

Validierung und klinische Erprobung des  
Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf-30)

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

vorgelegt von Jungblut, Friedrich Martin  
aus Marburg

Gießen 2005



Aus dem Zentrum für Psychosomatische Medizin

Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer

des Universitätsklinikums Gießen

Gutachter:

Prof. Dr. U. Gieler

Gutachter:

PD Dr. A. Junger

Tag der Disputation:

09.11.2005



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Inhaltsverzeichnis</b>	<b>5</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>8</b>
2.1 Unsere dynamische Haut	8
2.2 Emotionstheorien	13
2.2.1 Scham	18
2.2.2 Ekel	24
2.3 Kommunikation	29
2.4 Haut und Selbst	32
2.5 Beziehungsregulation	35
2.6 Ableitung der Fragestellung	39
<b>3. Methode</b>	<b>42</b>
3.1 Die Entwicklung des Fragebogens zur Hautzufriedenheit (HautZuf)	42
3.2 Beschreibung der Testinstrumente	43
3.2.1 HautZuf	43
3.2.2 AAS	44
3.2.3 HADS-D	44
3.2.4 TAS- 26	45
3.3 Beschreibung der Stichprobe und Procedere	46

<b>4. Ergebnisse</b>	<b>49</b>
4.1 Statistische Analyse	49
4.2 Missing data	49
4.3 Faktorenanalyse und Itemausschluss (HautZuf)	49
4.4 Reliabilität	52
4.5 Deskriptive Statistik der weiteren Testinstrumente	57
4.6 Korrelationen	60
4.6.1 Korrelationen zwischen den HautZuf – Skalen	60
4.6.2 Korrelationen HautZuf zu Alter und den weiteren Testinstrumenten	61
4.6.3 Geschlechtsabhängigkeit der HautZuf-Skalen	64
4.6.4 Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen einer Partnerschaft	66
4.6.5 Korrelationen HautZuf und Schulbildung	67
4.6.6 Korrelationen HautZuf und Hauterkrankung	68
4.6.7 Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der der Diagnose „Alexithymie“	68
4.6.8 Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Angst“	70
4.6.9 Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Depression“	72
<b>5. Diskussion</b>	<b>74</b>

<b>6. Zusammenfassung</b>	<b>87</b>
6.1 Conclusion	88
<b>7. Literaturverzeichnis</b>	<b>91</b>
<b>8. Anhang mit Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis</b>	<b>100</b>
8.1 Testversion des HautZuf mit Probandenanschreiben	101
8.2 Endversion des HautZuf	105
<b>Danksagung</b>	<b>110</b>
<b>Lebenslauf</b>	<b>111</b>

## 2. Einleitung

### 2.1 Unsere dynamische Haut\*

Die Haut stellt die äußere Begrenzung des Menschen zu seiner Umwelt dar. Schon der Ursprung des Wortes Haut aus der indogermanischen Wurzel „s-keu“, was soviel wie bedecken oder umhüllen bedeutet (*Duden* 1993), weist auf die Schutzfunktion der Haut hin, das Körperinnere wird durch sie von der Außenwelt getrennt.

Eine rein quantitative Beschreibung der Haut verdeutlicht bereits ihre Wichtigkeit. Je nach Körpergröße und Gewicht beträgt ihre Oberfläche 1,5 - 2 m<sup>2</sup>, ihr Anteil am Körpergewicht liegt zwischen 15 und 20%. Damit ist sie das größte Organ des Menschen, ein Organ, das beim Blick in den Spiegel oder beim Anblick anderer Menschen auffällt. Ihr äußeres Erscheinungsbild ist durch Furchen, Falten und den Hautanhangsgebilden gekennzeichnet, also Merkmalen, die den individuellen Ausdruck, Gestik und Mimik beeinflussen. Hierin zeigt sich eine weitere Funktion der Haut, eine kommunikative Funktion, denn sie ist nicht nur eine Barriere gegenüber schädlichen Einflüssen von Außen wie Wärme, Kälte, Licht oder anderer chemischer, mechanischer oder mikrobieller Noxen. Als Kommunikationsorgan hat sie eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Sozialisation über die gesamte Lebensspanne, ihre Beschaffenheit und ihr Erscheinungsbild prägen nonverbale Kommunikationsanteile. Sie grenzt den Menschen nicht nur von der Umwelt ab, sondern übt genauso eine verbindende Funktion aus, sowohl zwischen Person und Umwelt, als auch innerhalb der Person zwischen Körper und Psyche.

Bereits gegen Ende des zweiten Schwangerschaftsmonats entsteht die Haut, und damit das erste Sinnesorgan, das durch eine Vielzahl verschiedener Rezeptoren- etwa 7 - 50 pro cm<sup>2</sup>- die Fähigkeit zur Aufnahme verschiedenster Sinneseindrücke, von Temperaturempfindungen (Wärme und Kälte) über Schmerz und Juckreiz bis hin zu leichten Berührungen erlangt, auch koordinative Informationen wie die Stellung der Körperteile im Raum werden über Hautrezeptoren erfasst. Eine richtige zentralnervöse Integration

---

\*vgl.: Jung, E. G., Moll, I.: Dermatologie. Thieme, Stuttgart 2003, 5. Auflage, S. 1

von Zeit und Raum ist ohne das Sinnesorgan Haut nicht möglich (Anzieu 1991). Die nötige enge Verknüpfung von Haut und Zentralem Nervensystem beruht im gleichen ektodermalen Ursprung, beide Systeme entwickeln sich über das Neuralrohr aus der Neuralplatte, es bildet sich gewissermaßen eine Verbindung des „Inneren“ -des Cortex- und des Äußeren –der Haut und der Umwelt, daneben entsprechen sich viele gemeinsame Funktionssystem wie Hormone, Neurotransmitter und Rezeptoren. Durch diesen gemeinsamen Ursprung sind Haut und ZNS häufig gleichermaßen von Fehlbildungssyndromen betroffen.

Die Haut leitet jedoch nicht nur Informationen an das ZNS weiter, vielmehr besteht eine enge funktionelle Verbindung der beiden Systeme. Taktile Reize werden je nach Situation verarbeitet, emotionale Stimuli führen zu Hautreaktionen wie Erröten, Erblassen oder Schwitzen, was sich natürlich auf Kommunikation, Körperwahrnehmung und Sexualität auswirkt. *Schneider und Gieler* (2001) zitieren in diesem Zusammenhang die in der Bevölkerung bekannte Annahme von der „Haut als Spiegel der Seele“.

Auch in der Sexualität kommt dem Sinnesorgan Haut eine besonders wichtige Rolle zu, gerade hier zeigt sich noch einmal die verbindende Funktion der Haut, über die Berührung der Haut entsteht eine seelische Verbindung der Partner. *Anzieus* (1991) Gedanken vom „Haut-Ich“ folgend könnte man in liebevollen Berührungen ein „Streicheln von Körper und Seele“ sehen, *Klöß-Rotmann* (1992) führt als Beispiel Blinde und Taubstumme an, die mit Hilfe des Tastsinnes der Haut „sehen“ und „hören“ können. Schon der ästhetische Wert der Haut trägt zur erotisch-sexuellen Kontaktaufnahme bei, eine intakte Haut ermöglicht einen intensiven sozialen Kontakt, sowie einen hohen Grad an Intimität.

In seiner Arbeit „Haut und Berührung“ beschreibt *Montagu* (1971) drei allgemeine Phänomene:

1. Zunächst werden frühe und späte Auswirkungen taktile Reize auf Funktion und Entwicklung eines Organismus beschrieben. *Montagu* (1971) unterscheidet verschiedene Stadien des Mutter- Jungtier-Kontaktes im Verlauf der Artenentwicklung bei Säugetieren:

Von lecken mit der Zunge, über Kämmen des Pelzes mit den Zähnen und der Entlausung mit den Fingern bei Affen bis hin zu Berührungen und Streicheln beim Menschen. Diese taktilen Reize regen verschiedene Reaktionen - wie etwa die Ausscheidung und das Immunsystem - des Kindes an, sie vermitteln ein Gefühl der

Sicherheit und der Gemeinschaft und bilden damit den Grundstein zur Entwicklung eines engen, vertrauensvollen Mutter- Kind-Verhältnisses.

Ein weiteres Beispiel liefert die Geburtshilfe, die durch taktile Reize nach der Geburt die Atmung des Kindes provoziert. Problematischer ist eine nicht- natürliche Geburt, z.B. eine Sectio caesarea, bei der der unphysiologische Hergang der Geburt zu Atemschwierigkeiten führen kann, das Kind ist hier gewissermaßen nicht richtig auf die postpartale Kreislaufumstellung vorbereitet.

2. Weiterhin beschreibt *Montagu* (1971) die Auswirkungen von Berührungsverhalten auf die sexuelle Entwicklung des Menschen. Als Beispiele werden Partnersuche, Erregbarkeit, Vorspiel, Orgasmus oder Stillverhalten aufgeführt.

3. Darüber hinaus weist *Montagu* (1971) auf verschiedene Ausdrucksformen hinsichtlich Haut und Berührung in den unterschiedlichen Kulturen hin. Er schildert in diesem Zusammenhang den Mutter- Kind- Kontakt bei Eskimos, wo der nackte Säugling direkt unter der Kleidung auf dem Rücken der Mutter getragen wird. Hierdurch entsteht ein sehr enges Verhältnis von Kind zu Mutter, die Mutter „spürt“ die Bedürfnisse des Säuglings „hautnah“. *Montagu* (1971) sieht in dieser frühkindlichen Hauterfahrung derart prägende Ereignisse, dass er ein allgemeines Urvertrauen der Eskimos trotz widriger Lebensumstände darauf zurückführt.

Neben den bereits aufgeführten Funktionen erfüllt die Haut noch weitere Aufgaben:

Sie speichert Wasser, Fett, Zucker und andere Stoffe und gibt dem Körper durch Zusammenhalt des Skelettes seine Form.

Ihre Durchblutung und die Schweißsekretion nehmen deutlichen Einfluss auf die Wärmeregulation, hier besteht eine Austauschfunktion, die sowohl von innen nach außen, als auch in der anderen Richtung verlaufen kann. Die trockene Wärmeabgabe durch Leitung oder Strahlung spielt eine geringere Rolle.

Besonders lipophile Substanzen können perkutan resorbiert werden, die Aufnahme erfolgt dabei entweder über die Epidermis, durch die Haarfollikel oder die Schweißdrüsen. Wasserlösliche Substanzen wie Zucker oder Elektrolyte werden in wesentlich kleineren Teilen resorbiert. Auch die Ausscheidung über die Haut spielt eine kleinere Rolle, neben Schweiß, Talg und Wasser werden z.B. einige Medikamente wie Jod oder Brom z.T. über die Haut ausgeschieden.

Die vielfältigen Funktionen der Haut und ihre enge Verknüpfung mit Psyche, Neuroendokriniem und Immunsystem bedingen ein häufiges gemeinsames Auftreten von psychosomatischen Erkrankungen und Dermatosen. Da Hauterkrankungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld sichtbar sind, beeinflussen sie Selbstbewusstsein und Beziehungen der Patienten. Reale oder vermeintliche Stigmatisierung führen zu einem negativen Selbstkonzept, die Patienten reagieren mit Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug, da sie Angst vor Abwertung durch ihr soziales Umfeld haben, wobei Frauen durch Hauterkrankungen offenbar stärker belastet sind als Männer. Außerdem führt das Stigmatisierungserleben zu verstärktem inneren Grübeln - die Patienten beschäftigen sich übermäßig mit ihrer Erkrankung - und zu einer Beeinträchtigung des Sexuallebens. *Ramsay* und *O'Reagan* (1988) konnten in einer Untersuchung über Psoriasis bei 11% der Betroffenen eine Entwicklung zu sozialen Phobien feststellen.

Deshalb spielen neben der Behandlung der Hautläsionen noch weitere Aspekte des Krankheitsmanagements eine wichtige Rolle: Persönlichkeitsaspekte, Bewältigungsstrategien und Copingmechanismen, Lebensstil, Unterstützung und Akzeptanz durch das soziale Umfeld sollten individuell berücksichtigt werden. Weiterhin kann der Krankheitsverlauf wegen der leichten Erreichbarkeit der Hautläsionen durch Verhaltensaspekte des Patienten beeinflusst werden. Kratzen, Berühren, Übertreiben oder Vernachlässigung der nötigen Hautpflege können zu neuen Läsionen oder einer verlängerten Heilungsdauer führen.

In den letzten Jahren wurden mehrere Studien publiziert, die den Anteil psychischer Störungen bei dermatologischen Patienten untersuchten. *Hughes* und Mitarbeiter (1983) beschrieben bei 30% der ambulanten und 60% der stationären dermatologischen Patienten psychische Probleme, *Wessely* und *Lewis* (1989) stellten bei 40% ambulanter Patienten eine psychiatrische Comorbidität fest. *Picardi* und Mitarbeiter (2000) fanden bei 25% dermatologischer Patienten psychiatrische Störungen, während *Woodruff* und Mitarbeiter (1997) bei dermatologischen Patienten im Rahmen eines psychiatrischen Konsils bei 42% depressive Störungen, 38% Angststörungen, sowie ein breites Spektrum weiterer Störungen erkannten. Nur 5% der Patienten wiesen keine psychische Störung auf. Schließlich beschrieben *Schaller* und Mitarbeiter (1995, 1998) psychogene Störungen bei 79% stationärer dermatologischer Patienten, die

anlässlich gemeinsamer dermatologisch- psychosomatischer Visiten zur psychosomatischen Untersuchung vorgeschlagen wurden. Diese gliederten sich zu 23% in neurotische Störungen, 26% somatoforme Störungen und 30% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Aufgrund der komplexen psychosomatisch- somatopsychischen Zusammenhänge geht man heute von einer multifaktoriellen Genese beim gemeinsamen Auftreten von Hauterkrankungen und psychischen Störungen aus. *Schneider* und *Gieler* (2001) passten die ursprüngliche Einteilung psychischer Störungen in der Dermatologie von *Koblenzer* (1983) an den heutigen Forschungsstand an. Sie unterscheiden:

1. Dermatosen als Folge psychischer Störungen: z.B. Artefakte, Trichotillomanie, Waschzwang, Dysmorphophobie oder Dermatozoenwahn.
2. Multifaktoriell bedingte Dermatosen, deren Verlauf durch psychische Faktoren entscheidend beeinflusst werden kann, z.B. Atopisches Ekzem oder Psoriasis.
3. Psychische Störungen infolge Dermatosen mit entstellendem oder bedrohlichen Charakter, z.B. Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressive Störungen oder Angststörungen.

Eine Hauptaufgabe des behandelnden Arztes muss es also sein, infolge seines psychosomatischen Verständnisses eine empathische Arzt- Patienten- Beziehung aufzubauen, um Krankheitsverständnis und Therapiemotivation zu fördern. Verhaltenstherapeutische Methoden wie psychoedukative Elemente, Stressbewältigung, Training sozialer Kompetenzen, Entspannungsverfahren, sowie psychoanalytischer Settings geben dem Patienten Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung und gegen die Angst vor dem Kontrollverlust und dienen dem Schutz der psychischen und physischen Unversehrtheit durch erlerntes Schaffen einer Ausgewogenheit von Nähe und Distanz.

## 2.2 Emotionstheorien

Das Wort Emotion hat seine Wurzeln im lateinischen „*emovere*“, was soviel wie herausbewegt oder erschüttert bedeutet. Es bezeichnet ein persönliches, subjektives Erleben von inneren Reizen (z.B. Körperempfindungen), äußeren Reizen (z.B. Sinnesempfindungen) und/ oder kognitiven Prozessen. Diese Reize werden als angenehm oder unangenehm empfunden. Das entsprechende Gefühl wird von Erregung (Spannung) oder Beruhigung (Entspannung) begleitet, häufig mit einer deutliche Lust- oder Unlustbetonung. Da sich der Begriff „Gefühle“ nicht definieren lässt, umschreibt man ihn mit Erlebnissen wie Freude, Liebe, Ärger, Angst, Scham oder Ekel. *Agnes Heller* (1980) weist mit ihrer Gleichung „Ich fühle = ich bin in etwas involviert“ auf den persönlichen Bezug hin. Dieses Involviertsein kann sich auf vieles beziehen: auf andere Menschen, andere Gefühle, Situationen, Vorgänge, auf das Selbst, auf ein Problem oder eine Idee. Ein Gefühl kennzeichnet gewissermaßen einen bewussten emotionalen Zustand. Weiterhin verändern Emotionen infolge gesteigerter Wahrnehmung eines Objektes oder einer Situation durch Hormonfreisetzung und über das autonome Nervensystem bestimmte Kreislauffunktionen wie z.B. Pulsschlag, Atemfrequenz oder Organdurchblutung.

Es gibt bisher keine umfassende, einheitliche Theorie zur Entstehung von Emotionen. Einig sind sich die Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Modelle bei der Beurteilung der Emotion als eine komplexe Erscheinung, bei deren Auftreten mehrere Ebenen beteiligt sind. Neben einer physiologischen Aktivierung (z.B. körperliche Unruhe, Herzrasen, Erröten) kommt es im Rahmen einer kognitiven Bewertung (z.B. ich bin hilflos, das ist peinlich, das ist toll) zu einer motorischen Reaktion (z.B. Lachen, Weinen, Stirnrunzeln). Der subjektiv erlebte Gefühlszustand führt zu einem Handlungsimpuls (z.B. ich fühle mich schlecht → weggehen). Um dieses Phänomen grundlegend zu beschreiben, müssen also alle Komponenten berücksichtigt werden:

1. Das Erleben bzw. das bewusste Empfinden eines Gefühles
2. Die physiologischen Prozesse in Gehirn, Nervensystem und Kreislauf
3. Der beobachtbare Ausdruck, besonders die Mimik.

Wie Körper, Geist und Emotionen miteinander verknüpft sind, d.h. welches System das andere wie beeinflusst, ist nicht hinreichend

geklärt. Das Zentrum des emotionalen Geschehens sieht die Gehirnforschung im Limbischen System, einem funktionell zusammenhängendem, ringförmig um den Hirnstamm angeordneten Hirnareal, das auch vegetative Funktionen steuert. Dieser evolutionsgeschichtlich älteste Teil des Großhirns entwickelte sich lange bevor sich der Neocortex, der sogenannte Sitz der Rationalität, ausbildete. Zwischen diesen beiden Systemen bestehen Verbindungen, die für das Zusammenspiel von Emotion und Kognition verantwortlich sind, weiterhin Kontakte zum Hypothalamus, zu motorischen und sensorischen Integrationsstrukturen des Kortex, Frontal- und Temporallappen, unspezifischen Aktivierungszentren des Mittelhirnes, zur Medulla oblongata und Formatio reticularis. Experimentell nachgewiesen wurde der Einfluss von Läsionen und elektrischer Reizung verschiedener Teile des Limbischen Systems auf emotionale Verhaltensweisen. So beschreibt *Schaper* (2001) bei Chorea Huntington- Patienten mit Atrophien im Bereich der Basalganglien selektive Defizite im Erkennen der Emotion „Ekel“.

*Rost* (1990) unterscheidet im Limbischen System Anteile mit positiver Erregung bei Stimulation (Septum, mediales Vorderhirnbündel, frontale Hypothalamusteile, Formatio reticularis) und Bereiche, bei deren Reizung eine aversive, bestrafende Wirkung resultiert (dorsale und posteriore Anteile). Weiterhin führt *Rost* (1990) den Nucleus amygdala als Beispiel für eine Hirnregion auf, bei der je nach genauem Ort der Reizung sowohl angenehme, als auch unangenehme Empfindungen hervorgerufen werden können. Schließlich beschreibt *Rost* (1990) den Antagonismus zwischen Septum und Gyrus cinguli in Bezug auf emotionales Verhalten und Reagibilität; eine Reizung des Gyrus cinguli erleichtere die Reaktionsfähigkeit, während die Stimulation des Septums diese hemme.

*LeDoux* (1996) lehnte die ursprüngliche Vorstellung eines einzigen neuronalen Zentrums für Emotionen ab und postulierte die Beteiligung verschiedener neuronaler Verschaltungen. Dabei entdeckte er bei Ratten-Experimenten direkte Reizleitungen vom Thalamus zum Mandelkern, die gewissermaßen einen Kurzschluss zwischen Informationsaufnahme und Reaktion ohne hemmenden Denkfilter ermöglichen. *LeDoux* (1996) bezeichnet diesen Vorgang als präkognitive Emotion, eine gefühlsgesteuerte Verhaltensweise durch Verarbeitung von Gefühlen im Limbischen System ohne

bewusste Wahrnehmung. Neuere Forschungsdaten scheinen die Grundannahmen von *LeDoux* (1996) zu bestätigen, dass verschiedene Schaltsysteme, meistens in Verbindung mit der Amygdala, emotionsrelevante neuronale Erregung an weiter entfernt liegende Hirnareale vermitteln. *Schaper* (2001) verweist in diesem Zusammenhang auf Spekulationen in der Neurowissenschaft, dass nach Abschluss der cerebralen Kartierung von Emotionen jede wichtige Emotion eine eigene Topographie habe, die sich durch ein spezifisches Bahnsystem und eine unverwechselbare Gefühlsqualität definiere. Weiterhin würden aber auch parallel verlaufende Verschaltungen mit anderen Emotionen zu wichtigen Knotenpunkten des Verarbeitungssystems angenommen. Hierbei schreibt *Schaper* (2001) der Amygdala und dem präfrontalen Kortex eine vorherrschende Bedeutung zu.

Der Existenzanalyst *Alfried Längle* (2000) geht in seiner Theorie der Gefühle von der Grundthese aus, dass jedes Gefühl eine Reaktion auf die Wahrnehmung eines Objektes ist. Grundsätzlich geht er dabei von zwei emotionalen Kompetenzen des Menschen aus: Das Fühlen erfasse körperlich vermittelte, zuständige Gefühle, während das Spüren eine geistige Fähigkeit sei, die die Qualitäten und ihre möglichen Entwicklungen ähnlich eines Fernsinnes wahrnehme. Die oben genannte Reaktion entstehe durch physisches, psychisches oder geistiges Berührtsein, wodurch die Vitalität beim Fühlen bzw. die Geistigkeit beim Spüren in Bewegung gerate. Das Ich kann nach *Längle* (2000) diese Bewegung als (Gefühls-) Kraft erleben, gleichermaßen bilde sie die Grundlage von Werterfassung und Beziehungen. Gefühle an sich bräuchten für ihre Entstehung Nähe (und damit auch Zeit), wobei durch eine Berührung der vitalen Dimension der gefühlsmäßig unterlegte Eindruck eine für die subjektive Existenz relevante Bedeutung erhalte. Weiterhin beschreibt *Längle* (1993) in seinem prozessualen Emotionsmodell die zeitliche Abfolge der Entstehung und Personierung von Gefühlen. Zunächst bestehe eine „primäre Emotion“ (PE), die sich aus Affekt, Impuls und phänomenalem Gehalt der Gefühlswahrnehmung zusammensetze. Durch Verarbeitung der PE werde aus dieser eine „integrierte Emotion“ (IE), welche das stimmige authentische Gespür darstelle. Dies wertet *Längle* (1993) als Ausdruck des Gewissens, außerdem enthalte die IE die Dimensionen Verstehen und Urteilen, sowie Entscheiden und Entschließen. Da *Längle* (2000) Gefühle inhaltlich den

Grundmotivationen zuordnet, könnten diese in ihrer psychopathologischen Entwicklung existenziell durchleuchtet werden.

Verhaltenstherapeutische Konzepte setzten von Beginn an einen Schwerpunkt bei den physiologischen Komponenten des emotionsspezifischen Verhaltens. Besonders Veränderungen in vegetativ innervierten Organsystemen wie dem Herzkreislaufsystem, der Respiration, der Transpiration oder der muskulären Aktivität wurden und werden im Zusammenhang mit dem Auftreten von Emotionen untersucht. Dabei beschreibt *Rost* (1990) zwei verschiedene Herangehensweisen. Einerseits gibt es die Annahme, dass zu jeder Emotion ein spezifisches physiologisches Reaktionsmuster gehört. Studien zur Identifizierung bestimmter Parametermuster sind jedoch sehr problembehaftet. Neben der schwierigen Replizierbarkeit von Ergebnissen und unvollständigen Beachtbarkeit von Einflussfaktoren, stellt sich die Frage, ob reine Emotionen überhaupt auslösbar sind. Außerdem hat sich gezeigt, dass zusätzlich zur Induktion sympathischer Erregung (z.B. mit einer Adrenalinapplikation) äußere oder innere Emotionsreize vorhanden sein müssen, um Gefühle hervorzurufen.

Auf der anderen Seite begreifen *Schachter* und *Singer* (1962) die unterschiedlichen emotionalen Reaktionsformen als zusammengesetzt. In ihrer Zwei-Faktoren-Theorie vertreten sie die Annahme, dass Gefühle zunächst mit einer unspezifischen physiologischen Erregung verbunden sind, den eigentlichen Wurzeln menschlicher Emotionen. Da nach *Schachter* und *Singer* (1962) dieser körperliche Aufruhr in allen gefühlsanregenden Situationen gleich ist, führen erst kognitive Prozesse zur Ausdifferenzierung spezifischer Bedeutungsinhalte der Erregung. Bemerkenswert wird jedoch nur das affektive Ergebnis, gewissermaßen die fertige Emotion, da die kognitive Bewertung sehr schnell und unbewusst abläuft. *Lazarus* (1977) entwickelt diese kognitive Emotionstheorie noch weiter, indem er die kognitive Auslösung von emotionalem Erleben auf Bedingungen der Lerngeschichte zurückführt. Um ihre Zwei-Faktoren-Theorie zu stützen, führten *Schachter* und *Singer* (1962) Experimente mit Adrenalinapplikationen an Probanden durch, bei denen die Adrenalin-induzierte neutrale Erregung mittels verschiedener kognitiver Zusatzinformationen in Richtung Freude oder Aggression gelenkt wurde. Allerdings werden die Ergebnisse der Studie mittlerweile aufgrund des fragwürdigen Studiendesigns

und der Versuchsdurchführung angezweifelt (ohne an dieser Stelle näher darauf eingehen zu wollen). Außerdem verweisen Kritiker dieser kognitivistischen Auffassung darauf, dass Emotionen durch eine direkte Reiz- Reaktionsverbindung auch ohne kognitive Mitbeteiligung hervorgerufen werden können. Dass Emotionen, v.a. hinsichtlich ihrer Intensität, durch physiologische Erregung beeinflusst werden können bleibt jedoch unbestritten, denn gerade in der Therapie von Angststörungen macht man sich den Einfluss vegetativer Veränderungen auf emotionale Prozesse zunutze, beispielhaft seien Biofeedback- Methoden genannt.

*Rost* (1990) sieht in Emotionen einfach strukturierte Gefühle, die Umweltereignisse, Erfahrungen und Wahrnehmungen des Menschen bewerten und ihre Bedeutung für den Menschen bestimmen. Im Gegensatz zu *Schachter* und *Singer* (1962) geht er nicht davon aus, dass für die Entstehung einer Emotion eine kognitive Einschätzung Voraussetzung ist- sei es nun zur emotionalen Bewertung einer inneren oder einer äußeren Situation. *Rost* (1990) sieht in kognitiven Prozessen mehr ein zu emotionalen Vorgängen parallel ablaufendes Geschehen, wobei Interaktionen zwischen beiden Systemen stattfinden können. Hier sei es möglich, dass Kognitionen Emotionen stimulieren, fördern oder einschränken, je nach Situation verliefen Emotionen autonom, in Übereinstimmung mit der kognitiven Bewertung oder sogar im Widerspruch zu dieser. Oft sei die emotionale Einschätzung und Beurteilung der kognitiven sogar voraus und wirke motivierend und handlungsanregend, außerdem finde durch diese Bewertungsvorgänge eine Selektion der wichtigsten Umweltreize statt. Auch *Izard* (1994) beschreibt unterschiedliche emotionale Reaktionssysteme, die mit der kognitiven Verarbeitung interagieren, aber auch unabhängig verhaltensmodulierend arbeiten können. Nach *Rost* (1990) bestehen Emotionen in ihrer „reinen“ Form nur für eine kurze Zeit, da sie weitere Emotionen hervorrufen können, genauso wie sie sich gegenseitig verstärken, abschwächen oder unterdrücken. Dieses System vergleicht *Rost* (1990) mit einer Melodie, in der jede Emotion mit unterschiedlicher Intensität erklinge. Weiterhin sieht er zwischen gegensätzlichen Emotionen eine labile Balance gleich einer zweiarmigen Waage, deren Aufrechterhaltung das Seelenleben wenig Kraft koste. Je stärker eine Richtung ausschlage, desto mehr müsste die unterlegene Kraft entgegenhalten, dieser unbalancierte

Zustand koste das Seelenleben Kraft und Energie und würde hierdurch blockiert.

### 2.2.1 Scham

Etymologisch leitet sich das Wort Scham von dem althochdeutschen „*scama*“ ab, das nach *Kalbe* (2002) bereits im 8. Jahrhundert schriftlich erwähnt wird und mit „Schamgefühl, Beschämung, Schande“ gleichzusetzen ist. Dabei bezeichnet Schande die objektiven Umstände, während Scham das subjektive Erleben ausdrückt. Die germanischen Wurzeln „*skam/ skem*“ leiten sich von dem indogermanischen Ursprung *kam/ kem* ab, und beinhalten ein „Be- und Zudecken, Verschleiern, Verbergen, Verhüllen“. Das vorangestellte „s“ ergänzt den reflexiven Aspekt („sich zudecken“). Scham hat also sehr viel mit einer Spannung zwischen Zeigen und Verbergen, Offenheit und Verschlossenheit, Interesse und Hemmung zu tun. Der lateinische Begriff „*pudor*“, der für sexuelle Scham steht, taucht in der medizinischen Terminologie als Schambeinknochen (*Os pudenda*) auf und verdeutlicht die häufige Verknüpfung von Scham und Sexualität.

In der Umgangssprache gibt es eine ganze Reihe von Begriffen, die im Zusammenhang mit dem Erleben von Scham und Beschämung stehen. Eine Übersicht zum Begriffskontext der Scham aus Sicht verschiedener Autoren erstellte *Rost* (1990):

<i>Tomkins:</i>	Demütigung, Entfremdung.	Niederlage,	Verfehlung,
<i>Lewis:</i>	Schüchternheit, Verlegenheit, Geringschätzung, Unzulänglichkeit,	Scheu, Kränkung, Verachtung des Selbst,	Bescheidenheit, Demütigung, Beschämung.
<i>Zimbardo:</i>	Befangenheit, Sorge um das Management des Eindrucks auf andere, Sorge um soziale Einschätzungen u.a.m.		
<i>Modigliani:</i>	Verlust der Selbstachtung.		

Weitere Begriffe sind Bloßstellung, Sich- Zieren, Betretenheit, Peinlichkeit, Sich- Genieren, Schmach, Schande, Schuld und Scheu.

Allein diese Aufzählung verdeutlicht die Wichtigkeit von Scham im ganzen Emotionssystem.

In der Psychotherapie und Psychoanalyse war die Scham lange Zeit ein wenig beachteter Affekt (*Leibig* 1998). *Kalbe* (2002) sieht in Scham einen fundamentalen emotionalen Faktor des menschlichen Daseins, dessen Stellenwert in der Psychodynamik neurotischer Störungen unterschätzt werde. Da Scham die Eigenschaft besitzt, sich auf den Beobachter zu übertragen, wird das Schamerleben des Patienten selten therapeutisch bearbeitet. *Leibig* (1998) fordert deshalb, im therapeutischen Handeln nicht schamvoll zu schweigen, wenn Scham ausgesprochen oder nonverbal ausgedrückt wird.

Die Psychoanalyse verband Scham zunächst mit der psychosexuellen Entwicklung und ihrer Abwehr. *Schenk- Danzinger* (1999) zufolge entsteht Scham zur Absicherung gegen die Freude an der Zurschaustellung des Sexualorgans durch Reaktionsbildung. Nach Verdrängung des kindlichen Exhibitionismus bilde das Schamgefühl die Abwehr vor dem Durchbruch dieses Triebes. Seit den 70er Jahren wird Scham zunehmend im Rahmen von Beziehungsprozessen und ihrer Rolle bei der Bewusstseins- und Identitätsbildung diskutiert.

Die meisten Autoren siedeln die Entstehung der Scham zwischen dem 4. und 18. Lebensmonat an und zählen diese zu den Primäremotionen. Einige sehen bereits im Abwenden des Kindskopfes eine frühe Schamform als Abgrenzungsverhalten. Auch das „Fremdeln“ im 4.- 8. Monat ist ein frühes Schamäquivalent, ein Gefühl des erkannten Irrtums, die Mutter mit einem Fremden verwechselt zu haben. Um den 18. Lebensmonat entsteht mit dem sich etablierenden Selbstkonzept des Kindes, der Unterscheidungsfähigkeit zwischen Ich und Nicht- Ich, der Symbolisierungsfähigkeit und der beginnenden Sprachentwicklung die Fähigkeit zur Selbstreflexivität. Das Kind lernt, Bezüge zwischen Objekten und zwischen sich und Objekten herzustellen. Der Herausbildung des Schamgefühls liegen interaktive Prozesse von Kind und seinen Bezugspersonen zugrunde. Nach *Leibig* (1998) kommt besonders der frühen Mutter- Kind- Beziehung eine zentrale Bedeutung zu, unter der Fragestellung, welche Resonanz des Kind erhalten hat und wie seine Selbstobjektbedürfnisse gespiegelt wurden. Auch die Entwicklung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls hängen von den Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes ab; Zuwendung, Sanktionen und die Konkurrenz zu

Geschwistern beeinflussen die Ausbildung des Schamaffektes. Das Kind reagiert auf eigene Leistungen mit Stolz und entwickelt je nach Reaktion seiner sozialen Umwelt mit Hemmung und Scham, wenn seine positiven Gefühle (Stolz) nicht von den Bezugspersonen geteilt werden. Im Laufe der Zeit eignet sich das Kind so Vorstellungen, Normen und Gebräuche seiner Umwelt an und versucht diesen gerecht zu werden, eine innere Struktur, die *Krause* (2002) als „Ichideal“ bezeichnet. *Kalbe* (2002) sieht außerdem in der Fähigkeit, Ziele zu erkennen, zu verfolgen und zu erreichen bzw. nicht zu erreichen eine relevante Bedeutung, um Misserfolgs- oder Überschreitungsscham zu empfinden.

*Wurmser* (1993) sieht in Scham eine verinnerlichte Reaktion des übermächtigen Blickes einer idealen Figur (des „Über-Ichs“), der dem Angeschauten seine negative Andersartigkeit im Vergleich zur vom Ich betrachteten Idealfigur aufzeigt. Er geht also von einer rein intrapsychischen Konfiguration aus. *Seidler* (1997) erweitert diesen Ansatz, indem er die Interaktion zum Gegenüber betont, also eine interpsychische Konfiguration hinzufügt. Diese Interaktion bestehe aus einem Wechsel von Wahrnehmen und Wahrgenommen werden, Scham entwickle sich in mehreren Stufen über die zunehmende Aneignung des Blickes des Gegenübers und münde in einem „internalisierten“ Ideal, wodurch sich die Person vor sich selbst schämen könne. Damit sieht *Seidler* (1997) im Über-Ich keine Voraussetzung zum Schamerleben, vielmehr bilde sich dieses im Laufe der Entwicklung.

Nach *Beckmann und Mitarbeitern* (1998) treten Schamgefühle allgemein dann auf, wenn ein persönlich empfundenes Defizit öffentlich sichtbar oder hörbar wird oder werden könnte. Dies kann durch eine Verletzung der Intimsphäre geschehen, aber auch durch Verhaltensweisen, die gegen moralische, ethische oder religiöse Kontexte, Normen, Ge- und Verbote verstoßen. Der Betroffene erlebt, dass wesentliche innere Bereiche berührt sind, die nicht ohne weiteres entblößt und offengelegt werden dürfen. Das (vermeintliche) Versagen wird dem ganzen Selbst zugeschrieben, wodurch dieses in Frage gestellt wird. Ein plötzliches Bewusstwerden der eigenen Inkompetenz tritt auf. Unfähigkeit, Hilflosigkeit, Gelähmtheit, Befangenheit, Blockiert sein, sich isoliert, abgelehnt, einsam, elend, entmutigt fühlen werden als Schamerlebnisse geschildert. Begleitet werden diese Gefühle von unwillkürlichem Erröten, Schwitzen, schnellerem Pulsschlag, einem

Kloßgefühl im Hals, Schwindel, Blicksenkung und Augenniederschlag, Abwenden, Verstecken oder Weglaufen, Nestelbewegungen oder verlegenem Kichern. *Rost* (1990) sieht darin den Versuch, durch Schamausdruck Entlastung zu erfahren und der befürchteten sozialen Ablehnung entgegenzuwirken. *Wurmser* (1993) spricht in diesem Zusammenhang von einer fundamentalen Trias aus „Schwäche, Defekt und Schmutzigkeit“, charakteristisch sei der Wunsch, „im Boden zu versinken“.

*Rost* (1990) und *Leibig* (1998) grenzen außerdem Scham von Schuld ab. *Rost* (1990) beschreibt Scham als „emotionaler, instinktiver, einfacher strukturiert,..., leichter auslösbar“ als das eher kognitiv gesteuerte Schuldgefühl. Scham sei eine Art „emotionale Mutter“ eines „kognitiven Schuldbewusstseins“. *Leibig* (1998) spricht Schamgefühlen zusätzliche intrapsychische Abwehrfunktionen zu, neben einer Selbst- erhaltenden Wirkung werden auch das Wertgefühl und die innersten Überzeugungen des Betroffenen geschützt. Es finde eine Anpassung an soziale Werte statt, Grenzen zu anderen würden bewahrt. Auch sei das Erleiden von Scham fundamentaler als Schuld.

*Rost* (1990) nennt weiterhin drei mögliche Auslöser von Schamgefühlen:

- Instinktiv- emotionale Auslöser, die „vorprogrammiert“ seien (z.B. Fremdeln)
- Sozialisationsbedingte Modulation dieser Auslöser durch Konditionierung
- Kognitive Auslöser

Daneben spielen auch Kultur, Alter, Schönheitsideale, Statussymbole, Leistungsfähigkeit, institutionelle Vorschriften, Ethik und Moral eine wichtige Rolle bei der Auslösung von Scham. Schon bei einer ärztlichen Untersuchung werden je nach Körperregion Schamgrenzen verletzt, besonders Mund-, Genital- und Analbereich sind hierdurch betroffen.

Vor allem eine dämpfende Wirkung auf offensive, exponierende und verletzende Akte schreibt *Rost* (1990) der Scham als Funktion zu. Er sieht in ihr einen emotionalen Gegenspieler von sexueller Freizügigkeit, exhibitionistischen Tendenzen, aggressiven Durchsetzungsverhalten und dem ungestümen Drang in neue soziale Räume. Durch Scham werde stark extrovertiertes Verhalten gebremst. Deshalb unterscheidet er drei Teilbereiche der Scham –

aggressive, sexuelle und soziale Scham- und ordnet sie den verschiedenen antagonistischen Funktionen der Schamhaftigkeit zu:

1. Aggressive Scham: Der Mensch besitzt zahlreiche aggressive Dispositionen und Neigungen, die von verschiedenen Antagonisten gehemmt werden: Mitleid, Angst, Schwäche, Ekel, Schamgefühle oder ein Schuldbewusstsein wirken gegensätzlich zu Aggressionen. Dabei sieht *Rost* (1990) in Scham- und Schuldgefühlen eine Angst vor sozialer Ablehnung und Bestrafung. Diese Strebungen stehen in der Regel in einer labilen Balance zueinander, die bei Störungen zugunsten einer Seite kippen kann. Die Folge beschreibt *Rost* (1990) als „soziopathische Niedertracht“, Gewissenlosigkeit, Infamie und Gemeinheit auf der einen, und als deprimierende, erdrückende Scham- und Schuldlast auf der anderen Seite. Auch die soziale Situation spielt hier eine wichtige Rolle, da Schamerleben und Aggressionshemmung von der vorhandenen sozialen Gruppe beeinflusst werden. Besteht eine soziale Unterstützung, so ist die Angst vor sozialen Sanktionen vergleichsweise geringer, woraus ein wesentlich geringeres Schamerleben in einer anonymen Öffentlichkeit resultiert.
2. Sexuelle Scham: Zwischen Sexualität und Scham besteht eine ausgeprägte Beziehung. Der Sexualakt zeichnet sich durch ein hohes Maß an Intimität und Emotionalität aus, durch Hingabe wird die Wahrnehmung der Umwelt beeinträchtigt, wodurch er sehr verwundbar wird. Sexuelle Begegnungen treffen mehr persönliche und offenbarende Aussagen, als andere Kommunikationsformen. Selbst bei großer Vertrautheit der Partner besteht aufgrund des emotionalen, enthüllenden Gehalts ein Grundmaß an Scham. Durch Störung der Erregung oder Freude, also zentraler Aspekte der Sexualität, entstehen schnell Schamgefühle. Dies scheint nach *Rost* (1990) ein Grund für das Verbergen des Sexualaktes vor anderen zu sein. Auch bei Tieren geschieht dieser z.T. im Verborgenen, da die geschlechtliche Vereinigung Angriffe durch Artgenossen provoziert.
3. Soziale Scham: Wie bereits beschrieben ist das „Fremdeln“ eine der ersten Formen von Scham. *Rost* (1990) sieht in Scheu, Scham und Genieren in diesem

Zusammenhang eine milde Form sozialer Unsicherheit und Angst. Scheu ist generell ein entscheidendes Gefühl des Menschen zu fremden Menschen, sie beeinflusst das soziale Zusammenleben entscheidend. Gerade in der heutigen weitgehend anonymen Gesellschaft wirken angstauslösende Signale von Mitmenschen stärker, wodurch das menschliche Verhalten von Misstrauen geprägt ist. Als Beispiel nennt *Rost* (1990) das Vermeiden von Blickkontakt. Das kann bis zu Verhaltensfixierungen führen, so dass sich der Betroffene selbst unter vertrauten Personen nicht mehr von seiner Maske lösen und öffnen kann. Weiterhin beschreibt *Rost* (1990) eine Form von Scham bei der Annahme von Geschenken, die ein Gefühl hervorruft, das Geschenk zu erwidern. Auch Lob führe zu einer Verunsicherung und zum Erleben von Scham.

Der Affekt Scham spielt bei Hautpatienten eine zentrale Rolle. Schon die zugrunde liegende Bedeutung des Verdeckens und Verhüllens zeigt eine Gemeinsamkeit: Haut und Scham schützen innere Werte. Das Schamerleben findet teilweise auf der Haut statt, der Beschämte versucht, „den Sitz der Identität, das Gesicht sowie den gesamten Körper dem Scheinwerferlicht der inneren Blicke zu entziehen“ (*Krause* 2002). Auch umgangssprachliche Ausdrücke wie „das Gesicht verlieren“ oder das Gesicht bedeckende Gesten verdeutlichen den Zusammenhang von Scham und Haut, Betroffene fühlen sich häufig hässlich, verunstaltet, minderwertig, körperlich ungeliebt. Nicht selten kommt es in schamhaften Situationen zum Erröten. Als Kommunikationsorgan scheint die Haut wie geschaffen, um psychische Prozesse abzubilden. Hautkranke erfahren durch ihre Erkrankung Scham als noch bedrohlicher. Das subjektive Erleben von Entstellung ruft Schamgefühle hervor, die schlecht anhand der Schwere der Hautveränderungen abgeschätzt werden können. Patienten ohne sichtbare Hautveränderungen können trotzdem unter starken Schamgefühlen leiden, andererseits erleben manche Patienten mit erheblichen Hautveränderungen nur geringe Schamgefühle. Kommt es zu wirklichen oder scheinbaren Stigmatisierungserfahrungen, reagiert der Betroffene oft mit sozialem Rückzug, Isolation bis hin zur Sozialphobie. Das massive Schamerleben schwächt in entscheidender Weise das Selbstwertgefühl, der Betroffene schämt sich für sein Äußeres und empfindet sich als unterlegen.

### 2.2.2 Ekel

Ekel wird von den meisten Autoren neben Glück, Trauer, Überraschung, Angst und Wut zu den Basisemotionen gezählt. Das Wort „Ekel“ tauchte wahrscheinlich im 15. Jahrhundert zum ersten Mal auf. Luther verband damit Greuel, Abscheu, Grauen und Unlust. Ekel ist ein gegen gewisse Dinge empfundener Widerwille, die auf die Sinne abstoßend wirken und dessen Grundbedeutung „Reiz zum Erbrechen“ ist.

Allgemein kann Ekel als Abwehrverhalten beschrieben werden. *Kant* (1764) spricht in Bezug auf das „Ekelhafte“ von der Bestrebung, sich von diesem „so weit als möglich zu entfernen“, wozu „die Reinlichkeit gehöre,... die jedem Menschen anstehe“. Die *Gebrüder Grimm* (1854) verstehen unter Ekel sowohl sinnlichen, als auch geistigen Widerwille und Abscheu, was bis zum Erbrechen führen kann. Ekel als eine Reaktion auf etwas Abstoßendes für den Geschmackssinn beschreibt *Darwin* (1872) in einer der ersten Begriffserklärungen, während *Freud* (1905) ursprünglich in Ekel eine Reaktion auf den Geruch von Exkrementen sieht. Auch *Angyal* (1941) betont die Bedeutung der menschlichen und tierischen Körperausscheidungen, erweitert aber zusätzlich Freuds Theorie, da Ekel unter die Affektäußerung des Sexuallebens gelange. *Tomkins* (1963/ 1987) sieht in Ekel eine Abwehr der psychischen Inkorporation oder der zunehmenden Intimität mit abstoßenden Objekten. Dies sei eine nötige angeborene Defensivreaktion, um die Triebstärke von Hunger und Durst zu kontrollieren. Erste Unterschiede erarbeiten *Kolnai* (1926) und *Schultz* (1950), die Ekel und Verachtung als zwei Pole eines Kontinuums zwischen sinnlichem- leiblichem Erleben und moralischer Bewertung betrachten. Eine ähnliche Position bezieht *Izard* (1977), der von einer „Ekeldimension“ spricht, die von materiellen bis zu psychischem Verfall reicht: Der Ursprung liegt bei nahrungsbezogenen Reizen wie verdorbener Nahrung und führt bis zu moralischen Konzepten, dem Verfall traditioneller Werte beispielsweise. *Frijda* (1986) und *Plutchik* (1987) deuten Ekel als eine Art Antrieb zur Selbstreinigung, der die Sauberhaltung des eigenen Körpers und der unmittelbaren Umgebung bezweckt, um möglichen Erkrankungen vorzubeugen. Schließlich beschreiben *Rozin* und *Fallon* (1987) die Eigenschaft ekelerregender Objekte,

durch Berührung den Geckelten zu kontaminieren, wobei es sich in der Regel um Tiere oder tierische Produkte handelt.

*Kluitmann* (1999) sieht den Ursprung von Ekel im gattungsgeschichtlichen Erbe des Menschen. Es bestehe eine Nähe zu den Instinkthandlungen, bei denen eine imperative Verknüpfung von Signal und Handlung vorliege. Auf einen ekelauslösenden Reiz könne reflektorisch die Handlung (z.B. Würgen) erfolgen. Weiterhin sprechen die mimischen und physiologischen Aspekte der Ekelreaktion für einen nahrungsbezogenen Ursprung. Neben der typischen Mimik (Anheben der Oberlippe, Naserümpfen), sind auch ekelbezogene Handlungen (Würgen, Erbrechen) von Geburt an verfügbar. *Schienze* und Mitarbeiter (2002) beschreiben dies als „Begleitemotion einer oralen und viszeralen Abwehrreaktion“. Das Schließen der Nasenlöcher sei die Abwehr aversiver Gerüche.

Ekel ist verbunden mit einem extremen Unwohlsein, dazu werden häufig Gefühle des Angewiderseins oder sich- abgestoßen- Fühlens erlebt. Als somatische Indikatoren zählen Übelkeit und Erbrechen. Als weitere somatische Reaktionen werden eine Zunahme der Durchblutung im Bereich der Basalganglien, das Absinken der Herzfrequenz und des Blutdruckes beschrieben. Dieser Zustand der empfundenen Abscheu ist definitionsgemäß relativ kurz, im Gegensatz zur emotionalen Disposition „Ekelempfindlichkeit“. Hier besteht nach *Schienze* und Mitarbeitern (2002) eine zeitlich überdauernde Neigung, mit Ekel zu reagieren. Das Ekelerleben ist leichter provozierbar, intensiver und länger andauernd. Empfindliche Personen reagieren schon bei der Vorstellung ekelregender Objekte. Eine erhöhte Ekelempfindlichkeit scheint ein Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung spezifischer klinischer Störungsbilder zu sein. Nach *Phillips* und Mitarbeiter (1997/ 1998) erleben Angstpatienten bei Konfrontation mit ihren spezifischen phobischen Reizen neben Angst auch Ekel. Auch bei Zwangsstörungen spielt Ekel eine wichtige Rolle. Besonders Patienten, die unter Wasch- oder Sauberkeitszwängen leiden beschreiben starke Ekelgefühle gegenüber Reizen, die zu Zwangshandlungen führen. Schließlich fanden *Power* und *Dalgleish* (1997) bei Patienten mit Essstörungen Ekelgefühle gegenüber hochkalorischen Nahrungsmitteln, aber auch bezüglich des eigenen Körpers bzw. bestimmter Körperteile, die als unförmig oder unattraktiv wahrgenommen werden.

Kulturelle Unterschiede gibt es hinsichtlich der Auslöser von Ekel, der empfundenen Intensität und der Bedeutung von Ekel als soziales Signal. So werden z.B. körperliche Missbildungen oder sexuelle Praktiken verschieden bewertet. *Haidt, McCauley* und *Rozin* (1994) nennen in ihrer Konzeption des Ekels die kulturelle Evolution dieser Emotion. Ging es zunächst um die Zurückweisung schädlicher Nahrung, etablierte sich mit der Zeit ein System, das eine zusätzliche sozio - moralische Dimension annahm. Vorstellungen, Erfahrungen, Werte und Normen der Gesellschaft werden u.a. über dieses System vermittelt, bei Verstoß, wird mit Ekel reagiert. Dabei gibt es innerhalb einer Gesellschaft individuelle Variationen: Geschlecht, Alter und Beruf beeinflussen das Ekelerleben entscheidend. Auch die gesellschaftliche Schichtzugehörigkeit spielt eine Rolle, da Ekel ein sich in der Zeit entfaltender Prozess ist, der von schichtspezifischen Ansichten geprägt wird.

*Schienle* und Mitarbeiter (2002) unterscheiden mehrere Bereiche, die mit Ekel assoziiert sind: Nahrung (Verdorbenes) und orale Abwehr, Tod, Verletzungen und „Deformationen“, Tiere, Körperausscheidungen und Hygiene. Dabei lassen sich zwei unterschiedliche theoretische Konzeptionen zu Ursprung und der Funktion des Ekels zuordnen. Auf der einen Seite stehen nahrungsbezogene Ekelauslöser, also ungenießbare oder schädliche Stoffe, die nicht in den Körper gelangen oder aus diesem wieder hinaus transportiert werden sollen. Eine „orale Abwehr“ soll eine gesunde Ernährung gewährleisten. Auf der anderen Seite steht eine krankheitsvermeidende Funktion des Ekels, mangelnde Hygiene, Körperausscheidungen, Verletzungen oder Tod sind die auslösenden Reize. Der Ekel verhindert die Kontamination des Körpers mit Schmutz, Ausscheidungen und Krankheitserregern und fördert die eigene Hygiene. Weiterhin spricht *Schaper* (2001) von endogen und exogen provoziertem Ekel. Endogen verursachter Ekel bezieht sich auf die eigene Person, auf Selbsthygiene, Sauberkeit, Selbstfürsorge und Selbstwahrnehmung, während exogener Ekel peripersonal, also von äußeren Objekten ausgelöst wird. In Abgrenzung zu Angst findet *Kluitmann* (1999), dass Ekel über die Nahsinne ausgelöst wird. Der Reiz kann geschmacks-, geruchsvermittelt oder als abstoßende Konsistenz erlebt werden, er wird überraschend und unvorbereitet wahrgenommen und entzieht sich durch die schnelle, unwillkürliche Ekelreaktion weitgehend möglichen Interventionen. *Sprengelmeyer* (1996) vertritt die Theorie, dass die Wahrnehmung

von Emotionen anderer eng mit der Empfindung von eigenen Emotionen zusammenhängt. Durch das beobachtete Ekelerleben anderer, werden Situationen auch für die eigene Person ekelerregend. Hieraus lässt sich der Widerwillen erklären, diesem Gefühl anderer zu folgen und sich damit zu befassen.

Neben Scham spielt die Emotion Ekel eine wichtige Rolle bei Hautkranken. Ekel drückt sich u.a. über die Haut aus („Gänsehaut“), was zu einer verstärkten Wahrnehmung führen kann. *Enzensberger* (1980) beschreibt eindrücklich eine typische Ekelreaktion: „Bebend, schauernd. Die Haut möchte fort, sich einfallen nach innen. Bloß weg hier. ... große Stülpung, katapultiert, kotzt...“. Man kann sich leicht vorstellen, dass gerade Hautkranke diesen Zustand als noch bedrohender erleben. Weiterhin kann die eigene Erkrankung Ekel auslösen. Gerade in der heutigen Gesellschaft spielen ein makelloser Körper, gutes Aussehen, Gesundheit und generell die äußere Erscheinung eine zunehmend wichtige Rolle. Einer Verletzung der „Schönheitsnorm“ durch körperliche Auffälligkeiten wie Hautausschlag oder Verbrennungen wird schnell mit Ekel begegnet. Wirkliche oder vermeintliche Ekelempfindungen anderer führen so zu Stigmatisierungserlebnissen, deren Folgen unter Punkt 2.2.1 Scham beschrieben sind. Schließlich wirken Ekelerlebnisse krankheitsmodulierend, *Buske- Kirschbaum* und *Mitarbeiter* (2001) beschreiben, dass Ekelgefühle einen akuten Herpes labialis auslösen können.

Zusammenfassend beschreiben viele psychoanalytische Autoren Ekel als einen Notfallaffekt mit Schutzfunktion. Für *Freud* (1905) und seine Schüler *Abraham* (1916), *Ferenczi* (1909) und *Fenichel* (1979) ist Ekel zunächst eine Reaktion auf Exkreme. Nach *Schenk- Danzinger* (1999) wird aus der „Freude an der Betätigung mit Exkrementen“ durch Interventionen der Umwelt Ekel. Durch die ausscheidende Funktion der Genitalien gelangt der Ekel dann unter die Affektäußerungen des Sexuallebens, dort sei er primär eine Begrenzung oraler und sexueller Triebe. Verpönte Triebwünsche werden ins Unbewusste verdrängt, die nicht abführbare Triebenergie im Sinne eines Konversionssymptoms in Ekel verwandelt. Kontrollfunktion hat dabei das Über-Ich inne, an dessen Ichideal die Triebe gemessen werden. Ekel ist für *Freud* (1905) und seine Schüler in erster Linie ein primitives Steuerungsorgan des psychischen Apparates. *Klein* (1972) hingegen betrachtet die psychische Entwicklung des Säuglings als einen Wechselprozess

zwischen Projektionen aggressiver und libidinöser Impulse in äußere Objekte und deren Introjektion in einer Art psychisches Gedächtnis. Kindliche Wut und Gier, die aus einem erlebten „Zuwenig“ entstehen, werden in äußere Objekte wie die mütterliche Brust projiziert. Da das Kind das Objekt Brust fortan mit Nahrung gleichsetzt, erlebt es vor der „vergiftet“ erscheinenden Nahrung die Vernichtungsangst, die eigentlich das mit den eigenen Aggressionen aufgeladene Objekt verursacht. Als Reaktion erbricht das Kind oder verweigert die Nahrungsaufnahme vollständig. Hierin sieht *Klein* (1972) ein frühes Ekelkorrelat, das das Kind in zwei Schritten vor durch aggressive Impulse ausgelösten traumatischen Situationen schützt. Zunächst wird über einen Handlungsteil (Erbrechen) das „Giftige“ heraus befördert, weiterhin hemmt Ekel die Gier, wodurch das „Giftige“ nicht mehr aufgenommen und die damit verbundene Angst vor dem Eindringen destruktiver Objekte verringert wird. Dies diene insgesamt dem Schutz des werdenden Ichs vor destruktiven inneren Objekten. Auch *Jacobson* (1978) beschreibt eine aggressive Komponente bei der Ekelauslösung. Allerdings sieht sie in Ekel selbst die aggressive Reaktion auf eine enttäuschte Wiedervereinigungsphantasie mit der Mutter. Nachdem das Stillen als eine Art zeitweiliger Verschmelzung erlebt wird, führt das Abstillen zur passiven Frustration und schließlich zur aktiven Abwehr der ehemals heiß begehrten Brust oder der Milch, das Kind reagiert mit Vorläufern des Ekelgefühls: mit Spucken und Würgen. Dieser Vorgang trägt zur Herausbildung von Selbst und Objekt bei, außerdem werden gierige Wünsche und narzistische Phantasien kontrolliert. Eine Verschiebung der aggressiven Reaktionen von der oralen auf die analen Zone beschreibt *Jacobson* (1978) während der Sauberkeitserziehung. Hier vollzieht sich die assoziative Verknüpfung von Nahrung, Erbrochenem und Kot, es bilden sich die Grundlagen für Ausdrücke höchster Verachtung („Kotzbrocken“, „Arschloch“). Durch Imitation und Identifizierung verinnerlicht das Kind in dieser Zeit die gleichen Ekelauslöser wie die Mutter. Emotionale Äußerungen der Mutter führen zu ähnlichen emotionalen Reaktionen und Gefühlen beim nachahmenden Kind. Schließlich werden für *Krause* (1993) Objektbeziehungen von Anfang an durch Primäraffekte kontrolliert und reguliert. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Mutter- Kind- Interaktion, eine gelungene symbiotische Beziehung ist durch das mütterliche Verstehen der kindlichen Affektäußerungen und richtige Reagieren gekennzeichnet. Falsche

Signaldeutung oder ungenügende Reaktion führen zu fehlerhaftem Affekterleben des Kindes. So resultiert aus einem Zuwenig an Ekelgefühl mangelnde Abgrenzung der eigenen Person, die Grenze zwischen Selbst und Objekt ist aufgehoben. Ein Zuviel wiederum erweckt den Eindruck, etwas unbekömmliches Fremdes in sich zu haben. Ausgeprägter Ekel tritt auf, wenn eine Person Grenzen überschreitet, weil sie distanzierende Affekte nicht richtig wahrnimmt. Ekelgefühle vor allem anderen entstehen unter der Phantasie, das Selbst sei schutzlos offen gegenüber der Umwelt. *Krause* (1993) sieht in Ekel die Reaktion auf unerträgliche, andersartige, nicht dem Ich- Ideal entsprechende Objekte, mit dem Drang, diese auszustoßen. Dabei werden eigene ekelbehaftete Selbstanteile auf äußere Objekte externalisiert.

Die Säuglingsforschung (z.B. *Stern* 1983) geht davon aus, dass die Grenze zwischen Selbst und Objekt von Anfang an erlebt wird. Ekel dient aus dieser Sicht zur Abgrenzung, da der Säugling keine Fluchtmöglichkeit besitzt. Effektiver als Angst, ermöglichen Sich-Wegdrehen und Erbrechen eine körperliche Distanz und sind als frühe psychische Abwehr zu verstehen. Ekelgefühle wirken Ich-stabilisierend, wenn die Grenze zwischen Innen und Außen verschwimmt, psychotischen Irritationen wird entgegengewirkt.

### **2.3 Kommunikation**

In der Kommunikation finden neben dem Austausch von Informationen unsere Emotionen ihren Ausdruck. Dies kann verbal, aber auch mittels Mimik, Gestik, Motorik oder Körperhaltung erfolgen. Der nonverbale Anteil beeinflusst den Kommunikationspartner genauso wie gesprochene Worte, er unterstreicht und verstärkt das Gesagte mit dem Ziel, eine gewünschte Reaktion hervorzurufen. *Rost* (1990) sieht den Hauptsinn des Ausdrucks von Emotionen in einer sozialen Kommunikation, die emotionale Bewertungen mitteilt, Verhaltensabsichten ankündigt und Forderungen nach bestimmten Reaktionen stellt. Hierzu gebe es eine Vielzahl physiologischer Ausdruckssysteme: Pupillenvergrößerung (Interesse, Erregung), Erröten (Scham, Wut, Erregung), Erblassen (Angst), Schwitzen und

Zittern (Wut, Lust, Angst). Interessant sind dabei beispielsweise die entgegengesetzten Eigenheiten des Errötens. Wie *Rost* (1990) feststellt, ist „Erröten nicht nur unwillkürlich; der Wunsch, es zu unterdrücken, führt zur Selbstaufmerksamkeit und steigert damit die Neigung zu erröten“. Neben dem schamhaften Wunsch nach Bedecken und Verbergen, dem Gefühl des Ertapptwerdens, steigert es die Aufmerksamkeit der Umwelt und bewirkt damit gewissermaßen genau das Gegenteil dessen, was sich der Betroffene eigentlich wünscht.

Das Problem der roten, verletzten Haut betrifft Hautkranke in besonderer Weise. Gerade unsere heutige Leistungsgesellschaft verlangt beruflich verstärkt persönlichem Einsatz, Selbstdarstellung und Präsentation nehmen eine zentrale Stellung ein. Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Karriere gelten ein gepflegtes Äußeres und eine positive Lebenseinstellung. Obwohl der somatische Krankheitswert in vielen Fällen relativ gering ist, gewinnt eine „ästhetische“ Erkrankung in psychischen und sozialen Dimensionen immense Bedeutung. Als Kommunikationsorgan bestimmt die Haut zum größten Teil den ersten „äußeren“ Eindruck des Menschen zu seiner Umwelt, und damit auch das Verhalten, das dem Erkrankten entgegengebracht wird. *Teichmann* und *Bosse* (1995) schreiben in diesem Zusammenhang, dass das „Risiko des Misslingens einer Kommunikation mit zunehmender Ungewissheit über die Verhaltensnormen und –möglichkeiten des jeweiligen Gegenübers steigt“. Die Ungewissheit bezüglich der Umweltreaktion verunsichert Hautkranke also schon vor dem Kontakt mit anderen, dazu kommen Scham- und Ekelgefühle, die das Selbstbild, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein weiter verschlechtern. Insgesamt zeigen Hautpatienten häufig eine Beeinträchtigung von Vitalität und Lebensqualität, weitere Folgen sind Leistungsabfall, soziale Isolation, Konflikte in der Partnerschaft oder eine depressive Stimmungslage. Umgekehrt beeinflusst die seelische Belastung auch den Krankheitsverlauf, bei dem der Hautzustand die psychische Beeinträchtigung widerspiegeln kann. Krankheitsbewältigung und Umgang mit der eigenen Haut bedingen so den geläufigen Ausdruck der „Haut als Spiegel des Seele“.

Neben Hautbild und psychischer Reaktion ist auch der häufig vorhandene Juckreiz in der Lage, Wohlbefinden und Konzentrationsfähigkeit zu vermindern. Dies drückt sich oft in einem *Circulus vitiosus* aus, in dem Stress (die Hautkrankheit an

sich, Konflikte etc.) Juckreiz hervorruft und der Betroffene sich durch Kratzen vorübergehend Linderung verschafft. Der kurzen Entspannungsphase folgen Schmerzen, Schuld- und Schamgefühle wegen der selbst verursachten Verschlimmerung des Hautzustandes, was wiederum einen Stressfaktor darstellt.

Die Erfahrung, dass kranke Haut bei anderen Ekel, Abneigung und Rückzug bewirkt, erfahren viele Hautpatienten. So beschreiben *Niemeier, Wincklessesser* und *Gieler* (1997) die Befürchtungen von Hautkranken, von Hautgesunden besonders in den Bereichen „erotisch-sexuelle Ablehnung“, „Wohnnähe“, „persönliche Beziehung“, „Café- Tischkontakt“ und „Ästhetik“ abgelehnt zu werden. Da diese Ablehnung in den meisten Fällen stattfindet, reagieren Hautkranke mit psychischer Gehemmtheit und sozialem Rückzug auf die Umwelt, allein die Erwartung eines Stigmatisierungserlebnisses beeinträchtigt schon die zwischenmenschliche Kommunikation. Weiterhin besteht nach *Niemeier, Wincklessesser* und *Gieler* (1997) scheinbar bei vielen Hautgesunden eine Assoziation von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Mangelnde Hygiene und häufig wechselnde Geschlechtspartner seien häufig genannte Ursachen von Hautkrankheiten. Zusammen mit ekelbedingten Impulsen zeigen Hautgesunde ein Vermeidungsverhalten bezüglich möglichen Körperkontaktes mit Hautkranken, da sie von einer Ansteckungsgefahr ausgehen.

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Kommunikation Hautkranker mit ihrer Umwelt sehr störungsanfällig ist. Hautbild, Selbsterleben, Krankheitsbewältigung, psychische Belastungen, soziale und berufliche Stigmatisierungserfahrungen wirken sich auf das Selbstbild und das „vorgestellte Fremdbild“, den ersten Eindruck eines anderen vom Hautkranken, aus. Ist das vorgestellte Fremdbild vorbelastet und beeinträchtigt, werde dem Hautkranken laut *Teichmann* und *Bosse* (1995) seine Unsicherheit und Unterlegenheit vom Gegenüber bestätigt. Eine tatsächliche Minderbewertung seitens des Hautgesunden kann dabei noch verstärkend wirken.

## 2.4 Haut und Selbst

Das Selbst steht dem Menschen im Gegensatz zur Haut nicht von Geburt an zur Verfügung, sondern entwickelt sich im Laufe der Zeit. Aus tiefenpsychologischer Sicht besteht es aus verschiedenen Anteilen, die sich zu einer kohärenten und dauerhaften Struktur verbinden, die den Kern der Persönlichkeit ausmachen. *Milch* und *Hartmann* (1996) bezeichnen das Selbst als eine Art individuelles Weltbild des Menschen, das durch gesellschaftliche Prozesse und persönliche Erfahrungen geprägt ist. Es empfängt Eindrücke, entwickelt Initiative und Ambitionen und sammelt Ideale, Talente und Fähigkeiten. Psychoanalytisch betrachtet ist es für *Wolf* (1988) ein organisiertes Prinzip der menschlichen Psyche.

Zur Konsolidierung des Selbst sind u.a. Selbstobjekterfahrungen nötig. Darunter werden stützende Erlebnisse durch Mitmenschen verstanden, die für die emotionale Stabilität benötigt werden. Hierzu schreiben *Milch* und *Hartmann* (1996), dass Selbstobjekterfahrungen „wie die Luft zum Atmen lebenslang notwendig sind, um das Selbstgefühl aufrechtzuerhalten“. Positiv erlebte Bezugspersonen wandeln sich beim Kleinkind zu inneren Repräsentanzen, wobei *Winnicott* (1951) besonders in einer befriedigenden Mutter- Kind-Beziehung eine Voraussetzung für eine starkes Selbst sieht. Kommt es zur Verinnerlichung eines positiv besetzten Mutterimagos, entsteht eine affektive Objekt Konstanz, das Kind bewahrt sich ein verlässliches inneres Bild in Abwesenheit der Mutter. Im dritten Lebensjahr wird die Selbstbildung als abgeschlossen angesehen, einhergehend mit dem Erleben eines Selbstwertes, einer eigenen Identität und von Autonomie. Dieser Prozess, der zur Erkennung von Selbst und Objekt führt, ist für das Kind schmerzhaft und schwierig, bis zur Objekt Konstanz kommt es immer wieder zur Zurückweisung des Liebesobjektes, nach dem es sich eigentlich sehnt.

Einen Zusammenhang zwischen Haut und Selbst herzustellen, erscheint zunächst ungewohnt und schwierig. Allerdings besteht dieser schon in unserer Alltagssprache, *Klöß- Rotmann* (1992) verweist auf Verben wie „empfinden, berühren, spüren, fühlen“, die Haut- und Selbstempfindungen ausdrücken. Auch in Redewendungen begegnet man Überschneidungen, „nicht in der Haut des anderen stecken wollen; nicht das Fell über die Ohren gezogen bekommen; seine Haut retten; aus der Haut fahren; in die Haut eines anderen schlüpfen; dickes Fell; Dünnhäutigkeit“ zeigen

eine Gleichsetzung von Haut und Selbst auf einer metaphorischen Ebene. *Klöß- Rotmann* (1992) führt weiter an, dass der Hautsinn der einzige selbstreflexive Sinn des Menschen sei. Wer sich selbst berührt, ist gleichzeitig Berührender und Berührter. Auch steht die Haut als Kommunikationsorgan von Geburt an zur Verfügung, dem Kind ist es ohne verbale Verständigung bereits möglich, Affekte zu erleben und mitzuteilen. Die primäre Berührung Körper an Körper hat neben der kommunikativen Funktion weitere Aufgaben. So geht *Anzieu* (1991) in seinem Konzept vom „Haut-Ich“ davon aus, dass auf der Grundlage kindlicher Erfahrungen mit der Körperoberfläche psychische Inhalte erschlossen werden. Die Haut bildet eine Art Brücke zwischen Körper und Seele. Durch die mütterliche Berührung entsteht die Basis für die kindliche Vorstellung einer gemeinsamen Haut. Das Kind strebt anfangs nach Erfüllung seiner Phantasie des Einswerdens mit der Mutter, der Rückkehr in den Mutterleib, während die Mutter durch Zuwendung und Hautkontakt dieser Phantasie entgegenkommt. *Klöß- Rotmann* (1992) bezeichnet dies prägnant mit den Worten, „Mutter und Kind stecken unbewusst gleichsam noch in einer Haut“. Diese Vorstellung ist nach *Anzieu* (2003) notwendig für den psychischen Apparat des Kindes, um das werdende Ich als Haut-Ich zu erleben, und damit einhergehend Ich-Funktionen durch eine Anlehnung an die Funktionen der Haut zu erlernen. Gleichzeitig fördert der enge Körperkontakt die Identifikation mit der Mutter über die Befriedigung des Wunsches nach Halt und Bindung und bildet die Grundlage für das primäre Sicherheitsgefühl des Selbst. *Klöß- Rotmann* (1992) ist sogar der Ansicht, dass Objektbeziehungen generell untrennbar mit Hautempfindungen verbunden sind, einer Einverleibung des Objektes über den Mund gehe die Hautrezeption voraus. In einem weiteren Schritt führt die mütterliche und kindliche Suche nach Aufmerksamkeit zu wechselseitigen Verstärkungsprozessen, die in der Etablierung einer verbindenden Grenzfläche („interface“) enden. Metaphorisch gesehen erlebt das Kind diese Grenzfläche als gemeinsam geteilte Membran, die zwischen Mutter und Kind liegt. Das psychische Funktionieren verwandelt sich nach *Klöß- Rotmann* (1992) nun zunehmend in ein offenes System, indem sich Mutter und Kind psychisch beginnen zu trennen. Schließlich muss sich das Kind von der Phantasie der gemeinsamen Haut trennen und den schmerzhaften und von Widerstand geprägten Erkenntnisprozess der eigenen Haut durchlaufen, wozu es in diesem Zusammenhang

aufgetretene Ängste überwinden muss. *Anzieu* (2003) schreibt dazu, dass „das Ich seine Strukturierung nur vorantreiben kann, wenn es mit dem Primat der taktilen Erfahrung bricht und sich im intersensorischen Einschreibungsraum konstituiert“. Im Rahmen einer zweifachen Verinnerlichung wird aus der resonanten Grenzfläche eine psychische Umhüllung, aus mütterlicher Fürsorge, Halten und Stützen bilden sich Gedanken, Gefühle und innere Bilder.

Abschließend sollen in einer Tabelle von *Gieler* und *Detig-Kohler* (1994) Anzieus Vorstellungen zu den Funktionen des Haut-Ichs den Organfunktionen der Haut gegenübergestellt werden (Tab. 1):

Tabelle 1: Das Haut-Ich (*Anzieu* 1991)

<u>Das Organ Haut</u>	<u>Das Haut-Ich</u>
1. Die Haut als Stützfunktion	Zusammenhalt der Psyche
2. Die Haut als Körperoberfläche	Die umfassende Funktion des Ichs
3. Die Haut als Schutz vor Reizen	Reizschuttfunktion der Psyche
4. Die Haut als Individualität	Individuationsfunktion des Ichs
5. Die Haut als Sinnesorgan	Intersensorialität des Ichs
6. Die Haut als Kontaktorgan	Die libidinöse Funktion des Haut-Ichs
7. Die Haut als Fläche für sensomotorischen Tonus	Das Haut-Ich als Aufladen der psychischen Funktionen
8. Die Haut als Informationsorgan	Die Funktion der „Einschreibung“ (Festlegung)
9. Antifunktion der Haut (Autoimmunphänomene)	Selbstzerstörung des Haut-Ichs (Todestrieb?)

Bei hautkranken Säuglingen spricht *Kelleter* (1990) von einer „naturgemäß von Anfang an gestörten Beziehung zu seiner Mutter“. Neben Scham- und Schuldgefühlen auf Seiten der Mutter wird v.a.

die Hautpflege durch die Mutter als widersprüchlich erlebt. Auf der einen Seite wird diese häufig übergewissenhaft durchgeführt, das Kind erlebt verstärkt Zuspruch, Aufmerksamkeit und Hautkontakt zur Mutter. Auf der anderen Seite beinhaltet die Zuwendung auch eine schmerzliche Nähe, das Berühren der hautkranken Bereiche führt zu Juckreiz und Schmerzen, die Berührung selbst wird als angenehm und unangenehm gleichzeitig erlebt. Das Gefühl gemeinsamen körperlichen Wohlbehagens geht verloren, das Selbstwertgefühl der Mutter leidet unter der wiederholten Zurückweisung durch das Kind, welches mit seiner ambivalenten Beziehung zur Mutter nicht richtig umzugehen weis. Störungen im Bereich Vertrauen, Geborgenheit, Bindung, Autonomie, Trennung, Intimität und Alleinsein wirken sich auf die Entwicklung von Körperbild und Selbststrukturen aus. *Klöß- Rotmann* (1992) verdeutlicht dies noch, indem sie die Funktion der Haut als Begrenzung von Körper und Selbst nur für erlebbar hält, wenn eine „haltende“ Mutter verinnerlicht wurde. Andernfalls gelänge oft nur eine Pseudounabhängigkeit, bei der die Haut als Beziehungsorgan fungiere und psychisches und körperliches Erleben abbilde. Eine beschädigte Haut stehe dabei für das beschädigte Selbst. Weiterhin zeichneten sich Hautkranke durch eine erhöhte Angst vor Selbstverlust aus, wenn es um Bindung oder Trennung eines bedeutsamen Objektes ginge. Der mögliche Objektverlust trete weitgehend in den Hintergrund, die Exazerbation der Hautsymptomatik diene v.a. dem Selbstschutz.

## **2.5 Beziehungsregulation**

Die Haut spielt in der Regulation von Nähe und Distanz eine wichtige Rolle. *Kelleter* (1990) beschreibt sie als Grenze zwischen Innen- und Außenwelt, zwischen Körper und Selbst, sowie ihre Bedeutung als erogene Zone und Wahrnehmungsorgan. Äußere Reize werden empfangen und verarbeitet, innere Prozesse, Affekte und Konflikte auf ihr abgebildet. In seiner Theorie des Haut-Ichs bezieht sich *Anzieu* (2003) auf *Freud* (1923), der das Ich als eine Art Oberfläche ansah, im Sinne einer Projektion auf die Körperoberfläche, die beim Empfinden einer simultan erzeugten und

gespürten Berührung erfahren werde. *Anzieu* (2003) folgert daraus, dass das Ich als Oberfläche durch den psychischen Apparat repräsentierbar sein müsse.

Der Wunsch nach vertrautem Nahkontakt, Zärtlichkeit und Bindung, aber auch das Streben nach Abgrenzung von anderen Menschen, nach Individualität und Einmaligkeit gehören zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Schon *Taylor* (1921) schreibt, dass „die wesentlichste Sinnesempfindung unseres Körpers die Berührung ist. ... sie vermittelt das Wissen von Tiefe, Struktur und Form; wir fühlen, wir lieben und hassen, sind empfindlich und empfinden...“. *Anzieu* (2003) führt diese Gedanken anhand eines Romans weiter, in dem der Informationsaustausch zwischen Menschen durch Berührungen stattfindet, was als intensivere, persönlichere und gefühlsbetontere Kommunikation erlebt wird. Dadurch verdeutlicht er die Fähigkeit der Haut, Affekte, Gedanken, Wünsche und Vorhaben zu empfangen und mitzuteilen. Darüber hinaus sieht *Klöß - Rotmann* (1992) im Liebesakt die Wiederherstellung des intimen Gefühls des Einsseins in einer Umhüllung.

Nähe und Distanz sind in der Dermatologie ein bekanntes Phänomen. Schon der geläufige Ausdruck der „Haut als Spiegel der Seele“ zeigt psychosomatische Zusammenhänge. Innere Verletzungen könne sich in Form von Hauterkrankungen zeigen, weiterhin sehen *Anzieu* (1991) und *Kelleter* (1990) in Hauterkrankungen einen psychischen „Schutzschild“, eine Art Mantel, der vor Durchlässigkeit und Verletzbarkeit schützen soll. *Gieler und Detig- Kohler* (1994) beschreiben das Beispiel eines an Neurodermitis erkrankten Säuglings, der von der Mutter liebevoll gepflegt wurde. Durch die *Behandlung* erfährt das Kind sowohl zärtliche Zuwendung als auch schmerzhafte und juckende Hautsensationen, die Pflege der Mutter wird ambivalent erlebt. Auch verleugnete aggressive und abweisende Affekte der Mutter ihrem Kind und dessen Hautkrankheit gegenüber wirken sich auf die Entwicklung des Kindes aus. *Pines* (1981) zeigte retrospektiv an Neurodermitispatienten, dass dieser als „schmerzhafte Nähe“ empfundene Zustand in einer innerpsychischen Dynamik den späteren Erwachsenen prägt, der nur schwer zwischen liebevoller Berührung und schmerzhaften Gefühlen unterscheiden kann. Auf emotionaler Ebene entsteht oft eine Leere, da die als ambivalent erlebten Gefühle verdrängt werden. Dies äußert sich in einer

verlangsamten Kontaktaufnahme im Vergleich mit Hautgesunden. Eine Störung in der Kommunikation von Neurodermitispatienten und deren Bezugspersonen konnte auch von *Wenninger* und *Mitarbeiter* (1991) nachvollzogen werden. *Klöß-Rotmann* (1992) ist sogar der Ansicht, dass bei Hautkranken häufig ein Kontakt nur über das Symptom möglich ist. Nach *Koblentz* (1991) hängt die emotionale Entwicklung im wesentlichen von Kriterien ab, die mit taktiler Stimulation zusammenhängen. Neben der Eigenschaft effektiver Affektkontrolle spielen das Körperbild, dessen Grenzen und die Selbstachtung eine wesentliche Rolle.

Dass eine Hautkrankheit den Sinn einer produktiven Ich-Leistung haben kann, beschreibt *Detig-Kohler* (1989) in ihrem Buch „Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr?“. Hier geschieht die Nähe-Distanz-Regulation durch die Hauterkrankung, wenn die psychische Ebene nicht mehr dazu in der Lage ist. Nähe und Distanz sind also nicht nur anhand von Objekten erfahrbar, auch die Haut kann dies erlebbar machen. *Gieler* und *Detig-Kohler* (1994) nennen als Beispiel einen Neurodermitispatienten, der mit den Worten „heute gefällt mir meine Haut gar nicht“ eine persönlich empfundene Distanz zur eigenen Haut berichtet. In dieser Objektbeziehung wird zusätzlich ein Selbstaspekt deutlich, die Haut dient als Ausdrucksfläche für das innere Geschehen. Noch klarer wird die Grenzfunktion der Haut, wenn bei psychotischen Zuständen durch den Verlust oder das Verschwimmen der Selbstgrenzen Nähe und Distanz nicht mehr wahrgenommen werden. Umgekehrt sagen *Gieler* und *Detig-Kohler* (1994), dass erst die Wahrnehmung der Ich-Grenzen, beispielsweise der Haut als Körperoberfläche, das Empfinden von Nähe und Distanz ermöglichen. Gerade Kinder kratzen sich ihrer Ansicht nach oft, wenn ihre somatische und seelische Schutzhülle gefährdet ist.

In einer Beziehung sind Worte, Blicke, Sich-Entfernen und Sich-Nähern adäquate Regelmöglichkeiten, deren Wechselspiel die innere Nähe und Distanz der Beziehungspartner bestimmt. Die Haut als Regulierungsobjekt für Nähe und Distanz kommt immer dann zum Einsatz, wenn dies nicht mehr auf psychischer Ebene möglich ist. Bei teilweise gestörter Ich-Funktion werden ungelöste Konflikte auf der somatischen Ebene ausagiert. Im Kontakt mit Hautkranken ist es deshalb wichtig, die Haut auch als psychische Kontaktgrenze innerhalb der Beziehungsregulation zu betrachten. Der Hautkranke an sich drückt über seine Haut nicht nur Wünsche nach Nähe oder

Distanz aus, er erfährt diese auch durch Reaktionen seiner Umwelt. Vermeidungsverhalten seitens der Bezugspersonen erlebt der Betroffene als Distanzierung, der ein Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit gegenübersteht.

Abschließend soll die enge Verbindung der menschlichen Grundbedürfnisse nach Sexualität und Zärtlichkeit mit der Haut erörtert werden. Da eine „schöne“ Haut erotisch und anziehend wirkt, im erotischen Vorspiel den Kontakt herstellt und über Berührung und Betrachtung sexuelles Verlangen hervorruft und erhält, stellt sich die Frage, inwiefern sich eine „kranke“ Haut auf das Sexualleben auswirkt. In einer Studie zum Sexualverhalten von Patienten mit Psoriasis vulgaris und Neurodermitis beschreiben *Niemeier, Winckelssesser* und *Gieler* (1997) das Erleben von Sexualität und Zärtlichkeit von Hautkranken im Vergleich zu Hautgesunden. Dabei fanden sie signifikante Unterschiede beim Austausch von Zärtlichkeiten, bei der Gehemmtheit und beim Ausweichverhalten des Partners. Im Vergleich zur Kontrollgruppe tauschten Psoriasis- und Neurodermitis- Erkrankte weniger Zärtlichkeiten mit dem Partner aus. Weiterhin fühlen sich Psoriatiker gehemmter und unfreier in sexuellen Kontakten und berichteten häufiger von Rückzugsverhalten ihrer Partner. Interessanterweise fanden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit und unangenehmen Gefühlen bezüglich des Sexuallebens, sowie bei der Koitushäufigkeit. Bei der Frage nach der Orgasmushäufigkeit zeigte sich, dass weibliche Hautkranke signifikant seltener Orgasmen haben als Hautgesunde. Bei Männern konnte an dieser Stelle kein Unterschied gezeigt werden. Insgesamt stellen *Niemeier, Winckelssesser* und *Gieler* (1997) fest, dass entstellende Hautkrankheiten mit der Vermeidung von Körperkontakt einhergehen. Da es durch Berührung zum Verlust persönlicher Distanz kommt, wirkt diese Grenzstörung mit der Nähe des anderen bedrohlich. Psychodynamisch sehen sie Neurodermitis und Psoriasis vulgaris deshalb als Möglichkeit, Distanz zur Außenwelt zu schaffen, um unbewusst Nähe (Körperkontakt) zu meiden. Da das Bedürfnis nach Nähe, Hautkontakt und Zärtlichkeit gleichzeitig grenzgefährdend und bedrohlich sein kann, werden diese Wünsche möglicherweise sexualisiert und auf genital-sexueller Ebene befriedigt.

In der Studie von *Niemeier, Winckelssesser* und *Gieler* (1997) konnte außerdem gezeigt werden, dass die überwiegende Zahl der

Hautkranken von ihrem Arzt noch nie auf das Sexualleben angesprochen wurden. Da körperliche Attraktivität eine große Rolle beim Austausch von Körperkontakt spielt, ist es nicht verwunderlich, dass in der Gruppe der Hautkranken Einstellungs- und Stigmatisierungserlebnisse vermehrt vorkommen.

## 2.6 Ableitung der Fragestellung

In den Bereichen Krankheitsverarbeitung (z.B. Marburger Hautfragebogen (MHF) von *Stangier, Ehlers und Gieler* 1996), Lebensqualität (z.B. Dermatology Life Quality Index (DLQI) von *Finlay und Khan* 1994) und Einstellungsproblematik (z.B. Fragebogen zum Erleben von Hautbeschwerden (FEH) von *Schmidt-Ott et al.* 1998) bei Hautkrankheiten bestehen aus psychosomatisch-psychologischer Sicht eine Reihe gut standardisierter und valider Testinstrumente, die in der Dermatologie ihre Anwendung finden. So untersucht beispielsweise der Marburger Hautfragebogen (MHF) die Krankheitsbewältigung von Hautkranken in für diese typischen Problembereiche. Der MHF ist bei allen Hautkrankheiten einsetzbar, die Auswertung geschieht anhand spezifischer Prozentrangnormen, die für verschiedene Diagnosegruppen (z.B. Psoriasis, Akne oder Neurodermitis) vorliegen. Er umfasst 51 Items, die sich in sechs Skalen der Dimensionen Soziale Ängste/ Vermeidung, Juckreiz-Kratz-Zirkel, Hilflosigkeit, Ängstlich-depressive Stimmung, Einschränkung der Lebensqualität und Informationssuche unterteilen (*Stangier, Ehlers, Gieler* 1996).

Weiterhin existieren besonders für Neurodermitis (z.B. Fragebogen für Eltern von neurodermitiskranken Kinder (FEN) von *Stangier, Ehlers, Gieler* 1996) und Psoriasis (z.B. Psoriasis-Alltagsstress-Inventar (PAI) von *Schmidt-Ott et al.* 2000) krankheitsspezifische Fragebögen; der FEN erfragt beispielhaft in 22 Items Aspekte der vier Skalen Aggressionen bezüglich Kratzen, Produktives Verhalten, Kontrolle von Kratzen und negative Behandlungserfahrungen und untersucht damit den Krankheitsumgang und die Krankheitsbewältigung von Eltern neurodermitiskranker Kinder.

Außerdem erfassen krankheitsunspezifische Messinstrumente wie der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) von

*F.A. Muthny* (1989) allgemeine psychische Aspekte chronischer Erkrankungen oder beschreiben Bereiche der allgemeinen Lebensqualität wie der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) von *M. Bullinger und I. Kirchberger* (1998) und machen damit Hautkrankheiten zu anderen Erkrankungen und Normalpopulationen vergleichbar. Da diese jedoch nicht auf die Haut fokussiert sind und bisherige hautspezifische Fragebögen aus verhaltensbiologischen oder kognitivistischen Konzeptionen entstanden, bleiben wichtige Merkmale aus tiefenpsychologischer Sicht ungeprüft. Deshalb wurde der „Fragebogen zur Hautzufriedenheit“ (HautZuf) entwickelt, der tiefenpsychologische Aspekte von Zufriedenheit und Umgang mit der eigenen Haut erfassen und bei Hautkranken, anders Erkrankten und Hautgesunden einsetzbar sein soll. Nach den einleitend dargestellten theoretischen Überlegungen zur Psychodynamik bei Hautkrankheiten wurden die fünf Skalen „Familiäre Berührung“, „Selbst-Berührung“, „Partnerschaftliche Berührung“, „Ekel“ sowie „Scham“ erstellt, die neben den Emotionen Scham und Ekel auch die Rolle der Haut im Selbstkonzept, in der Nähe- Distanz- Regulation und in der Sexualität beschreiben sollen. Da die allgemeine Lebensqualität, Hautsensitivität und Einstellungsproblematik in anderen Fragebögen hinreichend erfasst werden (s.o.), wurden diese Bereiche nicht in den Fragenpool aufgenommen. Im HautZuf sollen bei akzeptablen Testgütekriterien in kurzer Zeit möglichst differenziert die Skaleninhalte erfasst und über eine hohe Veränderungssensitivität eine spätere Therapieevaluation ermöglicht werden. Hierzu werden die Skalen inhaltlich überprüft und zur Validierung auf Korrelationen mit den klinisch erprobten, ausgereiften Testinstrumenten „Adult Attachment Scale“ (AAS), „Toronto- Alexithymie-Skala-26“ (TAS-26) und „Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version“ (HADS-D) untersucht. Dabei sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

1. Scham (HautZuf) korreliert mit den Alexithymie- Skalen (TAS-26).
2. Die Berührungsskalen (HautZuf) korrelieren mit den Alexithymie- Skalen (TAS-26).
3. Ekel (HautZuf) korreliert nicht mit den Alexithymie- Skalen (TAS-26).
4. Die Berührungsskalen (HautZuf) korrelieren mit den Bindungsskalen (AAS).

5. Ekel (HautZuf) korreliert negativ mit den Bindungsskalen (AAS).
6. Scham (HautZuf) korreliert negativ mit den Skalen „Nähe“ und „Vertrauen“ (AAS).
7. Ekel und Scham (HautZuf) korrelieren mit der Angstskala (HADS-D).
8. Die Berührungsskalen (HautZuf) korrelieren negativ mit der Angstskala (HADS-D).
9. Ekel und Scham (HautZuf) korrelieren mit der Depressivitätsskala (HADS-D).
10. Die Berührungsskalen (HautZuf) korrelieren negativ mit der Depressivitätsskala (HADS-D).
11. Die Selbstberührungsskala (HautZuf) korreliert negativ mit dem Alter.
12. Die Selbstberührungsskala (HautZuf) korreliert mit dem männlichen Geschlecht.
13. Scham und Ekel (HautZuf) korrelieren mit dem weiblichen Geschlecht.
14. Die Skala für Partnerschaftliche Berührung (HautZuf) korreliert mit dem weiblichen Geschlecht.
15. Die Skala für Familiäre Berührung (HautZuf) ist unabhängig von Geschlecht, Partnerschaft und Schulbildung.

### 3. Methode

#### 3.1 Die Entwicklung des Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)

Aus o.g. Anlass entwickelte die Forschungsgruppe AG Psychosomatische Dermatologie Gießen *Gieler/ Kupfer/ Grolle/ Brosig/ Niemeier* im ersten Halbjahr 2000 einen neuen, zu standardisierenden Fragebogen, der aus tiefenpsychologischer Sichtweise in zunächst 69 Items Zufriedenheit und Umgang mit der eigenen Haut erfassen soll. Die Items verteilten sich zunächst auf die fünf a- priori- Skalen „Haut und Selbst“, „Scham“, „Ekel“, „Nähe-Distanz“ sowie „Sexualität und Zärtlichkeit“. Fragen zu Lebensqualität und Stigmatisierung wurden nicht aufgenommen. Zum Itemabgleich auf Verständlichkeit und Relevanz erfolgte u.a. ein Experten- Rating durch eine Expertengruppe für psychosomatische Dermatologie, Experten der Universitätsklinik für Hauterkrankungen Leipzig und der Rothaarklinik als Klinik für Psychosomatische Medizin, außerdem durch eine niedergelassene Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und Hautkrankheiten in Stuttgart. Anschließend wurde eine Pilotphase mit 10 Probanden durchgeführt, die den Fragebogen nochmals hinsichtlich Verständlichkeit und Eindeutigkeit beurteilen sollten. Der überarbeitete Fragenpool wurde in einer ersten Erhebung von der Forschungsgruppe AG Psychosomatische Dermatologie Gießen *Gieler/ Kupfer/ Grolle/ Brosig/ Niemeier* (2002) getestet. Um konvergierende und divergierende Validitäten mit etablierten Messinstrumenten zu erfassen, bekamen die Probanden zusätzlich den Giessentest (GT), der das Selbstbild des Probanden misst und wegen seiner tiefenpsychologischen Konzeption und vielfältigen klinischen Erprobung besonders geeignet erschien. Infolge der entsprechenden statistischen Analyse mit mehrfacher Faktorenanalyse und rotierten Komponentenmatrizen verteilten sich schließlich 32 Items auf die zur inhaltlichen Charakterisierung z.T. neu bezeichneten fünf Skalen „Familiäre Berührung“, „Selbst-Berührung“, „Partnerschaftliche Berührung“, „Ekel“ und „Scham“. Nach einer Revision des Fragebogens (Kürzungen und Neuformulierung einiger Fragen) umfasste der überarbeitete Fragenpool 36 Items und wurde nun in einer zweiten Erhebung an einem größtenteils hautgesunden Kollektiv getestet.

## **3.2 Beschreibung der Testinstrumente**

### **3.2.1 Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)**

Einleitend erfragt der Fragebogen zur Hautzufriedenheit einige demographische Daten: Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft, Schulbildung, Beruf und eventuell vorhandene Hauterkrankungen sowie deren Behandlung. Anschließend umfasst er 36 Items in 5 Skalen, die als Aussage formuliert sind. Der Proband antwortet auf einer fünfstufigen Likertskala, indem er die am meisten zutreffende Antwortalternative ankreuzt. Die einzelnen Alternativen reichen von 0= trifft vollkommen zu bis 4= trifft gar nicht zu, 1, 2 und 3 entsprechen den dazwischen liegenden Abstufungen. Die einzelnen Skalen beschreiben folgende Dimensionen:

#### Skala 1: Familiäre (elterliche) Berührung (8 Items)

Beispielitem (14): „Meine Eltern haben oft mit mir geschmust.“  
Die Items sollen das Ausmaß der elterlichen Berührung erfassen.

#### Skala 2: Selbstberührung (7 Items)

Beispielitem (1): „Ich berühre mich gerne selbst.“  
Diese Skala untersucht die Häufigkeit und Bedeutung der Selbstberührung.

#### Skala 3: Partnerschaftliche Berührung (8 Items)

Beispielitem (32): „Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meinen Partner.“  
Hier wird die Bedeutung der Berührung des und durch den Partner untersucht.

#### Skala 4: Ekel (6 Items)

Beispielitem (19): „Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm.“  
Diese Skala beschreibt die Ekelempfindlichkeit in verschiedenen Situationen.

#### Skala 5: Scham (7 Items)

Beispielitem (26): „Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe.“  
Die Skala erfasst Schamerleben und Schamhaftigkeit in verschiedenen Situationen.

### 3.2.2 Adult Attachment Scale (AAS)

Die deutsche Version der AAS, die von der Forschungsgruppe *Schmidt/ Strauß/ Höger/ Brähler* 2004 publiziert wurde, untersucht in 3 fünfstufigen Skalen (1= „stimmt gar nicht“ bis 5= „stimmt genau“) mit insgesamt 18 Items die Bindung von Erwachsenen. Die Skalenausprägungen werden als Summenscores der jeweils sechs Items errechnet. Als Methode steht der AAS zwischen dem „Adult Attachment Instrument“ und dem „Ein-Item-Selbstzuordnungsmaß“. Folgende Dimensionen finden sich in den Skalen:

#### Skala 1: Nähe

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

Diese Skala beschreibt die Offenheit einer Person für Nähe in Beziehungen, in der sie sich wohl fühlt und keine übermäßigen Ängste empfindet.

#### Skala 2: Vertrauen

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

Die Skala erfasst das Vertrauen einer Person hinsichtlich der Verfügbarkeit anderer und der Möglichkeit, sich diesen anzuvertrauen.

#### Skala 3: Angst

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

Diese Skala untersucht v.a. Ängste vor dem Verlassenwerden, was sich in übersteigertem Verlangen nach Nähe ausdrücken kann.

### 3.2.3 Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version (HADS-D)

Mit der HADS- D, die 1995 von der Forschungsgruppe *Herrmann/ Buss/ Snaith* etabliert wurde, sollen Angst und Depressivität bei

Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder Beschwerden erfasst werden. Eingesetzt wird sie zum Screening und zur Verlaufsbeurteilung. Sie enthält 14 Items, die sich gleichmäßig und in alternierender Reihenfolge auf zwei Subskalen verteilen. Jedes Item besitzt vier Antwortalternativen (0- 3) in wechselnder Schlüsselrichtung. Durch die Bildung von Summenscores der Subskalen erfolgt die Beurteilung. Die beiden Skalen umfassen die folgenden Dimensionen:

Skala 1: Angst

Beispielitem (13): „Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.“

Die Angstskala (HADS-D/A) erfragt v.a. Symptome generalisierter Angst und das Auftreten von Panikattacken.

Skala 2: Depression

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

Die Depressionsskala (HADS-D/D) untersucht den möglichen Verlust von Lebensfreude, Motivation, Interesse und Antrieb.

### **3.2.4 Toronto- Alexithymie- Skala- 26 (TAS-26)**

Die 2000 von der Forschungsgruppe *Kupfer/ Brosig/ Brähler* vorgestellte deutsche Version der TAS-26 untersucht das Vorliegen einer Störung im Sinne des Alexithymiekonzeptes. In der deutschen Version verteilen sich 26 Items auf drei Skalen. Jedes Item ist als Aussage formuliert und wird auf einer fünfstufigen Rankingskala beurteilt (1= trifft gar nicht zu bis 5= trifft völlig zu). Die Auswertung erfolgt durch Bildung eines Summenscores aller Skalen. Die einzelnen Skalen erfragen folgende Dimensionen:

Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

Beispielitem (4): „Mit ist oft unklar, was ich gerade fühle.“

In dieser Skala wird die Fähigkeit der Identifikation von Gefühlen und körperlichen Vorgängen untersucht.

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Beispielitem (8): „Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.“

Die Items erfragen Schwierigkeiten beim Ausdruck und Beschreiben von Emotionen und integriert dabei kommunikative Aspekte von Emotionen.

Skala 3: Extern orientierter Denkstil

Beispielitem (19): „Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.“

Diese Skala erfasst die sog. pensée opératoire, die auch als automatisch - mechanistischer Denkstil beschrieben ist. Hohe Werte sprechen dabei für einen Interessenverlust an analytischem Denken mit Beschränkung auf oberflächliche Betrachtungsweisen von problembehafteten Situationen oder Abläufen.

**3.3 Beschreibung der Stichprobe und Procedere**

Die Testung wurde in einem Zeitraum von etwa 5 Monaten durchgeführt. In einem einleitenden Schreiben (s. Anhang) wurden die Probanden auf Art und Inhalt des neuen Fragebogens hingewiesen, außerdem wurde die Freiwilligkeit der Testbeteiligung und die anonyme Datenverarbeitung betont. Die Probanden wurden gebeten, die 4 Fragebögen möglichst schnell und vollständig auszufüllen. Die Bearbeitungsdauer wurde mit 25-30 Minuten angegeben. Zur Anonymisierung wurden die Fragebögen mit Briefumschlägen ausgegeben und in diesen anschließend eingesammelt. Um eine Durchmischung der Stichprobe mit verschiedenen Bevölkerungsanteilen zu erreichen, nahmen u.a. Mitarbeiter/- innen einer Frankfurter Werbeagentur, des Hessischen Rundfunks und des Hamburger Bundeswehrkrankenhauses, sowie Studenten, Mitglieder eines Sportclubs und weitere Einzelpersonen an der Erhebung teil.

Es beteiligten sich insgesamt 140 Personen, die die Fragebögen zum größten Teil vollständig ausfüllten. Darunter befanden sich 81 Frauen (57,9%) und 58 Männer (41,4%), ein Proband machte keine Geschlechtsangabe. Das durchschnittliche Alter lag bei 38,3 Jahren und variierte zwischen 13 und 87 Jahren, auch hier fehlte bei einem Probanden die Angabe. Die weiteren Sozialdaten verteilten sich folgendermaßen: (Tabellen 2, 3 und 4)

Tabelle 2: Familienstand

<u>Familienstand:</u>	<u>Häufigkeit:</u>	<u>Prozent:</u>
ledig	54	38,6%
verheiratet	57	40,7%
nicht-eheliche Lebensgemeinschaft	15	10,7%
geschieden	9	6,4%
verwitwet	4	2,9%
fehlende Angabe	1	0,7%

Tabelle 3: Partnerschaft

<u>Partnerschaft:</u>	<u>Häufigkeit:</u>	<u>Prozent:</u>
bestehende Partnerschaft	106	75,7%
keine bestehende Partnerschaft	33	23,6%
fehlende Angabe	1	0,7

Tabelle 4: Schulbildung

<u>Schulbildung:</u>	<u>Häufigkeit:</u>	<u>Prozent:</u>
ohne Abschluss	0	0%
Hauptschule	14	10,0%
Realschule	32	22,9%
Abitur	92	65,7%
fehlende Angabe	2	1,4%

Insgesamt gaben 21 Probanden (15%) an, zum Zeitpunkt der Befragung unter einer Hauterkrankung zu leiden. 117 (83,6%) Probanden waren beschwerdefrei, 2 (1,4%) machten keine Angaben. Bei einem Probanden bestand zusätzlich zur Hauterkrankung noch ein Herpes labialis. Es fanden sich die in Tabelle 5 folgenden Krankheitsbilder:

Tabelle 5: Hautkrankheiten

<u>Art der Hauterkrankung:</u>	<u>Häufigkeit:</u>	<u>Prozent der Erkrankten:</u>	<u>Prozent des Gesamtkollektivs:</u>
Neurodermitis	6	28,6%	4,3%
Akne	5	23,8%	3,5%
Fußmykose	2	9,5%	1,4%
„trockene“ Haut	1	4,8%	0,7%
„Korneinkapselung“	1	4,8%	0,7%
Psoriasis	1	4,8%	0,7%
Melanom	1	4,8%	0,7%
Ekzem (unspezifisch)	1	4,8%	0,7%
Nickelallergie	1	4,8%	0,7%
Lichen ruber	1	4,8%	0,7%
Androgenisierung	1	4,8%	0,7%

Die Krankheitsdauer betrug im Mittel 12,1 Jahre (Angaben zwischen 1 und 38 Jahren). Bei 11 der erkrankten 21 Probanden (52,4%) bestand eine ärztliche Behandlung, 10 Probanden (47,6%) befanden sich in keiner ärztlichen Therapie.

## **4. Ergebnisse**

### **4.1 Statistische Analyse**

Die statistische Analyse wurde am Institut für medizinische Psychologie der Universität Giessen mit freundlicher Unterstützung von Herrn PD Dr. Kupfer durchgeführt. Folgendes Programm wurde zur Auswertung benutzt: SPSS-X für Windows Vers.9.0.1.

### **4.2 Missing data (MD)**

Der HautZuf wurde von fast allen Probanden vollständig bearbeitet, bei einigen Items fehlten lediglich die Angaben eines oder zweier Probanden. Nur bei den Items 4, 35 und 36 fehlten drei Probandenangaben (missing data je 2,1%), Item 32 wurde fünfmal (MD = 3,6%) und Item 34 siebenmal (MD = 5%) nicht beantwortet. Insgesamt fehlten 43 Angaben, was einem missing data von unter 1% entspricht.

### **4.3 Faktorenanalyse und Itemausschluss (HautZuf)**

Es wurden nacheinander zwei Faktorenanalysen mit Hauptkomponentenanalyse und Erstellen einer rotierter Komponentenmatrix (Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung) durchgeführt.

Die erste Faktorenanalyse ergab in der Hauptkomponentenanalyse für die 36 Items fünf Komponenten (= Skalen), die eine kumulierte Gesamtvarianz von 51,20% der Faktorenladungen aufwiesen. Mit Hilfe der im folgenden erstellten rotierten Komponentenmatrix wurden 6 Items ausgeschlossen, sodass der Itempool noch 30 Items umfasste (je 6 Items pro Skala). Als Kriterium zum Verbleib eines Items wurde hierbei eine Faktorenladung (FL) von wenigstens 0,4 in einer Skala definiert, wobei in keiner der anderen 4 Skalen eine Faktorenladung von wenigstens 0,4 vorhanden sein sollte. Durch diese Kriterien wurden die Items 15 und 29 ausgeschlossen,

außerdem wurden die Items 2, 4, 9 und 24 aus dem Pool genommen, da sie zwar den genannten Anforderungen formal entsprachen, inhaltlich aber nicht eindeutig einer Skala zugeordnet werden konnten und so in wenigstens einer zweiten Skala positive Faktorenladungen aufwiesen. Die Items 5 und 30 konnten die genannten Kriterien nicht erfüllen, wurden aus inhaltlichen Gründen jedoch im Itempool gelassen. Dabei wies das Item 5 in Skala 4 eine FL von 0,505 und in Skala 5 eine FL von 0,441 auf; das Item 30 zeigte lediglich in Skala 5 mit 0,257 eine positive Faktorenladung.

Die zweite Faktorenanalyse wurde analog der ersten durchgeführt. In der Hauptkomponentenanalyse ließen sich die verbliebenen 30 Items fünf Skalen zuordnen, die einer Gesamtvarianz der Faktorenladungen von 56,798% entsprachen. In der rotierten Komponentenmatrix entsprachen lediglich die Items 5, 25 und 30 nicht den Kriterien der ersten Analyse. Dabei zeigte Item 5 wieder in Skala 4 (FL 0,477) und Skala 5 (FL 0,444) positive Faktorenladungen über 0,4 und wurde in der weiteren Auswertung zu Skala 4 gezählt. Die Items 25 und 30 erreichte in keiner Skala die erforderliche Faktorenladung von wenigstens 0,4. Item 25 zeigte dabei die höchste FL in Skala 5 mit 0,376, während Item 30 in Skala 3 (FL 0,132) und in Skala 5 (FL 0,181) positive Faktorenladungen aufwies. Aus inhaltlichen Gründen wurden die Items im Itempool belassen (Item 30 wurde inhaltlich Skala 5 zugeordnet), der auch sonst nicht mehr reduziert wurde. Die Faktorenladungen verteilten sich wie in Tabelle 6 dargestellt:

Tabelle 6: Verteilung der Faktorenladungen der zweiten Faktorenanalyse

Item	Skala				
	1 (FB)	2 (SB)	3 (PB)	4 (Ekel)	5 (Scham)
HZ 1		0,784			
HZ 3				0,617	
HZ 5				0,477	0,444
HZ 6		0,761			
HZ 7		0,812			
HZ 8	0,877				
HZ 10				0,655	
HZ 11		0,785			
HZ 12		0,814			
HZ 13		0,781			

Item	Skala				
	1 (FB)	2 (SB)	3 (PB)	4 (Ekel)	5 (Scham)
HZ 14	0,898				
HZ 16	0,843				
HZ 17			0,452		
HZ 18	0,911				
HZ 19				0,751	
HZ 20				0,771	
HZ 21				0,593	
HZ 22					0,651
HZ 23					0,572
HZ 25					0,376
HZ 26					0,784
HZ 27	0,631				
HZ 28	0,759				
HZ 30			0,132		0,181
HZ 31					0,809
HZ 32			0,805		
HZ 33			0,707		
HZ 34			0,635		
HZ 35			0,648		
HZ 36			0,549		

Anmerkungen: FB = Familiäre Berührung; SB = Selbstberührung;  
 PB = Partnerschaftliche Berührung;  
 HZ = Item des HautZuf; bei Erfüllung der Kriterien ist jeweils die höchste Faktorenladung dargestellt, die auch die Skalenzugehörigkeit charakterisiert; abweichend davon die Items 5, 25 und 30 mit im folgenden Text besprochenen Besonderheiten.

#### 4.4 Reliabilität

Die Reliabilitätsanalyse erfolgte über eine Beurteilung der internen Konsistenzen durch die alpha- Koeffizienten nach Cronbach und die Spearman - Brown- Formel. Dabei lag Cronbach's Alpha für die fünf Skalen zwischen  $\alpha = 0,71$  und  $\alpha = 0,91$  und damit im zufriedenstellenden bis guten Bereich. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse verteilten sich folgendermaßen:

- Skala 1 (Fam. Berührung) wies mit  $\alpha = 0,91$  die höchste interne Konsistenz auf. Die Reliabilitätsschätzung nach Spearman - Brown ergab mit 0,90 ebenfalls einen sehr hohen Wert. Die korrigierten Trennschärfen der Items sind in Tabelle 7 aufgeführt:

Tabelle 7: korrigierte Trennschärfen Skala 1

HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe	HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe
8	0,8117	18	0,8624
14	0,8373	27	0,5548
16	0,7559	28	0,7171

Die in Abbildung 1 dargestellten Mittelwerte der sechs Items ergaben für die Skala 1 einen Gesamtmittelwert von 14,49 bei einer Inter – Item – Korrelation von 0,64:

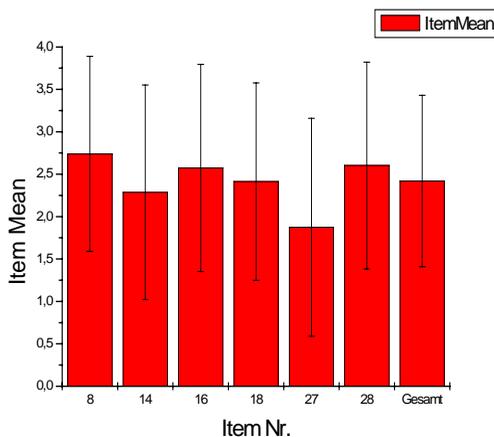


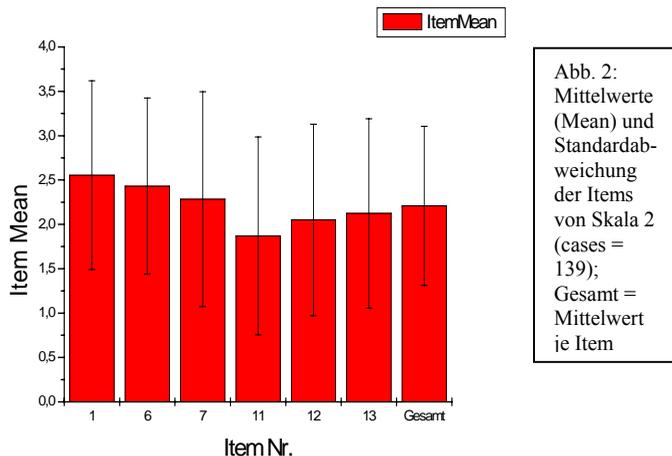
Abb. 1: Mittelwerte (Mean) und Standardabweichung der Items von Skala 1 (cases = 136); Gesamt = Mittelwert je Item

- Skala 2 (Selbstberührung) erzielte ein Cronbach's Alpha von  $\alpha = 0,90$ , die Reliabilitätsschätzung nach Spearman – Brown zeigte mit 0,92 den höchsten Wert der Skalen. Die korrigierten Trennschärfen gliederten sich wie in Tabelle 8 gezeigt:

Tabelle 8: korrigierte Trennschärfen Skala 2

HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe	HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe
1	0,7240	11	0,7515
6	0,6562	12	0,7246
7	0,7708	13	0,7647

Der Gesamtmittelwert der Skala 2 von 13,31 setzte sich bei einer Inter – Item – Korrelation von 0,60 aus folgenden Mittelwerten der sechs Items zusammen (Abb. 2):



- Skala 3 (Partnerschaftliche Berührung) ergab für das Cronbach Alpha einen Wert von  $\alpha = 0,74$  und für die Spearman – Brown – Schätzung 0,69. Die korrigierten Trennschärfen zeigten die in Tabelle 9 folgenden Werte:

Tabelle 9: korrigierte Trennschärfen Skala 3

HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe	HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe
17	0,3633	34	0,5011
32	0,6085	35	0,4368
33	0,5537	36	0,4100

Die in Abbildung 3 gezeigten Itemmittelwerte der Skala 3 ergaben einen Gesamtmittelwert von 16,90 und eine Inter – Item – Korrelation von 0,33:

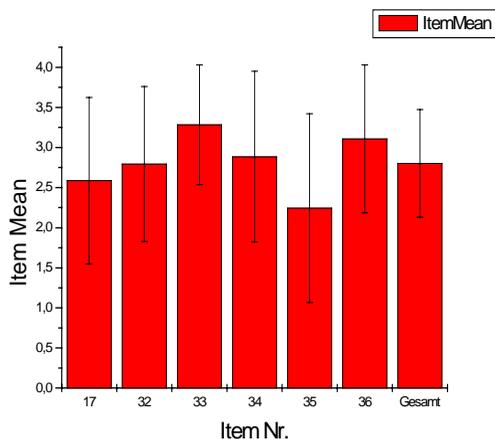


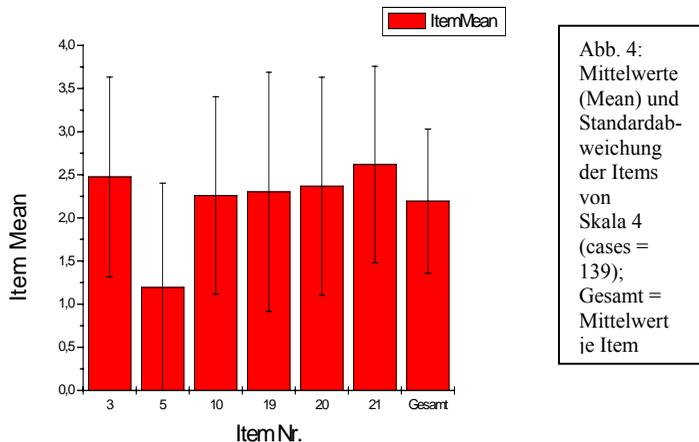
Abb. 3:  
Mittelwerte (Mean) und Standardabweichung der Items von Skala 3 (cases = 131); Gesamt = Mittelwert je Item

- Skala 4 (Ekel) erreichte einen alpha- Koeffizienten nach Cronbach von  $\alpha = 0,77$  und in der Reliabilitätsschätzung nach Spearman – Brown einen Wert von 0,65. Die korrigierten Trennschärfen entsprachen den in Tabelle 10 aufgeführten Werten:

Tabelle 10: korrigierte Trennschärfen Skala 4

HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe	HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe
3	0,5213	19	0,5901
5	0,4550	20	0,6397
10	0,4610	21	0,4068

Der Gesamtmittelwert der Skala 4 betrug 13,22 bei einer Inter – Item – Korrelation von 0,35. Abbildung 4 zeigt die Mittelwerte der einzelnen Items:

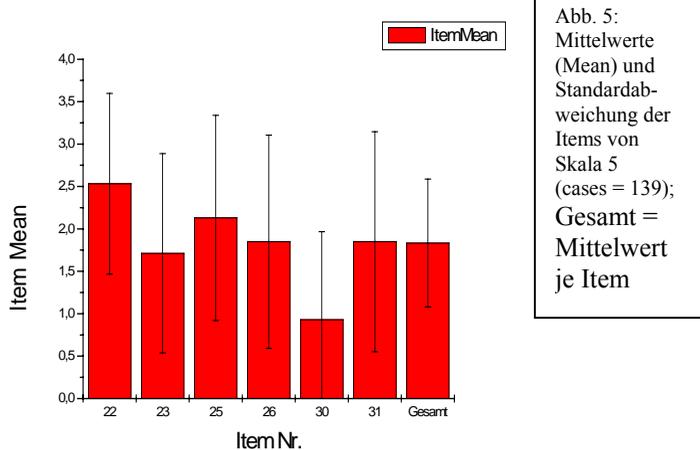


- Skala 5 (Scham) zeigte mit  $\alpha = 0,71$  eine zufriedenstellende interne Konsistenz. Die Reliabilitätsschätzung nach Spearman - Brown ergab einen Wert von 0,72; die korrigierten Trennschärfen der Items sind in Tabelle 11 aufgeführt:

Tabelle 11: korrigierte Trennschärfen Skala 5

HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe	HautZuf – Item	korrigierte Trennschärfe
22	0,5245	26	0,5477
23	0,4964	30	0,1625
25	0,3934	31	0,5455

Der Gesamtmittelwert der Skala 5 von 11,00 setzte sich bei einer Inter – Item – Korrelation von 0,29 aus den in Abbildung 5 folgenden Itemmittelwerten zusammen.



Abschließend zeigt Tabelle 12 die wichtigsten Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse:

Tabelle 12: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse

Skala	1 FB	2 SB	3 PB	4 Ekel	5 Scham
Mittelwert der Skala	14,49	13,31	16,90	13,22	11,00
Standardabweichung	6,08	5,35	3,91	4,98	4,52
Itemanzahl der Skala	6	6	6	6	6
Mittelwert je Item	2,42	2,21	2,80	2,19	1,83
Inter Item Korrelation	0,64	0,60	0,33	0,35	0,29
Cronbach's Alpha ( $\alpha$ )	0,91	0,90	0,74	0,77	0,71
Spearman - Brown	0,90	0,92	0,69	0,65	0,72

Anmerkungen: FB = Familiäre Berührung; SB = Selbstberührung; PB = Partnerschaftliche Berührung; Spearman – Brown meint die gleichnamige Reliabilitätsschätzung

#### 4.5 Deskriptive Statistik der weiteren Testinstrumente

Die TAS-26 konnte bei 134 Probanden ausgewertet werden. Dabei zeigten sich für die Gesamtskala Werte zwischen 1,33 und 3,72. Hinweise auf eine mögliche Alexithymie ergaben sich bei acht Probanden, deren Ergebnisse über 3,0 lagen. Die Mittelwerte und Standardabweichung der einzelnen Skalen sowie der Gesamtskala sind in Abbildung 6 dargestellt:

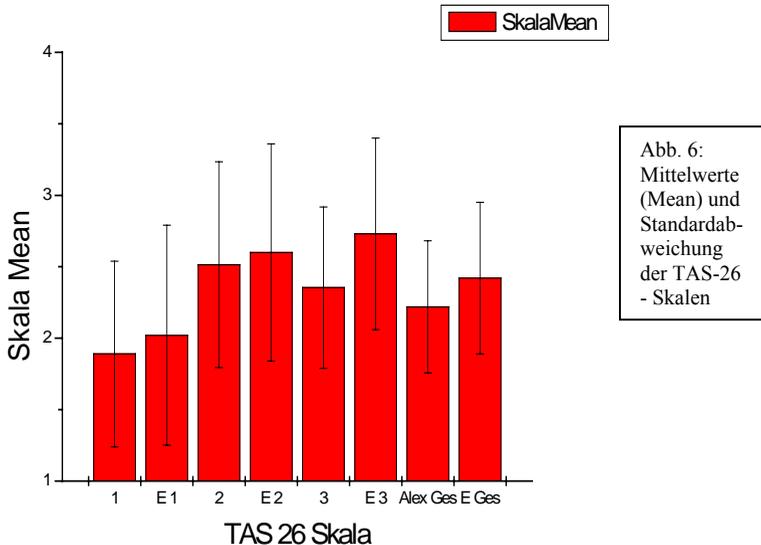
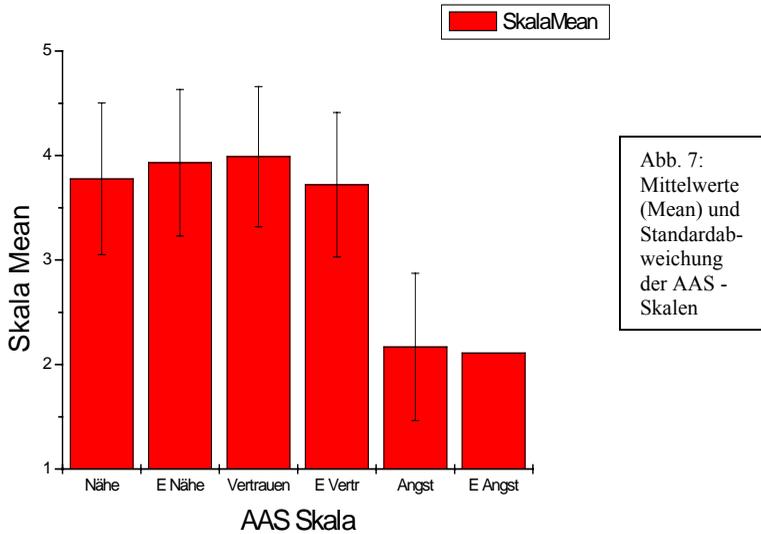


Abb. 6:  
Mittelwerte  
(Mean) und  
Standardab-  
weichung  
der TAS-26  
- Skalen

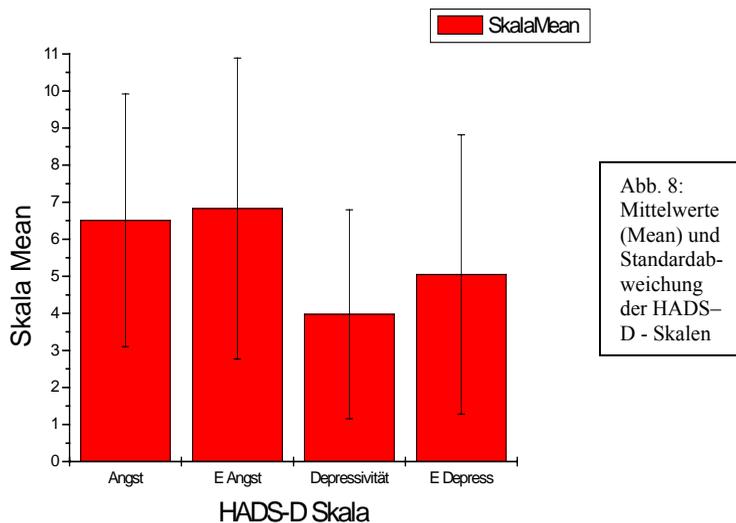
Anmerkungen: Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen; Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen; Skala 3: Extern orientierter Denkstil; Alex Ges = Gesamtskala TAS-26; „E“ entspricht jeweils der Eichstichprobenskala

Die drei Skalen der AAS wurden von 137 (Skala 1: Nähe) bzw. 138 (Skala 2: Vertrauen; Skala 3: Angst) Probanden bearbeitet. Hier zeigen sich die in Abbildung 7 folgenden Mittelwerte:



Anmerkung: „E“ entspricht der jeweiligen Eichstichprobenskala

Die HADS-D wurde bei 138 Probanden ausgewertet. Bei Werten zwischen 0 und 16,00 auf der Angstskala (Skala 1) bzw. Ergebnissen von 0 bis 17,00 der Depressivitätsskala (Skala 2) konnte bei 18 Probanden der Verdacht einer Angststörung gestellt werden (Werte über 10,00), bei 11 Probanden ergaben sich Hinweise für das Vorliegen einer Depression (Werte über 8,00). Die Mittelwerte der beiden HADS-D – Skalen sind in Abbildung 8 dargestellt:



Anmerkung: „E“ entspricht der jeweiligen Eichstichprobenskala

## 4.6 Korrelationen

### 4.6.1 Korrelationen zwischen den HautZuf – Skalen

Zur Analyse der HautZuf – Skalen wurden Korrelationen nach Pearson bestimmt. Obwohl sich einige signifikante Korrelationen ergaben, war das Korrelationsniveau insgesamt relativ niedrig.

Dabei fiel zunächst auf, dass die drei Berührungsskalen signifikant miteinander korrelierten. Positiv erlebte Berührungen scheinen sich also gegenseitig zu bedingen; eigene, partnerschaftliche und familiäre Berührungen verstärken sich wechselseitig und machen die jeweils andere Art der Berührung wahrscheinlicher und erstrebenswerter.

Außerdem korrelierten die Skalen für familiäre und partnerschaftliche Berührung sowie Ekel signifikant - positiv mit der Skala Scham. Ein erhöhtes Schamempfinden geht demnach einerseits mit einer gesteigerten Ekelempfindlichkeit einher, auf der anderen Seite finden sich jedoch auch häufige Berührungen mit Eltern oder Partner.

Schließlich zeigte die Selbstberührungsskala noch eine signifikant - negative Korrelation zur Skala Ekel. Ein hohes Maß an eigener Berührung scheint also mit verringertem Ekelempfinden einherzugehen.

Die einzelnen Ergebnisse dieser ersten Korrelationsanalyse sind in der folgenden Tabelle 13 noch einmal zusammengefasst:

Tabelle 13: Korrelationen der HautZuf – Skalen untereinander (n = 136 – 140)

Skala	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
FamBer	1,000	,200 **	,247 **	-,048	,200 **
SelbstBer		1,000	,288 **	-,160 *	,088
PartnerBer			1,000	,073	,278 **
Ekel				1,000	,245 **
Scham					1,000

Anmerkungen: FamBer = familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung;

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 (1 – seitig) signifikant (= hochsignifikant)

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,05 (1 – seitig) signifikant

#### **4.6.2 Korrelationen HautZuf zu Alter und den weiteren Testinstrumenten**

Auch in dieser Analyse zeigte sich trotz z.T. hochsignifikanter Korrelationen ein relativ niedriges Korrelationsniveau (Bestimmung nach Pearson; s. Tab. 14).

Das Alter korrelierte mit drei Skalen des HautZuf: während sich signifikant - positive Zusammenhänge mit dem Empfinden von Ekel zeigten, bestanden signifikant – negative Korrelationen zu den Skalen der familiären und der Selbstberührung. Somit scheint mit zunehmendem Alter die Ekelempfindlichkeit zu steigen und das Berühren der Eltern und der eigenen Person abzunehmen.

Weiterhin ergaben sich signifikante Korrelationen der Scham – Skala mit allen Skalen der weiteren Testinstrumente TAS–26, AAS und HADS–D. Dabei korrelierten signifikant – positiv die Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“, „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“, „Extern orientierter Denkstil“ und die Alexithymiegesamtskala der TAS–26, sowie die Angstskalen der AAS und HADS–D und die Depressivitätsskala der HADS–D mit der Schamskala des HautZuf. Schließlich bestanden signifikant – negative Korrelationen zwischen den Skalen „Nähe“ bzw. „Vertrauen“ der AAS und der HautZuf – Scham – Skala. Erhöhte Schamempfindlichkeit scheint also sowohl mit einer Anfälligkeit für Angst, Depressivität oder Beschwerden des Alexithymiekonzeptes zusammenzuhängen, als auch mit verringertem Vertrauen in die persönliche Umwelt und damit verbundenem geringeren Ertragen von persönlicher Nähe.

Die Skala „Ekel“ des HautZuf korrelierte außerdem signifikant – positiv mit beiden HADS–D – Skalen, was für einen Zusammenhang von Ekelgefühlen und Angst und Depressivität spricht.

Zwei signifikante Korrelationen zeigte die Skala „Partnerschaftliche Berührung“ des HautZuf. Sie korrelierte positiv mit der Skala „Nähe“ der AAS und negativ mit der Skala „Extern orientierter Denkstil“ der TAS–26. Partnerschaftliche Berührung und Nähe zwischen den Partnern beeinflussen demnach einander, während seltene Berührungen der Partner eher mit einem automatisch – mechanistischen Denkstil einhergehen.

Sowohl die Selbstberührungsskala als auch die Skala der familiären Berührung des HautZuf korrelierten signifikant – negativ mit der Depressivitätsskala des HADS–D, häufige Berührungen der eigenen

Personen oder mit den Eltern finden sich demzufolge bei geringer Anfälligkeit für Depressivität.

Darüber hinaus korrelierte die Selbstberührungsskala signifikant – negativ mit der Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ der TAS-26. Geringe Probleme beim Beschreiben von Gefühlen scheint also mit häufigem Selbstberühren aufzutreten.

Schließlich ergab sich noch eine signifikant – positive Korrelation zwischen der Skala der familiären Berührung des HautZuf und der Nähe – Skala der AAS, was für einen Zusammenhang zwischen Berührungen mit den Eltern und der Fähigkeit zu persönlicher Nähe und Offenheit spricht.

Abschließend sind in Tabelle 14 die besprochenen Daten zusammengestellt:

Tabelle 14: Korrelationen HautZuf und Alter/ TAS – 26/ AAS/ HADS - D

	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
Alter	-,224 **	-,289 **	,046	,175 *	-,129
ProbIden – TAS 26	-,009	-,006	,062	,072	,237 **
ProbBeschr – TAS 26	,018	-,150 *	-,098	,129	,313 **
ExtDenk – TAS 26	-,123	-,089	-,228 **	,109	,181 *
AlexGes – TAS 26	-,050	-,107	-,104	,141	,336 **
Nähe – AAS	,161 *	,093	,211 **	-,050	-,212 **
Vertrauen - AAS	,097	-,118	-,014	-,020	-,222 **
Angst- AAS	,000	,059	,137	,075	,397 **
Angst- HADS	-,119	,016	,098	,148 *	,281 **
Depressivität - HADS	-,226 **	-,242 **	-,049	,174 *	,160 *

Anmerkungen: HautZuf: FamBer = familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung; Ekel und Scham = Skala 4 und 5;

TAS-26: ProbIden = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen; ProbBeschr = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen; ExtDenk = Extern orientierter Denkstil; Alex Ges = Gesamtskala TAS-26;

AAS: Nähe und Vertrauen = Skala 1 und 2; Angst – AAS = Skala 3;

HADS-D: Angst – HADS = Skala 1; Depressivität = Skala 2

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 (1 – seitig) signifikant (= hochsignifikant)

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,05 (1 – seitig) signifikant

### 4.6.3. Geschlechtsabhängigkeit der HautZuf-Skalen

Im Vergleich beider Geschlechter zeigten sich signifikante Unterschiede in den Skalen „Ekel“ und „Scham“, was als Hinweis für eine größere Ekel- bzw. Schamempfindsamkeit auf Seiten der Frauen verstanden werden kann. Die genauen Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung 9 sowie in Tabelle 15 aufgeführt:

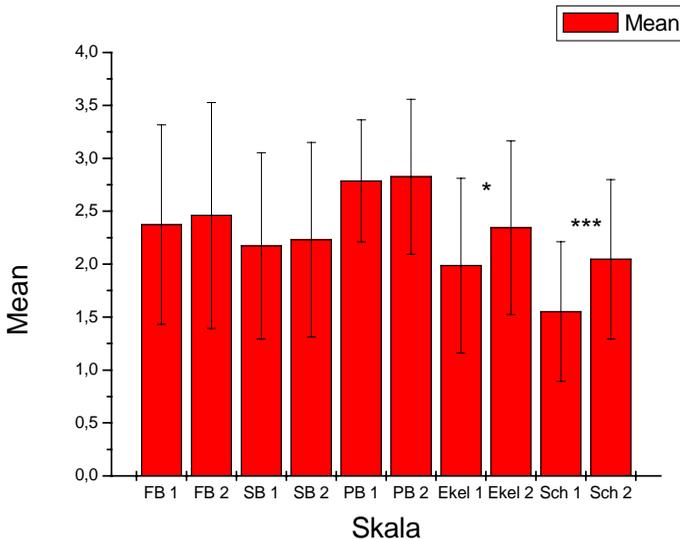


Abbildung 9: Skalenmittelwerte (Mean) und Standardabweichung des HautZuf mit Differenzierung nach Geschlechtern (cases = 58 Männer/ 77 – 81 Frauen)  
 FB = familiäre Berührung; SB = Selbstberührung; PB = partnerschaftliche Berührung; Sch = Scham; 1 = Männer; 2 = Frauen  
 \*\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,001 (2 - seitig) signifikant  
 \* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,05 (2 - seitig) signifikant

Tabelle 15: Geschlechtsabhängigkeit der HautZuf-Skalen

	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
T – Test	-0,493	-0,378	-0,346	-2,544	-4,003
Signifikanz	0,623	0,706	0,730	0,012 *	0,000 ***

Anmerkungen: FamBer = Familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung

\*\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,001 (2- seitig) signifikant

\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,05 (2 - seitig) signifikant

#### 4.6.4. Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen einer Partnerschaft

In der Gegenüberstellung von Probanden in einer bestehenden Partnerschaft mit Probanden, die momentan ohne Partner waren gab es lediglich in der Schamskala einen Varianzunterschied, sodass partnerlose Probanden eine höhere Schamempfindlichkeit aufwiesen (siehe hierzu auch Abbildung 10 und Tabelle 16):

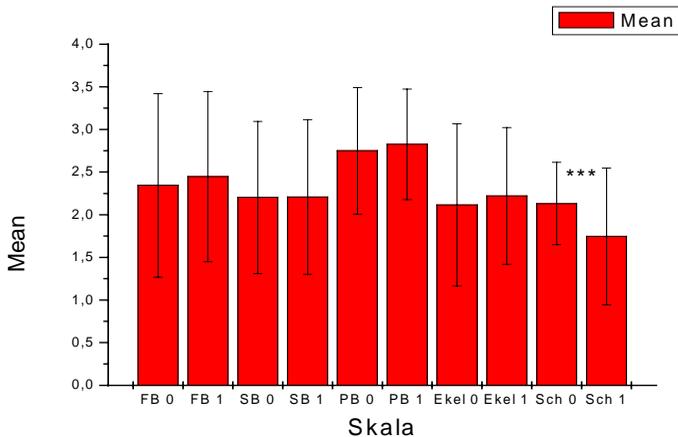


Abbildung 10: Skalenmittelwerte (Mean) und Standardabweichung des HautZuf mit Differenzierung nach bestehender Partnerschaft (cases = 30 - 33 ohne/ 105 - 106 mit)

FB = familiäre Berührung; SB = Selbstberührung; PB = partnerschaftliche Berührung; Sch = Scham; 0 = Partnerlose; 1 = mit Partner

\*\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,001 (2 - seitig) signifikant

Tabelle 16: Abhängigkeit der Skalenwerte des HautZuf vom Bestehen einer Partnerschaft

	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
T – Test	-0,495	-0,033	-0,554	-0,627	3,354
Signifikanz	0,622	0,973	0,580	0,532	0,001 ***

Anmerkungen: FamBer = familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung

\*\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,001 (2 - seitig) signifikant

#### 4.6.5. Korrelationen HautZuf und Schulbildung

In der Analyse der unterschiedlichen Bildungsgrade, die der HautZuf in Form einer Rangskalierung erfragt (1 = kein Abschluss bis 4 = Abitur), wurde eine nichtparametrische Korrelation nach Kendall – Tau – b erstellt wie Tabelle 17 zeigt. Hier fanden sich eine signifikant – positive Korrelation der Schulbildung mit der Selbstberührungsskala sowie eine signifikant – negative Korrelation mit der HautZuf - Skala Ekel. Hohe Schulbildung scheint also mit vermehrter Selbstberührung und vermindertem Ekelempfinden assoziiert zu sein.

Tabelle 17: Korrelationen HautZuf und Schulbildung (nach Kendall – Tau – b)

	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
Korr. Koeff.	0,048	0,122 *	0,004	-0,168 **	-0,067
Signifikanz	0,245	0,039	0,476	0,008	0,170

Anmerkungen: FamBer = familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung; Korr. Koeff. = Korrelationskoeffizient (cases = 134 – 138)

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 (1 – seitig) signifikant (= hochsignifikant)

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,05 (1 – seitig) signifikant

#### 4.6.6. Korrelationen HautZuf und Hauterkrankung

In dieser Untersuchung fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Hautgesunden und Hautkranken. Allerdings bleibt anzumerken, dass die Fallzahl der hautkranken Probanden mit 21 sehr niedrig war. Aus diesem Grund sind weitere Untersuchungen in dieser Frage sicherlich anzuraten.

#### 4.6.7. Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Alexithymie“

Bei den Probanden, die laut TAS-26 Hinweise für eine Alexithymie zeigten, ergaben sich im Vergleich zu den übrigen Probanden signifikante Korrelationen mit der Skala Selbstberührung, was ein geringeres Maß an Selbstberührung bei der Diagnose Alexithymie bedeutete. Weiterhin korrelierten die Skalen Ekel und Scham zwar knapp nicht signifikant mit der Diagnose Alexithymie, die Analyse erbrachte aber Hinweise für einen Zusammenhang zwischen alexithymen Beschwerden und vermehrtem Empfinden von Ekel und Scham. Die Ergebnisse der Analyse verteilten sich wie in Abbildung 11 und Tabelle 18 gezeigt:

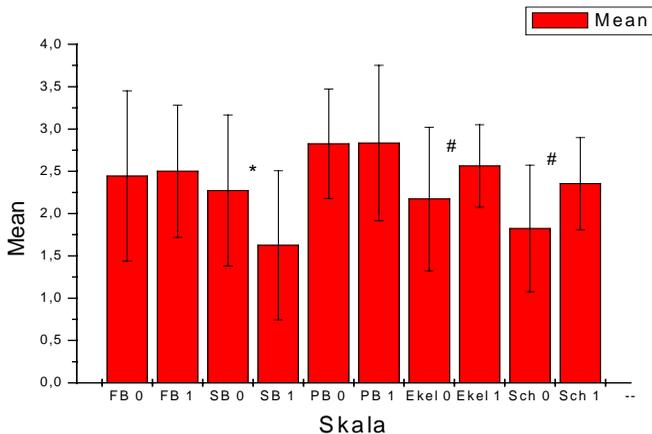


Abbildung 11: Skalenmittelwerte (Mean) und Standardabweichung des HautZuf aufgeschlüsselt nach der Diagnose „Alexithymie“ (TAS – 26) (cases = 7-8 Diagnose/ 124 – 126 keine Diagnose)  
 FB = familiäre Berührung; SB = Selbstberührung; PB = partnerschaftliche Berührung; Sch = Scham; 0 = keine Diagnose „Alexithymie“; 1 = Diagnose „Alexithymie“  
 \* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,05 (2 – seitig) signifikant  
 # Kein signifikantes Ergebnis im t-Test, jedoch Hinweis auf einen Zusammenhang

Tabelle 18: Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Alexithymie“

	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
T - Test	-0,146	1,992	-0,31	-2,077	-1,968
Signifikanz	0,884	0,048 *	0,975	0,065 #	0,051 #

Anmerkungen: FamBer = familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung;  
 \* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,05 (2 - seitig) signifikant  
 # Kein signifikantes Ergebnis im t-Test, jedoch Hinweis auf einen Zusammenhang

#### 4.6.8. Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Angst“

Nach Betrachtung der HADS-D korrelierten die HautZuf – Skalen Ekel und Scham signifikant mit der Diagnosestellung einer Angststörung. Demzufolge zeigten diejenigen Probanden mit Hinweisen für eine Angststörung erhöhte Empfindsamkeit für Scham - und Ekelgefühle. Die Ergebnisse stellten sich wie in Abbildung 12 und Tabelle 19 folgend dar:

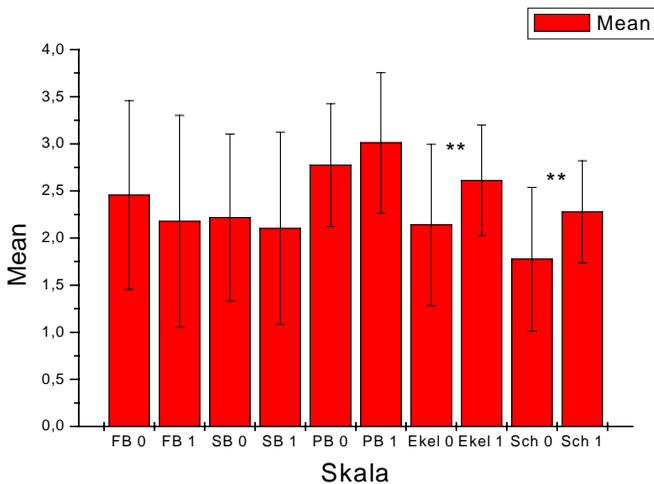


Abbildung 12: Skalenmittelwerte (Mean) und Standardabweichung des HautZuf aufgeschlüsselt nach der Diagnose „Angst“ (HADS - D) (cases = 17 - 18 Diagnose/ 117 - 120 keine Diagnose)  
 FB = familiäre Berührung; SB = Selbstberührung; PB = partnerschaftliche Berührung; Sch = Scham; 0 = keine Diagnose „Angst“; 1 = Diagnose „Angst“  
 \*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,01 ( 2 – seitig) signifikant

Tabelle 19: Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Angst“

	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
T - Test	1,064	0,504	-1,379	-2,968	-2,686
Signifikanz	0,289	0,615	0,170	0,006 **	0,008 **

Anmerkungen: FamBer = familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung;

\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,01 (2 - seitig) signifikant;

#### 4.6.9. Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Depression“

Die Diagnose „Depression“ nach der HADS–D korrelierte signifikant mit den Skalen Scham, familiäre Berührung und Selbstberührung. Die Skala Ekel korrelierte zwar nicht signifikant, ergab aber Hinweise für eine Assoziation zwischen Depressivität und Ekelgefühlen. Probanden, bei denen laut HADS–D Hinweise auf eine vorliegende Depression vorlagen zeigten hier verminderte elterliche Berührung und Selbstberührung bei gesteigertem Empfinden von Scham – und Ekelgefühlen. In Abbildung 13 sowie Tabelle 20 sind die einzelnen Daten noch einmal zusammengefasst:

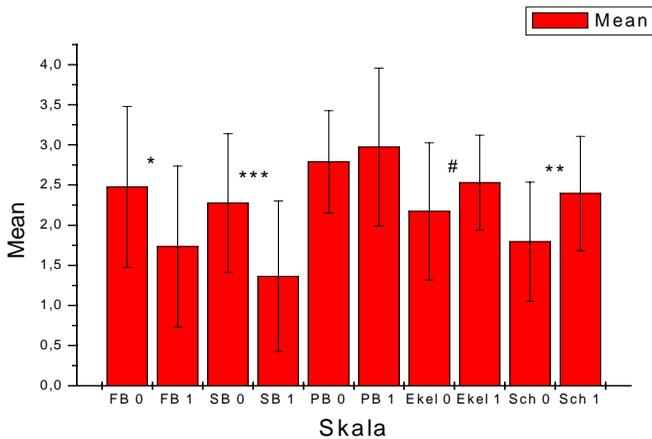


Abbildung 13: Skalenmittelwerte (Mean) und Standardabweichung des HautZuf aufgeschlüsselt nach der Diagnose „Depression“ (HADS - D) (cases = 10 - 11 Diagnose/ 124 - 127 keine Diagnose)  
 FB = familiäre Berührung; SB = Selbstberührung; PB = partnerschaftliche Berührung; Sch = Scham; 0 = keine Diagnose „Depression“; 1 = Diagnose „Depression“

\*\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,001 (2 - seitig) signifikant

\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,01 (2 seitig) signifikant

\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,05 (2 - seitig) signifikant

# Kein signifikantes Ergebnis im t-Test, jedoch Hinweis auf einen Zusammenhang

Tabelle 20: Abhängigkeit der HautZuf-Skalenwerte vom Bestehen der Diagnose „Depression“

	FamBer	SelbstBer	PartnerBer	Ekel	Scham
T - Test	2,258	3,331	-0,584	-1,853	-2,579
Signifikanz	0,026 *	0,001 ***	0,572	0,085 #	0,011 **

Anmerkungen: FamBer = familiäre Berührung; SelbstBer = Selbstberührung; PartnerBer = partnerschaftliche Berührung;

\*\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,001 (2 - seitig) signifikant

\*\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,01 (2 - seitig) signifikant

\* Der t-Test ist auf dem Niveau 0,05 (2 - seitig) signifikant

# Kein signifikantes Ergebnis im t-Test, jedoch Hinweis auf einen Zusammenhang

## 5. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Reliabilität und Validität des überarbeiteten Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf) zu überprüfen und die Entwicklung dieses Fragebogens abzuschließen.

Mit ihren vielfältigen Aufgaben und Eigenheiten beeinflusst die Haut den Kontakt mit der „Außenwelt“ wie kein anderes Sinnesorgan. Äußerst sensibel stellt sie zugleich Sender und Empfänger dar; nicht umsonst wird sie im Volksmund dank ihrer Fähigkeit, Physis und Psyche facettenreich auszudrücken, als „Spiegel der Seele“ angesehen. Gerade Emotionen sind häufig mit Hautempfindungen verbunden: Erröten aus Schamhaftigkeit oder Gänsehautbildung bei Ekelgefühlen oder Erregung sind jedem bekannt. Aber auch bewusste oder unbewusste Verletzung und Vernachlässigung der Haut durch ungenügende Pflege, Kratzen oder Artefakte fokussiert psychisches Erleben auf unsere Körperoberfläche.

Im HautZuf sollte sich bei akzeptablen Testgütekriterien eine v.a. tiefenpsychologisch fundierte Beschreibbarkeit von Umgang und Zufriedenheit mit der eigenen Haut finden, da die bisherigen Testinstrumente in der Dermatologie eher verhaltensbiologisch orientiert und entweder krankheitsspezifisch oder auf Hautkrankheiten allgemein bezogen sind; sowie allgemeine Fragebögen z.B. zur Erfassung der Lebensqualität keine dermatologischen Aspekte berücksichtigen. In dieser Lücke wurde der HautZuf entwickelt, der unabhängig von der Altersstufe sowohl bei Hautkranken als auch bei Hautgesunden einsetzbar sein soll. Neben guter Verständlichkeit wurde auf eine möglichst kurze Bearbeitungszeit und differenzierte Erfassung der Skaleninhalte geachtet, damit durch eine hohe Veränderungssensitivität eine spätere Therapieevaluation ermöglicht wird. Zur Validierung wurde der HautZuf auf Korrelationen mit den etablierten Testinstrumenten „Adult Attachment Scale“ (AAS), „Toronto-Alexithymie-Skala-26“ (TAS-26) und „Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version“ (HADS-D) untersucht. Hier fand sich neben einer guten Praktikabilität eine hohe diskriminante Validität in Bezug auf die Fragebogenebenen.

Nach Abschluss der Faktorenanalyse umfasste der HautZuf fünf Skalen mit insgesamt 30 Items, die als Aussagen formuliert sind und

sich gleichmäßig auf die Skalen verteilen. Der Proband antwortet auf einer fünfstufigen Rankingskala, indem er die am meisten zutreffende Antwortalternative ankreuzt. Die einzelnen Alternativen reichen von 0=trifft vollkommen zu bis 4=trifft gar nicht zu, 1, 2 und 3 sind die dazwischen liegenden Abstufungen. Die Skalen erfassen folgende Dimensionen:

1. Familiäre (elterliche) Berührung (z.B. „Meine Eltern haben oft mit mir geschmust“)
2. Selbst-Berührung (z.B. „Ich berühre mich gerne selbst“)
3. Partnerschaftliche Berührung (z.B. „Ich streichle gerne meine/n Partner/in“)
4. Ekel (z.B. „Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm“)
5. Scham (z.B. „Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe“)

Damit konzentriert sich der HautZuf neben den Emotionen Ekel und Scham auf verschiedene Formen der Berührung, worin auch die Rolle der Haut im Selbstkonzept und in der Sexualität beschrieben werden soll. Während eine verhaltensbiologische Sichtweise Hautzufriedenheit und Umgang mit der eigenen Haut als eine Art Reiz – Reaktionen – Modell mit adäquaten Reiz und reproduzierbarer Antwort, Konditionierungs- und Lernvorgängen sehen würde, legten die Autoren (Forschungsgruppe AG Psychosomatische Dermatologie Gießen *Gieler/ Kupfer/ Grolle/ Brosig/ Niemeier*) dem HautZuf eine tiefenpsychologische Konzeption zugrunde. Mithilfe der aus psychodynamischen Theorien abgeleiteten Items soll der Zusammenhang von Beziehungsaufnahme und – Gestaltung in der Ursprungsfamilie, besonders in Form von Hautkontakt, untersucht und dessen Auswirkungen auf das spätere Kontaktverhalten beschrieben werden. Als zentrale Vorstellung betrachten die Autoren dabei die Haut als Bindeglied zwischen Physis und Psyche, das inneres und äußeres Erleben vermittelt, gleichzeitig aber auch eine Schutzbarriere darstellt. Aufgrund dieser Aufgaben der Integration, Verbindung und Abgrenzung soll weiterhin die Funktion der Haut in der Nähe – Distanz – Regulation beleuchtet werden.

An der durchgeführten Erhebung beteiligten sich 140 Personen, unter denen sich bei einer fehlenden Angabe 81 Frauen (57,9%) und

58 Männer (41,4%) befanden. Die Altersstruktur der Stichprobe gestaltete sich mit einem Durchschnittsalter von 38,3 Jahren (Spannbreite 13 – 87 Jahre) als zufriedenstellend. Die Zahl der ledigen Probanden (38,6%) war mit der Zahl der verheirateten Probanden (40,7%) vergleichbar, weitere 10,7% lebten in einer nicht – ehelichen Lebensgemeinschaft. Insgesamt bestand bei  $\frac{3}{4}$  der Testpersonen (75,7%) eine Partnerschaft. Da es sich bei der Erhebung um ein gesundes Kollektiv handelte, lagen nur bei 21 Probanden (15%) zum Zeitpunkt der Befragung Hauterkrankungen vor. Der Anteil von 65,7% Abiturienten erscheint überdurchschnittlich hoch, sodass die Stichprobe in diesem Bereich leider nicht die Gesamtbevölkerung widerspiegelt. Weitere Stichproben sollten in Zukunft diesen Punkt noch stärker untersuchen.

Nach zweifacher Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenanalyse und Erstellen einer rotierten Komponentenmatrix konnte der zu standardisierende Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf) von 36 auf 30 Items reduziert werden. Diese 30 Items ließen sich 5 Faktoren zuordnen, die Teilaspekte der Hautzufriedenheit charakterisieren und wie bereits o.g. als die Skalen Familiäre Berührung, Selbstberührung, Partnerschaftliche Berührung, Ekel und Scham bezeichnet wurden. Die durch den alpha – Koeffizienten nach Cronbach beurteilte interne Konsistenz lag für die Skalen zwischen 0,71 und 0,91 und damit über dem geforderten Minimum von 0,70 im zufriedenstellenden bis guten Bereich. Da die Interkorrelation der Skalen immer unter 0,30 war, kann von unabhängigen Dimensionen ausgegangen werden.

In der Analyse des HautZuf auf Korrelationen fand sich insgesamt ein relativ niedriges Korrelationsniveau, weshalb im folgenden gefundene Korrelationen zunächst als Hinweise für Zusammenhänge zu verstehen sind. Sicherlich sind zur Bestätigung der Ergebnisse dieser Studie weitere Testungen erforderlich.

Bei der Suche nach Korrelationen der HautZuf – Skalen untereinander fanden sich zunächst signifikante Zusammenhänge der drei Berührungsskalen „Familiäre Berührung“, „Selbstberührung“ und „Partnerschaftliche Berührung“. Dies scheint das Grundkonzept der Autoren zu bestätigen, dass sich ein berührungintensiver Umgang in der Ursprungsfamilie im späteren Kontaktverhalten

widerspiegelt. Positiv erlebte Berührungen bedingen und verstärken sich gegenseitig und führen zu einer höheren Neigung, die einzelnen Berührungsformen anzuwenden.

Außerdem ergaben sich signifikant – positive Korrelationen der Skalen „Familiäre Berührung“ und „Partnerschaftliche Berührung“ mit der Skala „Scham“. Während Berührungen als kommunikative Hautfunktionen mit der Umwelt zu verstehen sind, die durch Verbindung Nähe, Sicherheit, Geborgenheit und nach *Klöß – Rotmann* (1992) in der Sexualität ein intimes Gefühl des Einsseins vermitteln, gelingt es durch den Schamaffekt gleichzeitig die eigenen Grenzen wahrzunehmen und sich des eigenen Körpers bewusst zu werden. Hier zeigt sich ein wesentliches Moment der Nähe – Distanz – Regulation, die Fähigkeit, durch häufige Berührungen Nähe zu erfahren und zugleich durch Scham die eigenen Grenzen erfassbar zu gestalten.

Weiterhin zeigte sich eine signifikant – negative Korrelation zwischen den Skalen der Selbstberührung und der Emotion Ekel. Da auch Ekel ein Mittel darstellt, die eigenen Grenzen zu spüren, erscheint dieser Zusammenhang relativ klar zu sein. Bei einem hohen Maß an Selbstberührung erlebt der Berührte durch sein Handeln unmittelbar seine Grenzen, er „erspürt“ sie förmlich, sodass der Ekel als Begrenzungsmittel nicht mehr nötig scheint.

Abschließend korrelierten die Skalen „Ekel“ und „Scham“ signifikant – positiv miteinander, erhöhte Ekelempfindlichkeit ging also mit vermehrter Schamhaftigkeit einher. Schaut man sich die Funktionen dieser Emotionen an, stellt man einige Übereinstimmungen fest. So handelt es sich in beiden Fällen um sog. Primäraffekte, die von Geburt an zur Verfügung stehen. Schon die germanische Wurzel von Scham „*skam/ skem*“ zeigt mit der Bedeutung des „sich Zudeckens“ eine Spannung zwischen Offenheit und Verslossenheit, Interesse und Hemmung. Nach *Leibig* (1998) entwickelt sich dieser Affekt je nach Reaktion der Umwelt auf eigenes Handeln, *Krause* (2002) sieht in ihr den Schutz eines „Ichideals“ und *Wurmser* (1993) spricht ihr die Konstitution des Über – Ichs zu, das das Ich begrenzt und schützt. So erfüllt die Scham *Leibig* (1998) zufolge v.a. intrapsychische Abwehrfunktionen, die der Selbsterhaltung und dem Schutz innerer Werte dienen, *Rost* (1990) schreibt ihr darüber hinaus dämpfende Wirkung auf offensive, exponierende Akte zu. Diese Schutzfunktion und Stabilisierung innerer und äußerer Grenzen findet sich auch bei

der Betrachtung der Emotion Ekel. Dieses Abwehrverhalten tritt allgemein bei auf die Sinne abstoßend wirkenden Dingen auf. Schon *Freud* (1905) sah in Ekel einen Notfallaffekt mit Schutzfunktion, *Haidt, McCauley* und *Rozin* (1994) beschrieben die Entwicklung des Ekels, der sich bei Kindern zunächst auf schädlicher Nahrung bezieht und später in ein System mündet, das auch sozio – moralische Dimensionen beinhaltet. Auch die Säuglingsforschung (z.B. *Stern* 1983) geht davon aus, dass Ekel zur Abgrenzung dient und Ich – stabilisierend wirkt, da der Säugling noch keine Fluchtmöglichkeiten besitzt. Ein Herausstellen der gemeinsamen Funktionen „Grenzwahrung, Selbststabilisierung und Schutz innerer Werte“ von Scham und Ekel verdeutlicht die positive Assoziation beider Affekte. In ihrem Wirken sind sie als wesentliche Mittel der Nähe – Distanz – Regulation zu verstehen, was auch in ihren Korrelationen zu den anderen Skalen des HautZuf zum Ausdruck kommt. Gleichwohl sie in normalen Maß für den einzelnen unabdingbar sind, können sie bei übersteigertem oder verringerten Auftreten zu Störungen der Selbstwahrnehmung und Kommunikation mit der Umwelt führen. So kann ein übersteigertes Erleben von Scham und Ekel neben Selbstunsicherheit einen sozialen und emotionalen Rückzug bewirken, der Betroffene kann sich regelrecht eingeeengt und begrenzt fühlen. Gerade Hautpatienten leiden wegen ihrer Erkrankung häufig unter Scham – und Ekelgefühlen, Stigmatisierungserfahrungen und ablehnendes Verhalten des Umfeldes tragen hier weiter zur sozialen Isolation bei. Auf der anderen Seite könnte ein verringertes Maß an Scham – und Ekelgefühlen zu einem Verhalten führen, das die eigenen Grenzen und die Grenzen anderer nicht mehr genügend wahrnimmt und den Schutz des Selbst vernachlässigt.

Zusammenfassend ist mit dem HautZuf ein Testinstrument entstanden, mit dem Aspekte der Nähe – Distanz – Regulation beschrieben und Rückschlüsse auf den Zusammenhang der Beziehungsaufnahme und –Gestaltung mit dem späteren Kontaktverhalten gezogen werden können, wobei die besondere Stellung der Haut berücksichtigt wurde.

Bei der Korrelation des HautZuf mit den Skalen der TAS–26 ergaben sich signifikante Zusammenhänge der Schamskala mit allen TAS–26 – Subskalen und der Gesamtskala. Außerdem korrelierten die Skalen „Partnerschaftliche Berührung“ und „Extern orientierter

Denkstil“ signifikant – negativ, genauso wie die Skalen „Selbstberührung“ und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“. Die Skalen „Elterliche Berührung“ und „Ekel“ zeigten keine Zusammenhänge mit der TAS-26. Probanden, die Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen hatten und einen eher extern orientierten Denkstil zeigten, wiesen eine gesteigerte Schamhaftigkeit auf. Zugleich fanden weniger Selbstberührungen und Berührungen mit dem Partner statt. Hier zeigt sich erneut die Grenzfunktion von Scham, die den Alexithymen begrenzt, wo er sich selbst in seinen Gefühlen nicht mehr oder fehlerhaft wahrnimmt. Dabei scheint die Scham als Emotion ein wesentlich stärkeres Mittel zur Selbstwahrnehmung zu sein als verschiedene Berührungsformen, die ja auch vermindert waren. *Klöß-Rotmann* (1992) folgend erscheint der Hautsinn als selbstreflexiver Sinn des Menschen in diesem Fall in seiner Funktion zumindest deutlich vermindert. Als Kommunikationsorgan mit Ausdrucksfähigkeit von Affekten steht er somit nicht zur Verfügung, vielleicht, weil die Haut als gemeinsam geteilte Membran zwischen Selbst und Umwelt nie richtig erlernt wurde. *Klöß-Rotmann* (1992) spricht bei einem Mangel an Selbst- und Körperbegrenzung durch die Haut sogar von einer „Pseudounabhängigkeit“ des Kindes von der Mutter, bei der die Haut als Beziehungsorgan fungiert. In der vorliegenden Testung war die Primäremotion Scham ersatzweise vermehrt vorhanden und ermöglichte den Betroffenen die nach *Milch* und *Hartmann* (1996) lebenslang notwendigen Selbstobjekterfahrungen. Solange der Betroffene sich nicht wesentlich eingeschränkt fühlt, sollte dies als Anpassung psychischer Ressourcen verstanden werden. Tritt hingegen ein Leidensdruck hinzu, sollte gerade bei Vorhandensein krankhafter Symptome eine tiefere Störung der Selbststrukturen diskutiert werden, wie sie etwa *Kelleter* (1990) in der Beziehung zwischen hautkranken Säuglingen und deren Müttern beschreibt. Somit können die erste und die dritte Hypothese angenommen werden, die zweite Hypothese wird abgelehnt.

Auch in der Betrachtung der AAS – Skalen fanden sich Zusammenhänge von Scham mit allen drei Subskalen. Während die Skalen „Nähe“ und „Vertrauen“ negativ korrelierten, zeigte die Angstskala positive Zusammenhänge. Geringes Vertrauen in die persönliche Umwelt und verringerter Fähigkeit persönliche Nähe zu

ertragen, verbunden mit der Angst verlassen zu werden, führten zu verstärktem Schamerleben. Die Scham dient dabei nicht nur der Grenz Wahrnehmung, sondern besonders dem Schutz innerer Werte. Da der Betroffene diesen Schutz nicht in seiner Umwelt erfährt oder erwartet, sucht er ihn in schamhaften Emotionen. Ähnliche Situationen beschreibt *Kelleter* (1990) bei hautkranken Kindern, die die mütterliche Fürsorge ambivalent erleben: die Hauterkrankung „verursacht“ vermehrte Zuwendung und Aufmerksamkeit für das Kind, führt allerdings auch zu schmerzhaften Berührungen. Daraus kann nach *Kelleter* (1990) eine Störung in Vertrauen, Autonomie, Trennungsverhalten oder im Körper- und Selbstbild entstehen. Auch *Klöß-Rotmann* (1992) greift diesen Gedanken auf, und beobachtete bei Hautkranken eine Angst vor dem Selbstverlust bei Bindung oder Trennung wichtiger Bezugspersonen. Die auftretende Exazerbation der Hautsymptomatik könnte als Äquivalent zu der in der vorliegenden Testung festgestellten Schamhaftigkeit interpretiert werden. *Anzieu* (1991) sieht in Hautkrankheiten eine Art psychischen „Schutzschild“, der vor Durchlässigkeit und Verletzbarkeit bewahren soll. Bei Hautgesunden kann nach *Leibig* (1998) Scham diese Funktion der Selbsterhaltung und Bewahrung innerer Werte erfüllen.

Weiterhin korrelierte noch die Näheskala positiv mit den Skalen „Elterliche Berührung“ und „Partnerschaftliche Berührung“. Je größer die Fähigkeit, persönliche Nähe zuzulassen, ist, umso häufiger sind also Berührungen mit Eltern und Partner. Bereits *Taylor* (1921) sieht in Berührungen die wesentlichsten Sinnesempfindungen, die Tiefe, Struktur und Form vermitteln. *Anzieu* (2003) bekräftigt diese Ansicht anhand eines Romans, in dessen Handlung Informationen zwischen Menschen lediglich durch Berührungen vermittelt werden, was als intensiver erlebt wird. Und *Klöß-Rotmann* (1992) setzt den Liebesakt mit einem intimen Gefühl des Einsseins gleich. Hautkontakt und persönliche Nähe gehören demnach zusammen, verlangen jedoch ein gewisses Maß an Vertrauen und Offenheit. Der Berührte ist wortwörtlich „nackt“ und offenbart Verletzlichkeit. Nur durch Berührungen sind Grundbedürfnisse nach Nähe, Zärtlichkeit, Liebe zu befriedigen; des weiteren Informationen direkter, unvermittelt und weniger störungsanfällig zu übermitteln. Die Verminderung von Berührungen kann hingegen einige Ursachen haben. Bereits ein gestörtes Vertrauensverhältnis kann Berührungen unangenehm machen, die

Haut ist mehr Grenze als Brücke. *Detig-Kohler* (1989) sieht in Hautkrankheiten mitunter die Möglichkeit der Nähe-Distanz-Regulation, wenn dies auf psychischer Ebene nicht mehr funktioniert. Eine Kontaktaufnahme zu Hauterkrankten über deren Symptome wurde von *Klöß-Rotmann* (1992) bei Kommunikationsstörungen empfohlen. Auch *Niemeier, Winckless* und *Gieler* (1997) stellen fest, dass Hauterkrankungen zu vermindertem Körperkontakt führen können. Dabei spielt v.a. der mögliche Verlust persönlicher Distanz eine Rolle, die Nähe des Anderen wird bedrohlich empfunden. Die Hypothesen 4 und 5 werden damit abgelehnt, die sechste Hypothese wird angenommen.

Die Angstskala der HADS-D korrelierte positiv mit Scham und Ekel. Wie schon bei der AAS besprochen scheinen Scham und in diesem Fall auch Ekel schützende Funktionen zu haben und gerade bei Angst dem Gefühl des schutz – und machtlosen Ausgeliefertsein durch eine Stabilisierung und Abgrenzung des Ich entgegenzuwirken. Bei einem nach *Beckmann* und Mitarbeitern (1998) empfundenen persönlichen Defizit bietet Scham laut *Rost* (1990) die Chance, Entlastung zu erfahren und befürchteter sozialer Ablehnung entgegen zutreten. Weiterhin spricht *Leibig* (1998) Schamgefühlen zusätzlich intrapsychische Abwehrfunktionen zu, sie dient der Selbsterhaltung und Bewahrung innerer Überzeugungen. Damit tritt Scham dem Gefühl der Angst und damit der Bedrohung von Selbst und Seele, einem Gefühl des Ichverlustes entgegen. So sieht *Rost* (1990) in ihr v.a. eine dämpfende Reaktion auf offensive, verletzende Angriffe. Auch Ekel wirkt als Gegenspieler von Angst. *Phillips* und Mitarbeiter (1997/ 1998) beschreiben bei Angstpatienten in Konfrontation mit phobischen Reizen auch Ekelgefühle. Dem ursprünglichen Sinn von Ekel folgend, richtet sich diese Emotion gegen verdorbene Nahrung. Nach einer von *Haidt, McCauley* und *Rozin* (1994) veröffentlichten Konzeption über die kulturelle Evolution der Emotion Ekel, tritt diese jedoch auch bei Verstößen gegen sozio-moralische Dimensionen auf. *Schaper* (2001) unterschied darüber hinaus endogene und exogene Ursachen für Ekel. Angst würde demnach als endogener Reiz Bereiche der Selbsthygiene, Selbstfürsorge und Selbstwahrnehmung bedrohen, was *Krause* (1993) zufolge den Drang provoziert, das unerträgliche, andersartige und dem Ich-Ideal entgegen gerichtete Objekt (die Angst) auszustoßen.

Darüber hinaus korrelierten Scham und Ekel positiv mit der Depressivitätsskala der HADS-D, beide Emotionen treten also verstärkt bei Verlust an Lebensfreude, Motivation, Antrieb oder Interesse auf. Auch hier kann man ursächlich von Schutz und Stabilisierung des Ich ausgehen. Unerwünschte, nicht-Ich-konforme, bedrohliche Selbstanteile werden nach *Krause* (1993) externalisiert und als ekelerregend wahrgenommen. Laut *Leibig* (1998) wirkt Scham selbsterhaltend, stützt das Wertgefühl und gewährleistet die Anpassung an soziale Werte. Gerade depressive Beschwerden sind gesellschaftlich unerwünscht, Scham und Ekel wirken *Wurmser* (1993) zufolge im Sinne einer internalisierten Idealfigur. *Krause* (2002) beschreibt dies als Aneignung von Vorstellungen, Normen und Gebräuchen durch Beobachten der Umweltreaktion auf eigenes Handeln, *Rost* (1990) spricht in diesem Zusammenhang von „sozialer“ Scham durch soziale Unsicherheit.

Bei den Berührungsskalen ergaben sich negative Zusammenhänge der Depressivitätsskala mit den Skalen der elterlichen und der Selbstberührung. Da Berührungen als selbstwahrnehmendes und strukturgebendes Mittel bei depressiven Beschwerden nicht mehr ausreichend wirken, finden sie scheinbar seltener statt und werden wie bereits besprochen von Scham- und Ekelgefühlen ersetzt. Die von *Milch* und *Hartmann* (1996) als notwendig erwähnten Selbstobjekterfahrungen sind so nicht mehr ausreichend möglich, was eine gewisse Dynamik in der Erhaltung depressiver Beschwerden bedingt. Scham und Ekel wirken zwar auch strukturgebend, vermitteln jedoch keineswegs stützende Erlebnisse durch Mitmenschen, sondern werden im Gegenteil als unangenehm empfunden. Trotzdem werden sie zum Selbstschutz benötigt, wodurch eine Art Kreislauf erhalten wird, der von den Betroffenen selten ohne Hilfe verlassen werden kann. Das Erleben von Miteinander ist somit eingeschränkt und wird im Extremfall zur Vermeidung dieser unangenehmen Gefühle abgelehnt. Im sozialen Rückzug kann die von *Klöß-Rotmann* (1992) beschriebene notwendige Hautfunktion von Körper- und Selbstbegrenzung sowie Verbindung zur Umwelt jedoch nicht erlernt werden. Gerade Hautkranke klagen nach *Niemeier*, *Winckelsser* und *Gieler* (1997) gehäuft über verminderten Körperkontakt, der durch gehemmten Umgang mit dem Partner, Scham und Ekel vor der eigenen Krankheit verursacht wird. So werden die Hypothesen 7 und 9 angenommen, Hypothese 8 und 10 abgelehnt.

Bei einer zufriedenstellend verteilten Altersstruktur (Durchschnittsalter 38,3 Jahren, Spannweite 13 – 87 Jahre) wurde ein signifikant – positiver Zusammenhang des Probandenalters mit dem Empfinden von Ekel festgestellt, daneben ergaben sich signifikant – negative Assoziationen mit den Skalen der elterlichen und der Selbstberührung. Bei zunehmendem Alter wurde vermehrtes Ekelerleben berichtet, während eigene und elterliche Berührungen abnahmen, was wiederum auf einen Ersatz von Berührungen als selbstwahrnehmendes Mittel durch den Ekelaffekt hindeutet. Gleichwohl müssen diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden, da sich Erziehungsstil und familiärer Umgang und damit auch die Berührungen in den letzten Jahrzehnten doch erheblich verändert haben. Gerade ältere Probanden haben sicher andere Umgangsformen erlebt als die jüngeren Generationen. Hypothese 11 wird nach diesen Resultaten angenommen.

Hinsichtlich der beiden Geschlechter zeigten sich signifikant – positive Korrelationen mit den Skalen „Ekel“ und „Scham“. Dabei berichteten Frauen über mehr Ekel - und Schamempfinden im Vergleich zu den Männern. Da sich keine Varianzunterschiede in den Berührungsskalen fanden, scheint die erhöhte Anfälligkeit für Ekel und Scham nicht auf einer gesteigerten Notwendigkeit der Ich – Stabilisierung oder - Abgrenzung zu beruhen. Vielmehr könnte eine geschlechtsabhängig unterschiedliche Erziehung und Rollenprägung diesen Varianzunterschieden zugrunde liegen. Die Hypothesen 12 und 14 werden somit abgelehnt, Hypothese 13 angenommen.

Der Vergleich von Probanden mit und ohne bestehenden Partnerschaften erbrachte lediglich eine signifikant – positive Korrelation mit der Schamskala. Hier gaben die partnerlosen Probanden an, mehr Schamgefühl zu erleben. Das Vorhandensein eines Partners scheint eine Art Bestätigung, Schutz und Geborgenheit zu vermitteln. Ob eine bestehende Partnerschaft gewissermaßen Ich – stützende Funktionen ausübt und der Partnerlose deshalb mehr Scham als Schutzfaktor benötigt ist dennoch fragwürdig. Zumindest unterschiedliche Assoziationen mit den Berührungsskalen sollten sich in diesem Fall finden lassen.

Die unterschiedlichen Bildungsgrade korrelierten mit zwei HautZuf – Skalen signifikant. Während die Selbstberührungsskala einen positiven Zusammenhang mit der Schulbildung aufwies, korrelierte Ekel negativ. Hohe Bildung und damit vermehrtes Wissen um „ekeleuregende“ Dinge können demnach Ekelgefühle reduzieren. Zudem sollte aber diskutiert werden, dass der sog. „Kopfmensch“, der analytisch denkt und sich im Vergleich zum „Bauchmenschen“ weniger von Gefühlen leiten lässt, in den oberen Bildungsschichten anzusiedeln ist. Eher analytisches, „kühles“ Denken durch höhere Bildung hat also ebenfalls einen Einfluss auf Ekelempfinden. Gleichzeitig steigt mit der Schulbildung die Selbstberührung. Bei erneuter bildhafter Betrachtung eines analytischen Kopfmenschen tritt die Frage auf, ob dieser durch die Dominanz des Denkens über das Fühlen eine verstärkte Selbstberührung benötigt, um sich selbst zu spüren und seine Grenzen wahrzunehmen. Vermindertes Erleben bzw. „Erspüren“ von Ekel als Mittel der Grenzsetzung nach außen wird in diesem Fall von vermehrten eigenen Berührungen kompensiert. Die Hypothese 15 wird angenommen.

Da es sich bei der Erhebung um ein gesundes Kollektiv handelte, gaben nur 21 Probanden an, unter einer Hauterkrankung zu leiden. So gab es im Vergleich mit den hautgesunden Testpersonen keine signifikanten Unterschiede der HautZuf – Skalen. Zukünftige Erhebungen sollten auch hautkranke Kollektive umfassen, um hier weitere Vergleiche zu ermöglichen.

Die Korrelationsanalyse von TAS-26 und den HautZuf – Skalen zeigte einige interessante Zusammenhänge auf. Probanden, die laut TAS-26 Kriterien für eine Alexithymie erfüllten, berichteten signifikant von weniger Selbstberührung bei gleichzeitig vermehrtem Schamerleben. Außerdem ergaben sich Hinweise für ein verstärktes Ekelempfinden dieser Probanden. Das Alexithymiekonzept umfasst Störungen von Wahrnehmung, Identifikation und Ausdruck eigener Gefühle und Emotionen bei eher automatisch – mechanistischer Denkweise der Betroffenen. Die verminderte Fähigkeit der Selbstwahrnehmung scheint in diesem Fall zur Verringerung eigener Berührungen zu führen, vielleicht auch, weil der Betroffene die resultierenden Empfindungen nicht richtig einordnen und beurteilen kann. Um diesen Verlust der Grenzsetzung durch „körperliche Selbsterfahrung“ zu kompensieren, greift der Alexithyme zu den

Emotionen Scham und Ekel. So wird das Ich geschützt und die eigene Grenze zur Umwelt gezogen; die Stabilisierung des Selbst ermöglicht, den automatisch – mechanistischen Denkstil ohne analytische Anteile aufrechtzuerhalten. Auf der anderen Seite bedarf es aber eventuell gerade der Übersteigerung von Scham und Ekel, damit der Alexithyme beide Emotionen wahrnehmen und „richtig“ erleben kann.

Schließlich zeigte die HADS–D einige Assoziationen mit den HautZuf – Skalen. Testpersonen mit der Diagnose „Angst“ (die HADS–D erfragt v.a. Symptome von generalisierter Angst und Panikattacken) hatten signifikant erhöhte Werte in den Skalen „Scham“ und „Ekel“. Dies spricht erneut für eine schützende und stabilisierende Funktion beider Primäremotionen. Dennoch sollten Zusammenhänge von Angst, Scham und Ekel mit Skepsis betrachtet werden, da sie alle bei übersteigertem Auftreten einengend und isolierend wirken und Gefühle der Minderwertigkeit und des Ausgeliefertsein beinhalten können. Zudem ergibt sich die Frage, ob Angstpatienten allein wegen ihre Angststörung vermehrt Scham und Ekel empfinden, weil sie sich durch ihre Erkrankung minderwertig fühlen. In der vorliegenden Untersuchung ist diese Frage nicht zufriedenstellend zu beantworten, sodass weitere Erhebungen mit entsprechenden Kollektiven anzuregen sind.

Weiterhin erfüllten einige Probanden nach der HADS–D Kriterien für eine Depression. Sie gaben signifikant weniger elterliche und eigene Berührungen sowie gesteigerte Schamhaftigkeit an. Auch das Ekelerleben war vergleichsweise erhöht, erreichte aber keinen signifikanten Wert. Auch hier scheint es schwierig zwischen Ursache und Folge zu unterscheiden. Ob nun depressive Beschwerden mit Interessensverlust und sozialem Rückzug zu verminderten Berührungen führen oder verringerter Körperkontakt einen Verlust von Zuneigung, Schutz – und Sicherheitsgefühl und persönlicher Bestätigung bedeuten und damit depressive Störungen verursachen ist nicht zu klären. Trotzdem besteht dieser Zusammenhang von Depression und verminderten Berührungen, sodass Grenzsetzung und Selbstschutz durch Schamhaftigkeit und eventuell Ekelerleben erfolgen.

Der Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf) ist ein Testinstrument, das Umgang und Zufriedenheit mit der eigenen Haut

aus tiefenpsychologischer Sicht beschreibt. Dazu umfasst er 30 Items in fünf unabhängigen Skalen, die in keinem bisher bestehenden Test in dieser Form erfragt wurden. Unabhängig der Altersgruppe kann der HautZuf bei Hautkranken, anders Erkrankten und Hautgesunden angewandt werden. Die vorliegende Erhebung fand an einem gesunden Kollektiv statt, zukünftige Stichproben sollten auch klinische Gruppen wie Hautkranken oder Angstpatienten testen, um die Validität und Veränderungssensitivität der Skalen weiter zu überprüfen. Dabei sollten Zusammenhänge von Beziehungsaufnahme und –Gestaltung in der Ursprungsfamilie mit dem späteren Kontaktverhalten weiter untersucht und die Rolle der Haut als Verbindung von Psyche und Physis betrachtet werden. Durch einen Vergleich verschiedener Probandenkollektive sollten Ursprünge von Hautreaktionen, Umgang und Zufriedenheit mit der eigenen Haut erfassbar und bei Erkrankten entsprechend therapiert werden. Außerdem bleibt in einer Längsschnittstudie noch die Frage zu klären, ob eine hohe Veränderungssensitivität besteht, was eine Therapieevaluation ermöglichen würde.

## 6. Zusammenfassung

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die Haut als zentrales, lebenswichtiges Organ mit vielfältigsten Aufgaben. Ihre Funktionen wie Schutz vor äußeren schädlichen Faktoren, Begrenzung und Körperwahrnehmung, Kommunikation mit unserer Umwelt durch sensibelste Reizwahrnehmung, sowie die Verbindung von Körper und Seele werden einleitend dargestellt. Besondere Betonung sollen hierbei kommunikative und emotionale Aspekte erfahren.

Ziel der Arbeit war es, den nach einer ersten Erhebung (Forschungsgruppe AG Psychosomatische Dermatologie Gießen *Gieler/ Kupfer/ Grolle/ Brosig/ Niemeier* 2002) überarbeiteten Hautzufriedenheitsfragebogen (HautZuf) an einem gesunden Kollektiv zu erproben, das Fragebogendesign zu optimieren und somit die Entwicklung abzuschließen. Der HautZuf soll Zufriedenheit und Umgang mit der eigenen Haut aus tiefenpsychologischer Sichtweise erfassbar machen und bei Gesunden, Hautkranken und anders Erkrankten anwendbar sein. Die fünf Skalen „Familiäre Berührung“, „Selbst-Berührung“, „Partnerschaftliche Berührung“, „Ekel“ und „Scham“ beschreiben dabei neben den Emotionen Scham und Ekel verschiedene Berührungsformen, die Rolle der Haut im Selbstkonzept, in Sexualität und Nähe-Distanz-Regulation. Damit sollen Zusammenhänge zwischen Beziehungsaufnahme und –Gestaltung in der Ursprungsfamilie und die Auswirkungen auf späteres Kontaktverhalten beschrieben werden. Außerdem sollte über eine hohe Veränderungssensitivität eine Therapieevaluation ermöglicht werden.

Nach der Faktorenanalyse konnte der HautZuf auf 30 Items reduziert werden, die sich fünf Faktoren zuordnen ließen, mit denen Teilaspekte der Hautzufriedenheit charakterisiert werden und wie bereits o.g. als die Skalen Familiäre Berührung, Selbstberührung, Partnerschaftliche Berührung, Ekel und Scham bezeichnet wurden. Die durch den alpha – Koeffizienten nach Cronbach beurteilte interne Konsistenz lag für die Skalen zwischen 0,71 und 0,91 und damit über dem geforderten Minimum von 0,70 im zufriedenstellenden bis guten Bereich. Da die Interkorrelation der Skalen immer unter 0,30 war, kann von weitestgehend unabhängigen Dimensionen ausgegangen werden.

Die Standardisierung erfolgte über Korrelationsvergleiche mit den klinisch erprobten Testinstrumenten „Adult Attachment Scale“ (AAS), „Toronto- Alexithymie-Skala-26“ (TAS-26) und „Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version“ (HADS-D). Es zeigten sich signifikante Korrelationen der HautZuf-Skalen untereinander, zu den weiteren Messinstrumenten AAS, TAS-26 und HADS-D sowie zu Probandenalter, Geschlecht und Bildung. Dabei passten die Ergebnisse zum Grundkonzept der HautZuf-Autoren: der Spiegelung eines berührungsintensiven, zufriedenstellend erlebten Umgangs der Ursprungsfamilie im späteren individuellen Kontaktverhalten. Auch ein Teil der Nähe – Distanz – Regulation, durch die Fähigkeit, mit Berührungen Nähe zu schaffen und eigene Grenzen schamhaft zu erleben, konnte beschrieben werden. Außerdem wurden gemeinsame Funktionen der „Grenzwahrung, Selbststabilisierung und des Schutzes innerer Werte“ von Scham und Ekel verdeutlicht. Abschließend konnten einige Zusammenhänge zwischen Alexithymie, Angst oder Depression auf der einen Seite und Scham, Ekel, familiärer, partnerschaftlicher und eigener Berührungen auf der anderen Seite dargestellt werden, wobei noch einmal mögliche Interaktionsmuster physischer und psychisch-emotionaler Berührungen diskutiert wurden.

Mit dem HautZuf ist ein neuer Fragebogen entstanden, der Vergleiche von Hautkranken und Hautgesunden ermöglichen und erleichtern soll und die Rolle der Haut als Verbindung von Psyche und Physis beschreibt. In Zukunft sollten durch Vergleiche verschiedener Probandenkollektive Ursprünge von Hautreaktionen, Umgang und Zufriedenheit mit der eigenen Haut erfassbar und bei Erkrankten entsprechend therapiert werden. Außerdem bliebe in einer Längsschnittstudie noch die Frage zu klären, ob eine hohe Veränderungssensitivität besteht, was eine Therapieevaluation ermöglichen würde.

## **6.1 Conclusion**

The main focus of this work is on the skin as a central and essential vital organ with its manifold functions. Functions such as protection against external damaging factors, limitation, body perception, communication with our environment by most sensitive stimulus perception, as well as the connection of body and soul are described

preliminary. Here, the main emphasis is on communicative and emotional aspects.

The goal of this work was to try out a questionnaire about skin contentment (named "HautZuf"), which had been revised after a first investigation (researchers study group of psychosomatic dermatology in Giessen *Gieler/ Kupfer/ Grolle/ Brosig/ Niemeier* 2002), with a healthy collective, to optimize its design and thus to complete the development of the questionnaire.

With the "HautZuf" it should be possible to measure contentment and handling of ones own skin from the depth psychological point of view. It is applicable to healthy persons, people with skin diseases and other patients. Besides the emotions shame and disgust, the five scales "familial touches", "self-touching", "touches in partnership", "nausea" and "shame" describe different kinds of touches, the role of the skin in the self-concept, in sexuality and in regulation of proximity and distance. This way, the connections between getting into relationship and arrangement of relationship in the original family and the effects on future behavior in making contact will be described. In addition to that, an evaluation of therapy should be facilitated by a high modification sensitivity.

After the factorial analysis, "HautZuf" was reduced to 30 items, which were assigned to five factors that characterize partial aspects of skin contentment. These scales were named, as already mentioned above, "familial touches", "self-touching", "touches in partnership", "nausea" and "shame". The internal consistency, evaluated by the alpha-coefficient after Cronbach, ranged for the scales between 0,71 and 0,91 and are thus above the required minimum of 0,70 in a satisfactory to good scope. Since the intercorrelation of the scales was always under 0,30, in most points independent dimensions can be assumed. The standardisation was carried out by comparing correlations with the clinically approved testing instruments "Adult Attachment Scale (AAS)", "Toronto-Alexithymia-Scale-26 (TAS-26)" and "Hospital Anxiety and Depression Scale – German version" (HADS-D). This showed significant correlations of the "HautZuf"-scales among themselves, with the other measuring instruments AAS, TAS-26 and HADS-D as well as with the age of the test person, their gender and education. The results were in line with the basic concept of the authors of "HautZuf": the reflection of a touch-intense, satisfactory experienced intercourse, of the original family in

future individual behavior in making contact. It was also possible to describe a part of the regulation of proximity and distance by creating closeness by touching somebody and experience ones own boundaries with bashfulness. In addition to that, corporate functions in “protection of limitation, self-stabilization and the protection of inner values“ of shame and nausea had been pointed out. Concluding, we were able to show some connections between alexinic thymia, fear or depression on one side and shame, nausea, familial touches, touches in partnership and self-touching on the other side, whereas once again possible patterns in the interaction of physical and psychic-emotional contacts were discussed.

With the “HautZuf” a new questionnaire was created, which will facilitate and alleviate comparisons of persons with skin disease and persons without skin disease, and which describes the skin’s function as a connection between body and mind. In the nearest future, the origin of skin reactions, handling of and contentment with ones own skin should be recordable by comparing different collectives of test persons. Moreover, people with skin diseases can be treated correspondingly. Furthermore, a clinical trial also has to clarify the question, whether a high modification sensitivity exists, which would permit an evaluation of therapy.

## 7. Literaturverzeichnis

1. Abraham, K.: Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido. (1916); In: Gesammelte Schriften, Band 2, Fischer, Frankfurt a.M. 1982, S 3-32
2. Aeschlimann, Daniel: Nähe und Distanz zwischen Schülerinnen/ Schülern und Lehrkräften. [http://www.steinerschule-bern.ch/forum04\\_00.htm](http://www.steinerschule-bern.ch/forum04_00.htm), Forum Nähe Distanz, April 2000
3. Angyal, A.: Disgust and related aversions. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1941, 26, S. 393-412
4. Anzieu, D.: Auf dem Grund des Selbst: die Berührung. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 2003, 18 (1), S. 7-20
5. Anzieu, D.: *Das Haut-Ich*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1991
6. Beckmann, D., Brähler, E., Klein, M., Kupfer, J., Laubach, W., Schröder, Ch.: *Skriptum zur Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie*. Fachbereich Humanmedizin der Universität Gießen und Medizinische Fakultät der Universität Leipzig 1998
7. Bojanovsky, A., Schöninger, B., Kugler, H.G., Bojanovsky, J.: Persönlichkeitsstruktur und "Life events" bei Psoriatikern. *Aktuelle Dermatologie* 1981, 7, S. 17-19
8. Brehm, G.: *Haut- und Geschlechtskrankheiten*. Thieme, Stuttgart 1982, 4. Auflage, S. 1-6
9. Buske- Kirschbaum, A., Geiben, A., Wermke, C., Pirke, K.M., Hellhammer, D.: Preliminary Evidence for Herpes labialis Recurrence following Experimentally Induced Disgust. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2001, 70, S. 86-91
10. Collins, N.L., Read, S.J.: Adult Attachment, Working Models and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990, 58 (4), S. 644-663
11. Darwin, C.R.: *The expression of emotions in man and animal*. Reprint: University of Chicago Press, Chicago 1965
12. Detig- Kohler, C.: *Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr? Psychodynamische Prozesse zwischen Nähe und Distanz*. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1989

13. Dorsch, Johanna Maria: Ekel und Aversion. <http://www.NETDOKTOR.de>, 24.01.2003
14. Dorsch, Johanna Martina: Scham. <http://www.NETDOKTOR.de>, 16.01.2001
15. Duden: Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in acht Bänden. Dudenverlag, Mannheim 1993, 2. Auflage, Band 3
16. Enzensberger, C.H.: Größerer Versuch über den Schmutz. Ullstein, Frankfurt a.M. 1980
17. Fenichel, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre. 1974; Neuauflage: Ullstein, Frankfurt a.M. 1983
18. Ferenczi, S.: Introjektion und Übertragung. 1909; In: Gesammelte Schriften, Band 1, Fischer, Frankfurt a.M. 1982
19. Finlay, A.Y., Khan, G.K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical Experience Dermatology* 1994, 19 (3), S. 210-216
20. Freud, S.: Das Ich und das Es. Gesammelte Werke 1923, 13, S. 235-289
21. Freud, S.: Gesammelte Werke. Fischer Verlag, Frankfurt 1905
22. Frijda, N.H.: The emotions. Cambridge University Press, Cambridge 1986
23. Frisch, J.: Ekel vor dem Wort. *taz* 6969, 01.02.2003, S. 28
24. Gieler, U., Detig- Kohler, C.: Nähe und Distanz bei Hautkranken. *Psychotherapeut* 1994, 39, S. 259-263
25. Gieler, U., Niemeier, V., Brosig, B., Kupfer, J.: Psychosomatic Aspects of Prurigo. *Dermatology + Psychosomatics* 2002, 3, S. 6-13
26. Grimm, J., Grimm, W.: Deutsches Wörterbuch. dtv, München 1984
27. Haidt, J., McCauley, C.R., Rozin, P.: Individual differences in sensitivity to disgust: a scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences* 1994, 16, S. 701-713
28. Heller, A.: Theorie der Gefühle. VSA- Verlag, Hamburg 1980
29. <http://www.denhoff.de/distanz.htm>: Nähe und Distanz. Internetpublikation, Stand 07.04.2003

30. <http://www.hautstadt.de>: Infozentrum Haut- Thema Haut: Aufbau und Funktion der Haut. Internetpublikation, Stand: 07.04.2003
31. <http://www.physiologus.de>: Ekel. Internetpublikation, Stand: 07.04.2003
32. <http://www.physiologus.de>: Scham. Internetpublikation, Stand: 07.04.2003
33. Hughes, J.E., Barraclough, B.M., Hamblin, L.G., White, J.E.: Psychiatric symptoms in dermatology patients. *British Journal of Psychiatry* 1983, 143, S. 51-54
34. Izard, C.: Die Emotionen des Menschen: Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie. Beltz/ Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994
35. Izard, C.: Human emotions. Plenum Press, New York 1977
36. Jacobson, E.: Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1978
37. Jung, E. G., Moll, I.: Dermatologie. Thieme, Stuttgart 2003, 5. Auflage, S. 1-14
38. Kalbe, W.: Scham- Komponenten, Determinanten, Dimensionen. Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der Universität Hamburg, Hamburg 2002
39. Kant, I.: Beobachtungen über das Gefühl des Schönen und Erhabenen. Johann Jacob Kauter, Königsberg 1764; Neuauflage Felix Meiner Verlag, Hamburg 1991
40. Kelleter, R.: Haut und Primärbeziehung. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 1990, 5 (2), S. 122-144
41. Kirby, B., Richards, H.L., Woo, P., Hindle, E., Main, C.J., Griffiths, C.E.M.: Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2001, 45 (1), S. 72-76
42. Klein, M.: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Rowohlt, Reinbek 1972
43. Klöß- Rotmann, L.: Haut und Selbst. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 1992, 29, S. 29-62
44. Kluitmann, A.: Es lockt bis zum Erbrechen. Zur psychischen Bedeutung des Ekels. *Forum der Psychoanalyse* 1999, 15, S. 267-281

45. Koblenzer, C.: Die Bedeutung der Berührung in der Kindheit: Ihre wichtige Rolle bei der Entwicklung späterer Hauterkrankungen; Vortrag anlässlich der 2. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie 4./15.9.1991 Göttingen. Unveröffentlichtes Manuskript
46. Koblenzer, C.S.: Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. Archives of Dermatology 1983, 119 (6), S. 501-512
47. Kolnai, A.: Der Ekel. In: Husserl, E.: Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung, Band 10. Niemeyer, Tübingen 1974, S. 119-173
48. Krause, R.: Über das Verhältnis von Trieb und Affekt. Forum der Psychoanalyse 1993, 9, S. 187-197
49. Krause, R.: Zur Destruktivität der strukturellen Emotion Hybris und Scham. <http://www.emotions.psychologie.uni-sb.de/CER/utopien2.htm>, Vortrag an den Lübecker Psychotherapietagen, Magdeburg, Oktober 2002
50. Längle, A.: Emotionstheorie (aus Sicht der Existenzanalyse). In: Stumm, G., Pritz, A.: Wörterbuch der Psychotherapie. Springer-Verlag, Wien 2000, S. 158
51. Längle, A.: Glossar zu den Emotionsbegriffen. In: Längle, A.: Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. GLE-Verlag, Wien 1993, S. 161-173
52. Lazarus, R.S., Averill, J.R., Opton, E.M.: Ansatz zu einer kognitiven Gefühlstheorie. In: Birkbaumer, N.: Psychophysiologie der Angst. Urban & Schwarzenberg, München 1977, S. 182-207
53. LeDoux, J.E.: The Emotional Brain. Simon & Schuster, New York 1996
54. LeDoux, J.E.: Das Netz der Gefühle. Hanser-Verlag, München, Wien 1998
55. Leibig, B.: Aspekte der Scham in der Psychotherapie. Psychotherapeut 1998, 43, S. 26-31
56. Milch, W., Hartmann, H.P.: Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Psychotherapeut 1996, 41, S. 1-12
57. Montagu, A.: Touching the Human Significance of the Skin. Columbia University Press, New York 1971

58. Mück, Herbert: Was ist Scham? [http://www.dr-mueck.de/HM\\_Scham/HM\\_Scham-Allgemein.htm](http://www.dr-mueck.de/HM_Scham/HM_Scham-Allgemein.htm), Köln, Stand: 18.03.2003
59. Mück, Herbert: Wie entsteht Scham? [http://dr-mueck.de/HM\\_Scham/HM\\_Scham-Entstehung.htm](http://dr-mueck.de/HM_Scham/HM_Scham-Entstehung.htm), Köln, Stand: 18.03.2003
60. Mück, Herbert: Wie erkennt man Scham? [http://www.dr-mueck.de/HM\\_Scham/HM\\_Scham-Diagnostik.htm](http://www.dr-mueck.de/HM_Scham/HM_Scham-Diagnostik.htm), Stand: 18.03.2003
61. Niedenthal, Z.: Distanz und Nähe- Zum Rollenverhalten von Margarethe Milow. *Vokus- volkskundlich-kulturwissenschaftliche Schriften* 2002, Heft 1, Hamburger Gesellschaft für Volkskunde
62. Niemeier, V., Harth, W., Kupfer, J., Mayer, K., Linse, R., Schill, W.-B., Gieler, U.: Prävalenz psychosomatischer Charakteristika in der Dermatologie. *Hautarzt* 2002, 53, S. 471-477
63. Niemeier, V., Winckelsesser, T., Gieler, U.: Hautkrankheit und Sexualität. *Hautarzt* 1997, 48, S. 629-633
64. Parfy, E.: Emotionstheorie (aus Sicht der Verhaltenstheorie). In: Stumm, G., Pritz, A.: *Wörterbuch der Psychotherapie*. Springer- Verlag, Wien 2000, S. 158-159
65. Phillips, M.L., Senior, C., Fahy, T., David, A.S.: Disgust- the forgotten emotion of psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 1998, 172, S. 373-375
66. Phillips, M.L., Young, A.W., Senior, C., Brammer, M., Andrews, Calder, A.J., Bullmore, E.T., Perret, D.I., Rowland, D., Williams, S.C.R., Gray, J.A., David, A.S.: A specific neural substrate for perceiving facial expressions of disgust. *Nature* 1997, 389, S. 495-498
67. Picardi A, Abendi D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal Derm* 2000, 143, 983-991
68. Pines, D.: Skin kommunikation: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *International Journal of Psycho- Analysis* 1981, 61, S. 315-323

69. Plutchik, R.: Emotion: a general psychoevolutionary theory. In: Scherer, K., Ekman, P.: Approaches to emotion. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hilldale, N.J. 1984, S. 216
70. Power, M., Dalgleish: Cognition and Emotion. From order to disorder. Psychology Press Publishers, Hove 1997
71. Psychologie-Fachgebärdenlexikon: Scham. [http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/Projekte/Plex/Plex/lemmata/S\\_Lemma/Scham.htm](http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/Projekte/Plex/Plex/lemmata/S_Lemma/Scham.htm), Stand: 18.03.2003
72. Ramsay, B., O'Reagan, M.: A survey of the social and psychological effects of psoriasis. British Journal of Dermatology 1988, 118, S. 195-198
73. Resch, F.: Zur präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz. Psychotherapeut 1998, 43, S. 111-116
74. Rost, W.: Emotionen: Elixire des Lebens. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1990
75. Rozin, P., Fallon, A.: A perspective on disgust. Psychological Review 1987, 94, S. 23-41
76. Schachter, S., Singer, J.: Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. Psychological Review 1962, 69, S. 379-399
77. Schaller, C.M., Alberti, L., Pott, G., Ruzicka, T., Tress, W.: Psychosomatische Störungen in der Dermatologie – Häufigkeiten und psychosomatischer Mitbehandlungsbedarf. Hautarzt 1998, 49, S. 276-279
78. Schaller, C.M., Alberti, L., Ruzicka, T., Tress, W.: Der Bedarf an psychosomatischer Versorgung in der Dermatologie. Zeitschrift für Dermatologie 1995, 181, S. 146-148
79. Schaper, K.: Neuropsychologie der Emotionen: Veränderungen im Erkennen und im Empfinden der Emotion Ekel bei Chorea Huntington. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin einer Hohen Medizinischen Fakultät der Ruhr- Universität Bochum, Bochum 2001
80. Schenk- Danzinger, L.: Entwicklungspsychologie. Öbv & hpt, Wien 1999, 25. Auflage

81. Schienle, A., Walter, B., Stark, R., Vaitl, D.: Ein Fragebogen zur Erfassung der Ekelempfindlichkeit (FEE). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002, 31 (2), S. 110-120
82. Schmid-Ott, G., Jäger, B., Künsebeck, H.W., Ott, R., Wedderer, K., Lamprecht, F.: Entwicklung des "Fragebogens zum Erleben von Hautbeschwerden" (FEH): Faktorenanalyse und Untersuchung von Prädiktoren für das Krankheitserleben von Psoriasis-Patienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 1998, 46, S. 330-343
83. Schmid-Ott, G., Malewski, P., Künsebeck, H.W., Ott, R., Lamprecht, F., Jäger, B.: Illness-related stress in psoriasis vulgaris. Validation of the "Psoriasis Daily Stress Inventory". Hautarzt 2000, 51 (7), S. 496-501
84. Schmidt, S., Brähler, E., Strauss, B., Höger, D.: Die Adult Attachment Scale (AAS) - Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2004; 54 (9/10), S.375-382
85. Schneider, G., Gieler, U.: Die Haut als Spiegel der Seele; Psychosomatische Dermatologie – aktueller Forschungsstand. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2001, 4, S. 307-331
86. Schneiderbauer, E.: Scham. In: Stumm, G., Pritz, A.: Wörterbuch der Psychotherapie. Springer- Verlag, Wien 2000, S. 607
87. Schultz, J.H.: Zur medizinischen Psychologie des Ekels Normaler. Psychologische Rundschau 1950, 1, S. 195-203
88. Seidler, G.: Scham und Schuld – Zum alteritätstheoretischen Verständnis selbstreflexiver Affekte. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1997, 43 (2), S. 119-137
89. Sprengelmeyer, R., Young, A.W., Calder, A.J., Karnat, A., Lange, H.W., Hömberg, V., Perret, D.I., Rowland, D.: Loss of disgust; Perception of faces and emotions in Huntington's disease. Brain 1996, 119, S. 1647-1665
90. Stangier, U., Ehlers, A., Gieler, U.: Fragebogen zur Bewältigung von Hautkrankheiten (FBH),

- Handanweisungn. Hofgrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1996
91. Stern, D.: The early development of schemas of self, other and „self with other“. In: Lichtenberg, J., Kaplan, S.: Reflections on self psychology. Analytic Press, Hillsdale NJ 1983, S. 49-84
  92. Tayler, J.L.: The stages of human life. Tavistock, London 1921
  93. Teichmann, A.T., Bosse, K.: Die Kommunikation Hautkranker. In: Feiereis, H., Saller, R.: Erweiterte Schulmedizin Band 2- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hans Marseille Verlag GmbH, München 1995, S. 659-664
  94. Testzentrale Göttingen und Bern: Testkatalog 2002/03. Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen 2002
  95. Thoman, C., Schulz von Thun, F.: Die vier Grundstrebungen: Nähe- Distanz, Dauer- Wechsel. Internetpublikation, Stand: 07.04.2003
  96. Tomkins, S.: Affect, imagery, consciousness. Springer, New York 1962
  97. Tomkins, S.: Shame. In: Nathanson, D.L.: The many faces of shame. Guilford Press, New York 1987
  98. Wenninger, K., Ehlers, A., Gieler, U.: Kommunikation von Neurodermitis- Patienten mit ihren Bezugspersonen: eine empirische Analyse. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1991, 20, S. 251-264
  99. Wessely, S.C., Lewis, G.H.: The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. British Journal of Psychiatry 1989, 155, S. 686-691
  100. Whitlock, F.A.: Psychophysiologische Phänomene der Haut. In: Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten. perimed Verlag Dr. med. D. Straube, Erlangen 1980, S. 47-66
  101. Whitlock, F.A.: Seelische Erkrankungen und Hautkrankheiten. In: Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten. perimed Verlag Dr. med. D. Straube, Erlangen 1980, S. 219-226
  102. Winnicott, D.W.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. (1951) In: Von der Kinderheilkunde

- zur Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt a.M. 1983, S. 300-319
103. Wolf, E.S.: Treating the self. Elements of clinical self psychology. Guilford Press, New York 1988
104. Woodruff, P.W.R., Higgins, E.M., du Vivier, A.W.P., Wessely, S.: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatric clinic. *General Hospital Psychiatry* 1997, 19, S. 29-35
105. Wurmser, L.: Die Maske der Scham. Springer- Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1993, 2. Auflage

## **8. Anhang**

„Ich erkläre:

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

## 8.1 Testversion des HautZuf mit Probandenanschreiben

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

Vor Ihnen liegen vier verschiedene Fragebögen. Der „HauZuf-Fragebogen“, der Ihre Hautzufriedenheit feststellen soll, ist neu und soll im Rahmen meiner medizinischen Doktorarbeit an der Justus-Liebig-Universität Giessen getestet werden. Dazu wird er mit den anderen drei Fragebögen verglichen, weshalb es sehr wichtig ist, dass Sie alle vier Fragebögen vollständig bearbeiten.

In den Fragebögen finden Sie verschiedene Aussagen, zu denen Sie Stellung beziehen sollen. Je nachdem, wie sehr die Aussage auf Sie zutrifft, kreuzen Sie eine der abgestuften Antwortmöglichkeiten an. Diese reichen von „trifft vollkommen zu“ bis „trifft gar nicht zu“. Sie sollten sich nicht zu lange mit einzelnen Aussagen beschäftigen, der erste Gedanke ist meist der beste!

Wenn Ihnen manche Aussagen seltsam vorkommen, dann wählen Sie die Antwort, die am meisten zutrifft. Sie können mit Ihren Antworten nichts falsch machen!

Die Bearbeitungsdauer wird bei 25-30 Minuten liegen.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, die Ergebnisse werden in meiner Doktorarbeit dargestellt.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen

Friedrich Jungblut

**HautZuf-Fragebogen<sup>1</sup>**

(Fragebogen zur Hautzufriedenheit)

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht: weiblich  männlich Familienstand: ledig  / verheiratet  / nicht-eheliche Lebensgemeinschaft   
geschieden  / verwitwet Ich habe zur Zeit einen Partner/Partnerin ja  / nein Schulabschluß: ohne  / Hauptschule  / Realschule  / Abitur 

Beruf: \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen: ja  / nein 

Wenn ja:

welche? \_\_\_\_\_

seit wann? \_\_\_\_\_

Besteht ärztliche Behandlung? ja  / nein 

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

Entscheiden Sie sich möglichst ohne lange zu überlegen für eine Antwortmöglichkeit und füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig aus; Sie können beim Ausfüllen nichts falsch machen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

<sup>1</sup> Gieler/Kupfer/Grolle/Brosig/Niemeier 8/2002 – AG Psychosomatische Dermatologie Gießen

		trifft voll-					trifft gar				
		kommen zu					nicht zu				
		<input type="checkbox"/>									
1.	Ich berühre mich gerne selbst	<input type="checkbox"/>									
2.	In meiner Familie sind Umarmungen üblich	<input type="checkbox"/>									
3.	Körperliches wie Schweißgeruch stößt mich oft ab	<input type="checkbox"/>									
4.	Ich streichle gerne mein/e Partner/in	<input type="checkbox"/>									
5.	Beim Betrachten schmutziger Dinge bekomme ich Gänsehaut	<input type="checkbox"/>									
6.	Ich schaue mich gerne im Spiegel an	<input type="checkbox"/>									
7.	Mich selbst zärtlich zu berühren tut mir gut	<input type="checkbox"/>									
8.	Im Arm meiner Eltern habe ich als Kind schnell Trost gefunden	<input type="checkbox"/>									
9.	Die Selbstberührung beim Waschen oder Eincremen empfinde ich als sehr angenehm	<input type="checkbox"/>									
11.	Es gibt öfter Menschen, die ich sehr ungepflegt und abstoßend finde	<input type="checkbox"/>									
12.	Mich selbst zu berühren beruhigt mich	<input type="checkbox"/>									
13.	Ich betrachte gerne meinen Körper	<input type="checkbox"/>									
14.	Mich selbst zu streicheln, finde ich sehr angenehm	<input type="checkbox"/>									
15.	Meine Eltern haben oft mit mir geschmust	<input type="checkbox"/>									
16.	Ich mochte es nie, von meinen Eltern angefaßt zu werden	<input type="checkbox"/>									
17.	Für meine Eltern war Körperkontakt mit mir immer selbstverständlich	<input type="checkbox"/>									
18.	Eine zärtliche Berührung wirkt bei mir lange nach	<input type="checkbox"/>									
19.	Meine Eltern haben mich oft in den Arm genommen	<input type="checkbox"/>									
20.	Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm	<input type="checkbox"/>									
21.	Es ist mir unangenehm, öffentliche Toiletten zu benutzen	<input type="checkbox"/>									
22.	Ein schmutziges Hotelzimmer reklamiere ich sofort	<input type="checkbox"/>									

		trifft voll- kommen zu			trifft gar nicht zu	
23.	In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Es kommt vor, dass ich am liebsten „nicht in meiner Haut stecken“ möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Meine ganze Haut ist ein sexuelles Organ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	In Krisenzeiten fühle ich mich hässlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Mit meinen Eltern habe ich als Kind viel gerangelte und herumgetobt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Meine Eltern waren körperlich eher zurückhaltend und haben mich nur selten berührt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Mich beim Arzt auszuziehen ist mir unangenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Es ist mir unangenehm, wenn andere (z.B. mein/e Partner/in) mich nackt sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meine/n Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Nähe und Geborgenheit sind für mich sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Bei einer zärtlichen Berührung durch meine/n Partner/in spüre ich häufig ein angenehmes Kribbeln in meiner Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8.2 Endversion des Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf-30)

### HautZuf<sup>1</sup>

(Fragebogen zur Hautzufriedenheit)

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

#### Fragen zu Ihrer Person:

**Alter:** \_\_\_\_ Jahre

**Geschlecht:** weiblich  männlich

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

**Schulabschluss:** ohne  Hauptschule   
Realschule  Abitur   
Beruf: \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> © Kupfer/Niemeier/Brosig/Grolle/Gieler 2003 - AG  
Psychosomatische Dermatologie Gießen

**Hauterkrankungen:**

Ja

Nein

wenn ja:

welche? \_\_\_\_\_

seit wann? \_\_\_\_\_

Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche  
Behandlung?

Ja

Nein

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

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

- |   | trifft gar<br>nicht zu   | trifft voll-<br>kommen zu |
|---|--------------------------|---------------------------|
| 29. Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 30. Bei einer zärtlichen Berührung durch meine/n Partner/in spüre ich häufig ein angenehmes Kribbeln in meiner Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

### Auswertungsschema für den HautZuf –Fragebogen:<sup>2</sup>

Trifft gar nicht zu = 0

trifft vollkommen zu = 4

#### Skala 1: **Selbst-Berührung**

Zugehörige Items: 1, 4, 5, 8, 9, 10 (I1+!4+!5+!8+!9+!10)

#### Skala 2: **Berührung durch Eltern**

Zugehörige Items: 6, 11, 12, 14, 25, 26 (invertiert)  
(!6+!11+!12+!14+!25-!26 +4)

#### Skala 3: **Berührung durch Partner/in**

Zugehörige Items: 13, 20, 21, 22, 29, 30  
(I13+I20+I21+I22+I29+I30)

#### Skala 4: **Ekel**

Zugehörige Items: 2, 3, 7, 15, 16, 17  
(I2+I3+I7+I15+I16+I17)

#### Skala 5: **Scham**

Zugehörige Items: 18, 19, 23, 24, 27, 28  
(I18+I19+I23+I24+I27+I28)

---

<sup>2</sup> © Kupfer/Niemeier/Brosig/Grolle/Gieler 2003 - AG  
Psychosomatische Dermatologie Gießen

### **Danksagung**

Dank gebührt allen, die diese Arbeit durch Teilnahme an der Befragung ermöglichten.

Außerdem danke ich meiner Liebe Babsi für alle Unterstützung, Rat und Tat, und dafür, dass Du für mich da bist.

Schließlich sei diese Arbeit all jenen gewidmet, die Leid in Zusammenhang mit ihrer Haut erfahren. Ich wünsche mir, dass der HautZuf einen kleinen Beitrag zum besseren Verständnis dieser Menschen darstellt.

**Lebenslauf**

Name	JUNGBLUT
Vorname	Friedrich Martin
Geburtsdatum	19.02.1978
Geburtsort	Marburg
Konfession	evangelisch
Eltern	Dr. Gerd W. Jungblut Sabine Günther-Jungblut, geb. Günther
Familienstand	ledig
Schulbesuch	1984 – 1988 Besuch der Dieffenbachschule (Grundschule) in Schlitz/ Hessen 1988 – 1994 Besuch der Gesamtschule Schlitzerland in Schlitz/ Hessen 1994 – 1997 Besuch der Alexander-von-Humboldt- Schule (Gymnasium) in Lauterbach/ Hessen Abitur am 16.06.1997
Wehrdienst	Zeitsoldat (Sanitätsoffizier) seit dem 06.01.1998
Universität	1997 – 2004 Studium der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen  Ärztliche Vorprüfung am 31.08.2000 1. Staatsexamen am 28.08.2001 2. Staatsexamen am 10.09.2003  Praktisches Jahr vom 27.10.2003 – 26.09.2004 an der Justus-Liebig-Universität in Gießen: 1. Tertial: Psychosomatik (27.10.2003 – 15.02.2004)

2. Tertial: Innere Medizin  
(16.02.2004 – 06.06.2004)

3. Tertial: Chirurgie  
(07.06.2004 – 26.09.2004)

3. Staatsexamen am 11.10.2004

Famulaturen

Allgemeinmedizin (Praxisfamulatur) im  
Sandortsanitätszentrum Fritzlar  
(05.03. – 04.04.2001)

Innere Medizin im Bundeswehrkranken-  
haus (BwK) Hamm (25.02. – 27.03.2002)

Psychiatrie im BwK Hamburg  
(12.08. – 11.09.2002)

Psychiatrie im Eichhof-Krankenhaus  
Lauterbach (13.09. – 13.10.2002)

Neurologie im BwK Hamburg  
(03.03. – 16.03.2003)

Dermatologie im BwK Hamburg  
(17.03. – 02.04.2003)

Beruf

Seit dem 25.10.2004 Stationsarzt der  
Abteilung Neurologie/ Psychiatrie im  
Bundeswehrkrankenhaus Ulm;  
Mitglied der Ärztekammer Baden-  
Württemberg

Ulm, den 07.04.2005