

# Psychosoziale Faktoren der Neurodermitis im Erwachsenenalter

---

Eine Fall-Kontroll-Studie zu Partnerschaft, Bindung, Alexithymie sowie  
psychischer Belastung

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

vorgelegt von Jan Dieris-Hirche (geb. Hirche)  
aus Köln

Gießen 2013

Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Fachbereichs Medizin der  
Justus-Liebig-Universität Gießen  
Leiter: Prof. Dr. med. Kruse

Gutachter: Prof. Dr. Gieler  
Gutachter: Frau Prof. Dr. Ganß

Tag der Disputation: 11.11.2013

# Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort .....	- 1 -
2	Kasuistik.....	- 2 -
3	Einleitung .....	- 5 -
4	Hintergrund .....	- 9 -
4.1	Neurodermitis.....	- 9 -
4.2	Das Konstrukt der Alexithymie.....	- 17 -
4.3	Das Konstrukt der Bindung.....	- 21 -
5	Hinführung zu den Fragestellungen und Hypothesen .....	- 30 -
5.1	Suizidalität, Angst und Depression bei Neurodermitis .....	- 30 -
5.2	Alexithymie und Neurodermitis.....	- 31 -
5.3	Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft.....	- 33 -
6	Hypothesen der Studie .....	- 35 -
6.1	Zu: Suizidalität, Angst und Depression bei Neurodermitis (5.1).....	- 35 -
6.2	Zu: Alexithymie und Neurodermitis (5.2).....	- 35 -
6.3	Zu: Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft (5.3).....	- 36 -
7	Methode und Durchführung .....	- 37 -
7.1	Studiendesign .....	- 37 -
7.2	Studienrahmen.....	- 37 -
7.3	Studienteilnehmer.....	- 39 -
7.4	Variablen .....	- 41 -
7.5	Messinstrumente.....	- 43 -
7.6	Bias.....	- 47 -
7.7	Statistische Verfahren .....	- 49 -
8	Ergebnisse der Studie .....	- 52 -
8.1	Teilnehmer .....	- 52 -
8.2	Deskriptive Eigenschaften der Stichproben .....	- 52 -
8.3	Suizidgedanken, Angst und Depression bei erw. Neurodermitikern .....	- 56 -
8.4	Alexithymie bei Neurodermitis.....	- 64 -
8.5	Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft.....	- 68 -
8.6	Zusammenhänge zwischen Suizidalität („1. Säule“) und Alexithymie, Bindung und Partnerschaftszufriedenheit („2. und 3. Säulen“) .....	- 71 -
9	Diskussion .....	- 74 -
9.1	Suizidalität, Angst und Depression bei Neurodermitis .....	- 74 -
9.2	Alexithymie bei Neurodermitis.....	- 76 -
9.3	Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft.....	- 80 -
9.4	Diskussion der Gesamtarbeit, Limitierung und mögliche Ausblicke .....	- 83 -
10	Zusammenfassung.....	- 89 -
10.1	Psychosoziale Faktoren der Neurodermitis im Erwachsenenalter .....	- 89 -
10.2	Psychosocial factors of atopic dermatitis in adulthood.....	- 91 -
11	Abkürzungsverzeichnis .....	- 93 -
12	Tabellenverzeichnis.....	- 93 -
13	Abbildungsverzeichnis .....	- 94 -
14	Literatur .....	- 95 -
15	Anhang .....	- 107 -
15.1	Einverständniserklärung.....	- 107 -
16	Publikationsverzeichnis.....	- 108 -
17	Ehrenwörtliche Erklärung .....	- 110 -

18	Danksagung.....	- 111 -
19	Tabellarischer Lebenslauf .....	- 113 -

# 1 Vorwort

Diese Arbeit entstand am Zentrum für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums in Gießen. Es ist eine psychodermatologische, beobachtende Fall-Kontroll-Studie, die unterschiedlichste Forschungsthemen und –gebiete miteinander vereint und einen neuen Blick auf spezifische Phänomene dieser Thematiken wirft, um auf bisher kaum wahrgenommene Zusammenhänge und Besonderheiten aufmerksam zu machen.

Die Verknüpfung von Bindungstheorie, Alexithymie und Neurodermitis, dazu die Ergänzung der Partnerschaftsperspektive – dies mag auf den ersten Blick dem Nicht-Psychosomatiker<sup>1</sup> befremdlich sein. Wie bedeutsam diese Verbindung jedoch im Leben der Betroffenen sein kann und welchen Einfluss diese im Einzelfall auf „pathologische“ Entwicklungen des Betroffenen haben kann, soll eine einleitende, der Arbeit voran gestellte Kasuistik verdeutlichen. Darauf folgend werden anhand theoretischer und empirischer Befunde meine Forschungsfragen hergeleitet, soweit möglich beantwortet und diskutiert.

Die vorliegende Arbeit ist als kumulative Dissertation verfasst, d.h. sie bettet drei veröffentlichte, wissenschaftliche Artikel (Dieris-Hirche et al. 2009, Dieris-Hirche et al. 2012a, Dieris-Hirche et al. 2012b) in einen Gesamtrahmen ein (siehe auch Kapitel 3).

Nun wünsche ich Ihnen interessante Momente und Ideen beim Lesen dieser Arbeit.

Lassen Sie sich berühren!

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text zumeist die männliche Form verwendet. Die Angaben beziehen sich jedoch immer auf weibliche und männliche Personen.

## 2 Kasuistik

Die folgenden Schilderungen sind einem Interview entnommen, welches ich in der Vorbereitungsphase meiner Forschungsarbeit mit einem betroffenen Neurodermitiker geführt habe. Persönliche Angaben werden anonymisiert dargestellt. Der Gesprächspartner willigte in die anonyme Veröffentlichung der Gesprächsinhalte ein.

*Mein Gesprächspartner Udo ist ein 27jähriger Student, der seit 2001 unter Neurodermitis leidet. Er beschreibt einen Befall der klassischen Hautstellen (Knie und Ellenbeuge, Hals, Innenseite der Schenkel) und klagt zusätzlich über wiederholt auftretende Superinfektionen, die zu gelblichen Krusten auf den entzündeten Hautbereichen führen würden.*

*Zu Beginn berichtet mir Udo seine „Haut-Geschichte“. Seit 1988, also seit seinem achten Lebensjahr, leide Udo unter einer Milcheiweißallergie, die mit Hautausschlägen an den Armen und Händen einhergehe. Ärztlich sei diese Diagnose nie bestätigt worden, jedoch habe ein Verzicht auf Milcheiweiß seine Beschwerden erfolgreich reduziert. 2001 habe Udo einen starken Schub bekommen, bei dem er selber gespürt habe, „dass etwas anders sei“. Er beschreibt diese Hauterscheinung als wiederholt auftretendes, stark juckendes Ekzem, das auch bei Verzicht auf Milcheiweiß nicht abgeklungen sei.*

*Zur selben Zeit sei er eine neue Paarbeziehung mit einer befreundeten Studentin eingegangen. Diese habe damals in einer anderen Stadt studiert, was zur Ausbildung einer Wochenendbeziehung geführt habe. Udo berichtet weiter, er habe damals den Eindruck gewonnen, dass seine Hautbeschwerden subjektiv immer besonders stark in Erscheinung traten, wenn seine neue Freundin am Wochenende zu Besuch kam. Auch erzählt Udo, dass die Ekzeme vermehrt an Stellen aufgetreten seien, die von Kleidung unbedeckt waren. Irgendwann habe er dann einen Zusammenhang zwischen den Berührungen seiner Freundin und seinen Ekzemen gesehen, welcher schlussendlich dazu geführt habe, dass es zu einer „Absprache“ zwischen beiden kam – Berührungen seien demnach fast gänzlich eingestellt worden, Küsse seien nur in Ordnung gewesen, wenn sich die Gesichter nicht zu*

*großflächig berührten, Sexualität sei in den Hintergrund verdrängt worden. Kam seine Freundin zu Besuch, so habe sie nur noch seine Kleidung aufgetragen, um eventuelle Allergien gegen Waschmittel, Schminke etc. auszuschließen. Da dies jedoch auch keinen Erfolg brachte, kamen beide zur subjektiven Erklärung, dass es eine „Allergie gegen die Freundin“ sei.*

*Udos Freundin habe sich in der folgenden Zeit schuldig gefühlt. Wurde das Thema „Haut“ oder „Berührung“ in Beisein Anderer angesprochen, habe sie es als peinlich empfunden. Udo selbst habe zu dieser Zeit einfach nur Angst gehabt, nicht „normal“ zu sein, was heißt, nie eine normale Beziehung führen zu können.*

*Udo erzählt mir, dass seine Neurodermitis ein bedeutsamer Faktor bei der späteren Trennung gewesen sei. Beide hätten es einfach „nicht mehr miteinander ausgehalten“.*

*Auch in der Zeit nach der Trennung habe Udo weiter nach Erklärungen gesucht, warum seine Hautekzeme einmal auftauchten, ein andermal plötzlich wieder verschwanden. Hatte ihm ein Kollege gestern die Hand gegeben? Hatte ihm eine Kommilitonin nicht gestern ein Küsschen zur Begrüßung auf die Wange gegeben?*

*Zu dieser Zeit habe sich Udo sehr unwohl gefühlt. Er habe geradezu Angst vor der Krankheit gehabt, habe eine starke Abneigung gegen sich selbst empfunden – vielleicht sogar Ekel. Udo erzählt mir, dass er in dieser Phase den Kontakt mit Freunden reduziert habe, dass er es gar vermieden habe, fremde Menschen anzusprechen. Die Superinfektionen und Krusten auf seiner Haut hätten ihn entstellt. Das ständige Abkratzen der Krusten sei ihm als eine Art „Befreiung“ vorgekommen. Berührungen an den betroffenen Stellen seien äußerst unangenehm, das Benutzen von Cremes gar unmöglich gewesen (Cortison war „böse“). Udo beschreibt, er habe die Gedanken, dass er „niemals mit Anderen normal“ umgehen könne, als sehr bedrohlich erlebt.*

*Heute lebt Udo mit einer neuen Freundin zusammen. Er berichtet von einem „Wandel“ in seinem Umgang mit der Neurodermitis. Zwar gäbe es manchmal noch Probleme, jedoch nähmen diese nicht mehr die dominierende Rolle in der Beziehung ein. Er habe seine Einstellung zu Cortison-Cremes geändert, benutze sie nun bei starken Schüben. Er tue dies, weil es ihm helfe ein positiveres Haut- und Berührungserleben zu entwickeln. Es sei „leichter für die Freundin“ und für ihn.*

*Mit seiner neuen Freundin habe er offen über seine Neurodermitis geredet und zusammen mit ihr besprochen, was „erlaubt ist und was eher nicht gut tut“. Diese Abmachung helfe ihm dabei einen nahezu „normalen Umgang“ mit partnerschaftlichen Berührungen und Sexualität zu entwickeln. Berührungen, welche er damals gänzlich als negativ empfunden habe, empfinde er plötzlich auch positiv. Auch könne er heute eine Massage genießen.*

*Udo erzählt mir, dass er heute einigermaßen gut im Alltag mit der Neurodermitis zu Recht käme. Die psychischen Anspannungen seien sehr symptomabhängig: Bei starken Ekzemen und Krusten empfinde er seine Situation als sehr belastend, bei abklingender Symptomatik empfinde er nahezu keine Einschränkung.*

*Udo beschreibt, ihm falle auf, dass er ständig in alle Spiegel schauen müsse, um zu kontrollieren, wie er aussehe, wie ihn die anderen sähen.*

*Über das Thema Kratzen spricht Udo sehr frei und offen. Er berichtet, er versuche sich zwar stets zurückzuhalten, empfinde es jedoch auch als sehr angenehmes und lustvolles, fast orgasmusgleiches Gefühl sich zu kratzen. Er kratze sich meist automatisch, auch wenn es gar nicht jucke. Schließlich rechne er ja damit, dass es jucke - folglich kratze er auch.*

*Auf die Frage ob er seine Neurodermitis als ‚hässlich‘ empfinde, antwortet Udo, er selber finde sich nicht hässlich, seine Krankheit jedoch schon.*

*Er fühle sich auch selten als ‚Kranker‘, obgleich er an der Krankheit Neurodermitis leide. Nur selten habe er den bewussten Wunsch, ohne seine Neurodermitis zu leben.*

Ich habe diese Kasuistik voran gestellt, um den Leser zu sensibilisieren, um aufmerksam zu machen, auf die individuelle Bedeutung der Haut/der Neurodermitis für das Wohlbefinden und die Psyche sowie für die Nähe und Distanz in Partnerschaften.



### 3 Einleitung

Neurodermitis (syn. Atopische Dermatitis) ist eine der häufigsten chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Haut. Die seit Jahren wachsende Inzidenz in westlichen Ländern, sowie der hohe Leidensdruck lässt die Erkrankung in den Mittelpunkt des (Forschungs-)Interesses rücken (Hinz et al. 2006). Neue pathophysiologische Erkenntnisse, z.B. genetische Komponenten, führen zu tieferen Einblicken in die Entstehung der Neurodermitis, obgleich die genaue Ätiologie immer noch ungeklärt ist.

Verschiedenste Umweltfaktoren, z.B. Stress, führen bei Neurodermitikern zu immunologischen Reaktionen, deren exakter Mechanismus ebenfalls nur unzureichend bekannt ist (Akdis et al. 2006). Doch wann empfinden wir Situationen als stressig? Was sind Faktoren, die zu einer Bewältigung dieser Situationen von Nöten sind? Die Verbindung zwischen Haut und Psyche wird in vielen wissenschaftlichen Arbeiten und Theorien belegt und bildet die Grundlage psychosomatischer Betrachtungsweisen und Therapieansätze (z.B. Anzieu 2004, Kurzen 2005, Gieler 2005, Mitschenko et al. 2008). Die spezifische Erhebung relevanter psychischer Belastungsfaktoren bei Neurodermitikern (Depression, Angst, Suizidalität) mag zudem eine ganzheitliche – eben psychosomatische – Therapie fördern.

Die Bindungsforschung konnte in den vergangenen Jahren zeigen, dass die erlernten und erlebten frühen Beziehungsmuster zwischen Kindern und ihren Bindungs- bzw. Bezugspersonen bedeutsam sind für die Güte und Intensität der sozialen Beziehungen, die ein Kind entwickelt und eingeht. Diese Interaktionen zwischen der Betreuungsperson, oftmals der Mutter, und dem Kind hinterlassen „Gedächtnisspuren“ (innere Arbeitsmodelle), die auch im späteren Leben im Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen von Bedeutung sind (Köhler 2008). Zahlreiche Arbeiten untersuchten in den letzten Jahren den Zusammenhang zwischen Bindungstypen und psychischen/psychosomatischen Störungen und trugen damit zur Bildung einer „klinischen Bindungsforschung“ bei (Buchheim et al. 2002).

Die Bindungsinteraktionen zwischen Mutter und Kind werden nicht zuletzt durch die Qualität und Quantität der körperlichen (Haut-)Berührungen bestimmt. Was jedoch, wenn eine Hauterkrankung das Hautempfinden beeinträchtigt, dieses gar mit dem Bedürfnis nach taktiler Nähe kollidiert?

Der Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten/-mustern und Hauterkrankungen, speziell Neurodermitis, ist nur sehr spärlich untersucht, obgleich ein genaueres Wissen darüber im Sinne einer psychodermatologischen, klinischen Perspektive relevant ist.

Es stellt sich die Frage, ob und inwiefern auch das Gefühlserleben von Neurodermitikern durch ihre Erfahrung mit der Erkrankung verändert ist und ob diese emotionale Komponente erfassbar ist. Eine Möglichkeit zur Erfassung dieser affektiven Prozesse könnte die Erhebung alexithymer Merkmale sein. Diese beschreiben die Unfähigkeit, Gefühle zu identifizieren und zu verbalisieren, eine reduzierte Phantasie sowie einen eher external orientierten Denkstil (Sifneos 1972 nach Gündel et al. 2000).

„Auf die Frage, was psychische Gesundheit sei, fand Freud einst die überraschend einfache Antwort: lieben und arbeiten können. Diese Antwort impliziert, dass das psychische Befinden nicht nur vom Leistungsvermögen abhängt, sondern auch von der Fähigkeit, eine glückliche und stabile Beziehung zu einem Liebespartner aufzubauen“ (Neumann & Tress 2005). Freuds These besagt demnach, dass die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung bedeutsam für eine gute Lebensqualität sei. Das Maß an Intimität, Nähe und Sexualität in Paarbeziehungen wird u.a. durch individuelle Persönlichkeitsstrukturen und durch die Bindungssicherheit der jeweiligen Partner beeinflusst (Neumann & Tress 2005). Konkrete Thematiken in Beziehungen sind zum Beispiel das Ausmaß an Nähe, bei dem sich jemand wohl fühlt, oder die Angst vor dem Verlassenwerden. Diese Faktoren sind sowohl relevante Partnerschaftsparameter als auch Bindungskriterien. Gerade bei hautkranken Menschen könnte die partnerschaftliche Aushandlung über das Maß an Berührungen und Nähe eine besondere Bedeutung und vielleicht ein Konfliktpotenzial (im Sinne eines Nähe-Distanz-Konfliktes) darstellen (Gieler & Detig-Kohler 1994). Wann tut eine Berührung gut, wie viel Berührung ist „erlaubt“? Der Einfluss der Neurodermitis auf die Partnerschaftszufriedenheit scheint für die

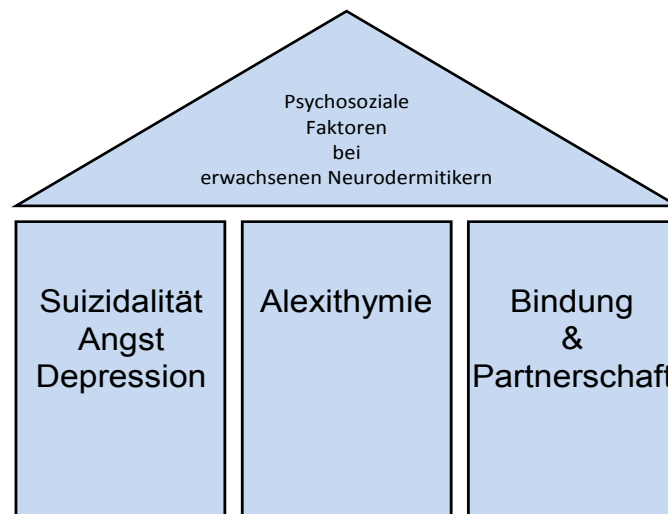
Betroffenen offensichtlich (siehe Kasuistik), wird aber in der aktuellen Forschungsliteratur kaum thematisiert.

Das Ziel dieser Arbeit soll es sein, einen genaueren Einblick in die Verbindung zwischen einerseits Neurodermitis und andererseits Bindungseinstellungen, Gefühlswahrnehmungen und Belastungen zu erhalten. Auch soll die Partnerschaftszufriedenheit bei Neurodermitikern untersucht werden. Wie stehen diese Phänomene untereinander in Verbindung, und welche Zusammenhänge gibt es mit Variablen der Neurodermitis, beispielsweise der Schwere der Erkrankung und der Erstmanifestation?

Die vorliegende Fall-Kontroll-Studie soll im Sinne einer Pilotstudie erste Erkenntnisse und Zusammenhänge liefern. Hieraus mögen sich neue und spezifischere Hypothesen gewinnen lassen, die in kontrollierteren und größeren Studien untersucht werden sollten.

Die vorliegende Schrift ist als kumulative Dissertation verfasst. Sie bündelt drei veröffentlichte, wissenschaftliche Artikel (Dieris-Hirche et al. 2009, Dieris-Hirche et al. 2012a, Dieris-Hirche et al. 2012b) in einen Gesamtrahmen ein. Alle drei Artikel durchliefen ein Peer-Review-Verfahren der entsprechenden Zeitschrift. Die Dissertationsschrift gliedert sich in verschiedene Abschnitte. Der theoretische Teil „Hintergrund“ soll zunächst in aller Kürze die Hauterkrankung Neurodermitis skizzieren. Außerdem werden die in dieser Arbeit verwendeten Konstrukte beschrieben. Es folgt im anschließenden Teil „Hinführung“ die argumentative Herleitung der „Hypothesen“. Anschließend folgen die Beschreibung der „Methodik“ sowie die „Durchführung“ der Studie.

Die Darstellung der „Ergebnisse der Studie“ ist inhaltlich in drei Unterabschnitte gegliedert (Abbildung 1). Diese Ergebnisteile entsprechen beziehungsweise orientieren sich stark an den drei vom Autor veröffentlichten Artikeln („Säulen“) (Dieris-Hirche et al. 2009, Dieris-Hirche et al. 2012a, Dieris-Hirche et al. 2012b). Zur Vereinheitlichung und Verbesserung der Lesbarkeit wurde eine leichte formale Adaptation durchgeführt.



**Abbildung 1: Gliederung der Ergebnisse**

Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und psychosomatisch-psychotherapeutisch bewertet. Hierbei soll explizit Raum für aus den Ergebnissen ableitbare Ideen sein. Die psychotherapeutische Perspektive ergibt sich aus dem Mangel an „hautspezifischen“ Psychotherapieinterventionen sowie aus der beruflichen Prägung des Autors.

Teile dieser Arbeit wurden im Oktober 2010 von der Arbeitsgemeinschaft Psychosomatischer Dermatologie (APD), Untersektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) mit dem Forschungspreis 2010 ausgezeichnet.

## 4 Hintergrund

### **4.1 Neurodermitis**

Um verstehen zu können, welche Bedeutung die Neurodermitis für den Betroffenen selbst, sowie für Systeme um den Betroffenen herum hat, ist es hilfreich, die Grundlagen und Besonderheiten der Erkrankung zu kennen. Ebenso ist es für den behandelnden (Psycho-)Therapeuten hilfreich, auf Fragen der Patienten adäquat antworten zu können, zumal diese einen bedeutsamen Einfluss auf Psychodynamik und individuelle Krankheitswahrnehmung haben können. Ist die Neurodermitis vererbbar oder ansteckend? Ist sie heilbar? Bin ich Schuld an der Erkrankung?

An dieser Stelle kann nur ein Überblick über die relevanten Fakten gegeben werden. Für genauere und tiefere Einblicke wird auf die dermatologische Fachliteratur verwiesen (z. B. Bieber & Leung 2002).

In den Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) (2002) ist die Neurodermitis als „eine chronische oder chronisch-rezidivierende, nicht kontagiöse Hauterkrankung“ beschrieben, deren Morphologie und Lokalisation altersabhängig unterschiedlich ausgeprägt ist und zumeist mit starkem Jucken (Leitsymptom) einhergeht. Sie ist Teil des „Atopischen Formenkreises“ (vererbte Allergieneigung), zu dem neben der Neurodermitis u.a. auch das allergische Asthma und der Heuschnupfen (Rhinokonjunktivitis allergica) gehört. Die Zahl der an Neurodermitis Erkrankten hat sich in den letzten 30 Jahren verdreifacht, sodass sich aktuell eine Prävalenz zwischen 10-30% bei Kindern und 2-10% bei Erwachsenen in den westlichen Industrieländern finden lässt (Hinz et al. 2006, Katoh et al. 2008, Leung et al. 2006). In 60% der Fälle beginnt die Erkrankung bereits im ersten Lebensjahr, weitere 30% der Betroffenen erkranken bis zum zwölften Lebensjahr (Tanei & Katsuoka 2008). Bei einer Mehrheit der Kinder zeigt sich bis zur Einschulung, spätestens bis zu Pubertät eine deutliche Besserung der Symptome bis hin zum völligen Verschwinden. Dennoch tragen diese Kinder ein stark erhöhtes Risiko, in ihrem weiteren Leben an allergischem Asthma oder Heuschnupfen zu erkranken. In einigen Fällen entsteht die Neurodermitis erst beim Jugendlichen oder im Erwachsenenalter und zeigt dann oftmals einen verlängerten, chronischen Verlauf über mehrere Jahrzehnte (Lee 2003).

Das Risiko, dass ein Kind eine Erkrankung aus dem atopischen Formenkreis entwickelt, ist am höchsten, wenn beide Eltern an derselben Krankheit leiden (60-80%). Trotz der starken bestehenden familiären Disposition kann die Erkrankung jedoch auch ausbleiben oder aber „in manchen Fällen verhindert, verzögert oder abgeschwächt werden“ (Leitlinien DDG 2002).

Die Neurodermitis scheint auf einer unveränderlichen genetischen Veranlagung zu beruhen (multifaktorieller Vererbung) (Harth & Gieler 2006). Krankheitsausbruch und –schwere sind von vielfältigen (Umwelt-)Faktoren abhängig. Verschiedene Triggerfaktoren und Allergene können zur Manifestation beitragen. Insbesondere Funktionsstörungen des humoralen und zellulären Immunsystems, sowie der Hautbarriere stehen im Interesse der Forschung und Klinik.

Die genetischen Komponenten wurden mittels Kopplungsanalysen (Linkage-Analysen) untersucht, und es wurde eine Reihe von möglichen Genregionen (Chromosom 1,3,17,21) gefunden, die mit der Neurodermitis assoziiert sind. Weitere Genanalysen identifizierten bereits mögliche, bei Neurodermitis veränderte Kandidatengene (IL-3,4,5,16, GM-CSF, CD80, CD86, CARD, Filaggrin, Kallikrein 7, Apolipoprotein C1 u.a.), die Einfluss auf die Steuerung humoraler (z.B. Erhöhung des IgE-Serumspiegels) und zellulärer Immunität (z.B. Verschiebung der Th1-/Th2-Balance zugunsten Th2) sowie die Hautbarriere-Funktion haben (Überblick in Hinz et al. 2006 und Akdis et al. 2006).

Histopathologisch weist auch die scheinbar nicht betroffene Haut des Neurodermitikers eine starke Trockenheit auf. Die Haut reagiert anders auf Irritationen (u.a. weißer Dermographismus). Es finden sich vor allem im akuten Zustand vermehrt T-Zell-Infiltrate (extrinsische Form) und Antigen-präsentierende Zellen (z.B. Makrophagen, Langerhanszellen) sowie IgE-Serumproteine, die zur Mastzell-Degranulation führen (Histaminfreisetzung, intrinsische Form). Durch die chronische Entzündung durchläuft die Haut ein „Remodeling“, bei dem sich verdickte Plaques und Hautstrukturen (Lichenifikation) bilden (Akdis et al. 2006). Die andauernde Entzündung (Inflammation) der Haut wird durch verschiedene Botenstoffe getriggert. Proinflammatorisch wirken hierbei eine Reihe von Zytokinen (z.B. Interleukinen) und Chemokinen, die bei Neurodermitikern vermehrt exprimiert werden und damit u.a. vermehrt eosinophile Granulozyten ins Gewebe locken und dort aktivieren (zelluläre Immunabwehr). Die Immunantwort bei Neurodermitis

verläuft biphasisch und ist in der Akutphase Th2-getragen, in der chronischen Phase dominieren eher Th1-Zellen. Auch der quälende Juckreiz (Pruritus) wird u.a. durch Interleukine (IL-31) vermittelt, welche von Th2-Zellen ausgeschüttet werden (Hinz et al. 2006).

Wichtige Faktoren für das Ausbrechen von Krankheitsschüben sind auch psychische Belastungen, wie z.B. Stress. Neuroimmunologisch scheinen hier v.a. Neuropeptide (BDNF, non-neuronale Acetylcholinrezeptoren u.a.), Neurotrophine (neuroendokrino-logische Regulatoren) und freie Nervenendigungen in der Epidermis beteiligt zu sein (Arck et al. 2006, Arck et al. 2010). Es zeigt sich somit eine Verbindung zwischen Immun- und Nervensystem. Diese alte Hypothese wird durch aktuelle, gut dokumentierte Einzelfalldarstellungen gestärkt, nach denen bei einer Lähmung eines Armes auf eben jener Seite die symmetrisch auftretende Neurodermitis klinisch nicht (mehr) vorhanden war (Mitschenko et al. 2008). Pro- und antiinflammatorische Peptide bilden ein Gleichgewicht zur Regulierung und Verhinderung überschießender Entzündungsreaktionen. Dieses scheint beim Patienten mit Neurodermitis unausgeglichen zu sein. Auch gibt es Hinweise, dass der Juckreiz neuroimmunologisch reguliert wird. Buske-Kirschbaum et al. (2002) zeigten zudem psychoendokrino-logische Besonderheiten auf der Hypophysen-Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse auf. Neurodermitiker reagierten auf Stress mit einer erniedrigten Kortisolausschüttung, was in Folge zu einer verminderten Wirkung von entzündungshemmenden und immunsuppressiven Kortikosteroiden führt.

Die Veränderung der Hautbarriere spielt in der Pathophysiologie der Neurodermitis eine wichtige, wenn nicht entscheidende Rolle (Jung & Stingl 2008). Durch einen Mangel an Ceramiden-Proteine, die im Verband mit anderen Strukturproteinen dazu beitragen, die Haut vorm Eindringen von Wasser zu schützen, scheint die Haut-Umwelt-Grenze gestört. Überexpressionen von „hautfeindlichen“ Enzymen, Proteinmangel/-mutationen (z.B. Filaggrin) sowie pH-Veränderungen scheinen ebenfalls die Hautbarriere zu schwächen und ein leichteres Eindringen von Allergenen, z.B. Tierhaaren, Hausstaubmilben, Schimmel zu ermöglichen (Mitschenko et al. 2008, Hinz et al. 2006). Bei jungen Patienten zeigen sich oft Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittelallergene (Milch, Eiweiß, Weizen, Soja, Erdnüsse), die jedoch meist klinisch irrelevant sind und im Erwachsenenalter oft

verschwinden (Hinz et al. 2006). Diskutiert werden auch eine protektive Wirkung des Stillen in den ersten vier Monaten (Schäfer 2005) sowie Störungen der Talg- und Schweißproduktion (Harth & Gieler 2006).

Jenseits der Ätiologie der Erkrankung Neurodermitis stehen für Betroffene sicherlich die klinischen Symptome im Vordergrund, denn diese sind es, die den Alltag und die Lebensqualität beeinflussen. Die Neurodermitis weist ein altersabhängig unterschiedliches Erscheinungsbild auf, ist in ihrer Erscheinung wechselhaft (Schübe) und im Einzelfall unterschiedlich durch (sub-)akute bzw. chronische Morphologien gekennzeichnet. Während im Kindesalter vorwiegend der behaarte Kopf und die seitlichen Gesichtspartien befallen sind, zeigt sich im Erwachsenenalter vor allem ein Befall der großen Gelenkbeugen, des Nackens, der Füße und Hände. Die Basissymptome sind chronisch-rezidivierende Ekzeme, welche mit starkem Juckreiz als Hauptsymptom einhergehen (Abbildung 2). „Beim Ekzem handelt es sich um eine großflächige, nichtkontagiöse, umschriebene Dermatose, die in der Regel auf die Epidermis und das obere Korium beschränkt ist. Das (sub-)akute Ekzem ist durch intensive, meist unscharf begrenzte Rötungen, leichte Infiltrationen und Papulovesikeln, die meist kleiner als 2mm sind, geprägt. In diesem Stadium finden sich häufig nässende Areale sowie punkt- oder strichförmige Exkorationen. Das chronische Ekzem geht mit einer blässleren Rötung, feiner Schuppung und einer Verdickung/Vergrößerung der Haut einher (Lichenifikation). Minimalvarianten mit alleinigem Befall der Ohrläppchen, der Mamille, Finger- oder Zehenkuppen sind bekannt“ (Leitlinien DDG 2002). Neurodermitis, allergisches Asthma und Heuschnupfen bilden zusammen den sogenannten „Atopischen Formenkreis“. Oftmals liegen alle drei Erkrankungen gleichzeitig vor. Klassischerweise wird dabei die Progression von der Neurodermitis hin zum Asthma beschrieben, jedoch zeigen neueste Untersuchungen auch andere Muster (Barberio et al. 2008). Der Verlauf der Neurodermitis ist wechselhaft mit Krankheitsschüben unterschiedlicher Dauer und Schwere. Die Erkrankung kann häufig rezidivieren. Auch geringgradig ausgeprägte Manifestationen haben manchmal schwere Beeinträchtigungen und psychische Belastungen zur Folge“ (Leitlinien DDG 2002).



Viele Betroffene beschreiben den permanenten Juckreiz als schlimmstes Symptom ihrer Erkrankung, welches nicht nur das Wohlempfinden des Neurodermitikers herabsetzt, sondern gleichfalls das soziale Umfeld (Familie, Partnerschaft) beeinträchtigt. Bei Neurodermitispatienten tritt dieses Symptom meist in sehr



**Abbildung 2: Ekzem bei Neurodermitis**

quälender und therapierefraktärer Form auf, die im Extremfall zur psychischen und physischen Erschöpfung führen kann. Gerade deshalb scheint auch eine psychodermatologische Sichtweise auf das Phänomen Kratzen äußerst lohnenswert, denn hier können sich wichtige Anknüpfungspunkte für eine psychosomatische Therapie finden lassen.

Wann ist das Jucken besonders stark? Welche Stressoren sind relevant? Welche Folgen hat der Juckreiz auf das Selbstbild? Spielen Scham und Ekel eine Rolle?

Der Juckreiz kann peripher (in/auf der Haut) ausgelöst werden, jedoch finden auch auf zentraler Ebene Modifizierung, Verarbeitung oder gar Generierung statt. Das Jucken ist eine eigene Sinneswahrnehmung, die ihre eigenen Mediatoren, neuronalen Leitungsbahnen und Verarbeitungsareale besitzt. Freie Nervenendigungen markloser Nervenfasern (C-Fasern) (Schmelz et al. 1997) dienen in der Haut als Nozizeptoren, welche durch mechanische, chemische oder physikalische Reize Jucken vermitteln können. Unterschiedlichste Mediatoren, darunter Histamin (direkte pruritogene Wirkung an Nervenfasern), Neuropeptide (Histaminfreisetzung), der Neurotransmitter Acetylcholin, Opioide (zentrale und periphere Modulation via Serotonin) und Prostaglandine (Senkung der Juckschwelle) sind als kutane Botenstoffe bei der Pruritusinduktion von Bedeutung (Ständer et al. 2003). Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass das Juckempfinden zentral verarbeitet und modifiziert wird. Auch äußere Reize können die Juckqualität verändern – z. B. lindert Kälte den Juckreiz, während Wärme und mechanische Reize (Wolle auf der Haut) juckverstärkend wirken. Darüber hinaus ist bekannt, dass Müdigkeit, Angst, Stress und Depression einen fördernden Einfluss auf den Juckreiz haben, der vermutlich auf einer Aktivierung des psychoneuroendokrinen Systems beruht. Im zentralen Nervensystem kann der Juckreiz durch mechanische oder elektrische Stimulation von schnellen myelinisierten A-Fasern zugunsten der

Übertragung von Schmerzreizen unterdrückt werden (Ständer et al. 2003). Dieser Mechanismus erklärt die antipruritische Wirkung des Kratzens – Schmerz unterbricht Jucken! Allerdings zeigen Studien (ebd.), dass bei Pruritus-Patienten Schmerzreize auch Jucken auslösen können, was als zentrale Sensibilisierung (aufgrund andauernder Reizung prurizeptiver Strukturen) interpretiert werden kann, sodass nozizeptive Stimuli (hier Schmerz) als Juckreiz empfunden werden.

Die mechanische Reizbeantwortung (Kratzen, Rubbeln, Reiben, Drücken, Kneten) führt nicht nur zu physiologischen und histologischen Veränderungen der Haut (Krusten, Hyper- und Depigmentierungen, Exkorationen, Vernarbungen, Lichenifizierung etc.), sondern aktiviert wiederum lokale Entzündungsreaktionen, die zur Freisetzung von Histamin führen. Somit entsteht ein „circulus viciosus“ (Pruritus-Kratz-Zirkel), der eine Chronifizierung des Juckreizes und das Auftreten von Kratzartefakten begünstigt (Ständer et al. 2003).

Da es bisher keine Heilung der Neurodermitis gibt, liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Verringerung der Symptome. Neben der Vermeidung von Provokationsfaktoren ist eine Basispflege der Haut erforderlich, die durch Zusatz von unterschiedlichen Wirkstoffen intensiviert werden kann. Emulsionen (Öl-in-Wasser, Wasser-in-Öl, harnstoffhaltig) dienen dabei als Vehikel und bekämpfen das Austrocknen der Haut. Eine antientzündliche Wirkung haben topische Kortikosteroide und Calcineurin-Inhibitoren (Tacrolimus, Pimecrolimus). Auch Antibiotika, Antiseptika, Antimykotika finden in Salben- und Cremeform Einsatz (Leitlinie DDG 2002). Antihistaminika haben sich nur bei gleichzeitigem Auftreten von Schlafstörungen oder Komorbiditäten (Asthma, allergische Rhinitis, Urtikaria) bewährt. Die Komplexität der Pruritusphysiologie erschwert eine suffiziente Juckreiz-Therapie. Allgemeine Maßnahmen (Behandlung der Grunderkrankung, Provokationsfaktoren vermeiden, Kühlung, Entspannungstechniken und Hautfettung) vermögen den Juckreiz zu mildern. Oftmals ist jedoch eine Kombination mit topischen Substanzen (Harnstoff, Kortikosteroide, Calcineurin-Inhibitoren) und ggf. systemischen Therapieformen (UV-Therapie, Mastzellendegranulationshemmer, Opiatantagonisten, Leukotrienrezeptor-Antagonisten etc.) notwendig (Buys 2007). Der Erfolg der Juckreiz-Therapie ist individuell sehr unterschiedlich (Ständer et al. 2003). Alternative Therapien (Phototherapie, Klimatherapie, Traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie,

Massage, Diäten usw.) können im Einzelfall von Nutzen sein, sind jedoch oftmals in ihrer Wirkung wissenschaftlich nicht ausreichend belegt (Buys 2007).

Die Patientenschulung hat sich in den letzten Jahren als etabliertes Therapieverfahren bei Patienten mit Neurodermitis entwickelt. Zahlreiche Evaluationen bestätigen die Effektivität der Neurodermitisschulung für die Verbesserung des Schweregrades, der Lebensqualität und des Medikamentenverbrauchs sowie die Anzahl stationärer Behandlungen. In Deutschland wurde die Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung (AGNES) gegründet, welche eine manualisierte Schulung für Patienten unter 18 Jahre entwickelt hat. Parallel wurde ein Konsens für eine Erwachsenen Schulung herbeigeführt (Gieler, Ring & Wahn 2002).

Auch psychologische Beratungen, psychosomatische Rehabilitation, das Erlernen von Entspannungsmethoden und im Einzelfall Einzel-/Gruppenpsychotherapie können zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung beitragen (Leitlinie DDG 2002).

Trotz aller Therapieoptionen führt die Behandlung der Neurodermitis oftmals nur zu unbefriedigenden Ergebnissen. Entscheidend ist demnach, ob und wie es dem Patienten gelingt, sich mit der Erkrankung zu arrangieren, sodass die krankheitsbedingte Belastung erträglich, die Lebensqualität annehmbar bleibt.

#### **4.1.1. Psychosomatische Aspekte der Neurodermitis**

Die Krankheitsbezeichnung „Neurodermitis“ (Erstbezeichnung 1891 durch Brocq und Jacquet) impliziert bereits das enge Miteinander von psychischen und somatischen Faktoren bei der Aufrechterhaltung der entzündlichen Hauterkrankung. In testpsychologischen Untersuchungen zeigten sich reproduzierbar immer wieder erhöhte Werte für Ängstlichkeit und Depressivität (Hashiro & Okumura 1997, Annesi-Maesano et al. 2006, Linnet & Jemec 2001), Neurotizismus, erhöhte Erregbarkeit und inadäquaten Umgang mit Stress (Schneider & Gieler 2001, Harth 2008). Viele Patienten berichten, dass psychosozialer Stress die Schwere der Krankheitsschübe erhöhe oder gar Auslösefaktor für einen neuen Schub sein könne (Harth 2008, Mitschenko et al. 2008). Auch wurden Einflüsse von so genannten „life events“ (Krisen, Unglücke, Erdbeben, Verlust) als Kofaktor für eine

Verschlimmerung der Erkrankung identifiziert (Kodama et al. 1999, Bosse & Hünecke 1976 nach Harth & Gieler 2006).

Atopiker haben nachweislich eine eingeschränkte Lebensqualität. Dabei stehen vor allem das Sozialleben und das psychologische Wohlbefinden im Vordergrund. Ferner besteht eine signifikant positive Korrelation zwischen der Beeinträchtigung dermatologischer Lebensqualität und der Neurodermitisintensität bzw. dem Juck-Kratz-Verhalten der Patienten (Hong et al. 2008, Misery et al. 2007, Kiebert et al. 2002, Finlay & Khan 1994, Rabung et al. 2004, Schmid-Ott et al. 2003).

Der ständige Juckreiz kann zu intensiven emotionalen Reaktionen führen (Wut, Aufregung, Ärger), welche Einfluss auf den Alltag der Patienten nehmen können.

Entscheidend ist, wie die Patienten mit ihrer Erkrankung umgehen, wie sie mit anderen Menschen darüber kommunizieren, um einen guten Weg zur Lösung alltäglicher (zwischenmenschlicher) Probleme zu finden. Tiefenpsychologische Anamnesen zeigten, dass viele Neurodermitiker gerade im Kontaktverhalten zu anderen Menschen durch beispielsweise starke Schüchternheit beeinträchtigt sind (Heigl-Evers et al. 1976, Kelleter 1990).

Harth und Gieler (2005) formulieren es pointiert: „Jeder Schub der Neurodermitis geht mit psychosozialen Reaktionen einher, welche wiederum Auswirkungen auf den Krankheitsprozess haben. Die immer wiederkehrenden Schübe verfestigen bei vielen Betroffenen die Überzeugung, keine Möglichkeit zu haben, Einfluss auf den Verlauf ausüben zu können. Sie fühlen sich der Krankheit ausgeliefert, hilflos und hoffnungslos“. Hinzu kommen die sekundären Folgen der Erkrankung, z.B. Müdigkeit und Abgeschlagenheit durch nächtlichen Schlafentzug (permanenten Juckreiz), Leistungsabbau im beruflichen und privaten Bereich. Sämtliche soziale Beziehungen (Familie, Partnerschaft, Sexualität) können durch die Neurodermitis oder die Folgen der Erkrankung beeinflusst sein (Niemeier et al. 1997, Pauli-Pott et al. 1997).

Manchmal verstärkt das soziale Umfeld eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung durch Stigmatisierung und Ausgrenzung, welche Auswirkung auf den Selbstwert und die Lebensqualität der Betroffenen haben (Schmid-Ott et al. 2003). Bedauerlicherweise weisen erste Studien aus Kanada, Italien, England und Japan eine erhöhte Suizidalität bei Neurodermitikern nach (Gupta & Gupta 1998, Picardi

et al. 2006, Cotterill et al. 1997, Kimata 2006). Zahlen aus Deutschland sind bisher noch ungenügend publiziert.

Es fällt nicht leicht, die möglichen psychischen Beeinträchtigungen durch die Hauterkrankung Neurodermitis zu beschreiben, da sie sehr heterogen und individuell unterschiedlich sein können und von der persönlichen Möglichkeit zur Bewältigung/Verarbeitung abhängen. Wie bedeutsam diese Aspekte jedoch sind, zeigen Studien, welche darstellen, dass eine Psychotherapie aus Patientensicht ebenso erfolgreich sein kann, wie eine Therapie mit topischen Kortikoiden (Bitzer et al. 1997), gleichwohl die optimale Therapie aus einer Kombination beider besteht.

Da es bisher keine endgültige Heilung der Neurodermitis gibt, sollte es Ziel jedes Behandlungskonzeptes sein, die Lebensqualität der Neurodermitiker zu verbessern und die Belastungen durch die Erkrankung zu reduzieren. Eine psychotherapeutische Behandlung sollte Teil dessen sein. Leider werden psychotherapeutische Verfahren und psychologische Beratung nur bei der Minderheit der Patienten eingesetzt, obgleich eine Indikation zur Psychotherapie bei etwa jedem fünften Neurodermitiker vorliegt (Harth et al. 2008).

Obwohl es bereits viele Forschungsarbeiten mit Blick auf die psychischen und familiären Belastungen bei *kindlicher* Neurodermitis gibt, insbesondere in Hinblick auf die Mutter-Kind-Beziehung, so findet man jedoch nur wenig wissenschaftliche Arbeiten über die Belastungen und psychischen Schwierigkeiten bei *erwachsenen* Neurodermitikern. Diese Arbeit soll ihren Teil dazu beitragen, diese Lücke zu verkleinern, um eine bessere, tiefere Erkenntnis über die psychischen Komponenten der Neurodermitis und ihre Auswirkungen auf das alltägliche Leben (soziales Umfeld, Partnerschaft) zu erlangen.

#### **4.2 Das Konstrukt der Alexithymie**

Seit über 100 Jahren bemüht sich die psychosomatische Forschung um das Verstehen der Zusammenhänge zwischen emotionaler Befindlichkeit und Affekten einerseits und der Auslösung und dem Verlauf körperlicher Erkrankungen andererseits (Gündel et al. 2000). Etwa Mitte des 20. Jahrhunderts beschrieben unterschiedliche Forscher einen Typus von Patienten, der durch ein eher mechanistisches Denken und ein „emotionales Analphabetentum“ auffiel.

Zahlreiche Bezeichnungen, z.B. „infantile Persönlichkeit“ (Ruesch 1948), „pensée opératoire“ (operatives Denken) (Marty & M'Uzan 1978), „Pinocchio-Syndrom“ (Sellschopp-Rüppell & v. Rad 1977), versuchten diesen klinisch auffälligen Merkmalen einen Namen zu geben. Sifneos prägte in den 1970er Jahren den heute noch gebräuchlichen Begriff „Alexithymie“ (griechisch: alexis = kein Wort, thymos = Gefühl, Emotion) (Sifneos 1972 & 1973). Hauptmerkmale alexithymer Patienten sind (1.) Schwierigkeiten im Identifizieren und Benennen von Gefühlen, (2.) Schwierigkeiten, zwischen Gefühlen und den körperlichen Anzeichen emotionaler Erregung zu unterscheiden, (3.) eine unzureichend entwickelte Phantasie und Vorstellungskraft und (4.) ein nach außen orientierter, externaler Denkstil. Häufig finden sich zudem eine reduzierte Gestik und Mimik. Die Diagnose alexithymer Persönlichkeitszüge beruht in erster Linie auf der klinischen Einschätzung interpersoneller Kontakte. Insbesondere die veränderte, reduzierte emotionale Reaktion hinterlässt beim Gesprächspartner häufig ein Gefühl der Leere (Lane & Taitano 2002).

Wie kommt es nun zur Entwicklung alexithymer Persönlichkeitsmerkmale? Ursächlich werden unterschiedlichste Erklärungsansätze diskutiert. Aus psychodynamischer Perspektive werden entweder intrapsychische Abwehrvorgänge im Sinne eines neurotischen Konfliktes oder aber innerpsychisch-kognitive Defizite in der Emotionsentwicklung angenommen. Aus Letzterem resultiert eine unausgereifte Emotionskomplexität, die zu einem Defizit in der Ausdifferenzierung emotionaler Affekte (im Sinne der emotionalen Entwicklungsstufen level of emotional awareness nach Lane & Schwartz 1987) führt.

Die neurobiologische Forschung beschreibt mehrere Modelle zur Erklärung alexithymer Verhaltensweisen. Zwei dieser Modelle stützen sich auf die Theorie der lateralisierten Emotionsverarbeitung. Sie gehen entweder von einem rechtshemisphärischen Defizit („Aphasie der Gefühle“), oder von einer Unterbrechung der Verbindung zwischen beiden Hirnhälften („funktionelle Kommissurotomie“) aus. Ein neueres Modell beschreibt Alexithymie als eine Folge einer Unterbrechung der frontal-kortikalen und subkortikalen Emotionsverarbeitung als Folge einer Störung im vorderen zingulären Kortex. Dieses als „Diskonnektionssyndrom“ beschriebene Entstehungsmodell lässt die Vermutung zu, dass durch frühe traumatische Erlebnisse in der Kindheit eine Fehlverknüpfung von

Synapsen zum Selbstschutz auf die andauernden belastenden Stimuli stattfinden. Mittels dieser synaptischen Plastizität könnten somit für die Emotionen wichtige Bahnsysteme eingeschränkt, gedämpft oder gar nicht richtig ausgebildet werden (Gündel et al. 2000, Lane & Taitano 2002). Diese neurobiologischen Erklärungsversuche müssen einander nicht unbedingt ausschließen. In verschiedenen Alexithymie-Untergruppen könnten nicht nur unterschiedliche neuronale und neurobiologische Strukturen eine Rolle spielen, ebenso gut könnte die Dysfunktion verschiedener neuronaler Systeme notwendig sein, um das Vollbild einer alexithymen Störung herzustellen. Zudem könnten neurobiologische Veränderungen mit frühen sozialen Belastungssituationen (Traumata, Vernachlässigung etc.) und der daraus resultierenden defizitären Emotionsentwicklung in Zusammenhang stehen. Die Literatur (Freyberger 1977) unterscheidet die *primäre* Alexithymie (frühe Ich-Störung/Bindungsstörung) von der *sekundären* Alexithymie (Reaktion auf belastende Lebensereignissen wie Krieg oder schwere Krankheit).

Eine entscheidende, jedoch letztlich ungeklärte Frage bei der Bewertung des Konstrukts Alexithymie ist die Überlegung, ob hier eine klinische Kategorie, d.h. eine klinische Störung vorliegt, oder ob die Emotionswahrnehmung/-verarbeitung eine Art Kontinuum darstellt, auf der alle Menschen mehr oder weniger einordbar sind. Letztere Perspektive ginge dann von den Annahmen aus, dass zwischen alexithymen und nicht-alexithymen Menschen kein qualitativer Unterschied in der Emotionswahrnehmung vorliege, lediglich ein quantitativer. Dies wiederum ist von essentieller Bedeutung bei dem Versuch der klinischen Erhebung alexithymer Merkmale mittels in der Praxis zum Einsatz kommender Selbsteinschätzungsfragebögen. Läge bei alexithymen Menschen eine qualitative Beeinträchtigung der Emotionsverarbeitung im Sinne einer klinisch-pathologischen Störung vor, so würde sich die Frage stellen, ob die Betroffenen überhaupt in der Lage wären, eine schriftliche Selbsteinschätzung abzugeben. Andererseits gilt das zurzeit am häufigsten verwendete Erhebungsinstrument, der auch in der vorliegenden Studie genutzte Selbsteinschätzungsfragebogen TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale-20), als gut validiertes und erprobtes Verfahren (Popp et al. 2008). Es folgt daraus die Konsequenz, dass die damit erhobenen Ergebnisse stets im Kontext einer bestimmten Hypothese zu bewerten sind. Aktuell kann die

Alexithymie eher als eine dimensionale Persönlichkeitseigenschaft verstanden werden (Franz et al. 2008).

Die klinische Bedeutung des Phänomens der Alexithymie ist abschließend nicht ausreichend geklärt. Während es in der Vergangenheit immer wieder in Frage gestellt wurde, wird es heute in empirischen, neurophysiologischen und psychosomatischen Untersuchungen eindrucksvoll bestätigt (Gündel et al. 2000). Auch die hohen Prävalenzdaten zur Alexithymie in Deutschland (etwa 10% nach Brosig et al. 2004 oder Franz et al. 2008) lassen die hohe Relevanz dieser Emotionsverarbeitungs-Störung erkennen. Als soziodemographische Prädiktoren wurden ein niedriger sozioökonomischer Status, psychische Beeinträchtigung, Alter und männliches Geschlecht gefunden (Gündel et al. 2000, Brosig et al. 2004).

Es gibt eine Vielzahl von Studien, die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und körperlichen Erkrankungen untersuchen, worauf hier nicht genauer eingegangen werden soll, mit Ausnahme der Hauterkrankungen und insbesondere der Neurodermitis (s.u.). Ein aktueller Überblick findet sich im 2009 von Grabe & Rufer herausgegebenen Buch „Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation“, aus dem noch an anderen Stellen der Arbeit zitiert werden wird.

Eine interessante epidemiologische Verlaufsstudie weist auf eine besondere Bedeutung der Alexithymie in Hinsicht auf *maladaptives Sozialverhalten* hin. Die eingeschränkte soziale Kompetenz hoch-alexithymer Menschen führe demnach zu schlecht angepasstem Gesundheitsverhalten mit geringerer sozialer Unterstützung und daraus resultierender höherer Stressbelastung (Lumley et al. 1996).

Psychosomatische/psychische Erkrankungen, die mit Alexithymie in Zusammenhang gebracht werden, sind u.a. Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme (Schmerz-) Störungen, Depression sowie Panikerkrankungen und Borderline-Störungen (für eine Übersicht siehe z.B. Grabe & Rufer 2009, Taylor et al. 1997 und Gündel et al. 2000). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Alexithymie und Somatisierung existieren fundierte klinische und entwicklungspsychologische Vorstellungen: „Das Charakteristikum somatisierender Patienten ist es, im Rahmen psychosozial belastender Lebensereignisse primär mit körperlichen anstatt psychischen Beschwerden zu reagieren“ (Gündel et al. 2000). Somatisierung scheint also,



ähnlich wie die Depression, eine basale Reaktion des Menschen auf Belastungen zu sein. Alexithymie scheint zu ähnlichen Verhaltensweisen zu führen: Das „Fehlen“ ausreichender verbaler Ausdrucksmöglichkeiten für emotionale Gefühlszustände scheint zur Nutzung anderer Ausdrucksformen zu führen, wie z. B. Somatisierung (Gündel et al. 2000). Dem entspricht, dass alexithyme Menschen oftmals, anstelle eigener Emotionen, eher physiologische Reaktionen des Körpers beschreiben (z.B. „Mir ist kalt.“ anstelle von „Ich fühle mich einsam.“). Daher ist Alexithymie als ein Risikofaktor für die Entstehung psychischer Erkrankungen und psychosomatischer Beschwerden anzusehen (Bach et al. 1994).

#### **4.2.1. Alexithymie und Hauterkrankungen**

Studien über die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und dermatologischen Krankheitsbildern sind bisher rar. Einen aktuellen Überblick über genau diese geben Willemsen et al. (2008), welche in einer Metaanalyse die in Datenbanken gelisteten Studien zum Thema Alexithymie und Dermatologie auswerteten. Nach der Sichtung der gefundenen Veröffentlichungen, es waren 16, resümierten sie, dass Alexithymie auf dem Feld der Dermatologie ein wichtiger Faktor zu sein scheint. Neben den Faktoren Angst und Depression zeigten sich Zusammenhänge zwischen spezifischen Krankheitsbildern und Alexithymie. Es wurde nur eine Studie gefunden (Tantam et al. 1982), die den Zusammenhang zwischen Neurodermitis und Alexithymie untersuchte. Diese 1982 durchgeführte Untersuchung zeigte anhand einer kleinen Stichprobe von sechs Patienten, dass Neurodermitiker im Vergleich zu sechs Kontrollpersonen verstärkt alexithyme Merkmale aufwiesen, sowie weniger REM-Schlafphasen und Träume hatten (Tantam et al. 1982).

Die magere Ausbeute der genannten Metaanalyse zeigt den Mangel an systematisch durchgeführten Untersuchungen und bildet gleichzeitig einen Teil der Motivation zur Durchführung der hier vorliegenden Arbeit.

### **4.3 Das Konstrukt der Bindung**

Das Konstrukt der *Bindung*, welches in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt wurde, entstand aus v. a. ethologischen Beobachtungen und Theorien des Kinderpsychiaters John Bowlby Mitte der 1970er Jahre und beschreibt

unterschiedliche Möglichkeiten der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung, die durch verinnerlichte, frühe Erfahrungen bedingt und geprägt sind. Das Bindungskonstrukt ist heute gut ausformuliert und untersucht und findet sich in aktuellen, führenden psychosomatisch-psychotherapeutischen Diagnostikverfahren wieder (als Teil der Strukturachse in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, OPD-2, Arbeitskreis OPD 2009). Folgend soll ein kurzer Überblick über die wichtigsten Inhalte und Entwicklungen der Bindungstheorie gegeben werden, um die in dieser Studie erhobenen ‚Bindungseigenschaften bei Neurodermitikern‘ in einen sinnvollen Gesamtkontext stellen zu können.

Bowlby beschreibt die kindliche Entwicklung als einen Prozess von realen, andauernden Interaktionen zwischen Menschen sowie eine ständige, gegenseitige Beeinflussung ebendieser Prozesse. Im Gegensatz zur klassischen, psychoanalytischen Sichtweise sieht Bowlby im Bindungsverhalten eigenständige biopsychosoziale Interaktionsabläufe, die nicht der Sexualität/dem Trieb oder dem Bedürfnis nach Nahrung untergeordnet sind (Ettrich 2004). Das Kind/der Säugling wird nicht mehr als passives und undifferenziertes Wesen betrachtet, sondern als aktiv agierender Teil einer Beziehung (z. B. Mutter-Kind-Beziehung). Interaktionen zwischen Menschen finden ihren Niederschlag in Gedächtnisspuren, die in „Arbeitsmodellen“ (Bowlby 1975) organisiert werden. „Diese beinhalten Erwartungen dessen was kommen wird und Verhaltensprogramme, die gestatten, damit in optimal angepasster Weise umzugehen“ (Köhler 2008). Das Neugeborene eignet sich Informationen an, die seine Umwelt betreffen. Somit sind nicht nur biologisch-genetische Vererbung (z.B. Temperament, angeborene Affekte/Instinkte), sondern auch sozial(familiär)-vermittelte Erfahrungen/Erlebnisse (z.B. Mutter-Kind-Beziehung), gewissermaßen eine „soziale Vererbung“, bei der Entstehung von Beziehungen von Bedeutung. Aus den entstandenen Arbeitsmodellen entwickeln sich schließlich „generalisierte Interaktionsrepräsentanzen“ (Stern 1992, nach Köhler 2008), welche auch in Abwesenheit des betreffenden Objekts (z.B. der Mutter) abgerufen werden (können). In ihnen werden die Interaktionen zwischen dem Selbst und dem Objekt sowie die dazugehörigen Motivationslagen und Affekte abgelegt. Durch diese Interaktionsrepräsentanzen gelingt es dem Neugeborenen, Verhaltensstrategien zu entwerfen, um das Selbst zu organisieren und Nähe zu Bezugspersonen aufrecht zu

halten (Main 2001). Man könnte also von Prägungen sprechen, die Neugeborene schon in sehr frühen Phasen ihrer sozialen Interaktions-Entwicklung lenken.

Bowlby postuliert ein biologisch angelegtes Bindungssystem, welches besonders in subjektiven Gefahrensituationen aktiviert wird und so genanntes „Bindungsverhalten“ auslöst. Er stellt dieses Bindungssystem einem natürlichen Trieb zur Erkundung und Erforschung gegenüber. Lichtenberg (1989) beschreibt dies später als Motivationssystem (nach Köhler 2008). Erkundungs- und Bindungssystem sind Antagonisten, die jeweils aktiv sind, wenn der Gegenpart inaktiv ist. Exploratives Verhalten zeigt sich vor allem, wenn das Kind sich sicher fühlt und in seiner Bezugsperson einen sicheren Ausgangspunkt hat. Wenn hingegen Schutzbedürftigkeit besteht, wird das Bindungssystem aktiviert, das Bedürfnis nach Autonomie tritt in den Hintergrund und die Nähe zur Bindungsperson wird gesucht.

Die Prägungen/Entwicklungen im ersten Lebensjahr eines Neugeborenen werden als besonders bedeutsam für die Entstehung einer bestimmten Bindungsstrategie (Bindungstypen, siehe unten) erachtet. Es wird davon ausgegangen, dass dieser Bindungstypus nach der Prägung weitestgehend konstant erhalten bleibt. Allerdings ist eine gewisse Plastizität des Bindungsverhaltens zu beobachten in dem Sinne, dass dieses Verhalten im Verlauf der Kindheit und Jugend mitunter modifiziert wird. Im Erwachsenenalter wird das bis dahin erworbene Bindungsverhalten normalerweise beibehalten und verfestigt sich im ständigen Gebrauch zu einem scheinbaren Wesensmerkmal (Ainsworth 2003). Ein Kind kann unterschiedliche Bindungsmuster zu unterschiedlichen Bindungspartnern entwickeln.

Die Arbeitsgruppe um Mary Ainsworth entwickelte 1978 mit der „Fremde-Situation“ ein noch heute verwendetes Setting zur Erforschung der kindlichen (12.-18. Lebensmonat) Bindungsmuster und lieferte damit den entscheidenden Beitrag zur empirischen Überprüfbarkeit der Bindungstheorie. Sie grenzte drei Bindungsmuster voneinander ab: sicher, unsicher-vermeidend und ambivalent (Ainsworth et al. 1978). Später wurde mit dem desorganisierten Muster ein viertes Bindungsverhalten beschrieben (Main & Solomon 1986) (Abbildung 3).

<b>Bindungstypen</b>	<b>Abkürzungen</b>	<b>Beschreibung</b>
Sicher	B-Typ	Eine Regulation von Nähe und Distanz zum Bindungspartner ist selbstständig möglich. Kinder können nach Verunsicherung rasch wieder Sicherheit finden und reagieren angemessen (Dämpfung des physiologischen Stresses und Erhöhung der Stressschwelle).
Unsicher-vermeidend	A-Typ	Es zeigt sich eine Pseudounabhängigkeit vom Bindungspartner. Äußerlich unauffällig zeigen Kinder eine Vermeidung des Kontaktes auf. Innerlich jedoch finden sich massive Stresslevel (Erhöhung der Stressreagibilität), die sie mit z.B. intensiver Beschäftigung mit Spielzeug versuchen zu kompensieren.
Unsicher-ambivalent	C-Typ	Hier zeigt sich ein widersprüchliches Nähe-Distanz-Verhalten. Kinder suchen heftig und schnell eine intensive Nähe zum Bindungspartner, um dann schnell wieder Distanz herzustellen. Ein Stresslevel ist hier stärker äußerlich sichtbar (Erhöhung der Stressreagibilität).
Desorganisiert	D-Typ	Hier herrscht ein bizarres, überraschend-wechselndes und unbezogenes Verhalten vor (z.B. plötzliches Erstarren), was oft mit wechselnden (inkonstanten) und ambivalenten Beziehungserfahrungen (z.B. Double-Bind-Erleben) oder bindungstraumatischen Erlebnissen verbunden ist.

**Abbildung 3: Bindungstypen bei Kindern (12.-18. Monat). Modifiziert nach Resch et al. 1999.**

Bindungserfahrungen und persönliche Bindungsgeschichte sind unmittelbar mit elementaren Dingen des Älterwerdens bzw. Erwachsenwerdens verknüpft. Zimmermann postuliert beispielsweise, dass sich bindungstheoretische Konzepte und Repräsentationen in den Entwicklungsebenen der (1.) Emotionsregulierung und Bewältigungsstrategien (Umgang mit Belastung), (2.) der Entwicklung des Selbstwertes sowie (3.) in der Gestaltung von Beziehungen widerspiegeln (Zimmermann 1998, nach Zimmermann & Becker-Stoll 2001). Sicher gebundene Personen zeigen ein positiveres Selbstbild und eine höhere Zufriedenheit mit sich selbst als unsicher gebundene Personen. Ebenso zeigen sie ein positiveres soziales Verhalten sowie stabilere Freundschaftsnetze und einen vertrauensvolleren Umgang innerhalb von Freundschaften (Zimmermann & Becker-Stoll 2001). Obwohl sich die Beziehung zwischen Kind und Mutter von der zwischen zwei (Ehe-) Partnern unterscheidet (z.B. in der Asymmetrie der Beziehungen), gibt es Parallelen zum Partnerschaftsbindungs-Verhalten (v. Sydow & Ullmeyer 2001). Gerade in Situationen der Krankheit, Trauer und Angst zeigen sich typische Bindungsverhaltensweisen, wie beispielsweise Nähesuchen und Trennungsprotest. Partnerschaftliche Beziehungen werden oftmals als „sichere Basis“ oder „sicherer

Hafen“ beschrieben, der Schutz vor Bedrohung bietet. Gloger-Tippelt und Ullmeyer (2001) weisen darauf hin, dass sich stabilere Partnerschaften als Bindungsbeziehung deuten lassen. Eine stabile und zufriedene (sichere) Paarbeziehung erzeugt nicht nur ein positives Verhältnis zu Intimität und Gefühlen, sondern auch positive Auswirkungen auf seelische und körperliche Gesundheit (Gloger-Tippelt & Ullmeyer 2001, nach v. Sydow 2001). Neumann und Tress (2005) zeigen in ihrer Arbeit, dass eine verringerte Bindungsqualität (unsichere Bindung) mit einem reduziertem Gefühl für Partnerschaftsglück, sowie einer erhöhten Angst vor dem Eingehen neuer Partnerschaften verbunden ist.

Bei Erwachsenen finden sich oft Bindungsrepräsentanzen und –schemata, die den kindlichen Bindungstypen entsprechen und analog dem Erhebungs-Gold-Standard bei Erwachsenen (Adult Attachment Interview nach George, Kaplan & Main 1985-1987, Überblick in Gloger -Tippelt & Hofmann 1997) als (1.) *sicher-autonom*, (2.) *unsicher-distanziert* (beziehungsabweisend), (3.) *unsicher-verstrickt* (präokkupiert) sowie (4.) *unverarbeitet* deklariert werden. Es scheint überzeugend, dass die Entwicklung und Transformation von Bindungsmustern relevant ist für Themen des späteren Heranreifens des Kindes. Die Ablösung vom Elternhaus, die Veränderung gegenüber der Peergroup, die Entwicklung von Partnerschaften, all dies sind Lebensbereiche, die durch das Bindungsverhalten gefärbt, gelenkt, beeinflusst sind.

Im Rahmen einer „klinischen Bindungsforschung“ zeigten Forschungsarbeiten, dass die Vulnerabilität für die Entwicklung von psychopathologischen Störungen bei unsicheren Bindungsmustern erhöht ist. „Zusammenhänge zwischen unsicherer Bindung mit Angststörungen, sozialer Inkompetenz, Depression, [...] psychosomatischen Körperbeschwerden, Suizidalität, Alkoholabhängigkeit, Essstörungen oder Borderline-Störungen wurden nachgewiesen“ (Brähler et. al 2001). Waller und Scheidt beschreiben 2002 in ihrem Artikel ein Vulnerabilitätsmodell für psychosomatische Störungen, welches auf gestörten Bindungsrepräsentationen beruht. Auch Buchheim et al. (2002) konnten die Zusammenhänge zwischen (unsicheren) Bindungsmustern und Angststörungen, Depressionen (bzw. affektiven Störungen) und der Borderline-Persönlichkeit auffinden.

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung einer Psychopathologie scheint vor allem der desorganisierte Bindungstypus zu sein. Dieser gilt im psychosomatischen

Erklärungsmodell aufgrund seiner fehlerhaften oder gar fehlenden Bindungsstrategien als höchst vulnerabel für die Entstehung von vor allem schweren psychischen/psychiatrischen Störungen. Beispielhaft hierfür soll die Längsschnittuntersuchung von Carlson (1998) genannt werden, welche einen Zusammenhang zwischen desorganisierten Bindungsstilen und dissoziativen Störungen aufzeigt.

Frühe Verluste, Missbrauchs-, und Vernachlässigungserlebnisse sind bedeutsame Faktoren für eine Entwicklung der Bindungsunsicherheit und Bindungsdesorganisiertheit. Ebenso können sie aus tiefenpsychologischer Perspektive Auslöser oder Grundkonflikt für das Heranreifen ängstlicher oder emotional-instabiler (Borderline-) Persönlichkeitsmerkmale sein (Cassidy & Shaver 1999).

Unsichere Bindungsstile gehen mit einem stärkeren Stresserleben sowie einer Senkung der Stressschwelle und Stresstoleranz einher (vergleiche Abbildung 3). „Die Arbeitsgruppe um Michael Meaney konnte tierexperimentiell nachweisen, wie die spätere Stressvulnerabilität durch frühe Bindungserfahrungen wesentlich geprägt wird: bei Ratten führt intensive Fellpflege und viel Lecken als Ausdruck einer intensiven Bindung zwischen Muttertier und Rattenbaby zu epigenetischen Veränderungen. Durch die so induzierte Entfernung von Methylgruppen wird der für die Exprimierung von Glucocorticoidrezeptoren zuständige Genabschnitt erst ablesbar. Die erhöhte Exprimierung dieser Rezeptoren im Bereich des Hippocampus bedingt aufgrund eines Feedback-Mechanismus niedrige Glucocorticoid-Spiegel im Blut und damit eine erhöhte Stressresistenz. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ein unzureichendes Bindungsverhalten seitens des Muttertieres zu einer Einschränkung der Ablesbarkeit dieses Genabschnittes und damit zu einer geringergradigen Exprimierung von Glucocorticoidrezeptoren im Bereich des Hippocampus führt, was dann erhöhte Glucocorticoidspiegel (beim Menschen Cortisol) im Blut zur Folge hat. Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass dies transgenerationell weitergegeben wird, d.h. bei unzureichendem Bindungsverhalten der Mutter die Rattenbabys nicht nur später stressempfindlicher sind, sondern sie gegenüber ihren eigenen Kinder ebenfalls ein eingeschränktes mütterliches Bindungsverhalten aufweisen (Weaver et al. 2004). Dabei spielt Oxytocin als wesentliches „Bindungshormon“ eine bedeutende Rolle (Lee et al.

2009). Kürzlich hat die oben genannte kanadische Arbeitsgruppe um Meaney Belege dafür publiziert, dass diese Aktivierung des Bindungssystems und die davon abhängige Stressvulnerabilität auf den Menschen übertragbar ist (McGowan et al. 2008, 2009, Hyman 2009)“ (Egle 2010, S.3).

#### **4.3.1. Bindung und Neurodermitis**

Aufgrund der äußerst geringen Anzahl wissenschaftlicher Studien zum Thema „Bindung und Neurodermitis“ sind viele aktuelle Positionen, die im Folgenden kurz Erwähnung finden, auf langjährige klinische Erfahrungen, Analogien (z.B. zu anderen chronischen Erkrankungen) und Vergleiche sowie Hypothesen begründet.

Wie beschrieben, kann Bindungsverhalten als Reaktion auf für das Individuum beängstigende Situationen oder Zustände verstanden werden. Chronische Erkrankungen, beispielsweise chronische Schmerzen, können verbunden sein mit eher unsicheren Bindungsverhalten (z.B. Schmidt et al. 2002, Egle 2010). Unsicher Gebundene erleben (chronische) Schmerzen z.B. als deutlich bedrohlicher (Meredith et al. 2005) und intensiver (Rossi et al. 2005), weisen ein eher emotionsbezogenes (z.B. Katastrophisieren) und seltener problem-bezogenes Coping auf (Mikulincer und Florian 1998).

Es ist zu hypothetisieren, dass die chronische Hauterkrankung Neurodermitis ähnliche Bindungsreaktionen bei Betroffenen auslösen könnte. Dabei mögen nicht nur der quälende Juckreiz sondern auch Gefühle von Scham und Ekel eine große Belastung für die Patienten sein, zumal die Spuren der Erkrankung nach Außen sichtbar sind.

Belastende, beängstigende, erschöpfende emotionale Zustände können Bindungsverhalten, die Suche nach Nähe und Unterstützung auslösen. Diese Reaktion jedoch vermag gerade bei Neurodermitikern eine Ambivalenz aufkommen lassen, welche den eigentlichen Wunsch nach Nähe entkräften, diesem entgegenstehen kann. Nähe, Berührung und Hautkontakte werden von betroffenen Menschen oftmals mit negativen Empfindungen verknüpft, etwa mit Juckreiz oder Überempfindlichkeit.

Dieser erlebte Nähe-Distanz-Konflikt kann bereits in der frühen Mutter-Kind-Beziehung spürbar werden. Einerseits erleben Neurodermitiker-Kinder oftmals besondere Pflege, Zuwendung, manchmal auch Überprotektion (Howlett 1999)

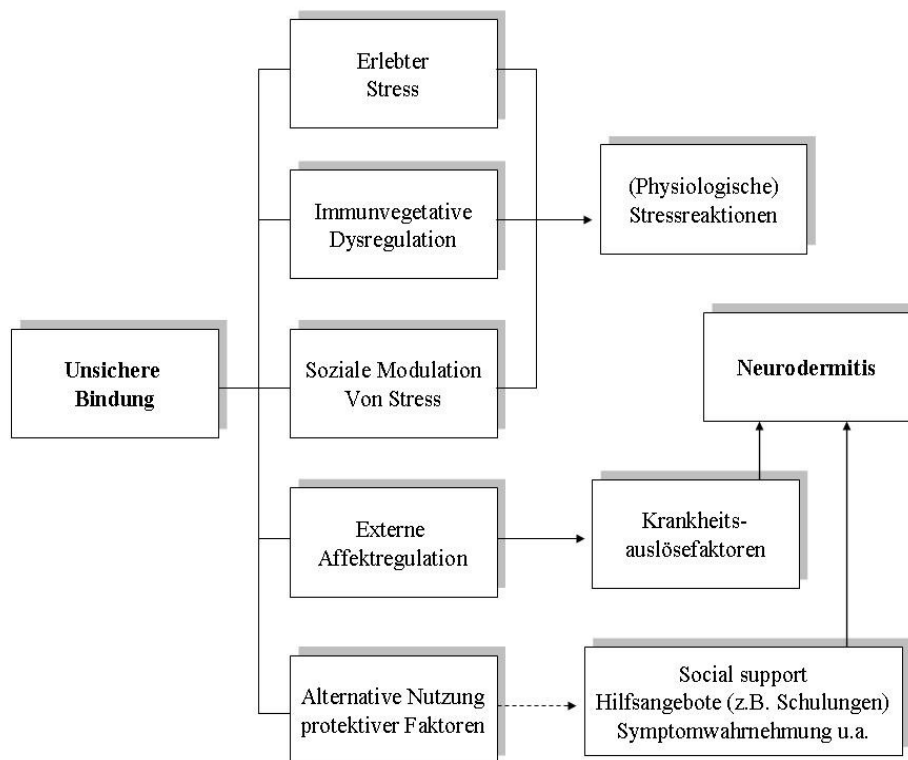
durch ihre Bezugsperson (meist die Mutter), andererseits erfahren sie gleichzeitig durch die nötigen „Salbenbehandlungen“ (Berührungen) auch unangenehme Erfahrungen, wie Juckreiz und Schmerz. Das wiederholte Erleben dieser ambivalenten Gefühlswahrnehmung kann dazu beitragen, dass auch erwachsene Neurodermitiker „schlecht in der Lage sind, angenehme Zuwendung von schmerzhaften Affekten zu unterscheiden“ (Gieler & Detig-Kohler 1994). Sie versuchen vielmehr, diese ambivalenten Gefühle zu verdrängen, was eine gewisse Beziehungsleere entstehen lassen kann (ebd.). Andererseits reagieren Mütter betroffener Kinder nicht selten mit schamhaften, daher unterdrückten Aggressionen gegen ihrem Kind (Gieler & Brosig 2002). Pauli-Pott et al. (1997) geben in ihrer Arbeit über „Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung bei atopischer Dermatitis“ die Einschätzung ab, dass gerade diese wichtige Mutter-Kind-Beziehung bei Neurodermiker-Kindern in „Gefahr“ sei. Die Autoren zeigten, dass sich die Mütter der erkrankten Kinder als signifikant depressiver, hoffnungsloser, ängstlicher und überfürsorglicher beschrieben und ihre Kinder als schwieriger, das heißt seltener positiv in ihrer Emotionalität und schwerer tröstbar, empfanden. Dieses führt zur Einschätzung, dass die Neurodermitis im frühen Kindesalter als „ernst zu nehmendes Risiko“ für die Mutter-Kind-Beziehung aufzufassen sei (Pauli-Pott et al. 1997, 189ff.).

Gieler entwirft in seinem Buchbeitrag „Die psychische Hülle am Beispiel der Neurodermitis“ (2004) ein Erklärungsmodell zum Verständnis der Zusammenhänge zwischen unsicherer Bindung und Neurodermitis (Abbildung 4). Immunvegetative Dysregulationen, verändertes Stresserleben sowie Modifikation sozialer Systeme könnten demnach Reaktionen unsicherer Bindung sein, welche die (Schwere der) Neurodermitis modulieren können und individuelle Möglichkeiten der Protektion/Prävention beeinflussen.

Wie bereits oben beschrieben, erleben unsicher gebundene Menschen häufiger und intensiver das Gefühl von Bedrohung und (innerem wie äußerem) Stress. Ebenso sinken Stressschwelle und Stresstoleranz, was bezogen auf die Neurodermitis eine hypothetische Erhöhung der Symptomatik bzw. Verschlechterung des Krankheitsverlaufes bedeuten könnte (z.B. vermehrte Schübe). Die Bindungseigenschaften von Neurodermitikern – man bedenke, dass 60% der Neurodermitiker bereits im 1. Lebensjahr, d.h. im Zeitraum der wichtigsten



Bindungsprägung, erkranken (vergleiche Kapitel 4.1) – sind noch sehr rudimentär untersucht. Rabung et al. (2003) konnten in ihrer Studie an 124 erwachsenen Neurodermitikern erstmals mehr unsicher-gebundene Teilnehmer finden im Vergleich zu repräsentativen Untersuchungen an gesunden Vergleichsgruppen. Es zeigte sich ebenso, dass sicher gebundene Neurodermitiker weniger stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind im Vergleich zu unsicher gebundenen Neurodermitikern. Mögliche Zusammenhänge zwischen Neurodermitis und dem „Bindungshormon“ Oxytocin sind noch nicht untersucht worden.



**Abbildung 4: Psychosomatisches Erklärungsmodell Bindung und Neurodermitis (Gieler 2004)**

## 5 Hinführung zu den Fragestellungen und Hypothesen

### ***5.1 Suizidalität, Angst und Depression bei Neurodermitis<sup>2</sup>***

Die Behandlung der chronischen Hauterkrankung Neurodermitis stellt eine große Herausforderung für die beteiligte Ärzteschaft dar. Aufgrund der hohen und in den westlichen Gesellschaften ansteigenden Prävalenzen bei Kindern (10 bis 30 %) und Erwachsenen (2 bis 3 %) sehen sich vor allem Haus- und Hautärzte immer häufiger auch mit den psychischen und psychosozialen Folgen der Erkrankung konfrontiert (Hinz et al. 2006, Gieler et al. 2001a). Erwachsene Neurodermitiker leiden dabei sowohl an den Hautsymptomen, deren Verlauf und Exazerbationen durch subjektiven Stress beeinflusst werden, als auch an den psychischen Folgen der Erkrankung (Höring 2008). Hilflosigkeit, Ängste und Stigmatisierungsgefühle sowie Depressionen sind beschrieben (Hashizume et al. 2006, Annesi-Maesano et al. 2006, Schmid-Ott et al. 2003, Hong et al. 2008). Des Weiteren lassen sich bei Neurodermitikern und sogar bei deren Angehörigen und Lebenspartnern erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität finden (Harth & Gieler 2006, Kiebert et al. 2002, Misery et al. 2007, Chamlin et al. 2004). Betroffene Neurodermitiker gehören dabei zur Gruppe der in der Dermatologie am stärksten in der Lebensqualität beeinträchtigten Patienten (Hong et al. 2008, Kiebert et al. 2002). Zur Suizidalität in der Dermatologie und speziell bei Patienten mit Neurodermitis liegen bislang einige Einzelfalldarstellungen und -analysen vor (Cotterill & Cunliffe 1997, Brosig et al. 2000). Es finden sich nur wenige systematische Untersuchungen (Harth et al. 2008). Gupta & Gupta (1998) zeigten beispielsweise in ihrer Arbeit das Vorliegen von vermehrten Suizidgedanken bei kanadischen Patienten mit Akne und schwerer Psoriasis. Bei Neurodermitikern waren sie mit 2.1% nicht überproportional häufig. Allerdings nahmen an dieser Studie nur Neurodermitiker mit leichter oder mittelschwerer Symptomatik teil. Zachariae et al. (2004) fanden eine Prävalenz für Suizidgedanken bei dänischen Neurodermitikern von 18.9%. Kimata (2006) fand bei japanischen Neurodermitikern mit schwerer Symptomatik ähnlich hohe Prävalenzen (0.21 bis 19.6% in Abhängigkeit von der Symptomschwere). Besonders interessant erschien hierbei die beobachtete Rolle der Krankheitsschwere, die in

---

<sup>2</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2009.

einem starken Zusammenhang mit erhöhter Prävalenz von Suizidgedanken stand. Diese Beziehungen sind bislang in der Forschungsliteratur noch unzureichend betrachtet und validiert. Schließlich zeigten Picardi et al. (2006) anhand einer italienischen Kohortenstichprobe eine Prävalenz für Suizidgedanken bei gemischten, dermatologischen Patienten von 8.6%.

Ziel der vorliegenden Fall-Kontroll-Studie ist es unter anderem, Suizidgedanken, Angst und Depressionsausprägungen innerhalb einer deutschen Stichprobe, bestehend aus erwachsenen Neurodermitikern und hautgesunden Kontrollprobanden, zu erfassen. Dabei sollen standardisierte Fragebögen zur Erfassung eingesetzt werden. Zudem sollen die Zusammenhänge zwischen diesen psychischen Belastungsfaktoren und der Neurodermitis-Symptomschwere sowie der Neurodermitis-Erstmanifestation und Erkrankungsdauer erhoben werden.

## **5.2 Alexithymie und Neurodermitis<sup>3</sup>**

Psychodermatologische Untersuchungen weisen immer wieder auf Zusammenhänge zwischen psychischem Distress (z. B. seelische Belastung) und Exazerbation von Hauterkrankungen hin (Arndt et al. 2008, Gupta & Gupta 1996, Pines 1981). Dabei ist nicht allein die Menge bzw. die Art der Stressoren für die individuelle Beeinträchtigung von Bedeutung. Wichtig scheinen erlebte, subjektive Stresserfahrung sowie die internalisierten affektiven Verknüpfungen zu sein (Kodama et al. 1999), die auch durch Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst werden (Popp et al. 2008).

Alexithymie umschreibt in seiner heute verwendeten Bedeutung eine affektiv-kognitive Störung, die im affektiven Bereich mit Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Kommunikation von Gefühlen und im kognitiven Bereich mit einem stereotypen, an äußeren Ereignissen und Objekten orientierten Denkstil verbunden ist (Bagby & Taylor 1997). Menschen mit hohen alexithymen Ausprägungen gebrauchen zudem eher eine konkrete, flache, vereinfachte und wenig fantasiereiche Sprache.

In der psychophysiologischen Beforschung des Phänomens Alexithymie wird die Frage nach einer vegetativen Übererregbarkeit und einer damit verbundenen

---

<sup>3</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2012a.

reduzierten Stressbewältigung diskutiert. In der Emotional Discharge Theory (EDT) wird angenommen, dass die verminderte Fähigkeit, Affektzustände als eigene Gefühle wahrzunehmen, zu einer physiologisch-vegetativen Dysregulation (sympathikotone Daueraktivierung) führt, was letztendlich in einer veränderten Organinnervation (z. B. auch in der Haut) resultiert. Ein zweiter Ansatz geht von einer fehlerhaften kognitiven Bewertung von Emotionen aus (fehlerhafte kognitiv-emotionale Schemata), wodurch psychophysiologisch eine angemessene Stressbewältigung („coping“) verhindert wird (Franz & Schäfer 2009b). Dieses modifizierte Stresserleben bei Menschen mit hohen alexithymen Ausprägungen könnte im Sinne einer Symptomverstärkung auf die Neurodermitis Einfluss nehmen.

Aus psychosomatisch-psychotherapeutischer Perspektive kann die Haut als ein Wahrnehmungsorgan beschrieben werden, das die „Außenwelt“ von der „Innenwelt“ eines Menschen trennt und auf dem innere Konflikte, Prozesse und Gefühle abgebildet werden (Anzieu 1991; Kelleter 1990) – im Volksmund: „Die Haut ist der Spiegel der Seele“. Haut und Hautempfinden spielen bei der Regulierung von (emotionaler sowie körperlicher) Nähe und Distanz eine entscheidende Rolle. Taktile Hautreize sind – das gilt für hauterkrankte Menschen im besonderen Maß – bereits bei frühen emotionalen Entwicklungen von besonderer Bedeutung. Neurodermitiker erleben oftmals bereits im Kleinkindalter Hautkontakte emotional sehr ambivalent (z. B. Eincremen durch die Mutter; Gieler & Detig-Kohler 1994). Die Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen liebevollen Berührungen und schmerzvollen Gefühlen („schmerzhaftes Nähe“) können eine emotionale Kargheit, ähnlich der Alexithymie, entstehen lassen (Pines 1981). Somit ist die Haut als Kontaktgrenze eine zentrale Komponente in der (affektiven) Beziehungsgestaltung/-regulation.

Ein Ziel der vorliegenden Fall-Kontroll-Studie ist es unter anderem, alexithyme Ausprägungen innerhalb einer deutschen Stichprobe, bestehend aus erwachsenen Neurodermitikern und hautgesunden Kontrollprobanden, zu erfassen. Dabei sollen standardisierte Fragebögen zur Erfassung eingesetzt werden. Zudem sollen die Zusammenhänge zwischen Alexithymieausprägung und Neurodermitisvariablen (Symptomschwere, Dauer und Erstmanifestation der Neurodermitis, hautspezifischen Lebensqualität) erhoben werden.

### **5.3 Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft<sup>4</sup>**

Die menschliche Haut ist Barriere und Grenzorgan zwischen Außenwelt und Innenwelt des Körpers und hat darüber hinaus als Kontaktorgan Bedeutung in der nonverbalen Kommunikation zwischen Menschen. Sie ist gleichzeitig Detektionsort für sensorische Reize (z.B. Berührungen) und Projektionsfläche innerer, affektiver Gemütszustände (z.B. Erröten).

Bereits in frühen Bindungssituationen (Mutter-Säugling-Kontakt) werden prägende Empfindungen und Erfahrungen durch Hautkontakte vermittelt (z.B. Stillen, Streicheln) und haben Einfluss auf die emotionalen Zustände der Beteiligten (z.B. Beruhigung oder Vermittlung von Sicherheit). Diese auch über die Haut vermittelten Beziehungserfahrungen dienen als Grundlage für die Entwicklung „innerer Arbeitsmodelle“ (Bowlby 1973), d.h. sind Teil der Entwicklung des eigenen Selbst (Modell des Selbst) und prägen das Bild und die Erwartungen an andere Menschen (Modell vom Anderen) (Bartholomew & Horowitz 1991).

Die Haut als „Hülle“ ist auch Projektionsfläche für innere Prozesse, Konflikte und Affekte („Haut-Ich“) (Anzieu 1991) und hat darüber hinaus Bedeutung in der subjektiven Nähe-Distanz-Regulation. Auch kann die Haut „Leinwand“ für eigene Selbstanteile sein, wenn etwa innere Überzeugungen durch Bemalung und Tattoos „ablesbar“ gemacht werden oder destruktive Selbstanteile zur Verletzung der Haut führen.

Außerdem spielt die Haut in partnerschaftlichen Liebesbeziehungen wie auch bei der Autoerotik als Lust- und Empfindungsorgan für Berührungen, Liebkosungen und Zärtlichkeit eine zentrale Rolle.

Das Hautempfinden sowie die hautspezifische Lebensqualität werden durch chronische Hauterkrankungen massiv beeinflusst (Harth & Gieler 2006, Misery et al. 2007, Schmid-Ott et al. 2003). Eine der für die Betroffenen belastendsten Hauterkrankungen ist die Neurodermitis (atopische Dermatitis) mit ihrer Juckreiz auslösenden und deutlich sichtbaren Symptomatik wie Exkoriationen, Rötungen und Quaddeln.

Zusammenhänge zwischen intrapsychischen und interpersonellen Beziehungsaspekten (z.B. Bindungsmuster und –einstellungen und

---

<sup>4</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2012b.

Partnerschaftszufriedenheit) sind wissenschaftlich nur marginal untersucht. Niemeier et al. (1997) zeigten in einer Studie an Psoriasis- und Neurodermitispatienten einen negativen Einfluss der Hauterkrankung auf den Austausch von Zärtlichkeiten und auf die Orgasmusfähigkeit. Rabung et al. (2004) konnten zudem zeigen, dass Neurodermitiker signifikant häufiger unsichere Bindungstendenzen aufweisen, obgleich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Schwere der Neurodermitis gefunden wurde.

Inwiefern Bindungseinstellungen und Partnerschaftszufriedenheit im Zusammenhang mit Symptomschwere, Erstmanifestation und Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität bei Neurodermitikern stehen, soll in dieser Fall-Kontroll-Studie untersucht werden. Dabei wird angenommen, dass das Vorhandensein sowie die Schwere der Neurodermitis Einfluss haben auf die Partnerschaftszufriedenheit, zumal insbesondere die Aushandlungen über Nähe und Intimität verkompliziert erscheinen. Neurodermitiker erleben Nähe und Hautkontakt oftmals ambivalent, weshalb von einem höheren Konfliktpotenzial in Partnerschaften ausgegangen wurde. Zudem wurde erwartet, dass eine Hauterkrankung einen Einfluss hat auf interpersonelle Beziehungen und Bindung. Hautkontakte spielen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung von Bindungsrepräsentanzen und Bindungserfahrungen. Deshalb wurde erwartet, dass eine frühe Erstmanifestation (v.a. im ersten Lebensjahr) einen negativen Einfluss auf die Bindungssicherheit hat.

## **6 Hypothesen der Studie**

### **6.1 Zu: Suizidalität, Angst und Depression bei Neurodermitis (5.1)**

- 1.) Die Stichprobe der Neurodermitiker unterscheidet sich von der Stichprobe der Hautgesunden bezüglich der Häufigkeit von Suizidgedanken. Dabei zeigen Neurodermitiker eine höhere Prävalenz für suizidale Gedanken.
- 2.) Die Stichprobe der Neurodermitiker unterscheidet sich von der Stichprobe der Hautgesunden in den Depressions- und Angstmerkmalen. Dabei zeigen Neurodermitiker höhere Maße an depressiven und ängstlichen Ausprägungen.
- 3.) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Krankheitsschwere und den psychischen Belastungen. Stärker betroffene Neurodermitiker weisen häufiger suizidale Gedanken auf und zeigen stärkere Angst- und Depressionsausprägungen als leicht betroffene Patienten.
- 4.) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Erstmanifestation der Neurodermitis und den psychischen Belastungen. Früh erkrankte Neurodermitiker zeigen dabei häufiger suizidale Gedanken und stärkere Angst- und Depressionsmerkmale als spät betroffene Patienten.

### **6.2 Zu: Alexithymie und Neurodermitis (5.2)**

- 5.) Die Stichprobe der Neurodermitiker weist höhere Alexithymiewerte auf als die Stichprobe der hautgesunden Probanden.
- 6.) Neurodermitiker mit schweren Krankheitssymptomen weisen höhere Alexithymiewerte auf als Neurodermitiker mit milder Symptomatik.
- 7.) Früh Betroffene zeigen höhere Alexithymiewerte als spät Erkrankte.

8.) Hohe Alexithymiewerte gehen mit hoher Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität einher.

9.) Des Weiteren wurden Prädiktoren für die Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität bei Neurodermitikern gesucht.

### **6.3 Zu: Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft (5.3)**

10.) Die Stichprobe der Neurodermitiker weist im Vergleich zur hautgesunden Kontrollgruppe eher unsichere Bindungseinstellungen auf.

11.) Die Partnerschaftszufriedenheit der Neurodermitiker-Stichprobe ist im Vergleich mit der hautgesunden Kontrollgruppe reduziert.

12.) Bindungseinstellungen und Partnerschaftszufriedenheit stehen im Zusammenhang mit der Symptomschwere, der hautspezifischen Lebensqualität sowie der Erstmanifestation und Erkrankungsdauer der Neurodermitis. Unsichere Bindungseinstellungen und niedrige Partnerschaftszufriedenheit korrelieren dabei mit der Schwere der Neurodermitis und mit hohen Beeinträchtigungen der hautspezifischen Lebensqualität. Neurodermitiker mit früher Erstmanifestation und langer Krankheitsdauer weisen eher unsichere Bindungseinstellungen und eine niedrigere Partnerschaftszufriedenheit auf.



## 7 Methode und Durchführung

Die Beschreibung der Methodik orientiert sich an den Leitlinien für das Berichten von Beobachtungsstudien (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement (Elm et al. 2007, Vandembroucke et al. 2007)).

### 7.1 Studiendesign

Die vorliegende Forschungsarbeit wurde als beobachtende Fall-Kontroll-Studie durchgeführt. Es wurde eine Erhebung mittels Fragebögen zu einem Zeitraum durchgeführt. Es wurde dabei eine Stichprobe, bestehend aus 62 Neurodermitikern, mit einer Stichprobe, bestehend aus 62 hautgesunden Probanden verglichen und mögliche Unterschiede in der psychischen Belastung, der Alexithymieausprägung, der Partnerschaftszufriedenheit und der Bindungseigenschaften untersucht. Alle verwendeten Studiendaten wurden im Rahmen dieser Promotionsarbeit erhoben und ausschließlich für diese und die damit in Verbindung stehenden Veröffentlichungen und Tagungsbeiträge genutzt.

Die Studie wurde von der Ethikkommission des Fachbereiches Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen genehmigt. Die Teilnahme war freiwillig. Alle Teilnehmer unterschrieben eine Einverständniserklärung zur Studienteilnahme sowie zur anonymisierten Veröffentlichung der Ergebnisse (siehe Anhang).

### 7.2 Studienrahmen

Die Befragung wurde zwischen November 2006 und Juli 2007 durchgeführt. Jeder Teilnehmer wurde mittels Fragebögen einmalig befragt, eine Nachuntersuchung gab es nicht. Es wurde ein Fragebogensatz für Neurodermitiker sowie ein Fragebogensatz für die hautgesunde Stichprobe erstellt. Die beiden Fragebogensätze waren identisch mit der Ausnahme, dass bei der Kontrollgruppe die hautoberkrankungsspezifischen Fragebögen (PO-SCORAD und DLQI) entfernt wurden. Die Fragebögen wurden in neutralen DIN-A 4 Umschlägen verpackt und ausgeteilt. Die Rekrutierung der *Neurodermitiker - Stichprobe* erfolgte dabei an folgenden Orten:

### Klinisch - stationärer Sektor:

HELIOS Rehasentrum Rothaarklinik, Bad Berleburg. Psychosomatische Rehabilitationsklinik mit Schwerpunkt in der Behandlung von Menschen mit Hauterkrankungen. Die Fragebögen wurden im Rahmen einer somatischen Erstuntersuchung bei Aufnahme durch einen Dermatologen ausgeteilt. Die Teilnehmer wurden aufgefordert, ihn innerhalb der ersten Tage ihres stationären Aufenthaltes auszufüllen und an den Arzt zurückgeben. Der Fragebogen wurde ohne Assistenz ausgefüllt.

### Ambulanter Sektor:

Eine städtisch gelegene, dermatologische Hautarztpraxis mit Kassensitz im Raum Marburg. Die Fragebögen wurden durch das Praxisteam an Patienten mit Neurodermitis ausgeteilt und nach dem Ausfüllen wieder eingesammelt. Das Ausfüllen erfolgte ohne Assistenz.

### Nichtklinischer Sektor:

Aufruf zur freiwilligen Studienteilnahme im Selbsthilfe-Internetforum [www.neurodermisportal.de](http://www.neurodermisportal.de). Neurodermisportal.de versteht sich als gemeinnützige Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Neurodermitis und Allergien. Die Homepage stellt ein Forum zur Verfügung, auf dem alle Betroffenen kostenlos diskutieren können. Die Kommunikation verlief über Email. Die Teilnehmer teilten Ihre Postanschrift mit, woraufhin der Fragebogen zusammen mit einem frankierten und adressierten Rückumschlag postalisch verschickt wurden. Es nahmen Teilnehmer aus meist (groß-)städtischen Gebieten innerhalb von Deutschland teil. Die Fragebögen wurden zu Hause ohne Assistenz ausgefüllt und anschließend postalisch zurückgeschickt.

Aufruf zur freiwilligen Studienteilnahme in der Untergruppe „Neurodermitiker“ des sozialen Netzwerks [www.studivz.net](http://www.studivz.net). StudiVZ (kurz für Studierendenverzeichnis) ist eine Online-Community für Studenten. Das soziale Netzwerk wurde im November 2005 gegründet. Bis 2009 wurde StudiVZ in verschiedenen Sprachen mit separaten Plattformen angeboten, konzentrierte sich seitdem jedoch ausschließlich auf den deutschsprachigen Raum. Die Kommunikation verlief über Email oder das netzwerkinterne Messengersystem. Die Teilnehmer teilten Ihre Postanschrift mit, woraufhin der Fragebogen zusammen mit einem frankierten und adressierten

Rückumschlag postalisch verschickt wurde. Es nahmen Teilnehmer aus Universitätsstädten innerhalb von Deutschland teil. Die Fragebögen wurden zu Hause ohne Assistenz ausgefüllt und anschließend postalisch zurückgeschickt.

Aufruf zur freiwilligen Studienteilnahme durch Aushang in der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Gießen sowie im Stadtgebiet Gießen (Mensa etc.). Die Kommunikation verlief über Email. Die Teilnehmer teilten Ihre Postanschrift mit, woraufhin der Fragebogen zusammen mit einem frankierten und adressierten Rückumschlag postalisch verschickt wurden. Die Fragebögen wurden zu Hause ohne Assistenz ausgefüllt und anschließend postalisch zurückgeschickt.

Die Rekrutierung der *hautgesunden* Stichprobe erfolgte an folgenden Orten:

Aufruf zur freiwilligen Studienteilnahme durch Aushang in der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Gießen sowie im Stadtgebiet Gießen (Mensa etc.). Die Kommunikation verlief über Email. Die Teilnehmer teilten Ihre Postanschrift mit, woraufhin der Fragebogen zusammen mit einem frankierten und adressierten Rückumschlag postalisch verschickt wurde. Die Fragebögen wurden zu Hause ohne Assistenz ausgefüllt und anschließend postalisch zurückgeschickt.

Ausgabe und Weitergabe an freiwillige hautgesunde Teilnehmer, die ihrerseits Freunde und Bekannte ansprachen (Schneeballprinzip). Die Ausgabe der Fragebögen wurde durch die Autoren der Studie bzw. durch Dritte vorgenommen. Der Rückgabe der Fragebögen erfolgte persönlich oder per Post. Die hautgesunden Teilnehmer stammten größtenteils aus dem Raum Hessen und Nordrhein-Westfalen. Die Fragebögen wurden zu Hause ohne Assistenz ausgefüllt und anschließend entweder persönlich zurückgegeben oder postalisch zurückgeschickt.

### **7.3 Studienteilnehmer**

Es galten folgende unspezifische Einschlusskriterien für die Teilnahme an der vorliegenden Fall-Kontroll-Studie:

- 1.) Beherrschen der deutschen Sprache, da die Studie in der deutschen Sprache durchgeführt wurde.

2.) Mindestalter von 18 Jahren und ein Maximalalter von 65 Jahren, da die Studie explizit Zielvariablen bei einer Stichprobe aus erwachsenen Probanden untersuchen wollte.

Für die Stichprobe der Neurodermitiker galten zusätzlich folgende Einschlusskriterien:

1.) Vorliegen einer bereits (einmalig) ärztlich diagnostizierten „Neurodermitis / atopischen Dermatitis“. Die hautärztlich gesichteten Neurodermitiker wurden nach Hanifin-Rajka-Kriterien (Hanifin et al. 1980) diagnostiziert (Tabelle 1). Bei allen anderen Teilnehmern der Neurodermitis - Stichprobe wurde das Vorliegen einer (mindestens einmalig) ärztlich erhobenen Diagnose „Neurodermitis (atopische Dermatitis)“ durch Einzelitems erfragt.

Als unspezifische Ausschlusskriterien galten für alle Teilnehmer der Studie:

1.) Das Vorliegen einer bekannten psychotischen, demenziellen oder persönlichkeitsgestörten Erkrankung, um entsprechende Verzerrungen durch diese Störvariablen auszuschließen. Das Vorliegen entsprechender Erkrankungen wurde mittels Einzelitems erhoben. Eine generelle psychische Diagnostik der Teilnehmer vor Teilnahme an der Studie wurde (ressourcenbedingt) nicht durchgeführt.

Für die Kontrollgruppe galt als Ausschlusskriterium:

1.) Das Vorliegen einer Hauterkrankung.

**Tabelle 1: Diagnosekriterien für Neurodermitis (atopischer Dermatitis) nach Hanifin und Rajka (1980)**

Major Kriterien (mindestens 3)	Minor Kriterien (mindestens 3)
Juckreiz Typische ekzematöse Morphologie und Verteilung <ul style="list-style-type: none"> <li>· bei Erwachsenen: Beugeneckzeme,</li> <li>· bei Säuglingen und Kindern: Gesicht- und Streckseitenbefall</li> </ul> Chronischer oder chronisch-rezidivierender Verlauf Eigen- oder Familienanamnese für Atopie (Asthma bronchiale, Allergische Rhinokonjunktivitis, atopische Dermatitis)	Xerose Positive Hauttests vom Soforttyp Erhöhtes Serum-IgE Neigung zu Hautinfektionen (Staphylococcus aureus, Herpes simplex) Ichthyosis, palmare Hyperlinearität Chronisches Fussekzem (atopic feet) Chronisches Handekzem Hertoghe-Zeichen (Lichtung der lateralen Augenbrauen) Doppelte Lidfalte (Dennie-Morgan) Mamillenekzem Cheilitis Pityriasis alba Nahrungsmittelintoleranzen Unverträglichkeit von Wolle Juckreiz beim Schwitzen Weißer Dermographismus

Insgesamt nahmen 245 Teilnehmer an der vorliegenden Fall-Kontroll-Studie teil (181 Neurodermitiker und 64 hautgesunde Teilnehmer). Die Stichprobengröße der Studie wurde durch die Anzahl teilnehmender Probanden im Rekrutierungszeitraum bestimmt.

Nach der Rekrutierungsphase wurde ein Matching (Paarbildung) der Stichproben vorgenommen, um die Effektivität der Studie zu verbessern. Durch Schaffung einer Gleichheit in der Verteilung von Variablen zwischen Fallgruppe und Kontrollgruppe wurde versucht, mögliche Störvariablen (Confounding) zu kontrollieren. Es wurde ein individuelles Matching vorgenommen (Verhältnis Fall zu Kontrolle 1:1). Die Paarung wurde anhand des Alters (in Jahren  $\pm$  1 Jahr, in einem Fall +3 Jahre), des Geschlechts (männlich, weiblich) und der Vorhandensein einer Partnerschaft (ja /nein) vorgenommen. Die Paarung nach dem Vorhandensein der Partnerschaft wurde gewählt, um eine Verzerrung bei der Erhebung der Zufriedenheit in der Partnerschaft zu vermeiden.

## 7.4 Variablen

Die vorliegende Fall-Kontroll-Studie untersucht folgend aufgelistete Zielvariablen. Es wurden diesbezüglich bereits entwickelte und validierte Fragebögen eingesetzt. Als Datengrundlage zur Berechnung dienten die Skalenwerte beziehungsweise wenn möglich der Gesamtscore.

**Tabelle 2: Beschreibung der Variablen**

Zielvariable (abhängige Variable)	Operationalisierung	Messwerte	Sonstiges
Angst und Depressivität	HADS-D	2 Skalen: Angst, Depression; Gesamtscore	
Alexithymie	TAS-20	3 Skalen: Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, externaler Denkstil; Gesamtscore	
Bindungseinstellungen	AAS	3 Skalen: Nähe in Beziehungen, Vertrauen in Andere, Angst vor dem Verlassenwerden; Gesamtscore	
Hautspezifische Lebensqualität	DLQI	Gesamtscore	nur Neurodermitiker
Partnerschaftszufriedenheit	PFB	3 Skalen: Streitverhalten, Zärtlichkeit, Kommunikation/ Gemeinsamkeiten; Gesamtscore	

Suizidalität und Suizidideen	Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität	Gesamtscore	Score > 8 mögliche akute Suizidalität
<b>Unabhängige Variable</b>	<b>Operationalisierung</b>	<b>Messwerte</b>	<b>Sonstiges</b>
Erstmanifestationsalter	Einzelitem	Alter in Jahren	Einteilung in drei Gruppen (im 1. Lj.; 2.-7. Lj.; >7.Lj.)
Dauer der Neurodermitiserkrankung	Einzelitem	Jahre	
Symptomschwere der Neurodermitis	PO-SCORAD	Gesamtscore	Schwereinteilung in leicht (0-24), mittel (25-50) und schwer (>50)
Vorliegen der Neurodermitis	Einzelitem	ja/nein	
<b>Quantitative / Deskriptive Variablen</b>	<b>Operationalisierung</b>	<b>Messwerte</b>	<b>Sonstiges</b>
Familienstand	Einzelitem	verheiratet - zusammenlebend, verheiratet - getrennt, geschieden, verwitwet, ledig	
Zusammenleben mit einem Partner	Einzelitem	ja/nein	
Scheidung der Eltern	Einzelitem	ja/nein	Wenn ja, Alter bei Scheidung
Erwerbstätigkeit	Einzelitem	Vollzeit, Teilzeit, stundenweise, Wehr/Zivildienst/Mutterschaftsurlaub, arbeitslos, Rentner, nicht berufstätig, in Berufsausbildung, in Schulausbildung (einschl. Univ.)	
Ausgeübte Tätigkeit	Einzelitem	Noch nie berufstätig, höherer, mittlerer, gehobener Dienst, leitender, mittlerer, ausführender Angestellter, Selbstständig, freiberuflich, Landwirt, Facharbeiter/Handwerker, angelernter, ungelernter Arbeiter, sonstiges	
Höchster Schulabschluss	Einzelitem	Ohne, Hauptschule, Realschule, Abschluss POS (10.Klasse), FS, Hochschulreife, Abgeschl. Univ.studium/FHS, anderer Schulabschluss	
In Behandlung wg. Hauterkrankung	Einzelitem	ja/nein	
Alkoholkonsum	Einzelitem	Gläser Bier/Wein/Schnaps / Woche	Gruppierung in nie, gelegentlich, mehrfach/Woche, täglich
Nikotinzigaretten	Einzelitem	Zigaretten pro Woche	
Vorhandensein psychische Erkrankung	Einzelitem	ja/nein	wenn ja: 1=Angsterkrankung, 2=Zwangserkrankung, 3=Depression, 4=Essstörung, 5=Persönlichkeitsstörung, 6=Psychose, 7=Somatoforme Störung, 8=Sonstige

Stationäre Behandlung wegen psychischer Erkrankung	Einzelitem	ja/nein	
Vorhandensein somatische Erkrankung	Einzelitem	ja/nein	1=Endokrin, 2=Herz/Kreislauf, 3=Magen/Darm, 4=Skelett/Weichteil, 5=Urogenital, 6=ZNS/PNS, 7=Krebs, 8=sonstiges
Stationäre Behandlung wegen somatischer Erkrankung	Einzelitem	ja/nein	

## 7.5 Messinstrumente

Zur Erhebung interessierender Merkmale und Ausprägungen wurden größtenteils bereits etablierte und bewährte Fragebögen verwendet. Zusätzlich wurden Einzelitems mit explorativem Charakter ergänzt.

Im Folgenden soll eine Übersicht (Abbildung 5) über die einzelnen Fragebögen gegeben werden, um den Lesern eine möglichst große Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen.

### 7.5.1. Symptomschwere der Neurodermitis – PO-SCORAD für Patienten

Mittels der deutschen Version des Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD) wurde die Symptomschwere der Neurodermitis erhoben (Stalder et al. 2011). Dieser beinhaltet die ins Nicht-Fachsprachliche übersetzten Items des anerkannten, dermatologischen Standardfragebogens *scoring of atopic dermatitis* (SCORAD-Index) (European Task Force on Atopic Dermatitis 1993).

Der PO-SCORAD erhebt, analog zum SCORAD-Index, die betroffene Ausdehnung der Hautveränderungen in Prozent, die Schwere sechs verschiedener Hauteffloreszenzen sowie die subjektiven Parameter Juckreiz und Schlaflosigkeit, aus denen ein Gesamtscore gebildet wird. Es wurde anhand dieses Gesamtscores eine Einteilung der Symptomschwere in drei Schweregruppen, leichte (0-24 Punkte), mittlere (25-50 Punkte) und schwere Symptomatik (>50 Punkte), vorgenommen (Oranje et al. 2007).

Es finden sich folgende Zusammenhänge zwischen SCORAD und PO-SCORAD: In einer Vergleichsstudie (Stalder et al. 2011) zwischen SCORAD und PO-SCORAD lag zu Beginn der Untersuchung (D=0) der Korrelationskoeffizient nach Pearson bei

$r=0.67$  (95% KI: 0.62; 0.72) mit einer hoch signifikanten Konsistenz ( $p<0.0001$ ). Am Ende der Studie (D28) lag der Korrelationskoeffizient nach Pearson (SCORAD vs. PO-SCORAD) bei  $r=0.79$  (95% KI: 0.75; 0.83) mit einer hoch signifikanten Konsistenz ( $p<0.0001$ ). Ebenso fand sich eine hoch signifikante Korrelation nach Pearson ( $r=0.71$ , 95% KI 0.64; 0.76;  $p<0.0001$ ) zwischen den Veränderungen beider Scores (SCORAD und PO-SCORAD) über die Zeit (zwischen D0 und D28).

### **7.5.2. Erstmanifestation und Dauer der Neurodermitis**

Mithilfe einiger Items aus dem *Marburger Haut-Fragebogen* (MHF) von Stangier et al. (1997) wurden das Alter bei Erstauftreten (in Jahren) sowie die Dauer (in Jahren) der Neurodermitis erhoben. Das Alter bei Erstmanifestation wurde in Jahren erhoben und dann in drei Erstmanifestationsgruppen eingeteilt ( $\leq 1$ .Lj.; 2.-7. Lj.;  $\geq 8$ .Lj.). Dies wurde aufgrund bindungstheoretischer Überlegungen festgelegt.

### **7.5.3. Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität**

Die dermatologisch-spezifische Lebensqualität wurde mittels des international gebräuchlichen *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) (Finlay et al. 1994) erhoben. Er umfasst zehn Items, aus denen ein Gesamtscore (0-30) gebildet wird. Ein hoher DLQI-Wert geht einher mit einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität innerhalb der letzten sieben Tage durch die Hauterkrankung. Der DLQI war seinerseits der erste hautspezifische Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität und ist heute das am häufigsten eingesetzte Instrument in dermatologischen Studien. Einen Überblick über die Gütekriterien des DLQI findet sich in Lewis & Finlay (2004). Demnach zeigen sich eine gute Re-Test-Reliabilität (vier relevante Studien) sowie eine gute innere Konsistenz (Cronbachs Alpha  $\alpha=0.83-0.93$ ; fünf relevante Studien). Die Sensitivität bei Veränderungen der Erkrankungen wurde in 53 Studien und bei 11 dermatologischen Erkrankungen belegt. Bezüglich der Konstruktvalidität wurden Vergleiche mit neun anderen hautspezifischen Instrumenten und elf unspezifischen Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität durchgeführt (Lewis & Finlay 2004).

### **7.5.4. Partnerschaftszufriedenheit**

Zur Erhebung der Zufriedenheit in der Partnerschaft wurde der *Partnerschaftsfragebogen* (PFB) nach Hahlweg (1996) verwendet. Dieser v.a. in der Paartherapie eingesetzte Fragebogen umfasst 30 Items, die den Skalen



Streitverhalten (S), Zärtlichkeit (Z) und Kommunikation/Gemeinsamkeiten (KG) zugeordnet sind. Es wird zudem ein Gesamtwert/Total Score (TS) für die Partnerschaftszufriedenheit berechnet. Wir untersuchten die Partnerschaftszufriedenheit zum Zeitpunkt der Erhebung. Der PFB zeigt eine gute (Cronbachs Alpha:  $\alpha$  (KG) = 0.88) bis sehr gute (Cronbachs Alpha:  $\alpha$  (S) = 0.93;  $\alpha$  (Z) = 0.91;  $\alpha$  (TS) = 0.95) innere Konsistenz. Die 6-Monate Re-Test-Reliabilität des PFB wurde an einer Stichprobe von 50 Partnern überprüft. Es ergaben sich folgende Werte: Skala S:  $r = 0.68$ ; Skala Z:  $r = 0.74$ ; Skala KG:  $r = 0.83$ . Der PFB zeigt zudem eine gute diskriminative Validität, prädiktive Validität sowie Konstruktvalidität (Hahlweg 1996).

### **7.5.5. Bindungseinstellungen**

Die deutsche Version der *Adult Attachment Scale (AAS)* (Collins & Reads 1990) gilt als Standardinstrument bei der Erhebung von Bindungseinstellungen und weist akzeptable Aussagen über v.a. ressourcenorientierte Aspekte von Bindung auf. Sie besitzt 18 Items (korrigiert 15 Items (Schmidt et al. 2004)) auf den drei Skalen Nähe (in Beziehungen) (N), Vertrauen (in Andere) (V) und Angst (vor dem Verlassenwerden) (A). 2004 wurde die hier verwendete deutsche Version der AAS teststatistisch geprüft und normiert (Schmidt et al. 2004). Die Reliabilität der verwendete Skalen erwies sich dabei als zufrieden stellend (Cronbachs Alpha:  $\alpha$ (N) = 0.80;  $\alpha$ (V) = 0.72;  $\alpha$ (A) = 0.78). Aufgrund von geringer Trennschärfe wurden drei Items des Originalfragebogens eliminiert (Item 2, Item 9 und Item 15). Wegen der nur akzeptablen Performanz der Skalenstruktur (Interkorrelation der Skalen) wurde auf den Versuch der Bindungsklassifikation verzichtet (Schmidt et al. 2004). Es ist davon auszugehen, dass die deutsche AAS eher Bindungshaltungen und Bindungseinstellungen erfasst als konkrete Bindungsstile. Dies wurde empirisch durch korrelative Studien mit anderen Instrumenten abgesichert (Schmidt et al. 2004).

### **7.5.6. Angst und Depression**

Es wurde die *Hospital Anxiety and Depression Scale* in deutscher Sprache (*HADS-D*) verwendet, die mittels 14 Items auf zwei Skalen das Ausmaß vorhandener Angst- und Depressionsgefühle misst und eine gute Validität und Reliabilität aufzeigt (Herrmann-Lingen et al. 1995). Sie ist die gleichwertige deutsche Adaptation der

englischen HADS (Zigmond & Snaith 1983). Höhere Werte auf den Einzelskalen entsprechen einer stärkeren Belastung. Cronbachs Alpha beträgt in der deutschen Eichstichprobe (N = 6.200) für die Angst-Subskala  $\alpha = 0.80$  und für die Depressivitäts-Subskala  $\alpha = 0.81$ . Die Re-Test-Reliabilität (rtt) beträgt innerhalb von zwei Wochen  $rtt = 0.84$  bzw.  $rtt = 0.85$ , nach längeren Intervallen von über sechs Wochen jeweils  $rtt = 0.70$ , was für eine hinreichende Änderungssensitivität spricht (Herrmann-Lingen et al. 1995).

### **7.5.7. Suizidgedanken und Suizidalität**

Suizidgedanken wurden mittels des *Fragenkatalogs zur Abschätzung der Suizidalität* nach Pöldinger (1998) erhoben. Dieser Fragenkatalog enthält 16 dichotome Items, die Suizidgedanken und das Vorhandensein von Risikofaktoren ermitteln. Je höher die Anzahl der positiv beantworteten Fragen ist, desto höher wird das Suizidrisiko eingeschätzt, wobei ein Score  $>8$  eine mögliche Suizidhandlung anzeigt. Er ist für den klinischen Einsatz entwickelt worden, findet jedoch ebenso in der Forschung seinen Einsatz (z. B. Hodapp et al. 1997 und Schaaf et al. 2008). Im Rahmen dieser Arbeit wird der Terminus „Suizidgedanken“ genutzt, um die im Fragebogen erfragten suizidalen Ideen, Tendenzen, Vorstellungen, Gedankenspiele und Konstellationen begrifflich zu erfassen. „Suizidgedanken“ soll dabei eine übergeordnete Kategorie bilden, in der die aktive Auseinandersetzung – seien es nur flüchtige Ideen oder konkrete Pläne/Erfahrungen – mit diesem Thema zusammengefasst werden.

### **7.5.8. Alexithymie**

Die *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20) (Bagby et al. 1994) ist das am häufigsten verwendete Instrument zur Messung von Alexithymieausprägungen (Popp et al. 2008). Die 20 Items können als Gesamtskala ausgewertet werden. Außerdem sind die Items den folgenden drei Unterskalen zuzuordnen: Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen (7 Items), Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (5 Items) und Externaler Denkstil (8 Items). Die TAS-20 verwendet folgende Cutoff-Werte:  $\leq 51$  = nicht-alexithym,  $\geq 61$  = alexithym, 52-60 = möglicherweise alexithym. Reliabilität (Cronbachs Alpha  $\alpha = 0.81$ , Re-Test-Reliabilität  $rtt = 0.77$ ) und Validität sind ausreichend belegt (Bagby et al. 1994).

<b>Fragebogen-Zusammenstellung</b>	
	Items
Anschreiben	
Einverständniserklärung	
Personengebundene Daten	
Marburger Hautfragebogen (MHF) -Schweregrad	4
SCORAD für Patienten	10
Dermatology Life Quality Index (DLQI)	10
Einschätzung der Suizidalität	20
Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	20
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	14
Adult Attachment Scale (AAS)	18
Partnerschaftsfragebogen (PFB)	30
Eigene Fragen (EF)	6
Insgesamt	132
Geschätzte Zeit	25 Min.

**Abbildung 5: Übersicht der verwendeten Fragebögen**

## **7.6 Bias**

Aufgrund des bisherigen Mangels an wissenschaftlichen Studien bezüglich der Themen Bindungssicherheit, Partnerschaftszufriedenheit, Alexithymie und Suizidalität bei erwachsenen Neurodermitikern wurde die vorliegende Studie als hypothesengenerierende Pilotstudie geplant. Das Studiendesign wurde dabei an die vorhandenen und möglichen Ressourcen bezüglich der Durchführung und Datenerhebung angepasst. Es wurde auf eine Randomisierung und Verblindung verzichtet, was die Wahrscheinlichkeit von Verzerrungen (Bias) erhöht. Folgend wird kurz beschrieben, was unternommen wurde, um mögliche Ursachen von Bias zu begegnen. Die Diskussion und Bewertung der möglichen Verzerrungen findet im Diskussionskapitel statt.

*Selektions-Bias:* Um eine Verzerrung durch einseitige Stichprobenauswahl zu reduzieren, wurden die Neurodermitiker sowohl im klinisch-stationären, im klinisch ambulanten als auch im nicht-klinischen Bereich rekrutiert. Es nahmen Neurodermitiker teil, die gerade in dermatologischer Behandlung waren, und es

nahmen Neurodermitiker teil, die sich nicht in dermatologischer Behandlung befanden. Des Weiteren wurden mögliche somatische und psychische Komorbiditäten in beiden untersuchten Gruppen mittels Selbsteinschätzung erhoben. Eine Randomisierung fand jedoch nicht statt.

Um Verzerrungen durch unterschiedliche Geschlechterverteilungen sowie durch Altersunterschiede zu vermeiden, wurden die Stichproben entsprechend gematcht. Da Variablen bezogen auf Partnerschaften erhoben wurden, wurden die Teilnehmer der Studie ebenso bezüglich des Vorhandenseins einer Partnerschaft gematcht. Durch das zusätzliche Item „Scheidung der Eltern“ wurde versucht, mögliche Verzerrungen durch stark unterschiedliche Beziehungserfahrungen in der Primärfamilie zu erheben.

*Detektions-Bias/Informations-Bias:* Es wurde versucht, den Kontakt mit allen Studienteilnehmern (Neurodermitiker und Kontrollgruppe) vor Studienteilnahme so gering wie möglich zu halten. Studienteilnehmern, die innerhalb eines stationären psychosomatischen Aufenthaltes an der Studie teilnahmen, wurde der Fragebogen direkt bei der Aufnahmeuntersuchung am ersten Tag mitgegeben mit der Bitte, diesen möglichst schnell auszufüllen. So wurde versucht, eine mögliche Verzerrung der Selbsteinschätzung, beispielsweise durch eine intensive, emotionale psychotherapeutische Therapieeinheit vor dem Ausfüllen der Fragebögen, zu vermeiden. Nahmen Teilnehmer (Neurodermitiker und Kontrollgruppe) per Post an der Studie teil, wurde der Kontakt auf ein Minimum reduziert (Mitteilung der Anschrift). Erklärungen zur Studie und zu den Zielen wurden möglichst unterlassen, um mögliche Sensibilisierungen zu vermeiden. Zudem wurde im Rahmen der Rekrutierung versucht, auf eine besondere Behandlung einer Gruppe (z.B. eine gesonderte Information über die Ergebnisse der Studie, eine besondere Erklärung der Ziele der Studie usw.) zu verzichten und so eine gewisse Homogenität in der Rekrutierung zu erreichen.

Den Vorteilen des gewählten Studiendesigns, etwa die sinnvolle Interpretierbarkeit bei bereits kleineren Stichproben sowie die weniger kosten- und ressourcenintensive Durchführung sind eventuelle Nachteile dieses Designs, etwa Selektions-, und Recallbias, in Rechnung zu stellen (siehe Kapitel 9).

## 7.7 Statistische Verfahren

Sämtliche Teststatistiken wurden mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 13.0 (SPSS 13) berechnet.

Zum Vergleich der Verteilungen zweier kategorialer Variablen (2x2 Tabellen) wurde der Chi<sup>2</sup>-Test (mit Yates' Correction for Continuity) gerechnet. Als Effektstärke wurde hierbei der Koeffizient Phi berechnet (Pallant 2010), welcher Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann. Nach Cohens' Kriterien (1988) zeigt ein Phi-Wert von 0.10 einen kleinen, 0.30 einen mittleren und 0.50 einen großen Effekt an.

Zum Vergleich zweier Mittelwerte kontinuierlicher Variablen wurde der t-Tests für gematchte Stichproben (2-seitig) gerechnet. Als Effektstärke wurde hierbei der Koeffizient Eta<sup>2</sup> berechnet, der einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen kann. Nach Cohens' Kriterien (1988) zeigt ein Eta<sup>2</sup> - Koeffizient von 0.01 einen kleinen, 0.06 einen mittleren und 0.14 einen großen Effekt an. Es wurde die Formel für gepaarte Stichproben (Pallant 2010) angewandt:

$$Eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + (n - 1)}$$

Zum Vergleich einer Variablen (grouping variable) mit drei oder mehr Einteilungen (levels / groups) und einer kontinuierlichen Variablen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (One-way ANOVA) gerechnet. Als Effektstärke wurde hierbei Eta<sup>2</sup> berechnet (Pallant 2010), welche einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen kann. Nach Cohens' Kriterien (1988) zeigt ein Eta<sup>2</sup> - Koeffizient von 0.01 einen kleinen, 0.06 einen mittleren und 0.14 einen großen Effekt an. Es wurde hierzu folgende Formel angewandt (Pallant 2010):

$$Eta^2 = \frac{\textit{Sum of squares between groups}}{\textit{Total sum of squares}}$$

Als post-hoc Test wurde der Turkey – Test berechnet.

Zur Beschreibung der Stärke und der Richtung von linearen Zusammenhängen zwischen zwei Variablen wurde ein Korrelationskoeffizient r nach Pearson berechnet, welcher einen Wert zwischen -1 und +1 annehmen kann. Nach Cohens' Kriterien (1988) wird die Stärke des Zusammenhanges wie folgt interpretiert:

$$\text{Klein: } r = 0.10 - 0.29$$

Mittel:  $r = 0.30 - 0.49$

Groß:  $r = 0.50 - 1.0$

Einmalig wurde zudem eine multiple, schrittweise Regression durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen einer abhängigen Variablen und mehreren unabhängigen Variablen zu beschreiben.

Das Signifikanzniveau wurde so gewählt, dass eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ( $p \leq 0.05$ ) als signifikant, von 1% ( $p \leq 0.01$ ) als hoch signifikant, von 0.1% ( $p \leq 0.001$ ) als höchst signifikant, von 10% ( $p \leq 0.1$ ) als tendenziell signifikant galt.

Wurden Fragebögen unvollständig ausgewertet, so wurde wie folgt damit umgegangen:

*HADS-D*: Fehlte ein einzelner Itemwert innerhalb einer Skala, so wurde er durch den Mittelwert der übrigen Items dieser Skala ersetzt. Fehlten mehr als ein Item einer Skala, so wurde die Skala als ungültig gewertet.

*DLQI*: Wenn eine Frage unbeantwortet blieb, wurde diese mit "0" bewertet. Die restlichen Fragenscores wurden wie gewohnt summiert und als Gesamtscore mit dem möglichen Maximalwert „30“ ausgegeben. Fehlten zwei oder mehr Antworten, wurde der Fragebogen nicht gewertet. Wurde die Frage Nr. 7 mit "Ja" beantwortet, wurde die Frage mit "3" bewertet, auch wenn der zweite Teil des Items zusätzlich gekreuzt wurde. Wurden mehrere Antwortmöglichkeiten einer Frage angekreuzt, wurde die Antwort mit dem höchsten Wert gewertet.

*PFB*: Fehlte ein einzelner Itemwert innerhalb einer Skala, so wurde dieser durch den Mittelwert der übrigen Skalenwerte ersetzt. Fehlten mehr als ein Item pro Skala, so wurde diese Skala als ungültig bewertet.

*Fragebogen Einschätzung der Suizidalität*: Wurden ein oder mehrere Fragen nicht beantwortet, wurde kein Summenscore gebildet und der Fragebogen wurde als ungültig bewertet.

*PO-SCORAD*: Wurden einzelne Fragen und Items nicht beantwortet, wurde kein Summenscore gebildet und der Fragebogen wurde als ungültig bewertet.

*TAS-20*: Fehlte ein einzelner Itemwert innerhalb einer Skala, so wurde dieser durch den Mittelwert der übrigen Skalenwerte ersetzt. Fehlten mehr als ein Item pro Skala, so wurde diese Skala als ungültig bewertet.

## **8 Ergebnisse der Studie**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Studie dargestellt. Nach der Darstellung der Teilnehmer (8.1) sowie der deskriptiven Beschreibung der Stichproben (8.2) werden analog des Studienaufbaus (vgl. Abbildung 1) die Resultate der drei Untersuchungsschwerpunkte (entsprechend den drei wissenschaftlichen Veröffentlichungen Dieris-Hirche et al. 2009, 2012a, 2012b) berichtet (8.3-8.5), bevor abschließend und ergänzend einige explorative Korrelationen zwischen der Suizidalität („1. Säule“) einerseits und dem affektiven Erleben sowie der Bindung und Beziehungszufriedenheit („2. und 3. Säule“) andererseits dargelegt werden (8.6).

### **8.1 Teilnehmer**

Es nahmen insgesamt 245 Teilnehmer an der vorliegenden Fall-Kontroll-Studie teil. Nach Prüfung der Ausschlusskriterien mussten keine Teilnehmer ausgeschlossen werden. Die Prüfung wurde anhand des Items „Vorliegen einer psychischen Erkrankung? Wenn ja, welche?“ sowie des Items „Vorliegen einer Hauterkrankung“ durchgeführt.

Sowohl die Responserate als auch die Maße bezüglich der Vollständigkeit der Daten (Prozentangaben) wurden leider nicht erhoben beziehungsweise dokumentiert.

Nach der Erhebung wurde ein individuelles Matching vorgenommen (Verhältnis Fall zu Kontrolle 1:1), sodass 62 Paare entstanden. Die Paarung wurde anhand des Alters (in Jahren  $\pm$  1 Jahr, in einem Fall +3 Jahre), des Geschlechts (männlich, weiblich) und der Vorhandensein einer Partnerschaft (ja /nein) vorgenommen.

### **8.2 Deskriptive Eigenschaften der Stichproben**

Die deskriptiven sowie sozioökonomischen Daten der Stichproben sind der Tabelle 3 zu entnehmen. Durchschnittsalter und Altersspanne der beiden Stichproben zeigten statistisch keine signifikanten Unterschiede ( $t(122) = 0.03$ ,  $p = 0.974$ ). In beiden Vergleichsgruppen nahmen mehr Frauen als Männer an der Befragung teil. Sowohl der Familienstand als auch die Anzahl aktueller Partnerschaften (Matching-Variable) sind im Gruppenvergleich ähnlich verteilt. Auch der Anteil an Scheidungskindern ist in beiden Gruppen ähnlich hoch.



In beiden Gruppen waren die meisten Studienteilnehmer Studenten mit abgeschlossenem Abitur.

Ein Vorhandensein psychischer Komorbiditäten wurde durch Einzel-Items erfragt. Hierzu machten 55 Neurodermitiker und 58 Teilnehmer der Kontrollgruppe Angaben (88.7% bzw. 93.5%). In der Gruppe der Neurodermitiker gaben 16 von 55 Teilnehmern (29.1%) an, an einer psychischen Erkrankung zu leiden. In der Kontrollgruppe bejahten 7 von 58 Teilnehmern (12.1%) die Frage nach psychischer Erkrankung (Verteilung siehe Tabelle 3).

Die Frage, ob zusätzliche körperliche Erkrankungen vorliegen, bejahten etwa doppelt so viele Neurodermitiker wie Hautgesunde. Der größte Anteil jener betroffenen Neurodermitiker litt allerdings an Allergien, was als Neurodermitis-spezifisch erwartbar war. Die Gruppe der untersuchten Neurodermitiker gab etwa doppelt so häufig an, Nikotinzigaretten zu konsumieren. Im Konsumverhalten bezüglich Alkohols fanden sich in beiden Untersuchungsgruppen ähnliche Verteilungen.

**Tabelle 3: Deskriptive Daten der Stichproben**

	<b>Neurodermitiker n = 62</b>	<b>Kontrollgruppe n = 62</b>
<b>Alter in Jahren</b>		
Minimum	21	21
Maximum	59	59
Spannweite	38	38
Mittelwert (SD)	28.66 (8.3)	28.61 (8.2)
<b>Geschlecht (%)</b>		
Männer	23 (37%)	23 (37%)
Frauen	39 (63%)	39 (63%)
<b>In Partnerschaft lebend (%)</b>		
Ja	44 (71%)	44 (71%)
Nein	18 (29%)	18 (29%)
<b>Familienstand (%)</b>		
Ledig	53 (85.5%)	46 (74.2%)
Verheiratet, zusammenlebend	8 (12.9%)	14 (22.6%)
Verheiratet, getrennt lebend	0 (0%)	2 (3.2%)
Geschieden	1 (1.6%)	0 (0%)
Verwitwet	0 (0%)	0 (0%)
<b>Trennung der Eltern erlebt (%)</b>		
Ja	14 (22.6%)	15 (24.2%)
Nein	48 (77.4%)	46 (74.2%)
Keine Angaben	0 (0%)	1 (1.6%)

Alter in Jahren bei Trennung MW (SD)	10.9 (6.9)	8.5 (7.4)
<b>Höchster Schulabschluss (%)</b>		
Ohne (Haupt-/Volksschulabschluss)	0 (0%)	0 (0%)
Haupt-/Volksschulabschluss	4 (6.5%)	2 (3.2%)
Mittlere Reife/Realschulabschluss	8 (12.9%)	1 (1.6%)
Fachhochschulabschluss	1 (1.6%)	1 (1.6%)
Hochschulreife/Abitur	37 (59.7%)	47 (75.8%)
Abgeschlossenes Universitäts-/FH-Studium	11 (17.7%)	10 (16.1%)
Anderer Schulabschluss	1 (1.6%)	1 (1.6%)
<b>Erwerbstätigkeit (%)</b>		
Vollzeit erwerbstätig	12 (19.4%)	4 (6.5%)
Teilzeit erwerbstätig (>15h)	2 (3.2%)	6 (9.7%)
Stundenweise erwerbstätig (<15h)	0 (0%)	3 (4.8%)
Wehr-/Zivildienst, Elternzeit	1 (1.6%)	1 (1.6%)
Arbeitslos	7 (13.3%)	0 (0%)
Rentner(in)/Vorrohustand	1 (1.6%)	0 (0%)
Nicht berufstätig (z.B. Hausfrau/-mann)	1 (1.6%)	0 (0%)
In Berufsausbildung	2 (3.2%)	0 (0%)
In Schulausbildung (einschl. Univ./FH)	36 (58.1%)	48 (77.4%)
<b>Psychische Erkrankungen (%)</b>		
Ja	16 (25.8%)	7 (11.3%)
Nein	39 (62.9%)	51 (82.3%)
Keine Angaben	7 (11.3%)	4 (6.5%)
<b>Psychische Erkrankungen. Wenn ja, welche? (%)</b>		
Angststörung	2 (12.5%)	0 (0%)
Zwangsstörung	0 (0%)	0 (0%)
Depression	5 (31.25%)	5 (71.4%)
Somatoforme Störung	0 (0%)	1 (14.3%)
Essstörung/Verhaltensstörung	0 (0%)	0 (0%)
Persönlichkeitsstörungen	0 (0%)	0 (0%)
Psychotische Störung	0 (0%)	0 (0%)
Sonstiges (hirnorganische Störung, Sucht)	0 (0%)	0 (0%)
Keine Angaben	9 (56.25%)	1 (14.3%)
Total (%)	16 (100%)	7 (100%)
<b>Erkrankt an Neurodermitis (%)</b>		
Ja	62 (100%)	0 (0%)
Nein	0 (0%)	62 (100%)
<b>Sonstige körperliche Erkrankung (%)</b>		
Ja	20 (32.3%)	9 (14.5%)
Nein	26 (41.9%)	49 (79%)
Keine Angaben	16 (25.8%)	4 (6.5%)
<b>Sonstige körperliche Erkrankung. Wenn ja, welche? (%)</b>		
Endokrin / Stoffwechsel	2 (10.0%)	1 (11.1%)
Lunge / Herz-Kreislauf	0 (0%)	4 (44.4%)
Gastrointestinal	1 (5.0%)	2 (22.2%)
Skelettsystem / Rheumatologisch	4 (6.5%)	0 (0%)
Urogenital	0 (0%)	0 (0%)
Neurologisch	1 (5.0%)	1 (11.1%)
Krebserkrankung	0 (0%)	0 (0%)

Allergie	11 (55.0%)	1 (11.1%)
Sonstiges	1 (5.0%)	0 (0%)
Keine Angaben	0 (0%)	0 (0%)
Total (%)	20 (100%)	9 (100%)
<b>Raucher (%)</b>		
Ja	18 (29.0%)	9 (14.5%)
Anzahl d. Zigaretten/ Woche MW (SD)	45.6 (44.6)	108.1 (38.0)
Nein	44 (71.0%)	53 (85.5%)
<b>Alkoholkonsum (%)</b>		
Nie	21 (33.9%)	23 (37.1%)
Gelegentlich	31 (50%)	27 (43.5%)
Mehrfach die Woche	7 (11.3%)	11 (17.7%)
Täglich	3 (4.8%)	1 (1.6%)

SD: Standardabweichung

MW: Mittelwert

Innerhalb der Neurodermitisgruppe (Tabelle 4) lag die mittlere Symptomschwere der Neurodermitis im Grenzbereich zwischen mittelstarker und starker Symptomschwere. Die Verteilung der Erstmanifestationen und die mittlere Beeintrachtung der Lebensqualität (DLQI) waren mit der Verteilung, wie sie in repräsentativen Studien gefunden wurden, vergleichbar (Gieler & Brosig 2001; Misery et al. 2007).

**Tabelle 4: Deskriptive Daten bzgl. der Neurodermitis**

<b>Neurodermitiker n = 62</b>	
<b>Schwere der Neurodermitis (%)</b>	
leicht betroffen	8 (13%)
mittelschwer betroffen	23 (37%)
schwer betroffen	31 (50%)
PO-SCORAD MW (SD)	48.9 (19.2)
<b>Alter in Jahren bei Erstmanifestation MW (SD)</b>	
innerhalb des 1. Lebensjahres (%)	30 (48.4%)
bis zum 7. Lebensjahr (%)	15 (24.2%)
nach dem 7. Lebensjahr (%)	17 (27.4%)
Dauer der Erkrankung in Jahren MW (SD)	20.01 ± 8.2
DLQI MW (SD)	8.03 ± 6.8

DLQI: Dermatology Life Quality Index

PO-SCORAD: Patient-Oriented Scoring of Atopic Dermatitis

SD: Standardabweichung

MW: Mittelwert

### 8.3 Suizidgedanken, Angst und Depression bei erwachsenen Neurodermitikern<sup>5</sup>

Es wurde ein t-Test für gematchte Gruppen durchgeführt, um den Suizidalität-Gesamtscore zwischen der Gruppe der Neurodermitiker und der Kontrollgruppe zu vergleichen. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Neurodermitikern (MW = 3.7, SD = 2.6) und der Kontrollgruppe (MW = 2.1, SD = 1.1;  $t(122) = 4.38$ ,  $p = 0.000$ , 2-seitig) (Abbildung 7). Das Ausmaß der Unterschiede in den Mittelwerten (mittlere Differenz = 1.6, 95% KI: 0.9 bis 2.3) war groß ( $\text{Eta}^2 = 0.24$ ).

Immerhin vier von 62 Neurodermitikern (6.5%) wiesen einen Gesamtscore von mehr als acht Punkten auf, was die Gefahr einer möglichen Suizidhandlung anzeigt. In der Kontrollgruppe war es keiner (Abbildung 6).

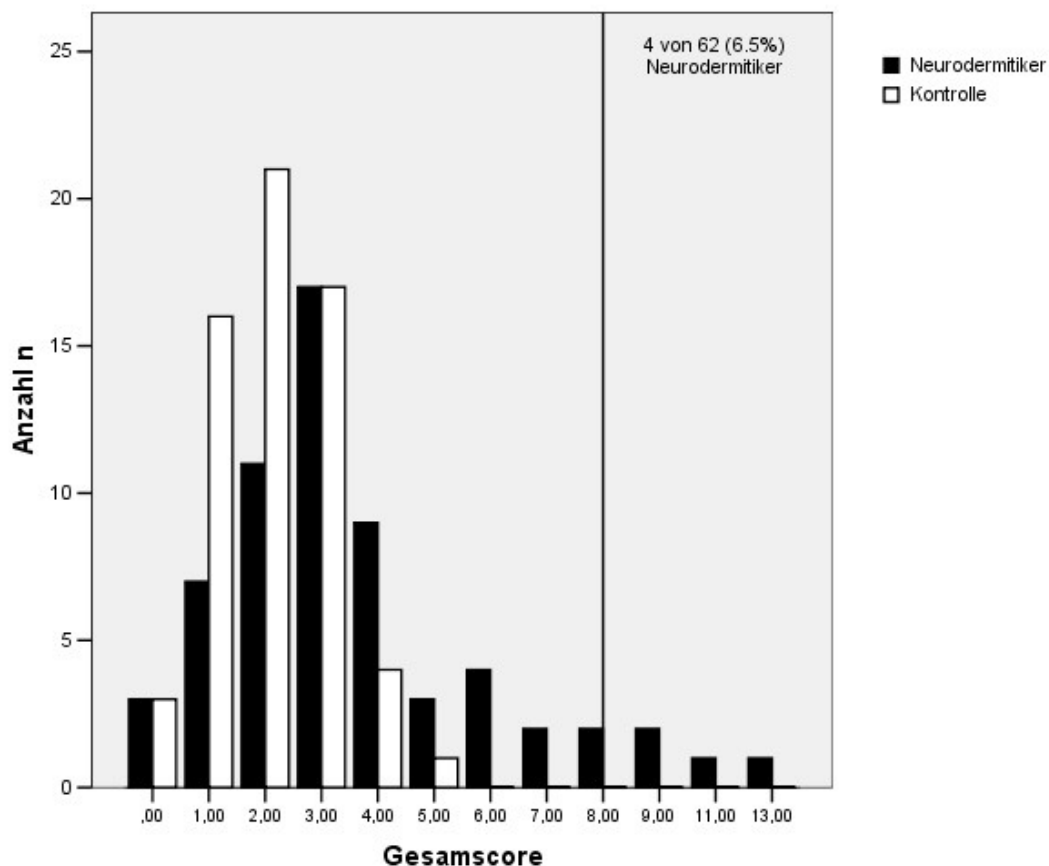


Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Suizidalität-Gesamtscores (Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität nach Pöldinger)

<sup>5</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2009.

Im Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen fanden sich des Weiteren signifikante Unterschiede in beiden HADS-D-Skalen (HADS-D Angst:  $t(122) = 3.76$ ,  $p = 0.000$ , 2-seitig; HADS-D Depressivität:  $t(122) = 3.56$ ,  $p = 0.001$ , 2-seitig) (Abbildung 7). Das Ausmaß der Unterschiede in den Mittelwerten (mittlere Differenz HADS-D Angst = 2.6, 95% KI: 1.2 bis 3.9, HADS-D Depressivität = 2.2, 95% KI: 0.9 bis 3.5) war groß ( $\eta^2 = 0.19$  bzw. 0.17). Die Gruppe der Neurodermitiker litt demnach stärker als die Kontrollgruppe unter psychischer Belastung.

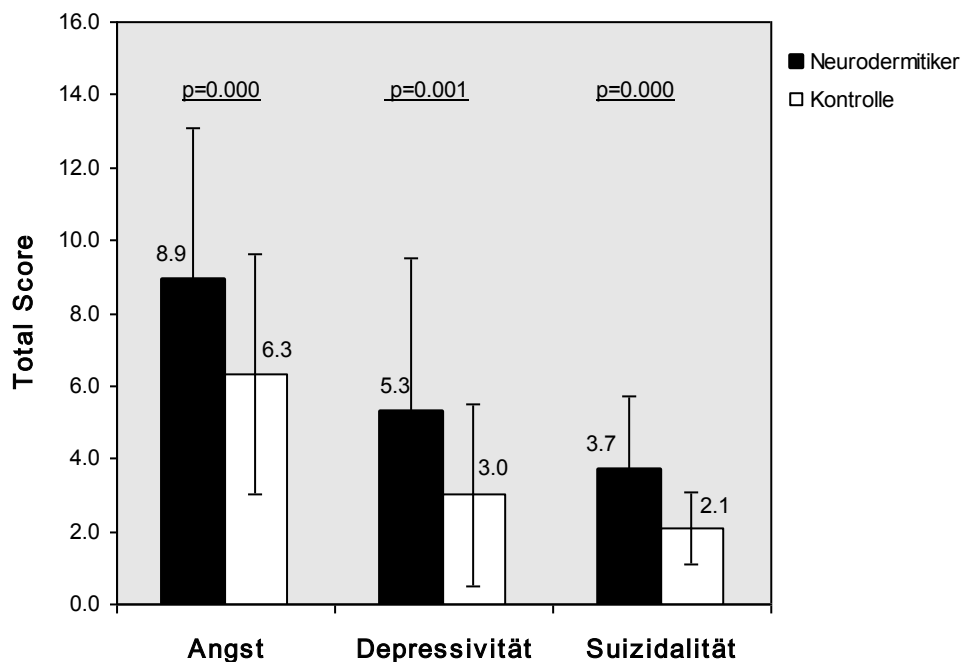
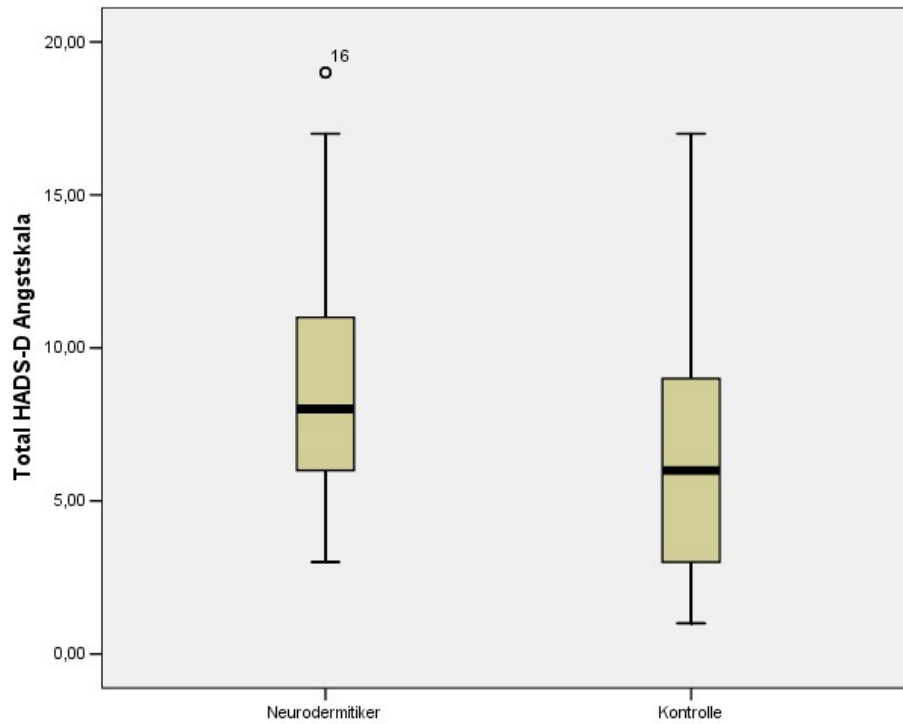
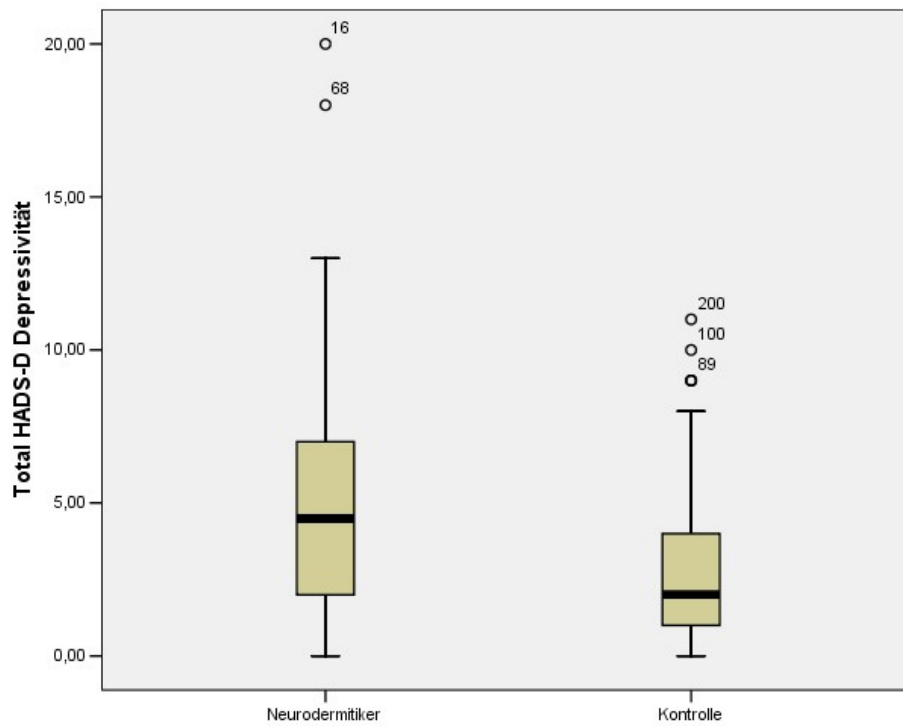


Abbildung 7: Mittelwerte der Skalen Angst, Depressivität (HADS-D) sowie Suizidalität (Pöldinger)

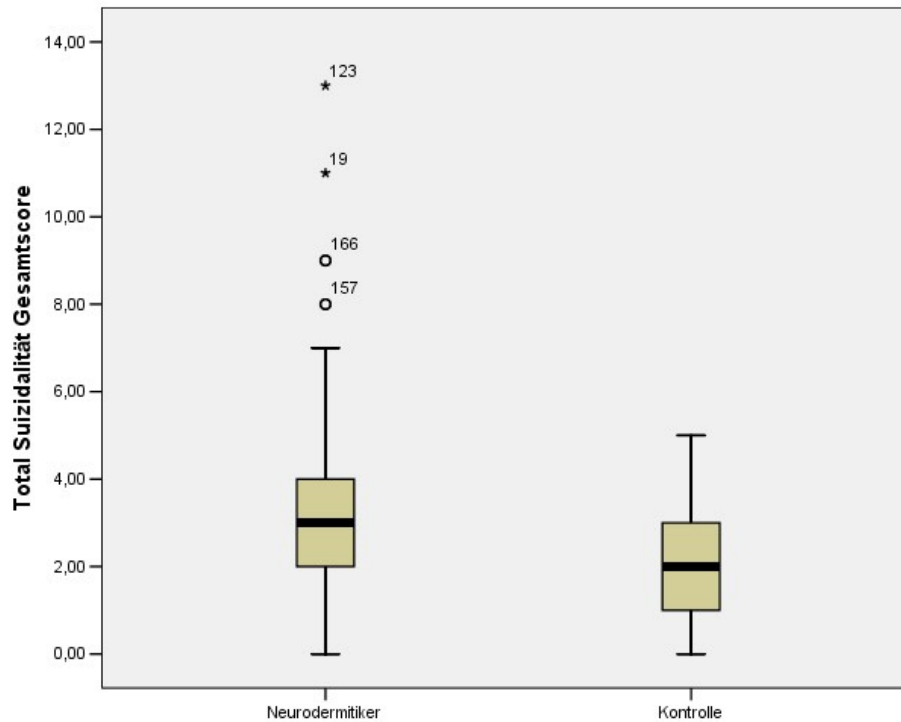
Abbildung 8 bis Abbildung 10 geben einen Überblick über die Verteilungen und die Streuung der Skalenwerte HADS-D Angst, HADS-D Depression sowie Suizidalität-Gesamtscore. Ausreißer ( $> 1,5$ fache Boxlänge) und Extremwerte ( $> 2$ fache Boxlänge) wurden im Vergleich der Mittelwerte mit einbezogen.



**Abbildung 8: Verteilung der Skalenwerte HADS-D Angst**



**Abbildung 9: Verteilung der Skalenwerte HADS-D Depressivität**



**Abbildung 10: Verteilung der Skalenwerte Suizidalität (Pöldinger)**

In der Gruppe der Neurodermitiker fanden sich hohe, signifikante Korrelationen zwischen Angst, Depression und den Suizidgedanken. Je stärker Angst und Depression ausgeprägt waren, desto höher waren die Suizidgedanken. In der Kontrollgruppe hingegen zeigte sich ein mittelstarker, positiver Zusammenhang nur zwischen Depressivität und Suizidgedanken (Tabelle 5).

**Tabelle 5: Korrelationen zwischen Suizidalität (Pöldinger) und HADS-D**

	<b>Suizidgedanken</b>
<b>Neurodermitiker</b>	
Angst (HADS-Angst)	0.533**
Depression (HADS-Depr.)	0.560**
<b>Kontrolle</b>	
Angst (HADS-Angst)	0.115 ns
Depression (HADS-Depr.)	0.301*

\*\*  $p \leq 0.01$

\*  $p \leq 0.05$

Zudem fanden sich bei den Neurodermitikern signifikante, mittelgroße bis große Zusammenhänge zwischen den Belastungsfaktoren (Ausprägung an Angst,

Depression sowie Suizidendenzen) und der Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität (Tabelle 6).

**Tabelle 6: Korrelationen zwischen DLQI und HADS-S sowie Suizidalität**

	Beeinträchtigung der hautspezifische Lebensqualität (DLQI-Score)
Suizidalität (Pöldinger)	0.377**
Angst (HADS-Angst)	0.533***
Depression (HADS-Depr.)	0.560***

\*\*\*  $p \leq 0.001$

\*\*  $p \leq 0.01$

Um mögliche Unterschiede bezüglich der Belastungsfaktoren zwischen Männern und Frauen innerhalb der beiden Gruppen zu beschreiben, wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben durchgeführt. Für alle drei Variablen ließ sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern finden (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Mittelwerte der Belastungsfaktoren im Geschlechtervergleich**

	Männer	Frauen	<i>p</i>
<b>Neurodermitiker (SD)</b>			
Suizidalität-Gesamtscore	4.1 (3.2)	3.4 (2.2)	0.33
HADS-D Angst	8.2 (3.7)	9.3 (4.5)	0.35
HADS-D Depression	5.8 (3.8)	5 (4.6)	0.49
<b>Kontrolle (SD)</b>			
Suizidalität-Gesamtscore	2.2 (1.2)	2.1 (0.9)	0.66
HADS-D Angst	5.8 (3.2)	6.6 (3.5)	0.37
HADS-D Depression	3.2 (2.5)	2.9 (2.6)	0.69

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

Um Phänomene der Suizidalität genauer zu benennen, wurden die Einzelitems des Suizidfragebogens bezüglich eventueller Unterschiede zwischen Neurodermitikern und Hautgesunden ausgewertet (Tabelle 8). 16.1% (10/62) der Neurodermitiker gaben an, es würden sich hin und wieder Suizidgedanken aufdrängen. In der Kontrollgruppe war dies nur bei 1.6% der Befragten der Fall (1/62).



Immerhin 6.5% (4/62) der Neurodermitiker gaben an, selbst einmal einen Suizidversuch begangen zu haben. Jeder vierte Neurodermitiker (25.8%, 16/62) gab an, er oder sie habe in letzter Zeit zumindest darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen. Etwa jeder sechste Neurodermitiker (16.1%, 4/62) empfindet seine Situation als hoffnungs- und aussichtslos. Des Weiteren ließen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen bei den Erfahrungen mit Suizidalität im Freundes- oder Familienkreis aufzeigen, was auf eine eventuelle „Sensibilisierung“ oder „Bahnung“ suizidaler Gedanken hätte hinweisen können.

**Tabelle 8: Items des Suizidfragebogens - Häufigkeiten und Effektstärken**

	ND	Kontrolle	Chi <sup>2</sup>	p	Phi	OR (95%KI)
Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	16.1%	1.6%	6.39	0.012	0.26	11.7 (1.5 - 94.7)
Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	16.1%	1.6%	6.39	0.012	0.26	11.7 (1.5 - 94.7)
Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als Ihre Probleme zu denken?	33.90%	6.30%	12.82	0.000	0.34	7.4 (2.4 - 23.3)
Haben Sie schon zu jemandem über Selbstmordabsichten gesprochen?	16.10%	3.20%	4.52	0.033	0.22	5.8 (1.2 - 27.5)
Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	25.80%	0.00%	16.15	0.000	0.39	(-) <sup>2</sup>
Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	6.50%	0.00%	2.32	0.127	0.18	(-) <sup>2</sup>
Fehlt Ihnen jemanden, mit dem Sie offen über Ihre Probleme sprechen können? <sup>1</sup>	8.10%	1.60%	1.58	0.209	0.15	5.4 (0.6 - 47.2)
Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakt zu Ihren Verwandten, Freunden, Bekannten gehabt?	30.60%	16.10%	2.89	0.090	0.17	2.3 (0.9 - 5.5)
Fühlen Sie sich nicht einer religiösen oder weltlichen Gemeinschaft verpflichtet? <sup>1</sup>	66.10%	51.60%	2.10	0.144	0.14	1.8 (0.9 - 3.8)
Wohnen Sie alleine, d.h. nicht bei Ihrer Familie oder mit Bekannten? <sup>1</sup>	37.10%	32.30%	0.14	0.706	0.05	1.2 (0.6 - 2.6)
Haben Sie das Interesse an Ihrem Beruf, Ihren Hobbies verloren?	9.70%	6.50%	0.11	0.742	0.06	1.6 (0.4 - 5.8)
Haben Sie konkrete Ideen, wie sie einen Selbstmord begehen würden?	11.30%	8.10%	0.09	0.761	0.05	1.5 (0.4 - 4.8)
Fühlen Sie sich nicht unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehen? <sup>1</sup>	48.40%	46.80%	0.00	1.000	0.01	1.1 (0.5 - 2.2)
Haben Sie sehr häufig daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?	4.80%	0.00%	1.36	0.242	0.15	(-) <sup>2</sup>
Haben Sie Vorbereitungen für einen Selbstmord getroffen?	1.60%	0.00%	0.00	1.000	0.09	(-) <sup>2</sup>
Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	33.90%	33.90%	0.00	1.000	0.00	1 (0.5 - 2.1)

OR: Odds Ratio

<sup>1</sup> Itemaussagen umgepolt

<sup>2</sup> statistisch-mathematisch nicht berechenbar

### 8.3.1. Symptomschwere und Erstmanifestation

Es fanden sich signifikante Korrelationen zwischen der Symptomschwere einerseits und Angst, Depression und Suizidgedanken andererseits (Tabelle 9). Eine starke Hautsymptomatik steht dabei im Zusammenhang mit stärkeren Angstaussprägungen, höheren Depressions-merkmalen und ausgeprägten Suizidgedanken.

**Tabelle 9: Korrelationen zwischen ND Symptomstärke und Belastungsfaktoren**

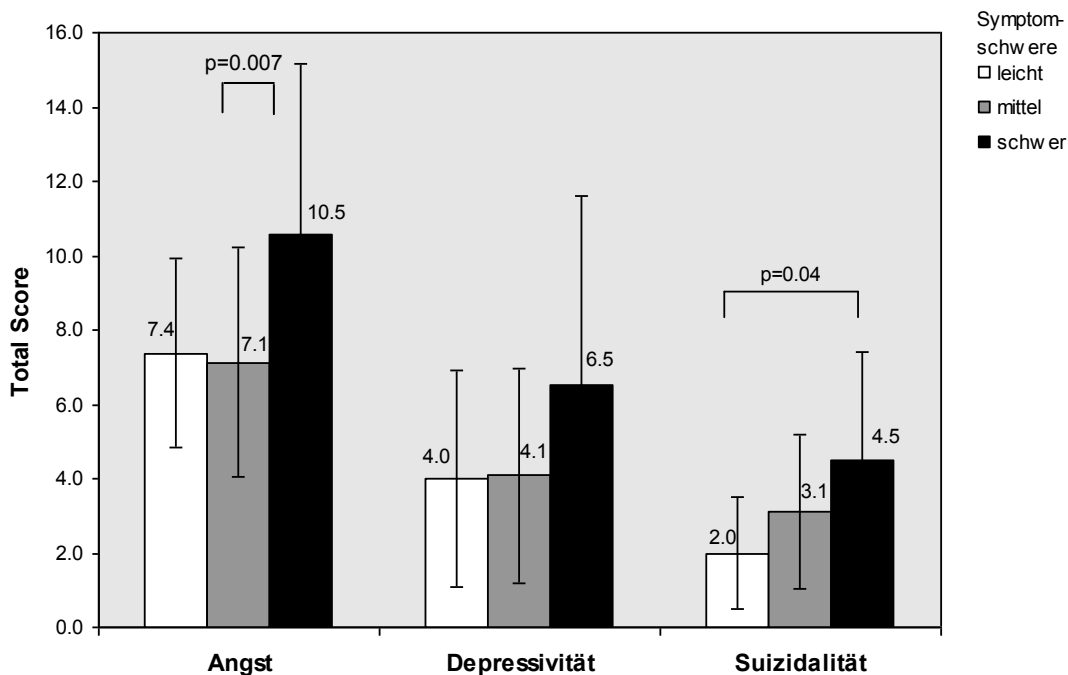
	PO-SCORAD
Suizidendenzen (Pöldinger)	0.403**
Angst (HADS-Angst)	0.499**
Depression (HADS-Depression)	0.367**

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

PO-SCORAD: Patient-Oriented Scoring of Atopic Dermatitis

\*\*  $p \leq 0.01$

Die varianzanalytischen Vergleiche der drei Symptomschweregruppen (Abbildung 11) zeigten, dass vor allem die schwer betroffenen Neurodermitiker deutlich stärker belastet sind (Suizidgedanken:  $F(2, 59) = 4.02$ ,  $p = 0.023$ ; Angst:  $F(2, 59) = 5.71$ ,  $p = 0.005$ ; Depression:  $F(2, 59) = 2.72$ ,  $p = 0.075$ ). Die tatsächliche Differenz der Mittelwerte zwischen den Gruppen war mittelgroß ( $\text{Eta}^2$  Suizidalität = 0.12;  $\text{Eta}^2$  Depression = 0.08) bis groß ( $\text{Eta}^2$  Angst = 0.16).



**Abbildung 11: Mittelwerte der Suizidgedanken (Pöldinger), Angst- und Depressionsausprägungen (HADS-D) bei unterschiedlicher Symptomstärke (leicht, mittel, schwer)**

Betroffene mit starker Symptomatik gaben zudem etwa doppelt so häufig an, sie hätten in letzter Zeit zumindest darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen (38.7%), als Betroffene mit mittlerer Symptomatik (17.4%). Bei den leicht Betroffenen gab keiner aktuelle Suizidgedanken an (Tabelle 10).

**Tabelle 10: Suiziditem 1 - "Ich habe in letzter Zeit daran denken müssen, mir das Leben zu nehmen."**

Suiziditem 1		PO- Scorad Symptomschweregruppen <sup>a</sup>			Total
		leicht	mittel	schwer	
Neurodermitiker	ja	0 (0%)	4 (17.4%)	12 (38.7%)	16 (25.8%)
	nein	8 (100%)	19 (82.6%)	19 (61.3%)	46 (74.2%)
	Total	8 (100%)	23 (100%)	31 (100%)	62 (100%)

PO-SCORAD: Patient-Oriented Scoring of Atopic Dermatitis

<sup>a</sup> Chi<sup>2</sup>=6.33, p<0.05

Die Erstmanifestation zeigte hingegen keinen deutlichen Zusammenhang mit der psychischen Belastung. Weder Angst (p = 0.20) noch Depression (p = 0.06) oder Suizidgedanken (p = 0.96) korrelierten signifikant mit dem Erstauftreten der Neurodermitis. Auch die Dauer der Erkrankung zeigte keine Zusammenhänge mit dem Ausmaß der psychischen Belastung (p = 0.60 bis 0.65).

Zusammengefasst konnte gezeigt werden, dass Neurodermitiker im Vergleich zu Hautgesunden stärker durch psychische Faktoren belastet waren. Neurodermitiker wiesen höhere Werte für Suizidgedanken, Angst und Depression auf. Somit konnten die Hypothesen 1 und 2 bestätigt werden. Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass die Schwere der Hauterkrankung ein bedeutsamer Faktor für das Ausmaß von psychischen Belastungen ist. Hypothese 3 konnte somit ebenfalls bestätigt werden. Einen klaren Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und der Erstmanifestation der Neurodermitis ließ sich jedoch nicht nachweisen. Hypothese 4 konnte somit nicht beibehalten werden.

## **8.4 Alexithymie bei Neurodermitis<sup>6</sup>**

### **8.4.1. Alexithymie: Neurodermitiker versus Kontrolle**

Es wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben gerechnet, um die Alexithymieausprägung (TAS-20 Score) beider Untersuchungsgruppen zu vergleichen (Abbildung 13). Es fanden sich signifikante Unterschiede im TAS-20 Score zwischen Neurodermitikern (MW = 48.3, SD = 12.8) und der Kontrollgruppe (MW = 42.9, SD = 9.5;  $t(122) = 2.62$ ,  $p = 0.009$ , 2seitig). Das Ausmaß der Unterschiede in den Mittelwerten (mittlere Differenz = 5.3, KI: 0.3 bis 9.3) war mittelgroß ( $\text{Eta}^2 = 0.10$ ).

Der Vergleich der TAS-20 Subskalen zeigte, dass sich Neurodermitiker vor allem auf der Skala 1 (Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen,  $t(122) = 3.18$ ,  $p = 0.002$ , 2seitig) signifikant von der Kontrollgruppe unterschieden ( $\text{Eta}^2 = 0.14$ ). Beim externalen Denkstil (Subskala 3,  $t(122) = 1.68$ ,  $p = 0.094$ , 2seitig) fanden sich tendenziell signifikante Unterschiede ( $\text{Eta}^2 = 0.04$ ), bei den Schwierigkeiten im Beschreiben von Gefühlen (Subskala 2,  $t(122) = 1.18$ ,  $p = 0.24$ , 2seitig) nicht signifikante Unterschiede ( $\text{Eta}^2 = 0.02$ ).

Abbildung 12 zeigt die prozentuale Verteilung des TAS-20 Gesamtscores für Neurodermitiker und die Kontrollgruppe. Bei fast jedem vierten Neurodermitiker (22,6%) fand sich ein TAS-20-Gesamtscore  $\geq 61$ , was auf deutlich alexithyme Persönlichkeitszüge hinweist (Kontrollgruppe 4.8%;  $\text{Chi}^2 = 8.32$ ,  $p = 0.02$ ).

---

<sup>6</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2012a.

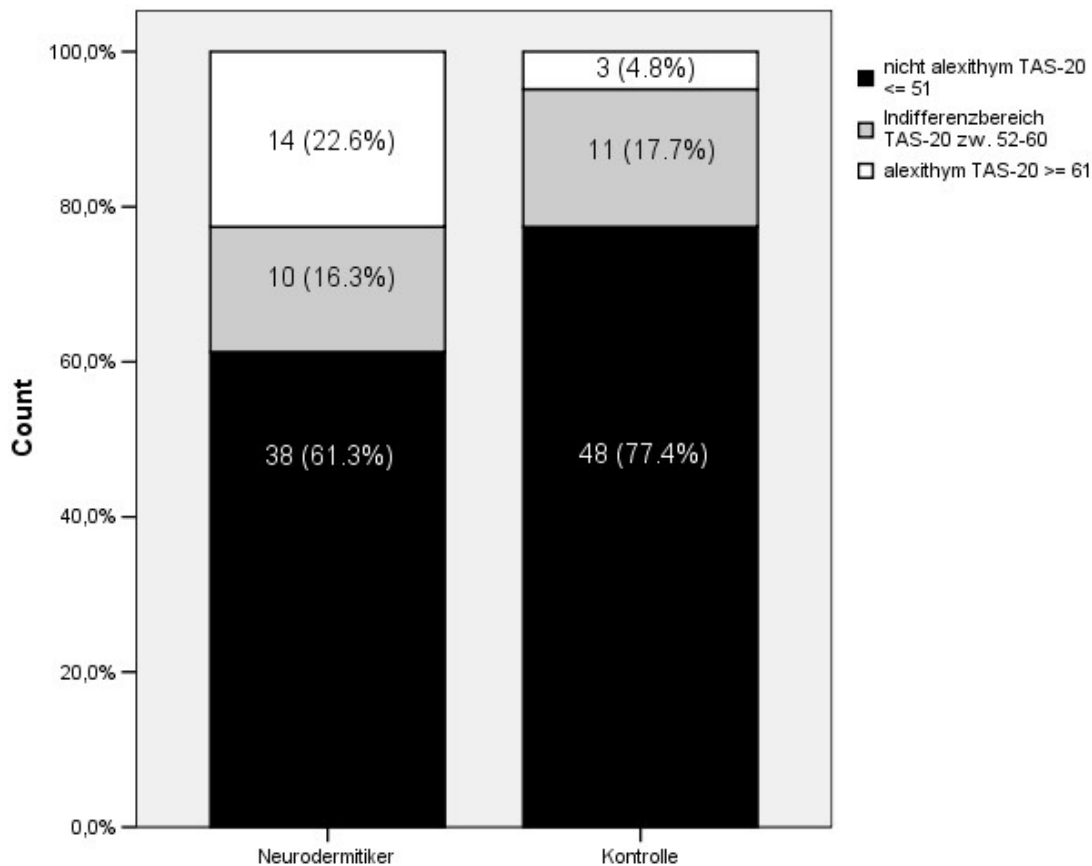


Abbildung 12: Verteilung TAS-20-Gesamtscore

#### 8.4.2. Alexithymie und Symptomschwere

Es zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der Symptomschwere der Neurodermitis und den Skalen des TAS-20-Fragebogens ( $p = 0.23 - 0.94$ ). Es wurde zudem eine Varianzanalyse durchgeführt, um den möglichen Einfluss der Neurodermitisschwere (leicht, mittel, schwer) auf die Alexithymieausprägung zu prüfen. Es fanden sich zwar absolute Unterschiede zwischen den Symptomschweregruppen (Abbildung 13), die jedoch statistisch nicht signifikant waren ( $F(2, 59) = 0.04, p = 0.96$ ).

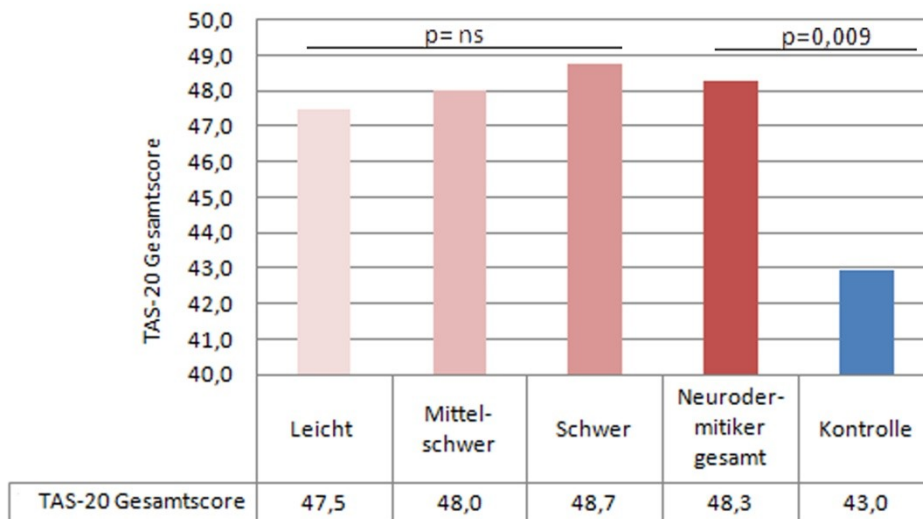


Abbildung 13: Mittelwert TAS-20 nach Symptomschwere der Neurodermitits (leicht, mittel, schwer)

#### 8.4.3. Alexithymie und Erstmanifestation bzw. Krankheitsdauer

Der erwartete Zusammenhang zwischen früher Erstmanifestation und hoher Alexithymieausprägung (TAS-20) konnte statistisch nicht belegt werden ( $r = 0.07$ ,  $p = 0.58$ ). Auch die Krankheitsdauer wies keinen signifikanten Zusammenhang mit dem TAS-20-Gesamtscore auf ( $r = -0.12$ ,  $p = 0.37$ ).

#### 8.4.4. Alexithymie und Beeinträchtigung der Lebensqualität

Bei der Berechnung der Zusammenhänge zwischen alexithymen Eigenschaften (TAS-20) und der Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität (DLQI) fanden sich, auf den TAS-20-Gesamtwert bezogen, niedrige, jedoch signifikante Korrelationen ( $r = 0.29$ ,  $p = 0.025$ ). Höhere Alexithymiewerte waren somit mit einer höheren Beeinträchtigung der Lebensqualität der Neurodermitiker verbunden. Bei der Betrachtung der einzelnen Skalen zeigte sich, dass die Skala „Probleme bei der Identifikation von Gefühlen“ die bedeutsamste Komponente des Zusammenhangs war. Hier fand sich eine mittelstarke Korrelation nach Pearson ( $r = 0.39$ ,  $p = 0.002$ ). Die beiden Skalen „Probleme mit der Beschreibung von Gefühlen“ ( $r = 0.05$ ,  $p = 0.67$ ) sowie „externer Denkstil“ ( $r = 0.18$ ,  $p = 0.16$ ) zeigten hingegen keine signifikanten Korrelationen mit dem DLQI auf.

#### 8.4.5. Prädiktoren für die Beeinträchtigung der Lebensqualität

Mithilfe schrittweiser multipler Regression wurden Prädiktoren für die Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität (DLQI-Score als abhängige Variable) bei Neurodermitikern berechnet. Als unabhängige Variablen flossen Alter, Geschlecht, Erstmanifestation der Neurodermitis, Dauer der Neurodermitis und die

Skalen des TAS-20 in die Berechnung ein. Es wurden zwei Regressionsmodelle gefunden, die einen bzw. zwei Prädiktoren beinhalteten. Ausgewählt wurde das Regressionsmodell (Tabelle 11) mit dem höchsten Regressionskoeffizienten ( $R = 0.725$ ,  $R^2 = 0.526$ , „adjusted  $R^2$ “ = 0.510), d. h. mit der größten Korrelation zwischen der abhängigen Variablen (DLQI-Gesamtscore) und allen unabhängigen Variablen. Die Symptomschwere (PO-SCORAD) wies den stärksten Zusammenhang mit dem DLQI-Gesamtscore auf (Koeffizient  $b = 0.22$ ,  $\beta = 0.62$ ,  $p < 0.001$ ), gefolgt von der Alexithymieskala „Beeinträchtigung bei der Identifizierung von Gefühlen“ (Koeffizient  $b = 0.32$ ,  $\beta = 0.298$ ,  $p < 0.001$ ). Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer, Erstmanifestation und die restlichen Alexithymiesubskalen hatten keinen signifikanten Zusammenhang mit dem DLQI-Gesamtscore.

**Tabelle 11: Multiple schrittweise Regressionsanalyse (DLQI-Gesamtscore als abhg. Variabel, PO-SCORAD, TAS-20 Skala "Probleme bei der Identifikation von Gefühlen")**

	B	95%-KI	$\beta$	p
Konstante	-8.43	-12.94 bis -3.93		0.000
PO-SCORAD-Gesamtscore	0.28	0.15 bis 0.28	0.62	0.000
TAS-20 Skala "Identifikation v. Gefühlen"	0.32	0.12 bis 0.51	0.30	0.002

$F(2,59)=32.72$ ,  $p<0.000$ ;  $R=0.725$ ,  $R^2=0.526$ , adjusted  $R^2=0.510$ .

B unstandardisierter Koeffizient

$\beta$ =standardisierter Koeffizient/Beta-Gewichtung

Zusammenfassend zeigte sich, dass Neurodermitiker deutlich stärkere Alexithymieausprägungen als hautgesunde Kontrollpersonen aufwiesen. Somit konnte Hypothese 5 bestätigt werden. Erstmanifestation und Dauer der Neurodermitiserkrankung wiesen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Alexithymie auf. Überraschenderweise gab es auch keine statistisch signifikanten Hinweise, die eine Assoziation zwischen Alexithymie und Krankheitsschwere belegen würden, obgleich eine gewisse Tendenz sichtbar wurde (Abbildung 13). Die Hypothesen 6 und 7 müssen damit vorerst verworfen werden. Alexithyme Merkmale bei Neurodermitikern gingen mit einer Beeinflussung der hautspezifischen Lebensqualität einher. Damit konnte Hypothese 8 bestätigt werden. Als Prädiktoren für die Beeinträchtigung der Lebensqualität bei Neurodermitikern konnten Neurodermitisschwere und Probleme bei der Identifikation von Gefühlen (TAS-20-Skala) ermittelt werden (Hypothese 9).

## 8.5 Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft<sup>7</sup>

### 8.5.1. Bindungseinstellungen

Es wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben berechnet, um die Bindungseinstellungen (AAS) zwischen Neurodermitikern (ND) und der Kontrollgruppe (K) zu vergleichen (Abbildung 14). Dabei fanden sich tendenziell signifikante Unterschiede auf allen drei Skalen des AAS:

AAS – Nähe: ND (MW = 18.3, SD = 5.3) vs. K (MW = 20.0, SD = 4.2;  $t(122) = -1.95$ ,  $p=0.054$ ;  $\text{Eta}^2 = 0.058$ )

AAS – Vertrauen: ND (MW = 19.3, SD = 4.2) vs. K (MW = 20.5, SD = 3.4;  $t(122) = -1.87$ ,  $p=0.064$ ;  $\text{Eta}^2 = 0.053$ )

AAS – Angst vor dem Verlassenwerden: ND (MW = 12.1, SD = 4.6) vs. K (MW = 10.6, SD = 3.6;  $t(122) = 1.98$ ,  $p=0.050$ ;  $\text{Eta}^2 = 0.060$ ).

Die Neurodermitiker dieser Untersuchung wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe demnach eher unsicherere Bindungseigenschaften auf.

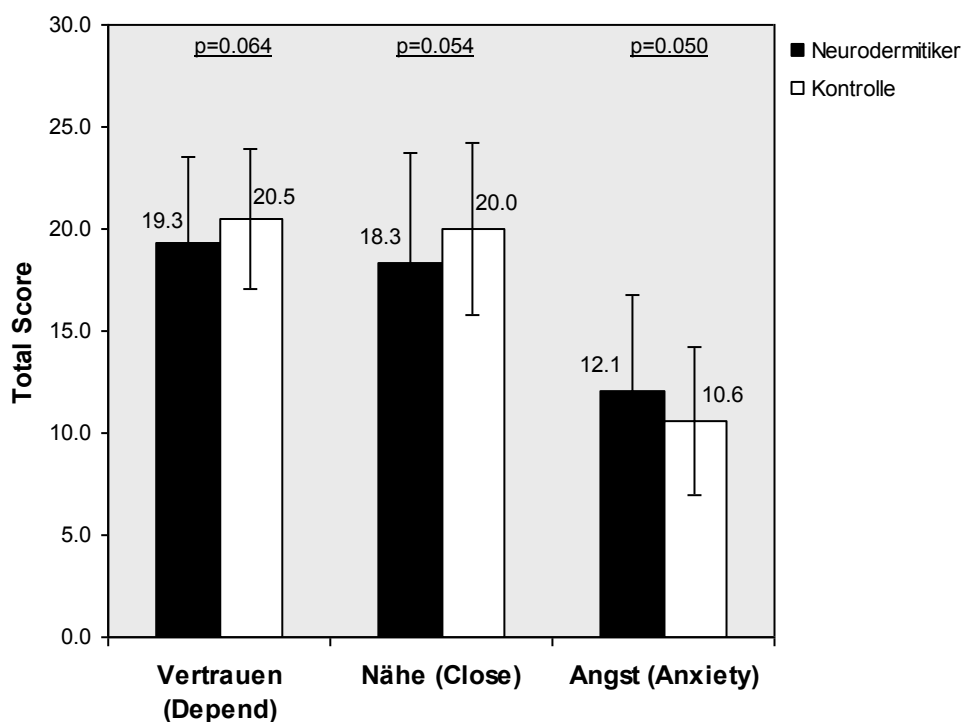


Abbildung 14: Mittelwerte der Adult Attachment Scale (AAS)

<sup>7</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2012b.



Zudem fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen den Bindungseigenschaften (AAS) der Neurodermitiker einerseits und der Beeinträchtigung hautspezifischer Lebensqualität (DLQI) sowie der Symptomschwere (PO-SCORAD) andererseits. Bindungsunsicherheit ging dabei mit erhöhter Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität sowie einer starken Symptomschwere einher. Ein relevanter Zusammenhang zur Erstmanifestation der Neurodermitis oder der Erkrankungsdauer fand sich hingegen entgegen der Erwartungen nicht (Tabelle 12).

**Tabelle 12: Pearson-Korrelationen bzgl. AAS**

	Neurodermitiker			Kontrolle		
	Vertrauen	AAS Nähe	Angst	Vertrauen	AAS Nähe	Angst
DLQI	-0.410**	-0.405**	0,487**			
PO-SCORAD	-0.361**	-0.380**	0.309**			
Erstmanifestation	Ns	ns	ns			
Erkrankungsdauer	Ns	ns	ns			
PFB-Ges.Score	0.436**	0.425**	-0.414**	0.318*	ns	ns

DLQI Dermatology Life Quality Index

PO-SCORAD Patient-oriented Scoring of Atopic Dermatitis

PFB Partnerschaftsfragebogen nach Hahlweg

AAS Adult Attachment Scale

ns nicht signifikant

\*\*\*  $p \leq 0.001$

\*\*  $p \leq 0.01$

### 8.5.2. Partnerschaftszufriedenheit

Um die Partnerschaftszufriedenheit (PFB) zwischen der Gruppe der Neurodermitiker (ND) und der Kontrollgruppe (K) zu vergleichen, wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben berechnet. Dabei zeigte sich, dass die Unterschiede der Mittelwerte auf allen PFB - Skalen klein und nicht signifikant waren:

PFB – Streitverhalten: ND (MW = 5.7, SD = 4.9) vs. K (MW = 4.7, SD = 3.5;  $t(86) = 1.11, p=0.27; \text{Eta}^2 = 0.02$ )

PFB – Zärtlichkeit: ND (MW = 22.5, SD = 4.9) vs. K (MW = 23.2, SD = 4.9;  $t(86) = -0.54, p=0.59, \text{Eta}^2 = 0.005$ )

PFB – Kommunikation / Gemeinsamkeit: ND (MW = 21.5, SD = 4.7) vs. K (MW = 23.2, SD = 4.5;  $t(86) = -1.67, p=0.098; \text{Eta}^2 = 0.04$ )

PFB – Gesamtscore: ND (MW = 68.2, SD = 11.0) vs. K (MW = 71.5, SD = 11.0;  $t(86) = -1.37, p=0.17; \text{Eta}^2 = 0.02$ )

Im Durchschnitt erlebten die Neurodermitiker dieser Studienstichprobe also ihre Partnerschaft weder zufriedener noch unzufriedener als die hautgesunde Kontrollgruppe. Auch ließen sich in der Gruppe der Neurodermitiker keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftszufriedenheit einerseits und der Erstmanifestation ( $r = -0.10, p = 0.52$ ), der Krankheitsdauer ( $r = -0.13, p = 0.42$ ) und der Krankheitsschwere ( $r = -0.15, p = 0.35$ ) andererseits aufzeigen. Ebenso fanden sich in der Gruppe der Neurodermitiker keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität (DLQI) und dem PFB - Gesamtscore ( $r = -0.13, p = 0.94$ ).

Im Gegensatz dazu fanden sich bei den Neurodermitikern dieser Studie signifikante, mittelstarke, positive Korrelationen zwischen einer hohen Partnerschaftszufriedenheit (PFB) und sicheren Bindungseinstellungen (AAS) (Tabelle 12). Innerhalb der Kontrollgruppe konnte dieser Zusammenhang nur für die AAS – Skala „Vertrauen auf Andere“ signifikant gezeigt werden.

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich Neurodermitiker mit vorhandener Partnerschaft von Neurodermitikern ohne Partnerschaft bezüglich Bindungssicherheit (AAS), Neurodermitisschwere (PO-SCORAD) und hautspezifischer Lebensqualität (DLQI) unterscheiden. Hierzu wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben berechnet (Abbildung 15). Für die AAS – Skala „Angst vor dem Verlassenwerden“ fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen Neurodermitikern mit Partnern (MW = 11.3, SD = 4.6) und ledigen Neurodermitikern (MW = 14.0, SD = 4.4;  $t(60) = 2.15, p = 0.04$ ). Der Unterschied der Mittelwerte (mittlere Differenz = 2.7, 95% KI: 0.2 bis 5.3) war hier mittelgroß ( $\text{Eta}^2 = 0.07$ ). Die in Partnerschaft lebenden Neurodermitiker dieser Studie gaben also signifikant geringere Ängste vor dem Verlassenwerden an (AAS – Angst) und wiesen somit eher sicherere Bindungseigenschaften auf. Rein deskriptiv konnte diese Tendenz zwar auch für die anderen beiden AAS – Skalen gefunden werden (Abbildung 15), jedoch waren die Unterschiede der Mittelwerte hier statistisch nicht signifikant (AAS – Vertrauen:  $t(60) = -1.58, p = 0.12$ ; AAS – Nähe:  $t(60) = -1.65, p = 0.10$ ). Bezüglich des PO-SCORADs sowie des DLQIs konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (PO-SCORAD:  $t(60) = -0.79, p=0.43$ ;

DLQI:  $t(60) = 0.14, p = 0.89$ ). Dies bedeutet, dass, innerhalb der Stichprobe dieser Studie, keine Unterschiede zwischen ledigen Neurodermitikern und in Partnerschaft lebenden Neurodermitikern bezüglich der Symptomschwere und der hautspezifischen Lebensqualität nachweisbar waren.

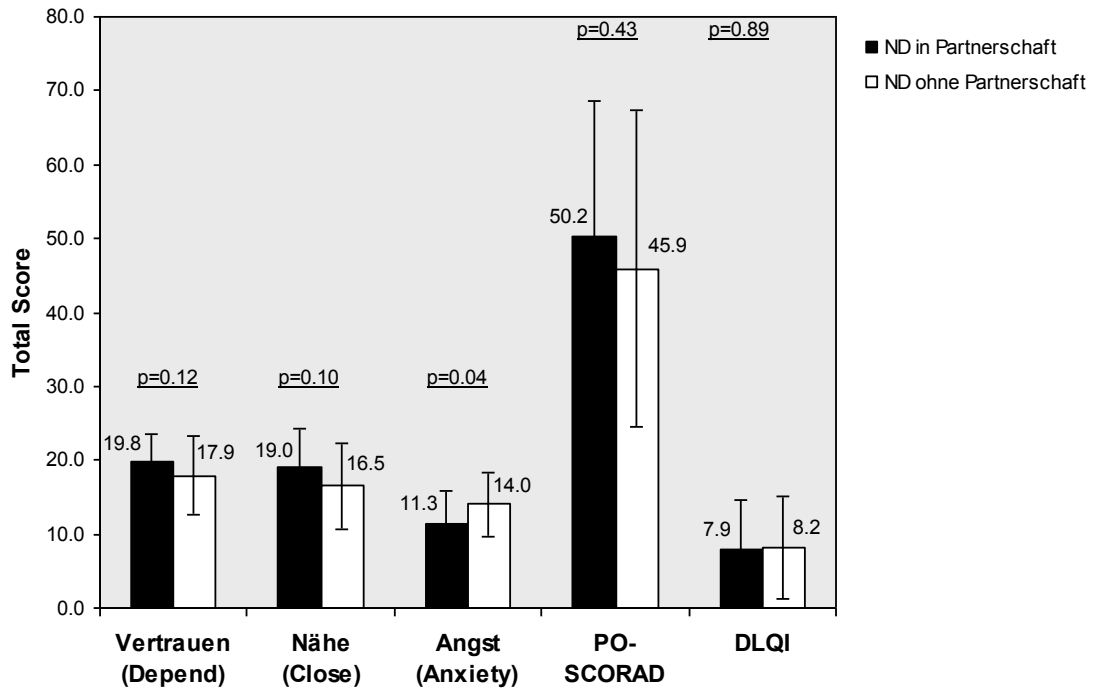


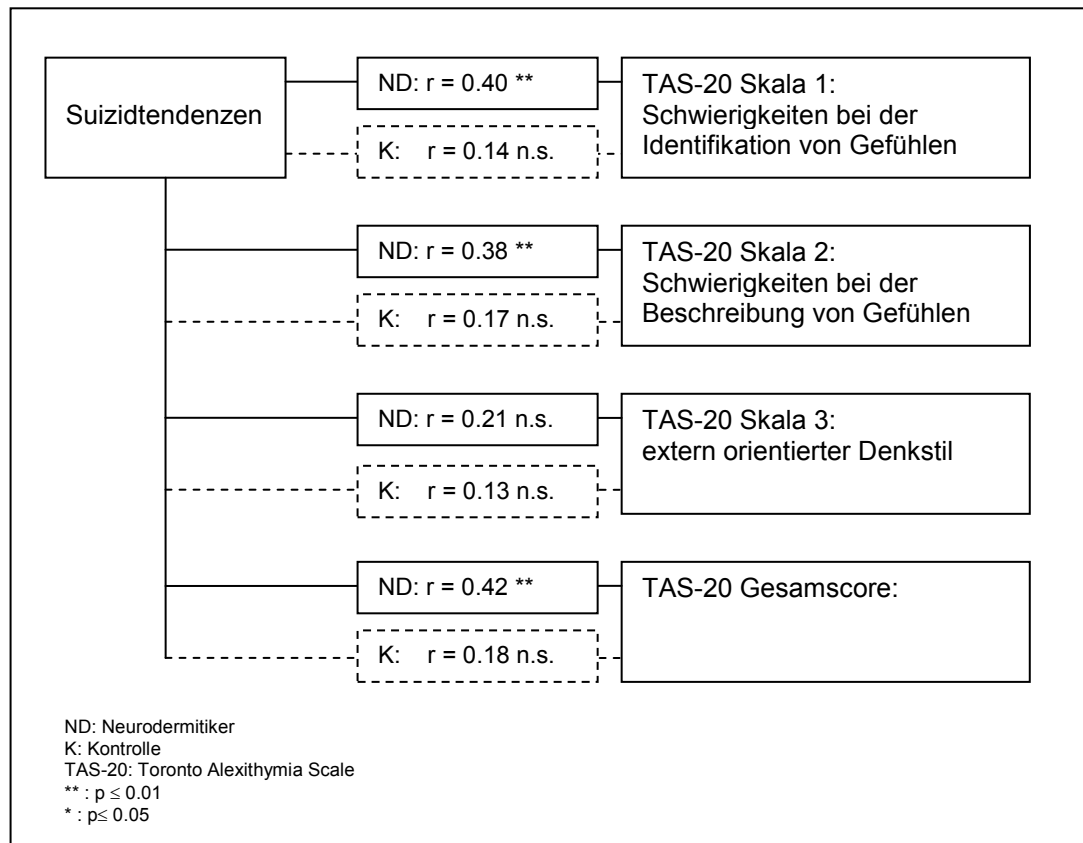
Abbildung 15: Mittelwerte bzgl. AAS, PO-SCORAD und DLQI für Neurodermitiker mit und ohne Partnerschaft

Zusammengefasst konnte die Hypothese 10 damit zumindest tendenziell bestätigt werden, während Hypothese 11 abgelehnt werden musste. Hypothese 12 konnte nur in Teilen bestätigt werden.

### **8.6 Zusammenhänge zwischen Suizidalität („1. Säule“) und Alexithymie, Bindung und Partnerschaftszufriedenheit („2. und 3. Säulen“)**

Rein explorativ wurden mögliche Zusammenhänge (Pearson – Korrelationen) zwischen den alexithymen Ausprägungen, den Bindungseinstellungen sowie der Partnerschaftszufriedenheit einerseits und den Suizidtendenzen (als ausdruckskräftigster Belastungsfaktor und möglicher Hinweis für eine Behandlungsindikation) andererseits berechnet. Dabei fanden sich

überraschenderweise nahezu durchgängig signifikante, mittelstarke bis starke, Korrelationen für die Gruppe der Neurodermitiker. In der hautgesunden Kontrollgruppe hingegen konnten keine signifikanten Zusammenhänge erhoben werden (Abbildung 16 bis Abbildung 18).



**Abbildung 16: Korrelationen (Pearson) zwischen Suizidendenzen und TAS-20**

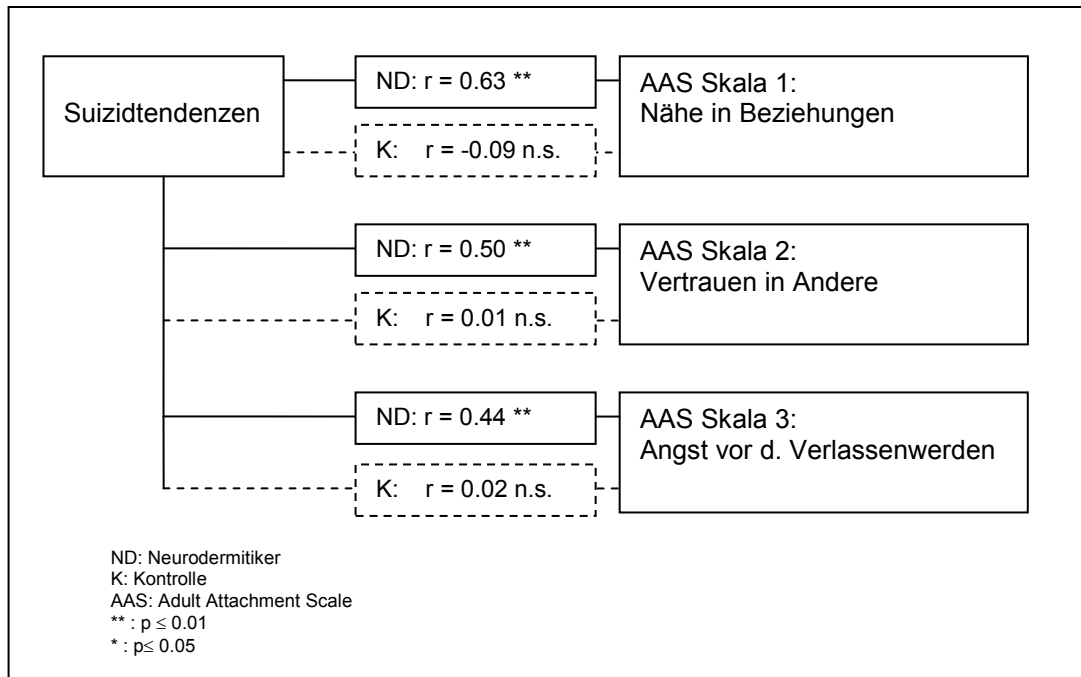


Abbildung 17: Korrelationen (Pearson) zwischen Suizid Tendenzen und Bindungseinstellungen (AAS)

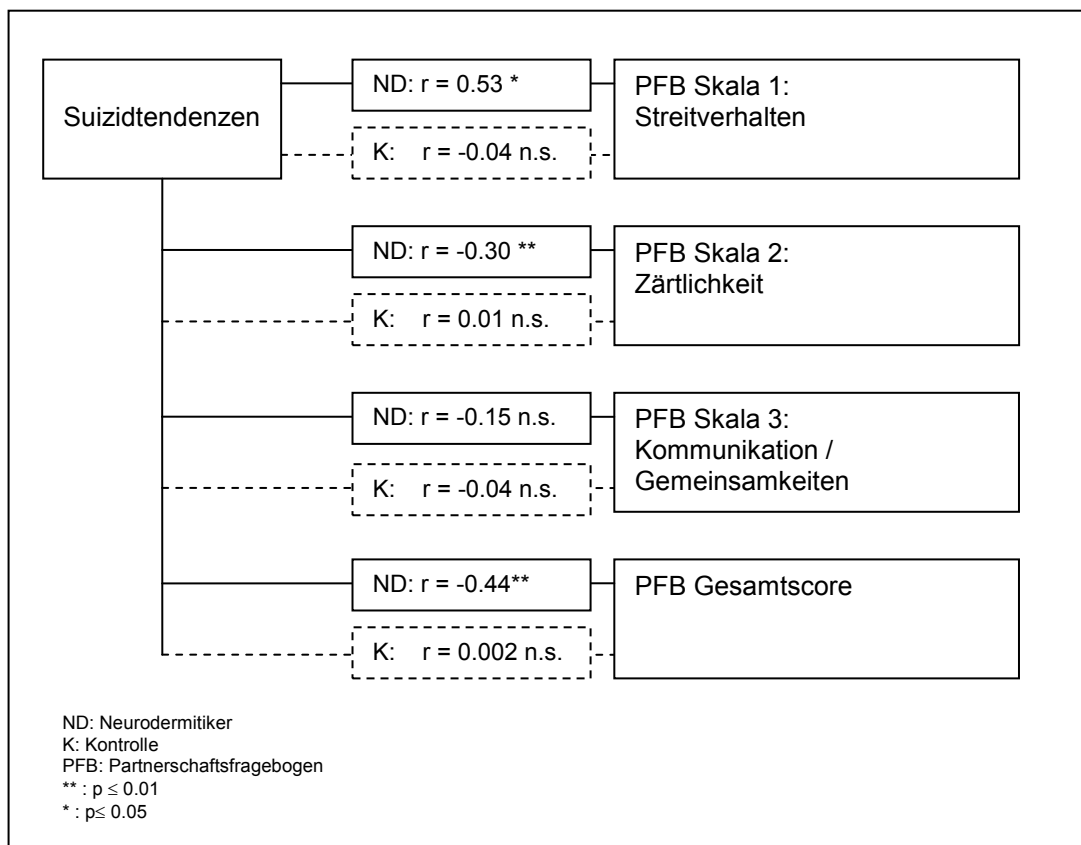


Abbildung 18: Korrelationen (Pearson) zwischen Suizid Tendenzen und Partnerschaftszufriedenheit (PFB)

## 9 Diskussion

Orientierend am dreiteiligen Aufbau der Arbeit (Abbildung 19) soll nun folgend eine Bewertung, Einordnung und Diskussion der einzelnen Ergebnisteile („Säulen“) erfolgen. Im Anschluss daran wird eine Reflexion über die Gesamtarbeit, über ihre Intention und über aus ihr hervorgegangene, mögliche neue Forschungsideen und -richtungen diskutiert („Dach“).

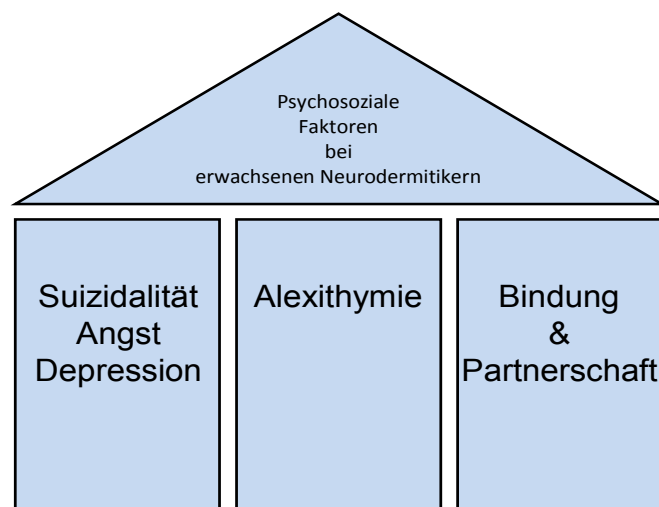


Abbildung 19: Gliederung der Diskussion in drei „Säulen“ und ein „Dach“.

### 9.1 Suizidalität, Angst und Depression bei Neurodermitis<sup>8</sup>

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppe der Neurodermitiker in dieser Studie eine höhere Prävalenz für Suizidgedanken aufweisen als die hautgesunde Kontrollgruppe. Außerdem findet sich ein klarer Zusammenhang mit der Symptomstärke, nicht jedoch mit der Erstmanifestation der Neurodermitis. Der Vergleich zwischen den bisher vorhandenen Studien zur Suizidalität bei Neurodermitis und den hier gewonnenen Ergebnissen zeigt, dass die Prävalenzen für suizidale Gedanken in Deutschland ähnlich hoch – oder gar höher – sind (16,1%) als in Dänemark (18,9%) (Zachariae et al. 2004), Japan (19,6% bei schweren Symptomen) (Kimata 2006) oder in einer gemischten dermatologischen

<sup>8</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2009.

Patientengruppe in Italien (8,6%) (Picardi et al. 2006). Depressions- und Angstgefühle sind, wie erwartet (Hong et al. 2008), im Vergleich zur hautgesunden Kontrollgruppe erhöht. Auch wird der Zusammenhang zwischen Depression und Suizid, der beispielsweise in der italienischen Stichprobe (Picardi et al. 2004) beobachtet wurde, deutlich. Harth et al. (2008) weisen dazu im jüngst erschienenen Forschungsüberblick zum Thema "Suizidalität in der Dermatologie,, darauf hin, dass bei Neurodermitis und anderen Hauterkrankungen Depressionen oftmals über "somatische Stellvertretersymptome" wie Jucken, Kribbeln und diffuse Schmerzen zum Ausdruck gebracht werden, die in der dermatologischen Praxis schnell übersehen oder fehlgedeutet werden können. Diese sind jedoch wichtig, da Depressionen und Suizidgedanken miteinander einhergehen (Picardi et al. 2006). Kommt es erst einmal zu sich immer wieder aufdrängenden Suizidphantasien und – ideen, so ist dies mit einer erheblich höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, suizidale Handlungen auch zu begehen (Wirtz & Nachtigall 2002).

Des Weiteren findet sich in der hier vorliegenden Studie ausschließlich innerhalb der Neurodermitikergruppe eine signifikante, positive Korrelation zwischen Angstgefühlen und Suizidgedanken – nicht jedoch in der hautgesunden Kontrollgruppe. Dies liefert Hinweise für die klinische Hypothese, dass gerade bei Neurodermitikern mit einer ausgeprägten Angstsymptomatik eine explizite Nachfrage des Arztes nach Suizidalität sinnvoll und wichtig sein könnte.

Überraschenderweise finden sich in der untersuchten Stichprobe keine Zusammenhänge zwischen der Erstmanifestation sowie der Dauer der Erkrankung und der psychischen Belastung. Der späterkrankte Neurodermitiker (dieser Stichprobe) leidet demnach, bezogen auf depressive, ängstliche und selbstgefährdende Gefühle, ähnlich stark an der Erkrankung, wie der früherkrankte Neurodermitiker. Entscheidend für das Ausmaß der psychischen Belastung ist, bezogen auf die untersuchte Stichprobe, vielmehr die Schwere der Symptomatik. Es sind hier vor allem die schwer betroffenen Neurodermitiker, die ängstliche und selbstgefährdende Gefühle und Gedanken beschreiben. Diese Ergebnisse unterstützen die Überlegung, dass die Integration einer psychosomatischen Betrachtungsweise innerhalb der klinisch-somatischen Neurodermitisbehandlung hilfreich und vielleicht notwendig sein könnte (z.B. für Dermatologen oder Hausärzte, die oftmals die erste Anlaufstelle für Neurodermitiker sind).

Obwohl Neurodermitiker in der vorliegenden Untersuchung nicht mehr ‚Kontakt‘ mit dem Thema Suizidalität haben (z.B. Suizid in der Familie oder Freundeskreis), beschäftigen sie sich häufiger mit lebensmüden Gedanken und Suizidphantasien. Auch der starke, in dieser Studie gefundene Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und Symptomstärke der Neurodermitis unterstreicht das psychisch belastende Potential der Erkrankung Neurodermitis. Die gefundenen Zusammenhänge unterstreichen den Bedarf nach größeren, randomisiert - kontrollierten Studien zur Validierung und Verallgemeinerung der Aussagen über Suizidalität bei Neurodermitis.

Klinisch könnte es hilfreich sein, wenn ärztliche Behandler sensibilisiert wären für die Themen Suizidalität und Depressivität und im Idealfall eigene Strategien für einen adäquaten Umgang mit Suizidalität bei (vor allem schwer) betroffenen Neurodermitikern entwickeln würden (Harth et al. 2008).

## **9.2 Alexithymie bei Neurodermitis<sup>9</sup>**

Die Bewertung und die Einordnung der in dieser Studie gefundenen Alexithymieprävalenzen für Neurodermitiker sind durch die große Varianz der in der Literatur beschriebenen Alexithymiewerte bei anderen chronischen Erkrankungen erschwert. Bei chronischen somatischen Erkrankungen werden Alexithymiehäufigkeiten zwischen 6 und 59% beschrieben (Hypertonie 55%, Morbus Crohn 38%, rheumatoide Arthritis 27–54%, Asthma 36%, chronisches Schmerzsyndrom 13–53%), bei chronischen psychischen Erkrankungen Werte zwischen 6 und 77% (Depression 32–46%, Essstörungen 24–77%, Angststörungen 13–58%, Zwangsstörungen 11–14%, somatoforme Störungen 6–59%; Überblick in Leweke & Bausch 2009). In der Dermatologie wurden Alexithymiehäufigkeiten zwischen 15 und 58% beschrieben (Psoriasis 15,6–51,1%; chronische Urtikaria 50%, Alopecia areata 33–58%, Vitiligo 35%; Überblick bei Willemsen et al. 2008). Damit liegt die gefundene Prävalenz von hochalexithymen Ausprägungen (22%) innerhalb der untersuchten Neurodermitikergruppe im unteren Bereich der Vergleichsskala, bezogen auf andere Erkrankungen. Im Vergleich zur deutschen Repräsentativstichprobe (Prävalenz der Alexithymie in Deutschland ca. 10%; Franz

---

<sup>9</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2012a.



et al. 2008) ist die Prävalenz jedoch erhöht. Obwohl sich daraus quantitativ keine Spezifität der Alexithymieausprägung bei Neurodermitikern ergibt (im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen), liefern die Ergebnisse dieser Studie Hinweise, dass eine begleitende Psychotherapie bei Neurodermitis hilfreich sein könnte. Wenn Alexithymie einen Risikofaktor für andere psychische Erkrankungen sowie eine Beeinträchtigung bei der Bewältigung (Coping) von (interpersonellen) Konflikten und Stress darstellt und damit zur Symptomsteigerung sowie Chronifizierung der Neurodermitis beitragen würde, könnten spezifische, auf die Verbesserung der Wahrnehmung von Affekten ausgerichtete therapeutische Interventionen hilfreich sein.

Relevant für hoch-alexithyme Neurodermitiker könnte die Einteilung in primäre und sekundäre Alexithymie sein. Da ein Großteil der Betroffenen (60%) bereits im ersten Lebensjahr erkrankt, also in einer für Bindungssicherheit relevanten Phase der Entwicklung, könnte es somit einen größeren Anteil an primärer Alexithymie geben. Spät Erkrankte könnten dann eher als sekundär alexithym (reaktiv) verstanden werden. Allerdings hatten sowohl Krankheitsdauer als auch Erstmanifestationsalter statistisch keinen Effekt auf das Ausmaß der Alexithymie bei Neurodermitikern. Dies könnte auf die geringere Bedeutung einer Ätiologiedifferenzierung hinweisen.

Ein für das Krankheitsbild der Neurodermitis sehr bedeutsamer und spezifischer Faktor ist der Umgang mit Kratzimpulsen: Wenn bei hoch-alexithymen Menschen die Affektverarbeitung vorwiegend im Bereich der „Low-level“-Kompetenzen stattfindet, d. h. mithilfe somatischer Affektsignale, somatoformer Symptome oder impulsnaher Verhaltenstendenzen (Franz & Schäfer 2009a; hier wichtig: Kratzimpulse), könnte eine auf die Behandlung der Alexithymie gerichtete Psychotherapie einen Beitrag zur Abschwächung des für Neurodermitispatienten quälenden Juckreiz-Kratz-Zirkels leisten.

Es ist kritisch zu betonen, dass die Neurodermitiker in der hier vorgestellten Studie signifikant häufiger andere psychische Erkrankungen angaben, als die Kontrollgruppe, sodass es uneindeutig bleibt, ob die gefundene und bedeutsame hohe Unfähigkeit zur Gefühlsidentifikation bei Neurodermitikern tatsächlich Ausdruck von Alexithymie oder Ausdruck einer Interferenz mit depressiven Symptomen ist. Dennoch finden sich ähnliche Tendenzen in früheren, teils

repräsentativen Studien wieder (Harth & Gieler 2006). Demnach sind Neurodermitiker oftmals psychisch belasteter als hautgesunde Menschen, was auch Auswirkungen auf das soziale sowie affektive Erleben hat. Dies ist aus psychodermatologischer Perspektive hervor zu heben, da in der Behandlung von Neurodermitispatienten die psychischen Aspekte oftmals zu kurz kommen oder vom Behandelnden nicht (ausreichend) erfragt werden (Niemeier et al. 1997). Es ist deshalb wichtig, auf den hier gezeigten negativen Effekt hinzuweisen, den eine „Beeinträchtigung in der Identifizierung von Affekten“ auf die hautspezifische Lebensqualität bei Neurodermitikern, also eines der Therapieerfolgskriterien (neben Symptomreduktion, vgl. AWMF S2-Leitlinie, DDG 2002) haben kann. Es bedarf an weiteren psychodermatologischen Studien, um die hier gezeigten Ergebnisse zu validieren und die Diskussion um eine spezifische Psychotherapie bei Neurodermitis zu untermauern. Bisher findet sich hier kaum entsprechende Literatur.

### **9.2.1. Mögliche Konzepte für die Psychotherapie bei Neurodermitikern**

Die in dieser Studie untersuchten Neurodermitiker weisen signifikant häufiger Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung von Gefühlen und Affekten auf, was in Zusammenhang steht mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität. Welche psychotherapeutischen Haltungen und Methoden stehen also zur Verfügung, um alexithyme Merkmale zu modifizieren? Bisher lassen sich nur wenige aussagekräftige Studien zur alexithymiespezifischen Behandlung finden (Rufer & Grabe 2009). Beresnevaite (2000) belegte in einer kontrollierten Studie an 20 Myokardinfarktpatienten einen signifikanten Rückgang der mittleren TAS-20-Werte, nachdem sie 4 Monate lang in einem gruppentherapeutischen Setting (insgesamt 16 Sitzungen à 90 Minuten) stationär behandelt worden waren. Grundsätzlich könnte ein Gruppensetting vorteilhaft für alexithyme Menschen sein (Poulsen 1991). Die im Vergleich zur Einzeltherapie vielfältigen Interaktionen und das „Lernen am Modell“ (Wie gehen andere Menschen mit Emotionen um?) könnten helfen, die eigenen Gefühle besser wahrzunehmen und zu verbalisieren. Gruppendynamisch könnte dabei eine hautspezifische Therapiegruppe den Wirkfaktor der „Universalität des Leidens“ („Ich bin nicht allein mit meinem Leiden“) verstärken, bedenkt man die gut evaluierten Effekte von

Neurodermitisschulungen, die ja ebenfalls in Gruppen durchgeführt werden (Staab et al. 2006).

Rufer & Grabe (2009) formulieren, dass ein therapeutischer Versuch, primär über Gefühle sprechen zu wollen, bei alexithymen Menschen zu kurz greifen könnte. Alternativen könnten dann eher nonverbale Interventionen sein, bei denen zuerst das Erleben (Kontakt, Berührung, Bewegung), später dann die sprachliche Aufarbeitung im Zentrum stehen. In einer Studie von Grabe et al. (2008) gaben alexithyme Patienten in einer Selbsteinschätzung an, dass im Besonderen die kommunikative Bewegungstherapie zu ihrem Therapieerfolg beigetragen hätte. In der oben genannten kontrollierten Studie von Beresnevaite (2000) kamen zudem gestalttherapeutische Elemente zum Einsatz. Ein körpertherapeutischer Ansatz könnte bei Neurodermitikern eine geeignete Methode sein, um aufgrund der neurodermitisspezifischen Körpererfahrungen erlebte Problemfelder (Nähe-Distanz-Regulation, Berührbarkeit, Differenzierung in der Hautwahrnehmung; Gieler & Detig-Kohler 1994) erlebnisnah zu bearbeiten. Belastbare Daten dazu gibt es bisher jedoch nicht. Im Rahmen von psychodynamischen Therapieansätzen erscheint es angesichts der reduzierten Affektwahrnehmung alexithymer Menschen empfehlenswert, eher Ich-stützende Interventionen zu integrieren (Rufer & Grabe 2009). Durch selektives Mitteilen eigener Emotionen, Angebote eigener Handlungsoptionen oder Hilfs-Ich-Angebote können Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierung gefördert werden (im Sinne einer Nachreifung auf der Strukturachse, vgl. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik-2, Arbeitskreis OPD 2009). Auf regressionsfördernde Interventionen (langes Schweigen, häufiges Deuten etc.) sollte zugunsten einer aktiven, „Antwort gebenden“ therapeutischen Haltung eher verzichtet werden (Therapeut als Hilfs-Ich). Ein für die Behandlung v. a. primärer Alexithymie interessantes Konzept könnte die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) zur Behandlung von frühen Persönlichkeitsstörungen sein. Sie gibt eine aktive therapeutische Haltung im Kontakt mit dem Patienten vor und fördert durch die Prinzipien „neugierig Fragen“, „Alltagssprache“, „Feedback kontingent und markiert Geben“, „selektive Authentizität“, „Mentalisierungsbrüche Aufweisen und Verbindungen Schaffen“ sowie „bewusstseinsnah Intervenieren“ den Umgang und die Wahrnehmung eigener Gefühle sowie die Fähigkeit der Mentalisierung (Bolm 2009). Belastbare Psychotherapiestudien zur MBT bei Alexithymie oder

Neurodermitikern liegen jedoch nicht vor. Lumley et al. (2007) berichten den positiven Effekt des Einsatzes von Beschwerdetagebüchern zur Verbesserung der Differenzierung zwischen Gefühlen und deren körperlichen Sensation. In der Neurodermitisbehandlung werden ähnliche Gefühls- und Symptomtagebücher für die Sichtbarmachung der Zusammenhänge zwischen Gefühlen und Symptomstärken bzw. Juck- und Kratzintensität verwendet. Ebenso werden Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelrelaxation, autogenes Training) zur Wahrnehmung und Differenzierung von Affekten sowie deren Körpersensationen empfohlen (Rufer & Grabe 2009). Bei Neurodermitikern werden diese zudem zur Stress- und Kratzreduktion genutzt (Stangier et al. 1996).

### **9.3 Neurodermitis, Bindung und Partnerschaft<sup>10</sup>**

Die Ergebnisse dieser Studie geben Anlass für eine differenzierte Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Neurodermitis und Bindung bzw. Partnerschaft.

Obwohl aus Perspektive der Bindungstheorie nach Bowlby ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Neurodermitis im frühen Lebensalter (bis zum 3. Lebensjahr) und unsicheren Bindungsrepräsentanzen nachvollziehbar und erwartbar wäre, zeigten sich keine signifikanten korrelativen Zusammenhänge. Rabung et al. (2004) konnten diese Hypothesen in ihrer Studie mit 124 Neurodermitikern ebenfalls nicht belegen, obgleich, wie auch in dieser Studie, Neurodermitiker insgesamt häufiger unsichere Bindungsmuster aufwiesen. Es scheint also weniger der Zeitpunkt der Erstmanifestation einer Neurodermitis entscheidend zu sein, als vielmehr die Tatsache, überhaupt erkrankt zu sein. Auch die Dauer der Erkrankung scheint nicht von zentraler Bedeutung zu sein. Ob es bindungstheoretisch eine „besonders prägende“ Phase gibt (etwa das 1. Lebensjahr), in der gleichzeitige Entwicklung von Bindungsmustern und Erstmanifestation von Neurodermitis zu besonders einschneidenden Veränderungen in der Selbstentwicklung führen, bleibt damit vorerst ungeklärt. Wäre dies der Fall, müsste eine spätere „Kompensation“, vielleicht im Sinne einer Anpassung, einsetzen, die eventuelle Unterschiede zwischen früh und spät erkrankten Neurodermitikern ausgleicht. Hier wäre u.U. eine Untersuchung an Neurodermitiskindern mit

---

<sup>10</sup> Dieses Unterkapitel orientiert sich an der Publikation Dieris-Hirche et al. 2012b.

bindungsspezifischen Untersuchungsverfahren (z.B. mittels „Fremde Situation“ (Ainsworth et al. 1978)) hilfreich. Dennoch konnte die Studie zeigen, dass Neurodermitiker zumindest tendenziell unsichere Bindungseinstellungen aufweisen (vgl. Rabung et al. 2004).

Die hier durchgeführte Studie zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungseinstellungen, Neurodermitisschwere und Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität. Zwar lassen Korrelationen statistisch keine direkte Kausalität zu, jedoch könnten die Ergebnisse inhaltlich in eine Reihenfolge gebracht werden: Da es in der hier untersuchten Versuchsgruppe bezogen auf Bindungseinstellungen keinen Unterschied macht, ob ein Neurodermitiker früh oder spät erkrankt und auch die Dauer der Erkrankung keine zentrale Rolle spielt, könnte die bindungs-verunsichernde Komponente das alleinige Auftreten/Erkranken an Neurodermitis sein. Das Erkranken an Neurodermitis könnte also eine Belastung sein und reaktiv zu unsicheren Bindungseinstellungen führen. Dass Bindungsmuster durch Krankheit und Traumata modifiziert werden können, zeigen Studien aus der Bindungsforschung (vgl. Grossmann et al. 1999). Die umgekehrte Annahme, dass unsicher gebundene Menschen eher an Neurodermitis erkranken (im Sinne einer Neurodermitiker-Persönlichkeit), ist in der Vergangenheit diskutiert, jedoch aufgrund der heterogenen Befunde als eher nicht wahrscheinlich befunden worden (Thomä 1980, Gieler & Brosig 2001).

Unsichere Bindungseinstellungen und Symptomschwere sowie hautspezifische Lebensqualität stehen in einem signifikanten Zusammenhang, ohne jedoch eine klare Zuordnung der Kausalität zu erlauben. Einerseits könnte eine schwere Neurodermitis mit starkem Juckreiz zu Problemen im interpersonellen und intrapsychischen System (z.B. Ekel und Ablehnung der eigenen Haut, Auto-Aggression (massives Kratzen), Partnerschaftsprobleme, Nähe-Distanz-Konflikt) führen, andererseits könnten soziale Faktoren wie z.B. Partnerschaftskonflikte Einfluss nehmen auf Bindungssicherheit, was sekundär zu mehr Bindungsängsten und damit zu erhöhtem intrapsychischen Stress führen könnte. Hierfür würden die in der Studie gefundenen signifikanten Zusammenhänge zwischen Partnerschaftszufriedenheit und Bindungssicherheit sprechen. Stress wiederum ist als ein bedeutsamer Mediator von Neurodermitisschüben beschrieben (Raap et al. 2003).

Bezogen auf Partnerschaftszufriedenheit fällt auf, dass die untersuchten Neurodermitiker durchschnittlich nicht so gravierend psychisch belastet sind, wie man es vielleicht aufgrund der deutlich beeinträchtigten psychosozialen Funktionen der Haut vermuten könnte. Dies deckt sich auch mit den bisher vorliegenden Studien des Themenbereiches ‚Hauterkrankung und Sexualität/Partnerschaft‘ (z.B. Seikowski et al. 2008, Niemeier et al. 1997, Misery et al. 2007). Dennoch sind Sexualität und Partnerschaft ein bedeutsames Thema für die psychosoziale/ärztlich Betreuung von Neurodermitikern, zumal auch in unserer Studie die Partnerschaftszufriedenheit über den signifikanten Zusammenhang zur Bindungssicherheit Einfluss auf die hautspezifische Lebensqualität nimmt. Niemeier et al. (1997) konnte zudem zeigen, dass bei Neurodermitikern beider Geschlechts der Austausch von Zärtlichkeiten, bei Neurodermitikerinnen zusätzlich die Orgasmusfähigkeit signifikant reduziert ist.

Methodenkritisch muss bemerkt werden, dass nur Neurodermitiker in Partnerschaft zur Partnerschaftszufriedenheit befragt wurden. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass gerade diese Partnerschaften durch eine besondere Sensibilität bzgl. der Erkrankung Neurodermitis geprägt sind. Ebenso wurde die Partnerschaftszufriedenheit nur einseitig erhoben, sodass die Perspektive des nichterkrankten Partners unbekannt bleibt. Im Vergleich zwischen den sich in Partnerschaft befindenden und den ledigen Neurodermitikern zeigen sich deskriptive Unterschiede in der Bindungssicherheit, die sich bezüglich der Skala „Angst (vor dem Verlassenwerden)“ statistisch signifikant absichern lassen. Das Vorhandensein einer Partnerschaft könnte somit ein stabilisierender und Bindungssicherheit vermittelnder Faktor sein.

Aus psychosomatisch-psychotherapeutischer Sicht erscheint der in dieser Studie gezeigte Zusammenhang zwischen Bindungseinstellungen und Neurodermitisfaktoren (Schwere und Lebensqualität) interessant, könnte doch eine gezielte Psychotherapie mit Fokus auf Bindungssicherheit das (psycho-)dermatologische Behandlungskonzept ergänzen und somit zu einer Verbesserung der Therapiezielvariablen Symptomschwere und Lebensqualität beitragen. Die klinische Bindungsforschung zeigt, dass Bindungsmuster und Bindungssicherheit einen bedeutsamen Einfluss im psychotherapeutischen Prozess haben und dass bindungsspezifische Elemente Einzug gehalten haben in spezifische und

unspezifische Psychotherapiekonzepte (Überblick in Strauß & Schwark 2007). Zudem haben sich eigene bindungsorientierte Behandlungskonzepte entwickelt (z.B. mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman & Fonagy 2003, Brief Attachment Based Therapy (Holmes 2001)).

Belastbare Zahlen und Studien zur Psychotherapie bei Neurodermitispatienten lassen sich bisher nur in sehr wenigen Studien finden, was den großen Bedarf an weiterer Forschung anzeigt. Chida et al. untersuchten 2007 in einer Meta-Studie (8 von 13 randomisiert - kontrollierte Studien eingeschlossen) die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen bei Neurodermitikern. Die Studie zeigte, dass psychologische Interventionen bei Neurodermitikern einen positiven Effekt auf die Ekzemschwere, den Juckreiz und die Kratzintensität haben. Laut den Autoren seien weitere Studien erforderlich, um eine breite Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse zu erhalten.

#### ***9.4 Diskussion der Gesamtarbeit, Limitierung und mögliche Ausblicke***

Die Intention der Arbeit war es, die psychosozialen Auswirkungen und Besonderheiten im (Er-)Leben von Neurodermitikern zu erfassen, um im Sinne einer psychosomatischen Perspektive mehr Wissen über die möglichen (spezifischen) Behandlungsbedürfnisse zu erlangen. Hierzu greift die vorliegende Arbeit in ihrer Methodik auf in der Wissenschaft und Theorie umfassend beforschte und diskutierte Konzepte zurück. Über Bindungseinstellungen (angelehnt an die Bindungstheorie nach Bowlby) wurde versucht, Einblicke in interpersonelle und intrapsychische Beziehungsmuster zu erhalten, also beispielsweise zu verstehen, ob Neurodermitiker aufgrund ihrer spezifischen Lebenserfahrungen ein anderes Maß an Vertrauen und (Selbst-)Sicherheit aufweisen, ob sie mehr Verlustängste in sich tragen oder in Partnerschaften unzufriedener sind.

Außerdem interessierte die Überlegung, ob, wie in Berichten von Neurodermitisforschern oft beschrieben, Neurodermitiker ein anderes affektives Erleben aufweisen. Natürlich sind Gefühle und Affekte schlecht messbar und vielleicht auch individuell sehr unterschiedlich bedeutungsvoll. Dennoch wurde mittels des Alexithymie-Konstruktes versucht, eine messbare Aussage über den Umgang mit Affekte zu erlangen.

Wichtig bei der psychosozialen Betrachtung von somatischen Erkrankungen, hier insbesondere Neurodermitis, ist die Kenntnis über Leidensdruck und Schwere der seelischen Beeinträchtigung, denn diese sind in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Praxis Kriterien für die Entscheidung, ob eine Psychotherapie/psychosomatische Behandlung indiziert ist. Deshalb empfand ich die Messung und Erhebung seelischer Beeinträchtigungen in dieser Studie essenziell, auch um abschätzen zu können, wann die Schwere der Neurodermitis bei der Bewertung des Leidensdruckes (u. a.) relevant ist und wann nicht. Zudem gab es bisher keine deutschen Studien über Suizidendenzen bei Neurodermitikern. Methodisch habe ich auf den in Forschung und Kliniken oft eingesetzten HADS-D Fragebogen zurückgegriffen. Dieser misst Angst- und Depressionsausprägungen, die die häufigsten Störungsbilder sind und oftmals mitentscheidend für die Indikationsstellung sind.

Methodenkritisch möchte ich an dieser Stelle benennen, dass der Versuch, Realitäten mittels Fragebogen abzubilden, m.E. mit Sorgfalt zu bewerten ist und in der Gesamteinschätzung mit beachtet werden sollte. Die Ergebnisse meiner Arbeit möchte ich deshalb so verstehen, dass sie sich zunächst lediglich auf die hier inkludierte Stichprobe beziehen und damit *Hinweise* liefern können über die „wahre Realität“ (die vermutlich immer viel komplexer ist, als wir es je erheben können). Auf eine Diskussion über Vor- und Nachteile quantitativer sowie qualitativer Forschungsansätze möchte ich an dieser Stelle verzichten. Es ist zu beachten, dass die vorliegende Studie durch ihr Parallel-Design versucht, mögliche Verzerrungen durch bspw. sich signifikant unterscheidende Altersdurchschnitte oder Geschlechterhäufigkeiten zu reduzieren. Jedoch ist die Aussagekraft aufgrund der Gesamtgröße  $n=62$ , sowie der fehlenden Verblindung und Randomisierung limitiert und nicht mit kostspieligen und höchst aufwendigen, multizentrischen, randomisierten „Megastudien“ (Begriff entliehen aus: *Ärztezeitung online* 18.08.2011) vergleichbar. Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zu beachten, dass in dieser Studie nicht-repräsentative Stichproben verglichen wurden. Es ist nicht auszuschließen, dass die Stichproben durch die Art der Rekrutierung und Selektion (z.B. teilweise Rekrutierung über Internetforen) Verzerrungen aufweisen. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Erhebung von somatischen und psychischen Störungen und Erkrankungen (ressourcenbedingt) weitestgehend mittels



Selbsteinschätzung durchgeführt wurde. Eine durchgängige dermatologische Sichtung aller Studienteilnehmer zwecks Verifizierung und Quantifizierung der Neurodermitis bzw. zum Ausschluss von dermatologischen Erkrankungen (Kontrolle) wäre für weiterführende Studienplanungen sinnvoll. Gleiches gilt für die Erhebung von somatischen und psychischen Komorbiditäten, welche zukünftig durch standardisierte Verfahren (beispielsweise mittels DIPS oder SKID-II Interview für psychische Erkrankungen beziehungsweise SCL-90, Beschwerdeliste B-L oder strukturierte klinische Anamnesegespräche) erhoben werden sollten.

Im Rahmen dieser Arbeit ging es jedoch darum, erste Hinweise auf entsprechend neue Fragestellungen zu erhalten, um einen Anreiz für die Neurodermitisforschung zu liefern, in weiteren, möglicherweise spezifischeren Studien die Erkenntnisse auszuweiten oder ggf. zu widerlegen.

So verstanden, stellt sich bei der Nachbetrachtung der in dieser Studie gefundenen Ergebnisse beispielsweise die Frage, welche Effekte es sind, die die hypothetisch „ungünstigere“ Ausgangsbasis in der Entwicklung von Bindungssicherheit bei sehr früher Neurodermitis-Erstmanifestation kompensieren. Eine hierzu spannende und sicher noch zu wenig untersuchte Fragestellung wäre auch, ob aus bindungstheoretischer Perspektive andere Interaktionsmuster zwischen Neurodermitis-Babys und versorgenden Müttern/versorgenden Vätern zu finden sind (im Vergleich zu nicht von Neurodermitis betroffenen Familiensystemen). Es sollte zudem beachtet werden, dass nach aktueller Bindungsforschung die semi-qualitative Untersuchungsmethode des Adult Attachment Interviews (AAI) als „Goldstandard“ gilt, für dessen Durchführung jedoch eine intensive und aufwendige Ausbildung notwendig ist. Es ist strittig, ob Bindungstypen überhaupt valide mittels Fragebogen zu erheben sind. Deshalb verwende ich in den hier vorliegenden bindungsbezogenen Ergebnissen die Formulierung „Bindungseinstellungen“, was meint, dass nicht Bindungsmuster (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert) erhoben wurden, sondern (Persönlichkeits-)Merkmale, welche mehr oder wenig stark ausgeprägt sind. Es wäre jedoch sicherlich lohnenswert, Bindungsmuster mittels AAI bei Neurodermitikern zu erheben, um differenziertere Aussagen hierzu zu erhalten.

Die wissenschaftliche Betrachtung der Partnerschaftsgestaltung und –zufriedenheit bei Neurodermitikern hängt sicherlich den Erfahrungen praktisch tätiger Kollegen

aus den Bereichen der psychodermatologischen Betreuung (z.B. in Rehabilitationskliniken, im Konsil- und Liaisondienst, psychodermatologischer Beratung etc.) hinterher. Die hier vorliegende Studie versuchte die raren Hinweise aus der Forschungsliteratur (bzgl. Neurodermitis und Partnerschaft) zu ergänzen. Es ist bei der Bewertung der diesbezüglichen Ergebnisse zu beachten, dass nur der von Neurodermitis betroffene Partner befragt wurde. Die Zufriedenheit der dazugehörigen Partner (die möglicherweise ganz andere Ergebnisse aufzeigen würde) sowie die jeweilige „biografische Partnerschaftsgeschichte“ (also mögliche dysfunktionelle, frühere Partnerschaften oder gar Beeinflussungen der Partnerwahl durch die Neurodermitis) könnten in einer weiteren, spezifischeren und detaillierteren Untersuchung erhoben werden. Ein guter Ort für eine psychosoziale Betrachtung könnten beispielsweise Neurodermitikerschulungen sein (Gieler et al. 2002), welche Raum und Zeit (und das psychologisch geschulte Personal) bieten könnten, solche Faktoren qualitativ oder auch quantitativ zu erheben. Natürlich müsste man dabei die Selektion der Stichprobe beachten (insbesondere: Welche Neurodermitiker besuchen Schulungen und welche wollen das nicht?).

Zur Beantwortung der spannenden Frage des Gefühls- und Affekterlebens bei Neurodermitikern konnte die hier vorliegende Arbeit Hinweise liefern, die hypothesengetreu Schwierigkeiten im Erkennen und Spüren eigener Gefühle und Affekte (Wut, Ärger, Kummer, Sorge, Angst, Trauer, Ekel, Scham, Lust und viele mehr) beschreiben. Ich denke, dass alleine diese Aussage viele Facetten in sich trägt, die eine intensive Beforschung sinnvoll und lohnenswert machen<sup>11</sup>. Vielleicht hat die Neurodermitis besonderen Einfluss auf einzelne spezifische Gefühle (wie z.B. Scham und Ekel), während andere Gefühlsbereiche möglicherweise wenig betroffen sind? Die in dieser Arbeit gefundenen Alexithymieausprägungen für Neurodermitiker (und auch für Nicht-Neurodermitiker) sind deshalb wahrscheinlich als vereinfachte Zusammenfassung einer Vielzahl von Gefühlen zu verstehen. Sinnvoll und für die Praxis nützlich könnte es sein, besonders relevante

---

<sup>11</sup> Aus psychotherapeutischer Perspektive und Erfahrungen sei hier beispielsweise (und nur exemplarisch) die höchst unterschiedliche, subjektive Empfindung von Gefühlen benannt, die u.a. durch familiäre Prägungen und „systemische Vererbungen“ (zum Beispiel Gefühle des Vertriebenwordensein oder von Kriegserfahrungen), durch individuelle (traumatische) Beziehungserfahrungen (z.B. Gewalterfahrungen und Missbrauch) oder aber auch durch gesellschaftliche Normen („Indianer weinen nicht!“) und (Schönheits-)Ideale beeinflusst sind. Des Weiteren mag die Fähigkeit zur Verbalisierung von Gefühlen von vielen anderen (systemischen sowie strukturellen, hier im Sinne der OPD-2) Faktoren abhängen.

Gefühlsveränderungen/-beeinflussungen zu erkennen, die bei Vorliegen einer Neurodermitis in größerem Maße und/oder häufiger vorkommen.

Abschließend ist zu betonen, dass diese wissenschaftliche Promotionsarbeit aus einer medizinischen, psychosomatisch-psychotherapeutischen Perspektive geplant, durchgeführt, bewertet und geschrieben wurde. Deswegen soll auch die Frage des Nutzens für die praxisorientierte (Psychotherapie-)Forschung betont und diskutiert werden. Im Rahmen dieses Promotionsprojektes habe ich häufig (auf Kongressen, Symposien oder in informellen Gesprächen) Diskussionen über hautspezifische Psychotherapieforschungen und –angebote erlebt und geführt. Es zeigte sich, dass es nur wenige Psychotherapiestudien über mögliche Spezifikationen und Modifikationen gibt, dass der Bedarf nach Wissen groß ist und es möglicherweise noch viel Potential zur Verbesserung bestehender Angebote gibt. Sicherlich am besten untersucht sind die (am ehesten verhaltensorientierten) Neurodermitikerschulungen, die neben der Vermittlung von Wissen auch Raum für psychosoziale Fragen lassen. Daneben gibt es einige unterschiedliche, klinische Betreuungsangebote (Psychosomatische Kliniken mit Schwerpunkt Hauterkrankung, psychosomatische Gespräche in dermatologischen Rehabilitationskliniken, Vermittlung von Entspannungsverfahren (hier sei beispielsweise die hautspezifischen/kratzspezifischen Modifikationen des Autogenen Trainings genannt) u.v.m.). Dennoch mangelt es an hautspezifischer Psychotherapieforschung und damit auch an der Überprüfung und Modifikation von psychotherapeutischen Ansätzen. Dass jedoch eine Überprüfung der Indikation für eine Psychotherapie oder psychosomatische Behandlung bei Neurodermitikern (u. U. auch hautunspezifisch, bspw. zur Verbesserung der Lebenszufriedenheit oder zur Klärung von Partnerschaftskonflikten, zum gesünderen Umgang mit Gefühlen oder zur Selbstwertstabilisierung) sinnvoll sein könnte, zeigen die in der Studie gefundenen Zusammenhänge zwischen Alexithymie- und Bindungseigenschaften sowie Partnerschaftszufriedenheit einerseits und Suizidgedanken andererseits.

Ich würde mir wünschen, dass die in der vorliegenden Arbeit vorgestellten Ergebnisse Lust und Interesse wecken, neue hautspezifische Psychotherapiestudien zu planen und zu erforschen. Dabei könnten beispielsweise Bindungstypologien und Bindungsverhalten von Neurodermitikern genauer untersucht werden, um zu verstehen, ob und wie eine Veränderung der Bindungseinstellungen (durch

bindungsrelevante Erfahrungen in der Psychotherapie) Einfluss auf den Gesamtlebensdruck haben oder gar das Hautbild beeinflussen. Auch wäre eine Erforschung eines affektfokussierten Settings für Neurodermitiker denkbar und interessant (bspw. im Sinne der strukturorientierten Psychotherapie (OPD-2) mit Fokus auf Verbesserung der Wahrnehmung und Verbalisierung von Gefühlen), um alexithyme Persönlichkeitszüge zu modifizieren und mögliche Zusammenhänge zur Neurodermitisschwere zu erkennen.

Somatischen Ärzten und Behandlern (z.B. Hausärzte, Hautärzte) kann das Wissen um die verstärkten, seelischen Belastungen (beispielsweise die erhöhten Suizidendenzen) bei betroffenen Neurodermitikern nützlich sein, um früher Anzeichen einer psychischen Störung zu erkennen und ggf. an psychosomatisch/psychiatrisch tätige Kollegen zu überweisen. Dies war die Hauptmotivation zur Veröffentlichung der entsprechenden Ergebnisse in der Fachzeitschrift „Hautarzt“, eine der wahrscheinlich meistgelesenen dermatologischen Fachzeitschriften unter Hautärzten.

Die in dieser Studie gezeigten Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit und den Bedarf an randomisiert-kontrollierten Neurodermitisstudien, um eine breitere und valide Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse über die psychosozialen Faktoren bei Neurodermitis zu erlangen.

Ich hoffe, durch die Durchführung und das Schreiben dieser Promotionsarbeit, das Vortragen und Zuhören auf diversen Kongressen und Symposien, das Veröffentlichen in Fachzeitschriften sowie das Diskutieren in und außerhalb von Symposien, Aufmerksamkeit und Sensibilität für die psychosomatische und ganzheitliche Betrachtung von Neurodermitis gefördert zu haben. Mit Freude blicke ich selber auf die Auseinandersetzung mit dieser spannenden Thematik im Rahmen meines Promotionsprojektes zurück und erkenne schmunzelnd, dass sie auch mich in meiner klinischen Arbeit als Arzt in der Psychosomatik begleitet und berührt.

## 10 Zusammenfassung

### 10.1 *Psychosoziale Faktoren der Neurodermitis im Erwachsenenalter*

Eine Fall-Kontroll-Studie zu Partnerschaft, Bindung, Alexithymie sowie psychischer Belastung

**Hintergrund:** Neurodermitis ist eine chronische Hauterkrankung mit steigender Inzidenz und Prävalenz. Das Wissen über die psychischen Belastungen und psychosomatischen Faktoren ist essentiell für eine erfolgreiche Therapie im Sinne eines psychodermatologischen Ansatzes.

**Ziele:** Die Studie erhebt psychische Belastungsfaktoren (Angst, Depression, Suizidgedanken), zeigt Zusammenhänge zwischen Neurodermitis und Alexithymie auf und untersucht deren Einfluss auf die hautspezifische Lebensqualität der Betroffenen. Des Weiteren untersucht sie Bindungseigenschaften und Partnerschaftszufriedenheiten erwachsener Neurodermitiker.

**Design:** Fall-Kontroll-Studie.

**Studienrahmen:** Es wurden Fragebögen an Studienteilnehmer aus dem klinischen sowie nicht-klinischen Sektor ausgeteilt. Die Daten wurden zwischen 2006 und 2007 entweder per Postzusendung oder im direkten Kontakt erhoben.

**Teilnehmer:** 62 erwachsene Neurodermitiker wurden mit 62 hautgesunden Probanden bezüglich Geschlecht, Alter und Vorhandensein einer Partnerschaft gematched (Paarbildung).

**Messmethoden:** Es wurden bereits etablierte Fragebögen zur Erhebung von Angst und Depressivität (HADS-D), Suizidalität (Fragenkatalogs zur Abschätzung der Suizidalität nach Pöldinger), Alexithymie (TAS-20), Bindungseinstellungen (AAS), Partnerschaftszufriedenheit (PFB), hautspezifischer Lebensqualität (DLQI) sowie dermatologischer Symptomschwere (PO-SCORAD) eingesetzt. Die Gruppe der Neurodermitiker wurde mit der Kontrollgruppe bezüglich der genannten Variablen statistisch verglichen.

**Ergebnisse:** Neurodermitiker wiesen signifikant höhere Scores in allen drei Variablen der psychischen Belastung auf (Suizidgedanken, Angst, Depression). Es fanden sich

hohe Korrelationen zwischen der Symptomschwere und den Belastungswerten. 16.1% der Neurodermitiker gaben an, unter sich aufdrängenden Suizidgedanken zu leiden (Kontrollgruppe 1.6%, OR = 11.7 (95%KI = 1.5-94.7)). Die Prävalenz für hochalexithyme Merkmale lag in der Gruppe der Neurodermitiker bei 22.6% (Kontrolle 4.8%,  $\text{Chi}^2 = 8.32$ ,  $p = 0.02$ ). Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen (TAS-20 Skala 1) sowie Schwere der Neurodermitis waren bedeutsame Prädiktoren für die Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität. In der Gruppe der untersuchten Neurodermitiker konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bindungseigenschaften (AAS) und der Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität (DLQI) sowie der Symptomstärke (PO-SCORAD) gefunden werden. Die Partnerschaftszufriedenheit hingegen war im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht reduziert. Hohe Partnerschaftszufriedenheit und sichere Bindungseigenschaften standen dabei in einem signifikanten Zusammenhang.

**Einschränkungen:** Im Rahmen dieser Studie wurden nicht-repräsentative Stichproben untersucht.

**Schlussfolgerung:** Suizidalität, Angstgefühle und Depressivität scheinen relevante, psychische Belastungsfaktoren bei Neurodermitikern zu sein und sollten möglicherweise verstärkt in Klinik und Forschung berücksichtigt werden. Ebenso ergaben sich Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz bei Neurodermitikern für hochalexithyme Persönlichkeitseigenschaften, welche assoziiert sein können mit anderen psychosomatischen Erkrankungen. Sowohl die Krankheitsschwere als auch die Beeinträchtigung der hautspezifischen Lebensqualität stehen bei Neurodermitikern im Zusammenhang mit unsicheren Bindungseinstellungen. Die weitere Erforschung von spezifischen Bindungsmustern bei Neurodermitikern könnte somit zur Verbesserung der spezifischen Behandlungsziele (Symptomreduktion und Verbesserung der Lebensqualität) beitragen. Die Ergebnisse der Studie geben Hinweise, dass eine psychosomatische Perspektive auf Neurodermitis bedeutsam und nötig sein könnte. Spezifische psychotherapeutische Interventionen und Behandlungskonzepte könnten die Neurodermitisbehandlung sinnvoll ergänzen. Allerdings besteht weiterhin ein Bedarf an Untersuchungen, um eine breitere Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse über psychosoziale Faktoren bei Neurodermitis zu erlangen.

## **10.2 Psychosocial factors of atopic dermatitis in adulthood**

A case-control study about partnership, attachment, alexithymia and psychological stress

**Background:** Atopic dermatitis is a chronic skin disease with increasing incidence and prevalence. The knowledge about psychological stress and psychosomatic factors is essential for successful treatment in terms of a psycho-dermatological approach.

**Objective:** The study investigates psychological stress factors (anxiety, depression, suicidal ideation), shows links between atopic dermatitis and alexithymia, and examines their effects on the skin-specific quality of life. Furthermore, the study examines attachment attitudes and partnership satisfaction levels in adult atopic dermatitis patients.

**Design:** Case-control study.

**Setting:** Questionnaires were distributed to participants in the clinical and non-clinical sector. Data was collected from 2006 to 2007 either by mail or in direct contact.

**Participants:** 62 adult atopic dermatitis patients were matched with 62 skin-healthy persons according to sex, age and presence of a partnership.

**Measurements:** Well-established questionnaires were used to examine anxiety and depression (HADS-D), suicidal ideation (Pöldinger), alexithymia (TAS-20), attachment attitudes (AAS), partnership satisfaction (PFB), skin-specific quality of life (DLQI) and the severity of dermatological symptoms (PO-SCORAD). The group of atopic dermatitis patients was statistically compared with the control group regarding the mentioned variables.

**Results:** Atopic dermatitis patients had significantly higher scores on all three variables of psychological stress (anxiety, depression and suicidal ideation). There were high correlations between the severity of symptoms and the psychological burden. 16.1% of patients with atopic dermatitis suffered from suicidal ideation (control group 1.6%, OR = 11.7 (95%CI = 1.5-94.7)). The prevalence of high alexithymic attitudes in atopic dermatitis patients was 22.6% (control group 4.8%,  $\text{Chi}^2 = 8.32$ ,  $p = 0.02$ ). Problems

with identifying feelings (TAS-20 scale 1) and also the severity of atopic dermatitis were significant predictors for the impairment of skin-related quality of life. In the group of atopic dermatitis patients a significant correlation between attachment attitudes (AAS) and the impairment of the skin-specific quality of life (DLQI) as well as the severity of symptoms (PO-SCORAD) was found. The partnership satisfaction, however, was not reduced compared to the control group. High partnership satisfaction and secure attachment attitudes were significantly associated.

**Limitations:** In this study, non-representative samples were examined.

**Conclusions:** Suicidal ideation, anxiety and depression seem important psychological burdens in atopic dermatitis and should possibly be considered in treatment and research. Atopic dermatitis patients might have an increased prevalence of high-alexithymic personality characteristics that may be associated with other psychosomatic diseases. Both the severity of the skin disease as well as the impairment of the skin-specific quality of life could be associated with insecure attachment attitudes. Further research of specific attachment styles in atopic dermatitis could contribute to improve the therapeutic goals (decrease of symptoms and improvement of quality of life). The results of the study suggest the importance of a psychosomatic perspective on atopic dermatitis. Specific psychotherapeutic interventions and therapy approaches could complement the dermatological treatment. However, there remains a need for further research to reach broader evidence regarding psychosocial factors in atopic dermatitis.



## 11 Abkürzungsverzeichnis

AAS	Adult Attachment Scale
AGNES	Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung
ANOVA	Analysis of variance, Varianzanalyse
APD	Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie
BDNF	Brain-derived neurotrophic factor, Wachstumsfaktor
B-L	Beschwerdeliste
CARD	Caspase recruitment domain-containing protein
CD	Cluster of Differentiation
CI	Confidence interval
DDG	Deutsche Dermatologische Gesellschaft
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DLQI	Dermatology Life Quality Index
EDT	Emotional Discharge Theory
GM-CSF	Granulocyte macrophage colony-stimulating factor
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsch
IgE	Immunglobulin E
IL	Interleukin
K	Kontrollgruppe
KI	Konfidenzintervall
MBT	Mentalisierungsbasierte Psychotherapie
MHF	Marburger Hautfragebogen
MW	Mittelwert
ND	Neurodermitis
OPD-2	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – 2.
OR	Odds Ratio
PFB	Partnerschaftsfragebogen nach Hahlweg
PO-SCORAD	Patient-Oriented SCORAD
REM	Rapid Eye Movement
Rtt	Re-Test-Reliabilität
SCL-90	Symptom Checklist-90
SCORAD	Scoring of Atopic Dermatitis
SD	Standard deviation, Standardabweichung
SKID-II	Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV - II
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology
TAS-20	Toronto Alexithymie Skala – 20 Items
Th	T-Helferzellen
UV	Ultraviolett

## 12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosekriterien für Neurodermitis (atopischer Dermatitis) nach Hanifin und Rajka (1980).....	- 40 -
Tabelle 2: Beschreibung der Variablen .....	- 41 -
Tabelle 3: Deskriptive Daten der Stichproben .....	- 53 -
Tabelle 4: Deskriptive Daten bzgl. der Neurodermitis .....	- 55 -
Tabelle 5: Korrelationen zwischen Suizidalität (Pöldinger) und HADS-D .....	- 59 -

Tabelle 6: Korrelationen zwischen DLQI und HADS-S sowie Suizidalität .....	- 60 -
Tabelle 7: Mittelwerte der Belastungsfaktoren im Geschlechtervergleich .....	- 60 -
Tabelle 8: Items des Suizidfragebogens - Häufigkeiten und Effektstärken .....	- 61 -
Tabelle 9: Korrelationen zwischen ND Symptomstärke und Belastungsfaktoren .....	- 62 -
Tabelle 10: Suiziditem 1 - "Ich habe in letzter Zeit daran denken müssen, mir das Leben zu nehmen." .....	- 63 -
Tabelle 11: Multiple schrittweise Regressionsanalyse (DLQI-Gesamtscore als abhg. Variabel, PO-SCORAD, TAS-20 Skala "Probleme bei der Identifikation von Gefühlen") .....	- 67 -
Tabelle 12: Pearson-Korrelationen bzgl. AAS .....	- 69 -

### **13 Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Gliederung der Ergebnisse .....	- 8 -
Abbildung 2: Ekzem bei Neurodermitis .....	- 13 -
Abbildung 3: Bindungstypen bei Kindern (12.-18. Monat). Modifiziert nach Resch et al. 1999 .....	- 24 -
Abbildung 4: Psychosomatisches Erklärungsmodell Bindung und Neurodermitis (Gieler 2004) .....	- 29 -
Abbildung 5: Übersicht der verwendeten Fragebögen .....	- 47 -
Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Suizidalität-Gesamtscores (Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität nach Pöldinger) .....	- 56 -
Abbildung 7: Mittelwerte der Skalen Angst, Depressivität (HADS-D) sowie Suizidalität (Pöldinger) .....	- 57 -
Abbildung 8: Verteilung der Skalenwerte HADS-D Angst .....	- 58 -
Abbildung 9: Verteilung der Skalenwerte HADS-D Depressivität .....	- 58 -
Abbildung 10: Verteilung der Skalenwerte Suizidalität (Pöldinger) .....	- 59 -
Abbildung 11: Mittelwerte der Suizidgedanken (Pöldinger), Angst- und Depressionsausprägungen (HADS-D) bei unterschiedlicher Symptomstärke (leicht, mittel, schwer) .....	- 62 -
Abbildung 12: Verteilung TAS-20-Gesamtscore .....	- 65 -
Abbildung 13: Mittelwert TAS-20 nach Symptomschwere der Neurodermitits (leicht, mittel, schwer) .....	- 66 -
Abbildung 14: Mittelwerte der Adult Attachment Scale (AAS) .....	- 68 -
Abbildung 15: Mittelwerte bzgl. AAS, PO-SCORAD und DLQI für Neurodermitiker mit und ohne Partnerschaft .....	- 71 -
Abbildung 16: Korrelationen (Pearson) zwischen Suizidendenzen und TAS-20 .....	- 72 -
Abbildung 17: Korrelationen (Pearson) zwischen Suizidendenzen und Bindungseinstellungen (AAS) .....	- 73 -
Abbildung 18: Korrelationen (Pearson) zwischen Suizidendenzen und Partnerschaftszufriedenheit (PFB) .....	- 73 -
Abbildung 19: Gliederung der Diskussion in drei „Säulen“ und ein „Dach“ .....	- 74 -
Abbildung 20: Einverständniserklärung .....	- 107 -

## 14 Literatur

Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, Boguniewicz M, Eigenmann P, Hamid Q, Kapp A, Leung DY, Lipozencic J, Luger TA, Muraro A, Novak N, Platts-Mills TA, Rosenwasser L, Scheynius A, Simons FE, Spergel J, Turjamaa K, Wahn U, Weidinger S, Werfel T, Zuberbier T. The European Academy of Allergy and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Group (2006): Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults. *Allergy* 61: 969-987.

Annesi-Maesano I, Beyer A, Marmouz F, Mathelier-Fusade P, Vervloet D, Bauchau V (2006): Do patients with skin allergies have higher levels of anxiety than patients with allergic respiratory diseases? Results of a large-scale cross-sectional study in a French population. *Br J Dermatol* 154: 1128-1136.

Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Ainsworth M (2003): Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys (1974). In: Grossmann, K. E. und K. Grossmann (Hrsg.) Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Anzieu D (1991): Das Haut-Ich. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Anzieu D (2004): Die signifiants formels und das Haut – Ich. In: Brosig B, Gieler U: Die Haut als psychische Hülle. Giessen: Psychosozial Verlag.

Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, Peters EM, Paus R (2006): Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol* 126: 1697-1704.

Arck P, Handjiski B, Hagen E, Pincus M, Bruenahl C, Bienenstock J, Paus R (2010): Is there a `gut-brain-skin axis`? *Exp Dermatol* 19(5): 401-405.

Arndt J, Smith N, Tausk F (2008): Stress and atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 8: 312-317.

Arbeitskreis OPD, Hrsg. (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber Verlag, 2. überarbeitete Auflage.

Ärztezeitung online (2011): Mega-Studie soll die beste Therapie bei stabiler KHK finden. Aufrufbar über:  
<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/herzkreislauf/herzinfarkt/article/666220/mega-studie-soll-beste-therapie-stabiler-khk-finden.html>

Bach M, de Zwaan M, Ackard D, Nutzinger DO, Mitchell JE (1994): Alexithymia: relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* 35: 239–243.

- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 38: 23-32.
- Bagby RM, Taylor GJ (1997): Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (ed.) *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 26-46.
- Barberio G, Pajno GB, Vita D, Caminiti L, Canonica GW, Passalacqua G (2008): Does a 'reverse' atopic march exist? *Allergy* 63(12): 1630-1632.
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991): Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 61: 226-244.
- Bateman AW, Fonagy P (2003): The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bull Menn Clinic* 67: 234–267.
- Beresnevaite M (2000): Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychother Psychosom* 69: 117–122.
- Bieber T, Leung DYM (2002): *Atopic Dermatitis*. New York: Marcel Dekker Inc.
- Bitzer EM, Grobe TG, Dorning H (1997): Die Bewertung therapeutischer Maßnahmen bei atopischer Dermatitis und Psoriasis aus der Perspektive der Patienten unter Berücksichtigung komplementär medizinischer Verfahren. ISEG Studie Endbericht.
- Bolm T (2009): *Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT)*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bosse K, Hünecke P (1976): *Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkranken*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bowlby J (1973): *Attachment and Loss Vol. II: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby J (1975): *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Brähler E, Gunzelmann T, Schmidt S, Strauß B (2001): Bindungsbezogene Selbstbeschreibung und körperliche Befindlichkeit. In: Milch W, Wirth HJ: *Psychosomatik und Kleinkindforschung*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Brocq L, Jacquet L (1891): Notes pour servir à l'histoire des neurodermites. *Ann Dermatol Venerol* 97: 193-195.
- Brosig B, Köhnlein B, Gieler U (2000): Atopic dermatitis in psychoanalytic psychotherapy – a psychobiological case study. *Dermatol Psychosom* 1(Suppl): 19-26.

- Brosig B, Kupfer JP, Wölfelschneider M, Brähler E (2004): Prävalenz und soziodemographische Prädiktoren der Alexithymie in Deutschland - Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 52: 237-251.
- Buchheim A, Strauß B, Kächele H (2002): Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikation für psychische Störungen. *Psychother Psych Med* 52: 128-133.
- Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Höllig H, Morschhäuser E, Hellhammer D (2002): Altered responsiveness of the hypothalamus-pituitary adrenal axis and the sympathetic adrenomedullary system to stress in patients with atopic dermatitis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 87: 4245-4251.
- Buyss L.M (2007): Treatment Options for Atopic Dermatitis. *American Family Physician* 75: 523-528.
- Cassidy J, Shaver PR (1999): *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Carlson E (1998): A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development* 69(4): 1107-1128.
- Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM (2004): The effect of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics* 114: 607-611
- Cotterill JA, Cunliffe WJ (1997): Suicide in dermatological patients. *British J Dermatol* 137: 246-250.
- Chida Y, Steptoe A, Hiraoka N, Sudo N, Kubo C (2007): The effects of psychological intervention on atopic dermatitis. *Int Arch Allergy Immunol* 144: 1-9.
- Cohen JW (1988): *Statistical power analysis for the behavioural science*. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins NJ, Reads SJ (1990): Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol* 58: 644-663.
- Cotterill JA, Cunliffe WJ (1997): Suicide in dermatological patients. *British J Dermatol* 137: 246-250.
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) & Bundesverbandes Deutscher Dermatologen (BVDD) (2002): Leitlinien. Atopische Dermatitis. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/027. Online im Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll-na/013-027.htm>
- Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer J, Milch WE (2009): Suizidgedanken, Angst und Depression bei erwachsenen Neurodermitikern. *Hautarzt* 60(8): 641-646.

- Dieris-Hirche J, Milch WE, Kupfer J, Leweke F, Gieler U (2012a): Alexithymie bei Neurodermitis. Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 62 erwachsenen Neurodermitikern. *Psychotherapeut* 57(1): 42-49.
- Dieris-Hirche J, Milch WE, Kupfer J, Leweke F, Gieler U (2012b): Atopic dermatitis, attachment and partnership. A psychodermatological case-control-study of adult atopic dermatitis patients. *Acta dermato-venereologica* 92(5): 462-466.
- Egle UT (2010): Schmerzrepräsentationen im Gehirn. Handout. 6. Berner Fortbildungskurs Rheumatologie und Klinische Immunologie. Online im Internet: [http://www.ria.insel.ch/fileadmin/rheuma-immuno/rheuma-immuno\\_users/Pdf/Handouts/egle\\_Bern2010.pdf](http://www.ria.insel.ch/fileadmin/rheuma-immuno/rheuma-immuno_users/Pdf/Handouts/egle_Bern2010.pdf)
- Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP für die STROBE-Initiative (2008): Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. Leitlinien für das Berichten von Beobachtungsstudien. *Internist* 49: 688-693.
- Ettrich KU (2004): Erkenntnisse und Methoden der Bindungsforschung. In: Ettrich KU (Hrsg.): Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- European Task Force on Atopic Dermatitis (1993): Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD Index. *Dermatology* 186: 23-31.
- Finlay AY, Khan GK (1994): Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 19: 210-216.
- Franz M, Popp K, Schaefer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, Decker O, Braehler E (2008): Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43(1): 54–62.
- Franz M, Schäfer R (2009a): Affekt ohne Gefühl: Entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Aspekte der Alexithymie. In: Grabe HJ, Rufer M (Hrsg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber, S. 47-68.
- Franz M, Schäfer R (2009b): Ätiologische Aspekte – Psychophysiologie und Informationsverarbeitung. In: Grabe HJ, Rufer M (Hrsg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber, S. 83ff.
- Freyberger H (1977): Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 28: 337–343.
- Gieler U, Detig-Kohler Ch (1994): Nähe und Distanz bei Hautkranken. *Psychotherapeut* 39: 259-263.
- Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Brosig B, Schill WB (2001a): Psychosomatische Dermatologie in Deutschland. Eine Umfrage an 69 Hautkliniken. *Hautarzt* 53: 104-110.

Gieler U , Brosig B (2001): Neurodermitis als psychosomatische Krankheit. In: Milch W (Hrsg.) (2002): Psychosomatik und Kleinkindforschung. Gießen: Psychosozial Verlag.

Gieler U, Ring J, Wahn U (2002): Die Neurodermitis-Schulung – Ein neues Behandlungsprogramm zur sekundären Krankheitsprävention. Deutsches Ärzteblatt 98 (48): A-3202-3209.

Gieler U (2005): Die Sprache der Haut. Düsseldorf: Walter Verlag.

Gloger -Tippelt G, Hofmann V (1997): Das Adult Attachment Interview: Konzeption, Methode und Erfahrungen im deutschen Sprachraum. Kindheit und Erziehung 3: 161 - 172.

Gloger-Tippelt G, Ullmeyer M (2001): Partnerschaft und Bindungsrepräsentation der Herkunftsfamilie. In: Walper S , Pekrun R (Hrsg.): Familie und Entwicklung. Bern: Hogrefe Verlag.

Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A et al. (2008): Alexithymia and outcome in psychotherapy. Psychother Psychosom 77: 189–194.

Grabe HJ, Rufer M, Hrsg. (2009): Alexithymie: eine Störung der Affektregulation. Bern: Huber Verlag.

Grossmann KE, Grossmann K, Zimmermann P (1999): A Wider View of Attachment and Exploration: Stability and Change during the Years of Immaturity. In: Cassidy J, Shaver PR (ed.): Handbook of Attachment. New York: The Guilford Press.

Gündel H, Ceballos-Baumann AO, Rad von M (2000): Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. Nervenarzt 72: 151-163.

Gupta MA, Gupta AK (1996): Psychodermatology: an update. J Am Acad Dermatol 34: 1030-1046.

Gupta MA, Gupta AK (1998): Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. British J Dermatol 139:846-850.

Hahlweg K (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik, Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Hanifin JM, Rajka G (1980): Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta dermatol Venereal. Suppl 92: 44-47.

Harth W, Gieler U (2006): Psychosomatische Dermatologie. Stuttgart: Springer-Verlag.

Harth W (2008): Psychosomatic dermatology (psychodermatology). J Dtsch Dermatol Ges. 6(1): 67-76.

- Harth W, Hillert A, Hermes B, Seikowski K, Niemeier V, Freudenmann RW (2008): Suizidalität in der Dermatologie. *Hautarzt* 59(4): 289-296.
- Hashiro M, Okumura M (1997): Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity. *J Dermatol Sci* 14(1): 63-67.
- Hashizume H, Takigawa M (2006): Anxiety in allergy and atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 6(5): 335-339.
- Heigl-Evers A, Schneider R, Bosse K (1976): Biographical information from patients with endogenous eczema. *Z Psychosom Med Psychoanal* 22(1): 75-84.
- Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP (1995): HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Hans Huber Verlag.
- Hinz T, Staudacher A, Bieber T (2006): Neues in der Pathophysiologie der atopischen Dermatitis. *Hautarzt* 57: 567-575.
- Holmes J (2001): The search for the secure base: attachment theory and psychotherapy. Hove: Brunner Routledge.
- Hong J, Koo B, Koo J. (2008): The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther* 21:54-59.
- Höring CM (2008): Neurodermitis. Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung. *Hautarzt* 59(4): 308-313.
- Hodapp V, Sicker G, Wick D, Winkelsträter R (1997): Ärger und Suizidrisiko. Untersuchung an älteren psychiatrischen Patienten. *Nervenarzt* 68: 55-61.
- Howlett S (1999): Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 140(3): 381-384.
- Hyman SE (2009): How adversity gets under the skin. *Nat Neurosci* 12: 241-243.
- Jung TH, Stingl G (2008): Atopic dermatitis: Therapeutic concepts evolving from new pathophysiologic insights. *J Allergy Clin Immunol* 122(6): 1074-1081.
- Katoh N, Hirano S, Kishimoto S (2008): Prognostic factor of adult patients with atopic dermatitis. *J Dermatol* 35(8): 477-483.
- Kelleter R (1990): Haut und Primärbeziehung. *Z Psychoanal Theorie Prax* 5: 122-144.
- Kiebert G, Sorensen S, Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, Fivenson D (2002): Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol* 41: 151-158.



- Kimata H (2006): Prevalence of suicidal ideation in patients with atopic dermatitis. *Suicide Life Threat Behav* 36(1): 120-124.
- Kodama A, Horikawa T, Suzuki T et al (1999): Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol* 104(1): 173–176.
- Köhler L (2008): Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie. In: Uexküll T (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer Verlag. 6. Auflage.
- Kurzen H (2005): Die Haut als Spiegel der Seele: Fakt oder Fiktion? *Akt Dermatol* 31: 431-439.
- Lane RD, Schwartz GE (1987): Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiatry* 144: 133-143.
- Lane RD, Taitano EK (2002): Alexithymie. Beitrag in: *Psychosomatische Medizin*. Herausgeber: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, v Uexküll T, Wesiack W. München & Jena: Urban & Fischer, 6. Aufl., S. 279-294.
- Lee Y-A (2003): Neurodermitis – Entstehung und Ursachen. Fachinformationsdienst Lebenswissenschaften, Umwelt und Gesundheit (FLUGS). Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit. Online im Internet:  
[http://www.gsf.de/flugs/Neurodermitis\\_Entstehung.pdf](http://www.gsf.de/flugs/Neurodermitis_Entstehung.pdf)
- Lee H-J, Macbeth AH, Pagani JH, Young WS (2009): Oxytocin: The great facilitator of life. *Prog Neurobiol* 88: 127-151.
- Leung DY, Boguniewicz M, Howell MD, Nomura I, Hamid QA (2006): New insights into atopic dermatitis. *J Clin Invest* 113(5): 651-657.
- Leweke F, Bausch S (2009): Alexithymie und Krankheit – Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten. In: Grabe HJ, Rufer M (Hrsg) *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie*. Bern: Huber, S. 127-148.
- Lewis V, Finlay AY (2004): 10 Years Experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings* 9: 169–180.
- Lichtenberg J (1989): *Psychoanalysis and motivation*. New York: The Analytic Press.
- Linnet J, Jemec GB (2001): Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients. *Int J Dermatol* 40(10): 632-636.
- Lumley MA, Stettner L, Wehmer F (1996): How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 41(6):505-518.
- Lumley MA, Neely LC, Burger AJ (2007): The assessment of alexithymia in medical

settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 89: 230–246.

Main M, Solomon J (1986): Discovery of an insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. B. Brazelton , M. Yogman (Eds.): *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex, S. 95-124.

Main M (2001): Aktuelle Studien zur Bindung. In: Gloger-Tippelt G (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Hans Huber Verlag.

Marty P, M'Uzan M de (1963): La „pensée opératoire“. *Rev Franc Psychoanal* 27: 345–356.

McGowan PO, Sasaki A, Huang TCT, Unterberger A, Sunderman M, Ernst C, Meaney MJ, Turecki G, Szyf M (2008): Promotor wide methylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. *PLoS ONE*. 3: e2085.

McGowan PO, D'Allesio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ (2009): Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 12: 342-348.

Meredith P, Strong J, Feeney JA (2005): Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag* 10(4): 191-200.

Mikulincer M, Florian V (1998): The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: J. A. Simpson , W. S. Rholes (Hrsg.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, S. 143-165.

Misery L, Finlay AY, Marin N, Boussetta S, Nguyen C, Myon E, Taieb C (2007): Atopic dermatitis: Impact on the quality of Life of patients and their partners. *Dermatology* 215: 123-129.

Mitschenko AV, Lwow AN, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U (2008): Neurodermitis und Stress. Wie kommen Gefühle in die Haut? *Hautarzt* 59: 314-318.

Neumann E, Tress W (2005): Bindung und Liebe in den Partnerschaften von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut* 50: 394-403.

Niemeier V, Winckelsesser T, Gieler U (1997): Hautkrankheit und Sexualität. Eine empirische Studie zum Sexualverhalten von Patienten mit Psoriasis vulgaris und Neurodermitis im Vergleich mit Hautgesunden. *Hautarzt* 48(9): 629–633.

Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB (2007): Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *Br J Dermatol* 157: 645-648.

Pallant J (2010): *SPSS. Survival Manual*. 4th ed. Berkshire: Open University Press.

- Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D (1997): Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung bei Säuglingen mit atopischer Dermatitis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26 (3): 189-200.
- Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P (2006): Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol* 54(3): 420-426.
- Pines D (1981): Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *Int J Psychoanal* 61: 315-323.
- Pöldinger W (1998): Abschätzung der Suizidalität. Bern: Hans Huber, S. 69ff.
- Popp K, Schäfer R, Schneider C et al (2008): Faktorstruktur und Reliabilität der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) in der deutschen Bevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 58(5): 208–214.
- Poulsen A (1991): Psychodynamic, time-limited group therapy in rheumatic disease – a controlled study with special reference to alexithymia. *Psychother Psychosom* 56: 12–23.
- Raap U, Werfel T, Jäger B et al. (2003): Neurodermitis und psychischer Stress. *Der Hautarzt* 54: 925-929.
- Rabung S, Ubbelohde A, Kiefer E (2004): Bindungssicherheit und Lebensqualität bei Neurodermitis. *Psychother Psych Med* 54: 330-338.
- Resch F et al. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. 2. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union (PVU).
- Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG, Di Lorenzo C, Cesarino F, Faroni J, Siracusano A, Troisi A (2005): Depressive symptoms and insecure attachment as predictors of disability in a clinical population of patients with episodic and chronic migraine. *Headache* 45: 561–570.
- Ruesch J (1948): The infantile personality. *Psychosom Med* 10: 134–144.
- Rufer M, Grabe HJ (2009): Alexithymie und Psychotherapie – Forschungsstand und Konsequenzen für die Praxis. In: Grabe HJ, Rufer M (Hrsg): *Alexithymie: eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie*. Bern: Huber, S 183–200.
- Schaaf H, Eipp C, Deubner R, Hesse G, Vasa R, Gieler U (2008): Psychosoziale Aspekte der Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Tinnitus- und Psoriasis-Patienten. *HNO* 57(1): 57-63.
- Schäfer T (2005): Prevention of atopic eczema. Evidence based guidelines. *Hautarzt* 56(3): 232-240.
- Schmelz M, Schmidt R, Bickel A, Handwerker HO, Torebjörk HE (1997): Specific C-receptors for itch in human skin. *J Neurosci* 17: 8003-8008.

- Schmid-Ott G, Burchard R, Niederauer HH, Lamprecht F, Kunsebeck HW (2003): Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis. *Hautarzt* 54: 852-857.
- Schmidt S, Nachtigall C, Wuethrich-Martone O, Strauss B (2002): Attachment and coping with chronic disease. *J Psychosom Res* 53: 763–773.
- Schmidt S, Strauß B, Höger D, Brähler E (2004): Die Adult Attachment Scale (AAS) – Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychother Psych Med* 54: 375-382.
- Schneider G, Gieler U (2001): Psychosomatic dermatology - state of the art. *Z Psychosom Med Psychother* 47(4): 307-31.
- Seikowski K, Gelbrich M, Harth W (2008): Sexuelle Selbstreflexion bei Patienten mit Neurodermitis und Psoriasis. *Hautarzt* 59: 297-303.
- Sellschopp-Rüppell A, Rad M von (1977): Pinocchio – a psychosomatic syndrome. *Psychother Psychosom* 28: 357–360.
- Sifneos PE (1972): *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos PE (1973): The prevalence of „alexithymic“ characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22: 255–262.
- Staab D, Diepgen TL, Fartasch M et al. (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* 22 332(7547): 933–938.
- Stalder JF, Barbarot S, Wollenberg A, Holm EA, De Raeve L, Seidenari S, Oranje A, Deleuran M, Cambazard F, Svensson A, Simon D, Benfeldt E, Reunala T, Mazereeuw J, Boralevi F, Kunz B, Misery L, Mortz CG, Darsow U, Gelmetti C, Diepgen T, Ring J, Moehrenschrager M, Gieler U, Taïeb A, PO-SCORAD Investigators Group (2011): Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): a new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *Allergy* 66(8): 1114-1121.
- Ständer S, Steinhoff M, Schmelz M, Weisshaar E, Metze D, Luger TH (2003): Neurophysiology of pruritus: cutaneous elicitation of itch. *Arch Dermatol* 139: 1463-1470.
- Stangier U, Gieler U, Ehlers A (1996): *Neurodermitis bewältigen. Verhaltenstherapie – Dermatologische Schulung – Autogenes Training*. Berlin: Springer.
- Stangier U, Ehlers A, Gieler U (1997): Der Marburger Hautfragebogen. In: *Manual zum Fragebogen zur Bewältigung von Hautkrankheiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Statistical Package for Social Science Version 13. SPSS Inc., Chicago, Ill, USA.

- Stern D (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett Verlag.
- Strauß B, Schwark B (2007): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Ten years later. *Psychotherapeut* 52: 405-425.
- Tantam D, Kalucy R, Brown DG (1982): Sleep, scratching and dreams in eczema. A new approach to alexithymia. *Psychother Psychosom* 37: 26–35.
- Tanei R, Katsuoka K (2008): Clinical analyses of atopic dermatitis in the aged. *J Dermatol* 35(9): 562-9.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1997): Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
- Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J (2008): Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 47(9): 903–910.
- Thomä H (1980): Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche* 31: 589-624.
- Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, et al. (2007): Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *PLoS Med* 4(10): e297.
- Von Sydow K, Ullmeyer M (2001): Paarbeziehung und Bindung. Eine Meta-Inhalts-Analyse von 63 Studien, publiziert zwischen 1987 und 1997. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP)* 51: 186-188.
- Waller E, Scheidt CE (2002): Somatoforme Störungen und Bindungstheorie. *Psychotherapeut* 47: 157-164.
- Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ (2004): Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience* 7(8): 847-854.
- Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J (2008): Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 47(9): 903-910.
- Wirtz M, Nachtigall CH (2002): Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 1. Weinheim: Juventa, S. 160.
- Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HH, Mortensen JT, Wulf HC (2004): Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalised dermatology patients. *Acta Derm Venereol* 84: 205-212.
- Zigmond AS, Snaith RP (1983): The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67: 361-370.
- Zimmermann P (1998): Beziehungsgestaltung, Selbstwert und Emotionsregulierung: Glücksspielsucht aus bindungstheoretischer und entwicklungspsychopathologischer

Sicht. In: Fürchtenschnieder I, Witt H (Hrsg.): Sehnsucht nach dem Glück: Adoleszenz und Glücksspielsucht. Geesthacht: Neuland.

Zimmermann P, Becker-Stoll F (2001): Bindungsrepräsentationen im Jugendalter. In: Gloger-Tippelt G: Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Hans Huber Verlag.

# 15 Anhang

## 15.1 Einverständniserklärung

### Einverständniserklärung zur Befragung / zum Forschungsvorhaben

#### Fragebogen zu Einstellung, Verarbeitung und Umgang mit der Neurodermitiserkrankung

Verantwortlicher Träger und Leiter der Befragung / des Forschungsvorhabens:  
Prof. Dr. Uwe Gieler/ Justus-Liebig-Universität Gießen

Name des  
Patienten/ Probanden: .....

Vorname : .....

Geburtsdatum : .19

Ich bin einverstanden, an der Befragung/ Forschungsvorhaben teilzunehmen.

Ich bin schriftlich und mündlich aufgeklärt worden über ihr Ziel, die praktische Durchführung, den zu erwartenden Nutzen, die möglichen Risiken und die mit ihr verbundenen Belastungen und über die Freiwilligkeit der Teilnahme und der Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Befragung / des Forschungsvorhabens.

Ich bin berechtigt, jederzeit ohne Nachteile oder Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft meine Einwilligung zu widerrufen und aus der Befragung / dem Forschungsvorhaben auszuscheiden sowie meine Daten Löschen, Sperren oder Vernichten zu lassen.

Ich bin darüber informiert worden, dass die erhaltenen personenbezogenen Daten den Bestimmungen des Hessischen Datenschutzgesetzes ( bzw. des zuständigen Landesdatenschutzgesetzes ) unterliegen. Ich stimme ihrer Veröffentlichung unter der Voraussetzung zu, dass jeder Bezug zu meiner Person unkenntlich gemacht ist (Anonymisierung oder Pseudonymisierung der Daten).

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen der Befragung / des Forschungsvorhabens erhobene personenbezogene Daten aufgezeichnet, von einem zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitarbeiter oder Beauftragten der fördernden Einrichtung eingesehen bzw. abgefragt und in anonymisierter Form, wissenschaftlich ausgewertet und den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend archiviert werden.

Ich konnte Fragen stellen. Sie wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

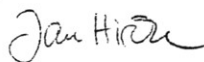
Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich habe eine Kopie der schriftlichen Aufklärung und dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ort / Datum .....

Unterschrift des Patienten / Probanden .....

Unterschrift des Studienleiters



bzw. seines Stellvertreters

Abbildung 20: Einverständniserklärung

## 16 Publikationsverzeichnis

### Zeitschriftenbeiträge:

Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer J, Milch WE (2009): Suizidgedanken, Angst und Depression bei erwachsenen Neurodermitikern. *Hautarzt* 60(8): 641–646.

Dieris-Hirche J, Milch WE, Kupfer J, Leweke F, Gieler U (2012a): Alexithymie bei Neurodermitis. Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 62 erwachsenen Neurodermitikern. *Psychotherapeut* 57(1): 42-49.

Dieris-Hirche J, Milch WE, Kupfer J, Leweke F, Gieler U (2012b): Atopic dermatitis, attachment and partnership. A psychodermatological Case-Control-Study of adult atopic dermatitis patients. *Acta dermato-venereologica* 92(5): 462-466.

### Wissenschaftliche Auszeichnung:

Forschungspreis 2010 des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD). Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG).

### Vorträge:

Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD) der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2010:  
*Suizidgedanken, Angst und Depression bei erwachsenen Neurodermitikern. Teilergebnisse einer Studie zu psychosozialen Faktoren bei Neurodermitis.* Symposiumsbeitrag.

13th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). Venedig. 17.-22. September 2009:  
*Suicidal ideation, anxiety and depression in German adult patients with atopic dermatitis.* Symposiumsvortrag. Abstract published in: *Acta Dermato-Venereologica* 2009; 89(5).

Psychologisch-Medizinischen Kolloquium des Zentrums für Psychosomatische Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen 2008:  
*Neurodermitis im Erwachsenenalter – Eine Fragebogenstudie zur Bindung, Partnerschaft und psychischer Belastung.* Kolloquiumsvortrag.

59. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) 2008:  
*Bindungssicherheit und Partnerschaftszufriedenheit bei Neurodermitikern – Alles eine Frage der Haut?* Symposiumsvortrag. Abstract in: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie (PPMP)* 2008; 2: 86.



59. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) 2008:

*Bindung und Alexithymie. Verwendung des neu entwickelten Giessener Bindungsbogen (GiBB) zur Messung von Bindung im Vergleich zum TAS.* Symposiumsvortrag. Abstract in: Psychologische Medizin, Sondernummer 2008.

58. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) 2007:

*„Haut als Spiegel der Seele“ – Neurodermitis, Bindung und Partnerschaftszufriedenheit.* Symposiumsvortrag. Abstract in: Psychologische Medizin, Sondernummer 2007; 18. Jg.

### **Poster:**

J. Dieris-Hirche, W. E. Milch, J. Kupfer, F. Leweke, U. Gieler (2010):

*Affekte und Hauterkrankung: Alexithymie bei Neurodermitis – Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 62 erwachsenen Neurodermitikern.* Posterbeitrag.

Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) 2010, Gießen. Abstract in: Z Med Psychol Sonderheft 2010.

J. Dieris-Hirche (2007): *Entwicklung von Bindungssicherheit bei Neurodermitis.*

Posterbeitrag. XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2007. Abstract in: Herpertz-Dahlmann (Hrsg.): Prävention, Früherkennung. Entwicklungsneurobiologie. Abstracts. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

## 17 Ehrenwörtliche Erklärung

### Eidesstattliche Erklärung

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

Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Gießen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jan Dieris-Hirche

## 18 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mich im Rahmen meines Promotionsprojektes bislang begleitet haben und immer noch begleiten.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. W. Milch sowie Herrn Prof. Dr. U. Gieler für die Überlassung des Themas und die Möglichkeit diese Arbeit mit den mir zur Verfügung gestellten Mitteln durchzuführen.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Milch, der mich durch seine wohlwollende und anregende Art dazu ermutigt hat, immer neue Wege zu durchdenken und zu beschreiten.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Gieler, der mich immer wieder mit fachlichem Rat, motivierendem Lob und unterstützender Kritik gefördert hat. Er war stets ein kompetenter und freundlicher Ansprechpartner bei der Planung und Durchführung der einzelnen Schritte. Mit seiner bewundernswerten Unterstützung (auch finanziell) und Begleitung hat er bei mir viel Freude am wissenschaftlichen Arbeiten sowie am Fachgebiet der Psychosomatik geweckt und mir Mut gemacht, auch nach kleinen Rückschlägen „am Ball“ zu bleiben.

Herrn Prof. Dr. F. Leweke danke ich für die Unterstützung und Korrekturen bezogen auf das Thema Alexithymie. Durch sein Fachwissen haben Teile der Arbeit deutlich an Qualität gewonnen.

Herrn PD Dr. J. Kupfer danke ich für die hervorragende und freundliche Betreuung in Sachen quantitativer Methodik.

Ohne diese „aktivierende“ Teamarbeit wäre mir die Anfertigung dieser Arbeit sicher nicht möglich gewesen.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Studienteilnehmern, die mir ganz persönliche Angaben zu ihrer Lebenswelt und Krankheitsgeschichte überlassen haben. Diese stellen die Grundlage für diese Arbeit dar.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei den Interviewpartnern, die mir im Vorfeld und in der Planungsphase der Arbeit sehr intensiv Einblick in das Erleben der Erkrankung gegeben haben. Durch sie habe ich den Blick auf bedeutungsvolle Aspekte der Erkrankung erweitern können.

Meiner Frau Barbara Dieris danke ich für all die Stunden, in denen wir über meine Arbeit diskutiert haben und durch die ich mein Tun immer wieder hinterfragt habe. Besonders danke ich ihr dafür, dass sie mir „den Rücken freigehalten“ hat, um diese Arbeit fertig zu stellen.