

**Psychodermatologische Patienten im Vergleich mit
Depressionspatienten in der Psychosomatischen Ambulanz**

Eine Retrospektive Studie von n= 1204 Patienten in dem Zeitraum von 2000- 2009

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereichs Medizin

der Justus- Liebig- Universität Gießen

vorgelegt von Hermann, Wanda Joane, geb. Schäfer

aus Berlin

Gießen 2015

Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. Johannes Kruse

des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Prof. Dr. Gieler

Gutachter: Prof. Dr. Sammer

Tag der Disputation: 21.02.2017

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	1
1.1. Psychodermatologie	1
1.2. Prävalenz psychischer und dermatologischer Krankheiten	4
1.3. Krankheitsbewältigung von Hauterkrankungen	6
1.4. Ableitung der Hypothesen	9
2. Psychodermatologische Erkrankungen	11
2.1. Psoriasis vulgaris	11
2.2. Neurodermitis	13
2.3. Urtikaria	16
2.4. Akne	18
2.5. Artefakte	19
2.6. Körperdysmorphie Störung	21
3. Psychische Erkrankungen	23
3.1. Depression	23
3.2. Alexithymie	26
4. Methodik und Patienten	28
4.1. Studienbeschreibung	28
4.1.1. Rekrutierung der Patienten und Ausschlusskriterien	28
4.1.2. Beschreibung der Stichproben und Einteilung der Diagnose-Gruppen	28
4.1.3. Arbeitshypothesen	29
4.2. Psychometrische Verfahren	30
4.2.1. Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90)	30

4.2.2. Gießener Beschwerdebogen (GBB).....	32
4.2.3. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)	32
4.2.4. Toronto Alexithymie Skale (TAS-20)	33
4.2.5. BSS-Score.....	34
4.2.6. Statistische Hypothesen.....	35
4.3. Datenauswertung und Statistik.....	36
5. Ergebnisse	37
5.1. Stichprobenbeschreibung	37
5.1.1. Patientengeschlecht.....	37
5.1.2. Patientenalter	38
5.1.3. Nationalität	38
5.1.4. Partnerschaft	39
5.1.5. Berufliche Ausbildung.....	40
5.1.6. Stationärer Aufenthalt in den letzten 12 Monaten	41
5.1.7. BSS- Score.....	42
5.2. Ergebnisse in Bezug auf die Arbeitshypothesen	44
5.2.1 Hypothese 1	44
5.2.2. Hypothese 2	45
5.2.3. Hypothese 3	45
5.2.4. Hypothese 4	46
5.2.5. Hypothese 5	47
5.2.6. Hypothese 6	48
5.2.7. Hypothese 7	49

5.2.8. Hypothese 8	50
5.2.9. Hypothese 9	52
6. Diskussion	54
6.1. Diskussion anhand der Krankheitsbilder.....	54
6.1.1. Depression	54
6.1.2. Psoriasis vulgaris	58
6.1.3. Neurodermitis	62
6.1.4. Urtikaria	64
6.1.5. Akne	66
6.1.6. Artefakte	68
6.1.7. Körperdysmorphie Störung	70
7. Zusammenfassung	73
8. Summary	75
9. Literatur	77
10. Erklärung zur Dissertation	96
11. Danksagung	97
12. Anhang	98

1. Einleitung

1.1. Psychodermatologie

Die Haut ist das größte Organ des Menschen und durch die enge Verbindung zum Nervensystem ein psychologisches Medium in Abhängigkeit von der geistigen und körperlichen Verfassung. Seit dem 20. Jahrhundert wird diese Vorstellung, die von einem Wechselspiel aus psychischen, physischen und sozialen Faktoren für die Krankheitsentstehung ausgeht, vertreten und von dem biomedizinischen Modell abgelöst. Stangier und Müller (2002) beschrieben die Haut:

„Die Haut stellt ein Grenzorgan zwischen Organismus und Umwelt dar, das wichtige biologische Funktionen erfüllt. Sie schützt den Organismus vor schädlichen Außeneinflüssen mit Hilfe eines eigenen, hochspezialisierten Immunsystems. Die Sinnesfunktionen für Druck, Temperatur, Schmerz und Juckreize werden durch ein dichtes Netz von sensorischen Nerven in der Haut vermittelt. Schließlich regulieren ein fein gesteuertes Gefäßsystem und Schweißdrüsen den Wärmehaushalt des Körpers. Neben diesen sensorischen Funktionen stellen die Schweißdrüsenaktivität und die Hautdurchblutung psychophysiologische Reaktionsmechanismen der Haut dar, die im engen Zusammenhang mit Emotionen stehen. Die soziale Bedeutung der Haut ergibt sich aus der Tatsache, dass die Haut das Erscheinungsbild des Körpers bestimmt. Schließlich haben sichtbare Hautsymptome ungünstige Auswirkungen auf soziale Interaktionen“.

Bei Hautkrankheiten spielen neben den dermatologischen Faktoren in der Genese und Heilung auch die psychologischen und sozialen Faktoren eine wichtige Rolle. Diese können sich in ihrer Dynamik stark beeinflussen (Beltraminelli et al. 2008). Psychologische Auslöser können sowohl Emotionen (z.B. Angst, Depression, Trauer, Unsicherheit) und Kognitionen (z.B. subjektive Theorien über Verhaltensweisen, welche zur Heilung beitragen, Erwartungen an den Krankheitsverlauf, Kontrollüberzeugungen) als auch sozial- gesellschaftliche Faktoren, wie eine finanzielle Entlastung in der Versorgung, Erwartungen an Krankheitsverhalten, Verlust von Anerkennung und traumatische Erlebnisse in der Kindheit oder dem Erwachsenenalter, Zurückweisung oder Adoleszenzkonflikte sein (Gieler et al. 2006). Besonders wichtig für die Entstehung, den Ausbruch oder die Aufrechterhaltung von Hauterkrankungen sind laut Stangier: Psychologische Symptome wie Depression und Angst, ungünstige Copingstile in Bezug auf psychische Belastungen wie Vermeidung, physiologische Reaktionen auf akuten oder chronischen Stress (z. B. „daily hassels“),

Kratzen oder andere Manipulationen der Haut und ungünstiges Gesundheitsverhalten, wie beispielsweise Rauchen.

Die Psychodermatologie beschäftigt sich mit den Hautkrankheiten, die durch den Einfluss von psychischen und soziokulturellen Faktoren zur Entstehung oder der Verschlechterung beitragen. Im weiteren Sinne befasst sich die psychosomatische Dermatologie mit den intra- und interpersonellen Problemen von Patienten mit Hauterkrankungen. Die individuelle Krankheitsbewältigung und die verschiedenen Auslösemechanismen sind Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeit (Gieler et al. 1993).

Es gibt Hauterkrankungen, die in systematischen Untersuchungen zeigten, dass psychische Faktoren erheblichen Einfluss auf den Verlauf und die Manifestation haben können. Umgekehrt zeigte sich auch, dass Patienten mit chronischen Hauterkrankungen unter einer starken Belastung leiden. Die sichtbaren Hautveränderungen führen bei einer Vielzahl von Menschen zu der Furcht vor Ansteckung oder dem Gefühl von Ekel, wodurch das Selbstwertgefühl der beteiligten Personen stark leidet. Die Folge sind Minderwertigkeitskomplexe, Rückzugstendenzen und soziale Phobie. Die Lebensqualität nimmt ab und oft entstehen Suizidgedanken oder Suizidversuche (Koo et al. 2000, Dalgard et al. 2015).

In den letzten 100 Jahren kam es zu einer vermehrten wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Erarbeitung von Systematiken zur Einteilung von Hauterkrankungen aus psychosomatischer Sicht. Nach der Klassifikation biopsychosozialer Störungen in der Dermatologie werden die Dermatosen in drei Gruppen eingeteilt (Harth & Gieler 2006):

1. Hautkrankheiten primär psychischer Genese wie den Artefakten, der Trichotillomanie, dem Dermatozoenwahn, den somatoformen Störungen und der Körperdysmorphen Störung.
2. Hautkrankheiten mit multifaktorieller Grundlage, deren Krankheitsverlauf durch psychische Faktoren beeinflussbar ist. Hierzu gehört die Psoriasis, Akne, Urtikaria, der Prurigo simplex und die Neurodermitis.
3. Sekundär psychische Störungen infolge schwerer oder entstellender Hautkrankheiten wie der Angststörung, Anpassungsstörung und Depression.

Neben der bereits bestätigten positiven Korrelation von Haut und Psyche (Koo et al. 2000, Gupta et al. 2005) ist das Aufdecken von psychischen Konflikten und die

Verbesserung psychodermatologischer Krankheiten Ziel von vielen Studien (vgl. Kuruvila et al. 2005).

Trotz der vielen Ergebnisse gibt es bisher nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen, die die Unterschiede psychodermatologischer Störungen bezüglich des Krankheitsursprungs und- geschehens auf vegetativer und psychischer Art aufzeigen konnten.

Picardi et al. (2005) fanden an 33 Plaque- Psoriasis Patienten im Vergleich mit Hautpatienten, die keine der Diagnosen Alopecia, Akne, Atopische Dermatitis, Vitiligo, Urticaria, Lichen planus, Pruritus und Seborrhoische Dermatitis hatten, heraus, dass Stress keine größere Rolle zur Ausbildung der Psoriasis als in der Vergleichsgruppe spielte. Die Prävalenz für Alexithymie war vergleichsweise höher und das vermeidende Bindungsverhalten korrelierte sehr stark mit der Exazerbation.

In einer Studie von 480 Patienten mit Akne, Alopecia areata, Atopischer Dermatitis und Psoriasis konnte man sehen, dass Patienten mit Psoriasis im Vergleich zu den anderen Hautpatienten den höchsten Depressionsscore aufwiesen (Gupta et al. 1998). Bei Psoriasis-Patienten wurden für Depressionswerte auch in mehreren Studien konsistente Profile gemessen (Lyketsos et al. 1985, Mazzetti et al. 1994, Dowlatshahi et al. 2013, Iskandar et al. 2015)

Alexithymie, das Unvermögen, Gefühle wahrzunehmen und angemessen zu beschreiben, wird mit verschiedenen Hautkrankheiten wie der Psoriasis, Atopischen Dermatitis, Vitiligo und Chronischer Urtikaria assoziiert (Willemsen et al. 2008).

Bereits Picardi et al. (2006) beschrieben die enge Beziehung von somatoformen Krankheiten und Alexithymie mit 12,5 %, wobei die depressiven Krankheiten mit 28,1 % signifikant höher waren.

In einer siebenjährigen Follow-up Studie an 2050 Patienten mit dem Hintergrund Alexithymie als Risikofaktor für schwere Depression, Persönlichkeitsstörung oder durch Alkohol induzierte Krankheiten zu untersuchen, führte zu dem Ergebnis, dass depressive Symptome zwischen der Alexithymie und den psychiatrischen Morbiditäten vermitteln würden. Die Alexithymie würde weder eine Depression noch eine Persönlichkeitsstörung voraussagen (Honkalampi et al. 2010).

Unter 60 Patienten mit Psoriasis, Chronischer Urtikaria und Pilzinfektionen wurde die Demographie, die psychologische Belastung und Alexithymie untersucht. Patienten mit Chronischer Urticaria waren stärker alexithym, depressiv und ängstlicher. Die

Somatisation war im Verhältnis zu der Vergleichsgruppe stärker ausgeprägt (Fava et al. 1980).

Eine jüngere Untersuchung zeigte, dass Psoriatiker im Vergleich mit Neurodermitikern mehr Angst und Depression aufwiesen, was die Autoren auf die größere Stigmatisierung zurückführten (Leibovici et al. 2010).

Unter Annahme der unterschiedlichen Pathologie zwischen den psychosomatischen Dermatosen ist davon auszugehen, dass sich das Gefühlsleben bzw.- bewusstsein, der subjektive Beschwerdedruck, die körperlichen und psychischen Symptome als auch die interpersonellen Probleme dieser Patienten voneinander unterscheiden werden.

In dieser Arbeit geht es primär um den Vergleich von Patienten mit psychosomatischen Hauterkrankungen. Hierzu existieren bisher nur wenige Untersuchungen, obwohl die Bedeutsamkeit dieses Themas in der Literatur häufig hervorgehoben wird.

1.2. Prävalenz von psychischen und somatoformen Krankheiten

In einem Artikel aus dem Ärzteblatt von 2008 wurde berichtet, dass die psychischen Störungen in den letzten beiden Jahrzehnten zugenommen haben. Bereits im Jahr 2020 werden nach Hochrechnungen der Weltbank und der US- amerikanischen Harvard Universität die depressiven Erkrankungen die zweithäufigste Erkrankung sein, die nicht nur das Erwachsenenalter, sondern auch das Kindes- und Jugendalter betreffen werden (Bühren et al. 2008).

Die Prävalenz psychischer Störungen beträgt für Frauen 37 % und für Männer 25,3 %. Affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen sind nach der Depression die häufigsten unter den psychischen Erkrankungen (Murray et al. 1996, Wittchen et al. 2001).

Patienten mit psychischen Störungen werden nicht nur in der Psychiatrie, Psychosomatik und in weiteren psychotherapeutischen Fachgebieten gefunden. In der Allgemeinarztpraxis werden psychische Störungen mit 28,7 % (Martucci et al. 1999) und 32 % (Dilling et al. 1978) und in der dermatologischen Praxis mit 25,2 % (Picardi et al. 2000) und 30 % (Hughes et al. 1983) beschrieben. Besonders die Prävalenz für Depression war unter den dermatologischen Patienten mit 30 % (Gupta et al. 2003) im Vergleich zu den allgemeinmedizinischen Patienten mit 22 % etwas höher (Filakovic et al. 2008).

Hughes et al. 1983 und Windemuth et al. 1999 konnten außerdem feststellen, dass die Häufigkeit von psychosomatischen Krankheiten bei dermatologischen Patienten im Vergleich zu den gesunden Kontrollgruppen um das Dreifache höher war. Im Vergleich mit Patienten, die neurologische, onkologische oder kardiologische Krankheiten hatten, wiesen die dermatologischen Patienten eine leicht erhöhte Prävalenz für psychosomatische Störungen auf (Gieler et al. 2006).

Einen Überblick über die verschiedenen Studien gibt Kupfer et al. (2005) an, siehe Tab. 1:

	Studie	Anteil psychischer Begleiterkrankungen	Diagnostik
Ambulante Patienten	Hughes et al. 1983	30% von 196	GHQ WSAD
	Wessely & Lewis 1989	40% von 173	GHQ, strukturiertes Interview
	Aktan et al. 1998	33% von 256	GHQ, strukturiertes Interview
	Picardi et al. 2001	21% von 389	GHQ
	Schaller et al. 1998	21% von 249	Interview
	Dalgard et al. 2015	10,1 % Depression 17,3 % Angst	HADS
Stationäre Patienten	Hughes et al. 1983	60% von 40	GHQ WSAD
	Windemuth et al. 1999	31% von 247	HADS-D
	Fritzsche et al. 1999	50% von 89	Angst und Depression

Tab.1 Psychische Komorbidität bei Hautpatienten, modifiziert nach Kupfer et al. (2005)

Somit liegt die psychische Komorbidität bei dermatologischen Patienten im stationären Rahmen zwischen 31- 60%, wobei Patienten im ambulanten Bereich zwischen 21-40% psychische Begleiterkrankungen aufwiesen.

1.3. Krankheitsbewältigung von Hauterkrankungen

Unter der Krankheitsbewältigung, auch „Coping“ genannt, versteht man die Art des Umgangs mit einer für die Person belastenden Lebenssituation oder Lebensphase. Man unterscheidet zwischen einer adaptiven/ funktionalen und maladaptiven/ dysfunktionalen Copingstrategien. Die adaptive oder funktionale Copingstrategie trägt zur langfristigen Problemlösung bei, die Ursache wird aktiv bekämpft und eine positive Herangehensweise ist typisch. Die maladaptive oder dysfunktionale Copingstrategie hat den Ablenkungscharakter im Vordergrund, Stress wird verleugnet und Selbstvorwürfe sind charakteristisch. Die Art der Krankheitsbewältigung hat einen starken Einfluss auf die subjektive Lebensqualität. Deshalb ist es umso wichtiger, psychologische und unter Umständen psychiatrische sowie soziale Faktoren in die Behandlung einzubeziehen, um eine effektive Krankheitsbewältigung des Patienten zu verbessern und auch zu fördern.

Lazarus stellte 1974 ein Stressmodell auf, das in drei Phasen „Primäre, Sekundäre und Tertiäre Bewertung“ gegliedert wird, in denen jeder Mensch eine Situation oder Belastung für sich bewertet und mit seinen eigenen Ressourcen neu bewerten und handeln kann. Außerdem unterschied er drei Arten des Copings, das Problemorientierte, Emotionsorientierte und Bewertungsorientierte Coping (Lazarus 1999). Neben der situationsbezogenen Bewertung des Stressors und den eigenen Bewältigungsmechanismen beeinflussen auch Persönlichkeitsmerkmale das Stresserleben. Somit können bestimmte Persönlichkeitscharakteristika, aufgrund von Fehleinschätzung der Situation und der zur Verfügung stehenden Ressourcen, zu einem ineffektiven Bewältigungsstil führen. Das hat zur Folge, dass Stressvulnerabilität und Krankheitsrisiko steigen (Stangier et al. 1996). Einen weiteren Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung haben der Schweregrad der Krankheit, die subjektive Krankheitsvorstellung, die Kontrollüberzeugung und das soziale Netzwerk (Emminger & Kia 2008).

Bei einer Vielzahl von psychosomatischen Erkrankungen in der Dermatologie gibt es eine enge Verbindung von Stress und den sichtbaren Hautveränderungen. Hierzu gehören vor allem die Neurodermitis, Psoriasis, Urtikaria, Akne/ Rosazea, Lichen simplex chronicus, Seborrhoische Dermatitis, Herpes und Hyperhidrose/ Dyshidrose (Harth & Gieler 2006).

Fühlt sich der Patient nicht in der Lage, die Stresssituation effektiv zu bewerkstelligen, entwickelt der Körper psychosomatische Symptome, die man auch als Anpassungsstörung verstehen könnte. Die Konversion, die Übertragung der seelischen

Probleme in den Körper, nach Freud und die Alexithymie, das Unvermögen Gefühle wahrzunehmen, nach Sifneos sind zwei exemplarische Beispiele für eine somatische Symptombildung. Die Häufigkeit von psychischen Beschwerden wie Depression oder Angst bei Hautpatienten ist demnach abhängig vom Zeitpunkt der Erstmanifestation der Erkrankung, vom Schweregrad insgesamt, von der Häufigkeit der Exazerbationen und der positiven bzw. negativen Krankheitsverarbeitung (Gieler et al. 2008).

Neurodermitiker zeigen in vielen testpsychologischen Untersuchungen ein inadäquates Coping auf Stress (Schut et al. 2014, Gupta et al. 1994). Dabei spielt der psychosoziale Stress als Trigger eine entscheidende Rolle und trägt zur Exazerbation der Haut bei. Die immer wiederkehrenden Schübe tragen zu der Überzeugung bei, nichts an der Krankheit beeinflussen zu können, wodurch sie sich hilflos fühlen. Dies führt oft zu einer Depression bis hin zu Suiziden (Dierich- Hirche et al. 2009, Dalgrad et al. 2015).

Der Krankheitsverlauf bzw. die Verschlechterung von Psoriasis steht in einem engen Zusammenhang mit dem Alltagsstress als auch den Life Events (Picardi et al. 2005), wobei die alltäglichen Stresssituationen stärkeren Einfluss haben (Gupta et al. 1995). Die Patienten fühlen sich oft durch ihr äußeres Erscheinungsbild stigmatisiert und flüchten sich in die Resignation. Depression und Angst sind oft die Folge und können zu suizidalen Gedanken führen (Gupta et al. 1993, Dowlatshahi et al. 2013, Dalgard et al. 2015). Das Nichteinhalten ärztlicher Anweisungen unter diesen Patienten ist zwischen 30 und 66 % signifikant hoch. Dennoch zeigten Patienten mit Psoriasis, die emotionsorientierte Copingstrategien anwenden konnten, eine längst nicht so starke Beeinträchtigung wie Psoriasispatienten ohne diese Copingstrategien (Stangier et al. 1996).

Die Korrelation von Stress und Verschlechterung der Akne wird durch neuroendokrinologische und immunologische Faktoren, die einen modulierenden Einfluss auf die Psyche haben, erklärt (Lorenz 1953).

Aknepatienten sind davon überzeugt, an der Pathogenese nichts verändern zu können, dass sowohl auf eine schlechte Arzt- Patienten- Beziehung als auch durch den langsamen und beschwerlichen Therapieerfolg zurückgeführt wird (Korcza D. 1989).

Daraus resultiert eine besonders schlechte Non- Compliance, die zwischen 35- 81 % liegt und damit recht hoch im Vergleich mit den anderen Hauterkrankungen ist. Viele Aknepatienten leiden unter ihrem Hautbild und den Zurückweisungen im beruflichen als auch sozialen Umfeld. 68, 3 % der Patienten berichten über eine psychologische

Zurückweisung (Niemeier et al. 2002). Aufgrund dessen kommt es oft zu psychischen Komorbiditäten wie der Depression und Angst, die aber nach einer Aknetherapie reduziert werden können (Niemeier et al. 2006).

Stressfaktoren spielen auch eine zentrale Rolle für die Ausbildung der chronischen Urtikaria, (Harth & Gieler 2006). In einem Vergleich von Patienten mit Psoriasis und Pilzinfektionen haben Patienten mit Urtikaria eine höhere Alexithymie (Fava et al. 1980) und somit eine schlechtere Copingstrategie entwickelt. Ungenügende Bewältigungsstrategien führen zu immer wiederkehrenden Schüben, woraus eine ständige Angst resultiert. Patienten mit Urtikaria zeigen charakteristisch eine latente Aggressivität, Ängstlichkeit und Depressivität (Adler et al. 2006).

Artefaktpatienten sind zum einen durch selbstschädigendes Verhalten als auch durch bewusst vorgetäuschte Verletzungen auffällig. Die Artefakte sind Reaktionen auf eine erhöhte innerpsychische Spannung, die über die Haut als Selbstverletzung ausgetragen wird, gleichzeitig dient die folgende Wunde auch der Kontaktaufnahme im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns. Die betroffenen Patienten haben häufig traumatische Erlebnisse, ein gestörtes Coping entwickelt und neigen stärker zu Zorn und Alexithymie als Patienten mit chronischer Urtikaria (Calikusu et al. 2002). Psychodynamische Ansätze wie die Stabilisierung, Förderung der Selbstbeobachtung sind Bestandteil der Therapie von Artefaktpatienten (Gieler et al. 2004).

Patienten mit körperdysmorpher Störung sind durch eine für sie subjektiv entstellte wahrgenommene Körperpartie und einer ständigen Informationssuche nach Krankheitsverbesserung beschäftigt. Das falsche Selbstbild ist aufgrund fehlerhafter Wahrnehmung entstanden und zum Teil durch medieninduzierte Schönheitsideale bestärkt worden (Phillips et al. 2000). Die Patienten können oft nicht die Verbindung von psychischer Traumatisierung und schlechter Körperwahrnehmung erkennen, wodurch eine Therapie erschwert wird. Oft werden Begleitsymptome wie soziale Phobie, Angst und die Neigung zur Suizidalität gefunden (Buhlmann et al. 2010, Phillips et al. 2000).

Um einen guten Therapieerfolg zu erzielen, ist es höchste Priorität, eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen. Auch Selbsthilfegruppen können bei der Krankheitsverarbeitung helfen. In einer Untersuchung von 6.497 Patienten zeigen Selbsthilfegruppenmitglieder einen schwächeren Schweregrad der Erkrankung und eine geringere Einschränkung der Lebensqualität (Zachariae et al. 2002). Andere Studien belegen die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Maßnahmen zur Verbesserung von Hauterkrankungen. Besonders Therapiemaßnahmen wie das aktive

Coping, Gefühle nach außen zeigen, soziale Unterstützung suchen und Ablenkungen bewusst einsetzen, verbessern die Effektivität der Therapie wie eine Studie bei Psoriasis mit einem Follow-Up von einem Jahr hinsichtlich der Reduzierung von Ängstlichkeit und Depressivität belegen (Scharloo et al. 2000).

Management-Programme wie zum Beispiel verhaltensmedizinisch orientierte (Gieler et al. 2006), Kombinationen aus medizinischen und psychosomatisch versorgenden, sowie Entspannungstechniken, Stress-Management-Techniken und Hypnosetechniken verbessern den Krankheitsverlauf gegenüber der reinen dermatologischen Therapie (vgl. Zachariae et al. 1996, Tausk und Whitemore et al. 1999). Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche, die helfen sollen, die Krankheit besser zu verstehen und Lösungsmöglichkeiten zu finden, haben sich besonders bei den Neurodermitikern bewährt und zu einer besseren Krankheitsbewältigung geführt (Höring et al. 2008, Stangier et al. 1996, Staab et al. 2006).

1.4. Ableitung der Arbeitshypothesen

Die erste Hypothese befasst sich mit dem Unterschied der interpersonalen Probleme von Aknepatienten und Patienten mit Körperdysmorpher Störung. Aknepatienten haben in zahlreichen Studien gezeigt, dass sie relativ schnell depressive Tendenzen entwickeln und im Vergleich zu anderen Hauterkrankungen die höchste Suizidrate aufweisen (Cotteril et al. 1997). Patienten mit Körperdysmorpher Störung sind häufig ängstlich, zwanghaft und depressiv (Thess 2010). Aufgrund dessen gehen wir von einem unterschiedlichen interpersonalen Verhalten aus und erwarten, dass die Tendenz zur Depression stärker bei Aknepatienten ausgeprägt ist. Hingegen ist bei Patienten mit körperdysmorpher Störung eher von einer Verdrängung depressiver Symptome auszugehen.

Die zweite Hypothese untersucht das problematische interpersonale Verhalten von Artefaktpatienten im Vergleich zu den restlichen Hautgruppen. Es wird davon ausgegangen, dass die Artefaktpatienten stärkere Probleme im interpersonalen Verhalten aufweisen. Bereits im Vergleich mit Urtikaria Patienten wiesen die Artefaktpatienten eine stärkere Alexithymie und Wut auf (Calikusu et al. 2002). Besonders häufig treten Persönlichkeitsstörungen auf, die bei anderen dermatologischen Diagnosen als nicht so häufig und bedeutend angenommen werden (Harth & Gieler 2006). Eine psychiatrische Störung könnte bei Artefaktpatienten häufiger auftreten und stärker im Vordergrund stehen.

Die dritte Hypothese überprüft die interpersonale Belastung von Psoriasis-, Akne-, Neurodermitis-, und Urtikariapatienten im Vergleich. Es ist davon auszugehen, dass Patienten mit Psoriasis und Akne eine stärkere interpersonale Belastung haben. Aufgrund des äußerlich sichtbaren Erscheinungsbildes und der Stigmatisierung haben bereits viele Studien belegt, dass die Betroffenen häufiger Suizidgedanken haben und sich sozial zurückziehen (Gupta et al. 1998, Picardi et al. 2005, Leibovici et al. 2010).

Die vierte Hypothese untersucht die Alexithymieausprägung von Urtikariapatienten im Vergleich zu Psoriasispatienten. Bereits in einer älteren Studie von Fava et al. 1980, der 60 Patienten mit Psoriasis, Chronischer Urtikaria und Pilzinfektionen auf ihre Demographie, psychologische Belastung und Alexithymie untersucht hatte, zeigte sich, dass Patienten mit Chronischer Urtikaria alexithymer, ängstlicher und depressiver als die Vergleichsgruppe waren. Dies möchten wir mit unserer Erhebung erneut aufgreifen und bestätigen.

Die fünfte Hypothese untersucht die Alexithymieausprägung von Psoriasis- und Neurodermitispatienten. Eine neuere Studie von Leibovici et al. (2010) bestätigt, dass Psoriatiker stärker ängstlicher und depressiver als Neurodermitiker waren. Eine Studie von Willemsen et al. (2008) zeigten, dass sowohl Psoriatiker als auch Neurodermitiker zur Alexithymie neigen. Auch Picardi et al. (2005) konnte nachweisen, dass Psoriatiker im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich höhere Werte in der Alexithymie erreichten. Resultierend aus den vorherigen Studien werden Psoriatiker höhere Werte im TAS 20- Fragebogen erreichen.

Die sechste Hypothese befasst sich mit der Alexithymieausprägung zwischen Depressions- und Hautpatienten. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass Alexithymie mit verschiedenen Hauterkrankungen assoziiert wird (Willemsen et al. 2008). Eine jüngste Untersuchung zur Prävalenz von Alexithymie bei COPD- Patienten in Korrelation mit einer Depression oder Angst (Tselebis et al. 2010) bestätigte, dass eine strenge Korrelation zwischen Alexithymie und Depression besteht. Resultierend aus den Ergebnissen werden Depressionspatienten stärker alexithym sein.

Die siebente Hypothese untersucht die psychische Belastung von Depressions- und Hautpatienten. Es ist zu erwarten, dass Hautpatienten als auch Depressionspatienten eine ähnlich ausgeprägte psychische Belastung zeigen werden. Bereits Brunnhuber und Lieb (1996) konnten bei 50 % aller Suizide psychische Störungen aufdecken, 40 – 60 % der Betroffenen hatten eine Depression. Viele Studien konnten beweisen, dass Hautpatienten eine hohe Komorbidität von Depression, sozialem Rückzug, Wut und

Angst aufwiesen (Calikusu et al. 2002, Gupta et al. 1998, Picardi et al. 2005, Leibovici et al 2010, Dalgard et al. 2015).

Die achte Hypothese basiert auf den Beobachtungen im klinischen Alltag. Hautpatienten fallen besonders durch ihre Mehrbeschäftigung mit dem eigenen Körper auf. Dabei werden bestimmte Hautpartien besonders gepflegt, andere durch die Krankheit entstellt. Die Krankheit macht es dem Patienten nicht leicht, nicht ständig damit befasst zu sein. Andererseits fällt auf, dass für den Gegenüber gutaussehende Hautpartien vom eigenen Patienten nicht oder falsch wahrgenommen werden. Deswegen gehen wir davon aus, dass Hautpatienten mehr als Depressionspatienten an paranoiden Wahnvorstellungen leiden.

Die neunte Hypothese untersucht die körperlichen Beschwerden von Haut- und Depressionspatienten. Im Vergleich zu den Hautpatienten zeigen Depressionspatienten stärkere somatische Beschwerden wie Herzstechen, Bluthochdruck, Verdauungsprobleme, Ohrensausen bis hin zu Tinnitus und muskuläre Verspannungen (Pieper et al. 2008, Bekhuis et al. 2015). Somit ist zu erwarten, dass Depressionspatienten stärkere körperliche Beschwerden im GBB- Fragebogen angeben werden.

2. Psychodermatologische Erkrankungen

2.1. Psoriasis vulgaris

Die Psoriasis (ICD 10: L 40.0), auch Schuppenflechte genannt, ist eine chronisch-entzündliche, akut exanthemisch verlaufende Hauterkrankung, die in unterschiedlichen Formen verlaufen kann. Das klinische Bild zeigt scharf oder unregelmäßig begrenzte, erythematöse Hautveränderungen häufig an den Streckseiten der Gelenke und Extremitäten, den distalen Rückenpartien, der Sakralregion, Kopfhaut und Nagelregion. Neben der Haut können auch die Gelenke betroffen sein, die zu Gelenkbeschwerden oder rheumatischen Beschwerden führen können.

Es lassen sich 3 Verlaufstypen charakterisieren (Braun-Falco 1965):

- 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 (durch Hautreizung entstehende Psoriasis) ist meist positiv und es besteht häufig Juckreiz. Es kann

zu einer spontanen Rückbildung kommen, allerdings auch in eine chronisch-stationäre Form übergehen.

- Chronisch- stationäre Psoriasis vulgaris: Sie ist charakterisiert durch stärker infiltrierte, deutlich silbrig- schuppene 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.
- Psoriasis exsudativa: Diese kann als eine stärker exsudativ- 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 ist die zweithäufigste Hauterkrankung mit einer Inzidenz von 3- 7 % (Harth & Gieler 2006) und Prävalenz von mehr als 2 %. Sie beginnt häufig im 3.- 4. Lebensjahrzehnt, jedoch sind Erstmanifestationen im Kindesalter und späten Erwachsenenalter zu beobachten.

Im Vordergrund der Pathogenese steht die multifaktorielle Genese auf dem Boden einer genetischen Prädisposition. In ca. 40 % der Fälle findet man eine positive Familienanamnese, die sich vielfach auf immunologische Faktoren wie das HLA-System und die Zytokine bezieht.

Die psoriatische Gewebereaktion ist eine komplexe immunologische Reaktion der Haut. Geprägt von einer überschießenden Immunreaktion mit Aktivierung von dendritischen Zellen, T- Zellen und neutrophilen Granulozyten kommt es zur ausgeprägten Entzündungsreaktion. Außerdem besteht eine epidermale Hyperproliferation aufgrund einer gestörten Differenzierung von Keratinozyten.

Medikamentöse Trigger wie Betablocker und ACE- Hemmer, Infektionen durch Streptokokken, HIV und andere virale Infekte, aber auch mechanische und chemische Reize werden als Auslösefaktoren beschrieben (Dirschka et al. 2011). Verschiedene Erkrankungen werden bei Patienten mit Psoriasis häufiger als bei gesunden Individuen gefunden.

Aufgrund der genetischen Disposition und chronischen Entzündungsreaktion der Haut treten Rheumatoide Arthritis etwa vier Mal häufiger, COPD, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa etwa zwei Mal häufiger im Vergleich zur Bevölkerung auf. Außerdem besteht ein 2- 3fach höheres Risiko für Hypertonie, Fettleibigkeit, Diabetes mellitus und Hyperlipidämie. Kardiovaskuläre Folgeerkrankungen wie KHK, Herzinfarkt und

Schlaganfall sind die Folge (Dirschka et al. 2011, Armstrong et al. 2013, Wan et al. 2013, Wu et al. 2012).

Zahlreiche Befunde zeigen zudem die enge Verbindung von Stress oder belastender Situation mit dem Ausbilden von Psoriasiserschüben (Arnetz et al. 1985, Gaston et al. 1986, Verhofen et al. 2009, Fordham et al. 2015). Das Erleben von so genannten „Life Events“ wie Tod, Scheidung oder Geburt des Kindes trägt weniger zum Ausbilden eines Schubes bei. Besonders Stresssituationen im Alltag scheinen bedeutender zu sein (Gupta et al. 1995).

Man geht davon aus, dass psychosoziale Faktoren modulierend über die Erhöhung von Zytokinen wie Interferon (IFN)- γ , IL-17, IL-21, IL-22 und IFN- α in der Haut eine starke angeborene Immunantwort auslösen und ein vermehrtes Wachstum und eine erhöhte Widerstandsfähigkeit der Epithelzellen gegen den programmierten Zelltod bewirken (Kapp et al. 1993, Rodriguez et al. 2014, Schedlowski et al. 2006). Aufgrund des Erscheinungsbildes und den belastenden Begleitfaktoren wie Juckreiz, Müdigkeit, Stigmatisierungserleben sowie den Gefühlen von Hilflosigkeit, Mut- und Hoffnungslosigkeit (Heigl-Evers et al. 2006) ziehen sich viele Patienten sozial zurück. Depression und suizidale Gedanken sind oft die Folge und im Vergleich zu anderen Hauterkrankungen sehr stark ausgeprägt (Gupta et al. 1998, Kurd et al. 2010, Dowlatshahi et al. 2013, Dalgard et al. 2015). Patienten mit schwerer Psoriasis nehmen 1.5- Mal häufiger Antidepressiva ein wie die Normalbevölkerung. Außerdem ist der Nikotinkonsum stark erhöht, wobei dieser die Genese der Psoriasis zu begünstigen scheint (Neimann et al. 2006, Naldi et al. 1998).

2.2. Neurodermitis

Die Neurodermitis (= Atopische Dermatitis) (ICD-10: L20) ist eine chronisch- oder rezidivierend entzündliche Hauterkrankung, die zu den atopischen Erkrankungen zählt. Sie beginnt meist im Säuglingsalter und manifestiert sich als Milchschorf auf dem beharrten Kopf und den seitlichen Gesichtspartien. Später entwickeln sich nässende juckende Ekzeme mit Papulovesikeln vor allem in den Beugen oder Körperfalten und Handrücken. Das klinische Bild ist geprägt von Kratzspuren, Exkorationen, Lichenifikation der Ekzeme, trockener Haut und quälendem Juckreiz.

Die Krankheit weist verschiedene Schweregrade auf, die je nach Lokalisation und Ausdehnung zur schweren Form der Erythrodermie führen kann und die Lebensqualität des Patienten stark beeinflussen kann. Die meisten Patienten leiden aber unter der leichten Form. Häufige Komplikationen sind bakterielle Infektionen mit

Staphylokokkus aureus, virale Infektionen oder Mykosen. Die Diagnose der Atopischen Dermatitis wird nach den Kriterien von Hanifin und Rajka (1980) gestellt, siehe Tab. 2:

Majorkriterien: Kennzeichen die typische klinische Symptomatik der atopischen Dermatitis

1. Pruritus
2. Ekzemforme an den typischen Prädilektionsstellen
3. Schubweiser Verlauf des Krankheitsbildes
4. Hinweise auf Erkrankungen des atopischen Formenkreises in der Eigen- oder Familienanamnese

Minorkriterien: Kennzeichen einer latenten atopischen Dermatitis

Positive Hauttestung (Typ I)

Erhöhtes Serum-IgE

Neigung zu Hautinfektionen (S. aureus, HSV)

Lichtung der lateralen Augenbrauen (Herthoge-Zeichen)

Doppelte Lidfalte (Dennie Morgan)

Pelzmützenartiger Stirnhaaransatz

Trockene Cheilitis

Weißer Dermographismus

Fehlender bzw. verminderter Rachenreflex (z. T auch Kornealreflex, Sebostase und Xerosis)

Verminderte Schweißsekretion evtl. mit kompensatorischer Hyperhidrosis an

Ellenbeugen Kniekehlen, Stirn, Handflächen und Fußsohlen

Latente Ichthyosis bzw. sog. „Ichthyosishand“ (= vermehrte bzw. vertiefte Handfurchung)

Glanznägel, halonierte Augen

Tab. 2 Major- und Minorkriterien für die Neurodermitis nach Hanifin & Rajka (1980)

Hierbei müssen mindestens 3 Haupt- und 3 Nebenkriterien erfüllt sein.

An der Atopischen Dermatitis leiden 10- 20 % der Kinder in den Industrieländern und sie stellt damit eine häufige Erkrankung im Kindesalter dar. Zusätzlich entwickeln die Kinder nicht selten ein Asthma Bronchiale oder eine Allergische Rhinitis. Bei Erwachsenen liegt die Prävalenz in Deutschland bei 1-3 % (Schäfer 2004, Worm et al. 2006). Die Krankheit hat in den letzten 50 Jahren stark zugenommen, die Ursache ist umstritten. Zum einen wird sie 2 bis 3 Mal häufiger diagnostiziert und zum anderen tragen veränderte Lebensbedingungen dazu bei, dass sie häufiger auftritt.

Ursächlich für den Krankheitsursprung ist neben der genetischen Disposition, die Funktionsstörung der humoralen und zellulären Immunität (Buske- Kirschbaum et al. 1997), die Störung des vegetativen Nervensystems mit Blockade des betaadrenergen Systems und die bestehende Lebenssituation. Besonders Stress und belastende Situationen führen zu einem Krankheitsschub (Seikowski et al. 1999). Psychoimmunologische Studien konnten inzwischen zeigen, dass es unter standardisiertem Stress bei Neurodermitis-Patienten zu einer verstärkten neurogenen Entzündungsreaktion kommt (Peters et al. 2014). Krankheitsschübe können aber auch durch Provokationsfaktoren wie IgE- vermittelte Allergien von Hausstaubmilben, Temperaturfaktoren, hormonellen Schwankungen oder durch bestimmte Textilien beeinflusst werden (AWMF online - S2-Leitlinie Dermatologie: Neurodermitis).

Neurodermitiker leiden meist unter einem sehr starken Juckreiz, der mit dem Kratzen an der betroffenen Stelle beantwortet wird. Meist führt dies zu einer kurzzeitigen Symptomlinderung. Das Kratzen löst aber eine Hautirritation aus und führt anschließend zu einer Entzündungsreaktion, die wiederum zum Juckreiz führt und den so genannten Circulus vitiosus (Juckreiz-Kratz-Zirkel) aufrechterhält. Rechenberger (1979) geht davon aus, dass Spannungsentladungen unbewusster Affekte zu diesem Juckreiz-Kratz-Zirkel geführt haben müssen. Oftmals berichten die Patienten über eine starke Hilflosigkeit gegenüber den massiven Juckreizattacken, die meist als unkontrollierbar wahrgenommen werden und die Hilflosigkeit weiter bestärken. Andere Patienten sprechen über einen inneren Zwang oder eine Sucht kratzen zu müssen (Gieler et al. 2005).

Aufgrund der starken Belastung leiden Neurodermitispatienten an Suizidgedanken, Angst und Depression (Bhatia et al. 1996, Sanna et al. 2014), die mit der Symptomschwere stark korrelieren (Dieris-Hirche et al. 2009, Höring et al. 2008).

Je stärker Angst und Depression ausgeprägt sind, desto höher sind auch die Gedanken an einen Suizidversuch. Neurodermitiker haben keine charakteristischen Persönlichkeitsstrukturen, zeigen aber oft Anspannung, Minderwertigkeitsgefühle und eine starke psychische Belastung. Schleich et al. (1993) konnten zeigen, dass die Patienten keine adäquate Stressbewältigung aufwiesen und durch ein negatives Coping auffielen, wodurch der Krankheitsverlauf als auch die Therapie negativ beeinflusst wurde.

2.3. Urtikaria

Die Urtikaria (ICD 10: L50), Nesselsucht genannt, ist eine Hauterkrankung, die durch das Auftreten von exanthemischen oder lokalisierten Quaddeln, ödematöse Erhabenheiten der Dermis, gekennzeichnet ist, welche mit starkem Juckreiz einhergehen. Die Quaddelschübe treten bevorzugt in den Abend- und Nachtstunden auf. Ursächlich scheint dafür die erniedrigte Kortisolproduktion verantwortlich zu sein.

Die typischen Quaddeln entstehen durch lokale Vasodilatation mit Entwicklung eines Erythems und Erhöhung der Gefäßpermeabilität. Hierbei bildet sich ein Ödem mit Ausbildung eines Erythemhofes. Begleitet wird diese Erkrankung von einem starken Juckreiz. Zusätzlich können sich Angioödeme, Schwellungen in der Gesichtsregion, im Bereich der Mund und Rachenschleimhaut sowie des Kehlkopfes, entwickeln, die zu einer bedrohlichen Luftnot führen können.

Die Urtikaria kann zum einen durch verschiedene innere Reize wie autoimmunologische Prozesse, Systemerkrankungen, Infektionen, Allergien, Nahrungsmittel-unverträglichkeiten, Medikamente und zum anderen durch physikalische Reize wie Wärme, Kälte, Wasser und Licht ausgelöst werden. Die Dauer einer Episode kann Tage bis Wochen gehen. Leider lassen sich die genauen Auslöser nur selten nachweisen.

Die Urtikaria wird nach verschiedenen Gesichtspunkten unterteilt. Zum einen nach dem Verlauf. Hierbei wird eine akute Form, die weniger als 6 Wochen dauert und zu 90 % spontan ausheilt, von einer chronischen Form, die mehr als 6 Wochen geht, unterschieden. Zum anderen wird sie nach dem Pathomechanismus unterschieden. Außerdem gibt es folgende Sonderformen:

- **Kontakturtikaria:** Diese wird in eine allergische und nicht- immunologische Form unterschieden. Die allergische Form wird durch Nahrungsmittel, Insektenstiche oder Arzneistoffe vermittelt. Die zweite wird durch Substanzen ausgelöst, die zu einer Mastzelledegranulation führen können. Es reicht ein einziger Kontakt.

- Cholinerge Urtikaria: Diese tritt nach einer Körpererwärmung, die entweder durch sportliche Betätigung oder nach einem heißen Bad hervorgerufen wurde. Eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Acetylcholin besteht.
- Physikalische Urtikaria: Durch externe Stimuli wie Kälte, Wärme, Druck oder Licht werden Quaddeln provoziert.
- Aquagene Urtikaria: Nach Wasserkontakt entsteht das typische Hautbild, wobei davon ausgegangen wird, dass gelöste Stoffe im Wasser dafür verantwortlich sein sollen.
- Adrenerge Urtikaria: Nach emotionalem Stress kann eine Urtikaria entstehen.

Die Urtikaria ist mit einer Prävalenz von 14,9 % (Trevisonno et al. 2015) und Lebenszeitinzidenz von 20 % (Dirschka et al. 2011) eine der häufigeren Hauterkrankungen. Sie kann sich in jedem Lebensalter manifestieren, am häufigsten ist die Altersgruppe der 20- 40-Jährigen davon betroffen. In der Kindheit findet man eine ausgeglichene Geschlechterverteilung, wohingegen im Erwachsenenalter Frauen doppelt so häufig betroffen sind (Koblenzer 1987). Man geht davon aus, dass jeder 7. einmal im Leben eine Urtikaria entwickelt (Gieler et al. 2006).

Zur Diagnosesicherung entscheidet das klinische Bild und die erhobene Anamnese, zusätzlich können physikalische Testungen und Provokationstestungen mit bestimmten Nahrungsmitteln, allergologische Testungen und spezifische Laboruntersuchungen durchgeführt werden.

Viele Autoren beschreiben den Zusammenhang von Stress und Urtikaria. Erinnerungen an frühere Traumata führen zu einem erneuten Schub (Brosig et al. 2000). Emotionale Belastung, unbewältigte Konflikte und ungenügende Bewältigungsstrategien provozieren häufig einen Krankheitsausbruch. Aber auch umgekehrt konnte festgestellt werden, dass die Erkrankung selbst zu einer psychischen Belastung führt und eine Einschränkung der Lebensqualität nach sich zieht (Gieler et al. 2015).

Patienten mit chronischer Urtikaria weisen neben einer erheblichen Ängstlichkeit und Depressivität, (Staubach et al. 2011, Hergüner et al. 2011, Altinöz et al. 2014) eine Aggressionshemmung auf, die aus einer ungenügenden Steuerung des Aggressionsverhaltens und einer fehlenden Durchsetzung des eigenen Interesses begründet wird (Adler et al. 2006).

Ältere Studien konnten zeigen, dass Psoriatiker im Vergleich zu Patienten, die eine chronische Urtikaria hatten (Fava et al. 1980), als auch zur Normalbevölkerung eine höhere Alexithymie aufwiesen (Rubino et al. 1989 und Allegranti et al. 1994, Hunkin et al. 2012).

2.4. Akne

Die Acne vulgaris (ICD 10: L70) ist eine multifaktorielle, hormonabhängige Erkrankung der Talgdrüsen, die durch eine Verhornungsstörung im Ausgang der Talgdrüsenfollikel und einer verstärkten Talgproduktion zu so genannten Komedonen führt. Kommt es zu einer Entzündung können sich Papeln, Pusteln, Knoten oder Abszesse entwickeln, die später als Narben erkenntlich sein können (Nüchel et al. 2011) Das typische Befallsmuster ist das Gesicht, der Nacken, Rücken, die Axillae und die Brust.

Die Akne ist weltweit die häufigste Hauterkrankung. In der Pubertät leiden bis zu 85% der Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 11- 30 Jahren unter dieser Hauterkrankung (Niemeier et al. 2006).

Genetische Disposition für disponierende Faktoren wie der Seborrhö und Beschaffenheit der Talgdrüsen sind entscheidend für die Ausbildung einer Akne. Hauptursache sind Seborrhö, folliculäre Hyperkeratose und Propionibakterien, die an der Entzündungsreaktion der unteren anaeroben Follikelanteile beteiligt sind. Aber auch der hormonelle Einfluss von Androgenen wirkt sich negativ auf die Talgdrüsen aus, es kommt zur Vergrößerung der Talgdrüsenacini und vermehrten Produktion des Talgs.

Die Akne kann sich in jedem Lebensalter manifestieren und wird nach ihrem Schweregrad in 3 Formen eingeteilt:

- Acne comedonica: Sie tritt nach der Pubertät auf und es entwickeln sich im Gesicht kleine offene und geschlossene Komedonen, die sich rasch bis zum oberen Rumpf ausbreiten können. Das Verhältnis von offenen zu geschlossenen Komedonen beträgt 1: 7.
- Acne papulopustulosa: Aus den Komedonen können sich entzündliche Papeln und Pusteln entwickeln. Bei tiefgreifenden Entzündungen können schmerzhaftes Knoten entstehen. Es besteht die Gefahr der Narbenbildung.
- Acne conglobata: Es ist die schwerste Akneform. Die Seborrhö ist weit stärker ausgeprägt und betrifft meist Männer. Das klinische Bild zeigt multiple entzündliche Abszesse und Knoten sowie intermittierende Fisteln und

Riesenkomedonen, die zu dicken Narben abheilen. Besonders das Gesicht, Schulter, Rücken, Brust und Arme sind betroffen.

Aknepatienten fühlen sich oft durch ihr Hautbild und die Narbenbildung stigmatisiert und entwickeln depressive Tendenzen als auch einen sozialen Rückzug, wodurch sie in ihrem Umfeld stark beeinträchtigt sind (Öztürk et al. 2013, Halvorsen et al. 2011). Der Schweregrad der Erkrankung ist kein Prädiktor für die Ausbildung der Depression, denn auch Menschen mit einer geringen Akne können sich stark beeinträchtigt fühlen (Niemeier et al. 1998).

Gieler, Niemeier, Kupfer und Harth nehmen an, dass bei Patienten mit geringradiger Akne gehäuft Depression und Suizidgedanken zu finden seien und diese unter einer schlechteren Lebensqualität leiden. Bereits Cotterill et al. (1997) belegen in einem Vergleich von männlichen Aknepatienten mit Acne conglobata und anderen Patienten mit Hauterkrankungen, dass diese die höchste Suizidrate aufweisen. Aber auch zahlreiche andere Studien weisen auf eine erhöhte Inzidenz zur Depression und zu Suizidversuchen hin (Koo et al. 1995, Mulder et al. 2001 und Halvorsen et al. 2011, Yang et al. 2014).

Stress ist ebenfalls ein wichtiger Trigger für die Exazerbation (Scholz 1987), aber auch die fehlende Krankheitsbewältigung und die falsche Selbstwahrnehmung sind charakteristisch. Besonders auffällig ist die schlechte Compliance unter den Aknepatienten, die zum einen aus der viel zu hohen Erwartung an den Arztbesuch und zum anderen an dem fehlenden Therapieerfolg als auch der schlechten Arzt-Patienten- Beziehung resultiert. Ängstlichkeit und Pessimismus stehen im Vordergrund (Öztürk et al. 2013).

2.5. Artefakte

Artefakte (ICD 10: L98.1) sind bewusst oder unbewusst hervorgerufene Hautveränderungen und können Ausdruck psychischer oder psychosomatischer Störung sein. Diese Hautveränderungen finden sich nur an gut zugänglichen Hautpartien, wobei Aussparungen schlecht erreichbarer Stellen typisch sind. Primäreffloreszenzen, unmittelbar aus dem krankhaften Prozess entstehende Hautveränderungen wie Papeln oder Pusteln, können nicht gefunden werden. Häufig werden Exkorationen, Einblutungen und Superinfektionen der Haut beobachtet.

Die Selbstschädigung wird mit Hilfe von mechanischer Manipulation wie Drücken, Stauen, Beißen oder Schneiden, giftigen Substanzen zum Einnehmen, selbstinduzierten Infektionen oder unkontrollierter Medikamenteneinnahme erzeugt.

Schwierig ist die Diagnostik, da die Patienten autoaggressives Handeln leugnen. Wegweisend ist das klinische Bild, das keiner typischen Hauterkrankung zugeordnet werden kann.

Die Artefakte werden eingeteilt (Gieler 2007):

- Artefakte als unbewusste Selbstverletzung
- Paarartefakte, Störung der Impulskontrolle führt zur Selbstverletzung (Skin-Picking-Syndrom)
- Simulationen, bewusst vorgetäuschte Verletzungen zwecks Vorteilserlangung (Rentenneurose)

Die Prävalenz ist zwischen 2- 3 % in der Gesamtbevölkerung, 0,6 bis 2 % bei allgemeinmedizinischen, bis zu 5 % bei dermatologischen Patienten und 9 % bei Patienten mit Juckreiz, wobei Frauen mit 80 % öfters betroffen sind (Hoffmann & Hochapel et al. 2009). Männer neigen eher zu Simulationen, die eher in Verbindung mit Begutachtungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Versicherungsbetrug gebracht werden. Die Krankheit manifestiert sich oft schon in der Pubertät oder dem frühen Erwachsenenalter (Gieler 2006).

Die Selbstschädigung geschieht oft im „stillen Kämmerlein“ und wird von dem Patienten nicht bewusst wahrgenommen. Die Patienten schildern oft von einem inneren Druck, der nach vollbrachter Tat zurückgeht und sich gut anfühlt. Patienten mit dem Skin- Picking- Syndrom sind auffällig durch Exkorationen, Erosionen, Krusten und Hyperpigmentierung, die durch ständiges Kratzen entstehen. Besonders sind Arme und Unterschenkel davon betroffen, im Gesicht genannte Erscheinung wird Acne excoriée genannt (Harth & Gieler 2006). In der Anamnese zeigt sich oft kein eindeutiger Hinweis für die entstandene Hautveränderung und es werden, wenn überhaupt nur vage Angaben zur Krankheitsgeschichte gemacht. Viele Hinweise deuten aber auf schwere psychische Traumata in der Kindheit oder Jugend, leichtere Formen auf einen Adoleszenzkonflikt oder Missbrauch von Drogen und Medikamenten hin (Jafferany, M. 2007).

Artefakte sind oft auch eine Komorbidität der Depression, posttraumatischen Belastungsstörung und Zwangsstörung. Im Vergleich mit Urtikariapatienten waren diese weniger alexithym und verärgerter. positive Korrelation zwischen Ärger und Alexithymie (Calikusu et al. 2002). Patienten mit Artefakten zeigen oft auch Persönlichkeitsstörungen, zu den häufigsten gehören die Borderline-, Narzisstische,

Histrionische, Dissoziale und Abhängige Persönlichkeitsstörung (Harth & Gieler 2006). In einer Studie von Kapfhammer et al. (1998) kommt es bei 30 % der Patienten zu einem Suizid.

Eine neuere Einteilung der selbstverletzenden Störungen wurde von der europäischen Psychodermatologie-Arbeitsgruppe dargestellt und zwischen Artefakten im engeren Sinne und Skin Picking Syndrom unterschieden (Gieler et al. 2013).

2.6. Körperdysmorphie Störung

„Dieser Zwang ist die perfekte Folter. Ich wäre lieber blind oder würde beide Arme hergeben. Es wäre besser, Krebs zu haben, weil alles mich nicht so isolieren würde wie diese Krankheit. Die Leute würden endlich glauben, dass mit mir etwas nicht in Ordnung ist. Sie würden es nicht bagatellisieren. Ich könnte mit Leuten darüber sprechen und sie würden es verstehen.“, Zitat eines 21-jährigen Patienten (Phillips et al. 2005).

Die Körperdysmorphie Störung (ICD 10: F45.2) wurde das erste Mal von Enrico Morselli im Jahre 1886 beschrieben und ist gekennzeichnet durch eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten „Mangel“ oder der befürchteten Entstellung des äußeren Erscheinungsbildes.

Diese „Mängel“ können für den Untersucher kaum oder gar nicht objektivierbar gemacht werden, führen aber bei den Patienten zu einer starken Einschränkung im sozialen als auch beruflichen Umfeld.

Zu den Körperdysmorphen Störungen zählen Subtypen wie das Dorian- Gray-Syndrom, eine Kombination aus dem deutlich lebensprägenden Verlangen nicht alt werden zu wollen, die Nutzung von Life-Style-Medikation bzw. kosmetischer Dermatologie und einer Körperdysmorphen Störung (Brosig et al. 2001) und die regionsbezogenen Störungen, die hauptsächlich das Gesicht, die Brust und den Genitalbereich betreffen. Hierbei werden die Proportionen von Nase, Auge, Mund, Brust oder Genital als auch die Hautqualität mit ihrer Porengröße, Gefäßzeichnung und Pigmentierung bemängelt (Arolt, Reimer, Dilling 2007).

Als Kriterien für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung gilt nach der DSM IV („diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“):

- Übermäßige Beschäftigung mit imaginiertem Mangel oder Entstellung im äußeren Erscheinungsbild

- Starker Leidensdruck sowie Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld
- Ausschluß anderer ursächlicher psychischer Störungen (z.B. Körperschemastörung bei Anorexia Nervosa)

Die Prävalenz der Körperdysmorphen Störung wird zwischen 1- 4 % in der amerikanischen Bevölkerung angegeben (Phillips et al. 1993). In einer Untersuchung an amerikanischen Studenten haben 4 % der Studenten die Kriterien der DSM IV für eine Körperdysmorphie Störung erfüllt (Bohne et al. 2002), die auch verglichen mit den deutschen Studenten ähnelt. In der Gesamtbevölkerung wird die Inzidenz zwischen 1- 4 % und in dermatologischen Praxen bis 23 % angegeben (Dirschka et al. 2011). Frauen entwickeln die Körperdysmorphie Störung zwischen dem 35.- 50. Lebensjahr, Männern vor dem 35. Lebensjahr (Phillips et al. 1996). Frauen sind mit 60 % etwas häufiger betroffen.

Verschiedenste Theorien gehen von einer Störung der intrapsychischen Körperpräsentation aus. Veale et al. (2003) stellt mit seiner „self- discrepancy- theory“ auf, dass das Selbst- Ideal und Selbst- Sein- Wollen unterschiedlich ausgeprägt ist. Der am häufigsten dargestellte Erklärungsansatz beschreibt eine fehlerhafte Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Erscheinungsbildes, die zur Fehlentwicklung geführt haben muss (Veale et al. 2001, 2003) Genetische Faktoren scheinen auch eine wichtige Rolle für die Krankheitsentstehung zu sein. In einer Familienstudie hatten 8 % der Patienten mit Körperdysmorpher Störung Familienmitglieder, die dieselbe Diagnose gestellt bekommen hatten und 7 % eine Zwangsstörung aufwiesen (Bienvenu et al. 2009).

Aus neurobiologischer Sicht wird von einem Ungleichgewicht des Serotonins ausgegangen, dass auf die gute Ansprechbarkeit von Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zurückzuführen ist. Psychodynamisch wird von einem Separations- und Abhängigkeitskonflikt in der frühen Kindheit ausgegangen (Gieler et al. 2003).

Besonders die hohe Komorbidität von Depression, Angsterkrankungen und sozialer Phobie ist auffällig (Buhlmann et al. 2002, van der Meer et al. 2012, Brohede et al. 2015). Auch eine gesteigerte Suizidalität wird von vielen Autoren beschrieben (Buhlmann et al. 2010, Garcia- Parajua et al. 2003, Phillips et al. 2000). Häufig liegt ein auslösendes Ereignis wie eine Kränkung oder ein verdrängter psychischer Konflikt vor, der durch ein unsicheres Bindungsmuster und bestehende Selbstwertzweifel zu einer hypochondrischen Entwicklung beigetragen hat (Harth & Gieler 2006). Ohne Aufdeckung und Behandlung scheint die Prognose erfolglos zu sein.

In der Dermatologie als auch der Psychosomatik sind Patienten mit der Körperdysmorphen Störung die bedeutendste Gruppe unter den Problemfällen, weil sich die Therapie als besonders schwer gestaltet (Gieler et al. 2006).

3. Psychische Erkrankungen

3.1. Depression

Die Depression hergeleitet aus dem Lateinischen „deprimere“ bedeutet niederdrücken. Diese Erkrankung umfasst einen charakteristischen Symptomkomplex, der zu einer starken Lebenseinschränkung führt.

Die depressive oder rezidivierend depressive Episode (ICD 10: F32 und F33) betrifft rund 5 % der deutschen Bevölkerung, sie ist lt. Murray und Lopez (1996) die häufigste Erkrankung weltweit und nimmt besonders in den jüngeren Altersgruppen zu (Alonso et al. 2004). Anhand der Auswertung der deutschen Rentenversicherung von 2007 zeigt sich, dass die psychischen Erkrankungen seit 1983 deutlich häufiger auftreten und zu einer Berufsunfähigkeit geführt haben (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2007, S. 74f). Gemessen an der Lebenszeitprävalenz scheinen Patienten mit unipolarer Depression länger beeinträchtigt zu sein als Menschen mit Erkrankungen wie der COPD oder dem Diabetes mellitus. Die folgende Graphik aus dem WHO-Report 2001 verdeutlicht das:

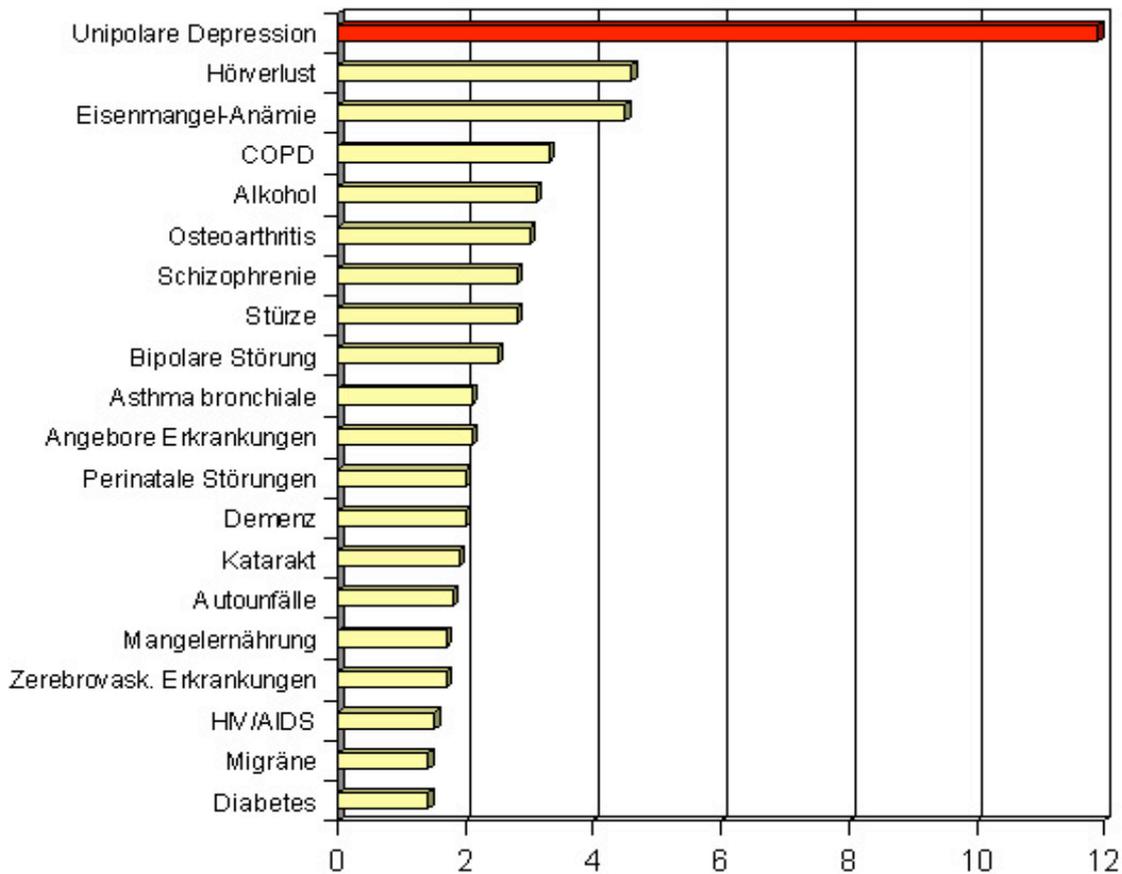


Abb. 1 Lebenszeitprävalenz verschiedener Erkrankungen nach Härter (2007)

Die Depression ist charakterisiert durch die Störung des Affektes, des Antriebes, der kognitiven Fähigkeiten und der Ausbildung von somatischen Beschwerden. Die Patienten sind niedergeschlagen, hilflos und verzweifelt, die sich kreisenden Gedanken sind pessimistisch, Selbstvorwürfe und ein geringes Selbstbewusstsein sind typisch. Sie haben weder Interesse an einem Hobby noch soziale Kontakte zu wahren. Antriebsarmut, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Entscheidungsschwierigkeiten und Desinteresse sind geprägt von dem Verhalten.

Oft entwickeln diese Patienten somatische Symptome wie ein Stechen in der Brust, Schlafschwierigkeiten, Libido Verlust oder ein verändertes Essverhalten (Senf & Broda 2000).

Mindestens zwei der Hauptsymptome depressive Verstimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit, Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit müssen für die Diagnosesicherung nach der ICD 10 zwei Wochen oder länger bestehen. Der jeweilige Schweregrad wird aufgrund von weiteren Begleitsymptomen bestimmt.

Die Punktprävalenz für Depression liegt bei 5 % und die Lebenszeitprävalenz bei etwa 14- 20 % in der Gesamtbevölkerung (Alonso et al. 2004, Wittchen et al. 2001). Frauen

erkranken doppelt so häufig an einer Depression als Männer. Besonders auffällig ist die erhöhte Prävalenz und Inzidenz für Depression bei Frauen innerhalb der reproduktiven Jahre (Neises, Loew 2011). Die Altersgipfel liegen zum einen zwischen 20- 29 Jahren und 50- 59 Jahren (Arolt, Reimer, Dilling 2007).

Die Krankheitsentstehung ist multifaktoriell bedingt und wird durch genetische, neurologische, biochemische und soziale Faktoren beeinflusst. Typische Risikofaktoren sind das weibliche Geschlecht, ein schwaches soziales Netzwerk und sozioökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit oder ein niedriges Bildungsniveau (www.depressions-leitlinien.de).

In Familien- und Zwillingsstudien wurde die genetische Disposition auf bestimmten Chromosomen nachgewiesen. Verwandte von depressiven Patienten haben ein drei bis fünffach höheres Risiko selbst daran zu erkranken (Farmer et al. 2000, Weismann et al. 2006). Zwillingsstudien belegen eine erhöhte Erbllichkeit von unipolaren Erkrankungen zwischen 35- 70 % (Sullivan et al. 2000). In einer Follow-up- Studie von 9 Jahren wurde bei depressiven Menschen eine erhöhte Mortalität festgestellt, die durch die körperliche Aktivität, somatischen Erkrankungen und Beeinträchtigung der körperlichen und kognitiven Funktionen begründet schien (White et al. 2015).

Aus neurobiologischer Sicht ist das Gleichgewicht der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin gestört und kann zur Ausbildung einer Depression beigetragen. Mit bildgebenden Methoden wie dem MRT oder Pet- CT konnte man eine Verminderung des Frontal- und Parietallappens, des Hippokampus und der Basalganglien erkennen. Ursächlich scheint chronischer Stress sein, der zu einer vermehrten Cortisolausschüttung führt und empfindliche Regionen des Gehirns schädigt.

Neben den genetischen und neurologischen Komponenten tragen ungünstige Umweltfaktoren zur Entstehung einer depressiven Störung bei. Studien der Life- event- Forschung zeigen ein stark erhöhtes Risiko nach Vernachlässigung und Missbrauch (Brown et al. 2007). Eine schwere Traumatisierung führt zu einem früheren Erkrankungsalter, zu einem schlechteren Ansprechen auf Antidepressiva und einem erhöhten Risiko für einen rezidivierenden Verlauf (Schulte- Körne et al. 2008).

Verlusterlebnisse, besonders der Tod von Bezugspersonen ist für eine Auslösung entscheidend (Brent et al. 1993). Traumatische Erlebnisse in der Kindheit, Arbeitslosigkeit, Armut und Isolation von der Ursprungsfamilie zählen zu den psychischen Risikofaktoren (Arolt, Reimer, Dilling 2007).

Der größte Anteil an Suiziden geschieht aufgrund von akuten Belastungssituationen, die als unerträglich und unausweichlich verarbeitet werden. Menschen, die über geringe Coping- Mechanismen verfügen, reagieren mit einer depressiven Bewältigungsstrategie.

Bei 50 % aller Suizide liegen psychische Störungen vor, von denen 40- 60 % eine Depression aufweisen (Brunnhuber & Lieb 1996). Das Komorbiditätsrisiko für psychische Störungen wie Angsterkrankungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist hoch.

3.2. Alexithymie

Die Termini „Infantile Persönlichkeit“ (Ruesch, 1948), „pensée opératoire“ (Marty und M'Uzan, 1978), „Pinocchio-Syndrom“ (Sellschopp-Rüppell und Rad, 1977) oder „Alexithymie“ (Sifneos, 1973) bezeichnen alle eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur. Etabliert hat sich der Begriff Alexithymie, wörtlich: „Gefühle- nicht- Lesen- Können“ aus dem Griechischen, basierend auf der Untersuchung des amerikanischen Psychiaters Peter Sifneos (1920–2008), der sich mit den kognitiven und affektiven Eigenarten von psychosomatischen Patienten befasste (Sifneos, 1973).

Die Alexithymie greift das gemeinsame Hauptmerkmal auf, nämlich das Unvermögen, Gefühle wahrzunehmen und angemessen in Worte zu beschreiben. Weitere typische Persönlichkeitsmerkmale wurden 1976 auf der 11. Europäischen Konferenz zur Psychosomatischen Forschung in Heidelberg wie folgt beschrieben:

- Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen und bei deren Abgrenzung von körperlichen Empfindungen, hervorgerufen durch emotionale Erregung
- Schwierigkeiten, die eigenen Gefühle anderen darzulegen
- Eingeschränkte Vorstellungskraft, sich beispielsweise äußernd in Phantasiearmut
- Reizgebundener, external orientierter kognitiver Stil

Der Grad der individuellen Ausprägung von alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen ist multifaktoriell bedingt. In entwicklungspsychologischen Konzepten wurden traumatische Bindungserfahrungen in der frühen Mutter- Kind- Beziehung als Grund der gestörten Affektverarbeitung mit Ausbildung alexithymer Charaktereigenschaften verantwortlich gemacht (Nemiah et al. 1977). Auch soziokulturelle Faktoren mit der Überbetonung zweckgerichteten Funktionierens in der Industriegesellschaft scheinen eine Ursache zu sein. Aber auch schwere traumatische Erlebnisse im

Erwachsenenalter scheinen eine gestörte Affektverarbeitung hervorzurufen (Fukunishi et al. 1992). Dennoch scheint Alexithymie weitgehend unabhängig von der jeweiligen Schulbildung, Intelligenz und dem sozioökonomischen Status zu sein (Kauhanen et al. 1993). In einer norwegischen Zwillingsstudie konnte man die Erbllichkeit alexithymer Charakteristika zeigen (Heiberg und Heiberg, 1977).

Aus neurobiologischer Sicht konnte man einen gestörten interhemisphärischen Transfer zwischen dem limbischen System und dem präfrontalen Cortex und eine funktionelle Veränderung im Bereich des anterioren Gyrus cinguli für die Entwicklung stark alexithymer Züge aufdecken.

Einige Autoren beschreiben den Zusammenhang von Alexithymie und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere von Hautkrankheiten psychischer Genese (vgl. Picardi et al. 2006, Picardi et al. 2005).

Die Alexithymie wird mit Hautkrankheiten wie der Alopecia areata, Psoriasis, Atopischen Dermatitis, Vitiligo und Chronischen Urticaria assoziiert (Willemsen et al. 2008).

In einer Untersuchung an 33 Plaque- Psoriasis Patienten im Vergleich mit Hautpatienten, die keine der Diagnosen Alopecia, Akne, Atopische Dermatiis, Vitiligo, Urticara, Lichen planus, Pruritus und Seborrhoische Dermatitis hatten, scheint die Prävalenz für Alexithymie vergleichsweise höher zu sein (Picardi et al. 2005).

In einer Vergleichsstudie von 60 Patienten mit Psoriasis, Chronischer Urikaria und Pilzinfektionen auf ihre Demographie, den psychischen Stress und die Alexithymie wiesen Patienten mit chronischer Urtikaria einen höheren Alexithymie- und Depressionsscore auf (Fava et al. 1980).

Artefaktpatienten, speziell Patienten mit dem Skin- Picking- Syndrom, und Urtikariapatienten fielen zum einen durch ihr erhöhtes Ärgerniveau und zum anderen durch einen höheren Alexithymiegrad auf (Calikusu et al. 2002).

Besonders die Neurodermitis- und Urtikariapatienten scheinen im Vergleich mit Hautgesunden stärker alexithym zu sein (Dieris-Hirche et al. 2012, Korkoliakou et al. 2014).

Eine jüngste Studie belegt, dass die Subskala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ des TAS-20 ein signifikanter Prädiktor für eine reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität ist (Garcia et al. 2010).

4. Methodik und Patienten

4.1. Studienbeschreibung

In der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive Auswertung von Patienten der Psychosomatischen Ambulanz der Justus-Liebig-Universität (n=1204) aus den Jahren 2000–2009.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, im Rahmen einer Vergleichsstudie einen Überblick zu gewinnen, wie sehr sich die Gruppen bezüglich der psychischen und physischen Belastung unterscheiden werden. Dazu wurden alle Patienten, die sich in den Jahren 2000-2009 in der psychosomatischen Ambulanz der Justus-Liebig-Universität vorstellten, mit Hilfe des IIP-, SCL90-, GBB- und TAS20- Fragebogen zu ihrem Beschwerdebild anonymisiert ausgewertet.

4.1.1. Rekrutierung der Patienten und die Ausschlusskriterien

Das Gesamtkollektiv umfasst alle Patienten, die in den Jahren 2000-2009 die Psychodermatologische Klinik der Justus-Liebig-Universität besuchten, älter als 18 Jahre waren und im System registriert wurden.

Aus diesem Gesamtkollektiv werden alle Patienten mit dermatologischen Begleiterkrankungen, mit der Körperdysmorphen Störung und depressiven Haupterkrankungen herausgesucht.

In die erste Gruppe „Psychodermatologische Patienten“ werden Patienten mit Hauterkrankungen (L- Diagnose) und der Körperdysmorphen Störung (F45.2), die sich in der psychosomatischen Ambulanz vorstellten, mittels der ICD 10- Diagnose eingeschlossen. Dafür ist es wichtig, dass sich die Diagnosen nicht überschneiden dürfen. Ist dies der Fall, wurde der Patient ausgeschlossen.

In die zweite Gruppe „Depressive Patienten“ werden Patienten ebenfalls mit Hilfe der ICD- Diagnose depressive Störung (F32) und rezidivierende depressive Störung (F33) eingeschlossen. Es dürfen keine weiteren Nebendiagnosen vorliegen, ansonsten wird der Patient ausgeschlossen.

4.1.2. Beschreibung der Stichproben und Einteilung der Diagnose-Gruppen

Aus dem Gesamtkollektiv wurden zwei Patientengruppen genauer angeschaut, die Gruppe der „Psychodermatologischen Patienten“ und die der „Depressiven Patienten“. Aus dieser Gesamtpopulation wurden nun alle Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen herausgesucht.

Die Einschlusskriterien wurden anhand der Diagnosestellung mittels der ICD 10 festgelegt und die Patienten mit einer L- und F 45. 2- Diagnose in die erste Gruppe der „Psychodermatologischen Patienten“ eingeschlossen. Dabei war es nicht wichtig, ob es sich hierbei um eine Haupt- oder Nebendiagnose handelte oder weitere Diagnosen gestellt wurden.

Die Gruppe der „Psychodermatologischen Patienten“ wurde dann näher betrachtet und in jeweils 6 Untergruppen nach der ICD 10 aufgeteilt:

- | | |
|-----------------------------|--------|
| 1. Neurodermitis | L 20 |
| 2. Psoriasis | L 40 |
| 3. Urtikaria | L 50 |
| 4. Akne | L 70 |
| 5. Artefakte | L 98 |
| 6. Körperdysmorphie Störung | F 45.2 |

Bei der Aufteilung der „Psychodermatologischen Patienten“ in die weiteren Untergruppen spielte es eine Rolle, dass sich die L- Diagnosen nicht überschneiden. Deshalb wurden Patienten mit zwei sich überschneidenden L- Diagnosen aus der Gruppe herausgenommen.

Die Vergleichsgruppe wurde ebenfalls aus dem Gesamtkollektiv herausgesucht. Hierbei gingen nach der ICD 10 nur Patienten mit der Hauptdiagnose Depression (F 32 und F 33) ein und bildeten die Gruppe „Depressive Patienten“. Hierbei war es wichtig, dass die Patienten mit der Hauptdiagnose Depression keine weiteren Nebendiagnosen haben durften.

4.1.3. Arbeitshypothesen

Basierend auf der Auswahl von Störungsbildern und Therapieevaluierungsinstrumenten wurden theoriegestützte Hypothesen bezüglich der Unterschiede der einzelnen Gruppen untersucht. Aufgrund der Überlegungen ist zu erwarten, dass sich die einzelnen Gruppen folgendermaßen unterscheiden werden:

1. Aknepatienten und Patienten mit Körperdysmorphen Störungen unterscheiden sich in ihrer interpersonellen Konfliktsituation.

2. Artefaktpatienten haben stärkere interpersonelle Probleme als die restlichen Hautgruppen.
3. Psoriasis- und Aknepatienten haben eine stärkere interpersonelle Belastung als Neurodermitis- und Urtikaria- Patienten.
4. Urtikariapatienten haben eine stärkere Alexithymieausprägung als Psoriasispatienten.
5. Psoriasispatienten sind im Vergleich zu Neurodermitispatienten stärker alexithym.
6. Depressive Patienten leiden stärker an Alexithymie als Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten.
7. Es ist zu erwarten, dass depressive Patienten und Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten die gleiche psychische Belastung haben.
8. Hautpatienten leiden stärker an paranoiden Wahnvorstellungen als Depressive Patienten.
9. Depressive Patienten haben stärkere körperliche Beschwerden im Vergleich zu den psychodermatologischen Patienten.

4.2. Psychometrische Verfahren

Die Ambulanzpatienten in der Psychosomatik mussten zu Beginn ihrer Therapie die Fragebögen SCL-90, GBB, TAS-20, IIP-D und den Fragebogen zur Selbstauskunft ausfüllen. In dem Anamnesegespräch mit dem Therapeuten wurde der Patient aufgrund seines physischen und psychischen Zustands in verschiedene Funktionsniveaus eingeteilt, die im Einzelnen beschrieben werden.

4.2.1. SCL- 90 Fragebogen

Die Symptom- Checkliste von Derogatis (SCL- 90) ist ein Messinstrument zur Erfassung psychischer und vegetativer Symptome innerhalb der letzten sieben Tage und dient der Ursachenforschung psychopathologischer Beteiligung.

Die 90 Fragen werden jeweils durch eine fünfstufige Likert- Skala von „Überhaupt nicht“ = 0 bis „Sehr stark“ = 4 eingeteilt und in neun Skalen zusammengefasst:

- Somatisierung (12 Items),
einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen
- Zwanghaftigkeit (10 Items),
leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items),
leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
- Depressivität (13 Items),
Traurigkeit bis hin zur schwer ausgeprägten depressiven Syndromen
- Ängstlichkeit (10 Items),
Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu starker Angst
- Aggressivität/ Feindseligkeit (6 Items),
Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
- Phobische Angst (7 Items),
leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst
- Paranoides Denken (6 Items),
Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken
- Psychotizismus (10 Items),
das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischen Erlebens

Außerdem werden Globale Kennwerte wie der GSI, PSDI und PST gebildet: Der GSI misst die psychische Belastung, der PSDI die Intensität im Antwortverhalten und der PST die Anzahl der Symptome, die mit einer Belastung behaftet sind. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen für klinische Stichproben zwischen $r = .79$ und $r = .89$. Die Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von einer Woche liegt im guten Bereich. Den Items kann „face validity“ zugesprochen werden. Die Bearbeitungsdauer umfasst ca. 15 Minuten (G.H. Franke 2002).

4.2.2. GBB- Fragebogen

Der Giessener Beschwerdebogen (GBB) ist ein psychodiagnostisches Verfahren, um zeitökonomisch psychosomatische Beschwerden und den verursachten Beschwerdedruck zu erfassen. Er wurde 1967 in der Psychosomatik der Justus-Liebig-Universität Giessen von Brähler et al. entwickelt und 1995 von Brähler E. und Scheer, J.W. überarbeitet. Er enthält 57 Items aus den Bereichen Allgemeinbefinden, Vegetativum, Schmerzen und Emotionalität, die mit der Skala 0= nicht und 4= stark zu beantworten ist. Im Anschluss wird von dem Patienten verlangt, die Symptome der psychischen oder körperlichen Seite zuzuordnen.

Bei der Testauswertung muss auf die Items geachtet werden, die mit „stark“ angekreuzt sind. Des Weiteren werden je sechs Beschwerden zu vier Skalen zusammengefasst:

- Erschöpfung
- Magenbeschwerden
- Gliederschmerzen
- Herzbeschwerden

Eine fünfte Skala „Beschwerdedruck“ wird durch alle 24 Items aus den vier Skalen erfasst. Getrennt nach Alter und Geschlecht gibt es Normwerte für dieses Testverfahren. Die Durchführung und Auswertung des GBB-24 erfolgt standardisiert und ist deshalb als objektiv einzuschätzen. Alle Skalen des GBB-24 besitzen eine gute interne Konsistenz. Die Bearbeitung des Testes dauert ca. 10 Minuten (Brähler et al. 1995).

4.2.3. IIP- Fragebogen

Das Inventory of Interpersonal Problems (IIP) dient der Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, d.h. zu Problemen im Umgang mit anderen Menschen. Er besteht aus 64 Items, die zu acht Skalen zusammengefasst wurden:

- Zu autokratisch/ dominant - Probleme, die verbunden sind mit Kontrolle und Manipulation anderer, Aggressionen und Versuchen, andere zu verändern
- Zu streitsüchtig/ konkurrierend- Misstrauen und Argwohn; Unfähigkeit, sich um Bedürfnisse und das Glück anderer zu kümmern

- Zu abweisend/ kalt- Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken und Liebe für eine andere Person zu empfinden; Schwierigkeiten, langfristige Verpflichtungen einzugehen; Unfähigkeit, großzügig zu sein, mit anderen auszukommen und anderen zu vergeben
- Zu introvertiert/ sozial vermeidend- Personen fühlen sich ängstlich und verlegen in der Gegenwart anderer und haben Schwierigkeiten, soziale Interaktionen einzuleiten, Empfindungen auszudrücken und gesellschaftlich mit anderen zu verkehren
- Zu selbstunsicher/ unterwürfig- Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen; Unbehagen in autoritären Rollen, Unfähigkeit sich zu behaupten
- Zu ausnutzbar/ nachgiebig- Schwierigkeiten, Ärger zu fühlen und zu zeigen, aus Angst andere zu kränken. Personen beschreiben sich als leichtgläubig und leicht auszunutzen
- Zu fürsorglich/ freundlich- Personen ist es sehr wichtig, anderen zu gefallen, sie sind zu großzügig, vertrauensvoll im Umgang mit anderen und sorgen sich zu viel
- Zu expressiv/ aufdringlich- unangemessene Offenheit, Aufmerksamkeitssuche; Schwierigkeit, alleine zu sein

Die acht Skalen werden mit Hilfe von Skalenmittelwerten ausgewertet. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .81$ und $r = .90$. Sowohl für die amerikanische Originalversion («Inventory of Interpersonal Problems») als auch für die deutsche Fassung liegen eine Reihe von Validierungsstudien vor, die zeigen, dass das Instrument zwischen klinischen Gruppen differenziert, sich zur Indikationsstellung bzw. Prognose in verschiedenen Formen von Psychotherapie eignet und dass die interpersonale Problematik mit anderen klinischen Merkmalen und Konstrukten (z.B. Bindungsstile, Personenschemata) in Zusammenhang steht. Die Bearbeitungsdauer umfasst ca. 15 Minuten (Horowitz et al. 2000).

4.2.4. TAS 20- Fragebogen

Die Toronto- Alexithymie- Skala (TAS- 20) erfasst die subjektive Einschätzung von unterschiedlichen Ebenen der Alexithymie.

Das Testverfahren, bestehend aus 20 Fragen, wird in drei Skalen eingeteilt:

- Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen

- Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
- extern orientiertem Denkstil

Ebenfalls werden die Items zu einer Gesamtskala zusammengefasst. Die Antworten werden nach der Likert Skala von 1= trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu eingestuft. Es wurden die von Parker et al. (1993) empfohlenen, empirisch begründeten Cut- off- Werte verwendet (≤ 51 = nicht alexithym, ≥ 61 = alexithym, 52-60 = Indifferenzbereich). Bei der statistischen Auswertung wurden die Itemwerte durch zwanzig geteilt, womit die Cut- off- Werte neu definiert wurden: $\geq 3,05$ = alexithym, 2,6- 3,00 Indifferenzbereich, $\leq 2,55$ nicht alexithym.

Die Koeffizienten für interne Konsistenz ($\alpha=.81$) und die Split- Half- Reliabilität ($r= .77$) sind ausrechend gut. Die Bearbeitungsdauer umfasst durchschnittlich 5- 10 Minuten (Bagby et al. 1994).

4.2.5. BSS- Score

Der Beeinträchtigungsschwere- Score (BSS) von H. Schepank umfasst die körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung sowohl in den letzten 7 Tagen als auch in den letzten 12 Monaten.

Der Beeinträchtigungsschwere- Score wird von dem Therapeuten durch eine vorgegebene Skalierung von 0 bis 4 objektiv im Gespräch mit dem Patienten erfasst.

Die Skalierung ist fünfstufig mit 0= gar nicht bis 4= extrem. Er dient der Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Der Summenwert ergibt den Schweregrad zwischen 0 und max. 12, die Punktwerte der drei Dimensionen „psychogen-körperlich“, „psychisch“ und „sozialkommunikativ“ ergeben ein Profil der Beeinträchtigung. Ab einem Summenwert von $>_5$ wird von einer psychogenen Beeinträchtigung ausgegangen. Die Reliabilität liegt bei $r =.90$.

4.2.6. Statistische Hypothesen

1. H_0 : Patienten mit Körperdysmorpher Störung und Akne unterscheiden sich nicht in ihren interpersonellen Problemen im IIP gesamt.
 H_1 : Patienten mit Körperdysmorpher Störung haben eine stärkere interpersonelle Konfliktsituation als Aknepatienten im IIP Gesamt.
2. H_0 : Artefaktpatienten unterscheiden sich in ihren interpersonellen Problemen im IIP Gesamt von den anderen Hautgruppen nicht.
 H_1 : Artefaktpatienten weisen stärkere interpersonelle Probleme im IIP gesamt auf als die anderen Hautgruppen.
3. H_0 : Psoriasis- und Aknepatienten weisen in der IIP gesamt keine stärkere Ausprägung auf als Neurodermitis- Patienten.
 H_1 : Psoriasis- und Aknepatienten weisen in der IIP gesamt eine stärkere Ausprägung auf als Neurodermitis- Patienten
4. H_0 : Urtikaria- Patienten zeigen im TAS 20 gesamt keine stärkeren Alexithymiewerte als Psoriasis- Patienten.
 H_1 : Urtikaria- Patienten zeigen im TAS 20 gesamt stärkere Alexithymiewerte als Psoriasis- Patienten.
5. H_0 : Psoriasis-Patienten geben im TAS 20 gesamt keine höheren Alexithymiewerte an als Neurodermitispatienten.
 H_1 : Psoriasis-Patienten geben im TAS 20 gesamt höhere Alexithymiewerte an als Neurodermitispatienten.
6. H_0 : Patienten mit psychosomatischen Krankheiten zeigen im TAS 20 gesamt höhere Werte für Alexithymie als Patienten mit Depression.
 H_1 : Patienten mit psychosomatischen Krankheiten zeigen im TAS 20 gesamt keine höheren Werte für Alexithymie als Patienten mit Depression.
7. H_0 : Hautpatienten unterscheiden sich im SCL 90 gesamt nicht von den Depressionspatienten.
 H_1 : Hautpatienten unterscheiden sich im SCL 90 gesamt von den Depressionspatienten.

8. H_0 : Hautpatienten haben keine höheren Werte in der paranoiden Skala des SCL90 als Depressionspatienten.

H_1 : Hautpatienten haben höhere Werte in der paranoiden Skala des SCL90 als Depressionspatienten.

9. H_0 : Depressionspatienten haben keine stärkeren Körperbeschwerden im GBB gesamt als Hautpatienten.

H_1 : Depressionspatienten haben stärkere Körperbeschwerden im GBB gesamt als Hautpatienten.

4.3. Datenauswertung und Statistik

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte am Institut für medizinische Psychologie der Justus-Liebig-Universität in Giessen. Die Daten wurden durch Herrn PD Dr. J. Kupfer mittels des Statistik- Programms SPSS 19 bearbeitet. Im ersten Schritt wurden die Daten in drei Gruppen eingeteilt, die Gruppe Haut (1), Depression (2) und Haut/ Depression (3). Im zweiten Schritt wurde die Hautgruppe in 6 weitere Untergruppen 1- Neurodermitis, 2 Psoriasis, 3 Urtikaria, 4 Akne, 5 Artefakte, 6 Körperdysmorphie Störung eingeteilt und wie folgt miteinander verglichen.

Je nach Fragestellung wurde für die deskriptive Statistik berechnet: Mittelwert, Standardabweichung, Standardfehler, 95 % Konfidenzintervall für den Mittelwert, Minimum und Maximum.

Die Korrelationen wurden mit dem Chi- Quadrat-Test nach Pearson, der Scheffè-Prozedur und Levene- Statistik mit einem Signifikanzniveau von 0,05 berechnet.

5. Ergebnisse

5.1. Stichprobenbeschreibung

5.1.1. Patientengeschlecht

In den Jahren 2000- 2009 stellten sich insgesamt 1204 Patienten mit den Diagnosen Depression, Neurodermitis, Psoriasis, Urtikaria, Akne, Artefakten und der Körperdysmorphen Störung in der Psychosomatischen Ambulanz der Justus-Liebig-Universität vor.

Die Untersuchung der Stichproben bezüglich des Geschlechtes zeigt statistisch signifikante Gruppenunterschiede ($p= 0.001$).

Bei den Hautpatienten (N= 440) waren 156 Männer und 284 Frauen zu verzeichnen. Unter den Depressionspatienten (N= 622) war das männliche Geschlecht mit 34 % und das weibliche Geschlecht mit 66 % verteilt. Die Gruppe mit beiden Diagnosen hatte einen noch geringeren männlichen Anteil (N= 36) als die anderen Gruppen.

Es zeigte sich aber in allen Gruppen ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts mit ca. 70- 80 %.

	Haut N= 440	Depression N= 622	H/ D N= 142
Männlich	35 %	34 %	42 %
Weiblich	65 %	66 %	76 %

H/D- Patienten mit Hauterkrankung und Depression, **N=** Anzahl

Tab.3 Ergebnisse Geschlechts nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

Bei der weiteren Betrachtung der Hautpatienten fiel ebenfalls auf, dass das weibliche Geschlecht in fast allen Gruppen stärker vertreten war. Eine Ausnahme machte die Gruppe der Psoriasis-Patienten (N= 55), bei der das männliche Geschlecht mit 55 % überwog.

	Neurodermitis N= 163	Psoriasis N= 55	Urtikaria N= 40	Akne N= 60	Artefakte N= 17	KDS N= 101
Männlich	31 %	55 %	40 %	18 %	24 %	42 %
Weiblich	69 %	45 %	60 %	82 %	76 %	58 %

KDS- Körperdysmorphie Störung, **N-** Anzahl

Tab. 4 Ergebnisse Geschlecht nach den Hautgruppen

5.1.2. Patientenalter

Die Untersuchung der Stichproben auf das Alter zeigte statistisch signifikante Unterschiede $p < 0.001$ (siehe Tabelle 1).

Bei den Hautpatienten liegt der Altersdurchschnitt bei 36,48 Jahren mit einer SD von 13,42, bei den Depressionspatienten 39,80 Jahren mit einer SD von 12,33 und bei Patienten mit einer Hauterkrankung und Depression 41,59 Jahren mit einer SD von 12,91.

Alter		
	Mittelwert	SD
Haut	36,48	13,42
Depression	39,8	12,33
Haut/Depression	41,59	12,91

SD- Standardabweichung

Tab. 5 Ergebnisse Alter nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

Bei den Untergruppen liegt der Altersdurchschnitt bei Neurodermitispatienten bei 35,10 Jahren, bei Psoriasispatienten 42,4 Jahren, bei Urtikariapatienten 41,21 Jahre, bei Aknepatienten 35,32 Jahre, Artefaktpatienten 38,18 und KDS- Patienten 35,11 Jahre.

Alter		
	Mittelwert	SD
Neurodermitis	35,1	13,13
Psoriasis	42,42	12,95
Urtikaria	41,21	14,5
Akne	35,32	12,14
Artefakte	38,18	18,59
KDS	35,11	10,16

KDS- Körperdysmorphie Störung, **SD**- Standardabweichung

Tab. 6 Ergebnisse Alter nach den Hautgruppen

Patienten mit Psoriasis und Urtikaria waren im Vergleich zu den anderen Gruppen die ältesten Patienten.

5.1.3. Nationalität

In der Tabelle 12 zeigte der Vergleich der Haut- und Depressionsgruppe bezüglich der Nationalität statistisch signifikante Unterschiede ($p = 0.001$).

Unter 428 Hautpatienten sind 15 mit einer anderen Herkunft, bei den Depressionspatienten (N= 608) hingegen wurden 63 Personen verzeichnet, die nicht deutscher Herkunft waren.

	Haut N= 428	Depression N= 603	H/D N= 134
Deutsche	413	540	128
Andere Nationalität	15	63	6

H/D- Haut und Depression, **N**-Anzahl

Tab. 7 Ergebnisse Nationalität nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

In der weiteren Untersuchung zwischen den Hautpatienten war die Verteilung von Patienten mit deutscher Herkunft und anderer Nationalität ziemlich ausgeglichen. Einzig die Artefaktpatienten (N= 17) konnten keine andere Nationalität aufweisen.

	Neurodermitis N= 159	Psoriasis N= 52	Urtikaria N= 40	Akne N= 58	Artefakte N= 17	KDS N= 97
Deutsche	157	51	38	57	17	93
Andere Nationalität	2	2	2	1	0	4

KDS- Körperdysmorphie Störung, **N**- Anzahl

Tab. 8 Ergebnisse Nationalität nach den Hautgruppen

5.1.4. Partnerschaft

In den beiden folgenden Tabellen wird die partnerschaftliche Situation von Patienten mit einer Depression und einer Hauterkrankung aufgezeigt. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen Haut und Depression bezüglich der Partnerschaft gefunden werden.

	Haut N= 380	Depression N= 521	H/D N= 105
Mit Partner	62 %	60 %	61 %
Ohne Partner	38 %	40 %	39 %

H/D- Haut und Depression, **N**- Anzahl

Tab. 9 Ergebnisse Partnerschaft nach Gruppe Haut und Gruppe Depression

In der Untersuchung bezüglich der Partnerschaft zwischen den einzelnen Hautgruppen waren signifikante Unterschiede aufgetreten ($p < 0.05$).

49 Patienten mit Neurodermitis (N=138), 35 % der Patienten mit Psoriasis (N=49) und 24 % der Patienten mit Urtikaria (N=37) haben keinen Partner. Im Vergleich dazu haben Patienten mit Akne (N=16), Artefakten (N=16) und KDS (N= 87) häufiger keine feste Partnerschaft.

	Neurodermitis N= 138	Psoriasis N= 49	Urtikaria N= 37	Akne N= 51	Artefakte N= 16	KDS N= 87
Mit Partner	64 %	65 %	76 %	41 %	50 %	59 %
Ohne Partner	36 %	35 %	24 %	59 %	50 %	41 %

KDS- Körperdysmorphie Störung, **N-** Anzahl

Tab. 10 Ergebnisse Partnerschaft nach den Hautgruppen

5.1.5. Berufliche Ausbildung

Die Untersuchung der beruflichen Bildung als auch der Arbeitstätigkeit ergibt signifikante Gruppenunterschiede ($df= 10$, $p < 0.001$). Die Untersuchung zeigt, dass von 347 Hautpatienten 322 einen Berufsabschluss haben und 263 arbeitstätig sind. Im Verhältnis zu den Depressionspatienten (N= 521) haben 93 % von den Hautpatienten (N= 347) einen Berufsabschluss und 76 % sind arbeitstätig. Die Arbeitslosigkeit ist bei den Depressionspatienten (27 %) im Vergleich zu den Hautpatienten (24 %) etwas erhöht.

	Haut N= 347	Depression N= 521	H/D N= 105
Berufsabschluss	93 %	87 %	90 %
Ohne Berufsausbildung	7 %	13 %	10 %
Berufstätig	76 %	73 %	71 %
Arbeitslos	24 %	27 %	29 %
Rentenverfahren	5 %	3 %	5 %

N= Anzahl, **H/D-** Haut/ Depression

Tab. 11 Ergebnisse Beruf nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

In der weiteren Betrachtung fällt auf, dass nur die Gesamtheit der Urtikariapatienten (N= 32) einen Berufsabschluss aufweisen können, wovon 9 % arbeitslos waren. Psoriasispatienten (19 %) als auch Neurodermitispatienten (13 %) sind im Verhältnis zu den anderen Hautgruppen häufiger arbeitslos.

	Neuro- dermitis N= 122	Psoriasis N= 47	Urtikaria N= 32	Akne N= 47	Artefakte N= 15	KDS N= 83
Berufs- abschluss	93 %	91 %	100 %	89 %	80 %	92 %
Ohne Berufsaus.	8 %	9 %	0 %	11 %	20 %	8 %
Berufstätig	76 %	62 %	78 %	79 %	87 %	76 %
Arbeitslos	13%	19%	9%	6%	0 %	8%
Renten- verfahren	6 %	4 %	6 %	2 %	0 %	6 %

KDS- Körperdysmorphie Störung, **N-** Anzahl

Tab. 12 Ergebnisse Beruf nach den Hautgruppen

5.1.6. Stationärer Aufenthalt in den letzten 12 Monaten

Diese Übersicht gibt Aufschluss darüber wie viele Wochen der jeweilige Patient einen stationären Aufenthalt in den letzten 12 Monaten hatte. Anteilig davon werden die Wochen im psychiatrischen oder psychosomatischen Rahmen aufgelistet.

Hierbei wird ersichtlich, dass Patienten mit KDS (N= 82) im Verhältnis mit einem Mittelwert von 2,01 Wochen (SD 5,16) eine längere stationäre Behandlung hatten, wobei davon 0,85 Wochen (SD 3,77) eine psychiatrische Behandlung war.

Artefaktpatienten (N= 11) haben den geringsten stationären Aufenthalt mit einem Mittelwert von 0,18 (SD 0,40) Wochen in den letzten 12 Monaten, wovon weder ein psychiatrischer noch ein psychosomatischer Aufenthalt war. Urtikariapatienten (N= 25) beanspruchten im Durchschnitt 0,94 Wochen (SD 1,63) eine stationäre Behandlung, von der keine psychiatrische aber 0,56 (SD 1,58) Wochen psychosomatische Behandlung nötig war. Neurodermitispatienten (N=124) sind im Vergleich mit 1,51 Wochen (SD 3,05) relativ lang in stationärer Behandlung, von der 0,10 (SD 0,95) Wochen in der Psychiatrie und 0,21 (SD 1,12) Wochen in der Psychosomatik waren.

Psoriasispatienten (N= 49) sind mit 1,04 (SD 2,73) Wochen in stationärer Behandlung gewesen, dabei beanspruchten die Patienten zu jeweils 0,13 (SD 0,88) Wochen die Psychiatrie als auch die Psychosomatik.

	Anzahl	Stationär in Wochen	Psychiatrisch	Psychosomatisch
Neurodermitis	124	1,51 ± 3,05	0,10 ± 0,95	0,21 ± 1,12
Psoriasis	49	1,04 ± 2,73	0,13 ± 0,88	0,13 ± 0,88
Urtikaria	25	0,94 ± 1,63	0,00 ± 0,00	0,56 ± 1,58
Akne	42	0,57 ± 2,24	0,08 ± 0,49	0,62 ± 2,50
Artefakte	11	0,18 ± 0,40	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00
KDS	82	2,01 ± 5,16	0,85 ± 3,77	0,60 ± 2,53

KDS- Körperdysmorphie Störung

Tab. 13 Ergebnisse Stationärer Aufenthalt in den letzten 12 Monaten nach den Hautgruppen

5.1.7. BSS- Score

Der Beeinträchtigungsschwere- Score umfasst die körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung sowohl in den letzten 7 Tagen als auch in den

letzten 12 Monaten. Er wird von dem Therapeuten durch eine vorgegebene Skalierung von 0 bis 4 objektiv im Gespräch mit dem Patienten erfasst.

Der BBS- Score ist im Durchschnitt bei Patienten mit einer Hauterkrankung und Depression signifikant am höchsten. Diese geben die stärkste körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung an. Weiterhin fällt auf, dass Patienten mit Hauterkrankungen stärker als Depressionspatienten beeinträchtigt sind.

BSS	Haut	Depression	H/D	p	F	p
KB letzte 7 T	2,10 ± 0,94	1,71 ± 0,89	2,15 ± 0,82	<.001	29,33	3>1>2***
PB letzte 7 T	2,42 ± 0,78	2,67 ± 0,61	2,67 ± 0,59	<.001	19,15	2>1***
SB letzte 7 T	1,87 ± 0,95	2,08 ± 0,91	2,28 ± 0,87	<.001	12,48	3>2>1***
KB letzte 12 M	1,86 ± 0,89	1,40 ± 0,84	1,97 ± 0,84	<.001	47,67	3>1>2***
PB letzte 12 M	2,01 ± 0,79	2,13 ± 0,70	2,22 ± 0,64	<.001	5,38	3>2>1***
PB letzte 12 M	1,61 ± 0,87	1,71 ± 0,87	1,96 ± 0,80	<.001	8,18	3>2>1***

KB- Körperliche Beeinträchtigung, **PB-** Psychische Beeinträchtigung, **SB-** Sozialkommunikative Beeinträchtigung, **7T-** in den letzten 7 Tagen, **12 M-** in den letzten 12 Monaten, **H/D-** Haut und Depression, *** 0,001 Signifikanz

Tab. 14 Ergebnisse BSS nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

Bei der Auswertung bezüglich des BSS- Score bei den Hautgruppen, fiel auf, dass Urtikariapatienten in den letzten 7 Tagen und 12 Monaten die stärkste körperliche Beeinträchtigung mit 2,40 (SD 0,87) und 2,03 (SD 0,78) hatten.

Aknepatienten hatten in den letzten 7 Tagen die häufigste sozialkommunikative Beeinträchtigung mit 2,22 (SD 0,98) und Patienten mit Körperdysmorpher Störung in den letzten 12 Monaten mit 1,93 (SD 0,83).

Patienten mit Körperdysmorpher Störung hatten im Vergleich zu den anderen Hautgruppen die stärkste psychische Beeinträchtigung mit 2,74 (SD 0,66) in den letzten 7 Tagen und 2,41 (SD 0,72) in den letzten 12 Monaten.

BSS	Neuro- dermitis M/SD	Psoriasis M/SD	Urtikaria M/SD	Akne M/SD	Artefakte M/SD	KDS M/SD	p
KB 7 Tage	2,32 ± 0,77	2,13 ± 0,86	2,40 ± 0,87	1,83 ± 0,98	2,06 ± 0,68	1,72 ± 1,03	<.001
PB 7 Tage	2,35 ± 0,76	2,51 ± 0,76	2,35 ± 0,83	2,46 ± 0,70	2,50 ± 0,73	2,74 ± 0,66	<.001
SB 7 Tage	1,76 ± 0,93	2,11 ± 0,97	1,83 ± 1,08	2,22 ± 0,98	1,94 ± 0,44	2,15 ± 0,97	<.001
KB 12 Monate	2,02 ± 0,81	1,91 ± 0,84	2,03 ± 0,78	1,71 ± 0,92	1,88 ± 0,80	1,60 ± 0,96	<.001
PB 12 Monate	1,93 ± 0,74	2,01 ± 0,82	2,00 ± 0,83	2,15 ± 0,86	1,81 ± 0,54	2,41 ± 0,72	<.001
SB 12 Monate	1,57 ± 0,90	1,75 ± 1,00	1,61 ± 1,05	1,88 ± 0,81	1,63 ± 0,50	1,93 ± 0,83	<.001

KB- Körperliche Beeinträchtigung, **PB-** Psychische Beeinträchtigung, **SB-** Sozialkommunikative Beeinträchtigung, **7T-** in den letzten 7 Tagen, **12 M-** in den letzten 12 Monaten, **M-** Mittelwert, **SD-** Standardabweichung

Tab. 14 Ergebnisse GBB nach den Hautgruppen

5.2. Ergebnisse in Bezug auf die Arbeitshypothesen

5.2.1. Hypothese 1

In der ersten Hypothese wurde geprüft, inwieweit ein Unterschied zwischen dem Gesamtwert des IIP von Aknepatienten und Patienten mit Körperdysmorpher Störung besteht.

Dabei ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Aknepatienten (N= 46) mit einem Mittelwert von 1,22 und einer SD von 0,6 und Patienten mit KDS (N= 80) mit einem Mittelwert von 1,09 und einer Standardabweichung von 0,63 nachweisen.

Die Hypothese 1 kann nicht angenommen werden.

Lediglich der Mittelwert von 1,22 mit einer SD von 0,60 gab Hinweis, dass die Aknepatienten im Vergleich zu den anderen Hautgruppen einen höheren interpersonellen Konflikt bzw. ein stärkeres Problem im Umgang mit anderen Menschen haben (siehe Tabelle 15).

5.2.2. Hypothese 2

Hypothese 2 untersucht, ob sich Artefaktpatienten durch stärkere interpersonelle Probleme im IIP Gesamtwert von den restlichen Hautgruppen unterscheiden werden.

Die statistische Auswertung zeigte keinen signifikanten Unterschied im IIP Gesamtwert.

Die Hypothese 2 kann nicht angenommen werden.

Signifikante Unterschiede mit einem 0.05 %- Niveau konnte man in der Skala „Streitsüchtig“ sehen. Hierbei waren Artefaktpatienten (N= 15) mit einem Mittelwert von 4,26 und einer SD von 3,23 im Verhältnis zu den anderen am wenigsten streitsüchtig.

Neurodermitispatienten (N= 129) hatten einen Mittelwert von 6,10 mit einer SD von 5,06, Psoriasispatienten (N= 48) einen Mittelwert von 6,77 mit einer SD von 4,86, Urtikariapatienten (N= 32) einen Mittelwert von 6,77 mit einer SD von 6,59 und Aknepatienten (N= 46) einen Mittelwert von 8,18 mit einer SD von 5,96.

5.2.3. Hypothese 3

Die Hypothese 3 betrachtet die unterschiedliche interpersonelle Belastung der Hautpatienten mit Psoriasis, Akne, Neurodermitis und Urtikaria, wobei davon ausgegangen wird, dass Neurodermitiker stärkere interpersonelle Konfliktsituationen angeben werden.

Dabei zeigte sich kein signifikanter Unterschied.

Die Hypothese 3 kann nicht angenommen werden.

Neurodermitis- Patienten zeigen im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme keine signifikant stärkere interpersonale Belastung im Vergleich zur Summenskala der anderen Hautgruppen.

Bei der Auswertung der einzelnen Items des IIP Fragebogens fiel aber auf, dass sich die Gruppen in dem Item „Streitsüchtig“ mit einem 0.05 %- Niveau signifikant unterschieden.

Patienten mit Körperdysmorpher Störung hatten einen Mittelwert von 8,37 mit einer SD von 5,59 und waren im Vergleich zu den anderen Gruppen stärker streitsüchtig. Aber auch Aknepatienten zeigten mit einem Mittelwert von 8,18 (SD 5,96) den zweithöchsten Wert für Streitsüchtigkeit (siehe Tabelle 15) an.

IIP	Neuro- dermitis (1) N= 129 M/SD	Psoriasis (2) N= 48 M/SD	Urtikaria (3) N= 32 M/SD	Akne (4) N= 46 M/SD	Artefakte (5) N= 15 M/SD	KDS (6) N= 80 M/SD	p
Auto- kratisch	5,62 ± 4,77	6,41 ± 5,59	6,02 ± 5,10	6,74 ± 4,55	4,13 ± 2,38	5,74 ± 5,09	>.05
Streit- süchtig	6,10 ± 5,06	6,77 ± 4,86	6,77 ± 6,59	8,18 ± 5,96	4,26 ± 3,23	8,37 ± 5,59	<.05 6>1>5 **
Abweisend	6,77 ± 6,14	7,24 ± 6,31	6,36 ± 6,11	8,15 ± 7,34	6,73 ± 5,67	7,55 ± 5,96	>.05
Introvertiert	9,99 ± 8,22	10,66 ± 7,82	7,83 ± 6,89	10,36 ± 7,37	8,46 ± 9,69	9,81 ± 7,29	>.05
Selbst- unsicher	12,00 ± 7,93	11,41 ± 8,21	11,63 ± 8,27	11,89 ± 7,48	12,53 ± 9,29	10,75 ± 8,01	>.05
Ausnutzbar	11,77 ± 6,80	10,46 ± 6,84	10,67 ± 7,09	11,10 ± 6,31	10,93 ± 7,71	9,94 ± 6,46	>.05
Fürsorglich	12,55 ± 6,95	11,14 ± 6,93	11,40 ± 7,06	11,95 ± 5,77	12,00 ± 8,45	11,01 ± 6,98	>.05
Expressiv	8,64 ± 5,46	7,22 ± 5,99	7,62 ± 5,02	9,78 ± 5,39	8,60 ± 7,09	8,14 ± 5,72	>.05
Gesamt	1,15 ± 0,64	1,11 ± 0,64	1,09 ± 0,72	1,22 ± 0,6	1,05 ± 0,69	1,09 ± 0,63	>.05

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, p= Signifikanz, KDS- Körperdysmorphie Störung

** auf einem 0,05 % Niveau

Tab. 15 Ergebnisse IIP nach den Hautgruppen

5.2.4. Hypothese 4

Die Hypothese 4 vergleicht die unterschiedlich starke Alexithymieausprägung von Urtikaria- und Psoriasispatienten. Es wurde angenommen, dass Urtikariapatienten stärker alexithym sind.

Die Auswertung zwischen den Psoriasis- (N= 18) und Urtikariapatienten (N= 12) zeigte in der Gesamtskala Alexithymie, dass die Gruppe der Psoriasispatienten einen

Mittelwert von 2,35 mit einer SD von 0,55 und die Gruppe der Urtikariapatienten einen Mittelwert von 2,70 mit einer SD von 0,75 hatten, die nicht signifikant waren.

Damit kann die Hypothese 4 nicht angenommen werden.

Somit haben Psoriasis- als auch Urtikariapatienten im TAS 20 die gleiche Alexithymieausprägung (siehe Tabelle 16).

TAS 20	Neuro-dermitis N= 33 M/SD	Psoriasis N= 18 M/SD	Urtikaria N= 12 M/SD	Akne N= 23 M/SD	Artefakte N= 4 M/SD	KDS N= 25 M/SD	p
TAS 1	2,85 ± 0,79	2,55 ± 0,80	2,85 ± 0,94	2,62 ± 0,95	2,89 ± 0,73	2,67 ± 0,71	>.05
TAS 2	2,72 ± 0,86	2,44 ± 0,78	2,78 ± 1,09	2,35 ± 0,90	2,10 ± 1,50	2,32 ± 0,64	>.05
TAS 3	2,37 ± 0,55	2,49 ± 0,58	2,22 ± 0,55	2,20 ± 0,74	2,62 ± 0,10	2,34 ± 0,49	>.05
TAS G	2,63 ± 0,50	2,35 ± 0,55	2,70 ± 0,75	2,38 ± 0,76	2,58 ± 0,56	2,45 ± 0,44	>.05

M= Mittelwert, **SD=** Standardabweichung, **p=** Signifikanz, **KDS-** Körperdysmorphie Störung,

TAS G= TAS Gesamtwert, **TAS 1-** Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

TAS 2- Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, **TAS 3-** extern orientierter Denkstil

TAS G.- TAS Gesamtwert

Tab. 16 Ergebnisse TAS-20 nach den Hautgruppen

5.2.5. Hypothese 5

In dieser Hypothese sollte überprüft werden, inwieweit sich Psoriasispatienten von Neurodermitispatienten in ihrer Alexithymieausprägung unterscheiden werden. Es wurde angenommen, dass Psoriatiker stärker alexithym sind.

Die Untersuchung zwischen den Psoriasis- (N= 18) und Neurodermitispatienten (N= 33) zeigte in der Gesamtskala Alexithymie, dass die Gruppe der Psoriasispatienten einen Mittelwert von 2,35 mit einer SD von 0,55 und die Gruppe der Neurodermitispatienten einen Mittelwert von 2,63 mit einer SD von 0,50 haben, die nicht signifikant waren. Damit kann die Hypothese 5 nicht angenommen werden.

Somit haben die Psoriasis- als auch die Neurodermitispatienten im TAS 20 keine unterschiedliche Alexithymieausprägung.

5.2.6. Hypothese 6

Diese Hypothese untersucht, wie sehr depressive Patienten als auch Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten an Alexithymie leiden. Es wird angenommen, dass Depressionspatienten alexithymer sind.

Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 93) und Depressionspatienten (N= 205) zeigte in der Gesamtskala Alexithymie, dass die Gruppe der Depressionspatienten einen Mittelwert von 2,66 mit einer SD von 0,61 und die Gruppe der Hautpatienten einen Mittelwert von 2,50 mit einer SD von 0,59 aufwiesen, die nicht signifikant waren. Es war aber eine Tendenz mit $p = 0.07$ ersichtlich. Damit kann die Hypothese 6 nicht angenommen werden. Depressionspatienten haben im Gesamtwert der Toronto Alexithymie Skala keinen signifikanten Unterschied im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten. Die Skala 1 „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ zeigte keinen signifikanten Unterschied. In der Skala 2 „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ hatten Hautpatienten einen Mittelwert von 2,48 mit einer SD von 0,88 und Depressionspatienten einen Mittelwert von 2,75 mit einer SD von 0,88, dies war auf dem 0.05 %-Niveau signifikant. Depressionspatienten zeigen im TAS-20 signifikant stärkere Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten. In der Skala 3 „extern orientierter Denkstil“ hatten Hautpatienten einen Mittelwert von 2,37 mit einer SD von 0,55 und Depressionspatienten einen Mittelwert von 2,49 mit einer SD von 0,58, die auf dem 0.05 %-Niveau signifikant waren. Depressionspatienten zeigen im TAS-20 einen signifikant stärkeren extern orientierten Denkstil im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten (siehe Tabelle 17).

TAS 20	Haut (1) N= 93 M/SD	Depression (2) N=205 M/SD	H/D (3) N= 57 M/SD	p	F	p
TAS 1	2,66 ± 0,92	2,77 ± 0,89	2,65 ± 0,74	>.05		
TAS 2	2,48 ± 0,88	2,75 ± 0,88	2,54 ± 0,81	<.05	3,63	1<2**
TAS 3	2,37 ± 0,55	2,49 ± 0,58	2,22 ± 0,55	<.05	5,45	3<2**
TAS G	2,50 ± 0,59	2,66 ± 0,61	2,45 ± 0,55	.07	46,648	3<2

N= Anzahl, **M=** Mittelwert, **SD=** Standardabweichung, **TAS 1-** Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, **TAS 2-** Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, **TAS 3-** extern orientierter Denkstil, **TAS G.-** TAS- Gesamtwert, ** 0,05 % Niveau

Tab. 17 Ergebnisse TAS-20 nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

5.2.7. Hypothese 7

Es wurde untersucht, ob Depressive Patienten und Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten die gleiche psychische Belastung haben.

Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 363) und Depressionspatienten (N= 522) zeigte in der Skala Psychische Belastung des SCL 90, dass die Gruppe der Depressionspatienten einen Mittelwert von 1,24 mit einer SD von 0,62 und die Gruppe der Hautpatienten einen Mittelwert von 0,83 mit einer SD von 0,62 hatten, dass auf dem 0.001 %- Niveau signifikant war.

Damit kann die Hypothese 7 nicht angenommen werden. Depressionspatienten zeigten im SCL 90 eine signifikant stärkere psychische Belastung im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten.

Die Auswertung der einzelnen Items des SCL 90 konnte zeigen, dass die Mittelwerte der Depressionspatienten auf einem 0.001 %- Niveau signifikant höher waren im Vergleich zu den Mittelwerten der Hautpatienten.

Offenbar haben die Depressionspatienten im SCL 90- Fragebogen eine signifikant stärkere Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst und Psychotizismus im Vergleich zu den Summenskalen der Hautpatienten (siehe Tabelle 18). Die Gruppe 3, Patienten mit einer Hauterkrankung und Depression, ist auf einem 0,001 % Niveau signifikant weniger psychisch belastet als Depressionspatienten.

SCL 90	Haut (1) N= 363 M/SD	Depression (2) N=522 M/SD	H/D (3) N=106 M/SD	p	F	p
Somatisierung	0,76 ± 0,71	1,10 ± 0,75	0,88 ± 0,66	<.001	23,02	2>3>1* **
Zwanghaftigkeit	1,04 ± 0,80	1,60 ± 0,82	1,23 ± 0,78	<.001	53,29	2>3>1* **
Unsicherheit im Soz.	0,91 ± 0,81	1,31 ± 0,82	1,06 ± 0,83	<.001	25,26	2>3>1* **
Depressivität	1,18 ± 0,91	1,85 ± 0,85	1,49 ± 0,85	<.001	63,71	2>3>1* **
Ängstlichkeit	0,86 ± 0,78	1,23 ± 0,82	0,98 ± 0,75	<.001	23,7	2>3>1* **
Aggressivität	0,69 ± 0,70	0,98 ± 0,75	0,81 ± 0,75	<.001	16,34	2>1***
Phobische Angst	0,41 ± 0,68	0,65 ± 0,75	0,59 ± 0,70	<.001	10,92	2>1***
Paranoides Denken	0,71 ± 0,76	1,09 ± 0,83	0,80 ± 0,73	<.001	25,38	2>3>1* **
Psychotizismus	0,53 ± 0,55	0,73 ± 0,58	0,58 ± 0,49	<.001	14,03	2>3>1* **
Psychische Belastung	0,83 ± 0,62	1,24 ± 0,62	0,99 ± 0,59	<.001	46,64	2>3>1* **

N= Anzahl, **M**= Mittelwert, **SD**= Standardabweichung, **H/D**- Patienten mit einer Hauterkrankung und Depression, **p**- Signifikanz, *** 0.001 Signifikanz

Tab. 18 Ergebnisse SCL-90 nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

5.2.8. Hypothese 8

In dieser Hypothese wird überprüft, ob Hautpatienten stärker an paranoiden Wahnvorstellungen leiden als Depressive Patienten.

Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 363) und Depressionspatienten (N= 522) zeigte in der Skala „paranoide Wahnvorstellungen“, dass die Gruppe der Depressionspatienten einen Mittelwert von 1,09 mit einer SD von 0,83 und die Gruppe der Hautpatienten einen Mittelwert von 0,71 mit einer SD von 0,76 hatten, das auf dem 0.05 %- Niveau signifikant war.

Damit kann die Hypothese 8 nicht angenommen werden.

Depressionspatienten hatten somit in der Symptomcheckliste von Derogatis stärkere paranoide Wahnvorstellungen als die Summenskala der Hautpatienten (siehe Tabelle 4). In Bezug auf die Auswertung der Items des SCL-90 Fragebogens zeigte sich mit einem 0.05 %- Niveau, dass sich die Hautgruppen in dem Item „Somatisierung“ und „Ängstlichkeit“ signifikant unterschieden.

Patienten mit Psoriasis hatten einen Mittelwert von 1,11 mit einer SD von 0,96 und zeigten im Vergleich zu den Neurodermitispatienten mit einem Mittelwert von 0,64 (SD 0,59) eine stärkere Somatisierung.

Zudem zeigte sich auf einem 0.001 % Niveau, dass sich die Hautgruppen in dem Item „Ängstlichkeit“ voneinander abheben. KDS-Patienten waren mit einem Mittelwert von 1,24 (SD 0,87) signifikant ängstlicher als Neurodermitispatienten mit einem Mittelwert von 0,75 (SD 0,72), siehe Tabelle 19.

SCL 90	Neuro- dermitis 1 N=129 M/SD	Psoriasis 2 N=48 M/SD	Urtikaria 3 N=32 M/SD	Akne 4 N=46 M/SD	Artefakte 5 N=15 M/SD	KDS 6 N=80 M/SD	p
Soma- tisierung	0,64 ± 0,59	1,11 ± 0,96	0,98 ± 0,67	0,72 ± 0,71	0,72 ± 0,55	0,88 ± 0,67	<0.05, 2>1 **
Zwang- haftigkeit	1,10 ± 0,85	1,26 ± 0,88	1,05 ± 0,89	1,16 ± 0,81	1,15 ± 0,92	1,11 ± 0,74	>.05
Unsicher- heit im Soz.	0,96 ± 0,90	1,00 ± 0,75	0,87 ± 0,72	1,10 ± 0,86	0,98 ± 0,89	0,99 ± 0,81	>.05
Depressi- vität	1,24 ± 0,93	1,38 ± 0,89	1,12 ± 0,93	1,39 ± 0,97	1,25 ± 0,90	1,32 ± 0,90	>.05
Ängstlich- keit	0,75 ± 0,72	0,96 ± 0,78	0,84 ± 0,63	0,88 ± 0,73	0,88 ± 0,71	1,24 ± 0,87	<.001, 1< 6 ***
Aggressi- vität	0,76 ± 0,79	0,80 ± 0,63	0,69 ± 0,55	0,75 ± 0,74	0,80 ± 0,78	0,65 ± 0,67	>.05
Phobische Angst	0,38 ± 0,66	0,62 ± 0,83	0,36 ± 0,56	0,54 ± 0,74	0,50 ± 0,71	0,57 ± 0,69	>.05
Paranoides Denken	0,72 ± 0,77	0,86 ± 0,79	0,66 ± 0,77	0,78 ± 0,76	0,85 ± 0,81	0,72 ± 0,68	>.05
Psycho- tizismus	0,53 ± 0,52	0,48 ± 0,41	0,49 ± 0,61	0,56 ± 0,54	0,49 ± 0,42	0,66 ± 0,55	>.05
Psychische Belastung	0,83 ± 0,62	0,98 ± 0,64	0,84 ± 0,59	0,91 ± 0,63	0,89 ± 0,65	0,96 ± 0,58	>.05

M- Mittelwert, **SD-** Standardabweichung, **p-** Signifikanz, **KDS-** Körperdysmorphie Störung

N= Anzahl, ** 0,05 Signifikanz, *** 0,001 Signifikanz

Tab. 19 Ergebnisse SCL-90 nach den Hautgruppen

5.2.9. Hypothese 9

Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 293) und Depressionspatienten (N= 353) bezüglich des Beschwerdedrucks zeigte, dass die Hautpatienten einen Mittelwert von 25,53 mit einer SD von 18,52 und die Depressiven einen Mittelwert von 36,31 mit einer SD 17,23 hatten, die auf dem 0.001 %-Niveau signifikant waren.

Damit kann die Hypothese 9 angenommen werden.

Depressive haben offensichtlich im Giessener Beschwerdebogen deutlich signifikant stärkere körperliche Beschwerden im Vergleich zu der Summenskala der psychodermatologischen Patienten (siehe Tabelle 20).

GBB	Haut (1) N=440 M/SD	Depression (2) N=622 M/SD	H/ D (3) N= 142 M/SD	p	F	p
Erschöpfung	8,86 ± 6,48	13,29 ± 6,05	11,82 ± 5,64	<.001	41,13	2>3>1* **
Magen- beschwerden	4,30 ± 4,67	5,87 ± 4,84	5,26 ± 3,99	<.001	8,93	2>1***
Glieder- beschwerden	7,58 ± 5,70	10,46 ± 6,02	8,90 ± 6,32	<.001	19,08	2>1***
Herz- beschwerden	4,53 ± 4,85	6,85 ± 4,97	6,03 ± 4,02	<.001	18,48	2>1***
Beschwerde- druck	25,53 ± 18,52	36,31 ± 17,23	32,01 ± 16,44	<.001	29,67	2>3>1* **

M= Mittelwert, **SD**= Standardabweichung, **H/D**- Patienten mit Hauterkrankungen und Depression, *** 0,001 % Signifikanz

Tab. 20 Ergebnisse GBB nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

Auffällig war bei der Auswertung, dass die Depressionspatienten in allen Skalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederbeschwerden und Herzbeschwerden höhere Mittelwerte hatten als die Hautpatienten, dies war auf dem 0.001 %- Niveau signifikant.

Depressive haben offenbar im GBB- Fragebögen deutlich stärkere Magen-, Glieder-, Herzbeschwerden und Erschöpfungszustände angegeben als die Summenskala der Hautpatienten. Bei der weiteren Auswertung des GBB zwischen den einzelnen Hautpatienten zeigte sich in der Skala Herzbeschwerden, dass Psoriasis-Patienten mit einem Mittelwert von 6,33 und einer SD von 5,71 und KDS- Patienten mit einem Mittelwert von 6,09 und einer Standardabweichung von 4,75 mehr Herzbeschwerden angeben als die anderen Hautgruppen. Diese waren auf einem 0.05 %-Niveau signifikant. Bei der weiteren Auswertung fiel mit einer Tendenz von 0.07 %- Niveau auf, dass Psoriasis- als auch KDS- Patienten ebenfalls öfters Magenbeschwerden angaben. Patienten mit Psoriasis als auch mit Körperdysmorpher Störung geben im GBB- Fragebogen mehr Magen- und Herzbeschwerden an als die Summenskala der anderen Hautpatienten (siehe Tabelle 21).

GBB	Neurodermitis 1 M/SD	Psoriasis 2 M/SD	Urtikaria 3 M/SD	Akne 4 M/SD	Artefakte 5 M/SD	KDS 6 M/SD	p
ER	8,97 ± 5,93	9,09 ± 7,57	10,67 ± 6,76	9,35 ± 6,51	10,62 ± 6,51	10,09 ± 7,09	>.05
MB	3,57 ± 3,72	5,72 ± 5,46	4,71 ± 5,55	4,38 ± 4,79	3,16 ± 3,32	5,45 ± 4,97	.07
GB	6,47 ± 5,17	9,81 ± 6,80	8,85 ± 6,23	6,70 ± 5,50	5,33 ± 2,64	8,87 ± 5,70	>.05
HB	3,44 ± 4,01	6,33 ± 5,71	5,60 ± 4,79	4,20 ± 4,02	4,33 ± 3,65	6,09 ± 4,75	<.05 1<6*, 2*
BD	22,99 ± 16,25	30,97 ± 23,52	29,85 ± 20,10	24,64 ± 17,95	23,45 ± 9,95	31,04 ± 18,50	>.05

M= Mittelwert, **SD=** Standardabweichung

ER= Erschöpfung, **MB=** Magenbeschwerden, **GB=** Gliederbeschwerden, **HB=** Herzbeschwerden, **BD=** Beschwerdedruck Summenskala, *-0.05 Signifikanz

Tab. 21 Ergebnisse GBB nach den Hautgruppen

6. Diskussion

Die vorliegende Studie wird mit dem Ziel durchgeführt, verschiedene psychosomatische Erkrankungen bezüglich der psychischen und vegetativen Symptome, der körperlichen Beschwerden, der Alexithymie und interpersonellen Probleme zu vergleichen und unterschiedliche Pathologien aufzuzeigen.

Der Schwerpunkt dieser Studie liegt auf den verschiedenen Hauterkrankungen. Diese gelten als psychosomatisch beeinflusst und können mittels Diagnosekriterien klar festgestellt werden. Somit konnte ein Vergleich angestellt werden. Das Patientenkollektiv wurde mittels einer Datenbank aus der Psychosomatischen Medizin ermittelt und über einen Zeitraum von 2000- 2009 miteinander verglichen. Im Folgenden werden die Ergebnisse bezogen auf die Krankheitsbilder nochmals kurz vorgestellt und begleitend diskutiert.

6.1. Diskussion der Ergebnisse anhand der Krankheitsbilder

6.1.1. Depression

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Depressionspatienten (N= 522) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 39,8 Jahren (SD 12,33), wobei der weibliche Anteil mit 66 Prozent über dem männlichen Anteil liegt. Dies entspricht anderen Untersuchungen von Busch et al. (2013) und Stein et al. (2014).

Hinsichtlich der erhobenen Nationalität zeigt die Untersuchung, dass das Patientenkollektiv überwiegend deutscher Herkunft ist und nur 10 % einen Migrationshintergrund haben.

Ein allgemeiner Zusammenhang zwischen Migration und psychischer Belastung wurde sowohl national (Wimmer-Puchinger et al. 2006, Schenk et al. 2007, Bermejo et al. 2012) als auch international (Carta et al. 2005) in verschiedenen Studien gezeigt.

Merbach et al. (2008) zeigten an 212 befragten polnischen und vietnamesischen Migrantinnen aus Leipzig, dass diese Gruppe signifikant höhere Angst- und Depressionswerte als die deutsche Vergleichsgruppe hatten.

Jedoch konnten vergleichbare Studien keine Beziehung von psychischer Belastung und Migration feststellen, wie beispielhaft die Erhebung von Mundt et al. (2012). Es wurde festgestellt, dass Personen mit und ohne Migrationshintergrund die identischen Verteilungsmuster bezüglich der mittleren Symptomlast in den Bereichen körperliche Beschwerden, Angst und Schlafstörungen, soziale Dysfunktion und schwere Depression aufwiesen.

Es wäre denkbar, dass Migranten in unserer Stichprobe unterdurchschnittlich vertreten sind, weil andere typische psychische Erkrankungen wie die posttraumatische Belastungsstörung oder Angststörung nicht erhoben wurden.

Andererseits können viele repräsentative Studien die unzureichende Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorge durch die Migranten belegen. Gründe können die mangelnden Sprachkenntnisse, der niedrige Bildungsstandard, die mangelnde Erfahrung mit Befragungen und die Nichtakzeptanz sein.

Hinsichtlich der Berufstätigkeit und beruflichen Ausbildung sind Depressionspatienten (N= 521) im Vergleich zu den Hautpatienten (N= 347) öfters arbeitslos. 27 % der Depressionspatienten und nur 7 % der Hautpatienten befinden sich in keinem Beschäftigungsverhältnis. Dies steht im Einklang mit internationalen Studien (Chang et al. 2010, Milner et al. 2013). Sowohl Qi et al. (2015) als auch Fountoulakis et al. (2015) zeigten in Australien und Griechenland, dass es eine signifikante Korrelation von erhöhter Arbeitslosigkeit und Suiziden besteht. Eine Untersuchung von Jang et al. (2009) bewiesen, dass Menschen im Alter von 45 Jahren, die sich in einem Beschäftigungsverhältnis befanden, signifikant weniger depressive Symptome aufwiesen. Auch Brähler et al. (2002) haben in der Auswertung von drei Repräsentativerhebungen gezeigt, dass Ängstlichkeit, Depressivität und Körperbeschwerden bei Arbeitslosen wesentlich ausgeprägter sind als bei Nichtarbeitslosen.

Im weiteren Abschnitt werden nun die Arbeitshypothesen 6,7,8 und 9 besprochen, da sie sich auf die Depressionspatienten beziehen.

Die Hypothese 6 „Depressive Patienten leiden stärker an Alexithymie als Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten“ kann angenommen werden, da bei der Auswertung der Toronto- Alexithymie- Skala (TAS-20) Depressionspatienten statistisch signifikant höhere Werte in den Skalen „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ und „Extern orientierter Denkstil“ zeigen als Hautpatienten (siehe Abbildung 1). Ähnliche Vergleichsstudien liegen nicht vor, aber der Zusammenhang von Depression und Alexithymie wird durch repräsentative Studien (Tselebis et al. 2010, Saariaho et al. 2013) belegt.

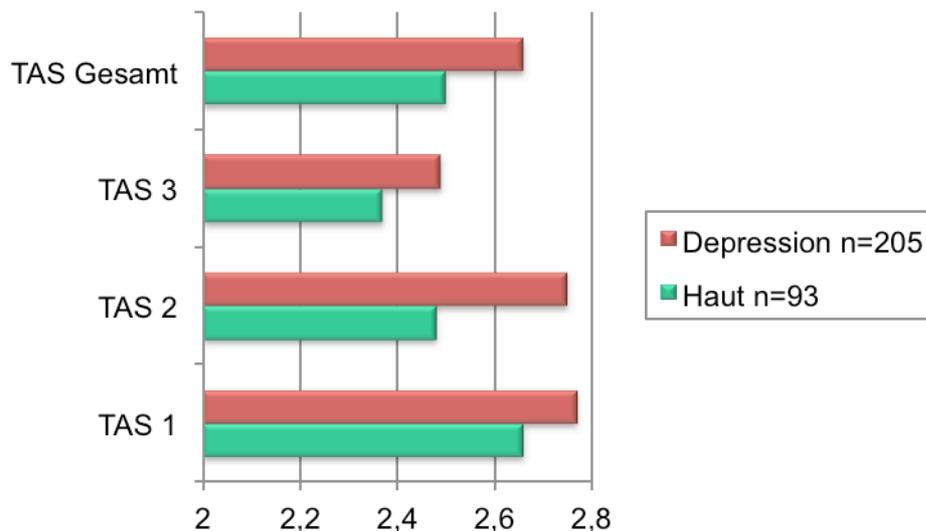


Abb. 2 Ergebnisse des TAS-20 von Haut- und Depressionspatienten

Die Hypothese 7 „Es ist zu erwarten, dass Depressive Patienten und Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten die gleiche psychische Belastung haben“ kann nicht angenommen werden, da die statistische Auswertung des SCL- 90- Fragebogen ergeben hat, dass Depressionspatienten signifikant stärker psychisch belastet sind als die Vergleichsgruppe.

Viele Studien beschreiben den hohen Leidensdruck von Hautpatienten, Folge sind Depression, Angst und Unsicherheit (Gieler et al. 2006, Picardi et al. 2013, Shaily et al. 2015). Die Korrelation von Ängstlichkeit und Hauterkrankung wie der Neurodermitis, Urtikaria oder Psoriasis zeigen Vargas Lagunas et al. (2006). 48 % der Psoriatiker und 39 % der Neurodermitiker erreichten unter Zuhilfenahme des Trait Anxiety Inventory (TAI) und Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) hohe Skalenwerte. 21 % der Befragten gaben eine psychische Erkrankung an.

Die Hypothese 8 „Hautpatienten leiden stärker an paranoiden Wahnvorstellungen als Depressive Patienten“ kann mittels der SCL- 90- Ergebnisse nicht angenommen werden, da Depressionspatienten im Vergleich mit Hautpatienten in den Skalen „Psychotizismus“ und „paranoide Wahnvorstellungen“ signifikant höhere Werte erreichten.

Dies widerspricht Ergebnissen aus Studien, in denen Hautpatienten höhere Werte in der Skala „Psychotizismus“ des SCL 90 aufzeigen (Hustedt et al. 2007). Denn Hautpatienten müssen sich mit den Fragen der Stigmatisierung, des Ekels und der antizipierten Ablehnung beschäftigen. Die mögliche Angst vor einer nicht steuerbaren Exacerbation der Hautsymptome oder gar die subjektive Intoleranz jeder

Hautunebenheit sind Bestandteil der täglichen Gedanken. Die Wut ausgeliefert zu sein nimmt zu. Eine unterschwellige Aggressivität, Depression oder paranoide Gedanken können die Folge sein und bestätigt sich in einer neusten Untersuchung von AlShahwan et al. (2015).

Diese ermittelten unter 875 arabischen Hautpatienten eine Prävalenz von 29 % für Angsterkrankungen und 14 % für Depression.

Erwartungsgemäß zeigen Depressionspatienten stärkere körperliche Beschwerden wie Herzstechen oder Blutdruckschwankungen als Hautpatienten. Bei der Auswertung des Gießener Beschwerdebogens erzielten die Depressionspatienten signifikant höhere Werte in den Skalen Herz-, Magen-, Gliederbeschwerden und Erschöpfung. Somit kann die Hypothese 9 „Depressive Patienten haben stärkere körperliche Beschwerden im Vergleich zu den psychodermatologischen Patienten“ angenommen werden (siehe Abbildung 3).

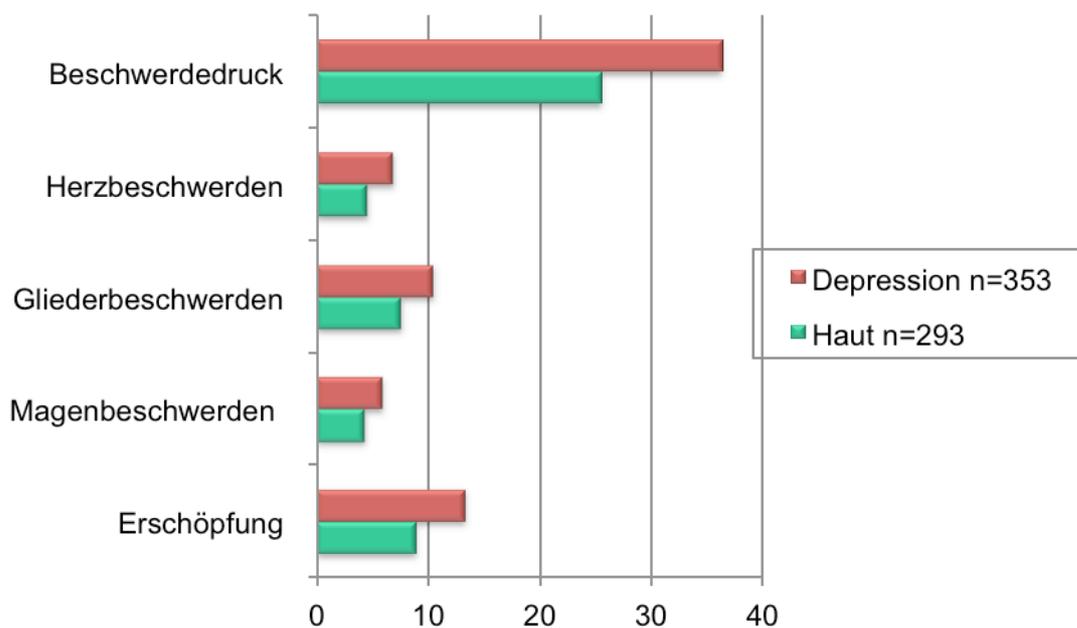


Abb. 3 Ergebnisse des GBB von Haut- und Depressionspatienten

Pieper et al. (2008) bestätigen, dass verschiedene Krebserkrankungen wie Kehlkopfkrebs (22- 57 %) oder Lungenkrebs (11- 44 %), Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufkrankungen mit einer erhöhten Prävalenz für Depression einhergehen. Personen mit einer Depression hätten in der Vergangenheit ein 4- Fach erhöhtes Risiko, an einem Herzinfarkt zu erkranken. Außerdem würde das Depressionsrisiko mit erhöhter Anzahl von komorbiden Erkrankungen steigen. Auch Bivanco-Lima et al. (2013) verdeutlichen das erhöhte Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen bei

depressiven Patienten, denn Faktoren wie das Nichteinhalten von medizinischen Behandlungen, der erhöhte Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Adipositas und Diabetes mellitus scheinen der Grund zu sein.

Am Beispiel des Diabetes mellitus wurde in zahlreichen epidemiologischen Studien der signifikante Zusammenhang zur Depression gesehen (Wagner et al. 2012, Rotella et al. 2013). Diese belegen sowohl eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressivität bei Patienten mit Typ-2-Diabetes als auch eine starke Korrelation von Typ-2-Diabetes und Depression.

Ähnliche Aspekte werden bei vergleichbaren chronischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis gesehen, wo der Anteil depressiver als auch Angsterkrankungen erhöht war. Besonders starker Schmerz führte gehäuft zu vermehrt Ängstlichkeit und Depression (Rogers et al. 2015). Unsere Ergebnisse bestätigen die aktuelle Studienlage.

6.1.2. Psoriasis vulgaris

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Psoriasis (N= 55) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 42,4 Jahren (SD 12,9), wobei der männliche Anteil mit 55 Prozent über dem weiblichen Anteil liegt. Im Vergleich zu den anderen Hautgruppen sind diese Patienten die ältesten. Dies entspricht im Durchschnitt anderen Studien (Gupta et al. 1997).

Hinsichtlich der Nationalität ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Im Vergleich zu den anderen Hauptpatienten zeigen Psoriasispatienten eine relativ niedrige Arbeitslosenquote mit 9 %. Dies entspricht nicht der aktuellen Studienlage. Armstrong et al. (2012) konnten zeigen, dass 18 % der Patienten mit Psoriasis und Psoriasisarthritis arbeitslos waren und ihrer Krankheit die alleinige Ursache dafür gaben. Auch Koblenzer et al. (1987), Gupta et al. (1995) belegen, dass 49 % der Arbeitenden regelmäßig durch die Krankheit fehlen. Das Risiko der Arbeitslosigkeit sei 1,8-fach höher mit Psoriasis im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Ebenfalls unterstreicht eine jüngste Untersuchung von Wahl et al. (2014) die erhöhte Arbeitslosigkeit von 31 % bei 254 Psoriasis- Befragten.

34 % der Befragten gaben an, sich in keiner festen Beziehung zu befinden. In der Untersuchung zum Sexualverhalten von Niemeier et al. (1997) wurden bei 53 Psoriatikern eine verminderte Sexualität diagnostiziert. Van Dorssen et al. (1992) stellten bei 17 von 52 Psoriasis- Patienten fest, dass sie Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht hatten. Dem widerspricht die Tatsache,

dass Scheidungsraten bei Psoriasis- Patienten kaum höher sind als bei Gesunden. (siehe Abbildung 4: Quelle: Frangos et al. JID 2008).

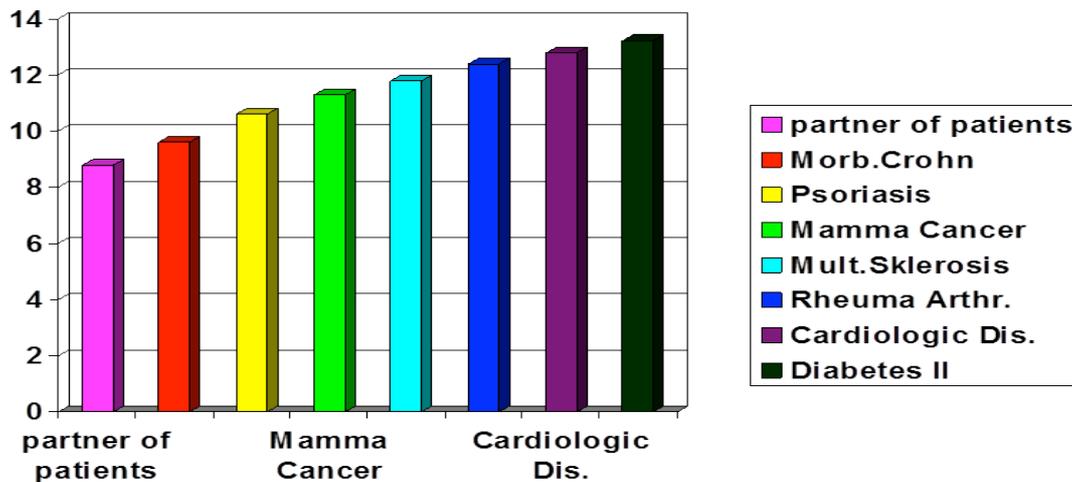


Abb. 4 Scheidungsraten verschiedener Krankheitsgruppen

Zwischenmenschliche Erfahrungen liegen deutlich unter denen in der Allgemeinbevölkerung. Stigmata führen laut Ginsburg & Link (1989) zu folgenden Charakterzügen: Gefühle der Fehlerhaftigkeit, Empfindlichkeit gegenüber anderen Meinungen, Schuld und Scham. Es kommt zur Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, sozialem Rückzug und Vermeidungstendenzen im Zusammenhang mit sexuellen Problemen (Seikowski et al. 2008, Palijan et al. 2011). Molina-Leyva et al. (2015) haben nachgewiesen, dass Psoriasis- Patienten ein erhöhtes Risiko für eine sexuelle Dysfunktion haben. Die sexuelle Störung ist mit der Schwere der Erkrankung, der weiblichen Geschlecht und Alter assoziiert und spiegelt sich in unseren Ergebnissen wieder.

Bei der Auswertung des Sozialfragebogens waren 25 % der Psoriasis- Patienten (n= 49) durchschnittlich 1 Woche in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung. 2 Patienten befanden sich in einer psychiatrischen Behandlung und 5 Patienten in einer psychosomatischen Behandlung. Im Vergleich zu den anderen Hautpatienten wird die Psychosomatik von Psoriasis-Patienten am häufigsten beansprucht. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Schwere der Erkrankung, bei der Aggressionshemmung, Zwanghaftigkeit, Depressivität und Störung des Selbstwelterlebens mit diagnostiziert wird (Dalgard et al. 2015, Dowlatshahi et al. 2013, Boehm et al. 2012).

Desweiteren zeigen Psoriasis Patienten bei der Auswertung des SCL- Fragebogens eine signifikant stärkere „Somatisierung“ als Neurodermitispatienten. Die Somatisierung kann infolge organischer Erkrankungen entstehen und wird in

zahlreichen Studien bestätigt, die bei Psoriasis eine erhöhte Inzidenz und Prävalenz für Diabetes mellitus (Armstrong et al. 2013), chronischen Nierenerkrankungen (Wan et al. 2013) kardiovaskulären Risikofaktoren (Ma et al. 2014) und Herzinfarkten (Wu et al. 2012) im Vergleich zur Normalbevölkerung aufzeigen.

Die folgende Abbildung 5 zeigt die Ergebnisse des SCL-90 der jeweiligen dermatologischen Diagnosegruppen. Besonders Patienten mit Psoriasis sind im Vergleich zu den anderen Hautgruppen stärker somatisiert, phobisch ängstlicher, zwanghafter und paranoider. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Dalgard et al. (2015).

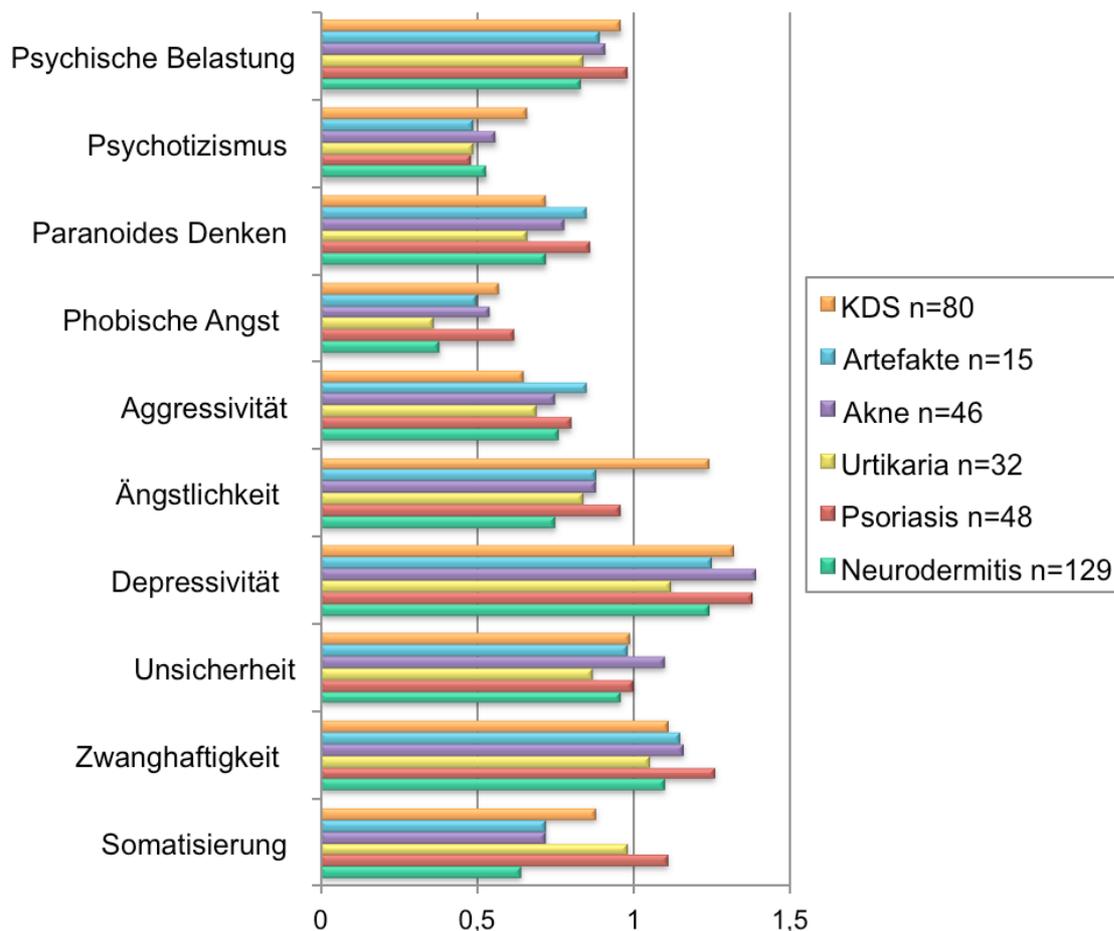


Abb. 5 Ergebnisse des SCL-90 der dermatologischen Diagnosegruppen

Besonders die kardiovaskulären Erkrankungen scheinen mit Psoriasis im besonderen Maße assoziiert zu sein. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen des GBB-Fragebogens wieder. Psoriasis-Patienten haben signifikant häufiger Herzbeschwerden als andere Hautpatienten. Kimball et al. (2010) als auch Gelfand et al. (2006)

bestätigen, dass Psoriasis- Patienten ein signifikant höheres Risiko für eine koronare Herzerkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben. Die Altersstruktur der Psoriasis-Patienten unter den Hautpatienten betrachtend, sind diese die Ältesten, so dass es sich auch um einen reinen Alterseffekt handeln könnte.

Letztlich konnte auch eine Metaanalyse, bestehend aus den Ergebnissen 75 relevanter Studien, die Assoziation von Psoriasis mit kardiovaskulären Erkrankungen (OR 1.4; 95% Konfidenzintervall), peripher vaskulären Erkrankungen (OR 1.5; 95% KI) Arteriosklerose (OR 1.1; 95% KI) und den damit verbundenen Risikofaktoren bestätigen (Miller et al. 2013).

Zusammenfassend ist ein effektives Management ratsam, in dem gezielt bei Psoriasis-Patienten der GBB- Beschwerdebogen eingesetzt werden müsste, um frühzeitig kardiovaskuläre Erkrankungen zu entdecken und Folgeschäden zu vermeiden. Dies könnte in Haut-, Hausarztpraxen und Kliniken zum Einsatz kommen. Zudem könnten prospektive Studien bei jungen Patienten entwickelt werden, die zum einen den Krankheitsverlauf überwachen und zum anderen Erkenntnisse über Prädiktoren, die zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, erforschen.

Die Hypothese 5 „Sind Psoriasis-Patienten alexithymer als andere Hautpatienten?“ kann nicht angenommen werden, da die Auswertung keine signifikanten Unterschiede unter den Hautpatienten aufzeigen konnte.

Im Gegensatz dazu ermitteln sowohl Picardi et al. (2005) als auch Leibovici et al. (2010) eine unterschiedliche Alexithymie-Ausprägung von Psoriasispatienten im Verhältnis zu Neurodermitis- und Urtikaria Patienten. Psoriasis Patienten waren stärker alexithym als Neurodermitis- und weniger alexithym als Urtikaria-Patienten.

Dies konnten wir mit unseren Ergebnissen nicht bestätigen. Grund könnte die mangelnde Anzahl (N= 115) an Ergebnissen sein, denn in den Jahren 2000- 2005 setzten sich die Fragebögen der Psychosomatik der Justus- Liebig- Universität nur aus dem GBB-, IIP- und SCL-9 0 Fragebogen zusammen und wurden ab dem Jahr 2006 durch den TAS- 20 Fragebogen erweitert.

Hinsichtlich der Hypothese 3 „Psoriasis- und Aknepatienten haben eine stärkere interpersonelle Belastung als Neurodermitis- und Urtikaria- Patienten“ zeigt die Auswertung des Fragebogens IIP nur im Item „Streitsüchtigkeit“ einen signifikanten Unterschied. Psoriasis- Patienten (N= 48) sind im Mittel mit 6,77 (SD 4,86) streitsüchtiger als Artefakt- und Neurodermitis-Patienten. Akne- und KDS-Patienten sind am streitsüchtigsten. Die Hypothese kann nicht angenommen werden.

Charakteristika wie Aggressionshemmung und Minderwertigkeitskomplexe können im Vergleich mit den anderen Hautpatienten nicht gezeigt werden, obwohl Kränkungen, Zurückweisungen sowie ein vermeidendes Verhalten einen hohen Stellenwert einnehmen und zu einer starken Einschränkung der Lebensqualität führen (Niemeier et al. 2005). Eine europäische Studie hat gezeigt, dass 10 % der Psoriasis- Patienten klinisch depressiv waren (Dowlatshahi et al. 2013) und häufiger Suizidgedanken angaben (Kurd et al. 2010, Dalgard et al. 2015), die sich mit unseren Ergebnissen nicht bestätigen lassen.

Die folgende Abbildung demonstriert die erzielten Ergebnisse des IIP- Fragebogens mit den jeweiligen Diagnosegruppen.

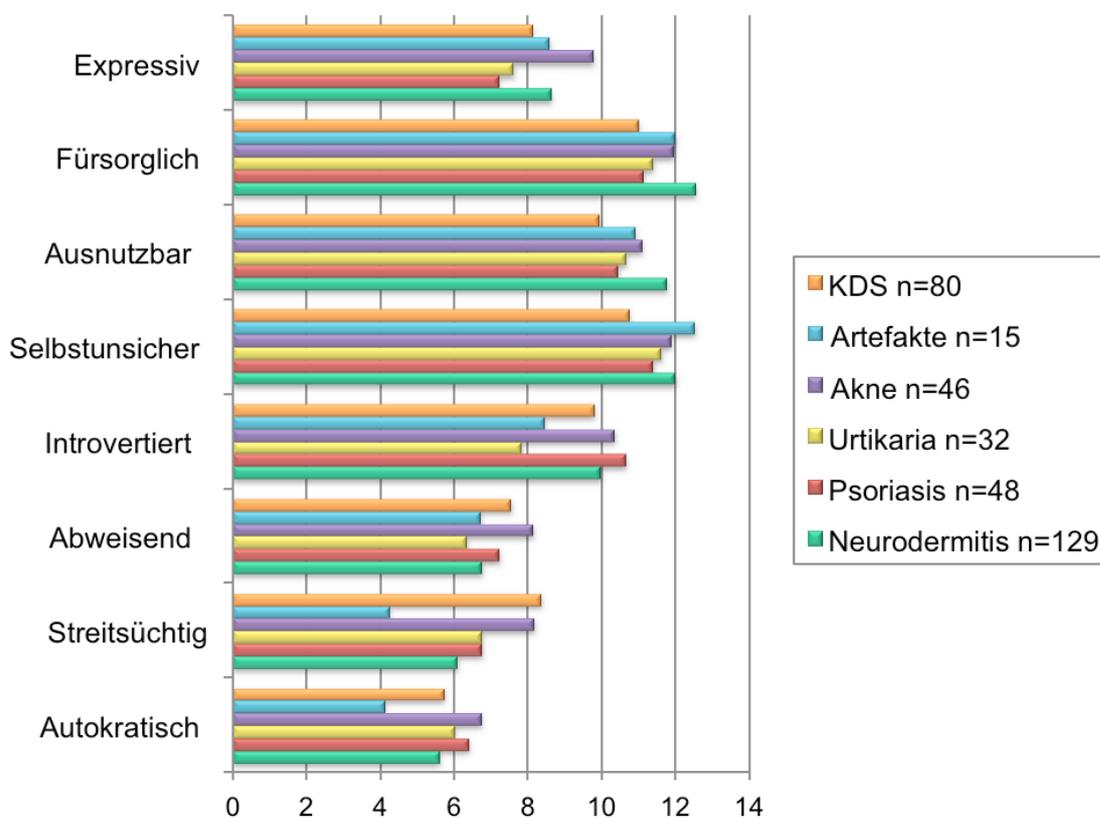


Abb. 6 Ergebnisse des IIP der dermatologischen Diagnosegruppen

6.1.3. Neurodermitis

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Neurodermitis (N= 163) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 35,1 Jahren (SD 13,1), wobei der weibliche Anteil mit 69 Prozent über dem männlichen Anteil liegt. Neurodermitis- Patienten sind unter den untersuchten Hautpatienten die Jüngsten, dies entspricht im Durchschnitt anderen Daten von Dieris- Hirche et al. (2009) und Ellert et al. (2006).

Bezogen auf den Berufsabschluss als auch die Berufstätigkeit geben 92 % der Neurodermitis- Patienten eine Berufsausbildung an, 13 % der Patienten sind arbeitslos. Bereits Bosse und Hünecke (1976) berichten über Schwierigkeiten und Unzufriedenheit im Beruf. Zudem besteht eine Korrelation von Reaktivierung der Neurodermitis mit belastenden Ereignissen wie dem Verlust des Arbeitsplatzes.

Hinsichtlich der Partnerschaft berichten 35 % der Patienten ohne einen festen Partner zu leben. Tiefenpsychologische Untersuchungen von Heigl- Evers (1976) bestätigen an 25 Neurodermitis- Patienten ein eingeschränktes oder beeinträchtigtes Kontaktverhalten. Grund ist die Verunsicherung im Kontakt mit anderen Menschen, die das äußere Erscheinungsbild stigmatisieren. Anspannung, aggressive Tendenzen oder Minderwertigkeitsgefühle werden von Gieler et al. (2006) beschrieben. Die sexuelle Angst, wobei der Juckreiz eine besondere Rolle im sexuellen Erleben darstellt, steht im Vordergrund (Seikowski et al. 2008). Die weiblichen Patienten mit Neurodermitis scheinen unter einer sexuellen Dysfunktion zu leiden, dies konnte Ermertcan et al. (2011) an 89 Frauen mittels einer Fragebogenanalyse zeigen. Hierbei wurden der Dermatology Life Quality Index (DLQI) und Female Sexual Function Index (FSFI) angewandt und signifikant niedrige Werte hinsichtlich der Sexualität, Erregung, des Orgasmus und der Zufriedenheit bei Patientinnen mit Neurodermitis ermittelt. Auch unsere Werte können damit bestätigt werden.

26 % der Neurodermitis- Patienten (N= 124) befinden sich durchschnittlich 1 ½ Wochen in stationärer Behandlung, wovon nur 1 Patient die psychosomatische und 1 Patient die psychiatrische Klinik in Anspruch nahm.

Die „Versorgungsforschung am Beispiel Neurodermitis“ zeigte, dass 4,2 % aller Versicherten mit Neurodermitis (84.000 Patienten) in Sachsen sich in ambulanter ärztlicher Behandlung befanden, wobei der Dermatologe im Gegensatz zum Allgemeinmediziner häufiger aufgesucht wurde. Die stationäre Einweisung richtet sich nach der Schwere der Erkrankung. In unserer Untersuchung waren 32 Patienten in

stationärer Behandlung, wovon 2 in die Psychiatrie/ Psychosomatik eingewiesen wurden. Zahlreiche Untersuchungen weisen die signifikant höheren Belastungswerte für Depression, Angst und Suizidgedanken nach (Dieris-Hirche et al. 2009, Gieler et al. 2006), die durch die vorliegenden Daten nicht bekräftigt werden können.

Hypothese 3 „Psoriasis- und Aknepatienten haben eine stärkere interpersonelle Belastung als Neurodermitis- und Urtikaria- Patienten“ konnte durch die erhobenen Ergebnisse nicht bestätigt werden. Es zeigte sich im IIP-Gesamt kein signifikanter Unterschied.

Im Vergleich scheinen Neurodermitispatienten jedoch stärker belastet zu sein (siehe Abb. 7). Die Depression wird als eine entscheidende Komorbidität (Bhatia et al. 1996, Dieris-Hirche et al. 2009) beschrieben und spiegelt sich tendenziell in unseren Ergebnissen wider. Besonders hoch war die Suizidalität von 12 % (Dalgard et al. 2015). Die folgende Tabelle aus dem „Hautarzt“ 2008 zeigt hoch signifikante Werte für die Korrelation von Neurodermitis und Suizidgedanken.

Korrelationen zwischen Belastungsfaktoren	
	Suizidgedanken
Neurodermitiker	
Angst	0,533**
Depression	0,560**
Kontrolle	
Angst	0,115
Depression	0,301*
*Signifikant ($p < 0,5$), **hoch signifikant ($p < 0,01$).	

Tab. 20 Korrelation zwischen Belastungsfaktoren nach Harth et al. 2008

6.1.4. Urtikaria

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Urtikaria (N= 40) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 41,2 Jahren (SD 14,5), wobei der weibliche Anteil mit 60 Prozent über dem männlichen Teil liegt. Die Patientengruppe gehört zu den ältesten Personen und entspricht Untersuchungen von Weller et al. (2014).

80 % der Urtikaria- Patienten haben eine berufliche Ausbildung absolviert, 10 % sind arbeitslos. Dies entspricht nicht der aktuellen Studienlage. Urtikariapatienten zeigten in den Studien eine deutlich höhere Arbeitslosenquote von bis zu 70 %. O'Donnell et al.

(1997) zeigen bei den Patienten eine starke Lebenseinschränkung in Bezug auf alltägliche Dinge wie der Körperpflege und Freizeitaktivitäten bis hin zu Problemen bei der Arbeit, dem Schlaf und der Erholung.

Im Bereich der Partnerschaft geben 24 % der Urtikaria- Patienten an, keinen Partner zu haben. Im Verhältnis zu den anderen Hautpatienten ist diese Gruppe häufiger in einer festen Beziehung, obwohl Patienten mit Urtikaria in zwischenmenschlichen Beziehungen eher hilflos und abhängig von dem anderen Partner sind. Der Partner wird von Ihnen als mächtig empfunden und die eigene Selbständigkeit einschränkt. Besonders Wut, Ärger und Aggressionshemmung stehen im Vordergrund (Gieler et al. 2005).

32 % der Urtikaria- Patienten waren innerhalb des letzten Jahres durchschnittlich 6,5 Tage in stationärer Behandlung, nur 1 Patient war in der Psychosomatik. Die Psychiatrische Behandlung wurde verneint. Hingegen zeigen Staubach et al. (2011), dass bei der Urtikaria eine hohe Prävalenz von psychosomatischen Erkrankungen besteht und somit die Notwendigkeit von psychometrischen Test bei der Behandlung notwendig erscheint. Hierbei führten sie sowohl den HADS- als auch SCL90- Fragebogen auf, die beim Routine- Management hinzugezogen werden könnten. Zudem konnten sie zeigen, dass Urtikaria- Patienten mit einer psychosomatischen Erkrankung eine deutlich erhöhte emotionale Bedrängnis und damit verbundene niedrige Lebensqualität aufweisen.

Bei der Auswertung des SCL 90- Fragebogens ergaben sich für die Urtikaria Patienten keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den anderen Hautpatienten, obwohl Komorbiditäten wie Angststörungen, Depression und somatoforme Störungen dominierend sind (Staubach et al. 2011, Hergüner et al. 2011, Altinöz et al. 2014).

Die Hypothese 4 „Urtikariapatienten haben eine stärkere Alexithymieausprägung als Psoriasispatienten“ kann mit den TAS-20- Ergebnissen nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, obwohl Fava et al. (1980) eine höhere Alexithymie bei Urtikaria- im Vergleich mit Psoriasispatienten nachweisen konnten.

Auch Hunkin et al. (2012) bestätigen eine erhöhte Alexithymie von Urtikarapatienten im Vergleich zu Hautgesunden. Die Abbildung 8 anschauend sieht man, dass Urtikariapatienten im Vergleich zu Psoriasispatienten in allen Items höhere Werte erreichten, die nicht signifikant waren, aber die Studienlage zumindest bekräftigt.

6.1.5. Akne

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Akne vulgaris (N= 42) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 35,32 Jahren (SD 12,1), wobei der weibliche Anteil mit 82 Prozent über dem männlichen Anteil liegt. Dies entspricht dem Durchschnitt anderen Studien von Kurtalic et al. (2010) und Sharquie et al. (2014).

90 % der Aknepatienten haben eine Berufsausbildung absolviert, 7 % sind arbeitslos. Die Arbeitslosenquote ist im Verhältnis zu den Vergleichsgruppen nicht erhöht, bestätigt aber eine im Verhältnis zur Normalbevölkerung (5,5 % in Hessen Oktober 2012, lt. Statistik der Bundesagentur für Arbeit) höhere Arbeitslosenquote und stimmen mit Untersuchungen von Koo et al. (1995), Öztürk et al. (2013) überein.

Die Partnerschaft betrachtend haben 59 % der Patienten keinen Partner, dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studien. In einer Untersuchung von Öztürk et al. (2012) neigen Aknepatienten dazu, vorsichtig, ängstlich, angespannt, nervös, zweifelnd, passiv und pessimistisch zu sein. Zudem waren sie gehemmt, in sozialen Situationen schüchtern und hatten Schwierigkeiten in der Beziehung mit dem Partner, den Freunden und der Familie. Auch Halvorsen et al. (2011) konnten die soziale Beeinträchtigung bei Akne zeigen. Jugendliche mit ausgeprägter Akne hatten im Vergleich zu der Kontrollgruppe weniger Freundschaften, Erfahrungen mit Liebesbeziehungen und Geschlechtsverkehr.

In den vergangenen 12 Monaten waren 12 % der Akne- Patienten (N=42) eine halbe Woche in stationärer Behandlung. Ein Patient befand sich in psychiatrischer und 3 Patienten in psychosomatischer Behandlung. Auch die SCL- Ergebnisse (siehe Abb. 5) spiegeln den enormen psychischen Leidensdruck mit der Folge zur Depression wieder und stimmt mit Studien von Marron et al. (2013), Öztürk et al. (2013) und Behnam et al. (2013) überein. Aknepatienten haben ein deutlich erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken und häufiger einen Suizid zu begehen, wie die Studie von Yang et al. (2014) an 98 % der taiwanischen Bevölkerung bestätigen konnten.

In einem Artikel „Suizidalität in der Dermatologie“ von PD. Dr. W. Harth aus dem „Hautarzt“ wird verdeutlicht, dass besonders männliche jugendliche Aknepatienten mit Acne conglobata die höchsten Suizidraten aufweisen. Die folgende Tabelle führt besonders gefährdete Hauterkrankungen auf:

Suizidrisikogruppen in der Dermatologie
<u>1. Dermatosen mit erhöhtem Suizidrisiko</u>
<u>Acne conglobata (besonders Männer)</u>
Metastasierendes malignes Melanom
Progressive systemische Sklerodermie
<u>Spezifische Psychodermatosen (körperdysmorphe Störung)</u>

Tab. 21 Suizidgruppen in der Dermatologie nach Harth et al. 2008

Die Hypothese 1 „Aknepatienten und Patienten mit Körperdysmorphen Störungen unterscheiden sich in ihrer interpersonellen Konfliktsituation“ kann nicht angenommen werden, da nur ein signifikanter Unterschied im Item „Streitsüchtigkeit“ ermittelt wurde. Sowohl Aknepatienten als auch KDS- Patienten erreichen in allen Items des IIP die höchsten Werte. Bereits zahlreiche Untersuchungen konnten bei Aknepatienten eine geringere Lebensqualität und ein erhöhtes Risiko, eine Depression, soziale Phobie oder Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, belegen (Walker and Lewis-Jones et al. 2006, Law et al. 2010, Gül et al. 2015). Älteren Erkenntnissen zur Folge haben die erheblichen psychischen Probleme wie Angst und Depression von Akne mit der Stigmatisierung durch Kollegen, niedrigen Selbstachtung, den sozialen Schwierigkeiten, den Selbstmordgedanken und der höheren Arbeitslosenrate zu tun (Koo et al. 1995 und Mulder et al. 2001). Eine aktuelle Untersuchung von Öztürk et al. (2013) zeigen an 46 Aknepatienten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe, dass diese ängstlicher, wütender und pessimistischer waren. Anhand der vorliegenden Abbildung bestätigt sich, dass vor allem Aknepatienten am stärksten interpersonell belastet sind.

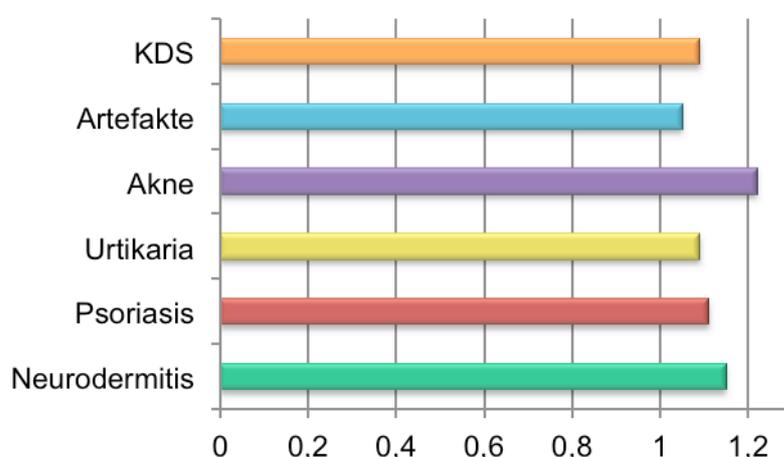


Abb. 7 Ergebnisse des IIP- Gesamt für die Hautgruppen

6.1.6. Artefakte

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Artefakten (N= 17) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 38,2 Jahren (SD 18,60), wobei der weibliche Anteil mit 76,5 Prozent über dem männlichen Anteil mit 23,5 % liegt und Studien von Kapfhammer et al. (1998) und Wong et al. (2013) entspricht.

Hinsichtlich der Befragung zur beruflichen Ausbildung gaben 20 % der Artefaktpatienten an, keine Berufsausbildung absolviert zu haben. Bemerkenswert war, dass keiner der Befragten arbeitslos war. Vergleichbare Studien zur Arbeitslosigkeit liegen nicht vor, allerdings konnten Kapfhammer et al. (1998) während eines 18 Jahres-Zeitraumes zeigen, dass 50 % der Frauen und 7 % der Männer in medizinischen/ pflegerischen Berufen tätig waren. Auch Reich et al. (1983) fanden eine Assoziation von Aknepatienten mit medizinischen Berufen oder Familienangehörigen im medizinischen Sektor.

In Bezug auf die Partnerschaft geben 50 % der Befragten an, in einer festen Partnerschaft zu leben. Auch Odlaug et al. (2008) zeigten, dass 42 % der Skin-Picking-Patienten in einer festen Partnerschaft lebten. Im Widerspruch dazu steht die Untersuchung von Kapfhammer et al. (2008), die eine überdurchschnittlich hohe Partnerlosigkeit erwähnten, in der nur 30 % der Männer und 29 % der Frauen in einer stabilen Partnerschaft lebten, womit die soziale Isolation und erhöhte Komorbidität zur Impulskontrollstörung und Depression Erklärens wert wäre.

Im Durchschnitt waren 18 % der Artefaktpatienten für 1,4 Tage in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung, wovon weder die Psychiatrie noch die Psychosomatik in Anspruch genommen wurde. Die sehr geringe Inanspruchnahme der stationären Therapie könnte zum einen durch die eigene medizinische Qualifikation und zum anderen durch die Zugänglichkeit begründet sein. Zudem wird in zahlreichen „Case Reports“ (Woyewoda et al. 2012) ein hohes Aufkommen bei den ambulant tätigen Ärzten beschrieben. Zahlreiche Spezialisten werden aufgesucht, unzählige Medikamente werden ohne ersichtlichen Erfolg getestet und die Krankenakte des Patienten füllt sich mit nicht erklärbaren Befunden. Bei Patienten mit Artefakten finden sich häufig Persönlichkeitsstörungen, wie die Borderlinestörung, oder depressive, ängstliche sowie Zwangsstörung. Ein hohes Maß an Suizidalität ist auffällig (Gieler et al. 2006, Kapfhammer et al. 2008), das sich im Vergleich mit den anderen Hautpatienten in unserer Untersuchung nicht bestätigen lassen konnte.

Die Hypothese 3 „Artefaktpatienten weisen stärkere interpersonelle Probleme im IIP-Gesamt auf als die anderen Hautgruppen“ kann nicht angenommen werden. Artefaktpatienten zeigen im Vergleich zu den anderen Hautpatienten die geringsten interpersonellen Probleme im IIP- Gesamt, lediglich im Item „Selbstunsicher“ zeigt diese die stärkste Ausprägung. Bereits Calikusu et al. (2002) konnten im Vergleich mit Urtikaria- Patienten eine höhere Komorbidität von Alexithymie und Wut zeigen. Besonders das Skin-Picking-Syndrom hat eine signifikant hohe Assoziation zu Angsterkrankungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch und Impulskontrollstörungen (Odlag et al. 2013). Eine weitere Studie an 5000 Studenten der israelischen Universität von Leibovici et al. (2014) konnte aufdecken, dass die Prävalenz für ein Skin-Picking-Syndrom bei 3 % lag. Zudem bestand eine hohe Assoziation zu generalisierten Angststörungen, zwanghaft sexuellen Störungen, Depression, Essstörungen und verdeutlicht die Schwere der Erkrankung, die sich aber mit unseren Ergebnissen nicht bestätigen lassen konnten.

Die Daten der Toronto-Alexithymie-Skala zeigen die Tendenz, dass Artefaktpatienten im Vergleich mit den anderen Hautpatienten mehr „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (TAS 1) haben und höhere Werte in der Subskala „extern orientierter Denkstil“ (TAS 3) erreichen, doch ist der Unterschied nicht signifikant (siehe Abbildung 7).

Die aktuelle Studiensituation legt keine Vergleichsdaten zu Grunde, so dass es wünschenswert wäre, weitere Studien über den Zusammenhang von Alexithymie mit den verschiedenen Hauterkrankungen durchzuführen. Ausschließlich Neurodermitis- und Psoriasispatienten hatten signifikant höhere Werte im Vergleich mit Hautgesunden gezeigt (Dieris-Hirche et al. 2012, Korkoliakou et al. 2014).

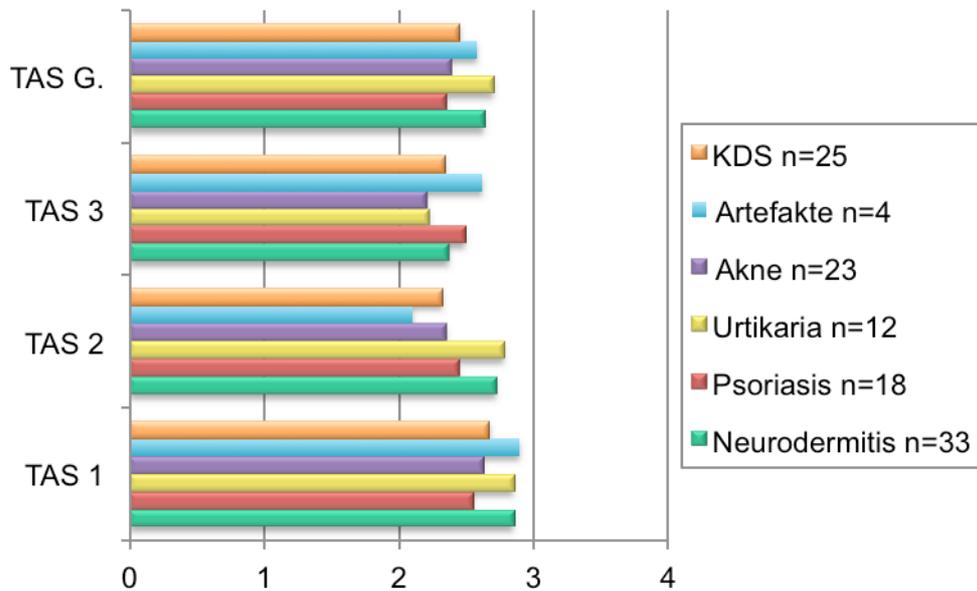


Abb. 8 Ergebnisse des TAS-20 für die Hautgruppen

6.1.7. Körperdysmorphie Störung

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Körperdysmorpher Störung (N= 101) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 35,1 Jahren (SD 10,6), der weibliche Anteil liegt mit 58,4 % über dem männlichen Anteil mit 42,6 % und deckt sich mit Studien von Conroy et al. (2007) und Conrado et al. (2010).

92 % der Befragten mit KDS geben an, eine Berufsausbildung absolviert zu haben und nur 8 % sind erwerbslos. Diese Ergebnisse entsprechen nicht dem Durchschnitt anderer Untersuchungen. Veale et al. (2014) zeigten in einer einfachblinden randomisierten Parallelstudie mit 46 KDS- Patienten, dass die Arbeitslosenquote mit 30 % deutlich höher im Vergleich zu unseren Ergebnissen war. In einer Untersuchung von 141 KDS- Patienten fanden auch Didie et al. (2008), dass weniger als die Hälfte ganztags arbeiteten, 39 % arbeitslos waren und fast jeder Vierte Erwerbsunfähigkeitsrente erhielt. Auch Phillips et al. (2005) fanden bei 36 % der 200 Befragten heraus, dass diese in dem letzten Monat aufgrund ihrer Erkrankung nicht arbeiten gehen konnten.

Bezogen auf die Partnerschaft geben 59 % der Befragten eine Partnerschaft an. Die Ergebnisse spiegeln nicht die Neigung zu sozialen Ängsten, sozialer Phobie und Schüchternheit wieder. Bereits Fang et al. (2010) zeigten eine signifikante Korrelation von sozialer Phobie und Körperdysmorpher Störung. Auch die Ergebnisse von Veale et

al. (2008) als auch Phillips et al. (2005) betrachtend, ist die Mehrheit der KDS-Patienten alleinlebend, geschieden oder verwitwet.

Bei einer Studie aus 5848 niederländischen Patienten, die mit der Diagnose Depression, Angsterkrankung oder somatoformen Störung zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung überwiesen wurden, fanden Vinkers et al. (2008) eine Prävalenzrate von 0,8 % für eine Körperdysmorphie Störung. Unter stationär psychiatrischen Patienten scheint die Prävalenz 13 % hoch zu sein (Phillips et al. 2005). Unsere Ergebnisse können das bestätigen.

23 % der KDS-Patienten geben an, 2 Wochen im Jahr in stationärer Behandlung gewesen zu sein. Davon nahmen 5 Patienten die stationäre psychiatrische Behandlung und 4 Patienten die psychosomatische Behandlung in Anspruch.

Im Vergleich zu den anderen Hautgruppen wird die Schwere der psychischen Komponente ersichtlich, die in zahlreichen Studien mit einem erhöhten Suizid und der Depression bestätigt wurde (Conroy et al. 2007, Nierenberg et al. 2002, Brohede et al. 2015). Zudem scheinen die KDS-Patienten den größten Bedarf an stationärer Behandlung zu haben. Bisher gibt es keine sicheren Hinweise für die Zunahme der Häufigkeit der Zahl von plastisch-kosmetischen Behandlungen, obwohl in den USA die Anzahl der Operationen von 2 Millionen im Jahr 1997 auf 8,3 Millionen im Jahr 2003 angestiegen waren.

Die Hypothese 1 „Aknepatienten und Patienten mit Körperdysmorphen Störungen unterscheiden sich in ihrer interpersonellen Konfliktsituation“ kann nicht angenommen werden. Die IIP- Auswertung betrachtend, sind Patienten mit KDS im Vergleich zu Aknepatienten signifikant streitsüchtiger/ konkurrierend und haben die Unfähigkeit, sich um Bedürfnisse und das Glück anderer zu kümmern. Zahlreiche Studien belegen, dass diese Patienten aufgrund ihres vermeintlichen Makel negativ denken, Selbstzweifel haben und ihr Selbst abwerten. Die Patienten erleben Angst, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, Wut, Frustration und Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Aussehen (Kollei et al. 2012). Unsere Ergebnisse können aber im IIP Gesamt keinen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Hautgruppen feststellen.

Der Auswertung des SCL zufolge sind KDS- Patienten signifikant ängstlicher als Neurodermitispatienten. Dies bestätigten Untersuchungen, die eine erhöhte Komorbidität von Angsterkrankungen wie der sozialen Phobie und Angst vor negativer Bewertung beschreiben (Buhlmann et al. 2002, Mufaddel et al. 2013). Zudem scheint

eine Verbesserung der sozialen Phobie signifikant zu einer Verbesserung der KDS zu führen (Fang et al. 2010).

Die GBB- Ergebnisse (siehe Abb. 9) zeigen, dass KDS- Patienten signifikant häufiger Herzbeschwerden haben, zudem erzielen sie in allen Items sehr hohe Werte. Dies entspricht einer Untersuchung von Phillips et al. (2004), die mit einem Symptom-Fragebogen bei 75 KDS- Patienten im Vergleich zur Normalgruppe häufiger somatische Symptome registrierten.

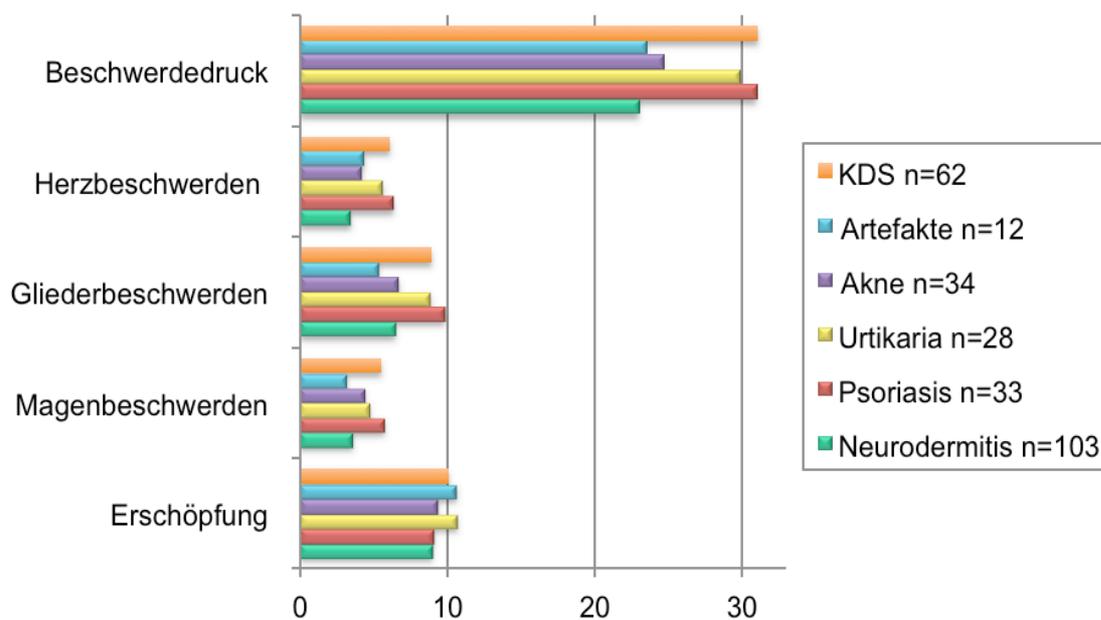


Abb.9 Ergebnisse des GBB der Hautgruppen

Die Auswertung kritisch betrachtend, wurde eine Patientenstichprobe untersucht, die nur aus Patienten besteht, die sich in der Psychosomatische Ambulanz der Universitätsklinik Gießen vorstellten. Die Untersuchungsergebnisse basieren auf den Selbstangaben der Patienten, es wurden keine Interviews geführt und ausgewertet.

Die Selektion Depression- und Hautpatienten wurde anhand der ICD- Codierung vorgenommen.

Somit ist besonders bei der Gruppe der Hautpatienten anzumerken, dass es sich hierbei um keine repräsentative Gruppe für eine dermatologische Stichprobe handeln könnte.

7. Zusammenfassung

Hintergrund:

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, einerseits Depressionspatienten mit Hautpatienten und andererseits Neurodermitis-, Psoriasis-, Urtikaria-, Akne-, Artefakt- und KDS-Patienten anhand der interpersonellen Konflikte, körperlichen Beschwerden, vegetativen und psychischen Symptome, Alexithymieausprägung und soziodemographischen Daten zu vergleichen.

Hierzu wurden anhand der damaligen Studienergebnisse bis 2010 Arbeitshypothesen erstellt.

Patienten und Methode:

Zwischen 2000- 2009 wurden Daten von 1204 Patienten mit den Diagnosen Depression, Neurodermitis, Psoriasis, Urtikaria, Akne, Artefakten und der Körperdysmorphen Störung, die sich in der psychosomatischen Ambulanz der Justus Liebig Universität vorstellten, mit Hilfe des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP), der Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL90), dem Gießener Beschwerdebogen (GBB), der Toronto Alexithymie Skala (TAS-20) und der Selbstauskunft zu ihrem Beschwerdebild anonymisiert ausgewertet.

Ergebnisse:

Wie erwartet, leiden depressive Patienten deutlich stärker an Alexithymie als die Hautpatienten. Zudem haben sie stärkere körperliche Beschwerden wie Herz-, Magen- und Gliederbeschwerden.

Hypothese 7 und 8 kann nicht bestätigt werden, denn Depressive Patienten sind stärker psychisch belastet und zeigen häufiger paranoide Wahnvorstellungen als die Hautpatienten.

Entgegen der formulierten Hypothesen 1 bis 5 konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Urtikaria-, Psoriasis-, Neurodermitis-, Akne-, Artefakt- und KDS- Patienten im Hinblick auf die interpersonelle Belastung und Alexithymieausprägung gefunden werden. Es zeigt sich eine Tendenz, dass Aknepatienten am stärksten belastet sein müssen.

Psoriasispatienten haben signifikant häufiger Herzbeschwerden und somatisieren mehr als Neurodermitispatienten.

Neurodermitispatienten sind im Vergleich weniger ängstlich als die anderen Hautpatienten. Sie sind im Durchschnitt die jüngsten Patienten.

Urtikariapatienten waren unter den Vergleichsgruppen die ältesten Patienten. Die Inanspruchnahme der stationären Behandlung war im Durchschnitt mit 32 % am höchsten.

Aknepatienten erreichten im IIP Gesamt die höchsten Werte und zeigen sich im Vergleich zu den anderen Gruppen interpersonell mehr belastet. Zudem waren sie signifikant am streitsüchtigsten.

Artefaktpatienten waren im Vergleich zu den Hautpatienten nicht stärker psychisch belastet.

KDS- Patienten sind signifikant ängstlicher als Neurodermitispatienten. Zudem haben sie signifikant häufig Herzbeschwerden, Magenbeschwerden und Gliederbeschwerden.

Fazit:

Die Studie liefert Ansätze, dass Depressionspatienten im Vergleich zu Hautpatienten deutlich mehr belastet sind als erwartet. Zudem zeigt sich, dass Hautpatienten, die neben ihrer Erkrankung eine Depression diagnostiziert bekommen haben, nicht automatisch stärker belastet sind.

Die 6 verschiedenen Hauterkrankungen zeigen eine doch deutliche Diskrepanz in Bezug auf verschiedene Charaktermerkmale und unterstützen die Anwendung der psychometrischen Testung, die möglicherweise einen verbesserten Therapieansatz zu Folge haben könnte.

Die Ergebnisse der Arbeit belegen bei Patienten mit Hauterkrankungen, dass die rechtzeitige Weichenstellung zur psychosomatischen Diagnostik und Behandlung vorgenommen werden muss.

8. Summary

Background:

This study compared patients with depression and skin disease, moreover patients with Atopic Dermatitis, Psoriasis, Urticaria, Acne, Dermatitis artecta and Body dysmorphic disorder based on the interpersonal conflicts, physical complaints, vegetative and psychological symptoms, alexithymia and socio-demographic data. For this purpose were create hypotheses based on the epidemiological data until 2009.

Methods:

Between 2000- 2009 were collected data from 1204 patients with the diagnoses Depression, Atopic Dermatitis, Psoriasis, Urticaria, Acne, Dermatitis artefacta and Body dysmorphic disorder in psychosomatic outpatient in the clinic of the Justus Liebig University, using the Inventory of Interpersonal Problems (IIP) , the Symptom Checklist by Derogatis (SCL90), the Giessener Beschwerdebogen (GGB), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the self-report. These data will evaluate anonymously.

Results:

As expected, patients with depression suffer considerably stronger than the skin alexithymia patients. They also have greater physical ailments such as heart, stomach and limb discomfort.

Hypothesis 7 and 8 can not be confirmed because depressiv patients are more psychologically burdened and show more often paranoid delusions than the skin patients. Between Patients with Urticaria, Psoriasis, Atopic dermatitis, Acne, dermatitis artefacta and Body dysmorphic disorder are no significant differences in interpersonal stress and alexithymia. Psoriasis have significantly more heart problems and somatization than patients with atopic dermatitis. Atopic Dermatitis is in comparison less anxious than the other skin patients. They are the youngest patients in this study.

Urticaria are the oldest patients. The use of inpatient treatment was highest with an average of 32%. Acne patients show more interpersonal problems than the others. Dermatitis artefacta were not more psychologically in comparison to the skin patient. Body dysmorphic disorder patients are significantly more afraid than patients with atopic dermatitis. In addition they have significantly more heart problems, stomach problems and limb discomfort.

Conclusion:

The study approaches that Depression patients are charged significantly more compared to skin patients than expected. We also note that skin patients with depression have no more stress.

The skin disease show a discrepancy to different character features and support the useage of psychometric testing, which may lead to an improved therapeutic approach.

The results of the study confirm by patients with skin diseases that timely alignment may have to be made for psychosomatic diagnosis and treatment.

9. Literatur

1. Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (2006): Uexküll Psychosomatische Medizin, Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, 6. Auflage, Urban& Fischer Verlag, S. 1159-1168.
2. Aichenberger MC, Neuner B, Hapke U, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Busch MA (2012): Association between migrant status and depressive symptoms in the older population in Germany, *Psychiatrie Praxis*;39(3):116-121.
3. Aktan S, Ozmen E, Sanli B (1998): Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology*;197(3):230-234.
4. Allegranti I, Gon T, Magaton-Rizzi G, Aguglia E. (1994): Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients., *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*;186:146-7.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, (2004): European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, *Acta Psychiatr Scand Suppl.*;(420):21-27.
6. AlShahwan MA (2015): The Prevalence of Anxiety and Depression in Arab Dermatology Patients, *J Cutan Med Surg*. pii: 7750.2014.14110.
7. Altınöz AE, Taşkıntuna N, Altınöz ST, Ceran S.(2014): A cohort study of the relationship between anger and chronic spontaneous urticaria. *Adv Ther*; 31(9):1000-1007.
8. Arolt V, Reimer C, Dilling H (2007): *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*, 6. Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg.
9. Armstrong AM, Schupp C, Wu J, Bebo B (2012): Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003-2011, *PLoS One*;7.
10. Armstrong AM, CT Harskamp, EJ Armstrong (2013): Psoriasis and the risk of diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis, *JAMA Dermatol*; 149, 84–91.
11. Arnetz BB, Fjellner B, Eneroth P, Kallner A (1985): Stress and psoriasis: psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during

- standardized stressor exposure, *Psychosom Med.*; 47(6): 528-541.
12. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. (1994): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research.*; 38, 23-32.
 13. Behnam B, Taheri R, Ghorbani R, Allameh P (2013): Psychological impairments in the patients with acne, *Indian J Dermatol.*; 58 (1):26-29.
 14. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA (2015): Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms, *J Psychosom Res.*;78 (2):116-122.
 15. Beltraminelli H, Itin P (2008): Haut und Psyche – von der Oberfläche zur Tiefe der inneren Welt. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*; 1, 8-14.
 16. Bermejo I, Nicolaus L, Kriston L. (2012): Vergleichende Analyse psychosomatischer Beschwerden bei Personen mit spanischem, italienischem, türkischem und russischem Migrationshintergrund. *Psychiat Prax*; 39: 157-161.
 17. Bhatia MS, Gautam RK, Bedi GK (1996): Psychiatric profile of patients with neurodermatitis, *J Indian Med Assoc.*; 94(12):445-446.
 18. Bienvenu OJ, Stein MB, Samuels JF, Onyike CU, Eaton WW, Nestadt G (2009): Personality disorder traits as predictor of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia, *Comp Psychiatry*; 50 (3):209-214.
 19. Bivanco Lima D, Souza SI, Vannucci AM, Almeida RMC (2013): Cardiovascular risk in individuals with depression, *Rev Assoc Med Bras*; 59 (3): 289-304.
 20. Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F (2012): Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. *Contact Dermatitis*; 67:184–192.
 21. Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenicke MA (2002): Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison, *Psychosomatics.*; 43 (6):486-90.
 22. Bosse K; Hünecke P (1976): *Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkranken*. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen.
 23. Brähler E und Scheer JW. (1995): *Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Handbuch (2., ergänzte und revidierte Aufl. gestellt.). Bern: Hans Huber.
 24. Braun-Falco O (1965): On the practical aspects of psoriasis treatment. *Dtsch Med Wochenschr.*5; 90(45):1995-1998.

25. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Schweers J, Roth C, Balach L, Canobbio R, Liotus L. (1993): Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide, *Acta Virol*; 19(6):481-485.
26. Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K (2015): Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: a population-based study, *Compr Psychiatry*;58:108-115.
27. Brosig B, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U (2001): The "Dorian Gray Syndrome": psychodynamic need for hair growth restorers and, other "fountains of youth". *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*; 39, 279-283.
28. Brown C, Battista DR, Sereika SM, Bruehlman RD, Dunbar-Jacob J, Thase ME (2007) Primary care patients' personal illness models for depression: relationship to coping behavior and functional disability, *Gen Hosp Psychiatry*; 29(6):492-500.
29. Brunnhuber S, Lieb K (1996): *Psychiatrie - Kurzlehrbuch nach dem Gegenstandskatalog für den 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung*, Verlag: Mediscript-Verlag, Bad Wörishofen.
30. Buhlmann U, R.J. McNally, S. Wilhelm, I. Florin (2002): Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder, *Journal of Anxiety Disorders*; 16, 289–298.
31. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, Rief W (2010) Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey, *Psychiatry Res*;178 (1):171-175.
32. Busch MA.; Maske UE.; Ryl L.; Schlack R; Hapke U (2013): Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*; Vol. 56 Issue 5/6, 733-739.
33. Bühren A, Voderholzer U, Schulte-Markwort M, Loew, TH, Neitscher F, Hohagen F, Berger M (2008): Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert, *Dtsch Ärzteblatt*; 105(17): 880-884.
34. Buske- Kirschbaum A, Jobst S, Wustmans A, Kirschbaum C, Rauh W, Hellhammer D. (1997): Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis, *Psychosom Med*; 59(4):419-426.
35. Calikusu C, Yücel B, Polat A, Baykal C (2002): Expression of anger and alexithymia in patients with psychogenic excoriation: a preliminary report, *Int J Psychiatry Med*; 32(4):345-352.
36. Canpolat U; Turak O; Ozcan F; Cay S; Aras D (2014): Killing two birds with

- one stone: screening of coronary artery disease and cardiac autonomic dysfunction in psoriasis. *Med Princ Pract.*; 23(2):193.
37. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC (2005): Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1), *Clin Pract Epidemiol Ment Health*; 1: 13.
 38. Chang SS, Sterne JA, Huang WC, Chuang HL, Gunnell D. (2010): Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959–2007: a time-series analysis. *Public Health*; 124:49–54.
 39. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Miguel EC, Rivitti EA (2010): Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features, *J. American Academy of Dermatology*; 235-243.
 40. Conroy M, Menhard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA (2007): Prevalence and clinical characteristics of body dsymorphic disorder in an adult inpatient setting, *General Hospital Psychiatry* 30, 67-72.
 41. Cotterill JA, Cunliffe WJ. (1997): Suicide in dermatological patients, *Br J Dermatol*; 137(2): 246-250.
 42. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GB, Misery L, Szabo C, Linder D, Sampogna F, Evers AW, Halvorsen JA, Balieva F, Szepletowski J, Romanov D, Marron SE, Altunay IK, Finlay AY, Salek SS, Kupfer J (2015): The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*;135(4): 984-891.
 43. Deutsche Rentenversicherung Bund 2007, S. 74f.
 44. Didie ER, Menard W, Stern AP, Phillips KA (2008): Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.*; 49: 561-569.
 45. Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer JP, Milch WE (2009): Suicidal ideation, anxiety and depression in adult patients with atopic dermatitis. (English). By: *Der Hautarzt*; Vol. 60 (8): 641-646.
 46. Dieris-Hirche J; Milch WE.; Kupfer JP.; Leweke F; Gieler U (2012): Alexithymie bei Neurodermitis. *Psychotherapeut*; Vol. 57 Issue 1, 42-49, 8p.
 47. Dilling H (1978): Epidemiology of psychic disorders and their psychiatric treatment *Fortschr Med.*;96(36):1804-1808.
 48. Dirschka T, Hartwig R, Oster-Schmidt C (2011): *Klinikleitfaden Dermatologie*, 3. Auflage, Elsevier Verlag.
 49. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T (2013): The prevalence

- and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Investig Dermatol Symp Proc.*;134:1542–1551.
50. Ellert U, Wirz J, Ziese T (2006): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle), Seite 41.
 51. Emminger H, Kia T (2008): Exaplan Das Kompendium der klinischen Medizin Band 2, 5. Auflage; Seite 2169.
 52. Ermertcan AT, Gencoglan G, Temeltas G, Horasan GD, Deveci A, Ozturk F. (2011): Sexual dysfunction in female patients with neurodermatitis. *J Androl.*; 32(2):165-169.
 53. Evren B, Evren C (2007): Relationship Between Alexithymia and Social Anxiety in Femal Outpatients with Dermatological Disorder Presenting for Psychiatric Consultation, *Journal Psychological Medicine Settings*; 14: 258-265.
 54. Fang A, Hofmann SG (2010): Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder, *Clin Psychol Rev*; 30(8):1040-1048.
 55. Fava, GA, Perini I.,Santonastano P, Fornasa CV (1980): Life events and psychological distress in dermatologic disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections, *British Journal of Medical Psychology*; 53: 277-282.
 56. Filakovic P, Petek A, Kic O, Radanovic-Grguric L, Dermecic D (2009): Comorbidity of depressive and dermatologic disorders- therapeutic aspects, *Psychiatr. Danub*; 21 (3): 401-410.
 57. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C (2015): A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis, *Psychol Health Med.*; 20(1):121-127.
 58. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Apostolopoulou M, Dampali R, Zaggelidou E, Karlafti E, Fountoukidis I, Kountis P, Limenopoulos V, Plomaritis E, Theodorakis P, Hatzitolios AI (2015): Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000-2012), *J Affect Disord*;174:131-136.
 59. Frangos et al. (2008), *JID* 2008
 60. Franke GH (2002): Hogrefe Testsystem 4, Beltz Test GmbH, Göttingen, 2. Auflage
 61. Fritzsche K, Ott J, Scheib P, Wetzlar V, Zschocke I, Wirsching M (1999): Psychosoziale Belastung und Behandlungsbedarf bei dermatologischen Patienten einer Station der Universitätshautklinik. Poster bei der 50. Tagung

- des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Berlin 11.–13.11.1999
62. Fukunishi, I., Ischikawa, M., and al. (1992): Alexithymia and depression in families with alcoholics. *Psychopathol*; 25(6): 326-330.
 63. García-Parajuá P, Martínez Vigo M, Ovejero García S, Caballero Martínez L. (2003): Severity in dysmorphophobia: description of two cases, *Actas Esp Psiquiatr*; 31(3): 168-170.
 64. Garcia Nuñez D, Rufer M, Leenen K, Majohr KL, Grabe H, Jenewein J. (2010): Quality of life and alexithymia in somatoform pain disorder, *Schmerz*; 24(1):62-68.
 65. Gaston L, Lassonde M, Bernier-Buzzanga J, Hodgins S, Crombez JC (1987): Psoriasis and Stress, *J Am Acad Dermatol.*; 17(1):82-86.
 66. Gelfand JM, A.L. Neimann, D.B. Shin, X. Wang, D.J. Margolis, A.B. Troxel (2006): Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis *JAMA*; 296, 1735–1741.
 67. Gieler U, Ernst R, Fritz J (1985): Mein Schuppenpanzer schützt mich. *Persönlichkeit und Körperbeschwerden bei Psoriasis-Patienten, Z.Hautkr.*; 572-576.
 68. Gieler U, Stangier U, Brähler E (1993): *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht, Hofgreffe, Göttingen.*
 69. Gieler U. (2003): Psychodynamische Diagnostik und Therapie der körperdysmorphen Störung. In: Stirn A, Decker O, Brähler E, (Hrsg.) *Körperkunst und Körpermodifikation. Psychosozial*; 26: 55-64.
 70. Gieler U, Harth W (2006): *Psychosomatische Dermatologie. Springer Medizin Verlag Heidelberg.*
 71. Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Harth W (2007): Psychosomatik in der Dermatologie, *Psychotherapeut*; 52: 291-309.
 72. Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Harth W (2008): Psychosomatische Dermatologie, *Hautarzt*; 59(5):415-342.
 73. Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, Linder DM, Jemec GB, Poot F, Szepletowski JC, de Korte J, Taube KM, Lvov A, Consoli SM (2013): Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification--a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP).*Acta Derm Venereol*; 93(1): 4-12.
 74. Gieler U, Gieler T, Schut C, Niemeier V, Peters EM, Kupfer J (2015): Quality of life and comorbidities in urticaria – what is known? *Current Dermatological Reports epub ahead of print 2015.*

75. Ginsburg IH, Link BG. (1989): Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.*;20(1):53-63.
76. Gupta MA, Gupta AK. (1998): Depression and suicidal ideation in dermatology patients with akne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis, *British Journal of Dermatology*; 139: 846- 850.
77. Gupta MA (2002): Psychological aspects of common skin diseases, *Canadian Family Physican*; Vol 48: 660-661.
78. Gupta MA, Gupta AK (2003): Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management, *Am J Clin Dermatol.*; 4 (12): 833-842.
79. Gül Aİ, Çölgeçen E (2015): Personality traits and common psychiatric conditions in adult patients with acne vulgaris, *Ann Dermatol.*;27(1):48-52.
80. Härter M et al. (2007): *Praxismanual Depression*, Deutscher Ärzte- Verlag
81. Harth W, Hillert A, Hermes B, Seikowski K, Niemeier V, Freudenmann RW (2008): Suicidal behavior in dermatology, *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete*; Vol. 59 (4).
82. Halvorsen JA; Stern RS; Dalgard F; Thoresen M; Bjertness E; Lien L (2011): Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *The Journal Of Investigative Dermatology*; Vol. 131 (2): 363-370.
83. Hartley S, Barrowclough C, Haddock G (2013): Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms, *Acta Psychiatr Scand*;128(5): 327-346.
84. Heiberg, A., and Heiberg, A. (1977): Alexithymia - an inherited trait? A study of twins. *Psychother Psychosom*, 28: 221-225.
85. Heigl-Evers Heigl-Evers A, Schneider R, Bosse K (1976): Biographical information from patients with endogenous eczema, *Z Psychosom Med Psychoanal*; 22(1): 75-84.
86. Hergüner S, Kiliç G, Karakoç S, Tamay Z, Tüzün U, Güler N (2011): Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria *Br J Dermatol*;164. (6): 1342-1347
87. Höring CM (2008): Neurodermitis, Psychosomatische und psychotherapeutische Therapie, *Hautarzt* 59: 308-313.
88. Hoffmann SO, Hochapel G (2009): *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin*, 8. Auflage, Schattauer GmbH Stuttgart.

89. Honkalampi, K., Koivumaa- Honkanen, H., Lehto, SM., Hintikka, J., Haatainen, K., Rissanen, T., Viinamäki, H. (2010): Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder or alcohol use disorders? A prospective population- based study, *Journal of Psychiatric Research*; 68: 269-273.
90. http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Hessen-Nav.html?year_month=201410, 26.11.14 um 13.44 Uhr.
91. Hughes J, Barraclough B, Hamblin L, White J (1983): Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 143: 51-54.
92. Hunkin V1, Chung MC. (2012): Chronic idiopathic urticaria, psychological comorbidity and posttraumatic stress: the impact of alexithymia and repression, *Psychiatr Q*; 83(4):431-447.
93. Hustedt V (2007): Unterschiede zwischen neurotischen und psychosomatischen Störungen in der stationären Psychotherapie. Dissertation Univ. Giessen.
94. Iskandar IY, Ashcroft DM, Warren RB, Yiu ZZ, Mcelhone K, Lunt M, Barker JN, Burden AD, Ormerod AD, Reynolds NJ, Smith CH, Griffiths CE (2015): Demographics and disease characteristics of psoriasis patients enrolled in the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register (BADBIR), *Br J Dermatol*. doi: 10.1111/bjd.13908.
95. Jang SN, Cho SI, Chang J, Boo K, Shin HG, Lee H, Berkman LF (2009): Employment status and depressive symptoms in Koreans: results from a baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Sep;64(5):677-683.
96. Jafferany MD (2007): Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*; 9(3): 203-213.
97. Kapfhammer HP (2008): Somatoform disorders. Clinical evidence, etiology, pathogenesis, and therapy, *Nervenarzt*; 79 (1): 99-115.
98. Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Dietrich E, Dobmeier E, Mayer C (1998): Artfactual disorders-between deception and self-mutilation. Experiences in consultation psychiatry at a university clinic, *Nervenarzt*; 69 (5):401-409.
99. Kapp A (1993): The role of cytokines in the psoriatic inflammation, *J Dermatol Sci.*;5 (3):133-142.

100. Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Julkunen, J. (1993): Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry* 34(1-5).
101. Kimball AB; Guerin A; Latremouille-Viau D; Yu AP.; Gupta S; Bao Y; Mulani P (2010): Clinical research study: Coronary Heart Disease and Stroke Risk in Patients with Psoriasis: Retrospective Analysis *Wissenschaftl. Zeitschrift In The American Journal of Medicine.*123(4):350-357.
102. Kimjai- Asadi A, Usman A (2001): The Role of Psychological Stress in Skin Disease, *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*; 140-145.
103. Koblenzer C (1987): *Psychocutaneous disease.* Grune & Stratton Orlando
104. Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, de Zwaan M, Martin A (2012): Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *J Psychosom Res*;72(4):321-327.
105. Koo JT: (1995) The psychosocial impact of acne: patient's perceptions *Journal of the American Academy of Dermatology*; 32: 26–30.
106. Koo J., Do J, Lee C (2000): *Psychodermatology*, *J Am Acad Dermatology*; 43: 848-853.
107. Korkoliakou P; Christodoulou C; Kouris A; Porichi E; Efstathiou V, Kaloudi E; Kokkevi A; Stavrianeas N; Papageorgiou C; Douzenis A (2014): Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study., *Annals of General Psychiatry* , 2014, Vol. 13 Issue 1,20-32, 13.
108. Kupfer J, Niemeier V, Seikowski K, Gieler U, Brähler E (2005): Prevalence of skin complaints in a representative sample. *Br J Psychol.*
109. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM (2010): The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study, *Arch Dermatol*;146(8):891-895.
110. Kurtalić N; Hadzigrabić N; Tahirović H; Sijercić N, *Medicinskih Znanosti* (2010): Quality-of-life of adolescents with acne vulgaris, Abstract available. By: *Acta Med Croatica*, ISSN: 1330-0164, Vol. 64 (4), 247-251.
111. Kuruvila, M., Gahalaut, P., Zacharia, A. (2004): A study of skin disorders in patients with primary psychiatric conditions, *Indian Journal of Dermatology, Venerology and Leprology* Volume 70; 5: 292-295.
112. Law MP, Chuh AA, Lee A, Molinari N. (2010): Acne prevalence and beyond: acne disability and its predictive factors among Chinese late adolescents in Hong Kong, *Clin Exp Dermatol.*;35(1):16-21.
113. Lazarus RS (1999): *Stress and Emotion. A new Synthesis.* Free Association Books, London.

114. Leibovici V, Canetti L, Yahalomi S, Cooper-Kazaz R, Bonne O, Ingber A, Bachar E (2010): Well being, psychopathology and coping strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study, *J Eur Acad Dermatol Venerol*; 24(8):897-903.
115. Leibovici V, Murad S, Cooper-Kazaz R, Tetro T, Keuthen NJ, Hadayer N, Czarnowicki T, Odlaug BL (2014): Excoriation (skin picking) disorder in Israeli University students: prevalence and associated mental health correlates, *Gen Hosp Psychiatry*;36(6):686-689.
116. Lindert J, Brähler E, Wittig U et al. Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *Psychother Psych Med* 2008; 58: 109-122.
117. Lorenz TH, Graham DT, Wolf S (1953): The relation of life stress and emotions to human sebum secretion and to the mechanism of acne vulgaris, *J Lab Clin Med.*;41(1):11-28.
118. Lyketsos GC, Stratigos J, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. (1985): Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia, *Psychother Psychosom.*;44(3):122-131.
119. Ma L, Li M, Wang H, Li Y, Bai B (2014): High prevalence of cardiovascular risk factors in patients with moderate or severe psoriasis in northern China, *Arch Dermatol Res.*; 306(3): 247-251.
120. Marron SE, Tomas-Aragones L, Boira S (2013): Anxiety, depression, quality of life and patient satisfaction in acne patients treated with oral isotretinoin, *Acta Derm Venereol*; 93(6):701-706.
121. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, (1999): Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey, *Psychol Med* 29: 823-832.
122. Marty P and M'Uzan, d. M (1978): Das operative Denken ("Pensée opératoire"), *Psyche* 10: 974-984.
123. Mazzetti M, Mozzetta A, Soavi GC, Andreoli E, Foglio Bonda PG, Puddu P, Decaminada F. (1994): Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors, *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*;186: 62-64.
124. Merbach M, Wittig U, Brähler E (2008): Anxiety and depression by Polish and Vietnamese migrants in Leipzig depending on their adaptation process, *Psychother Psychosom Med Psychol.*58 (3-4):146-154.
125. Miller IM, Ellervik C, Yazdanyar S; Jemec GBE (2013): Review: Meta-analysis of psoriasis, cardiovascular disease, and associated risk factors In *Journal of the American Academy of Dermatology.* 69(6):1014-1024.

126. Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. (2015): Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*;29(4):649-655.
127. Milner A, Page A, Lamontagne AD. (2013): Duration of unemployment and suicide in Australia over the period 1985–2006: an ecological investigation by sex and age during rising versus declining national unemployment rates. *J Epidemiol Community Health.*;67:237–244.
128. Mufaddel A, Osman OT, Almuqaddam F, Jafferany M (2013): A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings, *Prim Care Companion CNS Disord*;15(4).
129. Mulder MM, Sigurdsson V, van Zuuren EJ, Klaassen EJ, Faber JA, de Wit JB, van Vloten WA (2001): Psychosocial impact of acne vulgaris. evaluation of the relation between a change in clinical acne severity and psychosocial state, *Dermatology.*;203(2):124-130.
130. Mundt AP, Aichberger MC, Kliewe T, Ignatyev Y, Yayla S, Heimann H, Schouler-Ocak M, Busch M, Rapp M, Heinz A, Ströhle A (2012): Migrants in socioeconomically deprived areas of Berlin, *Psychotherapeut*, Vol. 57 Issue 1, 29-35,7p.
131. Murray CJL, Lopez AD (1996): The global burden of disease. *World Health Organization*; 270.
132. Naldi L (1998): Cigarette smoking and psoriasis. *Clin Dermatol*; 16 571-574
133. Neimann AL, Shin D B, Xingmei W, Margolis D J, Troxel A B, Gelfand J M. (2006): Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*; 55, 829-835
134. Neises M, Loew TH (2011): Depression in der Psychosomatik, *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, Schattauer GmbH, Stuttgart, 149- 212.
135. Nemiah JC (1977): Alexithymia: theoretical considerations. *Psychother Psychosom* 28:199-206.
136. Niemeier V, Winckelsesser T, Gieler U (1997): Skin disease and sexuality. An empirical study of sex behavior of patients with psoriasis vulgaris and neurodermatitis in comparison with skin-healthy probands, *Hautarzt*; 48(9):629-33.
137. Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U (1998): Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne, *Dermatology*;196(1):108-115.

138. Niemeier, V., Harth, W., Kupfer, J., Mayer, K., Linse, R., Schill, W.-B., Gieler, U. (2002): Prävalenz psychosomatischer Charakteristika in der Dermatologie, *Hautarzt*; 53: 471- 477.
139. Niemeier V, Klein H, Gieler U, Schill WB, Kupfer J (2005): Stress and psoriasis -- a psychoneuroimmunological study, *Psychother Psychosom Med Psychol.*; 55(1):20-8.
140. Niemeier, V., Kupfer, J., Gieler, U. (2006): Acne vulgaris- Psychosomatische Aspekte, *JDDG*; 4: 1027-1036.
141. Nierenberg, Andrew A.; Phillips, Katharine A.; Petersen, Timothy J.; Kelly, Karen E.; Alpert, Jonathan E.; Worthington, John J.; Tedlow, Joyce R.; Rosenbaum, Jerrold F.; Fava, Maurizio (2002): Research report: Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression, In *Journal of Affective Disorders*. 2002 69(1):141-148.
142. Nüchel C, Dirschka T, Oster-Schmidt C, Zaun HO (2011): Krankheiten der Hautanhangsgebilde, *Klinikleitfaden Dermatologie*; S. 671-725, Elsevier Verlag.
143. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW.: The impact of chronic urticaria on the quality of life, *Br J Dermatol.*;136(2):197-201.
144. Odlaug BL.; Grant JE (2008): Psychiatric-Medical Comorbidity: Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking, In *General Hospital Psychiatry.*; 30(1):61-66.
145. Öztürk P, Fatma Özlem OrhanAli Özer Tuğba Karakaş, Ali Nuri ÖksüzNur Yalçın Yetişir, Kahramanmaraş Sütçü İmam (2013): Assessment of Temperament and Character Profile with Anxiety and Depression in Patients with Acne, University Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Turkey, Department of Psychiatry, Kahramanmaraş Sütçü İmam University Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Turkey, Department of Public Health, İnönü University Faculty of Medicine, Malatya, Turkey *Balkan Med J*; 30: 161-166.
146. Palijan TZ, Kovacević D, Koić E, Ruzić K, Dervinja F. (2011): The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Coll Antropol.*;35 Suppl 2:81-85.
147. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM (1993) Alexithymia and the processing of emotional stimuli. An experimental study. *New Trends Exp Clin Psychiatry.*; 59:197-202.
148. Peters EM, Michenko A' Kupfer J, Kummer W, Wiegand S, Niemeier V, Potekaev N, Lvov A, Gieler U. (2014): Mental stress in atopic dermatitis--

neuronal plasticity and the cholinergic system are affected in atopic dermatitis and in response to acute experimental mental stress in a randomized controlled pilot study;9(12):e113552.

149. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI (1993): Body Dysmorphic Disorder: 30 Cases of Imagined Ugliness, *Am J Psychiatric* 150, S. 302-308.
150. Phillips KA (2000): Quality of life for patients with dysmorphic disorder, *J Nerv Ment Dis* 188, S. 170-175.
151. Phillips KA (2005): *The Broken Mirror*. Oxford University Press.
152. Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C.F., Puddu, P., Pasquini, P (2000): Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized, *British Journal of Dermatology*; 143: 983-991.
153. Picardi, A., Pasquini, P., Abeni, D., Fassone, G., Mazzotti, E., Fava, G.A., (2005): Psychosomatic Assessment of Skin Disease in Clinical Practice, *Psychother Psychosom*; 74: 315-322.
154. Picardi, A., Mazotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M.S., Baliva, G., Melchi, C.F., Biondi, M., Pasquini, P. (2005): Stress, Social Support, Emotional Regulation and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis, *Psychosomatics*; 46: 556- 564.
155. Picardi, A., Porcelli, P., Pasquini, P., Fassone, G., Mazzotti, E., Lega, I., Ramieri, L., Sagoni, E., Abeni, D., Tiago, A., Fava, G. (2006): Integration of Multiple Criteria for Psychosomatic Assessment of Dermatological Patients, *Psychosomatics*; 47: 122- 128.
156. Picardi A, MD, Ilaria Lega, MD, Emanuele Tarolla, MD (2013): Suicide risk of skin disorders ,*Clinics in Dermatology*; Volume 31, Issue 1, 47–56.
157. Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eichler T, Wittchen HU (2008): Depression as a comorbid disorder in primary care *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*; 51(4):411-421.
158. Qi X, Hu W, Page A, Tong S (2015): Associations between climate variability, unemployment and suicide in Australia: a multicity study, *BMC Psychiatry*;15(1):114.
159. Raap U, Werfel T, Jaeger B, Schmid-Ott G (2003): Atopische Dermatitis und psychischer Stress. *Hautarzt*; 54: 925-929.
160. Rechenberger I (1979): *Prurigo bei Atopie. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie*. Universität Düsseldorf; 5,67-96.
161. Rodríguez E. und S. Weidinger (2014): Genomassoziierte Studien bei

chronisch-entzündlichen Dermatosen, Der Internist, Organ des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Organ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 10.1007/s00108-013-3306-8.

162. Rogers H, Brotherton H, de Luis A, Olivera-Plaza SL, Córdoba-Patiño AF, Peña-Altamar ML (2015): Depressive symptoms are independently associated with pain perception in Colombians with Rheumatoid Arthritis, *Acta Reumatol Port.*;40(1):40-49.
163. Rotella F, Mannucci E (2013): Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. *J Clin Psychiatry*;74(1):31-7.
164. Rubino IA, Sonnino A, Stefanato CM, Pezzarossa B, Ciani N. (1989): Separation-individuation, aggression and alexithymia in psoriasis., *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*; 146:87-90.
165. Ruesch, J (1948): The Infantile Personality. The Core Problem of Psychosomatic Medicine. *Psychosom Med*; (3):134-144.
166. Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, Karukivi MR, Joukamaa MI. (2013): Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample, *Gen Hosp Psychiatry*;35(3):239-245.
167. Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, et al. (2014): Atopic disorders and depression: findings from a large, population-based study. *J Affect Disord.*;155:261–265.
168. Schaller CM, Alberti L, Pott G, Ruzicka T, Tress W (1998): Psychosomatische Störungen in der Dermatologie – Häufigkeiten und psychosomatischer Mitbehandlungsbedarf, *Hausarzt*; 49: 276-279.
169. Schäfer T, Borowski C, Diepgen TL, Hellermann M, Piechotowsk I, Reese I, Roos T, Schmidt S, Sitter H, Werfel T, Gieler U, und weitere Mitglieder der Konsensusgruppe des Aktionsbündnisses Allergieprävention (2004): Allergieprävention. Evidenzbasierte und konsentierete Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention - Kurzfassung. *Allergo J*; 13: 252-260.
170. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HG (2000): Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up, *Br J Dermatol.*;142(5):899-907.
171. Schedlowski M, Goebel MU, Tewes U, Schmoll HJ (2006): Psychoneuroimmunologie, Kompendium Internistische Onkologie, Springer Science & Business Media B.V; 759-765.
172. Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum

- O, Weilandt C (2006): A basic set of indicators for mapping migrant status. Recommendations for epidemiological practice Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz; 49(9):853-860.
173. Scholz O (1987): Stress und Akne. Dtsch Med Wschr 112: 516-520
174. Schulte-Körne G, Allgaier AK (2008): Genetik depressiver Störungen, Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie; 36 (1):27-43.
175. Schut C, Felsch A, Zick C, Hinsch KD, Gieler U, Kupfer J (2014): Role of illness representations and coping in patients with atopic dermatitis: a cross-sectional study. J Eur Acad Dermatol Venereol.; 28(11):1566-1571.
176. Shaily M, Masarat J, Singh, Shalini; Verma, Rohit (2015): Gender Differences in Depression and Anxiety Among Atopic Dermatitis Patients. Indian Journal of Dermatology; Vol. 60 Issue 2, 1-6, 6p.
177. Sharquie, Khalifa E.; Noaimi, Adil A.; Al-Janabi, Entesar (2014): A treatment of active acne vulgaris by chemical peeling using 88% Lactic Acid. Our Dermatology Online / Nasza Dermatologia Online; Vol. 5 Issue 4, 337-342.
178. Seikowski K (1999): Haut und Psyche: Medizinisch-psychologische Problemfelder in der Dermatologie (Psychosoziale Medizin und Gesundheitswissenschaften), VS Verlag für Sozialwissenschaften.
179. Seikowski K, Gelbrich M, Harth W (2008): Sexuelle Selbstreflexion bei Patienten mit Neurodermitis und Psoriasis, Der Hautarzt; Volume 59, Issue 4, 297-303.
180. Senf W, Broda M (2000): Praxis für Psychotherapie, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
181. Sellschopp-Rüppell A, and Rad (1977): M. v. Pinocchio- a psychosomatic syndrome. Psychother Psychosom.; 28:357-360.
182. Sifneos, P.E. (1973): The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom.; 22:255- 263.
183. Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler U (2006): Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial, BMJ; 332(7547):933-938.
184. Stangier; Gieler; Ehlers (1996): Neurodermitis bewältigen Springer Verlag; Berlin Heidelberg.

185. Stangier, U. (2002). *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe.
186. Staubach P, Dechene M, Metz M, Magerl M, Siebenhaar F, Weller K, Zezula P, Eckhardt-Henn A, Maurer M (2011): High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria, *Acta Derm Venereol.*;91(5):557-561.
187. Stein, Janine; Luppa, Melanie; Mahnke, Jette; Weyerer, Siegfried; Schomerus, Georg; Riedel-Heller, Steffi G. (2014): Screening for Depression by Telephone Using the German Version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Results from a Representative Survey. *Psychiatrische Praxis*; Vol. 41 Issue 3, 135-141.
188. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. (2000): Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*;157(10):1552-1562.
189. Tausk F, Whitmore SE (1999): A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis. *Psychother Psychosom* ; 68(4):221-225.
190. Thess Karin (2010): *Körperdysmorphie Störung oder die Angst hässlich zu sein*. Schattauer GmbH, Stuttgart; 235-248.
191. Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Karkanias A, Ilias I, Siafakas N, Vgontzas A, Tzanakis N. (2010): Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Ann Gen Psychiatry*. 14; 9:16.
192. Trevisonno J, Balram B, Netchiporouk E, Ben-Shoshan M (2015): Physical urticaria: Review on classification, triggers and management with special focus on prevalence including a meta-analysis. *Postgrad Med*; 10:1-6.
193. Tseng HW, Lin HS, Lam HS (2012): Co-morbidities in psoriasis: a hospital-based case-control study, *J Eur Acad Dermatol Venereol*; 27(11):1417-1425.
194. van der Meer J, van Rood YR, van der Wee NJ, den Hollander-Gijsman M, van Noorden MS, Giltay EJ, Zitman FG. (2012): Prevalence, demographic and clinical characteristics of body dysmorphic disorder among psychiatric outpatients with mood, anxiety or somatoform disorders, *Nord J Psychiatry*.;66(4):232-238.
195. van Dorssen IE, Boom BW, Hengeveld MW (1992): Experience of sexuality in patients with psoriasis and constitutional eczema, *Ned Tijdschr Geneesk*;136 (44):2175-2178.

196. Vargas Vargas LE, Pena PM, Vargas MA (2006): Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr.* 97 (10): 637-643.
197. Veale D, Riley S (2001): Mirror, mirror on the wall, who ist he ugliest oft hem all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder, *Behav Res Ther*; 39, 1381-1393.
198. Veale D, Kindermann P, Riley S, Lambrou C (2003): Self-discrepancy in body dysmorphic disorder, *Br J Clin Psychol*; 42, 157-169.
199. Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N.(2014): Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial, *Psychother Psychosom.*;83(6):341-353.
200. Verhoeven EW, Kraaimaat FW, de Jong EM, Schalkwijk J, van de Kerkhof PC, Evers AW (2009): Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: a prospective study, *Br J Dermatol.*; 161(2):295-299.
201. Vinkers DJ, van Rood YR, van der Wee NJ (2008): Prevalence and comorbidity of body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients, *Tijdschr Psychiatr*; 50(9):559-565.
202. Wagner G, Icks A, Albers B et al. (2012): Diabetes mellitus Typ 2 und Depressivität: Was ist ursächlich für was?, *Dtsch Med Wochenschr*; 137: 523-528.
203. Wahl, Astrid K.; Robinson, Hilde S.; Langeland, Eva; Larsen, Marie H.; Krogstad, Anne-Lene; Moum Torbjørn (2014): Clinical Characteristics Associated with Illness Perception in Psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, Vol. 94 Issue 3, 271-275, 5p.
204. Walker N, Lewis- Jones MS (2006): Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index (CADI), *J Eur Acad Dermatol Venereol*; 20(1):45-50.
205. Wan J, S. Wang, K. Haynes, M.R. Denburg, D.B. Shin, J.M. Gelfand (2013): Risk of moderate to advanced kidney disease in patients with psoriasis: population based cohort study, *BMJ*, 347, 5961.
206. Weller K; Groffik A; Church MK; Hawro T; Krause K; Metz M; Martus P; Casale TB; Staubach P; Maurer M (2014): Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *The Journal Of Allergy And Clinical Immunology J Allergy Clin Immunol*; Vol. 133 (5), 1365-1372.

207. Wessely SC, Lewis GH(1989): The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic.,*Br J Psychiatry.*; 155: 686-691.
208. White J, Zaninotto P, Walters K, Kivimäki M, Demakakos P, Shankar A, Kumari M, Gallacher J, Batty GD (2015): Severity of depressive symptoms as a predictor of mortality: the English longitudinal study of ageing. *Psychol Med.*; 4:1-9.
209. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J (2008): Alexithymia and dermatology: the state of the art, *Int J Dermatol.*; 47(9): 903-910.
210. Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Engleder A. (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. *Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*; 49: 884-892.
211. Windemuth, D., Stücker, M., Hoffmann, K. & Altmeyer, P. (1999): Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik. *Hautarzt*, 50, 338- 343.
212. Wittchen HU, Höfler M, Meister W (2001): Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated?, *Int Clin Psychopharmacol.*; 16(3):121-135.
213. Wong JW, Nguyen TV, Koo JY (2013): Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations, *Indian J Dermatol.*; 58(1):44-48.
214. Worm M, Forschner K, Lee HH, Roehr CC, Edenharter G, Niggemann B, Zuberbier T. (2006): Frequency of atopic dermatitis and relevance of food allergy in adults in Germany. *Acta Derm Venereol*; 86(2): 119-122.
215. Wojewoda K; Brenner J; Kałkol M; Naesström M; Cabała WJ; Kozicka D; Nowicki R; Sokołowska-Wojdyło M; Barańska-Rybak W. (2012): A cry for help, do not omit the signs. Dermatitis artefacta--psychiatric problems in dermatological diseases (a review of 5 cases)., *Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*; Vol. 18 (10), 85-89.
216. Wu JJ, K.Y. Poon, J.C. Channual, A.Y. Shen (2012): Association between tumor necrosis factor inhibitor therapy and myocardial infarction risk in patients with psoriasis, *Arch Dermatol.*;148: 1244–1250.
217. Yang YC, Tu HP, Hong CH, Chang WC, Fu HC; Ho JC, Chang WP, Chuang HY, Lee CH (2014): Female gender and acne disease are jointly and independently associated with the risk of major depression and suicide: a national population-based study.*Biomed Research International*; 2314-6141.
218. Zachariae R, Oster H, Bjerring P, Kragballe K (1996): Effects of

psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report, *J Am Acad Dermatol.*; 34(6):1008-1015.

219. Zachariae R, Zachariae H, Blomquist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, Sigurgeirsson B (2002): Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5.795 members of the Nordic Psoriasis Associations. Data from the Nordic Quality of Life Study, *Acta Derm Venerol.*; 82(2): 108-113.
220. Zenger M, Hinz A, Petermann F, Brähler E, Stöbel-Richter Y:
Gesundheit und Lebensqualität im Kontext von Arbeitslosigkeit und Sorgen um den Arbeitsplatz *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Psychother Psychosom Med Psychol*; Vol. 63 (3-4),129-137.

10. Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum Unterschrift

11. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei Herrn Prof. Dr. Gieler für die Entwicklung des spannenden Themas und Überlassung der Daten, sowie die sehr gute Betreuung und wertvollen Anregungen bedanken.

Für die statistische Datenauswertung und häufige Bereitschaft zur Versuchsauswertung möchte ich mich recht herzlich bei Herrn Dr. Dipl. Psych. Kupfer bedanken.

Außerdem möchte ich mich bei den Frauenbeauftragten der Justus-Liebig-Universität für das Stipendium zur Promotionsabschlussförderung bedanken, denn mit dieser finanziellen Unterstützung war es mir möglich, nicht unmittelbar in das Arbeitsleben eintreten zu müssen und mich ohne finanziellen Druck meiner wissenschaftlichen Arbeit widmen zu können.

Zuletzt gilt mein ganz besonderer Dank meiner Familie für die Unterstützung und Liebe, mich ausreichend mit meiner Arbeit befassen zu können.

12. Anhang

Sozialfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Geburtsdatum:

Datum:

Bitte kreuzen Sie das von Ihnen gewünschte Kästchen so an:

01 Geschlecht:

- männlich
- weiblich

02 Nationalität:

- deutsch
- andere

03 Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin?

- ja
- nein

04 Sind Sie

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

05 Höchster Schulabschluss:

- Abitur
- Fachabitur
- Mittlere Reife
- Volks- oder Hauptschule
- ohne

06 Welche Ausbildung oder welchen berufsbildenden Abschluss machen Sie/haben Sie gemacht?

- Keinen Abschluss
- Schüler
- Lehrling/Azubi
- abgeschlossene Lehre
- Meister-/Fachschulabschluss
- im Studium
- Hoch-/Fachhochschulabschluss

07 Sind Sie zurzeit berufstätig?

- ja nein

08 Wenn **nicht** berufstätig, sind Sie

- Schüler/in, Student/in
- Azubi
- Hausfrau/Hausmann
- Sozialhilfeempfänger/in
- arbeitslos gemeldet
- Rentner/in
- sonstiges

09 Wenn berufstätig, sind Sie

- selbständig
- Arbeiter/-in
- Angestellte/-r
- Beamter/-in
- mithelfend im eigenen Betrieb
- sonstiges

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

10 Sind Sie zurzeit oder waren Sie in den vergangenen 12 Monaten krankgeschrieben?

- ja
- nein

11 Wenn ja, wie lange insgesamt?

- unter einem Monat
- 1 - 6 Monate
- über 6 Monate

12 Wie lange leiden Sie an der aktuellen Erkrankung? Seit ...

- unter ½ Jahr
- ½ - 1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 2-5 Jahre
- über 5 Jahre

13 Wieviel Ärzte haben Sie wegen der aktuellen Beschwerden aufgesucht?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- über 5