

Effektivität der stationären Neurodermitistherapie:

Ist die psychosomatische Ergänzungsbehandlung vergleichbar mit einer dermatologischen Therapie?

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereiches Medizin

der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Lisa Fricke

aus Wiesbaden

Gießen 2011

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin,
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Leiter: Prof. Dr. med. J. Kruse
der Universitätskliniken Gießen und Marburg GmbH
Standort Gießen

Gutachter: Prof. Dr. med. U. Gieler

Gutachter: Prof. Dr. med. P. Mayser

Tag der Disputation: 15.12.2011

1	EINLEITUNG	1
2	THEORIETEIL	2
2.1	Atopisches Ekzem/Neurodermitis	2
2.1.1	Definition	2
2.1.2	Epidemiologie	3
2.1.3	Klinik	3
2.1.4	Pathophysiologische Konzepte	4
2.1.5	Diagnostik	7
2.1.6	Therapie	9
2.2	Psychodermatologische Aspekte	13
2.2.1	Psychosomatische Dermatologie	13
2.2.2	Krankheitsverarbeitung und soziale Ausgrenzung	14
2.2.3	Entwicklungspsychologie der Haut	15
2.2.4	Juckreiz	16
2.3	Psychotherapie	17
2.3.1	Analytische Psychotherapie	17
2.3.2	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	18
2.3.3	Verhaltenstherapie (Lerntheoretische Verfahren)	18
2.3.4	Neurodermitisschulungen	19
2.4	Stand der Forschung zu Neurodermitis und Psychotherapie	21
3	ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNGEN UND HERLEITUNG DER HYPOTHESEN	26
3.1	Fragestellung	26
3.2	Hypothesen	29
4	METHODIK	30
4.1	Design	30
4.2	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente (Fragebögen)	31
4.2.1	Fragebogen zur sozialen Situation (Sozialfragebogen)	31
4.2.2	Schweregraderfassung der Neurodermitis (SCORAD)	31
4.2.3	Dermatologischer- Lebensqualitäts- Fragebogen (DLQI)	32
4.2.4	Marburger Hautfragebogen (MHF)	33
4.2.5	Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)	34
4.2.6	Fragebogen zur Art der Bindung oder Beziehung (AAS- Adult Attachment Scale)	35
4.2.7	Fragebogen zu Angst und Depression (HADS)	36
4.2.8	Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen/Alexithymiefragebogen (TAS-20)	37
4.2.9	Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Zuf-8	38
4.3	Stichprobe und Durchführung der Untersuchung	39
4.3.1	Beschreibung der Stichprobe	39
4.3.2	Standardtherapie der Psychosomatischen Klinik der Justus-Liebig Universität Gießen	40
4.3.3	Standardtherapie der Rothaarklinik, Fachklinik für Psychosomatik, Bad Berleburg	40
4.3.4	Therapiegestaltung der Vivantes Klinik Friedrichshain in Berlin (Dermatologische Klinik)	41
4.3.5	Durchführung und Verlauf der Studie	41
4.3.6	Datenanalyse	44

4.4	Statistische Hypothesen	45
5	ERGEBNISSE	49
5.1	Sozialfragebogen	50
5.1.1	Soziale Merkmale	50
5.1.2	Krankheitsspezifische Merkmale	52
5.2	Schweregradindex	54
5.2.1	SCORAD	54
5.2.2	PO-SCORAD	55
5.3	Dermatologischer- Lebensqualitäts- Fragebogen (DLQI)	57
5.4	Marburger Hautfragebogen (MHF)	58
5.4.1	MHF Skalen	58
5.4.2	MHF Krankheitsspezifische Variablen	61
5.5	Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)	62
5.6	Fragebogen zur Art der Bindung oder Beziehung (AAS- Adult Attachment Scale)	65
5.7	Fragebogen zu Angst und Depression (HADS)	67
5.7.1	Angstskala	67
5.7.2	Depressionsskala	70
5.8	Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen, Alexithymiefragebogen (TAS-20)	73
5.9	Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Zuf-8	74
5.10	Sozialfragebogen (Arztbesuche)	76
6	DISKUSSION	77
6.1	Stichprobe	77
6.2	Fragebögen	78
6.2.1	Sozialfragebogen	78
6.2.2	SCORAD	79
6.2.3	Dermatologischer- Lebensqualitäts- Fragebogen (DLQI)	81
6.2.4	Marburger Hautfragebogen (MHF)	84
6.2.5	Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)	87
6.2.6	Fragebogen zur Art der Bindung oder Beziehung (AAS- Adult Attachment Scale)	90
6.2.7	Fragebogen zu Angst und Depression (HADS)	91
6.2.8	Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen/ Alexithymiefragebogen (TAS-20)	94
6.2.9	Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Zuf-8	95
6.2.10	Sozialfragebogen (Arztbesuche)	96
6.3	Kritische Bewertung der eigenen Studie	97
6.4	Ausblick auf nachfolgende Studien	98
7	ZUSAMMENFASSUNG	100
	LITERATURVERZEICHNIS	104
	ANHANG	111

1 Einleitung

In der deutschen Sprache gibt es einige Redewendungen, die Bezug auf die Haut nehmen: „Das geht mir unter die Haut“, „In deiner Haut möchte ich nicht stecken“, „Ein dickes Fell haben“ und „das ist zum Aus der Haut fahren“. All die Sprüche spiegeln die Beteiligung der Haut an psychischen Reaktionen wieder.

So liegt es doch scheinbar auf der Hand, dass psychische Mitbeteiligungen bei chronischen Hauterkrankungen eine Rolle spielen.

In der vorliegenden Arbeit soll die psychische Belastung als möglicher Auslöser der Hauterkrankung Neurodermitis genauer untersucht werden. Es soll gezeigt werden, dass eine psychosomatische Mitbehandlung von Neurodermitispatienten einen Effekt auf die Schübe und Schwere der Neurodermitis hat.

Weniger Beachtung soll den dermatologischen Aspekten, wie z. B. weiteren Allergien und dem Medikamentenverbrauch der Probanden geschenkt werden, viel mehr liegt das Gewicht in dem Bereich der psychosomatischen Dermatologie.

Per Definition beschäftigt sich die psychosomatische Dermatologie „mit Hautkrankheiten, bei denen psychosoziale Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben. Dermatosen werden in dieser Hinsicht unter einem bio-psycho-sozialen Modell ganzheitlich/systemisch gesehen. Psychosomatische Dermatologie ist im weiteren Sinne jeder Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Patienten mit Hautkrankheiten.“, so in der Leitlinie für Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie) AWMF-Leitlinien-Register¹ Nr. 013/024, Seite 2 beschrieben.

Zur Erhebung der Daten wurden stationäre Neurodermitispatienten im Zeitraum von Januar 2007 bis März 2009 mit Hilfe von Fragebögen untersucht, welche die intra- und interpersonellen Probleme abfragen und den Schweregrad als objektivierenden körperlichen Faktor der Erkrankung erfassen sollten.

Zunächst soll in der vorliegenden Dissertation ein Überblick über die Erkrankung des atopischen Ekzems und die bereits erlangten Erkenntnisse in der Psychodermatologie gegeben werden. Dem schließt sich eine Beschreibung der Untersuchung an. Im dritten Teil, sollen die Ergebnisse der Studie zusammengetragen werden und der Effekt einer zusätzlichen Psychotherapie bei Neurodermitispatienten näher beleuchtet werden.

¹ AWMF- Register: Register der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

2 Theorieteil

2.1 Atopisches Ekzem/Neurodermitis

2.1.1 Definition

„Es handelt sich um eine chronisch oder chronisch-rezidivierende, entzündliche, nicht kontagiöse Hauterkrankung, die mit starkem Juckreiz einhergeht und häufig familiär, allein oder mit Asthma bronchiale oder Heuschnupfen auftritt.“, Zitat aus Braun- Falco et al. (2005), S. 381.

Es gibt viele Synonyme der Neurodermitis. In der folgenden Arbeit werden nur die Begriffe Neurodermitis, atopisches Ekzem und atopische Dermatitis verwandt.

Im Vordergrund der Erkrankung stehen häufig Hauptsymptome wie rote, schuppene, gelegentlich auch nässende Ekzeme auf der Haut und ein oft quälender Juckreiz.

Bei einem Teil der Patienten tritt das atopische Ekzem in Verbindung mit verschiedenen anderen Formen der Atopie auf.

Unter Atopie (=Überempfindlichkeit) versteht man das gehäufte Auftreten von atopischen Ekzemen, Rhinoconjunktivitis allergica und allergischem Asthma bronchiale, verbunden mit einer genetischen Disposition für IgE- Antikörperbildung gegen verschiedene Umweltallergene.

Für die Atopie existiert eine genetische Basis, diese wird jedoch entscheidend von exogenen und endogenen Faktoren (nicht genetische Modulationsfaktoren) geprägt.

So genannten Provokationsfaktoren können Neurodermitis auslösen. Darunter fallen als exogene Faktoren z.B. Nahrungsmittelallergene (Kuhmilch, Hühnereiweiß, Nüsse) oder Aeroallergene (Hausstaubmilben, Katzenhaare), als endogene Faktoren werden Infekte und auch psychische Faktoren genannt.

2.1.2 Epidemiologie

Die Neurodermitiserkrankung beginnt in den meisten Fällen im Kindesalter und ist mit 10-20 Prozent die häufigste Hauterkrankung bei Kindern (Braun-Falco et al. 2005).

Bei Erwachsenen tritt die Neurodermitis seltener auf, als bei Kindern. Im Jahr 2002 lag die Prävalenz in Deutschland bei 2 Prozent (Worm et al. 2006, Werner et al. 2002).

Wenn in der Familie keinerlei Hinweise auf eine Atopie vorliegen, beträgt die Wahrscheinlichkeit mit Neurodermitis geboren zu werden 10-20 Prozent. Leiden beide Eltern an der gleichen atopischen Manifestation, z.B. einer Neurodermitis, so steigt das Risiko für die Kinder auf 60-80 Prozent an. Weisen die Elternteile verschiedene atopische Manifestationen auf, reduziert sich die Häufigkeit auf 30-40 Prozent (Braun-Falco et al. 2005).

Die Wahrscheinlichkeit, dass die Mutter Neurodermitis vererbt, ist gering höher als die des Vaters, die Ursache dafür ist jedoch noch ungeklärt.

2.1.3 Klinik

Das Bild der Neurodermitis zeigt verschiedene Manifestationsorte in Abhängigkeit des Alters des Betroffenen. Hauterscheinungen mit Rötungen, Nässen und Krustenbildungen an Wangen, Stirn und dem behaarten Kopf (Milchschorf/Krusta lactea) können oft schon im 2. bis 3. Lebensmonat des Säuglings auftreten.

Im Kleinkindes- und Kindesalter bilden sich die Hauterscheinungen zunächst im Bereich der Streckseiten, später dann im Bereich der Gelenkbeugen ab. Häufig betroffen ist auch das Gesäß. Beim Erwachsenen sind neben den Gelenkbeugen häufig Gesicht, Hals, Nacken, Schultern und Brust Orte für Hautveränderungen.

Während im Säuglings- und Kindesalter meist das Bild des exudativ nässenden Ekzems im Vordergrund steht, spricht man im Jugend- und Erwachsenenalter von einem chronisch-lichenifiziertem Ekzem mit trockener Haut und akuten Exazerbationen. Häufig zeigt sich das so genannte Prurigobild (=Hautjucken mit zwanghaftem Kratzen).

Von der typischen Neurodermitis gibt es auch Minimalvarianten, z.B. diskrete Ekzeme am Ohrläppchenansatz, den Lidern, Fingerkuppen, Lippen oder am Genital.

Viele Patienten weisen neben den genannten Hautveränderungen sogenannte Atopiestigmata auf: Trockene Haut, Ichthyosishände und Ichthyosisfüße mit Hyperlinearität, eine Atopiefalte an den Augen (Dennie-Morgan-Falte), eine Rarefizierung der lateralen Augenbrauenpartie und eine auffallende Blässe im Gesicht. Ein weißer Dermographismus kann häufig ausgelöst werden. Dabei zeigt sich nach Druckausübung auf die Haut mit einem Holzspatel eine Weißfärbung der Haut, am ehesten bedingt durch lokale Vasokonstriktion.

2.1.4 Pathophysiologische Konzepte

Die Ursache der atopischen Dermatitis ist nur teilweise geklärt. Eine multifaktorielle Pathogenese wird diskutiert, bestehend aus genetischen, molekularbiologischen, immunologischen und umweltbiologischen Faktoren, siehe nachstehende Abbildung.

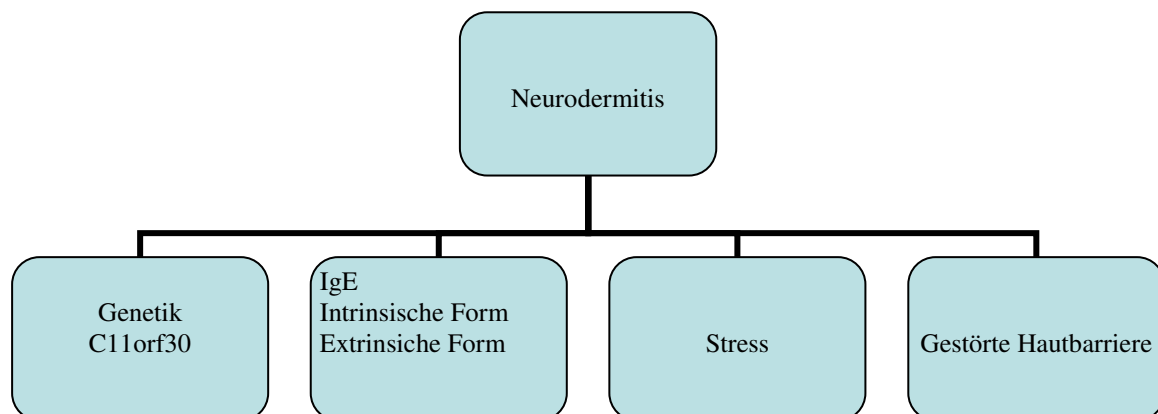


Abbildung 1: Multifaktorielle Pathogenese als Ursache von Neurodermitis

Zunächst besteht eine klare genetische Disposition. Ein familiär gehäuftes Auftreten der Neurodermitis wird beobachtet (siehe Epidemiologie 2.1.2).

Schon seit längerer Zeit steht das Chromosom 11 im Blickfeld der Wissenschaftler. Dieses ist besonders häufig bei Neurodermitis verändert. Seit April 2009 ist bekannt, dass auf dem Chromosom 11 das Gen C11orf30 liegt, welches die Anleitung für den Bau des Eiweißes EMSY liefert. Inwieweit dieses Eiweiß eine Rolle bei der atopischen Dermatitis spielt, ist jedoch noch nicht geklärt (Esparza-Gordillo et al. 2009).

Des Weiteren besteht bei Patienten mit atopischer Dermatitis oft eine erhöhte IgE-Bildung. Es lassen sich eine erhöhte Zahl von IgE- Antikörpern im Blut nachweisen. Diese IgE- Antikörper sind häufig gegen Umweltantigene gerichtet.

Laut Braun-Falco et al. (2005) kann entweder im Hauttest (Pricktest oder Intrakutantest) eine Sofortreaktion (Typ I) auf die Antigene festgestellt werden, oder im RAST (=Radio-Allergo-Sorbent-Test) können spezifische IgE-Antikörper (Typ IV-Reaktion) nachgewiesen werden. Das atopische Ekzem kann so als Mischform zwischen Typ I- und IV-Reaktion bezeichnet werden.

Mit einem sogenannten Atopiepatchtest kann die Relevanz einer IgE vermittelten Sensibilität beurteilt werden. Dabei werden typische IgE induzierende Allergene auf unbefallene Hautareale aufgebracht und die nach 48-72 Stunden auftretende Ekzemreaktion bewertet. Somit lässt sich der Faktor, der für die Unterhaltung des atopischen Ekzems verantwortlich ist, herausfinden und dann vermeiden.

Es gibt jedoch Patienten, bei denen es nicht zu einer IgE-vermittelten Sensibilisierung im Hauttest oder RAST kommt, jedoch eine klinische Manifestation der Neurodermitis vorliegt. Man bezeichnet diese Variante als ein intrinsisches atopisches Ekzem. Diese Unterscheidung vom extrinsischen atopischen Ekzem hat eine große Bedeutung für die präventive Strategie und Therapie der Erkrankung.

Psychischer Stress ist ein bekannter Einflussfaktor der atopischen Dermatitis und ein Grund für ein Therapieversagen, so Steinhoff (2008).

Der Zusammenhang zwischen erhöhten IgE- Spiegeln und Stress wird in einem Artikel („Psychoneuroimmunologie: Ein Update (2009)“) von C. Schubert und G. Schüßler dargestellt. In einer von Wright et al. (2002) durchgeführten Studie konnten erhöhte IgE-Konzentration bei Kindern von gestressten Müttern bzw. gestressten Betreuungspersonen dargestellt werden (eingeschlossen waren Kinder bis zum 18. Monat nach der Geburt).

Auch eine beschriebene Studie von Buske- Kirschbaum et al. (2002) zeigt einen signifikanten IgE Anstieg 24 Stunden nach einem psychischen Laborstressor (Trier Social Stress Test, TSST) bei Patienten mit atopischer Dermatitis, im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe.

Es scheint nach Stressbelastung zu einer Verschiebung vom Th1- zum Th2-Immunphänotyp und so einer vermehrten Produktion von Th2 Zellen zu kommen, v.a. bei allergischen und asthmatischen Erkrankungen, so Schubert und Schüßler in dem Artikel Psychoneuroimmunologie: Ein Update (2009).

Glucokortikoide, die unter Stress vermehrt produziert werden, inhibieren die Produktion von Th1-Helfer Zellen und aktivieren die der Th2-Zellen und somit die humorale Abwehr. Es wird ein in der Haut vorhandenes peripheres Äquivalent der Hypothalamus- Hypophysen

Achse beschrieben, die bei Stress aktiviert wird und so zu einer Hautreaktion führt. Auch die stressassoziierte Expression von CRH (Corticotropin-releasing hormone) in der Haut konnte nachgewiesen werden.

Des Weiteren wird die Aktivierung des peripheren Äquivalentes der Hypothalamus-Hypophysen Achse bei Stress komplettiert durch die Ausschüttung von Prolactin, Melatonin und Katecholaminen, welche Rolle sie jedoch genau in der Haut spielen, muss erst noch erforscht werden.

Neuropeptide in den epidermalen Nerven, die in der Nähe von dendritischen Zellen liegen und bei Stress ausgeschüttet werden und so die Zellen stimulieren, könnten eine Rolle spielen, so Novak und Bieber 2004.

Steinhoff untersucht die gestörte Kommunikation zwischen dem Nervensystem und dem Immunsystem. Wirkt auf die Haut eines Neurodermitikers Stress oder ein anderer Provokationsfaktor, fehlt die Weitergabe des Nervensystems an das Immunsystem, welches die entzündliche Reaktion in Schach hält. Die Haut reagiert vermehrt oder überschießend auf die Provokationsfaktoren.

In seinem Artikel - „Outside-to-inside (and now back to „Outside“) Pathogenic Mechanisms in atopic dermatitis“-, beschreibt er die Pathogenese der atopischen Dermatitis als Model mit innerlichen (Genetik) und äußeren Faktoren (Barrieredefekt), die zusammen eine Rolle spielen. Lange Zeit wurde den T-Helfer-Zellen und der resultierenden T1/T2 Zellen Dysregulation eine große Rolle in der Entzündungsreaktion und der Entstehung des Juckreizes zugeschrieben. Er sieht jedoch eine gestörte Barrierefunktion der Haut als einen der Hauptfaktoren in der Entstehung der atopischen Dermatitis. Er geht weiter und sagt: „Die Schwere der Neurodermitis verläuft parallel mit der Schwere der gestörten Hautbarriere“, Seite 2.

In der S2 Leitlinie für Neurodermitis wird beschrieben, dass Mutationen im Filaggrin-Gen mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Barrieredefekt im Stratum corneum bei Neurodermitis stehen. Wie dieser Ausfall des Filaggrin-Gens den Barrieredefekt provoziert, ist noch ungeklärt (P. M. Elias, M. Steinhoff, 2008). Des Weiteren ist unbekannt, was für die fehlende Barrierefunktion verantwortlich ist, bei Patienten, bei welchen keine Mutation des Filaggrin-Gens vorliegt. Bei diesen könnte ein Polymorphismus des Stratum corneum chymotryptischen Enzyms (SCCE) vorliegen, der einen Barrieredefekt in der obersten Hautschicht erklären kann, so Vasilopoulos et al. 2004 in den AWMF Leitlinien S2 für Neurodermitis (NR 013/027).

2.1.5 Diagnostik

In den meisten Fällen erfolgt die Diagnose der Neurodermitis durch das Auftreten der Erkrankung an den dafür typischen, altersabhängigen Stellen. Hilfreich bei der Diagnosestellung sind dabei entweder die von Hanifin und Rajka 1980 publizierten Diagnosekriterien (siehe Abbildung 2), die sich in Haupt- und Nebenkriterien unterteilen, oder die von der englischen Arbeitsgruppe Williams et al. 1996 entwickelten Kriterien in ein Haupt- und fünf Nebenkriterien (siehe Abbildung 3).

Hauptkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Juckreiz - Typische Morphologie und Verteilung - Lichenifikation in den Beugen (Erwachsene), Gesicht und Streckseiten (Kinder) - Chronisch-rezidivierendes Ekzem - Eigen-oder Familienanamnese atopischer Erkrankungen
Nebenkriterien	Sebostase, Ichthyosis, Ichthyosishand, Keratosis follicularis, Typ-I-Sensibilisierung (Pricktest), erhöhtes IgE-Gesamt, früher Krankheitsbeginn, Neigung zu kutanen Infektionen (Staphylococcus aureus, HSV), Neigung zu unspezifischem Hand- und Fußekzem, Brustwarzenekzem, Cheilitis, rezidivierende Konjunktivitis, Dennie-Morgan-Falte, Keratokonus, subkapsuläre Katarakt, periokulare Schatten, Gesichtsbülasse, Gesichtserythem, Pityriasis alba, Fältelung des Nackens, Juckreiz beim Schwitzen, Intoleranz von Wolle und Lösemitteln, perifollikuläre Akzentuierung, Nahrungsmittelintoleranz, Abhängigkeit von Umwelt- und psychischen Faktoren, weißer Dermographismus.
Es müssen je 3 Haupt- und Nebenkriterien erfüllt sein	

Abbildung 2: Diagnostische Kriterien des atopischen Ekzems nach Hanifin und Rajka (1980), aus Braun-Falco et al. 2005 S. 390

Obligatorisches Kriterium	Juckende Hautveränderung oder entsprechende Angaben der Eltern über Kratzen, innerhalb der letzten 12 Monate
≥3 der folgenden Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Befall der großen Beugen: Ellenbeugen, Kniekehlen, Knöchel, Hals und Lidregion. - Eigenanamnese von Asthma oder Heuschnupfen oder Familienanamnese einer atopischen Erkrankung bei Angehörigen ersten Grades - Anamnese einer allgemein trockenen Haut innerhalb des letzten Jahres - Beginn der Hauterscheinung vor 2 Jahren (nur für Kinder über 4 Jahren) - Sichtbares Beugenekzem einschließlich Wangen, Stirn sowie Streckseiten der Extremitäten bei Kindern unter 4 Jahren

Abbildung 3: Diagnostische Kriterien des atopischen Ekzems nach UK- Arbeitsgruppe/ Williams (1994), aus Braun-Falco et al. 2005 S. 390.

Hat man die Diagnose eines atopischen Ekzems getroffen, sollten mit Hilfe eines Allergietestes die Provokationsfaktoren aufgedeckt werden. Im Blut kann der IgE-Spiegel bestimmt werden, um eine atopische Diathese einordnen zu können. So kann der Provokationsfaktor vermieden werden.

Im Kindesalter ist zur Bestimmung von auslösenden Faktoren der Pricktest zu empfehlen. Fällt dieser negativ aus, kann im nächsten Schritt im Intrakutantest nach Allergien geschaut werden. Des Weiteren kann ein Epikutantest mit klassischen Kontaktallergenen oder ein Scratch-Test, bei wasserunlöslichen Substanzen durchgeführt werden.

Eine Probebiopsie zur dermatohistopathologischen Untersuchung ist im Einzelfall zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung indiziert. Allerdings sind andere Ekzemerkrankungen vom atopischen Ekzem histologisch oft nicht sicher abgrenzbar.

2.1.6 Therapie

Zur Behandlung der Neurodermitis können unterschiedliche Therapien angewendet werden. Trotz wachsender Erkenntnisse der Grundlagenforschung über die Krankheitsentstehung beschränken sich viele Therapieformen bislang häufig auf die Behandlung der Symptome. Zunächst sollte immer auf eine konsequente dermatologische Basisbehandlung mittels Salben geachtet werden. Weiterhin sollten Provokationsfaktoren (z.B. bekannte Allergene und Hautirritationen) reduziert und vermieden werden.

Durch eine gute Basistherapie soll vor allem Hauttrockenheit als Barrieredefekt der Haut verhindert werden. Dies erfolgt, so in den Neurodermitisleitlinien Stand 2008, Seite 7 beschrieben, durch:

1. eine Reduktion des Wasserverlustes über die äußeren Hautschichten durch Okklusionseffekte der fettenden Salben (z.B. weißes Paraffin),
2. die Anwendung von harnstoffhaltigen Salben, die eine bessere Wasserbindung in der Haut erzielen,
3. hydrophile Cremes, die zur besseren Bindung von Wasser auf der Haut beitragen.

Bei entzündlichen Veränderungen der Haut steht die äußerliche Behandlung mit Glukokortikoiden im Zentrum, selten kann auch die systemische Anwendung dieser Substanzen kurzzeitig notwendig sein. Über den Effekt der systemischen Therapie mittels Glukokortikosteroiden gibt es keine kontrolliert durchgeführten Studien. Aufgrund von klinischem „Erfahrungswissen“ kann diese jedoch als Kurzzeittherapie angewendet werden. Dabei zeigen sich gute Effekte in der Therapie des akuten Schubes. Eine strenge Indikation sollte jedoch bei Kindern gestellt werden.

Bei der topischen Anwendung stehen Glukokortikoide der Klasse I und II im Vordergrund, in schweren Fällen können solche der Klasse III und IV eingesetzt werden.

Glukokortikosteroide wirken intrazellulär über eine Aktivierung des Transkriptionsfaktors NF- κ B. Dadurch erfolgt eine Hemmung der Bildung von (pro) inflammatorischen Zytokinen, die Entzündung wird verhindert.

Die Gabe der topischen Glukokortikosteroide sollte als Intervalltherapie erfolgen, eine solche überwiegt der Langzeittherapie, im Bezug auf die Besserung des Hautzustandes.

Folgende Nebenwirkungen werden bei der topischen Anwendung beschrieben: Hautatrophie, Teleangiektasien, Stria distensae. Bei der systemischen Gabe steht das Cushing-Syndrom im Vordergrund.

Als weitere symptomatische antientzündliche Therapie können Calcineurinantagonisten (Pimecrolimus, Tacrolimus) eingesetzt werden. Das Wirkprinzip dieser Substanzen beruht auf einer reversiblen Hemmung intrazellulärer calcineurinabhängiger Signalwege. Diese Substanzen sind vor allem für den Einsatz im Gesicht, in intertriginösen Arealen und auch bei Kindern im Bereich des Kopfes anwendbar, wo eine Behandlung mit Kortison nicht zu erwägen ist.

Die häufigste Nebenwirkung von Tacrolimus ist ein Brennen auf der Haut. Hautatrophien werden in den Leitlinien für Neurodermitis Stand 2008 nicht beschrieben.

Die topische Anwendung von Calcineurinantagonisten erhöht leicht das Risiko für Herpesinfektionen.

Im Gegensatz zur Anwendung der Glukokortikosteroide wird hierbei eine Langzeittherapie trotz fehlenden Langzeitergebnissen empfohlen. Die Wirkung verstreicht auch bei längerer Therapie nicht. Eine Anwendungsbeschränkung bei Kindern unter drei Jahren sollte beachtet werden.

Bei der Therapie sollte auf einen genügenden Sonnenschutz geachtet werden und keine Therapiekombination mit Phototherapie erfolgen.

Für die topische antientzündliche Therapie mittels Zink, Schieferölen und steinkohleerhaltigen Präparaten liegen ebenfalls keine Studien vor. Die Anwendung kann jedoch durch gute klinische Erfahrungen in Einzelfällen erwogen werden.

Einen weiteren Therapiebereich bilden die antipruriginösen Externa. In den Leitlinien der Neurodermitis Stand 2008 werden die Anwendungen von Polidocanol und Gerbstoffen zusammengefasst.

Für den Stoff Polidocanol (Thesit), mit anästhesierender Wirkung liegt keine kontrollierte Studie vor. Die Anwendung wird somit in den Leitlinien nicht empfohlen.

So auch die Therapie mittels Gerbstoffen.

Die Haut ist zu einem hohen Prozentsatz mit dem Bakterium *Staphylococcus aureus* besiedelt. Durch dieses Vorkommen verschlimmert sich häufig die entzündliche Komponente des atopischen Ekzems.

Über die antiseptische Therapie mittels Substanzen, die direkt auf die Haut aufgetragen werden, oder ins Badewasser zugegeben werden gibt es verschiedene Studien, welche in den Neurodermitisleitlinien (2008) beschrieben werden:

Zusammenfassend „gibt es bislang lediglich Evidenz aus offenen Studien, dass Antiseptika bei Neurodermitis nützlich sind, wenn sie direkt auf die Haut oder ins Bad gegeben werden“, Seite 21.

Die Anwendung von oralen Antibiotika als kurzzeitige Therapie hat nur einen Effekt bei klinisch deutlich entzündlich veränderter Haut.

Orale Antihistaminika finden in der Neurodermitistherapie häufig Einsatz. „Während eine kontrollierte Studie für ein nicht-sedierendes Antihistaminikum eine rasche Juckreizreduktion beschrieb, existieren keine kontrollierten Studien, die die Wirksamkeit von Antihistaminika auf den Hautzustand zeigen. Als indirekter Hinweis fand sich lediglich in einer Studie die Reduktion von topischen Steroiden bei der Therapie mit einem nicht-sedierenden Antihistaminikum...“, so Thomas Werfel et al. 2006, Seite 10 (Therapie der Neurodermitis in der Schriftenreihe des Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland).

Die Anwendung wird in den Leitlinien als unterstützende Maßnahme empfohlen.

Zur Behandlung der schweren, chronisch verlaufenden Neurodermitis bei Erwachsenen können immunsuppressive Wirkstoffe eingesetzt werden. Ciclosporine stehen dabei an erster Stelle. Diese sind ein zugelassener und effektiver Bestandteil der Therapie, festgelegt in den Leitlinien „Therapie mit Ciclosporinen in der Dermatologie“. Der Wirkmechanismus läuft analog den Calcineurinantagonisten über Reduktion von (pro-) inflammatorischen Signalstoffen wie IL-2 oder Interferon und damit über eine Verminderung der T-Zell-Aktivierung. Ciclosporine müssen systemisch eingesetzt werden. Während der Therapie müssen die Kreatininwerte überwacht werden und regelmäßige Blutdruckkontrollen erfolgen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Therapie mit Ciclosporinen eine „off-label“-Therapieoption.

Bestehen Kontraindikationen für den Einsatz, z. B. relevante Nierenfunktionsstörungen (Ausnahme: nephrotisches Syndrom), ein unkontrollierter Hypertonus, unkontrollierte Infektionen, relevante Malignome (Ausnahme: Basalzellkarzinom), oder gleichzeitige Lichttherapie kann Azathioprin oder Methothrexat im „off-label-use“ eingesetzt werden.

Phototherapie mit UV-Strahlen kann Linderung schaffen, sollte jedoch gerade bei Kindern gut abgewogen werden und unter zwölf Jahren nicht, oder nur in Ausnahmefällen angewandt werden.

Dabei werden folgende Arten unterschieden:

- UVB (Breitspektrum, 280-320 nm)
- UVB (Schmalspektrum, 311-313 nm)
- UVA (320-40 nm), meist in Kombination mit UVB
- UVA-1 (340-400 nm) in unterschiedlicher Dosierung
- PUVA, Balneo-PUVA

„Derzeit ist die Wirksamkeit der UVB- Therapie bei mittelgradig ausgeprägter Neurodermitis und die der Hochdosis- UVA-1-Therapie im akuten, schweren Schub am Besten gesichert.“, so das Resümee der Studie von Hoare et al. 2000, beschrieben in der veröffentlichten Leitlinie Neurodermitis 2008, Seite 31.

Die psychosomatischen Aspekte des atopischen Ekzems nehmen einen immer größer werdenden Anteil der Therapie ein. So soll in den folgenden Kapiteln detaillierter auf die Psychodermatologie und die verschiedenen Psychotherapieformen eingegangen werden.

2.2 Psychodermatologische Aspekte

2.2.1 Psychosomatische Dermatologie

„Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich mit den Hauterkrankungen bei denen psychische Ursachen, Folgen und Begleitumstände einen wesentlichen Einfluss zeigen. Im engeren Sinne beschäftigt sie sich mit den Aspekten der intra- und interpersonellen Probleme von Hauterkrankungen, sowie deren psychosomatischen Ablösemechanismen und der individuellen Krankheitsverarbeitung.“, so K.-M. Taube (2006) in seinem Artikel „Krankheitsbilder in der Psychosomatischen Dermatologie“ S.390.

Neurodermitis gilt als eine der dermatologischen Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren als möglicher Auslöser eine bedeutende Rolle spielen. Spontan wird psychischer Stress von vielen Patienten als deutlicher Trigger-Faktor der Neurodermitis angesehen.

Andererseits führen gerade auch chronische Erkrankungen wie das atopische Ekzem zu einer psychischen Belastung und erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität.

Gerade aus diesen beiden Gründen kann die psychotherapeutische Mitbehandlung der Patienten im Rahmen einer dermatologischen Basistherapie als sehr sinnvoll angesehen werden.

Patienten mit einer chronischen Hauterkrankung fühlen sich durch die Unvorhersagbarkeit der Erkrankung dieser häufig hilflos ausgeliefert. Sie haben Angst vor Kontrollverlusten und dem oft nicht beherrschbaren Juckreiz-Kratz-Zirkel (Circulus vitiosus). Sie leiden durch die erkennbar kranke Haut unter sozialer Beeinträchtigung, Stigmatisierung und Ausgrenzung. Meist sind diese psychischen Faktoren für die Patienten weniger erträglich als ihre körperlichen Symptome.

2.2.2 Krankheitsverarbeitung und soziale Ausgrenzung

Immer wieder tauchen in der bearbeiteten Literatur Begriffe wie Krankheitsbewältigung, Behinderung und Einschränkung, Alltagsstress, Stigmatisierungsgefühl oder Einschränkung der Lebensqualität auf, so auch in der zusammenfassenden Arbeit von Schmid- Ott et al. (2003) beschrieben.

Laut Harth und Gieler (2006) ist im Vergleich aller Hauterkrankungen die Einschränkung der Lebensqualität bei der Neurodermitis am Höchsten. Bei etwa 20 Prozent der Neurodermitispatienten wird eine Indikation zur Psychotherapie gesehen.

Nun soll auf die von Taube angesprochenen Aspekte der Probleme mit Hauterkrankungen (Neurodermitis im Speziellen) näher eingegangen werden.

Eine Besonderheit bei Hauterkrankungen stellt die Krankheitsverarbeitung da. Die kranke Haut wird von jedem gesehen. Viele Patienten fühlen sich durch ihre Haut entstellt und meiden soziale Kontakte. Dabei haben oft gerade Patienten mit Hauterkrankungen einen sehr ausgeprägten Wunsch nach Nähe. Man spricht vom „sich nähern wollen, aber nicht dürfen“, dies schafft wiederum Nähe-Distanz Konflikte (Pines 1981).

Viele Patienten erleben subjektiv eine Beeinträchtigung ihrer Attraktivität, dies führt zu Resignation, Depressivität und reaktiver Angst. In Einzelfällen wird sogar von Suiziden berichtet. Die Patienten versuchen solchen Gefühlen auszuweichen und entwickeln ein Vermeidungsverhalten. Dies wiederum führt zu Isolation, Depression, Bewegungseinschränkung und dem Verlust sozialer Kompetenzen.

Das Entstellungsgefühl ist abhängig von der Persönlichkeit des Einzelnen. So wird klar, dass manche Patienten ihre Haut besser akzeptieren als andere. In einer Studie der Universitätsklinik Göttingen von Rabung (2004) konnte gezeigt werden, dass Patienten, die sich sicher gebunden fühlen und somit bessere soziale Unterstützung erfahren, weniger in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind, als unsicher gebundene Patienten. Dieses Gefühl ist unabhängig von der Schwere der Neurodermitiserkrankung.

Die „International Study of Life with Atopic Eczema“ (ISOLATE) konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen emotionalen Belastungen und dem Aufflammen des atopischen Ekzems feststellen. Weiterhin seien betroffene Männer weniger in festen Beziehungen, als Frauen. Der Schweregrad der Erkrankung ist dabei nicht bedeutend (Zuberbier et al. 2006).

2.2.3 Entwicklungspsychologie der Haut

Eine spezielle Situation zeigt sich bei Patienten mit Erstmanifestation der Neurodermitis im Kindesalter. Berührungen der Eltern in den ersten Phasen des Lebens spielen in der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes eine große Rolle. Das Kind spürt die Eltern und lernt Wärme und Zuneigung zu erleben (Montagu 1980- Werk „Körperkontakt“).

Ist die Haut in dieser taktilen Entwicklungsphase gestört, können Persönlichkeitsstörungen und pathologische Ablösemechanismen resultieren. Die Haut als Grenzfläche ist gestört und die Abgrenzung der psychischen Hülle gelingt nur unzureichend. Das Kind ist auf die Mutter angewiesen und von ihr abhängig. Nur sie kann z.B. den quälenden Juckreiz mit auftragen von Salben lindern. Ihre Behandlung wird sowohl als liebevolle Berührung, als auch als schmerzhaft, Juckreiz auslösende Manipulation erlebt, so beschreiben Gieler und Detig-Kohler (1994) die Situation zwischen der Mutter und dem an Neurodermitis erkrankten Kind.

Im Verlaufe der Entwicklung schaffen es die Kinder/ die Patienten oft nicht, sich aus dieser Symbiose zu lösen. Diese Loslösung ist jedoch für die Entwicklung sehr wichtig. Geschieht es nicht oder nur unzureichend, entsteht der bereits erwähnte Nähe- Distanz Konflikt. Dieses zeigt sich häufig sogar noch im Erwachsenenalter. Es entsteht z.B. nach Trennungen vom Partner (Distanz) oder auch Heirat (Nähe) wieder ein Schub der Neurodermitis. Es herrscht ein Nähe-Distanz Konflikt basierend auf der nicht vollständigen Individuation bzw. Subjekt-Objekt Trennung (die Haut als Barriere von Subjekt und Objekt). Autonomie und Abhängigkeit spielen eine große Rolle (Gieler und Detig-Kohler, 1994).

Im Optimalfall entwickelt sich während einer Psychotherapie schrittweise das Gefühl eines eigenen Ichs und die Haut wird immer weniger Vermittler zwischen Nähe und Distanz. Das Auftreten der Neurodermitis kann reduziert werden.

Des Weiteren kann eine seit dem Kindesalter bestehende Neurodermitis zu einem primär narzisstischen Trauma führen. Kinder werden oft eingecremt, die Haut ist fast ein Familienmitglied, sie fordert viel Zeit.

Diese Überstimulation der Haut führt notwendigerweise dazu, dass die Haut sowohl durch die Mutter als auch durch das Kind überbesetzt wird. Die Hautschädigung wird innerhalb dieses Konzeptes als primär narzisstisches Trauma verstanden (Pines 1981).

All diese „Entwicklungsstörungen“ können zu psychischen Problemen führen, die es hilft durch eine Psychotherapie zu bearbeiten um die Neurodermitis zu bessern.

2.2.4 Juckreiz

Juckreiz ist das vorherrschende Symptom der atopischen Dermatitis. Man kann dieses Symptom auch als eine Art Reflex bezeichnen (V. Niemeier 2003). Ein Reiz auf oder in der Haut löst Kratzen aus. Die Haut juckt und der Patient möchte diesen Juckreiz stillen. Durch das Jucken der Haut, wird ein Schmerzreiz gesetzt, der häufig im Vergleich zum Juckreiz als weniger unangenehm beschrieben wird.

Durch das Aufkratzen der Haut, werden die Entzündung der Haut und damit der Juckreiz jedoch weiter aufrechterhalten. Man spricht von einem Circulus vitiosus, den es zu durchbrechen gilt, um die Reizung und Entzündung der Haut zu lindern und damit den Juckreiz zu stillen.

Das Kratzen der Haut wird häufig im Laufe der Zeit zu einem Automatismus und die Betroffenen kratzen sich auch ohne den Impuls des Juckreizes. Häufig kratzen sie sich auch in anderen angespannten Situationen um Entspannung zu erfahren.

Durch den quälenden Juckreiz entstehen weitere Probleme wie Schlaflosigkeit und dadurch eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit (z.B. in der Schule) und eine erhöhte Reizbarkeit.

Gerade in der Verhaltenstherapie kann der Patient lernen den Circulus-vitiosus zu durchbrechen.

Weitere Studien, welche in dem „Abschlussbericht des Modellvorhabens zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischen Ekzem“ 2003 von der AGNES durchgeführt wurden (Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung), zeigen, dass Neurodermitisschulungen als tertiäre Prävention gute Erfolge auf den Umgang mit Juckreiz haben.

2.3 Psychotherapie

In der Psychosomatischen Psychotherapie werden Entspannungsverfahren (Autogenes Training und Muskelentspannung nach Jakobson), Verhaltenstherapie (erlernen von Handlungsplänen im Umgang mit der Erkrankung und dem damit verbundenen Juckreiz) und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angewandt. Dabei soll erstens eine Reduktion des Schweregrades und der Symptome und eine damit verbundene Einsparung von Medikamenten erreicht werden, zweitens eine Reduktion der psychischen Symptome wie Depressivität, Angst, innere Anspannung und vorhandener Beziehungskonflikte.

Höring (2008) beschreibt die Anforderungen der psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung von Hauterkrankungen folgendermaßen: „Förderung von Ich-Stärken, die eine Kontrollierbarkeit der für den Patienten oft bedrohlichen Situationen möglich machen; Verarbeitung von unangenehmen Affekten; Aufspüren von Konflikten zwischen Rückzug und Teilnahme am Leben, Förderung der sozialen Fertigkeiten; Unterstützung für einen flexibleren Umgang mit krankheitsbezogenen Themen“, Seite 1.

Es muss sorgfältig geklärt werden, welche Therapieform für den jeweiligen Patienten die „Beste“ ist. Dabei kommt es auf eine sorgfältige Indikationsstellung an.

Unter den Oberbegriff der psychodynamischen Psychotherapie fallen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die psychoanalytischen Therapien. Die weiter hier beschriebene Verhaltenstherapie zählt zu den lerntheoretischen Verfahren und basiert auf der experimentellen Lernpsychologie.

Im Folgenden sollen diese drei Therapiearten im Überblick erläutert werden.

2.3.1 Analytische Psychotherapie

Die Psychoanalyse als Therapieverfahren geht auf Sigmund Freud (1856-1939) zurück. Aus dieser Therapieform entstanden die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Das Zentrum der analytischen Psychotherapie ist die Arbeit am unbewussten Konflikt, der zwischen den drei Instanzen ICH, ÜBER-ICH und ES besteht. Die analytische Psychotherapie ist gekennzeichnet durch ein bestimmtes Setting. Klassisch finden 3-5 Sitzungen pro Woche statt, der Patient liegt entspannt auf einer Couch, der Therapeut sitzt

außerhalb seines Blickfeldes. Der Therapeut arbeitet mit Übertragung, Gegenübertragung, Regression, Widerstand, Deutung, Interpretation, Konfrontation und der freien Assoziation des Patienten.

In dem Therapieverfahren sollen nicht nur die Symptome, sondern auch die intrapsychischen Störungen, die die Symptome verursacht haben behandelt werden. Ziel ist eine umfassende Analyse der Persönlichkeit und ihrer unbewusst gewordenen Lebensgeschichte.

Der Patient muss sich auf diese Art der Therapie einlassen können und eine Fähigkeit zur introspektion und freien Assoziation zeigen. Nur so können unbewusste Konflikte erkannt und bearbeitet werden.

Die Deutung der Träume des Patienten hatte bei Freud einen großen Stellenwert. Sie seien der „Königsweg zum Unbewussten“. Heute werden solche Träume als Symbole der Konflikte besprochen und damit bearbeitet.

2.3.2 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie leitet sich ebenfalls aus der Psychoanalyse ab. Der Unterschied zur analytischen Psychotherapie liegt jedoch darin, hier die Konfliktbearbeitung auf das Symptom, die auslösenden Situationen und die aktuellen interpersonellen Konflikte zu fokussieren. Dies gelingt unter deutlicher Einschränkung von Regression und Übertragung. Ziel der Therapie ist die Bearbeitung von aktuellen Konflikten.

Der therapeutische Rahmen ist begrenzt. Meist finden 1-2 Sitzungen pro Woche statt. Die Haltung des Therapeuten ist aktiver, er sitzt dem Patient gegenüber.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie fordert von dem Patienten zwar eine gewisse introspektionsfähigkeit, jedoch ein geringeres psychosomatisches Verständnis als die Psychoanalyse. Sie kann gut als Kurz- oder Fokaltherapie gestaltet werden und eignet sich so zur Bewältigung aktueller Konflikte, z.B. im Rahmen einer Hauterkrankung.

2.3.3 Verhaltenstherapie (Lerntheoretische Verfahren)

Im Gegensatz zu den beiden letztgenannten Therapien, beruht die Lerntheorie/ Verhaltenstherapie nicht auf den Lehren von Freud. Sie geht nicht von einem unbewussten Konflikt, sondern von erlerntem Fehlverhalten aus, welches man in Lernprozessen

therapeutisch korrigieren kann. Es geht um Verlernen alter und Erlernen neuer Verhaltensweisen.

Zur verhaltensmedizinischen Behandlung gehört laut Ehlert (2003) zunächst das Erlernen von Entspannungstechniken. Dazu gehören die progressive Muskelrelaxation (PMR), autogenes Training und Imaginationstechniken. Bei der PMR kann der Patient durch gezieltes Anspannen und Entspannen von Muskeln Entspannung erlernen. Diese Entspannung kann auch den Juckreiz, der zu Anspannung der Muskeln des gesamten Körpers führt, günstig beeinflussen und lindern. Durch autogenes Training und Imaginationstechniken kann der Patient lernen, durch Vorstellung von z.B. Kühle auf der Haut eine Linderung und Ablenkung der Neurodermitis zu erreichen.

Neurodermitiker sollen erfahren, wie sie die Krankheit selbst kontrollieren und beeinflussen können und so ihre Hilflosigkeit gegenüber der Erkrankung verlieren.

Des Weiteren wird in der Verhaltenstherapie spezielles Verhaltenstraining angewandt. Dazu gehören das Einüben sozialer Kompetenzen (beispielsweise durch Rollenspiele) und Kommunikationstraining. Es werden Situationen beleuchtet, denen sich die Patienten ausgeliefert fühlen und ein Verhalten besprochen, auf welches sie dann zurück greifen können.

Die Patienten sollen in der Verhaltenstherapie lernen, wie sie selbst in bestimmten Situationen mit ihrer Krankheit umgehen können, um sich dieser nicht ausgeliefert zu fühlen. Sie analysieren ihr Verhalten, versuchen es zu verstehen und dann zu ändern, indem sie neu erlernte Techniken anwenden.

2.3.4 Neurodermitisschulungen

Hilfreich hinsichtlich des Umgangs mit der belastenden Erkrankung sind Neurodermitisschulungen. Derzeit werden standardisierte Schulungen von der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung (AGNES) überwacht und evaluiert:

„Diese Schulungen beinhalten eine interdisziplinäre Schulung der Betroffenen bzw. deren Eltern in drei Teilaspekten: Medizinische Grundkenntnisse, Ernährungsberatung und psychologische Inhalte, die jeweils von Fachleuten der teilnehmenden Zentren durchgeführt werden. Darüber hinaus wird eine anonymisierte Fragebogenerhebung durchgeführt, um Aussagen über die Wirksamkeit und die Kosteneffektivität der Schulung zuverlässig treffen zu können“, so AGNES.

Die Fachwelt hat im Rahmen zweier Konsensuskonferenzen die folgenden Ziele der Schulungen formuliert:

Eine langfristige Besserung der Hauterkrankung, Reduktion stationärer Maßnahmen, Vermeidung ineffektiver Therapiemaßnahmen, Steigerung der Therapiemotivation, adäquate Bewältigung somatischer und psychosozialer Aspekte der Erkrankung, Stärkung der Eigenkompetenz durch die Vermittlung von Strategien des Selbstmanagements, Mobilisation positiver eigener und sozialer Ressourcen, Reduktion psychosozialer Folgekosten (z.B. häufige Therapien, falsche Berufswahl etc.).

Folgende Themen werden besprochen und erarbeitet (AGNES):

Informationen zur stadiengerechten Behandlung,

Einübung und Transfer in den Alltag (z.B. Eincremeverfahren, etc.),

Kenntnisse über mögliche Auslöser und deren Vermeidung,

Kenntnisse über geeignete diagnostische Maßnahmen zur Vermeidung von Exazerbationen,

Einblick und Erprobung in Entspannungsverfahren (z.B. Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen, Autogenes Training),

Erarbeiten und Erproben von Strategien im Umgang mit psychosozialen Belastungen von Kindern und Eltern,

Möglichkeiten zur Besprechung familiärer Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung,

Umgang mit Juckreiz und Erarbeiten von Kratzalternativen, kindgerechte Ernährung und Diagnostik von Nahrungsmittelallergien.

2.4 Stand der Forschung zu Neurodermitis und Psychotherapie

Neurodermitis wird immer wieder als eine typische Erkrankung beschrieben, bei der seelische Faktoren eine Hauptrolle spielen. Trotz dieser Tatsache gibt es nur wenige Studien über den Effekt stationärer psychosomatischer Therapien bei Neurodermitispatienten im Vergleich zu dermatologischen Therapien. Es gibt unterschiedlichste Diskussionen über den Effekt von Psychotherapie bei Patienten mit atopischem Ekzem, jedoch wenig wissenschaftlich fundierte Arbeiten. Einige dieser wenigen sollen nun zusammengetragen werden.

In einer Evaluation von Löwenberg und Peters (1994) wurde der Effekt von einer stationären kombinierten psychotherapeutisch-dermatologischen Therapie geprüft und konnte sich als zufriedenstellend erweisen. Die Erhebung wurde in einer psychosomatischen Reha-Klinik durchgeführt. Es wurden ausschließlich Patienten eingeschlossen, die dieses kombinierte (psychotherapeutisch-dermatologische) Konzept erhielten. Es gab keine Kontrollgruppe mit rein dermatologischer Therapie. Die Ergebnisse in diesem Therapiesetting zeigten eine Reduktion der Beschwerden und auch eine Veränderung des Selbstbildes. Hinsichtlich der Hautsymptomatik profitierten 50% der Patienten von einem kombinierten psychologisch-dermatologischen Konzept im Rahmen des Rehabilitationsaufenthaltes. Auch nach einem Jahr lässt sich diese Verbesserung noch nachweisen. Trotz einer Besserung in den beschriebenen Bereichen liegen in den Gruppen noch hohe Werte vor, es liegt eine Gruppe mit schweren Beeinträchtigungen vor.

Auch in einer großen Studie von Ehlers et al. (1995) konnte ein deutlicher Effekt der psychologischen Behandlung von Neurodermitispatienten dargestellt werden. Die Datenerhebung erfolgte in der Ambulanz einer dermatologischen Klinik. Es erfolgte eine Einteilung in 4 Gruppen. Die psychologisch behandelten Gruppen teilten sich ein in:

1. eine Gruppe, die autogenes Training erlernte,
2. eine Weitere, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurde und
3. eine Dritte, die eine kombinierte dermatologisch-verhaltenstherapeutische Therapie erhielt.
4. Die vierte Gruppe wurde rein dermatologisch therapiert.

Eine Erhebung nach einem Jahr zeigte eine signifikante Besserung der Haut der Patienten in den psychologisch behandelten Gruppen, gegenüber der rein dermatologisch therapierten

Gruppe. Daneben konnte festgestellt werden, dass der Kortisonverbrauch in der psychologisch behandelten Gruppe deutlich zurück ging (1-Year-follow-up). Die rein dermatologische Behandlung zeigte eine Überlegenheit gegenüber der Kombination von dermatologisch-verhaltenstherapeutischer Therapie nur in der Erhebung nach drei monatiger Behandlung.

Die empfundene Wahrnehmung des Juckreizes der Patienten sank in der psychologisch behandelten Gruppe mehr als in der dermatologischen Gruppe. Die Patienten gaben an nun besser mit dem Juckreiz umgehen zu können.

Mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen kann der Juckreiz-Kratz Zirkel unterbrochen werden. Juckreiz ist eines der Hauptsymptome der Neurodermitis. Dieser wird von den Patienten als sehr quälend empfunden. Diesem Faktor sollte nach Meinung der Autoren eine große Bedeutung in der Behandlung zugeschrieben werden.

Weiter untersuchten Stangier et al. (2004) bei welchen Patienten zusätzliche Psychotherapeutische Behandlung einen Effekt zeigen kann. Dies sollte den Patienten eine für sie optimal angepasste Therapie ermöglichen. Dabei wurde die Effektivität der Therapie an den Faktoren Hautbeschaffenheit, Menge des Kortisonverbrauchs und Juckreiz bewertet.

Zunächst wurden der Patienten- und Krankheitscharakter, die Krankheitsgeschichte, Hautbeschaffenheit und psychologische Einflussfaktoren untersucht. Die Behandlungsgruppen wurden wie bei Ehlers et al. (1995) gewählt.

Ergebnis der Studie war, dass 80% der Patienten die richtige Therapie bekommen, wenn man die Behandlung an Faktoren wie Hautbeschaffenheit, Kortisonverbrauch, IgE Spiegel im Blut, Juckreiz und Kratzen anpasst. Z. B. profitieren Patienten mit einer hohen Belastung durch Juckreiz mehr von einer Therapie, als Patienten mit niedrigerer Belastung. So auch Patienten mit niedrigem IgE-Spiegel bei denen häufig keine weitere atopische Genese vorliegt und so die Prognose besser ist.

Die Art der Behandlung/Therapie sollte individuell an den Patienten angepasst werden, damit diese davon profitieren. Nur dann hat die psychotherapeutische Therapie eine Überlegenheit gegenüber der dermatologischen Behandlung.

Wie bereits erwähnt, ist Juckreiz eines der Hauptsymptome der Neurodermitis. Die Patienten erleben ihn als quälend und als eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität.

In einer Studie von A. Evers et al. (2009) konnte der Effekt von Verhaltenstherapie auf den Juckreiz und das darauffolgende Kratzen belegt werden. Die Patienten profitierten von einem Juckreiz-Kratz Training. Bei Patienten mit deutlichem Juckreiz scheint psychotherapeutische

Therapie (Verhaltenstherapie) also einen Vorteil gegenüber rein dermatologischer Therapie zu haben.

Frau Williamson untersuchte retrospektiv im Jahr 2000 die Effektivität ambulanter Neurodermitis-Behandlung in ihrer Dissertation.

In die Studie eingeschlossen wurden 43 Patienten. Diese wurden wiederum in zwei Gruppen geteilt: eine Gruppe umfasste 23 Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung erhielten. Die Kontrollgruppe enthielt 20 Patienten, die keine Psychotherapie bekamen und ausschließlich somatisch-dermatologisch behandelt wurden.

Zum Zeitpunkt der retrospektiv durchgeführten Studie war die psychotherapeutische Behandlung bereits seit einem Jahr abgeschlossen.

Positiv wirkte sich die psychotherapeutische Behandlung vor allem auf den Juckreiz, die Entspannung, den Optimismus und die Gelassenheit der Patienten aus.

„Es zeigt sich, dass die Psychotherapiebehandlung eine Verarbeitungsmöglichkeit der psychischen Belastungen, die durch die Neurodermitis ausgelöst werden, durchaus beeinflussen kann. Um diesen Aspekt noch genauer zu untersuchen, ist möglicherweise die Zahl der Patienten in dieser Studie nicht ausreichend gewesen, da sich Trends abzeichnen, die jedoch statistisch nicht signifikant waren. Eine prospektive Studie im Prä-post-Vergleich wäre daher sinnvoll“, so Williamson auf Seite 70. Weiter schreibt sie, Seite 68: „In Zusammenhang mit diesen Ergebnissen sollte die psychotherapeutische Behandlung in der Arzt-Patient-Beziehung mit Neurodermitispatienten an Bedeutung gewinnen.“

Hustedt V. et al. (2007) untersuchte in einer weiteren Studie die stationären Behandlungsergebnisse von primär somatischen Patienten (am Beispiel von Hautpatienten) und Patienten mit primär affektiven Störungen (am Beispiel der Angststörung). Untersucht wurden 59 Patienten in jeder Gruppe. Als Ergebnis konnte festgelegt werden: Angstpatienten unterscheiden sich zum Aufnahmezeitpunkt von Hautpatienten durch höhere Ängstlichkeit. Die bei den Hautpatienten bestehende Interaktions-Angst besserte sich im Verlauf. Eine psychotherapeutische Mitbehandlung zeigt in dem Bereich der Interaktionsangst einen Benefit für die Hautpatienten und sollte auch in anderen Bereichen, mit anderen Therapiefoci untersucht werden.

In einer Studie von Capoare et al. (1998) sollte die Auswirkung einer psychotherapeutischen Mitbehandlung beurteilt werden. Dazu wurden 64 Patienten mit chronischen

Hauterkrankungen unter ambulanter dermatologischer Therapie in die Studie eingeschlossen (Neurodermitis, Prurigo, Psoriasis und Sonstige). Eine abschließende Erhebung erfolgte nach fünf Jahren, nach einer vorausgegangenen Patientenrekrutierung über drei Jahre.

Im diagnostischen Gespräch mit den Patienten wurden, zusätzlich zur dermatologischen Erhebung, Lebensereignisse oder traumatische Ereignisse von einem Psychologen erfragt, welche in zeitlicher Verbindung mit dem Auftreten der Erkrankung zu sehen sein könnten. Des Weiteren erfolgte die Abfrage nach psychiatrischen oder psychischen Erkrankungen, die schon vor dem Auftreten der chronischen Hauterkrankung bestanden.

Bei Patienten mit einer vermuteten Verbindung von psychischer- und Hauterkrankung, wurde diese psychische Komponente mit dem Patient besprochen. Es erfolgte keine weitere psychotherapeutische Behandlung.

In 44 Fällen wurde eine solche Verbindung gefunden. Den größten Teil bildeten 18 Patienten mit einer leichten Depression oder einer vorliegenden Angststörung.

40 Patienten profitierten von den psychotherapeutischen Gesprächen. Sie zeigten eine höhere Selbstsicherheit und Zufriedenheit. An der Studie nahmen zehn Neurodermitispatienten teil, von denen neun ein erfolgreiches Ergebnis (Besserung oder Rückbildung der Symptomatik) hatten.

Gerade weil viele der 44 Patienten schon in langer, intensiver und teils wenig erfolgreicher dermatologischer Behandlung waren, kann dies als beachtlicher Erfolg angesehen werden.

Eine psychotherapeutische Behandlung sollte also bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen, wie z.B. Neurodermitis in die normale dermatologische Versorgung mit eingebettet werden.

Chida et al. (2007) gab einen Überblick über den Effekt von psychotherapeutischer Behandlung bei atopischer Dermatitis. Es ist eine Zusammenfassung über die Daten, die zu diesem Thema bereits vorliegen. Mitberücksichtigt wurden in der Studie acht zwischen 1986 und 2006 verfasste Artikel. Acht Behandlungsmethoden wurden getestet:

1. Aromatherapie,
2. Autogenes Training,
3. brief dynamic psychotherapy (=„fokussierte psychodynamische Psychotherapie“),
4. kognitive Verhaltenstherapie,
5. dermatologische- plus Verhaltenstherapie,
6. habit reversal behavioral therapy (=ein verhaltenstherapeutischer Ansatz),
7. Stress-Management Programme und

8. gezielte Schulungsprogramme

In jeder Gruppe waren durchschnittlich 96,8 Personen. Als Erfolgsparameter wurden die Schwere des Ekzems (getestet mittels SCORAD), der Juckreiz, die Intensität des Kratzens, psychologische Effekte (auf z.B. Lebensqualität und Zufriedenheit) und Behandlungsverhalten (Kortisonverbrauch und Compliance) festgelegt.

Eine Besserung des Ekzems zeigten fünf Therapien (Autogenes Training, kognitive Verhaltenstherapie, dermatologische- plus Verhaltenstherapie, habit reversal behavioral therapy und gezielte Schulungsprogramme). Keinen Effekt auf die Hautbeschaffenheit zeigten Aromatherapie, brief dynamic psychotherapy und Stress-Management Programme.

Im Bezug auf den empfundenen Juckreiz wurden nur fünf Behandlungen getestet. Vier zeigten Erfolge und eine Besserung des Juckreizes: Autogenes Training, kognitive Verhaltenstherapie, eine dermatologische Behandlung plus Verhaltenstherapie und das Stress-Management Programm. Keinen Effekt zeigte die habit reversal behavioral therapy.

Ein deutlicher Rückgang der Intensität des Kratzens zeigte sich bei vier Therapien: beim Autogenen Training, der kognitive Verhaltenstherapie, einer dermatologische Behandlung plus Verhaltenstherapie und bei der habit reversal behavioral therapy.

Sowohl der Juckreiz, als auch die Intensität des Kratzens wurde durch eine Likert-Skala, zur Messung der persönlichen Einstellung und der subjektiven Wahrnehmung, abgefragt

Bei den getesteten psychologischen Effekten zeigten drei Behandlungstherapien einen Effekt auf soziale Ängste, auf die empfundene Belastung durch die Krankheit, auf die Lebensqualität, auf Bewältigungsstrategien (z.B. über den Juckreiz und das Kratzen). Die drei Behandlungsmaßnahmen werden im Folgenden aufgezählt: habit reversal behavioral therapy, Stress-Management Programme und gezielte Schulungsprogramme.

Zu den Effekten des Behandlungsverhaltens zählten die Anwendung von Kortikoiden, die Medikamentencompliance und der Behandlungsaufwand. Die Nutzung von Kortikoiden wurde bei den Behandlungen mit Autogenem Training, kognitiver Verhaltenstherapie, dermatologischer Behandlung plus Verhaltenstherapie und bei gezielten Schulungsprogramme deutlich reduziert.

All diese Ergebnisse zeigen, dass es einen Effekt von psychotherapeutischen Programmen auf die Hautsituation, den oft als quälend beschriebenen Juckreiz und das Kratzen bei Neurodermitispatienten gibt. Es lohnt sich also weitere Untersuchungen durchzuführen, die eine individuelle Therapie der Patienten ermöglichen.

3 Ableitung der Fragestellungen und Herleitung der Hypothesen

3.1 Fragestellung

Ziel der Arbeit ist es darzustellen welchen Effekt eine stationäre psychosomatische Mitbehandlung auf Neurodermitispatienten hat. Dabei sollen Parameter in verschiedenen Bereichen erfasst werden. Insbesondere soll geprüft werden, inwieweit Psychotherapie die Schwere der Hauterkrankung günstig beeinflussen kann.

Es sollen die psychischen Einflussfaktoren auf die Hauterkrankung näher beleuchtet werden. Weitere, vor allem dermatologische Aspekte wie bestehende Allergien im Erhebungszeitraum oder der Medikamentenverbrauch, werden dabei nicht berücksichtigt. Die psychosomatische Dermatologie mit ihren Einflussfaktoren, ihren Aspekten und Konflikten soll näher beleuchtet werden.

Von einer Labordatenerhebung wird abgesehen. Die Studie wird als reine Fragebogenstudie im Rahmen der Erfassung von psychischen Einflussfaktoren bei der Ethikkommission des Fachbereiches Humanmedizin der Justus-Liebig Universität Gießen (Nr.108/08) beantragt und als solche durchgeführt.

Der Schweregradindex SCORAD, als objektivierbarer körperlicher Faktor wird als Verlaufparameter der Krankheit angesehen (Hypothese 2, Kapitel 3.2)

„Psychosomatische Dermatologie ist im weiteren Sinn jeder Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Hauterkrankungen und der psychosomatischen Auslösemechanismen bzw. Krankheitsverarbeitung von Dermatosen“, so Gieler et al. (2008) in dem Artikel Psychosomatik in der Dermatologie, Seite 415.

Es kann zwischen primär psychischen Konflikten, psychosomatischen und somatopsychischen Aspekten unterscheiden werden. Häufig ist jedoch nicht zu klären, um welchen Aspekt es sich im einzelnen Fall handelt.

Patienten mit Neurodermitis sind meist hohen psychischen Belastungen ausgesetzt. Die Tatsache, dass diese Erkrankung chronisch verläuft und in vielen Situationen des Lebens unerwartet wieder beginnt, gibt vielen Patienten ein Gefühl von Hilflosigkeit und Auslieferung. Neurodermitiker fühlen sich häufig angeschaut und ausgegrenzt. Diese

Stigmatisierung führt zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität (Schmid-Ott 2003). Diese Einschränkung hat meist sozialen Rückzug und Isolation zur Folge (Hypothese 1, Kapitel 3.2)

Scham spielt eine zentrale Rolle bei Hauterkrankungen. „Scham“, so Gieler et al. (2008) in dem Artikel „Scham und Berührung“ Seite 27, „hat viel mit einer Spannung zwischen Zeigen und Verbergen, Offenheit und Verschlossenheit...zu tun.“ Patienten mit Hauterkrankungen können ihre Haut nicht verbergen. Sie schämen sich hässlich und verunstaltet zu sein. Trauen sich beispielsweise nicht mehr ins Schwimmbad und ekeln sich vor der eigenen Haut. Sie empfinden Scham gegenüber ihrem Aussehen. Gerade diese Aspekte der Stigmatisierung mit psychosozialen Folgen, sowie Scham und Ekel gegenüber der eigenen Haut, sollten Inhalte einer psychotherapeutischen Behandlung sein (Hypothese 8, Kapitel 3.2).

Kelleter (1990) beschreibt die Haut als Grenze zwischen Innen- und Außenwelt, zwischen Körper und Selbst, sowie ihre Bedeutung als erogene Zone und Wahrnehmungsorgan.

Fehlt diese Grenze in Phasen des Lebens, wo Abgrenzung gegenüber anderen Personen wichtig ist, z.B. in der Kindheit, funktioniert dies nur unzureichend.

Es entwickelt sich ein sogenannter Nähe-Distanz Konflikt, der sich bis ins Erwachsenenalter fortführt (siehe auch Kapitel 2.2). Es konnte gezeigt werden, dass gerade Patienten mit einer seit Kindheit bestehenden Neurodermitis in Situationen des Lebens wo Nähe (Partnerschaft) oder Distanz (Trennung) eine Rolle spielen mit ihrer Haut reagieren. Sie nutzen sie als Grenze, die als solche eigentlich nicht besteht. Neurodermitiker können die beiden Affekte Liebe und Schmerz oft nicht unterscheiden (Pines 1981). Häufig resultieren Partnerschaftskonflikte oder Konflikte mit der Umwelt, die die Lebensqualität weiter einschränken. Die Patienten grenzen sich ab bzw. aus (Hypothese 3, Kapitel 3.2)

Emotionaler Stress kann Auslöser der Neurodermitis sein oder die Heilung verzögern.

Klinische Studien weisen eine stressgetriggerte Auslösung bei einem Drittel der Neurodermitispatienten nach (Gieler et al. (2008) in dem Artikel Psychosomatik in der Dermatologie).

Eine bestimmte Persönlichkeit, die für das Entstehen des atopischen Ekzems verantwortlich ist, gibt es nicht. So schreiben Buhk und Muthny 1997, Seite 5: "Die große Belastung, die mit dem Juckreiz und mit den für andere oft deutlich sichtbaren Veränderungen der Haut verbunden ist, und der frühe Beginn der Krankheit, sprechen jedoch dafür, dass solche Persönlichkeitszüge eher Folge der Erkrankung sind, als dass sie für deren Entstehung verantwortlich sind."

Es scheint jedoch ein spezifisches Persönlichkeitsprofil zu geben, welches mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen assoziiert ist, so Buske-Kirschbaum (2004). Im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe zeigen in der Studie Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis erhöhte Ängstlichkeit und Stressanfälligkeit. Diese tritt vor allem in Situationen die mit Überlastung (z.B. am Arbeitsplatz), oder sozialen Konflikten und Unsicherheit gekennzeichnet sind auf.

All diese psychischen Konflikte sind Folge der Erkrankung. Psychische Konflikte können die Krankheit jedoch auch bedingen und unterhalten, durch beispielsweise ungeeignete Coping-Strategien.

Juckreiz quält viele betroffene Patienten. Sie kratzen die Haut auf, um diesen zu lindern.

Es konnte gezeigt werden (siehe auch Kapitel 2.2.4), dass Verhaltenstherapie eine Unterbrechung des Juckreiz-Kratz Zirkels bewirken kann. Dies könnte im Rahmen einer psychosomatischen Mitbehandlung erfolgen und den Juckreiz mit all seinen nachfolgenden Symptomen, wie z.B. Schlafstörungen lindern (Hypothese 7, Kapitel 3.2)

Die Tatsache, dass Neurodermitis nicht dauerhaft zu heilen ist, hat zur Folge, dass ein Umgang mit der Erkrankung unausweichlich ist. Dazu können Schulungen einen großen Beitrag leisten bzw. eine Hilfestellung sein.

Psychotherapie kann Stress reduzieren und Patienten können lernen, mit ihrer Haut umzugehen. Dabei liegt es nahe, dass bei einer Reduktion der auslösenden Faktoren auch die Symptome der Neurodermitis reduziert werden können. Möglicherweise können so die Arztbesuche der Patienten reduziert werden (Hypothese 4, Kapitel 3.2)

So könnte Psychotherapie während eines stationären Aufenthaltes eine sinnvolle und nützliche Behandlungsmaßnahme sein. Mit positivem Effekt bei Patienten, die Stress und psychische Faktoren als Auslöser annehmen (Hypothese 5 und 6, Kapitel 3.2)

Aus all diesen Überlegungen und Datenlagen entstanden folgende Hypothesen, welche in dieser Arbeit geprüft und beleuchtet werden sollen.

Die in der Methodik aufgeführten Fragebögen beziehen sich auf die psychosomatischen und psychodermatologischen Aspekte und Einflussfaktoren der Neurodermitis.

Neben den unter Kapitel 3.2 aufgeführten deskriptiven Hypothesen werden unter 4.4 die statistischen Hypothesen formuliert.

3.2 Hypothesen

1. Die Patienten der Gruppe mit Psychotherapiebehandlung fühlen sich am Ende des Erhebungszeitraums subjektiv, hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit, sowie sozialer Ängste und Depression wohler, als eine parallelisierte Kontrollgruppe ohne Psychotherapie.
2. Der Schweregrad und das Ausmaß der Erkrankung ist bei Patienten nach zusätzlicher psychotherapeutischer Behandlung am Ende des Erhebungszeitraums geringer, als bei Patienten mit alleiniger dermatologischer Behandlung.
3. Die subjektive Beeinträchtigung im sozialen Umfeld (z.B. in der Ehe oder Partnerschaft) wird bei der psychotherapeutisch behandelten Gruppe im Zeitverlauf geringer. Die Patienten können Bindungen besser eingehen.
4. Die Patienten der psychosomatischen Gruppe geben im Verlauf weniger Arztbesuche an, als die Kontrollgruppe.
5. Die Krankheitsbewältigung ist bei der Gruppe mit Psychotherapiebehandlung besser.
6. Die Patientenzufriedenheit während der Therapie korreliert mit dem Schweregradindex und ist bei Patienten mit zusätzlicher Psychotherapie höher.
7. Patienten der psychosomatisch behandelten Gruppe können am Ende des Erfassungszeitraumes besser mit ihrem bestehenden Juckreiz umgehen und das Kratzen vermeiden.
8. Bei Patienten der psychosomatischen Gruppe reduzieren sich Empfindungen von Scham und Ekel im Behandlungsverlauf. Partnerschaftliche Beziehungen und Zärtlichkeiten können besser zugelassen werden.

4 Methodik

4.1 Design

Es wurden zwei Gruppen von Patienten mit Hilfe von Fragebögen prospektiv untersucht. Die erste Gruppe bestand ausschließlich aus dermatologisch therapierten Neurodermitis-Patienten. Die zweite Gruppe aus psychosomatisch mitbehandelten Neurodermitis-Patienten, die begleitend zu ihrer dermatologischen Behandlung eine Psychotherapie erhielten.

Alle Patienten wurden im Rahmen ihrer stationären Behandlung untersucht.

Die Erhebung der Daten (Fragebögen) erfolgte in beiden Gruppen zu drei Zeitpunkten (siehe nachfolgenden Abbildung der Datenerhebung):

T1- Bei stationärer Aufnahme

T2- Bei Entlassung (dieser Zeitpunkt ist in beiden Gruppen unterschiedlich)

T3- 6 Monate nach der stationären Aufnahme

Die Datenerhebung der psychosomatisch betreuten Neurodermitispatienten erfolgte in der Rothaarklinik Bad Berleburg unter Chefarzt Dr. Wehrmann und in der Uniklinik Gießen unter Prof. Dr. Gieler. Die rein dermatologisch therapierten Patienten wurden in der Vivantes Klinik Friedrichshain/Berlin mit Hilfe von Prof. Dr. Harth rekrutiert.

Die Erhebung erstreckte sich von Januar 2007 bis März 2009.

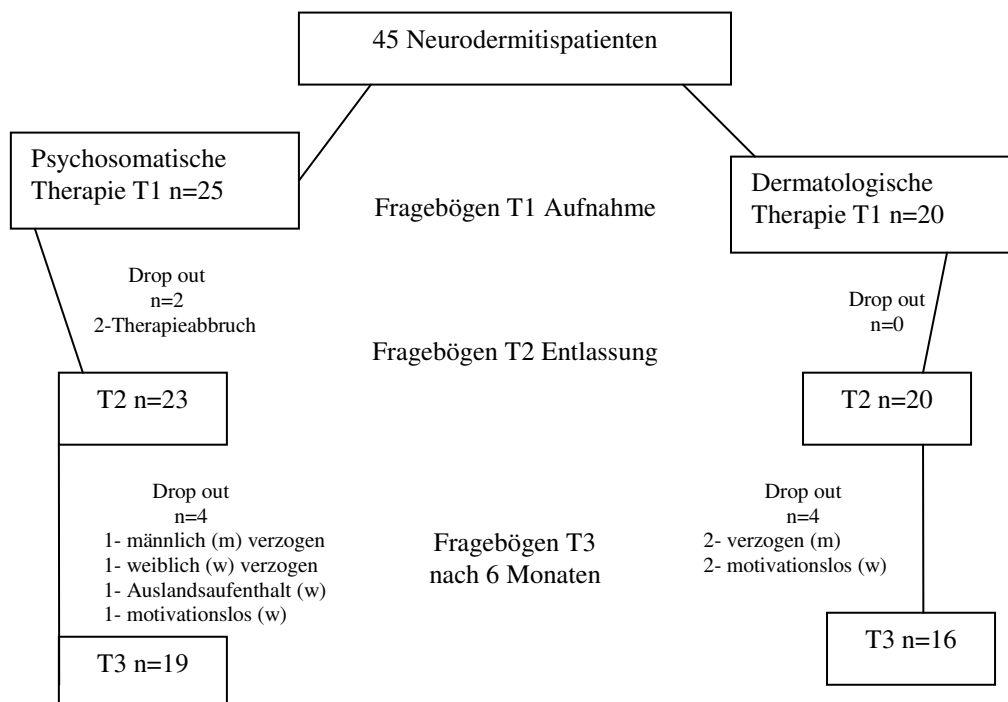


Abbildung 4: Darstellung der Datenerhebung über drei Zeitpunkte, Anzahl der Probanden

Die Studie wurde als Fragebogenstudie beantragt und durchgeführt. Ziel war es in einer hypothesengenerierenden Studie erstmals mögliche Effekte einer additiven Psychotherapie zu beschreiben. Da aus ethischen Gründen keine randomisierte Zuweisung möglich war, wurde die „Therapy as usual“ Situation gewählt bei der die Patienten selbst ihre Behandlung entschieden hatten. Dermatologische Faktoren, wie Medikamentenverbrauch und weitere Allergie wurden nicht erhoben. Von der Ermittlung Laborwerten z. B. IgE-Spiegel im Blut wurde abgesehen. Dies geschah aus Kostengründen, jedoch auch aufgrund bestehender logistischer Probleme, der Probenentnahmen vor Ort. Als körperlich objektivierbarer Parameter wurde die Schweregradbestimmung mittels SCORAD erhoben.

4.2 Beschreibung der Untersuchungsinstrumente (Fragebögen)

4.2.1 Fragebogen zur sozialen Situation (Sozialfragebogen)

Der Sozialfragebogen diente der Erhebung von persönlichen Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Ausbildungsstatus. Des Weiteren wurden damit die Dauer der Erkrankung, die bisher erfolgten Behandlungen bzw. Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche und Krankheitstage erfasst.

4.2.2 Schweregraderfassung der Neurodermitis (SCORAD)

Die Schweregraderfassung der Neurodermitis erfolgt international üblicherweise mit dem SCORAD-Schweregradscore zur Messung der Schwere einer Neurodermitis. Er wurde von der European Task Force für Atopic Dermatitis (1990) entwickelt und inzwischen in zahlreichen Studien eingesetzt. In den folgenden Jahren sind einige Validierungsstudien durchgeführt worden (Schmitt et al. 2007, Holm et al. 2007).

Der SCORAD misst zunächst die Ausdehnung der Körperoberfläche, dann die Schwere anhand einzelner Parameter von Effloreszenzen und schließlich auf einer VAS (=visuelle Analog Skala) das Ausmaß an Juckreiz und Schlaflosigkeit in den letzten 7 Tagen (Skala von 0 – 10). Dieser Fragebogen wurde in zwei Versionen verwendet (siehe Anhang).

Zunächst erfolgte die Bestimmung des Schweregradindex bei atopischer Dermatitis durch den behandelnden Arzt. Dabei wurde als Erstes der prozentuale Anteil der betroffenen Haut

erhoben. Die Intensität der einzelnen Hautaffektionen (Erythem, Ödem/Papelbildung, Nässen/Krustenbildung, Exkoration, Lichenifikation, Trockenheit der nicht betroffenen Haut) wurde anhand eines Punktesystems von 0-3 festgelegt. Zuletzt bestimmte der Patient Pruritus und Schlaflosigkeit auf einer visuellen Analogskala von 0 (kein Juckreiz, keine Schlaflosigkeit) bis 10 (starker Juckreiz, starke Schlaflosigkeit).

Der Schweregradindex konnte nun mit Hilfe dieser Parameter errechnet werden:

A=prozentualer Hautbefall (insgesamt max. 100 Punkte), B=Intensität der Hautaffektionen (insgesamt max. 18 Punkte), C=Juckreiz und Schlaflosigkeit (insgesamt max. 20 Punkte).

$$\text{SCORAD-Formel: } \frac{A}{5} + \frac{7B}{2} + C$$

Der zweite SCORAD Fragebogen wurde vom Patienten ausgefüllt (PO-SCORAD=Patienten orientierter SCORAD). Dieser legte den Anteil der befallenen Haut mit Hilfe eines Bildes fest. Dafür musste der Patient in einem gemalten Menschenabbild die Kästchen ausmalen, die an seiner eigenen Haut befallen sind. Des Weiteren gab er die Intensität von den Parametern Erythem, Lichenifikation, Pusteln, Exkoration und Trockenheit ebenfalls mit Punkten von 0-3 an.

An den Zeitpunkten T1 und T2 werden die Auswertungen der Fragebögen SCORAD und PO-SCORAD statistisch verglichen und bei signifikanter Korrelation von T1 und T2 am Zeitpunkt T3 nur noch von dem Patienten bewertet.

4.2.3 Dermatologischer- Lebensqualitäts- Fragebogen (DLQI)

Der DLQI wurde 1994 von A.Y. Finlay und G.K. Khan (1994) entwickelt, um die Lebensqualität von Patienten mit einer Hauterkrankung ermitteln zu können. Den Fragebogen gibt es in vielen Sprachen. In dieser Studie wurde die deutsche Version eingesetzt. Der DLQI ist in zahlreichen Studien validiert worden und seine Testgütekriterien hinsichtlich Validität, Reliabilität und Stabilität sind als gut zu bezeichnen. Eine neuere Meta-Analyse wurde 2008 (Finlay et al. 2008) veröffentlicht und bietet einen Überblick über den Einsatz des Fragebogens in verschiedenen Studien.

Der DLQI enthält 10 Items zur Lebensqualität. Beurteilt wird die Einschränkung, die die Patienten in den letzten sieben Tagen durch ihre Hauterkrankung erfahren haben. Die Fragen decken sechs Bereiche ab: die Symptome der Erkrankung selbst, mögliche Einschränkungen der täglichen Aktivitäten, der Freizeit, der Arbeit/Schule und in den Beziehungen zu anderen

Menschen. Des Weiteren werden die Auswirkungen der Behandlung auf den Alltag beleuchtet.

Hierbei wird der Gesamtscore angegeben, der Werte von 0-30 annehmen kann. Ein Gesamtwert von 30 bedeutet, die Lebensqualität ist maximal eingeschränkt.

4.2.4 Marburger Hautfragebogen (MHF)

Zur Beurteilung der Krankheitsbewältigung wurde der Marburger Haut- Fragebogen von Stangier et al. (1998) eingesetzt. Der Fragebogen soll spezifische Bewältigungsstrategien chronischer Hauterkrankungen erfassen. Die Validität, Reliabilität und Stabilität des Fragebogens sind gewährleistet und in Studien getestet (Stangier et al. 1998).

Er enthält 51 Items, die in 6 Skalen aufgeteilt sind. Die Items können mit Aussagen von 1-5 beantwortet werden, dabei bedeutet 1= stimmt überhaupt nicht, 2= stimmt kaum, 3= ziemlich zutreffend, 4= stimmt stark, 5= stimmt sehr stark.

Die 6 Skalen werden eingeteilt in:

MHF 1: Soziale Ängste/Vermeidung (15 Items):

Diese Skala enthält 15 Items und bezieht sich auf die sozialen Einschränkungen der Patienten mit einer sichtbaren Hauterscheinung. Insbesondere werden die Vermeidungsstrategien gemessen, die aufgrund einer erwarteten negativen Reaktion der Umwelt auf die Haut entstehen. Des Weiteren wird das eigene Erleben der veränderten Haut und der Persönlichkeit thematisiert und die damit verbundenen Aktivitätsverluste dargelegt.

MHF 2: Juckreiz-Kratz-Zirkel (9 Items):

In dieser Skala werden ungünstige Faktoren bezüglich des Juckreizes und dem damit verbundenen Juckreiz-Kratz-Zirkel erfasst.

Erhöhte Werte sprechen für mangelnde Selbstkontrolle und die damit verbundene Hilflosigkeit nach dem Kratzen.

MHF 3: Hilflosigkeit (9 Items):

Diese Skala bezieht sich auf die von den Patienten gefühlte Hilflosigkeit gegenüber ihrer Krankheit (Bsp.: Frage Nr. 9: „Ich grübele häufig darüber, warum ausgerechnet ich die Krankheit habe.“). Weiter geht es um den Kontrollverlust den sie, bezüglich des Krankheitsverlaufes, wahrnehmen.

MHF 4: Ängstlich-depressive Stimmung (8 Items):

Es wird in diesen 8 Items die seelische Verfassung der Patienten erfasst. Störungen der körperlichen und psychischen Wahrnehmung thematisiert und emotionale Symptome gekennzeichnet. Hierbei geht es nicht um für Hauterkrankungen spezifische Störungen, sondern um allgemeine Symptome bei Beeinträchtigungen durch eine Krankheit.

Erhöhte Werte weisen auf eine Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Stimmung hin.

MHF Zusatzskala 1: Einschränkung der Lebensqualität (5 Items):

In dieser Skala werden Items zusammengefasst, die die Einschränkung der Lebensqualität beschreiben. Insbesondere solche, die die Lebensbereiche Beruf, Familie, Ernährung und finanzielle/ soziale Belastung beleuchten.

MHF Zusatzskala 2: Informationssuche (4 Items)

Diese 4 Items beziehen sich auf Bewältigungsversuche, eine Lösung der Hauterkrankung oder den Umgang mit dieser herbeizuführen. Durch z.B. eine gezielte Informationssuche bezüglich der eigenen Hautpflege und der Ernährung.

Die Skalen 5 und 6 wurden trotz geringer Ladungszahl der Items als Zusatzskalen mit in den Fragebogen aufgenommen.

4.2.5 Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)

Der Fragebogen zur Hautzufriedenheit erfasst die Aspekte Berührung, Scham und Ekel sowohl bei Patienten mit Hauterkrankungen, als auch bei Hautgesunden bzw. Patienten mit anderen Krankheiten. Er wurde von Grolle et al. (2003) entwickelt, um tiefenpsychologische Aspekte wie z.B. die Bedeutung der Haut für den Patienten beleuchten zu können. Diese testeten auch seine Testgütekriterien, die als gültig anzusehen sind.

Er besteht aus 5 Skalen, die diese Aspekte erfassen. Die Items sind als Aussagen formuliert, auf die der Proband mit möglichen Alternativen von 0 bis 4 antworten kann (0= trifft vollkommen zu, 4= trifft gar nicht zu).

Die 5 Skalen sind in 30 Items aufgeteilt und beschreiben die folgenden Dimensionen:

1. Skala: Scham

Diese Skala erfasst Schamempfinden in verschiedenen Situationen.

Beispielitem: „Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe.“

2. Skala: Partnerschaftliche Berührung

Die Skala stellt die Bedeutung der Berührung durch den Partner dar.

Beispielitem: „Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meinen Partner.“

3. Skala: Ekel

Diese Skala beschreibt den empfundenen Ekel in verschiedenen Situationen.

Beispielitem: „Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm.“

4. Skala: Selbstberührung

Die Skala untersucht die Häufigkeit und Bedeutung der Selbstberührung.

Beispielitem: „Ich berühre mich gerne selbst.“

5. Skala: Familiäre Berührung

Diese erfasst die familiäre elterliche Berührung, die die Patienten von ihren Eltern entgegengebracht bekommen haben.

Beispielitem: „Meine Eltern haben oft mit mir geschmust.“

4.2.6 Fragebogen zur Art der Bindung oder Beziehung (AAS- Adult Attachment Scale)

Dieser Fragebogen erfasst die Bindungsfähigkeiten der Patienten gegenüber ihren Mitmenschen. Dabei geht es speziell um die Offenheit für Nähe und das Vertrauen, welche sie in Beziehungen einbringen bzw. den Menschen entgegenbringen können.

Die von Schmidt et al. (2004) ins deutsche übersetzte Adult Attachment Scale wurde von Collins und Reads (1990) entwickelt.

Der AAS besteht aus 18 Items, die auf einer fünfstufigen Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt“ eingeschätzt werden. Die 18 Items sind in 3 Skalen untergliedert:

(1) Nähe: Diese Skala beschreibt die Nähe, die eine Person als angenehm empfindet und nicht mit Ängsten verbindet.

Beispielitem (3): „Es macht mich nervös, wenn mir jemand zu Nahe ist.“

(2) Vertrauen: Sie beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person darauf vertraut, dass andere für sie verfügbar sind, wenn sie diese benötigt und inwieweit sie davon Gebrauch machen würde oder könnte.

Beispielitem (1): „Ich weiß: Wenn ich jemanden brauche, wird auch jemand da sein.“

(3) Angst: Hierbei wird in erster Linie die Angst vor dem Alleingelassen oder Verlassen werden erfasst. Die Skala hängt eng zusammen mit der 1. Skala Nähe, denn die Ängste vor dem Alleinsein drücken sich oft in einem übermäßigen Bedürfnis nach Nähe aus.

Beispielitem (11): „Ich mache mir oft Sorgen, ein wichtiger Mensch könnte mich verlassen.“

Die Testgütekriterien (Validität, Reliabilität und Stabilität) sind in Studien getestet und erfüllt (Schmidt et al. 2004).

4.2.7 Fragebogen zu Angst und Depression (HADS)

Der Fragebogen HADS-D (= Hospital Anxiety and Depression Scale) wird genutzt als Instrument zur Erfassung von Angst und Depressivität v.a. in der somatischen Medizin. Die deutsche Version von Hermann et al. (1995) entstammt der englischen Originalfassung von den Autoren Snaith R.P. und Zigmond A.S. (1994). Diese konnten zeigen, dass Reliabilität, Validität und Stabilität erfüllt werden.

Der HADS-D wird in zwei Skalen untergliedert, die sich auf die Symptombereiche Angst und Depressivität festlegen. Alle 14 Items können mit vierstufigen itemspezifischen Antwortmöglichkeiten (0-3), in wechselnder Schlüsselrichtung, beantwortet werden.

Durch Addition der Antwortergebnisse, können pro Skala Gesamtwerte zwischen 0-21 entstehen. Durch die Bildung solcher Gesamtwerte/Summenscores erfolgt die Beurteilung.

1. HADS Angstskala: Diese Skala setzt sich zusammen aus 6 Items. Sie soll die psychische Manifestation von Angstneurosen darstellen. Hierbei wird sowohl auf allgemeine Befürchtungen und Sorgen eingegangen, als auch die Aspekte von motorischer Anspannung und einem Entspannungsdefizit thematisiert. Ein zusätzliches Item bezieht sich auf das

Auftreten von Panikattacken. So kann zwischen einer Angststörung und einer Panikstörung differenziert werden.

Mit Hilfe der Angstskaala kann eine generalisierte Angststörung erfasst werden, nicht jedoch eine situationsgebundene Angst, etwa im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen und Eingriffen.

2. HADS Depressionsskala: Diese beinhaltet ebenfalls 7 Items.

Die Items erfragen die so genannten Leitsymptome depressiver Episoden: Verlust an Motivation und Lebensfreude, Interessenverlust, Freudlosigkeit und eine Verminderung des Antriebs.

Beispiel – Item (2): „Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.“

Durch Addition der Antwortergebnisse, können pro Skala Gesamtwerte zwischen 0-21 entstehen. Die Gesamtwerte in den beiden Subskalen sollten nur als Orientierung dienen und nicht als diagnoseweisend. Dabei gelten Werte <7 auf jeder Skala als unauffällig, Werte von 8-10 als grenzwertig und Werte über >11 als auffällig.

4.2.8 Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen/Alexithymiefragebogen (TAS-20)

Der Fragebogen TAS-20 wurde zur Erfassung von alexithymen Merkmalen eingesetzt. Unter dem Begriff der Alexithymie versteht man die Schwierigkeit eines Individuums, Emotionen adäquat bei sich wahrzunehmen, Affektqualitäten zu unterscheiden und diese schließlich sprachlich zu symbolisieren, ihnen Ausdruck zu verleihen. Der Begriff wurde maßgeblich von John C. Nemiah und Peter E. Sifneos seit 1973 geprägt.

Um die alexithymen Merkmale zu erfassen entwickelten Taylor, Ryan und Bagby 1985 zunächst die 26-Item Toronto-Alexithymie-Skala, mit 41 Items. Aus dieser wurde zum einen der TAS-23 (auch TAS-R genannt) von Taylor, Bagby und Parker 1992, zum anderen der TAS-20 von Bagby et al. (1994). Dieser wurde auch in dieser Studie verwendet. Er wurde in Studien geprüft auf Reliabilität, Validität und Stabilität, die Testgütekriterien werden erfüllt.

Bei dem TAS-20 Fragebogen wurde die Unterskala „Reduzierte Tagträume“ eliminiert.

Zu der Skala „Extern orientierter Denkstil“ wurden einige Items hinzugenommen.

Bei dem Fragebogen Verfahren handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren der Selbstbeurteilung. Hinsichtlich der einzelnen Items können Zustimmungen auf einer Skala von „trifft völlig zu“ (1) bis „trifft gar nicht zu“ (5) gewählt werden.

4.2.9 Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Zuf-8

Der Fragebogen Zuf-8 umfasst 8 Items. Im Selbstbeurteilungsverfahren wird die Patientenzufriedenheit mit klinischen Aspekten z.B. der Betreuung oder Behandlung erfasst.

Die 8 Items werden zu einem Gesamtskalenwert verrechnet. Dieser kann einen theoretischen Wert von 8-32 Punkten erreichen.

Der Fragebogen, in seiner deutschen Fassung, stammt von Schmidt J. et al. (1989) und ist eine Adaptation des amerikanischen CSQ-8 Fragebogens (Client Satisfaction Questionnaire) von Attkinsson u. Zwick (1982). Die Items sind als Fragen formuliert und können mit 4 möglichen Antworten beantwortet werden. 1= die ungünstigste, negativste Ausprägung und 4= die günstigste, positivste Ausprägung.

Die Reihenfolge von der negativsten zur positivsten Ausprägung wird in Frage 1,3,6 und 7 nicht eingehalten, die Fragen mussten deshalb umgepolt werden und werden im Gesamtskalenwert in umgepolter Reihenfolge berechnet (siehe Anhang Fragebögen).

Der Fragebogen Zuf-8 wurde nur bei den Zeitpunkten 2 und 3 erhoben.

4.3 Stichprobe und Durchführung der Untersuchung

4.3.1 Beschreibung der Stichprobe

An der Studie nahmen insgesamt 45 Patienten teil, die stationär von Januar 2007 bis März 2009 in dermatologischer bzw. psychosomatischer Behandlung waren. Zehn Patienten sprangen über die Zeit ab, 35 Patienten wurden mit in die Studie eingeschlossen

Von diesen 35 Studienteilnehmern waren 19 Patienten in stationärer psychosomatischer Behandlung. Neun davon auf der Station Balint der Justus-Liebig-Universität Gießen und weitere zehn in stationärer Behandlung in der Rothaarklinik Bad Berleburg.

Unter dermatologischer Behandlung waren 16 Patienten in der Berliner Klinik Vivantes/Friedrichshain stationär.

Die Patienten erhielten die unter 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 beschriebenen Therapien, in Abhängigkeit des Therapiekonzeptes der Kliniken.

Die durchschnittliche Liegezeit von T1 bis T2 unterschied sich zwischen den Gruppen. Die Patienten der dermatologischen Gruppe waren im Durchschnitt $x=13,65$ Tage ($sd=6,64$), stationär die Patienten der psychosomatischen Gruppe $x=40,94$ Tage ($sd=16,59$). Zur besseren Vergleichbarkeit wurde deshalb eine dritte Erhebung zum Zeitpunkt T3 (nach sechs Monaten) durchgeführt.

Einschlusskriterien waren:

- Patienten mit dermatologisch diagnostizierter atopischer Dermatitis
- Volljährige Patienten

Ausschlusskriterien waren:

- Therapieabbruch
- Weitere psychiatrische Erkrankungen
- Schwerwiegende Zweiterkrankungen

Die Diagnose wurde jeweils von einem Hautarzt nach den Kriterien von Hanifin und Rajka gestellt, der weiterhin auch entschied, den Patienten mit an der Studie teilhaben zu lassen.

4.3.2 Standardtherapie der Psychosomatischen Klinik der Justus-Liebig Universität Gießen

Die Behandlung besteht aus Einzel-, Gruppen-, Körper-, Kunst- und Musiktherapie. Hinzu kommt eine wöchentliche Versammlung der gesamten Station (Großgruppe), eine sogenannte Aktivgruppe und Entspannungstraining. Weiterhin erhalten die Patienten mit einer Hautsymptomatik eine wöchentliche dermatologische Sprechstunde bei einem Dermatologen mit entsprechender dermatologischer Therapie. Das familiäre und soziale Umfeld wird zusätzlich durch Paar- und Familiengespräche eingebunden. An den Wochenenden erfolgt die Konfrontation mit der häuslichen und familiären Situation im Rahmen von Beurlaubungen. Die Psychotherapien zeichnen sich durch ein psychodynamisches Konzept mit verhaltenstherapeutischen Modulen aus.

4.3.3 Standardtherapie der Rotharklinik, Fachklinik für Psychosomatik, Bad Berleburg

Die Behandlung in Bad Berleburg ist der in der Universitätsklinik Gießen ähnlich. Es handelt sich jedoch nicht um eine Akutklinik, sondern um eine Rehabilitationsklinik. Auch hier gibt es im Rahmen der Psychotherapie Einzel- und Gruppentherapie, sowie Kreativverfahren (Kunst- und Gestalttherapie), Sporttherapie und Entspannungstraining. Zusätzlich gibt es eine Sozialarbeiterin für anstehende Fragen zur Lebensgestaltung. Auch dort gibt es wöchentliche dermatologische Sprechstunden. Zur Dermatotherapie gehören Salben und ggf. systemische Medikamente. Die Klinik orientiert sich dabei, wie auch die Klinik in Gießen, an den schulmedizinischen Standards. Weiterhin stehen umfangreiche Bestrahlungseinrichtungen zur Verfügung und es können in Verbindung mit der Badeabteilung Photosole-Therapie oder Bade-PUVA angewandt werden.

4.3.4 Therapiegestaltung der Vivantes Klinik Friedrichshain in Berlin (Dermatologische Klinik)

Die dermatologische Klinik in Berlin stellt eine Akutklinik dar. Patienten mit chronisch entzündlichen Hautkrankheiten wie Neurodermitis erfahren dort ein breites Spektrum an Behandlungsmaßnahmen.

Die Therapieoptionen umfassen neben der Patientenschulung die äußerliche Salben-, Bade- und Lichttherapie (UV-A, UV-B, PUVA, Bade-, Creme-PUVA) ebenso wie die systemische innerliche Behandlung mit immunmodulierenden Substanzen, auch mit Biologics bei gegebener Indikation. Auch hier erfolgt die Behandlung nach den schulmedizinischen Standards.

An die Klinik angebunden ist eine psychosomatische Tagesklinik, in der neben intensiver Behandlung der Haut die Stärkung der Krankheits- und Alltagsbewältigung unter Berücksichtigung individueller psychosozialer Schwerpunkte erfolgt. Eine Liaisonsprechstunde wird durch einen psychotherapeutisch ausgebildeten Hautarzt gehalten und bahnt den Weg zu erweiterten Therapiekonzepten.

4.3.5 Durchführung und Verlauf der Studie

Die 45 rekrutierten Patienten füllten die Fragebögen zu drei Zeitpunkten aus.

1. Bei stationärer Aufnahme
2. Bei Entlassung
3. 6 Monate nach der Aufnahme

Am Zeitpunkt 3 erhielten die Patienten die Fragebögen per Post mit einem frankierten Rückumschlag, mit der Bitte, sie zurück zusenden.

In der psychosomatischen Gruppe schickten 19 von den 25 erhobenen Patienten die Fragebögen zurück. Zwei Patienten brachen nach einer Woche die Therapie ab. Zum dritten Zeitpunkt gab es vier Ausfälle, ein Patient und eine Patientin waren verzogen und nicht mehr auffindbar, eine Patientin im Ausland und eine weitere fühlte sich auch nach einer telefonischen Motivation nicht in der Lage den Fragebogen auszufüllen. So dass insgesamt 19 psychosomatischen Patienten mit in die Studie eingeschlossen werden konnten.

In der dermatologischen Gruppe gab es vom ersten zum zweiten Zeitpunkt keine Ausfälle. Zum dritten Termin fehlen vier Fragebögen. Davon waren zwei Patienten verzogen und zwei Patientinnen nicht bereit den Fragebogen nochmals auszufüllen. Es konnten 16 Patienten der dermatologischen Gruppe mit eingeschlossen werden.

Angesprochen und gebeten an der Studie teilzunehmen wurden alle Patienten, die im Erhebungszeitraum stationär in den drei Kliniken waren und die Einschlusskriterien erfüllten. Dabei wurde nur ein Teil aller stationären Neurodermitispatienten der Klinik im Erhebungszeitraum erfasst.

Von Januar 2007 bis März 2009 wurden nach Angaben der Vivantes Klinik Berlin/Friedrichshain 70 Patienten mit Neurodermitis behandelt. Davon wurden 22,86% (16 Patienten) mit in die Studie eingeschlossen und zum Zeitpunkt T1 20 Patienten erfasst. Ausgeschlossen wurden der größte Anteil vor allem durch die Tatsache einer akuten Notaufnahmen oder Komplikationen der Erkrankung (Aufnahme nachts, massiv superinfizierte Haut).

In Bad Berleburg wurden von 45 Patienten im Erhebungszeitraum 16 Patienten erfasst (T1), 13 Patienten (28,88%) in die Studie eingeschlossen. Von den nicht Erfassten wurde ein Teil nicht gefragt, die anderen sahen sich oft psychisch nicht in der Lage oder wollten nicht teilnehmen.

In der Psychosomatischen Klinik Gießen wurden initial alle neun stationären Patienten im Erhebungszeitraum erfasst (T1). Mit in die Studie eingeschlossen wurden jedoch nur sechs der neuen Patienten (66,67%), drei Patienten sprangen bereits bis zu Zeitpunkt T2 ab.

Aufgeklärt wurden die Patienten mündlich durch den jeweiligen aufnehmenden Kollegen. Schriftlich erhielten sie die im Anhang unter zwei angefügten Schriftstücke.

Es wurde den Patienten freigestellt ihre Adresse für den dritten Erhebungstermin mit anzugeben. Dieses wurde als Einverständniserklärung angesehen. Des Weiteren konnten die Patienten angeben, ob sie an den Ergebnissen der Dissertation interessiert sind. Dieses Interesse wurde von allen Probanden angegeben. Eine persönliche Auswertung ihres Fragebogens wurde nicht angeboten.

Die Fragebögen und Schriftstücke wurden bei der Ethik-Kommission des Fachbereiches Humanmedizin der Justus-Liebig Universität Gießen unter der Nummer 108/08 eingereicht und anerkannt.

Zum Zeitpunkt der dritten Erhebung T3 (nach sechs Monaten) wurden die Patienten zur Reduktion des organisatorischen Aufwandes (Patienten aus allen Teilen Deutschlands) nicht nochmals von einem Arzt gesehen. Die Schweregradbeurteilung erfolgte postalisch über den Fragebogen PO-SCORAD durch den Patienten selbst.

Statistisch wurde zu den ersten zwei Zeitpunkten (T1 und T2) geprüft, ob es zwischen dem SCORAD und PO-SCORAD eine signifikante Korrelation gibt. Dieses war gegeben, sodass auch von einer Übereinstimmung zum dritten Zeitpunkt ausgegangen werden kann.

Die weiteren Fragebögen zu T3 entsprechen denen bereits zum Zeitpunkt T2 erhobenen.

4.3.6 Datenanalyse

Die Datenanalyse führten wir mit dem Statistikprogramm SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences) mit Hilfe von Dipl.- Psych. PD Dr. Jörg Kupfer, durch.

Zu den verwendeten statistischen Verfahren gehören der t-Test, der Chi-Quadrat Test und die Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Der t-Test stellte die Unterschiede der beiden Gruppen in Bezug auf die Mittelwerte der ausgewerteten Fragebögen dar. Der t-Test wurde als Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Der Chi- Quadrat Test fand Verwendung zum Vergleich der beiden Gruppen bezüglich von Nominaldaten. Dabei wurde die zweiseitige Signifikanz ermittelt, um die signifikanten Unterschiede in den Kreuztabellen zu beschreiben.

Mit dem ANOVA-Test (analysis of variance) wurden Gruppeneffekte (Psychotherapie vs. dermatologische Behandlung), Zeiteffekte und Interaktionseffekte (Gruppe x Zeit) näher ermittelt.

4.4 Statistische Hypothesen

H0 = die zu widerlegende Hypothese

H1= Alternativhypothese (die zu beweisende Hypothese)

1. (entspricht deskriptiv Hypothese 2 unter Kapitel 3.2)

H0 Es gibt keine signifikante Korrelation des SCORAD-Wertes und des PO-SCORAD-Wertes in den Terminen T1 und T2 in den beiden Gruppen.

H1 Es gibt eine signifikante Korrelation des SCORAD-Wertes und des PO-SCORAD-Wertes in den Terminen T1 und T2 in den beiden Gruppen.

2. (Hypothese 2 unter 3.2)

H0 Es gibt keine Veränderung des PO-SCORAD-Wertes (Patienten orientierter Schweregradindex) in der dermatologischen Gruppe, in Bezug auf die Termine T1, T2, T3.

H1 Es gibt eine Veränderung des PO-SCORAD-Wertes (Patienten orientierter Schweregradindex) in der dermatologischen Gruppe, in Bezug auf die Termine T1, T2, T3.

3. (Hypothese 2 unter 3.2)

H0 Es gibt keine Veränderung des PO-SCORAD-Wertes in der psychosomatischen Gruppe, in Bezug auf die Termine T1, T2, T3.

H1 Es gibt eine Veränderung des PO-SCORAD-Wertes in der psychosomatischen Gruppe, in Bezug auf die Termine T1, T2, T3.

4. (Hypothese 1 unter 3.2)

H0 Die Lebensqualität (erhoben mit dem DLQI) ist in der psychosomatischen Gruppe nicht geringer und verändert sich in der psychosomatischen Gruppe im Behandlungsverlauf nicht mehr, als in der dermatologischen Gruppe. Die Lebensqualität wird im Behandlungsverlauf nicht als besser eingeschätzt.

H1 Die Lebensqualität (erhoben mit dem DLQI) ist in der psychosomatischen Gruppe geringer und verändert sich in der psychosomatischen Gruppe stärker, als in der dermatologischen Gruppe. Die Lebensqualität wird im Behandlungsverlauf als besser eingeschätzt.

5. (Hypothese 5 unter 3.2)

H0 Die sozialen Ängste und ängstlich-depressiven Verstimmung (MHF Skala 1 und 4) sind in der psychosomatischen Gruppe am Ende des Behandlungszeitraumes mehr ausgeprägt, als in der dermatologischen Gruppe. Sie ändern sich im Zeitraum T1-T3 unter Berücksichtigung der Ausgangsunterschiede als Kovariate nicht.

H1 Die sozialen Ängste und ängstlich-depressiven Verstimmung (MHF Skala 1 und 4) verringern sich in der psychosomatischen Gruppe am Ende des Behandlungszeitraumes mehr, als in der dermatologischen Gruppe. Sie ändern sich im Zeitraum T1-T3 unter Berücksichtigung der Ausgangsunterschiede als Kovariate.

6. (Hypothese 7 unter 3.2)

H0 Im Bezug auf die Skala Juckreiz zeigt sich am Ende der Behandlung keine Verbesserung in der psychosomatischen Gruppe.

H1 Im Bezug auf die Skala Juckreiz zeigt sich am Ende der Behandlung eine Verbesserung in der psychosomatischen Gruppe.

7. (Hypothese 8 unter 3.2)

a)

H0 Es gibt keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in dem Fragebogen HautZuf im Bezug auf die Parameter Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung und elterliche Berührung am Erhebungstermin T1.

H1 Es gibt Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in dem Fragebogen HautZuf im Bezug auf die Parameter Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung, elterliche Berührung am Erhebungstermin T1.

b)

H0 Die Merkmale Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung und elterliche Berührung konnten im Behandlungsverlauf nicht gebessert werden. Die Patienten empfanden keine Besserung im zwischenmenschlichen Umgang.

H1 Die Merkmale Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung und elterliche Berührung konnten im Behandlungsverlauf gebessert werden. Die Patienten empfanden eine Besserung im zwischenmenschlichen Umgang.

8. (Hypothese 3 unter 3.2)

a)

H0 Die Patienten in der psychosomatischen Gruppe zeigen am Erhebungstermin T1 im AAS niedrigere Werte, als die Patienten in der dermatologischen Gruppe.

H1 Die Patienten in der psychosomatischen Gruppe zeigen am Erhebungstermin T1 im AAS höherer Werte, als die Patienten in der dermatologischen Gruppe.

b)

H0 Die Werte im AAS konnten im Verlauf nicht gebessert werden.

H1 Die Werte im AAS konnten im Verlauf gebessert werden.

9. (Hypothese 1 unter 3.2)

a)

H0 In der psychosomatischen Gruppe treten am Erhebungszeitpunkt T1 weniger Angststörungen auf (HADS), als in der dermatologischen Gruppe.

H1 In der psychosomatischen Gruppe treten am Erhebungszeitpunkt T1 mehr Angststörungen auf (HADS), als in der dermatologischen Gruppe.

b)

H0 In den Gruppen konnten die Angststörungen im Behandlungsverlauf (T1-T3) nicht gebessert werden.

H1 In den Gruppen konnten die Angststörungen im Behandlungsverlauf (T1-T3) gebessert werden.

10. (Hypothese 1 unter 3.2)

a)

H0 In der psychosomatischen Gruppe treten am Erhebungszeitpunkt T1 weniger Depressionsstörungen (HADS) auf, als in der dermatologischen Gruppe.

H1 In der psychosomatischen Gruppe treten am Erhebungszeitpunkt T1 mehr Depressionsstörungen (HADS) auf, als in der dermatologischen Gruppe.

b)

H0 In den Gruppen konnten die Depressionsstörungen im Behandlungsverlauf (T1-T3) nicht gebessert werden.

H1 In den Gruppen konnten die Depressionsstörungen im Behandlungsverlauf (T1-T3) gebessert werden.

11.

H0 Im Vergleich der Gruppen am Termin T1 treten in der psychosomatischen Gruppe im TAS-20 niedrigere Werte auf, als in der dermatologischen Gruppe.

H1 Im Vergleich der Gruppen am Termin T1 treten in der psychosomatischen Gruppe im TAS-20 höhere Werte auf, als in der dermatologischen Gruppe.

12. (Hypothese 6 unter 3.2)

H0 Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der SCORAD-Schweregrad Differenz (T1 zu T3) und der Patientenzufriedenheit im Zuf-8.

H1 Es gibt einen Zusammenhang zwischen der SCORAD-Schweregrad Differenz (T1 zu T3) und der Patientenzufriedenheit im Zuf-8.

13. (Hypothese 4 unter 3.2)

H0 Die Patienten der psychosomatischen Gruppe geben im Verlauf weniger Arztbesuche an, als die der dermatologischen Gruppe.

H1 Die Patienten der psychosomatischen Gruppe geben im Verlauf nicht weniger Arztbesuche an, als die der dermatologischen Gruppe.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen eingesetzten Fragebögen erläutert. Eingeschlossen werden nur die Patienten, die an der Studie bis einschließlich des Zeitpunktes T3 teilgenommen haben. Dies betrifft 19 Patienten der psychosomatischen und 16 Patienten der dermatologischen Gruppe. Es werden zum Gruppenvergleich die Angaben der Patienten zum Zeitpunkt T1 ausgewertet. Die Abbrecher der Studie sind zwischen den beiden Gruppen über die Zeitpunkte T1- T3 statistisch nicht signifikant unterschiedlich und daher vergleichbar $p = .748$.

Die durchschnittliche Liegezeit der DG beträgt 13,65 Tage ($sd=6,64$), die der PG 40,94 Tage ($sd=16,59$).

Folgende Signifikanzniveaus wurden angenommen:

$p > .1$ nicht signifikant

$p .05 - .1$ Trend sichtbar

$p < .05$ signifikant

5.1 Sozialfragebogen

5.1.1 Soziale Merkmale

Die Geschlechterverteilung in den beiden Gruppen zeigt keinen wesentlichen Unterschied ($p = .072$), ist also statistisch nicht signifikant, siehe Tabelle 1. Damit ist die Geschlechterverteilung der Gruppen vergleichbar.

Tabelle 1: Geschlechterverteilung der Teilnehmer

	Männer (n=)	Frauen (n=)
PG (n=19)	5	14
DG (n=16)	9	7
Insgesamt	14	21

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl)

Das durchschnittliche Alter in der Psychosomatischen Gruppe (PG) ist 40,7 Jahre, in der Dermatologischen Gruppe (DG) 29,1 Jahre, wie Tabelle 2 zu entnehmen.

Die Gruppen sind nicht vergleichbar ($p = .005$). Die Patienten der DG sind deutlich jünger. Das Merkmal Alter zeigt einen statistisch signifikanten Unterschied.

Tabelle 2: Alter der Teilnehmer

	Mittelwert(x) / Standardabweichung (sd)
PG (n=19)	40,7 / 11,06
DG (n=16)	29,1 / 11,59

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

In der PG leben 14 Patienten in einer Partnerschaft, fünf Patienten leben alleine (siehe Tabelle 3); davon sind acht (44%) ledig, sieben (39%) verheiratet und drei (17%) geschieden (siehe Tabelle 4). Ein Patient hat keine Angaben gemacht.

In der DG leben neun Patienten in einer Partnerschaft sieben alleine, davon sind 12 (75%) ledig und vier (25%) verheiratet, geschieden ist von dieser Gruppe niemand. Die Gruppen lassen sich, im Bezug auf eine vorhandene Partnerschaft vergleichen ($p = .279$).

Auch die Verteilung innerhalb der Gruppen, ob die Patienten ledig, verheiratet oder geschieden sind, zeigt zwar einen Unterschied, dieser ist jedoch statistisch nicht relevant ($p = .105$).

Tabelle 3: Partnerschaft

	Partner (n=)	keinen Partner (n=)
PG (n=19)	14	5
DG (n=16)	9	7

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl)

Tabelle 4: Art der Partnerschaft

	ledig (n=)	verheiratet (n=)	geschieden (n=)	keine Angabe (n=)
PG (n=19)	8	7	3	1
DG (n=16)	12	4	0	0

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl)

Der Schulabschluss in beiden Gruppen ist statistisch nicht signifikant unterschiedlich ($p = .514$), die Gruppen vergleichbar. Zwölf Patienten der PG haben Abitur oder Fachabitur, sechs der DG. Sieben Patienten der PG und zehn der DG haben Mittlere Reife, ersichtlich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Schulabschluss

	keine Schulausbildung	Volks- oder Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur/ Fachabitur
PG (n=19)	0	3	4	12
DG (n=16)	0	3	7	6

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl)

Die Art der Ausbildung unterscheidet sich deutlich zwischen den Gruppen. 17 Patienten der PG und zwölf der DG haben eine abgeschlossene Lehre, einen Meister-/ oder Fachhochschulabschluss, sind im Studium, oder haben dort einen Studienabschluss. In der DG gibt es vier Patienten (null in der PG) in der Lehre und solche, die eine Schulausbildung absolvieren. Zwei Patienten in der PG haben keinen Abschluss (siehe Tabelle 6). Die Gruppen sind also im Bezug auf ihre Ausbildung nicht vergleichbar.

Tabelle 6: Art der Ausbildung

	Kein Abschluss (n=)	Schüler (n=)	Lehrling/ Azubi (n=)	Abgeschl. Lehre (n=)	Meister-/ Fachschul- abschluss (n=)	Im Studium (n=)	Hoch-/ Fachhoch- schulabschluss (n=)
PG (n=19)	2	0	0	5	7	2	3
DG (n=16)	0	1	3	7	0	4	1

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl)

Auch die bestehende Berufstätigkeit ($p= .067$) und die Art der Berufstätigkeit ($p= .813$) zeigen Unterschiede, die jedoch statistisch nicht signifikant und daher vernachlässigbar klein sind.

In den beiden Gruppen gibt es 19 Berufstätige, davon 13 in PG. Die meisten sind Arbeiter und Angestellte (elf von 13 in PG, in der DG sechs von sieben).

16 Patienten der beiden Gruppen (in der PG davon sechs) sind nicht berufstätig.

Davon ist nur ein Patient in der PG noch in Ausbildung (Schüler/in, Student/in, Azubi), einer Sozialhilfeempfänger, zwei arbeitslos, einer Rentner und zwei zählten sich zu sonstiger Art der Berufstätigkeit. In der DG gab es mehr Patienten (sieben), die sich noch in Ausbildung befanden (Schüler, Studenten oder Azubi).

5.1.2 Krankheitsspezifische Merkmale

Im Bezug auf die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit (AU) im letzten Jahr zeigt sich zwischen den beiden Gruppen kein wesentlicher Unterschied ($p= .127$). Das bedeutet, es waren statistisch vergleichbar viele Patienten der beiden Gruppen krankgeschrieben.

Ein statistisch deutlicher Unterschied zeigt sich jedoch in der Dauer der Krankschreibung ($p= .041$). In der PG zeigten sich längere AU- Zeiten, gegenüber der DG.

Bei vier der Patienten in der PG lagen die Ausfallzeiten über sechs Monaten. In der DG gab es keinen Patienten, der einen so langen Zeitraum krank geschrieben war. Auch den Zeitraum von ein bis sechs Monaten gaben in der DG nur zwei, in der PG sieben der Patienten an. Neun der Patienten der DG waren weniger als einen Monat krank, in der PG waren dies nur sechs Patienten. Die Aufstellung der Dauer der Krankschreibung in den Gruppen ist dargestellt in Tabelle 7.

Tabelle 7: Dauer der Krankschreibung in der letzten 12 Monaten

	< 1 Monat	1-6 Monate	> 6 Monate	Keine Krankschreibung
PG (n=19)	6	7	4	2
DG (n=16)	9	2	0	5

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl)

Des Weiteren ist die Gesamtdauer der Krankheit statistisch nicht unterschiedlich ($p = .841$) und so in den beiden Gruppen vergleichbar. In beiden Gruppen besteht die Erkrankung bei den meisten Patienten schon seit über fünf Jahren. In der PG bei 15 und in der DG bei zwölf Patienten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die beiden Gruppen (PG und DG) statistisch in den Merkmalen Geschlecht ($p = .072$), Partnerschaft ($p = .279$), Schulabschluss ($p = .514$), Berufstätigkeit ($p = .067$), Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr ($p = .127$) und Gesamtdauer der Erkrankung ($p = .841$) vergleichbar sind und keine relevanten Unterschiede vorweisen.

Die Dauer der Krankschreibung in den letzten zwölf Monaten ($p = .041$) und das Alter ($p = .005$), weisen jedoch statistische Unterschiede auf und lassen sich als Merkmale in den Gruppen nicht vergleichen.

5.2 Schweregradindex

5.2.1 SCORAD

Der mit dem SCORAD erhobene Schweregradindex zum Zeitpunkt T1 (bei Aufnahme), zeigt in den Gruppen deutliche statistisch signifikante Unterschiede. Der Mittelwert liegt in der PG bei 40,21 und in der DG bei 77,75 (siehe Tabelle 8 und Abbildung 5)

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen SCORAD T1

	<i>x (sd)</i> Zeitpunkt T1
PG (n=19)	40,21 (4,89)
DG (n=16)	77,75 (3,59)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung)

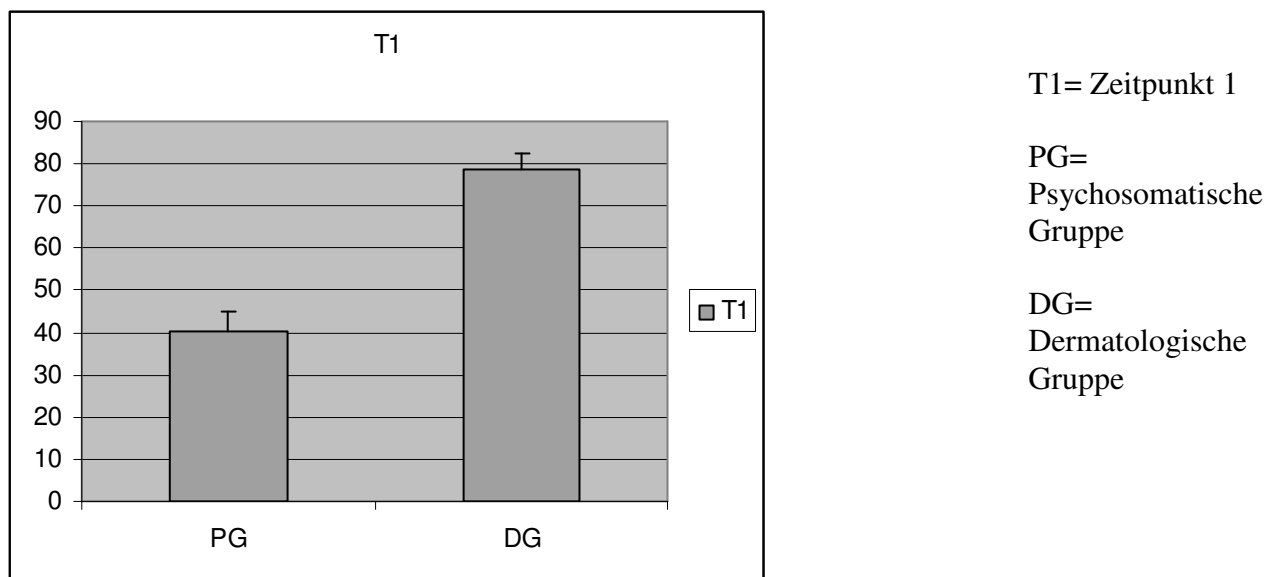


Abbildung 5: Schweregrad: Mittelwerte und Standardabweichung SCORAD T1 (PG n=19; DG n=16)

5.2.2 PO-SCORAD

Auch in dem von den Patienten selbst eingeschätzten Befall zeigen sich in beiden Gruppen signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten.

In der PG schätzen die Patienten ihren Befall im Mittelwert auf 40,21 ein (T1), in der DG auf 59,5 (T1). Dies stimmt überein mit dem vom Arzt ausgefüllten SCORAD.

Die Korrelation nach Pearson beträgt zum Zeitpunkt T1 zwischen dem SCORAD und dem PO-SCORAD 0,717 ($p = .000$) und zum Zeitpunkt T2 0,787 ($p = .000$) in der PG. Auch in der DG ist die Korrelation signifikant.

Die Hypothese 1 konnte somit bewiesen werden.

1. Hypothese: Es gibt eine signifikante Korrelation des SCORAD-Wertes und des PO-SCORAD-Wertes zu den Zeitpunkten T1 und T2 in den beiden Gruppen.

Der von den Patienten selbst ausgefüllte Fragebogen zum Zeitpunkt T3 kann damit gewertet werden, da es zum Zeitpunkt T1 und T2 eine signifikante Korrelation zwischen dem SCORAD und PO-SCORAD Wert gab.

Die Frage nach einzelnen Effloreszenzen (Erythem, Lichenifikation, Pusteln, Exkoriationen, Trockenheit der nicht betroffenen Haut) wurde von beiden Gruppen ähnlich eingeschätzt und zeigt zum Zeitpunkt T1 keine signifikanten Unterschiede.

Im Verlauf zeigen sich folgende Werte des PO-SCORADS in den Gruppen:

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichung PO-SCORAD im Verlauf beider Gruppen

	T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	40,21 (17,67)	28,83 (17,77)	34,88 (14,61)
DG (n=16)	59,5 (22,55)	24,57 (13,08)	38,52 (15,46)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichungen)

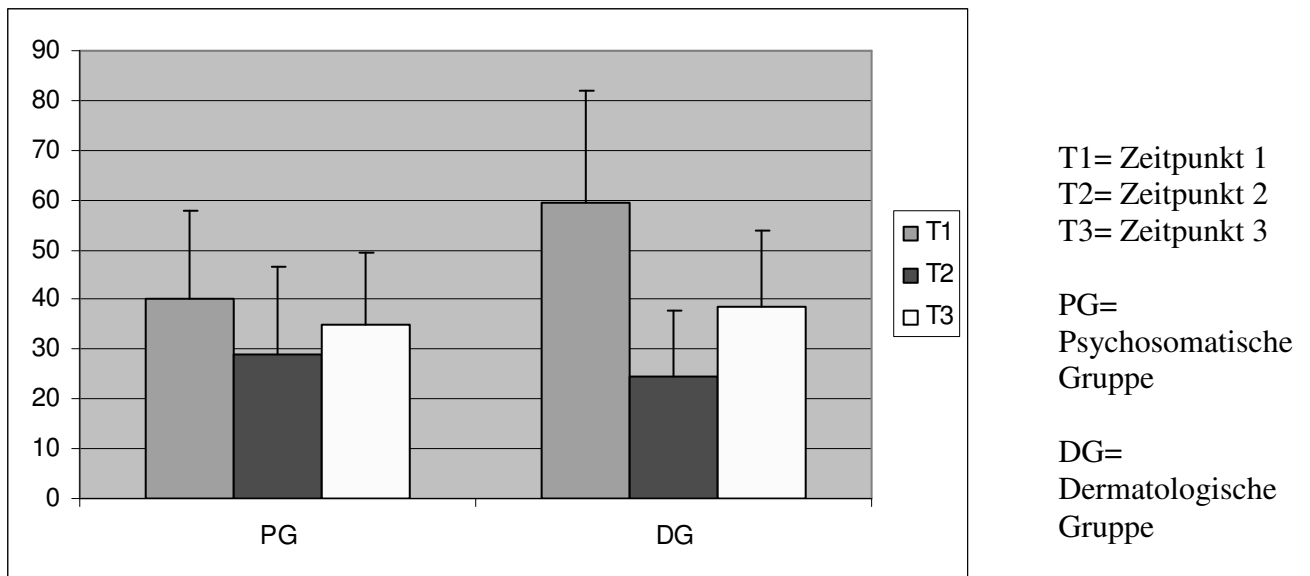


Abbildung 6: Schweregrad Mittelwerte und Standardabweichung PO-SCORAD im Verlauf beider Gruppen (PG n=19; DG n=16) T1-T3

In der Abbildung zeigt sich eine signifikante Veränderung des Schweregrads. In der PG nimmt der Schweregrad zunächst ab und dann wieder zum Zeitpunkt T3 leicht zu (**p= .006**). In der DG sinkt der PO-SCORAD Wert zunächst stark und steigt dann wieder leicht an (**p= .000**).

Hypothese 2 und 3 konnten bewiesen werden.

Hypothese 2: Es gibt eine Veränderung des PO-SCORAD-Wertes (Patienten orientierter Schweregradindex) in der dermatologischen Gruppe, in Bezug auf die Termine T1, T2, T3.

Hypothese 3: Es gibt eine Veränderung des PO-SCORAD-Wertes in der psychosomatischen Gruppe, in Bezug auf die Termine T1, T2, T3.

5.3 Dermatologischer- Lebensqualitäts- Fragebogen (DLQI)

Mit dem Fragebogen DLQI wurde die vierte Hypothese untersucht:

4. Die Lebensqualität (erhoben mit dem DLQI) ist in der psychosomatischen Gruppe geringer und verändert sich in der psychosomatischen Gruppe im Behandlungsverlauf stärker, als in der dermatologischen Gruppe. Die Lebensqualität wird im Behandlungsverlauf besser eingeschätzt.

Die Hypothese konnte nicht in allen drei Teilaspekten bewiesen werden. Zunächst wurde untersucht, ob zum Zeitpunkt T1 ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen im Bezug auf die Lebensqualität vorliegt. Diese war jedoch in der PG nicht signifikant eingeschränkter, als die der DG ($p = .079$), ein Trend kann jedoch beschrieben werden. Der Mittelwert des Gesamtscores beträgt in der PG zum Zeitpunkt T1 1,15 und in der DG 1,53, die weiteren Werte der Zeitpunkte T2 und T3 können Tabelle 10 und Abbildung 7 entnommen werden. Die Patienten der DG fühlen sich zum Zeitpunkt T1 stärker eingeschränkt als die, der PG.

Die Symptome der Erkrankung und die Einschränkungen im Alltag, in der Freizeit, in Beruf/Schule und in Beziehungen zu anderen Menschen werden statistisch in etwa gleich eingeschätzt.

Tabelle 10: DLQI Gesamtscore (Mittelwerte und Standardabweichung beider Gruppen T1-T3)

	T1	T2	T3
	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>
PG (n=19)	1,15 (0,67)	0,65 (0,64)	1,01 (0,86)
DG (n=16)	1,53 (0,57)	0,79 (0,57)	0,86 (0,62)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichungen)

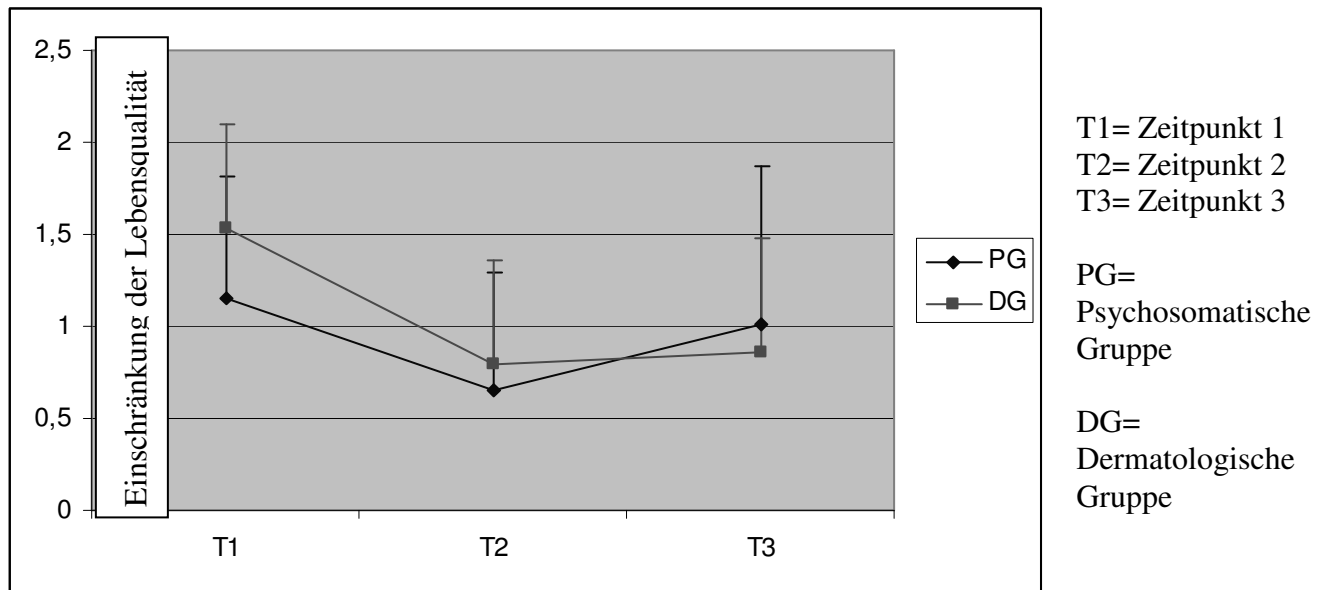


Abbildung 7: DLQI: Einschränkung der Lebensqualität (Mittelwerte und Standardabweichung) beider Gruppen T1-T3 (PG n=19; DG n=16)

Die Lebensqualität wird in beiden Gruppen über die Zeit signifikant besser eingeschätzt. Diese Teilhypothese konnte bewiesen werden ($p = .000$). Vergleicht man die beiden Gruppen jedoch untereinander gibt es keinen statistischen Unterschied. Die Lebensqualität ändert sich also in der PG nicht signifikant stärker, gegenüber der DG ($p = .052$).

Diese Teilhypothese konnte nicht bewiesen werden, jedoch ist ein deutlicher Trend ($p = .052$) sichtbar, der die Veränderung über die Zeit zeigt.

5.4 Marburger Hautfragebogen (MHF)

5.4.1 MHF Skalen

Der MHF ist in 6 Skalen eingeteilt und beinhaltet am Ende noch einzelne detaillierte Fragen zu der eigenen Krankheit und der Vorstellung über ihre Genese.

Nachfolgend werden die Skalen eins, zwei und vier näher betrachtet.

Hypothese 5:

Die sozialen Ängste und ängstlich-depressiven Verstimmungen (MHF Skala 1 und 4) verringern sich in der psychosomatischen Gruppe am Ende des Behandlungszeitraumes mehr als in der dermatologischen Gruppe. Sie ändern sich im Zeitraum T1-T3 unter Berücksichtigung der Ausgangsunterschiede als Kovariate.

Ergebnis:

In der Skala 1 (soziale Ängste) gibt es über die Zeit signifikante Unterschiede, die jedoch unabhängig von den Gruppen sind ($p = .000$). Sie treten in beiden Gruppen auf. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede ($p = .373$), d.h. es gibt keinen gruppenspezifischen Effekt in dieser Skala. Die Ängste ändern sich in der PG nicht mehr, als in der DG.

In der Skala 4 (ängstlich-depressive Verstimmung) zeigt sich ein Unterschied im Verlauf, der auch zwischen den Gruppen signifikant ist ($p = .039$) – graphische Darstellung siehe Abbildung 8.

Es gibt eine kontinuierliche, nicht signifikante Änderung der Mittelwerte in den Gruppen über die Zeit sowohl in der Skala 1, als auch der Skala 4. Die Differenzen der Mittelwerte über die Zeitpunkte T1-T3 bleiben in den Gruppen ungefähr gleich (Skala 1 $p = .332$;

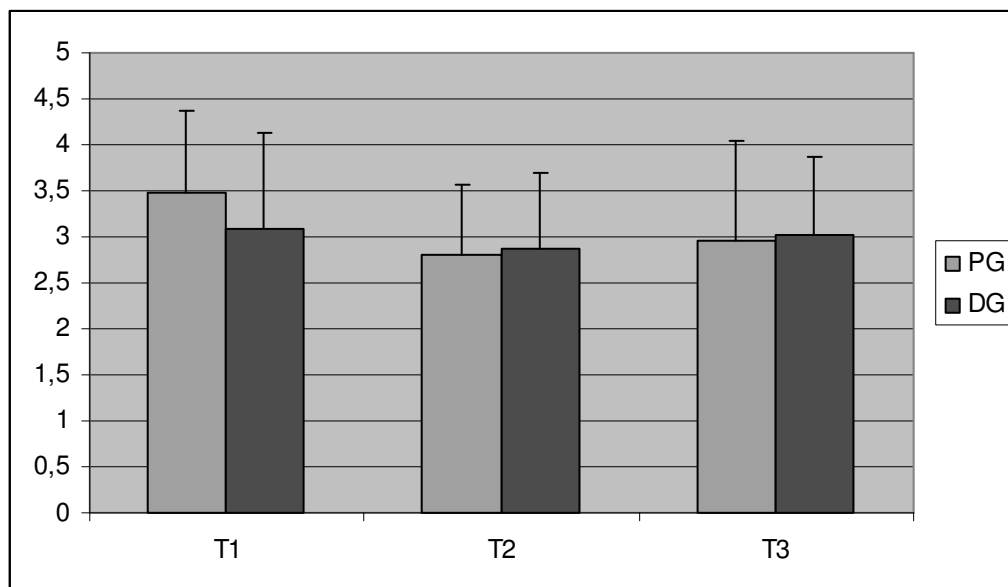
Skala 4 $p = .068$). Die aufgeführten Werte können Tabelle 11 entnommen werden.

Werden jedoch die Ausgangswerte in der Kovarianzanalyse zum Zeitpunkt T1 berücksichtigt, wird deutlich, dass die Änderung der Mittelwerte abhängig von dem Ausgangswert zum Zeitpunkt T1 ist (Skala 1 $p = .008$; Skala 4 $p = .003$).

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichung der Skalen des MHF im Verlauf; Signifikanzen über die Zeit

		T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>x (sd)</i>	p (gruppen- unabhängig)	p (gruppen- abhängig)
PG (n=19)	Skala 1	2,83 (0,92)	2,25 (0,82)	2,31 (1,01)	p= .000	p= .373
DG (n=16)		2,84 (0,93)	2,26 (0,69)	2,57 (0,98)		
PG (n=19)	Skala 2	3,29 (0,98)	2,7 (0,96)	2,83 (1,08)	p= .000	p= .653
DG (n=16)		3,27 (0,79)	2,74 (0,63)	2,99 (0,81)		
PG (n=19)	Skala 3	3,22 (0,82)	2,69 (0,92)	2,66 (0,98)	p= .000	p= .353
DG (n=16)		3,16 (0,82)	2,65 (0,73)	2,87 (1,07)		
PG (n=19)	Skala 4	3,48 (0,89)	2,8 (0,76)	2,95 (1,09)	p= .000	p= .039
DG (n=16)		3,08 (1,05)	2,86 (0,83)	3,03 (0,84)		
PG (n=19)	Skala 5	2,55 (0,92)	2,32 (0,75)	2,16 (0,77)	p=.059	p= .502
DG (n=16)		2,63 (0,70)	2,41 (0,75)	2,47 (0,82)		
PG (n= 19)	Skala 6	2,85 (0,93)	2,18 (0,62)	2,14 (0,68)	p= .004	p= .002
DG (n=16)		3,02 (0,48)	3,05 (0,45)	3,03 (0,50)		

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichungen; p= Signifikanz)



T1= Zeitpunkt 1
T2= Zeitpunkt 2
T3= Zeitpunkt 3

PG=
Psychosomatische
Gruppe

DG=
Dermatologische
Gruppe

Abbildung 8: Mittelwerte und Standardabweichung der Skala 4 (ängstlich-depressive Verstimmung) des MHF im Verlauf (PG n=19, DG n=16) p= .039

Hypothese 6:

Im Bezug auf die Skala Juckreiz zeigt sich am Ende der Behandlung eine Verbesserung in der psychosomatischen Gruppe.

Bei Betrachtung des Verlaufs zeigt sich eine signifikante Änderung in beiden Gruppen ($p = .000$). Diese Änderung ist jedoch nicht signifikant zwischen den Gruppen ($p = .653$). Es gibt keine spezifische Änderung in der PG, im Vergleich zur DG.

Am Ende der Behandlung gibt die PG einen Mittelwert von 2,83 an und die DG einen Wert von 2,3. Der Unterschied zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt T3 ist nicht signifikant ($p = .623$).

Die Hypothese konnte nicht bewiesen werden.

5.4.2 MHF Krankheitsspezifische Variablen

Der Krankheitsbeginn unterschied sich in den Gruppen statistisch nicht signifikant. Im Mittelwert gaben die Patienten der PG das 13. Lebensjahr an; die DG das Neunte.

Sowohl die PG, als auch die DG geben an ca. neun Monate pro Jahr Hauterscheinungen zu haben.

Auch die Anzahl der stationären Aufenthalte in den letzten fünf Jahren unterscheiden sich statistisch nicht signifikant. Die Mittelwerte zwischen den Gruppen zeigen jedoch einen deutlichen Unterschied. In der PG geben die Patienten 1,8 stationäre Aufenthalte an, in der DG sind das nur 0,9 ($p = .103$).

Tabelle 12: Krankheitsbeginn, Symptome (Monate/ Jahr) und Klinikaufenthalte der beiden Gruppen (T1)

	Krankheitsbeginn			Symptome (Monate/Jahr)			Klinikaufenthalte, in letzten 5 Jahren			Krankheits- dauer (in Jahren)		
	<i>x</i>	<i>sd</i>	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>sd</i>	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>sd</i>	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>sd</i>	<i>n</i>
PG	12,98	19,65	18	8,94	3,13	17	1,83	1,76	18	28,69	14,96	18
DG	8,55	15,13	16	8,78	3,94	16	0,88	1,54	16	20,52	13,01	16

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

Die Frage nach den beeinflussenden Faktoren der Krankheit zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Die Umweltfaktoren (z.B. Allergien, Ernährung, Chemie) wurde von den Patienten der DG als stark zutreffender Faktor beschrieben. Von der PG nur als ziemlich zutreffend (**p= .013**). Die Psyche wird von beiden Gruppen als zutreffender Faktor gesehen, die Genetik als ziemlich zutreffend (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Krankheitsüberzeugung der beiden Gruppen

	Genetik (p= .176)	Psyche (p= .197)	Umwelt (p= .013)
	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>
PG (n=19)	2,95 (1,18)	4,35 (0,83)	2,95 (0,97)
DG (n=16)	2,44 (0,96)	4,00 (0,82)	3,81 (0,98)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; p= Signifikanzniveau)

Der Befall des Körpers (der Körperstellen) zeigt keine signifikanten Unterschiede. Eingeschätzt werden sollten das Gesicht (p= .269), der Hals (p= .223), die Hände (p= .930), die Arme (p= .152), der Rumpf (p= .089) und die Beine (p= .159).

5.5 Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)

Der Fragebogen zur Hautzufriedenheit erfasst die Aspekte Berührung, Scham und Ekel. In der Skala Berührung wird noch einmal zwischen der Selbstberührung, der elterlichen Berührung und der Partnerberührung unterschieden.

Hypothese 7a:

Es gibt Unterschiede in dem Fragebogen HautZuf zwischen den beiden Gruppen im Bezug auf die Parameter Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung und elterliche Berührung im Bezug auf den Erhebungstermin T1.

Die Hypothese 7b:

Die Merkmale Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung und elterliche Berührung konnten im Behandlungsverlauf gebessert werden. Die Patienten empfanden eine Besserung im zwischenmenschlichen Umgang.

Ergebnis:

Ein Teil der Hypothese 7a konnte bewiesen werden. Die elterliche Berührung wird zum Zeitpunkt T1 zwischen den Gruppen unterschiedlich bewertet. Diese Bewertung unterscheidet sich signifikant (**p= .048**). Weitere Werte können Tabelle 14 entnommen werden.

Die anderen Parameter unterscheiden sich nicht signifikant.

Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichung HautZuf beider Gruppen T1-T3

		T1	T2	T3	p
		<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>	
PG (n=19)	Skala 1 (Scham)	3,19 (0,8)	3,22 (0,9)	3,11 (1,03)	p= .611
DG (n=16)		3,04 (0,94)	2,88 (0,81)	2,89 (0,86)	
PG (n=19)	Skala 2 (Ekel)	3,07 (0,92)	3,14 (1,03)	3,12 (0,92)	p= .616
DG (n=16)		2,93 (0,75)	2,89 (0,81)	2,97 (0,81)	
PG (n=19)	Skala 3 (Partnerschaftl Berührung)	3,48 (0,84)	3,44 (0,95)	3,36 (1,08)	p= .961
DG (n=16)		3,47 (0,82)	3,39 (0,72)	3,33 (0,81)	
PG (n=19)	Skala 4 (Selbst- berührung)	2,46 (0,97)	2,7 (1,05)	2,52 (1,12)	p= .450
DG (n=16)		2,24 (0,73)	2,38 (0,86)	2,33 (0,79)	
PG (n=19)	Skala 5 (Elterliche Berührung)	2,56 (1,28)	2,66 (1,29)	2,61 (1,46)	p= .048
DG (n=16)		3,38 (0,96)	3,38 (0,97)	3,33 (1,12)	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; p= Signifikanz))

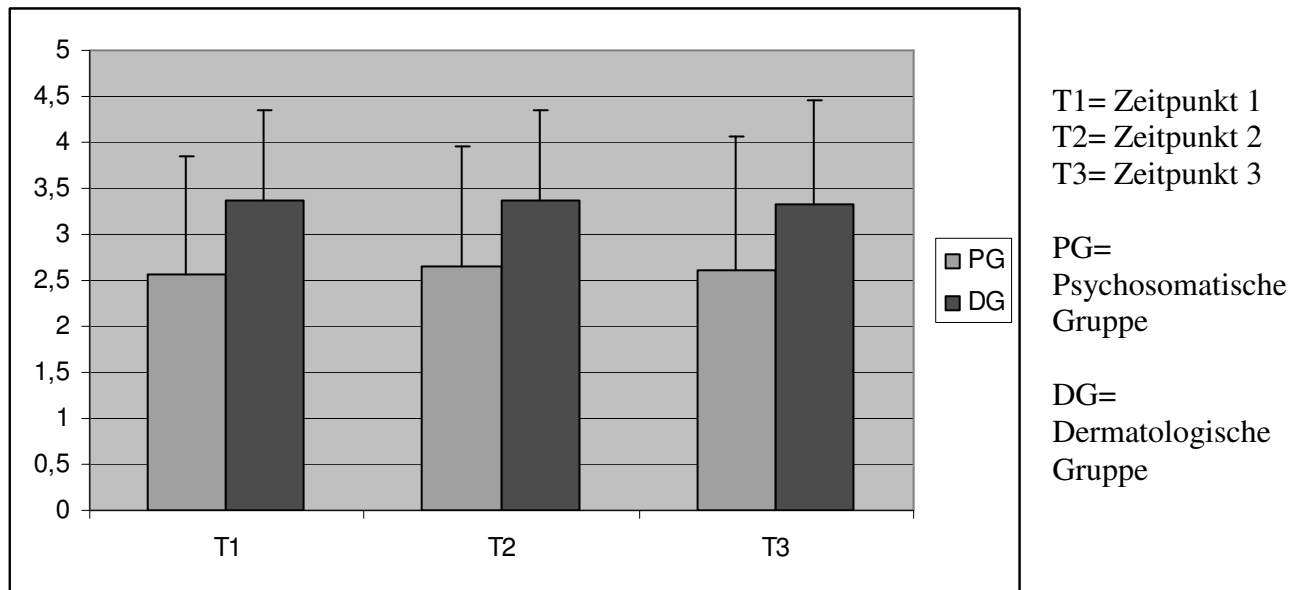


Abbildung 9: Mittelwerte und Standardabweichung HautZuf beider Gruppen T1-T3 Skala 5/elterliche Berührung (PG n=19; DG n=16)

Im Verlauf gibt es jedoch keinen signifikanten Trend oder eine unterschiedliche Bewertung, die für einen gruppenspezifischen Unterschied steht.

Die Parameter Selbstberührung und partnerschaftliche Berührung, Ekel und Scham zeigen keine signifikante Veränderung im Verlauf (siehe Tabelle 15 Spalte drei) und auch kein Unterschied zwischen den Gruppen über die Zeitpunkte T1-T3 (siehe Tabelle 15 Spalte vier).

Die Hypothese 7b konnte somit nicht bewiesen werden.

Tabelle 15: Signifikanzwerte (p) HautZuf Skalen zum Zeitpunkt T1 und über die Zeit

	Unterschied zwischen den Gruppen (Zeitpunkt T1) (Hypothese 7a)	Verlauf T1-T3 gruppenunabhängig (Hypothese 7b)	Verlauf T1-T3 Gruppeneffekt (Hypothese 7b)
Scham	p= .611	p= .519	p= .613
Ekel	p= .616	p= .887	p= .790
Partnerschaftliche Berührung	p= .961	p= .318	p= .953
Selbstberührung	p= .450	p= .104	p= .684
Elterliche Berührung	p= .048	p= .783	p= .832

(p= Signifikanz)

5.6 Fragebogen zur Art der Bindung oder Beziehung (AAS- Adult Attachment Scale)

Mit dem Fragebogen AAS sollten folgende zwei Hypothesen untersucht werden:

8a: Die Patienten in der psychosomatischen Gruppe zeigen am Erhebungstermin T1 im AAS höherer Werte, als die Patienten in der dermatologischen Gruppe.

8b: Die Werte im AAS konnten im Verlauf gebessert werden.

Die Hypothese, dass Patienten der PG zum Zeitpunkt T1 höhere Werte im AAS zeigen, konnte nicht bewiesen werden. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zu Zeitpunkt T1 (siehe Tabelle 16). Untersucht wurden die Skalen Nähe, Vertrauen und Angst.

Tabelle 16: Mittelwerte und Standardabweichung AAS beider Gruppen zum den Zeitpunkten T1-T3

		T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>x (sd)</i>	p (T1)
PG (n=19)	NÄHE	3,22 (0,85)	3,13 (0,72)	3,38 (1,01)	p= .136
DG (n=16)		3,68 (0,91)	3,6 (0,71)	3,81 (0,72)	
PG (n=19)	VERTRAUEN	3,41 (1,03)	3,43 (0,81)	3,67 (0,85)	p= .072
DG (n=16)		4,01 (0,86)	4,03 (0,57)	4,03 (0,59)	
PG (n=19)	ANGST	2,29 (0,81)	2,25 (0,75)	2,29 (0,66)	p= .797
DG (n=16)		2,36 (0,72)	2,28 (0,65)	2,35 (0,64)	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; p= Signifikanz)

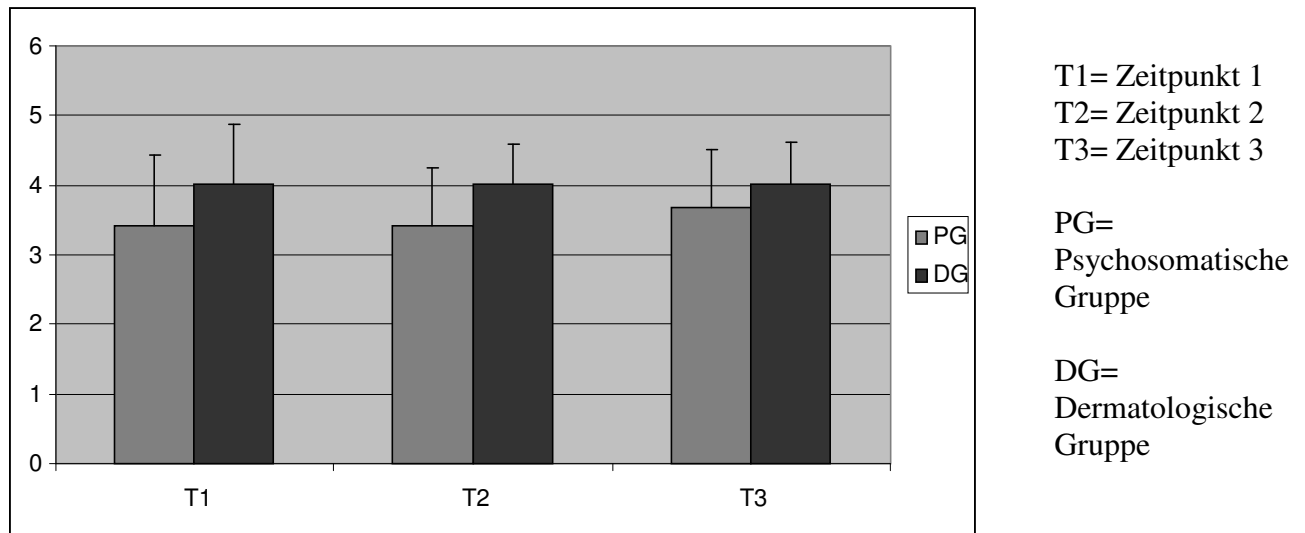


Abbildung 10: Mittelwerte und Standardabweichung AAS Skala Vertrauen beider Gruppen T1-T3 (PG n=19; DG n=16)

Den größten Unterschied zwischen den Gruppen ergab die Skala Vertrauen. Dieser ist jedoch statistisch vernachlässigbar klein. Ein Trend könnte beschrieben werden. Die Patienten der PG haben zum Zeitpunkt T1 geringere Werte in der Skala Vertrauen (siehe Abbildung 10). Der Verlauf zeigt, dass eine Änderung der Werte besteht, diese jedoch statistisch nicht signifikant ist (Tabelle 17 Spalte drei) und nicht speziell in einer Gruppe vorliegt (Tabelle 17 Spalte vier). Die Werte konnten nicht signifikant gebessert werden.

Tabelle 17: Signifikanzwerte (p) AAS Skalen zum Zeitpunkt T1 und über die Zeit

	Unterschied zwischen den Gruppen (Zeitpunkt T1) (Hypothese 8a)	Verlauf T1- T3 gruppenunabhängig (Hypothese 8b)	Verlauf T1- T3 Gruppeneffekt (Hypothese 8b)
Nähe	p= .136	p= .115	p= .965
Vertrauen	p= .072	p= .286	p= .324
Angst	p= .797	p= .769	p= .962

(p= Signifikanz)

5.7 Fragebogen zu Angst und Depression (HADS)

5.7.1 Angstskala

Zunächst wurde mit dem HADS Fragebogen und dessen Angstskala im Speziellen die Hypothese 9a untersucht:

In der psychosomatischen Gruppe treten am Erhebungszeitpunkt T1 mehr Angststörungen auf (HADS), als in der dermatologischen Gruppe.

Diese Hypothese konnte nicht bewiesen werden. Mittelwerte und Standardabweichung der Angstskala zum Zeitpunkt T1/ Aufnahme können der Tabelle 18 entnommen werden.

Mit Hilfe des T-Tests konnte eine zweiseitige Signifikanz im Bezug auf die Mittelwerte festgelegt werden mit $p = .193$ (siehe Tabelle 20).

Es konnte somit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zum Zeitpunkt T1 festgelegt werden.

Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichung der Angstskala (Zeitpunkt T1)

	<i>x (sd)</i>
PG (n=19)	10,42 (5,08)
DG (n=16)	8,31 (4,12)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung)

Zum Zeitpunkt T1 wiesen sieben Patienten der PG Werte über elf auf, in der DG waren dies fünf (siehe Tabelle 19, Abbildung 11).

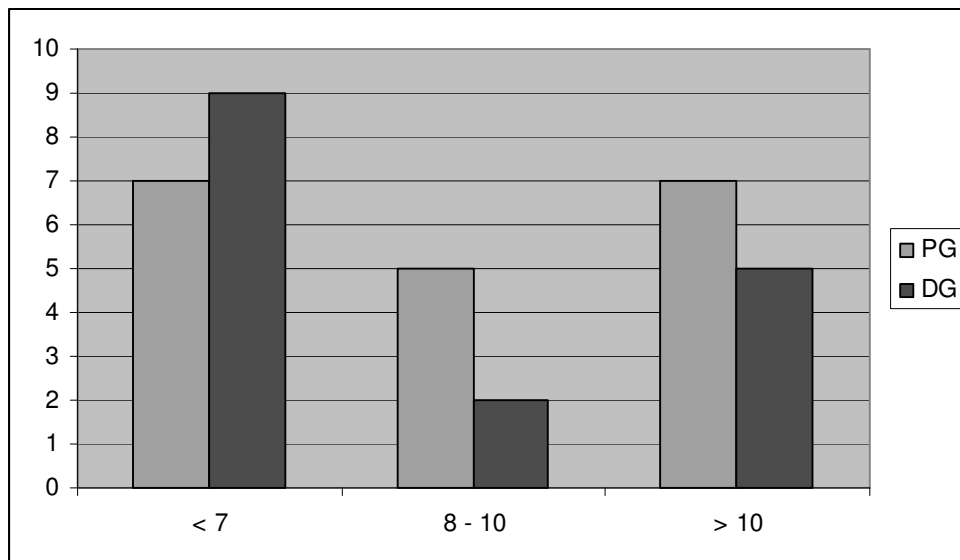
Dabei gelten Werte unter sieben als unauffällig, Werte zwischen 8-10 als grenzwertig und Werte über 11 als auffällig.

Es gibt zu keinem der drei Zeitpunkte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Tabelle 19, Spalte sechs).

Tabelle 19: Verteilung der Patienten beider Gruppen zum Zeitpunkt T1-T3 (Angstwerte)+ zweiseitige Varianz p (Chi²- Test nach Pearson)

		< 7	8 – 10	> 10	p
PG (n= 19)	T1	7	5	7	p= .444
DG (n= 16)		9	2	5	
PG (n= 19)	T2	10	4	5	p= .460
DG (n= 16)		10	1	5	
PG (n= 19)	T3	8	3	8	p= .723
DG (n= 16)		7	4	5	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; p=Signifikanz)



< 7 unauffällige Werte
 8-10 grenzwertig
 > 10 auffällige Werte

PG=
 Psychosomatische
 Gruppe

DG= Dermatologische
 Gruppe

Abbildung 11: Verteilung der Patienten beider Gruppen zum Zeitpunkt T1 (Angstwerte) PG n=19; DG n=16

Des Weiteren wurde die Hypothese 9b untersucht:

Hypothese 9b: In den Gruppen konnten die Angststörungen im Behandlungsverlauf (T1-T3) gebessert werden.

Im Verlauf zeigt sich eine signifikante Änderung der Patientenangaben. In der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 20) wurden die Signifikanzwerte dargestellt, die im Verlauf T1-T3 sowohl gruppenunabhängig, als auch im Gruppeneffekt signifikant sind. In Tabelle 21 und Abbildung 12 sind die Mittelwerte und Standardabweichung der Angstskala im Verlauf abgebildet.

Tabelle 20: Signifikanzwert (p) der Angstskaala (PG n=19; DG n=16)

	Unterschied zwischen den Gruppen (Zeitpunkt T1) (Hypothese 9a)	Verlauf T1- T3 gruppenunabhängig (Hypothese 9b)	Verlauf T1- T3 Gruppeneffekt (Hypothese 9b)
Angstskaala	p= .193	p= .007	p= .049

(p= Signifikanz)

Tabelle 21: Mittelwerte und Standardabweichung der Angstskaala im Verlauf

	T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	10,42 (5,08)	7,47 (5,14)	8,42 (5,38)
DG (n=16)	8,31 (4,12)	7,81 (3,41)	8,38 (3,81)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert;
sd= Standardabweichung)

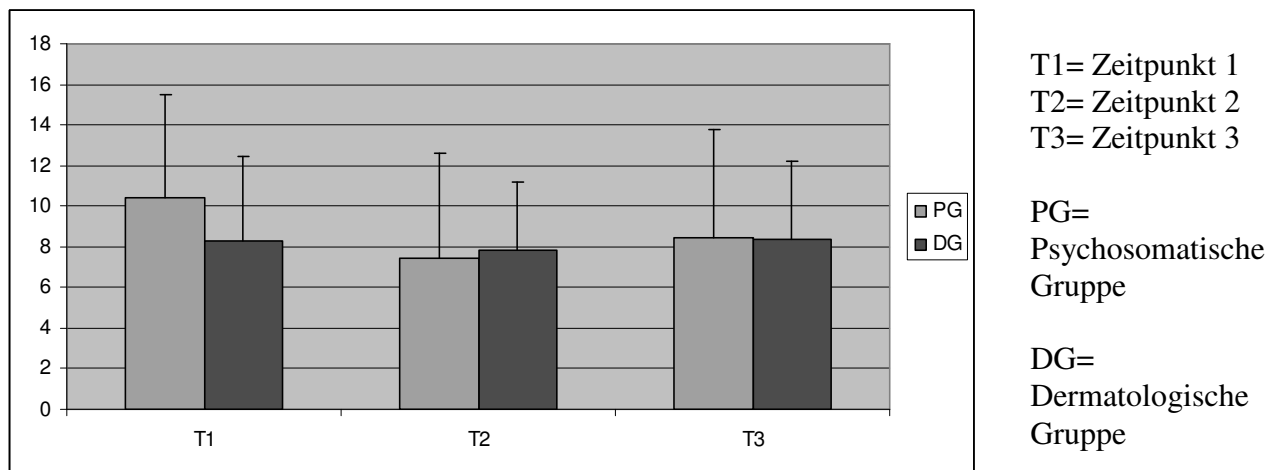


Abbildung 12: Mittelwerte und Standardabweichung der Angstskaala im Verlauf (PG n=19; DG n=16)

5.7.2 Depressionsskala

Die Hypothese 10a konnte nicht bestätigt werden.

10a: In der psychosomatischen Gruppe treten am Erhebungszeitpunkt T1 mehr Depressionsstörungen (HADS) auf, als in der dermatologischen Gruppe.

Tabelle 22: Mittelwerte und Standardabweichung der Depressionsskala (Zeitpunkt T1)

	<i>x (sd)</i>	
PG (n=19)	8,10 (4,47)	p= .699
DG (n=16)	7,50 (4,66)	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; p= Signifikanz)

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zum Zeitpunkt T1 festgelegt werden (siehe auch Tabelle 24, Spalte zwei). Zu keinem der Zeitpunkte T1-T3 gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (Tabelle 23)

In Tabelle 23 und Abbildung 13 wird die Verteilung der Werte, die als unauffällig oder auffällig gelten, ersichtlich. Acht Patienten der DG liegen im Bereich <7 (=unauffällig). In dem Bereich > 11 liegen sechs Patienten der PG.

Tabelle 23: Verteilung der Patienten beider Gruppen T1-T3 (Depressionswerte) + zweiseitige Varianz p (Chi²- Test nach Pearson)

		< 7	8 bis 10	> 11	p
PG (n=19)	T1	7	6	6	p= .635
DG (n=16)		8	5	3	
PG (n=19)	T2	14	3	2	p= .854
DG (n=16)		13	2	1	
PG (n=19)	T3	11	3	5	p= .973
DG (n=16)		9	3	4	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; p= Signifikanz)

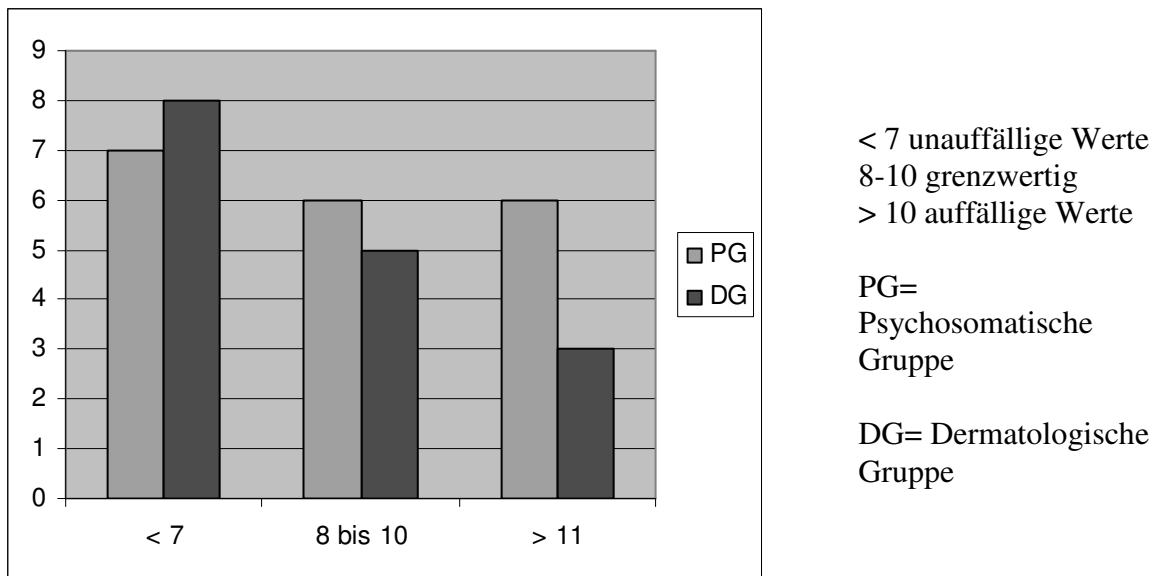


Abbildung 13: Verteilung der Patienten beider Gruppen zum Zeitpunkt T1 (Depressionswerte) PG n=19; DG n=16

Hypothese 10b: In den Gruppen konnten die Depressionsstörungen im Behandlungsverlauf (T1-T3) gebessert werden.

Es konnte eine Besserung der depressiven Symptomatik verifiziert werden. Die Besserung ist jedoch nur in den gruppunenabhängigen Test statistisch nachweisbar (Tabelle 24 Spalte 3).

Tabelle 24: Signifikanzwerte (p) der Depressionsskala

	Unterschied zwischen den Gruppen (Zeitpunkt T1) (Hypothese 10a)	Verlauf T1-T3 gruppenunabhängig (Hypothese 10b)	Verlauf T1-T3 Gruppeneffekt (Hypothese 10b)
Depressionsskala	p= .699	p= .000	p= .340

(p= Signifikanz)

Der Tabelle 25 und Abbildung 14 können die Mittelwerte und Standardabweichungen der Gruppen im Verlauf entnommen werden.

Tabelle 25: Mittelwerte und Standardabweichungen der Depressionsskala im Verlauf

	T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>X (sd)</i>
PG (n=19)	8,11 (4,47)	5 (4,51)	6,11 (5,62)
DG (n=16)	7,5 (4,66)	5,56 (4,38)	7 (4,63)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung)

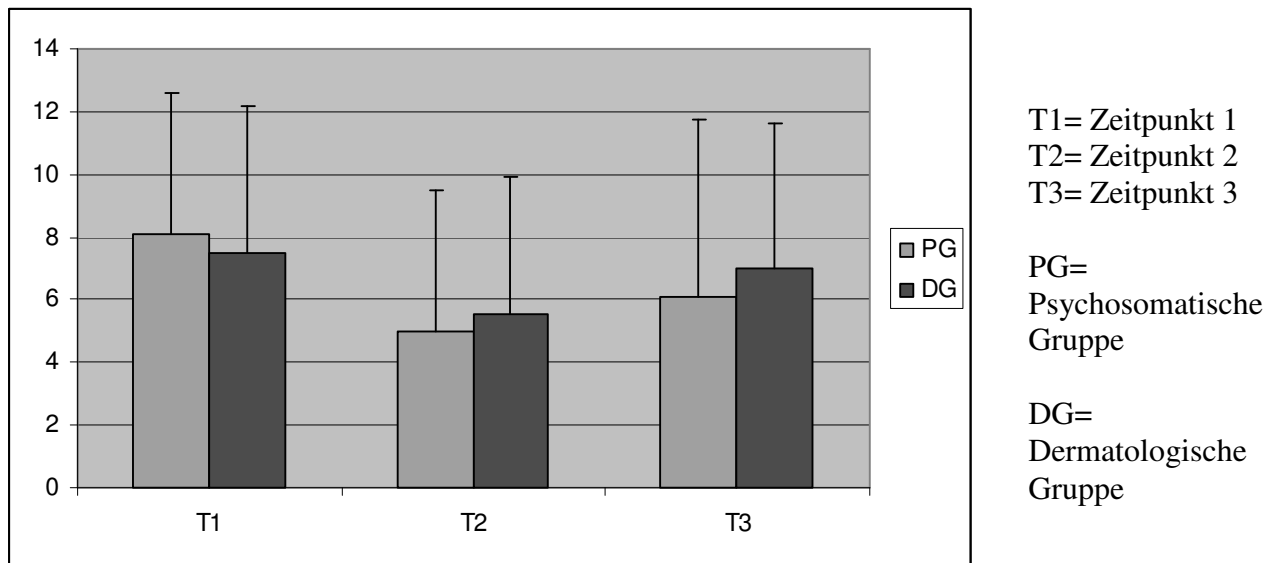


Abbildung 14: Mittelwerte und Standardabweichungen der Depressionsskala im Verlauf PG n=19; DG n=16

5.8 Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen, Alexithymiefragebogen (TAS-20)

Hypothese 11:

Im Vergleich der Gruppen am Termin T1 treten in der psychosomatischen Gruppe im TAS-20 höhere Werte auf, als in der dermatologischen Gruppe.

Ergebnis:

Die Mittelwerte zwischen den Gruppen zeigen folgenden Unterschied (Tabelle 26).

Tabelle 26: Mittelwerte TAS-20 zum Zeitpunkt T1

	<i>x (sd)</i>
PG (n=19)	56,63 (11,98)
DG (n=16)	51,06 (10,57)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung)

Dieser ist jedoch statistisch nicht signifikant ($p = .158$). Die Hypothese 11 konnte nicht bewiesen werden. Auch im Verlauf zeigen die TAS-20 Gesamtscorewerte keine signifikanten Veränderungen (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Signifikanzwerte (p) der TAS-20 (PG n=19; DG n=16)

	Unterschied zwischen den Gruppen (Zeitpunkt T1) (Hypothese 11)	Verlauf T1-T3 gruppenunabhängig	Verlauf T1-T3 Gruppeneffekt
TAS-20 Gesamtscorewerte	$p = .158$	$p = .540$	$p = .643$

(p = Signifikanz; n= Anzahl)

5.9 Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Zuf-8

Mit diesem Fragebogen sollte die Patientenzufriedenheit im Selbstbeurteilungsverfahren untersucht werden. Dieser wurde nur zu den Zeitpunkten T2 und T3 erhoben.

Tabelle 28: Mittelwerte und Standardabweichung Zuf-8 über T2 und T3

	T2	T3
	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>
PG n=19	24,58 (5,31)	24,26 (6,27)
DG n=16	27,13 (3,26)	24,00 (4,43)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung)

Sichtbar wurde, dass die Patienten der dermatologischen Gruppe zum Zeitpunkt T2 zufriedener waren, als die der psychosomatischen Gruppe (Tabelle 28). Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant ($p = .104$).

Im speziellen stellte sich die Frage, ob es einen Zusammenhang gibt, zwischen der Patientenzufriedenheit und der SCORAD Veränderung im Verlauf.

Hypothese 12: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der SCORAD-Schweregrad Differenz (T1 zu T3) und der Patientenzufriedenheit im Zuf-8.

Um diese Hypothese zu beantworten können Aufstellungen einer Korrelation nach Pearson angeschaut werden.

Diese Korrelationen wurden zunächst gruppenunabhängig durchgeführt.

Zwischen dem SCORAD Unterschied T1/T2 und PO-SCORAD T1/T2 gibt es eine signifikante (einseitige) Korrelation von $p = .000$ (Korrelationen nach Pearson= .652).

Auch die Korrelation zwischen dem Fragebogen Zuf-8 zu den Zeitpunkten T2 und T3 zeigt signifikante (einseitige) Korrelationen von $p = .000$ (Korrelationen nach Pearson= .709).

Vergleicht man die Patientenzufriedenheit (Zuf-8) zum Zeitpunkt T2 und die Veränderung des PO-SCORADS vom Zeitpunkt T1 zum Zeitpunkt T2 ergibt sich keine signifikante Korrelation; $p = .174$ (Korrelationen nach Pearson = .163).

Auch die Werte des Zuf-8 zum Zeitpunkt T3 korrelieren nicht signifikant mit der Veränderung des PO-SCORADS vom Zeitpunkt T2 zum Zeitpunkt T3; $p = .229$ (Korrelationen nach Pearson = $.129$).

Tabelle 29: Korrelation der Patientenzufriedenheit (Zuf-8) mit der Veränderung des PO-SCORADS (PG + DG)

		Veränderung PO-SCORAD T1-T2	Veränderung PO-SCORAD T2-T3
Zuf-8 T2	Korrelation nach Pearson	.163	
	Signifikanz (1-seitig)	.174	
	n	35	
Zuf-8 T3	Korrelation nach Pearson		.129
	Signifikanz (1-seitig)		.229
	n		35

(p = Signifikanz; n = Anzahl)

Tabelle 30: Korrelation der Patientenzufriedenheit (Zuf-8) mit der Veränderung der PO-SCORADS (PG)

		Veränderung PO-SCORAD T1-T2	Veränderung PO-SCORAD T2-T3
Zuf-8 T2	Korrelation nach Pearson	-.311	
	Signifikanz (1-seitig)	.098	
	n	19	
Zuf-8 T3	Korrelation nach Pearson		.250
	Signifikanz (1-seitig)		.151
	n		19

(p = Signifikanz; n = Anzahl)

Tabelle 31: Korrelation der Patientenzufriedenheit (Zuf-8) mit der Veränderung der PO-SCORADS (DG)

		Veränderung PO-SCORAD T1-T2	Veränderung PO-SCORAD T2-T3
Zuf-8 T2	Korrelation nach Pearson	.295	
	Signifikanz (1-seitig)	.134	
	n	16	
Zuf-8 T3	Korrelation nach Pearson		-.002
	Signifikanz (1-seitig)		.497
	n		16

(p= Signifikanz; n= Anzahl)

5.10 Sozialfragebogen (Arztbesuche)

Im Bezug auf die Anzahl der Arztbesuche zeigt sich im Verlauf keine signifikante Änderung ($p = .182$). Es zeigt sich ebenfalls keine signifikante Änderung im Verlauf zwischen den Gruppen ($p = .971$). Die Hypothese 13 kann nicht bewiesen werden.

Hypothese 13: Die Patienten der psychosomatischen Gruppe geben im Verlauf weniger Arztbesuche an, als die der dermatologischen Gruppe.

Gefragt wurde in dem Fragebogen nach der Anzahl der Arztbesuche wegen der aktuellen Erkrankung, die Mittelwerte sind in Tabelle 32 abgebildet.

Tabelle 32: Arztbesuche der Gruppen über die Zeit

	T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	4,21 (1,96)	4,47 (1,78)	4,79 (1,55)
DG (n=16)	3,13 (1,82)	3,31 (1,74)	3,69 (1,96)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; n= Anzahl; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung)

Zu allen drei Zeitpunkten geben jedoch die Patienten der psychosomatischen signifikant mehr Arztbesuche an ($p = .033$).

6 Diskussion

In dieser Doktorarbeit ist die Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung bei Neurodermitispatienten im Vergleich zur dermatologischen Therapie erforscht worden.

Es wurden verschiedene Fragebögen eingesetzt, um psychosomatische Einflussfaktoren oder Schubbelastungen zu untersuchen und zu benennen. Die Ergebnisse sollen im Folgenden diskutiert werden.

6.1 Stichprobe

Die Stichprobe beinhaltete n=45 Patienten. Am Zeitpunkt T3, dem Zeitpunkt der dritten und letzten Erhebung nahmen noch 35 Patienten an der Studie teil. Davon gehörten 19 Patienten der psychosomatischen Gruppe und 16 der dermatologischen Gruppe an.

Der Stichprobenumfang konnte aus Mangel an Patienten in dem Erhebungszeitraum nicht vergrößert werden. Dieser Mangel entstand durch die ausschließliche Betrachtung von stationären Neurodermitispatienten, die sich nur in einem begrenzten Maß in psychosomatischen Einrichtungen in Behandlung befinden.

Aufgrund der besseren Übersicht wurden zur Vergrößerung der Stichprobe nicht noch weitere Kliniken mit einbezogen. Die Erhebungen zum Zeitpunkt T1 und T2 wurden von der Doktorandin nur in der Psychosomatischen Klinik in Gießen selbst durchgeführt. Weitere Fragebögen zum Zeitpunkt T3 wurden alle postalisch durch die Doktorandin erhoben. Teilweise fanden nach einmaligem Nichtbeantworten der Fragebögen telefonische Kontakte und Nachfragen statt.

Um die unterschiedlichen Liegezeiten der Gruppen vernachlässigen zu können, wurde der dritte Erhebungszeitpunkt T3 gewählt. Die verschiedenen stationären Behandlungszeiten werden in der Gruppe mit dermatologischen Therapien vor allem durch die bestehenden DRG (Diagnosis Related Groups) bestimmt.

6.2 Fragebögen

6.2.1 Sozialfragebogen

In dem eingesetzten Sozialfragebogen wurde die soziale Situation der Patienten abgefragt. Dabei zeigte sich zwischen den Gruppen ein signifikanter Altersunterschied. Die Patienten in der psychosomatischen Gruppe waren mit einem Altersdurchschnitt von 40,7 Jahren deutlich älter als die der dermatologischen Gruppe (Durchschnitt: 29,1 Jahre).

Dieser Altersunterschied kann durch ein unterschiedliches Klientel in den psychosomatischen und dermatologischen Kliniken erklärt werden. Meist durchläuft ein Neurodermitispatient zunächst mehrere dermatologische Therapien, probiert viel aus, bis er sich „therapiefrustran“ in psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung begibt. Bis dahin haben die Patienten ein höheres Alter erreicht.

Der längere „Leidensweg“ wird weiterhin deutlich an den längeren AU-Zeiten in der psychosomatischen Gruppe; diese liegen hier bei deutlich mehr Patienten im Bereich über sechs Monaten (gefragt war nach den AU-Zeiten in den letzten zwölf Monaten).

Des Weiteren geben die Patienten häufigere stationäre Aufenthalte an.

Demzufolge sind die Patienten in der psychosomatischen Gruppe deutlich älter, haben längere AU-Zeiten und einen längeren Leidensweg bis sie sich in psychotherapeutische Behandlung begeben.

Durch diesen Altersunterschied können auch die Unterschiede im Bezug auf Ausbildung, Art der partnerschaftlichen Beziehung und der Schulausbildung erklärt werden. Die Patienten befinden sich durch das unterschiedliche Alter auch in unterschiedlichen Lebensabschnitten.

Ein Teil der psychosomatischen Patienten wurde in der Rothaarklinik Bad Berleburg rekrutiert. In dieser Klinik kommt ein Großteil der Belegung durch den Rentenversicherungsträger zustande. Dort sind Neurodermitispatienten mit einem Rentenbegehren in stationärer Behandlung, die zunächst noch einmal eine Rehabilitation durchlaufen sollen. Auch diese Tatsache führt zu einem deutlich höheren Durchschnittsalter der psychosomatischen Patienten in der vorliegenden Erhebung.

In beiden Gruppen besteht die Erkrankung schon seit über fünf Jahren. Dies ist in beiden Gruppen trotz des unterschiedlichen Alters vergleichbar.

Die Patienten konnten als höchste Erkrankungsdauer jedoch nur den Bereich bis „fünf Jahre“ angeben. Dieser ist bei einem Durchschnittsalter von 30 Jahren (dermatologische Gruppe)

bzw. 40 Jahren (psychosomatische Gruppe) jedoch recht wahrscheinlich. Das erklärt die ähnliche Erkrankungsdauer trotz unterschiedlichen Alters. Besser wäre es gewesen, die Frage nach der Erkrankungsdauer in dem Sozialfragebogen noch detaillierter zu unterteilen, z.B. zwischen höheren Erkrankungszeiten zu unterscheiden, um den Unterschied besser heraus zu stellen.

6.2.2 SCORAD

Der SCORAD und PO-SCORAD wurde zu den Zeitpunkten T1 (Aufnahme) und T2 (Entlassung) erhoben. Am Zeitpunkt T3 (6 Monaten nach Aufnahme) wurde zur Bewertung der Hautsituation nur der PO-SCORAD herangezogen.

Da zu den beiden ersten Zeitpunkten die Fragebögen (SCORAD und PO-SCORAD) signifikant übereinstimmten (Hypothese 1 (Kapitel 4.4): Patient und Arzt bewerteten zum Zeitpunkt T1 und T2 die Hautsituation ähnlich), kann auch der PO-SCORAD (nur bewertet durch den Patient) zum Zeitpunkt T3 mit in die Auswertung eingeschlossen werden.

Zum Zeitpunkt T1 zeigt sich ein signifikanter Unterschied im Bezug auf den SCORAD-Gesamtscore zwischen den Gruppen.

Der Mittelwert des Gesamtscores liegt in der psychosomatischen Gruppe bei 40,21 und in der dermatologischen Gruppe bei 77,75. Diese Tatsache erklärt sich durch die verschiedenen Situationen, aufgrund der sich die Patienten in stationäre Behandlung begeben.

In stationäre dermatologische Behandlung begeben sich Patienten mit einer akuten Exazerbation, das erklärt die deutlich höheren Werte im Gesamt-SCORAD.

Insgesamt liegen jedoch die Werte beider Gruppen innerhalb eines hohen Bereiches.

In der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für Neurodermitis² ist festgelegt, dass bei einem SCORAD-Wert von > 20 eine Neurodermitisschulung (AGNES)³ empfohlen wird.

Bei Werten unter 20 spricht man von einer leichten Dermatitis, Werte von 25 bis 50 bezeichnet man als mittelschwere Dermatitis, ab 50 wird von einer schweren Form gesprochen. Verglichen mit diesen Referenzwerten wird deutlich, dass in der vorliegenden Studie eine Selektion von Patienten mit sehr hohen SCORAD-Werten vorliegt. Die Referenzwerte entstammen dem von Kunz et al. 1997 publizierten Artikel "Clinical validation

² Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für Patientenschulung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) vom 20. Dezember 2006

³ AGNES („Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulungen“)

and guidelines for the SCORAD Index: Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis".

Über die Zeit (T1-T3) kommt es in beiden Gruppen zu einer signifikanten Besserung des SCORAD-Wertes (Hypothese 2+3).

Grundsätzlich hilft also eine Therapie im Bezug auf die Hautsituation (SCORAD) unabhängig von der Therapieart.

Diese signifikante Besserung liegt vor, obwohl die Stichprobe so klein ist und wird bei einer Vergrößerung der Stichprobe möglicherweise noch deutlicher.

Es ist anzumerken, dass in beiden Gruppen eine dermatologische Therapie angewandt wurde, wie in 4.3.2 bis 4.3.4 beschrieben. Es kann also nicht sicher festgestellt werden, dass die psychosomatische Behandlung alleine den Effekt auf die Verbesserung der Hautsituation bewirkt.

In beiden Gruppen kommt es nach 6 Monaten (Erhebung T3) zu einem nochmaligen Anstieg des Wertes, jedoch bleibt der Wert unterhalb des Wertes zum Zeitpunkt T1 (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Mittelwerte und Standardabweichung PO-SCORAD im Verlauf beider Gruppen

	T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	40,21 (17,67)	28,83 (17,77)	34,88 (14,61)
DG (n=16)	59,5 (22,55)	24,57 (13,08)	38,52 (15,46)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert;
sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

Die Änderung des Wertes zwischen Aufnahme und Entlassung (T1+2) ist in der dermatologischen Gruppe deutlicher, dort kommt es zu einem schnellen Effekt der Behandlung mit Verbesserung des SCORAD-Wertes. Die Patienten mit einer akuten Exazerbation werden meist mit Kortison behandelt, welches einen schnellen Effekt zeigt. Der Wiederanstieg nach sechs Monaten ist in der dermatologischen Gruppe jedoch wieder stärker als in der psychosomatischen Gruppe, d.h. der Erfolg der ausschließlichen dermatologischen Behandlung ist nur kurzfristig.

Auch in den Untersuchungen zu Neurodermitisschulungen von Staab et al. (2006) zeigt sich eine signifikante Besserung der SCORAD-Werte im 12-month follow up, im Vergleich zum Kontrollarm ohne Schulung (siehe Tabelle 34). Dabei wurden drei Altersgruppen, bis 18

Jahre, jeweils mit dem Kontrollarm (ohne Schulung) verglichen. Die SCORAD Werte sind in beiden Studienarmen zum Zeitpunkt der ersten Erhebung vergleichbar. So können auch die Änderungen gut verglichen werden, ohne einen Effekt abhängig des Ausgangswertes berücksichtigen zu müssen. Beide Gruppen zeigen eine Besserung des SCORAD-Wertes. In der Gruppe mit einer Schulung fällt diese jedoch erheblich besser aus.

Tabelle 34: SCORAD Verlaufswerte im 12-month follow up (Vergleich Neurodermitisschulung/ keine Schulung) von der Studie Staab et al. (2006)

Alter	Neurodermitisschulung		Keine Intervention	
	1. Erhebung <i>x (sd)</i>	12 month follow up <i>x (sd)</i>	1. Erhebung <i>x (sd)</i>	12 month follow up <i>x (sd)</i>
3 Monate- 7 Jahre p=0.0002	41,1 (16,6) n=274	23,7 (16,7) n=274	40,6 (15,2) n=244	28,4 (16,5) n=244
8-12 Jahre p=0.003	41,8 (16,6) n=102	25,8 (17,7) n=102	40,4 (15,1) n=83	32,6 (16,5) n=83
13-18 Jahre p < 0.0001	43,1 (14,7) n=70	23,4 (12,6) n=70	40,4 (13,9) n=50	35,2 (15,2) n=50

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; n= Anzahl, p= Signifikanz)

Im Bezug auf die Veränderung des SCORAD-Wertes ist also eine Intervention unabhängig der Gruppe sinnvoll und effektiv.

6.2.3 Dermatologischer- Lebensqualitäts- Fragebogen (DLQI)

Im Bezug auf die Lebensqualität zeigte der DLQI in der psychosomatischen Gruppe nicht signifikant schlechtere Werte im Vergleich zur dermatologischen Gruppe. Die Patienten mussten die Einschränkung der Lebensqualität in den letzten 7 Tagen bewerten.

Dabei konnten sie antworten mit: ich fühle mich sehr (3), ziemlich (2), ein bisschen (1), überhaupt nicht (0) eingeschränkt durch die Erkrankung. Im Schnitt haben beide Gruppen „ein bisschen“ angekreuzt (p= .052).

Dieses Ergebnis ist statistisch nicht signifikant und macht nur einen Trend sichtbar

(von $p = .05$ bis $p = .10$). Der Trend geht in der psychosomatischen Gruppe Richtung (1)- „ich fühle mich ein bisschen eingeschränkt“ und in der dermatologischen Gruppe Richtung (2)- „ich fühle mich ziemlich eingeschränkt“.

Dieses Ergebnis ist wahrscheinlich aufgrund der geringen Stichprobe nicht signifikant, es liegt ein Fehler 2. Art vor. Die Hypothese sollte mit einer größeren Stichprobe nochmals kontrolliert werden.

Die dermatologischen Patienten fühlen sich „ziemlich“ eingeschränkt, die der psychosomatischen Gruppe nur „ein bisschen“. Das könnte erklärt werden durch die akute Situation, aufgrund der sich die dermatologischen Patienten in stationäre Behandlung begeben. Zum Zeitpunkt T3 fühlen sich die Patienten der dermatologischen Gruppe weniger eingeschränkt als die der psychosomatischen Gruppe. Dies ist wahrscheinlich die realitätsnahe Situation im Alltag und die Ergebnisse wurden durch den sehr viel schlechteren SCORAD-Wert der dermatologischen Gruppe zum Zeitpunkt T1 und der damit deutlich eingeschränkteren Lebensqualität verfälscht.

Wird die angegebene Lebensqualität zum Zeitpunkt T3 verglichen, bei ähnlichen PO-SCORAD Ausgangswerten (DG $x = 38,52$, PG bei $x = 34,88$), fühlen sich die Patienten der PG deutlich mehr durch die Krankheit eingeschränkt, als die dermatologische Gruppe mit eigentlich schlechterer Hautbeschaffenheit (siehe Tabelle 35, vierte Spalte).

Hypothese 4 (Kapitel 4.4): „Die Lebensqualität (erhoben mit dem DLQI) ist in der psychosomatischen Gruppe geringer und verändert sich in der psychosomatischen Gruppe stärker, als in der dermatologischen Gruppe. Die Lebensqualität wird im Behandlungsverlauf als besser eingeschätzt.“

Die Hypothese 4 sollte bei Gruppen mit vergleichbaren SCORAD-Ausgangswerten noch einmal geprüft werden.

Tabelle 35 DLQI Gesamtscore T1-T3 (maximaler Wert- max. Einschränkung der Lebensqualität: 30)

	T1 (Aufnahme) <i>x (sd)</i>	T2 (Entlassung) <i>x (sd)</i>	T3 (nach 6 Monaten) <i>x (sd)</i>	T1-T3 <i>x</i>
PG (n=19)	11,51 (6,65)	6,45 (6,43)	10,06 (8,59)	9,34
DG (n=16)	15,34 (5,71)	7,88 (5,65)	8,62 (6,17)	10,61

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x = Mittelwert;

sd = Standardabweichung; n = Anzahl)

Auch in einer vergleichbaren Studie von Augustin et al. (1999) mit 228 stationären Patienten (80 davon Neurodermitispatienten) wurde der DLQI bei Aufnahme, Entlassung und nach sechs Monaten erhoben. Die Patienten bekamen eine interdisziplinäre Behandlung (topische und systemische Therapie, Verhaltenstherapie und Patientenschulungen). Dabei lag der Gesamtscore über die Zeit bei 10, also vergleichbar mit den beiden Gruppen in der vorliegenden Studie.

Auch in einer weiteren Studie von Schmitt-Ott (2003) wurde der DLQI bei 463 Patienten (Psoriasis und Neurodermitis) bestimmt. Dabei lagen die Werte in beiden Gruppen bei 8,65, ebenfalls vergleichbar mit der durchgeführten Studie.

In der vorliegenden Studie liegt im Bezug auf die eingeschränkte Lebensqualität keine besondere Patientenauswahl vor, der Zeitpunkt T1 zeigt verfälschte Werte bei signifikant, unterschiedlichen SCORAD-Werten zwischen den Gruppen.

6.2.4 Marburger Hautfragebogen (MHF)

6.2.4.1 MHF Skalen

Es gibt eine Verbesserung in beiden Gruppen in den Skalen 1-5.

Die Skala 6 wurde trotz geringer Ladungszahl der Items mit als Zusatzskala aufgenommen, soll jedoch deshalb hier, bei fehlender Aussagekraft nicht gesondert interpretiert und diskutiert werden.

In der Skala 6 (Informationssuche) änderten sich die Werte nur in der psychosomatischen Gruppe und blieben in der dermatologischen Gruppe ungefähr auf einem Niveau.

Die Hypothese 5 kann nur bedingt angenommen werden.

Hypothese 5: „Die sozialen Ängste und ängstlich-depressiven Verstimmung (MHF Skala 1 und 4) verringern sich in der psychosomatischen Gruppe am Ende des Behandlungszeitraumes mehr, als in der dermatologischen Gruppe. Sie ändern sich im Zeitraum T1-T3 unter Berücksichtigung der Ausgangsunterschiede als Kovariate.“

Die Skalen 1 (soziale Ängste) und 4 (ängstlich-depressive Verstimmung) zeigen beide eine signifikante positive Veränderung/Besserung über die Zeit (T1-T3), beide Therapieformen helfen.

In der Skala 4 (ängstlich-depressive Verstimmung) gibt es jedoch eine signifikant bessere Veränderung in der psychosomatischen Gruppe. Zum Zeitpunkt T1 zeigen sich in dieser Skala höhere Werte in der psychosomatischen Gruppe. Das könnte auch der Grund dafür sein, dass die Patienten sich in eine psychosomatische Behandlung begeben und eine dermatologische Therapie oft ausgeschöpft zu sein scheint.

Auch Capore et al. (1998) konnte schon eine Korrelation zwischen Hauterkrankung und depressiven Verstimmungen bzw. Angststörungen der Patienten finden.

Die Werte in der Skala 4 werden in der psychosomatischen Gruppe deutlich besser und passen sich den Werten der dermatologischen Gruppe an, bzw. werden sogar gering besser.

Eine psychosomatische Behandlung scheint einen guten Effekt auf die ängstlich-depressive Verstimmung der Patienten zu haben, die vermehrt in der psychosomatischen Gruppe auftritt, jedoch in beiden Gruppen vorliegt.

In dem zusätzlich eingesetzten Fragebogen HADS, Depression und Angst, zeigen sich ebenfalls in beiden Gruppen erhöhte Werte im Bezug auf ein Vorliegen einer Depression und Angststörung. Diese sind vergleichbar mit den Werten von psychiatrischen Patienten.

Angst und Depression spielen bei Neurodermitispatienten scheinbar eine große Rolle und müssen in der Behandlung, unabhängig der Therapieform, mitbeachtet werden (Vergleiche dazu 6.2.7).

Hypothese 6 nimmt Bezug auf den Juckreiz-Kratz Zirkel (Skala 2). Auch hier kommt es in beiden Gruppen zu einer Verbesserung im Umgang mit dem Juckreiz und dem Kratzen. Dieser Effekt konnte jedoch nicht spezifisch einer Therapie zugeschrieben werden.

Hier gilt zu bedenken, dass beide Gruppen topisch dermatologisch behandelt wurden. Nun ist nicht mehr klar nachzuvollziehen, welcher Therapie der Effekt zuzuschreiben ist.

A. Evers (2009) (Vergleiche hierzu 2.4) konnte jedoch einen signifikanten Effekt bei ambulanten Patienten unter Verhaltenstherapie, gegenüber ambulanten unbehandelten Patienten feststellen.

Die psychosomatische Therapie (mit Einfluss der Verhaltenstherapie) scheint also einen positiven Effekt auf den Juckreiz-Kratz-Zirkel zu haben und sollte eingesetzt werden.

Die Gesamtscorewerte der Gruppen in den Skalen 1-6 verglichen mit der Eichstichprobe (Stangier et al. (1998), zeigen folgendes Ergebnis:

Tabelle 36: Gesamtscore der Skalen 1-6 (PG und DG) verglichen mit der Eichstichprobe

		T1 x/sd	T2 x/sd	T3 x/sd	Eichstichprobe n= 493
PG (n=19)	Skala 1	42,47(13,77)	33,73 (12,25)	34,58 (15,08)	35,8 (11,5)
DG (n=16)	Soziale Ängste	42,55 (14,02)	33,96 (10,36)	38,49 (14,72)	
PG (n=19)	Skala 2	29,63 (8,80)	24,26 (8,65)	25,47 (9,71)	26,1 (7,1)
DG (n=16)	Juckreiz-Kratz-Zirkel	29,44 (7,10)	24,63 (5,68)	26,94 (7,31)	
PG (n=19)	Skala 3	29,00 (7,39)	24,21 (8,24)	23,95 (8,78)	26,6 (7,0)
DG (n=16)	Hilflosigkeit	28,44 (7,34)	23,81 (6,57)	25,84 (9,61)	
PG (n=19)	Skala 4	27,84 (7,13)	22,42 (6,05)	23,58 (8,75)	22,8 (5,9)
DG (n=16)	Ängstlich-depressive Verstimmung	24,67 (8,37)	22,88 (6,66)	24,25 (6,75)	
PG (n=19)	Skala 5	15,32 (5,52)	13,89 (4,47)	12,95 (4,60)	15,0 (4,1)
DG (n=16)	Einschränkung der Lebensqualität	15,75 (4,22)	14,44 (4,50)	14,81 (4,94)	
PG (n=19)	Skala 6	11,42 (3,73)	8,72 (2,46)	8,58 (2,71)	11,5 (3,1)
DG (n=16)	Informationssuche	12,06 (1,91)	12,19 (1,80)	12,10 (2,01)	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

In der Skala 1 lagen beide Gruppen zum Zeitpunkt T1 über dem Wert der Eichstichprobe, passen sich aber im Verlauf an. Für den Wert der Eichstichprobe wurden von Stangier et al. (1998) Neurodermitispatienten in laufender Behandlung rekrutiert. Die hohen Werte zum Zeitpunkt T1 können entstanden sein, da sich die Patienten zu dem Zeitpunkt im Gegensatz zur Eichstichprobe noch nicht in Behandlung befanden.

Dieses Phänomen kann auch in Skala 4 beobachtet werden.

Alle weiteren Skalen entsprechen in etwa den Werten der Eichstichprobe.

6.2.4.2 MHF Krankheitsspezifische Variablen

In der Darstellung der krankheitsspezifischen Variablen wird noch einmal deutlich, dass in der Studie eine Selektion schwer betroffener Patienten vorliegt. In beiden Gruppen geben die Patienten an, im Mittel fast neun von zwölf Monaten im Jahr Beschwerden zu haben.

Die psychosomatischen Patienten haben fast doppelt so viele stationäre Aufenthalte hinter sich, was nochmals den langen Leidensweg verdeutlicht, bevor sich die Patienten in eine psychosomatische Behandlung begeben.

In beiden Gruppen lag der Beginn der Erkrankung relativ spät. Die Werte vom 9. und 13. Lebensjahr entsprechen nicht der Epidemiologie. „Das atopische Ekzem ist eine der häufigsten Hauterkrankungen im Kindesalter (10-20%)“, so Braun-Falco et al. 2005 (S.381).

Der späte Erkrankungsbeginn könnte von den Patienten falsch angegeben sein, da sich viele nicht mehr an die Erstmanifestation als Kind erinnern, z.B. weil diese damals nicht als solche interpretiert wurde. Oder es ist ein Effekt von „Ausreißern“ in der Stichprobe, der aufgrund der geringen Patientenzahl, stärkere Bewertung findet.

Die Krankheitsdauer (=Alter minus Erkrankungsbeginn) lag mit 20 Jahren bei den dermatologischen Patienten (Durchschnittsalter: 29,06 Jahre) unter der psychosomatischen Gruppe (Durchschnittsalter: 40,68; Krankheitsdauer: 28 Jahre).

Ein weiterer auffälliger Faktor ist, dass von beiden Gruppen gleichermaßen die Psyche als „starke“ Ursache für die Neurodermitis angesehen wird. Auch für die dermatologische Gruppe hat sie einen Stellenwert. Ein Grund dafür könnte sein, dass die dermatologische Klinik Vivantes in Berlin/Friedrichshain (Erhebungsort der dermatologischen Patienten) auch psychosomatisch orientiert mitbehandelt. Die dort stationären Patienten werden mit möglichen psychischen Ursachen konfrontiert. Oder aber in der dermatologischen Gruppe sind viele Patienten die eigentlich der psychosomatische Gruppe angehören müssten, aufgrund ihrer akuten Hautsituation aber zunächst in stationäre dermatologische Behandlung gekommen sind.

Die Genetik sehen beide nur als „ziemlich zutreffend“ an.

Im Bezug auf mögliche Umwelteinflüsse zeigen die dermatologischen Patienten eine höhere Ursachenüberzeugung. Diese Tatsache passt in das dermatologische Behandlungskonzept, bzw. zur Einstellung von einem Großteil der dermatologischen Patienten.

6.2.5 Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)

Die Hypothese 7 konnte nur in Teilen bewiesen werden.

Hypothese 7a:

Es gibt Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in dem Fragebogen HautZuf im Bezug auf die Parameter Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung, elterliche Berührung am Erhebungstermin T1.

Hypothese 7b:

Die Merkmale Scham, partnerschaftliche Berührung, Ekel, Selbstberührung und elterliche Berührung konnten im Behandlungsverlauf gebessert werden. Die Patienten empfanden eine Besserung im zwischenmenschlichen Umgang.

Es gibt nur einen Unterschied zwischen den Gruppen in der Skala elterliche Berührung.

Die Patienten der psychosomatischen Gruppe haben weniger „erinnerte elterliche Berührung“ erfahren. Dabei ist es fraglich, ob sich die Patienten einfach weniger erinnern können, da sie im Schnitt älter sind, als die Patienten der dermatologischen Gruppe (Kohorteneffekt), oder ob sie tatsächlich weniger elterliche Berührung erfahren haben. In beiden Fällen ist das Erinnernte jedoch das, was für die Patienten verhaltensrelevant ist, was sie geprägt hat.

Gegen den Kohorteneffekt spricht, dass sich die erinnerte elterliche Berührung in der Eichstichprobe nicht stark mit zunehmendem Alter verändert.

Tabelle 37 Eichstichprobe HautZufwerte; Skala elterliche Berührung, Veränderung mit steigendem Alter (PPMP Abstract Kupfer et al.)

	n	x
bis 24 Jahre	294	3,8214
25- 34 Jahre	376	3,6090
35- 44 Jahre	515	3,4528
45- 54 Jahre	386	3,3601
55-64 Jahre	386	3,2275
65-74 Jahre	361	3,1861
ab 75 Jahre	177	3,3239
Gesamt	2495	3,4228

(x= Mittelwert; n= Stichprobe; n= Anzahl)

Berührungen der Eltern spielen in den ersten Phasen des Lebens in der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes eine große Rolle. Das Kind spürt die Eltern und lernt Wärme und Zuneigung zu erleben (Montagu 1980, Werk „Körperkontakt“).

Kinder mit einer Hauterkrankung erfahren häufig weniger Körperkontakt. Den Körperkontakt, den sie spüren verbinden sie mit den Pflichten des Eincremens, welches sogar häufig mit Schmerzen verbunden ist. Es kommt zum Nähe-Distanz-Konflikt (wie im Theorieteil beschrieben).

Eventuell entspricht es der Realität, dass die Patienten der psychosomatischen Gruppe weniger elterliche Berührungen erfahren haben und daraus psychische Konflikte entstanden sind. Diese könnten in einer psychosomatischen Behandlung angeschaut und bearbeitet werden.

Über die Zeit ändern sich die Werte der Skala „elterliche Berührung“ nicht, da es sich um die erinnerte Wahrnehmung handelt. Diese kann sich nicht mehr ändern, jedoch bearbeitet und verarbeitet werden.

Vergleicht man die Mittelwerte der Skala elterliche Berührung mit der Eichstichprobe zeigen sich in der psychosomatischen Gruppe deutlich niedrigere Werte, als in der Repräsentativgruppe. D.h. es wird in der psychosomatischen Gruppe weniger elterliche Berührung angegeben.

Auch alle anderen Skalen ändern sich kaum, sodass beide Therapien auf die vorliegenden Variablen keinen Effekt zeigen. Nur die Skala Selbstberührung ändert sich über die Zeit tendenziell, was evtl. bei einem größeren Stichprobenumfang signifikant werden könnte (siehe Tabelle 38).

Verglichen mit der Eichstichprobe (PPMP Abstract von Kupfer et al.) ergeben sich in den Gruppen folgende Werte:

Tabelle 38 Vergleich Eichstichprobe/ Vorliegende Studie HautZuf

	T1	T2	T3	x (T1-3)	x (Eichstichprobe)	
PG Alter 40 J.	3,19	3,22	3,11	3,17	2,54	Scham
DG Alter 20 J.	3,04	2,88	2,89	2,93	2,69	
PG Alter 40 J.	3,07	3,14	3,12	3,11	3,58	Ekel
DG Alter 20 J.	2,93	2,89	2,97	2,93	3,5	
PG Alter 40 J.	3,48	3,44	3,36	3,43	3,61	Partnerschaftliche Berührung
DG Alter 20 J.	3,47	3,39	3,33	3,40	3,53	
PG Alter 40 J.	2,46	2,7	2,52	2,56	2,78	Selbstberührung
DG Alter 20 J.	2,24	2,38	2,33	2,32	2,96	
PG Alter 40 J.	2,56	2,66	2,61	2,61	3,45	Elterliche Berührung
DG Alter 20 J.	3,38	3,38	3,33	3,36	3,82	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x = Mittelwert; sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

Im Bezug auf die Variable Scham, liegen die Werte der psychosomatischen Gruppe über denen der Eichstichprobe. Sie empfinden mehr Scham für ihre Haut. Diese Tatsache ist bei Neurodermitispatienten bekannt.

„Der Affekt Scham spielt bei Hautpatienten eine zentrale Rolle“, so schreibt Gieler et al. (2008) in seinem Artikel „Scham und Berührung“, Seite 28.

6.2.6 Fragebogen zur Art der Bindung oder Beziehung (AAS- Adult Attachment Scale)

Die hiermit untersuchte Hypothese 8a konnte nicht bewiesen werden.

Hypothese 8a:

Die Patienten in der psychosomatischen Gruppe zeigen am Erhebungstermin T1 im AAS höhere Werte, als die Patienten in der dermatologischen Gruppe.

Die Patienten der psychosomatischen Gruppe zeigen zum Zeitpunkt T1 keine signifikant höheren Werte in den Skalen Nähe und Angst. Hervorzuheben ist ein Trend zwischen den Gruppen in der Skala Vertrauen, der bei einer größeren Stichprobe ggf. signifikant geworden wäre. Die psychosomatischen Patienten zeigen zum Zeitpunkt T1 niedrigere Werte, als die dermatologischen. Dies spricht für weniger Vertrauen.

Ein Grund dafür könnte sein, dass Patienten mit wenig Vertrauen häufiger psychische Auffälligkeiten zeigen und sich deshalb in psychosomatischer Behandlung befinden.

In allen drei Skalen wird keine Veränderung/Besserung über die Zeit deutlich.

Sowohl in einer Studie von Abbass et al. (2009), als auch in der Studie von Kurt Kroenke (2007) wurden Patienten mit einer somatoformen Störung im Bezug auf ihre Symptome untersucht. Dabei wurde deutlich, dass eine Psychotherapie einen signifikanten Effekt auf die Symptome hat. Auch die Variable Angst konnte dabei im Verlauf reduziert werden.

6.2.7 Fragebogen zu Angst und Depression (HADS)

6.2.7.1 Angstskala

Zunächst wurde mit dem HADS Fragebogen das Merkmal Angst untersucht. Dabei ergaben sich zwischen den Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die Hypothese 10a konnte nicht bewiesen werden. Es liegen nicht mehr Depressionen oder Angststörungen in der psychosomatischen Gruppe vor.

Auffällig ist jedoch, dass in beiden Gruppen viele der Patienten Werte über zehn zeigen. Nur Werte unter sieben gelten als unauffällig.

All diese Patienten sollten wegen ihrer Angst behandelt werden.

Tabelle 39 Vergleich Mittelwert der Gruppe mit der Eichstichprobe (Skala Angst)

	T1 Angst <i>x (sd)</i>	Eichstichprobe (n=152) Angst- Gesunde <i>x (sd)</i>	Eichstichprobe (n=69) Angst- Psychiatrische Patienten <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	10,42 (5,08)	5,8 (3,2)	10,8 (4,1)
DG (n=16)	8,31 (4,12)		

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert;
sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

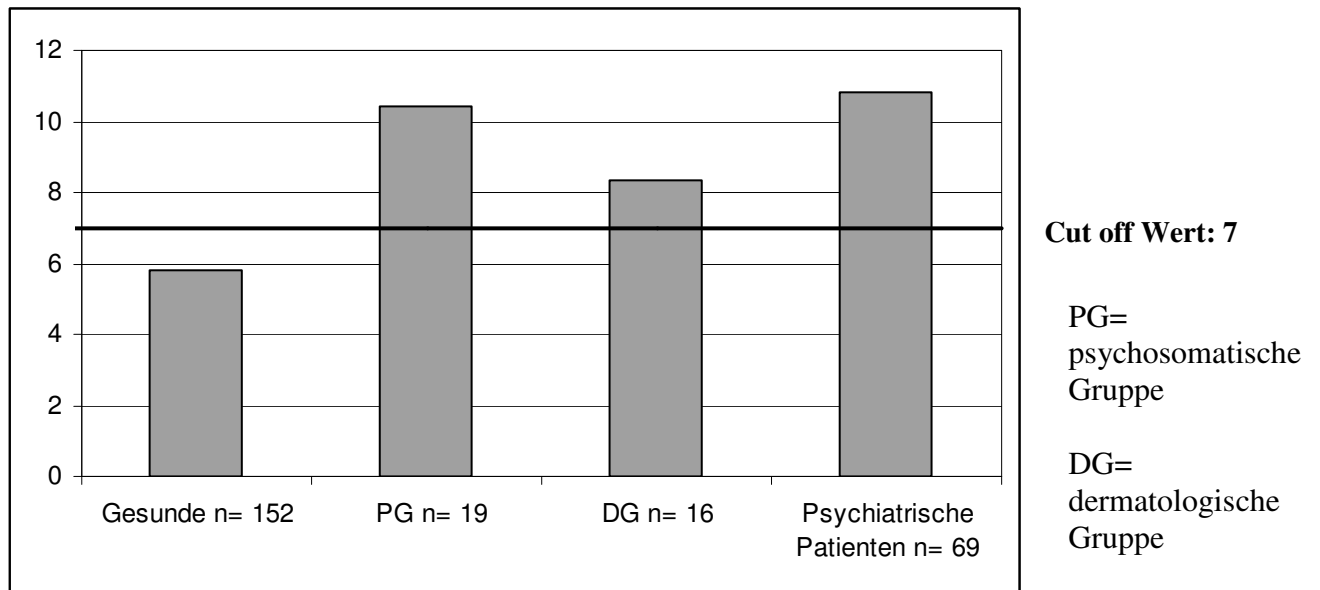


Abbildung 15: Vergleich Mittelwerte DG und PG mit Gesunden und psychiatrischen Patienten der Eichstichprobe (Skala Angst)

Die psychosomatischen Patienten liegen deutlich über dem Wert der Eichstichprobe, sie haben deutlich mehr Ängste (siehe Tabelle 39 und Abbildung 15). Aber auch die Patienten der dermatologischen Gruppe liegen über dem Wert der Gesunden. Sie sind vergleichbar mit den Werten von psychiatrischen Patienten.

Die Werte der Eichstichprobe wurden in den HADS Testdokumentation 1995 von Herrmann et al. festgelegt.

Angst scheint bei Neurodermitispatienten eine große Rolle zu spielen. Diese besteht sicherlich auf Grund der chronischen Krankheitsituation und des Gefühls des Kontrollverlustes und Ausgeliefertseins gegenüber der Krankheit.

In der Studie wird deutlich, dass es sinnvoll zu sein scheint auf die Ängste der Patienten gesondert einzugehen und diese zu behandeln. Über die Zeit kam es zu einer signifikanten Besserung der Ängste in der psychosomatischen Gruppe. Die Hypothese 9b konnte damit bewiesen werden.

6.2.7.2 Depressionsskala

Auch bei der Bewertung der Depression ergaben sich zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Die Hypothese 10a konnte nicht bewiesen werden.

Wiederum ist auffällig, dass die Werte der Gruppen an T1 im Vergleich mit der Eichstichprobe von gesunden Probanden deutlich abweichen (Tabelle 40). Im Verlauf kam es zu einer signifikanten Änderung/Verbesserung der Werte in beiden Gruppen. Die Hypothese 10b konnte angenommen werden.

Tabelle 40 Vergleich Mittelwert der Gruppe mit der Eichstichprobe (Skala Depression)

	T1 Depression <i>x (sd)</i>	Eichstichprobe (n=152) Depression- Gesunde <i>x (sd)</i>	Eichstichprobe (n=69) Depression- Psychiatrische Patienten <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	8,10 (4,47)	3,4 (2,6)	8,0 (4,5)
DG (n=16)	7,50 (4,66)		

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

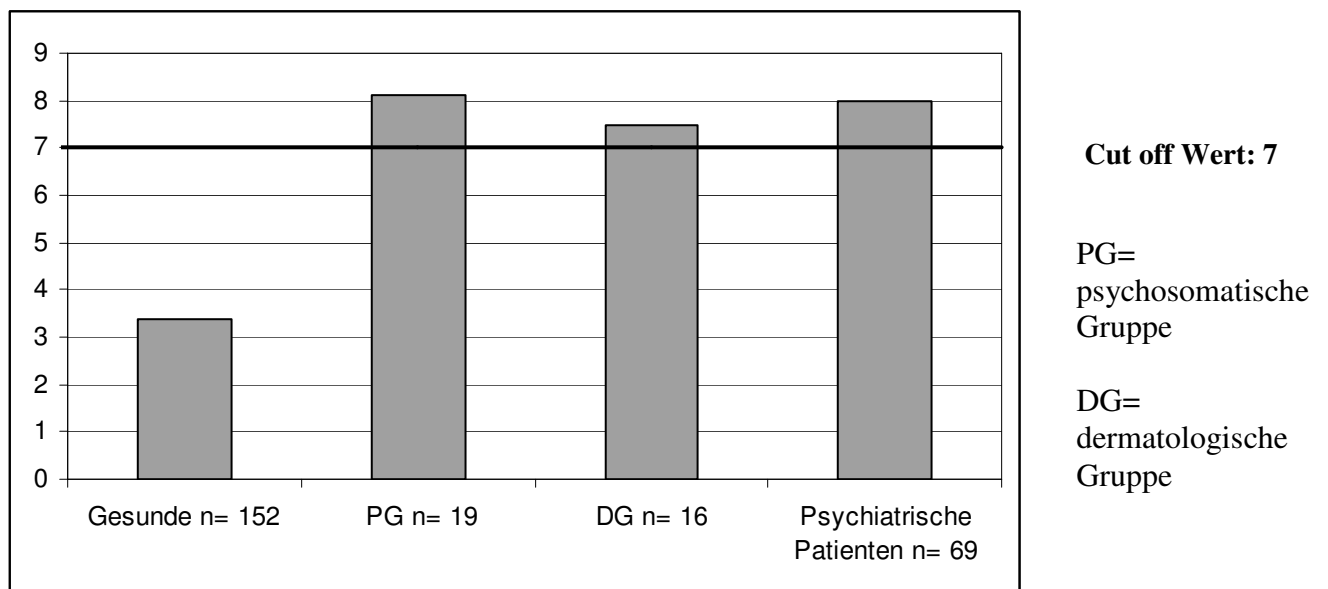


Abbildung 16: Vergleich Mittelwerte DG und PG mit Gesunden und psychiatrischen Patienten der Eichstichprobe (Skala Depression)

Die Werte der Neurodermitispatienten beider Gruppen können mit den Werten von psychiatrischen Patienten verglichen werden.

Auch hier wird deutlich, wie wichtig es ist bei Neurodermitispatienten auf eine mögliche Depression zu achten und diese dann zu behandeln.

Mit Verbesserung der Hautsituation werden auch die Werte der Depressionskala besser.

Jedoch liegen auch zum Zeitpunkt T3 noch erschreckend hohe Werte vor.

In nachfolgenden Studien könnte noch einmal die Depressivität und Angst bei Neurodermitispatienten mit gezielten Therapien untersucht werden. Interessant wäre dabei auch auf einen Langzeiteffekt der Haut zu achten.

Beide Therapien zeigen einen Effekt auf beide Skalen (Angst und Depression), steigen jedoch zum Zeitpunkt T3 wieder an.

Hier muss angemerkt werden, dass auch die dermatologische Klinik Vivantes Berlin/Friedrichshain psychosomatisch arbeitet und dies den Effekt beider Therapie möglicherweise mit gestaltet.

Sinnvoll wäre eine spezielle Therapie für Neurodermitiker, die auf Angst und Depression eingeht, denn Behandlungsbedarf besteht.

6.2.8 Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen/ Alexithymiefragebogen (TAS-20)

Mit dem TAS-20 sollte untersucht werden, ob in der psychosomatischen Gruppe mehr Patienten alexithym sind, bzw. höhere Werte in dem TAS-20 Fragebogen aufweisen, als in der dermatologischen Gruppe. Die Hypothese 11 konnte nicht bewiesen werden. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Es kann jedoch festgehalten werden, dass in beiden Gruppen auffällig hohe Werte vorliegen (Tabelle 41). Von einer Alexithymie spricht man bei Werten > 60 (Kriterien festgelegt von Parker et al. 1993).

Tabelle 41: Mittelwerte TAS-20 zum Zeitpunkt T1

	T1 <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	56,63 (11,98)
DG (n=16)	51,06 (10,57)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert; sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

Jan Dieris-Hirche et al. vergleicht in seiner Studie 62 Neurodermitiker mit 62 Hautgesunden. Er stellt fest, dass Neurodermitiker ähnlich hohe Prävalenzen für Alexithymie aufweisen, wie sie bei psychosomatisch-psychiatrischen Erkrankungen gefunden werden. Die Werte waren deutlich höher als bei Hautgesunden.

„Aus psychotherapeutischer Perspektive liefert die Studie Argumente für eine Beachtung psychischer Faktoren bei der Behandlung von Neurodermitis. Es wird eine mögliche Indikation für eine spezifische Psychotherapie bei Neurodermitis diskutiert“, so Dieris-Hirche, Seite 1. Diese Aussage kann mit der vorliegenden Arbeit weiter unterstützt werden.

Ergebnisse von Dieris-Hirche:

TAS-20 Score bei Neurodermitikern: 48,3

TAS-20 Score bei Hautgesunden (Kontrolle): 43,0

Die Werte in der vorliegenden Studie waren mit 56,63 in der psychosomatischen Gruppe und 51,06 in der dermatologischen Gruppe noch deutlich höher als in der Studie von Dieris-Hirche et al.

Eine mögliche Verbindung zwischen Neurodermitis und Alexithymie sollte in weiteren Studien untersucht werden.

6.2.9 Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Zuf-8

Die Hypothese zur Patientenzufriedenheit wurde abgelehnt. Es gibt keine signifikante Korrelation zwischen der Patientenzufriedenheit und den Hautveränderungen über die Zeit. Beide Gruppen sind zufrieden mit der Therapie zu beiden Zeitpunkten (T2 und T3).

Die Werte der vorliegenden Studie können mit den Werten der Eichstichprobe verglichen werden (siehe Tabelle 42). Für die Eichstichprobe wurden 398 Probanden einer psychosomatischen Klinik herangezogen, beschrieben in Schmidt et al. (1989).

Tabelle 42: Vergleich Eichstichprobe und Zuf-8 Ergebnisse

	T2	T3	Eichstichprobe (n=398)
	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>	<i>x (sd)</i>
PG (n=19)	24,58 (5,31)	24,26 (6,27)	25,98 (3,95)
DG (n=16)	27,13 (3,26)	24,00 (4,43)	

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert;

sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

6.2.10 Sozialfragebogen (Arztbesuche)

In einem Unterpunkt des Sozialfragebogens wurde nach der Anzahl der Arztbesuche aufgrund der aktuellen Erkrankung gefragt.

Dabei zeigte sich zwischen den Gruppen ein signifikanter Unterschied. Die Patienten der psychosomatischen Gruppe geben zu jedem Zeitpunkt (T1-T3) signifikant mehr Arztbesuche an.

Diese Tatsache stützt die These, dass Patienten, die sich in psychotherapeutische Therapie begeben, häufig einen längeren Leidensweg haben und mehr Ärzte konsultieren, als Patienten der dermatologischen Gruppe.

In beiden Gruppen ändern sich die Angaben bis hin zum Zeitpunkt T3 nicht, ersichtlich in Tabelle 43. Die Erhebungen liegen jedoch auch nur 6 Monate auseinander. In einer folgenden Studie könnte der Effekt auf Arztbesuche nach einem längeren Verlauf getestet werden. Gegebenfalls bildet sich in einer längeren Zeitspanne eine signifikante Änderung ab. Die Frage müsste dann ebenfalls präziser gestellt werden.

Tabelle 43: Arztbesuche der Gruppen über die Zeit

	T1 <i>x (sd)</i>	T2 <i>x (sd)</i>	T3 <i>x (sd)</i>
PG (n=19)	4,21 (1,96)	4,47 (1,78)	4,79 (1,55)
DG (n=16)	3,13 (1,82)	3,31 (1,74)	3,69 (1,96)

(PG= Psychosomatische Gruppe; DG= Dermatologische Gruppe; x= Mittelwert;
sd= Standardabweichung; n= Anzahl)

6.3 Kritische Bewertung der eigenen Studie

Die vorliegende Studie wurde unter „real-life“ Bedingungen der stationären Therapie durchgeführt und ist somit eine realitätskonforme Studie. Nach der Erhebung und Auswertung können jedoch einige Punkte kritisiert und kritisch hinterfragt werden.

Während der stationären Behandlung wurde die in Kapitel 4.3.2 bis 4.3.4 angeführten Therapien angewandt. In der psychosomatischen Gruppe wurde zusätzlich eine dermatologische Behandlung zur Akutintervention durchgeführt, so dass die beiden Therapiekonzepte teilweise vermischt wurden. Auch in der dermatologischen Klinik in Berlin Friedrichshain arbeiten die Ärzte psychosomatisch orientiert. Es ist also schwer zu differenzieren, welche Therapie den jeweiligen Effekt ausmacht. Diese Tatsache sollte bei der Betrachtung der Ergebnisse bedacht werden.

Des Weiteren liegt eine kleine Stichprobe vor, die nur einen Trend sichtbar machen kann, die Ergebnisse jedoch oft nicht beweist. Ein größerer Stichprobenumfang konnte aus Patientenmangel im Erhebungszeitraum nicht erreicht werden. Auf eine Ausdehnung der Erhebungen in weiteren Kliniken wurde verzichtet, da jede weitere Klinik die verschiedenen Therapiekonzepte noch unübersichtlicher gestaltet hätte.

Limitierend stellte sich vor allem die Tatsache dar, dass es nur wenige stationäre psychosomatische Neurodermitispatienten gibt. Um einen größeren Stichprobenumfang zu erreichen, gibt es daher scheinbar nur die Möglichkeit mehr Kliniken mit einzuschließen oder den Erhebungszeitraum größer zu wählen. Die Kliniken sollten dann jedoch ein ähnliches Behandlungskonzept aufweisen und in einem Einzugsgebiet liegen, um die Betreuung der Fragebogenerhebung durch wenige Personen sicherzustellen.

Die verschiedenen Kliniken unterscheiden sich weiterhin durch ihre Patienten. In der dermatologischen Klinik sind diese wesentlich jünger, was die Gruppen schlecht vergleichbar macht. Die Patienten befinden sich in verschiedenen Lebensphasen, mit verschiedenen Einstellungen.

Der SCORAD-Fragebogen wurde durch verschiedene Ärzte in Bad Berleburg, in Berlin und Gießen beurteilt. Diese mindestens drei unterschiedlichen Bewerter können zu einem verzerrten Ergebnis der SCORAD-Werte führen, die nicht nur durch die unterschiedlichen

tatsächlichen Hautbeschaffenheiten zustande kommen, sondern durch das subjektive Empfinden der Ärzte.

Versucht wurde alle Patienten in stationärer Behandlung der drei Kliniken zu rekrutieren.

In den Ein- und Ausschlusskriterien der Studie wurden dermatologische Aspekte, wie z.B. weitere atopische Erkrankungen nicht berücksichtigt. Psychiatrische Krankheitsbilder fanden Beachtung, nicht jedoch weitere Erkrankungen des atopischen Formenkreises oder akute Schubbelastungen im Rahmen von saisonalen Allergien. Die durchgeführte Fragebogenstudie könnte durch die Bestimmung von Laborparametern (z.B. IgE zur Bestimmung einer atopischen Genese) erweitert werden. Zur Schweregradbestimmung wurde in der vorliegenden Arbeit der SCORAD-Fragebogen eingesetzt und auf eine Laborwertbestimmung verzichtet, auch um die Kosten der selbstfinanzierten Studie gering zu halten.

Über eine homogenere Gruppengestaltung (Alter der Patienten und vergleichbarer SCORAD-Wert) könnte der Effekt der verschiedenen Therapien besser beleuchtet werden.

In der vorliegenden Studie sollte jedoch primär ein Augenmerk auf die psychodermatologischen Aspekte gelegt werden. Die Gruppenunterteilung erfolgte in die Therapiearme Dermatologie versus Psychosomatik.

6.4 Ausblick auf nachfolgende Studien

Die vorliegende Studie sollte zunächst Hypothesen generieren und für nachfolgende Studie eine Basis bieten. Auf die weiter genannten Aspekte sollte dabei genauer geachtet werden.

Um eine vergleichbare Ausgangssituation der Gruppen zu erreichen, sollte der Anfangs-SCORAD in beiden Gruppen gleichgesetzt werden. So wird vermieden, dass eine schlechte Hautsituation in einer Gruppe einen Einfluss auf die Ergebnisse hat. Der Unterschied zwischen den Gruppen kann dann klarer auf die verschiedenen Therapien zurück geführt werden. So z. B. bei der Durchführung des DLQI in der vorliegenden Studie. In einer folgenden Studie könnte die Lebensqualität der verschiedenen Patienten (PG und DG) bei gleichem SCORAD untersucht werden.

Auch das Alter der Patienten sollte besser vergleichbar gewählt werden, um nicht unterschiedliche Lebensabschnitte und Einstellungen berücksichtigen zu müssen.

Eine klare Trennung der Therapiekonzepte kann den Effekt der jeweiligen Therapie besser beleuchten. Dies gestaltet sich jedoch in der Realität ethisch schwierig, da in der Akutsituation während der psychosomatischen Betreuung nicht einfach eine dermatologische Therapie unterlassen werden kann. Eine Alternative der Therapieunterlassung könnte eine genaue Dokumentation des nötigen Medikamentenverbrauches sein.

Eine Person sollte alle Erhebungen durchführen, damit Unterschiede aufgrund der unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmung der Haut durch den Untersucher vermieden werden. Dafür müssten die Kliniken in einem Einzugsgebiet liegen. Die Schwierigkeit der Erhebung der wenigen stationären psychosomatischen Patienten könnte durch das weitere Einschließen von Kliniken oder einen verlängerten Erhebungszeitraum kompensiert werden, auf ein vergleichbares Therapiekonzept muss geachtet werden.

In der vorliegenden Studie sollte der psychosomatische Behandlungsansatz bei Neurodermitispatienten geprüft werden. Weniger Augenmerk lag auf den dermatologischen Gesichtspunkten der Erkrankung.

In weiteren Studien könnte daher auch den dermatologischen Aspekten (Kortisonverbrauch, IgE-Spiegel im Blut, weitere Erkrankungen des atopischen Formenkreises, Schubbelastung durch Allergien in bestimmten Jahreszeiten) mehr Beachtung geschenkt werden.

Des Weiteren könnten in folgenden Untersuchungen die Arztbesuche und der Medikamentenverbrauch der Patienten untersucht werden, auch um die Kosten der Erkrankungen zu erfassen und ggf. Optimierungen zu beleuchten.

Interessant könnte die Erfassung des Medikamentenverbrauches und der Arztbesuche aufgrund der Neurodermitis sein. So könnten die Kosten der Erkrankung erfasst und ggf. optimiert werden.

In der Studie zeigen sich in beiden Gruppen erhöhte Werte der TAS 20 Skala. Dazu könnte in einer Folgestudie ein möglicher Zusammenhang zwischen Alexithymie und Neurodermitis untersucht werden.

Insgesamt sollte der Rekrutierung und Schaffung vergleichbarer Gruppen (Ausgangs SCORAD, Alter, mögliche IgE-Spiegel, etc.) mehr Beachtung geschenkt werden und die Therapiekonzepte besser getrennt werden, um weitere signifikante Ergebnisse zu erreichen.

7 Zusammenfassung

Neurodermitis ist eine chronische Hauterkrankung. In Deutschland leiden ca. 2-10% der Bevölkerung an dieser Erkrankung. Mit 10-20% ist es die häufigste Hauterkrankung im Kindesalter.

Bis heute sind die Ursachen noch nicht letztlich geklärt. Ein psychosomatischer Zusammenhang mit Stress und Lebensereignissen wurde in der Literatur häufig beschrieben. Dieser Zusammenhang fordert nun die Forschung heraus, entsprechende Therapien, die einen positiven Effekt auf die Hautsituation der behandelten Patienten haben, zu finden.

Möglichen Therapieformen und Effekte sollen in der vorliegenden Studie untersucht werden.

Es wurden 45 Neurodermitispatienten mit Hilfe von Fragebögen rekrutiert. Dieses geschah in den psychosomatischen Kliniken Gießen und Bad Berleburg und in der dermatologischen Klinik Vivantes Berlin/Friedrichshain.

Es sollten die möglichen differentiellen Effekte einer psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlung gegenüber einer dermatologischen Therapie ohne Psychotherapie untersucht werden.

Anhand von Fragebögen wurden zunächst soziale Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Beginn und Gesamtdauer der Erkrankung etc. untersucht. Des Weiteren wurden der Schweregrad mit Hilfe des SCORADS und des PO-SCORADS erfasst und die Lebensqualität durch den sogenannten DLQI bewertet. Auch der Marburger Hautfragebogen, der HautZuf, der AAS, der HADS, der TAS-20 und Zuf-8 wurden von den Patienten zur stationären Aufnahme, Entlassung und eine nochmals sechs Monate nach Aufnahme erhoben.

Die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Studie werden im Folgenden zusammengefasst:

Es stellt sich zunächst ein signifikanter Altersunterschied zwischen den Gruppen dar. Die dermatologischen Patienten sind im Mittel deutlich jünger und befinden sich in anderen Lebensabschnitten (Unterschiede der partnerschaftlichen Situation und Ausbildungsstatus).

Bei den Patienten der psychosomatischen Gruppe liegen längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und häufigere Krankenhausaufenthalte vor. Dies deutet auf einen längeren Leidensweg hin, welcher eine psychosomatische Therapie sinnvoll erscheinen lässt.

Die Schubbelastung liegt in beiden Gruppe mit acht Monaten pro Jahr extrem hoch. Auch der hohe SCORAD-Wert spiegelt das Vorliegen einer Selektion von schwer betroffenen Neurodermitikern in der Studie wider.

Im Bezug auf den Schweregradindex SCORAD stellt sich heraus, dass es in beiden Gruppen zu einer Verbesserung der Hautsituation über den Erhebungszeitraum kommt. Eine Intervention ist unabhängig welcher Art sinnvoll und zeigt gleichwertige Verbesserungen.

Werden die Gruppen zum Zeitpunkt T3 bei ähnlichen SCORAD Werten im Bezug auf ihre Lebensqualität befragt, fühlen sich die psychosomatischen Patienten deutlich eingeschränkter durch ihre Erkrankung.

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich ebenfalls in der Skala „elterliche Berührung“. Die Patienten der psychosomatischen Gruppe empfanden weniger (erinnerte) elterliche Berührung als die der nur dermatologisch behandelten Gruppe.

In der psychosomatischen Gruppe stellt Scham eine höhere Bedeutung dar. Viele Betroffene schämen sich für ihre Haut. Die Werte liegen deutlich über denen der Eichstichprobe.

Ein weiteres interessantes Ergebnis sind die hohen Werte beider Gruppen in den Skalen Depression und Angst im HADS Fragebogen. Angst und Depression sind scheinbar ein Problem von Neurodermitikern. Die vorliegenden Werte entsprechen den Werten von psychiatrischen Patienten und bestätigen einige Studien zur Depression bei Neurodermitis.

Auch im Marburger Hautfragebogen liegt in der Skala der „ängstlich-depressiven Verstimmung“ in der psychosomatischen Gruppe ein höherer Wert vor.

Die Bearbeitung von Angst und Depression sollten aufgrund dieser Ergebnisse in jeder Therapie von Neurodermitikern eine Rolle spielen.

Des Weiteren liegen in beiden Gruppen deutlich erhöhte Werte im TAS-20 Fragebogen vor.

Diese mögliche Verbindung zwischen Neurodermitis und Alexithymie sollte in weiteren Studien genauer untersucht werden.

Abstract

Atopic dermatitis is a chronic skin disease, affecting 2-10% of the population in Germany. It is the most frequent skin disease in infancy, with 10-20% of the children affected.

A definite causality has yet to be discovered. Earlier studies reported a psychosomatic coherence. Based on this, further research work should seek an adequate therapy which might have positive effects on the skin conditions of patients receiving medical attention.

The following study examines potential forms of therapy and their effects.

45 patients were found who were willing to take part in this study. They were inpatients in the psychosomatic clinics in Gießen, Bad Berleburg and the Dermatological Clinic Vivantes Berlin/Friedrichshain.

Effects of psychotherapy were to be compared to those of conventional dermatological treatment.

First, the patients had to fill in a standardised questionnaire which examined social details such as age, gender, education, sickness-related loss of work days and age at onset of the disease.

Additionally, the severity was documented with the help of SCORAD and PO-SCORAD forms and the patients' quality of life with DLQI. Also the patients had to fill in the MHF, HautZuf, AAS, HADS, TAS-20, and Zuf-8 three times – on admission, on discharge and 6 months after admission.

Results:

There is a significant difference in the ages of the groups. The dermatological are clearly younger than the psychosomatic patients and they also are in different periods of life as far as partnership and level of education are concerned.

The patients in the psychosomatic group have been subject to longer periods of work-incapacity and more frequent hospitalisation.

This could indicate a longer period of suffering and the need for effective psychosomatic programs.

Acute attack episodes are extremely high in both groups (eight of twelve months). The high SCORAD index score also indicates a selection of severe atopic dermatitis patients in this study. There is a significant change in the SCORAD-Index showing a decrease in severity of the disease in both groups. So regardless of which one, intervention has positive effects.

Six months after admission both groups had similar SCORAD values. At that time, the quality of life was worse in the psychosomatic than in the dermatological patients. They felt more restricted by their skin.

A significant difference can be discerned in the scale “parental skin contact”. Patients in the psychosomatic group had less memory of parental skin contact than members of the dermatological group.

Patients of the psychosomatic group are more ashamed of their skin disease. These psychosomatic values of HautZuf are higher than those of the reference population.

Also interesting are the high values in both groups in the HADS scales depression and anxiety. Anxiety and depression appear to be a problem for atopic dermatitis patients. The scores found in this study correspond to the scores of psychiatric patients and confirm the results of studies of depression in atopic dermatitis patients

The scale “anxious-depressive moods” in the Marburger Skin Questionnaire is also higher in the psychosomatic group. In light of this, coping with anxiety and depression should play a role in any therapy of atopic dermatitis patients.

In addition, the score of the TAS-20 questionnaire is considerably elevated in both groups. This possible relationship between atopic dermatitis and alexithymia should be more closely examined in future studies.

Literaturverzeichnis

Abbass A., Kisely S., Kroenke K. (2009). Short- term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychother Psychosom*; 78: 265-274.

Arck P., Slominski A., Theoharides C., Peters E., Paus R. (2006). Neuroimmunology of stress: Skin takes center stage. *J Invest Dermatol*; 126(8): 1697-1704.

Attkinson C., Zwick R. (1982). The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Programm Plann*; 5(3): 233-237

Augustin M., Zschocke I., Lange S., Seidenglanz K., Amon U. (1999). Lebensqualität bei Hauterkrankungen: Vergleich verschiedener Lebensqualitäts- Fragebögen bei Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt*; 50: 715-722.

AWFM- Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.): Neurodermitis. Register Nr. 013/027

AWMF- Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.): Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie). Register Nr. 013/024.

AWMF- Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.): Therapie mit Ciclosporin in der Dermatologie. Register Nr. 013/013

Bagby R., Taylor G., Parker Jd. (1994).

The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I- Item selection and crossvalidation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 38 (1):23-32.

The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II- Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 38 (1):33-40.

Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H. H., Burgdorf W. H.C., Landthaler M. (2005). Dermatologie und Venerologie. Springer Verlag Heidelberg. Seite 381- 395.

Buhk B., Muthny F., (1997). Psychophysiologische und psychoneuroimmunologische Ergebnisse zur Neurodermitis. *Hautarzt*; 48: 5-11.

Buske-Kirschbaum A., Gierens A., Höllig H., Hellhammer D.H. (2002). Stress-induced immunomodulation is altered in patients with atopic dermatitis. *J Neuroimmunol.*; 129 (1-2):161-7.

Buske-Kirschbaum A., Ebrecht M., Kern S., Höllig H., Gierens A., Hellhammer D. (2004). Personality characteristics and their association with biological stress responsis in patients with atopic dermatitis. *Dermatol Psychosom*; 5, 12-16.

Capoore H.S., Rowland Payne C.M., Goldin D. (1998). Does psychological intervention help chronic skin conditions? *Postgard Med J*; 74: 662-664.

Chida Y., Steptoe A., Hirakawa N., Sudo N., Kubo C. (2007). The effects of psychological intervention on atopic dermatitis. A systematic review and meta-analysis. *Int Arch Allergy Immunol.*; 144(1):1-9.

Collins N.L., Reads S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*; 58 (4): 644-663.

Dieris- Hirche J., Milch W., Kupfer J., Leweke F., Gieler U. (2011)
Alexithymie bei Neurodermitispatienten- Ergebnisse einer Fall-Kontroll- Studie mit 62 erwachsenen Neurodermitikern. *Psychotherapeut online first* 10.01.2011.

Ehlers A., Stangier U., Gieler U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 63 (4): 624-35.

Ehlert, U. (2003). Verhaltensmedizin. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2003.

Elias P.M., Steinhoff M. (2008). "Outside-to-Inside" (and now back to "outside"). Pathogenic mechanisms in atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*; 128(5): 1067–1070.

Esparza-Gordillo J., Weidinger S., Fölster-Holst R., Bauerfeind A., Ruschendorf F., Patone G., Rohde K., Marenholz I., Schulz F., Kerscher T., Hubner N., Wahn U., Schreiber S., Franke A., Vogler R., Heath S., Baurecht H., Novak N., Rodriguez E., Illig T., Lee-Kirsch M.-A., Ciechanowicz A., Kurek M., Piskackova T., Macek M., Young-Ae K., Ruether A. (2009). A common variant on chromosome 11q13 is associated with atopic dermatitis. *Nat Genet.*; 41(5):596-601.

European task force on atopic dermatitis (1993). Severity scoring of atopic dermatitis: The SCORAD Index. *Dermatology*; 186: 23-31.

Evers A., Duller P., De Jong M. G. J., Otero M., Verhaak C.M., Van der Valk P., Van de Kerkhof P., Kraaimaat F., (2009). Effectiveness of a multidisciplinary itch-coping training program in adults with atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*; 89: 57-63.

Finlay A.Y., Khan G.K. (1994). Dermatology life quality index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.*; 19(3): 210-6.

Finlay A.Y., Basra M.K., Fenech R., Gatt R.M., Salek M.S. (2008). The dermatology life quality index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol.*; 159: 997-1035.

Gieler U., Detig-Kohler, Ch. (1994). Nähe und Distanz bei Hauterkrankungen. *Psychotherapeut* 39; 259-263.

Gieler U., Jungblut F., Harth W., Reimer C., Niemeier V., Höring C-M., Kupfer, J. (2008). Scham und Berührung. *Psychotherapeut*; 53; 27-34.

Gieler U., Niemeier V., Kupfer J., Harth W. (2008). Psychosomatik in der Dermatologie. *Hautarzt.*; 59: 415-434.

Grolle M., Kupfer J., Brosig B., Niemeier V., Hennighausen L., Gieler U. (2003). The skin satisfaction questionnaire- an instrument to assess attitudes toward the skin in healthy persons and patients. *Dermatol Psychosom*; 4: 14-20.

Harth W., Gieler U. (2006). *Psychosomatische Dermatologie*. Springer Verlag.

Herrmann Ch., Buss U., Snaith R.P. (1995). HADS-D, hospital anxiety and depression scale- Deutsche Version. Testdokumentation und Handanweisung. Verlag Hans Huber, Bern.

Hoare C., Li Wan P. A., Williams H. (2000). Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technol Assess*; 4 (37):1-191.

Höring C.-M. (2008). Neurodermitis, Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung. *Hautarzt*. Springer Verlag.

Holm E.A., Wulf H.C., Thomassen L., Jemec G.B. (2007). Assessment of atopic eczema: clinical scoring and noninvasive measurements. *Br J Dermatol.*; 157(4):674-80.

Hustedt V., Kupfer J., Beutel M. E., Höflich A., Holthausen-Marcou S., Brosig B., Milch W., Schreiber M., Akinci S., Leweke F., Jurkat H., Kurth R., Reimer C., Gieler U. (2007). Unterschiede zwischen neurotischen und psychosomatischen Störungen in der stationären Psychotherapie- Differences between neurotic and psychosomatic disorders in inpatient psychotherapy. Dissertation Fachbereich Humanmedizin Giessen 2007.

Kelleter R. (1990). Haut und Primärbeziehung. *Z Psychoanal Theorie Prax*; 5: 122-144.

Kroenke K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*; 69: 881-888.

Kunz B., Oranje A.P., Labr ze L., Staldor J.-F., Ring J., Taiieb A. (1997). "Clinical validation and guidelines for the SCORAD Index: Consensus report of the european task force on atopic dermatitis". *Dermatology*; 186 : 10-19 .

Löwenberg H., Peters M. (1994). Evaluation einer stationären psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlung bei Neurodermitispatienten. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*; 44: 267-272

Montagu, A. (1980). Körperkontakte. Klett-Cotta: Stuttgart.

Niemeier, V. (2003). Atopische Dermatitis: Psychosomatische Aspekte im Zeitalter von Biologika. *Hautarzt* 2003 Februar; Band XIV.

Novak N., Bieber T. (2004). Pathophysiologie der atopischen Dermatitis. *Deutsches Ärzteblatt*; 3: 108-120.

Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. (1993). Alexithymia and the processing of emotional stimuli. An experimental study. *New Trends Exp Clin Psychiatry*; 59: 197-202.

Pines, D. (1981). Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *Int. J. Psychoanal*; 61: 315-323.

Rabung S., Ubbelohde A., Kiefer E., Schauenburg H. (2004). Attachment security and quality of life in atopic dermatitis. *Psychother Psych Med*; 54: 330-338.

Schmid-Ott G., Burchard R., Niederauer H.H., Lamprecht F., Künsebeck H.-W. (2003). Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis. *Hausarzt*; 54: 852-857.

Schmidt J., Lamprecht F., Wittmann W.W (1989). Satisfaction with inpatient management. Development of a questionnaire and initial validity studies- Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Psychosom Med Psychol.*; 39(7):248-55.

Schmidt S., Strauß B., Höger D., Brähler E. (2004): Die Adult Attachment (AAS)-Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version.

Schmitt J., Langan S., Williams HC., European Dermato-Epidemiology Network (2007). What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *J Allergy Clin Immunol.*; 120 (6):1389-98.

Schubert C., Schüßler G. (2009): Psychoneuroimmunologie: Ein Update. *Z Psychosom Med Psychother*; 55, 3-26.

Snaith R.P. und Zigmond A.S. (1994). HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale. NFER Nelson, Windsor (Berkshire, GB).

Staab D., Diepgen T., Fartasch M., Kupfer J., Lob-Corzilius T., Ring J., Scheewe S., Scheidt R., Schmid-Ott G., Schnopp C., Szczepanski R., Werfel T., Wittenmeier M., Wahn U., Gieler U. (2006). Age-related, structured education programmes improve the management of atopic dermatitis in children and adolescents: Results of the german atopic dermatitis intervention study (GADIS). *BMJ* 332: 933-938.

Stangier U., Gieler U. und Ehlers A. (1998). Entwicklung eines Fragebogens zur Krankheitsbewältigung bei Hauterkrankungen (Marburger Haut- Fragebogen, MHF). *Diagnostica*. 43 (4) 347-357.

Stangier U., Ehlers A., Gieler U. (2004). Predicting Long-Term Outcome in Group Treatment of Atopic Dermatitis. *Psychother Psychosom*; 73:293-301.

Taube K.-M. (2006). Krankheitsbilder in der Psychosomatischen Dermatologie. *Z Allg Med*; 82: 390-395.

Vasilopoulos Y., Cork M.J., Murphy R., Williams H.C., Robinson D.A., Duff G.W., Ward S.J., Tazi-Ahnini R. Genetic association between an AACC insertion in the 3'UTR of the stratum corneum chymotryptic enzyme gene and atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*; 123(1): 62-66.

Werfel T., Claes C., Kulp W., Greiner W., Graf von der Schulenburg J.-M. (2006). Therapie der Neurodermitis. Schriftenreihe des Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland Vol. 2. Deutsche Agentur für HTA des deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information.

Werner S., Buser K., Kapp A., Werfel T. (2002). The incidence of atopic dermatitis in school entrants is associated with individual life-style factors but not with local environmental factors in Hannover, Germany. *Br J Dermatol*; 147: 95-104.

Williamson P.S. (2000). Neurodermitis und Psychotherapie- Eine retrospektive Studie zur Effektivität ambulanter Neurodermitis-Behandlung. Dissertation Fachbereich Humanmedizin Universität Gießen

Wöller W., Kruse J. (2005). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 2. Auflage, Schattauer Stuttgart.

Worm M., Forschner K., Lee H.H., Roehr C.C., Edenharter G., Niggemann B., Zuberbier T. (2006). Frequency of atopic dermatitis and relevance of food allergy in adults in Germany. *Acta Derm Venereol*; 86(2): 119-122.

Wright R.J., Cohen S., Carey V., Weiss S.T., Gold D.R. (2002). Parental stress as a predictor of wheezing in infancy: a prospective birth- cohort study. *Am J Respir Crit Care Med*; 165: 358-365.

Zuberbier T., Orlow S.J., Paller A. S., Taïeb A., Allen R., Hernanz-Hermosa J.M., Ocampo-Candiani J., Cox M., Langeraar J., Simon J.C. (2006). Patient perspectives on the management of atopic dermatitis. *Journal of Allergy and clinical immunology*; 118:226-232.

Anhang

Verzeichnis

1. Abbildungsverzeichnis
2. Aufklärung der Studie
3. Sozialfragebogen
4. SCORAD
5. PO-SCORAD
6. DLQI- Dermatologischer Lebensqualitätsfragebogen
7. Marburger Hautfragebogen
8. HautZuf (Fragebogen zur Hautzufriedenheit)
9. AAS (Adult Attachment Scale)
10. Fragebogen zu Angst und Depression (HADS)
11. Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen/Alexithymiefragebogen (TAS-20)
12. Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Zuf-8

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Multifaktorielle Pathogenese als Ursache von Neurodermitis</i>	4
<i>Abbildung 2: Diagnostische Kriterien des atopischen Ekzems nach Hanifin und Rajka (1980), aus Braun-Falco et al. 2005 S. 390</i>	7
<i>Abbildung 3: Diagnostische Kriterien des atopischen Ekzems nach UK- Arbeitsgruppe/ Williams (1994), aus Braun-Falco et al. 2005 S. 390.</i>	8
<i>Abbildung 4: Darstellung der Datenerhebung über drei Zeitpunkte, Anzahl der Probanden</i>	30
<i>Abbildung 5: Schweregrad: Mittelwerte und Standardabweichung SCORAD T1 (PG n=19; DG n=16)</i>	54
<i>Abbildung 6: Schweregrad Mittelwerte und Standardabweichung PO-SCORAD im Verlauf beider Gruppen (PG n=19; DG n=16) T1-T3</i>	56
<i>Abbildung 7: DLQI: Einschränkung der Lebensqualität (Mittelwerte und Standardabweichung) beider Gruppen T1-T3 (PG n=19; DG n=16)</i>	58
<i>Abbildung 8: Mittelwerte und Standardabweichung der Skala 4 (ängstlich-depressive Verstimmung) des MHF im Verlauf (PG n=19, DG n=16) p= .039</i>	60
<i>Abbildung 9: Mittelwerte und Standardabweichung HautZuf beider Gruppen T1-T3 Skala 5/elterliche Berührung (PG n=19; DG n=16)</i>	64
<i>Abbildung 10: Mittelwerte und Standardabweichung AAS Skala Vertrauen beider Gruppen T1-T3</i>	66
<i>Abbildung 11: Verteilung der Patienten beider Gruppen zum Zeitpunkt T1 (Angstwerte) PG n=19; DG n=16</i>	68
<i>Abbildung 12: Mittelwerte und Standardabweichung der Angstskala im Verlauf (PG n=19; DG n=16)</i>	69
<i>Abbildung 13: Verteilung der Patienten beider Gruppen zum Zeitpunkt T1 (Depressionswerte) PG n=19;</i>	71
<i>Abbildung 14: Mittelwerte und Standardabweichungen der Depressionsskala im Verlauf PG n=19; DG n=16</i>	72
<i>Abbildung 15: Vergleich Mittelwerte DG und PG mit Gesunden und psychiatrischen Patienten der Eichstichprobe (Skala Angst)</i>	92
<i>Abbildung 16: Vergleich Mittelwerte DG und PG mit Gesunden und psychiatrischen Patienten der Eichstichprobe (Skala Depression)</i>	93

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich freundlicherweise bereit erklärt, an unserer Untersuchung teilzunehmen. Vielen Dank, dass Sie sich Zeit dafür nehmen. Unsere Studie will die Effektivität der Neurodermitisbehandlung erfassen, um die Therapie zu verbessern.

Wie Sie sicherlich schon gehört haben, wird heutzutage viel über den Zusammenhang zwischen körperlichen Krankheiten und seelischem Befinden diskutiert.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung zu diesem Thema, möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen.

Die Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung, auf Ihre Einschätzung und Einstellung zu sich selbst und Ihres subjektiven Hauterlebens. Des weitern ist Ihr Umgang mit Gefühlen und Ängsten und die Auswirkungen der Hautkrankheit auf Ihren Alltag von Interesse.

Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 50 Minuten.

Dabei sollten Sie folgendes beachten: Beantworten Sie **bitte jede Frage** und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche zutraf.

Machen Sie **bitte nur ein Kreuz pro Frage** und **lassen Sie keine Frage aus**.

Bitte streichen Sie **keine einzelnen Sätze oder Wörter aus den Fragen heraus oder schreiben welche dazu**.

Sie sollten bei der Beantwortung der Fragen nicht zu lange überlegen.

Bei der Beantwortung der Fragen können Sie nichts richtig oder falsch machen.

Markieren Sie einfach die Aussagen, die für Sie am ehesten zutreffen.

Mit der Bearbeitung des Fragebogens leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung des therapeutischen Angebots und helfen anderen zukünftigen Betroffenen.

Sollten von Ihrer Seite Unklarheiten bestehen, wenden Sie Sich bitte jederzeit an uns.

Falls sie Interesse an den Ergebnissen der Studie haben, die in circa 1 ½ Jahren vorliegen, hinterlassen Sie bitte Ihre Adresse am Ende dieses Bogens.

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. Uwe Gieler
(Studienleiter)

Lisa Fricke
(Doktorandin)

Ihre Adresse: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Unsere Studie will die Effektivität der Neurodermitisbehandlung erfassen, um die Therapie langfristig zu verbessern. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung zu diesem Thema, möchten wir sie bitten, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen.

Worum geht es in der Studie:

Alle Patienten werden im Rahmen ihrer stationären Behandlung untersucht.

Die Erhebung der Daten (Fragebögen) erfolgt in beiden Gruppen zu drei Zeitpunkten:

T1- Bei stationärer Aufnahme

T2- Bei Entlassung (unterschiedlich in beiden Gruppen)

T3- 6 Monate nach stationärer Aufnahme

Die Erhebung an drei Zeitpunkten spiegelt den Therapieverlauf und die Effektivität wieder.

Sie werden zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme einen Fragebogenkatalog bekommen, den wir sie bitten, auszufüllen. Bei Entlassung bekommen sie diesen ein zweites Mal.

Für die dritte Erhebung, d.h. 6 Monate nach Aufnahme, bekommen sie den Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag an ihre Heimatadresse gesendet. Bitte hinterlassen sie dafür am Ende des Schreibens ihre Adresse.

Sie leisten mit der Teilnahme an dieser Studie einen großen Beitrag zur Verbesserung des therapeutischen Angebotes und helfen anderen zukünftigen Betroffenen.

Vielen Dank für ihre Mitarbeit

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Uwe Gieler
(Studienleiter)

Lisa Fricke
(Doktorandin)

Ihre Adresse: _____

Chiffre: |_|_|_|_|

Patientenangaben

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

Geburtsdatum:

Datum:

Bitte kreuzen Sie das von Ihnen gewünschte Kästchen so an:

01 Geschlecht:

männlich
 weiblich

02 Nationalität:
deutsch

andere

03 Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin?

ja
 nein

04 Sind Sie

ledig
 verheiratet
 geschieden
 verwitwet

05 Höchster Schulabschluss:

Abitur
 Fachabitur
 Mittlere Reife
 Volks- oder Hauptschule
 ohne

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

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

07 Sind Sie zur Zeit berufstätig ?

ja
nein

08 Wenn **nicht** berufstätig, sind Sie

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

09 Wenn berufstätig, sind Sie

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

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

10 Sind Sie zur Zeit oder waren Sie in den vergangenen 12 Monaten krank geschrieben?

ja
nein

11 Wenn ja, wie lange insgesamt ?

unter einem Monat
1 - 6 Monate
über 6 Monate

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

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

13 Wie viele Ärzte haben Sie wegen der aktuellen Beschwerden aufgesucht?

1
2
3
4
5
über 5

SCORAD Europäische Experten-Gruppe für Atopische Dermatitis

Patient: Name/Vorname

Geburtsdatum

Besuchsdatum

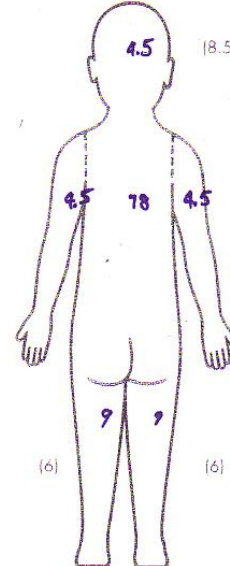
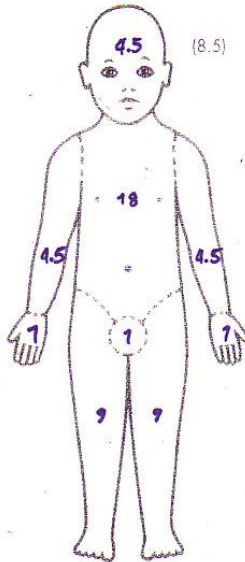
Eingesetztes topisches Steroid

Wirkstoff (Handelsname, Konzentration)

Menge/Monat

(g)

Anzahl der Erytheme/Monat



Ziffern in Klammern für Kinder unter 2 Jahren

A: Ausmaß

Bitte geben Sie die Summe der betroffenen Hautareale an.

B: Intensität

Bemessungswerte

Angaben zur Intensität (üblicherweise typische Stellen)

0 = keine

1 = leicht

2 = mäßig

3 = stark

Kriterien

Intensität

Kriterien

Intensität

Erythem

Exkoriation

Ödem/Papelbildung

Lichenifikation

Nässen/Krustenbildung

Trockenheit

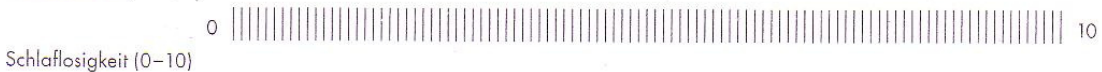
Die Hauttrockenheit wird an nicht betroffenen Stellen bewertet

C: Subjektive Symptome

Pruritus und Schlaflosigkeit

SCORAD A/5+7B/2+C

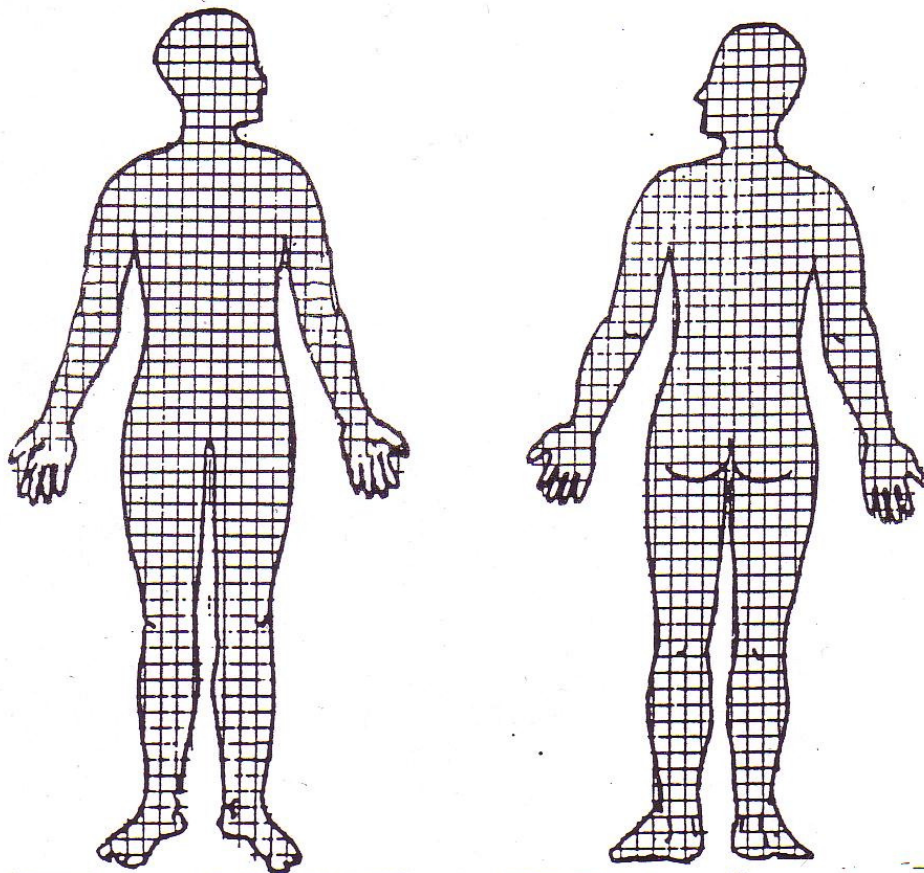
Visuelle Analog-Skala (Durchschnitt für die letzten drei Tage oder Nächte)



Behandlung

Anmerkungen

Bitte tragen Sie in die Zeichnung sämtliche von der Neurodermitis betroffene Körperstellen ein:



Versuchen Sie die Schwere der Hautveränderungen genauer zu beschreiben. Beurteilen Sie dabei die z. Zt. am ausgeprägtesten Hautveränderungen:

0=keine

1=leichte

2=mittlere

3=schwere Hautveränderungen

Tragen Sie bitte in die Kästchen die entsprechenden Zahlen von 0 bis 3 ein:

Rötung (Erythem)

Vergrößerung der Haut (Lichenifizierung)

Eiterpusteln (Pusteln)

Aufgekratzte Haut (Exkoriationen)

Trockenheit der Haut

bitte nicht ausfüllen

DERMATOLOGISCHER LEBENSQUALITÄTS-FRAGEBOGEN*

Ziel dieses Fragebogens ist es, herauszufinden, wie sehr Ihre Hauterkrankung Ihr Leben IN DEN VERGANGENEN 7 TAGEN beeinflusst hat. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage ein Kästchen an.

1.	Wie sehr hat Ihre Haut in den vergangenen 7 Tagen gejuckt , war wund , hat geschmerzt oder gebrannt ?	sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?	Sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert?	Sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
4.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?	sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
5.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?	sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
6.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?	Sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>

7.	Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, dass Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten?	ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
	Falls "nein", wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?	Ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner , Freunden oder Verwandten verursacht?	sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
9.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?	Sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
10.	Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in den vergangenen 7 Tagen für Sie mit Problemen verbunden (z. B. weil die Behandlung Zeit in Anspruch nahm oder dadurch Ihr Haushalt unsauber wurde)?	Sehr ziemlich ein bisschen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>

Bitte prüfen Sie, ob Sie wirklich ALLE Fragen beantwortet haben. Vielen Dank!

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, April 1992. Vervielfältigung ohne Genehmigung der Autoren untersagt.

* Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994; 19:210-16.

MHF

	überhaupt nicht	kaum	ziemlich zutreffend	stark	sehr stark
1. Mein Aussehen macht mir Kummer.	1	2	3	4	5
2. Wegen meiner Hauterkrankung schlafe ich schlecht.	1	2	3	4	5
3. Ich bin wegen meiner Hauterkrankung weniger attraktiv als die meisten Menschen.	1	2	3	4	5
4. Es gibt Situationen, die ich wegen meiner Hauterkrankung vermeide.	1	2	3	4	5
5. Meine Haut hindert mich daran, von mir aus Kontakt mit unbekanntem Menschen auf- zunehmen.	1	2	3	4	5
6. Ich fühle mich oft nervös.	1	2	3	4	5
7. Ich fühle mich wegen meiner Haut- erkrankung sexuell gehemmt.	1	2	3	4	5
8. Ich kann mir viele Wünsche wegen meiner Hauterkrankung nicht erfüllen.	1	2	3	4	5
9. Ich grübele häufig darüber nach, warum ausgerechnet ich die Krankheit habe.	1	2	3	4	5
10. Ich achte auf die Haut von anderen Menschen.	1	2	3	4	5
11. Es ist wegen der Krankheit schwierig, einen (neuen) Partner kennenzulernen.	1	2	3	4	5
12. Ich suche morgens nach neuen aufgekratzten Hautstellen.	1	2	3	4	5
13. Ich rege mich schon bei Kleinigkeiten auf.	1	2	3	4	5
14. Ich kann noch viel dazulernen, wie ich besser mit der Hauterkrankung umgehen könnte.	1	2	3	4	5
15. Ich könnte meine Haut noch sorgfältiger als bisher pflegen.	1	2	3	4	5

16. Ich kapsele mich von meiner Familie/ Partner aus Rücksichtnahme ab.	1	2	3	4	5
17. Es kostet mich viel Energie, mich zu- sammenzureißen, um mich nicht zu kratzen.	1	2	3	4	5
18. Ich achte zu wenig auf meine Ernährung	1	2	3	4	5
19. Ich vermeide Sauna oder Schwimmbad, weil andere Leute sich ekeln könnten.	1	2	3	4	5
20. Ich habe Schuldgefühle, wenn ich mich aufgekratzt habe.	1	2	3	4	5
21. Ich fühle mich häufig müde.	1	2	3	4	5
22. Ich möchte auch so unbefangen sein wie andere Menschen.	1	2	3	4	5
23. Ich habe das Gefühl, die Leute starren auf meine Hauterscheinungen.	1	2	3	4	5
24. Meine Hauterkrankung schränkt mich generell in meinem Leben ein.	1	2	3	4	5
25. Es stört mich, dass ich bestimmte Dinge nicht essen oder trinken kann, die ich gern mag.	1	2	3	4	5
26. Ich müsste eigentlich mehr über meine Hauterkrankung wissen.	1	2	3	4	5
27. Ich kratze mich häufig, ohne es zu merken.	1	2	3	4	5
28. Wegen meiner Hautkrankheit werde ich von vielen Menschen betont rücksichts- voll behandelt.	1	2	3	4	5
29. Durch das dauernde Kranksein entstehen mir hohe Kosten.	1	2	3	4	5
30. Ich beobachte genau, wie andere auf meine Hauterkrankung reagieren.	1	2	3	4	5
31. Ich habe Angst davor, von Fremden wegen meiner Hautkrankheit abge- lehnt zu werden.	1	2	3	4	5
32. Mir fehlt es an Lebensenergie.	1	2	3	4	5

33. Wegen meiner Hauterkrankung kann ich bestimmte Berufe nicht ausüben.	1	2	3	4	5
34. Wenn ich in den Spiegel schaue, betrachte ich vor allem meine Haut.	1	2	3	4	5
35. Meine Familie/mein Partner wird durch meine Hauterkrankung mitbelastet.	1	2	3	4	5
36. Ich habe Angst, dass sich meine Hauterkrankung immer mehr verschlimmert.	1	2	3	4	5
37. Die Krankheit nimmt mir viel an Spontanität.	1	2	3	4	5
38. Durch den Juckreiz wird mir erst klar, dass ich mich unwohl fühle.	1	2	3	4	5
39. Ich fühle mich manchmal verzweifelt wegen meiner Hauterkrankung.	1	2	3	4	5
40. Ich mache mir Gedanken darüber, was andere Menschen über meine Hautkrankheit denken.	1	2	3	4	5
41. Oftmals denke ich, wie das Leben ohne meine Hautkrankheit wäre.	1	2	3	4	5
42. Es ist mir unangenehm, wenn andere mich nackt sehen.	1	2	3	4	5
43. Viele Dinge gehen mir unter die Haut.	1	2	3	4	5
44. Mein Juckreiz macht mich fertig.	1	2	3	4	5
45. Ich ärgere mich über mich selbst, wenn ich mühsam erreichte Erscheinungsfreiheit durch Kratzen zunichte mache.	1	2	3	4	5
46. Ich sollte mir weniger Stress aufladen.	1	2	3	4	5
47. Ich bin oft unkonzentriert.	1	2	3	4	5
48. Ich widme meiner Haut viel Aufmerksamkeit.	1	2	3	4	5
49. Manchmal könnte ich aus der Haut fahren.	1	2	3	4	5
50. Ich fühle mich abhängig von Cortison.	1	2	3	4	5

51. Durch häufiges Kranksein bekomme ich am Arbeitsplatz Probleme. 1 2 3 4 5

Bitte beantworten Sie zum Abschluss noch folgende Fragen:

In welchem Alter trat die Krankheit zum ersten Mal auf? Im Alter von _____ Jahren

Falls die Hautkrankheit auftrat, als Sie Kleinkind waren: im Alter von _____ Monaten

Wie viele Monate haben Sie deutliche Hautsymptome? _____ Monate pro Jahr

Wie häufig haben Sie sich in den letzten fünf Jahren in stationäre Behandlung (einschließlich Kuraufenthalte) begeben müssen? ____ mal

Folgende Faktoren beeinflussen die Krankheit:

	überhaupt nicht	kaum	ziemlich zutreffend	stark	sehr stark
Veranlagung	1	2	3	4	5
Psychische Belastungen	1	2	3	4	5
Umweltfaktoren (z.B. Allergien, Ernährung, Chemie)	1	2	3	4	5

Welche Körperteile sind **zur Zeit** befallen? Wenn befallen, leicht oder stark?

leicht stark

- | | | |
|-------------|-----|-----|
| () Gesicht | () | () |
| () Hals | () | () |
| () Hände | () | () |
| () Arme | () | () |
| () Rumpf | () | () |
| () Beine | () | () |

HautZuf

Trifft gar
Nicht zu

Trifft voll-
kommen zu

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

18. In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken.	1	2	3	4	5
19. Es kommt vor, dass ich am liebsten „nicht in meiner Haut stecken“ möchte.	1	2	3	4	5
20. Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meine/n Partner/in.	1	2	3	4	5
21. Nähe und Geborgenheit sind für mich sehr wichtig.	1	2	3	4	5
22. Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein.	1	2	3	4	5
23. In Krisenzeiten fühle ich mich hässlich.	1	2	3	4	5
24. Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe.	1	2	3	4	5
25. Mit meinen Eltern habe ich als Kind viel gerangelt und herumgetobt.	1	2	3	4	5
26. Meine Eltern waren körperlich eher zurückhaltend und haben mich nur selten berührt.	1	2	3	4	5
27. Es ist mir unangenehm, wenn andere (z.B. mein/e Partner/in) mich nackt sehen.	1	2	3	4	5
28. Wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot.	1	2	3	4	5
29. Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann.	1	2	3	4	5
30. Bei einer zärtlichen Berührung durch meine/n Partner/in spüre ich häufig ein angenehmes Kribbeln in meiner Haut.	1	2	3	4	5

AAS

1. Ich weiß: wenn ich jemanden brauche, wird auch jemand da sein.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

2. Am liebsten würde ich einen anderen Menschen ganz für mich haben.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

3. Es macht mich nervös, wenn mir jemand zu nahe ist.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

4. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/meine Freundinnen mich nicht wirklich mögen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

5. Ich bin nicht sicher, ob ich mich darauf verlassen kann, dass andere da sind, wenn ich sie brauche.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

6. Mein Wunsch, in einem anderen Menschen völlig aufzugehen, schreckt andere manchmal ab.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

7. Ich merke, dass andere mich nicht so nah an sich herankommen lassen, wie ich es gerne hätte.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

8. Für mich ist es schwierig, andere an mich heranzulassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

9. Ich mag es gerne, wenn andere mir vertrauen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

10. Menschen sind nie da, wenn man sie braucht.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

11. Ich mache mir oft Sorgen, ein mir wichtiger Mensch könnte mich verlassen.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

12. Ich kann mich gut auf andere verlassen.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

13. Es ist mir irgendwie unangenehm, mit anderen sehr vertraut zu werden.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

14. In Freundschaften wünschen sich meine Freunde/ meine Freundinnen häufig mehr Nähe von mir, als mir angenehm ist.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

15. Ich kann es mir nur schwer zugestehen, mich auf andere zu verlassen.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

16. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/meine Freundinnen eines Tages nicht mehr mit mir befreundet sein möchten.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

17. Es fällt mir schwer, anderen voll und ganz zu vertrauen.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

18. Die Vorstellung, mir könnte jemand zu nahe kommen, beunruhigt mich.

Stimmt gar nicht.

Stimmt.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

HADS-D

Bitte kreuzen Sie das von Ihnen gewünschte Kästchen so an, wie es für sie persönlich
in der letzten Woche am ehesten zutrif:

<p>Ich fühle mich angespannt oder überreizt. meistens oft von Zeit zu Zeit/gelegentlich überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst. fast immer sehr oft manchmal überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher. ganz genau so nicht ganz so sehr nur noch ein wenig kaum oder gar nicht</p>	<p>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend. überhaupt nicht gelegentlich ziemlich oft sehr oft</p>
<p>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte. ja, sehr stark ja, aber nicht allzu stark etwas, aber es macht mir keine Sorgen überhaupt nicht</p>	<p>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren. ja, stimmt genau ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen. ja, so viel wie immer nicht mehr ganz so viel inzwischen viel weniger überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein. ja, tatsächlich sehr ziemlich nicht sehr überhaupt nicht</p>
<p>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf. einen Großteil der Zeit verhältnismäßig oft von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft nur gelegentlich/nie</p>	<p>Ich blicke mit Freude in die Zukunft. ja, sehr eher weniger als früher viel weniger als früher kaum bis gar nicht</p>
<p>Ich fühle mich glücklich. überhaupt nicht selten manchmal meistens</p>	<p>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand. ja, tatsächlich sehr oft ziemlich oft nicht sehr oft überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen. ja, natürlich gewöhnlich schon nicht oft überhaupt nicht</p>	<p>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen. oft manchmal eher selten sehr selten</p>

TAS-32

Im Folgenden geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher Nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
01 Wenn ich weine, weiß ich immer warum	1	2	3	4	5
02 Tagträumen ist Zeitverschwendung	1	2	3	4	5
03 Ich wünsche, ich wäre nicht so schüchtern	1	2	3	4	5
04 Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle	1	2	3	4	5
05 Ich habe oft Tagträume über die Zukunft	1	2	3	4	5
06 Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen	1	2	3	4	5
07 Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Lösungen entstanden sind	1	2	3	4	5
08 Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden	1	2	3	4	5
09 Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit	1	2	3	4	5
10 Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen	1	2	3	4	5
11 Es reicht mir nicht, dass etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert	1	2	3	4	5
12 Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben	1	2	3	4	5
13 Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern	1	2	3	4	5
14 Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin	1	2	3	4	5
15 Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft	1	2	3	4	5
16 Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe	1	2	3	4	5
17 Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen	1	2	3	4	5

18 Ich habe selten Tagträume	1	2	3	4	5
19 Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren	1	2	3	4	5
20 Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann	1	2	3	4	5
21 Gefühle verstehen zu können ist wesentlich	1	2	3	4	5
22 Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle					
23 Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen	1	2	3	4	5
24 Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen	1	2	3	4	5
25 Ich weiß nicht, was in mir vorgeht	1	2	3	4	5
26 Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin	1	2	3	4	5
27 Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gern über Ihre Gefühle, sondern lieber darüber womit sie sich täglich beschäftigen.	1	2	3	4	5
28 Ich sehe lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen, als psychologische Problemfilme	1	2	3	4	5
29 Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen	1	2	3	4	5
30 Ich kann mich anderen sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nah fühlen	1	2	3	4	5
31 Ich finde, dass das Mir- Klarwerden über meine Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss	1	2	3	4	5
32 Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken	1	2	3	4	5

Zuf-8 - Fragebogen

(Schmidt et al. 1989)

<p>1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen? ausgezeichnet gut weniger gut schlecht</p>
<p>2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten? eindeutig nicht eigentlich nicht im Allgemeinen ja eindeutig ja</p>
<p>3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen. sie hat den meisten meiner Bedürfnissen entsprochen sie hat nur wenigen meiner Bedürfnissen entsprochen sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen</p>
<p>4. Würden Sie einem Freund/ einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/ sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde? eindeutig nicht ich glaube nicht ich glaube ja eindeutig ja</p>
<p>5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben? ziemlich unzufrieden leidlich oder leicht unzufrieden weitgehend unzufrieden sehr zufrieden</p>
<p>6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen? ja, sie half eine ganze Menge ja, sie half etwas nein, sie half eigentlich gar nicht nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht.</p>
<p>7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen? sehr zufrieden weitgehend zufrieden leidlich oder leicht unzufrieden ziemlich unzufrieden</p>
<p>8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten? eindeutig nicht ich glaube nicht ich glaube ja eindeutig ja</p>

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

Lisa Fricke

Danksagung

Zunächst möchte ich meinem Doktorvater Professor Dr. Uwe Gieler für die vielen Gespräche und die Unterstützung danken. Vielen Dank für die Geduld und die Zeit die Sie bis zum Schluss aufgewendet haben.

Weiter gilt mein Dank Privatdozent Dr. Jörg Kupfer, der mir die statistischen Signifikanzen näher gebracht hat.

Vielen Dank auch an Dr. Wehrmann für die Erhebung in der Rehabilitationsklinik in Bad Berleburg und an und Prof. Dr. Harth für die Rekrutierung in der Vivantes Klinik Berlin Friedrichshain.

Allen Patienten möchte ich für die Mithilfe und das Ausfüllen der Fragebögen danken, ohne Sie wäre meine Dissertation nicht möglich gewesen.

Vielen Dank an all die fleißigen Korrekturleser und an all diejenigen, die mir aus Schreibeiefs wieder zum Hoch geholfen haben.

Vor allem möchte ich mich bei meinem Freund Philipp Balles bedanken, der mich bei Word und Excel aus so manchen Schiefwegen befreit hat und mir mit konstruktiver Kritik und wertvollen Kommentaren immer wieder weitergeholfen hat und bei meinen Eltern Dr. Heidi Kolb-Fricke und Walter Fricke für all die Unterstützung in der gesamten Zeit.

Vielen Dank an meinen Sohn Linus, der mir mit seiner ausgeglichenen Art das Schreiben während seiner ersten vier Lebensmonate ermöglicht hat.