

Überprüfung und Validierung
der italienischen Version des „Hautzufriedenheitsfragebogens“ und
Anwendung im interkulturellen Vergleich: Italien – Deutschland

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

vorgelegt von Catherina Elisabeth Ermler
aus Ostrach

Gießen 2010

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Institut für Medizinische Psychologie

Direktorin: Prof. Dr. R. Deinzer
Fachbereich Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: PD Dr. J. Kupfer
Gutachter: Prof. Dr. B. Gallhofer

Tag der Disputation: 15.03.2012

- meinen Eltern in Dankbarkeit -

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	DIE HAUT ALS GRENZORGAN	3
2.1	Anatomische Betrachtung	3
2.2	Psychodynamische und psychosomatische Betrachtung	5
3	ENTZÜNDLICHE HAUTERKRANKUNGEN: AM BEISPIEL DER PSORIASIS	9
3.1	Krankheitsbild der Psoriasis	9
3.1.1	Definition	9
3.1.1	Epidemiologie	9
3.1.2	Ätiologie und Pathogenese	11
3.1.3	Klinik	12
3.1.4	Therapie	14
3.2	Psychosomatische Aspekte der Psoriasis	16
3.2.1	Psychische Belastung als Auslösefaktor der Psoriasis	16
3.2.2	Krankheitsverarbeitung und Stigmatisierungsprozesse	17
3.2.3	Persönlichkeitsmerkmale von Patienten mit Psoriasis	17
4	NICHT ENTZÜNDLICHE HAUTERKRANKUNGEN: AM BEISPIEL DES MALIGNEN MELANOMS	19
4.1	Das Krankheitsbild des malignen Melanoms	19
4.1.1	Definition	19
4.1.2	Epidemiologie	19
4.1.3	Klinik	21
4.1.4	Prognose	22
4.1.5	Früherkennung und Therapie	23
4.2	Psychosomatische Aspekte des malignen Melanoms	24
4.2.1	Psychische Einflussfaktoren	24
4.2.2	Melanompatienten und Lebensqualität	25
5	INTERKULTURELLE BETRACHTUNG	27

5.1	Psychosomatik im interkulturellen Kontext	27
5.2	Interkulturelle Ansätze in der psychosomatischen Dermatologie	28
5.3	Körperempfinden und Schönheitsideale im interkulturellen Vergleich.....	30
6	ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNG.....	33
7	METHODIK	35
7.1	Beschreibung der Untersuchungsgruppen	35
7.1.1	Italienische studentische Untersuchungsgruppe.....	35
7.1.2	Deutsche studentische Untersuchungsgruppe	37
7.1.3	Italienische Patientenuntersuchungsgruppe	37
7.1.4	Deutsche Patientenuntersuchungsgruppe.....	39
7.2	Untersuchungsablauf	41
7.2.1	Untersuchungsablauf der italienischen Studentengruppe	41
7.2.2	Untersuchungsablauf der italienischen Patientengruppe	41
7.3	Messinstrumente	43
7.3.1	„Hautzufriedenheitsfragebogen“ (Hautzuf)	43
7.3.2	Marburger Hautfragebogen (MHF).....	44
7.3.3	Toronto Alexithymie Skala-20 (TAS-20).....	45
7.3.4	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	46
7.4	Missing Data	47
7.5	Statistische Auswertung	47
8	ERGEBNISSE.....	49
8.1	Überblick	49
8.2	Überprüfung der italienischen Version des Hautzuf	50
8.2.1	Faktorenanalyse.....	50
8.2.2	Reliabilität.....	52
8.2.3	Korrelationen der italienischen Studentenstichprobe für die Skalen des Hautzuf	54
8.2.4	Korrelation der italienischen Patientenstichprobe krankheitsspezifische Angaben/Hautzuf-Skalen	55
8.3	Vergleich der italienischen Patienten- und Studentenstichprobe	56
8.4	Vergleich der italienischen Patientengruppen: entzündliche und nicht entzündliche Hauterkrankung	59

8.4.1	Auswertung der Geschlechter- und Alterszusammensetzung	59
8.4.2	Auswertung der krankheitsspezifischen Angaben	59
8.4.3	Auswertung des Hautzuf für die italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht entzündliche Hauterkrankung).....	61
8.4.4	Korrelation der Patientenstichprobe mit entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf- Skalen/krankheitsspezifische Angaben	63
8.4.5	Korrelation der Patientenstichprobe mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf-Skalen/krankheitsspezifischen Angaben	64
8.4.6	Korrelationen der Patientenstichprobe mit entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf- Skalen/MHF, TAS-20, HADS	65
8.4.7	Korrelationen der Patientenstichprobe mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf-Skalen/MHF, TAS-20, HADS	67
8.4.8	Unterschiede zwischen den Patienten mit entzündlicher und nicht-entzündlicher Hauterkrankung in den weiteren Fragebögen.....	69
8.5	Vergleich der italienischen und deutschen studentischen Stichprobe	74
8.5.1	Varianzanalyse	74
8.5.2	Korrelationen der italienischen Studenten und deutschen Studenten für die Hautzuf-Skalen	76
8.6	Vergleich der italienischen und der deutschen Patientengruppen.....	78
8.6.1	Auswertung der krankheitsspezifischen Angaben	78
8.6.2	Auswertung des Hautzuf für die Patientenstichproben mit entzündlicher Hauterkrankung (Italien – Deutschland)	82
8.6.3	Auswertung des MHF für die Patientenstichproben mit entzündlicher Hauterkrankung (Italien – Deutschland)	83
8.6.4	Korrelationen der Patienten mit entzündlicher Hauterkrankung (Italien – Deutschland)	85
8.7	Vergleich der italienischen und der deutschen Stichproben insgesamt.....	89
9	DISKUSSION	93
9.1	Beurteilung der italienischen Version des Hautzuf (studentische Stichproben)	93
	Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse	93
9.2	Beurteilung der Ergebnisse der studentischen Gruppen aus Italien und Deutschland	94
9.3	Beurteilung der italienischen Version des Hautzuf in Zusammenhang mit MHF, TAS-20 und HADS (Patienten)	95
9.4	Interkultureller Vergleich: Italien – Deutschland	97
10	ZUSAMMENFASSUNG	101

11	ABSTRACT	105
12	LITERATURVERZEICHNIS	107
13	ANHANG	121
13.1	Hautzuf: italienische Version	121
13.2	Hautzuf: deutsche Version	125
13.3	Lebenslauf	129
13.4	Eidesstattliche Erklärung	131
13.5	Danksagung	131

1 EINLEITUNG

Der Ausspruch: „Ich fühle mich nicht wohl in meiner Haut“ ist uns allen bekannt und sicherlich vielen Menschen schon einmal durch den Kopf gegangen. Er ist Ausdruck einer bestimmten Stimmungslage. So etwa bei Stress, Angst, Gereiztheit, Aggression oder Unsicherheit. Er ist nur ein Beispiel für die schon im Volksmund verankerte enge Verbindung von Haut und Gefühlswelt. „In eine andere Haut schlüpfen“, „mit der eigenen Haut bezahlen“ oder „mit der heilen Haut davon kommen“ sind bekannte Redensweisen, in welchen das Wort Haut als Symbol für das eigene Selbst, die Existenz oder das Leben wie selbstverständlich benutzt wird.

In der psychosomatischen Dermatologie geht man davon aus, dass die Entstehung, Aufrechterhaltung und der Schweregrad von Hauterkrankungen (vor allem von chronischen) nicht nur von genetischer Disposition, pathologischen Veränderungen und Umwelteinflüssen beeinflusst wird, sondern auch psychische Einflussfaktoren, Persönlichkeitseigenschaften und individuelle Verarbeitung der Erkrankung maßgeblich beteiligt sind. Hierbei spielt die Rolle der Haut als Vermittler zwischen Innen- und Außenwelt, also Psyche und Umwelt, eine entscheidende Rolle. Die Haut dient als Filter von Einflüssen der Außenwelt und gilt nicht umsonst im Volksmund als „Spiegel der Seele“.

Ein weiterer Gesichtspunkt im Zusammenspiel von Psyche und Haut stellt die Reaktion der Haut auf das eigentliche Befinden des Individuums dar. So kennt Jeder das Gefühl durch Scham zu erröten oder vor Übelkeit grün zu werden. Es geht hierbei vor allem um den Umgang und das persönliche Empfinden einer bereits manifestierten Hauterkrankung. Inwiefern werden die eigene Gefühlswelt, der eigene Umgang mit der Haut und die soziale Interaktion durch eine für alle ersichtliche Hauterkrankung beeinflusst? Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang beispielsweise Scham für die eigene Haut im sozialen Kontakt bzw. Ekel vor Selbstberührung oder Berührung in der Beziehung zu anderen und welchen Einfluss hat dies auf Prognose und Schweregrad der Erkrankung? Diese und andere Faktoren sollen in dieser Arbeit näher betrachtet und analysiert werden.

Die Besonderheit dieser Arbeit besteht darin, dass die Erhebung der Daten nicht im deutschen Sprachraum stattfand, sondern sie erfolgte an der Universitätsklinik Padua in Oberitalien. Hieraus ergibt sich der zweite Fokus der Untersuchung. Ziel war hierbei die Validierung des bisher nur im deutschen Sprachraum angewandten „Hautzufriedenheitsfragebogens“ (Hautzuf), um ihn anschließend auch in der Patientenuntersuchung in Italien als Messinstrument anzuwenden.

Im Theorieteil dieser Arbeit werden, nach der Beschreibung des Organs Haut als Grenze des menschlichen Körpers aus anatomischer und psychosomatischer Sicht, das Grundlagenwissen über die beiden in dieser Untersuchung verglichenen Gruppen von Hauterkrankungen hinsichtlich Krankheitsbild, Entstehung und Therapie kurz und soweit für die vorliegende Studie relevant erläutert. Zum einen handelt es sich um eine Gruppe der **entzündlichen Hauterkrankungen**, welche am Beispiel der **Psoriasis** dargestellt wird, da es sich in der Untersuchung um eine reine Psoriatikergruppe handelt. Zum anderen wird die Gruppe der **nicht entzündlichen Hauterkrankungen** am Beispiel des **malignen Melanoms** beschrieben. Diese setzt sich primär aus Melanompatienten und Patienten mit bereits aufgetretenem Verdacht auf Malignes Melanom, sowie einem kleineren Teil von Patienten mit anderen Hautneoplasien zusammen. Der Kenntnisstand über beide Erkrankungsbilder wird zusammenfassend dargestellt und soll dem Leser einen Einblick sowohl in klinisch-medizinische als auch in psychologisch-psychosomatische Gesichtspunkte geben.

2 DIE HAUT ALS GRENZORGAN

2.1 Anatomische Betrachtung

Die Haut ist mit einer Oberfläche von 1,8 m² und einem Gewicht von 18% des Körpergewichts das schwerste und größte Organ des menschlichen Körpers. Aus physiologischer Sicht ist die Haut ein sehr wichtiges Schutzorgan des Menschen, unter anderem reguliert sie als Grenzzone zwischen Umwelt und Körperinnerem den Temperatur- und Wasserhaushalt. Sie nimmt an spezifischen immunologischen Abwehrvorgängen teil und besitzt darüber hinaus eine hohe durchschnittliche Rezeptorendichte von 7-50 pro cm². Durch die große Anzahl von Sinnesrezeptoren nimmt die Haut sowohl thermische und mechanische Reize, als auch Schmerzreize wahr und spielt somit eine maßgebliche Rolle für die Schutzreaktion des menschlichen Körpers auf fremde Reize von außen, um die Unversehrtheit zu bewahren. Die Wortabstammung des Begriffs Haut umschreibt diese wichtige Aufgabe der Haut eindrücklich: Das deutsche Wort „Haut“ ist aus dem indogermanischen Begriff „keut“ abgeleitet, was „bedecken, bergen, umhüllen“ bedeutet (33).

Die Haut als Grenzorgan besitzt aber nicht nur die Fähigkeit den Menschen nach außen zu schützen und abzugrenzen, sondern dient darüber hinaus als Verbindung zur Außenwelt. Sie nimmt als multifunktionales Sinnesorgan neben Druck-, Temperatur- und Schmerzreizen auch feinste taktile Berührung sowie Juckreiz wahr. Dadurch steht die Haut in enger Verbindung zum zentralen Nervensystem und weiteren Sinnesorganen wie Auge, Ohr, Nase und Zunge (8). Schon die embryonale Entwicklung zeigt die Verbindung der Haut als äußerstes Organ des Menschen mit dem innersten, dem zentralen Nervensystem. So entwickeln sich Haut ebenso wie Gehirn schon im zweiten Schwangerschaftsmonat aus einer gemeinsamen Anlage, dem „Ektoderm“. Die Haut stellt, die unmittelbare Verbindung zur Gefühls- und Gedankenwelt des Individuums dar (16).

Die Haut nimmt als polydimensionales Sinnesorgan eine besondere Stellung ein, da sie als einziges unter den Sinnesorganen lebensnotwendig ist. Ein Fehlen des Geruchs- oder Geschmackssinns ist mit dem Leben vereinbar, fehlt jedoch ein größerer

Teil (mehr als 9%) der Haut, so gilt dies durch große Salz und Wasserverluste als lebenslimitierend (8, 43).

Die Aufgabe der Haut als Bindeglied zwischen Innenwelt und Außenwelt spiegelt sich deutlich in ihrer Wandelbarkeit wider. So reagiert die Haut, vermittelt durch das vegetative Nervensystem, auf diverse Gefühlszustände spezifisch mit Erröten, Haarsträuben, Erblassen oder ähnlichem und dient somit auch als Kommunikationsorgan. Außerdem vermittelt die Haut über ihr Aussehen gewisse Charakteristika einer Person wie zum Beispiel: Falten, Haare, Narben, Rötungen, Pickel, Flecken, oder Fettpolster, und erlangt dadurch auch Bedeutung im sozialen Umfeld.

2.2 Psychodynamische und psychosomatische Betrachtung

Aus tiefenpsychologischer Sicht besitzt die Haut schon ab der frühesten Kindheit die Funktion als Grenze zwischen Innen und Außen. Durch ersten körperlichen Kontakt mit der Mutter bekommt das Kind durch tägliche Pflege, Berührungen und Hautkontakt erstmals eine Vorstellung davon was sein „Ich“ bzw. sein „Selbst“ ist (8) und lernt seinen Körper von der Außenwelt abzugrenzen. Schon Freud bezeichnete das „Ich“ als etwas „Körperliches“(42).

Anzieu (7) beschreibt die Entwicklung der „Ich“-Vorstellung in drei Stufen. Die erste Stufe stellt die unmittelbare postpartale Phase dar, in der das „Haut-Selbst“ lediglich eine Umhüllung darstellt. Es herrscht das Bestreben vor mit der Umhüllung wieder eins zu sein, was sich nicht nur im Verlangen des Neugeborenen nach Körperkontakt mit der Mutter widerspiegelt, sondern auch im Liebesakt zwischen Erwachsenen erhalten bleibt. In der zweiten Phase, so Anzieu, kommt es zur Interaktion zwischen Kind und Mutter; die sich bildlich in einer gemeinsamen Umhüllung befinden, welche durch eine Membran getrennt ist. Durch diese Interaktion kommt die Membran zwischen den beiden in Schwingung und berührt beide. Dieses System beschreibt Anzieu als im Vergleich zur Umhüllung offenes und somit als Zwischenstufe auf dem Weg zur Trennung zwischen Objekt und Subjekt. Die dritte und letzte Phase ist laut Anzieu bestimmt durch die Erkenntnis der Unterscheidung zwischen „der eigenen und der fremden Haut“. Dieser Prozess ist mit großem Widerstand und Angst verbunden, führt aber zum letztendlichen Verständnis des individuellen „Haut-Selbst“.

Diese Entwicklung des eigentlichen „Selbst“ zur Abgrenzung des „Ich“ von der Außenwelt und die während dessen gemachten Erfahrungen des Einzelnen spielen eine grundlegende Rolle bei der Ausbildung von psychosomatischen Erkrankungen. Für die Erklärung der ablaufenden Prozesse beim Übergang von seelischen Belastungen auf körperliche Symptome, der so genannten Somatisierung, gibt es viele unterschiedliche Denkansätze. Einen Erklärungsansatz liefert Schur (112). Schur bezieht sich auf die Ich-Psychologie (65), in der das Ich über Triebenergien, Libido und Aggression in neutralisierter und nicht neutralisierter Form verfügt. Er geht davon aus, dass zur Bewältigung von inneren und äußeren Konflikten neutralisierte Triebenergien eingesetzt werden, was er als ein Ergebnis der Ich-Reifung beschreibt. Die Ich-Reifung ist einer fortlaufenden Entwicklung unterzogen, die Schur (113) als

De-Somatisierung bezeichnet. Hierbei treten unbewusste primär-prozesshaft ablaufende Verhaltensweisen und vegetative Abfuhrprozesse in den Hintergrund und es entwickelt sich eine Ich-Form, die sich durch sekundär-prozesshaftes Verhalten auszeichnet, welches bewusst gesteuert werden kann. Schur (113) geht davon aus, dass das Individuum durch beschriebene De-Somatisierungsprozesse in der Lage ist, aktuelle Triebimpulse zurückzustellen und sein Verhalten planbar zu machen. Können verschiedene Lebenssituationen durch verfügbare neutralisierende Triebenergien nicht mehr bewältigt werden, so kommt es zu einer somatischen Reaktion. Dies bedeutet, dass das Ich in frühere primär-prozesshafte Verhaltensmuster zurückfällt, was Schur als Re-Somatisierung beschreibt. Kommt es während der Ich-Reifung zu Störungen, so bildet sich eine so genannte Ich-Schwäche aus, die zu psychosomatischer oder physiologischer Regression führt. Dadurch ist das Ich nicht mehr in der Lage Konflikte mit psychischen Mitteln zu lösen und fixiert sich auf bestimmte Organsysteme, beispielsweise die Haut.

Adler (2), ein Pionier der Psychosomatik, erklärte die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen aus individualpsychologischer Sicht. Er geht davon aus, dass jedes Individuum Organanomalien aufweist, welche sich in unterschiedlicher Art und Weise hinsichtlich Lage, Funktion und Gestalt ausprägen. Er bezeichnet diese individuellen Schwachstellen des Organismus als „Orte des geringsten Widerstandes“. Ausgelöst durch überfordernde seelische Belastungssituationen entwickelt sich eine so genannte Organminderwertigkeit, was bedeuten soll, dass es zu Wachstumsverzögerung, Zurückbleiben oder Veränderung verschiedener Organe kommt. Adler sieht, im Gegensatz zur Freudschen Theorie der Libido als primären Antrieb der Psychodynamik, den Aggressionstrieb als Quelle (1) psychodynamischer Prozesse. Die den Organismus schädigenden Einflüsse können, laut Adler, durch psychische Leistungen kompensiert werden. So verfügen Blinde beispielsweise über ein außerordentlich gut ausgeprägtes Gehör und Tastvermögen zum Ausgleich ihrer Sehdefizite. Er bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, seelische Zustände und Einstellungen auch durch körperliche Symptome auszudrücken, als „Organdialekt“ und „Organsprache“. Er führt die Ursache einer Erkrankung nicht auf traditionell medizinisch kausale Zusammenhänge der Körpermechanik zurück, sondern sucht aus individualpsychologischer Sichtweise den Grund dafür, wieso ein Individuum in einer speziellen Lebenssi-

tuation eben genau diese Symptomatik entwickelt (3, 4). So sieht er beispielsweise Neid und Begehren als Auslöser für Schmerz, ein nervöses Asthma bringt er mit einer bedrängenden Lebenssituation in Verbindung.

3 ENTZÜNDLICHE HAUTERKRANKUNGEN: AM BEISPIEL DER PSORIASIS

3.1 Krankheitsbild der Psoriasis

3.1.1 Definition

Der Begriff Psoriasis vulgaris leitet sich vom griechischen Wort "psora"= Krätze ab. Er existiert bereits seit dem Altertum und bedeutet im heutigen Sprachgebrauch "Schuppenflechte". Erstmals beschrieben wurde die Psoriasis im Jahre 1798 von dem Engländer Robert Willan (126).

Die ICD-10 (International Classification of Diseases) beschreibt die Erkrankung als eine chronisch entzündliche Genodermatose mit erythemosquamösem Erscheinungsbild. Die Erkrankung tritt in unterschiedlichen Verläufen und Ausprägungen auf. Man unterscheidet Psoriasis vulgaris, Psoriasis pustulosa, Psoriasis atrophica und die oftmals infektassoziierte Psoriasis guttata.

Die Psoriasis ist eine erblich disponierte sowie durch Triggerfaktoren provozierbare juckende Hauterkrankung. Sie imponiert durch scharf begrenzte, silbrig schuppige Entzündungsherde, die unterschiedlichst konfiguriert sein können und zu Konfluenz neigen. Sie kann im Bereich des gesamten Integuments auftreten und zu chronisch stationären Verläufen führen (56).

3.1.1 Epidemiologie

3.1.1.1 Häufigkeit und Vorkommen

Die Prävalenz der Psoriasis in Nord-Europa beträgt 1,5% bis 3 % und ist somit eine der häufigsten Hauterkrankungen weltweit. Es können prinzipiell alle ethnischen Gruppen erkranken. In erster Linie ist hier jedoch die weiße Bevölkerung betroffen. In China beispielsweise erkranken lediglich 0,3% der Menschen an Psoriasis (56). Diese große Variabilität im Auftreten der Psoriasis lässt sich auf die multifaktorielle Ätiologie zurückführen, wobei sowohl genetische als auch umweltbedingte Faktoren einwirken (64). Außerdem ist eine geographische Dichte der Erkrankung in gemäßigten Klimazonen und eine nahezu fehlende Inzidenz in tropischen und subtropi-

schen Klimazonen auffallend (20). Ein geschlechtsspezifisches Auftreten der Psoriasis wird nicht beschrieben (20). Des Weiteren besteht eine gehäufte Manifestation der Erkrankung in den Wintermonaten im Vergleich zum Sommer (110). Die Psoriasis kann in jedem möglichen Lebensalter beginnen, wobei im Kindes- und Jugendalter beginnende oder im Greisenalter erstmals auftretende Verläufe selten sind (20).

3.1.1.2 Disposition und Vererbung

Für die Manifestation der Psoriasis spielt die genetische Disposition eine erhebliche Rolle. Es wird eine deutliche familiäre Häufung beobachtet, wobei die Vererbung nicht den Mendelschen Gesetzen folgt. Es liegt vielmehr eine multifaktorielle Vererbung vor, die durch unterschiedliche Beeinflussungsfaktoren moduliert wird und zum letztendlichen Ausbruch der Erkrankung führt.

Je mehr Familienmitglieder von der Erkrankung betroffen sind, desto eher tritt die Erkrankung erneut auf. Ist ein Elternteil erkrankt, so liegt die Chance der Kinder ebenfalls zu erkranken bei 15%. Sind beide Elternteile erkrankt, so erhöht sich das Risiko auf 75% (121). Das allgemeine Erkrankungsrisiko bei Kindern gesunder Eltern liegt bei 1-2%, monozygote Zwillinge weisen eine Konkordanz von 90% auf (20).

Die Psoriasis weist eine gewisse Assoziation zu bestimmten Molekülen des Histokompatibilitätssystems auf. Diese sogenannten HLA-Antigene, die von Körperzellen zur Identifikation als „körpereigen“ exprimiert werden und somit der immunphysiologischen Erkennung des „Selbst“ dienen, konnten in Studien von Braun-Falco 1997 (20) genauer differenziert werden. Er fand bei Psoriasispatienten ein vermehrtes Vorkommen von: A2, B13, B27, Bw57 und Cw2. Christophers et al. (25) wies 1999 die HLA-Assoziation zu den Klasse-I-Gen-Loci: B57, B 17, B37 und Cw6 sowie zu den Klasse-II-Gen-Loci: DR, DB und DQ.HLA-Antigene nach.

Mittlerweile konnte von Jullien und Barker 2006 (72) eine Prädisposition für Psoriasis auf dem Chromosom 6p21 mit dem MHC locus PSORS 1 beschrieben werden. Insbesondere auf dem HLA-Cw*0602 Allel.

Aufgrund beschriebener Zusammenhänge kann insgesamt von einer multifaktoriellen Dispositionserkrankung gesprochen werden, welche auch als psoriatische Diathese oder latente Psoriasis bezeichnet wird.

Ob und in welchem Ausmaß (ob subklinisch bis klinisch) die Hautaffektion auftritt, kann durch das Vorhandensein der HLA-Antigene nicht vorausgesagt werden.

3.1.1.3 Triggerfaktoren

Der Verlauf der Psoriasis kann durch diverse endogene und exogene Triggerfaktoren mitbestimmt werden.

Als exogene Faktoren können physikalische und chemische Reize, Medikamente und Umwelteinflüsse wirken (nach Knopf et al. 1989 (79) zum Beispiel Sonnenlicht und warme Jahreszeiten, sowie gemäßigte Klimazonen).

Die endogenen Faktoren sind akute Infektionen mit Streptokokken (Tonsillitiden, Infekte der oberen Luftwege) und Verletzungen der Epidermis („Köbner-Phänomen“), Alkoholeinfluss, Nikotin, sowie psychische Einflüsse wie zum Beispiel Stress (97).

3.1.2 Ätiologie und Pathogenese

Die genetisch determinierte Erkrankung Psoriasis ist wie oben beschrieben von unterschiedlichsten Provokationsfaktoren beeinflusst. Zur Erklärung der genauen Pathophysiologie der Effloreszenzen herrscht noch keine eindeutige Lehrmeinung vor. Es existieren mehrere Erklärungsansätze, jedoch lassen sich zwei Hauptmerkmale der Pathogenese aufzeichnen:

Es handelt sich zum einen um eine Störung der epidermalen Zellproliferation und der Zelldifferenzierung. Zum anderen sind entzündliche Veränderungen sowie Blutgefäßveränderungen nachweisbar (110).

Im Rahmen dieser Veränderungen scheint den T-Lymphozyten eine große Bedeutung zuzukommen. Sie wandern als Memory-Cells in das Gewebe ein und produzieren dort bestimmte Zytokine. Durch die Akkumulation der T-Lymphozyten in der Epidermis werden am Gefäßendothel und an den Keratinozyten Leukozytenadhäsionsmoleküle exprimiert und zusätzlich proinflammatorische und chemotaktische Zytokine produziert (14, 109).

Die Zytokinausschüttung hat unterschiedliche Auswirkungen. IL-1, IL-6 und IL-8 führen in erster Linie zu einer Entzündungsreaktion und zu der für die Psoriasis typischen vermehrten Keratinozytenproliferation. IL-6 stimuliert zusätzlich die Kapillar-

proliferation in den betroffenen Hautarealen. IL-8 besitzt chemotaktische Eigenschaften und IL-1 wirkt proinflammatorisch (110).

3.1.3 Klinik

3.1.3.1 Erscheinungsbild

Die Psoriasis ist eine klassische erythemat-squamöse Dermatose. Sie tritt als akute exanthematische und als chronisch-stationäre Verlaufsform auf. Typisch ist die Bildung von scharf begrenzten Herden mit anämischem Hof, die unterschiedlich konfiguriert sein können. Die Effloreszenzen weisen eine groblamelläre, silbrig glänzende Schuppung auf und gehen mit einer deutlichen Entzündungsreaktion einher (57).

Das Befallsmuster ist sowohl mono- als auch oligolokulär auf das gesamte Integument ausgedehnt, wobei der Ausprägungsgrad stark variiert. Die Schuppung kann je nach Lokalisation vorhanden sein und auch vollkommen fehlen (zum Beispiel durch millieubedingte Mazeration bei intertriginösem Befall) (107).

Außerdem geht die Erkrankung in zwei Drittel der Fälle mit einem starken Pruritus einher, welcher vom Schweregrad der Läsionen unabhängig ist (93, 130). Der Pruritus wird stark von der psychischen Befindlichkeit beeinflusst, so können depressive Episoden zu Verstärkung des Juckreizes führen (61).

3.1.3.2 Prädispositionsstellen

Die psoriatischen Läsionen der Haut können prinzipiell das gesamte Integument befallen, jedoch gibt es eine gewisse Bevorzugung spezieller Lokalisationen. So findet sich ein gehäuftes Auftreten der Hautveränderungen vor allem an den Streckseiten der Extremitäten, hier vor allem im Bereich der Ellenbogen und Knie, an den Streckseiten der Interphalangealgelenke sowie an der Kopfhaut, besonders am Haaran-satz. Außerdem kann sich der Befall auf das Os sacrum, die Rima ani und die gesamte Perianalregion ausdehnen (57). Ein Befall des Nagelbettes und der Nagelmatrix ist ebenfalls möglich.

3.1.3.3 Symptomatik und Unterteilung

Psoriasis vulgaris: Die Effloreszenzen der Psoriasis vulgaris beginnen meist punktförmig und tendieren dazu, sich im Verlauf konzentrisch auszubreiten. Die Erscheinungsform kann wie bei der Psoriasis guttata und punctata punktförmig disseminiert sein oder follikulär (Psoriasis follicularis). Bei der Psoriasis nummularis konfluieren die Herde teilweise, bei der Psoriasis geographica sind sie größtenteils konfluiert und bei der Erythrodermia psoriatica umfassen sie die gesamte Haut (20, 57). Die Abgrenzung der einzelnen Formen ist nicht in allen Fällen möglich, wobei auch Übergangsformen vorkommen (34). Eine Besonderheit stellt die Psoriasis exsudativa dar. Bei diesem Typ überwiegt die entzündliche Komponente und es kommt zu Auflagerung von gelblich serösen Schuppenkrusten.

Psoriasis arthropathica: Neben den typischen Hauterscheinungen kommt es bei dieser Form zu symmetrischem Gelenkbefall mit sehr schmerzhafter Weichteilschwellung um die Gelenkkapsel. Im ausgeprägten Fall kann es zu Ankylose der Gelenke und Gelenkdestruktion kommen (73). Unterschieden werden hierbei ein peripherer Typ mit vornehmlichem Befall der kleinen Gelenke der Hände und Füße und ein zentraler Typ, bei dem in erster Linie die Wirbelsäule und die Iliosakralgelenke befallen sind.

Psoriasis pustulosa: Durch Zunahme der exsudativen Komponente und Konfluenz der Munro-Mikroabszesse (Einwanderung von neutrophilen Granulozyten in parakeratotische Epidermisareale) kann es zu dieser durch Pustelbildung gekennzeichneten Form der Psoriasis kommen. Man unterscheidet drei Formen: Psoriasis pustulosa generalisata (Typ Zumbusch), Psoriasis vulgaris cum pustulatione und Psoriasis pustulosa palmaris et plantaris (Typ Barber-Königsbeck). Bei der generalisierten Form ist das Allgemeinbefinden sehr stark eingeschränkt und es treten unter anderem Fieber und extreme Abgeschlagenheit auf (57).

Nagelpsoriasis: Ein Nagelbefall bei Psoriasis tritt in etwa 40-50% der Fälle auf. Beim Befall der Nägel durch die Psoriasis unterscheidet man die Nagelmatrixpsoriasis und die Nagelbettpsoriasis. Erstere kann als Psoriasis punctata unguium auftreten, die durch grubchenförmige Einsenkungen gekennzeichnet ist oder sie kommt als Onychodystrophia psoriatica vor, bei der sich buchten- und streifenförmige Einsen-

kungen und Wellen auf der Nageloberfläche bilden. Bei der Nagelbettpsoriasis findet man ölfleckähnliche Veränderungen am Nagel (psoriatischer Ölfleck). Treten die beiden Arten der Nagelpsoriasis in Kombination auf so entwickeln sich krümelige Nägel, die weitgehend zugrunde gehen. Der Nagelbefall kann auch ein Prädiktor für eine Psoriasis Arthritis sein (57).

Psoriasis inversa: Bei dieser Form der Psoriasis befinden sich die Effloreszenzen ausschließlich an den Beugeflächen der Extremitäten, die üblichen Prädilektionsstellen sind nicht befallen.

3.1.4 Therapie

Für die Psoriasis gibt es eine Reihe von Therapiemaßnahmen, welche bis zum heutigen Zeitpunkt symptomatisch sind, da die tatsächliche Ursache noch unbekannt und die Beeinflussung der erblichen Komponente der Erkrankung bislang nicht möglich ist. Dies bedeutet für den langfristigen Therapieerfolg, dass die Symptome zwar zum völligen Abklingen gebracht werden können, das erneute Wiederauftreten der Stigmata jedoch aufgrund der erblichen Disposition und der bislang ungeklärten Krankheitsursache nicht verhindert werden kann.

In 70-80% der Fälle wird die Psoriasis topisch behandelt (110). Lokal wird die Psoriasis mit Dithranol (Anthralin), Corticosteroiden, Vitamin D3-Analoga oder Retinoiden behandelt. Des Weiteren kann mit Kohleteerpräparaten und Psoralenderivaten in Kombination mit UVA-Bestrahlung ein Therapieversuch gemacht werden. Der langfristige Gebrauch einiger Substanzen sollte jedoch vermieden werden, da die Gefahr einer Atrophie der Epidermis besteht (102, 110).

Systemisch wird zur Behandlung der Psoriasis die selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP) eingesetzt. Diese Möglichkeit gilt jedoch aufgrund der hohen Nebenwirkungen als ultima ratio. Außerdem gibt es die Möglichkeit einer oralen Photochemotherapie (PUVA), hier wird die orale Psoralentherapie mit einer UVA-Bestrahlung kombiniert.

Eine weitere Therapieoption bietet die Balneophototherapie, eine Kombination von Thalassotherapie und Heliotherapie (im Meer baden und Sonneneinstrahlung).

Bei therapieresistenten Fällen bietet sich auch die systemische Therapie an, mit oralen Glucocorticoiden (Gefahr des Rebound-Effekts), oralen Retinoiden und in seltenen Fällen die Gabe von Zytostatika (Methotrexat) und Immunsuppressiva (Cyclosporin A) (102, 107, 110).

Stand der aktuellen Entwicklung sind Therapieansätze in Richtung neuer Wirkstoffe, sogenannte „Biologicals“ wie Alefacept, Efalizumab, Etanercept und Infliximab (110). Diese blockieren gezielt molekulare Schritte in der Pathogenese der Psoriasis. Man unterscheidet zum einen Stoffe, welche den Tumor-Nekrose-Faktor- α angreifen, und Stoffe die die T-Zellen oder Antigen-präsentierende Zellen angreifen (116).

Insgesamt scheinen wie in einer aktuellen Studie von Christophers et al. 2006 vorgestellt die bisher etablierten Therapien aus Sicht der Patienten eher unbefriedigende Ergebnisse zu liefern. Zwischen 10%-50% der nach aktuellem Wissensstand adäquat behandelten Patienten geben in dieser Studie an keinen Effekt oder eine Verschlimmerung der Symptome bemerkt zu haben (24).

Auch psychotherapeutische und psychologische Therapieansätze stellen eine Behandlungsmöglichkeit dar. Eine Studie von Kabat et al. zeigte 1998 (74), dass psoriatische Läsionen mittels meditativer Maßnahmen in Kombination mit Fototherapie reduziert werden konnten. Fortune et al. führte 2002 eine Fall-Kontroll-Studie (40) durch, in der er zeigen konnte, dass zusätzliche psychologische Therapiemaßnahmen einen positiven Einfluss sowohl auf das klinische Erscheinungsbild der Psoriasis als auch auf das persönliche Befinden der Patienten hatte.

3.2 Psychosomatische Aspekte der Psoriasis

3.2.1 Psychische Belastung als Auslösefaktor der Psoriasis

Emotionale Belastung, so genannte Life-events und Stress als auslösende und auf den Verlauf der Psoriasis Einfluss nehmende Faktoren wurden bereits in einigen Studien untersucht und nachgewiesen. In einer der ersten Studien über diese Zusammenhänge befragten Faber et al. (35) 2144 Psoriasispatienten. 40% der Befragten gaben an, dass sie sich bei erstmaligem Eintreten oder auch bei erneuten Schüben der Erkrankung einer Stresssituation ausgesetzt fühlten und diese als Auslöser der Erkrankung annahmen.

1987 wurde von Gaston et al. (48) eine prospektive Studie zu dieser Fragestellung durchgeführt. Sie konnten eine positive Korrelation zwischen schwerwiegenden Life-events und psychischem Stress mit dem Schweregrad der Erkrankung nachweisen.

Gupta et al. teilten 1989 (60) die Psoriatiker nach ihrem persönlichen Empfinden von Stress in zwei Gruppen ein: die „high stress reactors“ und die „low stress reactors“. Die „high stress reactors“ wiesen in dieser Studie eine höhere Schubfrequenz sowie einen schwerwiegenderen Verlauf auf und beklagten ein ausgeprägteres, krankheitsbedingtes Stressempfinden im Alltag. Außerdem ergab sich in diesem Zusammenhang die Annahme, dass die „high stress reactors“ durch Missbilligung und Stigmatisierung von Seiten ihres Umfelds die Gefühle von Ärger und Zorn tendenziell eher zurückhalten und dadurch in ihrer Krankheitsbewältigung eingeschränkt sind. Dies spricht im Sinne der psychosomatischen Aspekte der Psoriasis, neben der Einflussnahme von psychischen Belastungen, auch für die Beeinflussung der Erkrankung durch individuelle Parameter wie Copingmechanismen und persönliche Krankheitsbewältigung.

In einer neueren Studie von Fortune et al., der versuchte die eigene Einschätzung des Patienten gegenüber seiner Erkrankung zu untersuchen, gaben 61% der befragten Psoriatiker an, dass sie Stress als den Hauptauslöser ihrer Erkrankung sahen. 55,5% gaben genetische Faktoren als ihrer Ansicht nach für die Krankheit verantwortliche Ursache an. Hierbei war auffallend, dass die Patienten, die ihre Erkrankung auf Stress zurückführten, in schlechterem gesundheitlichem Zustand waren und

eine erheblichere Einschränkung im Alltag empfanden, als die Patienten, welche verneinten auf Stress zu reagieren (41).

3.2.2 Krankheitsverarbeitung und Stigmatisierungsprozesse

Das äußere Erscheinungsbild wird von Psoriasis-Patienten oft als sehr belastend empfunden. Teilweise werden Alltagsaktivitäten, soziale Interaktion und Kommunikation aufgrund der sichtbaren Hautläsionen eingeschränkt. Die Patienten haben das Gefühl entstellt zu sein (Stigmatisierung).

Hiermit erhält die Belastung, die die Patienten aufgrund ihrer äußeren Erscheinung erleben einen entscheidenden Krankheitswert. Erschwert wird die Krankheitsverarbeitung zusätzlich durch den variablen Verlauf, die Unvorhersehbarkeit der Krankheitsschübe und die unklare Prognose. Dies führt im Verlauf zu Resignation und darauffolgende Depressivität und Hilflosigkeit, die die Patienten erleben (64).

Ausschlaggebend für die Krankheitsbewältigung ist nach Gieler (49, 64) das Ersterkrankungsalter. Je jünger die Patienten bei Ausbruch der Hauterkrankung sind und je besser sie in ihre Umwelt integriert sind, desto besser wird die Erkrankung bewältigt und desto weniger fühlen sich die Patienten durch ihre Erkrankung entstellt.

3.2.3 Persönlichkeitsmerkmale von Patienten mit Psoriasis

Die Persönlichkeitsmerkmale von Patienten mit Psoriasis wurden in den vergangenen Jahren mit Hilfe von standardisierten Persönlichkeitsuntersuchungen, ein Beispiel ist das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), in zahlreichen Studien untersucht. Es wurden beispielsweise Gesichtspunkte der Persönlichkeit wie Aggression, Angst, Extroversion oder Introversion begutachtet und mit den Eigenschaften Gesunder verglichen. Die teilweise konträren Ergebnisse der Studien sprechen für die Tatsache, dass sich ein Konzept der Persönlichkeit des Psoriatikers nicht formulieren lässt.

Die Schwierigkeit der Formulierung einer typischen Psoriatikerpersönlichkeit zeigt eine Studie von Gieler et al. 1991 (52). Hier wurde versucht in einer Metaanalyse einen Unterschied der Persönlichkeitsmerkmale von Psoriatikern und Gesunden bzw.

anderweitig Erkrankten festzumachen. Die Untersuchungsergebnisse erwiesen sich jedoch als widersprüchlich und unzureichend.

Einige Autoren beschrieben die Persönlichkeitsstruktur des Psoriasispatienten als depressiv, ängstlich, sorgend sowie aggressiv im Umgang mit dem eigenen Umfeld (59).

Eine Studie von Niemeier et al. (94) konnte, was die Aggressivität betrifft, hingegen zeigen, dass Psoriatiker im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe in Situationen, in denen Ärger und Zorn auftritt, weniger zu aggressiven Aussagen neigen.

Andere Autoren beschrieben eine deutliche Tendenz der Patienten mit Psoriasis die Ursachen ihrer Unzufriedenheit bei anderen als sich selbst zu suchen, und daher ein erhöht aggressives Verhalten nach außen zu zeigen (88).

Untersuchungen von Mazetti et al. (89) wiesen bei 71% der Psoriatiker eine deutliche psychische Belastung nach. 35% des untersuchten Kollektivs erwiesen sich als abhängige, histrionische oder anankastische Persönlichkeiten, 17,5% litten an affektiven Störungen, bei 12,5% der untersuchten Psoriatiker ließen sich isolierte Phobien sowie generalisierte Angststörungen nachweisen und 6,25% fielen durch schizophrene und schizoaffektive Symptome auf.

Unter Psoriatikern, die Stress für die Exazerbation ihrer Erkrankung verantwortlich machen, wurden spezielle Persönlichkeitsmerkmale beobachtet. Diese Patienten neigen dazu, der Anerkennung durch andere eine große Bedeutung beizumessen. Außerdem werden Schwierigkeiten bei der Äußerung von Gefühlszuständen wie Zorn und Angst in dieser Patientengruppe festgestellt. Des Weiteren ergeben sich durch benannte Persönlichkeitsmerkmale schwerwiegendere Verläufe und eine deutlich beeinträchtigte Krankheitsverarbeitung (59).

4 NICHT ENTZÜNDLICHE HAUTERKRANKUNGEN: AM BEISPIEL DES MALIGNEN MELANOMS

4.1 Das Krankheitsbild des malignen Melanoms

4.1.1 Definition

Das maligne Melanom wurde erstmals von Laennec (82), einem bedeutenden französischen Kliniker, 1806, als eigenes Krankheitsbild beschrieben. Es handelt sich um bösartige Neubildungen melaninbildender Zellen, den Melanozyten. Sie kommen zu 90% in der Haut vor, dort befinden sie sich in der Basalzellschicht der Epidermis. Seltener kommen Melanome in Schleimhäuten wie Augen, Gastrointestinaltrakt, und im ZNS vor. Das maligne Melanom ist aufgrund seiner raschen Metastasierung für 90% der Todesfälle durch Hautkrebs verantwortlich und ist somit ein besonders bösartiger Tumor (106).

4.1.2 Epidemiologie

4.1.2.1 Inzidenz und Vorkommen

Die Inzidenz des malignen Melanoms hat in den letzten Jahren weltweit stetig zugenommen (85). Besonders betroffen sind hellhäutige Bevölkerungsgruppen vor allem in Australien, Nordamerika und Nordeuropa (46). In den USA ist das Melanom die am stärksten zunehmende Krebsart und betrifft in immer höherem Maße auch jüngere Menschen (115), so sind 50% der Melanompatienten unter 55 Jahren. Die Neuerkrankungsrate in Europa liegt bei 10-15/100.000/Jahr in Australien bei 40-60/100.000/Jahr (107), in Deutschland sind bis zu 10.000 Neuerkrankungen im Jahr zu erwarten (114). Das maligne Melanom ist somit zwar noch keine der häufigsten Krebserkrankungen weltweit, wohl aber mit einer Verdopplung der Inzidenz in der weißen Bevölkerung alle zehn Jahre beängstigend schnell im Vormarsch (111). Anschauliche Daten wurden vom Krebsregister des Saarlands veröffentlicht: Hier wird ein Inzidenzanstieg im Zeitraum von 1980-1995 in der weiblichen Bevölkerung von 5,9 auf 8,5, bei den Männern von 4,3 auf 8,7 für das maligne Melanom angegeben (44). In den USA zeichnet sich dieser schnelle Inzidenzanstieg noch deutlicher ab.

Das National Cancer Institute berichtet im SEER-Programm (Surveillance, Epidemiology, End Results) über eine Entwicklung der Inzidenz im Zeitraum von 1973-1994 bei den Männern von 6,8 auf 17,3, bei den Frauen von 6,1 auf 11,6 (62). Neben der Inzidenz steigt die Letalität durch das maligne Melanom weltweit ebenfalls an, allerdings vollzieht sich dieser Anstieg wesentlich langsamer, was sich durch gute Früherkennung und weiterentwickelte Behandlungsmaßnahmen erklären lässt (83). Der Gesamtanteil des malignen Melanoms an allen Hautkrebsarten beträgt lediglich 5%, jedoch ist es im Gegensatz dazu durch seine hohe Malignität für 75% aller tödlichen Ausgänge von Hautkrebserkrankungen verantwortlich.

4.1.2.2 Prädisponierende Faktoren

Die Entstehung des Melanoms unterliegt der Einflussnahme von exogenen und endogenen Faktoren. Dabei spielt die genetische Disposition und Vererbung als endogener Faktor eine herausragende Rolle. In etwa 8%- 14% aller Melanomerkrankungsfälle werden gleichzeitig familiäre Melanomvorkommen beobachtet (114). Außerdem treten in Familien mit instabilem Pigmentsystem, die eine tendenzielle Neigung zur Ausbildung kongenitaler Naevi aufweisen bzw. bei denen das Syndrom dysplastischer Naevuszellnaevi vorliegt, in erhöhtem Maße auch maligne Melanome auf (80, 90).

Mittlerweile konnten zudem verschiedene Tumor-Suppressor-Gene identifiziert werden, die gehäuft in betroffenen Familien vorkommen. Ein Beispiel hierfür wäre der cyclin-dependent kinase inhibitor 2A (=CDKN2A), der bei 25-40% der von malignem Melanom betroffenen Familien nachgewiesen werden konnte (90).

Zu den endogenen Faktoren zählen des Weiteren eine erhöhte individuelle UV-Lichtempfindlichkeit bei hellen Hauttypen, besonders in Kombination mit blonden oder roten Haaren und blauen Augen (54, 68, 90).

Ebenfalls wird diskutiert, dass der individuelle Zustand des Immunsystems und die Tumoralabwehr eine Rolle bei der Manifestation dieser bösartigen Hauterkrankung spielen. Bei immundefizienten oder immunabwehrgeschwächten Patienten konnte ein erhöhtes Risiko zur Melanomentstehung nachgewiesen werden (90, 107).

Das Sonnenlicht trägt als exogener Faktor ebenfalls einen entscheidenden Teil zur Entartung eines Naevuszellnaevus bzw. zur Entstehung eines malignen Melanoms bei. So wird heute für die zunehmende Inzidenz des Melanoms eine vermehrte Sonnenexposition verantwortlich gemacht. Im speziellen die aggressive UVB-Strahlung, welche durch die zurückgehende Ozonschicht immer intensiver wird, gilt als für die Entwicklung ausschlaggebend (10, 80, 123, 127). Mehrere Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Sonnenbränden und dem Auftreten eines malignen Melanoms. Beispielsweise erhöht sich mit der Zahl der vor allem im Kindes- und Jugendalter erlebten Sonnenbrände das Melanomrisiko um den Faktor 2-4 (17, 55, 84, 99). Außerdem wurde die höchste Inzidenzzunahme an Körperstellen beobachtet, die in den letzten Jahrzehnten vermehrt der Sonne ausgesetzt waren. Bei Frauen konnte eine Zunahme der Melanominzidenz im Unterschenkelbereich nachgewiesen werden, bei Männern am Stamm. Diese Erkenntnisse bestätigen die Sonnenexposition als maßgeblich ausschlaggebenden exogenen Faktor in der Entstehung des malignen Melanoms (46, 69, 81, 98).

4.1.3 Klinik

Das klinische Bild des malignen Melanoms ist uneinheitlich. Es erscheint als unregelmäßig begrenzter, inhomogener Tumor mit pigmentreicher Färbung von tiefbraun bis blauschwarz. Es kann außerdem, durch die schnelle Wachstumsrate, von Erosionen, Ulzerationen und oberflächlichen Blutungen begleitet sein (80). Insgesamt werden morphologisch, histologisch und biologisch vier verschiedene Melanomtypen voneinander abgegrenzt. Clark (26) unterschied erstmals 1969 das superfiziell spreitende und das noduläre Melanom sowie das Lentigo-maligna-Melanom. Die vierte Form, das Akral-lentiginöse Melanom, beschrieb 1975 Reed (108). Diese Einteilung ist bis heute gebräuchlich, wobei Überlappungen, wie zum Beispiel beim superfiziell spreitenden Melanom mit nodulären Anteil, möglich sind. 10% der vorkommenden Melanome sind klinisch und histologisch seltene Formen und der beschriebenen Einteilung nicht zuordenbar.

Am häufigsten tritt das **superfiziell spreitende Melanom** (SSM) auf (11, 106). Mit 57% ist es der häufigste Melanomtyp. Es wächst oft mehrere Jahre unauffällig intraepidermal bis es tiefere Hautschichten erreicht. Bei Frauen kommt es primär an

der unteren Extremität vor, Männer sind vorwiegend am Stamm betroffen (26). Das **noduläre Melanom** (NM) kommt in erster Linie bei älteren Patienten vor und wächst bereits im Anfangsstadium in die Tiefe, was zu schneller Ausbreitung des Tumors führt, meist nur Monate (26, 106). Das **Lentigo-maligna-Melanom** (LMM), das ebenfalls in höherem Lebensalter häufiger auftritt, nimmt im Gegensatz zum NM nur sehr langsam an Größe zu. Die Präkanzerose Lentigo Maligna lässt sich bei diesem Melanomtyp grundsätzlich als Vorstufe beobachten. Außerdem typisch für das LMM ist das Auftreten an chronisch sonnenexponierten Körperstellen. Die vierte Melanomart ist das seltene **Akrolentiginöse Melanom** (ALM), welches in der Regel an Händen und Füßen zu finden ist. Dort wird es oft zu spät erkannt und ist schwer zu diagnostizieren, da es häufig große Ähnlichkeit mit Schwielen und Blasen hat (11, 106).

4.1.4 Prognose

Für die prognostische Beurteilung des malignen Melanoms sind klinisch Typus, Stadium und Lokalisation des Tumors sowie Alter und Geschlecht des Patienten zu berücksichtigen. Höheres Alter, männliches Geschlecht sowie Manifestation am Stamm und nodulärer Melanom-Typ sind als prognostisch negativ zu bewerten. Histologische Prognoseparameter stellen die Tumordicke nach Breslow, als allerwichtigster Prognosefaktor überhaupt, sowie die Eindringtiefe nach Clark, die Teilungsrate der Tumorzellen und die Gefäßinvasion des Tumors dar (13,15). Außerdem sind zur Beurteilung der Überlebensdauer aussagekräftige Parameter tumorassoziierte Mikroabsiedelungen (Satelliten- und In-transitmetastasen im Bereich der Haut bis zur ersten Lymphknotenstation). Im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung werden des weiteren Lymphknotenstatus, extranodaler Befall, erhöhtes LDH im Serum, Resektabilität und Remissionsdauer zur Einschätzung mit herangezogen (39).

Zur weltweit einheitlichen Einteilung des malignen Melanoms wurden vom American Joint Committee of Cancer (AJCC) und von der Union International Contre le Cancer (UICC) Tumorstaging-Systeme entwickelt, die die Differenzierung, Ausbreitung und Prognose des malignen Melanoms einschätzen lassen. Zur Beurteilung ziehen diese Systeme histologische Merkmale (Tumordicke), Lymphknoten- und Fernmetastasen heran (12, 128).

4.1.5 Früherkennung und Therapie

Die Früherkennung spielt in der Therapie des malignen Melanoms wegen der Abhängigkeit der Prognose von Tumordicke und Metastasierung eine entscheidende Rolle. Je früher die Diagnosestellung erfolgt, desto wahrscheinlicher ist die kurative Heilung des Patienten. Als Tumor der Haut, daher für das Auge frei zugänglich, ist die maligne Veränderung in den meisten Fällen schon in frühen Stadien durch einen geschulten Untersucher erkennbar. Schulungsprogramme und Aufklärungskampagnen führten zu deutlichen Verbesserungen der Heilungsraten (32).

Als Therapie des Melanoms erfolgt nach lichtmikroskopisch gesicherter Diagnose in allen Stadien (I-IV) die chirurgische Exzision. Abhängig von Tumordicke und -tiefe wird mit Einhaltung eines vorgeschriebenen Sicherheitsabstandes der Tumor chirurgisch entfernt. Ist die Diagnose nicht eindeutig geklärt, so wird eine Biopsie entnommen. Anschließend wird eine histologische Untersuchung vorgenommen und bei Bestätigung der Verdachtsdiagnose das Melanom reseziert (39,45, 47).

Im Bereich der adjuvanten Therapie des Melanoms liegt der Schwerpunkt auf der spezifischen Immuntherapie mit Interferon- α . Diese Substanz führt nachweislich zu einer Verlängerung des rezidivfreien Intervalls. Der Nachweis einer Einflussnahme auf die Gesamtlebensdauer gelang bisher jedoch noch nicht (47, 76, 77, 78)

Eine weitere Therapieoption stellt die Strahlentherapie dar. Diese ist nur bedingt zur primären Behandlung indiziert, kann jedoch bei Inoperabilität, zur regionären Lymphknotenmetastasenbestrahlung oder zur Palliation bei Knochenmetastasen sinnvoll eingesetzt werden. Ab Stadium IV wird eine Chemotherapie oder Chemoimmuntherapie in palliativer Indikation empfohlen (47).

4.2 Psychosomatische Aspekte des malignen Melanoms

4.2.1 Psychische Einflussfaktoren

Im Krankheitsverlauf des malignen Melanoms gelten neben den medizinisch körperlichen Einflussfaktoren, wie Tumordicke, Metastasierungsgrad und Grading auch einige psychologische Parameter als ausschlaggebend für die Überlebensrate und das Rezidivrisiko. Unter anderem zählen dazu Stress, Life-events und Angst.

In einer retrospektiven Fall-Kontrollstudie von 1992 konnte gezeigt werden, dass bestimmte Life-events bei Melanompatienten im Vergleich zu einer chirurgisch hospitalisierten Kontrollgruppe in signifikant höherer Anzahl auftraten. Es wurden nur die Life-events berücksichtigt, welche im Verlauf der letzten fünf Jahre vor Erkrankungsbeginn aufgetreten waren. Unter den an malignem Melanom Erkrankten fanden sich für diesen Zeitraum höhere Arbeitslosen- und Delinquenzraten und häufiger Todesfälle in der Familie. 46% der befragten Melanompatienten gaben an, in den letzten fünf Jahren vor klinischer Manifestation der Erkrankung eine größere Lebenskrise durchgemacht zu haben. Diese Ergebnisse weisen auf eine Beeinflussung durch individuelle Life-events hin (66).

Über die Hälfte aller Melanompatienten leidet unter einem signifikant erhöhten Angstlevel und erfährt dadurch höhere psychische Belastungen durch die Erkrankung. Besonders auffallend ist hierbei, dass vor allem das weibliche Geschlecht und höheres Alter mit zunehmender Angstbereitschaft korreliert sind. Die Tumortiefe nimmt keinen Einfluss auf die Angstempfindung. Wohingegen das Einfühlungsvermögen des behandelnden Arztes, Ablenkung und die Unterstützung durch die Familie als Angst reduzierend empfunden werden (92).

Fawzy et al zeigten 2003, dass psychologische Unterstützung in Form von wöchentlicher Gruppentherapie bei Melanompatienten einen positiven Effekt auf die Überlebenszeit hat. Zwar nicht in dem Maße wie Tumortiefe und Geschlecht, aber doch ausschlaggebend für die Überlebenszeit im Follow-Up nach zehn Jahren (37). Hinweise auf eine gewisse Persönlichkeitsstruktur wie dies beim Psoriatiker ansatzweise der Fall ist, konnten bis jetzt bei Melanompatienten keine gefunden werden (22).

4.2.2 Melanompatienten und Lebensqualität

Das maligne Melanom ist der am schnellsten wachsende menschliche Tumor und verantwortlich für 75% der Todesfälle durch Hautkrebserkrankungen. Seelische Belastung ist häufig assoziiert mit Krebserkrankungen und hat großen Einfluss auf die Bereitschaft des Betroffenen, sich in Behandlung zu begeben sowie auf Krankheitsverlauf und Sterblichkeit (122).

Beispielsweise konnten einige klinische Studien zeigen, dass bei bis zu einem Drittel der Krebs-Patienten in Allgemeinen die seelische Belastung Einfluss auf den klinischen Verlauf ihrer Erkrankung nimmt (31, 36, 87, 119).

Außerdem trägt die seelische Belastung, die durch eine Krebserkrankung erlebt wird, maßgeblich zur Einschränkung der Lebensqualität des Betroffenen bei (122). Schon zum Zeitpunkt der in Kenntnissetzung über die Diagnose ist das Aufnahmevermögen des Patienten für krankheitsrelevante Informationen und Verfahrensweisen durch die große emotionale Belastung nicht mehr gegeben und somit die Entscheidungsfähigkeit des Patienten, weiteres Procedere betreffend, eingeschränkt (30, 105).

Des Weiteren spielt die Therapie des malignen Melanoms eine entscheidende Rolle für die Lebensqualität des Patienten. So führen einige Therapiemöglichkeiten (z. B. Interferone) durch schwerwiegende Nebenwirkungen zu Verschlimmerung der emotionalen Belastung (124).

Melanompatienten sind aufgrund ihrer Erkrankung zu regelmäßigen Screening-Untersuchungen verpflichtet und darüber hinaus dazu angehalten, bestimmte präventive Maßnahmen, z. B. Meiden von Sonnenexposition und dauerndes Eincremen mit Sonnencreme, nicht zu vernachlässigen. Diese lebensverlängernden Verhaltensweisen werden jedoch von emotionalen Belastungszuständen negativ beeinflusst und als massive Einschränkung der Lebensqualität empfunden (53).

5 INTERKULTURELLE BETRACHTUNG

5.1 Psychosomatik im interkulturellen Kontext

Die soziokulturellen Einflüsse auf die Entstehung von psychosomatischen Krankheitsbildern wurden in einer retrospektiven Studie von Wittkower und Warnes (129) 1974 untersucht. Hier wurden Interviews, postmortale Patientendaten, Felduntersuchungen, Akten aus Krankenhäusern, sowie psychologische Test und Fragebögen aus über fünfzehn verschiedenen Ländern herangezogen und bezüglich soziokultureller Einflüsse auf die Entstehung von psychosomatischen Krankheitsbildern (kardiovaskuläre und gastrointestinale psychosomatische Störungen) ausgewertet.

Wittkower geht von einem multifaktoriellen Geschehen aus. Neben Einflussfaktoren wie Vererbung, Konstitution, sowie prä- und postnatalen Ereignissen, sieht er als weiteren herausragenden Faktor für die Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen den Einfluss von sozialem und kulturellem Umfeld.

Er versteht unter anderem die Auflösung der familiären Struktur und die Emanzipation der Frau in unterschiedlichen Ländern als mit ausschlaggebend für die Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen. Desweiteren trennt er zwischen urbanen und ländlichen Gegenden. Hier ist auffällig, dass vor allem die städtischen Gebiete unterschiedlicher Länder ähnliche Häufigkeiten für psychosomatische Erkrankungen aufweisen, wobei die ländlichen Gebiete eher weniger anfällig zu sein scheinen. Er bringt außerdem die unterschiedlich lange Lebenserwartung in einigen Ländern mit dem Auftreten von psychosomatischen Erkrankungen in Verbindung. Ist also die Lebenserwartung in einem bestimmten Land kürzer, so scheint auch das Auftreten einer kardiovaskulären psychosomatischen Störung unwahrscheinlicher zu sein. Ebenso erklärt er unterschiedliches Essverhalten und Alkoholkonsum als kulturell bedingte Einflussfaktoren. Außerdem beschreibt er die von Generation zu Generation in jeder Kultur weitergegebenen Werte als wichtigen Aspekt, welcher Einfluss auf den persönlichen Umgang mit Stress haben kann und somit auch auf die Anfälligkeit für eine psychosomatische Erkrankung.

5.2 Interkulturelle Ansätze in der psychosomatischen Dermatologie

Die psychosomatischen Einflüsse wie Stress und Life-Events auf die Entstehung und die Exazerbation von Hauterkrankungen sind mittlerweile unumstritten. Im deutsch- und englischsprachigen Raum sind zahlreiche Studien zu diesem Thema veröffentlicht worden, unter anderem von Gieler et al. in Deutschland (51), Fortune et al. in Großbritannien (41), von Gaston et al. in Canada (48) und von Gupta et al. in USA und Canada (60).

Auch in Frankreich wurde die Schwere des Stressempfindens für unterschiedliche dermatologische Krankheitsbilder im Vergleich von Misery et al. (91) untersucht. Hier konnte gezeigt werden, dass das Stressempfinden bei Patienten mit Psoriasis besonders hoch zu sein scheint. Für Patienten mit Hauttumoren konnte ein weitaus niedrigeres Stresslevel gemessen werden.

Eine aktuelle Studie von Malhotra et al. (86) konnte erstmals in Indien sowohl zeigen, dass psychischer Stress eine signifikante Rolle bei der Triggerung von Hauterkrankungen, in diesem Fall Psoriasis, spielt, als auch, dass psychologische Intervention bei Patienten in belastenden Situationen die Lebenszeit verlängern kann.

Des Weiteren spiegelt sich das große internationale Interesse an dieser Thematik in weiteren Studien aus beispielsweise der Türkei (75), Italien (18, 104, 125) und Japan (9) wieder, in welchen psychosomatische Einflüsse auf Hauterkrankungen analysiert und psychologische Therapieansätze empfohlen werden.

Kilic et al. (75) führten 2008 in der Türkei eine Studie mit 105 türkischen Psoriasispatienten und einer Kontrollgruppe von 109 gesunden türkischen Individuen durch. Beide Gruppen wurden mit klinisch standardisierten Fragebögen zu Depression, Angstgefühlen und Charaktereigenschaften untersucht und die Angaben im Anschluss miteinander verglichen. Die Resultate waren eindrücklich. Die Patienten mit Psoriasis zeigten in dieser Evaluation eine signifikant höhere Tendenz zu Depressivität und neigten eher zu Vermeidungsverhalten und Introspektion.

Eine italienische Studie von Picardi et al. 2005 (104) zeigt ähnliche Ergebnisse für 545 untersuchte Patienten mit einer dermatologischen Erkrankung. Hier wurde bei

38% der Patienten eine begleitende psychische Erkrankung, unter anderem Störungen der Stimmungslage und vermehrte Ängstlichkeit, festgestellt.

In Japan untersuchten Arima et al. ebenfalls 2005 (9) 51 Patienten mit atopischer Dermatitis hinsichtlich Depressivität und Ängstlichkeit im Vergleich zu nicht Erkrankten. Es zeigte sich auch in dieser Untersuchung eine signifikant erhöhte Neigung zu depressiven Verstimmungen in der Patientengruppe.

Interkulturelle Vergleiche im Bereich der psychosomatischen Dermatologie sind rar. Es werden zwar in den unterschiedlichsten Ländern zahlreiche standardisierte Fragebögen angewendet. Jedoch sind Studien über interkulturelle Unterscheidungen in der Anwendung dieser Fragebögen noch dünn gesät.

Zwei weltweit sehr häufig eingesetzte Fragebögen in der Psychodermatologie sind einerseits der „Dermatology life quality index“ (DLQI) (38) und andererseits der Skindex (23). Der DLQI untersucht hierbei die Lebensqualität von Hauterkrankten, der Skindex erfasst in drei Skalen Auswirkungen auf die körperliche Funktion, emotionale und soziale Auswirkungen bei Patienten mit einer dermatologischen Erkrankung.

Beide Messinstrumente sind jedoch laut einer Studie von Nijsten et al. 2007 (96) nur bedingt einsetzbar, um interkulturelle Vergleiche anzustellen.

5.3 Körperempfinden und Schönheitsideale im interkulturellen Vergleich

Schönheitsideale und das Empfinden von körperlicher Attraktivität in verschiedenen Ländern wurden bereits in unterschiedlichen Studien evaluiert. Hier zeigten sich eindruckliche interkulturelle Unterscheidungen für das Empfinden von Attraktivität und Schönheit.

Eine Studie von Buss et al. 1990 (21) konnte deutliche Unterschiede bezüglich der Vorlieben bei der Partnersuche von Personen aus 33 Ländern feststellen. Dies spiegelt die kulturellen Einflüsse auf das Empfinden von Attraktivität wieder.

Cogan et al. (27) fanden 1996 ähnliche Zusammenhänge im Vergleich des Attraktivitätsempfindens unter Studenten in den USA und Ghana. Die Studenten aus Ghana empfanden beispielsweise einen größeren Körperumfang als attraktiver und beschrieben auch das Ideal eines schönen Körpers in ihrer Gesellschaft als ausladender im Vergleich zum amerikanischen Idealbild.

Körperliche Attraktivität scheint in verschiedenen Ländern also durchaus unterschiedlich empfunden zu werden.

Diese Zusammenhänge finden sich auch in einer Studie von Hodes et al. 1995 (67) wieder, in welcher ebenfalls die interkulturelle Divergenz von Schönheitsempfinden demonstriert wird. Hodes et al. zeigten, dass sich Mütter aus Großbritannien für ihre Kinder ein dünneres Erscheinungsbild wünschten als Mütter aus Südasien, der Karibik und Afrika. Humenikova und Gates fanden 2008 (70) ähnliche Ergebnisse für tschechische und amerikanische Schulkinder. Hier empfinden tschechische Schulkinder ebenfalls einen größeren Körperumfang als erstrebenswert im Vergleich zu amerikanischen Altersgenossen.

Aber nicht nur das Empfinden für körperliche Attraktivität unterscheidet sich in verschiedenen Ländern. Auch die Besorgnis um das eigene Erscheinungsbild und die damit verbundenen Selbstzweifel und Angstgefühle wurden in verschiedenen Studien begutachtet.

Harris und Carr untersuchten 1998 (63) die Verbreitung von Besorgnis über das eigene Erscheinungsbild in den USA. Hier zeigte sich, dass vor allem Frauen über ihre Erscheinung besorgt sind, unabhängig von sozioökonomischem Status oder Lebens-

standard. Die Besorgnis dieser Frauen war am größten bezüglich ihres Gewichts und ihrer Haut. Weiterhin zeigte sich vor allem unter jenen, welche große Besorgnis gegenüber ihrem Äußeren aufwiesen, eine auffallend große Neigung zu ausgeprägtem Stressempfinden und psychischen Störungen.

Bohne et al. (19) beleuchteten diese Thematik 2002 im interkulturellen Kontext, indem sie amerikanische und deutsche Studenten in Bezug auf Störungen des Körperempfindens und begleitende psychische Erkrankungen untersuchten. Berücksichtigt wurden die Besorgnis über das eigene Erscheinungsbild, Depression, Ängstlichkeit, Zwangserkrankung und Hautkratzen unter den Probanden. Die Besorgnis über das eigene Erscheinungsbild war unter den amerikanischen Studenten signifikant stärker ausgeprägt als unter der deutschen Vergleichsgruppe. Dreiviertel der amerikanischen Studenten wiesen eine große Besorgnis gegenüber ihrer äußeren Erscheinung auf und ein Drittel empfand diese Sorge als sehr belastend, was unter den deutschen Studenten viel weniger der Fall war. Auch die Wertschätzung des eigenen Körpers fiel in der amerikanischen Gruppe wesentlich geringer aus als in der deutschen. Ebenso tendierte die amerikanische Gruppe eher zu Depressivität als die deutsche, wobei es keine Unterscheidungen bezüglich Selbstbewusstsein und Störung des Körperempfindens gab.

Bohne et al. macht die kulturell bedingt unterschiedliche Wertbeimessung für die äußere Erscheinung und den soziokulturellen Druck für adäquate äußere Erscheinung in verschiedenen Ländern verantwortlich für diese Ergebnisse. So kann man also annehmen, dass Herkunftsland und kultureller Hintergrund großen Einfluss auf Körperwahrnehmung und gestörtes Körperempfinden haben.

6 ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNG

Der „Hautzufriedenheitsfragebogen“ als internationales Messinstrument?

Um die in 3.2 und 4.2 beschriebenen psychischen Einflussfaktoren auf die Haut von Patienten und Gesunden näher zu betrachten und differenzierter darstellen zu können, wurde 2003 von Grolle et al. (58) der „Hautzufriedenheitsfragebogen“ entwickelt.

Der Bogen findet im deutschen Sprachraum mittlerweile im Bereich der psychosomatischen Dermatologie Anwendung und liefert gute Ergebnisse für das tiefere Verständnis der Hautzufriedenheit von Hautgesunden und Hautpatienten.

Die Betrachtung der „Hautzufriedenheit“ scheint auch wie in Kapitel 5 erläutert im internationalen Kontext von Interesse zu sein. Und so war es nun Ziel dieser Arbeit, den „Hautzufriedenheitsfragebogen“ als psychometrisches Messinstrument auch in italienischer Sprache zu überprüfen und zu validieren.

Zu diesem Zweck wurde der Bogen zunächst ins Italienische übersetzt und die Skalenstruktur an der Universitätsklinik Padua mit Hilfe einer gesunden, studentischen Stichprobe überprüft. Im Anschluss daran fand eine klinische Untersuchung mit italienischen Patienten der dermatologischen Klinik an der Universität Padua statt.

Gleichzeitig zu dieser Arbeit wird der „Hautzufriedenheitsfragebogen“, um internationale Anwendung finden zu können, auch in weitere Sprachen übersetzt und von weiteren Forschungsmitarbeitern für die entsprechenden Sprachräume validiert.

7 METHODIK

7.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppen

7.1.1 Italienische studentische Untersuchungsgruppe

7.1.1.1 Stichproben

Zur Validierung des „Hautzufriedenheitsfragebogens“, der erstmals in italienischer Sprache eingesetzt wurde, wurde eine Untersuchungsgruppe von 228 Studenten rekrutiert.

Die studentische Untersuchungsgruppe umfasste insgesamt 3 Stichproben. Alle wurden im Rahmen der medizinischen Vorlesungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Padua in Oberitalien befragt.

Bei der **Stichprobe 1** handelte es sich um 115 Studenten der Medizin des vierten klinischen Fachsemesters, die im Anschluss an die Vorlesung der klinischen Pharmakologie die Fragebögen beantworteten. Es wurden entsprechend 115 Fragebögen ausgeteilt, wovon 56 vollständig ausgefüllt wieder eingesammelt werden konnten und somit in der Auswertung berücksichtigt wurden (verwertbarer Rücklauf: 48,69%).

Stichprobe 2 waren 59 Studenten des zweiten klinischen Fachsemesters Medizin, die nach der Vorlesung Rechtsmedizin zur Bearbeitung des „Hautzufriedenheitsfragebogens“ gebeten wurden. Nach dieser Befragung erwiesen sich von 59 ausgeteilten Fragebögen 29 als vollständig und auswertbar (verwertbarer Rücklauf: 49,15%).

Um eine weitere studentische Gruppe handelte es sich bei der **Stichprobe 3**. Diese waren ebenfalls alle Medizinstudenten des vierten klinischen Fachsemesters und füllten die Fragebögen im Rahmen der Vorlesung für Neurologie aus. Bei dieser Stichprobe waren bei 54 ausgeteilten Fragebögen 28 vollständig ausgefüllt, welche in die Auswertung aufgenommen werden konnten (verwertbarer Rücklauf: 51,85%).

Damit handelte es sich um einen durchschnittlichen verwertbaren Rücklauf von 49,89%.

7.1.1.2 Sozialdaten

Geschlecht: Die studentische Untersuchungsgruppe war aufgeteilt in 32 (28,32%) männliche und 81 (71,68%) weibliche Probanden.

Durchschnittsalter: Das durchschnittliche Alter der Stichproben insgesamt war 23,23 Jahre, wobei die Altersangaben zwischen 21 und 28 Jahren schwankten.

Familienstand: 112 Teilnehmer (99,12 %) der untersuchten Gruppe waren ledig, eine Person (0,88%) verlobt.

Schulbildung: Alle Probanden (100%) hatten den Bildungsstand der allgemeinen Hochschulreife.

Fakultät: 111 der Untersuchungsteilnehmer (98,23%) waren Studenten im Fachbereich für Humanmedizin, 2 der Teilnehmer (1,77%) gehörten zur Fakultät für Sport- und Bewegungswissenschaften.

Hauterkrankungen: In der untersuchten Gruppe befanden sich 81 Hautgesunde (71,68%) und 32 Personen (28,32%), die eine Hauterkrankung angaben:

Akne: 13 Pers. (11,50%)
Atopische Dermatitis/Atopisches Ekzem: 5 Pers. (4,42%)
Vitiligo: 2 Pers. (1,77%)
Allergisches Ekzem/Kontaktallergie: 2 Pers. (1,77%)
Seborrhoische Dermatitis: 2 Pers. (1,77%)
Dermatitis des äusseren Gehörgangs: 1 Pers. (0,88%)
Couperose: 1 Pers. (0,88%)
Morbus Werlhof (ITP): 1 Pers. (0,88%)
Pityriasis rosea Gibert: 1 Pers. (0,88%)
Epheliden: 1 Pers. (0,88%)
Lichtdermatose: 1 Pers. (0,88%)
Tinea pedis: 1 Pers. (0,88%)
Sonstige: 1 Pers. (0,88%)

Die Untersuchungsgruppe litt im Durchschnitt seit 8,38 Jahren an der angegebenen Hauterkrankung. Eine ärztliche Behandlung erfolgte zum Zeitpunkt der Untersuchung in 13 der 32 Fälle (40,63%).

7.1.2 Deutsche studentische Untersuchungsgruppe

7.1.2.1 Stichprobe

Für den Vergleich mit einer deutschen Stichprobe wurden Probanden aus einer repräsentativen Stichprobe zur Normierung der deutschen Version des Hautzufs ausgewählt. Diese Probanden wurden hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung zur italienischen Stichprobe parallelisiert.

7.1.2.2 Sozialdaten

Geschlecht: Die deutsche studentische Untersuchungsgruppe war ebenso wie die italienische aufgeteilt in 32 (28,32%) männliche und 81 (71,68%) weibliche Probanden.

Durchschnittsalter: Das durchschnittliche Alter bei der deutschen Stichprobe betrug 23,81 Jahre, wobei hier die Altersangaben zwischen 18 und 30 Jahren schwankten.

Schulbildung: Alle Probanden (100%) hatten ebenfalls den Bildungsstand der allgemeinen Hochschulreife.

7.1.3 Italienische Patientenuntersuchungsgruppe

7.1.3.1 Stichproben

Die Erhebung zur Patientenuntersuchung erfolgte in der Universitätsklinik Padua in der onkologischen und dermatologischen Klinik. Es wurden Patientengruppen für zwei Stichproben rekrutiert. Eine Gruppe bildeten Psoriasispatienten, als Gruppe der entzündlichen Hauterkrankung. Bei der zweiten Stichprobe handelte es sich um Patienten mit nicht-entzündlichen Hauterkrankungen.

Stichprobe 1 umfasste ausschließlich an der entzündlichen Hauterkrankung Psoriasis leidende Patienten. Mit einbezogen wurden Patienten der Tagesklinik und der Psoriasisprechstunde der dermatologischen Klinik in Padua. Insgesamt nahmen 120 Patienten an der Untersuchung teil. 57 Fragebogen-Sets erwiesen sich nach Durchsicht als vollständig ausgefüllt und gingen somit in die Auswertung ein (verwertbarer Rücklauf: 47,50%).

Für die **Stichprobe 2** wurden Patienten rekrutiert, welche an einer nicht entzündlichen Hauterkrankung litten. Hierbei handelte es sich zum einen um Melanompatienten, die zur Nachuntersuchung regelmäßig die Melanomsprechstunde in der onkologischen Klinik besuchten, und zum anderen um Patienten der Naevuszellnaevussprechstunde, bei welchen schon eine oder mehr Biopsien aufgrund von melanomverdächtigen Hautveränderungen entnommen wurden und deshalb zur Nachuntersuchung in die dermatologische Klinik einbestellt worden waren. Außerdem nahmen Patienten beider Sprechstunden teil, die sich aufgrund von anderen Hautneoplasien oder neoplasieverdächtigen Hauterkrankungen vorstellten. Insgesamt konnten 113 Patienten für die Untersuchung rekrutiert werden und 51 vollständige Fragebogen-Sets gingen anschließend in die statistische Auswertung ein (verwertbarer Rücklauf: 45,13%).

7.1.3.2 Sozialdaten Stichprobe 1

Geschlecht: Die Aufteilung nach Geschlecht belief sich auf 37 (64,91%) männliche und 20 (35,08%) weibliche Probanden.

Durchschnittsalter: Durchschnittlich waren die Probanden im Alter von 51,26 Jahren, dabei 21 Personen (36,84%) über 60 bis 81 Jahre, 15 Probanden (26,32%) waren 45-60 Jahre alt und 21 Personen (36,84%) jünger als 45, wovon das jüngste angegebene Alter 14 Jahre war.

Familienstand: Unter den 57 Untersuchten befanden sich 35 Verheiratete (61,40%) und 14 Ledige (24,56%). 4 Probanden (7,02%) waren bereits geschieden und 3 (5,26%) verlobt. Eine Person (1,75%) machte keine Angabe über den Familienstand.

Schulbildung: Zur untersuchten Gruppe zählten 26 Probanden (45,61%), die die italienische Mittelschule besucht hatten, 25 Personen (43,86%) mit allgemeiner Hochschulreife und 6 Patienten (10,53%) mit Grundschulbildung.

Hauterkrankungen: Bei der Stichprobe handelte es sich um eine reine Psoriatikergruppe.

7.1.3.3 Sozialdaten Stichprobe 2

Geschlecht: Die Stichprobe war aufgeteilt in 23 männliche Probanden (45,10%) und 27 weibliche (52,94%). Eine Person (1,96%) machte keine Angabe bezüglich des Geschlechts.

Durchschnittsalter: Das Durchschnittsalter der Teilnehmer war 48,59 Jahre, darunter 23 Personen (45,10%) im Alter von 17 bis einschließlich 45 Jahren, 46 bis 60 Jahre alt waren 15 Probanden (29,41%) und die Gruppe der älter als 60 Jährigen belief sich auf 13 Personen (25,49%), der älteste Teilnehmer war 95 Jahre alt.

Familienstand: In der Untersuchungsgruppe befanden sich 32 verheiratete (62,75%), 15 ledige (29,41%) und 3 verlobte Patienten (5,88%) sowie eine verwitwete Person (1,96%).

Schulbildung: In der Stichprobe besaßen 31 Personen (60,78%) die allgemeine Hochschulreife, 17 der Teilnehmenden (33,33%) hatten die italienische Mittelschule besucht und 3 Probanden (5,88%) eine Grundschulbildung absolviert.

Hauterkrankungen: Die beschriebene Stichprobe umfasste 13 Patienten (25,49%) mit einem Melanom und 24 Personen (47,05%) mit Naevuszellnaevus-Syndrom, bei welchen ein oder mehrere Male eine Biopsie wegen Verdachts auf malignes Melanom entnommen worden war. Außerdem wurden noch 14 weitere Patienten (27,45%) in die Vergleichsgruppe aufgenommen. Bei ihnen lag eine maligne Veränderung oder Hautneoplasie anderer Art vor (unter diesen waren 7 Personen (50%) mit atypischen Hyperkeratosen und 7 Patienten (50%) litten an Basaliomen/basozellulären Karzinomen).

7.1.4 Deutsche Patientenuntersuchungsgruppe

7.1.4.1 Stichprobe

Für die Vergleichsgruppe wurden Patienten aus einer Stichprobe von Psoriatikern ausgewählt. Das Patientenkollektiv stammt aus einer Erhebung in einem Rehabilitationszentrum für chronische Hauterkrankungen in Deutschland.

7.1.4.2 Sozialdaten

Geschlecht: Die deutsche Patientenuntersuchungsgruppe war aufgeteilt in 73 (64,60%) männliche und 40 (35,40%) weibliche Probanden.

Durchschnittsalter: Das durchschnittliche Alter bei der deutschen Stichprobe betrug 51,49 Jahre, wobei hier die Altersangaben zwischen 20 und 77 Jahren schwankten.

Hauterkrankungen: Bei der Patientenstichprobe aus Deutschland handelte es sich um eine reine Psoriatikergruppe.

7.2 Untersuchungsablauf

7.2.1 Untersuchungsablauf der italienischen Studentengruppe

Die Untersuchung zur Validierung des „Hautzufriedenheitsfragebogens“ auf Italienisch fand im März 2006 an der Universität Padua statt. Dort wurden 228 Studenten in drei Stichproben von je 115, 59 und 54 Teilnehmern untersucht. Der Ablauf der Untersuchung war bei allen drei Stichproben gleich. Im Rahmen der pharmakologischen, rechtsmedizinischen und neurologischen Vorlesung für Mediziner wurde jeweils einmalig die entsprechende Anzahl von Fragebögen ausgeteilt. Vorab wurden die Studenten darauf aufmerksam gemacht, dass es sich um einen psychologischen Fragebogen für Hautgesunde und Hautkranke handelt, welcher nun im Rahmen einer Dissertationsarbeit in einer italienischen Variante überprüft werden soll. Außerdem wurden sie dazu angehalten, den Fragebogen vollständig zu bearbeiten sowie die Fragen so spontan wie möglich zu beantworten. Nach im Schnitt 15-20 Minuten konnten die Fragebögen wieder eingesammelt werden mit einem auswertbaren Rücklauf von 49,89%.

7.2.2 Untersuchungsablauf der italienischen Patientengruppe

7.2.2.1 Untersuchungsablauf der Stichprobe 1

Die Erhebung der **Stichprobe 1** fand im Zeitraum von März bis Juli 2006 in der Dermatologischen Klinik der Universitätsklinik in Padua, Oberitalien statt. Es wurden nur Patienten mit der gesicherten Diagnose Psoriasis in die Auswertung aufgenommen. Die Rekrutierung erfolgte zum einen in der dermatologischen Tagesklinik für Psoriasispatienten, zum anderen in der zweimal wöchentlich stattfindenden Sprechstunde für Psoriatiker. In beiden Fällen wurden die Patienten vor Austeilen der Fragebögen darüber informiert, um was für eine Art von Fragebögen es sich handelte und wie sie auszufüllen sind. Anschließend hatten die Patienten ca. 50 Minuten Zeit das Fragebogen-Set („Hautzufriedenheitsfragebogen“, MHF, HADS, TAS-20) zu bearbeiten. In der Tagesklinik konnten die Fragebögen während der Anwendungen und auf Station ausgefüllt werden. In der Sprechstunde nutzten die Patienten die Wartezeit, um die Bögen zu bearbeiten. Der verwertbare Rücklauf bei dieser Stichprobe belief sich auf 47,50%.

7.2.2.2 Untersuchungsablauf der Stichprobe 2

Bei der **Stichprobe 2** handelte es sich ausschließlich um Patienten mit einer nicht-entzündlichen Hauterkrankung. Diese wurden im Zeitraum von März 2006 bis Juli 2006 in der onkologischen und in der dermatologischen Klinik der Universität Padua befragt. In der onkologischen Klinik konnte die Befragung während der Sprechstunde für Melanompatienten durchgeführt werden. Hierbei handelte es sich ausschließlich um am malignen Melanom erkrankte Patienten. Weitere Befragungen fanden in der Naevuszellnaevus-Sprechstunde der dermatologischen Klinik statt. Bei all diesen Patienten war bereits ein oder mehrmals eine melanomverdächtige Hautveränderung aufgefallen und mit Hilfe eine Biopsie weiter abgeklärt worden. Hinzu kamen Patienten mit anderweitigen Hautneoplasien oder malignen Veränderungen der Haut aus beiden Sprechstunden. Das Prozedere entsprach auch hier in allen Gruppen dem bei Stichprobe 1 beschriebenen. Nach Aufklärung über Art, Zweck und Bearbeitungsweise der Fragebögen, konnten die Patienten während der Wartezeit das Set („Hautzufriedenheitsfragebogen“, MHF, HADS, TAS-20) in etwa 50 Minuten beantworten. Alle unvollständig ausgefüllten Fragebögen wurde nicht in die Auswertung aufgenommen. So belief sich der verwertbare Rücklauf auf 45,13%.

7.3 Messinstrumente

Als Instrumente zur psychometrischen Messung wurden vier verschiedene Fragebögen eingesetzt, die nachfolgend beschrieben werden sollen.

7.3.1 „Hautzufriedenheitsfragebogen“ (Hautzuf)

Der **Hautzuf** wurde 2003 von Kupfer et al. (58) in einer Pilotstudie entwickelt. Nun wurde er erstmals im Ausland (Italien) überprüft und validiert.

Einleitend werden im Hautzuf demographische Daten des Patienten erfragt, wie z. B.: Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft, Schulbildung, Beruf und eventuell vorhandene Hauterkrankungen. Im Anschluss wird der Patient mit 30 Fragen zur Hautzufriedenheit konfrontiert. Inhaltlich handelt es sich hierbei um Fragen zur Erfassung des persönlichen Umgangs und der eigenen Zufriedenheit mit der Haut. Eine Besonderheit des Hautzuf besteht darin, dass er sowohl bei Hautkranken als auch bei Hautgesunden eingesetzt werden kann.

Bei diesem Fragebogen entspricht jedem Item eine ausformulierte Aussage, welche vom Patienten auf das persönliche Zutreffen möglichst spontan eingeschätzt werden soll. Der Patient kann anhand einer Likert-Skala von 0-4 („trifft vollkommen zu“ bis „trifft gar nicht zu“) ankreuzen.

Für die in Padua durchgeführte Studie wurde die Endversion des Hautzuf mit insgesamt 30 Items, die in fünf Skalen aufgeteilt sind, verwendet:

Skala 1: Selbstberührung (6 Items): In dieser Skala wird das Ausmaß und die Bedeutung der Berührung durch sich selbst erfasst, Bsp.: „Ich berühre mich gerne selbst“.

Skala 2: Elterliche Berührung (6 Items): Diese Skala untersucht die Häufigkeit und Intensität der in der Kindheit erlebten elterlichen Berührung, Bsp.: „Meine Eltern haben oft mit mir geschmust“.

Skala 3: Partnerschaftliche Berührung (6 Items): In dieser Skala wird die Bedeutung der Berührung durch den Lebenspartner gemessen, Bsp.: „Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meinen Partner“.

Skala 4: Scham (6 Items): Diese Skala versucht das Empfinden und das eigene Erleben von Schamhaftigkeit in unterschiedlichen Lebenssituationen zu messen, Bsp.: „Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe“.

Skala 5: Ekel (6 Items): Hier wird das individuelle Auftreten von Ekelgefühlen und die Empfindlichkeit für Ekel in verschiedenen Situationen erfasst, Bsp.: „Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm“.

7.3.2 Marburger Hautfragebogen (MHF)

Der **MHF** ist ein Instrument zur spezifischen Erfassung der Krankheitsbewältigung bei chronischen Hauterkrankungen. Er wurde von Stangier, Gieler und Ehlers 1997 (118) entwickelt und mittlerweile auch in anderen Sprachräumen unter anderem auch dem Italienischen erfolgreich eingesetzt. Der MHF ist aufgeteilt in sechs Skalen mit insgesamt 51 Items. Er enthält Aussagen, die auf fünfstufigen Ratingskalen auf ihr Zutreffen eingeschätzt werden sollen. 1= überhaupt nicht zutreffend, 2= kaum zutreffend, 3= ziemlich zutreffend, 4= stark zutreffend, 5= sehr stark zutreffend. Die zufrieden stellende Validität und Reliabilität rechtfertigen die internationale klinische Anwendung dieses Fragebogens.

Skala 1: Soziale Ängste/Vermeidung (15 Items): Diese Skala bezieht sich auf die persönliche Erwartung des Hauterkrankten hinsichtlich der Reaktionen der Außenwelt auf dessen Stigmata. Insbesondere die dadurch entstehenden sozialen Ängste, das Gefühl der Abwertung und die daraus entstehende Vermeidung von sozialer Interaktion.

Skala 2: Juckreiz-Kratz-Zirkel (9 Items): Diese Skala dient der Erfassung des circulus vitiosus 'Juckreiz und Kratzen' und dem daraus resultierenden Kontrollverlust im eigenen Verhalten.

Skala 3: Hilflosigkeit (9 Items): In dieser Skala werden die emotionalen Aspekte der Krankheitsbewältigung erfasst, unter anderem das Erleben einer Kontroll- und Beeinflussungsunfähigkeit hinsichtlich des Krankheitsverlaufs und die Antizipation der Ausweitung der Erkrankung.

Skala 4: Ängstlich-depressive Stimmung (8 Items): Diese Skala misst allgemeine krankheitsunspezifische emotionale und körperliche Symptome, die im Rah-

men der emotionalen Anpassung an die Belastung durch die chronische Hauterkrankung auftreten.

Skala 5: Einschränkung der Lebensqualität (6 Items): Diese Skala bezieht sich auf die situativ auftretenden krankheitsbedingten Einschränkungen im Hinblick auf unterschiedliche Lebensbereiche wie z.B. Berufs- und Familienleben, soziale und finanzielle Belastungen, etc..

Skala 6: Informationssuche (4 Items): Inhalt dieser Skala ist die Verbesserung der aktiven Krankheitsbewältigung durch Bemühungen um Informationen, Hautpflege, Ernährung, Umgang mit Juckreiz und Kratzen. Im Zentrum steht die Erfassung von persönlicher Problemlösung durch eigene Motivation.

Desweiteren wird im Marburger Hautfragebogen erfragt wo die Hauterkrankung vor kommt: Gesicht, Hals, Hände, Arme, Rumpf oder Beine. Dies wird in der Auswertung mit 0= nicht vorhanden, 1= leicht, 2= schwer angegeben und geht als Summe in die Auswertung mit ein. In den im Ergebnisteil folgenden Tabellen sind dann hierfür Mittelwerte angegeben.

Ebenso werden Angaben zur Häufigkeit der Hospitalisationen, Ersterkrankungsalter und Dauer des Auftretens der Hauterkrankung in Monaten erfragt.

7.3.3 Toronto Alexithymie Skala-20 (TAS-20)

Bei psychosomatischen Hauterkrankungen nimmt der Umgang mit Gefühlen, insbesondere deren Wahrnehmung und Äußerung, eine herausragende Rolle ein. Das Unvermögen, die individuellen Empfindungen zu erkennen und zu äußern, beschreibt das Wort Alexithymie. Zur Messung dieses psychosomatischen Parameters wurde von Taylor et al. 1985 die erste TAS mit 26 Items entwickelt. 1992 (101) wurde die TAS-26 modifiziert und verbessert, woraus die **TAS-20** mit 20 Items entstand, welche weltweit zur Messung der Alexithymie mit großem Erfolg eingesetzt wird. Auch in Italien, unter anderem in einer Studie von De Gennaro et al. (29) fand die italienische Version des TAS-20 Anwendung.

Der Fragebogen besteht aus 20 ausformulierten Aussagen (Items), welche vom Patienten auf einer Ratingskala von 1 („trifft gar nicht zu“) bis 5 („trifft völlig zu“) nach eigenem Ermessen beurteilt werden sollen.

Die 20 Items sind wiederum eingeteilt in 3 Skalen:

Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation und Differenzierung von Gefühlen

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Skala 3: Extern orientierter Denkstil

7.3.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Die **HADS** ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität bei Patienten in somatisch-medizinischen Einrichtungen. Entwickelt wurde sie von Zigmont und Snaith 1983. Die deutschsprachige Fassung erschien erstmals 1995, herausgegeben von Hermann und Buss (117). Mittlerweile wurde die HADS in über 100 veröffentlichten internationalen Studien angewendet, so auch die italienische Version der HADS beispielsweise in Padova (Italien) in einer Studie von Parisi et al. (100).

Die HADS enthält 14 Items aufgeteilt in zwei Skalen mit je 7 Items. Der Patient kann aus einer vierstufigen Skala mit Punktwerten von 0-3 auswählen, welche nach Addition einen Punktebereich von 0-21 ergeben.

Die Angstskala: In dieser Skala werden allgemeine nicht körperliche Symptome der Angst, wie Nervosität, allgemeine Befürchtungen, Entspannungsdefizite ermittelt.

Die Depressionsskala: Inhalt dieser Skala ist die endogenomorphe Symptomatik der depressiven Episode mit den Schwerpunkten Antriebslosigkeit, Motivations- und Interessenverlust, Freudlosigkeit, Anhedonie.

7.4 Missing Data

Es gingen in allen Teilen der Untersuchung, sowohl in der studentischen Untersuchung als auch in der Patientenuntersuchung, ausschließlich Fragebögen in die statistische Auswertung ein, welche in allen Teilen des Fragebogen-Sets bestehend aus Hautzuf, MHF, HADS und TAS-20 absolut vollständig ausgefüllt waren. Alle unvollständig ausgefüllten Sets wurden in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt.

7.5 Statistische Auswertung

Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmsystem PASW 18 am Institut für Medizinische Psychologie (Gießen) durchgeführt. Entsprechend dem Messniveau wurden für die Darstellung der deskriptiven Ergebnisse Häufigkeitsverteilungen bestimmt und Mittelwerte mit entsprechenden Streuungsmaßen berechnet. Für die Überprüfung der Skalenstruktur wurden Hauptkomponenten-Analysen mit Varimax Rotation berechnet. Skalenreliabilitäten wurden mit dem Modul für Itemanalysen bestimmt. Bei der Überprüfung der Gruppenunterschiede kamen mehrfaktorielle Varianzanalysen zum Einsatz. Für die Bestimmung der Zusammenhänge zwischen den Skalenwerten und Außenvariablen wurden Korrelationen bestimmt.

8 ERGEBNISSE

8.1 Überblick

Der Ergebnisteil dieser Arbeit ist in drei unterschiedliche Abschnitte gegliedert, deren Aufbau im Folgenden beschrieben werden soll.

Im ersten Teil wird die **Überprüfung der italienischen Version des Hautzuf** dargestellt. Hier werden die Ergebnisse der Faktorenanalyse und der Reliabilitätsanalyse anhand der italienischen Studentenchprobe ausgewertet, sowie die Zusammenhänge der Skalen des Hautzuf zusammenfassend erläutert.

Der zweite Teil veranschaulicht die Ergebnisauswertungen der **italienischen Untersuchungsgruppen im Vergleich**. Hier werden zum einen die studentische Stichprobe mit der Patientenstichprobe, sowie die Patientenstichproben für sich (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung) miteinander verglichen und die signifikanten Unterschiede dargestellt.

Im letzten Teil werden Unterschiede der einzelnen Gruppen im **Vergleich Deutschland – Italien** zusammengefasst und beschrieben. Zum einen werden die Gruppen der Studenten aus Deutschland und Italien miteinander verglichen, zum anderen die Patienten mit entzündlichen Hauterkrankungen (Psoriatiker) aus beiden Ländern. Abschließend erfolgt die Betrachtung der Patienten- und Studentengruppen aus beiden Ländern im Vergleich.

8.2 Überprüfung der italienischen Version des Hautzuf

8.2.1 Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse wurde in Form einer Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, bei welcher eine erklärte Varianz von 56,65% ermittelt wurde.

Zusätzlich wurde eine rotierte Komponentenmatrix nach der Rotationsmethode Varimax erstellt. Diese konnte zeigen, dass die Items in der italienischen Version genauso wie in der deutschen zu den fünf gleichen Skalen zuordenbar waren und sich somit die Skalenstruktur in den beiden Versionen nicht unterschied.

Nebenladungen traten in drei Fällen auf: Zum einen lud Item 7 („Es gibt öfter Menschen, die ich sehr ungepflegt und abstoßend finde“) in der Skala 5 („Ekel“) (Hauptladung: 0,59) und in Skala 3 („partnerschaftliche Berührung“) (Nebenladung: 0,43). Zum anderen lud Item 13 („Eine zärtliche Berührung wirkt bei mir lange nach“) in Skala 3 („partnerschaftliche Berührung“) (Hauptladung: 0,43) und in Skala 1 („Selbstberührung“) (Nebenladung: 0,35). Außerdem lud Item 25 („Mit meinen Eltern habe ich als Kind viel gerangelt und rumgetobt“) in Skala 2 („elterliche Berührung“) (Hauptladung: 0,46) und in Skala 3 („partnerschaftliche Berührung“) (Nebenladung 0,36). Die genauen Ergebnisse sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Ergebnisse der rotierten Komponentenmatrix (Ladung der einzelnen Items auf die fünf Komponenten)

Item	<u>Skala 1:</u> Selbstber.	<u>Skala 2:</u> Elterl. Ber.	<u>Skala 3:</u> Partn. Ber.	<u>Skala 4:</u> Scham	<u>Skala 5:</u> Ekel
1	0,75				
4	0,72				
5	0,74				
8	0,76				
9	0,72				
10	0,84				
6		0,64			
11		0,74			
12		0,83			
14		0,77			
25		0,46	0,36*		
26		0,76			
13	0,35*		0,43		
20			0,66		
21			0,75		
22			0,57		
29			0,71		
30			0,63		
18				0,69	
19				0,65	
23				0,51	
24				0,85	
27				0,45	
28				0,85	
2					0,55
3					0,64
7			0,43*		0,59
15					0,63
16					0,76
17					0,60

* = Nebenladungen; Selbstber. = Selbstberührung; Elterl. Ber. = Elterliche Berührung; Partn. Ber. = Partnerberührung

8.2.2 Reliabilität

Um die Zuverlässigkeit der psychometrischen Messung mit der italienischen Version des Hautzufs zu beurteilen, wurde eine Reliabilitätsanalyse angefertigt. Hierbei wurde zur Ermittlung der inneren Konsistenz der untersuchten Items das Cronbach's α sowie die Split-half-Methode von Spearman-Brown herangezogen. Außerdem wurde die mittlere Trennschärfe bestimmt, um die Repräsentativität der einzelnen Items im Vergleich zum Gesamtergebnis darzustellen.

Das Cronbach's α lag für alle Skalen über 0,7 und spricht somit für eine gute innere Konsistenz der Skalen 1-5. Hervorzuheben ist insbesondere Skala 1 („Selbstberührung“) bei der ein relativ hohes Cronbach's α von 0,87 erzielt wurde. Außerdem auffallend ist die Skala 5 („Ekel“), bei der das Cronbach's α 0,75 betrug, was somit den niedrigsten Wert darstellte.

Bei der Spearman-Brown Split-half-Methode wurden ebenfalls Werte über 0,7 ermittelt. Dies spricht für ein gutes Maß an Zuverlässigkeit der einzelnen Skalen. Die einzige Ausnahme stellte die Skala 5 („Ekel“) dar, bei der nur ein Wert von 0,69 errechnet wurde. In der Skala 1 („Selbstberührung“) lag der höchste Wert bei 0,90.

Die Trennschärfe lag in fast allen Skalen über 0,5, was für ein hohes Maß an Trennschärfe spricht. Der einzige niedrigere Wert von 0,49 lag in Skala 5 („Ekel“). Die höchste Trennschärfe mit einem Wert von 0,67 lag in Skala 1 („Selbstberührung“). Insgesamt kann aber von einer hohen Trennschärfe und somit hohen Repräsentativität der Items gesprochen werden.

Im Einzelnen stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar (Tabelle2):

Tabelle 2: Reliabilitätsanalyse für die Skalen des Hautzuf an der italienischen Stichprobe

Skala	MW	SD	N	MW/N	r	α	ris _{korrr}
Selbstber.	13,33	5,32	6	2,22	0,90	0,87	0,67
Elterlber.	14,89	4,81	6	2,48	0,79	0,80	0,57
Partnerber.	17,14	4,60	6	2,86	0,73	0,79	0,54
Scham	14,21	5,54	6	2,37	0,74	0,81	0,57
Ekel	13,48	5,15	6	2,25	0,69	0,75	0,49

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Itemanzahl; r = Reliabilität (Spearman-Brown split-half); α = interne Konsistenz (Cronbach's Alpha); ris (korrr) = mittlere korrigierte Trennschärfe; Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

8.2.3 Korrelationen der italienischen Studentenchprobe für die Skalen des Hautzuf

Für die Untersuchung der italienischen Studentenchprobe wurden die Zusammenhänge der einzelnen Skalen miteinander anhand einer Korrelation errechnet.

Bei dieser Untersuchung fielen einige inhaltlich bedeutsame Korrelationen auf.

Die „Selbstberührung“ wurde von den italienischen Studenten hoch in Zusammenhang mit „partnerschaftlicher Berührung“ und „elterlicher Berührung“ gebracht. Hinsichtlich der „Schamgefühle“ wurden hohe Korrelationen mit „Partnerberührung“ und „Ekel“ beobachtet. „Ekel“ korrelierte zudem recht hoch mit „elterliche Berührung“ und „Partnerberührung“. Außerdem korrelierte auf inhaltlicher Ebene eher weniger ausschlaggebend die „elterliche Berührung“ recht hoch mit der „Partnerberührung“ und der „Selbstberührung“.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Korrelationen der italienischen Studentenchprobe: Hautzuf-Skalen:

	Elterlber.	Partnerber.	Ekel	Scham
Selbstber.	0,25**	0,37**		
Elterlber.		0,17*	0,18*	
Partnerber.			0,24**	0,42***
Ekel				0,35***

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

*** → $p < 0,001$

8.2.4 Korrelation der italienischen Patientenstichprobe krankheitsspezifische Angaben/Hautzuf-Skalen

Für die italienischen Patientenstichproben insgesamt wurde eine Korrelation mit den Skalen des Hautzuf erstellt.

Danach bewerten die die italienischen Patienten mit zunehmendem Alter die „Selbstberührung“, die „elterliche Berührung“ und die „Partnerberührung“ immer negativer. Die „Selbstberührung“ wird eher negativ eingeschätzt, wenn die Ausdehnung der erkrankten Hautareale besonders groß ist. Das Ekelgefühl nimmt ab, je mehr Areale der Haut von der Erkrankung betroffen sind.

Die statistisch signifikanten Ergebnisse dieser Korrelation sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Korrelationen der italienischen Patientenstichprobe: Krankheitsspezifische Angaben/Hautzufskalen

Skala	Erkrankungsdauer	Alter	Ausdehnung der Hautläsionen
Selbstberührung		-0,42***	-0,25**
Elterberührung		-0,21*	
Partnerberührung		-0,29**	
Scham			
Ekel			-0,18*

Selbstber. = Selbstberührung; Elterberührung = Elterliche Berührung

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

*** → $p < 0,001$

8.3 Vergleich der italienischen Patienten- und Studentenstichprobe

Um die Vergleichbarkeit der beiden hinsichtlich Alter und Geschlecht sehr unähnlichen Gruppen zu überprüfen, wurde ein T-Test für die Variable Alter und ein Chi²-Test für die Variable Geschlecht durchgeführt. Für die Variable Alter wurde ein T-Wert von 15,875 mit einer Signifikanz von 0,000 errechnet. Der Chi²-Test ermittelte für das Geschlecht einen Wert von 16,86 mit einer asymptotischen Signifikanz von 0,000. Weitere Ergebnisse siehe Tabelle 5.

Tabelle 5: Geschlechterverteilung der italienischen Patienten- und Studentenstichprobe

	Männlich	Weiblich
Patienten: Anzahl	60	48
Studenten: Anzahl	32	81

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Stichproben wurde das Geschlecht als unabhängige Variable und das Alter als Kovariate in den weiteren Analysen berücksichtigt. Diese Maßnahme war notwendig, da sich beide Gruppen enorm im Alter unterscheiden. Die italienische Studentenstichprobe hatte einen Altersdurchschnitt von 23,23 Jahren, wohingegen die italienische Patientengruppe im Durchschnitt ein Alter von 50,0 Jahren hatte. Außerdem war die Altersstreuung in beiden Gruppen verschieden. Die studentische Gruppe lag im Alter zwischen 21 und 28 Jahren. Die Patientenstichprobe schwankte im Alter zwischen 14 und 95 Jahren.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse unter Berücksichtigung der Kovariate Alter der italienischen Patienten- und Studentenstichprobe zeigten teilweise signifikante Unterschiede der einzelnen Skalenwerte.

Für die Skala „Selbstberührung“ konnten sowohl beim Vergleich der Geschlechter untereinander als auch im Gruppenvergleich und der Interaktion beider Variablen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Hinsichtlich der „elterlichen Berührung“ zeigte sich eine Tendenz dahingehend, dass die weiblichen Probanden beider Gruppen diesen Faktor etwas positiver einschätzten als die Männer.

Die „partnerschaftliche Berührung“ bewerteten insgesamt alle Frauen deutlich positiver als die Männer. Beim Vergleich der Gruppen untereinander zeigten sich keine signifikanten Unterscheidungen.

Hinsichtlich des „Schamempfindens“ traten hoch signifikante Ergebnisse auf. Beim Vergleich der Angaben der Geschlechter, konnte festgestellt werden, dass die Frauen in beiden Gruppen diesen Faktor signifikant höher bewerteten als die männlichen Probanden. Außerdem fiel auf, dass die Interaktion der Variablen Gruppe und Geschlecht ebenfalls signifikante Unterschiede in der Bewertung dieses Faktors ergab.

Die Einschätzung der Variable „Ekel“ fiel in den beiden Gruppen tendenziell unterschiedlich aus, d.h. die Gruppe der Patienten gab eine etwas höhere „Ekelempfindlichkeit“ an als die Studenten. Auf die Geschlechter bezogen war die „Ekelempfindlichkeit“ in beiden Gruppen vor allem unter den Frauen sehr hoch. Auffallend war außerdem der Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und Gruppe. Hier waren die männlichen Studenten besonders wenig empfindlich für „Ekel“.

Die genauen Daten sind in Tabelle 6 und 7 dargestellt.

Tabelle 6: Skalenmittelwerte des Hautzuf in Abhängigkeit von Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit (Patienten - Studenten)

Skala	Pat _♂ (n = 60): MW ± SD	Pat _♀ (n = 48): MW ± SD	Stu _♂ (n = 32): MW ± SD	Stu _♀ (n = 81): MW ± SD
Selbstber.	1,46 ± 0,10	1,86 ± 1,32	2,25 ± 0,90	2,21 ± 0,89
Elterlber.	1,84 ± 0,80	2,02 ± 0,94	2,24 ± 0,85	2,58 ± 0,77
Partnerber.	2,24 ± 0,75	2,39 ± 1,10	2,52 ± 0,90	2,99 ± 0,67
Scham	1,83 ± 0,97	2,36 ± 1,04	1,55 ± 0,87	2,70 ± 0,73
Ekel	2,45 ± 0,76	2,53 ± 0,94	1,76 ± 0,88	2,44 ± 0,77

Pat = Patienten; Stu = Studenten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

Tabelle 7: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit

Skala	HE: Geschlecht	HE: Gruppe	Interaktion	Alter _{Kovariate}
Selbstber.	0,26	0,33	0,71	22,22***
Elterlber.	3,41 ⁺	1,71	0,94	4,42*
Partnerber.	4,38*	0,05	3,70 ⁺	10,80***
Scham	40,15***	0,51	6,62*	1,40
Ekel	11,01***	3,41 ⁺	5,68*	0,40

HE = Haupteffekt

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

⁺ → $p < 0,10$

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

*** → $p < 0,001$

8.4 Vergleich der italienischen Patientengruppen: entzündliche und nicht entzündliche Hauterkrankung

8.4.1 Auswertung der Geschlechter- und Alterszusammensetzung

Bei der Untersuchung der italienischen Patientenstichproben wurde um die Vergleichbarkeit zu prüfen zunächst für die Variable Geschlecht ein χ^2 -Test durchgeführt mit einem Wert für χ^2 von 4,280 mit einer asymptotischen Signifikanz von 0,039. Bezüglich des Alters unterschieden sich die beiden Gruppen nicht wesentlich (Patienten mit entzündlicher Hauterkrankung: Durchschnittsalter: 51,26, Patienten mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung: Durchschnittsalter: 48,59). Daher wurde das Alter als Kovariate in dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Die Verteilung ist Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Geschlechterverteilung der italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung)

	Männlich	Weiblich
Patienten (entzündlich): Anzahl	37	20
Patienten (nicht-entzündlich): Anzahl	23	28

8.4.2 Auswertung der krankheitsspezifischen Angaben

Die krankheitsspezifischen Angaben wie Lokalisation der Hauterkrankung, Erkrankungsdauer und Anzahl der stationären Aufenthalte sowie die vom Patienten vermutete Erkrankungsursache („Genetik“, „Psychische Belastung“ oder „Umwelt“), wurden ebenfalls zwischen den beiden beschriebenen Patientengruppen verglichen.

8.4.2.1 Lokalisation der Hautläsionen

Beim Vergleich der Lokalisation der Hautläsionen konnte festgestellt werden, dass die Patienten mit einer nicht entzündlichen Hauterkrankung an weniger Körperstellen betroffen waren als die Vergleichsgruppe. Dies war aufgrund der ausgewählten Krankheitsbilder auch nicht anders zu erwarten. Zur Einsicht der Ergebnisse siehe Tabelle 9.

Tabelle 9: Vergleich der Lokalisation der Hautläsionen bei den beiden italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankungen)

Lokalisation der Hauterkrankung	Pat (entzündlich) (n = 57) MW ± SD	Pat (nicht-entzündlich) (n = 51) MW ± SD	T-Test	Signifikanz
Gesicht	0,32 ± 0,60	0,35 ± 0,56	- 0,33	n.s.
Hals	0,19 ± 0,52	0,18 ± 0,39	0,19	n.s.
Hand	0,58 ± 0,68	0,14 ± 0,35	4,31	0,000
Arm	0,91 ± 0,61	0,29 ± 0,54	5,61	0,000
Rumpf	0,79 ± 0,75	0,55 ± 0,54	1,93	0,057
Bein	0,98 ± 0,69	0,22 ± 0,42	7,24	0,000

Pat = Patienten MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

8.4.2.2 Stationäre Aufenthalte und Erkrankungsdauer

Die stationären Aufenthalte betreffend unterschieden sich die beiden Gruppen dahingehend, dass die Patienten aus der Psoriatikergruppe, also die Patienten mit einer entzündlichen Hauterkrankung mit hoher Signifikanz öfter stationär im Krankenhaus aufgenommen worden waren. Für die Erkrankungsdauer ergaben sich ähnlich hoch signifikante Unterscheidungen. Die Patienten mit entzündlichen Hauterkrankungen waren auch hier schon seit längerer Zeit von ihrer Erkrankung betroffen. Die Ergebnisse dieses Vergleichs sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Vergleich der italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankungen) bezüglich Erkrankungsdauer und stationäre Aufenthalte

	Pat (entzündlich) (n = 57) MW ± SD	Pat (nicht-entzündlich) (n = 51) MW ± SD	T-Test	Signifikanz
Stationäre Aufenthalte	1,61 ± 2,33	0,27 ± 0,64	4,11	0,000
Erkrankungsdauer	18,59 ± 12,69	8,17 ± 9,82	4,80	0,000

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

8.4.2.3 Persönliche Einschätzung der Erkrankungsursache

Die Krankheitsursache wurde von den beiden untersuchten Patientengruppen hinsichtlich Genetik und Umwelt als ursächliche Faktoren ohne signifikante Unterschiede ähnlich eingeschätzt. Lediglich bei der Annahme psychischer Faktoren als krankheitsverursachend gaben die Patienten mit einer entzündlichen Hauterkrankung signifikant höhere Werte an. Eine Auflistung der Werte ist in Tabelle 11 zu finden.

Tabelle 11: Vergleich der italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankungen) hinsichtlich der persönlichen Beurteilung der Krankheitsursache

Erkrankungs- ursache	Pat (entzündlich) (n = 57) MW ± SD	Pat (nicht- entzündlich) (n = 51) MW ± SD	T-Test	Signifikanz
Genetik	2,46 ± 1,52	2,10 ± 1,43	1,26	0,000
Psychische Be- lastung	3,40 ± 1,40	1,55 ± 1,05	7,85	0,000
Umwelt	2,28 ± 1,28	2,04 ± 1,30	0,97	0,000

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

8.4.3 Auswertung des Hautzuf für die italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht entzündliche Hauterkrankung)

Bei der Auswertung des Hautzuf für die italienischen Patientengruppen im Vergleich (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung) konnten einige signifikanten Unterschiede beobachtet werden.

Die Bewertung der „Selbstberührung“ fiel in der Gruppe der Patienten mit einer entzündlichen Hauterkrankung, also den Psoriatikern, signifikant niedriger aus als in der Gruppe der Patienten mit nicht entzündlichen Hauterkrankungen. Hinsichtlich der Geschlechter war ein geringer Unterschied festzustellen, wobei hier die weiblichen Patienten in beiden Gruppen die „Selbstberührung“ tendenziell etwas höher bewerteten, was vor allem in der Gruppe der nicht entzündlichen Erkrankungsbilder beobachtet werden konnte.

In den Skalen „Partnerberührung“, „elterliche Berührung“ und „Ekel“ konnten in keiner der untersuchten Gesichtspunkte signifikante Unterscheidungen festgestellt werden.

Lediglich bei der Analyse des „Schamempfindens“ unterschieden sich wieder die beiden Geschlechter mit hoher Signifikanz. Hier gaben insgesamt die Frauen eine weitaus höhere Bewertung des Schamgefühls an.

Eine Auflistung der Ergebnisse ist in Tabelle 12 und 13 dargestellt.

Tabelle 12: Skalenmittelwerte des Hautzuf in Abhängigkeit von Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	Pat _♂ entzündlich (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ entzündlich (n = 20): MW ± SD	Pat _♂ nicht- entzündlich (n = 23): MW ± SD	Pat _♀ nicht- entzündlich (n = 28): MW ± SD
Selbstber.	1,41 ± 1,04	1,43 ± 1,41	1,53 ± 0,93	2,17 ± 1,18
Elterlber.	1,71 ± 0,83	1,92 ± 0,93	2,04 ± 0,72	2,10 ± 0,96
Partnerber.	2,22 ± 0,70	2,38 ± 1,05	2,28 ± 0,85	2,39 ± 1,15
Scham	1,76 ± 1,05	2,58 ± 1,08	1,94 ± 0,84	2,21 ± 1,01
Ekel	2,40 ± 0,74	2,46 ± 0,10	2,53 ± 0,79	2,59 ± 0,91

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

Tabelle 13: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	HE: Hauterkrankung	HE: Geschlecht	Interaktion
Selbstber.	3,61*	2,17	1,88
Elterlber.	2,16	0,59	0,18
Partnerber.	0,04	0,55	0,02
Scham	0,21	7,46**	1,93
Ekel	0,62	0,13	0,00

HE = Haupteffekt

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

* → p < 0,10; * → p < 0,05; ** → p < 0,01; *** → p < 0,001

8.4.4 Korrelation der Patientenstichprobe mit entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf-Skalen/krankheitsspezifische Angaben

Für die Patienten mit entzündlichen Hauterkrankungen wurde nochmals gesondert eine Korrelation mit den Hautzuf-Skalen erstellt.

Dabei konnten statistisch signifikante sowie inhaltlich bedeutsame Zusammenhänge ermittelt werden ($> \pm 0,2$). So empfinden vor allem die Patienten die Berührung durch den Lebenspartner angenehm, die noch nicht so lange an ihrer Hauterkrankung leiden. Die „Selbstberührung“ wird von den Patienten umso positiver empfunden, je mehr Areale der Haut von den Läsionen betroffen sind. Außerdem schätzen die Patienten die Berührung durch die Eltern retrospektiv umso positiver ein, je mehr stationäre Aufenthalte mitgemacht worden sind. In Tabelle 14 sind die signifikanten Korrelationen aufgelistet.

Tabelle 14: Korrelationen der Patientenstichprobe mit entzündlicher Hauterkrankung: Hautzuf-Skalen/krankheitsspezifische Angaben

Skala	Erkrankungsdauer	Stationäre Aufenthalte	Ausdehnung der Hautläsionen
Selbstberührung			0,29*
Elterliche Berührung		0,27*	
Partnerberührung	-0,24*		
Scham			
Ekel			

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

8.4.5 Korrelation der Patientenstichprobe mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf-Skalen/krankheitsspezifischen Angaben

Auch für die Gruppe der nicht-entzündlichen Hauterkrankungen wurden die krankheitsspezifischen Angaben mit den Skalen des Hautzuf korreliert.

In dieser Gruppe war nur eine Korrelation signifikant ($> \pm 0,2$). Die Patienten, die aufgrund ihrer Hauterkrankung oft stationär im Krankenhaus gewesen waren, bewerteten die „Selbstberührung“ als besonders unangenehm. Siehe Tabelle 15.

Tabelle 15: Korrelationen der Patientenstichprobe mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung: krankheitsspezifische Angaben/Hautzuf-Skalen

Skala	Erkrankungsdauer	Stationäre Aufenthalte	Ausdehnung der Hautläsionen
Selbstberührung		-0,26*	
Elterberührung			
Partnerberührung			
Scham			
Ekel			

Selbstber. = Selbstberührung; Elterberührung = Elterliche Berührung

* $\rightarrow p < 0,05$

** $\rightarrow p < 0,01$

8.4.6 Korrelationen der Patientenstichprobe mit entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf-Skalen/MHF, TAS-20, HADS

Um weitere Zusammenhänge in der Patientengruppe mit entzündlichen Hauterkrankungen zu ermitteln wurden die Angaben der Patienten für die Skalen des Hautzuf mit den Daten der Skalen des MHFs, der TAS-20 und des HADS korreliert. Dabei fielen einige Ergebnisse hoch signifikant und inhaltlich relevant ($> \pm 0,2$) aus.

So geben die Patienten, die ein ausgeprägtes „Schamgefühl“ aufweisen, ebenfalls große „soziale Ängste und Vermeidungsverhalten“ (MHF1) an. Auch der „Juckreiz-Kratzzirkel“ (MHF2) wird von diesen Patienten sehr hoch bewertet. Außerdem treten in dieser Gruppe große „Hilflosigkeit“ (MHF3) gegenüber der eigenen Erkrankung sowie eine ausgeprägte „Ängstlichkeit und depressive Stimmung“ (MHF4) sowie „Einschränkung der Lebensqualität“ (MHF5) auf. Des Weiteren fielen bei den Patienten mit erhöhtem „Schamgefühl“ insbesondere „Schwierigkeiten bei der Identifizierung, Differenzierung und Beschreibung von Gefühlen“ (TAS1 und TAS2) auf. Die „klinisch relevante Angst und Depressivität“ (HADS) tritt unter diesen Patienten ebenfalls vermehrt auf.

Weitere signifikante Korrelationen konnten unter den Patienten, die eine große „Einschränkung der Lebensqualität“ (MHF5) empfinden, beobachtet werden. Je stärker die „Einschränkung der Lebensqualität“ (MHF5) durch die Erkrankung empfunden wird, desto positiver wird die „elterliche und partnerschaftliche Berührung“ eingeschätzt.

Außerdem fiel auf, dass mit stärkerer Ausprägung des „extern orientierten Denkstils“ (TAS3) das positive Empfinden der „Berührung durch den Partner“ sinkt bzw. eher als unangenehm empfunden wird. Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Korrelationen der Patientenstichprobe mit entzündlicher Hauterkrankung:
Hautzuf-Skalen/Skalen MHF, TAS-20, HADS

Skala	Selbst-Berührung	Elterliche Berührung	Partner-Berührung	Scham	Ekel
MHF1				0,42**	
MHF2				0,35**	
MHF3				0,38**	
MHF4				0,49**	
MHF5		0,22*	0,25*	0,39**	
MHF6					
TAS1				0,42**	
TAS2				0,33**	
TAS3			-0,35**		
TASg				0,37**	
HADS: Angst				0,52**	
HADS: Depressivität				0,40**	

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung;

MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel;

MHF3 = Hilflosigkeit

MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung

MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität

MHF6 = Informationssuche

TAS1 = Schwierigkeiten bei der Identifikation und Differenzierung von Gefühlen

TAS2 = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

TAS3 = Extern orientierter Denkstil

TASg = alle Skalen insgesamt

8.4.7 Korrelationen der Patientenstichprobe mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung für Hautzuf-Skalen/MHF, TAS-20, HADS

Die Zusammenhänge der Hautzuf-Skalen mit den Skalen des MHF, der TAS-20 und der HADS wurden für die Patienten mit nicht entzündlicher Hauterkrankung ebenfalls ermittelt. Auch hier traten einige signifikante sowie inhaltlich bedeutsame Korrelationen ($> \pm 0,2$) auf.

Patienten, die größere „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (TAS2) angeben, schätzen sowohl die „elterliche“ als auch die „partnerschaftliche Berührung“ eher als unangenehm ein, haben ausgeprägtes „Schamempfinden“ und zeigen eine hohe „Ekelempfindlichkeit“.

Die „partnerschaftliche Berührung“ wird umso negativer empfunden, je stärker der „extern orientierte Denkstil“ (TAS3) ausgeprägt ist. Sie wird ebenfalls umso negativer eingeschätzt, je stärker ausgeprägt die „klinisch relevant Depressivität“ (HADS) ist. Je größer hingegen die „klinisch relevante Angst“ (HADS) ist, umso positiver wird die „Berührung durch den Partner“ wahrgenommen.

Außerdem korreliert die klinisch „relevante Angst“ (HADS) hoch signifikant mit dem „Schamempfinden“.

Insgesamt ist das „Ekelempfinden“ bei der untersuchten Stichprobe umso deutlicher ausgeprägt, je größer die „Schwierigkeiten beim Identifizieren, Differenzieren und Beschreiben von Gefühlen“ (TAS1 und TAS2), oder je stärker die Ausprägung des „extern orientierten Denkstils“ (TAS3) und je tiefgreifender die „klinisch relevante Depressivität“ (HADS) ist. Die Korrelationen sind in Tabelle 17 aufgeführt.

Tabelle 17: Korrelationen der Patientenstichprobe mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung“: Hautzufskalen/Skalen MHF, TAS-20, HADS

	Selbst-Berührung	Elterliche Berührung	Partner-Berührung	Scham	Ekel
MHF1					
MHF2					
MHF3					
MHF4					
MHF5					
MHF6					
TAS1					0,24*
TAS2		-0,24*	-0,25*	0,24*	0,34**
TAS3			-0,32*		0,49**
TASg					0,44*
HADS: Angst			0,25*	0,37**	
HADS: Depressivität			-0,24*		0,30*

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung;

MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel;

MHF3 = Hilflosigkeit

MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung

MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität

MHF6 = Informationssuche

TAS1 = Schwierigkeiten bei der Identifikation und Differenzierung von Gefühlen

TAS2 = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

TAS3 = Extern orientierter Denkstil

TASg = alle Skalen insgesamt

8.4.8 Unterschiede zwischen den Patienten mit entzündlicher und nicht-entzündlicher Hauterkrankung in den weiteren Fragebögen

8.4.8.1 Auswertung des MHF für die italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung)

Zur Erfassung der Krankheitsbewältigung bezogen auf die Erkrankungsbilder in den beiden Stichproben wurde der „Marburger Hautfragebogen“ angewendet.

Die Ergebnisse fielen beim Vergleich der beiden Erkrankungen (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung) hoch signifikant unterschiedlich aus. Insgesamt ließen sich bei der Gruppe der entzündlichen Hauterkrankungen in allen Skalen des MHF hoch signifikant höhere Ergebnisse ablesen.

Die Patienten mit einer entzündlichen Hauterkrankung wiesen deutlich mehr „soziale Ängste und Vermeidungsverhalten“ (MHF1), sowie „Hilflosigkeit“ (MHF3) auf. Im „Juckreiz-Kratz-Zirkel“ (MHF2) gaben die Patienten mit entzündlicher Hauterkrankung ebenfalls signifikant höhere Werte an. Außerdem wurde in dieser Gruppe ein höheres Maß an „Ängstlichkeit und depressiver Stimmung“ (MHF4) beklagt. Genauso waren auch die „Einschränkung der Lebensqualität“ (MHF5) und die „Suche nach Informationen über die eigene Erkrankung“ (MHF6) in dieser Gruppe höher eingeschätzt.

Weder im Geschlechtervergleich noch bei der Interaktion der Hauterkrankung mit dem Geschlecht konnten signifikante Werte gemessen werden. In Tabelle 18 und 19 sind die Ergebnisse dieser Auswertung zusammengefasst.

Tabelle 18: Skalenmittelwerte des MHF in Abhängigkeit von Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	Pat _♂ entzündlich (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ entzündlich (n = 20): MW ± SD	Pat _♂ nicht- entzündlich (n = 23): MW ± SD	Pat _♀ nicht- entzündlich (n = 28): MW ± SD
MHF1	2,48 ± 1,10	2,63 ± 1,22	1,49 ± 0,61	1,54 ± 0,44
MHF2	2,27 ± 0,97	2,31 ± 0,86	1,41 ± 0,48	1,39 ± 0,54
MHF3	2,62 ± 0,99	2,88 ± 0,98	1,82 ± 0,71	2,04 ± 0,64
MHF4	2,56 ± 1,08	2,97 ± 1,17	1,84 ± 0,93	2,00 ± 0,87
MHF5	2,21 ± 0,10	2,48 ± 0,93	1,49 ± 0,58	1,55 ± 0,60
MHF6	3,24 ± 0,72	3,28 ± 0,71	2,51 ± 1,01	3,08 ± 0,72

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung; MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel; MHF3 = Hilflosigkeit; MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung; MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität; MHF6 = Informationssuche

Tabelle 19: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	HE: Hauterkrankung	HE: Geschlecht	Interaktion
MHF1	33,53***	0,31	0,08
MHF2	34,54***	0,01	0,03
MHF3	23,76***	2,06	0,01
MHF4	17,67***	1,10	0,37
MHF5	25,89***	1,08	0,38
MHF6	8,77**	3,83	2,92

+ → p < 0,10

* → p < 0,05

** → p < 0,01

*** → p < 0,001

HE = Haupteffekt; MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung; MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel; MHF3 = Hilflosigkeit; MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung; MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität; MHF6 = Informationssuche

8.4.8.2 Auswertung der TAS-20 für die italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung)

Alle Patienten wurden mit der „Toronto-Alexithymie-Skala-20“ untersucht, um die kognitive Verarbeitungs- und Verbalisierungsfähigkeit emotionaler Vorgänge zu messen. Anschließend erfolgte die Auswertung im Gruppenvergleich (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung) und im Geschlechtervergleich.

Bei sonst ähnlichen Ergebnissen für beide Gruppen trat ein signifikanter Unterschied beim Vergleich der Gruppen bezüglich ihrer Hauterkrankung auf. So fielen bei den Patienten mit entzündlicher Hauterkrankung „Schwierigkeiten bei der Identifikation und Differenzierung von Gefühlen“ (TAS1) auf, was bei den Patienten mit nicht-entzündlicher Hauterkrankung weniger der Fall war.

Im Geschlechtervergleich ergab sich ebenfalls eine hochsignifikante Unterscheidung bezüglich der Skala „extern orientierter Denkstil“ (TAS3). Hier fielen die männlichen Probanden beider Gruppen durch sehr viel höhere Werte auf.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 20 und 21.

Tabelle 20: Skalenmittelwerte der TAS-20 in Abhängigkeit von Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	Pat _♂ entzündlich (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ entzündlich (n = 20): MW ± SD	Pat _♂ nicht- entzündlich (n = 23): MW ± SD	Pat _♀ nicht- entzündlich (n = 28): MW ± SD
TAS1	2,64 ± 0,91	3,10 ± 1,10	2,24 ± 0,83	2,34 ± 0,97
TAS2	2,97 ± 0,77	3,02 ± 0,97	2,96 ± 0,77	2,73 ± 0,94
TAS3	2,64 ± 0,53	2,46 ± 0,57	2,63 ± 0,69	2,30 ± 0,78
TASg	2,72 ± 0,58	2,83 ± 0,69	2,57 ± 0,69	2,44 ± 0,74

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

TAS1 = Schwierigkeiten bei der Identifikation und Differenzierung von Gefühlen

TAS2 = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

TAS3 = Extern orientierter Denkstil

TASg = alle Skalen insgesamt

Tabelle 21: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen
Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	HE: Hauterkrankung	HE: Geschlecht	Interaktion
TAS1	9,21**	2,66	0,72
TAS2	0,80	0,27	0,69
TAS3	0,38	3,94*	0,30
TASg	4,28*	0,02	0,84

+ → $p < 0,10$

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

*** → $p < 0,001$

HE = Haupteffekt

TAS1 = Schwierigkeiten bei der Identifikation und Differenzierung von Gefühlen

TAS2 = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

TAS3 = Extern orientierter Denkstil

TASg = alle Skalen insgesamt

8.4.8.3 Auswertung der HADS für die italienischen Patientenstichproben (entzündliche und nicht-entzündliche Hauterkrankung)

Die Messung der klinisch relevanten Angst und Depressivität erfolgte mit der „Hospital Anxiety and Depression Scale“. Die Ergebnisse wurden auch hier im Geschlechter- und Erkrankungsgruppenvergleich ausgewertet.

Die weiblichen Patienten aus beiden Gruppen gaben in dieser Untersuchung eine signifikant höhere „Ängstlichkeit“ an. Unterschiede hinsichtlich der Angst im Vergleich der Hauterkrankungen konnten nicht festgestellt werden.

Für die „Depressivität“ ließen sich mit signifikant hohem Unterschied in der Gruppe der entzündlichen Hauterkrankungen höhere Werte beobachten. Tabelle 22 und 23 geben diese Ergebnisse wieder.

Tabelle 22: Skalenmittelwerte der HADS in Abhängigkeit von Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	Pat _♂ entzündlich (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ entzündlich (n = 20): MW ± SD	Pat _♂ nicht- entzündlich (n = 23): MW ± SD	Pat _♀ nicht- entzündlich (n = 28): MW ± SD
Angst	7,00 ± 4,14	9,80 ± 5,02	5,87 ± 4,19	8,21 ± 3,80
Depressivität	6,45 ± 3,93	7,05 ± 3,56	4,52 ± 3,43	5,14 ± 3,26

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 23: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen Hauterkrankung und Geschlecht

Skala	HE: Hauterkrankung	HE: Geschlecht	Interaktion
Angst	2,62	9,41**	0,07
Depressivität	8,06**	0,52	0,02

HE = Haupteffekt

⁺ → p < 0,10

^{*} → p < 0,05

^{**} → p < 0,01

^{***} → p < 0,001

8.5 Vergleich der italienischen und deutschen studentischen Stichprobe

8.5.1 Varianzanalyse

Um mögliche kulturelle Einflüsse auf die Hautzuf-Skalen zu untersuchen, wurde eine Varianzanalyse anhand der Daten der studentischen Untersuchungsgruppen aus Italien und Deutschland durchgeführt. Hierbei konnten signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Skalenwerten beobachtet werden.

Für die Skala „Selbstberührung“ konnten sowohl beim Vergleich der Geschlechter untereinander als auch beim Herkunftsland und der Interaktion beider Variablen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Hinsichtlich der „elterlichen Berührung“ zeigten sich schwach signifikante Unterschiede. Im Ländervergleich schienen die Italiener die „elterliche Berührung“ etwas negativer einzuschätzen als die deutsche Vergleichsgruppe. Beim Geschlechtervergleich war auffällig, dass die Männer diesen Faktor insgesamt ebenfalls negativer einschätzten als die weiblichen Probanden.

Die „partnerschaftliche Berührung“ bewerteten alle Frauen deutlich positiver als die Männer. Beim Vergleich der Herkunftsländer waren keine signifikanten Unterscheidungen zu beobachten. Allerdings war auffallend, dass die Gruppe der italienischen Frauen eine deutlich höhere Bewertung dieses Faktors angab als die deutschen Frauen.

Hinsichtlich des „Schamempfindens“ traten die signifikantesten Ergebnisse auf. So war das „Schamempfinden“ der Italiener insgesamt höher als das der Deutschen. Auf die Geschlechter bezogen wiesen die weiblichen Probanden beider Länder ein höheres „Schamempfinden“ auf als die Männer. Vor allem die italienischen Frauen gaben für diesen Faktor sehr hohe Werte an.

Die Einschätzung der Variable „Ekel“ fiel in den beiden Ländern hoch signifikant unterschiedlich aus. So gaben die Italiener insgesamt eine niedrigere „Ekelempfindlichkeit“ an. Auf die Geschlechter bezogen war die „Ekelempfindlichkeit“ in beiden Ländern vor allem unter den Frauen sehr hoch. Außerdem fiel auf, dass vor allem die männlichen Italiener eine besonders niedrige „Ekelempfindlichkeit“ aufwiesen.

Zur Übersicht der Ergebnisse Tabelle 24 und Tabelle 25:

Tabelle 24: Skalenmittelwerte des Hautzuf in Abhängigkeit von Geschlecht und Herkunftsland

Skala	Dtl♂ (n = 32): MW ± SD	Dtl♀ (n = 81): MW ± SD	Ital♂ (n = 32): MW ± SD	Ital♀ (n = 81): MW ± SD
Selbstber.	2,05 ± 0,91	2,04 ± 0,90	2,25 ± 0,90	2,21 ± 0,89
Elterlber.	2,58 ± 0,75	2,69 ± 0,83	2,24 ± 0,85	2,58 ± 0,77
Partnerber.	2,55 ± 0,79	2,63 ± 0,87	2,52 ± 0,90	2,99 ± 0,67
Scham	1,36 ± 0,66	1,74 ± 0,76	1,55 ± 0,87	2,69 ± 0,73
Ekel	2,22 ± 0,76	2,42 ± 0,88	1,76 ± 0,88	2,44 ± 0,77

Dtl = Deutschland; Ital = Italien; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

Tabelle 25: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen Geschlecht und Herkunftsland

Skala	HE: Geschlecht	HE: Land	Interaktion
Selbstber.	0,03	1,97	0,02
Elterlber.	3,66 ⁺	3,73 ⁺	0,88
Partnerber.	5,46 [*]	1,97	2,93 ⁺
Scham	46,43 ^{***}	26,35 ^{***}	11,93 ^{***}
Ekel	10,19 ^{**}	5,04 [*]	5,59 [*]

HE = Haupteffekt

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

⁺ → p < 0,10

^{*} → p < 0,05

^{**} → p < 0,01

^{***} → p < 0,001

8.5.2 Korrelationen der italienischen Studenten und deutschen Studenten für die Hautzuf-Skalen

Bei der Untersuchung der Abhängigkeiten und der Zusammenhänge der einzelnen Skalen untereinander und deren Gegenüberstellung im Ländervergleich ließen sich einige hoch signifikante sowie inhaltlich bedeutsame Zusammenhänge ($> \pm 0,2$) feststellen. Die inhaltlich weniger bedeutsamen, jedoch statistisch ebenso signifikanten Korrelationen sind im Text mit ($< \pm 0,2$) gekennzeichnet.

Es ist hervorzuheben, dass die Italiener bei der Korrelation „Alter“ und „Ekel“ eine negative Korrelation ($< \pm 0,2$) aufwiesen, was bei der deutschen Vergleichsgruppe nicht der Fall war. Beide Gruppen hatten jedoch ähnlich hohe Korrelationen bei der Abhängigkeit von „Alter“ und „Schamgefühl“ (Italiener ($< \pm 0,2$), Deutsche ($> \pm 0,2$)).

Hinsichtlich der „Selbstberührung“ zeigten beide Untersuchungsgruppen, also Italiener und Deutsche, hohe Korrelationen ($> \pm 0,2$) mit „elterlicher“ und „partnerschaftlicher Berührung“. Bei der deutschen Stichprobe konnte zusätzlich ein Zusammenhang ($> \pm 0,2$) von „Selbstberührung“ und „Ekel“ festgestellt werden, was in der italienischen Gruppe nicht der Fall war.

Die „elterliche Berührung“ korrelierte außerdem in der deutschen Stichprobe hoch mit der „partnerschaftlichen Berührung“ ($> \pm 0,2$), in der italienischen Stichprobe fiel diese Korrelation etwas weniger hoch aus ($< \pm 0,2$). Des Weiteren korrelierte die „elterliche Berührung“ in beiden Stichproben mit „Ekel“, hierbei fiel die Korrelation in der deutschen Gruppe etwas höher ($> \pm 0,2$) aus als in der italienischen ($< \pm 0,2$).

Hinsichtlich der „Partnerberührung“ fiel auf, dass der Zusammenhang mit „Ekelgefühlen“ in der deutschen Gruppe bedeutend höher ausfiel als in der italienischen ($> \pm 0,2$). Zudem bemerkenswert ist die hohe Korrelation ($> \pm 0,2$) der „partnerschaftlichen Berührung“ mit dem „Schamgefühl“ in der italienischen Stichprobe, bei der in der deutschen Vergleichsgruppe kein Zusammenhang bestand.

Die Abhängigkeit von „Ekel“ und „Scham“ war in beiden Gruppen nachweisbar ($> \pm 0,2$), wobei die Italiener hier etwas höhere Korrelationen aufwiesen als die Deutschen.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse sind Tabelle 26 und 27 zu entnehmen.

Tabelle 26: Korrelationen der Untersuchungsgruppe der italienischen Studenten

	Selbstber.	Elterlber.	Partnerber.	Ekel	Scham
Alter				-0,17*	-0,17*
Selbstber.		0,25**	0,37**		
Elterlber.			0,17*	0,17*	
Partnerber.				0,24**	0,42**
Ekel					0,35**

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

Tabelle 27: Korrelationen der deutschen studentischen Vergleichsgruppe

	Selbstber.	Elterlber.	Partnerber.	Ekel	Scham
Alter					-0,22**
Selbstber.		0,26**	0,41**	0,23**	
Elterlber.			0,59**	0,30**	
Partnerber.				0,48**	
Ekel					0,21*

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

8.6 Vergleich der italienischen und der deutschen Patientengruppen

Die Daten der italienischen und der deutschen Patientenstichproben mit entzündlichen Hauterkrankungen wurden anhand einer Varianzanalyse ausgewertet und miteinander verglichen. In beiden Patientenkollektiven litten alle Probanden an der entzündlichen Hauterkrankung Psoriasis und waren hinsichtlich Alter und Geschlecht parallelisiert.

8.6.1 Auswertung der krankheitsspezifischen Angaben

Bei der Auswertung der krankheitsspezifischen Angaben wurden die beiden Kollektive von Psoriasispatienten aus Italien und Deutschland hinsichtlich der Angaben über die Erkrankungsdauer, das Ersterkrankungsalter sowie die stationären Aufenthalte miteinander verglichen. Außerdem wurden die Angaben über Lokalisation und Ausbreitung der Hauterkrankung sowie die persönliche Einschätzung der für die Erkrankung ursächlichen Faktoren („Genetik“, „Psychische Belastung“ und „Umwelt“) analysiert.

8.6.1.1 Analyse der Lokalisation der Hautläsionen im Länder- und Geschlechtervergleich

Die italienische und die deutsche Patientengruppe wurden betreffend der Verteilung der Hautläsionen auf das Integument im Länder- und Geschlechtervergleich analysiert.

Bei der Ausdehnung der Läsionen fiel auf, dass die italienischen Patienten bei allen Körperstellen, also Gesicht, Hals, Hand, Arm, Rumpf und Bein, signifikant weniger Ausdehnung ihrer Hauterkrankung angaben. Besonders deutlich war der Unterschied beim Befall der Arme, am Rumpf und an den Beinen, bei dem die deutsche Patientengruppe deutlich höhere Werte angab. Die Zusammenfassung der Daten für die Lokalisation der Erkrankung ist in Tabelle 28 und 29 dargestellt.

Tabelle 28: Mittelwerte der Verteilung der Läsionen auf der Haut

Lokalisation der Läsionen	Pat ♂ Italien (n = 37): MW ± SD	Pat ♀ Italien (n = 20): MW ± SD	Pat ♂ Deutschl. (n = 36) MW ± SD	Pat ♀ Deutschl. (n = 20) MW ± SD
Gesicht	0,24 ± 0,55	0,45 ± 0,67	0,62 ± 0,60	0,70 ± 0,47
Hals	0,11 ± 0,315	0,35 ± 0,75	0,39 ± 0,56	0,45 ± 0,61
Hand	0,54 ± 0,65	0,65 ± 0,75	0,91 ± 0,84	0,90 ± 0,72
Arm	0,95 ± 0,52	0,85 ± 0,75	1,50 ± 0,737	1,55 ± 0,76
Rumpf	0,78 ± 0,71	0,80 ± 0,83	1,33 ± 0,79	1,55 ± 0,69
Bein	1,03 ± 0,65	0,90 ± 0,72	1,47 ± 0,65	1,60 ± 0,75

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 29: F-Werte der Varianzanalyse bei den beiden unabhängigen Variablen Herkunft und Geschlecht

Lokalisation der Läsionen	HE: Herkunft	HE: Geschlecht	Interaktion
Gesicht	7,41**	1,59	0,29
Hals	3,24 ⁺	1,93	0,75
Hand	4,42*	0,12	0,16
Arm	21,97***	0,03	0,30
Rumpf	19,05***	0,61	0,45
Bein	18,27***	0,00	0,90

HE = Haupteffekt

⁺ → p < 0,10

* → p < 0,05

** → p < 0,01

*** → p < 0,001

8.6.1.2 Analyse der stationären Aufenthalte, Erkrankungsdauer und Ersterkrankungsalter im Länder- und Geschlechtervergleich

Bei der Auswertung der stationären Aufenthalte, der Erkrankungsdauer und des Ersterkrankungsalter wurden die Gruppen in Abhängigkeit der Variablen Alter, Geschlecht und Herkunft miteinander verglichen.

Dieser Vergleich zeigte, dass sich in den beiden Ländern ausschließlich das Ersterkrankungsalter und die Erkrankungsdauer unterscheiden. Bei den italienischen Patienten ist die Dauer der Erkrankung insgesamt jeweils kürzer und das Ersterkrankungsalter, also der Zeitpunkt der Diagnosestellung, im Vergleich zur deutschen Vergleichsgruppe höher. In Tabelle 30 und 31 sind die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 30: Mittelwerte der stationären Aufenthalte, der Erkrankungsdauer und des Ersterkrankungsalters

	Pat _♂ Italien (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ Italien (n = 20): MW ± SD	Pat _♂ Deutschl. (n = 36) MW ± SD	Pat _♀ Deutschl. (n = 20) MW ± SD
Stationäre Aufenthalte	1,83 ± 2,57	1,20 ± 1,82	1,97 ± 2,54	1,75 ± 1,94
Erkrankungsdauer	18,68 ± 11,21	18,50 ± 15,30	24,46 ± 16,48	25,78 ± 14,91
Ersterkrankungsalter	34,41 ± 16,64	29,40 ± 20,73	28,79 ± 17,80	22,23 ± 17,54

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 31: F-Werte der Varianzanalyse bei den beiden unabhängigen Variablen Herkunft und Geschlecht

	HE: Herkunft	HE: Geschlecht	Interaktion
Stationäre Aufenthalte	0,56	0,86	0,20
Erkrankungsdauer	5,29*	0,04	0,07
Ersterkrankungsalter	3,28*	0,69	0,05

HE = Haupteffekt

* → p < 0,10; * → p < 0,05; ** → p < 0,01; *** → p < 0,001

8.6.1.3 Analyse der persönlichen Einschätzung der Erkrankungsursache im Länder- und Geschlechtervergleich

Bezüglich der persönlichen Einschätzung der Erkrankungsursache wurden die Daten der beiden Patientengruppen im Länder- und Geschlechtervergleich ausgewertet.

Die Daten waren in beiden Patientenuntersuchungsgruppen ohne signifikante Unterschiede, d.h. sowohl im Vergleich Italien – Deutschland, als auch beim Geschlechtervergleich ergaben sich keine Unterschiede bezüglich der Einschätzung der Ursache der vorliegenden Hauterkrankung. Die Ergebnisse sind in Tabelle 32 und 33 aufgelistet.

Tabelle 32: Mittelwerte der persönlichen Einschätzung der Erkrankungsursache

Erkrankungsursache	Pat _♂ Italien (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ Italien (n = 20) MW ± SD	Pat _♂ Deutschl. (n = 36) MW ± SD	Pat _♀ Deutschl. (n = 20) MW ± SD
Genetik	2,35 ± 1,59	2,65 ± 1,42	2,57 ± 1,40	2,63 ± 1,67
Psychische Belastung	3,41 ± 1,26	3,40 ± 1,67	3,00 ± 1,20	3,80 ± 1,15
Umwelt	2,24 ± 1,30	2,35 ± 1,27	2,28 ± 0,88	2,26 ± 1,15

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 33: F-Werte der Varianzanalyse bei den beiden unabhängigen Variablen Herkunft und Geschlecht

Erkrankungsursache	HE: Herkunft	HE: Geschlecht	Interaktion
Genetik	0,11	0,35	0,16
Psychische Belastung	0,00	2,41	2,48
Umwelt	0,01	0,04	0,07

HE = Haupteffekt

+ → $p < 0,10$

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

*** → $p < 0,001$

8.6.2 Auswertung des Hautzuf für die Patientenstichproben mit entzündlicher Hauterkrankung (Italien – Deutschland)

Die Auswertung des Hautzuf für die Patientengruppen aus Italien und Deutschland erfolgte im Vergleich der Angaben in Abhängigkeit der Herkunft und Geschlechter untereinander.

Die Ergebnisse fielen bei beiden Gruppen sehr ähnlich aus. In den meisten Skalen wurden für die Psoriatiker aus beiden Ländern keine signifikanten Unterschiede ermittelt. Der einzige Unterschied auf das Herkunftsland bezogen wurde für die „Partnerberührung“ festgestellt. Für diese gaben die deutschen Patienten höhere Werte an als die Italiener.

Beim Geschlechtervergleich fiel auf, dass die weiblichen Probanden beider Länder ein ausgeprägteres Schamgefühl angeben als die Männer. Die Ergebnisse sind in Tabelle 34 und 35 aufgelistet.

Tabelle 34: Skalenmittelwerte des Hautzuf in Abhängigkeit von Herkunft und Geschlecht

Skala	Pat _♂ Italien (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ Italien (n = 20): MW ± SD	Pat _♂ Deutschl. (n = 36): MW ± SD	Pat _♀ Deutschl. (n = 20): MW ± SD
Selbstber.	1,41 ± 1,04	1,43 ± 1,41	1,25 ± 0,88	1,29 ± 0,98
Elterlber.	1,71 ± 0,83	1,92 ± 0,93	1,99 ± 0,96	1,99 ± 1,00
Partnerber.	2,22 ± 0,69	2,38 ± 1,05	2,71 ± 0,80	2,65 ± 0,96
Scham	1,76 ± 1,05	2,58 ± 1,08	1,80 ± 0,95	2,12 ± 1,12
Ekel	2,40 ± 0,74	2,46 ± 1,00	2,58 ± 0,61	2,72 ± 0,77

Pat = Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung, Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

Tabelle 35: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen Herkunft und Geschlecht

Skala	HE: Herkunft	HE: Geschlecht	Interaktion
Selbstber.	0,48	0,02	0,00
Elterlber.	0,95	0,31	0,32
Partnerber.	5,04*	0,10	0,44
Scham	1,07	7,90**	1,50
Ekel	2,15	0,45	0,07

HE = Haupteffekt, Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

+ → $p < 0,10$

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

*** → $p < 0,001$

8.6.3 Auswertung des MHF für die Patientenstichproben mit entzündlicher Hauterkrankung (Italien – Deutschland)

Die italienischen und deutschen Patientengruppen wurden zur Erfassung der Krankheitsbewältigung, bezogen auf die Erkrankungsbilder mit dem Marburger Hautfragebogen untersucht und im Anschluss bezüglich Herkunft und Geschlecht miteinander verglichen.

Beim Vergleich der Herkunftsländer wurde offensichtlich, dass die italienischen Psoriatiker sehr viel bemühter um Informationen über ihre Hauterkrankung sind als die deutschen und stärker versuchen, die Krankheit aktiv zu bewältigen.

Der Geschlechtervergleich zeigte, dass die weiblichen Patienten aus beiden Ländern mehr Hilflosigkeit gegenüber ihrer Erkrankung empfinden als die männlichen und insgesamt depressiver gestimmt sind. In Tabelle 36 und 37 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 36: Skalenmittelwerte des MHF in Abhängigkeit von Herkunft und Geschlecht

Skala	Pat _♂ Italien (n = 37): MW ± SD	Pat _♀ Italien (n = 20): MW ± SD	Pat _♂ Deutschl. (n = 36): MW ± SD	Pat _♀ Deutschl. (n = 20): MW ± SD
MHF1	2,48 ± 1,10	2,63 ± 1,22	2,50 ± 0,84	3,02 ± 1,11
MHF2	2,27 ± 0,97	2,31 ± 0,86	2,32 ± 0,71	2,54 ± 0,86
NHF3	2,62 ± 0,99	2,88 ± 0,98	2,74 ± 0,73	3,33 ± 1,15
MHF4	2,56 ± 1,08	2,97 ± 1,17	2,55 ± 0,84	2,98 ± 0,90
MHF5	2,21 ± 1,00	2,48 ± 0,93	2,14 ± 0,77	2,14 ± 0,75
MHF6	3,24 ± 0,72	3,28 ± 0,71	2,81 ± 0,69	2,56 ± 0,71

Pat = Patienten; Deutschl. = Deutschland; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung; MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel; MHF3 = Hilflosigkeit; MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung; MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität; MHF6 = Informationssuche

Tabelle 37: F-Werte der Varianzanalyse mit den beiden unabhängigen Variablen Herkunft und Geschlecht

Skala	HE: Herkunft	HE: Geschlecht	Interaktion
MHF1	0,97	2,71	0,85
MHF2	0,65	0,61	0,31
MHF3	2,37	5,36*	0,82
MHF4	0,00	4,53*	0,00
MHF5	1,34	0,62	0,55
MHF6	17,02***	0,60	1,10

+ → p < 0,10

* → p < 0,05

** → p < 0,01

*** → p < 0,001

HE = Haupteffekt; MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung; MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel; MHF3 = Hilflosigkeit; MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung; MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität; MHF6 = Informationssuche

8.6.4 Korrelationen der Patienten mit entzündlicher Hauterkrankung (Italien – Deutschland)

8.6.4.1 Korrelationen der italienischen Stichprobe für Hautzuf, MHF/krankheitsspezifische Angaben

Für die italienische Stichprobe wurden in einer Korrelation die Zusammenhänge zwischen den Skalen des Hautzufs und des MHFs mit den krankheitsspezifischen Angaben ermittelt. In dieser Auswertung fielen alle statistisch signifikanten Korrelationen inhaltlich bedeutsam aus.

Die „Selbstberührung“ und die „Berührung durch den Partner“ werden von den italienischen Psoriatikern besonders angenehm empfunden, je jünger sie sind und je früher die Diagnose der Erkrankung gestellt wurde. Die „Selbstberührung“ wird ebenfalls als angenehm eingeschätzt, je weniger Körperstellen von der Erkrankung betroffen sind. Die „Berührung durch die Eltern“ empfinden diejenigen besonders angenehm, die ihrer Erkrankung keine genetische Ursache zuordnen.

Je jünger die Patienten sind und je früher die Diagnose gestellt wurde, umso stärker sind „soziale Ängste“, „Hilflosigkeit“ und „Depressivität“ ausgeprägt.

Die Patienten, die die Ursache ihrer Erkrankung genetischer Disposition zuschreiben, sind vermehrt auf Informationssuche und verarbeiten die Erkrankung somit aktiver.

Je mehr die Patienten hingegen ihre Erkrankung durch psychische Belastung oder Umweltfaktoren verursacht sehen, desto eher „soziale Ängste“ (MHF1), „Hilflosigkeit“ (MHF3) und „Depressivität“ (MHF4) auf. Auch der „Juckreiz-Kratzzirkel“ (MHF2) ist in dieser Patientengruppe stärker ausgeprägt.

Dieselben Zusammenhänge gelten auch für die Patienten, bei welchen die Hautläsionen besonders viele Stellen betreffen.

Eine Auflistung aller signifikanten Korrelationen ist in Tabelle 38 dargestellt.

Tabelle 38: Korrelationen des italienischen Kollektivs: krankheitsspezifische Angaben/Skalen Hautzuf. MHF

Skalen	Alter	Er. D.	Ers. Er.	Genetik	Ps. Bel.	Umwelt	V. d. H.
Selbstber.	-0,35**		-0,33**				-0,29*
Elterlber.				-0,27*			
Partnerber.	-0,45**		-0,23*				
Ekel							
Scham						0,36**	
MHF1	-0,26		-0,23*		0,38**	0,37**	0,39**
MHF2					0,47**	0,40**	0,43**
MHF3	-0,36**		-0,26*		0,45**	0,38**	0,35**
MHF4	-0,36**		-0,27*		0,62**	0,36**	0,31*
MHF5	-0,34**		-0,25*		0,43**	0,44**	0,39**
MHF6				0,244*			0,323**

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung;

MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel;

MHF3 = Hilflosigkeit

MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung

MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität

MHF6 = Informationssuche

Er. D. = Erkrankungsdauer

Ers. Er. = Ersterkrankungsalter

Ps. Bel. = Psychische Belastung

V. d. H. = Verteilung der Hautläsionen auf das Integument

8.6.4.2 Korrelationen der deutschen Stichprobe für Hautzuf, MHF/krankheitsspezifische Angaben

Auch bei der deutschen Psoriatikergruppe wurden die Zusammenhänge der Fragebogenskalen mit den krankheitsspezifischen Angaben ausgewertet. Dabei konnten einige signifikante Korrelationen beobachtet werden.

Unter den deutschen Patienten, welche Umweltfaktoren für ihre Erkrankung verantwortlich machen, wird die „Selbstberührung“ besonders angenehm empfunden.

Das „Ekelempfinden“ steigt an, je kürzer die Erkrankungsdauer und je später die Diagnosestellung erfolgte.

Die empfundene „Hilflosigkeit“ (MHF3) und „ängstliche, depressive Stimmung“ (MHF4) treten mit jüngerem Alter häufiger auf.

Unter den Patienten, die psychische Belastung als ausschlaggebend für ihre Erkrankung sehen, sind „soziale Ängste“ (MHF1), „Hilflosigkeit“ (MHF3) und „ängstliche, depressive Stimmung“ (MHF4) stärker ausgeprägt. Außerdem scheinen sich diese Patienten auch stärker in ihrer „Lebensqualität“ (MHF5) eingeschränkt zu fühlen.

„Soziale Ängste“ (MHF1), „Hilflosigkeit“ (MHF3) und „ängstliche, depressive Stimmung“ (MHF4) werden bei den Patienten auch vermehrt wahrgenommen, bei denen die Läsionen an besonders vielen Körperstellen auftreten.

Patienten, die als Erkrankungsursache Umweltfaktoren angeben, fühlen sich stärker von „Juckreiz und Kratzbedürfnis“ (MHF2) betroffen. Ebenso erleben diese Patienten eine ausgeprägtere „Depressivität“ (MHF4) und „Einschränkung der Lebensqualität“ (MHF5) und verarbeiten ihre Erkrankung aktiver. Die Korrelationen dieser Untersuchung sind in Tabelle 39 zusammengefasst.

Tabelle 39: Korrelationen des deutschen Kollektivs: krankheitsspezifische Angaben/Skalen Hautzuf, MHF

Skalen	Alter	Er. D.	Ers. Er.	Genetik	Ps. Bel.	Umwelt	V. d. H.
Selbstber.						0,35**	
Elterlber.							
Partnerber.							
Ekel		-0,26*	0,24*			0,31*	
Scham							
MHF1					0,35**		0,37**
MHF2						0,28*	
MHF3	-0,22*				0,38**		0,31*
MHF4	-0,33**				0,61**	0,39**	0,26*
MHF5					0,35**	0,38**	
MHF6						0,41**	

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

MHF1 = soziale Ängste/Vermeidung;

MHF2 = Juckreiz-Kratz-Zirkel;

MHF3 = Hilflosigkeit

MHF4 = Ängstlich-Depressive Stimmung

MHF5 = Einschränkung der Lebensqualität

MHF6 = Informationssuche

Er. D. = Erkrankungsdauer

Ers. Er. = Ersterkrankungsalter

Ps. Bel. = Psychische Belastung

V. d. H. = Verteilung der Hautläsionen auf das Integument

8.7 Vergleich der italienischen und der deutschen Stichproben insgesamt

Zur Gesamtübersicht wurden zuletzt die Ergebnisse der gesamten italienischen und deutschen Stichproben im Vergleich von Psoriatikern und Studenten für den Hautzuf ausgewertet. Auch hier wurde eine Varianzanalyse durchgeführt. Aufgrund der Unähnlichkeit der Untersuchungsgruppen bezüglich des Alters floss dieses als Kovariate (Alter= 32,70) in die Auswertung ein.

Die signifikanten Unterschiede beim Vergleich der beiden Gruppen werden im Folgenden beschrieben.

Für die Skala „Selbstberührung“ konnte eine tendenzielle Unterscheidung beobachtet werden. Sie wurde von den Psoriatikern aus beiden Ländern etwas negativer eingeschätzt als von den Studenten.

Die „elterliche Berührung“ wurde beim Ländervergleich von den deutschen Probanden (Studenten und Psoriatiker) insgesamt positiver eingeschätzt als von der italienischen Vergleichsgruppe (Studenten und Psoriatiker). Ebenfalls wurde die Berührung durch die Eltern von den Studenten positiver bewertet als von den Patienten.

Bei der „partnerschaftlichen Berührung“ konnten keine Unterschiede im direkten Vergleich ermittelt werden, lediglich die Interaktion zwischen „Land“ und „Student/Patient“ zeigte, dass vorwiegend die italienischen Patienten die „Berührung durch den Partner“ eher negativ einschätzten.

Das „Schamempfinden“ wird von den italienischen Probanden höher eingeschätzt als von den deutschen. Bei den Studenten im Vergleich zu den Psoriatikern ist dies umgekehrt. Unter den Frauen insgesamt zeigt sich ein signifikant höheres „Schamempfinden“ als bei den männlichen Probanden. Des Weiteren ist ein deutlicher Interaktionseffekt bezüglich „Land“ und „Geschlecht“ zu erkennen. Dabei fällt die Bewertung des „Schamgefühls“ vorwiegend bei den Italienerinnen deutlich höher aus als bei den anderen Gruppen.

Außerdem zeigt die Auswertung, dass die „Ekelempfindlichkeit“ unter den italienischen Probanden deutlich geringer war als unter den deutschen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 40 und 41.

Tabelle 40: Skalenmittelwerte des Hautzuf in Abhängigkeit von Herkunft, Erkrankung (ja/nein) und Geschlecht

	Selbstber.	Elterlber.	Partnerber.	Scham	Ekel
Stud.♂ Ita.: MW ± SD	2,25 ± 0,90	2,24 ± 0,85	2,52 ± 0,90	1,55 ± 0,87	1,76 ± 0,88
Stud.♀ Ita.: MW ± SD	2,21 ± 0,89	2,58 ± 0,77	2,99 ± 0,67	2,69 ± 0,73	2,44 ± 0,77
Psoriat.♂ Ita.: MW ± SD	1,41 ± 1,04	1,71 ± 0,83	2,22 ± 0,70	1,76 ± 1,05	2,40 ± 0,74
Psoriat.♀ Ita.: MW ± SD	1,43 ± 1,41	1,92 ± 0,93	2,83 ± 1,05	2,58 ± 1,08	2,46 ± 0,10
Stud.♂ Dtl.: MW ± SD	2,05 ± 0,91	2,58 ± 0,75	2,36 ± 0,80	1,36 ± 0,66	2,32 ± 0,76
Stud.♀ Dtl.: MW ± SD	2,04 ± 0,90	2,69 ± 0,83	2,87 ± 0,79	1,73 ± 0,77	2,43 ± 0,88
Psoriat.♂ Dtl.: MW ± SD	1,26 ± 0,88	1,99 ± 0,97	2,55 ± 0,79	1,80 ± 0,95	2,58 ± 0,61
Psoriat.♀ Dtl.: MW ± SD	1,29 ± 0,98	1,99 ± 1,00	2,63 ± 0,87	2,12 ± 1,11	2,71 ± 0,77

Stud. = Studenten; Psoriat. = Psoriatiker; Ita.= Italien; Dtl. = Deutschland; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung, Selbstber. = Selbstberührung; Elterlber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

Tabelle 41: F-Werte der Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen Herkunft, Student/Psoriatischer und Geschlecht sowie der Kovariate Alter

	Selbstber.	Elterber.	Partnerber.	Scham	Ekel
Alter _{Kovariate}	9,27**	2,53	5,90*	1,43	0,01
HE: Herkunft	1,96	3,89 ⁺	1,20	13,67***	6,17*
HE: Student/Patient	3,18 ⁺	5,84*	0,63	5,14*	3,26
HE: Geschlecht	0,15	1,80	1,74	37,35***	5,99*
Interaktion: Herkunft/Erkrankung	0,01	0,07	7,25**	2,94 ⁺	0,07
Interaktion: Herkunft/Geschlecht	0,01	1,10	2,48	9,08**	1,56
Interaktion: Erkrankung/Geschlecht	0,03	0,64	1,98	1,09	2,02
Interaktion insgesamt	0,01	0,00	0,20	0,42	2,70

HE = Haupteffekt

Selbstber. = Selbstberührung; Elterber. = Elterliche Berührung; Partnerber. = Partnerberührung

⁺ → $p < 0,10$

* → $p < 0,05$

** → $p < 0,01$

*** → $p < 0,001$

9 DISKUSSION

9.1 Beurteilung der italienischen Version des Hautzuf (studentische Stichproben)

Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse

Zur Überprüfung des Hautzuf in italienischer Sprache erfolgte zunächst eine Faktorenanalyse in Form einer Hauptkomponentenanalyse, in der eine erklärte Varianz von 56,65% ermittelt wurde.

Außerdem wurde eine rotierte Komponentenmatrix nach der Rotationsmethode Varimax angefertigt. Hier waren alle Items der italienischen Version den fünf gleichen Skalen wie in der deutschen Version zuordenbar. So unterscheidet sich die Skalenstruktur der italienischen Version also nicht von der deutschen.

Man kann also davon ausgehen, dass die Dimensionierung des Konstrukts Hautzufriedenheit in diesen beiden Ländern sehr ähnlich bis identisch ist. Hierbei ist aber noch nichts über das Niveau der Ausprägung gesagt. Dieser Aspekt wird weiter unten besprochen werden.

Diese Ergebnisse – kulturunabhängige Struktur - sind bei der Überprüfung der Anwendbarkeit eines psychometrischen Fragebogens in einer anderen Sprache keineswegs selbstverständlich. Beispielsweise bei der Entwicklung der arabischen Version des Skindex-16 (6) von AlGhamdi und AlShammari war die übereinstimmende Skalenstruktur nicht direkt ermittelbar und es wurde eine zweite Übersetzung und Rückübersetzung nötig. Ebenso stimmten bei der Validierung des Skindex-29 auf Spanisch (71) durch Jones-Caballero et al und des Skindex-29 auf Türkisch (5) durch Aksu et al. die jeweiligen Skalen erst nach mehrmaliger Neuübersetzung und Rückübersetzung mit der Originalversion überein.

Bei der italienischen Version des Hautzuf traten die im Ergebnisteil angegebenen Nebenladungen auf, welche aber minimal sind und daher vernachlässigt werden können.

Die Zuverlässigkeit der italienischen Version wurde anhand einer Reliabilitätsanalyse gemessen. Hier zeigt sich eine gute innere Konsistenz mit einem Cronbach's α für

alle Skalen $> 0,7$. In der Split-half-Methode von Spearman-Brown konnte ebenfalls ein großes Maß an Zuverlässigkeit errechnet werden. Dies beläuft sich auch hier für alle Skalen $> 0,7$. So ergeben sich also die Reliabilität betreffend keiner Unterschiede zwischen der deutschen, studentischen Stichprobe und der italienischen und somit eine gute Anwendbarkeit und Zuverlässigkeit der italienischen Version des Hautzuf.

9.2 Beurteilung der Ergebnisse der studentischen Gruppen aus Italien und Deutschland

Zur weiteren Prüfung der italienischen Version des Hautzuf wurde die Daten der italienischen Studentengruppe und Daten einer deutschen, studentischen Vergleichsgruppe in Form von Korrelationen der Skalen des Hautzuf ausgewertet.

In beiden Gruppen können ähnliche Zusammenhänge für die Skalen des Hautzuf ermittelt werden.

Die drei Berührungsskalen korrelieren in beiden Ländern miteinander. Außerdem korrelieren die Berührungsskalen mit der Ekel-Skala. Diese Korrelationen erscheinen zunächst nicht unbedingt logisch. Vielleicht sind sie aber als „Schließung“ und „Öffnung“ von Systemen zu verstehen. Probanden, die mit der Nähe (Berührung) in ihrem Familien- und Freundeskreis zufrieden sind, scheinen anderes eher abzuwerten. Sind sie mit der Nähe in ihrem Familien- und Freundeskreis weniger zufrieden, so geben sie auch weniger Ekel an, vielleicht auch als Ausdruck „offener“ sein zu müssen für anderes.

9.3 Beurteilung der italienischen Version des Hautzuf in Zusammenhang mit MHF, TAS-20 und HADS (Patienten)

Bei der Auswertung des Hautzuf für die italienischen Patientengruppen im Vergleich wurde ersichtlich, dass vor allem die Patienten mit entzündlicher Hauterkrankung, also Psoriasis, Probleme mit der „Selbstberührung“ aufweisen. Dies ist angesichts der Ausdehnung der Hauterkrankung und Auffälligkeit der Hautläsionen nicht verwunderlich. Die Patienten aus der Gruppe der nicht entzündlichen Hauterkrankungen haben weitaus weniger befallene Hautareale und leiden kürzere Zeit an ihrer Erkrankung, was Gründe für den problemlosen Umgang mit der „Selbstberührung“ sein können.

Die Auswertung des MHF zeigt in sich stimmige Ergebnisse für Psoriatiker und Melanompatienten. Hier empfinden die Psoriatiker größere „soziale Ängste“ (MHF1), „Hilflosigkeit“ (MHF3), „Depressivität“ (MHF4) und „Einschränkung der Lebensqualität“ (MHF5) als die Melanompatienten. Dies kann als Ausdruck der Stigmatisierung interpretiert werden, welche die Psoriasispatienten in ihrem Alltag erfahren und wird bestätigt durch Ergebnisse unterschiedlichster Studien aus dem deutschen Sprachraum, in denen der MHF Anwendung bei Psoriasispatienten fand, zum Beispiel in einer Studie von Niemeier et al 2002 (95).

Auch bei der Auswertung des TAS-20 zeigen die italienischen Psoriasispatienten erwartungsgemäß höhere Werte bei der „Identifikation und Differenzierung von Gefühlen“ (TAS1). Dies spiegelt den Zusammenhang der Alexithymie mit der Erkrankung Psoriasis wider. Dieser wurde zuletzt in einer Studie von Conrad R. et al 2008 (28) sowie von Picardi et al 2005 (103) dargestellt.

Ebenso zeigt die mithilfe der HADS ermittelte „Depressivität“ unter den italienischen Psoriatikern, den in dieser Patientengruppe vorherrschenden psychischen Einfluss der Erkrankung und die Stigmatisierungseffekte. Zudem wird eine innere Logik unter den angewendeten Fragebögen ersichtlich und somit die Anwendbarkeit der italienischen Version des Hautzuf wiederum bestätigt.

Bei der Korrelation der Skalen des Hautzuf mit den Skalen des MHFs, der TAS-20 und der HADS zeigen sich in sich logische Zusammenhänge, welche für eine gute

Anwendbarkeit der italienischen Version sprechen. Skalen, die inhaltlich zueinander passen, weisen die höchsten Zusammenhänge auf.

So ist zum Beispiel in der Gruppe der Psoriasispatienten das „Schamgefühl“ mit den „sozialen Ängsten“ (MHF1), „Juckreiz“ (MHF2), „Hilflosigkeit“ (MHF3), „Ängstlichkeit und depressive Stimmung“ (MHF4) und „Einschränkung der Lebensqualität“ (MHF5) korreliert. Diese Zusammenhänge erscheinen in sich schlüssig und zeigen eine innere Konsistenz. Dies fällt auch bei weiteren Korrelationen auf. So korreliert das „Schamgefühl“ mit den Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifizierung und Differenzierung von Gefühlen“ (TAS1), „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (TAS2), „klinisch relevante Angst“ (HADS) und „Depressivität“ (HADS).

Hingegen finden sich für die Skalen, die inhaltlich keinen konkreten Zusammenhang besitzen, auch keine hohen bzw. gar keine Korrelationen.

In der Gruppe der Melanompatienten korreliert das „Schamgefühl“ mit „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (TAS2) und der HADS „Angst“. Insbesondere die erste Korrelation ist von Interesse, da Scham auch manchmal als körperlicher Ausdruck von Alexithymie gesehen wird. Die Skala „Ekel“ korreliert mit allen Skalen des TAS und der HADS „Depressivität“. Auch die Skala „partnerschaftliche Berührung“ korreliert in dieser Gruppe hoch mit den Skalen TAS1 und TAS2, sowie mit „Angst“ und „Depressivität“. Diese Zusammenhänge erscheinen nicht verwunderlich, da depressive Symptomatik mit Freudlosigkeit und erlebter „Gefühlstaubheit“ auch oft zum Teil ein Ausdruck der Alexithymie sein können. Das Alexithymie-Konzept beinhaltet ähnlich der depressiven Symptomatik ein Unvermögen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken.

Diese innere Logik der Ergebnisse spricht für eine gute Validität des Hautzuf in der italienischen Version.

Die engen Zusammenhänge der Hautzuf-Skala „Scham“ mit den Skalen des TAS-20 und der HADS zeigte auch eine Studie von Gieler et al 2008 (50), in der ähnliche Ergebnisse für eine deutsche Gruppe von Hautgesunden ermittelt werden konnten. Daher können die hohen Korrelationen der italienischen Version des Hautzuf mit den sinngemäß passenden Skalen des MHF, TAS-20 und HADS durchaus als

Validitätskriterium interpretiert werden und sprechen somit für ein hohes Maß an Validität und eine gute Anwendbarkeit der italienischen Version des Hautzuf.

9.4 Interkultureller Vergleich: Italien – Deutschland

Im Anschluss an die Validierung der italienischen Version des Hautzuf erfolgte der interkulturelle Vergleich von Patienten und Studenten aus Italien und Deutschland.

Bei der Auswertung der Varianzanalyse für Hautgesunde, also der studentischen Stichproben, zeigt sich ein deutlicher Landeseffekt, was bedeutet, dass die Hautzufriedenheit tatsächlich im Ländervergleich unterschiedlich bewertet wird. Die Hautgesunden zeigen deutliche Unterschiede in der Beurteilung der Skalen des Hautzuf. So wird die Skala „elterliche Berührung“ von den Italienern deutlich negativer eingeschätzt. Dies erscheint verwunderlich, da unter den Italienern die familiäre Bindung doch ausgeprägter zu sein scheint als dies in Deutschland der Fall ist. Hinsichtlich des „Schamempfindens“ zeigen die Italiener insgesamt sehr viel höhere Werte als die Deutschen. Dies kann nun wiederum als Erklärungsansatz für die niedrigen Ergebnisse bei der „elterlichen Berührung“ dienen, da sich die Italiener aus „Scham“ vielleicht eher zurückhalten über die „elterliche Berührung“ in einem Fragebogen Auskunft zu geben. Die signifikantesten Ergebnisse können für die Skala „Ekel“ ermittelt werden. Hier sind die Italiener hoch signifikant weniger empfindlich als die Deutschen. Wofür ebenfalls interkulturelle und soziale Einflüsse als Erklärungsversuch in Betracht gezogen werden können. So scheint also das Empfinden für Sauberkeit und Hygiene in Italien nun doch ein anderes als in Deutschland zu sein, was ein in unserer Gesellschaft etabliertes Klischee in diesem Fall bestätigen würde.

Die Auswertung der Geschlechter im Vergleich zeigt für die Skala „elterliche Berührung“ eine positivere Einschätzung der Frauen aus beiden Ländern. Ebenso wird die „partnerschaftliche Berührung“ von den Frauen positiver eingeschätzt und hier vor allem von den italienischen Frauen. Das „Schamempfinden“ ist unter den Frauen insgesamt höher als unter den Männern, wobei auch hier die italienischen Frauen die höchsten Werte erreichen. „Ekelempfindlichkeit“ ist bei den Männern weniger ausgeprägt, wobei hier die italienischen Männer am wenigsten empfindlich für „Ekel“ sind.

Bei der Auswertung der Psoriatikergruppen aus beiden Ländern zeigen sich bei der Betrachtung der krankheitsspezifischen Angaben einige deutliche Unterschiede. Die italienischen Patienten geben weniger betroffene Hautareale an, sind kürzere Zeit von der Erkrankung betroffen und die Diagnosestellung findet zu einem späteren Zeitpunkt statt. Nun ist zu diskutieren, ob die Italiener nun tatsächlich später erkranken und daher auch kürzere Zeit unter der Erkrankung leiden, oder ob, die späte Diagnosestellung unter den Italienern für eine kürzere Erkrankungsdauer sorgt. Hierfür könnten im Sinne des Ländervergleichs auch kulturelle bzw. länderspezifische Einflüsse als Erklärungsansatz dienen. So könnte man annehmen, dass italienische Patienten später den Arzt aufsuchen, oder aufgrund der anderen Umwelteinflüsse wie vermehrte Sonneneinstrahlung und Nähe zum Meer tatsächlich erst später erkranken, bzw. weniger Hautstellen als betroffen angegeben werden.

Für die Skalen des Hautzuf können unter den Psoriasispatienten aus beiden Ländern kaum signifikante Unterscheidungen festgestellt werden. Patienten aus beiden Ländern weisen also ähnliche Tendenzen bezüglich ihrer Hautzufriedenheit auf. Dies bedeutet, dass sich die bei Hautgesunden festgestellten und oben beschriebenen länderspezifischen Unterschiede im Krankheitsverlauf ausgleichen und der Landeseffekt auf die Hautzufriedenheit durch die Erkrankung Psoriasis verloren geht.

Einzig die „Partnerberührung“ wird von den deutschen Patienten positiver eingeschätzt als von den italienischen.

Die Auswertung des Marburger Hautfragebogens für die Psoriatikergruppen aus Deutschland und Italien zeigt erneut, dass Ländereffekte im Krankheitsverlauf weitestgehend ausgeglichen werden. Allein die „Informationssuche“ (MHF6) wird unter den italienischen Psoriatikern höher bewertet als unter den deutschen. Was vermuten lässt, dass die Aufklärung der Patienten über die eigene Erkrankung in Italien weniger gewährleistet zu sein scheint, als in Deutschland.

Bei der Auswertung der Korrelationen der krankheitsspezifischen Angaben mit den Skalen des MHF zeichnen sich für den Ländervergleich Italien und Deutschland einige bemerkenswerte Ergebnisse ab. Insgesamt kann man sagen, dass die Zusammenhänge, wenn sie vorhanden sind, in beiden Ländern in die gleiche Richtung tendieren. Dies zeigt sich beispielsweise an den ähnlichen Vorstellungen der Patienten

aus beiden Ländern, was die Ursache ihrer Erkrankung betrifft. Italiener und Deutsche machen eher die „psychische Belastung“ verantwortlich für ihre Krankheit, wenn sie an „sozialen Ängsten“ (MHF1), „Hilflosigkeit“ ihrer Erkrankung gegenüber (MHF3) leiden, zu „ängstlicher, depressiver Stimmung“ (MHF 4) neigen und sich durch ihre Krankheit in ihrer „Lebensqualität“ (MHF5) eingeschränkt fühlen.

Je jünger die Patienten aus beiden Ländern sind und je mehr Hautareale betroffen sind, umso eher sind sie von „Hilflosigkeit“ (MHF3) und „ängstlicher, depressiver Stimmung“ (MHF4) betroffen.

So scheinen also italienische und deutsche Psoriatiker ähnliche Copingmechanismen und Krankheitsverarbeitungsprozesse aufzuweisen.

Eine Gemeinsamkeit der beiden Patientengruppen bezüglich der Hautzuf-Skalen kann in einem „Anpassungsprozess“ gesehen werden, welcher in beiden Ländern ersichtlich ist. So schwindet in der deutschen Patientengruppe das „Ekelgefühl“ je früher das Ersterkrankungsalter war. In der italienischen Gruppe wird dieser „Anpassungsprozess“ deutlich durch die positivere Einschätzung der „Partnerberührung“ je jünger die Probanden sind und je früher der Zeitpunkt der Ersterkrankung liegt. Hier scheint sich also eine Art „Gewöhnung“ an die eigene Erkrankung und die damit einhergehenden Stigmatisierungsprozesse zu manifestieren, was in beiden Ländern gleichermaßen zum Ausdruck kommt.

Um einen Gesamtüberblick über die länderspezifischen und krankheitsspezifischen Zusammenhänge und Abhängigkeiten in den Untersuchungsgruppen zu erlangen, schien es sinnvoll eine Varianzanalyse für Psoriatiker und Hautgesunde aus beiden Ländern bezüglich der Hautzuf-Skalen zu erstellen. Diese Auswertung zeigte einige bemerkenswerte Ergebnisse.

Die „Selbstberührung“ wurde von den Psoriatikern aus beiden Ländern deutlich negativer eingeschätzt als von den hautgesunden Studenten. Dies erscheint angesichts der Beeinträchtigung durch die Hauterkrankung schlüssig.

Die „elterliche Berührung“ wird von den italienischen Probanden, Studenten und Psoriatikern, negativer bewertet als von der deutschen Vergleichsgruppe. Hier scheinen die schon erwähnten kulturellen Einflüsse wiederum eine Rolle zu spielen.

Bei der „partnerschaftliche Berührung“ gibt es im direkten Vergleich keine Unterscheidungen, jedoch die Interaktion zwischen „Land“ und „Student/Patient“ zeigt Differenzen. So bewerten die italienischen Patienten diese Skala eher negativ, was bei Betrachtung des kulturellen Hintergrunds und der Beeinträchtigung durch die Hauterkrankung ebenfalls logisch erscheint.

Ein deutlicher Landeseffekt zeichnet sich für das „Schamempfinden“ ab. Hier empfinden wiederum die italienischen Probanden insgesamt mehr „Scham“ als die deutschen, was auch schon bei der Auswertung der studentischen Stichprobe aus Italien der Fall war. Im interkulturellen Kontext wird dieses Ergebnis durch einige Studien bestätigt. Schönheitsideale und Körperempfinden unterscheiden sich in verschiedenen Ländern (67), (70), (19) und damit einhergehend scheint sich auch das „Schamempfinden“ einem kulturellen Einfluss nicht entziehen zu können. Ebenso deutlich länderspezifisch zeigt sich die „Ekelempfindlichkeit“, welche wie bereits bei der studentischen Vergleichsgruppe auch in diesem Vergleich bei den italienischen Probanden (Patienten und Studenten) insgesamt deutlich niedriger ausfällt.

10 ZUSAMMENFASSUNG

Um die psychischen Einflussfaktoren auf die Haut von Hautgesunden und Hautkranken näher zu betrachten wurde 2003 in Gießen von Grolle et al. (58) der „Hautzufriedenheitsfragebogen“ = Hautzuf entwickelt. Er wird im deutschen Sprachraum seither im Bereich der psychosomatischen Dermatologie angewendet und liefert hier gute Ergebnisse.

Auch in anderen Ländern wurden bereits psychische Einflüsse auf die Entstehung und die Exazerbation von Hauterkrankungen untersucht, unter anderem von Fortune et al in Großbritannien (41), von Gaston et al in Canada (48) und von Gupta et al in USA und Canada (60) und vielen mehr.

Interkulturell vergleichende Studien in dieser Thematik sind kaum zu finden. Bislang ist sehr wenig bekannt über die soziokulturellen Unterscheidungen bezüglich Krankheitsverarbeitung und Hautempfinden.

Um diese Thematik näher zu beleuchten wurde im Rahmen dieser Arbeit der Hautzuf ins Italienische übersetzt und anschließend an der Universität in Padua, Oberitalien, überprüft und validiert.

Ziel dieser Arbeit war es zum einen die Gültigkeit der italienischen Version des Hautzuf in Italien zu überprüfen, und zum anderen einen interkulturellen Vergleich mit italienischen und deutschen Haut-Patienten und Haut-Gesunden durchzuführen, um kulturell bedingte Einflüsse darzustellen.

Es wurde zur Validierung des Hautzuf in italienischer Sprache eine studentische Stichprobe mit 113 Personen untersucht und anhand einer parallelisierten deutschen Stichprobe die Anwendbarkeit geprüft. Zum anderen wurde der Fragebogen in der Klinik für Dermatologie der Universität Padua an 108 Patienten mit einer Hauterkrankung teils entzündlich, teils nicht entzündlich angewendet und anschließend mit einer deutschen parallelisierten Stichprobe verglichen, um interkulturelle Unterschiede bei Hauterkrankten zu ermitteln.

Im Rahmen der Validierung wurde der Fragebogen zunächst an der studentischen Stichprobe angewendet. Hier konnte gezeigt werden, dass die Skalenstruktur des Hautzuf in der italienischen Version gegenüber der deutschen Version stabil ist. Die einzelnen Skalen des Hautzuf zeigen eine hohe innere Konsistenz und unterscheiden sich zwischen der deutschen und italienischen Stichprobe kaum. Dies lässt uns von einer guten Anwendbarkeit der italienischen Version ausgehen und spricht für eine gute Validität.

Desweiteren fanden sich für beide Sprachräume schlüssige und logische Zusammenhänge zwischen den Skalen des Hautzuf und den Skalen des MHF, TAS und HADS. Auch dies deutet auf eine gute Validität hin.

Im zweiten Teil dieser Arbeit wurden zusätzlich zwei Patientenstichproben eine mit entzündlichen und eine mit nicht-entzündlichen Hauterkrankungen untersucht und anschließend im Vergleich Italien – Deutschland analysiert. Hier zeigten sich im interkulturellen Vergleich der Hautgesunden deutliche Unterscheidungen bezüglich der Hautzuf-Skalen.

Es konnte gezeigt werden, dass die Hautzufriedenheit im Ländervergleich tatsächlich unterschiedlich bewertet wird. Die eindrucklichsten Unterscheidungen waren zum einen, dass die „elterliche Berührung“ in der italienischen Stichprobe negativer bewertet wurde. Zum anderen wurde das „Schamempfinden“ in der italienischen Stichprobe deutlich höher bewertet. Außerdem zeigte sich in der italienischen Stichprobe die Ekelempfindlichkeit deutlich niedriger.

Diese eindrucklichen Unterscheidungen im Ländervergleich der Hautgesunden gehen im Ländervergleich der Hauterkrankten wieder verloren. Die beschriebenen kulturspezifischen Ergebnisse im Hautzuf werden also durch die Hauterkrankung wieder verwischt.

Abschließend lässt sich festhalten, dass es mit der vorliegenden Studie gelungen ist zahlreiche Hinweise für die Validität der italienischen Version des Hautzuf aufzuzeigen.

Außerdem konnte gezeigt werden, dass die im Vergleich Italien – Deutschland gefundenen kulturspezifischen Unterschiede bezüglich der Hautzufriedenheit der Hautgesunden, im interkulturellen Vergleich der Hauterkrankten weitestgehend verschwinden.

11 Abstract

The “Skin Satisfaction Questionnaire” (SSQ) was introduced by Grolle et al. in 2003 (58) in order to examine psychological factors influencing the skin of healthy subjects as well as dermatological patients. Since then it has been used in German-speaking countries in psychosomatic dermatology and it is providing good results.

Psychological factors influencing the development and the exacerbation of skin disease have been assessed in other countries as well. Amongst others Fortune et al. (41) did research on this topic in Great Britain, Gaston et al. (48) in Canada and Gupta et al. (60) in the United States and Canada.

Cross-cultural Studies about this topic can rarely be found. So far there is limited knowledge about the socio-cultural differences respecting coping with disease and skin perception.

In the scope of this work the SSQ has been translated into Italian and afterwards it was validated and used in a study at the University of Padua in Italy.

The purpose of this study was to validate the Italian version of the SSQ and to perform a cross-cultural comparison between Italian and German dermatological patients in order to demonstrate culturally determined influences.

In order to validate the Italian version of the SSQ a group of 113 students was examined and afterwards the applicability was rechecked with the help of a German paralleled sample. In addition the questionnaire was applied to 108 patients at the dermatological clinic at the University of Padua. Some of the patients had an inflammatory skin disease and others had a non-inflammatory skin disease. In order to identify cross-cultural differences the findings were compared to a paralleled German patient sample.

In the scope of validation the questionnaire initially was applied to a sample of students. The results showed a stable scale structure in the Italian version of the SSQ in comparison to the German version. Several scales of the SSQ showed a strong internal consistency and differed barely amongst the Italian and the German sample. This fact favors the assumption of good applicability of the Italian Version and therefore a good validity. Furthermore we found conclusive and logic relations between the

scales of the SSQ and the scale of MHF, TAS and HADS. This also provides a strong indication of good validity.

In the second part of this study two patient samples were examined. One sample with inflammatory skin disease and one sample with non-inflammatory skin disease. Afterwards a cross-cultural comparison between Italy and Germany was performed. The cross-cultural comparison respecting the healthy subjects showed remarkable differences concerning the SSQ-scales between patients in the two countries.

One could show that skin satisfaction is indeed valued differently in cross-cultural comparison. The most remarkable differences were on the one hand the validation of “closeness to one’s parents”, which was more negative in the Italian group, whereas on the other hand “the feeling of shame” was estimated much higher in the Italian group. In addition the Italian group showed a lower “sensitivity of disgust”.

These notable differences in cross-cultural comparison of healthy subjects disappeared in cross-cultural comparison of (skin) patients. The described culture-specific results in the SSQ clear away when we are talking about (skin) patients. The skin disease neutralises cross-cultural differences to some extent.

In conclusion this study has accomplished to point out several indications for the validity of the Italian version of the SSQ.

In addition we could show that the differences found in the cross cultural comparison between healthy subjects in Italy and Germany disappear when comparing skin patients from the two countries.

12 LITERATURVERZEICHNIS

- 1- Adler A.: Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. Fortschritte der Medizin, Eberswalde/Berlin, M. Gelsdorf, 1908
- 2- Adler A.: Studie über die Minderwertigkeit von Organen. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1907
- 3- Adler A.: Organdialekt. Heilen und Bilden, München, Reinhardt, 1914
- 4- Adler A.: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual-Psychologie. Heilen und Bilden, München, Reinhardt, 1914
- 5- Aksu A.E., Urer M.S., Sabuncu I., Saracoglu Z.N., Chren M.M.: Turkish Version of Skindex-29. International Journal of Dermatology, 2007. 46: 350-355.
- 6- AlGhamdi K.M., AlShammari S.A.: Arabic Version of the Skindex-16: Translation and cultural adaption, with assessment of reliability and validity. International Journal of Dermatology, 2007. 46: 247-252.
- 7- Anzieu D.: The Skin Ego. A psychoanalytic approach to the self, New Haven, London, Yale University Press, 1989
- 8- Anzieu D., Übers. v. Meinhard Korte u. Marie Helene Lebourdais-Weiss: Das Haut-Ich (Originalausgabe: Le Moi-peau), Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1991
- 9- Arima M., Shimizu Y., Sowa J., Narita T., Nishi I., Iwata N., Ozaki N., Hashimoto S., Matsugnaga K.: Psychosomatic analysis of atopic dermatitis using psychological tests. Journal of Dermatology, 2005. 32: 160-168.
- 10- Armstrong B.K.: Epidemiology of malignant melanoma: Intermittent or total accumulated exposure to the sun? Journal of Dermatologic Surgery and Oncology, 1988. 14: 835-849.
- 11- Balch C.M.: Therapie des malignen Melanoms. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1985. 110: 1786-1791.
- 12- Balch C.M., Buzaid A.C., Soong S.J., Atkins M.B., Cascinelli N., Coit D.G., Fleming I.D., Gershenwald J.E., Houghton A., Kirkwood J.M., McMasters K.M., Mihm M.F., Morton D.L., Reintgen D.S., Ross M.I., Sober A., Thompson J.A., Thompson J.F.: Final version of the American Joint Committee on Cancer

- staging system for cutaneous melanoma. *Journal of Clinical Oncology*, 2001. 19: 3635-3648.
- 13- Balch C.M., Soong S., Ross M.I., Urist M.M., Karakousis C.P., Temple W.J., Mihm M.C., Barnhill R.L., Jewell W.R., Wanebo H.J., Harrison R.: Long-term results of a multi-institutional randomized trial comparing prognostic factors and surgical results for intermediate thickness melanomas (1.0 to 4.0 mm). *Intergroup Melanoma Surgical Trial. Annals of Surgical Oncology*, 2000. 7: 87-97.
 - 14- Barker J.N.: The immunopathology of psoriasis. *Baillières Clinical Rheumatology*, 1994. 8: 429-438.
 - 15- Barth A., Cerny T.: Current aspects in the treatment of malignant melanoma. *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 1994. 124: 1592-1603.
 - 16- Benthien C.: Haut, Literaturgeschichte- Körperbilder- Grenzdiskurse. *Rohwolts Enzyklopädie*, Band 626. 2. Auflage, Hamburg, Rowohlt, 2001
 - 17- Berneburg M, Surber C.: Children and Sun Protection. *British Journal of Dermatology*, 2009. 161: 33-39.
 - 18- Berrino A.M., Voltolini S., Fiaschi D., Pellegrini S., Bignadi D., Minale P., Troise C., Maura E.: Chronic urticaria: Importance of a medical-psychological approach. *European Annals of Allergy and Clinical Immunology*, 2006. 38: 149-152.
 - 19- Bohne A., Keuthen N.J., Wilhelm S., Deckersbach T., Jenike M.A.: Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 2002. 43: 486-490.
 - 20- Braun-Falco O., Plewig P., Wolf H.: Kap. 14: Erythematöse, erythemosquamöse und papulöse Hauterkrankungen. *Dermatologie und Venerologie*, 4. korrigierte Auflage, Berlin, Springer Medizin Verlag, 1997
 - 21- Buss D.M., Abbott M., Angleitner A., Asherian A., et al.: International Preferences in selecting mates: A study of 37 cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1990. 21: 5-47.
 - 22- Canada A.L., Fawzy N.W., Fawzy F.I.: Personality and disease outcome in malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 2005. 58: 19-27.

- 23- Chren M.M., Lasek R.J., Quinn L.M., Mostow E.N., Zyzanski S.J.: Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity and responsiveness. *Journal of Investigative Dermatology*, 1996. 107: 707-713.
- 24- Christophers E., Griffiths C.E., Gaitanis G., van de Kerkhof P.: The unmet treatment need for moderate to severe psoriasis: Results of a survey and chart review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 2006. 20: 921-925.
- 25- Christophers E., Mrowietz U.: Psoriasis - Ein vielgestaltiges Krankheitsbild. *Deutsches Ärzteblatt*, 1999. 96: 2220-2226.
- 26- Clark W.H., From L., Bernardino E.A. , Mihm M.C.: The histogenesis and biological behaviour of primary malignant melanomas of the skin. *Cancer Research*, 1969. 29: 705-727.
- 27- Cogan J.C., Bhalla S., Sefa-Dedeh A., Rothblum E.D.: A comparison study of the United States and African students on perception of obesity and thinness. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1996. 27: 98-113.
- 28- Conrad R., Geiser F., Haidl G., Hutmacher M., Liedke R., Wermter F.: Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic urticaria and psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 2008. 22: 1062-1069.
- 29- De Gennaro L., Martina M., Curcio G., Ferrara M.: The relationship between alexithymia, depression, and sleep complaints. *Psychiatry Research*, 2004. 128: 253-258.
- 30- Dermatis H., Lesko L.M.: Psychological correlates of physician-patient communication at time of informed consent for bone marrow transplantation. *Cancer Investigation*, 1991. 9: 621-628.
- 31- Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A.M., Henrichs M., Carnicke C.L.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 1983. 249: 751-757.

- 32- Doherty V.R., MacKie R.M.: Experience of a public education programme on early detection of cutaneous malignant melanoma. *British Medical Journal*, 1988. 297: 388-391.
- 33- Duden: Band 3. 2. Auflage, Mannheim, Dudenverlag, 1993
- 34- Farber E.M.: Der natürliche Verlauf der Psoriasis vom Säuglings- zum Erwachsenenalter. *Hautarzt*, 1987. 38: 53-56.
- 35- Farber E.M., Bright R.D., Nall M.L.: Psoriasis: A questionnaire survey of 2144 patients. *Archives of Dermatology*, 1968. 98: 248-257.
- 36- Farber J.M., Wiernerman B.H., Kuypers J.A.: Psychological distress in oncology outpatients. *Journal Psychosocial Oncology*, 1984. 2: 109-118.
- 37- Fawzy F.I., Canada A.L., Fawzy N.W.: Malignant Melanoma: Effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 2003. 60: 100-103.
- 38- Finlay A.Y., Khan G.K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI) -- a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 1994. 19: 210-216.
- 39- Fitzpatrick Th.B., Eisen A.Z., Wolff K., Freedberg I.M., Austen K.F.: *Dermatology in General Medicine*, 4. Auflage, New York, McGraw-Hill, 2001
- 40- Fortune D.G., Richards H.L., Kirby B., Bowcock S., Main C.J., Griffiths C.E.: A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*, 2002. 146 (3): 458-465.
- 41- Fortune D.G., Richards H.L., Main C.J., Griffiths C.E.: What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1998. 39: 196-201.
- 42- Freud S.: *Das Ich und das Es*, 3. Auflage, Stuttgart, Fischer, 1982
- 43- Frick H., Leonhardt H., Stark D.: *Allgemeine Anatomie*, 2. Auflage, Stuttgart, New York, Thieme Verlag, 1980
- 44- Garbe C.: Zunehmende Häufigkeit des malignen Melanoms. *Der Hautarzt*, 2000. 51: 518.

- 45- Garbe C., Hauschild A., Vokenandt M., Schadendorf D., Stolz W., Kortmann R.D., Kettelhack C., Frerich B., Keilholz U., Dummer R., Sebastian G, Tilgen W., Schuler G., Mackensen A., Kaufmann R.: Deutsche Leitlinie: Malignes Melanom. Interdisziplinäre Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Hauttumoren, Stuttgart, New York, Thieme Verlag, 2005
- 46- Garbe C., Leiter U.: Melanoma epidemiology and trends. Clinics in Dermatology, 2009. 27: 3-9.
- 47- Garbe C., Schadendorf D., Stolz W., Volkenandt M., Reinhold U., Kortmann R.D., Kettelhack C., Frerich B., Keilholz U., Dummer Reinhard, Sebastian G., Tilgen W., Schuler G., Mackensen A., Kaufmann R., Hauschild A.: Kurzleitlinie - Malignes Melanom der Haut. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 2008. 6: 9-14.
- 48- Gaston L., Lassonde M., Bernier-Buzzanga J., Hodgins S., Crombez J.Ch.: Psoriasis and stress: A prospective study. Journal of the American Academy of Dermatology, 1987. 17: 82-86.
- 49- Gieler U., Ernst R., Fritz J.: Mein Schuppenpanzer schützt mich! Persönlichkeitsbild und Körperbeschwerden bei Psoriasis-Patienten. H&G Zeitschrift für Hautkrankheiten, 1986. 61: 572-576.
- 50- Gieler U., Jungblut F.M., Harth W., Reimer C., Niemeier V., Höring C.M., Kupfer J.: Scham und Berührung. Zusammenhänge in eine Studie mit 140 gesunden Personen. Psychotherapeut, 2008. 53: 27-34.
- 51- Gieler U., Niemeier V., Kupfer J., Brosig B., Schill W.B.: Psychosomatic dermatology in Germany: a survey of 69 dermatologic clinics. Hautarzt, 2001. 52: 104-10.
- 52- Gieler U., Strangier U.: Psychische Probleme bei Psoriasis-Patienten. Deutscher Dermatologe, 1991. 39: 1163-1177.
- 53- Glasgow R.E., Orleans C.T.: Adherence to smoking cessation regimes. Hrsg.: Gochman D.S.: Handbook on Health Behavior Research: Provider Determinants, 2.Auflage, New York, Plenum, 1997

- 54- Goldstein B.G., Goldstein A.O.: Diagnosis and management of malignant melanoma. *American Family Physician*, 2001. 63: 1359-1368.
- 55- Green A., Siskind V., Bain C., Alexander J.: Sunburn and malignant melanoma. *British Journal of Cancer*, 1985. 51: 393-397.
- 56- Griffiths C.E., Barker, J.N.: Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*, 2007. 370: 263-271.
- 57- Griffiths C.E., Christophers E., Barker J.N., Chalmers R.J., Chimenti S., Krueger G.G., Leonardi C., Menter A., Ortonne J.P., Fry L.: A classification of psoriasis vulgaris according to Phenotype. *British Journal of Dermatology*, 2007. 156: 258-261.
- 58- Grolle M., Kupfer J., Brosig B., Niemeier V., Henninghausen L., Gieler U.: The Skin Satisfaction Questionnaire - an Instrument to Assess Attitudes toward the Skin in Healthy Persons and Patients. *Dermatology and Psychosomatics*, 2003. 4: 14-20.
- 59- Gupta M.A., Gupta A.K., Ellis Ch. N., Voorhees J.J.: Some Psychosomatic Aspects of Psoriasis. *Advanced Dermatology*, 1990. 5: 21-31.
- 60- Gupta M.A., Gupta A.K., Kirkby S., Schork N.J., Gorr S.K., Ellis Ch.N., Voorhees J.J.: A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: a study of 127 patients. *General Hospital Psychiatry*, 1989. 11: 166-173.
- 61- Gupta M.A., Gupta A.K., Kirkby S., Weiner H.K., Mace T.M. Schork N.J., Johnson E.H., Ellis Ch.N., Vorhees J.J.: Pruritus in Psoriasis: A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Archives of Dermatology*, 1988. 124: 1052-1057.
- 62- Hall H.I., Miller D.R., Rogers J.D., Bewerse B.: Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1999. 40: 35-42.
- 63- Harris D.L., Carr A.T.: Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British Journal of Plastic Surgery*, 2001. 54: 223-226.
- 64- Harth W., Gieler U.: Spezifische Krankheitsbilder. *Psychosomatische Dermatologie*, 1.Auflage, Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2006

- 65- Hartmann H., Kris E., Loewenstein R.M.: Notes on the theory of aggression. The psychoanalytic study of the child, New York, International Universities Press, 1949
- 66- Havlik R.J., Vukasin A.P., Ariyan S.: The impact of stress on the clinical presentation of melanoma. Plastic and Reconstructive Surgery, 1992. 90: 57-61; discussion 62-4.
- 67- Hodes M., Jones C., Davies H.: Cross-cultural differences in maternal evaluation of children's body shapes. International Journal of Eating Disorders, 1996. 19: 257-263.
- 68- Holman C.D.J., Armstrong B.K.: Pigmentary traits, ethnic origin, benign nevi and family history as risk factors for cutaneous malignant melanoma. Journal of the National Cancer Institute, 1984. 72: 257-266.
- 69- Houghton A., Flannery J., Viola M.V.: Malignant melanoma in Connecticut and Denmark. International Journal of Cancer, 1980. 25: 95-104.
- 70- Humenikova L., Gates G.E.: Body image perceptions in western and post-communist countries: a cross-cultural pilot study of children and parents. Maternal and Child Nutrition, 2008. 4: 220-231.
- 71- Jones-Caballero M., Penas P.F., Garcia-Diez A., Badía X., Chren M.M.: The Spanish version of Skindex-29. International Journal of Dermatology, 2000. 39: 907-912.
- 72- Jullien D., Barker J.N.: Genetics of Psoriasis. European Academy of Dermatology and Venerology, 2006. 20: 42-51.
- 73- Jung Ernst G.: Kap 18: Psoriasis. Dermatologie, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1998
- 74- Kabat-Zinn J., Wheeler E., Light T., Skillings A., Scharf M.J., Cropley T.G., Hosmer D., Bernhard J.D.: Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). Psychosomatic Medicine, 1998. 60: 625-632.

- 75- Kilic A., Gülec M.Y., Gül U., Gülec H.: Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2008. 22: 537-542.
- 76- Kirkwood J.M.: Systemic adjuvant treatment of high-risk melanoma: the role of interferon-alfa-2b and other immunotherapies. *European Journal of Cancer*, 1998. 34: 12-17.
- 77- Kirkwood J.M., Ibrahim J.G., Sondak V.K., Richards J., Flaherty L.E., Ernstoff M.S., Smith T.J., Rao U., Steele M., Blum R.H.: High- and low-dose interferon alfa-2b in high-risk melanoma: First analysis of intergroup trial. *Journal of Clinical Oncology*, 2000. 18: 2444-2458.
- 78- Kirkwood J.M., Strawderman M.H., Ernstoff M.S., Smith T.J., Borden E.C., Blum R.H.: Interferon-alfa-2b adjuvant therapy of high-risk resected cutaneous melanoma: The Eastern Cooperative Oncology Group Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 1996. 14: 7-17.
- 79- Knopf B., Geyer A., Roth H., Barta U.: Der Einfluß endogener und exogener Faktoren auf die Psoriasis vulgaris. *Dermatologische Monatsschrift*, 1989. 175: 242-246.
- 80- Koh H.K.: Cutaneous melanoma. *New England Journal of Medicine*, 1991. 325: 171-182.
- 81- Kopf A.W., Kripke M.L., Stern R.S.: Sun and malignant melanoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1984. 11: 674-684.
- 82- Laennec, übers. v. Davis N., McLeod G.: The History of melanoma from Hunter to Handley (1787-1907). Hrsg.: Balch C.M., Milton C.W.: Cutaneous melanoma, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1985
- 83- MacKie R.M.: Incidence, Risk Factors and Prevention of Melanoma. *European Journal of Cancer*, 1998. 34: 3-6.
- 84- MacKie R.M., Aitchison T.: Severe sunburn and subsequent risk of primary cutaneous malignant melanoma in Scotland. *British Journal of Cancer*, 1982. 46: 955-960.

- 85- MacKie R.M., Hauschild A., Eggermont A.M.M.: Epidemiology of invasive cutaneous melanoma. *Annals of Oncology*, 2009. 20: 1-7.
- 86- Malhotra S.K., Mehta V.: Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 2008. 74: 594-599.
- 87- Massie M.J., Hollan J.C.: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook of Psycho-Oncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*, New York, Oxford University Press, 1989
- 88- Matussek P., Agerer D., Seibt G.: Aggression in Depressives and Psoriatics. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 1985. 43: 120-125.
- 89- Mazetti M., Mozetta A., Soavi G.C., Andreoli E., Foglio Bonda P.G., Puddu P., Decaminada F.: Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Dermato-Venerologica. Supplementum*, 1994. 185: 62-64.
- 90- Miller A.J., Mihm M.C.: Mechanisms of disease: Melanoma. *The New England Journal of Medicine*, 2006. 355: 51-65.
- 91- Misery L., Thomas L., Jullien D., Cambazzard F., Humbert P., Duberet L., Dehen L., Macy G., Boussetta S., Taieb C.: Comparative study of stress and quality of life in outpatients consulting for different dermatoses in 5 academic departments of dermatology. *European Journal of Dermatology*, 2008. 18: 412-415.
- 92- Missiha S.B., Solish N., From L.: Characterizing anxiety in melanoma patients. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 2003. 7: 443-448.
- 93- Newbold P.C.H.: Pruritus in psoriasis. *Psoriasis, proceedings of the second international symposium*, New York, Yorke Medical Books, 1997
- 94- Niemeier V., Fritz J., Kupfer J., Gieler U.: Aggressive verbal behaviour as a function of experimentally induced anger in persons with psoriasis. *European Journal of Dermatology*, 1999. 9: 555-558.
- 95- Niemeier V., Harth W., Kupfer J., Mayer K., Linse R., Schill W.B., Gieler U.: Prävalenz psychosomatischer Charakteristika in der Dermatologie. *Der Hautarzt*, 2002. 53: 471-477.

- 96- Nijsten T., Meads D.M., de Korte J., Sampogna F., Gelfand J.M., Ongenaes K., Evers A.W., Augustin M.: Cross-cultural inequivalence of dermatology-specific health-related quality of life instruments in psoriasis patients. *Journal of Investigative Dermatology*, 2007. 127: 2315-2322.
- 97- Ockenfels H.M.: Triggermechanismen der Psoriasis. *Der Hautarzt*, 2003. 54: 215-223.
- 98- Osterlind A., Moller Jensen O.: Trends in incidence of malignant melanoma of the skin in Denmark 1943-1982. *Recent Results in Cancer Research*, 1986. 102: 8-17.
- 99- Osterlind A., Tucker M.A., Stone B.J., Jensen O.M.: The Danish case control study of cutaneous malignant melanoma. Importance of UV - light exposure. *International Journal of Cancer*, 1988. 42: 319-324.
- 100- Parisi G., Bottona E., Carrara M., Cardin F., Faedo A., Goldin D., Marino M., Pantalena M., Tafner G., Verdianelli G., Zilli M., Leandro G.: Treatment effects of partially hydrolyzed guar gum on symptoms and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. A multicenter randomized open trial. *Digestive Diseases and Sciences*, 2005. 59: 1107-1112.
- 101- Parker J.D.A., Bagby R.M., Taylor G.J., Endler N.S., Schmitz P.: Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymie Scale. *European Journal of Personality*, 1993. 7: 221-232.
- 102- Peters B.P., Weissmann F.G., Gill M.A.: Pathophysiology and treatment of psoriasis. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2000. 57: 645-659.
- 103- Picardi A., Mazzotti E., Gaetano P., Cattaruzza M.S., Baliva G., Melchi C.F., Biondi M., Pasquini P.: Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse Plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 2005. 46: 556-564.
- 104- Picardi A., Pasquini P., Abeni D., Fassone G., Mazzotti E., Fava G.A.: Psychosomatic assessment of skin disease in clinical practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005. 74: 315-322.

- 105- Raghunathan R., Pham M.T.: All negative moods are not equal: Motivational influences of anxiety and sadness on decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 1999. 79: 56-77.
- 106- Rassner G.: Neubildungen. *Dermatologie Lehrbuch und Atlas*, 8.Auflage, München, Elsevier, 2007
- 107- Rassner G., Steinert U., Schlangenhauff B.: Erbkrankheiten und nicht-erbliche Fehlbildungen der Kutis, Gruppe der Palmoplantarkeratosen. *Dermatologie Lehrbuch und Atlas*, 5.Auflage München, Urban&Schwarzenberg Verlag, 1997
- 108- Reed R.J.: *New concepts in surgical pathology of the skin*. New York, John Wiley and Sons, 1976
- 109- Sabat R., Philipp S., Höflich C., Kreutzer S., Wallace E., Asadullah K., Volk H.D., Sterry W., Wolk K.: Immunopathogenesis of Psoriasis. *Experimental Dermatology*, 2007. 16: 779-798.
- 110- Schön M.P., Boehncke W.H.: Psoriasis. *New England Journal of Medicine*, 2005. 352: 1899-1912.
- 111- Schulte K.W., Rief P., Franke W., Ruzicka T.: Malignant melanoma: epidemiological data from the Dusseldorf area. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, 2001. 90: 293-296.
- 112- Schur M.: *Zur Metapsychologie der Somatisierung*. Hrsg.: K. Brede: Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinisch und theoretische Beiträge, Frankfurt a.M., Athenäum, 1974
- 113- Schur M.: *The Ego in Anxiety*. Hrsg.: R.M. Loewenstein: Drives, affects, behavior, New York, International University Press, 1953
- 114- Sebastian G., Stein A.: *Das maligne Melanom der Haut*, Bremen, Uni-Med Verlag AG, 2000
- 115- Slominski A., Ross J., Mihm M.C.: Cutaneous melanoma: pathology, relevant prognostic indicators and progression. *British Medical Bulletin*, 1995. 51: 548-569.

- 116- Smith C.H., Barker J.N.: Psoriasis and its management. *British Medical Journal*, 2006. 333: 380-384.
- 117- Snaith R.P., Herrmann Ch., Buss U.: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin; Testdokumentation und Handanweisung, 1.Auflage, Bern, Verlag Hans Huber, 1995
- 118- Stangier U., Gieler U., Ehlers A.: Entwicklung eines Fragebogen zur Krankheitsbewältigung bei Hauterkrankungen (Marburger Haut-Fragebogen). *Diagnostica*, 1997. 43: 347-357.
- 119- Stefanek M.E., Derogatis L.P., Shaw A.: Psychological distress among oncology outpatients. *Psychosomatics*, 1987. 28: 530-539.
- 120- Steigleder G.K.: Erythemosquamöse Dermatosen, Psoriasis. *Dermatologie und Venerologie*, 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1992
- 121- Swanbeck G., Inerot A., Martinsson T., Wahlstroem J.: A population genetic study of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 1994. 131: 32-39.
- 122- Task P.C., Paterson A.G., Hayasaka S., Dunn R. L., Riba M., Johnson T.: Psychosocial characteristics of individuals with non-stage IV melanoma. *Journal of Clinical Oncology*, 2001. 19: 2844-2850.
- 123- Tran T.T., Schulman J., Fisher D.E.: UV and pigmentation: molecular mechanisms and social controversies. *Pigment Cell and Melanoma Research*, 2008. 21: 509-516.
- 124- Trask P.C., Esper P., Riba M., Redman B.: Psychiatric side effects of interferon therapy: prevalence, proposed mechanisms, and future directions. *Journal of Clinical Oncology*, 2000. 18: 2316-2326.
- 125- Urpe M., Pallanti S., Lotti T.: Psychosomatic factors in dermatology. *Dermatologic Clinics*, 2005. 23: 601-608.
- 126- Willan R.: Discription and treatment of cutaneous diseases, London, J.Johnson, 1798
- 127- Winkler P., Trepte S.: Ozone decline and UV increase. *Gesundheitswesen*, 2004. 66: 31-36.

- 128- Wittekind C., Wagner G.H.: TNM - Klassifikation maligner Tumoren, 5.Auflage
Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1997
- 129- Wittkower E.D., Warnes H.: Transcultural Psychosomatics. Psychotherapy and
Psychosomatics, 1974. 23: 1-12.
- 130- Yosipovitch G., Goon A., Wee J., Chan Y.H., Goh C.L.: The prevalence and
characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. British
Journal of Dermatology, 2000. 143: 969-973.

13 ANHANG

13.1 Hautzuf: italienische Version

SODDICUTE

Questionario relativo al grado di soddisfazione con la propria cute

Nelle seguenti pagine troverà un questionario sul grado di soddisfazione con la cute; La preghiamo di indicare, per ogni affermazione, in quale misura si applica alla Sua persona: da “assolutamente sì” a “per nulla”, Lei ha la possibilità di specificare questa misura scegliendo con una crocetta un grado di verità.

Voglia scegliere le risposte, se possibile, ogni volta senza riflettere troppo a lungo. La preghiamo di riempire l'intero formulario; non vi è il rischio di commettere uno sbaglio nel riempirlo. All'inizio troverà anche delle domande più generali relative alla Sua persona da riempire anonimamente.

La ringraziamo vivamente per la Sua collaborazione!

Domande relative alla Sua persona

Età: _____ anni

Sesso: femminile ☐ maschile ☐

Stato di famiglia: nubile ☐ coniugata/o ☐

convivente ☐ divorziata/o ☐

vedova/o ☐

Grado di istruzione raggiunto:

Nessuno ☐ **d** ☐ **a Celano** scuola elementare ☐ scuola media ☐ maturità ☐

Professione: _____

Malattie della pelle: Sì ☐ No ☐

Se sì:

Quali? _____

Da quando? _____

E' sotto terapia medica a causa della malattia della pelle?

Sì ☐ No ☐

	Assolutamente sì ←					Per nulla →
1. Mi piace toccarmi	☐	☐	☐	☐	☐	
2. L'odore del corpo e/o quello del sudore spesso mi ripugna.	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Guardando cose sporche mi viene la pelle d'oca.	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Mi piace guardarmi allo specchio	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Toccare me stesso con tenerezza mi fa del bene.	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Da bambino trovavo subito conforto tra le braccia dei miei genitori.	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Ci sono spesso persone che mi appaiono poco curate e ripugnanti.	☐	☐	☐	☐	☐	
8. Toccare me stesso mi tranquillizza.	☐	☐	☐	☐	☐	
9. Mi piace osservare il mio corpo.	☐	☐	☐	☐	☐	
10. Accarezzare me stesso mi risulta molto gradevole.	☐	☐	☐	☐	☐	
11. I miei genitori facevano spesso le coccole con me.	☐	☐	☐	☐	☐	
12. Per i miei genitori il contatto corporeo con me era qualcosa di assolutamente normale	☐	☐	☐	☐	☐	
13. L'effetto di essere toccato con tenerezza permane a lungo su di me.	☐	☐	☐	☐	☐	

	Assolutamente sì ←			Per nulla →	
14. I miei genitori mi prendevano spesso in braccio	☐	☐	☐	☐	☐
15. I bicchieri sporchi mi risultano molto spiacevoli	☐	☐	☐	☐	☐
16. Mi da fastidio utilizzare gabinetti pubblici.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Se mi offrono una camera sporca in albergo protesto immediatamente.	☐	☐	☐	☐	☐
18. In situazioni imbarazzanti vorrei poter sprofondare	☐	☐	☐	☐	☐
19. A volte, non vorrei essere nei miei stessi panni.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Provo un grande bisogno di appoggiarmi al mio/ alla mia compagna/o	☐	☐	☐	☐	☐
21. Vicinanza e senso di protezione sono molto importanti per me.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Dopo l'orgasmo mi piace continuare a scambiare effusioni.	☐	☐	☐	☐	☐
23. In situazioni difficili di crisi mi sembra di essere brutta/o.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Se mi trovo al centro dell'attenzione, arrossisco facilmente.	☐	☐	☐	☐	☐

	Assolutamente sì ←				Per nulla →
25. Da bambino, con i miei genitori mi sono spesso scatenato e rotolato in terra.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Dal punto di vista dell'atteggiamento corporeo i miei genitori erano piuttosto riservati e mi toccavano poco.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Che altri (ad esempio il mio/la mia partner) mi vedano nudo/a mi risulta sgradevole.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Se sono imbarazzato per qualcosa, arrossisco facilmente.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sono una persona cui il contatto corporeo con il / la partner non basta mai.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Se il mio/la mia partner mi tocca, provo un gradevole formicolio sulla pelle.	☐	☐	☐	☐	☐

13.2 Hautzuf: deutsche Version

HautZuf¹

(Fragebogen zur Hautzufriedenheit)

Im folgenden liegt Ihnen ein Fragebogen zur **Hautzufriedenheit** (HautZuf) vor, bei dem Sie zu verschiedenen Aussagen angeben sollen, ob sie für Sie eher „vollkommen“ oder eher „gar nicht“ zutreffen. Sie haben dazu fünf Abstufungsmöglichkeiten in Ankreuzform.

Entscheiden Sie sich möglichst ohne lange zu Überlegen für eine Antwortmöglichkeit und füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig aus; Sie können beim Ausfüllen nichts falsch machen. Am Anfang finden Sie zunächst einige Fragen zu Ihrer Person in anonymer Form.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen zu Ihrer Person:

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

Familienstand: ledig ☐ verheiratet ☐ nicht-eheliche Lebensgemeinschaft ☐
 geschieden ☐ verwitwet ☐

Schulabschluss: ohne ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Abitur ☐
 Beruf: _____

Hauterkrankungen: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja:

welche? _____

seit wann? _____

Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐

	trifft gar nicht zu				trifft voll- kommen zu
1. Ich berühre mich gerne selbst	☐	☐	☐	☐	☐
2. Körperliches wie Schweißgeruch stößt mich oft ab	☐	☐	☐	☐	☐
3. Beim Betrachten schmutziger Dinge bekomme ich Gänsehaut	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich schaue mich gerne im Spiegel an	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mich selbst zärtlich zu berühren tut mir gut	☐	☐	☐	☐	☐
6. Im Arm meiner Eltern habe ich als Kind schnell Trost gefunden	☐	☐	☐	☐	☐
7. Es gibt öfter Menschen, die ich sehr ungepflegt und abstoßend finde	☐	☐	☐	☐	☐
8. Mich selbst zu berühren beruhigt mich	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich betrachte gerne meinen Körper	☐	☐	☐	☐	☐
10. Mich selbst zu streicheln, finde ich sehr angenehm	☐	☐	☐	☐	☐
11. Meine Eltern haben oft mit mir geschmust	☐	☐	☐	☐	☐
12. Für meine Eltern war Körperkontakt mit mir immer selbstverständlich	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eine zärtliche Berührung wirkt bei mir lange nach	☐	☐	☐	☐	☐
14. Meine Eltern haben mich oft in den Arm genommen	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm	☐	☐	☐	☐	☐

	trifft gar nicht zu			trifft voll- kommen zu	
16. Es ist mir unangenehm, öffentliche Toiletten zu benutzen	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ein schmutziges Hotelzimmer reklamiere ich sofort	☐	☐	☐	☐	☐
18. In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken	☐	☐	☐	☐	☐
19. Es kommt vor, dass ich am liebsten „nicht in meiner Haut stecken“ möchte	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meine/n Partner/in	☐	☐	☐	☐	☐
21. Nähe und Geborgenheit sind für mich sehr wichtig	☐	☐	☐	☐	☐
22. Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
23. In Krisenzeiten fühle ich mich hässlich	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe	☐	☐	☐	☐	☐
25. Mit meinen Eltern habe ich als Kind viel gerangelt und herumgetobt	☐	☐	☐	☐	☐
26. Meine Eltern waren körperlich eher zurückhaltend und haben mich nur selten berührt	☐	☐	☐	☐	☐
27. Es ist mir unangenehm, wenn andere (z.B. mein/e Partner/in) mich nackt sehen	☐	☐	☐	☐	☐
28. Wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann	☐	☐	☐	☐	☐
30. Bei einer zärtlichen Berührung durch meine/n Partner/in spüre ich häufig ein angenehmes Kribbeln in meiner Haut	☐	☐	☐	☐	☐

**Der Lebenslauf wurde aus der elektronischen
Version der Arbeit entfernt.**

**The curriculum vitae was removed from the
electronic version of the paper.**

13.4 Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre:

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

13.5 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Uwe Gieler und Herrn PD Dr. Jörg Kupfer für die Überlassung des Themas und für die Möglichkeit, diese Arbeit im Institut für Medizinische Psychologie der Universität Gießen durchführen zu können.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Kupfer für die hervorragende Unterstützung und Betreuung meiner Doktorarbeit, die konstruktive Kritik und das Vorantreiben dieser Arbeit.

Ein herzlicher Dank geht an Dr. Dennis Linder für die Übersetzung des Hautuuf in die italienische Sprache sowie für die Unterstützung während der Datenerhebung an der Universität Padua in Italien.

Zu guter Letzt möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern bedanken, die mir das Studium der Medizin ermöglicht haben und mich stets in meinen Vorhaben unterstützt haben.