaltet zum einen die Therapie der akuten Exazerbationen, zum anderen darf die kontinuierliche Hautpflege als Rezidivprophylaxe nicht vernachlässigt werden. Es gelten die Grundregeln der Dermato- und Ekzemtherapie.

Zur Pflege der trockenen, schuppigen Haut werden Cremes und Salben bevorzugt. Lange Zeit wurden Glukokortikosteroide auch zur Langzeittherapie der Neurodermitis eingesetzt, da diese zu einer sofortigen Besserung des Hautzustandes führten. Bei längerer topischer oder systemischer Anwendung von Glukokortikosteroiden ist jedoch mit schweren örtlichen (Pergamenthaut) und systemischen (adrenerge Suppression) Nebenwirkungen zu rechnen, bakterielle und/oder mykotische Sekundärinfektionen sind weitere Risiken einer ausgedehnten Glukokortikoidtherapie. Aus diesem Grunde sollten Glukokortikosteroide nunmehr lediglich zur kurzfristigen, entzündungshemmenden Anfangsbehandlung eingesetzt werden, um nach dem Abklingen der akuten Entzündungsreaktion auf andere Externa auszuweichen. Bei stärker infiltrierten und lichenifizierten Herden hat sich auch eine kurzzeitige Teer- oder Ichthyolbehandlung für 5-8 Tage bewährt (*modifiziert nach Braun-Falco et al., 1995*).

Eine systemische Therapie sollte nur bei extremer Symptomatik zum Einsatz kommen. Auch hier stehen Glukokortikoide bei ausgeprägten Erscheinungen oder akuten Exazerbationen zur Verfügung. Der Einsatz sollte jedoch eine Frist von 1-2 Wochen nicht überschreiten und das Präparat sollte anschließend langsam ausgeschlichen werden. Antihistaminika lindern den quälenden Juckreiz, sollten wegen ihrer sedativen Wirkung jedoch nur zur Nacht eingenommen werden, um die Reaktionsfähigkeit der Patienten nicht übermäßig zu beeinträchtigen.

Bei vordergründiger psychovegetativer Symptomatik kann in Einzelfällen eine Behandlung mit Neuroleptika oder Tranquilizern hilfreich sein (*Bosse, 1986*). Parasympatikolytisch wirkende Substanzen kommen ebenfalls in Betracht (*Braun-Falco et al., 1995*).

Sekundärinfektionen müssen nach Erregeridentifikation mit Antibiotika, Antimykotika oder Virostatika behandelt werden, um einer weiteren Ausbreitung auf andere betroffene Areale entgegenzuwirken.

Als weitere Therapiemöglichkeit hat sich die Badetherapie bewährt. Entzündungshemmende Zusätze in Kombination mit nachfettenden Öl-Zusätzen lindern oftmals die Hautaffektion. Ebenso kommen Teer-Ölbäder zum Einsatz.

Die Hautreinigung sollte ausschließlich mit nichtalkalischen Seifen durchgeführt werden und die Pflege der noch feuchten Haut mit fetthaltigen Salben muß nach jedem Bad und jeder Reinigung zum Ritual gehören. Harnstoffzusätze haben sich besonders bei schuppender, seborrhöischer Haut bewährt.

Bei schweren Verläufen kann als unterstützende Maßnahme eine Ganzkörper UVA-Bestrahlung ggf. auch in Kombination mit UVB oder als PUVA in Betracht kommen. In schwersten Fällen hat sich eine immunsuppressive Behandlung mit Cyclosporin A oder eine immunmodulatorische Therapie mit IFN- γ bewährt (*Fritsch, 1998*).

Klimakuren in Reizklimazonen (Hochgebirge, Meer) und Badekuren (Balneotherapie) sind oft sehr hilfreich und bringen die Hauterscheinungen zum Verschwinden. Dieses Phänomen ist nicht alleine durch die verminderte Konzentration der Inhalationsallergene oder durch die Badeanwendungen per se zu erklären, auch die Änderung der psychosozialen Situation während der Kuraufenthalte ist dabei sicherlich von Bedeutung (*Purcell et al. 1969; Ago et al., 1979; Gieler et al., 1988, 1990, 1991; Schubert, 1988; s. auch Kapitel über alternative Therapieangebote*).

Diätetische Maßnahmen sind nur angeraten, falls eine durch Intra- und Epikutantestung, RAST oder Eliminationsdiät nachgewiesene Überempfindlichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel (z.B. Zitrusfrüchte, Milch, Ei, Tyramin) besteht. Die entsprechenden Nahrungsmittel sind dann aus dem Speiseplan zu eliminieren. Eine grundsätzliche Indikationsstellung zur allergenfreien Kost besteht nicht, da es durch extreme diätetische Maßnahmen zu Mangelerscheinungen und zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommen kann (*Traencker & Ring, 1993; Ring, 1991; Borelli, 1988*). Wegen der angenommenen Stoffwechselstörung der essentiellen Fettsäuren scheint eine Substitution der Nahrung mit δ -Linolensäure sinnvoll (*Braun-Falco et al., 1995*).

Es gilt, diejenigen Umweltallergene zu identifizieren, die im Einzelfall die atopische Krankheitsmanifestation auslösen und unterhalten, um diese, soweit möglich, zu eliminieren und gegebenenfalls eine Hyposensibilisierungsbehandlung einzuleiten.

Aufgrund der Chronizität der Erkrankung sind alle therapeutischen Bemühungen jedoch nur erfolgreich, wenn es gelingt, durch intensive pflegerische Maßnahmen sowie durch Ausschaltung bzw. Vermeidung der aggravierenden Faktoren (hierbei sollte das Konzept der multifakto-

riellen Genese berücksichtigt werden) den Zustand der Haut insoweit zu stabilisieren, daß Häufigkeit und Schwere akuter Schübe möglichst gering gehalten wird. Durch regelmäßige Nachbehandlung und kontinuierliche Hautpflege können Rezidive vermieden und Glukokortikoide eingespart werden.

Neben all diesen Therapieansätzen gewinnen auch psychologische Konzepte wie Gesprächstherapien und verhaltenstherapeutische Verfahren als unterstützende Maßnahmen an Bedeutung. Außerdem werden Autogenes Training und Hypnose angeboten. Ein Ziel dieser Angebote ist es, das konditionierte Kratzverhalten zu unterbrechen (*Schubert, 1988; Melin et al., 1986*) und damit sekundär den dermatologischen Hautzustand zu verbessern (*Niebel, 1990*). *Faulstich und Williamson* kommen in ihrer Arbeit (1985) zu dem Schluß, daß Relaxation und Problemlösestrategien, verbunden mit verhaltenstherapeutischen Interventionen, als Ergänzung zur medikamentösen Behandlung, durchaus wirksam sein können. Durch Beeinflussung des krankheitsfördernden Kratz-Verhaltens wird neben der Verbesserung der subjektiven Beeinträchtigung eine objektive Verbesserung des Hautzustandes erreicht (*Richter & Ahrens, 1988*).

Andere Angebote sind rein psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch orientierte Therapien, in denen es gilt, psychische Konflikte, die als auslösende und aufrechterhaltende Faktoren angenommen werden, zu bearbeiten. Als exemplarisch gilt die Beschreibung einer von *Thomä (1980)* durchgeführten psychoanalytischen Langzeitbehandlung eines Neurodermitikers. *Ago et al. (1979)* interpretieren die Ergebnisse ihrer Studie dahingehend, daß eine psychotherapeutische Behandlung primär die psychosozialen Bedingungen und damit sekundär die allergische Symptomatik verändert. Die allergische Disposition hingegen bleibt bestehen.

Bei der Auswahl eines angemessenen Therapieverfahrens muß das Krankheitskonzept (soma- togen versus psychogen) und der Copingstil des Patienten berücksichtigt werden (*Gieler et al., 1988*). Hierbei ist zu bedenken, daß das Krankheitskonzept und die Behandlungserwartungen des Patienten auch als Ausdruck der sozial dominierenden Krankheitskonzepte und Behandlungsangebote zu sehen sind und nicht ausschließlich die Bedürfnisse der Patienten widerspiegeln (*Halder, 1977*). *Gieler et al. (1990)* unterscheiden bei den dermatologischen Patienten zwischen solchen mit unauffälliger Persönlichkeitsstruktur und einer Untergruppe (ca. 20% der Patienten) mit auffälliger Persönlichkeitsstruktur. Bei dieser Untergruppe besteht nach eigener oder Fremdeinschätzung die Indikation zu einer psychotherapeutischen Mitbehandlung. *Bosse (1990)* betont, daß... „die Bedeutung dermatologischer, allergologischer, immunologischer und psychosomatischer Anteile für den Verlauf des endogenen Ekzems im Einzelfall sehr unterschiedlich [ist] und deshalb individuell in die Therapieform eingehen [muß]“ (S.1039; s. auch *Gieler et al., 1993; Ring, 1991; Schneider, 1990; Brown & Bettley, 1971*).

2.1.5. Psychodermatologische Betrachtungsweise

In Ergänzung zur somatischen Betrachtungsweise von Erkrankungen berücksichtigt die psychosomatische Sichtweise auch die relative, mehr oder minder ausgeprägte, Bedeutung psychischer Faktoren bei Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Krankheiten. Sowohl somatische als auch psychische Faktoren können dabei konstitutionell, im Sinne einer Disposition, (mit-)verantwortlich für das Auftreten einer bestimmten Erkrankung sein, sie können aber auch als traumatische Ereignisse, bei vorhandener Disposition, einen Krankheitsschub auslösen (*Ehlers et al., 1994; Schubert, 1989; Richter & Ahrens, 1988*).

In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, daß psychologische Faktoren, neben allergischen und infektiösen, als wichtige Gruppe von Auslösern dermatologischer Erkrankungen betrachtet werden. Dabei wirken diese Auslöser nicht wechselseitig alternativ, sondern - gegebenenfalls auch im Sinne einer Potenzierung - wechselseitig ergänzend (*Richter & Ahrens, 1988*). Die Psychodermatologie setzt sich damit aus vielen Fachgebieten zusammen und ihre Bedeutung liegt in der interdisziplinären Kooperation (*Schubert & Bahmer, 1989; Petzold, 1988; Bosse & Gieler, 1987; Musaph, 1976*).

Obwohl die Bedeutung psychischer Faktoren für die Genese und Unterhaltung spezieller dermatologischer Erkrankungen mittlerweile auch in primär somatisch ausgerichteten Institutionen anerkannt ist, haben psychologisch orientierte Therapiekonzepte bisher wenig Raum in der Medizin gefunden und sich gegenüber den organmedizinisch orientierten Behandlungskonzepten und -angeboten nur wenig durchsetzen können. Eine idealtypische Definition der WHO definiert Gesundheit nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.

Ein ausschließlich organisch ausgerichtetes Krankheitskonzept impliziert, daß die Patienten selbst die Ursachen und den Verlauf der Erkrankung als außerhalb ihrer Kontrolle liegend betrachten und Hilfe von organmedizinischen Behandlungsangeboten erwarten. Je plausibler die Identifikation von allergischen oder anderen somatischen Ursachen für das Krankheitsgeschehen ist, desto leichter fällt es, evtl. bestehende psychische Konflikte zu verleugnen (Verleugnung als unbewußter Abwehrmechanismus und Möglichkeit der psychologischen Krankheitsverarbeitung) oder unterzubewerten (*Richter & Ahrens, 1988*) und so die Verantwortung für den Krankheitsverlauf (und damit für eine evtl. notwendige Veränderung der persönlichen oder familiären Situation) von sich zu weisen. Unterstützt wird diese Haltung durch die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen und psychotherapeutischen Verfahren in unserer Gesellschaft (*Schneider et al., 1993*).

Schneider et al. (1993) konnten in einer Untersuchung zeigen, daß Patienten mit einem höheren Maß an affektiver Verunsicherung und Problemen im psychosozialen Bereich auch einen stärkeren Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung hatten. Die Autoren schließen daraus, daß diese Patienten einen Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Befindlichkeit und der Hauterkrankung wahrnehmen können und sie sich von einer Psychotherapie Hilfe für den weiteren Krankheitsverlauf und die Krankheitsbewältigung erhoffen.

Probleme wie Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs, reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, Bedrohung körperlicher und seelischer Integrität, Einschränkung des positiven Selbstbildes, Abhängigkeit von medizinischen Spezialisten und weitere vielfältige Verluste in persönlicher und privater Hinsicht betreffen chronische Erkrankungen im allgemeinen (*Stangier et al., 1993; Beutel, 1988*). Chronische Hauterkrankungen haben in der Psychosomatik insofern noch eine besondere Bedeutung, als daß sie aufgrund der Sichtbarkeit ihrer Symptome mit besonderen Anforderungen an die Bewältigungsressourcen der Betroffenen verbunden sind. Störungen dieses Organs bringen neben den somatischen Beschwerden immer auch psychische Einschränkungen mit sich, da die Haut als „Spiegel der Seele“ aufgefaßt werden kann und ihr als Ausdrucksorgan eine große ästhetische Bedeutung zukommt. Den Symptomen einer Hauterkrankung ist, im Gegensatz zu einer Erkrankung der inneren Organe, immer ein morphologisches Substrat zuzuordnen. Der hautkranke Patient fühlt sich, besonders bei Symptomen im Gesicht, stigmatisiert. In ihrer Funktion als Kontaktorgan beeinflusst die Haut im Kontext der Übertragungsbeziehung das interaktionelle Geschehen. Als Grenzorgan kann die Symptomatik auf ihrer Oberfläche eine unbewußte Schutzfunktion übernehmen und schließlich ist sie als Wahrnehmungsorgan Ort des ersten Sinnesempfindungen und der präverbalen Kommunikation. (*Auf die spezifischen Probleme einer chronischen Hauterkrankung soll im Kapitel psychosoziale Folgeerscheinungen genauer eingegangen werden.*)

Schon seit langem existieren Studien, die die Interaktion zwischen Psyche und Haut beschreiben (*Schur, 1980; Thomä, 1980; Alexander, 1971; Harlow & Harlow, 1965; Black, 1963; Marty, 1958*) und die Psychoneuroimmunologie zeigt die psychosomatischen Zusammenhänge immer deutlicher auf (*Klosterhalfen & Klosterhalfen, 1996; Ruzika et al., 1991; Young et al., 1986; Zacharowicz, 1986; Kiecolt-Glaser et al., 1984a; Russel et al., 1984; Teshima et al., 1982; Udelmann, 1982; Ader, 1981*). Dabei sind ganz unterschiedliche Fragestellungen von Bedeutung: psychische Faktoren werden einerseits als eine Ursache spezieller dermatologischer Erkrankungen angesehen, andererseits können aber auch psychische Fehlentwicklungen die Folge einer chronischen Hauterkrankung sein (*Gieler et al., 1990; Münzel, 1988; Whitlock, 1980; Thomä, 1980; Bosse et al., 1976a*). So wird in neueren Studien verstärkt ein Augenmerk

auf den Prozeß der Krankheitsverarbeitung gelegt. Dieser ist als Resultat aus dem Krankheitserleben, der psychischen Verarbeitung der Erkrankung und der daraus resultierenden Behandlungserwartung des Patienten für die Therapieplanung von Relevanz. Der Krankheitsverlauf und die psychische Entwicklung des Patienten werden maßgeblich von seinen individuellen Bewältigungsstrategien und -kapazitäten beeinflusst (*Schneider et al., 1993*). Die vom Patienten beurteilte Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit, kurz als Lebensqualität bezeichnet, ist ein wichtiges Kriterium zur Bewertung medizinischer Maßnahmen (*Bullinger, 1994, 1991*).

2.1.5.1. Coping: Strategien der Krankheitsbewältigung

Der Kranke muß den Anforderungen, die durch die chronische Erkrankung an ihn gestellt werden, begegnen, indem er sich ihr durch intrapsychische Reaktion oder aktives Handeln anzupassen versucht. Diese Anpassungsvorgänge sind als Transaktionsmodell des „Coping“ (Bewältigung) aus der Streßforschung (*Cohen & Lazarus, 1979*) bekannt und beziehen sich auf Stressoren im allgemeinen. Da auch chronische Krankheiten als Stressoren aufgefaßt werden können, wurde *Lazarus*-Konzept auf den Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen übertragen.

Danach umfaßt „Coping“ die Gesamtheit aller kognitiven und behaviorialen Anstrengungen, die dazu dienen, interne oder externe Anforderungen, welche die Ressourcen des Individuums bedrohen oder überschreiten, zu beherrschen, zu vermindern oder zu tolerieren“ (*Lazarus & Folkman, 1984*). Es sind also (Anpassungs-) Reaktionen, die auf Bewertungsprozessen beruhen:

1. die Bewertung einer realen oder antizipierten Anforderung als Bedrohung des körperlichen oder seelischen Wohlbefindens und
2. die Abschätzung eigener Möglichkeiten, dieser bedrohlichen Anforderung zu begegnen.

Diese Betrachtungsweise impliziert auch eine veränderte Auffassung von Streß: Streß beschreibt nun nicht mehr allein den Stressor als auslösendes Moment, sondern die Art des Umgangs des Individuums mit diesem Stressor. Nach *Dantzer (1989)* ist das Kriterium eines erfolgreichen Copings die Beherrschung der Situation oder die Verminderung der durch diese Situation hervorgerufenen physiologischen Aktivierungen. Coping beschreibt also Anpassungsprozesse, deren Aktivierung von der Art und Intensität der Bedrohung („Situationsmerkmal“) und den persönlichen Ressourcen („personales Merkmal“), also denjenigen Eigenschaften, die Personen im Angesicht belastender Ereignisse widerstandsfähiger machen, abhängig ist (*Beutel, 1988*). Sie sollen zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden beitragen (*Rosenbaum, 1990*). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, daß die indivi-

duelle Widerstandsfähigkeit in den unterschiedlichsten Belastungssituationen einen stresspuffernden Effekt hat, der sich nicht nur für das emotionale Wohlbefinden, sondern auch für die körperliche Gesundheit nachweisen läßt (*Übersicht in Orr & Westmann, 1990*). Eine „widerstandsfähige Persönlichkeit“ (*Kobasa, 1979*) wird durch mindestens drei miteinander verknüpfte Komponenten charakterisiert (*Filipp & Aymann, 1996*):

1. Engagement, d.h. der Glaube an die Wichtigkeit der eigenen Person und dessen, was man tut.
2. das Gefühl der Kontrolle (im Gegensatz zu Machtlosigkeit), d.h. die Überzeugung, den Verlauf der Erkrankung durch eigenes Handeln beeinflussen zu können.
3. Herausforderung (im Gegensatz zu der Bewertung von Veränderungen als eine Bedrohung), d.h. die Überzeugung, daß Veränderungen ein Teil des Lebens sind und mehr eine Herausforderung darstellen, die es zu bewältigen gilt, als eine Bedrohung der eigenen Stabilität.

Nach *Filipp & Klauer (1988)* werden drei grundlegende Dimensionen unterschieden, entlang derer Bewältigungsreaktionen geordnet und beschrieben werden können.

1. Aufmerksamkeitsfokus und Realitätstestung: diese Dimension beschreibt, inwieweit die Bewältigungsreaktion darin besteht, die Aufmerksamkeit auf die Ursache der Belastung hin oder selektiv von dieser weg zu richten. Dazu zählen auch Abwehrmechanismen wie Leugnung oder Ausblendung; dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, wie sehr die Betroffenen den Kontakt mit der Realität aufrechterhalten.
2. Soziale Eingebundenheit: beschreibt entweder den sozialen Rückzug oder eine gezielte Kontaktaufnahme mit anderen Personen. Dabei sind aber beide Reaktionen völlig neutral zu bewerten, denn sie reflektieren auch personelle Unterschiede im Bedürfnis nach Zuwendung angesichts einer Belastung.
3. Reaktionsebene: Bewältigungsstrategien können sowohl auf kognitiver als auch auf behavioraler Ebene, oder intermittierend, zum Einsatz kommen.

Horwitz (1979) hat die verschiedenen Phasen des Bewältigungsprozesses, der dem Patienten eine allmähliche Annäherung an die Realität (der Erkrankung) und der damit verbundenen Anforderungen, Belastungen und Veränderungen erlaubt in einem Modell schematisiert dargestellt:

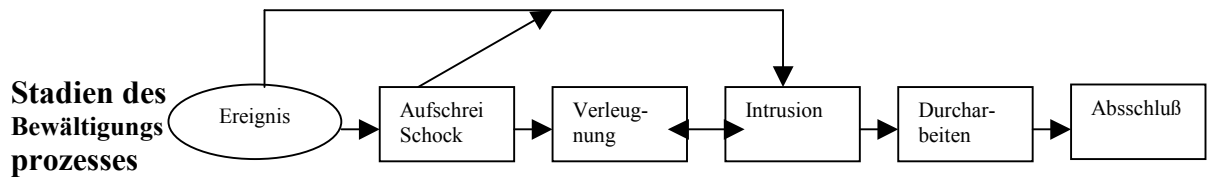


Abbildung 3: Phasenmodell der Verarbeitung eines belastenden Lebensereignisses (nach Horwitz 1979):

Im Rahmen dieses Prozesses gilt es, sich den „schlechten Nachrichten“ des Lebens zu stellen und sie in das eigene Selbst- und Weltbild zu integrieren. Inwieweit und wie rasch dies einer Person gelingt, hat etwas mit ihrer Aufmerksamkeitsfokussierung und mit „Annäherung“ versus „Vermeidung“ zu tun (Krohne, 1993). Im Laufe des Verarbeitungsprozesses kann dieselbe Person aber auch zwischen beiden Strategien hin und her geworfen sein. Aufmerksamkeitszuwendung und -abkehr können intermittierende Phasen im Bewältigungsprozeß sein.

Die allmähliche Annäherung an die Realität dient dem Bedürfnis des Betroffenen, von dem traumatischen Ereignis emotional nicht überwältigt zu werden beim gleichzeitig bestehenden Wunsch, von der Realität nicht allzuweit entfernt zu sein, um im Alltag noch „funktionieren“ zu können. Beide Bedürfnisse scheinen zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich stark zu sein und so das Oszillieren zwischen Verleugnung und Aufmerksamkeitszuwendung zu steuern. Problembezogene Bewältigungsstrategien, die auf die Bedrohung als solche einwirken, und emotionsbezogene Bewältigungsstrategien, die negative emotionale und physiologische Veränderungen verringern, kommen dabei wechselseitig zum Tragen.

Im Verlauf des Bewältigungsprozesses sollen diese Oszillationen dann weniger intensiv werden und in der Phase des „Durcharbeitens“ soll es zu einer allmählichen Akzeptanz des Geschehens und zu einer Integration in das Selbst- und Weltbild des Betroffenen kommen, solange, bis die mit dem Ereignis einhergehenden bedrohlichen Implikationen verarbeitet werden können (Filipp & Aymanns, 1996).

Kontrovers wird dabei diskutiert, ob es sich bei „Annäherung“ und „Vermeidung“ um verschiedene Phasen als Teil eines Bewältigungsvorgangs handelt oder um verschiedene Bewältigungsstile (vergl. Miller, 1992).

Wichtige kognitive Determinanten der Krankheitsbewältigung sind Ursachenattribution und Kontrollüberzeugung. Dabei wird das subjektive Krankheitsmodell aus eigenen Erfahrungen und Informationen zusammengefügt (Nevrenz & Leventhal, 1983). Dieses wiederum bestimmt die Beziehung zwischen Krankheit und Selbstbild (Abspaltung, Bedrohung oder Identifikation

mit der bedrohlichen Krankheit) und die aktiven Problemlöseversuche der Kranken (*Stangier et al., 1993*). So sehen Patienten mit internaler Kontrollüberzeugung ihre Gesundheit als vom eigenen Verhalten abhängig und sind damit eher bereit, durch aktives Handeln den Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Personen mit externaler Kontrollüberzeugung dagegen nehmen die Krankheit als fremdbestimmt, also als entweder von anderen kompetenten Personen oder als vom Schicksal oder Zufall abhängig wahr.

Hier liegt die Notwendigkeit des psychosomatischen/ integrativen Behandlungskonzepts: dem Patienten muß eine neue Perspektive der Wahrnehmung und Interpretation der Erkrankung und ihres Verlaufs eröffnet werden, so daß er die Möglichkeit bekommt, aus der passiven Rolle des „Betroffenen“ in die aktive Rolle des „Verarbeitenden“ zu wechseln.

Ist das Krankheitsgeschehen für den Patienten undurchschaubar und unkontrollierbar, fühlt sich der Kranke hilflos und ausgeliefert, gewinnt er aber Einblicke in die Krankheitsdynamik, kann er ggf. die Auslöser eines Krankheitsschubes identifizieren und diese antizipatorisch oder situativ vermeiden und so aktiv den Krankheitsverlauf mitbeeinflussen. Ein relevanter Aspekt bei der Verbesserung der Krankheitsbewältigung liegt also in der Stärkung internaler Kontrollüberzeugungen, d.h. der Möglichkeit der eigenen Einflußnahme auf die Erkrankung (*Lange et al., 1999; Illiev et al., 1998; Schaller et al., 1998; Niemeier et al., 1996; Stangier et al., 1996, 1993; Lohaus & Schmidt, 1989; Hasenbring, 1988*).

Diese neue Dimension des Krankheitserlebens, nämlich von einem Wissens- und Erfahrungszuwachs durch die Krankheit zu profitieren, kann als positive Lebensveränderung aufgefaßt werden und wirkt sich positiv auf die Lebensqualität des Betroffenen aus. *Bulman & Wortman (1977)* konnten in einer Studie zeigen, daß diejenigen Patienten, die sich für ihr Schicksal selbst verantwortlich erlebten, vergleichsweise gute Anpassungswerte zeigten, während umgekehrt diejenigen, die ausschließlich anderen die Schuld und Verantwortung zuwiesen, schlechtere Anpassungswerte aufwiesen.

Um die den Krankheitsverlauf beeinflussenden Faktoren aufzudecken ist es wichtig und im Rahmen einer stationären psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlung auch möglich, alles, was sich in der Klinik ereignet und innerhalb der Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten entwickelt, als Bestandteil der Therapie zu betrachten. In der Regel wiederholen sich persönliche Konflikte der Patienten auch im Klinikalltag und bilden sich mehr oder weniger deutlich in dem vielschichtigen Beziehungsraum der Klinik ab. Dadurch werden sie der Beobachtung zugänglich und können Gegenstand des therapeutischen Gesprächs und der Reflexion werden (*Löwenberg & Peters, 1993; Wehrmann & Peters, 1992*).

Löwenberg & Peters (1994) zeigten in ihrer Arbeit über die Effektivität eines psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlungskonzepts, daß es bei den Patienten, die die Möglichkeit hatten von einem integrativen Therapiekonzept zu profitieren, zu einer hochsignifikanten Reduktion des Beschwerdedrucks, der empfundenen „Erschöpfung“ und des Hautscores kam. Diese Erfolge waren auch in der 1-Jahres Katamnese noch nachweisbar und verstärkten sich sogar noch positiv. Auch erlebten sich die Patienten nach der Behandlung attraktiver, geachteter und durchsetzungsfähiger, sie fühlten sich aufgeschlossener, offener und Anderen näher. Die depressive Grundstimmung wies eine hochsignifikante Abnahme auf. Ehlers et al. (1995) verglichen in ihrer Studie die Effektivität von vier unterschiedlichen Gruppentherapien: dem Dermatologischen Schulungsprogramm (DS), dem Autogenem Training (AT), dem Verhaltenstherapie (VT) und der kombinierten Therapieform aus dermatologischer Schulung und Verhaltenstherapie (DSVT). Sie konnten zeigen, daß alle Therapieprogramme, die psychologische Aspekte der Krankheitsgenese und des Krankheitsunterhalts miteinschlossen (AT, VT, DSVT) zu signifikanten Verbesserungen des Hautzustandes führten, verglichen mit der Patientengruppe, die lediglich eine medizinische Grundversorgung (MGV) der Effloreszenzen erhielt. Auch die Gruppe der Patienten, die lediglich am DS teilnahmen, zeigten im Behandlungszeitraum bessere Erfolge als die Gruppe der MGV, wobei in der 1-Jahres Katamnese die kombinierten Behandlungsmethoden eindeutig überlegen waren. Diese Gruppen zeigten neben der Verbesserung des Hautzustandes und der Juckfrequenz auch einen verminderten Cortisonbedarf. Depressivität und Ängstlichkeit nahmen ebenso wie der krankheitsbedingte Beschwerdedruck und das Gefühl des allgemeinen Unvermögens ab.

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, daß psychologische Aspekte der Krankheitsgenese und des Krankheitsunterhalts in der Therapie der Neurodermitis berücksichtigt werden sollten.

Ein anderer Aspekt, der die Bedeutung des psychosomatischen Behandlungskonzepts unterstreicht und der in vielen Studien belegt werden konnte (*Übersicht bei Heim, 1988*), ist derjenige, daß die Möglichkeit, sich anderen zuzuwenden und den eigenen Gefühlen Luft zu machen, gekoppelt mit einer optimistischen Grundhaltung und einer kämpferischen Einstellung, offenbar eine der erfolgreichsten Bewältigungsformen darstellt. Andere Untersuchungen zeigen auf, daß der Immunstatus durch ein hohes Ausmaß wahrgenommener sozialer Unterstützung und Kontrollüberzeugung in positiver Weise beeinflusst werden kann (*Levy et al., 1990; Wiedenfeld et al., 1990*).

Da ein ungünstiger Genesungsverlauf mit einer fehlenden Passung zwischen dem Bewältigungsstil des Patienten und den intendierten therapeutischen Maßnahmen zusammenhängen

kann, stellt sich die Frage, wann die Indikation zu einer psychotherapeutischen Mitbehandlung gegeben ist.

Becker (1987) vermutet dann einen psychotherapeutischen Mitbehandlungsbedarf, wenn der Patient dem Hautarzt psychisch auffällig erscheint, es sich um schwere Verlaufsformen handelt, die mit dermatologischen Mitteln allein nicht behandelbar sind, oder Interaktionsprobleme zwischen Arzt/ Pflegepersonal und einem sogenannten „schwierigen“ Patienten bestehen. Gerade Personen mit beeinträchtigtem Selbstwertgefühl, wie es bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen häufig der Fall sein kann (*vgl. Ausführungen zu den psychosozialen Folgeerscheinungen*), haben einen hohen Bedarf an sozialer Unterstützung, zeigen dies in ihrem Hilfe-suchverhalten (*Nadler, 1991*) und könnten so von angebotenen, unterstützenden psychotherapeutischen Verfahren profitieren.

Peters & Löwenberg (1994) finden in ihrer Untersuchung Prädiktoren, die der Identifikation derjenigen Patienten dienen sollen, die von einer psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlung profitieren können. Nach Meinung der Autoren trägt die Grundstimmung der Patienten am meisten zur Differenzierung zwischen den erfolgreich und den weniger erfolgreich behandelten Patienten bei. In der durchgeführten Untersuchung empfanden sich die erfolgreich behandelten Patienten zu Beginn der Studie als deutlich depressiver und wiesen häufiger zusätzliche funktionelle Beschwerden auf als die nicht erfolgreich behandelten Patienten. Zudem waren sie jünger und hatten ein höheres Bildungsniveau. Auch ihre grundsätzliche Psychotherapiemotivation war ausgeprägter. Das Ausmaß der Hauterscheinungen hatte keinen Einfluß auf das Behandlungsergebnis. Dies kann u.a. als Bestätigung der Ergebnisse von *Brown & Bettley (1972)* gesehen werden, in deren Untersuchung ebenfalls diejenigen Patienten am meisten von einer kombinierten Behandlung profitierten, die neben der Hautsymptomatik auch emotionale Störungen aufwiesen.

Gieler, 1989a empfiehlt folgende Kriterien als erste Orientierungshilfe für den Dermatologen zur Identifikation derjenigen Patienten, bei denen eine Überweisung zum Psychotherapeuten oder Psychiater indiziert sein könnte. Die Überweisungsindikation sollte sich dabei immer an der sekundären Verarbeitung des einzelnen Patienten orientieren:

- bei Patienten mit somatischem Krankheitskonzept und geringem Leidensdruck sind, wenn überhaupt, am ehesten nicht-aufdeckende, am Körperlichen orientierte Verfahren wie z.B. Autogenes Training, progressive Muskelentspannung oder funktionelle Entspannung sinnvoll.

- bei Patienten mit somatischem Krankheitskonzept und großem Leidensdruck sind analytisch orientierte Psychotherapien oder verhaltenstherapeutische Ansätze wie Bio-Feedback-Training indiziert.
- auch präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Rezidiven durch Einübung von Problemlösungsstrategien und Selbsthilfetechniken können Gegenstand der Überweisung sein.

D.h. die Indikation einer dermatologisch-psychotherapeutischen Behandlung ist dann zu stellen, wenn sich der Patient, zusätzlich zur Hauterkrankung, als psychisch belastet erlebt. Nur dann ist die Bereitschaft zu erwarten, das psychotherapeutische Behandlungsangebot anzunehmen und sich der oft schmerzlichen Bearbeitung psychischer Konflikte und Belastungen zu unterziehen. Die auf diesem Weg zu erreichende Reduktion innerer Konfliktspannung könnte die Wirkungsmöglichkeit der dermatologischen, symptomorientierten Behandlung erhöhen, so daß die Kombination beider Vorgehensweisen zu günstigen Behandlungsergebnissen führen kann.

Festzustellen bleibt, daß aufgrund der bislang vorliegenden Literatur keine Möglichkeit besteht, eindeutig zu evaluieren, wie hoch der psychologische Behandlungsbedarf bei Patienten ist, die z.B. in einer dermatologischen Akutklinik aufgenommen werden. In diesem Sinne ist es auch nicht erstaunlich, daß eine ernsthafte Berücksichtigung klinisch-psychologischer Erkenntnisse in dermatologischen Kliniken bislang nicht erfolgte (*Windemuth et al., 1999*).

2.2. Psoriasis vulgaris

2.2.1. Definition, Symptomatik und Verlauf

(Die Ausführungen sind modifiziert nach Christophers & Mrowietz, 1999; Fritsch, 1998; Jung et al., 1998; Braun-Falco et al., 1995 wiedergegeben)

Synonym: Schuppenflechte

Definition: primär entzündliche, akut-exanthematisch oder chronisch-stationär verlaufende, erbliche Hauterkrankung mit scharf oder unregelmäßig begrenzten, erythematösen, parakeratosen, schuppigen Papeln.

Die Psoriasis ist eine erbliche Dispositionskrankheit mit polygenem Erbgang; multiple Faktoren und ein Schwellenwerteffekt beeinflussen die Eruption der Erkrankung. Neben der Disposition ist auch der Typ der Psoriasis-erkrankung, welcher sich durch die Korrelation zum Erkrankungsalter und HLA-Muster (Assoziation mit Molekülen des Histokompatibilitätskomplexes) definieren läßt, genetisch determiniert. Die Lokalisation der Effloreszenzen und die Verlaufsform sind peristatisch bedingt, wobei mechanische, infektiöse und/ oder psychosomatische

Auslösemechanismen beschrieben sind. Man unterscheidet verschiedene Formen der Psoriasis:

- Psoriasis vulgaris der Haut mit ihren morphologischen Sonderformen.
- Psoriasis arthropathica: mit Beteiligung des Bewegungsapparats, 5-7% der Psoriater sind betroffen.
- Psoriasis pustulosa: sehr schwere Verlaufsform der Psoriasis mit generalisierter Pustelbildung und Allgemeinerscheinungen, 0,5-2,5% der Psoriater sind betroffen.

Die Psoriasis vulgaris gliedert sich epidemiologisch in zwei morphologisch nicht oder nur schwer unterscheidbare Typen:

Typ I-Psoriasis

Umfaßt die schweren Verlaufsformen der Psoriasis mit frühem Manifestationsalter (10-25 Jahre). Die familiäre Belastung ist hoch und in bis zu 95% der Fälle besteht eine HLA-Cw 6 und eine HLA-DR 7 Assoziation, die Koppelung mit HLA-B 13 und HLA-B 17 ist ebenfalls sehr hoch. Bei der Mehrzahl der Patienten ist das „Köbner-Phänomen“ (krankheitsspezifische, psoriatische Hautreaktion, die einige Tage nach Hautirritation durch unspezifische Reize auftritt) positiv.

60-70% der Psoriasis-Patienten gehören zum Typ I.

Typ II-Psoriasis

Umfaßt leichtere Verlaufsformen der Psoriasis mit späterer Manifestation (35-60 Jahre) und ohne familiäre Häufung. Eine Kopplung zu HLA-Antigenen besteht nicht oder nur in geringem Maße. Im Vergleich zum Typ I sind Nagelveränderungen oder Gelenkbeschwerden etwas häufiger anzutreffen, das „Köbner-Phänomen“ ist kaum auslösbar.

30-40% der Psoriasis-Patienten gehören zum Typ II.

Die klassische Hautveränderung der Psoriasis ist eine scharf begrenzte, entzündlich gerötete Papel mit nicht fest haftender, parakeratotischer, silbrig-glänzender Schuppung. Die Schuppen lassen sich in toto abheben (Kerzentropfphänomen), bei Abhebung mehrerer Schuppenlagen stößt man auf ein zusammenhängendes, blattartiges, feucht wirkendes Häutchen, welches die unterste, die Papillenspitzen überziehende, dünne Epidermisschicht ist (Phänomen des letzten Häutchens). Löst man auch dieses ab, kommt es zu punktförmigen Blutungen (Auspitz-Phänomen: die durch die Papillomatose der Psoriasisläsion sehr oberflächlich liegenden Papillenspitzen werden beim Abheben dieser letzten Schuppenlage eröffnet).

Die Psoriasis verläuft chronisch und/ oder schubartig. Sie kann schleichend, in Form chronischer Plaques an den Prädilektionsstellen, oder als akuter exanthematischer Schub einsetzen bzw. später rezidivieren und sich ausdehnen. Die einzelnen Effloreszenzen können die unterschiedlichsten Konfigurationen aufweisen. Während der exanthematischen Schübe treten disseminierte, punkt- bis tropfenförmige psoriatische Herde (Psoriasis guttata) auf, die sich durch zentrifugales Wachstum vergrößern und zu großen Plaques mit polyzyklischen, bizarren Begrenzungen konfluieren können (Psoriasis geographica). Selten breiten sie sich auch universell aus (Psoriasis erythrodermatica). Erkrankt ist aber immer die gesamte Haut, nicht nur diejenige innerhalb der Läsionen. Die unbefallene Haut des Psoriaticers ist nur scheinbar ‚normal‘, funktionell besitzt sie die Bereitschaft, auf auslösende Stimulantien mit psoriatischen Effloreszenzen zu antworten.

Die Plaques bilden sich später entweder spontan zurück oder sie gehen in eine chronisch-stabile Plaqueform über. Häufigkeit, Dauer und Intensität der Schübe sind sehr unterschiedlich, der individuelle Verlauf ist daher nicht vorhersehbar. Nach Abheilung verbleibt an der Stelle der psoriatischen Läsion ein hypopigmentierter Fleck (psoriatisches Leukoderm), der nach einigen Wochen repigmentiert.

Prädilektionsstellen sind die Streckseiten der Extremitäten, die Perisakralgegend und der behaarte Kopf. Das klassische Verteilungsmuster geradezu umkehren können aber auch die Hautfalten (Nabel, Leisten, Submammär, Achsel, Perianal) oder die Glans Penis primär befallen sein (Psoriasis inversa). Eine Nagelbeteiligung (Tüpfelnägel: multiple kleine Eindellungen der Nagelplatte; psoriatischer Ölfleck: runde, gelblich braune Flecken an ansonsten normalen Nägeln; subungale Hyperkeratosen: groblamellierte, weißgraue Schuppenmassen unterhalb der Nagelplatte) ist häufig.

Der psoriatische Herd schmerzt oder juckt meist nicht, Juckreiz wird lediglich bei frischen, besonders entzündlichen Formen oder bei der Psoriasis inversa angegeben. Kratzeffekte, Ekzematization und Impetigenisierung fehlen.

Die Psoriasis vulgaris zeigt eine außerordentliche Variationsbreite des individuellen Verlaufs. Chronische Persistenz der Herde über viele Jahre, zeitweilige Remissionen mit oder ohne intermittierende Exazerbationen, bleibende oder auch nur vorübergehende Veränderungen sind mögliche Verlaufsformen. Grundsätzlich lassen sich 3 Verlaufstypen charakterisieren (*Braun-Faalco et al., 1995*). Sie unterscheiden sich im endogenen Eruptionsdruck zu psoriatischen Hauterscheinungen:

- Eruptiv-exanthemische Psoriasis vulgaris. Häufig beginnen hier die klinischen Erscheinungen nach akuten Infektionen im 2. oder 3. Lebensjahrzent. Innerhalb weniger Wochen

kommt es subakut zu einer Aussaat kleiner Herde vom Typ der Psoriasis guttata an Rumpf und Extremitäten ohne typische Prädilektion und ohne stärkere Infiltration. Das Köbner-Phänomen ist meist positiv und es besteht häufig Juckreiz. Die eruptiv-exanthemische Psoriasis neigt zu spontaner Rückbildung, kann allerdings auch in eine chronisch-stationäre Form übergehen.

- Chronisch-stationäre Psoriasis vulgaris. Sie ist charakterisiert durch stärker infiltrierte, deutlich silbrig-schuppige Herde in geringerer Zahl an den Prädilektionsstellen. Das Köbner-Phänomen ist meist negativ und Juckreiz ist selten. Der Verlauf ist primär-chronisch. Die Herde zeigen weder Tendenz zur spontanen Rückbildung noch zur Vergrößerung. Bei entsprechender endo- oder exogener Provokation können zusätzlich eruptiv-exanthemische Schübe auftreten.
- Psoriasis exudativa. Diese kann als eine stärker exudativ-entzündliche Variante der Psoriasis vulgaris angesehen werden. Meistens beginnt sie als eruptiv-exanthemische Psoriasis. Die Herde sind lebhafter gerötet und die Auflagerungen bestehen aus serös durchtränkten, gelblichen Schuppenkrusten. Als Komplikation können sich die psoriatische Erythrodermie oder die Psoriasis pustulosa entwickeln.

Die Psoriasis kann in jedem Stadium spontan remittieren; anhaltende Totalremissionen können vorkommen, sind aber selten.

Patienten mit Psoriasis, besonders jüngere Menschen, sind oft durch die Hauterscheinungen psychisch sehr stark belastet und in ihrem sozialen Verhalten gehemmt (*Windemuth et al., 1999; Schaller et al. 1998; Niemeyer et al., 1997; Braun-Falco, 1995*). Mitmenschen empfinden die Hauterscheinungen als unästhetisch oder glauben, sie seien ansteckend (*Bosse et al., 1976; Teichmann & Bosse, 1976*). Vielfach werden solche Patienten in Schwimmbädern, Kurbädern oder Sportstätten zurückgewiesen (*Bullinger, 1997, 1996; Teichmann & Bosse, 1976*).

2.2.2. Ätiologie und Epidemiologie

Wie andere multifaktoriell vererbte Erkrankungen ist die Psoriasis keine angeborene Krankheit, sondern manifestiert sich im Laufe des Lebens auf der Grundlage einer erblichen Disposition (genotypische oder latente Psoriasis).

Die Intensität der endogenen Bereitschaft zur psoriatischen Hautreaktion, der endogene Eruptionsdruck, unterliegt dabei zeitlichen Schwankungen und wird sowohl von dispositionellen als auch von exogenen Faktoren bestimmt. Infekte, insbesondere Streptokokkeninfektionen, können zur Auslösung eines psoriatischen Schubes (phänotypische oder manifeste Psoriasis) füh-

ren, andere häufig mit Psoriasis assoziierte Erkrankungen sind HIV, Diabetes mellitus, Adipositas, kardiovaskuläre Erkrankungen und Morbus Crohn (*Christophers & Mrowietz, 1999*). Weitere häufige Auslöser sind Verletzungen, Entzündungen oder lokale Reizungen der Haut sowie psychische Faktoren wie Stress und emotionale Belastungen. Ein akuter Schub kann auch iatrogen, z.B. durch die Einnahme bestimmter Medikamente (β -Rezeptorenblocker, Lithium, Chloroquin, $IFN\alpha$ und γ) ausgelöst werden. Ausdruck des Zusammenwirkens endogener und exogener Faktoren in der Aktivität der Psoriasis sind z.B. die typischen saisonalen Schwankungen: eine Besserung der Erkrankung im Sommer (UV-Licht) ist häufig, allerdings wird gelegentlich auch das Gegenteil beobachtet. In *Abbildung 4* ist die Pathogenese der Psoriasis schematisch dargestellt.

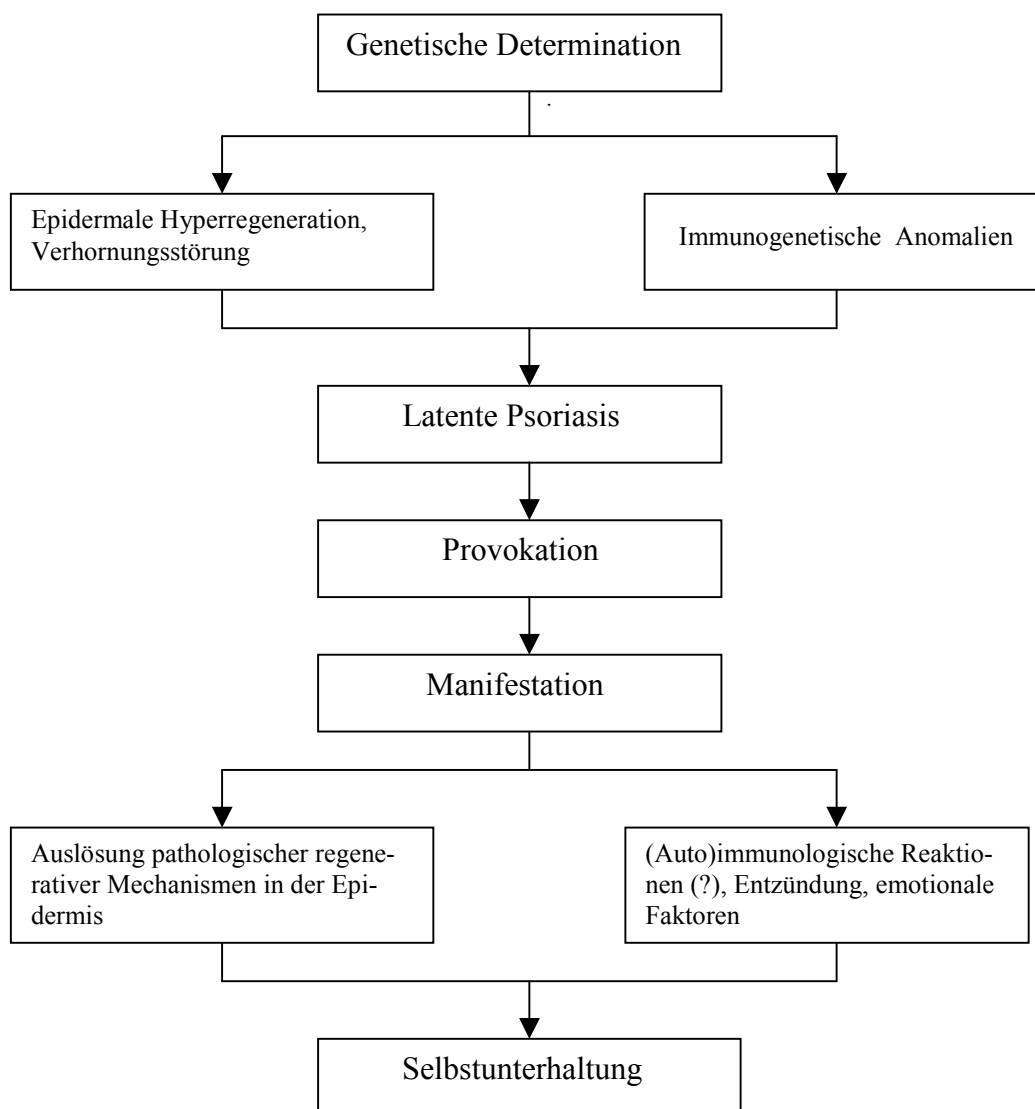


Abbildung 4: Hypothese zur Pathogenese der Psoriasis (*modifiziert nach Braun-Falco et al., 1995*).

Interessant ist, daß Erkrankungen des atopischen Formenkreises sehr selten mit der Psoriasis assoziiert auftreten, so daß die Erkrankungen des atopischen Formenkreises und die psoriatischen Krankheitsbilder als pathogenetisch gegensätzliche Krankheitsformen aufgefaßt werden (*Christophers & Mrowietz, 1999*). Gestützt wird diese Hypothese durch das auffallend geringe Auftreten von infektiösen (vor allem bakteriellen und viralen) Komplikationen bei Psoriasispatienten. Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, daß diese Patienten, im Gegensatz zu den Neurodermitispatienten, bei denen Superinfektionen viraler und bakterieller Genese häufig sind, eine erhöhte Infektabwehr aufweisen. Es gelang, aus psoriatischer Epidermis ein hochwirksames, antibakterielles Peptid zu isolieren, welches gemeinsam mit weiteren antibakteriellen Peptiden in der Infektabwehr der Psoriasis-Haut eine große Rolle spielen könnte (*Christophers & Mrowietz, 1999*).

Das Köbner-Phänomen läßt sich insbesondere in Zeiten mit hohem Eruptionsdruck auslösen.

Die Psoriasis vulgaris zählt mit einer Morbidität von 1-3% (*Christopher & Mrowietz, 1999; Fritsch, 1998; Jung et al., 1995; Braun-Falco et al., 1995; Pschyrembel, 1993*) in der europäischen Bevölkerung zu den häufigsten und bedeutsamsten Hauterkrankungen. Sowohl geographische als auch ethnische Faktoren sind für die Psoriasis-morbidität bedeutsam. In tropischen und subtropischen Klimazonen ist die Erkrankung wesentlich seltener als bei uns, die unterschiedliche ethnische Verteilung der Psoriasis ist wahrscheinlich genetisch bedingt. Weiße Rassen erkranken am häufigsten, gelbe Rassen weniger häufig, schwarze Rassen selten und bei Menschen roter Rassen (Eskimos, südamerikanische Indianer) kommt Psoriasis so gut wie nicht vor (*Braun-Falco et al., 1995*). Die Prävalenz der Psoriasis bleibt im Gegensatz zu der ansteigenden Prävalenz der allergischen Erkrankungen der Haut konstant.

Es liegt eine familiäre Häufung des Auftretens von Psoriasis vor, woran deutlich wird, daß genetische Faktoren für die Manifestation der Erkrankung von Bedeutung sind. Die allgemeine Erkrankungswahrscheinlichkeit für Kinder von Eltern ohne Psoriasis beträgt 12%. Ist ein Elternteil an Psoriasis erkrankt erhöht sie sich auf bis zu 20%, sind beide Elternteile betroffen auf bis zu 50%. Eineiige Zwillinge zeigen eine Konkordanz von 90% für die Psoriasis (*Braun-Falco et al., 1995; Elder et al., 1994*).

Die Psoriasis betrifft Männer und Frauen gleichermaßen, sie kann grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten, die Manifestation im Säuglings- oder Greisenalter ist aber selten. Der Inzidenz-gipfel der Erstmanifestation liegt in der 2. und 3. Lebensdekade, 50% der Psoriatiker erkranken vor dem 25., 90% vor dem 50. Lebensjahr.

2.2.3. Pathogenese

Die Psoriasis ist eine komplexe, kutane Dysregulation, ein Großteil der Zelltypen und Mediatorsysteme der Haut sind beteiligt. Im wesentlichen handelt es sich um eine T-lymphozytär dominierte Entzündungsreaktion, die von epidermaler Hyperproliferation und Differenzierungsstörungen begleitet ist. Da die Pathogenese der Erkrankung noch nicht vollständig geklärt ist, lassen sich lediglich Pathophänomene beschreiben, die zwar regelhaft gemeinsam, doch mit unterschiedlicher Intensität der beteiligten Mechanismen auftreten. Diese sind psoriasistypisch, nicht jedoch psoriasispezifisch.

Das früheste Ereignis der psoriatischen Läsion ist das Auftauchen aktivierter T-Lymphozyten, die als gemeinsames Merkmal die Expression eines bestimmten Immunregulatorproteinrezeptortypen (IL-2) aufweisen. Diese T-Lymphozyten synthetisieren Interleukin-2 und andere Regulatorproteine und bewirken mit Hilfe dieser Mediatoren eine Amplifikation der Entzündungsreaktion durch Rekrutierung neuer Entzündungszellen und vermehrter Zytokinproduktion. Sekundär kommt es zu einer Stimulation und Aktivierung der Keratinozyten und der dermalen Endothelzellen. Es folgt Hyperkeratose, Weitstellung der Gefäße und Neovaskularisation, die das Einströmen von Neutrophilen und Makrophagen erleichtern. Die Kapillardurchlässigkeit ist erhöht, proteinreiches Exsudat (Exosero) und Entzündungszellen (Exozytose) können in die Dermis und Epidermis austreten und Neutrophile lagern sich intraepidermal in Form von Munro-Mikroabszessen ab. Die epidermale Hyperproliferation (die mitotische Aktivität der Basalzellen ist auf das 8-fache erhöht) bewirkt neben einer mächtigen Verbreiterung (Akanthose) und Verwerfung (Papillomatose) der Epidermis auch einen enorm beschleunigten epidermalen Turnover mit überstürzter und inkompletter Differenzierung. Dies äußert sich im Fehlen eines stratum granulosum, in kernhaltigen Hornzellen (Parakeratose) und in mangelnder Kittsubstanz zwischen den Hornzellen.

Das Vorliegen von aktivierten T-Lymphozyten im entzündlichen Infiltrat deutet darauf hin, daß immunologische Pathomechanismen an der Entstehung der psoriatischen Hautläsion wesentlichen Anteil haben. In diesem Sinne sind auch die Assoziation mit bestimmten HLA-Antigenen, die therapeutische Wirksamkeit von immunsuppressiven Medikamenten sowie der psoriasisprovozierende Effekt von bestimmten Immunstimulantien zu sehen (die intradermale oder systemische Zufuhr von Interleukin-2 ist in der Lage, einen psoriatischen Schub auszulösen). Die Aktivierung der T-Lymphozyten in der Haut erfolgt, so wird vermutet, durch Exotoxine von Streptokokken, die in der Frühphase der Läsion als Superantigen die T-Zellen aktivieren (*Christophers & Mrowietz, 1999*).

Der Eruptionsdruck entspräche, diesem Erläuterungsansatz folgend, der Menge spezifisch aktivierter, zirkulierender T-Lymphozyten (*Fritsch, 1998*).

2.2.4. Therapie

Da die Ursache der Psoriasis nicht bekannt ist, gibt es keine kausale Therapie. Das therapeutische Ziel in der Psoriasisbehandlung ist es, die Erkrankung von ihrer phänotypischen Phase in Richtung genotypische Psoriasis zurückzudrängen und ein für den Patienten erträgliches Gleichgewicht mit der Krankheit zu finden. Die Eruption eines neuen Krankheitsschubes zu einem späteren Zeitpunkt kann in der Regel nicht verhindert werden. Ob und in welchem Umfang dies der Fall ist, ist sowohl von exogenen Provokationsfaktoren als auch vom endogenen Eruptionsdruck abhängig.

Therapeutisch steht ein Spektrum verschiedener, symptomatisch wirkender Modalitäten mit unterschiedlichen Indikationen zu Verfügung, aus dem die jeweils sinnvollste Kombination ausgewählt werden muß. Das therapeutische Ziel ist eine Normalisierung der erhöhten Epidermopoese und der pathologischen, epidermalen Ausdifferenzierungen, eine Hemmung der zellig-exudativen dermalen Entzündung und eine Hemmung der immunologischen Reaktionen.

Folgende Prinzipien sollten, unabhängig von den gewählten therapeutischen Maßnahmen, beachtet werden:

- Da es sich um eine chronisch-rezidivierende Erkrankung handelt, die den Patienten oft lebenslang begleitet, muß besonders genau aufgeklärt werden. Es muß darauf hingewiesen werden, daß Psoriasisherde in aller Regel der Therapie gut zugänglich sind, auch wenn die Veranlagung zur Eruption an sich nicht beeinflußt werden kann, so daß Rezidive nicht vollständig vermieden werden können.
- Da eine völlige Erscheinungsfreiheit häufig nicht erreicht werden kann, muß der Patient wissen, daß auch die Nichtbehandlung einzelner Herde die Gesamtprognose nicht verschlechtert. Durch diese aufklärerischen Maßnahmen soll dem Patienten ein unnötiger Erfolgsdruck genommen werden, ohne ihn zur Nichtbehandlung seiner Hauterscheinungen zu motivieren.
- Die Therapie sollte mit den mildesten Mitteln begonnen werden und der Lokalthherapie sollte solange als möglich der Vorrang gegeben werden.
- Um ein Rezidiv so weit als möglich zu vermeiden, dürfen die Pflegemaßnahmen der Haut nicht vernachlässigt werden.

Allgemeine Maßnahmen zur Pflege der Haut und insbesondere der betroffenen Hautareale sind Ölbäder, Solebäder, Pflegesalben und Salben mit Keratolytika (Salizylsäure, Harnstoff, α -Hydroxysäuren). Diese besitzen per se zwar keine Heilwirkung, entfernen jedoch die Schuppenauflagerungen, was die Haut geschmeidiger macht und insbesondere bei niedriger Luftfeuchtigkeit einer Rhagadenbildung vorbeugen kann.

Die Entschuppung der Haut ist Voraussetzung für die Penetration antipsoriatisch-wirksamer Substanzen. Zudem kann auch das unangenehme Organgefühl der psoriatischen Haut durch diese pflegerischen Maßnahmen gemildert werden.

Wichtig bei der Auswahl geeigneter, pflegerischer Maßnahmen, ist die Beachtung der psoriatischen Dynamik. Eruptiv-exanthemische Formen benötigen aufgrund des höheren Eruptionsdrucks primär eine mildere lokale Therapie als die chronisch-stationäre Psoriasis.

Aufgrund der möglichen Induktion eines psoriatischen Schubes durch Infekte, ist bei einem akuten Schub die Suche nach Fokalinfekten (insbesondere Streptokokkeninfektionen) angezeigt und gegebenenfalls eine Antibiotikatherapie durchzuführen.

Auch eine Balneo-, Thalasso- oder Klimatherapie kann die Symptomatik häufig eindrucksvoll lindern; vor therapeutischer Sonnenexposition müssen die Schuppen aufgrund ihrer Filterwirkung entfernt werden und die unbefallene Haut muß zum Schutz vor schädlicher UV-Strahlung bedeckt werden. Zeitlimitierungen der Strahlenexposition müssen genauestens eingehalten werden, da ein Sonnenbrand die explosive Ausbreitung der Psoriasis bewirken kann.

Lokal werden Glukokortikosteroide zur kurzfristigen keratolytischen und entzündungshemmenden Therapie eingesetzt; diese führen zwar zu einer Unterdrückung der psoriatischen Herde, zu einer vollständigen Abheilung kommt es aber meist nicht und Rezidive sind nach Absetzen dieser Therapie häufig. Längerfristiger Einsatz führt zu Kortisonschäden der Haut (Pergamenthaut), insbesondere auch aufgrund eines nur unbefriedigenden therapeutischen Effektes schwach wirksamer Kortikoide. Eine Potenzierung der Wirkung (allerdings auch der Nebenwirkungen) wird durch den Einsatz von Okklusivverbänden erzielt (Verband mit Plastikfolien, Tragen von Plastikhandschuhen über Nacht).

Auch Vitamin-D3-Präparate/ -Analoga kommen zum Einsatz. Sie besitzen ein ähnliches Wirkungsspektrum wie Glukokortikosteroide, haben aber den wesentlichen (psychologischen) Vorteil, kein Kortison zu enthalten. Bedingt durch eine gute antiproliferative und differenzierungsinduzierende Wirkung, kommt es zu einer Verminderung der Schuppung und Infiltration. Ein sparsamer Einsatz (Maximum 100g Salbe/ Woche) ist auch hier indiziert, da das Risiko der Hyperkalziämie besteht. Vitamin D3-Präparate können mit Kortikoiden kombiniert werden und sind ebenfalls gut in Kombination mit UV-B- Strahlung wirksam.

Auch Teerpräparate haben einen guten therapeutischen Effekt in der Behandlung der Psoriasis, sind aber aufgrund ihrer Farbe und ihres Geruchs bei den Patienten nicht sehr beliebt und werden folglich immer seltener eingesetzt. Das Ansprechen der Psoriasis auf die Teerbehandlung ist langsamer als bei den Kortikoiden, die Herde heilen jedoch meist vollständig ab. In seltenen Fällen kann es unter der Teerbehandlung zu lokalen Irritationen kommen; zudem wirkt Teer photosensibilisierend, so daß Sonnenexposition während der Teertherapie vermieden werden sollte.

Ein sehr wirksames und gleichzeitig eines der ältesten Lokalthapeutika der Psoriasis ist Dithranol (Cignolin). Insbesondere an der psoriatischen Haut ruft es eine Irritation mit anschließender Abheilung hervor („Psoriasis verbrennt im Feuer des Dithranols“, *Fritsch, 1998; Braun-Falco et al., 1995*). Da diese Substanz leicht oxydiert (die Zubereitung in Salbenform erfolgt daher hauptsächlich in Kombination mit der oxydationshemmenden und entschuppen- den Salizylsäure) und im oxydierten Zustand Kleidung, Fingernägel, Waschbecken etc. verfärbt, die Vermeidung starker Hautreizungen zudem eine Menge Erfahrung erfordert, erfolgt die Anwendung von Dithranol fast ausschließlich unter stationären Bedingungen. Dithranol führt ebenso wie die Teerpräparate meist zu einer völligen Abheilung der Herde, allerdings besteht bei stark entzündlichen Herden, durch Auslösung des Köbner-Phänomens, die Gefahr einer Verschlechterung der Hauterscheinungen. Dies erschwert zusätzlich die Indikationsstellung zur Anwendung diese Präparats.

In der Phototherapie kommen sowohl die einfache UV-B- Bestrahlung als auch die mit der oralen Einnahme eines Psoralens verbundene UV-A- Bestrahlung (PUVA = Psoralen + UVA) zum Einsatz. PUVA ist stärker wirksam als die alleinige UV-B- Bestrahlung und die erzielten Remissionen halten länger an. Psoralen verbindet sich unter Einwirkung der UV-A- Strahlen mit der DNS der Epidermalzellen und verhindert so eine Zellteilung. Dies wirkt dem Phänomen der Hyperkeratose entgegen. Durch Kombination mit Psoralen kann die dazu notwendige Lichtdosis möglichst gering gehalten werden. Während des Behandlungszeitraums wird die Bestrahlung 4x/ Woche durchgeführt, bis zur kompletten Remission sind in der Regel 3-6 Wochen erforderlich. Anschließend erfolgt eine bezüglich Dosis und Frequenz individueller gestaltete Therapie zur Rezidivprophylaxe. Neben Kontraindikationen wie Leber-, Augen- und Nierenschäden muß die Gefahr der Dosisakkumulation berücksichtigt werden. Die MPD (minimale phototoxische Dosis) wird vor der Bestrahlung durch Hauttestung ermittelt, da eine Überdosierung zu drastischen, phototoxischen Reaktionen führen kann und eine hochdosierte Langzeitbehandlung eine Lichtalterung der Haut mit sich bringt. Auch für diese Therapieform gibt es aufgrund zahlreicher Nebenwirkungen eine strenge Indikationsstellung. Als nebenwirkungs-

ärmere Variante bei lokal begrenzter Psoriasis ist die lokale Photochemotherapie mit lokaler Psolarennapplikation und die Balneo-PUVA, bei der Psolarenn ins Badewasser gemischt wird und so eine systemische Applikation vermieden werden kann. In jüngster Zeit hat die Sole-Phototherapie weitgehende Anwendung gefunden. Salzbäder (Salzgehalt > 5%) werden dabei mit nachfolgender UV-Bestrahlung kombiniert. Hohe Wirksamkeit, geringe Effektivkosten und sehr gute Akzeptanz bei den Patienten sind Vorteile dieser Therapieform.

Die systemische Therapie wird immer dann notwendig, wenn die Psoriasis große Teile des Integuments einnimmt, die Krankheitsaktivität hoch ist und Rezidive nach lokaler Therapie häufig sind. Als systemische Behandlungsformen stehen mehrere Therapiemöglichkeiten zur Auswahl.

Systemische Glukokortikoide sind stets kontraindiziert, da sie zwar den psoriatischen Schub unterdrücken können, es nach Dosisreduktion oder Absetzen aber meist zu einem Rezidiv mit zunehmend schweren Hauterscheinungen kommt (Reboundeffekt). Auf lange Sicht verschlechtert sich daher die Psoriasis trotz steigender Kortikoiddosen und zunehmender Nebenwirkungen.

Acitretin, ein synthetisches Retinoid, ist ein wichtiges systemisches Therapeutikum, welches die Abschuppung fördert und eine zunehmende Differenzierung hervorruft. Außerdem führt es zu einer Hemmung der Chemotaxis und der Lymphozytenproliferation und damit zu einer verminderten Infiltration und Entzündungsreaktion. Ein zusätzlicher, positiver Effekt ist das vermehrte Ansprechen auf andere Therapieformen (Phototherapie, Balneotherapie) unter dem Einfluß von Acitretin. Eine Kombination mit anderen Systemtherapeutika ist wegen pharmakologischer Interferenzen meist kontraindiziert.

Methotrexat gilt als das wirksamste Medikament in der Behandlung der Psoriasis. Es normalisiert schon in geringer Dosierung die epidermale Proliferation und führt innerhalb weniger Wochen zur Unterdrückung der Psoriasis. Wegen seiner ausgeprägten Nebenwirkungen (Leukopenie, Lebertoxizität u.a.) gilt es aber als Mittel der letzten Wahl bei therapierefraktärer, schwerer Psoriasis. Nach dem Absetzen sind Rezidive häufig und im weiteren Verlauf besonders therapieresistent.

Cyclosporin A hemmt die Aktivität von T-Zellen, antigenpräsentierenden Zellen und Mastzellen und kann so, durch Beeinflussung der Effektorzellen der psoriatischen Reaktion, eine völlige Erscheinungsfreiheit bewirken. Nach Ansprechen auf die Therapie kann die Cyclosporindosis auf eine individuelle Erhaltungsdosis reduziert werden oder, dank ausbleibender Tachyphylaxie, im Rahmen einer Kurzzeit-Intervalltherapie wiederholt eingesetzt werden. Nach Absetzen kommt es jedoch häufig zu Rezidiven und der Einsatz ist wegen der beträchtlichen Neben-

wirkungen (dosisabhängige Nierentoxizität) ebenfalls auf sonst unbeherrschbare Fälle beschränkt.

Die Wirkungsweise der Fumarsäurederivate ist noch nicht vollständig geklärt. Wahrscheinlich wird sie durch eine Modulation des Immunsystems bestimmt. Da aber Informationen zu Pharmakologie und Toxikologie noch fehlen, lassen sich keine eindeutigen Indikationen und Kontraindikationen der Fumarsäuretherapie formulieren. Nebenwirkungen sind Magen-Darm-Beschwerden und das Auftreten einer Flush-Symptomatik, bei längerer Anwendung kann es zu einem Absinken der Leukozytenzahlen mit Lymphopenie und Eosinophilie kommen, weshalb eine Kontrolle des Blutbildes, einschließlich des Differentialblutbildes, zur Überwachung notwendig ist (*Christophers & Mrowietz, 1999*).

Da ebenso wie bei der Neurodermitis auch bei der Psoriasis eine multifaktorielle Genese mit Beteiligung psychischer Faktoren anzunehmen ist, gibt es auch hier eine Reihe alternativer Therapieangebote, die unterstützend wirksam sind.

Die Psoriasis ist eine chronische Hauterkrankung, bei der eine völlige Genese nicht zu erwarten ist. Therapeutische Zielsetzung muß es also sein, durch pflegerische Maßnahmen sowie durch Ausschaltung bzw. Vermeidung der auslösenden und aggravierenden Faktoren, die erscheinungsfreien Zeiträume zu verlängern und die Haut in soweit zu stabilisieren, daß Häufigkeit und Schwere akuter Schübe möglichst gering gehalten wird. Wie weiter oben schon erwähnt, ist es wichtig, daß der Patient ein (inneres) Gleichgewicht mit der Erkrankung findet, welches ihm ermöglicht, mit der Krankheit zu leben und seine Lebensqualität als nicht maßgeblich durch die Krankheit beeinträchtigt zu sehen.

2.2.5. Psychodermatologische Betrachtungsweise

Der Psoriatiker hinterläßt im ersten Gespräch oftmals den Eindruck eines positiv gestimmten, fröhlichen und kontaktfähigen Menschen, der Selbstvertrauen und gute Kommunikationsfähigkeiten besitzt (*Bosse, 1990*), verschiedene Autoren legen aber die Vermutung nahe, daß es sich hierbei um das Resultat einer übermäßigen Adaptation im Sinne einer Bewältigungsstrategie im Umgang mit der chronischen Hauterkrankung handelt (*Gupta & Gupta, 1995; Gupta et al., 1989; Gupta & Habermann, 1987; Hünecke & Bosse, 1985*). Weitere Dimensionen der Krankheitsbelastung können dann im therapeutischen Beziehungsgefüge zu Tage treten (*Gieler et al., 1986; Hünecke & Bosse, 1985*).

Auch der Psoriatiker empfindet, ebenso wie der Neurodermitiker, durch die Sichtbarkeit der Hauterscheinungen und der damit einhergehenden Stigmatisierung einen großen Leidensdruck

(Gupta et al., 1998; Fortune et al., 1997; Schmid-Ott et al., 1997, 1996; Gupta & Gupta, 1995; Hünecke & Bosse, 1987; Falke, 1982).

Zudem hat das Krankheitserleben von Psoriasispatienten, neben den konkreten Stigmatisierungserlebnissen, einen zusätzlichen prognostischen Wert: es ist wegweisend für angemessenes versus problematisches Bewältigungsverhalten, wie das Aufsuchen professioneller Hilfe oder den verstärkten Konsum von Alkohol (Schmid-Ott et al., 1997). Bei den Psoriatikern gibt es überzufällig häufig eine Assoziation mit Alkoholismus und Depression und die Suizidalität scheint gehäuft aufzutreten (Gupta & Gupta, 1998, 1997, 1995; Schmid-Ott et al., 1997; Gupta et al., 1993; Ginsburg & Link, 1993, 1989; Gupta & Habermann, 1987).

Schmid-Ott et al. (1997) definieren in ihrer Studie Subgruppen von Psoriasispatienten, die sich durch ein unterschiedliches Krankheitserleben und Bewältigungsverhalten und damit auch durch eine unterschiedliche Behandlungserwartung bzw. unterschiedliches Therapieinanspruchnahmeverhalten bezüglich ihrer Hauterkrankung auszeichnen.

Die Autoren finden 4 Subgruppen:

1. die Isolierten: diese Gruppe weist bei Krankheitsbeginn niedrige Werte auf der Skala „soziale Unterstützung“ auf. Hohe Werte auf dieser Skala würden eine positive Reaktion der Familie sowie des Freundes- und Bekanntenkreises beschreiben. Trotzdem zeichnet sich diese Gruppe nicht durch ein überdurchschnittliches Stigmatisierungserleben aus, ebenso wie der „initiale Schock“ in dieser Gruppe, also das initiale Erleben der Krankheit, mit dem Affekt der Angst, dem veränderten Selbstbild und der damit einhergehenden Hilflosigkeit nach Erfahren der Diagnose, gering ausgeprägt ist.
2. die Stigmatisierten zeichnen sich durch eine hohe empfundene Ablehnung durch andere aus und weisen außerdem die höchsten Werte auf der Skala „initialer Schock“ auf.
3. die Unterstützten: sie erreichen die höchsten Werte auf der Skala „soziale Unterstützung“ sowie relativ hohe Werte auf der Skala „initialer Schock“.
4. die Nicht-Stigmatisierten berichten von dem geringsten „initialen Schock“ und den wenigsten „Negativen Reaktionen der Umwelt“ wie Ekel, Angst vor Ansteckung etc.. Die soziale Unterstützung ist bei dieser Subgruppe ebenfalls relativ groß.

Diese Subgruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Therapieinanspruchnahmeverhaltens, wodurch die Bedeutung des Krankheitserlebens, insbesondere die Bedeutung des ganz zu Beginn der Erkrankung entstehenden Gefühls, stigmatisiert zu sein, unterstrichen wird.

Die Gruppe der sich schon bei Diagnosestellung stigmatisiert fühlenden Patienten, ist später häufiger bei den „problematischen“ Gruppen der „Multi-User“ und der „Wartezimmerpatienten“ zu finden. Diese Gruppen weisen einerseits eine hohe Inanspruchnahme ärztlicher Therapien

und viele Arztbesuche und andererseits viele Arztwechsel auf. Die hypothetische Schlußfolgerung aus diesen Beobachtungen ist, daß diese Patienten ihren hohen Leidensdruck durch das Ausbleiben einer dauerhaften Besserung vor allem dem behandelnden Arzt zuschreiben und infolgedessen einen häufigen Arztwechsel vollziehen. In der Gruppe der „arrangierten Mini-User“ und der „Hoffnungsvollen“ sind diese Patienten demzufolge unterrepräsentiert. Hier sind eher die „nicht-stigmatisierten“ und „unterstützten“ Patienten vertreten, die sich durch eine zwar geringe Hoffnung auf Besserung ihres Hautzustandes, aber auch, aufgrund ihrer stabileren sozialen Situation, durch einen geringen Leidensdruck auszeichnen. Diese Gruppen zeigen eine geringe allgemeine Behandlungsmotivation und sie sind, durch eine zuversichtliche Einschätzung des Heilungsverlaufs, eher selten bereit, sich auf immer neue Therapiemethoden einzulassen.

Hier zeigt sich die Relevanz der Stigmatisierung als veränderliches, beeinflussbares, psychologisches Merkmal auf den weiteren Umgang mit der Erkrankung und auf das individuelle Therapieinanspruchnahmeverhalten. Die Berücksichtigung dieses Aspekts gewinnt unter dem Dogma einer optimalen Therapieplanung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten an Relevanz (*Lange et al., 1999*).

Daneben spielen psychische Belastungen und streßassoziierte Lebensereignisse als prädisponierende sowie chronifizierende Einflußfaktoren für den Psoriatiker eine beträchtliche Rolle (*Nevitt & Hutchinson, 1996; Zachariae et al., 1996; Gupta & Gupta, 1995; Ehlers et al. 1994; Gupta et al., 1989*).

Psoriatiker haben häufig eine externale Kontrollüberzeugung bezüglich der Genese ihrer Erkrankung (*Lange et al., 1999*), was mit einem Mangel an eigenen Kontrollmöglichkeiten und Gefühlen von Hilflosigkeit einhergeht und sich zusätzlich negativ auf die Krankheitsbewältigung auswirkt (*Ehlers et al., 1994*). Die Erfolge ergänzender verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Reduktion schubauslösender Faktoren auf der Grundlage eines Dispositions-Streß-Modells konnten in zahlreichen Studien belegt werden (*Windemuth et al., 1999; Hoegl et al., 1998; Schaller et al., 1998; Traencker et al., 1996; Peters & Löwenberg, 1994, 1993, 1992; Kaschel et al., 1989*). Eine Möglichkeit der Steigerung der Lebensqualität von Psoriasispatienten ist somit die Stärkung internaler Kontrollattributionen. Durch das Erlernen einer Selbstwirksamkeit, kommt es zu einer Reduzierung erlebter Hilflosigkeit angesichts der Krankheit und einer Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit infolge der Reduzierung sozialer Ängste (*Lange et al., 1999*).

Es soll hier nicht ausführlicher auf die Psychodynamik der Psoriasis eingegangen werden, da es sich bei der Psoriasis ebenso wie bei der Neurodermitis um eine chronische, multifaktoriell

bedingte Hauterkrankung mit generalisierter Symptomatik handelt und sich somit viele Aspekte der Sozio- und Psychodynamik decken und nicht explizit erläutert werden müssen.

2.3. Psychoanalytische Theorien zur Persönlichkeitsentwicklung

Grundgedanke der Psychoanalyse ist es, durch Deutlichmachung unbewußter Zusammenhänge bestimmte Einsichten und Veränderungen im Patienten zu erreichen.

Auch in der psychoanalytischen Forschung haben Objektbeziehungstheorien (*Marty, 1958; Spitz, 1957*) und Ich-Psychologie (*Anzieu, 1991; Mitscherlich, 1967; Winnicott, 1965*) zu einem besseren Verständnis der Interaktionen von Emotionen und somatischen Komponenten beigetragen. *Montagu (1971)* beschäftigt sich ausführlich mit der Bedeutung der Berührung für die psychische Entwicklung des Individuums. Aber auch frühe Psychoanalytiker greifen in ihren Ausführungen die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen Psyche und Soma in der Entwicklung des Individuums auf, so erklärt *Freud (1923)* mit seiner Konversionstheorie die Entstehung von somatischen Erscheinungen bei psychischer Dysfunktion und *Schur (1955)* greift in seinem Konzept der Resomatisierung ebenfalls die Entstehung psychosomatischer Krankheitsbilder auf.

Die möglichen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung aus psychoanalytischer Sicht und die daraus resultierenden Symptome sollen im folgenden detailliert dargestellt werden.

2.3.1. Freud: Konversionstheorie

Freud (1895), der aufgrund seiner Ausführungen zu hysterischen Neurosen als „Initiator der modernen Psychosomatik“ (*Wesiack, 1983, S.299*) gilt, hat die psychoanalytische Betrachtung psychosomatischer Krankheiten nachhaltig beeinflusst. Hinsichtlich der Beziehung zwischen Psyche und Soma ist er der Überzeugung, daß die Psychoanalyse „Einsichten in die Zusammenhänge zwischen Seele und Leiblichem“ erlaubt (*Freud, 1923, S. 225*).

Der von ihm geprägte Begriff der „Konversion“ beschreibt einen Abwehrmechanismus, bei dem „die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch erfolgt, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird“ (*S. 63*), entsprechend einer „Umsetzung psychischer Erregung in körperliche Dauersymptome“ (*S.142*). Er sieht die Ursache der körperlichen Symptombildungen in der Regression zu alten Fixierungsstellen der Libido. Im Rahmen dieser Regression kommt es zu einer Libidobesetzung der zum Partialtrieb gehörenden erogenen Zone, die dann isoliert nach Befriedigung strebt. Bei der Schmerz- und Grausamkeitskomponente der Libido wird die Haut zur erogenen Zone (*vgl. Freud, 1905a, b*).

Dieser Auffassung zufolge stellen die Konversionssymptome permanente oder intermittierende Besetzungsvorgänge dar, die an die Stelle gehemmter infantiler Sexualregungen getreten sind. Hinsichtlich der Spezifität der Organwahl unterstreicht *Freud (1915a, b)* die Bedeutung zahlreicher Determinanten: somatische und psychische Traumen während der ersten Lebensjahre, Disposition bestimmter Organe zur symbolischen Darstellung spezifischer psychischer Konflikte, Art der Abwehrmechanismen, Zeitpunkt und Intensität der Libidofixierung und der daraus resultierenden Regression sowie individuelle biographische Besonderheiten.

Des Weiteren ist das Vorhandensein einer organischen Bahn Voraussetzung für die Manifestation eines Konversionssyndroms. Als „somatisches Entgegenkommen“ (*Freud, 1905b, S. 200*) bezeichnet er die hereditär bedingten, konstitutionell-organischen Grundlagen der Symptombildung und unterstreicht, daß eine somatische Symptombildung nur durch ein Zusammenwirken endogen-konstitutioneller Komponenten einerseits und exogen-akzidenteller Faktoren andererseits möglich ist (*Freud, 1905a, 1917a, b*). Dabei werden „die fallenden Intensitäten des einen Faktors durch die steigenden des anderen ausgeglichen“ (*Freud, 1905a, S.141f.*). „In der Theorie neigt man immer zur Überschätzung der ersteren [konstitutionellen Komponente, d. A.]; die therapeutische Praxis hebt die Bedeutung der letzteren [akzidentiellen Komponente, d. A.] hervor. Man sollte auf keinen Fall vergessen, daß zwischen den beiden ein Verhältnis von Kooperation und nicht von Ausschließung besteht. Das konstitutionelle Moment muß auf Erlebnisse warten, die es zur Geltung bringen, das akzidentielle bedarf einer Anlehnung an die Konstitution, um zur Wirkung zu kommen“ (*Freud, 1905a, S.141f.*).

Insbesondere bei den atopischen Erkrankungen ist das Vorhandensein beider Momente zum heutigen Zeitpunkt nachgewiesen. Die kutane Symptomatik trägt hierbei den Charakter einer produktiven Konfliktbewältigung, da es durch die eigene Körpersprache gelingt, den unbewußten Konflikt transparent zu machen.

2.3.2. Alexander: psychophysischer Parallelismus

Alexander (1951) vertritt die Theorie krankheitsspezifischer psychodynamischer Konflikte im Sinne eines psychophysischen Parallelismus, d.h. eines simultanen Verlaufs physischer und psychischer Prozesse.

Er stützt seine Theorien u.a. auf das *Freudsche* Konversionsmodell, wonach er das Symptom als „symbolischen Ausdruck eines emotional geladenen psychologischen Inhalts“ interpretiert, welches den Versuch beinhaltet, „emotionale Spannung zu entladen“ (*Alexander, 1951, S.22*). Kommt es, aufgrund einer vom Über-Ich gesteuerten Blockade der psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten und der physiologischen Abfuhr nach außen, zu einem Andauern der emo-

tionalen Spannung, so persistiert die physiologische Reaktion und mündet in „psychogenen organischen Störungen“ (*Alexander, 1951, S.24*). Mit Fortdauern der emotionalen Spannung führt die funktionale Störung zu einer manifesten Gewebeveränderung und somit zu einer „irreversiblen organischen Krankheit“ (*Alexander, 1951, S.24*).

Hinsichtlich der Spezifität der einzelnen psychosomatischen Krankheitsbilder verweist *Alexander (1951)* auf die Existenz spezifisch-dynamischer Konfliktsituationen und betont, daß bestimmte dynamische Konfigurationen von Antrieben, Ängsten und Abwehrprozessen den einzelnen somatischen Symptombildungen zugrunde liegen. Die Neurodermitis oder die Psoriasis vulgaris interpretiert er als „Teil einer neurotischen Symptomatologie“ (*S.125*). Unter psychodynamischen Gesichtspunkten betrachtet ist die Haut in ihrer Eigenschaft als Oberflächenorgan „somatischer Ort des Exhibitionismus“ (*S.124*) und der Autor sieht in den Effloreszenzen der Neurodermitis eine Korrelation zu „somasochistischen und exhibitionistischen Zügen“ (*S.125*) des Patienten. Dieser Exhibitionismus dient der „Darbietung des Körpers zum Zwecke des Gewinnens von Aufmerksamkeit, Liebe und Bevorzugung ... sowie als Waffe im Konkurrenzstreben“ (*S.125*). In Folge dessen kommt es beim Patienten zu Schuldgefühlen und die Haut wird als Schuldobjekt zum Ort der Strafe.

Für den für die Neurodermitis charakteristischen Juckreiz-Kratz-Zirkel gibt es nach *Alexander (1951)* verschiedene interpretatorische Ansätze. Zum einen beschreibt er einen initial zugrunde liegenden Feindseligkeits-Antrieb, der infolge von Schuldgefühlen von seinem ursprünglichen Ziel auf das eigene Selbst verschoben wird. Der Kratz-Juck-Zirkel wird also mit einem aggressiven Affekt gegen das Selbst initiiert. Zum anderen unterstreicht er die Bedeutung gehemmter sexueller Erregung als psychodynamisch relevanten Faktor. Danach läßt sich das Kratzen als ein eindeutig „masturbatorisches Äquivalent und damit als eine Quelle bewußter sexueller Lust“ (*S.128*) verstehen. Neben der autoerotischen Komponente unterstreichen *Alexander, French und Pollock (1968)* auch den Aspekt der Schmerzzufügung im Sinne von Selbstbestrafung. Sie spezifizieren die psychodynamische Hauptwurzel der Neurodermitis als eine komplexe Konfiguration von Exhibitionismus, Masochismus und Schuldgefühlen, verbunden mit einem tiefsitzenden Wunsch nach physischer Zuwendung.

2.3.3. Schur: Konzeption der Resomatisierung

Schurs (1955) theoretische Konzeption zur De- und Resomatisierung basiert auf der Annahme spezifischer Wechselwirkungen zwischen der Reifung des Zentralnervensystems und des motorischen Systems auf der einen und der Entfaltung des Sekundärprozeßdenkens, der Realitätsprüfung, als wesentliche Komponente der Etablierung des Ichs, auf der anderen Seite.

Das Ich erlangt im Laufe dieses Prozesses die Fähigkeit, zwischen einer potentiellen und einer realen Gefahr zu differenzieren und adäquat zu reagieren. So verlagert das Individuum im Laufe seiner psychobiologischen Entwicklung mit zunehmender „Desomatisierung der Reaktion auf bestimmte Erregungen“ das „Schwergewicht allmählich vom Handeln auf das Denken“ und somatische Abfuhrprozesse treten immer mehr in den Hintergrund (*Schur, 1974, S.340*). Dies kann als Zeichen der zunehmenden Fähigkeit des Ichs aufgefaßt werden, „Triebenergien im Sinne eines Problem-Lösungs-Prozesses zu neutralisieren“ (*Schur, 1974, S.342*).

Bei einer gestörten Ich-Entwicklung, bzw. einem pathologischen Zusammenwirken der momentanen Gesamtheit aller angeborenen und Umweltfaktoren als weitere Komponenten („Konstellation von Kausalfaktoren“), verliert das Ich die Fähigkeit zum Sekundärprozeßdenken und zur psychischen Verarbeitung von Affekten. Es kommt zu Fehleinschätzungen von Gefahrensituationen, so daß die Reaktion auf die Gefahr nicht in Form von neutralisierter Energie im Sinne eines Problemlösungs-Prozesses erfolgt, sondern im Sinne einer Regression zu infantilen Verarbeitungsmustern führt. Je nach Ausmaß der Ich-Schädigung und der psychischen Verarbeitungskapazität kommt es zur somatischen Symptombildung.

Es lassen sich vielfältige Wechselwirkungen zwischen dem Ausmaß der Kontrollfunktion, dem Neutralisierungsgrad und der Tendenz zur Resomatisierung vermuten, so daß auch nicht-neutralisierte aggressive Affekte mit somatischen Abfuhrerscheinungen verbunden sind (*Schur, 1973*).

In seiner Auffassung hinsichtlich der Spezifitätsfrage grenzt sich *Schur (1974)* deutlich von *Alexanders (1951)* Theorie der krankheitsspezifischen Konflikte (s.o.) ab und definiert die Spezifität als eine „Bereitschaft zu bestimmten spezifischen Organreaktionen“ (S. 386). Diese Reaktionsbereitschaft kann, nach seiner Ansicht, so stark ausgeprägt sein, daß vielfältige Noxen die gleiche Krankheit auszulösen vermögen. Er führt eine Reihe von Merkmalen an, die, für dermatologisch erkrankte Patienten charakteristisch seien. So nennt er neben einem hohen Maß an frühkindlichen Traumatisierungen insbesondere neurotische Symptome, Ich-Funktionsstörungen und hinsichtlich der Libidoentwicklung ein Vorherrschen narzistischer und prägenitaler, insbesondere exhibitionistischer Triebkomponenten. Bei diesen Patienten sind überdies auch die Objektbeziehungen von narzistischen und prägenitalen Bedürfnissen gekennzeichnet (*Schur, 1974*).

So interpretiert er parallel zu *Alexander (1951)*, z.B. den für die Neurodermitis charakteristischen Pruritus als ein „Äquivalent libidinöser Impulse, wobei das Kratzen als eine Form sexueller Befriedigung im Sinne einer masturbatorischen Handlung verstanden werden kann“. Die Ursache dieser Regression zur „autoerotischen Phase der Hauterotik“ (*Schur, 1974, S. 357*)

sieht *Schur* in exhibitionistischen Strebungen des Individuums einerseits und seinen gegen den Exhibitionismus gerichteten Abwehrmaßnahmen. Gleichzeitig ist das Kratzen aber auch eine Ausdrucksform aggressiver Tendenzen, die zum einen, im Sinne einer Selbstbestrafung, gegen die eigene Person, zum anderen aber auch gegen ein äußeres Objekt, insbesondere die Mutter, gerichtet sein können.

Die Folgen des Kratzens (bakterielle Sekundärinfektionen, Narben und Entstellungen) erlangen ihrerseits Bedeutung in ihrer Funktion der indirekten Triebbefriedigung: als Ursprung des sekundären Krankheitsgewinns in Form von Zuwendung und Aufmerksamkeit. Die Läsion wird zum „Fokus einer narzistischen Regression“ (*Schur, 1974, S. 375*).

2.3.4. Spitz: Gestörte Mutter-Kind-Beziehung

Spitz (1957) kommt nach empirischen Untersuchungen zu der Auffassung, daß eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung die Ursache für Neurodermitis sein könnte.

Er vertritt die Hypothese, daß widersprüchliche Signale der Mutter, verhaltene Feindseligkeit versus demonstrative Überprotektion, zu der Entstehung eines atopischen Ekzems beitragen können. Nach *Spitz (1957)* reagieren die Säuglinge auf die mangelnden positiven taktilen Reize der Mutter und die dazu nicht passende verbale Überbesorgtheit mit einer Art „experimentellen Neurose“. Aufgrund einer defizitären Libido- und Ich-Entwicklung sind die Objektbeziehungen durch extreme Ambivalenz gekennzeichnet. „Die Reaktion des Kindes könnte den Charakter einer an die Mutter gerichteten Aufforderung haben, das Kind häufiger zu berühren. Sie könnte auch eine narzißtische Vorkehrung sein, in dem Sinn, daß das Kind sich durch das Ekzem auf somatischem Gebiet selbst die Reize verschafft, die ihm die Mutter vorenthält“ (*S. 87*). Er weist darauf hin, daß es Kindern, deren Mütter ihnen nicht die notwendige Befriedigung, berührt zu werden, zukommen lassen, schwerfällt, die primären Identifikationen zu vollziehen.

2.3.5. Marty: die allergische Objektbeziehung

Marty (1958) beschreibt einen Typus von Objektbeziehung (Objekt wird hier im Sinne des Beziehungsobjekts gebraucht, d. A.), der bei Patienten mit ganz unterschiedlichen allergischen Erkrankungen konstant aufzufinden ist. Besonders charakteristisch ist er für asthmatische und Ekzempatienten und beschreibt den permanenten Versuch des Subjekts (des Patienten, d. A), sich dem Objekt zu nähern. „Ein Allergiker hat nur den einen fundamentalen Wunsch: die größtmögliche Annäherung an das Objekt bis zur Verschmelzung“ (*S.421*). Das Ziel ist eine symbiontische Beziehung des Subjekts (Allergikers) zu seiner (Objekt-) Welt mit substituie-

render Wirkung auf seine labile Struktur. Diese Annäherung vollzieht sich in zwei aufeinander folgenden Schritten:

1. der erste ist durch die Beschlagnahme (*saisie*) des Objekts gekennzeichnet,
2. der zweite besteht in der Aneignung (*aménagement*) dieses Objekts.

Die Beschlagnahme des Objekts ist „unmittelbar, umfassend und brutal“ (*S.421*) und endet in der Aufhebung der Grenzen zwischen Subjekt und Objekt, der Verschmelzung und totalen Identifizierung mit dem Objekt.

Als Folge dieser Verschmelzung, ist das Subjekt nicht in der Lage Grenzen zu bestimmen, die es in der Realität von seinem Objekt unterscheiden und ihm ermöglichen, gegenüber dem Objekt eine gewisse Distanz einzuhalten.

Das Subjekt ist von dem ständigen Wunsch besessen, die Grenzen aufzuheben, um eine Einheit als „Gast-Wirts-Objekt“ (*S. 423*) zu bilden, wobei diese Einheit in dieser Phase der Beschlagnahme aber auch schnell, zu Gunsten eines anderen Objektes, wieder aufgegeben werden kann. Davon abzugrenzen sind einige beständigere „Gast-Wirts-Beziehungen“ mit Objekten, die für das Subjekt einen besonderen Wert besitzen und in einem ständigen zeitlich-räumlichen Kontakt mit ihm stehen. Diese Objekte unterliegen dem Prozeß der Aneignung (*objets aménagés*).

Der Prozeß der Aneignung (*aménagement*) ist ein länger andauernder und nuancierterer Vorgang, der sich auf der Ebene der primären Identifizierung abspielt und während dessen es zu „einer progressiven, wechselseitigen Durchdringung von Subjekt und Objekt“ (*S. 423*) mit vollständiger Aufhebung der Distanzen kommt. Schwierigkeiten bei der Identifizierung und der Aufhebung der Grenzen, die durch unterschiedliche Eigenschaften von Subjekt und Objekt bedingt sind, werden vom Subjekt durch projektive und identifikatorische Mechanismen gemeistert. Projektive Arbeit bedeutet Ausstattung des Objekts mit Qualitäten des Subjekts, identifikatorische Arbeit ist die Aneignung der Qualitäten des Objekts durch das Subjekt.

Nach Abschluß des Prozesses ist das Subjekt eng an sein Objekt gebunden, es ist eine „undifferenzierte Masse“ (*S. 423*) entstanden, die das Subjekt vollständig befriedigt und ihm „zahlreiche Vorteile“ (*S.423*) verschafft.

Die wesentlichen Eigenschaften des Objekts dürfen jedoch nicht allzu weit von einem bestimmten Ideal oder dem Bild, was der Allergiker von sich selbst hat, abweichen. Dieses Ideal bzw. Selbstbild ist abhängig von den „charakterneurotischen Superstrukturen des Subjekts, ... die von bestimmten Fixierungsstellen ausgehen“ (*S.425*). Diese Fixierungspunkte waren bei den von *Marty (1958)* untersuchten Patienten überwiegend prägenital. Der Autor räumt dabei allerdings selbst ein, daß dieses Moment durch eine bestimmte Kategorie von Patienten, die seine Sprechstunde besuchten, beeinflusst sein könnte. Diese Fixierungen führen naturgemäß

zur Modifikation der Objektbeziehungen, die Auswahl der Objekte „richtet sich nach den charakterneurotischen Zügen, die auch bei den Allergikern nicht fehlen“ (S.426).

Im Grunde sucht der Allergiker „durch all diese Beziehungen hindurch ... eine Verschmelzung mit der Mutter“ (S.427), wobei diese Mutter aber eine von ihm idealisierte ist. „Wir sehen also, daß das allergische „Ich“ theoretisch ein sehr schwaches „Ich“ darstellt, dessen Hauptaktivität in der Aneignung der Objekte besteht. Es scheint keine Eigenexistenz zu besitzen, es ist inkonsistent, sein wesentlicher Wert liegt in den Objekten, die es antrifft und besetzt“ (S.427).

Die besetzten Objekte können grundsätzlich verschiedener Natur sein, sei es „menschlich, tierisch, pflanzlich, sachhaft“ (S.427), ebenso wie sich die Beziehung zu diesen Objekten auf ganz unterschiedlichen Ebenen abspielen kann. Genannt seien beispielsweise die sensorische, motorische und intellektuelle Ebene, geht die Beziehung tiefer, kann unter bestimmten Bedingungen auch die humorale Ebene mit in die Auseinandersetzung einbezogen werden, „was die allergischen Reaktionen dieser Patienten beweisen“ (S.427). Auch die Regression ist eine Ebene der Auseinandersetzung mit dem Objekt, *Marty (1958)* beschreibt insbesondere zwei Ereignisse, die den regressiven Mechanismus auslösen können.

Das erste auslösende Ereignis tritt ein, „wenn ein bereits besetztes Objekt unerwartet eine neue Eigenschaft zeigt, die jenseits der plastischen Identifizierungsmöglichkeiten des Subjekts liegt“ (S.428). Das Zutagetreten einer solchen Eigenschaft kann die Festigung einer identifikatorischen Beziehung verhindern, auch zu einem Zeitpunkt, da die Objektbeziehung bereits hergestellt ist. Dieses Ereignis bewirkt eine große Desillusionierung beim Subjekt, die Distanzen zwischen Subjekt und Objekt vergrößern sich und die Grenzen können nicht mehr aufgehoben werden. In diesem Fall, dem plötzlichen Verschwinden eines besetzten Objektes, kommt es oft, gemäß den Fähigkeiten des Allergikers, zu einer neuen Besetzung. Dies geschieht „nach einer Zeitspanne innerer Unausgeglichenheit, während der die Regression jedoch minimal sein kann, wenn das verschwundene Objekt, ..., nicht das einzige, oder nicht absolut wesentlich ist“ (S.429).

Das zweite auslösende Ereignis tritt ein, wenn zwischen zwei zugleich besetzten Objekten eine gewichtige Unverträglichkeit erkennbar wird, „dann kommt es beim Subjekt zu einer Unverträglichkeit mit sich selbst, und es wird durch seine doppelte Identifizierung zerrissen“ (S.429). Diese schmerzliche innere Zwiespältigkeit treibt das Subjekt oft weit in eine regressive Bewegung.

Die Regression von Allergieklienten, „kann bis zu Episoden der Depersonalisation gehen“ (S.431), wenn diese Regression nicht entweder durch eine neue Objektbesetzung oder „durch das äußerste Mittel, das Auftreten des somatischen Symptoms“ (S.431), unterbrochen wird.

Oftmals tritt die Allergie in dem Augenblick auf, „in dem feststand, daß es keine Identifizierungsmöglichkeit gibt“ (S.431) und verhindert so die Desintegration der Persönlichkeit. Die Tatsache, daß das somatische Symptom das Auseinanderreißen des allergisch kranken Patienten aufschiebt, darf es nicht auf ein inneres, banales (Zufluchts-) Objekt reduzieren, sondern muß dazu führen, es auf seiner tieferen, wesentlichen Ebene zu betrachten, der archaischen, der humoralen Ebene. Die Konzeption der humoralen Abwehr als ein „Substitut des Objektbeziehungssystems“ impliziert die Existenz einer „archaischen Fixierungsebene“ (S.432), nach *Martys* Ansicht einer „pränatalen Fixierung des Subjekts an ein System, in dem es ein undifferenziertes Ganzes mit der umgebenden Welt bildet“ (S.439).

Die Prognose für einen Patienten, bei dem das spezifische System der „allergischen Objektbeziehung“ gefunden wurde, wird aufgrund dreier wesentlicher Faktoren gestellt:

1. die Objektmöglichkeiten
2. die Beziehungsmöglichkeiten und
3. die Bedeutung des somatischen Rückzugs.

Das somatische Symptom ist als „Episode..., die eine breite regressive Bewegung vollständig stoppen oder ... bremsen kann“ zu sehen und markiert oft „das Ende der Regression und kündigt zugleich eine positive Basis für eine Rekonstruktion an“ (S.438). Das somatische Symptom ist also als somatisch-humorale, stabilisierende Phase zu sehen.

Unter Beziehungsmöglichkeiten versteht *Marty* die „Möglichkeit des Subjekts auf einer Skala von Beziehungsebenen zu spielen, auf denen es ein Objekt erreichen kann“ (S.439). Dazu zählen senso-motorische Fähigkeiten, das aktive Phantasieren und schließlich intellektuelle Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten eröffnen verschiedene Ebenen, auf denen sich die Beziehung abspielen kann. Je besser sich ein Individuum entwickeln konnte, je mehr Fähigkeiten es also aufweist, desto besser ist die Prognose bezüglich der allergischen Erkrankung.

Objektmöglichkeiten sind schließlich die Fähigkeiten, mit denen es dem Subjekt gelingt, mehr oder weniger Objekte zu seiner Verfügung zu haben. Je leichter ein Objekt durch ein anderes ersetzt werden kann, desto kürzer und minimaler ist die Phase der Regression.

Welche Behandlung nun für die Patienten die geeignetste ist, hängt einerseits von den allgemeinen Möglichkeiten des Subjekts und seinen Wünschen ab, andererseits ist jedoch auch von Bedeutung welche Behandlungsintention der Therapeut verfolgt. Ob es gilt, den Patienten so vollständig als möglich zu behandeln, wozu es gleichzeitig notwendig ist, den Patienten von seinen neurotischen Superstrukturen zu befreien, oder ob es lediglich Behandlungsziel sein soll, eine rein palliative Lösung anzubieten, „die es dem Subjekt ermöglicht, die momentane schwierige Situation einer regressiven Krise zu überwinden“ (S.441). Des weiteren muß natürlich Art

und Ausprägung der somatischen Symptomatik bei der Auswahl des Therapieverfahrens berücksichtigt werden.

Nach Martys Überzeugung liegt die Bedeutung der Psychotherapie darin, daß der Psychotherapeut als „Objekt, das sich besonders aneignen läßt, die Schaltstelle nach einem Objektverlust und vor der Wiederaufnahme einer späteren Beziehung garantiert“ (S.441). So ist „der Erfolg zuweilen relativ leicht erreichbar, wenn die Indikation gut gestellt und die Prognose, ..., günstig ist“ (S.441).

2.3.6. De Boor: Konflikte der prägenitalen Phase der Trieb- und Ich-Organisation

De Boor (1965a) kommt im Rahmen seiner therapeutischen Arbeit mit psychosomatischen Patienten zu der Überzeugung, daß die Konflikte der Patienten in der prägenitalen Phase der Trieb- und Ich-Organisation und im Bereich der Zweierbeziehungen liegen.

Er stellt bei diesen Patienten eine körpernahe und unabgegrenzte Qualität der Phantasien fest, die von sexuellen Wünschen vermischt mit aggressiven Impulsen herrühren und sich auf deutlich vom Ich abgegrenzte Objekte beziehen. Die Pathogenese der Haut- und Atmungsstörungen ist durch einen Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach „Aufhebung der Distanz“ und „aggressiven Triebimpulsen“ (S.55) bestimmt. In den ersten Hautempfindungen sind Unbehagen bei der Trennung von der Mutter und Behagen in Form von empfundener Wärme und Zärtlichkeit bei der Wiedervereinigung mit ihr gegeben. Bleibt letztere aus, so wird die Haut selber zur bösen, abgewehrten Mutter, die als Haut ebensowenig losgelassen werden kann.

De Boor (1965b) erkennt in der allergischen Symptombildung eine Verschiebung aggressiver und ängstlicher Impulse auf bestimmte Allergene. Die allergische Symptombildung wird als Versuch aufgefaßt, auftretende Konflikte nicht vornehmlich auf psychischer Ebene, sondern durch Somatisierung zu bewältigen. Der Allergiker, so *de Boor*, verschiebt das Konflikterleben mit dieser (Objekt-)Welt, der eigentlich seine Ängste und aggressive Impulse gelten, auf die Umwelt, insbesondere die Allergene, vor denen er sich nun schützen muß und darf. Diese Verschiebung erlaubt ihm eine spannungsärmere und möglicherweise befriedigendere Objektbeziehung. Der Allergiker schützt sich, im übertragenen Sinne, durch Allergenmeidung vor dem bedrohlichen Objekt.

2.3.7. Von Mitscherlich: die psychosomatische Symptomatik auf dem Boden einer psychoneurotischen Struktur

Von Mitscherlich (1967) sieht in der psychosomatischen Symptomatik die Chronifizierung eines Leidens mit somatischer Beteiligung auf dem Boden einer „vorgegebenen psychoneurotischen Struktur“ (*Mitscherlich, 1974, S.400*).

Psychosomatische Krankheitsbilder kommen also, seiner Meinung nach, ausschließlich in Kombination mit neurotischen Erkrankungen vor, bzw. sind eine Konsequenz derselben. Er sieht die Ursache in einem zweiphasigen Abwehrprozeß, der auf dem Boden einer mißglückten neurotischen Konfliktbewältigung stattfindet. Ausgangspunkt seiner theoretischen Konzeption ist die Feststellung *Freuds (1937)*, daß alle Verdrängungen in früher Kindheit stattfinden und daß es sich hierbei um primitive Abwehrmaßnahmen des unreifen Ichs handelt.

Aus einem traumatisierenden Erlebnis in der Kindheit können erste neurotische Charakterzüge hervorgehen, welche zu einer Fehlanpassung des Ichs führen. In der ersten Phase der Abwehr gelingt es dem durch Fehlanpassung eingeschränkten Ich noch, eine andauernde Krise durch neurotische Symptombildung, wie z.B. Angstproduktion, zu stabilisieren. Reichen jedoch zu einem späteren Zeitpunkt die psychischen Mittel der Konfliktbewältigung nicht mehr aus, so „erfolgt in der zweiten Phase die Verschiebung in die Dynamik körperlicher Abwehrvorgänge“ (*Mitscherlich, 1967, S.77*). Es findet eine „Resomatisierung, eine Regression der Konflikt Darstellung auf körperliches Leiden statt“ (*de Boor & Mitscherlich, 1973, S.5*). Als auslösendes Moment der psychosomatischen Erkrankung unterstreicht *Mitscherlich* die Bedeutung eines realen oder phantasierten Objektverlustes. Dabei handelt es sich vornehmlich um ein Objekt, welches bereits im Rahmen der neurotischen Fehlentwicklung eine zentrale Rolle spielte. Als weiteren Auslöser sieht er einen aus dem Bewußtsein verdrängten, unlösbaren Konflikt, der unbewußte Angst hervorruft. Die pathologischen physischen und psychischen Erscheinungen müssen als Reaktion auf die Angst verstanden werden (*Mitscherlich, 1965*).

Hinsichtlich der psychosomatischen Spezifität bezieht er sich auf die „dynamische Interaktion somatischer und psychischer Faktoren“ (*Mitscherlich, 1973, S. 7*), die erst in kombinierter Form zur Symptombildung ausreichen. Determinanten sind weiterhin genetisch fixierte Disposition sowie geschwächte Organfunktionen. Für die Neurodermitis als allergische Erkrankung sieht er den charakteristischen Konflikt in einem durch tiefe Ambivalenz gekennzeichneten Mutter-Kind-Verhältnis. Die Ambivalenz begründet sich in dem einerseits bestehenden Wunsch nach passivem Umsorgtwerden auf der einen und dem Bedürfnis nach Auflehnung gegen die Mutter auf der anderen Seite (*Mitscherlich, 1983b*).

2.3.8. Winnicott: Die Bedeutung der Kinderpflege

Winnicott betont in seinen Ausführungen die Abhängigkeit des Säuglings von einer genügend guten Kinderpflege.

Dies setzt die Existenz einer Umwelt voraus, welche in einer frühen Entwicklungsphase hauptsächlich durch die Mutter repräsentiert wird, die „haltend“ und „pflegend“ das Kind darin unterstützt, sich zum Individuum zu entwickeln. Für *Winnicott(1962)* hängt die zeitliche und räumliche Integration des Ichs von der Fähigkeit der Mutter ab, den Säugling zu „halten“ (holding); die Identitätsfindung hängt von ihrer Fähigkeit ab, den Säugling zu „pflegen“ (handling), beides geht mit einer intensiven Berührungsempfindung der Haut einher. Nach Meinung des Autors besteht das Ziel der Kinderpflege nicht nur darin, ein gesundes Kind hervorzubringen, sondern auch darin, die Entwicklung eines gesunden Erwachsenen zu ermöglichen (*Winnicott, 1976*).

Das ‚Selbst‘ ist das Resultat dieser Reifungsprozesse, es setzt sich aus verschiedenen Teilen zusammen, die im Verlauf der Entwicklung von innen nach außen agglutinieren, unterstützt, je nach Bedürfnis, durch die haltende und pflegende Umwelt. Durch kontinuierliche Erfahrungen entsteht eine „internal psychic living reality“, welche durch die von außen, initial durch die Mutter, herangetragenen Erwartungen modifiziert wird. Aus absoluter Abhängigkeit und Unreife entwickelt sich ein unabhängiges und reifes Individuum, welches in der Lage ist, „sich mit Liebesobjekten zu identifizieren, ohne die individuelle Identität aufzugeben“ (*Winnicott, 1971*).

Die Bedeutung der Mutter ist darin zu sehen, daß sich das Selbst wesentlich in den Augen und im Gesichtsausdruck der Mutter wiedererkennt. Sie spiegelt die erfahrende Wirklichkeit wider und bietet in der Beantwortung der frühesten spontanen Geste eine perfekte Umgebung, die sich aktiv an die Bedürfnisse des neu geformten Psycho-Somas anpaßt. Eine Umgebung, die die körperliche und gefühlsmäßige Situation einfach genug hält, so daß der Säugling diese verstehen kann und sie dennoch, den wachsenden Fähigkeiten der Kindes angepaßt, auch abwechslungsreich (*Winnicott, 1948*) gestaltet. Dieses Selbst erfährt sich also in der interpersonellen Kommunikation, so daß eine Umgebung, die sich nicht perfekt an die Bedürfnisse anpaßt, zum Übergriff wird, auf den das Kleinkind reagieren muß. Ist der Säugling zur Reaktion gezwungen, wird er aus dem Zustand der ‚Seins‘ herausgedrängt (*Winnicott, 1949*). *Winnicott* ist der Meinung, daß ein Reagieren in dieser Phase der menschlichen Entwicklung einem vorübergehenden Verlust an Identität gleichkommt. Dadurch wird beim entstehenden Individuum ein extremes Gefühl von Unsicherheit bewirkt. Aufgabe der Mutter ist es, diesem Gefühl von Identitätsverlust entgegenzuwirken, um dadurch die Entstehung der ersten Ich-Organisation zu ermöglichen. „Die erste Ich-Organisation entsteht aus dem Erleben drohender Vernichtung zu der

es jedoch nicht kommt ...“ (*Übersetzung aus Winnicott, 1976*). Winnicott definiert drei Schritte der kindlichen Entwicklung:

- Integration,
- Personalisation und
- „Objekt-relating“.

Integration beschreibt einen Prozeß, durch den das Individuum, aufgrund geglückter Erfahrung, einen Glauben an Zuverlässigkeit entwickeln kann. Dabei gibt es Phasen, in denen das werdende Individuum entweder im Gesicht seiner Mutter lebt oder in seinem eigenen Körper oder aus vielen Einzelteilen besteht. Von Bedeutung ist, daß es durch ein richtiges „Halten“ von Zeit zu Zeit die Erfahrung macht, sich wieder zusammenzufügen. Gelingt dies nicht, entstehen Persönlichkeiten, die Erfahrung von unvorstellbarer oder archaischer Angst in sich tragen: „Sie wissen, was es heißt, im Zustand akuter Konfusion oder Todesangst vor Desintegration zu sein. Sie wissen, was es bedeutet, fallengelassen zu werden, für immer zu fallen oder in die psychosomatische Uneinigkeit gespalten zu werden. Mit anderen Worten, sie haben Traumata erfahren und ihre Persönlichkeiten müssen um die Organisation von den den Traumata folgenden Abwehrformen ... aufgebaut werden“ (*Übersetzung aus Winnicott, 1970*).

„Objekt-relating“ beschreibt den Beginn der Kontaktaufnahme des Kindes mit seiner Umwelt. Auch hier betont *Winnicott* die Wichtigkeit der fördernden, schützenden und insbesondere der den Bedürfnissen des Kindes angemessen präsentierenden Umwelt zum Gelingen der Kontaktaufnahme.

Personalisation bezeichnet schließlich den Aufbau einer engen Beziehung zwischen Psyche und Soma, der psychosomatischen Existenz (*Winnicott, 1969a*). Durch die Verknüpfung motorischer, sensorischer und funktionaler Erfahrungen kommt es zum Aufbau einer begrenzenden Membran, die (im gesunden Zustand) in gewissem Maß mit der Oberfläche der Haut gleichzusetzen ist und ihre Stellung zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich des Säuglings einnimmt. So kommt der Säugling dazu, ein Innen und ein Außen und ein Körperschema zu haben (*Winnicott, 1974*). Weiter schreibt er: „der Mensch, der sich nun als Wesen vom Mittelpunkt her entwickelt, kann seinen Ort im Körper des Kindes finden, er kann beginnen, eine äußere Welt zu erschaffen und zugleich eine begrenzende Membran und ein neues Inneres zu erwerben“ (*Übersetzung aus Winnicott, 1976*).

Hier läßt sich eine Verbindung zu *Anzieus* „Haut-Ich“ herstellen, die Haut als Grenzschrift zwischen Innen und Außen, worauf im Folgenden noch detaillierter eingegangen werden soll.

2.3.9. Anzieu: das Haut-Ich

Anzieu (1991) betrachtet in seinem ausführlichem Werk „Das Haut-Ich“ die Haut aus ganz verschiedenen Blickwinkeln. Er stellt dem körperlichen Organ Haut die Metapher des psychischen „Haut-Ichs“, als „...Bild, mit dessen Hilfe das Ich des Kindes während früher Entwicklungsphasen - ausgehend von seiner Erfahrung der Körperoberfläche - eine Vorstellung von sich selbst entwickelt als Ich, das psychische Inhalte enthält“ (S.16) gegenüber.

Die Haut, als biologische und psychische Grundlage, ist Schutzvorrichtung des Körpers und der Individualität, ein alles umfassendes und stützendes Organ, sowie Voraussetzung und Instrument des Austauschs mit den Anderen. Sie ist gleichzeitig eine „organische und eine imaginäre originäre Gegebenheit“ (S.13), bildet also die notwendige organische Grundlage zur Ausbildung einer psychischen Wirklichkeit, eines psychischen Raumes.

Da die Stabilität des Seelenlebens vom biologischen Organismus einerseits und vom sozialen Umfeld andererseits abhängig ist, bietet das Haut-Ich einen Ort der ständigen Interaktion zwischen dem biologischen Organismus, der individuellen Psyche und dem sozialen Umfeld. Das Haut-Ich als vermittelnde Struktur „chronologisch gesehen in der Beziehung zwischen Mutter und Säugling, strukturell betrachtet im Prozeß der Differenzierung der psychischen Instanzen“ (S.15).

Ausgangspunkt bei der Schaffung und Definition des Begriffes „Haut-Ich“ war für *Anzieu* ein von ihm beobachteter Symptomwandel in seinem Patientenkollektiv: immer mehr seiner Patienten litten an sogenannten Borderline-Zuständen und/oder narzistischen Persönlichkeitsstörungen, also Grenzzuständen zwischen Neurose und Psychose als Ausdruck eines Mangels an Grenzen: eine Ungewißheit „der Grenzen zwischen psychischem Ich und Körper-Ich, zwischen Real-Ich und Ideal-Ich und an der Unsicherheit in der Abgrenzung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung“ (S.18).

Anzieu zieht Parallelen von seinem Modell des Haut-Ichs zum Modell des psychischen Apparats nach *Freud*. Seiner Meinung nach müssen in einer Theorie der psychischen Entwicklung sowohl körperliche als auch seelischen Faktoren berücksichtigt und die Erkenntnisse miteinander verknüpft werden.

Diese doppelte Abhängigkeit zeigt sich in der Psychosomatik körperlicher Krankheiten. Hier spielen Hautkrankheiten eine besonders wichtige Rolle. Hautkrankheiten stehen in engem Zusammenhang zu Lebensstress und Gefühlsäußerungen, und - so erweitert *Anzieu* diesen Standpunkt - zu narzistischen Defekten und mangelhafter Ich-Strukturierung. Zum Verständnis der verschiedenen Phasen der Differenzierung des psychischen Apparates gehört auch die Betrachtung des Körperkontaktes zwischen Mutter bzw. Pflegeperson und Kind, der über die Haut als

Grenz- und Kontaktfläche erfolgt. *Anzieu* unterstreicht damit, neben der Bedeutung der psychischen Inhalte, diejenige des durch innere Differenzierung entstandenen „psychischen Behälters“ (S.23).

Zu der *Freudschen* Triebtheorie fügt er als Arbeitshypothese den Bindungstrieb nach *Bowlby* (1958) hinzu, der auf der Vorstellung von „der Haut als haltende, passiv sensible Oberfläche“ (S.24) beruht und besagt, daß der Mensch auf der ständigen Suche nach körperlichem Kontakt und „ursprünglichen Berührungserfahrungen“ (S.48) ist.

Einen Beweis seiner These, daß die Haut neben ihrer Aufgabe der organischen Hülle auch die Funktion einer psychischen Hülle innehat, entlehnt er zwei Prinzipien: zum einen beruft er sich auf *Freud* (1923a), der die Auffassung vertritt, daß sich jede psychische Funktion auf der Basis einer körperlichen entwickelt, deren Funktionsweise dann erst sekundär auf die psychische Ebene übertragen wird: das Es geht aus biologischen Instinkten hervor; das Über-Ich hat akustische Wurzeln und das Ich entsteht zunächst aus der Erfahrung von Berührung.

Zum anderen unterstreicht *Anzieu* die Tatsache, daß sowohl das Gehirn als integrierende Instanz, als auch die Haut als reizaufnehmende Instanz dem Ektoderm entspringen. Dabei steht der Cortex, als innere Oberfläche, in Beziehung zur äußeren Welt über die Vermittlung einer äußeren Oberfläche, der Haut. „Das menschliche Denken beruht auf drei Fundamenten: der Haut, dem Großhirn und der sexuellen Vereinigung, analog zu den drei Varianten der Oberfläche: der Hülle, der Haube und der Tasche“ (S.22).

Die Haut ist mehr als ein Organ, sie ist die Summe verschiedener Organe und muß ganz unterschiedliche Aufgaben erfüllen: sie dient dem Tastsinn, der Wärmeregulation, der Atmung, dem Kreislauf, dem Stoffwechsel, der Fortpflanzung und der Libido. Zudem gewährleistet sie den Zusammenhalt des Körpers und schützt ihn gegen Einflüsse von außen. Als Verbundsystem mehrerer Sinnesorgane empfängt und überträgt sie Reize und ist gleichzeitig als einziges der Sinnesorgane lebensnotwendig.

Der ständigen Anforderung, Reize zu empfangen und zu übertragen, kann sie sich nicht verschließen und diese Doppelfunktion impliziert eine paradoxe Funktionsweise der Haut: einerseits dient sie dem Reizschutz, andererseits ist ihre Aufgabe aber auch die Berührungssensibilität, also die Reizaufnahme; zwar bedeckt sie schützend unser Inneres, vermittelt aber gleichzeitig körperliche Charakteristika, die der Identifizierung einer Person dienen und Informationen über deren Seelenleben preisgeben. So schützt die Haut zum einen vor äußeren Reizen, trägt zum anderen aber die Zeichen einer Störung an ihrer Oberfläche. Sie entblößt also eben diesen inneren Zustand, den sie zu schützen vorgibt. Sie „spiegelt“ unseren Gesundheitszustand und unsere Seelenlage wieder.

Schon vor der Geburt werden dem Foetus über Hautempfindungen Signale vermittelt, die sein Wahrnehmungs- und Bewußtseinssystem anregen und den Hintergrund für ein Existenzgefühl bilden und so die „Schaffung eines ersten psychischen Raumes ermöglichen“ (*Anzieu, 1991*).

Beim Säugling dient der Mund der Berührung der Objekte und der Nahrungsaufnahme, er erlebt ein Gefühl von Zentrum und Ausgefülltsein (*réplétion*), welches mit dem Gefühl der Sättigung einhergeht. Zusätzlich erfährt der Säugling während des Vorgangs des Stillens und der Pflege Berührung und Wärme und ein Gefühl von Halt und Geborgenheit. Diese Erfahrungen von Berührung und Ausgefülltheit führen das Kind „allmählich zur Differenzierung einer Oberfläche mit einer inneren und einer äußeren Seite, d.h. einer Grenzfläche (*interface*), die Innen und Außen differenziert und die gleichzeitig das Gefühl eines umgebenden Raums entstehen läßt, Das gleichzeitige Erleben von Fläche und Volumen vermitteln ihm die Erfahrung eines Behälters (*contenant*)“ (*S.56*). Dies trägt zur Identitätsbildung, zur Bildung eines psychischen Raumes mit einer intakten Körperhülle und damit zur Unterscheidung zwischen Selbst und Fremd bei und erklärt das mit der Sättigung einhergehende Lustgefühl und die damit verbundene Erfahrung von Zentrum und Ausgefülltsein.

Anzieu beschreibt drei wichtige Funktionen der Haut: erstens besitzt die Haut die Funktion einer „Tasche, welche in ihrem Inneren das Gute und die Fülle ... enthält und festhält“, zweitens bildet sie die Grenzfläche zwischen Außen und Innen und schließlich ist die Haut „Ort und primäres Werkzeug der Kommunikation“ und dient so der „Entstehung bedeutungsvoller Beziehungen“ (*S.60,61*).

Den organischen Funktionen der Haut stellt *Anzieu* systematisch die psychischen Funktionen des Haut-Ichs gegenüber:

1. So wie die Haut eine Stützfunktion für Skelett und Muskulatur besitzt, dient das Haut-Ich dem Zusammenhalt der Psyche und ist damit Voraussetzung der Identitätsbildung eines reifen Individuums.
2. Die Haut bedeckt schützend die gesamte Körperoberfläche, das Haut-Ich umfaßt als integrierende Instanz den psychischen Apparat. Dabei umhüllt das Haut-Ich mit seiner Rinde den ganzen psychischen Apparat, in dessen Kern die Triebimpulse des Es wirken. „Diese Komplementarität der Rinde (Haut-Ich) und des Kerns (Es) liegt dem Gefühl der Kontinuität des Selbst zugrunde“ (*S.135*).
3. Die Haut schützt den Körper vor Reizüberflutung, das Haut-Ich besitzt Reizschutzfunktion für die Psyche. Sowohl erhöhter als auch mangelnder Reizschutz führen zu vielfältigen Störungen.

4. Die Haut bzw. die Membran der organischen Zelle ist Garant der Individualität durch Merkmalspräsentation und Penetrationskontrolle, d.h. durch Unterscheidung zwischen artfremden und artverwandten Substanzen. Das Haut-Ich übernimmt die „Individuationsfunktion für das Selbst, die diesem das Gefühl gibt, ein einzigartiges Wesen zu sein“ (S.137).
5. Der Haut als Sinnesorgan steht die „Intersensorialität des Haut-Ichs“ (S.137) als psychische Oberfläche gegenüber.
6. Die Haut als Kontaktorgan und die empfundenen Berührungsreize stellen den Hintergrund für sexuelle Lust dar, so wie das libidinös besetzte Haut-Ich die Grundlage der sexuellen Erregung ist.
7. Die Haut bildet eine Fläche, deren sensomotorischer Tonus dauerhaft durch äußere Reize aufrechterhalten wird, dem entspricht die Funktion des „libidinösen Aufladens“ der Psyche durch das Haut-Ich und die damit erzielte Erhaltung der inneren Spannung.
8. Die Haut als taktilen Sinnesorgan liefert direkte Informationen über die Außenwelt, das Haut-Ich erfüllt die Funktion der „Einschreibung der taktilen sensorischen Spuren“ (S.139) und liefert so ein Abbild der Realität.
9. Die Anti-Funktion der Haut spiegelt sich in Autoimmunphänomenen wieder: Abwehrvorgänge, die sich fälschlicherweise gegen das Selbst anstatt gegen das Nicht-Selbst richten. Aufgrund ihrer Spezifität repräsentieren diese aber gleichzeitig auch die biologische Persönlichkeit des betroffenen Individuums. Diesem steht der Selbstzerstörungstrieb des Haut-Ichs gegenüber, der sich in der allergischen Struktur offenbart. Das Individuum versucht die Unzulänglichkeiten des Haut-Ichs bei der Bildung eines inneren, mit Inhalt gefüllten Raumes auszugleichen. Die allergische Struktur zeigt sich durch einen Wechsel zwischen Präsentation des asthmatischen und des ekzematösen Krankheitsbildes. Diese beiden Krankheitsformen entsprechen den Möglichkeiten des Individuums sich der Oberfläche des inneren Raumes von beiden Seiten, von innen und außen, zu nähern. Dabei ist das Asthma „ein Versuch, die das Körper-Ich bildende Hülle von innen heraus zu erleben, ... das Ekzem ist ein Versuch, diese Körperoberfläche des Ichs von außen zu spüren ...“ (S. 142).

Diese Darstellung der neun psychischen Funktionen des Ichs - den biologischen Funktionen der Haut entsprechend - soll einen Ansatz bieten, die klinische Beobachtung und die psychopathologische Diagnostik zu erleichtern.

Da die Haut schon präverbal als Werkzeug der Kommunikation fungiert, impliziert dies eine zusätzliche Anforderung an die Dyade Mutter-Kind: haltend und pflegend stimuliert die Mutter das Berührungsempfinden des Kindes, dabei muß sie darauf achten, daß sie den noch ungenügend ausgebildeten Reizschutz des Säuglings nicht überfordert. Denn wenn die durch die Be-

rührung hervorgerufene Erregung dem „psychischen Entwicklungsstand nicht entspricht und exzessiv ist, kann sie im Sinne einer traumatischen Verführung erlebt werden“ (S.64). Diese Erfahrung ist unangenehm und bei fortbestehender Überforderung des Säuglings kommt es zur „dauerhaften Ausbildung einer psychischen Hülle, die sowohl mit Erregung als auch mit Leiden verbunden ist; sie behindert die Entstehung eines Haut-Ichs, d.h. einer Hülle, die Reizschutz bietet und Wohlbefinden ermöglicht“ (S.64,65).

Andererseits erlebt die Psyche auch einen Mangel an mütterlichem Streicheln und Berührungseizen unbewußt als übertriebene, vorzeitige und gewaltsame Durchsetzung des Verbots, engen Körperkontakt zu anderen zu haben.

Ein Funktionieren in beide Richtungen ist Voraussetzung für die Entwicklung eines intakten Haut-Ichs. „Ein Ich zu sein bedeutet, die Fähigkeit in sich zu spüren, Signale auszusenden, die von anderen wahrgenommen werden“ (S.87), d.h. die Anerkennung der Bedürfnisse des Säuglings/Kindes ist Voraussetzung für den Prozeß der Individualisierung und der Ausbildung einer geschlossenen, stützenden, inneren, also psychischen, Hülle. Die äußere Hülle hingegen soll eine „maschenartige Struktur“ (S.88) haben, die weder zu fest auf der Haut des Kindes (der inneren Hülle) klebt, wodurch das Kind in seiner Entwicklung „erstickt“ (S.88) würde, noch zu locker ist, da sonst das Ich an Festigkeit verlöre. Eine Pathologie besteht in der vollständigen Inversion der Strukturen: eine „steife, ..., einengende“ (S.88) äußere Schicht, geprägt durch feste Vorgaben und mangelndes Einfühlungsvermögen der Umwelt und eine „durchlöcherter“ (S.88) innere Schicht und damit ein poröses Haut-Ich.

Die Kranken leiden an einer Störung des Bindungstriebes: durch die Empfindlichkeit ihres Haut-Ichs schwanken sie zwischen Verlustangst, wenn das Bindungsobjekt nicht mehr ganz nahe ist, und Verfolgungsangst, wenn es ihnen zu nahe kommt. Es besteht eine schwere Hemmung bei jeglicher körperlichen Annäherung. Diese Hemmung kann zu Schwierigkeiten im Liebesleben, zu generellen Kontaktschwierigkeiten und einer Unfähigkeit, sich gegen Aggressionen zu wehren, führen.

Juckreiz wird von *Anzieu* nicht mehr nur im Zusammenhang mit verdrängten sexuellen Wünschen in einem Teufelskreis zwischen Autoerotik und Selbstbestrafung gesehen, sondern auch als Möglichkeit, die Aufmerksamkeit auf sich und auf die Haut als Symptomträger zu lenken. „Juckreiz ist auch Ausdruck des unbändigen Verlangens, vom geliebten Objekt verstanden zu werden“ (S.52). Außerdem stellt die vom „sogennanten unheilbaren Kranken auf seine Umgebung ausgeübte Tyrannei den primären -nicht sexuellen- Krankheitsgewinn dar“ (S.51). Wie auch die Befriedigung darüber, eine Herausforderung für medizinisches Wissen und Können zu sein. Zudem kann die durch das Kratzen hervorgerufene Schädigung der Haut als Versuch auf-

gefaßt werden „die Grenzen des Körpers und des Ichs aufrecht zu erhalten, das Gefühl von Integrität und Zusammenhalt wiederherzustellen“ (S.34).

Die körperlichen Symptome stellen außerdem eine Wiederbelebung früherer Frustrationen dar. Das frühere Leiden und die nicht bewältigte Wut kommen in der Symptombildung der Haut zum Ausdruck, als Zeichen der für diese Patienten typischen, ungenügenden Differenzierung zwischen Körper und Psyche. Zur Reizung der Haut mischt sich das Gefühl psychischer Geiztheit, in Folge kommt es zu einer Erotisierung des betroffenen Körperteils mit dem „Ziel, Schmerz und Haß erträglich zu machen und Unlust in Lust zu verwandeln“ (S.52). Dadurch sind „sowohl der physische Schmerz als auch das moralische Schamgefühl, welches die Selbstbestrafungstendenz des Über-Ichs befriedigt, durch die Symptombildung mit einem erotischen Lustgewinn verbunden“ (S.51).

2.3.10. Biven: Kratzen als archaischer Ausdruck der Wendung von Aggressionen gegen den eigenen Körper

Biven (1982) kommt zu dem Schluß, daß das Kratzen der Hautkranken „archaischer Ausdruck der Wendung von Aggression gegen den eigenen Körper ist“ (S.34).

Das durch das Unvermögen, Kratzen zu unterlassen, wenn man einmal damit begonnen hat hergerufene Schamgefühl wird geringer, „wenn die mit dem Kratzen verbundene erotische Erregung ansteigt“ (S.34) - ein pathologischer Teufelskreis.

So kann „ein generalisiertes Ekzem verstanden werden als Ausdruck einer Regression auf den Zustand einer totalen infantilen Abhängigkeit, einer somatischen Konversion vor einem psychischen Zusammenbruch sowie eines Appells an ein Hilfs-Ich“ (S.52). Der durch das ständige Kratzen provozierte Schmerz kann ein Versuch des Kranken sein, sich selbst mit einer spürbaren Schutzhülle zu umgeben, eine Hülle, die die durch die mangelnde Schutzfunktion der Mutter bzw. des ungenügend differenzierten Haut-Ichs entstandenen Defizite ausgleichen soll. „Ich leide, also bin ich“ (S.260) und *Anzieu* schlußfolgert „Die Schwere der Hautschädigung ... entspricht quantitativ und qualitativ den Rissen des Haut-Ichs“ (S.54).

2.3.11. Montagu: die Seele der Haut

Montagu (1971) beschäftigt sich in seinem Werk mit einer somato-psychischen, das heißt zentripetalen, im Gegensatz zu der psychosomatischen, sprich zentrifugalen, Betrachtungsweise des Organs ‚Haut‘ und beschreibt, wie taktiles Erleben desselben das Verhalten und die Entwicklung des Individuums beeinflussen.

In diesem Zusammenhang verwendet er den Begriff „die Seele der Haut“ (S. 6) und unterstreicht damit die Bedeutung der taktilen Stimulation für eine gesunde Entwicklung. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist ebenfalls, wie wir es bereits schon von *Anzieu* kennen, die Tatsache, daß die Haut, als uns allseits umgebendes und frühestes entwickeltes (Sinnes-) Organ, den Ursprung jeglichen Austauschs mit der Umgebung bildet. Seine Erkenntnisse untermauert er mit reichlich Material aus den unterschiedlichsten Studien und Experimenten.

Es ist allgemeines Gesetz der embryonalen Entwicklung, daß eine Funktion umso wichtiger ist, je früher sie auftritt und je größer die Ausgeprägtheit ihrer Repräsentation auf dem sensorischen bzw. motorischen Homunkulus des Cortex ist. Schon der acht Wochen alte Embryo reagiert auf die taktile Stimulation der Oberlippe oder des Nasenflügels durch leichtes Zurückweichen. Das Wachstum und die Entwicklung der Haut gehen zeitlebens weiter und „die Empfindungsfähigkeit der Haut hängt weitgehend davon ab, welche Art von Umgebungseinflüssen auf sie ausgeübt werden“ (S.8).

Der physische Kontakt zwischen Mutter und Kind, „das berührungssuchende Anklammern und Festhalten ...“ ist, nach *Harlow (1958)*, „...das wesentliche Element, das die Mutter an das Junge und das Junge an die Mutter bindet“. Er beeinflusst die mütterliche Zuneigung und ermöglicht, über endokrine Vorgänge, u.a. das Stillen, welches zum einen in seiner Funktion des Nährens aber auch, im Sinne eines Rückkopplungsmechanismus, in seiner Funktion des Berührungsaustauschs zwischen Mutter und Kind von Bedeutung ist. „Das Gute, das Mutter und Kind, das Wesen, das stillt, und das Wesen, das gestillt wird, durch die Dauer dieser Symbiose einander mitteilen, ist für die Entwicklung beider lebenswichtig“ (S.54). Zusätzlich wird das Kind in den ersten sechs Lebensmonaten durch die Muttermilch mit Antikörpern versorgt und erhält so eine passive Immunität, bis es allmählich seine eigenen Abwehrstoffe ausgebildet hat. Die Vorteile des Stillens sind also immunologischer, neuraler, psychologischer und organischer Art. So ist das mütterliche Verhalten die Quintessenz des ganzen Lebens des werdenden Individuums. „Wenn ihre [die Mutter, d. A.] Kindheitserfahrungen [jedoch] einen Mangel an gewissen Erlebnissen zeigen und wenn sie nicht gelernt hat, wie eine Mutter sich verhält, ist es möglich, daß sie unzureichend reagiert und das gesunde Weiterleben ihres Kindes gefährdet“ (S.44). Ohne die zärtliche, taktile Annäherung, die das Kind in seiner frühen Entwicklung erfährt, ist es selbst nicht in der Lage, Zärtlichkeit und Liebe zu geben. „Um zärtliche Liebe und Fürsorge geben zu können, muß der Mensch erst einmal Liebe und Fürsorge empfangen“ (S.94), denn die „taktile Anregung (ist) von großer Bedeutung für die Entwicklung gesunder Gefühls- und Liebesbeziehungen“ (S.29), für die Ausbildung eines angemessenen Anpassungsvermögens und eines ausgeglichenen Sexualverhaltens. Das taktile Empfinden verwandelt sich

„allmählich in zwischenmenschliche Beziehungen, auto-erotische Aktivitäten und am Ende in sexuelle Verbindungen“ (S.131).

Nach *Montagus* Ansicht besitzt jede kutane Stimulation eine erotische Komponente. Mit der Tatsache, daß die kutane Stimulation „im Akt der geschlechtlichen Vereinigung eine beinahe so starke kutane Stimulation, wie im perinatalen Erleben des Geburtsvorganges“ (S.81) darstellt, begründet er seine Hypothese, daß das Kratzverhalten des Ekzematikers auch mit einer sexuellen Triebbefriedigung in Verbindung stehen kann.

Seiner Ansicht nach müssen die Geburtswehen als kräftige Stimulation der Haut des Fötus angesehen werden, die außer für den Geburtsvorgang an sich auch für die Vorbereitung des Fötus auf das extrauterine Leben notwendig sind. Die taktile Stimulation der Haut ist durch Anregung des autonomen und des peripheren Nervensystems notwendig, um die Atmung, den Kreislauf, die Stoffwechselforgänge, den Urogenitaltrakt und die Ausscheidungsvorgänge in Gang zu bringen und so die Voraussetzungen für ein zunehmend eigenständiges Leben zu schaffen. Es konnte gezeigt werden, „daß eine frühe Hautstimulation des Kindes seine Immunität stärkt, also eine große Rolle in seiner Widerstandsfähigkeit gegenüber Infektionen und anderen Erkrankungen spielt“ (S.22). „Der Geburtsprozeß ist die Brücke zwischen der vor- und nachgeburtlichen Welt“ (S.44), so daß bei einer zu kurzen oder ausbleibenden Hautstimulation, wie es bei der Frühgeburtlichkeit oder der Entbindung durch Kaiserschnitt der Fall sein kann, mit Anpassungsstörungen zu rechnen ist, sofern diese Defizite nicht durch eine den kindlichen Bedürfnissen angepaßte Pflege kompensiert werden.

Der Mensch wird unreifer geboren und bleibt länger unreif als jedes andere Lebewesen. Der Grund hierfür ist das rasche Wachstum des menschlichen Gehirns in den letzten Gestationswochen. Ein weiteres Verbleiben in utero würde eine unmöglichen Passage des kindlichen Kopfes durch das mütterliche Becken bedeuten. So wird der Mensch unterentwickelt geboren. Den ersten Abschnitt des extrauterinen Lebens bezeichnet *Montagu* folglich als Phase der Exterogestation. Die Weiterentwicklung des Neugeborenen außerhalb des Uterus kann sich nur unter der Voraussetzung eines Übergangs zur extrauterinen Symbiose zwischen Mutter und Kind angemessen vollziehen. Zu den wichtigsten Bedürfnissen des unreifen Neugeborenen „gehören die Signale, die es durch die Haut als sein erstes Kommunikationsmedium, empfängt“ (S.43). Das Kind erfährt ein Gefühl der Sicherheit durch den taktilen Kontakt mit der Mutter, „denn letzten Endes glauben wir an die Realität eines Dinges nur, wenn es greifbar ist“ (S.83).

Die Berührung eines Nicht-Ichs, die Wahrnehmung des eigenen Körpers als unterschiedlich zu dem der Mutter ist Grundlage für die Erfahrung des Selbst. Dieses kutane Erleben eines Innen und Außen läßt das Kind psychische und somatische Begrenzungen erfahren und ist Vorausset-

zung für die „primäre Identifikation“ (S.154) des Kindes. „Das frühkindliche Bemühen , das eigene Ich zu erfahren, beginnt mit dem oralen [und taktilen d. A.] Erleben an der Mutterbrust,, (S.85). Grundlage dieser Symbiose und daraus folgenden Identifikation ist also das richtige „Behandeln“ (S.44) (vgl. auch „handling“ Winnicott, 1965) des Säuglings durch die Mutter, welches wiederum von deren eigenen frühen Kindheitserfahrungen abhängig ist.

Bezüglich der Symptombildung der Haut ist er der Meinung, daß der Verlust der Mutter oder der mütterlichen Reize einen „Verlust an Ego“ bedingt und daß sich die „Entbehrung der mütterlichen Haut, also der Mangel an Nähe, ... durch nässende Hautstellen,, (S.74) äußert. „Das Suchen nach Kontakt ist die Grundlage allen folgenden Verhaltens. Wenn dieses Suchen aber vergeblich ist,...“ (S.106) versucht das Kind sich selbst die Reize zu verschaffen, die die Mutter ihm versagt, „... das offene Darbieten unserer Haut und das spezielle Befassen mit dieser äußeren Hülle ist mit den Bedürfnissen derer verbunden, die in ihrem früheren Leben einen Mangel daran litten“ (S.113). So „kann sich ein geistiges ‚Jucken‘ sozusagen als Jucken der Haut manifestieren“ (S.119). Er zitiert **Musaph (1964)**, der ebenfalls die Hypothese vertritt, daß in frustrierenden Situationen „Ärgergefühle infra-symbolisch in Jucken und Kratzen verwandelt werden. ... Verdrängte Gefühle der Frustration, des Zorns und der Schuld, sowohl als das verborgene Bedürfnis nach Liebe kann symptomatisch seinen Ausdruck im Kratzen finden, selbst wenn ein Jucken gar nicht vorliegt“ (S.119,120). Hier weist **Montagu** auf die Existenz eines konditionierten Kratz-Juck-Zirkels hin, der neben dem schon beschriebenen Juck-Kratz-Zirkel von Bedeutung sein kann. Auch **Rusell (1959)** verweist darauf, daß Entbehrungen an Liebe oft zu einem Jucken führen, einem Jucken nach Liebe sozusagen. „Der Patient mit einem ausgedehntem Ekzem, dessen Haut plötzlich wieder erkrankt, ... verfällt einer Regression in frühkindliche Abhängigkeit mit der stummen Bitte: ‚Ich bin hilflos, du mußt etwas für mich tun‘“ (S.48).

So ist der sekundäre Krankheitsgewinn, den eine Hauterkrankung mit sich bringt, nicht außer acht zu lassen. Die Hautkrankheit ist ein Apell an die Mutter, dem Kind die notwendige Fürsorge zuteil werden zu lassen. Sie kann Ausdruck eines „emotionellen Weinens“ (S.212) sein. Der Mensch, der „sein Bedürfnis so oft unterdrückt hat, daß seine Tränendrüsen nicht mehr weinen können, wird, wenn er älter wird, auf dem Weg über die Haut ... weinen. Man ist sich heute klar darüber, daß in vielen Fällen von Dermatitis ein starkes, unterdrücktes Bedürfnis zu weinen zugrunde liegt“ (S.212).

Bezug nehmend auf **Spitz** und **Winnicott** ist auch **Montagu** der Ansicht, daß die Hautkrankheit einen Abwehrmechanismus des Kindes darstellt, der es ihm erlaubt, eine Überforderung seines Reizschutzes seitens der Mutter, durch die Ausbildung eines ‚Schutzpanzers‘ abzuwehren. Er

schreibt dazu: „Da die Haut das Organ des Umarmens und des Kontakts ist, ist leicht zu verstehen, daß viele Hautkrankheiten als Ausdruck der Ambivalenz gegenüber so engem taktilen Erlebnis zu betrachten sind“ (S.158).

Ein weiterer Aspekt ist die Bedeutung der Taktilität im Prozeß der Sozialisierung. Sie trägt zu einem beträchtlichen Anteil dazu bei, das notwendige Sicherheitsgefühl des Kindes zu stärken. „In dem Maß, in dem das Kind innerhalb des Sozialisierungsprozesses heranwächst, wird die Verhaltensdistanz, (entsprechend der Entfernung von der Mutter - sowohl im räumlichen als auch im übertragenen Sinne-, die das Kind ohne Angst und Unbehagen ertragen kann, d. A.) größer“ (S.213). So ist es nicht verwunderlich, daß Kinder, die ohne optimale kutane Stimulierung heranwachsen ein Defizit im Umgang mit Nähe und Distanz haben. Sie leiden unter einem Ambivalenzkonflikt zwischen dem Verlangen, sich von der Bezugsperson zu lösen und der Angst, von dieser verlassen zu werden. Diese Problematik kommt in vielen Fällen sogar erst in der zweiten Individuationsperiode, der Adoleszenz, zum Tragen, da hier die unvollständige Loslösung vom Primärobjekt offensichtlich wird. (s.a. Ausführungen zur Nähe-Distanz-Problematik, *Detig-Kohler, 1989*).

2.3.12. Detig-Kohler: die Nähe-Distanz-Problematik

Detig-Kohler (1989) reflektiert die Nähe-Distanz-Problematik, die bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen zu Tage tritt. Ausgangspunkt ist auch hier die Bedeutung der Haut für die Entwicklung der Persönlichkeit und die aus einer Störung der Ich-Struktur hervorgehenden Probleme im Umgang mit Nähe und Distanz.

Detig-Kohler orientiert sich an der Objektbeziehungslehre der Britischen Schule. Dieses objektbezogene Verständnis stellt den frühen entwicklungsgeschichtlichen Kontext des Kleinkindes mit seinen Primärobjekten in den Mittelpunkt der Betrachtungsweise. Vor dem Hintergrund eines ungenügend differenzierten Selbst (als Folge einer symbiotischen Verflechtung mit dem verinnerlichten Primärobjekt), gelingt es dem Kind im Laufe seiner psychischen Entwicklung nicht, sich von diesem zu lösen. Daraus resultiert eine Ambivalenz im Nähe-Distanz-Verhalten auf dem Boden eines „Separations-Individuations-Konfliktes“, (S.37), d.h. dem unbewußten Wunsch nach Wiederholung dieser Symbiose und dessen gleichzeitige Abwehr mit Unterdrückung der aggressiven Impulse. Dieser Ambivalenzkonflikt, des „Sich-Nähern-Wollens, aber Nicht-Dürfens“ (S.12), wird in zwischenmenschlichen Beziehungen wiederbelebt und spiegelt sich regelhaft auch in der Gegenübertragungssituation eines therapeutischen Arbeitsbündnisses wieder. Die Intensität und die Abwehrnotwendigkeit von Konflikten wird im Sinne eines Konversionssymptoms durch die Körperstörung exazerbiert.

So bekommt das Hautleiden eine stabilisierende Funktion: als Pseudolösung einer neurotischen Verarbeitung unbewußter aktueller oder biographisch zurückverfolgbarer Konflikte.

Die Haut repräsentiert das somatische Äquivalent des psychischen Geschehens: sie kann einerseits die Funktion eines „psychischen Schutzmantels“, der zur Distanz und zur Vorsicht aufruft übernehmen und so das Individuum vor Überstimulation und Überforderung seiner Kapazitäten schützen und andererseits als „Spiegel der Seele“ auch eine Signalwirkung besitzen, im Sinne einer Projektion und Präsentation innerpsychischer Zustände auf der Körperoberfläche mit dem Appell nach Aufmerksamkeit und Protektion.

Die Haut dient als nonverbales Kommunikationsmittel, als reguliertes Instrument des psychischen Apparates und schützt so die Psyche vor Desintegration. *Detig-Kohler* versteht die Hautkrankheit im Sinne einer produktiven Ich-Leistung. Wenn die Regulation von Nähe und Distanz auf psychischer Ebene nicht mehr gelingt, kann diese Regulation durch die Erkrankung der Haut erfolgen.

Außerdem dient die Haut, als Grenzschicht zwischen innen und außen, zwischen fremd und selbst, der Wahrnehmung der Ich-Grenzen und macht das Empfinden von Nähe und Distanz erst möglich.

In der Entwicklung des Kindes bedarf es eines Übergangsobjektes, welches dem Kind ermöglicht, die Distanz zur Mutter zu ertragen und sich von ihr zu lösen, um sich zu einer eigenständigen Persönlichkeit zu entwickeln. Gerade bei Patienten mit atopischem Ekzem fällt auf, daß dieses Übergangsobjekt fehlt und die Ablösung vom geliebten Objekt schwerfällt. Es kommt zu einem innerpsychischen Konflikt zwischen dem Wunsch einerseits, sich von der Bezugsperson zu lösen und andererseits dem Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit. Die Haut als Körperobjekt wird zur Regulierung von Nähe und Distanz eingesetzt und ist als psychische Kontaktgrenze direkt in dieses Regelspiel involviert. Durch die behandlungsbedürftigen Erscheinungen auf ihrer Oberfläche verschafft sie dem Individuum die symbiontische Nähe, die ihm dazu verhilft, die Angst vor Trennung und Verlust zu beherrschen.

Dieser Ambivalenzkonflikt könnte erklären, weshalb Patienten mit atopischem Ekzem typischerweise in Trennungssituationen oder Veränderungen von Nähe und Distanz Schübe entwickeln, denn Wünsche von Nähe und Distanz können sich beim Hautkranken spontan abwechseln oder gar gleichzeitig bestehen (*Detig-Kohler, 1989*).

2.3.13. Rechenberger: die tiefenpsychologisch ausgerichtete Therapie von Hautkrankheiten

Rechenberger (1976) beschäftigt sich mit einer tiefenpsychologisch ausgerichteten Diagnostik und Therapie von Hautkrankheiten. Sie ist der Ansicht, daß es zur Auslösung einer psychosomatischen Krankheit spezifischer Konstellationen zwischen Disposition und Auslöser bedarf, wobei psychische Faktoren dabei von individuell und situativ unterschiedlichem Stellenwert sind. So ist, ihrer Meinung nach, zwischen Hautveränderungen und psychischem Befund eine Parallelität nachweisbar, beide Geschehen verlaufen dynamisch, zeigen gleichzeitig oder nacheinander eine Bewegung auf verschiedenen somatischen und psychischen Ebenen und bedingen so eine Veränderung der psychosomatischen Symptome. Die Diagnostik eines psychosomatisch hautkranken Patienten sollte sich deshalb auf vier Ebenen erstrecken:

1. Erhebung des körperlichen Befundes unter dermatologischen Gesichtspunkten.
2. Erschließung der momentan wirksamen psychischen Ebene aus dem Verhalten des Patienten und der Interaktion mit dem Arzt via Übertragung und Gegenübertragung. Dabei zeigt die körperliche Symptomatik eine Regression und Resomatisierung an.
3. Erfassung der Charakterstruktur des Patienten.
4. Erfassung der konstitutionellen Gegebenheiten.

Als psychosomatische Hauterkrankungen faßt *Rechenberger* diejenigen Dermatosen auf, „bei denen das Körpersymptom als somatisches Äquivalent eines relativ unstrukturierten und basis- bzw. biosnahen Empfindens anzusehen ist. Der Affektbetrag von unstrukturierten Phantasien findet einen körperlichen Ausdruck“ (S.16).

Rechenberger führt die Entstehung einer psychosomatischen Hauterkrankung auf die unvollständige Lösung der symbiontischen Mutter-Kind-Bindung und der daraus resultierenden unvollständigen Entfaltung der kindlichen Ich-Funktionen zurück. Betroffen sind dabei in erster Linie „Ich-Funktionen, die nötig sind, um von innen und außen einwirkende Reize und Konflikte auf der psychischen Ebene zu bewältigen“ (S.44). Sind diese Funktionen nicht ausreichend entfaltet, „so reagiert der Mensch auf Reize und Konflikte wie der ganz junge Säugling mit einer körperlichen Reaktion (Somatisierung)“ (S.44).

Besonders körperliche und seelische Störungen auf der Stufe der symbiontischen Zweierbeziehung manifestieren sich an der Haut. Sie haben ihren Ursprung oftmals „in einer Störung der Entwicklung der motorischen Expansion auf der oralen Stufe“ (S.46), bedingt durch ein Zukurzkommen auf emotionaler oder nutritiver Ebene. Viele Ekzematiker klammern sich an Diäten, sprich oralen Einschränkungen, fest, auch wenn deren Wirksamkeit aus vielerlei Gründen

in Frage zu stellen ist. Dieses Verhalten ist als Rationalisierung der Abwehr von oralen Impulsen zu werten.

Nach Ansicht *Rechenbergers* besteht eine Korrelation zwischen der Art und dem Ausmaß der Hauterscheinungen und dem psychischen Reifegrad. „Der erreichte psychische Reifegrad und eine eventuelle Regression auf frühkindliche Entwicklungsstufen teilen sich durch damit parallel verlaufende Hautveränderungen mit“ (S.58). So sind (ober-) flächendeckende Dermatosen, im Gegensatz zu umschriebenen Herden, als frühe und damit ‚unreife‘ Dermatosen zu betrachten und verlangen entsprechend auch ein unterschiedliches therapeutisches Vorgehen.

Die ambivalente Beziehung zur Mutter kann, im Sinne eines unbewußten Abwehrmechanismus, auf ein spezifisches Allergen verschoben sein, vor dem es sich zu schützen gilt. Damit kann die Spannung zwischen Patient und Mutter im psychischen Bereich erträglich gehalten werden.

Dieser Ambivalenzkonflikt manifestiert sich dann häufig in einem für diese Personen charakteristischen Behandlungssetting mit Beteiligung von Bezugspersonen durch direktes Erscheinen oder indirekte Einflußnahme. Vordergründig erscheinen diese symbiotischen Beziehungen zwar harmonisch, doch die Patienten zeigen durch ihr Verhalten und ihren Umgang mit dem Arzt eine, ihnen selbst meist unbewußte, Aggression.

Im Rahmen des therapeutischen Geschehens (s.u.) gilt es, die unbewußten Konflikte des Patienten aufzudecken und sie dem therapeutischem Vorgehen zugänglich zu machen.

2.4. Psychosoziale Folgeerscheinungen

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, daß die klinische Symptomatik bei chronischen Hauterkrankungen häufig nicht mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität der Betroffenen korreliert.

Es gibt eine Reihe, auch speziell für dermatologische Fragestellungen entwickelte Meßinstrumente (*Augustin et al., 1997; Chren et al., 1997; Stangier et al., 1996; Finlay & Kahn, 1994*), die dazu dienen, zumindest Teilaspekte der Lebensqualität (z.B. körperliche, psychische und soziale Befindlichkeit) einschätzen zu können (*Bullinger, 1997, 1996; Chren et al., 1997; Stangier et al., 1996; Schmidt-Ott et al., 1996; Finlay & Kahn, 1994*). Diese Meßinstrumente haben den Anspruch, spezifische, die (Haut-) Krankheit betreffende Ängste und Befürchtungen, Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen, psychische Belastungen und stressassoziierte Lebensereignisse, die als prädisponierende sowie chronifizierende Faktoren einen Einfluß auf den Krankheitsverlauf haben können (*Zachariae et al. 1996; Gupta et al.,*

1990), zu berücksichtigen und zu identifizieren, um sie im weiteren Verlauf der Bearbeitung zugänglich zu machen.

Ein Mangel an Kontrollmöglichkeiten geht oft mit Gefühlen von Hilflosigkeit und dem Gefühl des Ausgeliefertsein einher und wirkt sich zusätzlich negativ auf die Krankheitsbewältigung aus (Lange et al., 1999; Schaller et al., 1998; Niemeier et al., 1996; Lohaus & Schmidt, 1989; Hasenbring, 1988). Zur optimalen Therapieplanung gilt es daher, krankheitsspezifische Veränderungen aufzuzeigen und damit Ansätze für therapeutische Maßnahmen aufzudecken.

Die Effizienz einer Therapie spiegelt sich schließlich in einer Steigerung der Lebensqualität wieder, wozu

- eine Verbesserung des Hautzustandes
- eine Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit infolge Reduktion sozialer Ängste, krankheitsbedingter, körperlicher Belastungen und psychischer Beeinträchtigungen
- und die Stärkung internaler Kontrollattributionen durch Reduzierung erlebter Hilflosigkeit im Umgang mit der Krankheit

gehören.

Bullinger (1996) bezeichnet die gesundheitsbezogene Lebensqualität als „gesundheitspsychologisches Instrument“, das aus mindestens vier Komponenten (der körperlichen Verfassung, der funktionellen Kompetenz der Befragten, ihrem psychischen Befinden und ihren sozialen Beziehungen) besteht. Sie ist für die Einschätzung der Gesundheit des Patienten (im Sinne der WHO) von großer Bedeutung und sollte, neben somatischen Parametern, in der Therapieplanung und -bewertung Beachtung finden.

Auch in neueren Studien konnten psychische Auffälligkeiten bei Patienten mit dermatologischen Erkrankungen aufgezeigt werden (*Windemuth et al., 1999; Schaller et al. 1998; Niemeier et al., 1996*). In diesen Untersuchungen ist nicht mehr von psychischen Prädispositionen die Rede, sondern es wird offen gelassen, ob diese psychischen Auffälligkeiten Ursache oder Folge der Erkrankung sind. Von Interesse ist lediglich die Tatsache, daß psychische Auffälligkeiten bei diesem Patientenkollektiv signifikant vermehrt (gegenüber der somatisch gesunden Kontrollgruppe war die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten um das dreifache erhöht) vorhanden sind (*Windemuth et al., 1999*) und daß diese entsprechend in der Therapieplanung berücksichtigt werden sollten.

Gieler et al. (1990) konnten in einer Studie zur Korrelation psychischer Faktoren mit somatischen Befunden nachweisen, daß Patienten mit Neurodermitis sich als ängstlicher, erregter, depressiver und antriebsärmer beschreiben und höhere Neurotizismuswerte aufweisen als die Patienten der Eichstichprobe. Sie gingen der Frage nach, ob dieses Ergebnis sich auf die Ge-

samtheit der untersuchten Neurodermitis-Patienten bezieht, oder ob innerhalb dieser Gruppe Untergruppen zu spezifizieren sind. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß innerhalb der Gruppe der Neurodermitis-Patienten per Clusteranalyse vier Untergruppen zu identifizieren sind, von denen sich lediglich eine Gruppe als psychisch beeinträchtigt darstellt, eine andere Gruppe beschreibt sich als psychisch besonders stabil, während die übrigen beiden Gruppen eine Zwischenstellung einnehmen. Die Subgruppe der psychisch auffälligen Patienten hebt sich in fast allen Parametern zur Lebenssituation und zum Krankheitsverlauf von der Gruppe der psychisch stabilen Patienten ab. Sie weisen eine frühere Krankheitsmanifestation auf und messen auch selbst den psychischen Faktoren eine größere Bedeutung an der Genese des endogenen Ekzems bei. Auch sind sie mit ihrer Lebenssituation per se unzufriedener und empfinden sich durch die Krankheitserscheinungen entstellter, stigmatisierter und in ihrer Lebensführung beeinträchtigt. Allerdings zeigen sie weniger intensiven Juckreiz und ein weniger ausgeprägtes Kratzen als die psychisch stabile Gruppe.

Auch *Gupta (1994)* konnte in seiner Untersuchung eine positive, signifikante Korrelation zwischen Juckreiz und Depressivität aufzeigen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß die Gruppe der psychisch labilen Patienten eher in der Lage ist, Konflikte auf psychischer Ebene zu verarbeiten und infolge dessen weniger Juckreiz und Kratzen empfindet, was wiederum mit einer weniger ausgeprägten körperlichen Symptomatik einhergeht. Im Gegensatz dazu empfindet sich die psychisch stabile Gruppe zwar als weniger entstellt, diese Einschätzung stimmt aber oftmals nicht mit der objektiven Beurteilung des behandelnden Dermatologen überein. An diesem Beispiel wird deutlich, daß die mit der Krankheit einhergehende psychische Beeinträchtigung und die somatischen Befunde nicht miteinander korrelieren müssen und daß gerade diese Diskrepanz richtungsweisend sein kann für verdeckte, verdrängte oder dissimulierte psychosomatische Probleme und so die Therapieauswahl entscheidend beeinflussen könnte (*s.a. Kapitel über alternative Therapieangebote*).

Hautkranke weisen meist eine hohe Sensibilität gegenüber allem auf, was die Integrität und die Unversehrtheit des Körpers gefährden oder in Frage stellen könnte. Gerade bei einem durch die Krankheit veränderten Körperschema besitzt die Haut als Kommunikationsorgan eine ausgeprägte psychische Repräsentanz im Selbstwelterleben des Menschen. Dies zeigt sich in der Interaktion und Kommunikation von Hautkranken mit ihrer Umwelt.

Ausgehend von der Konzeption *Laings (1961)* beschreiben *Teichmann und Bosse (1974)* in ihrer Arbeit den Einfluß einer Hauterkrankung auf die interpersonelle Kommunikation. Danach geht dem Beginn einer jeden Kommunikation eine den potentiellen Kommunikationspartner betreffende Hypothese oder Vorstellung voraus. In diese Vorstellung fließen zahlreiche Infor-

mationen ein, die durch dynamische Momente, wie Mimik, Gestik und Physiognomie, olfaktorische und akustische Reize, dem Situationssetting, aber in entscheidendem Maße auch von statisch-morphologischen Momenten wie z.B. der Farbe und Beschaffenheit der Haut beeinflusst sind. Aus der Summe der durch präverbale Kommunikation gewonnenen Eindrücke entsteht das „Fremdbild“, als Bild, welches sich jeder Kommunikationspartner vom anderen bereits vor der verbalen Kontaktaufnahme macht. Von diesem zu differenzieren ist das „vorgestellte Fremdbild“, als Hypothese des einen Kommunikationspartners über den Eindruck, den der andere von ihm gewinnt. Sowohl das Fremdbild als auch das vorgestellte Fremdbild sind davon abhängig, welche Vorstellungen, welches Selbstbild also, die betroffene Person von sich hat. Dieses Selbstbild kann als Grundlage für sämtliche soziale Handlungen und für das soziale Verhalten angesehen werden. Es setzt sich aus Erfahrungen zusammen, die das Individuum im Laufe seines Lebens in Interaktion mit seiner Umwelt sammelt und wird normalerweise ständig, nach dem Prinzip des Feedbacks, durch die Reaktion dieser korrigiert. „Geschieht dies nicht in angemessener Weise, kommt es zu einer Fehlbeurteilung der sozialen Wirklichkeit mit weitreichenden Konsequenzen für die gesamte Integration des Individuums“ (*Teichmann und Bosse, 1976, S.428*).

Beim Hautkranken besteht, nach Meinung der Autoren, eine auffällige Diskrepanz zwischen dem vorgestellten Fremdbild, welches von einem mangelndem Selbstwerterleben und folglich einem ungünstigem Selbstbild bestimmt wird, und dem tatsächlichen Fremdbild. Dieses negative Erleben der eigenen Person überträgt sich dann im Rahmen der interpersonellen Kommunikation auf das Gegenüber und kann in diesem das vom Hautkranken erwartete Verhalten induzieren. Zwei die Wahrnehmung des Hautkranken beeinflussende Mechanismen sind hierbei von Bedeutung:

1. Projektion: durch ein unzutreffendes vorgestelltes Fremdbild wird die Wahrnehmung des Hautkranken im Sinne einer selektiven Wahrnehmung beeinflusst, d. h. es kann zu einer Bestätigung der falschen Ausgangshypothese kommen.
2. Induktion: durch die Erwartungshaltung des Hautkranken wird das Verhalten des Kommunikationspartners entsprechend der falschen Erwartung beeinflusst.

Beide Mechanismen führen zu einer Bestätigung der Grundhaltung, die für das pathologische Kommunikationsgefüge verantwortlich war. Diese psychischen Veränderungen können im Verlauf einer chronischen Hauterkrankung u.U. auch als reaktives Geschehen auf das Verhalten der Umwelt aufgefaßt werden. Der Hautkranke leidet an einer paranoiden Überschätzung des Störungswertes, den das Hautstigma für seine Umwelt darstellt. In diesem pathologischem Kommunikationsgefüge kommt es dann nicht, wie es idealerweise sein sollte, zu einer Korrek-

tur der Wahrnehmung und damit zur Verminderung der Diskrepanz zwischen Vorstellung und Realität, sondern vielmehr zu einer Verstärkung der falschen Einschätzung im Sinne einer Bestätigung der realitätsfremden Kommunikationshypothesen. Dieser *circulus vitiosus* kann in der Folge zu psychischer und sozialer Dekompensation führen.

Auf der anderen Seite sind die Kognitionen, die der Gesunde in die Beziehung zum Hautkranken einbringt, nicht zu ignorieren. Diese werden durch kognitive Stereotypen beeinflusst. Dazu zählen Rücksichtnahme, Mitleid, die Vorstellung einer verringerten Leistungsfähigkeit des Hautkranken und die damit einhergehende verminderte sozial gebilligte Berechtigung Ansprüche, besonders in der sozial-emotionalen Bedürfnisbefriedigung, stellen zu können (*Thibaut und Kelley, 1959*). Diese Hypothese konnte in der Untersuchung von *Bosse et al. (1976)* verifiziert werden. Die Paranoia-Tendenz des Hautkranken (Überschätzung des Ausmaßes, mit dem der Kranke durch Hautgesunde abgelehnt wird) und die Genügsamkeitsthese von Seiten der Hautgesunden (Unterschätzung der Ansprüche, die der Hautkranke an seinen Partner und seine Umwelt stellt) führen zu einer Vergrößerung der Gesamtfehleinschätzung. In ihrer Arbeit beschäftigen sich die Autoren mit dem Symptom gestörter sozialer Beziehungen als Folge einer chronischen Hauterkrankung und kommen zu dem Schluß, daß „chronisch Hautkranke unter ungünstigen Voraussetzungen im Verlauf ihres Lebens den Weg eines Aussätzigen, eines Stigmatisierten zu gehen haben. Ein Weg, der mit dem Unverständnis von Schulkameraden und Lehrern beginnt, über schwere Klippen beruflicher und sexuell-partnerschaftlicher Art führt und in vermehrter Alterseinsamkeit endet“ (S.5). Dabei sind ganz verschiedene Lebensbereiche (Ästhetik, Erotik und Sexualität, soziale Nähe, Arbeits- und Leistungsbereich) betroffen und von unterschiedlicher Relevanz für das Ausmaß der Stigmatisierung.

Die permanente Konzentration auf den negativen Aspekt der kranken, als entstellt erlebten Haut, ist nicht nur ein weiterer Auslöser für übermäßig häufiges Kratzen, sondern trägt auch zu dem Erleben bei, daß das ganze Leben von der Krankheit überschattet wird. Auch hier wird der Bedarf deutlich, diese unterschiedlichen Lebensbereiche in die Therapieplanung miteinzuschließen.

Es konnte gezeigt werden, daß Hautkranke das Maximum an befürchteter und tatsächlicher Ablehnung im Bereich der erotisch-sexuellen Kontaktnähe erfahren, wobei hier, entgegen den Erwartungen, keine an das weibliche Geschlecht gebundene Sensibilität und Diskriminierungsfähigkeit für den Zustand der Haut zu finden ist (*Bosse et al., 1976*). Wohl aber läßt sich eine erhöhte Ablehnung der stigmatisierten (weiblichen und männlichen) Porträts durch hautgesunde Männer finden. Dies könnte sich durch die besitzergreifende Komponente im männlichen Rollenverhalten und dem männlichen Anspruchsverhalten unseres Kulturkreises erklären, welche

eine Makellosigkeit der gleich- und andersgeschlechtlichen Partner erwartet. Sauberkeit und Reinheit (der Haut) werden entsprechend unserer soziokulturellen Normvorstellungen mit Jungfräulichkeit in Verbindung gebracht und bestimmen so das maskuline Konkurrenzverhalten. Der weibliche Partner wird zur Demonstration der eigenen Potenz, der männlichen Macht und Selbstsicherheit benutzt. Vor diesem Hintergrund diskriminiert „Unsauberkeit“ den Mann weniger als die Frau. Der Mann unterliegt nicht den Forderungen nach Virginität, seine sexuellen Erfahrungen steigern im allgemeinen noch seine Attraktivität (vgl. *Zauner in Bosse et al., 1976*). Dies mag wohl auch dazu führen, daß hautkranke Frauen eher den körperlichen Kontakt meiden als hautkranke Männer, da sie sich dieses Defizits, der Diskrepanz zwischen der männlichen Erwartungshaltung und ihrem tatsächlichen äußeren Erscheinungsbild, bewußt sind. Auch in neueren Studien konnten diese Ergebnisse repliziert werden. *Niemeier et al., 1997*, zeigten, daß Psoriasispatienten hochsignifikant und Neurodermitispatienten signifikant weniger Zärtlichkeiten mit dem Partner austauschen als die Kontrollgruppe. Sie erleben sich gehemmt und unfreier in sexuellen Kontakten als die hautgesunden Probanden. Weibliche hautkranke Patienten haben signifikant seltener Orgasmen als hautgesunde Frauen, bei Männern stehen Erektionsstörungen und Ejaculatio praecox im Vordergrund.

All diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß entstellende Hauterkrankungen mit einer Vermeidung von Körperkontakt oder mit einer Abwertung der erotisch-stimulierenden Selbstbeobachtung, die auch dazu dient, das Verlangen während des Geschlechtsverkehrs anzuregen und beizubehalten, einhergehen. Die Autoren erklären dies mit einer Störung der individuellen Grenzen, bei der die Nähe des anderen bedrohlich wirken kann. Sie verweisen auf die weiter oben beschriebene Nähe-Distanz-Problematik der Neurodermitis-Patienten und ihren unbewußten Versuchen, durch die körperliche Symptomatik die Distanz zur Außenwelt herzustellen.

So ist es von Bedeutung, daß der behandelnde Arzt im Gespräch mit den Patienten seine Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse dieser richtet, um neben der somatischen Behandlung die resultierenden psychischen Schwierigkeiten des hautkranken Patienten zur Kenntnis zu nehmen. Nur so kann er den Bedarf an oder die Motivation zu psychotherapeutischer Begleitung realisieren und kann diese zumindest initiieren, indem er im Patienten das Interesse für Zusammenhänge und integrierbare Konflikte weckt. Durch Einfühlsamkeit und Aufmerksamkeit für die Probleme des Patienten erwirbt er sich dessen Vertrauen als Basis für die weitere Zusammenarbeit.

Neben der Möglichkeit des Patienten, in diesem Rahmen Probleme und Erfahrungen aus für ihn emotional stark belasteten Lebensbereichen anzusprechen, soll als therapeutisches Ziel u.a. auch der Abbau des pathologischen Kommunikationsgefüges im Sinne einer Angleichung zwi-

schen postulierten und tatsächlichen Kognitionen der Umwelt bezüglich der Hauterkrankung angestrebt werden. Die Rolle des behandelnden Dermatologen liegt nicht zuletzt darin, eine vom Patienten meist gewünschte und benötigte Aussage über die soziale Wertigkeit seiner Hautveränderung zu treffen. So reflektiert der Dermatologe durch sein Verhalten nicht nur seine eigene Einstellung, sondern repräsentiert stellvertretend auch das soziale Umfeld; diese Haltung fließt, bewußt oder unbewußt, in das anamnestisch, diagnostisch oder möglicherweise sogar therapeutisch orientierte Gespräch mit dem Patienten ein. Der Patient soll, ggf. unter Zuhilfenahme einer begleitenden Psychotherapie, die Möglichkeit bekommen, sich selbst mit allen Einschränkungen und gleichzeitig seine Umwelt mit den unterstellten oder vorhandenen diskriminierenden Einstellungen anzunehmen. Dadurch könnten u.U. die weiter oben beschriebenen Probleme des Hautkranken mit Nähe und Distanz reduziert und so eine vermehrte Kontaktbereitschaft und -fähigkeit unterstützt werden

2.5. alternative Therapieangebote

2.5.1. psychoanalytisch orientierte Psychotherapie

Parallel zu den weiter oben dargestellten Erkenntnissen der Psychoanalyse über die Bedeutung der Haut für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit, faßt auch die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie krankhafte Hautreaktionen als Substrat abgewehrter Affekte und Bedürfnisse auf. Die Haut als Kommunikationsorgan fungiert als Übermittler einer Botschaft, wenn das zugehörige Erleben entweder unbewußt ist oder nicht ausgedrückt werden kann, weil die Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit hierfür fehlt. Ziel der ergänzenden Psychotherapie ist es, das körperliche Symptom von seiner sekundär die Hauterkrankung stabilisierenden kommunikativen Funktion „zu befreien“ (*Simmich et al., 1998, S.204*).

Die Intensität der hinter dem Symptom stehenden Bedürfnisse ist sehr groß und dementsprechend ist der Widerstand, das Symptom aufzugeben, sehr stark. Der Schritt in die Psychotherapie ist für den Patienten nicht ohne Gefahr für seine innere Stabilität. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, diese abgewehrten Affekte und Bedürfnisse mittels seiner Fähigkeit, die dahinterliegende Botschaft über die Gegenübertragung zu verstehen und durch Verbalisierung für den Patienten integrierbar zu machen. Der rationale Einsatz des Instruments der Gegenübertragung erlaubt dem behandelnden Arzt, die unbewußten Konflikte des Patienten aufzudecken und sie dem therapeutischem Vorgehen zugänglich zu machen. Sprachlosigkeit aufzuheben ist ein wesentliches Anliegen der psychoanalytischen Psychotherapie.

Da es sich bei der tiefenanalytisch orientierten Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder zwar um ein psychoanalytisches Vorgehen, jedoch nicht im klassischen Sinne, sondern um eine dermatologisch-psychoanalytisch orientiertes Vorgehen handelt, können die für eine Psychoanalyse geltenden Regeln wie z.B. die Abstinenzregel nicht in vollem Umfang eingehalten werden. Es gilt einen für den Patienten angemessenen Kompromiß zwischen zumutbarer Frustration und notwendiger Bedürfnisbefriedigung zu finden. Denn ist die Frustration infolge strikter Einhaltung der Abstinenzregel zu groß, so droht ein Behandlungsabbruch. Ist auf der anderen Seite die Bedürfnisbefriedigung, einschließlich der dem Patienten unbewußten aber durch den Behandler erfüllten Erwartungen, zu groß, so ist es dem Patienten unmöglich, seine psychischen Konflikte wahrzunehmen und an deren Lösung zu arbeiten.

Bei den Patienten handelt es sich oftmals um solche, die nicht wissen, daß die Verursachung ihrer Symptomatik nicht rein somatisch bedingt ist, sondern daß konflikthafte zwischenmenschliche Beziehungen ebenfalls ihren Anteil daran haben können. Gerade diese Patienten sind für eine Psychotherapie primär nicht geeignet. Der Zugang zu dieser Patientengruppe muß über die Hautbehandlung und die dabei auftauchenden Gesprächsangebote gefunden werden. Dies kann manchmal einen langen Zeitabschnitt in Anspruch nehmen. Im Idealfall kommt es dann zu einer Umorientierung im Patienten, so daß sich die anschließende Behandlung auf die Aufarbeitung von Widerstand und Übertragung konzentrieren kann. Ein zentraler Bestandteil des tiefenpsychologisch orientierten, dermatologischen Behandlungskonzepts ist es, den Patienten gleichzeitig mit den Methoden der Dermatologie und der Tiefenpsychologie zu erfassen. Dies bietet die Möglichkeit, auch den zur Psychotherapie nicht motivierten aber dennoch leidenden Patienten gerecht zu werden und den Blick zu erweitern für Zusammenhänge, die man bei isolierter dermatologischer oder tiefenpsychologischer Betrachtung nicht erkennt. In der Herangehensweise und im Tempo der Analyse muß jedoch berücksichtigt werden, daß das schwache Selbst schützende Symptom nur in gleicher Geschwindigkeit analysiert und abgebaut werden darf, wie es zu einer allmählichen Strukturierung, Stärkung und Normalisierung des Selbst kommt, da der Stabilitätsverlust sonst zu lebensbedrohlichen Krisen führen kann.

2.5.2. Ganzheitlich-integratives Therapiekonzept

Wie oben schon erwähnt, handelt es sich bei Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern oftmals um Patienten, in deren Krankheitskonzept es keine psychische Dimension als Auslöser ihrer Symptomatik zu geben scheint, sie wissen nicht um die nicht-somatische Komponente ihrer Erkrankung .

Der Zugang zu diesen Patienten, die primär nicht für eine Psychotherapie geeignet scheinen, eine solche evtl. sogar anfangs ablehnen, muß über die Hautbehandlung und die hierbei auftauchenden Gesprächsangebote gefunden werden (*Rechenberger, 1976*). Die psychotherapeutische Intervention ist also nicht als Alternative zu einer dermatologischen Behandlung konzipiert, sondern muß eine Integration beider Ansätze anstreben.

Die Intention, psychotherapeutische Maßnahmen in Kombination mit Strategien zur Streßbewältigung und allgemeinen Informationen über Haut- und Hautpflege anzubieten, ist Grundlage eines von *Gieler et al. (1993)* entwickelten Neurodermitiker-Schulungs-Programmes. Die Effizienz eines solchen integrativen Therapiekonzepts bezüglich Rezidivvermeidung, Glukokortikoideinsparung und Verbesserung der Lebensqualität ist allgemein anerkannt (*Fartasch et al., 2000; Lange et al., 1999; Simmich et al., 1998; Stangier et al., 1996, 1996a; Ehlers et al., 1995; Gieler et al., 1993; Bosse, 1990; Rowold et al., 1990; v. Ular et al., 1989; Cole et al., 1988*) und die Forderung nach solchen integrativen Therapieansätzen wird zunehmend gestellt. Die Bedeutung von Streß und Anspannung bei der Auslösung des Juckreizes als Leitsymptom der Neurodermitis ist in *Abbildung 5* schematisch dargestellt.

zusätzliche Reize z.B. Kleidung, Klima

Krankheit, Nahrung, „Streß“

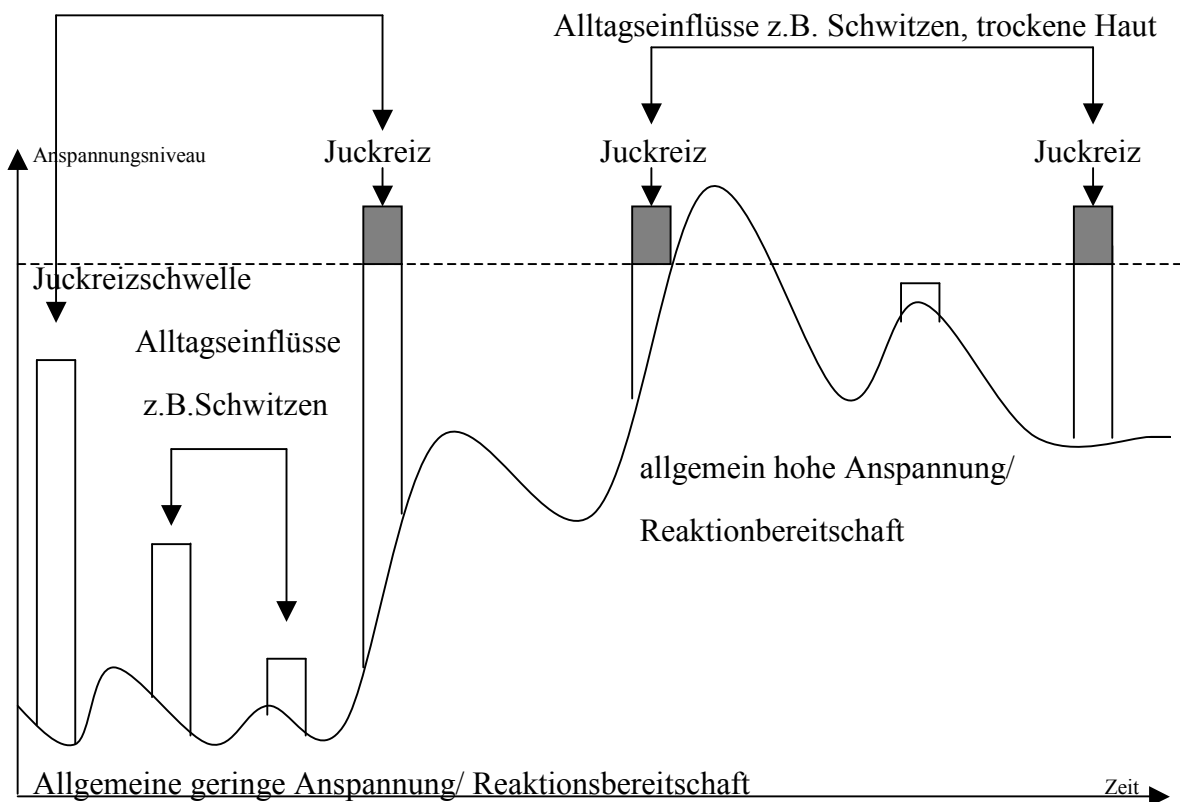


Abbildung 5: Die Bedeutung von Anspannung und Streß zur Auslösung von Juckreiz bei Neurodermitis (*modifiziert nach Gieler et al., 1993*)

Hautkranke Patienten können von einem psychosomatisch/ psychoanalytisch versierten Dermatologen wesentlich leichter als von einem Psychologen oder Psychotherapeuten erreicht werden, weil sich das therapeutische Beziehungsgefüge direkt über die Hautsymptomatik entwickeln kann und der Patient mit einem organisch ausgerichteten Krankheitskonzept dieses Behandlungsangebot leichter annehmen kann.

Die Beziehungsaufnahme läßt sich am besten im Rahmen einer stationären Therapie realisieren. Als Indikationen zur stationären Aufnahme gelten schwere Verlaufsformen, die mit dermatologischen Mitteln unter ambulanten Bedingungen nicht behandelbar sind, akute Exazerbationen, ein hohes Ausmaß an emotionalen Störungen und die Notwendigkeit der Schaffung einer ausgeglichenen, entspannten Atmosphäre in Kombination mit der entsprechenden Motivation der Patienten und der Bereitschaft zu einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt (*Hoegl et al., 1998; Löwenberg & Peters, 1994, Rowold et al., 1990; Brown & Bettley, 1971*). Dabei ist die psychosomatische Struktur und das Krankheitskonzept des Patienten bzw. seine Einstellung zu der Erkrankung, wie bereits erwähnt, immer zu berücksichtigen (*Bosse, 1990, Gieler et al, 1987*).

Der stationäre Aufenthalt dauert in der Regel drei bis fünf Wochen. Im ersten Drittel wird der Patient gezielt von der gewohnten Umgebung und vom Alltag abgeschirmt, um ihm so die Möglichkeit der Entspannung zu geben. Das zweite Drittel beinhaltet die allmähliche Aktivierung des Patienten. Dies geschieht durch Einbeziehung des Patienten in die Durchführung der somatischen Therapie einerseits und in die zunehmend aufdeckenden, psychologischen Gespräche andererseits. Dem Patienten soll so ermöglicht werden, die individuellen, psychosomatischen Zusammenhänge der Erkrankung mehr und mehr zu verstehen. Das letzte Drittel dient dann der Vorbereitung auf die Entlassung: hier soll der Patient lernen, seine Haut selbstständig zu versorgen. Durch zunehmende Konfrontation mit dem Alltag soll er lernen, sein berufliches und familiäres Leben neu zu gewichten.

Im Verlauf des stationären Aufenthaltes kann das organische Beziehungsangebot des Patienten in ein personelles übertragen werden und über diesen Weg auch in eine poststationäre simultane Behandlung einmünden. So kann es zu einer sinnvollen Weiterentwicklung des stationär erreichten Behandlungsergebnisses kommen (*Schaller et al., 1998*). Sowohl Schwellenängste und evtl. bestehende Vorurteile gegenüber Psychotherapeuten und psychosomatischen Kliniken als auch Blockaden bzgl. des Eingeständnisses von eigenen psychogenen Faktoren kommen so weniger zum Tragen.

Mit Hilfe des integrativen Therapiekonzepts soll der Patient lernen, mit den Anforderungen, die die Hauterkrankung in individueller oder sozialer Hinsicht an ihn stellt, besser umzugehen. Entsprechend orientieren sich die Therapieziele an den durch die Hautkrankheit entstandenen Schwierigkeiten in den verschiedenen Lebensbereichen. Sie werden individuell erarbeitet, wobei die Verbesserung der Selbstbeobachtung, die Vermittlung eines handlungsleitenden Krankheitsverständnisses und der Aufbau einer aktiven Lebensgestaltung im Mittelpunkt stehen (Hoegl et al., 1998). Bestandteile des integrativen Therapiekonzepts sind die dermatologische Basistherapie, das Erlernen eines Entspannungsverfahrens, das Führen eines Streß- und Kratztagebuchs, das Training sozialer Kompetenzen und das Erarbeiten von Strategien, die zur Reduktion des Kratzverhaltens führen. Die Patienten können so lernen, ihren Einfluß auf den Krankheitsverlauf wahrzunehmen. Dadurch wird ihre Hilflosigkeit im Umgang mit der Krankheit abgebaut und sie lernen unterschiedliche Formen der Bewältigung ihrer Hauterkrankung kennen.

- Informationsvermittlung

Ein Großteil der Patienten ist durch die Vielzahl von therapeutischen Ansätze, die zudem auf teils gegensätzlichen Behandlungstheorien beruhen, verunsichert. Diese werden oftmals, mangels eindeutiger und anhaltender Therapieerfolge, polypragmatisch und ziellos ‚ausprobiert‘. Ein Informationsdefizit bzgl. möglicher Ursachen und wirksamer Therapiemaßnahmen führt zu mangelhafter Compliance und häufigem Arztwechsel und zieht einen Kontrollverlust im Umgang mit dem Hautzustand nach sich.

Ziel einer fundierten Informationsvermittlung soll es sein, dem Patienten unter fachlich kompetenter Anleitung das für ihn individuell am besten durchführbare Konzept herauszusuchen.

- Dermatologische Behandlung

Auch die Instruktion einer angemessenen Hautpflege ist Teil des integrativen Therapiekonzepts. Die externe Behandlung der Neurodermitis richtet sich nach dem aktuellen Krankheitsstadium. Durch Vermittlung des aktuellen therapeutischen Standards sollen die Patienten in die Lage versetzt werden, eigenständig Veränderungen in ihren Lebens- und Therapiegewohnheiten vorzunehmen und sie sollen lernen, Vor- und Nachteile der jeweiligen Therapie realistischer einzuschätzen (Hoegl et al., 1998). Dies soll zu einer verbesserten Krankheitsprophylaxe beitragen. Hierbei ist es wichtig, nicht eine Vielzahl von Informationen anzubieten, sondern im Gegenteil, die unüberschaubare Flut von Behandlungsvorschlägen und Therapiemöglichkeiten zu reduzieren. Ziel ist es, dem Patienten bei der Gewichtung und Strukturierung der einzelnen Informationen Hilfestellung zu leisten, um ihn nicht zu überfordern.

Zusätzlich zur intensiven dermatologischen Schulung stellt die gründliche, allergologische Beratung einen weiteren Schwerpunkt dar. Die Vorteile des dargestellten Konzepts sind:

- aufgrund der rational abgeleiteten Ziele ergibt sich eine hohe Akzeptanz dieses Therapieansatzes bei einer großen Zahl von Betroffenen.
- die Berücksichtigung der multifaktoriellen Genese
- erlaubt ein individuelles Vorgehen bei der Krankheitsprophylaxe (*Stangier et al., 1996a*).

Bei allen durchgeführten Maßnahmen bleibt zu beachten, daß der Hautkranke über die Symptomatik der Haut mit seiner Umwelt kommuniziert und seinen (Seelen-) Zustand demonstriert. So bietet die Anleitung zur Pflege oder die Inspektion des (Haut-) Zustands im „Schmierzimmer“ die Möglichkeit des Aufbaus eines Beziehungsgefüges zwischen *Behandler* und *Patient*. Der *Behandler* kann, nach entsprechender Ausbildung und Schulung, über nonverbale Kommunikation einiges über die Probleme des Hautkranken erfahren und die therapeutische Beziehung kann sich langsam über die Hautsymptomatik entwickeln (Übertragung des organischen Beziehungsgefüges in ein personelles). Dieses Vorgehen eröffnet, gerade bei Patienten mit organbezogenem Krankheitskonzept, durch Wegfall der Schwellenängste, die dieses Patientekollektiv bei rein psychotherapeutischen Therapieangeboten entwickeln könnte, ganz neue Perspektiven der *Behandlung*.

- Selbstbeobachtung

Der Patient soll zur Selbstbeobachtung angeleitet werden, damit er sensibilisiert wird für aktualgenetische Zusammenhänge zwischen Hautzustand und psychischer Belastung (*King & Wilson, 1991; Bosse & Hünecke, 1987; Fassheber in Bosse et al., 1976*). So können schwierige, belastende Situationen evtl. identifiziert und einer Veränderung oder Bearbeitung zugänglich gemacht werden (*Magraf, 1996; Zielke, 1994; Berg, 1991; King et al, 1991*). Dies kann ebenfalls zu einer verbesserten Krankheitsprophylaxe beitragen. Die Selbstbeobachtung soll die Hilflosigkeit im Umgang mit der Krankheit reduzieren und dazu beitragen, daß der Krankheitsverlauf für den Betroffenen kontrollierbar und damit weniger belastend wird. Hierbei muß allerdings erwähnt werden, daß es durch die Komplexität der Erkrankung nicht möglich ist, ein eindeutiges Konzept von Ursachen (Kausalattribution) und Veränderungsmöglichkeiten (Kontrollüberzeugungen) zu entwickeln. Ein fälschlicherweise postuliertes Ursache-Wirkungs-Prinzip würde das Krankheitsgeschehen, aufgrund erlebter Frustration bei Versagen dieses Prinzips, noch undurchschaubarer und unkontrollierbarer erscheinen lassen.

Darüberhinaus soll über eine Protokollierung des selbst beobachteten Kratzverhaltens einerseits die Bewußtmachung dieses Prozesses erfolgen und andererseits dient sie der Erhebung objekti-

vierbarer Daten, auf denen Maßnahmen zur Kratzreduktion aufbauen können (*Niemeier et al., 1996; Scholz & Hermanns, 1994; Ehlers et al., 1993*). Eine Erfassung des Hautzustandes in Eigen- und Fremdbeurteilung erscheint zur Verlaufskontrolle sinnvoll. *Melin et al. (1986)* konnten belegen, daß allein durch den Abbau von Kratzen durch Selbstkontrollverfahren erhebliche Verbesserungen der Symptomatik erreicht werden können.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht lassen sich zwei grundlegende Mechanismen gegenüberstellen, die für die Ausweitung des Kratzverhaltens verantwortlich sein können und die es zu identifizieren gilt, da sie eine unterschiedliche therapeutische Herangehensweise erfordern (*vgl. Ausführungen zum verhaltenstherapeutischen Therapieansatz*).

- Streßbewältigung

Meist ist es den Patienten nicht möglich, der so häufig ausgesprochenen und gut gemeinten Empfehlung „Vermeiden Sie Streß“ zu folgen, deshalb ist es wichtig, dem Patienten statt dessen Möglichkeiten zum besseren Umgang mit diesem anzubieten.

Die Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen streßinduzierenden Situationen und Körperreaktion ist eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung der Streßbewältigung von Neurodermitispatienten (*Ginsburg et al., 1993; Gieler et al., 1990; Horne et al., 1989; Schubert, 1989; Coles et al., 1988; Scholz, 1988, Melin et al., 1986*). Durch eingeübte Bewältigungsstrategien kann dann das allgemeine Belastungsniveau des Patienten gesenkt werden. Zusätzlich werden Zusammenhänge zwischen psychischer und physischer Belastung, dem allgemeinen physiologischen Erregungsniveau und dem Auftreten von Hauterscheinungen aufgezeigt.

Hierbei wird zum einen direkt auf die physiologische Erregung Einfluß genommen (*vgl. Autogenes Training, Imaginationsverfahren, Hypnose und Biofeedback*). Durch diese Techniken soll eine Verringerung des vegetativen Empfindungsniveaus einerseits und ein Abbau von Juckreiz und Kratzimpulsen andererseits erreicht werden.

Zum anderen werden dem Patienten kognitive Strategien und Fertigkeiten (Problemlösetraining, Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstkontrolle bezüglich Kratzen und Informationen zur Krankheit) zur besseren Streßbewältigung vermittelt. Dabei sollten die zuvor identifizierten, individuellen Belastungssituationen bei den Übungen im Vordergrund stehen.

- Interaktionsübungen

Wie weiter oben dargestellt, können soziale Interaktionen durch die Hautkrankheit belastet sein. Im Rahmen eines Interaktionstrainings werden besonders schwierige Themen wie Kontaktaufnahme, Kommunikationsverhalten, selbstsicheres Verhalten (insbesondere auch in krankheitsspezifischen Problemsituationen wie z.B. der Besuch von Sauna oder Schwimmbad

oder beim Sport), Umgang mit negativen Reaktionen (wie Mitleid, Ablehnung und Distanzierung), Grenzen setzen, Ausdruck von Ärger etc. in Form von Rollenspielen geübt und anschließend im Alltag erprobt (*Ehlers et al., 1994; Zielke, 1994*). Das Interaktionstraining läßt sich am besten im Rahmen einer Gruppenbehandlung durchführen, was zusätzlich den Vorteil bietet, daß die Patienten im Rahmen sozialer Vergleichsprozesse eine Relativierung der Bedeutsamkeit ihrer Krankheit erfahren.

2.5.3. Verhaltenstherapeutischer Ansatz

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht lassen sich zwei grundlegende Mechanismen gegenüberstellen, die jeweils für die Ausweitung der Kratzproblematik verantwortlich sein können und eine unterschiedliche therapeutische Herangehensweise erfordern.

1. Das Kratzen wird primär durch einen Juckreiz initiiert und mündet durch einen Aufschaukelungsprozess im Juckreiz-Kratz-Zirkel von sich gegenseitig verstärkendem Juckreiz und Kratzen. Diesem „circulus vitiosus“ fühlt sich der Neurodermitiskranke hilflos ausgeliefert. Das Kratzen kann als „zwanghaftes“ Kratzen bezeichnet werden, da die Verhinderung des aversiven Zustands nur unvollständig gelingt und immer stärkere Bemühungen zur Kontrolle des Kratzverhaltens notwendig werden. Die hervorgerufenen Hautschäden tragen zur Chronifizierung der Erkrankung bei, wodurch auch die sozialen Konsequenzen wie Rückzug und Arbeitsunfähigkeit an Bedeutung gewinnen. Auch Schuldgefühle ob des Verlustes der Selbstkontrolle und der Kontrolle über den Krankheitsverlauf sind von Bedeutung.
2. Das Kratzen kann hingegen auch eine nicht juckreizbedingte, d.h. automatisierte Verhaltensweise sein, deren Generalisierung als Folge von Konditionierungsprozessen gesehen werden kann. Kratzen als (Übersprungs-) Reaktion auf diffuse Anspannung und Ärger; auf Entscheidungskonflikte, auf den Anblick von Hautveränderungen bei sich selbst oder bei anderen sowie auf unterschiedliche Hautempfindungen (Wärme, Wind, Berührung). Die auslösenden Bedingungen sind individuell unterschiedlich und werden nicht immer bewußt wahrgenommen. Vielfach bedarf es der systematischen Selbstbeobachtung bevor der Betroffene seine Gewohnheiten realisiert und sich für ihn, durch Einübung alternativer Reaktionsweisen, die Möglichkeit einer Veränderung bietet.

Stangier et al. (1987) haben versucht, anhand des Paradigmas des klassischen Konditionierens die Entstehung und die Ausweitung des Kratzverhaltens zu erklären. Dabei fungieren unterschiedliche interne oder externe Bedingungen wie z.B. diffuse Anspannung oder Mißempfinden als konditionierte Stimuli (CS). Durch wiederholte zeitliche Paarung mit dem Juckreiz als

unkonditionierten Stimulus (UCS), kann der CS als alleiniger Auslöser den Juckreiz auslösen (vgl. auch *Jordan et Whitlock, 1972*). Die Aufrechterhaltung und Ausweitung des Kratzverhaltens folgt dem Paradigma des operanten Konditionierens: das Kratzverhalten wird durch das Nachlassen des Juckreizes oder der erzielten Spannungsreduktion verstärkt bzw. belohnt.

Zusätzlich können die emotionalen Folgen von Kratzen und Kratzexzessen, nämlich Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, zu einer Verstärkung der auslösenden Stimuli wie Anspannung und/oder Juckreiz führen und ihrerseits als CS zur Auslösung von Juckreiz führen. Auch die, durch die verursachten Gewebsläsionen bedingten, sekundären Entzündungsprozesse tragen wiederum zu einer Steigerung des Juckreizes bei, um im „circulus-vitiosus“ des Juckens und Kratzens zu enden. Es entsteht ein überaus komplexes Bedingungsgefüge von Juckreiz, Kratzen und emotionalen Reaktionen, an dem Prozesse des klassischen und operanten Konditionierens beteiligt sind. Als zusätzlicher Verstärkungsmechanismus des pathologischen Kratzverhaltens ist der durch das Kratzverhalten hervorgerufene sekundäre Krankheitsgewinn, in Form von Zuwendung von Umwelt und Bezugspersonen, zu erwähnen.

In der Verhaltenstherapie bieten sich, entsprechend den beiden juckreizinduzierenden Mechanismen, auch in der Behandlung der Neurodermitis zwei Hauptansatzpunkte an: zum einen soll eine Kontrolle des Kratzverhaltens mit Durchbrechung des Juckreiz-Kratz-Zirkels erreicht werden, zum anderen geht es um die therapeutische Beeinflussung des allgemeinen Erregungsniveaus („Streß“) des Patienten mit konsekutiver Unterbindung des automatisierten Kratzens.

Gieler et al. (1996) haben im Rahmen ihres integrativen Therapiekonzepts verschiedene verhaltenstherapeutische Maßnahmen vorgestellt. Techniken zur Verbesserung der Selbstkontrolle stellen die Grundlage dieses Konzepts dar (*King & Wilson, 1991; Reinecker, 1987*); gleichzeitig dienen sie als Datenquelle therapiebezogener Diagnostik. Grundlagen sind:

- Systematische Selbstbeobachtung in Form eines standardisierten Selbstbeobachtungsprotokolls („Kratztagebuch“) zur Verbesserung der Identifikation von Auslösern (s.o.). Dabei hat es sich aus den aufgeführten Gründen als günstig erwiesen, Kratzintensität und -häufigkeit sowie Juckreizintensität getrennt zu registrieren.
- Identifizierung früher Anzeichen von Juckreiz (z.B. Kribbeln) und von „Risikosituationen“ in denen häufig gekratzt wird (*Coles et al., 1988; Kaschel et al., 1990; Niebel, 1990, 1991*).
- Maßnahmen zur direkten Verhinderung von Kratzen (z.B. Rückfetten).
- Stimuluskontrolle durch Bestimmung kratzfreier Zeitintervalle und Vermeidung von Situationen in denen Kratzen wahrscheinlich ist (*Kaschel et al., 1990*).
- Aufbau von Selbstverstärkung und Abbau von Selbstbestrafung.

- Durch die Vermittlung von kognitiven Fertigkeiten, die sich ganz spezifisch auf Kratzimpuls und Juckreiz beziehen, kann die Selbstkontrolle bezüglich des Kratzverhaltens auch langfristig aufrechterhalten werden. Dazu gehören:
- Erklärungsmodelle wie z.B. das „Teufelskreismodell“ für die Aufschaukelung von Juckreiz und Kratzen, ein „Mehrebenenmodell“ zum Zusammenhang von Kognitionen, Verhalten, Belastungssituationen und Kratzen und das Modell des „automatisierten“ Kratzens zur Erklärung von nicht-juckreizbedingten, gewohnheitsmäßigem Kratzen.
- Identifizierung ungünstiger Kognitionen.
- Maßnahmen wie Konzentration auf entlastende Gedanken im Sinne von Selbstgesprächen oder Selbstinstruktionen, die den Kratzimpuls hemmen können.
- Ablenkung durch manuelle oder mentale Reaktionsalternativen.
- Entspannungsübungen und angenehme Imagination.
- Übertönung der durch den Juckreiz hervorgerufenen Hautstimulation durch hautschonendere Maßnahmen (z.B. Eisbeutel).

2.5.4. Autogenes Training und Imaginationsverfahren

Entspannungs- und Imaginationenübungen sind als zusätzliche Maßnahmen zur Kontrolle des Kratzimpulses zu sehen. Als autosuggestives Entspannungsverfahren weist autogenes Training einige Gemeinsamkeiten mit Hypnose auf, betont im Vorgehen jedoch stärker die Selbstkontrolle durch den Patienten.

Durch **Autogenes Training** soll primär eine Reduktion der sympathischen Aktivierung und damit eine Erhöhung der Juckreizschwelle erreicht werden, sekundär kann aber auch direkt Einfluß auf den Kratzimpuls genommen werden.

Progressiv erlernen die Patienten, ihre Muskeln zu entspannen (Entspannung auch als kratzinkompatible Verhaltensweise), um im weiteren eine Induktion der Entspannung auf Hinweisreize (Rückwärtszählen, Ausatmen) erzielen zu können (cue-controlled relaxation, *Gieler et al., 1996*). Die Patienten wählen eine Technik aus, die sie selbst als günstig einschätzen, um Entspannung herbeizuführen wann immer sie im Tagesablauf das Bedürfnis danach verspüren. Der letzte Schritt dient der flexiblen Integration der Entspannungsübungen in den Alltag. Die Patienten sollen dahin kommen, sich auch bei geöffneten Augen und bei Beanspruchung einzelner Muskelgruppen entspannen zu können. Es werden Entspannungstechniken von kurzer Dauer eingeübt, damit diese bei Bedarf, z.B. beim Impuls zu kratzen, angewandt werden können.

Imaginationstechniken dienen der Wahrnehmung positiver Empfindungen auf der Haut. Die beim Hautkranken eher negativ ausgerichtete Konzentration auf die Haut soll durch eine positi-

ve Zuwendung ersetzt werden. Es werden z.B. Vorstellungen eingeübt, die mit Kühle oder anderen positiven Eigenschaften assoziiert sind, so daß durch eine verringerte Wahrnehmung der Mißempfindung oder durch eine Uminterpretation des Reizes der Juckreiz gemildert werden kann.

2.5.5. Biofeedbacktraining

Biofeedbacktraining zielt auf die gezielte Selbstkontrolle einer spezifischen Körperfunktion ab. Diese wird apparativ erfaßt und es erfolgt eine Rückmeldung über den Zustand mittels eines optischen oder akustischen Signals. Bei Hauterkrankungen bieten sich als Angriffspunkte die Hauttemperatur, der Muskeltonus und die elektrodermale Aktivität an. Anhand der Messung der Muskelaktivität können Situationen erfaßt und identifiziert werden, die eine erhöhte Anspannung verursachen. Im weiteren kann eine progressive Relaxation trainiert werden. In Studien konnte gezeigt werden, daß mit dieser Methode deutliche Besserungen des Hautzustandes erreicht werden konnten (*Stangier, 1996; Gray & Lawlis, 1982*).

2.5.6. Hypnose

Hypnosetechniken können in der Therapie von Hautkrankheiten eingesetzt werden, da in Studien nachgewiesen werden konnte, daß Hautreaktionen durch Hypnose beeinflußt werden können (*Kaschel & Friedrichs, 1990; Whitlock, 1980*). Dabei können verschiedene Suggestionstechniken störungsspezifisch verwandt werden, z.B. Suggestion von kinästhetischen und temperaturbezogenen Empfindungen wie Wärme und Kälte oder Leichtigkeit und Schwere. Auch die direkte Suggestion von Symptomfreiheit kann als therapeutisches Mittel zum Einsatz kommen.

Aufgrund der engen Beziehung zwischen Hypnose, Imaginationsverfahren und Autogenem Training kommen Hypnosetechniken im Rahmen des ganzheitlich-integrativen Therapiekonzepts nicht autonom zum Einsatz.

2.5.7. Klimatherapie

Die dermatologische Klimatherapie ist eine Therapieform, die in besonderen, heilungsfördernden Reizklimaregionen (Nordseeinselklima, Hochgebirgsklima) durchgeführt wird, so daß ein Zusammenwirken von dermatologischer Therapie einerseits und Klimawirkung andererseits resultiert. In diesen Reizklimazonen, an denen besondere Insolations-, thermisch-hygrische und Aerosolverhältnisse vorliegen, wird der Organismus allgemein vegetativ stimuliert und stabili-

siert und die erkrankte, konstitutionell veränderte Haut erfährt durch die direkt und indirekt wirkenden Klimafaktoren einen günstigen Einfluß (*Vocks et al., 1995*).

So ist die Klimatherapie als ganzheitliche Therapieform zu betrachten und ihr Langzeiteffekt wurde in verschiedenen Studien belegt (*Vocks et al., 1994; Steiger & Borelli, 1991; Kneist, 1989; Borelli 1981*). Indikationen einer Klimatherapie sind (*Vocks et al., 1995*):

- die aktuelle Behandlung schwerer Fälle, die mit den dermatologischen Therapien durch Hautärzte am Wohnort (ambulant oder stationär) nicht behandelbar sind.
- die aktuelle Therapie mittelschwerer Fälle, bei denen eine Therapie am Wohnort zwar zu einer vorübergehenden Besserung führt, die aber äußerst instabil bleiben und eine sofortige Wiederverschlechterung nach Therapieende zeigen.
- die stabilisierende Therapie leichter Fälle, die am Wohnort durch entsprechende dermatologische Therapie zwar ein passagere Abheilung erzielen, aber regelmäßige, oft zunehmend häufigere und schwerere Rezidive haben.

Die spezifische Wirkung der Klimatherapie erklärt sich durch:

1. direkt wirkende Klimafaktoren, die den krankheitsspezifischen Pathomechanismen entgegen wirken sollen (UV-Strahlung, thermisch-hygrische Klimaverhältnisse mit Abkühlwirkung und allergenarmes Aerosol).
2. indirekt wirkende Klimafaktoren, die auf den Gesamtorganismus stabilisierend wirken sollen und die nicht krankheitsspezifisch sind. Dieses sind sogenannte klimatische Reizfaktoren: hohe Lufttrockenheit, starke Winde, relativer O₂-Mangel in der Höhe, biotrope Elemente (wechselhaftes Wetter, Schneefall, ...). Die extremen Klimareize bewirken eine allgemeine Umstimmung des Vegetativums. Während der Zeit der aktiven Auseinandersetzung des Organismus mit den neuen Klimareizen kommt es oftmals primär zu einer Verschlechterung sowohl des Allgemeinbefindens als auch der Dermatose, gefolgt von einer langanhaltenden, richtungsweisenden Besserung, die Zeichen einer besseren Balancefähigkeit der immunologischen Reaktionsmechanismen ist (*Vocks et al., 1994; Steiger & Borelli, 1991; Kneist, 1989; Borelli 1981*).

Zudem bietet jegliche stationäre Therapie, also auch die Klimatherapie, dem Patienten die Möglichkeit der Ruhe und der Entspannung. Während des stationären Aufenthaltes hat der Patient wenig Kontakt zu seiner gewohnten Umgebung und muß sich keinen beruflichen oder familiären Anforderungen stellen. Oft bewirken schon allein diese Umstände eine Verbesserung der Symptomatik. Im Rahmen der Klimatherapie können psychologische und somatische

Maßnahmen integriert werden, so daß auch hier Schwellenängste, ein psychotherapeutisches Beziehungsangebot einzugehen weniger zum Tragen kommen.

3. Material und Methoden

3.1. Meßinstrument

Ausgangspunkt der Erhebung an einem französischen Patientengut war der *Marburger Haut-Fragebogen, MHF* (Stangier et al., 1996). Der MHF wurde an 482 Patienten mit unterschiedlichsten Hauterkrankungen standardisiert, in zahlreichen klinischen Studien validiert (Augustin et al., 1999; Lange et al., 1999; Niemeier et al., 1996; Stangier et al., 1996; Ehlers et al., 1995) und erfaßt die spezifischen Dimensionen der Krankheitsbewältigung von Patienten mit chronischen Hauterkrankungen. Er differenziert Verminderungen der Lebensqualität von Neurodermitis- und Psoriasispatienten im Vergleich zu Gesunden oder zu Vergleichsgruppen.

Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen bestehen nicht nur in symptomnahen Bereichen (z.B. körperliche Beschwerden), sondern auch in anderen Teilbereichen wie soziale Beziehungen, psychisches Befinden und (Lebens-) Zufriedenheit, so daß der MHF Unterschiede der beiden Diagnosegruppen zu hautgesunden Kontrollgruppen in den Dimensionen Körper, Psyche, Alltag/ Beruf aufzeigen kann.

Insbesondere unter dem Aspekt der Krankheitsbewältigung ist er als Meßinstrument sehr gut geeignet (Fartasch et al., 2000; Augustin et al., 1999; Lange et al., 1999; Niemeier et al., 1996; Stangier et al., 1996; Ehlers et al., 1995).

Der wesentliche Vorteil eines standardisierten Fragebogens liegt in der Möglichkeit, die Gesundheit verschiedener Gruppen von Patienten, die sich in der Diagnose, der Krankheitsintensität und der Behandlung unterscheiden, vergleichen zu können. Auch Ängste und Befürchtungen des Patienten, die sich ebenfalls auf den Erkrankungsverlauf auswirken, können durch diese Methodik mit in die Krankheitsbewertung einbezogen werden.

Der Marburger Haut-Fragebogen MHF enthält 51 Items, die den folgenden Skalen zugeordnet sind:

- Skala Soziale Ängste/Vermeidung (14 Items):

Beispielitem: „*Meine Haut hindert mich daran, von mir aus Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen.*“

Inhalte: Erwartung von Ablehnung, soziales Vermeidungsverhalten, Attraktivitätsverlust/ Entstellungsgefühl, erhöhte Vigilanz gegenüber sozialen Reaktionen.

- Skala Juckreiz-Kratz-Zirkel (10 Items):

Beispielitem: „*Es kostet mich viel Energie, mich zusammenzureißen, um mich nicht zu kratzen.*“

Inhalte: Hilflosigkeit (mangelnde Selbstkontrolle) bezüglich Kratzen, ungünstige Kognitionen in Bezug auf den Juckreiz.

- Skala Hilflosigkeit/ Sorgen um den Krankheitsverlauf (9 Items):

Beispielitem: „*Ich habe Angst, daß sich meine Hauterkrankung immer mehr verschlimmert.*“

Inhalte: Kontrollverlust bezüglich des Krankheitsverlaufs, Präokkupation bezüglich des Hautzustandes im Sinne einer hypochondrischen Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den Hautzustand.

- Skala ängstlich-depressive Stimmung (8 Items):

Beispielitem: „*Ich fühle mich nervös.*“

Inhalte: Eine Störung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit spiegelt sich in emotionalen Symptomen wieder, die auf eine Anpassungsstörung hinweisen.

- Skala Einschränkung der Lebensqualität (6 Items):

Beispielitem: „*Wegen meiner Hautkrankheit kann ich bestimmte Berufe nicht ausüben.*“

Inhalte: krankheitsbedingte Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Beruf, Familie, Ernährung, finanzielle Belastung), psychosoziale Folgeprobleme.

- Skala Informationssuche (4 Items):

Beispielitem: „*Ich achte zuwenig auf meine Ernährung.*“

Inhalte: aktive, an Problemlösung orientierte Bewältigungsversuche bezüglich Information, Hautpflege, Ernährung.

Auf einer Likertskala von 1-5 sollen die Patienten einstufen, wie stark die entsprechenden Items für sie persönlich zutreffend sind.

Außer Angaben über Geschlecht, Alter, Schulbildung, Beruf und Krankheitsdauer wird die eigene Beurteilung des Schweregrads der Erkrankung erfragt. Als Indikator für den Schweregrad wird die Selbsteinschätzung über Ausdehnung und Stärke des Körperbefalls gewertet. Auf einer dreistufigen Rangskala entspricht 0= kein Befall, 1= schwacher Befall und 2= starker Befall. Aus diesen Angaben wird der Durchschnittswert, der eine Spannweite von 0 (entspricht keinem Befall) bis 2 (entspricht starkem Befall des ganzen Körpers) aufweist, gebildet.

Zusätzlich sollen die Patienten eine Auskunft über ihr individuelles Krankheitskonzept geben. Sie sollen auf einer Likertskala von 1-5 die Bedeutung genetischer, psychischer und Umweltfaktoren, d.h. die ihrer Meinung nach die Krankheit auslösenden und den Krankheitsverlauf beeinflussenden Faktoren, einschätzen. Das Ausfüllen des Fragebogens durch die Patienten nimmt etwa 10-12 Minuten in Anspruch.

Ein grundsätzliches Problem der Anwendung derartiger Meßinstrumente über verschiedene Sprachräume hinweg besteht in der Übertragung von Inhalten, in die oftmals auch unterschiedliche Einstellungen, Bewertungsmuster und emotionale Grundstimmungen einfließen.

Bei gleicher medizinischer Diagnose ist mit einem ungleichen Leidensdruck in unterschiedlichen Kulturkreisen zu rechnen (*Illiev et al., 1998*), wobei die französische, als ebenfalls westliche, europäische Kultur der deutschen Kultur nicht allzu fremd ist und einem vergleichbaren Kulturraum zugeordnet werden kann, so daß die Anwendung des MHF unter versorgungsepidemiologischen Gesichtspunkten gerechtfertigt erscheint (*Hellmeier et al., 1993*).

3.2. Fragebogenkonstruktion

Um eine möglichst große Validität der übersetzten Fassung zu gewährleisten, wurde in einem ersten Schritt die von der Verfasserin durchgeführte Übersetzung des Fragebogens von einer muttersprachlichen Französin, die schon seit vielen Jahren in Deutschland lebt und auf einem deutschen Gymnasium u.a. auch Deutsch unterrichtet, supervidiert. Auftretende Diskrepanzen wurden diskutiert, so daß eine für beide Seiten zufriedenstellende Lösung erreicht werden konnte, die auch für andere Befragte reproduzierbar war.

In einem zweiten Schritt wurde auf Grundlage des französischen Fragebogens eine Rückübersetzung vorgenommen (s. Anlage I). Die Expertin war abermals eine in Deutschland lebende Französin, die an der Hamburger Universität unterrichtet und mit der erstgenannten Expertin in keinerlei Verbindung steht. Da in der Rückübersetzung die deutschen Iteminhalte ausnahmslos wiedergefunden wurden, ist davon auszugehen, daß kein systematischer Übersetzungsbias existiert.

3.3. Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittserhebung. Aussagen über die Repräsentativität der Daten sind insofern problematisch, als daß die Daten auch jahreszeitlich bedingt einen saisonalen Effekt aufzeigen können (Datenerhebung im Spätsommer/ Herbst).

Zudem handelt es sich bei der französischen Stichprobe überwiegend um Patienten aus dem südfranzösischen Raum mit einem langen Sonneneinstrahlungszeitraum im Jahresverlauf. Bei

der Interpretation der Ergebnisse ist deshalb hinsichtlich eines möglichen saisonalen und/ oder regionalen Bias Vorsicht geboten. Bei einer vorsichtigen Interpretation der Ergebnisse kann jedoch auch hier davon ausgegangen werden, daß die Erhebung im Sinne einer versorgungs-epidemiologischen Studie angemessen ist (*Hellmeier et al., 1993*).

3.4. Stichprobe

An der in Frankreich durchgeführten Untersuchung nahmen Patienten mit den dermatologisch gesicherten Diagnosen Psoriasis und Neurodermitis (atopisches Ekzem) teil.

Die Patienten befanden sich entweder in ambulanter oder stationärer dermatologischer Behandlung.

Der Großteil des befragten Patientenkollektivs stammt aus einer Thermalstation, der „Station Thermale d’Avène“, wo sich die Patienten im Rahmen einer Balneotherapie in dermatologischer Betreuung befanden. Im Verlauf ihres Kuraufenthaltes wurden die Patienten angesprochen und nach einer kurzen Erklärung über die Inhalte und die Motivation der Untersuchung gefragt, ob sie bereit seien, an dieser Studie teilzunehmen. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und unabhängig vom Kurbetrieb.

Diese Patientengruppe muß jedoch, aufgrund ihrer Motivation einerseits und ihrer wirtschaftlichen Ressourcen andererseits, die ihnen die Teilnahme an einer über eine Routineversorgung hinausgehenden Therapieform (bei der sie zumindest für die Unterkunft selbst aufkommen müssen) erlauben, als selektiert angesehen werden. Bezogen auf den praktischen Anwendungsbereich des Fragebogens, zur Planung und Evaluation psychologischer Behandlungsmaßnahmen, kann diese Stichprobe jedoch als repräsentativ angesehen werden (s.u.) und ist mit der deutschen Kreuzstichprobe vergleichbar (*s. Tabelle 1*).

Zur Rekrutierung einer weiteren Teilstichprobe wurden sowohl niedergelassene als auch im Krankenhaus tätige Dermatologen angesprochen, denen in einem ausführlichen Gespräch die Fragestellung der Untersuchung nahegebracht und Informationsmaterial zum theoretischen Hintergrund übergeben wurde. In einem weiteren Gespräch wurde ihre Bereitschaft zu einer Teilnahme an der Untersuchung gesichert und besprochen, welche Patientengruppe (Alter, Diagnose) für die Untersuchung in Frage käme und wie die Patienten zu einer Teilnahme an der Untersuchung, die natürlich freiwillig sein sollte, motiviert werden könnten.

Die Gesamtstichprobe besteht aus $n=185$ Patienten. Der Großteil der Stichprobe ist der aus der „Station Thermale d’Avène“ stammende. Ein kleinerer Teil ($n=18$) der Neurodermitispatienten stammt aus den Praxen von niedergelassenen Dermatologen oder der Neurodermitis-Sprechstunde der Dermatologischen Abteilung des Universitätskrankenhauses von Montpellier.

Tabelle 1: Kennwerte der an der Untersuchung teilnehmenden Patientenstichproben. Vergleich Deutschland D/ Frankreich F:

Stichprobe	N		Geschlecht				Alter				Schweregrad				Krankheitsdauer			
	D	F	D		F		D		F		D		F		D		F	
			m	w	m	w	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s		
Neuroderm	210	95	94	116	29	66	29,2	12,1	34,9	16,4	.95	.52	.84	.45	19,4	12,6	22,6	13,2
Psoriasis	73	90	32	41	39	51	46,5	18,7	56,5	14,5	1,3	.59	.94	.47	18,2	15,3	19,9	14,5

In der Gruppe der Neurodermitis-Patienten unterscheiden sich französische und deutsche Stichprobe signifikant voneinander bezüglich ihres Alters ($t=3,011$; $df=140, 329$; $p=0,03$) und der Krankheitsdauer ($t=2,023$; $df=301$; $p=0,04$); ebenso sind unter den untersuchten Patienten in der deutschen Stichprobe signifikant mehr männliche Personen ($\chi^2=5,508$; $df=1$; $p=0,019$; Cramer's $V=.134$).

In der Gruppe der Psoriasis-Patienten besteht ein signifikanter Unterschied der beiden Stichproben ebenfalls im Alter der Patienten ($t=3,766$; $df=135, 507$; $p<0,000$) und bezüglich des subjektiv empfundenen Schweregrads der Erkrankung ($t=4, 606$; $df=139,106$; $p<0,000$), bezüglich der Geschlechterverteilung unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander (Datenanalyse mit SPSS 10.0).

3.5. Faktorenanalyse

Dieser Teil der statistischen Auswertung wird mit dem STATISTICA 6.0 - Programmpaket vorgenommen.

In der obigen Analyse wurden die Variablen Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer und Schweregrad der Krankheit als Störvariablen identifiziert. Deshalb werden diese Variablen in der folgenden Konfirmatorischen Faktorenanalyse (KFA) auspartialisiert, indem lediglich die Residuen von Regressionen der Störvariablen auf die Fragebogenitems betrachtet werden.

Mit Hilfe einer KFA soll die 6-Faktorenlösung der deutschen Stichprobe an der französischen Patientengruppe repliziert werden. Eine KFA ist die indizierte Technik zur Überprüfung der psychometrischen Struktureigenschaften von Erhebungsinstrumenten. Sie testet eine theoretisch abgeleitete Faktorenstruktur gegen eine empirische gewonnene Lösung und stellt Maße der Anpassungsgüte zur Verfügung (*Kenny & Kashy 1992; Bagozzi, Yi & Phillips, 1991; Anderson & Gerbing, 1988*). *Bagozzi et. al. (1991)* konstatieren die Überlegenheit einer KFA ge-

genüber anderen Methoden wie z.B. einer herkömmlichen Faktorenanalyse oder *Campbell & Fiske's (1959)* Multi-Trait/Multi-Method Ansatz bei der Untersuchung der Konstruktvalidität.

Für die Zwecke einer KFA ist der üblicherweise zu verwendende χ^2 -Wert unzureichend (*Bear-den, Sharma, Teel, 1982*). Die von STATISTICA generierten Maße der Anpassungsgüte beinhalten Goodness-of-Fit-Index (GFI), Adjusted-Goodness-of-Fit-Index (AGFI) und Root Mean Squared Residual (RMSR) und berücksichtigen neben der Abweichung von empirischem zu theoretischem Modell zusätzlich Stichprobengröße, Freiheitsgrade, mittlere Residualvarianz und Verhältnis von erklärter zu nicht erklärter Varianz (*Bentler, 1990; Bentler & Bonett, 1980*).

Da es sich bei dem MHF um ein faktorenanalytisch konstruiertes Inventar ohne schiefwinkliger Rotation handelt, werden bei der KFA unkorrelierte Faktoren zugrunde gelegt. Eine weitere Modellannahme besteht in unkorrelierten Residuen der manifesten Variablen. Diese Annahme wird getroffen, da die Variablen jedes Faktors des MHF eine eindimensionale Skala aufspannen sollen. Ausgewertet wird die Kovarianzmatrix.

Die KFA ergibt eine unzureichende Modellanpassung (AGFI=0,559; GFI=0,593; RMSR=0,250) für die französische Stichprobe. Analog wird innerhalb der deutschen Stichprobe eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt, doch auch hier ist die Modellanpassung nicht zufriedenstellend (AGFI=0,641; GFI=0,669; RMSR=0,207), entspricht aber in ihrer Höhe der der französischen Stichprobe.

Tabelle 2 stellt die von der KFA ermittelten Faktorladungen der beiden Stichproben im Vergleich dar.

Tabelle 2: Faktorladungen im Vergleich

Dimension	Item	Parameterschätzung	
		F	D
Soziale Angst	1	0,553	0,796
Soziale Angst	3	0,650	0,695
Soziale Angst	4	0,703	0,839
Soziale Angst	5	0,737	0,743
Soziale Angst	7	0,609	0,855
Soziale Angst	8	0,753	0,725
Soziale Angst	11	0,620	0,924
Soziale Angst	16	0,664	0,429
Soziale Angst	19	0,637	0,789
Soziale Angst	22	0,602	0,733

Soziale Angst	24	0,801	0,719
Soziale Angst	31	0,645	0,723
Soziale Angst	37	0,595	0,747
Soziale Angst	42	0,665	0,808
Juckreiz	2	0,568	0,630
Juckreiz	12	0,503	0,646
Juckreiz	17	0,624	0,920
Juckreiz	20	0,557	0,736
Juckreiz	27	0,671	0,726
Juckreiz	38	0,517	0,838
Juckreiz	39	0,597	1,003
Juckreiz	44	0,605	1,132
Juckreiz	45	0,693	0,882
Juckreiz	50	0,432	0,522
Hilflosigkeit	9	0,657	0,769
Hilflosigkeit	10	0,420	0,680
Hilflosigkeit	23	0,661	0,813
Hilflosigkeit	30	0,676	0,812
Hilflosigkeit	34	0,643	0,705
Hilflosigkeit	36	0,522	0,771
Hilflosigkeit	40	0,786	0,727
Hilflosigkeit	41	0,642	0,635
Hilflosigkeit	48	0,568	0,453
Ängstlichkeit	6	0,813	0,856
Ängstlichkeit	13	0,676	0,676
Ängstlichkeit	21	0,650	0,662
Ängstlichkeit	32	0,469	0,481
Ängstlichkeit	43	0,384	0,657
Ängstlichkeit	46	0,691	0,622
Ängstlichkeit	47	0,583	0,739
Ängstlichkeit	49	0,617	0,819
Einschränkung	25	0,180	0,505
Einschränkung	28	0,495	0,342
Einschränkung	29	0,611	0,562
Einschränkung	33	0,664	0,750
Einschränkung	35	0,558	0,678
Einschränkung	51	0,499	0,538
Informationssuche	14	0,497	0,642
Informationssuche	15	0,384	0,678

Informationssuche	18	0,622	0,560
Informationssuche	26	0,395	0,618

Gründe für die unzureichende Modellanpassung sind die folgenden:

- Innerhalb der explorativ ermittelten Faktorenstruktur der deutschen Stichprobe nahmen die Autoren in 2 Fällen eine Itemumschichtung aufgrund inhaltlicher Gesichtspunkte vor (Item 39, nach Varimax-Rotation Skala 2 zugehörig, wird Skala 3 und Item 23, nach Rotation Skala 3 zugehörig, wird Skala 1 zugeordnet). Die Zielstruktur ist also eine Mischstruktur aus empirisch ermittelten und aus theoretischen Überlegungen gebildeten Skalen. Dies ist zulässig (*Bortz, 1993, S.518ff*), führt aber zu einer Verminderung der Masse der Anpassungsgüte.
- Viele der Items weisen in der explorativen Faktorenstruktur Mehrfachladungen $\geq .40$ auf, so daß die eindeutige Zuordnung zu einem der 6 Faktoren aufgrund der Ladungshöhe, gestützt durch inhaltliche Erwägungen, erfolgt.
- Bei der erfolgten Kreuzvalidierung der Faktorenstruktur mittels einer zweiten Stichprobe von Neurodermitis-Patienten, läßt sich, als Maß für die Übereinstimmung der Faktorenstruktur, für jeden Faktor der Faktorenkongruenzkoeffizient nach *Schneewind & Cattell (1970)* berechnen, der für 5 der 6 Faktoren zufriedenstellende Werte ergibt. Der sechste Faktor wird aus inhaltlichen Überlegungen und aufgrund der Tatsache, daß sich der Fragebogen auf eine stichprobenübergreifende Faktorenstruktur beziehen soll, beibehalten.
- Der Prozentsatz der ausschließlich aufgrund ihrer Faktorenladungen in der Kreuzstichprobe richtig zugeordneten Items beträgt für die deutsche Patientengruppe 63,6% und für die französische Patientengruppe 55,4%, der Prozentsatz der falsch zugeordneten Items beträgt in der deutschen Stichprobe 34,5% und in der französischen Stichprobe 39,9 %

Da also sowohl theoretische als auch inhaltliche Überlegungen maßgeblich in die Konstruktion der 6-Faktorenlösung einfließen, ist es nicht nur nicht verwunderlich, sondern sogar zu erwarten, daß eine KFA zu keiner befriedigenden Anpassung der deutschen wie auch der französischen Stichproben gelangt.

Deshalb muß eine Homogenitätsprüfung der deutschen und der französischen Stichprobe bezüglich ihres Antwortverhaltens anhand eines qualitativen Vergleichs der Ergebnisse einer explorativen Faktorenanalyse (EFA) mit der Hauptkomponentenmethode durchgeführt werden.

Auch für dieses Vorgehen werden die oben genannten Störvariablen kontrolliert.

3.6. Hauptkomponentenanalyse der französischen Fragebogenversion¹

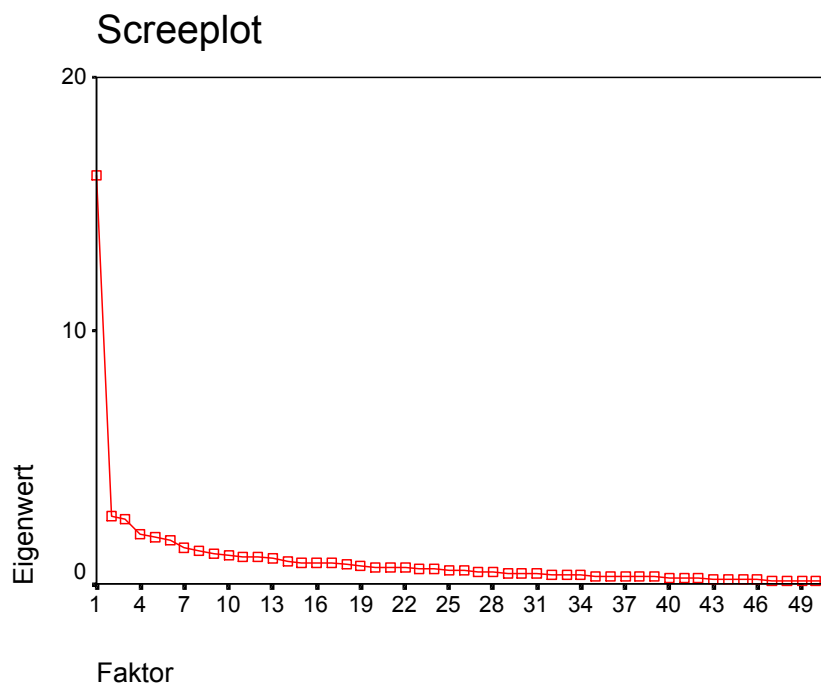
Dieser Teil der statistischen Auswertung erfolgt mit dem Programmpaket SPSS 10.0.

Der zugrundeliegende Itempool von 51 Items wird übernommen und alle 51 Items gehen in eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation ein.

Die Faktorenanalyse ergibt 12 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1. Diese 12 Faktoren erklären insgesamt 66,9% der Varianz.

Der Screeplot zeigt einen Abfall der Eigenwertkurve nach dem 6. Faktor und legt, wie auch in der deutschen Stichprobe, eine 6-Faktorenlösung nahe.

Abbildung 6: Screeplot zur Bestimmung der zu berücksichtigenden Faktoren



Insgesamt 52,8% der Varianz werden von den sechs Faktoren erklärt. Tabelle 3 stellt die Varianzaufklärung der einzelnen Faktoren dar. Es zeigt sich, daß die Spannweite von 14,84% des ersten Faktors bis 4,25% des letzten Faktors reicht. *Tabelle 3* zeigt die Varianzaufklärung der rotierten Faktoren im einzelnen.

¹ Aus Gründen der Verständlichkeit werden im folgenden die deutschen Itembezeichnungen aufgeführt, obwohl mit der französischen Fragebogenversion gearbeitet wurde. Anlage 1 zeigt die französische Fragebogenversion.

Tabelle 3: Varianzaufklärung der rotierten Faktoren

Faktor	Varianzaufklärung
1	14,84%
2	11,41%
3	8,82%
4	8,13%
5	5,33%
6	4,25%

Im Gegensatz zur gängigen Konvention, eine Ladung über .50 als Kriterium für die Beibehaltung eines Items vorauszusetzen, wird aufgrund inhaltlicher Überlegungen und der Tatsache, daß die französische Erhebung als Kreuzvalidierung der deutschen Erhebung zu werten ist, analog zum Vorgehen bei der deutschen Stichprobe eine Ladung von über .40 als Kriterium für die Beibehaltung eines Items festgelegt. Dieses Vorgehen ist gerechtfertigt, da geprüft werden soll, ob sich das Ergebnis der deutschen Erhebung in dieser zusätzlichen Stichprobe inhaltlich replizieren läßt (*Bortz, 1993, S. 509*).

50 der ursprünglich 51 Items laden eindeutig auf einem der sechs Faktoren, das verbleibende Item (Nr.25) kann inhaltlich eindeutig zu einer der sechs Skalen zugeordnet werden (*s. Tabelle 4*).

Tabelle 4: Hauptkomponentenanalyse der Endfassung mit Rotation: Ladungen und Itemkurzbezeichnungen.²

<u>Item</u>	<u>Fa 1</u>	<u>Fa 2</u>	<u>Fa 3</u>	<u>Fa 4</u>	<u>Fa 5</u>	<u>Fa 6</u>	
5	.71						Kontakt zu unbekanntem Menschen behindert
3	.70						weniger attraktiv als andere Menschen
23	.68	.30					Leute starren auf meine Hautkrankheit
8	.65			.30			kann viele Wünsche im Leben nicht erfüllen
9	.64		.30				grübele, warum ich die Hautkrankheit habe
4	.64						vermeide Situationen wegen Hautkrankheit
24	.61	.32					Hautkrankheit schränkt generell ein
1	.58						Aussehen macht mir Kummer
10	.49					.36	achte auf Haut von anderen

² Es werden Ladungen >.30 aufgeführt, um die Vergleichbarkeit mit der Ergebnisdarstellung der deutschen Version zu gewährleisten.

19	.49						vermeide Sauna/ Schwimmbad wegen Ekel
12	.48		.35				suche morgens nach aufgekratzten Stellen
48	.46		.43				viel Aufmerksamkeit für Haut
22	.42		.34				möchte unbefangen wie andere sein
28		.65				.39	werde betont rücksichtsvoll behandelt
30	.44	.63					beobachte Reaktionen der anderen
31	.47	.65					Angst vor Ablehnung von Fremden
40	.50	.61					Gedanken, was andere über Haut denken
35		.60				.31	Familie/ Partner wird mitbelastet
34	.30	.54	.35				betrachte Haut im Spiegel
37	.29	.53		.30	.30		Krankheit nimmt mir Spontaneität
36	.28	.53					Angst vor Verschlimmerung
39	.41	.50		.32			verzweifelt wegen Hauterkrankung
42	.40	.46				.31	unangenehm, nackt gesehen zu werden
33		.45	.38				kann bestimmte Berufe nicht ausüben
41	.44	.45					denke, wie Leben ohne Hautkrankheit wäre
29		.44				.30	hohe Kosten durch Hautkrankheit
43		.40	.36				vieles geht mir unter die Haut
17			.71			.35	kostet viel Energie nicht zu kratzen
27		.33	.61			.40	kratze ohne es zu merken
20	.40		.56				Schuldgefühle wegen Kratzen
45		.31	.56			.38	Ärger über Kratzen
2			.54			.48	schlafe schlecht
38		.39	.51			.31	Juckreiz zeigt mein Unwohlsein
44		.44	.50			.33	Juckreiz macht mich fertig
50			.43				fühle mich abhängig von Cortison
6	.36			.71			bin nervös
47				.67			bin unkonzentriert
21				.66			bin müde
46		.33		.64			sollte weniger Streß aufladen

13	.41			.62			rege mich leicht auf
32		.44		.54	.31		fehlt Lebensenergie
49	.33		.39	.50			könnte aus der Haut fahren
26		.40		.47			Bedürfnis nach mehr Wissen
7	.44					.63	sexuell gehemmt
11	.40					.57	schwierig, neuen Partner kennenzulernen
16	.49					.51	kapsle mich von Familie/ Partner ab
51			.40			.49	Probleme am Arbeitsplatz durch Hautkrankheit
18						.65	achte zuwenig auf Ernährung
15						.61	Verbesserung der Hautpflege
14						.58	Dazulernen bzgl. Umgang mit Hautkrankheit
25						.35	Ernährung eingeschränkt

fettgedruckte Items = Items, die das **Fürntratt-Kriterium** ($a^2/h^2 \geq .50$; Fürntratt, 1969) erfüllen und somit als Leititems gelten.

Faktor 1: Soziale Ängste/ Vermeidung sozialer Kontakte; Attraktivitätsverlust;
Präokkupation

Faktor 2: Stigmatisierung; Kontrollverlust; psychosoziale Folgeprobleme

Faktor 3: (Juckreiz-Kratz-Zirkel); Hilflosigkeit bzgl. Kratzen

Faktor 4: (Ängstlich-depressive Stimmung); Anpassungsstörung;
emotionale Symptome von Maladaptation

Faktor 5: Hemmung in engen zwischenmenschlichen Beziehungen

Faktor 6: aktive Bewältigungsstrategien/ interne Attribution/ Informationssuche.

3.7. Itemanalyse

Alle 51 Items können den sechs Skalen zugeordnet werden.

Zur Überprüfung der internen Konsistenz wird auf Grundlage der 6-Faktorenlösung eine Itemanalyse berechnet. Sowohl die korrigierten Trennschärfekoeffizienten der einzelnen Items als auch der Reliabilitätskoeffizient der Skalen (Cronbach's α) können als zufriedenstellend eingestuft werden, was die Zuordnung zu den sechs Skalen unterstreicht.

Der durchschnittliche Trennschärfekoeffizient wurde ermittelt, indem die Trennschärfekoeffizienten zunächst Fisher-Z standardisiert wurden und anschließend rücktransformiert wurden.

Dieses Vorgehen ist notwendig, da Trennschärfekoeffizienten der Klasse der Korrelationskoeffizienten angehören, ordinalskaliert sind und somit einfach gebildete Mittelwerte nicht interpretierbar sind (Bortz, 1993, S.202). Die Ergebnisse sind in *Tabelle 5* dargestellt.

Tabelle 5: Kennwerte der Skalen

	Items	Ladungen	Interne Konsistenz	durchschnittl. Trennschärfe	Skalenbezeichnung
1.Faktor	13	a=.71-.42	alpha=.91	.62 (.45-.73)	soziale Ängste Attraktivitätsverlust
2.Faktor	14	a=.65-.40	alpha=.89	.61 (.49-.74)	Stigmatisierung Folgeprobleme
3.Faktor	8	a=.71-.43	alpha=.81	.53 (.38-.62)	Hilflosigkeit bzgl. Kratzen.
4.Faktor	8	a=.71-.51	alpha=.84	.57 (.39-.71)	Anpassungsstörung
5.Faktor	4	a=.63-.49	alpha=.77	.53 (.45-.63)	sexuelle Hemmung
6.Faktor	4	a=.65-.35	alpha=.49	.29 (.19-.35)	Informationssuche

Einige Skalen lassen sich sowohl von der Zuordnung der einzelnen Items als auch inhaltlich vollständig replizieren:

In Skala 1 (13 Items; Soziale Ängste/Attraktivitätsverlust/ Präokkupation) finden sich viele Items der ursprünglichen Skala Soziale Ängste/ Vermeidung wieder.

Diese Skala unterstreicht Probleme und Hemmungen, die sich für den Hautkranken im Umgang mit unbekanntem, hautgesunden Personen ergeben. Der durch die Hautkrankheit verursachte Attraktivitätsverlust und die daraus resultierende Erwartung von Ablehnung sind ebenfalls Inhalt dieser Skala.

Einige Items, welche die Präokkupation der Betroffenen mit ihrer Hauterkrankung verdeutlichen, kommen hinzu, andere Items, welche die partnerschaftliche und sexuelle Ebene, also die Ebene der engeren sozialen Kontakte, zum Inhalt haben, finden sich in einer anderen Skala wieder.

Skala 2 (15 Items; Stigmatisierung; Kontrollverlust; psychosoziale Folgeprobleme) greift die Stigmatisierungsproblematik und die damit verbundene Außenseiterposition der Hautkranken auf.

Der Kontrollverlust bezüglich des Krankheitsverlaufs und die damit einhergehenden psychosozialen Folgeprobleme durch die krankheitsbedingten Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen sind ein anderer wichtiger Aspekt dieser Skala.

Diese Skala enthält als kombinierte Skala viele Items aus den ursprünglichen Skalen Hilflosigkeit und Einschränkung der Lebensqualität, wobei inhaltlich (werde betont rücksichtsvoll behandelt, Angst vor Ablehnung von Fremden, unangenehm nackt gesehen zu werden) die Stigmatisierungsproblematik unterstrichen wird.

Skala 3 (8 Items; Hilflosigkeit bzgl. Kratzen) verdeutlicht die Problematik des Juckreiz-Kratz-Zirkels.

Die Aufmerksamkeit und Energie, die der Hautkranke auf die Haut und das „Nicht-Kratzen“ verwenden muß, die Hilflosigkeit gegenüber diesem Affekt und die psychischen Folgeerscheinungen sind Inhalt dieser Skala.

Hier finden sich nahezu alle Items der ursprünglichen Skala Juckreiz-Kratz-Zirkel wieder.

In Skala 4 (8 Items; Anpassungsstörungen) repliziert sich die ängstlich-depressive Stimmungsskala, die Anpassungsstörungen des Hautkranken und emotionale Symptome der Maladaptation beinhaltet.

Dabei ist es unwichtig, ob diese Faktoren als prädisponierende Faktoren oder als durch die Krankheit bedingte Merkmale von Bedeutung sind, wichtig ist lediglich die empfundene Störung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit und der Wunsch des Hautkranken, diese Störung zu überwinden.

Skala 5 (3 Items; Hemmung in engen zwischenmenschlichen Beziehungen) beinhaltet durch die Hautkrankheit bedingte Probleme in sexuellen Kontakten, in der Partnerschaft und generell in engen zwischenmenschlichen Beziehungen, wie sie z.B. auch am Arbeitsplatz entstehen können.

Dieser inhaltliche Schwerpunkt tritt als neue Skala hinzu, enge zwischenmenschliche Beziehungen werden hervorgehoben und losgelöst von allgemeinen sozialen Kontakten betrachtet.

In Skala 6 (5 Items; aktive Bewältigungsstrategien/ interne Attribution/ Informationssuche) sind, fast identisch mit der deutschen Stichprobe, Items zusammengefasst, die die interne Ursachenattribution des Hautkranken, also seine individuellen Möglichkeiten und Erwartungen, durch aktive Bewältigungsstrategien wie z.B. Informationssuche, Ernährung und Hautpflege, die Krankheit zu überwinden oder zumindest zu verstehen und eventuell sogar zu beeinflussen, zusammengefaßt.

Abschließend läßt sich feststellen, daß sich in der französischen Stichprobe ähnliche Skaleninhalte finden wie in der deutschen Stichprobe, die sich formal (Skalen 1, 3 [entspricht der deutschen Skala 2], 4, 6) in einer sich stark überschneidenden Itemkonstellation manifestieren.

Skala 2 ist als Mischskala aus den Skalen 2 [entspricht der deutschen Skala 3] und 5 zu sehen, wobei durch die neue Itemkonstellation eine Schwerpunktverlagerung auf den Stigmatisierungsaspekt zu verzeichnen ist.

Skala 5 kommt als neue Skala mit einem neuen inhaltlichen Hauptmerkmal, den sexuellen, partnerschaftlichen und engen sozialen Kontakten, hinzu.

Damit unterstreicht die in der französischen Stichprobe gefundene Faktorenlösung zwei unterschiedliche, jedoch gleichsam bedeutungsvolle Kriterien der Krankheitsverarbeitung bei chronischen Hauterkrankungen: die empfundene Stigmatisierung der Patienten durch die Hauterscheinungen und die damit einhergehende subjektive Beeinträchtigung speziell im Bereich der engen zwischenmenschlichen Kontakte.

3.8. Kreuzvalidierung

Ein Vergleich der Interkorrelationen der Skalen zeigt, daß sich Skaleninterkorrelationen in Höhe von 0,254 bis 0,785 für die französische und von 0,090 bis 0,665 für die deutsche Stichprobe ergeben. Die *Tabellen 6 und 7* veranschaulichen die Ergebnisse im Detail.

Tabelle 6: Skaleninterkorrelation der französischen Stichprobe

		Korrelationen ^a					
		Soziale Ängste/Vermeidung	Juckreiz-Kratz-Zirkel	Hilflosigkeit	Ängstlich-depressive Stimmung	Einschränkung der Lebensqualität	Informationssuche
Soziale Ängste/Vermeidung	r	1,000	,643**	,785**	,614**	,639**	,261**
	p (2-seitig)	,	,000	,000	,000	,000	,000
	N	184	184	184	184	184	184
Juckreiz-Kratz-Zirkel	r	,643**	1,000	,678**	,613**	,642**	,263**
	p (2-seitig)	,000	,	,000	,000	,000	,000
	N	184	184	184	184	184	184
Hilflosigkeit	r	,785**	,678**	1,000	,595**	,649**	,254**
	p (2-seitig)	,000	,000	,	,000	,000	,001
	N	184	184	184	184	184	184
Ängstlich-depressive Stimmung	r	,614**	,613**	,595**	1,000	,464**	,290**
	p (2-seitig)	,000	,000	,000	,	,000	,000
	N	184	184	184	184	184	184
Einschränkung der Lebensqualität	r	,639**	,642**	,649**	,464**	1,000	,257**
	p (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,	,000
	N	184	184	184	184	184	184
Informationssuche	r	,261**	,263**	,254**	,290**	,257**	1,000
	p (2-seitig)	,000	,000	,001	,000	,000	,
	N	184	184	184	184	184	184

** · Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

a. Nationalität = franz.

Tabelle 7: Skaleninterkorrelation der deutschen Stichprobe

		Korrelationen ^a					
		Soziale Ängste/Vermeidung	Juckreiz-Kratz-Zirkel	Hilflosigkeit	Ängstlich-depressive Stimmung	Einschränkung der Lebensqualität	Informationssuche
Soziale Ängste/Vermeidung	r	1,000	,526**	,665**	,438**	,527**	,137*
	p (2-seitig)	,	,000	,000	,000	,000	,028
	N	258	257	256	258	256	258
Juckreiz-Kratz-Zirkel	r	,526**	1,000	,530**	,549**	,457**	,250**
	p (2-seitig)	,000	,	,000	,000	,000	,000
	N	257	257	256	257	256	257
Hilflosigkeit	r	,665**	,530**	1,000	,346**	,415**	,194**
	p (2-seitig)	,000	,000	,	,000	,000	,002
	N	256	256	256	256	256	256
Ängstlich-depressive Stimmung	r	,438**	,549**	,346**	1,000	,380**	,251**
	p (2-seitig)	,000	,000	,000	,	,000	,000
	N	258	257	256	270	268	270
Einschränkung der Lebensqualität	r	,527**	,457**	,415**	,380**	1,000	,090
	p (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,	,141
	N	256	256	256	268	275	270
Informationssuche	r	,137*	,250**	,194**	,251**	,090	1,000
	p (2-seitig)	,028	,000	,002	,000	,141	,
	N	258	257	256	270	270	273

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

a. Nationalität = deutsch

Zur Verdeutlichung der durchgehend höheren Interskalenkorrelation in der französischen Stichprobe werden die r^2 -Werte der französischen Stichprobe gegen die r^2 -Werte der deutschen Stichprobe aufgetragen werden. Das Ergebnis ist in *Abbildung 7* dargestellt:

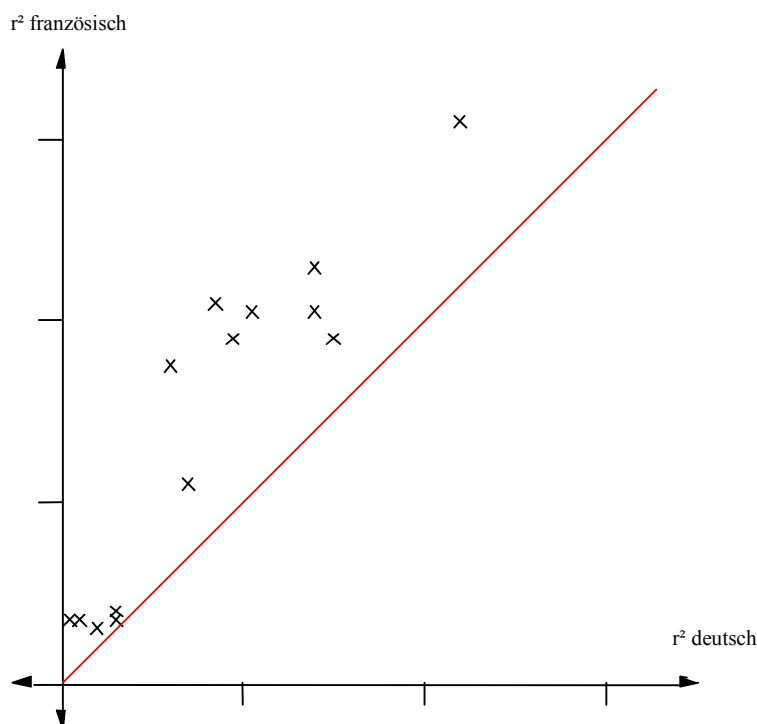


Abbildung 7: Interskalenkorrelation der deutschen und der französischen Stichprobe

Eine inferenzstatistische Auswertung der einzelnen Interskalenkorrelationen im Ländervergleich ist aufgrund einer gemessen an der für diesen Fall notwendigen Alphafehlerkorrektur und der dazu benötigten Stichprobengröße ineffizient. Ein qualitativer Vergleich der Interskalenkorrelationen für die deutsche und die französische Stichprobe zeigt, daß die Skaleninterkorrelationen zum einen die gleiche Direktionalität und zum anderen analoge Korrelationshöhen aufweisen.

Auffällig sind die für ein faktorenanalytisch gewonnenes psychometrisches Testinventar außergewöhnlich hohen Interskalenkorrelationen. Dies legt, ebenso wie die Tatsache, daß in der französischen Stichprobe durchgehend höhere Interskalenkorrelationen als in der deutschen Stichprobe zu beobachten sind, den Schluß nahe, daß ein G-Faktor in das Testresultat miteinfließt. Dieser Sachverhalt wird im Diskussionsteil näher ausgeführt und durch weitere Untersuchungsergebnisse gestützt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Untersuchungsergebnisse insgesamt eine inhaltliche und formale Übereinstimmung der beiden Stichproben für die EFA bei vier der sechs Skalen und eine inhaltliche Übereinstimmung mit Betonung von Teilaspekten für die beiden anderen Skalen ergeben.

Die Interskalenkorrelationen weisen analoge Direktionalitäten bei den beiden Stichproben auf. Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse und der Tatsache, daß die per KFA errechneten Modellanpassungswerte der deutschen und der französischen Stichprobe weitgehend übereinstimmen, die intra- und interkulturellen Abweichungen der Modellanpassung also nicht maßgeblich differieren, kann der anhand der deutschen Stichprobe entwickelte MHF in der französischen Stichprobe als repliziert gelten.

Es ist also zulässig, zum weiteren Vergleich der deutschen und der französischen Stichprobe, die deutsche 6-Faktorenlösung heranzuziehen.

3.9. Skaleneigenschaften

Alle Skalen sind für die Gesamtstichprobe normalverteilt (der Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung) und die Itemanalyse liefert zufriedenstellende Werte der Trennschärfe-Koeffizienten sowie der internen Konsistenz.

Ein Vergleich zwischen den Nationalitäten zeigt, daß das Maß für die interne Konsistenz (Cronbach's α) für die deutsche und die französische Stichprobe ähnliche Werte aufweist, was erneut die Annahme festigt, daß die deutsche 6-Faktorenlösung auf die französische Stichprobe übertragbar ist. Auch hier wurde eine Fisher-Z-Standardisierung der Trennschärfekoeffizienten zur Berechnung der mittleren Trennschärfe vorgenommen (*s. Tabelle 8*).

Tabelle 8: Kennwerte der Skalen

	Items	Interne Konsistenz	F	D	Durchschnittl. Trennschärfe	Skalenbezeichnung
1. Faktor	14	alpha=.91	.92	.90	.62 (.56-.69)	soziale Ängste/ Vermeidung
2. Faktor	10	alpha=.85	.84	.87	.56 (.38-.67)	Juckreiz-Kratz-Zirkel
3. Faktor	9	alpha=.86	.86	.85	.58 (.44-.68)	Hilflosigkeit
4. Faktor	8	alpha=.80	.84	.74	.53 (.45-.63)	Ängstlich-depressive Stimmung
5. Faktor	6	alpha=.65	.68	.65	.39 (.24-.49)	Einschränkung der Lebensqualität
6. Faktor	4	alpha=.56	.54	.59	.34 (.31-.37)	Informationssuche

3.10. Itemeigenschaften

Zum Vergleich der beiden Stichproben auf Itemebene werden explorativ t-Tests gerechnet. Explorativ bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die t-Tests lediglich als Indikatoren für die weitere Analyse zu Rate gezogen werden, da aufgrund der massiven Alphafehlerakkumulation abgesicherte Aussagen über die Wirkzusammenhänge nur begrenzt möglich sind.

Auf Itemebene unterscheiden sich die beiden Stichproben in 23 der 51 Items signifikant bis höchst signifikant voneinander. Für 20 der 23 Items weisen die Franzosen signifikant (8 Items) bis höchst signifikant (9 Items) höhere Werte auf, die deutsche Stichprobe weist nur für 3 Items signifikant höhere Werte auf als die französische Stichprobe.

Eine genauere Betrachtung derjenigen Items, die in ihrer Ausprägung in der französischen Stichprobe signifikant höhere Werte aufweisen, unterstützt die Hypothese, die deutsche Faktorenstruktur auf die französische Stichprobe übertragen zu können. Diese Items gehören zu einem großen Teil der sich auch formal in der französischen Stichprobe replizierenden Skalen (1, 3 entspricht der deutschen Skala 2], 4, 6) an und sind in diesen Skalen als Leititems zu betrachten (weniger attraktiv als andere Menschen; Aussehen macht mir Kummer; kostet viel Energie nicht zu kratzen; kratze ohne es zu merken; fühle mich abhängig von Cortison; bin nervös; sollte mir weniger Streß aufladen; mir fehlt es an Lebensenergie; Verbesserung der Hautpflege), da sie das Fürntratt-Kriterium erfüllen (Fürntratt, 1969).

4. Auswertung

4.1. Interkultureller Vergleich von Deutschen und Franzosen

4.1.1. G-Faktor

Die für ein faktorenanalytisch ermitteltes Testinventar ungewöhnlich hohen Interskalenkorrelationen weisen, wie schon erwähnt, auf die Existenz eines den gesamten Fragebogen durchziehenden G-Faktors hin.

Die Existenz eines G-Faktors ist zu erwarten und sogar Voraussetzung für die Validität des Fragebogens, da der MHF ein zugrundeliegendes Konzept, die Frage der Krankheitsbewältigung und der Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen zu testen vorgibt. Inhaltlich könnte dieser G-Faktor eine „generelle Befindlichkeit“ transportieren, welche die Skalen durchzieht. Diesem Umstand ist zwar bei der Interpretation individueller Testergebnisse Rechnung zu tragen, dennoch lassen sich die Skalen zum einen inhaltlich sinnvoll voneinander abgrenzen und zum anderen können die Skalen sowohl durch die faktorenanalytische Konstruktion auf der theoretischen Seite als auch durch die im klinischen Alltag nachgewiesene Differenzierungsfähigkeit auf der praktischen Seite (*Fartasch et al., 2000; Augustin et al., 1999; Lange et al., 1999; Niemeier et al., 1996; Stangier et al., 1996; Ehlers et al., 1995*) als interpretierbare Konstrukte angesehen werden.

Bezüglich der Direktionalität sei darauf hingewiesen, daß sie neben anderen Kriterien Aufschluß über die Fragebogenvalidität gibt, da sie die Korrelation der Skalen untereinander zum Ausdruck bringt. So ist zu erwarten, daß emotional geprägt Skalen wie „Ängstlich-depressive Stimmung“ oder „Hilflosigkeit“ stärker untereinander korrelieren als mit Skalen, die sich eher auf rational oder intellektuell beeinflusste Dimensionen wie z.B. die Informationssuche beziehen. Die Bestätigung dieser hypothetisch erwarteten Interkorrelationsmuster (*s. Tabellen 6 und 7*) ist gemeinsam mit den ermittelten Reliabilitätskoeffizienten Ausdruck der Konstruktvalidität (*Ware et al., 1995*).

4.1.2. Unterschiede der Länder und Krankheitsbilder in Bezug auf die Skalen

Die Unterschiede der Länder und Krankheitsbilder in Bezug auf die Skalen werden durch 2-faktorielle Kovarianzanalysen mit jeweils zwei 2-fach gestuften, festen Faktoren (Nationalität und Diagnose) berechnet und dargestellt. Die Voraussetzungen der Varianzanalyse (Normalverteilung, Unabhängigkeit und Intervallskala) sind gegeben.

Kovariaten sind die oben als Störvariablen identifizierten Variablen Alter, Schweregrad der Krankheit, Geschlecht und Krankheitsdauer. Die abhängige Variable bildet der jeweilige Skalenwert einer der sechs Subskalen des MHF. Er wird aus den Faktorwerten der ursprünglich an der deutschen Stichprobe vollzogenen EFA ermittelt, da der Fokus dieser Arbeit die vergleichende Analyse der kulturellen Variabilität in der klinischen Praxis ist.

Die Darstellung der Ergebnisse der Kovarianzanalysen erfolgt zunächst über eine Beschreibung der Ergebnisse von Haupt- und Interaktionseffekten je Skala inklusive der zugehörigen Interaktionsdiagramme, um die Form der Interpretierbarkeit der Haupteffekte festzustellen. Im Anschluß folgt eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse aller sechs Kovarianzanalysen. Die *Tabellen 9* und *10* veranschaulichen die deskriptiven Maße der untersuchten Subgruppen zu den einzelnen Skalen. Es wird aus Gründen der Übersichtlichkeit darauf verzichtet, zusätzlich die Effekte der Kovariaten einzeln auszuweisen, da deren Einfluß bereits nachgewiesen wurde (s.S. 92).

Für die Skala Soziale Ängste/ Vermeidung ergibt sich ein signifikanter Unterschied im Sinne höherer Werte in der französischen Stichprobe bezüglich der Nationalität ($F=3,977$; $p=0,047$). Die Variable Diagnose ($F=0,000$; $p=0,999$) und die Interaktion von Nationalität und Diagnose ($F=0,039$; $p=0,844$) weisen keinen signifikanten Zusammenhang auf.

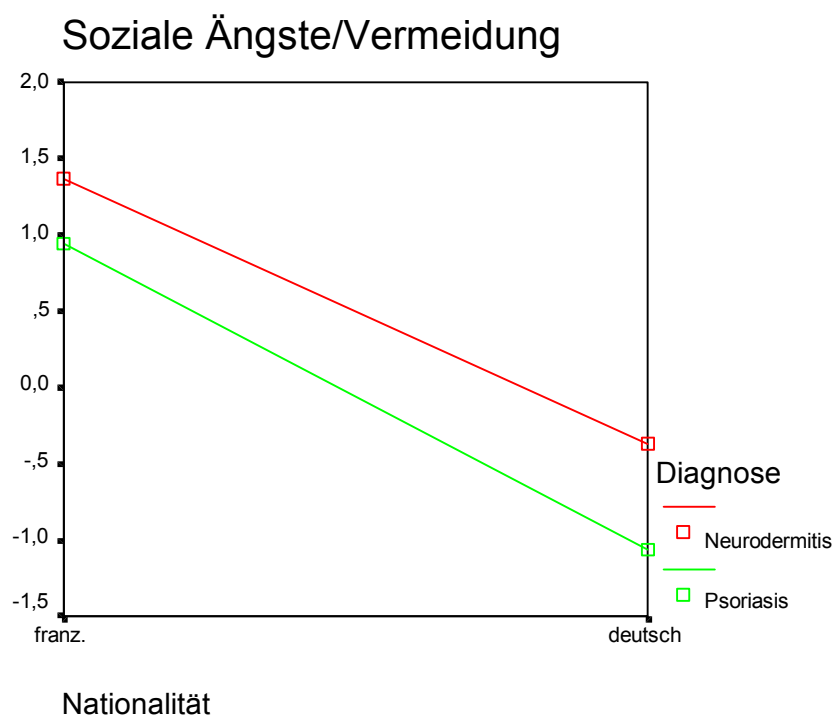


Abbildung 8: Interaktionsdiagramm Nationalität*Diagnose

Abbil-

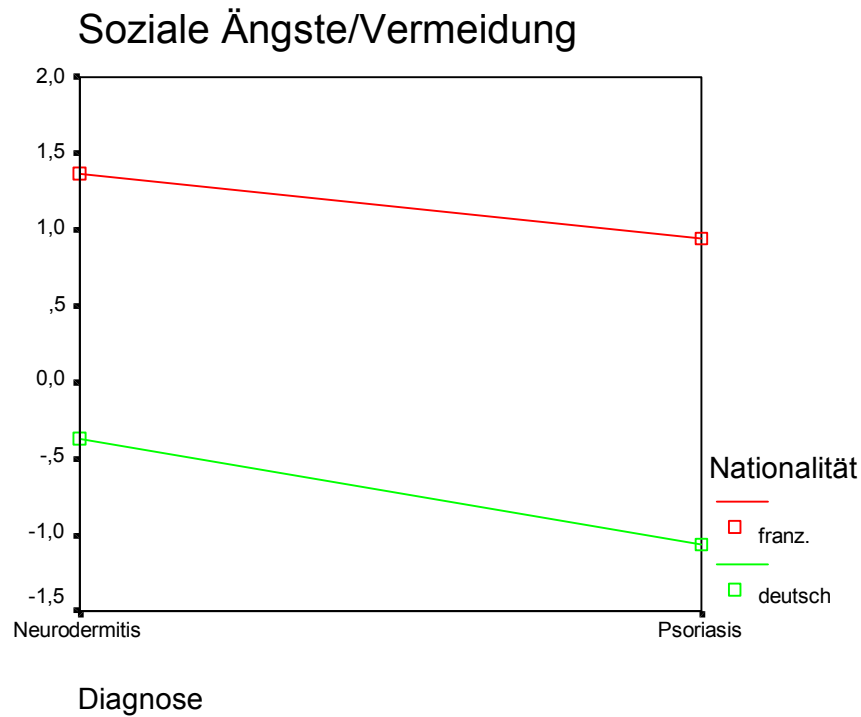


Abbildung 9: Interaktionsdiagramm Diagnose*Nationalität

Für die Skala Juckreiz-Kratz-Zirkel ergibt sich ein signifikanter Unterschied auf allen Ebenen: Nationalität ($F=10,303$; $p=0,001$), Diagnose ($F=41,807$; $p<0,000$) und Interaktion von Nationalität und Diagnose ($F=7,651$; $p=0,006$).

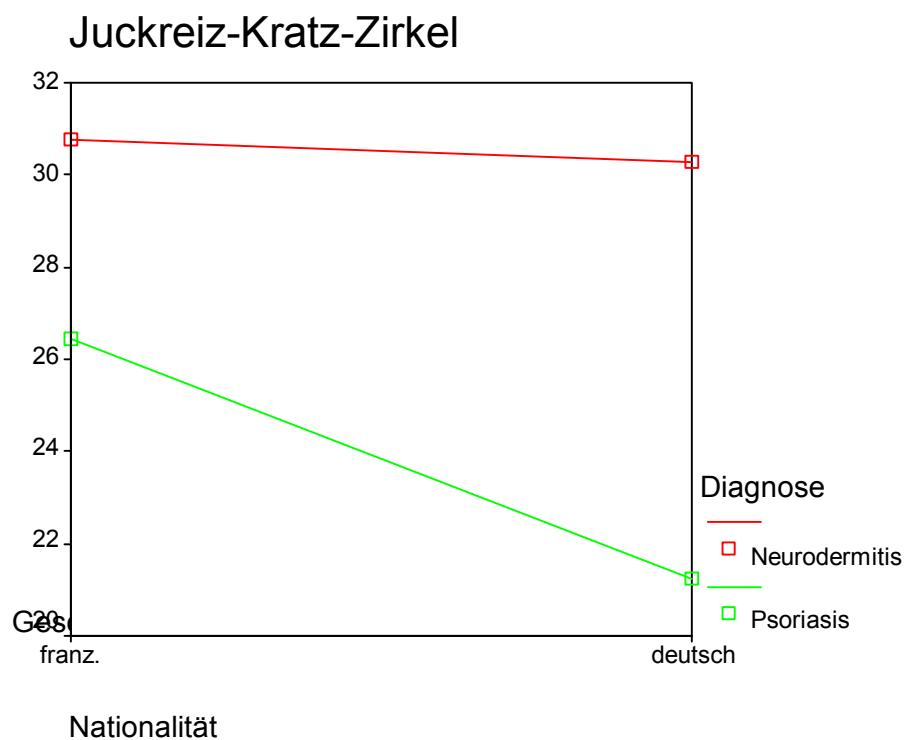


Abbildung 10: Interaktionsdiagramm Nationalität * Diagnose

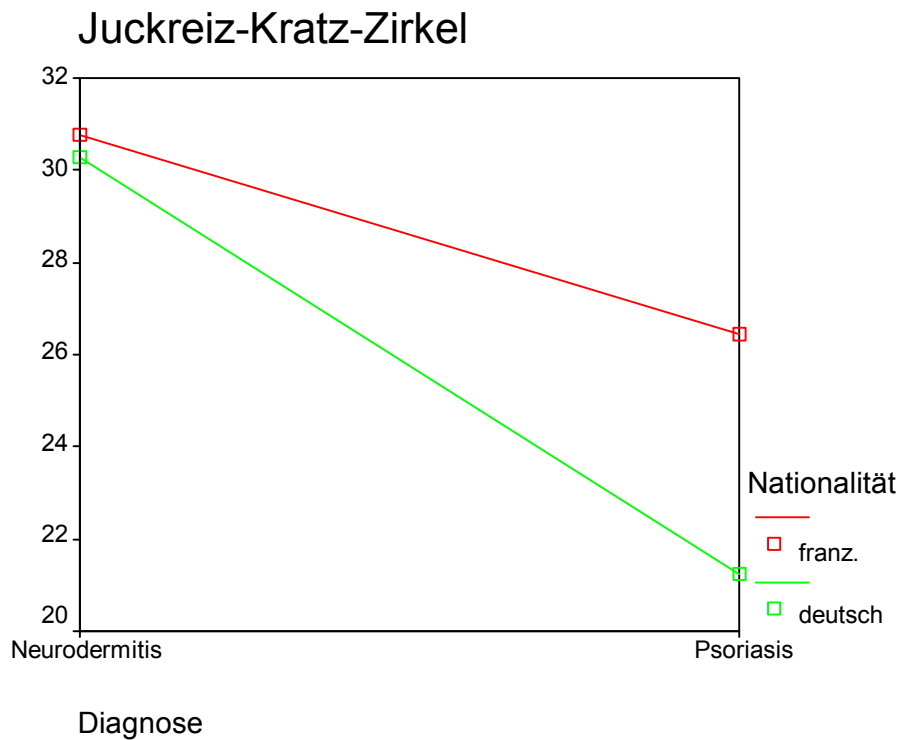


Abbildung 11: Interaktionsdiagramm Diagnose * Nationalität

Anhand der Interaktionsdiagramme (Abbildungen 10 & 11) ist ersichtlich, daß für die Skala Juckreiz-Kratz-Zirkel eine ordinale Interaktion vorliegt. Somit sind beide Haupteffekte sinnvoll interpretierbar (Bortz, 1993, S.276).

Neurodermitiker weisen auf der Skala Juckreiz-Kratz-Zirkel insgesamt signifikant höhere Werte auf als die Psoriatiker und die Franzosen liegen signifikant über den Deutschen. Der signifikante Interaktionseffekt Nationalität*Diagnose fordert jedoch eine weitergehende Interpretation der beiden Hauteffekte: anhand des Interaktionsdiagrammes läßt sich feststellen, daß sich die französischen Psoriatiker deutlich stärker beeinträchtigt fühlen als die deutschen Psoriatiker, während sich bei den Neurodermitikern zwischen den Nationen kein erheblicher Unterschied ergibt.

Für die Skala Hilflosigkeit ergibt sich für die Nationalität ($F=6,967$; $p=0,009$) ein signifikanter Unterschied, nicht aber für die Diagnose ($F=0,532$; $p=0,466$) und die Interaktion von Nationalität und Diagnose ($F=0,266$; $p=0,607$). Auch hier ergeben sich höhere Werte für die französische Stichprobe als für die deutsche.

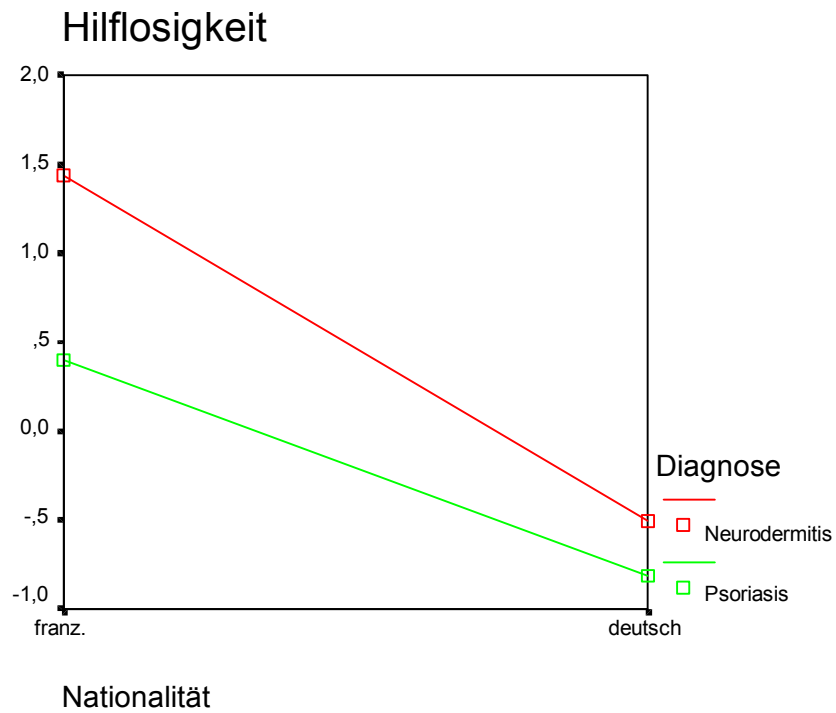


Abbildung 12: Interaktionsdiagramm Nationalität*Diagnose

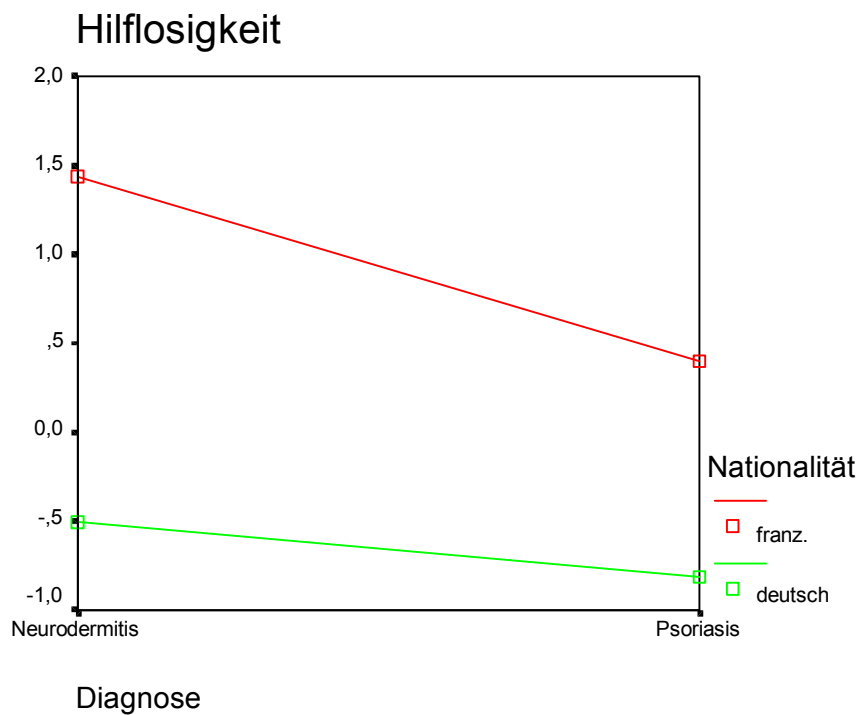


Abbildung 13: Interaktionsdiagramm Diagnose*Nationalität

Die Skala ängstlich depressive Stimmung zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Nationalitäten ($F=51,042$; $p<0,000$), den Diagnosegruppen ($F=5,762$; $p=0,017$) und für die Interaktion von Nationalität und Diagnose ($F=4,075$; $p=0,045$).

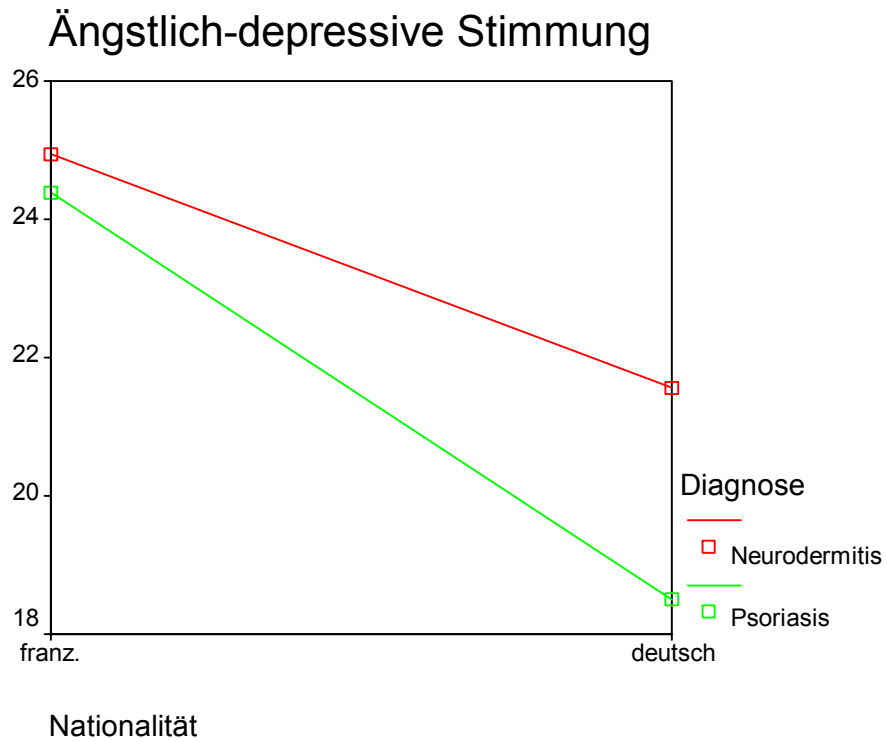


Abbildung 14: Interaktionsdiagramm Nationalität * Diagnose

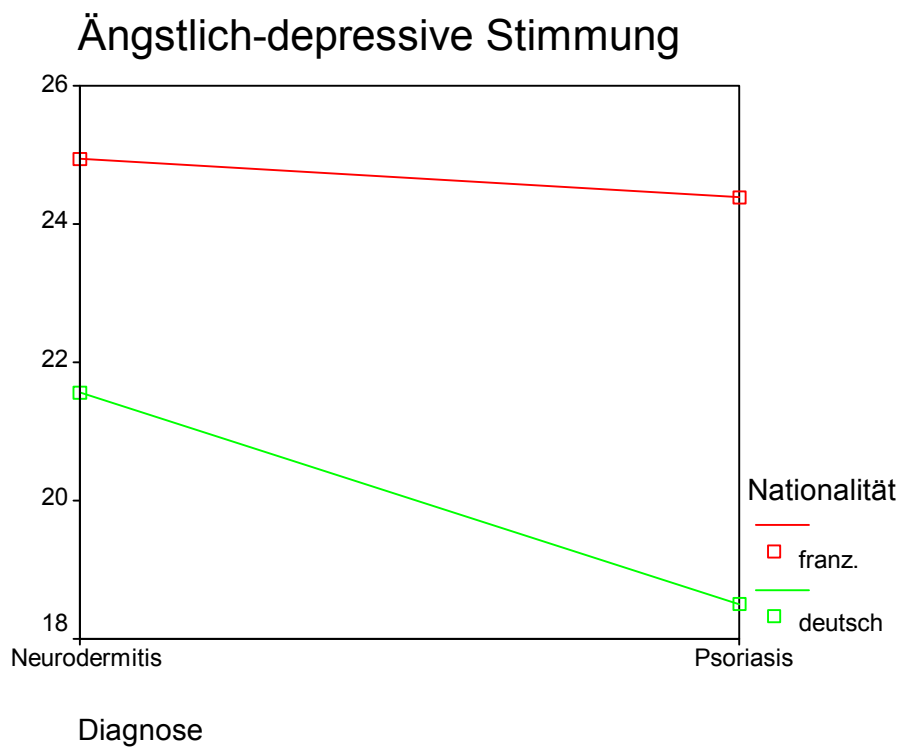


Abbildung 15: Interaktionsdiagramm Diagnose * Nationalität

Anhand der Interaktionsdiagramme (Abbildungen 14 & 1) ist auch für die Skala Ängstlich-depressive Stimmung analog der Skala Kratz-Juckreiz-Zirkel ersichtlich, daß aufgrund einer ordinalen Interaktion beide Haupteffekte ohne Einschränkung interpretiert werden dürfen.

Auch für die Skala Ängstlich-depressive-Stimmung weisen die Franzosen insgesamt signifikant höhere Werte auf als die Deutschen und die Neurodermitiker liegen signifikant über den Psoriatikern. Der signifikante Interaktionseffekt Nationalität*Diagnose fordert auch hier weitergehende Interpretation der beiden Haupteffekte: während sich die Neurodermitiker in der deutschen Stichprobe deutlich stärker beeinträchtigt fühlen als die Psoriatiker, ist der Unterschied zwischen den Diagnosegruppen in der französischen Stichprobe wesentlich geringer ausgeprägt.

Bezüglich der Skala Einschränkung der Lebensqualität unterscheiden sich nur die Diagnosegruppen ($F=9,593$; $p=0,002$) signifikant voneinander, Neurodermitiker fühlen sich also stärker in ihrer Lebensqualität eingeschränkt als Psoriatiker, Nationalität ($F=1,609$; $p=0,205$) und Interaktion ($F=2,019$; $p=0,156$) unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander.

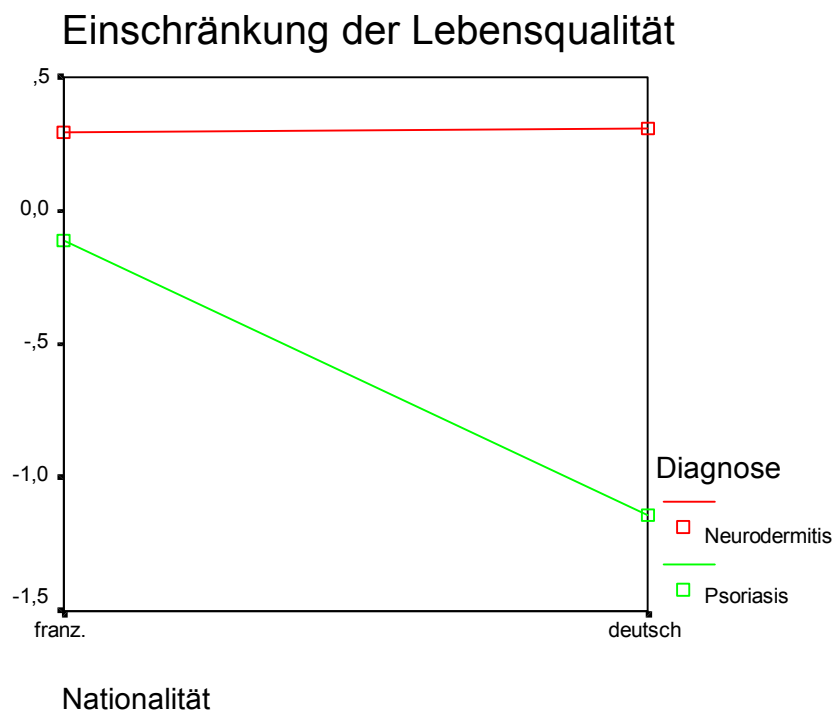


Abbildung 16: Interaktionsdiagramm Nationalität*Diagnose

Abbil-

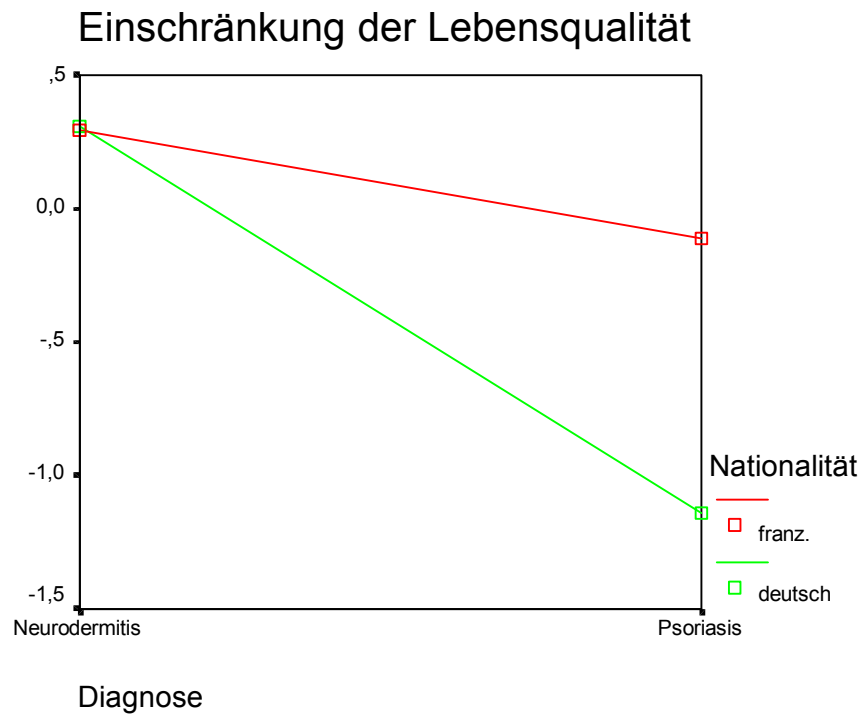
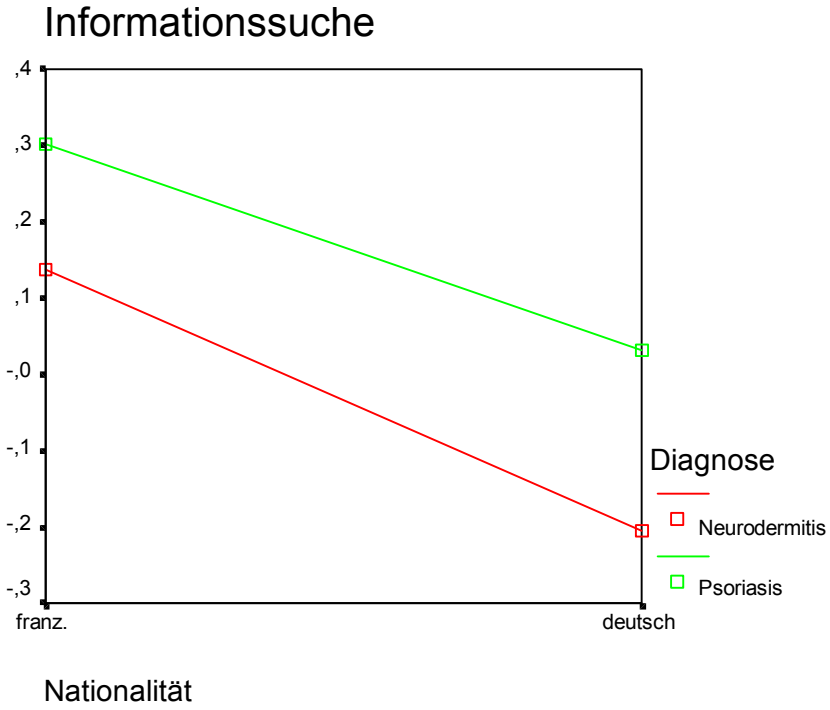


Abbildung 17: Interaktionsdiagramm Diagnose*Nationalität

Für die Skala Informationssuche ergeben sich keine signifikanten Unterschiede für Nationalität ($F=1,994$; $p=0,159$), Diagnose ($F=1,452$; $p=0,229$) und Interaktion ($F=0,008$; $p=0,928$). Neurodermitiker und Psoriatischer zeigen weder in der deutschen noch in der französischen Stichprobe Unterschiede in ihren Informationssuchstrategien.



Abbil-

dung 18: Interaktionsdiagramm Nationalität*Diagnose

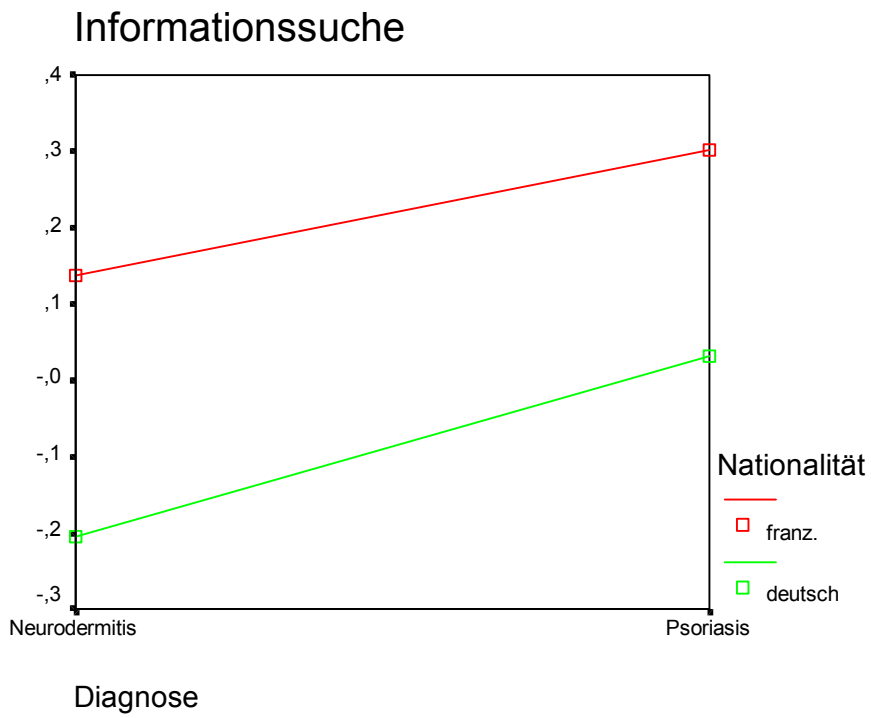


Abbildung 19: Interaktionsdiagramm Diagnose*Nationalität

Tabelle 9: Übersicht über Ergebnisse der Kovarianzanalysen

Skala	Effekt	F	df	p	Signifikanz
1	HE Nationalität	3,977	1	0,047	*
1	HE Diagnose	0,000	1	0,999	
1	IE Nationalität*Diagnose	0,039	1	0,844	
2	HE Nationalität	10,303	1	0,001	**
2	HE Diagnose	41,807	1	<0,000	***
2	IE Nationalität*Diagnose	7,651	1	0,006	**
3	HE Nationalität	6,967	1	0,009	**
3	HE Diagnose	0,532	1	0,466	
3	IE Nationalität*Diagnose	0,266	1	0,607	
4	HE Nationalität	51,042	1	<0,000	***
4	HE Diagnose	5,762	1	0,017	*
4	IE Nationalität*Diagnose	4,075	1	0,045	*
5	HE Nationalität	1,609	1	0,205	
5	HE Diagnose	9,593	1	0,002	**
5	IE Nationalität*Diagnose	2,019	1	0,156	
6	HE Nationalität	1,994	1	0,159	
6	HE Diagnose	1,452	1	0,229	
6	IE Nationalität*Diagnose	0,008	1	0,928	

Tabelle 10: Signifikanzen der Haupt- und Interaktionseffekte

	Soziale Ängste	Juckreiz-Kratz-Zirk	Hilflosigkeit	Änsthlich-depressiv	Einschränkung Lebens	Informationssuche
Nationalität	*	**	**	***		
Diagnose		***		*	**	
Nationalität*Diagnose		**		*		

* Die Kovarianz ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Kovarianz ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

***Die Kovarianz ist auf dem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant.

Anhand der Kovarianzanalyse konnte geklärt werden, daß die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben nicht unidirektional im Sinne eines landesspezifischen Effekts zu interpretieren

ren sind. Die Diagnosegruppen innerhalb einer Nationalität zeigen unterschiedliche Werte über die Skalen.

Für den Fall des Auftretens eines signifikanten Interaktionseffektes Nationalität*Diagnose, wie er für die Skalen Juckreiz-Kratz-Zirkel und Ängstlich-depressive Stimmung zu verzeichnen war, konnten die Interaktionen anhand der Interaktionsdiagramme als ordinale Interaktionen identifiziert werden, alle Haupeffekte waren somit eindeutig interpretierbar (Bortz, 1993, S.276) und die jeweilige Interaktion war für einen Teil der Stichprobe, den Neurodermitikern oder den Psoriatikern, stärker ausgeprägt, so daß ein systematischer Übersetzungsbias ausgeschlossen werden konnte.

Nach Ware et al. (1995) könnte auch ein zu extremer Unterschied der Skalenwerte zwischen den Nationalitäten auf ein Übersetzungsbias hinweisen. Im untersuchten Kollektiv zeigen die Skalenwerte zum einen keine extremen Unterschiede zwischen den Nationalitäten, zum anderen konnte eine multidirektionale Kovarianz der Skalen im Sinne unterschiedlicher Skalenwerte der Diagnosegruppen einer Nationalität aufgezeigt werden. Diese Ergebnisse legen den Schluß nahe, daß sich ergebende Unterschiede zwischen den Nationalitäten auf Gruppendifferenzen zurückzuführen sind. Diese Differenzen sollen im weiteren erläutert werden.

4.1.3. Zusammenhang von Schweregrad und Skalen

Die deutsche Stichprobe zeigt einen signifikant höheren subjektiven Schweregrad der Krankheit als die französische Stichprobe ($t= 3,356$; $p= 0,001$) (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Schweregrad und Nationalität

Gruppenstatistiken				
	Nationalität	N	Mittelwert	Standardabweichung
Schweregrad	franz.	185	,8856	,4617
	deutsch	281	1,0461	,5651

Die Korrelationen des Schweregrades mit den sechs Skalen des MHF ist über beide Nationen hinweg positiv. Auffällig ist, daß der Zusammenhang Schweregrad/ Antwortverhalten über die Skalen des MHF hinweg in der französischen Stichprobe durchgehend signifikant höher ausfällt als in der deutschen Stichprobe. Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse im einzelnen.

Tabelle 12: Korrelationen zwischen dem Schweregrad und den MHF-Skalen für Deutschland und Frankreich sowie Korrelationsdifferenzen Frankreich-Deutschland

	Schweregrad Frankreich	Schweregrad Deutschland	Vergleich der Korrelationsdifferenz Frankreich minus Deutschland
Soziale Ängste/ Vermeidung	0,399***	0,305***	$z=04,25$; $df1=185$; $df2=258$; $p<0,000$
Juckreiz-Kratz-Zirkel	0,378***	0,158*	$z=25,49$; $df1=184$; $df2=257$; $p<0,000$
Hilflosigkeit	0,367***	0,196**	$z=19,31$; $df1=184$; $df2=256$; $p<0,000$
Ängstl.-depress.-Stimmung	0,362***	0,095*	$z=30,33$; $df1=184$; $df2=270$; $p<0,000$
Einschr. Der Lebensqualität	0,402***	0,185**	$z=25,52$; $df1=184$; $df2=275$; $p<0,000$
Informationssuche	0,181*	0,104	$z=08,40$; $df1=184$; $df2=273$; $p<0,000$

* = signifikant auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** = signifikant auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

***= signifikant auf dem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant.

4.2. Intrakultureller Vergleich der französischen Stichprobe

4.2.1. Attributionsmuster/ Krankheitskonzept und Befindlichkeit

Bei der Untersuchung der verschiedenen Attributionsmuster (Stellenwert der die Krankheit beeinflussenden Faktoren) und deren Auswirkung auf die Befindlichkeit der Patienten, lassen sich keine hohen Korrelationen zwischen den verschiedenen Attributionsmustern und dem Antwortverhalten über die Skalen auffinden.

Lediglich zwischen der Skala „ängstlich-depressive Stimmung“ und der Zuschreibung von psychischen Aspekten als maßgeblich die Krankheit beeinflussende Faktoren ist eine geringe bis mittlere Korrelation ($r= 0,457$, $p<0,000$) nachzuweisen. Die Ergebnisse werden in *Tabelle 13* dargestellt:

Tabelle 13: Korrelation Attributionsmuster und Antwortverhalten über die Skalen der französischen Stichprobe

	Umweltfaktoren N=160	Genetische Faktoren N=160	psychische Faktoren N=171
soziale Ängste/ Vermeidung	r= 0,192 * p= 0,015	r= 0,261 ** p= 0,001	r= 0,253 ** p= 0,001
Juckreiz-Kratz-Zirkel	r= 0,359 ** p< 0,000	r= 0,220 ** p= 0,005	r= 0,221 ** p= 0,004
Hilflosigkeit	r= 0,300 ** p< 0,000	r= 0,248 ** p= 0,002	r= 0,219 ** p= 0,004
ängstlich-depressive Stimmung	r= 0,362 ** p< 0,000	r= 0,169 * p= 0,033	r= 0,457 ** p< 0,000
Einschränkung der Lebensqualität	r= 0,297 ** p< 0,000	r= 0,223 ** p= 0,005	r= 0,257 ** p= 0,001
Informationssuche	r= 0,186 * p= 0,019	r= 0,013 p= 0,868	r= 0,119 p= 0,120

**= die Korrelation ist auf dem Niveau von p=0,01 (2-seitig) signifikant.

* = die Korrelation ist auf dem Niveau von p=0,05 (2-seitig) signifikant.

Zusätzlich wird in *Tabelle 14* die Interkorrelation der Attributionsmuster dargestellt, um auszusprechen, daß durch hohe Interkorrelationen der Attributionsmuster untereinander Zusammenhänge zwischen Attributionsmuster und Befindlichkeit verdeckt werden.

Tabelle 14: Interkorrelation der Attributionsmuster für die französische Stichprobe

genetische Faktoren/ Umweltfaktoren N=149	r= 0,294 ** p< 0,000
psychische Faktoren/ Umweltfaktoren N=159	r= 0,368 ** p< 0,000
psychische Faktoren/ genetische Faktoren N=157	r= 0,241 ** p< 0,002

**= die Korrelation ist auf dem Niveau von p= 0,01 (2-seitig) signifikant.

4.2.2. Psychotherapieerfahrung

Beim Gruppenvergleich der französischen Patienten mit und ohne Psychotherapieerfahrung ergibt der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungs-Test keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung für das Antwortverhalten der Patientengruppen über die Skalen. Im daraufhin durchgeführten t-Test zeigt sich, daß sich die beiden Gruppen in ihrem Antwortverhalten in keiner der Skalen signifikant voneinander unterscheiden. In der französischen Stichprobe läßt sich zudem keinerlei signifikante Korrelation zwischen den Skalen des MHF und der Psychotherapieerfahrung finden. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 14* dargestellt.

Tabelle 14: Korrelation zwischen den Skalen des MHF und der Psychotherapieerfahrung in der französischen Stichprobe

Skalenbezeichnung	Psychotherapieerfahrung; N=142
soziale Ängste/ Vermeidung	r=-0,054; p=0,526
Juckreiz-Kratz-Zirkel	r=0,088; p=0,297
Hilflosigkeit	r=0,085; p=0,319
ängstlich-depressive Stimmung	r=0,017; p=0,839
Einschränkung der Lebensqualität	r=0,066; p=0,434
Informationssuche	r=0,062; p=0,463

5. Diskussion

Da die in der konfirmatorische Faktorenanalyse ermittelten Modellanpassungswerte der deutschen und der französischen Stichprobe nicht maßgeblich differieren, inter- und intrakulturelle Ergebnisse der Faktorenanalysen außerdem homogen sind, können Abweichungen zwischen den beiden Stichproben auf unterschiedliche Lebensqualitätslevels bzw. Krankheitsbewältigungsstile oder andere Subgruppenunterschiede zurückgeführt werden.

Der durch die hohen Interskalenkorrelationen erhaltene Hinweis auf einen den gesamten Fragebogen durchziehenden G-Faktor stützt dieses Untersuchungsergebnis ebenso wie die in der durchgeführten Kovarianzanalyse ermittelte Multidirektionalität des Antwortverhaltens der Diagnosegruppen innerhalb der Nationalitäten.

Es soll nun eine genauere Betrachtung dieser Stichprobenunterschiede erfolgen.

Die französische Patientengruppe weist über nahezu alle Skalen höhere Werte auf als die deutsche Patientengruppe.

Ausnahmen bilden lediglich die Skalen „Einschränkung der Lebensqualität“ und „Informationssuche“. Diese Skalen repräsentieren in der deutschen Fassung des Fragebogens eher externe Aspekte der Auseinandersetzung mit der Hauterkrankung (Beruf, Finanzen, Wissen, Hautpflege, Ernährung; vgl. *Augustin et al., 1999*) und nicht so sehr die interne Ebene der Auseinandersetzung mit der Hauterkrankung.

Die Annahme eines internalen Krankheitskonzepts wird jedoch als Voraussetzung eines adäquaten Bewältigungsverhaltens gesehen (*Lange et al., 1999; Illiev et al., 1998; Schaller et al., 1998; Niemeier et al., 1996; Stangier et al., 1996, 1993*).

Die signifikant niedrigeren Werte der deutschen Patientengruppe über die Skalen des Marburger-Haut-Fragebogens hinweg (einer besseren Krankheitsbewältigung und damit höheren Lebensqualität entsprechend) und die höheren Interskalenkorrelationen der französischen Stichprobe im Vergleich zur deutschen, untermauern die Hypothese der Existenz eines die Skalen durchziehenden G-Faktors im Sinne einer schlechteren „generellen Befindlichkeit“ der französischen Stichprobe.

Dieser G-Faktor könnte Zeichen einer ungenügenden Krankheitsverarbeitung- und bewältigung in der französischen Patientengruppe sein.

Es stellt sich also die Frage, worin sich die deutsche und französische Patientengruppe voneinander unterscheiden und welche Faktoren ausschlaggebend für die subjektiv bessere Lebensqualität der deutschen Patientengruppe sind. Zu untersuchende Größen sind:

- der Hautzustand (im Sinne des von den Patienten subjektiv empfundenen Schweregrades der Erkrankung)
- die Ausprägung internaler versus externaler Kontrollattributionen
- psychosoziale Parameter
- Differenzen in den angebotenen therapeutischen Maßnahmen
- regionale und saisonale Unterschiede
- Schichtzugehörigkeit, Übersetzungsbias

5.1. Schweregrad und Skalen

Die deutsche Stichprobe liegt bezüglich des subjektiv empfundenen Schweregrades der Krankheit signifikant über der französischen Stichprobe. Trotz dieser Tatsache weist die deutsche Stichprobe deutlich niedrigere (in 4 von 6 Skalen signifikant niedrigere) Werte über die Skalen auf als die französische Stichprobe. Dieser Umstand wurde in denjenigen Auswertungsschritten auspartialisiert, in denen der Schweregrad eine mögliche Störvariable für die Ergebnisse dar-

stellte. Um hingegen den Zusammenhang des Schweregrades mit den MHF Skalen zu beschreiben und zu interpretieren, ist genau diese Variable von Interesse.

Für die über alle Skalen des MHF hinweg deutlichen Unterschiede der Zusammenhangshöhe Schweregrad/ Antwortverhalten zwischen der deutschen und der französischen Stichprobe im Sinne einer höheren Korrelation in der französischen Stichprobe gibt es verschiedene Erklärungsansätze.

Zum einen könnte die deutlich niedrigere Zusammenhangshöhe zwischen dem subjektiv empfundenen Schweregrad der Erkrankung und dem Antwortverhalten über die Skalen (entsprechend niedriger Werte über die Skalen bei hohem subjektivem Schweregrad) als ausgeprägtere Somatisierungstendenz der deutschen Patientengruppe interpretiert werden.

Psychosomatische Patienten und insbesondere Hautpatienten haben die Neigung, ihre somatischen Beschwerden in den Vordergrund zu stellen, diesen eine ursächliche Bedeutung in der Krankheitsgenese und -unterhaltung zu attribuieren, und die vorhandenen oder auftretenden psychischen Probleme zu verleugnen (Verleugnung als unbewußter Abwehrmechanismus (*Giebler et al., 1990; Richter & Ahrens, 1988*)).

Für den behandelnden Dermatologen ist es dann sehr schwierig, den klinisch-psychologischen Behandlungsbedarf abzuschätzen. Gerade die Diskrepanz zwischen Schweregrad und psychischer Beeinträchtigung kann ein Hinweis auf verdrängte psychosomatische Probleme sein (*Giebler et al., 1990*).

Windemuth et al. (1999) konnten in ihrer Studie zeigen, daß die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten etwa 31% beträgt und damit gegenüber somatisch gesunden Kontrollgruppen etwa um das 3-fache erhöht ist.

Weiter oben wurde ausgeführt, daß die Haut die Funktion eines Kommunikationsorganes übernehmen kann, d.h. für den Hautkranken nicht zu verbalisierende psychische Konflikte können über die Symptombildung der Haut zum Ausdruck gebracht werden (*vgl. Kapitel 2.3. psychoanalytische Theorien der Krankheitsgenese*).

Aufgabe des psychosomatisch versierten Dermatologen ist es dann, das primär organische Beziehungsangebot des Patienten in ein personelles zu übertragen (*Schaller, 1997*). *Schneider et al. (1993)* fanden in ihrer Untersuchung heraus, daß Patienten mit chronischen Hauterkrankungen die Genese ihrer Krankheit stärker organmedizinisch attribuieren (damit auch ein verstärktes Augenmerk auf die somatischen Symptome richten und psychische Konflikte verleugnen) und einen ausgeprägteren Leidensdruck aufweisen als die unselegierte Kontrollgruppe. Dennoch zeigt die Gruppe der chronischen Hautpatienten ein größeres Interesse an psychotherapeutischen Hilfestellungen. Dies könnte, nach Meinung der Autoren, ein Hinweis dafür sein, daß

sich gerade diese Patienten eine Hilfestellung von psychotherapeutischen Behandlungsangeboten bei der Verarbeitung der Erkrankung erhoffen.

Die gewonnenen Ergebnisse unterstützen die Hypothese der ausgeprägten Verleugnungstendenzen psychosomatischer Patienten im Hinblick auf die niedrigeren Werte der deutschen Patientengruppe über die Skalen bei signifikant höherem Schweregrad dieses Kollektivs.

Ebenso könnten die Unterschiede der Zusammenhangshöhe Schweregrad/ Antwortverhalten zwischen der deutschen und der französischen Stichprobe im Sinne einer höheren Korrelation in der französischen Stichprobe auch als Ausdruck eines erhöhten Leidensdruckes der französischen Stichprobe aufgefaßt werden.

Es ist anzunehmen, daß trotz des signifikant niedrigeren subjektiven Schweregrades der Erkrankung in der französischen Stichprobe die Wahrnehmung und das Erleben der Krankheit, aufgrund einer schlechteren Krankheitsverarbeitung in diesem Kollektiv dahingehend beeinflußt wird, daß der empfundene Leidensdruck steigt und die generelle Befindlichkeit sinkt.

Diese Hypothese wird auch durch die für die französische Stichprobe gefundene Faktorenstruktur gestützt (vgl. S.96/97), welche die Stigmatisierungsproblematik und die damit verbundene Außenseiterposition der Hautkranken in den Vordergrund stellt.

In zahlreichen Studien konnte, wie oben bereits belegt (*Bullinger, 1997, 1996; Stangier et al., 1996; Chren et al., 1996; Schmidt-Ott et al., 1996; Finlay & Kahn, 1994*), gezeigt werden, daß die klinische Symptomatik häufig nicht mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität korreliert, diese für die Einschätzung der Gesundheit (von der WHO als Zustand des völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert) aber von großer Bedeutung ist (*Illiev et al., 1998*).

Gerade dieses Patientenkollektiv, welches sich durch ein höheres Maß an affektiver Verunsicherung und emotionaler Belastung auszeichnet, hat oftmals einen ausgeprägteren Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung (*Schaller et al., 1998; Niemeier et al., 1996; Peters & Löwenberg, 1994, 1993; Schneider et al., 1993*) und wäre dieser Therapieform somit zugänglich.

Es gilt daher, die spezifischen, die Lebensqualität beeinflussenden, (psychischen) Belastungen und Einschränkungen des chronischen Hautpatienten in verschiedenen Lebensbereichen zu identifizieren, um ihren Einfluß auf den Krankheitsverlauf zu minimieren und dem Patienten individuelle Einflußmöglichkeiten aufzuzeigen. Der Einfluß bestehender Kontrollüberzeugungen auf eine adäquate Krankheitsbewältigung ist bekannt (*Lange et al., 1999; Filipp & Ayman, 1996; Niemeier et al., 1996; Lohaus & Schmidt, 1989; Wallston et al., 1976*).

Der MHF dient als Meßinstrument der Identifikation individuell besonders betroffener Lebensbereiche (*Lange et al., 1999; Illiev et al., 1998*) und ist somit in der individuellen Therapieplanung einsetzbar. Dies ist insbesondere von großer aktueller Bedeutung in der Dermatologie, da die gesundheitspolitische Tendenz besteht, chronische Hauterkrankungen, mangels lebensbedrohlicher Akuität, in ihrer Schwere für den Patienten unterzubewerten (*Illiev et al., 1998*).

5.2 . Attributionsmuster/ Krankheitskonzept und Befindlichkeit

Es soll im folgenden der Frage nachgegangen werden, ob und in welchem Ausmaß der Attributionsstil/ das Attributionsmuster Auswirkungen auf die Befindlichkeit der französischen Stichprobe hat. Für diese Fragestellung war es nicht möglich, einen interkulturellen Stichprobenvergleich vorzunehmen, da Daten zum Attributionsmuster nur für die französische Stichprobe vorlagen.

Wie weiter oben schon erläutert, wird zwischen internalem und externalem Krankheitskonzept unterschieden. Personen mit internaler Kontrollüberzeugung unterscheiden sich von denjenigen mit externaler Kontrollüberzeugung hinsichtlich der wahrgenommenen Möglichkeiten zur Beeinflussung von Auslösefaktoren und Krankheitsverlauf (*Wallston et al., 1978*). Ein Mangel an eigenen Kontrollmöglichkeiten kann mit Gefühlen von Hilflosigkeit einhergehen und sich somit negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken (*Hasenbring, 1988*).

Es wäre also zu erwarten, daß Patienten mit internalem Krankheitskonzept, also diejenigen Patienten, die den psychischen Faktoren als individuell beeinflussbare Faktoren einen höheren Stellenwert in der Krankheitsgenese und Unterhaltung beimessen und damit, wie in verschiedenen Studien gezeigt werden konnte (*Lange et al., 1999; Niemeier et al., 1996; Schaller et al., 1995; Levy et al., 1990; Wiedenfeld et al., 1990; Heim, 1988; Bulman & Wortman, 1977*), ein adaptiveres Bewältigungsverhalten annehmen können, bessere Anpassungswerte und damit niedrige Werte über die Skalen aufweisen. Würden diese Patienten ein entsprechendes Antwortverhalten über die Skalen aufweisen, wäre als Zeichen einer guten Krankheitsbewältigung eine negative Korrelation zwischen der Attribution von psychischen Faktoren als maßgeblich die Krankheit beeinflussende Faktoren und den Werten über die Skalen zu erwarten.

Dies scheint nicht der Fall zu sein, die Korrelationen zwischen psychischem Attributionsmuster und den Skalen sind zwar nur gering positiv ausgeprägt, sind jedoch als durchweg signifikante Korrelationen interpretierbar.

Eine Erklärung für diesen Sachverhalt könnten die in diesem Patientenkollektiv dementsprechend gering ausgeprägten Verleugnungstendenzen für psychische Konflikte sein: Patienten mit internalem Krankheitskonzept sehen die Ursachen und den Verlauf der Erkrankung von

individuellen und von psychischen Faktoren zumindest mit abhängig, psychische Konflikte werden realisiert und sind, im Gegensatz zur Herangehensweise von Patienten mit rein externalem Krankheitskonzept, angeh- und bearbeitbar.

Diese Tatsache könnte die höheren Werte dieses Patientenkollektivs über die Skalen erklären. Die gering positive Korrelation des Faktors „psychische Aspekte“ über die Skalen hinweg könnte somit als Zwischeneffekt des Antwortverhaltens (adaptiveres Bewältigungsverhalten mit Reduktion der psychischen Konflikte versus Realisierung von psychischen Konflikten) in diesem Patientenkollektiv gewertet werden. Als Unterstützung dieser Hypothese ist die Tatsache zu sehen, daß die Korrelation der MHF-Skala „ängstlich-depressive Stimmung“, als Skala der individuellen, emotionalen Symptome von (Mal-) Adaptation, im Vergleich zu den übrigen Skalen relativ hoch mit dem Faktor „psychische Aspekte“ korreliert.

Dieser Sachverhalt ist jedoch im Rahmen einer Querschnittstudie nicht eindeutig zu interpretieren, hier könnte im Rahmen einer Längsschnittstudie die Bedeutung und Wirkung einer psychotherapeutischen Mitbehandlung für die Bearbeitung dieser psychischen Konflikte herausgestellt werden.

Für das Patientenkollektiv mit vorwiegend organischem Krankheitskonzept, d.h. denjenigen Patienten, die ihre Krankheit als vorwiegend fremdbestimmt, und damit als von anderen kompetenten Personen oder als vom Schicksal oder Zufall abhängig wahrnehmen, sind negative oder geringe Korrelationen zwischen den Attributionsmustern Umwelt- und/ oder genetischen Faktoren und den Werten über den Skalen zu erwarten.

Denn je plausibler die Identifikation von Umwelt- oder genetischen Faktoren, sprich von allergischen oder anderen somatischen Ursachen für das Krankheitsgeschehen ist, desto leichter fällt es, evtl. bestehende psychische Konflikte zu verleugnen (Verleugnung als unbewußter Abwehrmechanismus, *Richter & Ahrens, 1988*). Die dennoch bestehenden geringen, wenn auch signifikanten, Korrelationen in diesem Patientenkollektiv sind mit der Tatsache zu begründen, daß auch für diese Patienten eine multifaktorielle Krankheitsgenese anzunehmen ist. Die vorhandenen Interfaktorenkorrelationen zwischen Umwelt-, genetischen und psychischen Faktoren sind Ausdruck dieses Aspekts. Insbesondere die Korrelation zwischen psychischen und Umweltfaktoren ($r = 0,368$, $p < 0,000$) scheint dies zu belegen und würde die Korrelation zwischen Attributionsmuster und dem Antwortverhalten über die Skalen sinnvoll erklären.

Ein relevanter Aspekt bei der Verbesserung der Krankheitsbewältigung liegt in der Stärkung internaler Kontrollüberzeugungen, d.h. der Möglichkeit der eigenen, aktiven Einflußnahme auf die Erkrankung (*Lange et al., 1999; Windemuth et al., 1999; Schaller et al., 1998; Niemeier et*

al., 1996; Hoegl et al., 1998; Illiev et al., 1998; Filipp & Aymann, 1996; Lohaus & Schmidt, 1989).

Ein sich auf weitestgehend nicht veränderbare Faktoren (Umwelt, Genetik) stützendes Konzept und das daraus resultierende Gefühl von Hilflosigkeit und Abhängigkeit von medizinischen Hilfen muß zugunsten eines internalen Konzepts, das sich an umfassender Information und Selbstwirksamkeit orientiert, verändert werden (*Stangier et al., 1996a*).

Das eindimensionale Krankheitsverständnis der Patienten sollte zu einem mehrdimensionalen erweitert werden, mit dem Ziel verbesserter (individueller) Möglichkeiten, mit der Hauterkrankung zu leben, sie in den Alltag zu integrieren und die selbst gestellten Anforderungen zu bewältigen.

Der Patient sollte Experte im Umgang mit der eigenen Hauterkrankung werden (*Hoegl et al., 1998*), um das Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers wiederzuerlangen.

Dies kann im Rahmen integrativer Therapiemaßnahmen geschehen, deren Anspruch es ist, Zusammenhänge zwischen Hautveränderungen und begleitenden Emotionen, Kognitionen, sozialen Interaktionen und Medikamenteneinnahme besser wahrzunehmen, individuelle Therapieziele festzulegen und verschiedene Verfahren zu erarbeiten, mit denen diese Ziele erreicht werden können.

Der Patient muß lernen, die ihm zu Verfügung stehenden eigenen und medizinischen Ressourcen angemessen zu nutzen.

5.3. Psychosoziale Parameter

Es wurde dargestellt, daß es zum interkulturellen Vergleich zulässig ist, die deutsche Faktorenstruktur auf die französische Stichprobe zu übertragen. Dennoch ist es von Interesse zu überprüfen, ob die per Explorative Faktorenanalyse (EFA) im französischen Kollektiv gewonnene Faktorenstruktur spezifische, speziell auf die französische Patientengruppe zutreffende Inhalte übermittelt.

Zwei für die Krankheitsverarbeitung bedeutungsvolle Kriterien wurden durch die französische Faktorenlösung herausgestellt: die empfundene Stigmatisierung der Patienten durch die Hauterscheinungen und die damit einhergehende subjektive Beeinträchtigung auch speziell im Bereich der engen zwischenmenschlichen Kontakte.

Die Stigmatisierungsproblematik wurde unter 5.1. schon erläutert, in diesem Zusammenhang soll nun noch auf die Dimension der engen zwischenmenschlichen Kontakte eingegangen werden.

Im Gegensatz zur deutschen Faktorenlösung wurde in der französischen Faktorenlösung die Dimension der engen zwischenmenschlichen Kontakte als von anderen losgelöste Dimension in den Vordergrund gerückt. Diese Faktorenlösung unterstreicht die Bedeutung der engen sozialen (und sexuellen) Kontakte für das Krankheitserleben und die Krankheitsverarbeitung.

Bosse et al. (1976) kamen zu dem Ergebnis, daß Hautkranke die maximale befürchtete und tatsächliche Ablehnung im Bereich der erotisch-sexuellen Kontakte erfahren. Auch *Niemeier et al. (1997)* konnten in ihrer Studie zeigen, daß Hautpatienten signifikant weniger Zärtlichkeiten mit dem Partner austauschen als Paare der Kontrollgruppe und sich außerdem gehemmter und unfreier in sexuellen Kontakten erleben als die Gruppe der hautgesunden Probanden. Die Ergebnisse dieser Studien weisen darauf hin, daß entstellende Hauterkrankungen mit einer Vermeidung von Körperkontakten einhergehen.

Die französische Faktorenlösung rückt die Problematik der engen zwischenmenschlichen Kontakte in den Vordergrund und unterstreicht die Bedeutung dieser Dimension für eine adäquate Krankheitsverarbeitung und -bewältigung.

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, daß im Rahmen integrativer Therapiekonzepte die positive Selbstwahrnehmung steigt (*Lange et al., 1999; Schaller et al., 1998; Löwenberg & Peters, 1994*) und die Patienten sich nach Abschluß der Therapie als sozial potenter und offener (*Löwenberg & Peters, 1994; Peters & Löwenberg, 1993*) beschreiben.

5.4. Psychotherapieerfahrung

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung an der französischen Stichprobe wurde den Patienten die Frage nach Erfahrungen mit Psychotherapie gestellt.

Es sollte dargestellt werden, ob sich die von *Schneider et al., 1993* erzielten Untersuchungsergebnisse bezüglich der Therapiemotivation von chronisch hautkranken Patienten zu psychosomatisch/ psychotherapeutischen Behandlungsansätzen an der französischen Stichprobe replizieren lassen.

Schneider et al. (1993) untersuchten chronisch hautkranke Patienten mit den Diagnosen Neurodermitis, Psoriasis und Urticaria bezüglich ihres Antwortverhaltens auf den Skalen des FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsfragebogen, *Fahrenberg et al., 1984*) und den Skalen des FPM (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation, *Schneider et al., 1989*). In dieser Untersuchung ergab sich eine durchgehend hohe negative Korrelation zwischen der Skala „Lebenszufriedenheit“ des FPI-R und dem FMP. Patienten, die ihre Lebenszufriedenheit als gering einstufen, schienen also für eine Psychotherapie stärker motiviert als diejenigen mit hoher Lebenszufriedenheit. Ursache für die gesteigerte Therapiemotivation könnte nach Meinung der

Autoren die vom Patienten erlebte höhere Erregbarkeit, Angespanntheit oder Empfindlichkeit sein.

Der MHF mißt die Krankheitsbewältigung und somit indirekt die Lebenszufriedenheit von Patienten mit chronischen Hauterkrankungen, beinhaltet also die Dimension Lebenszufriedenheit des FPI-R.

In einer Studie von *Niemeier et al., 1996* konnte gezeigt werden, daß der MHF emotional belastete Patienten gut erfaßt, da diese Patienten in den die Emotionalität erfassenden Skalen wie „ängstlich-depressive Stimmung“, „soziale Ängste/ Vermeidung“ und „Hilflosigkeit“ höhere Werte aufweisen als die nicht-belasteten Patienten. Die Skalen „Emotionalität“, „Erregbarkeit“ und „Beanspruchung“ des FPI-R, die die Dimensionen emotionale Labilität und Ängstlichkeit, Erregbarkeit und Empfindlichkeit bzw. Überforderungsgefühle und Angespanntheit wieder spiegeln entsprechen inhaltlich den Dimensionen der oben genannten MHF-Skalen.

Tabelle 15 soll die Ähnlichkeit der MHF-Skalen mit den Skalen des FPI-R wiedergeben.

Tabelle 15: MHF-Skalen und inhaltlich entsprechende Skalen des FPI-R

MHF Antworten auf einer Skala von 1-5	FPI-R Antworten: stimmt/stimmt nicht
Ich fühle mich oft nervös.	Ich bin oft nervös, weil zuviel auf mich einströmt.
Ich fühle mich häufig müde.	Die täglichen Belastungen sind so groß, daß ich davon oft müde und erschöpft bin.
Ich sollte mir weniger Stress aufladen.	Ich denke manchmal, daß ich mich mehr schonen sollte.
Ich rege mich leicht auf.	Es gibt nur wenige Dinge, die mich leicht erregen oder ärgern. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf. Im allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen.
Mir fehlt es an Lebensenergie.	Ich bin häufiger abgespannt, matt und erschöpft. Die täglichen Belastungen sind so groß, daß ich davon oft müde und erschöpft bin. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere.
Ich sollte mir weniger Streß aufladen.	Ich denke manchmal, daß ich mich mehr schonen sollte.
Manchmal könnte ich aus der Haut fahren.	Ich fühle mich oft wie ein Pulverfaß kurz vor der Explosion. Ich kann oft meinen Ärger und meine Wut nicht beherrschen.

Meine Haut hindert mich daran, von mir aus Kontakt mit unbekanntem Menschen aufzunehmen.	Ich scheue mich, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammen sitzen und sich unterhalten. Ich bin ungern mit Menschen zusammen, die ich noch nicht kenne.
Ich habe Angst davor, von Fremden wegen meiner Hauterkrankung abgelehnt zu werden.	Bei Geselligkeiten und öffentlichen Veranstaltungen bleibe ich lieber im Hintergrund.
Oftmals denke ich, wie das Leben ohne meine Hautkrankheit wäre.	Ich grübele viel über mein bisheriges Leben nach.

Könnte man die gewonnenen Untersuchungsergebnisse auf die französische Stichprobe übertragen, wären hier zwei unterschiedliche Korrelationsmuster möglich.

Zum einen könnte man eine hohe Korrelation zwischen den Skalen des MHF und der Psychotherapieerfahrung der französischen Patientengruppe im Sinne einer hohen Psychotherapiemotivation bei schlechter Krankheitsbewältigung und hohem Leidensdruck erwarten.

Alternativ dazu könnten aber auch negative Korrelationen zwischen den Skalen des MHF und der Psychotherapieerfahrung, als Ausdruck einer erfolgreichen Psychotherapie mit guter Krankheitsbewältigung, bestehen.

In der französischen Stichprobe läßt sich, wie oben dargestellt, keinerlei signifikante Korrelation zwischen den Skalen des MHF und der Psychotherapieerfahrung der Patienten finden und im t-Test zeigen Patienten mit oder ohne Psychotherapieerfahrung keinen signifikanten Unterschied in ihrem Antwortverhalten über die Skalen.

Das von *Schneider et al., 1993* erzielte Untersuchungsergebnis läßt sich somit nicht an der französischen Stichprobe replizieren. Dies könnte verschiedene Gründe haben:

Im Rahmen der hier vorliegenden Querschnittsanalyse ist weder eine Aussage über die Motivation der Patienten zu Psychotherapie noch über die Wirksamkeit dieser Therapieform auf die Lebensqualität der untersuchten Patienten möglich, da nicht sichergestellt werden kann, ob und in welcher Form sich die Patientengruppen in Bezug auf die Variable Erfahrung mit Psychotherapie vor dem Erhebungszeitraum unterschieden. Es kann nicht geklärt werden, ob die Patientengruppen sich

- ehemals unterschieden, und nur derjenige Teil der Patienten bereit war, sich in Psychotherapie zu begeben, der ohnehin erhöhte Belastungswerte aufwies.

- nun nicht mehr unterscheiden, da die Psychotherapie bereits positive Effekte entfalten konnte.
- sich vor Beginn der Psychotherapie nicht unterschieden und die Psychotherapie somit auch keinerlei Effekte bewirken konnte
- nun nicht mehr unterscheiden, da die Patientengruppe mit einer höheren potentiellen Änderungsbereitschaft (z.B. durch erhöhte self efficacy oder internale Attributionsmuster) sich in Psychotherapie begaben, diese jedoch einen negativen Effekt entfaltete und so die anfänglichen Unterschiede auf diese Weise nivellierte.
- durch eine Kombination der obigen Punkte unterschieden bzw. unterscheiden.

Die Information über die Psychotherapieerfahrung der Patienten impliziert indes die Möglichkeit, in Nachfolgestudien, im Sinne von Längsschnitterhebungen, Aussagen über die Wirksamkeit von Psychotherapie für den hier behandelten Themenkomplex der chronischen Hauterkrankungen zu treffen.

Zuvor muß jedoch geklärt werden, inwieweit sich eine psychosomatische Mitbehandlung in der dermatologischen Praxis in Frankreich etabliert hat. Die Bedeutung der Integration psychosomatischer Konzepte in die Therapie chronischer Hauterkrankungen ist zumindest im deutsch- und englischsprachigen Raum unbestritten (*Fartasch et al., 2000; Lange et al., 1999; Windemuth et al., 1999; Hoegl et al., 1998; Schaller et al., 1998, 1995; Ehlers et al., 1995*). Die Durchsicht der französischen Literatur zu diesem Thema ist hingegen unbefriedigend. Die Literaturrecherche ergab in den gängigen Datenbanken Pascal BioMed und EMBASE aus den Jahren 1996-2001 nur 2 Treffer in französischer Sprache zum Thema atopisches Ekzem und Psycho*, die Datenbank PsycLit ergab für diesen Zeitraum keinen Treffer.

Es liegt die Vermutung nahe, daß psychische Aspekte chronischer Hauterkrankungen und die davon abhängige Lebensqualität der Betroffenen in diesem Sprachraum noch nicht ausreichend berücksichtigt werden. Diese Vermutung findet in der Literatur Bestätigung :

Lorette (2000) stellt in seinem Artikel die Bedeutung der Evaluation der Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen heraus, stellt aber fest, daß sich nur wenige Artikel und wissenschaftliche Arbeiten in Frankreich diesem Thema widmen (*„Il semble en apparence que la dermatite atopique est une maladie candidate idéale aux mesures de la qualité de vie; pourtant fort peu d'articles sont consacrés à ce problème. ... Au total les études sont peu nombreuses.“; S.17*).

Lefèvre (2000) bemerkt dazu, daß in englischsprachigen Arbeiten psychosomatische Phänomene zwar erläutert werden und die Notwendigkeit integrativer Therapiekonzepte berücksichtigt wird, daß die aus diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen umgesetzten

therapeutischen Konsequenzen in der (französischen) Praxis jedoch nur ungenügend sind („*La littérature rend compte de la nécessité d'une complémentarité des compétences soignantes et psychologiques pour faire avancer les prises en charge dans le cadre des maladies chroniques fréquentes comme ici l'atopie, ou malgré les avancées scientifiques, les résultats thérapeutiques paraissent encor insuffisantes.*“; S. 123).

Als Begründung für die unzureichende Beachtung psychosomatischer Aspekte in der dermatologischen Praxis nennt *Saurat (1986)* den Ausbildungsmangel der Dermatologen in psychosomatischen Fragestellungen und die organisatorische und zeitliche Überforderung der Dermatologen, sich im Rahmen eines Praxisbetriebes den psychosomatischen Patienten in adäquater Weise zu widmen („*En pratique la prise en considération de ce facteurs (psychogènes) par le dermatologiste se heurte souvent à son manque de disponibilité dans le cadre d'une consultation surchargée, à son manque de formation, et aux problèmes organisationnels posés par la prise en charge de si nombreux patients par des structures de psychosomatique.*“; S.806).

Die Art der Berücksichtigung psychischer Aspekte für Genese und Unterhaltung chronischer Hauterkrankungen und die Häufigkeit der praktischen Integration psychosomatischer Therapiekonzepte im Rahmen der therapeutischen Intervention sind offensichtlich wichtige Bereiche, in denen sich die französische und die deutsche Patientengruppe voneinander unterscheiden. Auf der Suche nach Unterschieden zwischen den beiden Kollektiven zur Erklärung der unterschiedlichen Krankheitsverarbeitung bzw. -bewältigung mit Konsequenzen für die Lebensqualität der Hautpatienten, müssen diese Aspekte mit in Betracht gezogen werden.

Der in der französischen Stichprobe die Skalen durchziehende G-Faktor im Sinne einer schlechteren „generellen Befindlichkeit“ könnte Hinweis auf ein ungenügendes, d.h. dem Bedarf nicht angepaßtes Therapieangebot sein, denn die Effizienz einer Therapie sollte sich in einer Steigerung der Lebensqualität widerspiegeln (*Lange et al., 1999*).

Schaller et al. (1995) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Schluß, daß die Integration psychosomatischer Therapiekonzepte einen präventiven Ansatz darstellt, der zu einer adäquaten Krankheitsverarbeitung beiträgt, Chronifizierungen und iatrogene Fixierungen vermeidet, die Compliance verbessert, den Dermatologen entlastet und eine patientenzentriertere Medizin zum Inhalt hat. Der Vorteil eines integrativen Behandlungskonzeptes liegt in der gleichzeitigen und ganzheitlichen Betrachtung somatischer und psychosomatischer Gesichtspunkte der Krankheitsgenese, so daß die Gefahr des Nicht-Erkennens wichtiger Aspekte, wie es bei der Trennung von Dermatologie und Psychosomatik häufig geschieht, gering gehalten werden kann.

5.5. Regionale und saisonale Gruppenunterschiede

Es konnten schon einige Aspekte, in denen sich die französische und die deutsche Stichprobe voneinander unterscheiden, aufgeführt und erläutert werden. Damit könnte das unterschiedliche Antwortverhalten des französischen und des deutschen Kollektivs erklärt werden.

Nun soll das Augenmerk noch auf andere Stichprobenunterschiede gerichtet werden, die für ein unterschiedliches Antwortverhalten verantwortlich sein könnten.

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß die Daten, bei einer Erhebung im Spätsommer/ (Früh-) Herbst, einem saisonalen Effekt unterliegen können und daß es sich bei der französischen Stichprobe zusätzlich vorwiegend um Patienten aus einer südfranzösischen Region handelt, die im Jahresverlauf von einem längeren Sonneneinstrahlungszeitraum profitieren. Diese Stichprobenbesonderheiten müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Im Rahmen der Erkrankungsätiologie wurde erläutert, daß für das Erscheinungsbild der untersuchten Hauterkrankungen häufig eine saisonale und klimatische Abhängigkeit im Sinne einer Verbesserung in den Sommermonaten aufgrund intensiverer UV-Wirkung besteht.

Die genannten Faktoren würden für einen weniger ausgeprägten Schweregrad und eine geringere Beeinträchtigung durch die Hauterkrankung in dem untersuchten französischen Kollektiv sprechen. Der subjektive empfundene Schweregrad der französischen Stichprobe liegt tatsächlich signifikant unter dem der deutschen Stichprobe, trotzdem fühlen sich die französischen Patienten stärker durch die Hauterkrankung beeinträchtigt, was, wie oben bereits ausgeführt, für eine ungenügende Krankheitsbewältigung mit konsekutiver Reduktion der Lebensqualität sprechen könnte.

Unter versorgungsepidemiologischen Gesichtspunkten ist die vorsichtige Interpretation der Ergebnisse zulässig (*Hellmeier et al., 1993*).

5.6. Schichtzugehörigkeit, Übersetzungsbias

Ein Großteil des französischen Patientenkollektivs stammt aus der Thermalstation Avène. Dieser Teil der Stichprobe muß aufgrund seiner Bereitschaft und seiner Möglichkeiten zusätzliche, über die Basisversorgung hinausgehende Therapieangebote wahrzunehmen und teilweise selbst zu bezahlen, als selektiert angesehen werden. Bezogen auf den praktischen Anwendungsbereich des Fragebogens, dem Anspruch, Informationen über die gesundheitliche Lage und die spezifischen Probleme der Betroffenen zu erlangen, um angemessene Behandlungsmaßnahmen planen und evaluieren zu können, kann diese Stichprobe jedoch als repräsentativ angesehen werden (*Stangier et al., 1996*).

Nach *Peters & Löwenberg (1993)* ist die Indikation einer kombinierten dermatologisch-psychotherapeutischen Behandlung dann gegeben, wenn sich der Patient selbst zusätzlich zur Hauterkrankung als psychisch belastet erlebt.

Es ist davon auszugehen, daß diejenigen Patienten, die bereit sind, sich in eine über die Routineversorgung hinausgehende Therapiemaßnahme zu begeben und diese sogar mitzufinanzieren, eine gewisse psychische Belastung bewußt oder unbewußt erleben und somit als Zielgruppe psychotherapeutischer Maßnahmen anzusehen sind.

Fartasch et al. (2000) weisen darauf hin, daß gerade die aufgrund eines hohen Leidensdruckes sehr belasteten Patienten aus Unwissenheit und Hilflosigkeit verschiedenste medizinische und komplementär-medizinische Angebote aufgreifen, deren Effizienz häufig ungesichert ist. Um eine Qualitätssicherung der angebotenen therapeutischen Maßnahmen zu gewährleisten, wäre eine Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen von Längsschnittstudien sinnvoll.

Ein weiterer Gesichtspunkt, der die Repräsentativität dieser selektierten Stichprobe unterstreicht, ist die Tatsache, daß der zu erwartende Erfolg zusätzlicher therapeutischer Maßnahmen, wie sie z.B. im Rahmen eines integrativen Therapiekonzepts angeboten werden, von gewissen Prädiktoren abhängig ist.

Peters & Löwenberg (1993) ermittelten in ihrer Studie verschiedene symptom- und persönlichkeitsbezogene Kriterien, die zur Differenzierung zwischen erfolgreich und weniger oder nicht erfolgreich behandelten Patienten beitragen. Hinsichtlich der persönlichkeitsbezogenen Kriterien trägt das Bildungsniveau (wobei der erreichte Schulabschluß der Indikator des Bildungsniveaus ist) am meisten zur Differenzierung zwischen den Gruppen bei. Die „gebildete“ Patientengruppe zeichnet sich durch eine erhöhte Aufgeschlossenheit gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsangeboten aus.

Geht man nun davon aus, daß gute Schulbildung als Voraussetzung einer gewissen wirtschaftlichen Unabhängigkeit und damit auch Schichtzugehörigkeit anzusehen ist, würde die untersuchte Patientengruppe die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen und könnte somit von einem psychotherapeutischen Behandlungsangebot profitieren. Auch hier zeigt sich, daß eine vorsichtige Interpretation der Ergebnisse im Sinne einer versorgungsepidemiologischen Studie angemessen ist (*Hellmeier et al., 1993*).

Weiterhin konnten unidirektionale Kovarianzen und extreme Unterschiede der Skalenwerte zwischen den beiden Stichproben, die auf ein vorhandenes Übersetzungsbias hinweisen würden, in der 2-faktoriellen Varianzanalyse ausgeschlossen werden (*Ware et al., 1995; Hellmeier et al., 1993*).

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist also davon auszugehen, daß die ermittelten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben auf unterschiedliche Lebensqualitätslevels bzw. Krankheitsbewältigungsstile und andere diskutierte Subgruppendifferenzen zurückzuführen sind.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurde die Anwendbarkeit des Marburger-Haut-Fragebogens (*Stangier et al., 1996*) in seiner französischen Fassung für ein französisches Kollektiv (N=185) mittels verschiedener methodischer Verfahren nachgewiesen.

Es wurde dargestellt und diskutiert, in welchen Parametern sich die französische und die deutsche Stichprobe voneinander unterscheiden.

Die Untersuchungsergebnisse ergaben den Hinweis auf die Existenz eines G-Faktors, im Sinne einer (schlechteren) „generellen Befindlichkeit“ der französischen Stichprobe, der sämtliche vom MHF erfaßte Bereiche durchzieht. Dieser G-Faktor könnte Zeichen einer ungenügenden Krankheitsverarbeitung und -bewältigung als Folge eines dem Bedarf nicht angepaßten Therapieangebots in diesem Kollektiv sein. Diese Hypothese wurde anhand verschiedener inter- und intrakultureller Vergleiche überprüft. Die Ergebnisse sprechen für einen, in der französischen Stichprobe stärker ausgeprägten, Bedarf an zusätzlichen, therapeutischen Maßnahmen.

Zur Qualitätssicherung für Diagnostik und Therapie gilt es, spezifische, die Lebensqualität beeinflussende Belastungen und Einschränkungen der Patienten zu identifizieren, um deren Einfluß auf den Krankheitsverlauf zu minimieren bzw. um dem Patienten individuelle Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Voraussetzung einer optimalen Krankheitsbewältigung ist die Reduktion der vom Patienten empfundenen Hilflosigkeit bezüglich des Krankheitsverlaufes durch Stärkung des internalen Krankheitskonzepts. Der MHF dient als Meßinstrument der Identifikation dieser besonders belasteten Lebensbereiche und wäre somit in der individuellen Therapieplanung einsetzbar.

Es konnte gezeigt werden, daß es zulässig und sinnvoll ist, die deutsche 6-Faktorenlösung des MHF als Meßinstrument in einem französischen Patientenkollektiv heranzuziehen.

Im Rahmen integrativer Therapiemaßnahmen sollen Zusammenhänge zwischen Hautveränderungen und verschiedenen endogenen und exogenen Einflüsse aufgezeigt werden. Der Patient soll Experte im Umgang mit der eigenen Hauterkrankung werden und Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers aufbauen, um so eine optimale Nutzung eigener, medizinischer und ökonomischer Ressourcen zu erreichen.

Im Rahmen von Längsschnittstudien könnte dann die Wirksamkeit dieser zusätzlichen Therapieangebote auf die Krankheitsbewältigung und die Lebensqualität des hier untersuchten Kollektivs chronisch hautkranker Patienten evaluiert werden.

Literaturverzeichnis

- ABERG, N.; ENGSTROM, I; LINDBERG, U. (1989). Allergic diseases in school children. Acta. Paediatr. Scand., 78: 246-252.
- AGO, Y.; TESHIMA, H.; NAGATA, S.; INOUE, S.; IKEMI, Y. (1979). Psychosomatic studies of allergic disorders. Psychotherapy and Psychosomatic 31, (1-4): 197-204
- ADER, R. & COHEN, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. Psychosomatic Medicine, 37, 333.
- ALEXANDER, F. (1951). Psychosomatische Medizin. Berlin - New York: De Gruyter
- ALEXANDER, F; FRENCH, T.M. & POLLOCK, G.H. (1968). Psychosomatic specificity. Chicago: University Press.
- ANDERSON, J. & GERBING, D.W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. Psychological Bulletin, 103, 411-423.
- ANDRÉ, P.; BENAVIDÈS, T.; CANCHY-GIROMIMI, F. (1996). Corps & Psychiatrie. Editions Heures de France.
- ANGELERGUES, R. (1975). Réflexions critiques sur la notion de schéma corporel. In: Psychologie de la connaissance de soi, Actes du Symposium de Paris (1973), Paris: P.U.F.
- ANZIEU, D. (1991). Das Haut-Ich. Frankfurt/ M.: Suhrkamp.
- AUGUSTIN, M.; ZSCHOKE, I.; LANGE, S.; SEIDENGLANZ, K.; SCHÖPF, E.; AMON, U. (1998). Development, validation, and clinical results of the FLQA-d, a dermatology quality of life questionnaire. Manuscript submitted.
- AUGUSTIN, M.; ZSCHOKE, I.; LANGE, S.; SEIDENGLANZ, K.; SCHÖPF, E.; AMON, U. (1999). Lebensqualität bei Hauterkrankungen: Vergleich verschiedener Lebensqualitäts-Fragebögen bei Psoriasis und atopischer Dermatitis. Hautarzt, 50: 715-722.
- BAGOZZI, R.P.; YI, Y; PHILIPPS, L.W. (1991). Assessing of construct validity in organizational research. Administrative Science Quarterly, 6, 199-218.
- BEARDEN, W.O.; SHARMA S.; TEEL, J.E. (1982). Sample Size Effects on Chi-Square and Other Statistics Used in Evaluating Causal Models. In: J. of Marketing Research, Vol. XIX, S.425ff.
- BECKER, S. (1987). Integrative Psychosomatik in der Dermatologie - Erfahrungsbericht über ein Kooperationsmodell. In: LAMPRECHT, F. (Hrsg.): Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- BENTLER, P.M. (1990). Comparative fit indices and structural models. Psychological Bulletin, 107, 238-246.
- BENTLER, P.M. BONETT, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structure. Psychological Bulletin, 88, 588-606.
- BERG, M. (1991). Evaluation of a questionnaire used in dermatological epidemiology. Discrepancy between self-reported symptoms and objective signs. Acta. Derm. Verereol. [Suppl.] 156:13-17.
- BEUTEL, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Berlin: Springer.
- BION, W. R. (1962). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- BIVEN, B. M. (1982). The role of the skin in normal and abnormal development with a note of Silvia Plath. In: International Revue of Psycho-Analysis, 63, Nr.9; S. 205-228.
- BLACK, S. (1969). Mind and body. London: Kimber.
- BÖDDEKER, K.W.; BÖDDEKER, M. (1976). Verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Behandlung des endoge

- nen Ekzems unter besonderer Berücksichtigung des zwanghaften Kratzens. In: K. Bosse & P. Hünecke (Hrsg.) Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkranken. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- BOOR, C. DE. (1965). Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale. Stuttgart: Klett.
- BOOR, C. DE & MITSCHERLICH, A. (1973). Verstehende Psychosomatik: Ein Stiefkind der Medizin. Psyche, 27, 1-19.
- BORELLI, S. (1981). Dermatologische Indikationen zur Klimatherapie im Hochgebirge von Davos (1560 m und höher) und deren Ergebnisse. In: Fortschritte der Allergologie und Dermatologie (Hrsg.) Borelli, S. & Dünge mann, H. Basel: IMP-Verlagsgesellschaft.
- BORELLI, S. (1988). Zur Fehleinschätzung des diätetischen Vorgehens bei Nahrungsmittelallergien. Deutscher Dermatologe, 36, 709-746.
- BORTZ (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler. (4.Auflage) Berlin: Springer.
- BOSSE, K. (1986). Psychosomatische Aspekte in der Dermatologie. In: R. ADLER, J.M. HERMANN, K. KÖHLE, O.W. SCHONECKE, TH.V. UEXKÜLL & W. WESIAK (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 3. Auflage, S 1016-1037. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- BOSSE, K. (1990). Psychosomatische Gesichtspunkte bei der Betreuung atopischer Ekzematiker. Zeitschrift für Hautkrankheiten, 65, 422-427.
- BOSSE, K. (1990). Dermatologie. In: R. ADLER, J.M. HERMANN, K. KÖHLE, O.W. SCHONECKE, TH.V. UEXKÜLL & W. WESIAK (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 4. Auflage, S. 1032-1051. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- BOSSE, K. & GIELER, U. (1987). (Hrsg.) Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Bern: Huber.
- BOSSE, K. & HÜNECKE, P. Endogenes Ekzem- Chance eines aktualgenetischen Ansatzes. In: BOSSE, K. & GIELER, U. (1987). (Hrsg.) Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Bern: Huber.
- BOSSE, K.; FASSHEBER, P.; HÜNECKE, P.; TEICHMANN, A. T. & ZAUNER, J. (1976). Zur Sozialen Situation des Hautkranken als Phänomen interpersoneller Wahrnehmung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 22: 3-21.
- BOVBJERG, D.; COHEN, N. & ADER, R. (1982). The central nervous system and learning: A strategy for immune regulation. Immunology 3, 287-291.
- BOURRAT, E. (1992). Dermatite atopique. Collection Med-line: Dermatologie. P.57-60. Edition Estem & Edition Med-line.
- BOWLBY, J. (1958). Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung. In: Psyche 13, (1959/60), S.415 ff.
- BRAUN-FALCO, O.; PLEWIG, G.; WOLFF, H. H. (1995) Dermatologie und Venerologie. 4. Auflage, Berlin: Springer.
- BROWN, D.G.; BETTLEY, F.R. (1971). Psychiatric treatment of eczema: A controlled trial. Brit.Med.2: 729-734.
- BUHK, H. & MUTHNY, F. A. (1997.) Psychophysiologische und Psychoneuroimmunologische Ergebnisse zu Neurodermitis. Der Hautarzt, 48: 5-11.
- BULLINGER, M. (1991). Quality of life: Definition, conceptualisation and implications. The methodologist perspective. Theoretical Surgery 6:123-137.
- BULLINGER, M. (1994). Trends in der internationalen Lebensqualitätsforschung. Präz.Rehab.6:136-145.
- BULLINGER, M. (1996). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-Health Survey. Rehabilitation 35: 17-27.

- BULLINGER, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 47: 76-91.
- BULMAN, R.J.; WORTMAN, C.B.(1977). Attribution of blame and coping in the 'real world': Severe accidents victims react to their lot. J.Pers.soc.Psychol.35: 351-363.
- BUSER, K.; KABNER, S. (1995). Eine epidemiologische Untersuchung über die Häufigkeit von Neurodermitis bei Schulkindern.
- BUSER, K.; WERNER, S.; VOLK, P. (1998) Krankheit und soziale Lage - Sonderfall Neurodermitis.
- CAMPELL, D.T. & FISKE, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multi-trait/ multi-method matrix. Psychological Bulletin, 56, 81-105.
- CHREN M.M.; SASEK, R.J.; FLOCKE, S.A.; ZYZANSKI (1997). Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. Arch. Dermatol. 133: 1433-1440.
- CHRISTOPHERS, E.; MROWIETZ, U. (1999). Psoriasis ein vielgestaltiges Krankheitsbild. Dt. Ärzteblatt 96, 36 (35): 1798-1803.
- COHREN, M. M.; LASEK, R.J.; QUINN, L.M.; MOSTOV, E.N.; ZYZANSKI, S. J.(1996). Skindex, a quality-of life measure for patients with skin disease: reliability, validity and responsiveness. J. Invest.Dermatol. 107: 707-713.
- COHEN, F. & LAZARUS, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In: G. C. STONE, N. E. ADLER & F. COHEN (eds.): Health Psychology. San Francisco: Jossey-Bass.
- COLES, W. C.; ROTH, H. L. & SACHS, L. B. (1988). Group psychotherapy as an aid in the medical treatment of ekzema. Journal of American Academy of Dermatology, 20, 429-446.
- DANTZER, R. (1989). Adaptation à l'environnement: Psychologie de la reaction au stress. col. Scientifique, Stablon 1.
- DE BOOR, C. (1965a). Strukturunterschiede unbewußter Phantasien bei Neurosen und psychosomatischen Krankheiten. Psyche, 18, 664-673.
- DE BOOR, C. (1965b). Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale. Stuttgart; Klett Cotta.
- DE M'UZAN, M.; MARTY, P.; DAVID, CH. (1963). L'investigation psychosomatique. Paris: PUF.
- DETIG-KOHLER, CH. (1989). Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr? Psychodynamische Prozesse zwischen Nähe und Distanz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DE PROST, Y. (1994). Dermatite atopique. Diagnostic, évolution, traitement. Rev. Prat., 44, 6, P.808-810.
- DIEPGEN, T.L. (2000). Is the prevalence of atopic dermatitis increasing? In: Williams H.C. (ed.) Epidemiology of atopic eczema. Cambridge University Press, Chapter 7, Cambridge S. 5-22.
- EHLERS, A.; STANGIER, U.; DOHN, D.; GIELER, U. (1993). Kognitive Faktoren bei Juckreiz: Entwicklung eines Fragebogens. Verhaltensmedizin 3: 112-199.
- EHLERS, A.; OSEN, A.; WENNINGER, K.; GIELER, U. (1994). Atopic dermatitis and stress: The possible role of negative communication with significant others. Int. J. Beh. Med.,1, 107-121.
- EHLERS, A.; GIELER, U.; STANGIER, U. (1995). Treatment of Atopic Dermatitis: A Comparison of Psychological and Dermatological Approaches to Relaps Prevention. J.Consult. Clin. Psych., 63 (4): 624-635.
- ELDER, J. T.; NAIR, R. P.; VORHEES, J. J. (1994). Epidemiology and the Genetics of Psoriasis. J. Invest. Dermatol., 102, 24-27.

- ENGST, R. (1992). Symptome und Verlauf der Neurodermitis constitutionalis atopica. In: S. BORELLI & J. RA KOSKI (Hrsg.) Neurodermitis. Ursachen - Behandlung - Selbsthilfe. S. 17-21. Niedernhausen/ Ts.: Falken.
- FAHRENBERG, J.; HAMPEL, R.; SELG (1984). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Handanweisung, 4. Revid. Aufl. Göttingen: Hofgreve.
- FALKE, G. (1982). Probleme des Psoriasispatienten in der Gesellschaft aus der Sicht des Patienten. Akt. Dermatol. 8: 167-169.
- FARTASCH, M.; ABECK, D.; WERFEL, T.; DIEPGEN, T.; SCHMID-OTT, G.; RING, J.; GIELER, U. (2000). Aktueller Stand des interdisziplinären Modellprojekts „Neurodermitisschulung für Kinder und Jugendliche. Hautarzt, 51:299-301.
- FAULSTICH, M. E.; WILLIAMSON, D. A. (1985). An overview of atopic dermatitis: Toward a biobehavioral integration. J. Psychosom Res. 29 (6): 647-654.
- FILIPP, S.-H. & AYMANN, P. (1996). Bewältigungsstrategien (Coping). In: R. ADLER, J.M. HERMANN, K. KÖHLE, O.W. SCHONECKE, TH.v. UEXKÜLL & W. WESIACK (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, S.277-290. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- FILIPP, S.-H. & KLAUER, T. (1988). Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung. In: KÄCHLE, H.; STEFFENS, W.(Hrsg.):Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten, S.51-59. Heidelberg: Springer
- FINLAY, A. Y.(1997). Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. Br.J. Dermatol.136:305-314.
- FINLAY, A. Y.; KAHN, G.K. (1994). Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. Clin. Exp. Dermatol. 19: 10-16.
- FJELLNER, B. & ARNETZ, B. B. (1985) Psychological predictors of pruritus during mental stress. Acta. Derm. Venereol. 65: 504-508 (Stockh.).
- FJELLNER, B.; FJELLNER, B.; ARNETZ, B. B.; ENEROTH, P.; KALLNER, A. (1985) Pruritus during standardized mental stress. Relationship to psychoneuroendocrine and metabolic parameters. Acta. Derm. Venereol. 65: 199-205 (Stockh.).
- FORTUNE, D.G.; MAIN, C.J.; O’SULLIVAN, T.M.; GRIFFITH’S, C.E. (1997) Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. Br.J.Dermatol. 137(5):755-60.
- FREUD, S. (1905a). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Gesammelte Werke. Bd. 5. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1949, 2. Aufl. S. 27-145.
- FREUD, S. (1905b). Bruchstück einer Hysterie-Analyse. In: Gesammelte Werke. Bd. 5. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1949, 2. Aufl. S. 161-286.
- FREUD, S. (1915a). Die Verdrängung. In: Gesammelte Werke. Bd. 10. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1949, 2. Aufl. S.247-261.
- FREUD, S. (1915b). Das Unbewußte. In: Gesammelte Werke. Bd. 10. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1949, 2. Aufl. S.263-303.
- FREUD, S. (1917a). Gesichtspunkte der Entwicklung und Regression. Ätiologie. In: Gesammelte Werke. Bd. 11.London: Imago Publishing Co., Ltd., 1948, 2. Aufl. S. 350-370.
- FREUD, S. (1917b). Wege der Symptombildung. In: Gesammelte Werke. Bd. 11.London: Imago Publishing Co., Ltd., 1948, 2. Aufl. S. 372-390.
- FREUD; S. (1923). „Psychoanalyse„ und „Libidotheorie„. In: Gesammelte Werke. Bd.11. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1955, 3. Aufl. S.209-234.

- FREUD; S. (1923a). Das Ich und das Es. In: Gesammelte Werke. Bd.13. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1955, 3. Aufl. S.235-289.
- FREUD; S. (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. In: Gesammelte Werke. Bd.16. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1950, 2. Aufl. S.57-99.
- FRITSCH, P. (1998). Dermatologie und Venerologie. Berlin: Springer.
- FÜRNRATT, E. (1969). Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. Diagnostica, 15, 62-75.
- GIELER, U. (1989). Wege aus dem psychosomatischen Dilemma des Neurodermitis-Patienten. Münchner Medizinische Wochenschrift, 131, 5, 18-20.
- GIELER, U. (1989a). Die Haut als psychosomatisches Organ. Sonderdruck aus dem Berichtsband der Medicinale XIX; Iserlohn 1989. E. H. GRAUL, S. PÜTTERT & D. LOEW (Hrsg.), 402-403, 420-421.
- GIELER, U. (1991). Hautkrank - Ein Ausdruck psychischer Konflikte? Zum psychosomatischen Ansatz in der Dermatologie. TW Neurologie Psychatrie 5, 55-64.
- GIELER, U. (1999) Neurodermitis, Krankheitsverarbeitung und Schulung. Vortrag: Ärztekammer Hamburg.
- GIELER, U; STANGIER, U. (1996). Dermatologie. In: R. ADLER, J.M. HERMANN, K. KÖHLE, O.W. SCHONECKE, TH. v. UEXKÜLL & W. WESIAK (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, S. 1087-1092. München, Wien, Bltimore: Urban & Schwarzenberg.
- GIELER, U.; SCHULZE, CH., STANGIER, U. (1985). Das Krankheitskonzept von Patienten mit endogenem Ekzem. Z. Hautkr. 60 (15) S.1224-1236.
- GIELER, U.; ERNST, R.; FRITZ, J. (1986). Mein Schuppenpanzer schützt mich! Persönlichkeitsbild und Körperbeschwerden bei Psoriasis-Patienten. Z. Hautkr. 62:572-76.
- GIELER,U.; STANGIER,U.; ERNST,R. (1988). Psychosomatische Behandlungsansätze im Rahmen der klinischen Therapie von Hautkrankheiten. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. Heft:50-54.
- GIELER, U.; EHLERS, A.; HÖHLER, B; BURKARD, G. (1990). Die psychosoziale Situation der Patienten mit endogenem Ekzem. Hautarzt, 41: 416-423.
- GIELER, U.; BRÄUER, J.; FREILING, G. (1991). Patienten-Ratgeber Neurodermitis - Ein Ratgeber für Hautkranke und ihre Behandler. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- GIELER, U.; BRÄUER, J.; FREILING, G. (1993). Neurodermitis-Schulung. Ein neuer, psychosomatisch orientierter Behandlungsansatz. In: U. GIELER, U. STANGIER & E. BRÄHLER (Hrsg.) Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 9, S. 45-66. Göttingen: Hofgrefe.
- GILHOU,J.J. (1987). Eczéma atonique. Mécanismes étiopathogéniques. Nouvelles dermatologiques, G1, S. 29-30.
- GILHOU, J. J. (1990). Ouvertures théapeutiques dans la dermatite atopique. Rev. Prat., 40, 12, P. 1109-1111.
- GINSBURG, I. H.; LINK, B. G. (1989). Feelings of stigmatisation in patients with psoriasis. J. Am. Acad. Dermatol. 20: 53-63.
- GINSBURG, I. H.; LINK, B. G. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. Int. J. Dermatol. 32: 587-591.
- GINSBURG, I. H.; PRYSTOWSKI, J. H.; KORNFELD, D. S.; WOLLAND, H. (1993). Role of emotional factors in adults with atopie dermatitis. Int. J. Derm. 32: 656-660.
- GRAY, S. G.; LAWLIS, G. F. (1982). A case study of pruritic eczema treated by relaxation and imagery. Psychol. Reports 51: 627-633.
- GUPTA, M. A.; GUPTA, A. K. (1995). The psoriasis life stress inventory: a preliminary index of psoriasis-related

- stress. Acta. Derm. Venereol. 75: 240-243.
- GUPTA, M. A.; GUPTA, A. K. (1997). Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. Int. J. Derm. 36(4):259-262.
- GUPTA, M. A.; GUPTA, A. K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br.J.Derm. 139(5):846-50.
- GUPTA, M. A.; HABERMANN, H. (1987). Psoriasis and psychiatry. An update. General Hospital Psychiatry 9:157-66.
- GUPTA, M. A.; GUPTA, A. K.; KIRKBY, S.; SCHORK, B.S.; GORR, S.K.; ELLIS, C. N.; VOORHEES, J.J. (1989). A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. Gen. Hosp. Psychiatry 11:166-173.
- GUPTA, M. A.; KIRKBY, S.; SCHORK, B. S.; GUPTA, A. K.; KIRKBY, S.; ELLIS, C. N. (1993). Suicidal ideation in psoriasis. Int. J. Dermatol. 32:188-90.
- GUPTA, M. A.; GUPTA, A. K.; KIRKBY, S.; WEINER, H. K. (1994). Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. Psychosom. Med. 56:36-40.
- GUPTA, M. A.; GUPTA, A. K.; WATTEEL, G.N. (1998). Percieved deprivation of local touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. Cutis 61(5):339-42.
- HAGEN, C. VON (1988) Formen der Auseinandersetzung mit chronisch dermatologischer Erkankung. Psychol. Diss., Univ. Bonn. Und: Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie; Bd. 296: Frankfurt/ M; Bern; New York; Paris: Lang (1990).
- HALDER, P. (1977). Verhaltenstherapie und Patientenerwartung. Stuttgart: Huber.
- HANIFIN, J. M. (1992). Atopic Dermatitis. In: S. L. MOSCHELLA & H. J. HURLEY (Eds.) Dermatology. 3. Ed., S. 441-464. Philadelphia: Saunders.
- HARLOW, H. F. (1958). The Nature of Love. The American Psychologist, Bd. 13, S. 673-685.
- HASENBRING, M. (1988). Zur Adaptivität von Kontrollüberzeugungen - Empirische Befunde bei Patienten mit Krebserkrankungen, lumbalen Bandscheibenvorfall und chronischen Schmerzsyndromen. In: W. SCHÜFFEL (Hrsg.). Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Berlin, New York: Springer.
- HEIM, E. (1988). Coping und Adaptivität: gibt es ein geeignetes oder ungeeignetes Coping? Psychother. Psychosom. med. Psychol. 38: 8-18.
- HELLMEIER, W.; BRAND, H.; LAASER, U. (1993). Epidemiologische Methoden der Gesundheitswissenschaften. In Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz.
- HERMANN, N. & SCHOLZ, O.B. (1992) Kognitive Einflüsse auf einen histamininduzierten Juckreiz und Quaddelbildung bei der atopischen Dermatitis. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin. 13: 171-194.
- HOEGL, L.; FICHTER, M.; PLEWIG, G. (1998). Stationäre Verhaltensmedizin bei chronischen Hautkrankheiten. Hautarzt, 49: 270-275.
- HOLMES, T. H.; TREUTING, T.; WOLFF, H. G. (1950) Life situations, emotions and nasal diseases: Evidence on summative effects exhibited in patients with hay-fever. In WOLFF H. G. (ed) Life stress and bodily disease. Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis. 29:545.
- HOLMES, T. H.; TREUTING, T.; WOLFF, H. G. (1951) Life situations, emotions and nasal diseases: Evidence on

- summative effects exhibited in patients with hay-fever. Psychosom. Med. 13:71.
- HORNE, D. J.; WHITE, A. E.; VARIGOS, G. A. (1989). A preliminary study of psychological therapy in the management of atopic eczema. Br. J. Med. Psychol.62: 241-248.
- HORWITZ, M.J. (1979).Psychological responses to serious life events. In: HAMILTON, V.; WARBURTON; D.M. (eds.): Human stress and Cognition: An Information Processing Approach, pp. 235-263. Chichester: Wiley.
- HÜNECKE, P.; BOSSE, K. (1980). Entstellung, Erleben und Verarbeitung der äußeren Erscheinung. In: K. BOSSE, P. HÜNECKE & F. WHITLOCK (Hrsg.) Psychologische Aspekte bei Hautkrankheiten, 251-269. Erlangen: Perimed.
- HÜNECKE, P.; BOSSE, K. (1985). Über die Persönlichkeitsstruktur des Psoriasispatienten. Z. Psychosom. Med. 31: 105-117.
- HÜNECKE, P.; BOSSE, K. (1987). Entstellungsgefühl - eine Variante in der Verarbeitung des äußeren Erscheinungsbildes. In: K. BOSSE, GIELER, U. (Hrsg.) Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten - Beiträge zur psychosomatischen Dermatologie. Stuttgart: Huber.
- ILLIEV, D.; FURRER, L.; ELSNER, P. (1998). Zur Einschätzung der Lebensqualität von Patienten in der Dermatologie. Hautarzt 49:453-456.
- ILLING, S. & GRONEUER, K.-J. (1991). Neurodermitis - Atopische Dermatitis, Grundlagen, Ernährung, Therapie. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- JACOBS, M. A.; FRIEDMANN, S.; FRANKLIN, M. J.; ANDERSON, L. S.; MULLER, J. J. & EISMAN, H. D. (1966). Incidence of psychosomatic predisposing factors in allergic disorders. Psychosomatic Medicine, 28: 679.
- JACOBS, M. A.; FRIEDMANN, S.; ANDERSON, L. S.; MULLER, J. J. & EISMAN, H. D. (1967). Interaction of psychologic and biologic predisposing factors in allergic disorders. Psychosomatic Medicine, 29: 572-585.
- JACOBS, M. A.; SPILKEN, A. Z.; NORMAN M. M.; ANDERSON, L. S.; ROSENHEIM, E.(1972). Perception of faulty parent-child relationships and illness behavior. J.Consult Clin.Psych. 39,1:49-55.
- JORDAN, J. M. & WHITLOCK, F. A. (1972). Emotions and the skin: The conditioning of scratch responses in cases of atopic dermatitis. Br. J. Derm., 86: 574.577.
- JUNG, G.; BAHMER, F. A.; BOJANOVSKI, A.; BOONEN, H.; FROESEWITTE, U.; GIRBIG, P.; GRIMMEL, M.; HERZ, E.; HOFMANN, H.; MILLER, X.; MOLL, I.; RAUTERBERG, A.; VOIGTLÄNDER, V. & WEIß, J. (1998).(Hrsg.) Dermatologie. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- KASCHEL, R. & FRIEDRICH, B. (1990). Dermatosen und Hauterscheinungen. In: REVENS DORF, D. (Hrsg.) Lehrbuch der klinischen Hypnose. Berlin, New York: Springer.
- KASCHEL, R.; MILTNER, H.; EGENRIEDER, H.; LISCHKA, G. (1989). Verhaltenstherapie bei atopischem Ekzem: Ein Trainingsprogramm für ambulante und stationäre Patienten. Akt. Dermatol. 15: 275-280.
- KENNY, D.A.; KASHY, D.A. (1992). Analysis of multi-trait/ multi-method matrix by confirmatory factor analysis. Psychological Bulletin, 112, 165-172.
- KIECOLT-GLASER, J. K.; GARNER, W.; SPEICHER, C.; PENN, G. M.; HOLLIDAY, J.; GLASER, R. (1984a). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. Psychosom. Med. 46: 7-14.
- KING, R. M.; WILSON, G. V. (1991). Use of diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. J. Psychosom. Res. 35: 697-706.

- KLOSTERHALFEN, W.; KLOSTERHALFEN, S. (1996) Psychoimmunologie. In: R. ADLER, J.M. HERMANN, K. KÖHLE, O.W. SCHONECKE, TH.V. UEXKÜLL & W. WESIAK (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, S. 145-160. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- KNAPP, P. H.; MATHE, A. A.; VACHON, L. (1976). Psychosomatic aspects of bronchial asthma. In: WEISS, E. B.; SEGAL, M. S. (Ed.) Mechanisms and Therapeutics. Boston: Little Brown.
- KNEIST, W. (1989). Rehabilitationskonzept der Neurodermitis constitutionalis atopica im Hochgebirge unter Berücksichtigung der Klimatherapie. Präv.-Rehab. 1: 13-17.
- KOBASA, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. J.Pers.soc.Psychol.37:1-11.
- KUYPERS, B. R. M. (1968) Atopic dermatitis: some observations from a psychological viewpoint. Dermatologica, 136, 387.
- LAING, R. D.; PHILLIPSON, H.; LEE, A. R. (1961). Interpersonal perception. London: Tavistock.
- LANFELDT, H.-P. (1995) Sind Mütter von Kindern mit Neurodermitis psychisch auffällig? Hautarzt, 46: 615-619.
- LANGE, S.; ZSCHOKE, I.; LANGHARDT, S.; AMON, U.; AUGUSTIN, M. (1999). Effekte kombinierter therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis. Hautarzt 50:791-797.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- LEFÈVRE, F. (2000). Atopie et aspects psychologiques. Rev. Fr. Allergol. 40(1):123-127.
- LEVY, S.M.; HERBERMAN, R.B.; WHITESIDE, T.; SANZO, K.; LEE, J; KIRKWOOD, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen/ progesterone receptors as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. Psychosom. Med.52:73-85.
- LÖWENBERG, H.; PETERS, M. (1992). Psychosomatische Dermatologie - Ergebnisse einer kombinierten stationären Behandlung aus der Sicht der Patienten. Prax. Psychother. Psychosom.37: 138- 148.
- LÖWENBERG, H.; PETERS, M. (1994). Evaluation einer stationären psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlung bei Neurodermitispatienten. Psychother. Psychosom. Med.Psychol., 44: 267-272.
- LOHAUS, A.; SCHMIDT, G. H. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Handanweisung. Göttingen: Hofgreffe.
- LORETTE, G. (1991). Dermatite atopique. Diagnostic, évolution et pronostic, traitement. Rev. Prat., 41, 6, P.561-562.
- LORETTE, G. (2000).Dermatite atopique: evaluation de la qualité de vie. Ann .Dermatol. Venerol., 127, Supplément 2, S.17-18.
- MAGRAF, J. (1996). Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- MARTY, P. (1958). La Relation Objektale Allergique. Revue française de Psychoanalyse, 22, 5-35. (Dt. 1974).: Die allergische Objektbeziehung. In: C. BREDE (Hrsg.) Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge. Frankfurt/ M.: Fischer Taschenbuch Verlag Athenäum.
- MELIN, L.; FREDRIKSEN, T.; NOREN, P.; SWEBILIUS, B.G. (1986) Behavioral treatment of scratching in patients with atopic dermatitis. British Journal of Dermatology 115, 467-474.
- MEUNIER, L.; MEYNADIER, J. (1990). Physiopathologie de la dermatite atopique. Presse Médicale, 19, 42, P.1939-1943.
- MILLER, S.M.(1992). Monitoring and blunting in the face of threat: Implications for adaptation and health. In: Montada, L.; FILIPP, S.H.; LERNER, M.J.(eds.): Life Crises and Experiences of Loss in Adulthood, pp. 255-

273. Hillsdale/N.J.: Erlbaum.
- MIRSKY, I.A. (1961). Körperliche, seelische und soziale Faktoren bei psychosomatischen Störungen. *Psyche* 62:26.
- MITSCHERLICH, A. (1967). Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 2. Frankfurt/ M: Suhrkamp-Verlag.
- MITSCHERLICH, A. (1974). Bedingungen der Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten. Die zweiphasige Abwehr. In: K. Brede (Hrsg.): Einführung in die Psychosomatische Medizin. Frankfurt/ M.: Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag.
- MITSCHERLICH, A. (1983b). Gesammelte Schriften II. Psychosomatik 2. Frankfurt/ M.: Suhrkamp Verlag.
- MONTAGU, A. (1971). Touching: The Human significance of the skin. New York, London: Columbia University Press.
- Deutsch (1982): Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung der Menschen. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- MÜNZEL, K. (1988). Atopische Dermatitis . Ergebnisse und Fragen aus verhaltensmedizinischer Sicht. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin. 9, 169-193.
- MUSAPH, H. (1964): Itching and Scratching: Psychodynamics in Dermatology. Philadelphia: Davis.
- NADLER, A. (1991). Help seeking behaviour. Psychological costs and instrumental benefits. *Rev.Pers.soc.Psychol.* 12:290-311.
- NASEMANN, TH. (1987). Lehrbuch der Hautkrankheiten und venerischen Infektionen für Studierende und Ärzte. 5. Aufl.. Berlin: Springer.
- NERENZ, D. & LEVENTHAL, H. (1983). Self-regulation theory in chronic illness. In: T. G. BURISH & L. A. BRADLEY (eds.) Coping with chronic disease. New York. Academic Press.
- NEVITT, G. J.; HUTCHINSON, P. E. (1996). Psoriasis in the community: prevalence, severity and patient's beliefs and attitudes towards the disease. *Br. J. Dermatol.* 135: 533-537.
- NIEBEL, G. (1990). Verhaltensmedizinisches Gruppentraining für Patienten mit Atopischer Dermatitis in Ergänzung zur dermatologischen Behandlung; Pilotstudien zur Erprobung von Selbsthilfestrategien. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 1, 24-44.
- NIEBEL, G. (1991) Psychobiologische und verhaltenspsychologische Perspektiven der atopischen Dermatitis. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universität Kiel.
- NIEMEIER, V.; KUPFER, J.; KÖHNLEIN, B.; SCHILL, W.B.; GIELER, U. (1996). Der psychosomatische Therapieansatz in der Dermatologie. *Z. Hautkr.* 12: 902-907.
- NIEMEIER, V.; WINKELESSER, T.; GIELER, U. (1997). Hautkrankheit und Sexualität. *Hautarzt*, 48, S.629-633.
- NOREN, P.; MELIN, L. (1989). The effect of combined topical steroids and habitreversal treatment in patients with atopic dermatitis. *Br.J.Dermatol.* 121: 359-366.
- ORR, E.; WESTMAN, M. (1990). Does hardiness moderate stress and how? In: Rosenbaum, M.(ed.): Learned Resourcefulness: On coping skills, self-control and adaptive behavior, pp.64-94, New York: Springer.
- PAVLOW, J. P. (1954). Sämtliche Werke. Berlin: Akademie-Verlag.
- PETERS, M.; LÖWENBERG, H. (1993). Prognose und Behandlungserfolg bei stationärer psychotherapeutisch-dermatologischer Behandlung von Neurodermitispatienten. *Hautarzt* 44:210-214.
- PETZOLD, D. (1988) Kooperationserfahrung aus der Sicht des Dermatologen. In: Bräutigam, W. (Hrsg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin, 39-42. Berlin: Springer.

- PSCHYREMBEL (1993). Medizinisches Wörterbuch. 257. Auflage. Berlin: de Gryter.
- PURCELL, K.; BRANDY, K.; CHAI, H.; MUSER, J.; MOLKE, L.; GRODON, N.; MEANS, J. (1969). The effect on asthma in children of experimental separation from the family. *Psyosom. Med.* 31 (2):144-164.
- RAJKA, G. (1975). Atopic Dermatitis. London: W. B. Saunders
- RAJKA, G. (1980). Pruritus. In: KORTING, G. W. (Hrsg.): *Dermatologie in Praxis und Klinik fuer die fachärztliche Weiterbildung*. Bd.1: Allgemeine Dermatologie. S. 239-255, Stuttgart: Thieme-Verlag.
- RAKOSKI, J. (1992). Allgemeine Laboruntersuchungen. In: S. BORELLI & J. RAKOSKI (Hrsg.) *Neurodermitis. Ursachen - Behandlung - Selbsthilfe*. S. 25-50. Niederhausen/ Ts.: Falken.
- RECHENBERGER, I. (1979). Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten. Göttingen: Perimed.
- RECHARDT, E. (1970). An Investigation in the Psychosomatic Aspects of prurigo Besnier. Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki University Central Hospital, Helsinki.
- REINECKER, H. (1987). Grundlagen der Verhaltenstherapie. München, Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- RICHTER, R.; AHRENS, S. (1988) Psychosomatische Aspekte der Allergie. In: E. FUCHS & K.-H. SCHULZ (Hrsg.) *Manuale allergologicum*, Bd. VIII, 1, 1-16. Deisenhofen: Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle.
- RING, J. (1991) Angewandte Allergologie. MMV Medizin, München:Vieweg.
- RING, J.; PALOS, E. (1986) Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter - II. Erziehungsstil, Familiensituation im Zeichentest und strukturierte Interviews. *Hautarzt* 37:609-617.
- RING, J.; PALOS, E.; ZIMMERMANN, F. (1986) Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter - Psychodiagnostische Testverfahren bei Eltern und Kindern und Vergleich mit somatischem Befunden. *Hautarzt* 37: 560-567.
- ROSENBAUM, M. (1990). (ed.): Learned Resourcefulness: On coping skills, self-control and adaptive behaviour. New York: Springer.
- ROWOLD, C.; BOSSE, K. & HÜNECKE, P. (1990). Kurzbeurlaubung als diagnostische und therapeutische Möglichkeit in der psychosomatischen Behandlung des atopischen Ekzematikers. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 65, 437-443.
- RUSSEL, B. (1959). Pruritic Skin Conditions. In: C. Newmann (Hrsg.). *The Nature of Stress Disorder*. Springfield, III.
- RUSSEL, M.; DARK, K. A.; CUMMINS, R. W.; ELLMA, G.; CALLAWAY, E. & PEEKE, H. (1984). Learned histamine release. *Science*, 225, 733-734.
- RUZICKA, T.; RING, J.; PRZYBILLA, B. (1991) Handbook of atopic eczema. Berlin , Heidelberg, New York: Springer.
- SAURAT; J.-H. (1986). Peau et Psyché. In: *Dermatologie et Venerologie*. Paris: Masson.
- SCHÄFER, T.; VIELUF, D.; BERENDT, H.; KRÄMER, U.; RING, J. (1996). Atopic eczema and other manifestations of atopy: results of study in East and West Germany. *Allergy*, 51, 532-539.
- SCHALLER; M. (1997). Die Haut als Grenzorgan und Beziehungsfeld. In: TRESS, W. (Hrsg.) *Psychosomatische Grundversorgung*, 2.Aufl., Stuttgart, New York: Schattauer.
- SCHALLER, M.; ALBERTI, L.; RUZICKA, T.; TRESS, W. (1995). Der Bedarf an psychosomatischer Versorgung in der Dermatologie. *Z. Dermatol.* 181: 146-148
- SCHALLER, M.; ALBERTI, L.; POTT, G.; RUZICKA, T.; TRESS, W. (1998). Psychosomatische Störungen in

- der Dermatologie - Häufigkeiten und psychosomatischer Mitbehandlungsbedarf. Hautarzt 49:276-279.
- SCHMID-OTT, G.; JAEGER, B.; KUENSEBECK, H. W.; OTT, R.; LAMPRECHT, F. (1996). Dimensions of stigmatisation in Patients with Psoriasis in a „Questionnaire on experience with skin complaints“. Dermatology 193: 304-310.
- SCHMID-OTT, G.; JAEGER, B.; KUENSEBECK, H. W.; OTT, R.; LAMPRECHT, F. (1997). Krankheitserleben und Therapieinanspruchnahmeverhalten bei Psoriasispatienten. Hautarzt 48: 547-555.
- SCHNEIDER, W. (1990). Leitlinien der Indikationsforschung zur Psychotherapie - Forschungsstrategien, Begrenzungen und Unterlassungen. In: SCHNEIDER, W. (Hrsg.): Indikationen zur Psychotherapie – Anwendungsgebiete und Forschungsprobleme, S. 15-62. Weinheim, Basel: Beltz.
- SCHNEIDER, W.; BASLER, H.-D.; BEISENHERZ, B. (1989). Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Weinheim: Belz-Test GmbH.
- SCHNEIDER, W.; BEISENHERZ, B.; WENDT, V.; STANGIER, U. (1993). Krankheitserleben und Behandlungserwartung bei Patienten mit Neurodermitis, Psoriasis und Urtikaria. In: Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Bd. 9, S. 103-114. Göttingen: Hogrefe.
- SCHNEEWIND, K.A.; CATTELL, R.B. (1970). Zum Problem der Faktorenidentifikation: Verteilungen und Vertrauensintervalle von Kongruenzkoeffizienten für Persönlichkeitsfaktoren im Bereich objektiv-analytischer Tests. Psychologische Beiträge, 12:214-226.
- SCHOLZ, O. B. (1988). Klinisch-psychologische Behandlungsansätze bei Akne. Ärztl. Kosmetol. 18: 53-65.
- SCHOLZ, O. B.; HERMANN, N. (1994). Krankheitsverhalten und Kognitionen beeinflussen die Juckreizwahrnehmung von Patienten mit atopischer Dermatitis. Z. Klin. Psychol. 13:127-135.
- SCHUBERT, H.-J. (1989). Psychosoziale Faktoren bei Hauterkrankungen. Göttingen: Vandenoek & Ruprecht.
- SCHUBERT, H.-J. & BAHMER, F. (1989). Stellenwert und Berücksichtigung klinisch-psychologischer Erkenntnisse in der Dermatologie. Aktuelle Dermatologie, 15, 69-72.
- SCHUBERT, H.-J.; BAHMER, F.; LAUX, J. & ZAUN, H. (1988). Psychophysiologische Mechanismen beim atopischen Ekzem. Aktuelle Dermatologie, 14: 37-40.
- SCHULTZ-LARSEN, F.; HOLM, N. V.; HENNINGSEN, K. (1986). Atopic Dermatitis. A genetic epidemiologic study in a population-based twin sample. J. Amer. Acad. Dermatol. 15: 487-494.
- SCHULTZ-LARSEN, DIEPGEN, T.L.; SVENSSON, A. (1996). The occurrence of atopic dermatitis in North Europe. An international questionnaire study. J Am Acad Dermatol 34: 760.764.
- SCHUR, M. (1955). Comments on the Metapsychology of Somatization. Psychoanalytic Study of the Child, 10, 119-164. (Dt. 1974): Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: C.BREDE (Hrsg.) Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge. Frankfurt/ M.: Fischer Taschenbuch Verlag Athenäum.
- SCHUR, M. (1973). Das Es und die Regulierungsprinzipien des psychischen Geschehens. Frankfurt/ M: Fischer-Verlag.
- SCHUR, M. (1974). Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: C.BREDE (Hrsg.) Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge. Frankfurt/ M.: Fischer Taschenbuch Verlag Athenäum.
- SCHWARZER, A. (1990). Psychophysiologische Zusammenhänge bei der atopischen Dermatitis. Universität, Philosophische Fakultät, Bonn.

- SCHWARZER, A.; SCHOLZ, O. B. (1990). Auswirkungen unterschiedlicher Aktivierungsbedingungen auf Patienten mit atopischer Dermatitis. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin. 11: 45-58.
- SELYE, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature (Lond.) 113, 32.
- SIMMICH, T.; TRAECKNER, I.; GIELER, U. (1998). Integrative Kurzzeitpsychotherapie bei Hauterkrankungen. Hautarzt, 49:203-208.
- SPITZ, R. A. (1957). Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. Stuttgart: Klett-Verlag.
- SPITZ, R. A. (1965). The First Year of Life. New York: International Universities Press. Deutsch (1967): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett-Verlag.
- STANGIER, U. (1996). Verhaltenstherapie bei Hautkrankheiten. In: SENF, W.; BRODA, M. (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie. - Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin und Psychologischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- STANGIER, U.; ESCHSTRUTH J.; GIELER, U. (1987). Chronischen Hautkrankheiten: Psychophysiologische Aspekte und Krankheitsbewältigung. Verhaltensther. Psychosoz. Praxis 19: 349-368.
- STANGIER, U.; GIELER, U.; EHLERS, A. (1993). Der Marburger-Neurodermitis-Fragebogen (MNF) - Entwicklung eines Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Neurodermitis. In: U. GIELER, U. STANGIER & E. BRÄHLER (Hrsg.) Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 9, S.115-134. Göttingen: Hofgreffe.
- STANGIER, U.; GIELER, U.; EHLERS, A. (1996). Fragebogen zur Bewältigung von Hautkrankheiten. Der Marburger-Haut-Fragebogen. Göttingen: Hofgreffe.
- STANGIER, U.; GIELER, U.; EHLERS, A. (1996a). Neurodermitis bewältigen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- STANGIER, U.; GIELER, U.; EHLERS, A. (1998). Entwicklung eines Fragebogens zur Krankheitsbewältigung bei Hauterkrankungen (Marburger-Haut-Fragebogen, MHF). Diagnostica, 44(1): 30-40, Göttingen: Hofgreffe.
- STEIGELEDER, G. K. (1992). Dermatologie und Venerologie für Ärzte und Studenten. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- STEIGER, T.; BORELLI, S. (1991). Significance of climatic factors in the treatment of atopic eczema. In: Ruzika, T. et al. (Hrsg.). Handbook of atopic eczema. Berlin, Hiedelberg, New York: Springer.
- TAYLOR, J. L. (1921). The stages of human life.
- TEICHMANN, A. T.; BOSSE, K. (1976). Hautkrankheit und Kommunikation. Hautarzt 25, 427-429.
- TEILLAC-HAMEL, D.; DE PROUST, Y. (1995). Traitement de la dermatite atopique. Arch. Pédiatr., 2:883-885.
- TESHIMA, H.; KUBO, D.; KIHARA, H.; IMADA, Y.; NAGATA, S.; AGO, Y.; IKEMI, Y. (1982). Psychosomatic aspects of skin diseases from the standpoint of immunology. Psychother. Psychosom. 37: 165-175.
- THIBAUT, J. W.; KELLEY, H. H. (1959). The Psychology of Groups. New York.
- THOMÄ, H. (1980). Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. Psyche, 7, 589-624.
- TRAENCKER, I.; RING, J. (1993). Diät bei Neurodermitis. Hautarzt, 44: 484-485.
- TRAENCKER, I.; HÖLSCHER, K.; ABECK, D.; BERGER, M.; RING, J. (1996). Die Behandlung des atopischen Ekzems in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Dermatologie und Psychosomatik. Hautarzt 4: 628-633.

- UDELMAN, D. L. (1982). Stress and immunity. *Psychother. Psychosom.* 37, 176-184.
- USLAR, A. von; PROACHAZKA, P. & USLAR, D. (1989): Ganzheitlich-integratives Therapiemodell der Neurodermitis constitutionalis atopica. Atopic Dermatitis - Holistic Concept of Therapy. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 64, 480-486.
- VISSCHER; M.O.; HANIFIN, J.M.; BOWMAN, W.J.; REED, B.R. (1989). Atopic dermatitis and atopy in non-clinic populations. *Acta Derm. Venerol. (Suppl.)*; 144: 34-40.
- VOCKS, E.; BORELLI, S.; RAKOSKI, J. (1994). „Klimatherapie“ (bei Neurodermitis). *Allergologie* 17: 208-213.
- VOCKS, E.; ENGST, R.; KARL, S. (1995). Dermatologische Klimatherapie - Definition, Indikation und gesundheitspolitische Notwendigkeit. *Rehab.*, 34:148-153.
- WALSTON, B.S.; WALLSTON, K.A.; MAIDES, S.A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scales. *J. Consult. Clin. Psychol.* 44:580-585.
- WARE; J.E.; KELLER, S.; GANDEK, B.; BRAZIER, J.E.; SULLIVAN, M. (1995). Evaluating Translations of Health-Status-Questionnaires. *Int. J.Tech.Ass.*, 11(3):525-551 .
- WEHRMANN, J.; PETERS; M. (1992). Das Stationsklima als (vor)psychotherapeutischer Faktor. *Z. Hautkr.*, 67(6): 514-517.
- WELZEL-RUHRMANN, C.; LIEDTKE, R. (1996). Dermatologische Erkrankungen. In: A-E. MEYER, H. FREYBERGER, M. V. KEREKJARTO, R. LIEDTKE & H. SEIDEL (Hrsg.) *Jores Praktische Psychosomatik. Einführung in die Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin.* 3. Aufl. S. 464-483. Bern: Hans Huber.
- WESIAK, W. (1983). Einführung in die Psychosomatische Medizin. In: Loch, W. (Hrsg.): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse.* Stuttgart: Hirzel-Verlag, 4. Aufl., S.287-358.
- WHITLOCK, F. A. (1976). Psychophysiologic aspects of skin disease. Toronto: Saunders.
- WHITLOCK, F. A. (1980). Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten. Zum Psychosomatischen Konzept in der Dermatologie. *Beiträge zur Dermatologie*, Bd. 6. Erlangen: Perimed.
- WIEDENFELD, S.A.; O'LEARY, A.; BANDURA, A.; BROWN, S.; LEVINE, S; RASKA, K. (1990): Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *J.Pers.soc.Psychol.*59:1082-1094.
- WINDEMUTH, D.; STÜCKER, M.; HOFFMANN, K.; ALTMAYER, P. (1999). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik. *Hautarzt* 50: 338-343.
- WINNICOTT, D. (1948). Paediatrics and psychiatry. Ibid.
- WINNICOTT, D. (1949). Birth memories, birth trauma and anxiety. Ibid.
- WINNICOTT, D. (1962). Ego integration in child development. Ibid.
- WINNICOTT, D. (1965). The maturational process and the facilitating environment. New York: International Universities Press. (Dt. 1974).: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.
- WINNICOTT, D. (1970). The mother-infant experience of mutuality. In: Benedek, E. J. A.; T. Benedek (eds.): *Parenthood: It's Psychology and Psychopathologie.* Boston: Little, Brown & Co.
- WINNICOTT, D. (1971). Playing and Reality. London: Tavistock.
- WINNICOTT, D. (1976). Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler
- WOLF, S.; HOLMES, T. H.; TREUTING, T.; GOODELL, H.; WOLFF, H. G. (1950). An experimental approach to psychosomatic phenomena in Rhinitis and Asthma. *J. Allergy* 21 (1): 1-11.
- WOLF, S (1956). Life stress and allergy. *Am. J. Med.* 22: 918-928.

- YOUNG, ST. H.; RUBIN, J. M.; DAMAN, H. R. (1986). Psychobiological aspects of allergic disorders. New York: Praeger.
- ZACHARIAE, R.; STER, H.; BJERRING, P.; KRAGBALLE, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. J.Am. Acad. Dermatol. 34: 1008-1015.
- ZACHAROWICZ, L. (1986). Stress and asthma: Psychobiological aspects of allergic disorders. In: S. H. YOUNG; J. M. RUBIN; H. R. DAMAN, pp. 253-325. New York: Praeger.
- ZIELKE, M. (1994). Handbuch stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologische Verlags Union.

Anhang 1

Modifié d'après Stangier, Gieler, Ehlers 1996

„Questionnaire de Marburg“ sur le Coping des maladies de peau

Dans les pages suivantes vous allez trouver quelques propos concernant différents aspects qui pourraient s'appliquer à des personnes souffrant de maladies de peau.

Ce qui nous intéresse, c'est dans quelle mesure ces propos sont valables pour vous personnellement.

Ce questionnaire tient strictement compte de votre avis personnel. Il n'y a pas de réponses "fausses" ou "justes".

Marquez, s'il vous plaît, d'une croix un chiffre pour chaque propos, sans omission.

Si vous n'êtes pas entièrement sûr, marquez le chiffre qui s'approche le plus de votre impression personnelle.

- 1= absolument pas
- 2= à peine
- 3= un peu
- 4= fortement
- 5= très fortement

Exemple:

Vous souffrez fortement de prurit. Marquez, s'il vous plaît:

Je souffre de prurit 1 2 3 4 5

Lisez les réponses attentivement sans réfléchir trop longtemps en ce qui concerne chacune en particulier.

Votre réponse spontanée est la meilleure.

Peut-être ce questionnaire contient-il des aspects qui n'ont pas de grande importance pour vous personnellement, mais nous essayons de traiter le plus possible d'aspects différents dont certains ayant peut-être plus d'importance pour d'autres personnes.

Nous vous prions de bien vouloir comprendre et d'essayer de répondre aux questions le mieux possible.

L'interprétation des réponses est, bien entendu, anonyme.

	absolument pas	à peine	un peu	fortement	très fortement
1. Mon aspect extérieur me donne des soucis.	1	2	3	4	5
2. Je dors mal à cause de ma maladie de peau.	1	2	3	4	5
3. Ma maladie de peau me rend moins attirant/e que la plupart des autres personnes.	1	2	3	4	5
4. J'évite certaines situations à cause de ma maladie de peau.	1	2	3	4	5

	absolument pas	à peine	un peu	fortement	très fortement
5. Ma peau m'empêche d'entrer en contact avec des gens inconnus	1	2	3	4	5
6. Je me sens souvent nerveux/euse.	1	2	3	4	5
7. Je me sens sexuellement bloqué/e à cause de ma maladie.	1	2	3	4	5
8. Je ne peux exaucer de nombreux souhaits à cause de ma maladie de peau.	1	2	3	4	5
9. Je rumine souvent sur le fait d'avoir personnellement une maladie de peau	1	2	3	4	5
10. Je fais attention à la peau d'autres personnes	1	2	3	4	5
11. A cause de la maladie il est difficile de rencontrer un nouveau partenaire.	1	2	3	4	5
12. Le matin je cherche des nouvelles égratinures.	1	2	3	4	5
13. Je m'énerve pour des riens.	1	2	3	4	5
14. Je peux apprendre considérablement à m'accommoder de ma maladie de peau.	1	2	3	4	5
15. Je pourrais mieux soigner ma peau.	1	2	3	4	5
16. Je m'isole de ma famille/mon partenaire par égard pour elle/lui.	1	2	3	4	5
17. Le fait de m'empêcher de gratter exige de moi beau-oup d'effort.	1	2	3	4	5
18. Je ne fais pas assez attention à mon alimentation.	1	2	3	4	5
19. J'évite le sauna et la piscine parce que je pourrais inspirer du dégoût à d'autres personnes.	1	2	3	4	5
20. Je me sens coupable quand je me suis égratiné/e la peau.	1	2	3	4	5
21. Je me sens souvent fatigué/e.	1	2	3	4	5
22. J'aimerais bien me sentir aussi libre que les autres.	1	2	3	4	5
23. J'ai l'impression que les gens fixent mes éruptions cutanées.	1	2	3	4	5
24. Ma maladie de peau me limite de façon générale.	1	2	3	4	5
25. Cela me dérange de ne pas manger ou boire certaines choses que j'aime bien.	1	2	3	4	5
26. Je devrais en savoir plus en ce qui concerne ma maladie de peau.	1	2	3	4	5

	absolument pas	à peine	un peu	fortement	très fortement
27. Je me gratte souvent inconsciemment.	1	2	3	4	5
28. A cause de ma maladie de peau les gens me traitent avec plus d'égards.	1	2	3	4	5
29. J'ai des frais élevés à cause de la maladie permanente.	1	2	3	4	5
30. J'observe exactement la façon dont d'autres réagissent à ma maladie de peau.	1	2	3	4	5
31. J'ai peur d'être rejeté/e par des gens étrangers à cause de ma maladie de peau.	1	2	3	4	5
32. Je manque de vitalité.	1	2	3	4	5
33. A cause de ma maladie de peau je ne peux pas exercer certaines professions.	1	2	3	4	5
34. Quand je me regarde dans la glace je fais surtout attention à ma peau.	1	2	3	4	5
35. Ma famille/mon partenaire est aussi incommodé/e par ma maladie de peau.	1	2	3	4	5
36. J'ai peur que ma maladie s'aggrave de plus en plus.	1	2	3	4	5
37. La maladie m'enlève beaucoup de spontanéité.	1	2	3	4	5
38. Seul le prurit me fait prendre conscience que je me sens mal.	1	2	3	4	5
39. Quelque fois je me sens désespéré/e à cause de ma maladie.	1	2	3	4	5
40. Je me pose des questions à propos de ce que les autres pensent de ma maladie.	1	2	3	4	5
41. Souvent je me demande comment ma vie serait-elle sans ma maladie de peau.	1	2	3	4	5
42. Il m'est désagréable d'être vu/e nu/e.	1	2	3	4	5
43. Beaucoup de choses me touchent de près.	1	2	3	4	5
44. Le prurit me détruit.	1	2	3	4	5
45. Je suis fâché/e contre moi-même quand je détruis une absence d'éruptions obtenue au bout de beaucoup d'effort lorsque je me gratte à nouveau.	1	2	3	4	5
46. Je devrais moins me stresser.	1	2	3	4	5
47. Souvent j'ai du mal à me concentrer.	1	2	3	4	5

Anhang 2

Rückübersetzung MHF

1. Mein Äußeres bereitet mir Sorge.
2. Ich schlafe schlecht wegen meiner Hautkrankheit.
3. Meine Hautkrankheit macht mich weniger attraktiv als die meisten anderen Menschen.
4. Ich vermeide bestimmte Situationen wegen meiner Hautkrankheit.
5. Meine Haut hindert mich, mit unbekanntem Menschen in Kontakt zu treten.
6. Ich fühle mich oft nervös.
7. Ich fühle mich wegen meiner Hautkrankheit blockiert.
8. Wegen meiner Hautkrankheit kann ich mir zahlreiche Wünsche nicht erfüllen.
9. Ich grübele oft darüber nach, warum ich persönlich/ *ich nur alleine* (Originalübersetzung) die Krankheit habe.
10. Ich achte auf die Haut von anderen Leuten.
11. Wegen der Krankheit ist es schwierig, einen neuen Partner zu treffen.
12. Morgens suche ich neue Kratzstellen.
13. Ich rege mich über Bagatellen auf.
14. Ich kann beträchtlich lernen, mit meiner Hautkrankheit zu leben.
15. Ich könnte meine Haut mehr pflegen.
16. Ich nehme aus Rücksicht Abstand von meinem Partner/ meiner Familie.
17. Ich muß mich stark bemühen, um nicht zu kratzen.
18. Ich passe nicht genug auf meine Ernährung auf.
19. Ich vermeide es, in die Sauna oder ins Schwimmbad zu gehen, weil sich andere Leute ekeln könnten.
20. Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich aufgekratzt habe.
21. Ich fühle mich oft müde.
22. Ich möchte mich genauso frei fühlen wie die anderen.
23. Ich habe den Eindruck, daß die Leute meine Hautentzündung anstarren.
24. Meine Hauterkrankung schränkt mich generell ein.
25. Es stört mich, bestimmte Sachen, die ich gerne mag, nicht essen oder trinken zu dürfen.
26. Ich sollte mehr wissen, was meine Hautkrankheit betrifft.
27. Ich kratze mich oft unbewußt.
28. Wegen meiner Hautkrankheit behandeln mich die Leute rücksichtsvoller.
29. Ich habe hohe Kosten wegen meiner dauerhaften Krankheit.
30. Ich betrachte genau die Reaktion von anderen meiner Krankheit gegenüber.
31. Ich habe Angst, von fremden Leuten wegen meiner Hautkrankheit abgelehnt zu werden.
32. Es fehlt mir an Lebensenergie.
33. Wegen meiner Hautkrankheit kann ich bestimmte Berufe nicht ausüben.

34. Wenn ich in der Spiegel gucke, passe ich besonders auf meine Haut auf.
35. Meine Familie /Partner werden auch durch meine Krankheit belastet.
36. Ich habe Angst, daß meine Krankheit schlimmer und schlimmer wird.
37. Die Krankheit nimmt mir viel Spontaneität.
38. Nur der Juckreiz macht mir bewußt, daß ich mich unwohl fühle.
39. Manchmal fühle ich mich wegen meiner Krankheit verzweifelt.
40. Ich stelle mir Fragen darüber, was die anderen von meiner Krankheit halten.
41. Oft frage ich mich, wie mein Leben ohne die Krankheit sein würde.
42. Es ist mir unangenehm, nackt gesehen zu werden.
43. Viele Sachen berühren mich sehr tief.
44. Der Juckreiz zerstört mich.
45. Ich ärgere mich über mich selbst, wenn ich den fehlenden Entzündungszustand zerstöre, den ich durch viel Bemühen erreicht habe.
46. Ich sollte mich weniger stressen.
47. Ich habe oft Schwierigkeiten mich zu konzentrieren.
48. Ich lege viel Wert auf meine Haut.
49. Manchmal könnte ich wütend werden.
50. Ich fühle mich von Cortison abhängig.
51. Ich habe Probleme in der Schule/ bei der Arbeit, weil ich zu oft krank bin.

Danksagung

Diese Dissertation ist meinem Großvater Herrn DR. ALFRED RIEDINGER gewidmet.

Ganz besonders möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. R. RICHTER für die langjährige Betreuung und freundliche Unterstützung dieser Arbeit danken.

Sehr herzlich danke ich Herrn Dr. U. STANGIER vom Institut für Psychologie der J. W. Goethe-Universität Frankfurt/M. für die Überlassung der Fragebogen-Daten von 442 Hautkranken.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn RALPH LANWEHR, der mich in der Auswertung meiner Daten tatkräftig unterstützte.

Auch danke ich Frau D. HEITHORST und Frau D. MYHR für ihre Mithilfe bei der Übersetzung bzw. Rückübersetzung des Fragebogens.

Ich möchte meiner Familie, HANS und AYCA RIEDINGER, ALMUTH PODOLA und HEIKO de BOER und für ihre liebevolle Unterstützung, Fürsorge und Motivation in allen Phasen der Anfertigung der Dissertation danken.

Allen Mitarbeitern der Station thermale d'Avène danke ich für Ihre Bereitschaft, mich in ihrem Kurbetrieb zu Datenerhebung aufzunehmen und für ihre freundliche Kooperation.

Ebenso wie den niedergelassenen Dermatologen in Montpellier, die sich an meiner Umfrage beteiligt haben und mir so wichtiges Patientengut lieferten.