

Angststörung und Somatoforme Störung
Untersuchung zum Hauterleben
und
dessen Bedeutung für das Erleben und die Gestaltung von Nähe und Kontakt
Unterschiede in der Bindung, Alexithymie, Angst und Depression

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

vorgelegt von Klaus Schubert
aus Wuppertal

Gießen 2005

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer
des Universitätsklinikums Gießen

Gutachter: Prof. Dr. med. U. Gieler

Gutachter: PD Dr. P. Kirsch

Tag der Disputation: 2. 5. 2006

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung.....	1
2.	Erläuterung der Diagnosenstellung.....	2
3.	Die Haut und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Persön- lichkeit.....	3
3.1.	Anatomische Aspekte.....	3
3.2.	Tiefenpsychologische und psychodynamische Aspekte.....	4
3.3.	Psychosomatische Aspekte.....	7
4.	Beschreibung der Krankheitsbilder.....	10
4.1.	Angststörungen.....	10
4.1.1.	Terminologie.....	10
4.1.2.	Epidemiologische Daten.....	11
4.1.3.	Biologische und genetische Faktoren.....	13
4.1.4.	Psychodynamische Modellvorstellungen.....	14
4.2.	Somatoforme Störungen.....	16
4.2.1.	Terminologie.....	16
4.2.2.	Epidemiologische Daten	17
4.2.3.	Biologische und genetische Faktoren.....	18
4.2.4.	Psychodynamische Modellvorstellungen und das Alexithymiekonzept.....	19
5.	Persönlichkeitsaspekte bei Angststörungen und Somatoformen Störungen.....	21
5.1.	Charakteristische Aspekte bei Angststörungen.....	22
5.2.	Charakteristische Aspekte bei Somatoformen Störungen.....	24
6.	Entwicklung der Fragestellung.....	25
6.1.	Unterschiedliche Aspekte im Hauterleben bei Angststörungen und Somatoformen Störungen.....	25
6.2.	Ableitung der Fragestellung.....	27
7.	Formulierung der Hypothesen.....	29
8.	Patientenkollektiv und Methodik.....	30
8.1.	Stichprobe.....	30
8.2.	Messinstrumente.....	31
8.2.1.	Gießen-Test (GT-S)	31

8.2.2.	Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf).....	31
8.2.3.	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D).....	32
8.2.4.	Toronto-Alexithymie-Skala – 26 (TAS-26).....	34
8.2.5.	Adult Attachment Scale (AAS).....	35
8.2.6.	Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-K-9).....	37
8.3.	Statistik.....	38
9.	Ergebnisse.....	39
9.1.	Beschreibung der soziodemographischen Merkmale.....	39
9.2.	Hauterkrankungen in der untersuchten Stichprobe.....	41
9.3.	Kennzeichnungen der untersuchten Störungsgruppen – Angststö- rungen vs. Somatoforme Störungen.....	43
9.3.1.	Merkmale ohne Auffälligkeiten.....	43
9.3.2.	Auffälligkeiten im Vergleich der beiden Störungsgruppen.....	43
9.4.	Kennzeichnungen der Geschlechterverteilung.....	44
9.4.1.	Merkmale ohne Auffälligkeiten.....	44
9.4.2.	Auffälligkeiten zwischen Frauen und Männern.....	45
9.5.	Kennzeichnungen bei bestehender vs. nicht bestehender Partnerschaft.....	45
9.5.1.	Merkmale ohne Auffälligkeiten.....	45
9.5.2.	Merkmale mit Auffälligkeiten.....	46
9.6.	Patienten mit klinisch relevanter Angst oder Depressivität.....	46
9.6.1.	Merkmalsauffälligkeiten in beiden Störungsgruppen bei klinisch relevanter Angst.....	47
9.6.1.1.	Belastung durch die Symptomatik.....	47
9.6.1.2.	Patienten mit klinisch relevanter Angst und ihre Selbstbeurteilung der Nähe im sozialen Kontext.....	49
9.6.1.3.	Unterschiede im Gefühlserleben.....	50
9.6.1.4.	Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen.....	51
9.6.2.	Merkmalsauffälligkeiten in beiden Störungsgruppen bei klinisch relevanter Depression.....	51
9.6.2.1.	Belastung durch die Symptomatik.....	51
9.6.2.2.	Patienten mit klinisch relevanter Depression und ihre Selbstbeurteilung der Nähe im sozialen Kontext.....	53

9.6.2.3. Unterschiede im Gefühlserleben.....	54
9.6.2.4. Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen.....	55
9.7. Patienten mit einer klinisch relevanten Alexithymie.....	56
9.7.1. Belastung durch die Symptomatik.....	57
9.7.2. Selbstbeurteilung der Nähe im sozialen Kontext.....	59
9.7.3. Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen.....	60
9.8. Korrelationen zwischen den Skalen im HautZuf und den Skalen /	
Items anderer Tests.....	61
9.8.1. Angststörungen.....	61
9.8.1.1. Skala Selbstberührung.....	61
9.8.1.2. Skala Elternberührung.....	61
9.8.1.3. Skala Ekel.....	62
9.8.1.4. Skala Scham.....	62
9.8.2. Somatoforme Störungen.....	63
9.8.2.1 Skala Selbstberührung.....	63
9.8.2.2. Skala Elternberührung.....	64
9.8.2.3. Skala Partnerberührung.....	64
9.8.2.4. Skala Scham.....	65
9.9. Zusammenhänge bei Patienten mit einer Hauterkrankung.....	66
9.9.1. Auffälligkeiten im Gießen-Test.....	66
9.9.2. Auffälligkeiten im Fragebogen zur Hautzufriedenheit.....	67
9.9.3. Auffälligkeiten bei der Hospital Anxiety and Depression Scale.....	67
9.9.4. Auffälligkeiten bei der Toronto-Alexithymie-Skala.....	67
9.9.5. Auffälligkeiten bei der Adult Attachment Scale.....	68
9.9.6. Auffälligkeiten bei der Symptom-Checkliste.....	68
10. Diskussion.....	75
10.1. Symptombelastung und Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen.....	77
10.2. Angstpatienten sind nicht introspektiver als Patienten mit einer Somatoformen Störung.....	78

10.3.	Angstpatienten und Patienten mit einer Somatoformen Störung unterscheiden sich testpsychologisch nicht bezüglich klinisch relevanter Angst oder Depression.....	79
10.4	Angstpatienten und Patienten mit einer Somatoformen Störung unterscheiden sich testpsychologisch nicht in ihrem Bindungsverhalten.....	80
10.5	Hauterkrankung differenziert das Bindungsverhalten der Angstpatienten und der Patienten mit einer Somatoformen Störung.....	82
10.6.	Zusammenhänge zwischen den Skalen der Berührung (HautZuf) und den Skalen/Items anderer Tests.....	84
10.6.1.	Zusammenhänge bei den Angststörungen.....	85
10.6.2.	Zusammenhänge bei den Somatoformen Störungen.....	87
11.	Zusammenfassung.....	89
12.	Literaturverzeichnis.....	92
13.	Anhang.....	110
13.1.	Persönliche Vorbemerkung an die Patienten zur Testdurchführung	110
13.2.	Fragebogen zur Erhebung sozio-demographischer Daten.....	111
13.3.	Gießen-Test.....	114
13.4.	Fragebogen zur Hautzufriedenheit.....	117
13.5.	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D).....	120
13.6.	Toronto-Alexithymie-Skala – 26 (TAS-26).....	121
13.7.	Adult Attachment Scale (AAS).....	123
13.8.	Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-K-9).....	125
14.	Persönliche Daten und tabellarischer Lebenslauf.....	126
15.	Danksagung.....	128

1. Einleitung

Die Haut des Menschen gewährt Schutz und Abgrenzung gegenüber der Umwelt. Sie ist das Verbindungsorgan zwischen dem einzelnen Individuum und seiner Umgebung und sie vermittelt zwischen dem Menschen und seinem Selbst (ANZIEU 1974). Die Haut erfüllt ihre Aufgaben und Funktionen mittels ihrer hohen Sensibilität für Reizaufnahme und Reizweiterleitung. Sie kann unter diesem Blickwinkel betrachtet als inter- und intrapersonelles Kommunikationsorgan verstanden werden. Eine intakte Haut ist aus psychologisch-psychodynamischer Sicht wesentlich für die Ich-Entwicklung, wie es sich im Rahmen der Forschung und Behandlung von Hautkranken zeigt (GIELER 2004). Die nicht intakte Haut des Neurodermitikers hat entwicklungspsychologisch einen zentralen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung des heranwachsenden Kindes, je nach Zeitpunkt der Erstmanifestation. Aufgrund der entzündlichen Hautreaktionen kann der Säugling oder das Kind die Affektregulation und die Introjektion der äußeren (umgebende Welt) Objekte nicht in normaler Weise vollziehen, was letztlich die Ausbildung eines stabilen Selbst verhindert (GIELER et al 2003).

Die Haut entsteht aus den äußersten embryonalen Zellschichten, dem Ektoderm, aus dem sich wiederum alle Organe, die die Verbindung mit den außerorganischen Vorgängen herstellen - Augen, Geruch, Geschmack, Hören, Tastsinn - bilden. Das Nervensystem, mit seiner wesentlichen Aufgabe, den Organismus über äußere Geschehnisse zu informieren, ist die wichtigste ebenfalls aus dem Ektoderm gebildete Schicht (MONTAGU 1971). Wachstum und Entwicklung der Haut gehen ein Leben lang weiter und ihre Empfindungsfähigkeit hängt wesentlich davon ab, welche Art von Umgebungseinflüssen auf sie wirken. Es ist ein allgemeines Gesetz der embryonalen Entwicklung, dass eine Funktion umso wichtiger ist, je früher sie auftritt. Die Sensitivität der Haut entwickelt sich offensichtlich schon während des vorgeburtlichen Stadiums und dies offensichtlich früher und differenzierter als jede andere Funktion (MONTAGU 1971). Dies unterstreicht die frühe Bedeutung der Haut für die menschliche Entwicklung. Andere Autoren kommen zu vergleichbaren Aussagen, so in der Annahme, dass der Einverleibung des Objektes über den Mund wahrscheinlich die der Einverleibung über die Haut vorausgeht (BIVEN 1982). Die Haut ist unter tiefenpsychologischer Sicht ein besonders wichtiges Organ. Sie liefert dem psychischen Apparat durch ihre Schutzfunktion diejenigen Vorstellungen, die zur Entstehung des Ichs und seiner Funktionen führen (ANZIEU 1985). Mit der jetzigen Untersu-

chung sollen das Hauterleben und der Umgang mit der Haut bei Patienten mit Angsterkrankungen sowie bei Patienten mit somatoformen Störungen untersucht werden.. Die tiefenpsychologische Fundierung der Untersuchung soll der Vorstellung Rechnung tragen, dass die Haut als zentrales Bindeglied Grenzmembran und Vermittlerin zwischen Umwelt und Innerem ist, sie einerseits mit hoher Sensibilität Signale von außen empfängt, filtert oder weitergibt, sie andererseits innere seelische Abläufe als "Spiegel der Seele" nach außen sichtbar werden lässt. Der alltägliche Sprachgebrauch macht die enge Verbindung zwischen unserer Befindlichkeit und der Haut als Kommunikationsorgan deutlich. In Formulierungen wie "spüren, empfinden, fühlen, sich berühren lassen" wird ein Bezug zu unserem inneren Erleben deutlich, metaphorische Redewendungen wie "aus der Haut fahren", "nicht in der Haut des anderen stecken wollen", "es ist mir nicht wohl in meiner Haut", "das geht mir unter die Haut" beziehen sich über den Hautbegriff hinaus auf unser Innerstes, auf unser Selbst. Die Haut vermittelt als Kommunikations- und Austauschorgan, ohne dass eine verbale Stellungnahme erfolgt, unterschiedlichste Affekte über "ihre" Reaktionen wie Erblassen, Erröten, eine Gänsehaut bekommen, Erstarren oder auch Vermitteln von Wärme oder Kälte. Ihre besondere Bedeutung hat die Haut als „übrig gebliebene“ Umhüllung (ANZIEU 1985) nach Verlassen des schützend-warmen Mutterleibes. Dieses Einssein in der Umhüllung wird im Bestreben nach Umarmung zunächst zwischen Mutter und Kind, im Laufe der weiteren Entwicklung zwischen anderen Bezugs-/Lebenspersonen und in gewisser Weise im Liebesleben des erwachsenen Menschen immer wieder gesucht.

Die vorliegende Studie soll diesen Aspekt der Hautzufriedenheit oder ihren Mangel oder ihr Fehlen bei Patienten mit Angststörungen und somatoformen Störungen erfassen.

2. Erläuterung der Diagnosenstellung

Bis in die 80er Jahre gab es eine große Unzufriedenheit im Hinblick auf eine vergleichbare klinische Diagnostik in der Psychiatrie. So gab es vor allen Dingen eine Kritik an den ätiologischen Implikationen der diagnostischen Begriffe. Die Einführung operativer Diagnosesysteme geht im Wesentlichen auf die Ergebnisse des STENGEL-Reports aus dem Jahre 1959 zurück, in dem die Aufgabe ätiologiegebundener diagnostischer Begriffe empfohlen wurde. Bezogen auf die psychiatrische Diagnostik bedeutet dies explizite Vorgabe von diagnostischen Kriterien in Form von Ein- und Ausschlusskriterien, d.h. eine Verbindung von Symptom, Zeit- und/oder Verlaufskriterien sowie diagnostische Ent-

scheidungs- und Verknüpfungsregeln für diese Kriterien. Das aktuelle Klassifikationssystem ICD-10 ist durch drei wesentliche Kennzeichen charakterisiert (DILLING et al. 1994, WITTCHEN 1994): operationale Diagnostik, Komorbiditätsprinzip sowie multi-axiale Diagnostik. Die Patienten der vorgelegten Untersuchung wurden nach den Kriterien der ICD-10 diagnostiziert. Hier sind in einem offenen alphanumerischen System die psychischen Störungen unter dem Buchstaben F gekennzeichnet. Aufgenommen in die Stichprobe wurden die Diagnosen F41.0 (Panikstörung), F41.1 (generalisierte Angststörung) F41.2. (Angst und depressive Störung gemischt) sowie F45.0 (Somatisierungsstörung) und F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung).

Um die Patienten in die Untersuchung aufzunehmen (zum Ablauf des diagnostischen Prozedere siehe Patientenkollektiv und Methodik) musste eine primäre Angststörung vorliegen, d.h. das Angstsyndrom durfte nicht auf eine körperliche oder eine andere psychiatrische Krankheit zurückzuführen sein. Die Differentialdiagnose innerhalb der Angststörungen ergab sich durch die Phänomenologie und die Verlaufsmerkmale der Ängste wie dies in den Kriterien des ICD-10 festgelegt ist. Bei den somatoformen Störungen durften keine feststellbaren körperlichen Symptome eruiert werden können, die Symptomatik durfte auch nicht durch die Auswirkung von psychotropen Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol) erklärbar sein.

3. Die Haut und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Persönlichkeit

3.1. Anatomische Aspekte

Bei der Geburt muss die Haut, nach Verlassen des Uterus, viele neue Anpassungen an die neue Umgebung vollziehen. Sie ist das bei weitem größte organische System des Körpers, erstreckt sich beim Neugeborenen über 2500 und beim durchschnittlichen Erwachsenen über 18000 Quadratzentimeter (FRICK et al. 1980). Die Haut erfüllt aus anatomischer Sicht eine Schutzfunktion, reguliert Temperatur- und den Wasserhaushalt, sie nimmt in spezifischer Weise an immunbiologischen Abwehrvorgängen teil und eine große Anzahl von Rezeptoren, Hautsinnesorganen macht sie insgesamt zu einem Sinnesorgan, über das thermische, mechanische Reize sowie Schmerzreize wahrgenommen werden können. Durch „ihre“ Reaktionen wie Erröten, Haarsträuben, Erblassen, vermittelt über das vegetative Nervensystem, wird die Haut zugleich zu einem mitmenschlichen Kommunikationsorgan. Als Verbundsystem mehrerer Sinnesorgane – Berührung, Druck, Schmerz, Wärme – hat die Haut enge Beziehung zu anderen, äußere Reize aufneh-

menden Organen – Auge, Ohr, Nase, Zunge – ebenso zum Gleichgewichtsorgan und zur kinästhetischen Sensibilität (ANZIEU 1991). Die Haut ist (fast) ständig bereit, Reize aufzunehmen. Die Haut atmet ein und aus, hält den Muskeltonus aufrecht, dient dem Zusammenhalt des Körpers um das Skelett herum. Sie regt die Atmung an, übernimmt Stoffwechselfunktionen. Die Haut bewahrt unsere Unversehrtheit bei äußeren Angriffen durch die oberflächliche Hornschicht, Glanzschicht und ihr Fettpolster. Im Gegensatz zu anderen Sinnesorganen ist sie lebensnotwendig, und ihre Sinnesfunktion kann nicht kompensiert werden. Man kann ohne Geschmackssinn ohne Geruchsempfindung, blind oder taub leben (ANZIEU 1991), aber wenn ein größerer Teil der Haut nicht mehr intakt ist stirbt man: bereits ein Verlust der Haut (z.B. durch Verbrennung) von etwa 9% der Körperoberfläche bei einem Erwachsenen (etwa die Größe eines Armes) führt durch Salz- und Wasserverlust zu einem lebensbedrohlichen Zustand (FRICK et al. 1980). Die Haut vermittelt über ihr Aussehen – Falten, Runzeln, Fettpolster, Pigmentierung, Behaarung, Narben, Pickel, „Schönheitsflecken“, durch ihren Geruch, ihre Zartheit oder ihre Rauigkeit – Charakteristika der betreffenden Person.

3.2. Tiefenpsychologische und psychodynamische Aspekte

Jede psychische Funktion entwickelt sich auf der Basis einer körperlichen, deren Funktionsweise auf die psychische Ebene übertragen wird (FREUD 1923). In seinem Aufsatz über das Ich und das Es führt der Begründer der Psychoanalyse aus, dass nicht nur die Abwehrmechanismen und die Charakterzüge auf körperliche Aktivitäten zurückgehen. Auch die psychischen Triebe, die das Es bilden, gehen aus biologischen Instinkten hervor, diejenige Instanz, die er das Über-Ich nennt, hat akustische Wurzeln und das Ich entstehe zunächst aus der Erfahrung von Berührungen.

Tiefenpsychologie umfasst alle psychologischen Modelle, die eine Wirksamkeit von Prozessen des Unbewussten auf unser Denken, Handeln, sowie Erleben und Verhalten postulieren. Im tiefenpsychologischen Denken wird versucht, das aktuelle Erleben und Verhalten des Individuums auf der Basis seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung und deren Störungen zu sehen, ihnen im bisherigen Lebensablauf und im gegenwärtigen Lebenskontext einen Sinn zu geben (hermeneutischer Ansatz). Wesentliche Grundannahme ist dabei, dass die soziale Entwicklung des einzelnen Individuums entscheidend bestimmt ist von der Auseinandersetzung mit Konflikten, bewussten wie unbewussten. Dabei sind die Konflikte definierten frühkindlichen psychosozialen Entwicklungsstufen zugeordnet

z.B. in der Psychoanalyse das Durchlaufen einer oralen (1.-2. Lbj.), anal-sadistischen (2.-3. Lbj.), phallisch-narzisstischen und ödipalen Phase (3.-6. Lbj.) sowie Latenzzeit (6. Lbj. bis Pubertät) (FREUD 1916).

Nach Auffassung der analytischen Psychologie soll sich der Mensch im Verlauf seiner Entwicklung, seiner Individuation, aus der unbewussten Verstrickung sowohl mit äußeren Einflüssen (Rollenerwartungen, Werte, kollektive Normen u.a.) als auch mit inneren Komplexen (organisierte bewusste und unbewusste psychische Inhalte) lösen, um zu mehr Individualität sowie innerer und äußerer Autonomie zu kommen (JUNG 1939). Der Libidobegriff wird als seelische Energie im allgemeinen Sinne weiter gefasst als in der Psychoanalyse, sie zeigt den dynamischen Aspekt einer Selbstregulation, und drängt zur Kompensation. Zu Spannungen, die auch in Form von Ängsten sich äußern können, kann es kommen, wenn bei einseitiger seelischer Entwicklung, also vor allem bei neurotischer Entwicklung, seelische Inhalte des Unbewussten an libidinöser Energie gewinnen und das Ich-Bewusstsein in Form von Gedanken Phantasie, Bildern, neurotischen Symptomen, Traumsymbolen konfrontieren und stören.

Im Strukturmodell des psychoanalytischen Krankheitskonzeptes (FREUD (1923) ist ein wesentlicher Aspekt, dass es unbewusste seelische Konflikte gibt, die eine Eigendynamik entfalten und auf diese Weise aus dem Unbewussten heraus Handeln, Denken und Affektivität pathologisch bestimmen können. Zwischen den Instanzen (= Strukturen) Ich, Es und Über-Ich können sich entsprechende Konflikte konstellieren, z.B. muss das Ich Triebansprüche des Es – aggressive Impulse, sexuelle Impulse, die ins Bewusstsein drängen – an die Umwelt und deren Normen, Werte und Regeln anpassen. Bei diesem Prozess ist die Instanz des Über-Ich (verinnerlichte Normen) und dessen Partialstruktur das Ich-Ideal einbezogen. Das Ich spielt hier eine Vermittlerrolle zwischen Es-Impulsen, wenn sie ins Bewusstsein drängen und ggf. Scham, Schuldgefühle oder auch Angst auslösen, und den Normen des Über-Ich. Das Ich hat andererseits jedoch auch eine Filterfunktion, in dem es Es-Impulse für das bewusste Erleben unterdrückt. Bei stark ausgeprägten Es-Impulsen oder bei einem strukturschwachen Ich oder bei sehr rigidem Über-Ich ist ggf. eine adäquate Lösung nicht möglich. In diesem Fall kann eine Regression auf frühere Entwicklungsstufen mit infantilen Bewältigungsmustern erfolgen. Bei der pathologischen Bewältigung von Konflikten bedient sich das Ich der Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion, Verdrängung, Affektisolierung, Ungeschehenmachen, Intellektualisierung.

Abwehr ist nicht per se als krankhaft zu bezeichnen. Bei der neurotischen Konfliktlösung wird sie dysfunktional, so dass soziale Interaktion, Selbstentfaltung, emotionales Erleben und kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt werden.

Ein Ich-Gefühl ist möglicherweise vom Anfang des Lebens an vorhanden (FEDERN 1952), mit diffusen Grenzen und arm an Inhalten (ANZIEU 1989), sowie einem primären Gefühl eines unbegrenzten Ichs, wie es u.a. die psychoanalytische Untersuchung von Liebespaaren gezeigt hat, bei denen es dort zu einer Bindung kommt, wo ihre psychischen Grenzen unsicher, ungenügend oder schwach sind. Das Ich als Entität existiert (FREUD 1923), der Mensch hat eine Empfindung davon, die subjektiver Natur ist. Das Ich ist gleichzeitig Subjekt – mit dem Pronomen >Ich< bezeichnet und Objekt >Selbst < genannt. Das Ich ist demnach beides, Träger und Gegenstand des Bewusstseins. Als Träger des Bewusstseins wird das Ich >Ich-Selbst< genannt (FEDERN 1952). Das körperliche Ich-Gefühl vermittelt ein Gesamtgefühl von der Libido-Besetzung der sensorischen und motorischen Apparate, so beispielsweise die motorischen und sensorischen Erinnerungen an die eigene Person oder die Wahrnehmung unseres eigenen Körpers in Bezug auf die somatische Organisation (FEDERN 1952).

Die Einführung eines Haut-Ichs (ANZIEU 1974) ist sinnvoll, weil es dem Bedürfnis nach einer narzisstischen Hülle entspricht und das Gefühl konstanter Zuverlässigkeit eines basalen Wohlbefindens vermittelt. Am Anfang des Lebens ist die Hauterotik von großer Bedeutung (FREUD A 1968). Durch die Berührung der Haut, der Körperoberfläche, libidinisiert die Bezugsperson – in der psychoanalytischen Denkweise die Mutter – die einzelnen Körperteile des Kindes. Auf diese Weise erfährt der Aufbau eines Körper-Ichs eine Hilfe und über die Hauterotik steigert sich der Narzissmus. Zugleich wird über diese Art der zwischenmenschlichen Kommunikation die (Objekt)Beziehung zwischen Mutter und Kind gefestigt. Aus dem Empfinden und dem Berührtsein des Kindes durch seine ersten mitmenschlichen Kontakte, im Allgemeinen besonders mit der Mutter, die ihr Kind beim Stillen in ihren Armen hält, die es bei der täglichen Pflege drückt und liebkost, bildet sich die grundlegende Möglichkeit der Kommunikation, seine erste Sprache (MONTAGU 1971). Durch diese ersten Berührungen mit dem Anderen wird die Grundlage des spezifisch menschlichen Verhaltens (the human touch) gelegt.

Das Strukturmodell mit seinen Instanzen Ich, Es und Über-Ich wird im tiefenpsychologischen Denken zur Erklärung der Entwicklung des Individuums und der Psychoneurosen herangezogen, also bei Störungen bei denen die Strukturbildung von Ich

und Über-Ich bereits fortgeschritten oder abgeschlossen ist. Störungen, von denen angenommen wird, dass eine Disposition dazu in den ersten drei Lebensjahren sich entwickelt, sogenannte „frühe Störungen“ (narzisstische Störungen, Boderline-Störungen), werden mit dem objektbeziehungstheoretischen Konfliktmodell erklärt. Die Erweiterung des Trieb-Abwehr-Konzeptes der Neurosenlehre, die in ihrem Kerngedanken der Differenzierung zwischen dem Selbst und dem anderen, verbunden mit der Fähigkeit, zu einem anderen Individuum bereits in der frühen Entwicklung in Beziehung zu treten, letztlich die Ausbildung und Regelung eines Selbstwertgefühls möglich macht, geht auf die Arbeiten von MAHLER (1968), KERNBERG (1972) und KOHUT (1975) zurück. In der frühen Entwicklungsphase sind Selbst- und Objektrepräsentanzen noch nicht oder ungenügend stabil ausgebildet. Dadurch, dass die kindlichen Bedürfnisse nach affektiver Zuwendung, Befriedigung nach körpernaher Versorgung und Abschirmung potentiell gefährdender Reize nicht adäquat erfüllt werden, können keine reifen Selbst- und Objektrepräsentanzen aufgebaut werden und demzufolge auch keine stabilen Ich- und Über-Ich-Strukturen. Strukturelle Defizite und Defizite auf der Objektbeziehungsebene haben tief greifende Konsequenzen für die Ausbildung eines stabilen Selbstwertgefühls („Narzissmus“), d.h. es werden ungenügend stabile Grundlagen für ein internes Regulationssystem gelegt, das Gefühl von Autonomie und innerer Sicherheit, Selbstvertrauen, Kohärenz und Konstanz des Selbstbildes und damit psychisches Wohlbefinden sind nicht ausreichend gewährleistet. Vorherrschend bleibt eine Dynamik mit unrealistischen Größenphantasien, die vor dem Gefühl der Hilflosigkeit und Abhängigkeit schützen sollen. Der Schutz ist kein absoluter, Phasen mit omnipotenten Größenphantasien wechseln mit Phasen tiefstem Selbstzweifel (narzisstische Störung).

3.3. Psychosomatische Aspekte

Die Haut hat in der frühen Mutter-Kind-Beziehung aus tiefenpsychologischer Sicht eine Funktion als Grenze zwischen innen und außen. Als eine Zone mit besonderer Sensibilität steht sie im Mittelpunkt des Gefühlsaustausches zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen, im Besonderen die Mutter. Selbstsicherheit und Selbstvertrauen des heranwachsenden Kindes entstehen wesentlich dadurch, dass über den Hautkontakt die Nähe- und Distanzbedürfnisse des Kindes empathisch befriedigt werden. Eine beispielsweise selbst narzisstisch bedürftige Mutter, die ihr Kind als Teil ihres Selbst

betrachtet, kann die emotionale Haltefunktion nicht erfüllen. So wird der Körperkontakt zu einer Quelle ungenügend befriedigender Erfahrung der Wünsche und Bedürfnisse des Kindes. Es kommt letztlich zu der möglichen untrennbaren Erfahrung von Schmerz und Lust und der Ausbildung einer sadistischen Erotik (KELLETER 1990). Angelehnt an das Konzept des Übergangobjektes (WINNICOTT 1973) - ...“ein intermediärer Raum, der Erlebnis- und Erfahrungsbereich, der zwischen Daumenlutschen und Teddybär liegt, zwischen der Autoerotik und der echten Objektbeziehung...” – sieht KELLETER die Haut im Bereich des Körperbildes als Übergangsbereich. Bei der Ausbildung von psychosomatischen Hauterkrankungen spielt die Entwicklungsphase des Selbst und die in diesem Entwicklungsabschnitt gemachten Grunderfahrungen eine entscheidende Rolle. Die Suche nach einer Erklärung für den rätselhaften Sprung aus dem Seelischen in das Somatische, also das Bemühen, Erklärungen dafür zu finden, wie sich ein seelischer Konflikt in Form einer körperlichen Funktionsstörung bzw. einem veränderten Körpererleben und Empfinden – in der vorgelegten Arbeit die Haut betreffend – ausdrücken kann, ist bis heute nicht abgeschlossen. Ein Erklärungsmodell, das bleibende Denkanstöße gegeben hat, ist das De- und Re-Somatisierungsmodell (SCHUR 1955). Ausgangspunkt ist die Ich-Psychologie (HARTMANN, KRIS, LOEWENSTEIN 1949), wonach das Ich – neben Libido und Aggression in nicht neutralisierter Form – auch über neutralisierte (libidinöse und aggressive) psychische (Trieb)Energien verfügt. Die Fähigkeit des Ich, Triebenergien zu neutralisieren und diese Energien bei der Bewältigung von inneren und äußeren Konflikten einzusetzen ist ein Ergebnis der Ich-Reifung (SCHUR 1953). Die Entwicklung verläuft in einem fortlaufenden Prozess der De-Somatisierung, meint: unbewusst primär-prozesshafte Verhaltensweisen, vegetative Abfuhrprozesse treten mehr und mehr in den Hintergrund, es strukturiert sich ein Ich, das in der Lage ist, sein Verhalten sekundär-prozesshaft, also bewusst, zu steuern. Dies bedeutet mehr Spielraum für das Individuum, aber auch vorwegnehmendes Planen oder Zurückstellen von aktuellen Triebimpulsen (SCHUR 1953). Kann eine Situation nicht mehr mit frei verfügbarer >neutralisierter < Energie bewältigt werden, so kann es zu einer somatischen Reaktion kommen: Rückgriff des Ich auf frühere primär-prozesshafte Verhaltensmuster, meint Re-Somatisierung. Hintergrund für eine psychosomatische oder physiologische Regression ist eine Ich-Schwäche, was bedeutet, dass es bereits in frühesten Phasen der Entwicklung der De-Somatisierung zu Störungen gekommen ist, die

Fixierungen an bestimmte Organsysteme zur Folge hatten und somit eine Einschränkung des Ichs, Konflikte mit psychischen Mitteln lösen zu können.

Pionierarbeit ist für die Psychosomatik von der Individualpsychologie ausgegangen.

Grundannahme der Individualpsychologie ist, dass sich bei jedermann Organanomalien finden, (ADLER 1907), die hinsichtlich Lage, Gestalt und Funktionsfähigkeit auffällig werden können. Solche konstitutionell oder lebensgeschichtlich geschwächten Organe stellen >Orte des geringsten Widerstandes< dar. Gerät das Individuum bzw. sein Organismus in leib-seelische Belastungssituationen, so kann sich die damit verbundene Überforderung an der vorgegebenen Organminderwertigkeit äußern. Der Begriff der Minderwertigkeit meint keine negative Wertung, sondern unfertige, in der Entwicklung zurückgebliebene oder im Wachstum gehemmte oder veränderte Organe. ADLER postuliert einen primären Aggressionstrieb (1908), dessen Regulator das angeborene Gemeinschaftsgefühl ist. Er wendet sich damit gegen FREUDs Auffassung von der Libido als Quelle der seelischen Dynamik. Minderungen oder biologische Schädigungen können durch psychische Leistungen ausgeglichen – kompensiert – werden: so beispielsweise der Kurzsichtige, der eine besonders ausgeprägte Phantasie- und Wahrnehmungstätigkeit entwickelt oder der Blinde, der durch sein geübtes Gehör und seinen besonders geschulten Tastsinn vieles „besser sieht“, was sein Auge ihm versagt. Andererseits lokalisieren sich Krankheiten besonders leicht an minderwertigen Organen. Früh finden sich in den individualpsychologischen Schriften (ADLER 1912, 1914) die Ausdrücke >Organsprache< und >Organdialekt<, wodurch der Beobachtung Rechnung getragen wurde, dass die Menschen ihre seelischen Zustände, Motivationen und Einstellungen nicht nur durch Worte, sondern auch durch körperliche Symptome zum Ausdruck bringen können. ADLER sah hierin keine Körpermechanik wie dies durch die traditionelle Medizin missverstanden wurde. Die Krankheit ist nicht kausal zu verstehen. In der Individualpsychologie fragt die finale Betrachtungsweise, wozu und zu welchem Zweck ein Mensch in einer bestimmten Lebenssituation gerade „diese“ Symptomatik ausbildet: Schmerzen können – unter dem Aspekt der Organdialektik – Neid und Begehren zum Ausdruck bringen, ein nervöses Asthma eine bedrängte Lage ausdrücken helfen, in der „die Luft ausgeht“.

Bei der jetzt vorliegenden Untersuchung soll die Frage überprüft werden, inwieweit die Zufriedenheit und der Umgang mit der Haut bei den untersuchten Patienten mit Angststörungen oder somatoformen Störungen sich wesentlich unterscheidet. Falldar-

stellungen zu Hauterkrankungen aus psychoanalytischer Sicht zeigen, dass sie auf dem Boden von Konflikten im Umgang mit Nähe, Distanz und mangelnder Individuation erwachsen (WIDMAIER 1993).

Die Arbeiten von ANZIEU (1985) beschäftigen sich wahrscheinlich am umfassendsten mit der Rolle der Haut bei der Entwicklung des Selbst. Er verbindet in seinem Denken psychosomatische und entwicklungstheoretische Gesichtspunkte und bezieht bei seinem Modell des Haut-Ich biologische, psychosoziale und psychische Phänomene ein. Er sieht das Haut-Ich als phantasmatische Wirklichkeit. Es ist ein Bild, mit dessen Hilfe das Kind, ausgehend von der Erfahrung seiner Körperoberfläche, eine Vorstellung von sich selbst entwickelt als >Ich<, welches die psychischen Inhalte enthält. Das Haut-Ich entwickelt sich in der Mutter-Kind-Begegnung. Ausgang für die Entwicklung des Haut-Ich sieht ANZIEU in einer in der Phantasie bestehenden gemeinsamen Hautfläche als Grenzfläche zwischen Mutter und Kind, die durch Empfindungen, Gefühle, mentale Bilder, vitale Rhythmen wie eine Membran in Schwingung gebracht wird. Im Prozess der Individuation wird die gemeinsame Haut als zunächst notwendige Zwischenstufe und Halt für das sich entwickelnde Ich bei der Trennung zwischen Subjekt und Objekt schrittweise aufgegeben. Mutter und Kind funktionieren schließlich unabhängig voneinander. Die Internalisierung der Grenzfläche wird zur psychischen Hülle. Nach ANZIEU beruht das Haut-Ich auf den verschiedenen Funktionen: der Haut als Tasche (für gute pflegerische Erfahrung), als Grenze zur Außenwelt (Barriere gegen Außeneinwirkungen) als Ort und Werkzeug der Kommunikation und als reizaufnehmende Oberfläche.

4. Beschreibung der Krankheitsbilder

4.1. Angststörungen

4.1.1. Terminologie

Angst ist eine existenzielle Grunderfahrung und als solche Bestandteil des alltäglichen Lebens. Angst zeigt sich als normale Reaktion im Sinne eines biologisch angelegten Reaktionsmusters auf die Wahrnehmung, Bewältigung und Vermeidung von Gefahr und Bedrohung. Diese Form der Angst kann als Realangst angesehen werden, verbunden ggf. mit einem Fluchtreflex. Von der Realangst unterscheidet sich die neurotische Angst als frei flottierende, allgemeine Ängstlichkeit, ohne Bezug auf eine bestimmte Umgebungssituation oder zu bestimmten Objekten und die situativ gebundenen Ängste (vor Objekten oder Situationen). Die Typisierung der Angststörungen wurde - in

Anlehnung an FREUD (1895) – zunächst im Hinblick auf das Vorliegen bzw. Fehlen von situativen Auslösern für die Ängste vorgenommen.

Auf dem Hintergrund der Modellvorstellungen der frühen Psychoanalyse resultierte noch in der ICD-9-Version (DEGKWITZ et al.1980) die dichotome Unterscheidung der Angsterkrankungen in Angstneurose (anfallsartig oder in Form eines ängstlich-angespannten Dauerzustandes auftretende Ängste ohne situative Auslöser) und die Phobien (durch Objekte oder Situationen ausgelöste Ängste). Im ICD-10 erfolgte eine Ausdifferenzierung der Ängste (DILLING et al. 1991) vorwiegend nach phänomenologischen Gesichtspunkten. Im Weiteren wurden Panikattacken als eigenständige Symptome aufgenommen und operationalisiert. Die Panikstörung wurde als diagnostische Kategorie für Angstattacken eingeführt, wenn die Angstattacken hinsichtlich ihrer Intensität, ihrer Häufigkeit, ihres Verlaufs und des Grades der durch sie erlebten Beeinträchtigung genau definiert sind. Der Begriff der Angstneurose wurde verlassen, stattdessen wurde der diagnostische Begriff der Angststörungen verwendet. Die Typisierung der Angststörungen erfolgte zugleich nach ihrem Verlauf, ob episodisch auftretend (Panikstörung) oder persistent (Phobie, generalisierte Angststörung).

Typisierung der Angststörungen nach ihrem Verlauf
(aus Psychiatrie und Psychotherapie, Hrsg. Berger Mathias, 2000)

	episodisch	persistent
mit situativen Auslösern		Phobien
ohne situative Auslöser	Panikstörung	generalisierte Angststörung

Aufgenommen in die Untersuchung wurden ebenfalls Patienten mit einer gemischten Angst- und depressiven Störung, die in der ICD-10 als eine spezifische Kategorie unter den Angststörungen erscheint. Patienten mit phobischen Störungen wurden nicht in die Stichprobe einbezogen.

4.1.2. Epidemiologische Daten

Erst seit etwa Mitte der 80er Jahre liegen präzise und differenzierte Häufigkeitsangaben zur Verbreitung von Angststörungen in der allgemeinen Bevölkerung vor. Sie sind das Ergebnis epidemiologischer Untersuchungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben in verschiedenen Ländern (WITTCHEN u. EATON 1994, KESSLER et al. 1994,

PERKONIGG et al. 1995) Frühere Prävalenzschätzungen waren überwiegend aus klinischen Stichproben abgeleitet und zeigten sehr große Schwankungsbreiten. Nach den vorliegenden Untersuchungen gehören die Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz von insgesamt 15% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Die Panikstörung ist dabei mit ca. 2% am geringsten in der Allgemeinbevölkerung verbreitet. Nach neueren Studien (WITTCHEN u. EATON 1994) beträgt die Prävalenz für die generalisierte Angststörung etwa 5%. Die Prävalenz für die diagnostische Kategorie Angst und Depression gemischt fehlt noch, es zeigt sich aber, dass eine hohe Komorbidität der Angststörungen mit Depression besteht (WITTCHEN et al. 1987, WOLFERSDORF et al. 1995). Bereits vor Einführung des Komorbiditätsprinzips (siehe oben Punkt 2) war bekannt, dass Patienten mit einer Angsterkrankung/Angststörung gehäuft auch andere psychische Störungen zeigen wie Depression, funktionelle Beschwerden, Missbrauch oder auch Abhängigkeit von Alkohol und Psychopharmaka, aber auch andere Persönlichkeitsstörungen. Epidemiologische Untersuchungen Ende der 80er Jahre zeigten, dass 30 bis 80% der Patienten mit einer definierten Angststörung zugleich – im Längsschnitt betrachtet – an mindestens einer weiteren Angststörung leiden oder gelitten haben. In Deutschland ergab eine epidemiologische Untersuchung (WITTCHEN et al. 1987), dass beispielsweise lediglich 8% der Patienten mit einer Panikstörung nur an dieser einen Unterform der Angststörungen litten, alle übrigen erfüllten die Kriterien mindestens einer weiteren Angststörung. Das Lebensrisiko für Angstpatienten, in der Gegenwart oder im Lebensverlauf auch an einer Depression zu erkranken, ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches erhöht: 60% derjenigen mit einer Panikstörung oder einer generalisierten Angststörung wiesen auch die Lebenszeitdiagnose einer Depression auf (MASER u. CLONINGER, Hrsg 1990), gleichzeitig erkrankten 40% derjenigen mit einer Panikstörung und 20-25% derjenigen mit einer generalisierten Angststörung an einer Depression.

Das Erstauftreten der verschiedenen Angststörungen scheint mit lebenszeitlichen Entwicklungsphasen assoziiert zu sein. Bei der generalisierten Angststörung zeigt sich ein gehäuftes Auftreten in der Adoleszenz sowie um das 40. Lebensjahr. Für die meisten Angststörungen, mit Ausnahme der zuvor genannten, scheint ein erstmaliges Auftreten klinisch relevanter Beschwerden nach dem 45. Lebensjahr selten. Das Verhältnis von Frauen zu Männern wird auf mindestens 2:1 geschätzt (ANGENENDT et al 2000).

Mögliche Erklärungen hierfür wie erhöhte biologische Vulnerabilität der Frauen (z.B. durch hormonelle Einflüsse), geschlechtsspezifische Lerneinflüsse oder andere sozio-kulturelle Faktoren, werden kontrovers diskutiert.

4.1.3. Biologische und genetische Faktoren

Als zentraler Ort eines Alarmsystems im Gehirn wird der locus coeruleus angesehen, der Thalamus als Ort der Verarbeitung sensorischer Stimuli und die Amygdala als Ort der Bewertung sensorischer Reize und nachfolgender Entwicklung von Angsteffekten und Angstreaktionen. Die Struktur für die Integration von neuen Informationen und Erfahrungen in bereits vorhandene ist der Thalamus, kortikale Areale (u.a. der orbito-frontale Kortex) geben das Zentrum für die Planung und Auswahl komplexer Handlungen ab. Die Abläufe der Funktionen werden u.a. durch die Neurohormone Noradrenalin, Serotonin und γ -Aminobuttersäure moduliert. Die neuronalen Zentren werden in der funktionellen Neuroanatomie als kommunizierendes Netzwerk gesehen (GODDARD u. CHARNEY 1997), sie sind die biologischen Grundlagen für charakteristische psychische Symptome wie Panikattacken, konditionierte Angstreaktionen, hier finden Sensibilisierungsprozesse statt, die wahrscheinlich eine Bedeutung für die Vulnerabilität gegenüber Belastungen sowie für die Chronifizierung von Angstsymptomen haben.

Der Einfluss von genetischen Faktoren im Verhältnis zu Umweltfaktoren bei der Genese der Angststörungen ist nur mäßig ausgeprägt, ist aber durch Studien belegt. Da jedoch der Nachweis einer Veränderung einzelner Genloci fehlt und die Konkordanzraten monozygoter Zwillinge relativ niedrig sind, ist wahrscheinlich eine Vielzahl von Genen an der Ausprägung von Angsterkrankungen beteiligt (KENDLER et al. 1993). Die Konkordanzraten bei monozygoten Zwillingen für die Entwicklung einer Panikstörung wurden mit 31% angegeben. Der genetische Einfluss auf die Entstehung einer Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie) wurde auf 35-40% geschätzt (KENDLER et al. 1993). Familienstudien ergaben, dass Panikstörung und Depression voneinander getrennte Erkrankungen darstellen (KENDLER et al. 1992). Angehörige ersten Grades von Patienten mit einer Panikstörung wiesen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer sozialen Phobie auf (GOLDSTEIN et al. 1994), ein signifikanter Einfluss genetischer Faktoren für die Ausbildung einer generalisierten Angststörung von 30% fand sich in einer großen Zwillingsuntersuchung (KENDLER et al. 1992).

4.1.4. Psychodynamische Modellvorstellungen

Im tiefenpsychologischen Sinne kann Realangst als Äußerung des Selbsterhaltungstriebes (FREUD 1916-17) angesehen werden. Bei welchen Gelegenheiten, d.h. vor welchen Objekten und in welchen Situationen die Angst auftritt, wird sicherlich von dem Stand unseres Wissens im Hinblick auf die vermeintliche Gefahrensituation und möglicherweise von unserem Machtgefühl gegenüber der Außenwelt abhängen. Einschränkung wird in der frühen psychoanalytischen Neurosenlehre formuliert, dass, trotz aller Zweckmäßigkeit und Rationalität der Angstreaktion auf eine vermeintliche reale Gefahr mit der erwarteten phantasierten Schädigung oder Verletzung, als zweckmäßigeres Verhalten bei drohender Gefahr, "die kühle Abschätzung der eigenen Kräfte im Vergleich zur Größe der Drohung und darauf die Entscheidung, ob die Flucht oder die Verteidigung, möglicherweise der Angriff selbst, größere Aussicht auf einen guten Ausgang verspricht" (FREUD 1917). Das Aufkommen des Angsteffektes, die Angstentwicklung wird eher als hinderlich dahingehend angesehen, dass das Aufkommen der Angst jede Form von Aktion oder Flucht lähmen kann. Die Angstbereitschaft wird als etwas Zweckmäßiges angesehen, die mehr oder weniger starke Angstentwicklung eher als zweckwidrig.

Wesentliche psychodynamische Überlegungen zur Entstehung und Entwicklung von Angststörungen gehen auf die Psychoanalyse FREUDs zurück. Er grenzte die Angstneurose als eigenständiges Krankheitsbild von der Neurasthenie ab (FREUD 1895). Angst wurde zunächst als ein Affektzustand angesehen, als Vereinigung von bestimmten Lust-Unlust-Empfindungen, mit den ihnen entsprechenden Abfuhrinnervationen und deren Wahrnehmung. Zugleich verknüpfte sich damit die Ansicht, dass es sich im Kern um die Wiederholung eines bestimmten bedeutungsvollen Ereignisses handelte. Das entsprechende Erlebnis könne nur ein sehr frühzeitiger Eindruck von sehr allgemeiner Natur sein, dessen Ursprung nicht in der Vorgeschichte des einzelnen Individuums zu suchen sei, sondern in seiner Art. Der Affektzustand wurde vergleichbar einem hysterischen Anfall gesehen, wie dieser als Niederschlag einer Reminiszenz. „Der hysterische Anfall ist also vergleichbar einem neu gebildeten individuellen Affekt, der normale Affekt dem Ausdruck einer generellen, zur Erbschaft gewordenen Hysterie“ (FREUD 1916). Als Quelle für den Angsteffekt wurde der Geburtsakt angesehen. Der Angsteffekt wiederhole die Geburtssituation (FREUD 1917, RANK 1924), bei welcher die der Angst zu eigene

Beeinflussung von Herz­­tätigkeit und Atmung zweckmäßig war. Der Name Angst - im Lateinischen angustiae - betont den Charakter der Beengung der Atmung, die damals als Folge der realen Situation vorhanden war und in der Gegenwart - nach analytischer Auffassung - im Affekt fast regelmäßig wiederhergestellt wird (FREUD 1917). Postuliert wurde, dass der Einzelne dem Angst­­affekt nicht entgehen kann, da die Disposition zur Wiederholung des ersten Angstzustandes durch unzählbare Generationen „dem Organismus einverleibt“ wurde. Die allererste Angst ist unter diesem Blickwinkel betrachtet eine toxische.

Die neurotische Angst wurde als frei flottierende Angst – Erwartungsangst – gesehen oder – bei den Phobien – psychisch gebunden und an bestimmte Objekte oder Situationen geknüpft. Die dritte Form neurotischer Ängste lässt oberflächlich betrachtet den Zusammenhang zwischen Angst und drohender Gefahr völlig aus den Augen verlieren. Die Form der Angst sehen wir bei der Hysterie als Begleitaffekt der hysterischen Symptome oder beispielsweise als freien Angstanfall, für den Kranken und für den Beobachter gleichermaßen unverständlich.

Die Vorstellungen FREUDs über die den Angststörungen zugrunde liegenden pathogenetischen und physiologischen Mechanismen wandelten sich mehrfach, so dass mehrere Angsttheorien bekannt sind. In einem eher biologisch orientierten Konzept ging er anfänglich davon aus, dass eine Stauung libidinöser Triebenergie sich mangels adäquater motorisch-somatischer Abfuhr auf der psychischen Ebene als Angst darstellen würde, die von entsprechenden somatischen Erscheinungen wie Herzklopfen und Schweißausbruch begleitet wird (FREUD 1895). In seinen späteren Schriften nahm er an, dass Angst eine ursprüngliche Reaktion auf die Hilflosigkeit ist, die in einer traumatischen Situation erlebt wurde (FREUD 1926), die Angst einerseits Erwartung des früheren Traumas ist, andererseits „eine milde Wiederholung desselben“.

Wie wir heute wissen, führen aktuelle Umwelteinflüsse in der Regel nur dann zu neurotischen Symptomen, eben auch einer Angstsymptomatik, wenn bereits von früher Kindheit her Triebkonflikte nicht genügend verarbeitet werden konnten, oder aber im Sinne von KOHUT (1971) das Selbst bzw. das Selbsterleben (siehe auch dazu oben 3.2 S.5 f) nicht genügend ausgebildet oder strukturiert werden konnte.

Im heutigen tiefenpsychologischen Denken geht man davon aus, dass jeder Lebensabschnitt seine eigene Berechtigung mit eigenen Entwicklungsmöglichkeiten hat und dass

das Individuum unter bestimmten Umständen, z.B. bei Konflikten auf sie zurückgreifen – regredieren kann (RUDOLF 1996).

4.2.. Somatoforme Störungen

4.2.1. Terminologie

Der Begriff „Somatisierung“ bezeichnet ein Symptom oder einen Symptomkomplex, bei dem Patienten über körperliche Beschwerden oder Symptome klagen, ohne dass hierfür eine organische Grunderkrankung oder ein spezifisch pathophysiologischer Prozess gefunden werden können (RIEF et al. 1992). Als Begründer der wissenschaftlich fundierten Vorstellung der Somatisierung gilt der französische Arzt PAUL BRIQUET (1859). Er untersuchte Patienten mit einer Hysterie systematisch und identifizierte typische Verlaufsformen und typische Symptomkonstellationen. Etwa 100 Jahre später erlebten diese Arbeiten in den USA eine Renaissance unter der Bezeichnung des Briquet-Syndroms (KELLNER 1986). Lange bevor im griechischen Kulturkreis der Terminus Hysterie – aus dem griechischen Wort hystera = Gebärmutter - gebildet wurde, beschrieb man in der altägyptischen Medizin Erkrankungen, die auch heute noch eindeutig als hysterische Störungen (VEITH 1965) zu bezeichnen wären. Die pathogenetische Theorie formulierte, dass Veränderungen der Position, ein Umherwandern der Gebärmutter für die Entstehung hysterischer Störungen von Bedeutung sei. Bemerkenswert ist auch der Bezug zu sexuellen Frustrationen und einem unerfüllten Kinderwunsch. So heißt es im Timaios von Plato „Die Gebärmutter ist ein Tier, das glühend nach Kindern verlangt. Bleibt dasselbe nach der Pubertät lange Zeit unfruchtbar, so erzürnt es sich, durchzieht den ganzen Körper, verstopft die Luftwege, hemmt die Atmung und drängt auf diese Weise den Körper in die größten Gefahren und erzeugt allerlei Krankheit“ (zit. n. HAAS 1976). Ähnliche Theorien lagen dem von psychoanalytischen Autoren geprägten Begriff der Konversion (FREUD 1895) zugrunde, wonach innere Triebkräfte oder Konflikte in körperliche Symptome „umgewandelt“ werden. Der Begriff der Somatoformen Störungen wurde erst 1980 in den USA in die klinische Diagnostik eingeführt (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1980, BASS 1990) und später durch ICD-10 übernommen. Die Somatisierungsstörung gilt als Prototyp. Falls Schmerzen für eine längere Zeit im Vordergrund des klinischen Bildes stehen und den Hauptfokus in der Aufmerksamkeit des Patienten darstellen, soll eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden.

4.2.2. Epidemiologische Daten

Nach epidemiologischen Untersuchungen in USA Anfang der 80er Jahre betrug die Lebenszeitprävalenz der Somatisierungsstörung zwischen 0,05 und 0,38% (KATON et al. 1984). Diese niedrigen Zahlen werden jedoch der klinischen und gesundheitspolitischen Bedeutung des Krankheitsbildes nicht gerecht, da den Untersuchungen eine sehr restriktive Definition der Somatisierungsstörung mit mindestens 13 verschiedenen körperlichen Symptomen zugrunde lag. Heute wird in klinischen Untersuchungen bereits dann von einem relevanten Somatisierungssyndrom ausgegangen, wenn bei Frauen mindestens 6 und bei Männern mindestens 4 Somatisierungssymptome festgestellt werden können. Dieses Kriterium wird im anglo-amerikanischen Sprachraum als Somatic-Syndrom-Index $>SSI\ 4/6<$ (ESCOBAR et al. 1989) bezeichnet. Schmerzbeschwerden gehören zu den häufigsten Symptomen in der allgemeinärztlichen Praxis. Geschätzt wird, dass Rückenschmerzen und chronische Kopfschmerzen mit einer 6-Monats-Präferenz von etwa 4-12% auftreten (WEIFFENBACH et al. 1995). Andere deutsche Studien besagen, dass etwa 5-20% der Patienten, die sich wegen körperlicher Symptome in der Allgemeinpraxis vorstellen, an einer deutlichen bis schweren Somatoformen Störung leiden. In den Allgemeinkrankenhäusern wurde mit einem Anteil von 17 bis 30% von Somatoformen Störungen gerechnet, andere Untersuchungen aus einer psychosomatischen Fachklinik (RIEF et al. 1995) belegten mit 40 bis 45 % Klagen von Patienten, die für Allgemeinstationen angemeldet waren, über bedeutsame Somatisierungsbeschwerden. In einer großen bevölkerungsrepräsentativen Studie mit über 2000 Personen – Alter 18 bis 60 Jahre – wurden am häufigsten mit der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens Kopfschmerzen (67,4 %), Rückenschmerzen (61,9 %), Nackenschmerzen (57,2 %), aber auch Mattigkeit (50,8 %) und Müdigkeit (54 %) ermittelt (SCHUMACHER u. BRÄHLER 1999). Die geklagten Beschwerden lassen sich häufig nicht objektivieren. KROENKE und PRICE (1993) konnten bei ihren Untersuchungen an über 13000 erwachsenen Patienten objektive Symptome nur in 31 % der Fälle nachweisen. Zahlen aus Großbritannien belegen einen Anteil von etwa 30 % Patienten mit entsprechenden Beschwerden in der stationären Neurologie (CREED et al. 1990). Speziell für die Somatisierungsstörungen sind soziodemographische Besonderheiten bekannt. Frauen leiden signifikant häufiger an somatoformen Beschwerden als Männer und haben mit einem Erkrankungsrisiko von 5:1 eine erhöhte Lebenszeitprävalenz von 0,5 bis 1,5 % (unter restriktiven Kriterien) (KATON

et al. 1894). Die Beschwerden sind bei Frauen ausgeprägter als bei Männern (KROENKE und PRICE 1993). In ihrer Literaturanalyse bestätigen NEUMER et al. (1998) die höhere Prävalenz von Somatisierungsstörungen bei Frauen für den amerikanischen Raum. In anderen Kulturen sind die Störungen eher gleich ausgeprägt, so in Puerto Rico (ESCOBAR et al. 1989) oder in Korea (LEE et al. 1990). Außerdem finden sich gehäuft somatoforme Beschwerden in unteren sozialen Bevölkerungsschichten und bei Menschen mit einem geringen Bildungsgrad sowie nach Trennung oder Scheidung. Mit höherem Alter steigt die Prävalenz somatoformer Beschwerden (BUNDESMINISTERIUM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1997). Es kommt bei dieser Art der Beschwerden zu einer überproportionalen Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten (ZIELKE 1998) und der als „doctor-hopping“ bezeichneten Tendenz, sich häufig in ärztliche Behandlung zu begeben, immer wieder neue Fachärzte aufzusuchen und aufwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Geschätzt sind die Behandlungskosten gegenüber den Durchschnittskosten in der Bevölkerung für ambulante Behandlung um den Faktor 14, für die stationäre Behandlung um den Faktor 6 erhöht (SMITH et al. 1986). Speziell die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wegen chronischer, somatisch nicht erklärbarer Schmerzen, durch Frauen, die in ihrer Kindheit traumatisiert wurden, war deutlich erhöht (FINSTONE et al. 2000). Dass Patienten mit somatisch nicht erklärbaren chronischen Schmerzzuständen in ihrer Biographie besonderen Belastungen ausgesetzt waren, wurde schon Ende der 50er Jahre in der Literatur beschrieben (ENGEL 1959). Chronisch Erkrankungen in der Familie bei den eigenen Eltern oder den Geschwistern können die Vulnerabilität für eine spätere Somatisierung erhöhen und auch die Beschwerdelokalisation oder Symptomwahl beeinflussen (EGLE et al. 1991, EGLE u. NICKEL 1998). Häufige körperliche Miss-handlungen und sexueller Missbrauch als Kind prädisponieren dafür, im weiteren Lebensverlauf eine Somatoforme Schmerzstörung auszubilden (EGLE et al. 1991, HOTOPF et al. 1999, EGLE u. NICKEL 1998).

4.2.3. Biologische und genetische Faktoren

Neurophysiologische Untersuchungen ergaben bei Patienten mit Somatoformen Störungen Auffälligkeiten in den evozierten Potentialen bei EEG-Ableitungen. Es zeigte sich eine sog. „mismatch negativity“, was mit einer verminderten Fähigkeit zur Differenzierung von relevanten und irrelevanten Informationen in Zusammenhang gebracht wird

(JAMES et al. 1990). Die Ergebnisse waren jedoch bisher nicht eindeutig. War das Reizmaterial emotional bedeutsam wurden in einer anderen Studie an Patienten mit einer Vielzahl von körperlichen Beschwerden weniger ausgeprägte Negativierungen in den Potentialen (JAMES et al. 1990) gemessen. RIEF et al. (1997) fanden bei Patienten mit Somatisierungssyndrom und gleichzeitiger Hypochondrie erhöhte Cortisolwerte, sowohl am Morgen und am Nachmittag. Da solche Hormonerhöhungen auch bei depressiv Kranken bekannt sind (AKISKAL u. McKINNEY 1975, GOTTHARD et al. 1995), wurde von den Autoren der Depressivitätsgrad statistisch als Kovariante kontrolliert, und es blieb ein Unterschied in den Cortisolwerten der Patienten mit einer Somatisierungsstörung gegenüber einer nichtklinischen Kontrollgruppe.

Für die Somatoformen Störungen sind bis heute keine einheitlichen Entstehungs- und Verlaufsdeterminanten bekannt. Mögliche genetische Einflüsse zeigte eine norwegische Studie (TORGENSEN 1986), in der eine erhöhte Konkordanz Somatoformer Störungen bei monozygoten Zwillingen in 29 % der Fälle im Vergleich zu dizygoten Zwillingen (10 %) gefunden wurde. In einer schwedischen Adoptionsstudie (BOHMAN et al. 1984) wiesen die Eltern von Frauen mit einer ausgeprägten Somatisierungsstörung gehäuft Alkoholismus und antisoziales Verhalten auf. In Familien von Patienten mit Somatoformen Störungen traten diese gleichen Störungen auch bei den Angehörigen auf (WARWICK 1989), was auch, neben einer erhöhten biologischen Disposition, mit Modelllernen im Verlauf der Entwicklung erklärt werden könnte.

Bis heute in seiner Bedeutung ebenfalls unklar ist die Bereitschaft von Personen mit somatoformen Syndromen, körperlichen Vorgängen gegenüber übermäßig sensibel zu sein. In der anglo-amerikanischen Literatur wurde dafür der Begriff „somatosensory amplification“ geprägt (BARSKY et al. 1990). Diskutiert wird, dass es durch die selektive Aufmerksamkeit zu einer Erhöhung des physiologischen Erregungsniveaus kommt, was wiederum die körperlichen Symptome verstärkt oder auch neue Symptome produziert und somit einen unheilvollen Teufelskreis in Gang setzt.

4.2.4. Psychodynamische Modellvorstellungen und das Alexithymiekonzept

Menschen, die eine Somatoforme Störung ausbilden weisen im Allgemeinen eine reduzierte Fähigkeit auf, eigene Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken und Emotionen und körperliche Sensationen zu unterscheiden. Insgesamt ist bei ihnen die Fähigkeit eingeschränkt, Imagination und Phantasie zu entwickeln. Schon bei der Anamneseerhebung

ist eine Verarmung des Wortschatzes augenfällig, bzw. überhaupt das Unvermögen, konflikthafte Inhalte zu verbalisieren und somit psychisch verarbeiten zu können. Die Bostoner Schule der Psychosomatik prägte für das beschriebene Unvermögen den Ausdruck „Alexithymie“, der als Begriff von den amerikanischen Psychiatern NEMIAH u. SIFNEOS (1970) in die Literatur eingeführt wurde. Er leitet sich ab von A = Fehlen, Lexis = Wort und Thymos = Gefühl). Fast zeitgleich wurde von französischen Psychosomatikern um MARTY im europäischen Raum das Phänomen der Gefühlsblindheit als „Pensée opératoire“, als Ausdruck der Verdrängung emotionaler Impulse beschrieben (MARTY & de M'UZAN 1978). Nach amerikanischer Auffassung resultierte die Alexithymie eher aus einem Unvermögen auf dem Boden von neurophysiologischen Vorgängen. Die französische Schule formulierte eine eher tiefenpsychologische und psychodynamische Sicht. Danach beinhaltet >Gefühl< definitorisch die libidinösen und aggressiven Triebwünsche sowie die dazugehörigen Phantasien und die entsprechenden affektiven Verfassungen, insbesondere Angst und Depressivität, die aus der Befriedigung oder Versagung der Triebwünsche resultieren (STEPHANOS 1973, OVERBECK 1975).

Bei der alexithymen Phänomenologie handelt es sich um eine bestimmte Form der prägenitalen Reifungsstörung. Zugrunde liegen unbewältigte Objektverluste. Hierbei kann es sich um einen tatsächlichen, drohenden oder imaginierten Verlust eines Objektes handeln, zu dem das Subjekt in einer Beziehung steht, die für seine Bedürfnisbefriedigung von existenziell emotionaler Bedeutung ist (vorübergehender oder dauernder Kontaktabbruch zu einem Familienangehörigen, Verlust der Heimat, Verlust des identitätsstiftenden Berufes udgl.). Wird ein Objektverlust nicht bewältigt, so resultiert daraus eine Disposition für eine narzisstische Störung oder Kränkung. Narzissmus oder narzisstisch werden Zustände des Selbstwertgefühls (siehe hierzu auch 3.2 S. 6 ff) genannt. Leitsymptom des gekränkten Selbstwertgefühls ist ein labiles Selbstwertgefühl, also eine Beeinträchtigung von innerlich erlebter Sicherheit, von erlebtem Wohlbefinden. Gleichzeitig treten Abhängigkeitswünsche zutage, die ihrerseits eine gegebene Infantilität der Persönlichkeitsstruktur anzeigen. Die dem Objektverlust unmittelbar folgende narzisstische Kränkung ruft bei dem Patienten intrapsychisch reaktiv eine Mobilisierung von aggressiven Triebwünschen hervor. Die aktualisierten Aggressionen können jedoch nicht bewusst ertragen werden, sondern müssen wieder abgewehrt werden (ZEPF 1976). Dahinter steht aus psychodynamischer Sicht ein Aggressionskonflikt: Bei Äußerung der

Aggression wird der Verlust der Möglichkeit der Anlehnung an seine (Abhängigkeits)Objekte - Angehörige oder auch Ärzte in der Behandlung – befürchtet. Bei ausgeprägter Alexithymie wird die Unfähigkeit, Konfliktspannungen – narzisstische Konflikte, Aggressionskonflikte – auf psychischer Ebene zu benennen und zu verarbeiten (siehe oben) als sehr ausgeprägt angesehen (STEPHANOS 1973). Die intrapsychischen Spannungen erreichen unmittelbar den Körper, ohne durch psychische Verarbeitungsprozesse hindurchzugehen (siehe auch oben 3.3. De- und Re-Somatisierungsmodell, SCHUR 1955). Psychosomatisch kranke Patienten, so auch Patienten mit Somatoformen Störungen haben die Tendenz Objekte (ihr Gegenüber) nach dem Muster des eigenen wenig strukturierten Selbstbildes, auf dem Boden eines instabilen Selbst, wahrzunehmen. Da ihnen dies notwendiger Weise im sozialen Kontakt viele Schwierigkeiten einbringt, versuchen sie, entsprechend ihrer inneren Ökonomie, ihr Leben mit einem Minimum an emotional tieferen Kontakten zu organisieren. Durch den Aspekt der projektiven Reduplikation – bedeutet Verdoppelung, Abbild, bzw. sein Gegenüber nur als Ebenbild seiner selbst bzw. als psychisch unkonturiertes, unprofilertes Wesen ohne spezifische Eigenschaften wahrnehmen – kann die Alexithymie nicht als neurophysiologische Störung der Affektverarbeitung gesehen werden, sie erweitert sich in ihrem Verständnis um die Dimension der Beziehungsgestaltung. Nach der Auffassung von FAIN und MARTY (1965) handelt es sich bei der Reduplikation um einen primitiven Anpassungsmechanismus, der den Patienten mit psychosomatischer Pathologie vor Spannungen und Konflikten schützt und seine Objektbeziehungen prägt. Beide Autoren sprechen auch von einer Mechanisierung der Objektbeziehung. Ähnliche Phänomene versuchte KOHUT (1971) mit seiner Beschreibung der „Zwillingsübertragung“ oder der „Spiegelübertragung“ für die narzisstische Übertragung zu erfassen. In der Gegenübertragung fühlt sich der Untersucher oft leer, alleingelassen, emotional wenig angeregt, so dass der Begriff der „R^élation blanche“ hinzutrat (TAYLOR 1977).

5. Persönlichkeitsaspekte bei Angststörungen und Somatoformen Störungen

Persönlichkeit kann verstanden werden als ein überdauerndes Muster des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und des Denkens über die Umwelt. Mit Persönlichkeitsaspekten möchte ich charakteristische Merkmale anführen, die die betreffenden Patienten in einem eher stärkeren Maße aufweisen im Vergleich mit nicht erkrankten Personen.

5.1. Charakteristische Aspekte bei Angststörungen

Die Ausdifferenzierung des ursprünglichen Krankheitsbildes der Angstneurose (FREUD 1895) wurde im ICD 10 nach phänomenologischen Gesichtspunkten vorgenommen (siehe hierzu auch Angststörungen, Terminologie Kapitel 4 sowie Erläuterung der Diagnosestellung Kapitel 2). Schon in seiner frühen Bezeichnung umfasste die Angstneurose verschiedene Angstformen. Im ICD-10 werden heute unterschieden die Panikstörung, die ohne spezifische Auslöser auftritt und eine eher chronische Form nicht objektgebundener Angst, die als generalisierte Angststörung bezeichnet wird. Aus tiefenpsychologischer Sicht sind die Krankheitsbilder mit Angstsymptomatik dadurch gekennzeichnet, dass den betroffenen Personen ein spezifischer Umgang mit Objekten (im psychanalytischen Sinne sind damit Personen gemeint, mit denen der Betreffende in Beziehung steht) gemein ist (KÖNIG 1981): ihr Umgang mit Menschen ist durch die Suche nach steuernden Funktionen der Objekte gekennzeichnet. Mit steuernden Objekten sind innere Repräsentanzen gemeint, die im Prozess der Internalisierung in Interaktionen des Kindes mit seiner Mutter entstehen. Das Vertrauen des Kindes in der Gegenwart und im weiteren Verlauf seiner Entwicklung in seine Fähigkeiten zu lernen und selbständig zu handeln wird dadurch mit beeinflusst. Erfolgt die Internalisierung auf dem Boden einer positiven Gefühlsbeziehung zur Bezugsperson, so wird das steuernde innere Objekt in die innere Welt des Kindes integriert und kann kompetent wirksam werden. Ist die Beziehung zur Mutter eher negativ getönt, so kommt es zur Introjektion des steuernden Objektes und es bleibt von den Selbstrepräsentanzen getrennt. Die Folge ist geringe oder völlig fehlende Wirksamkeit des inneren Objektes in Bezug auf ein adäquates Handeln bei der Bewältigung der äußeren Realität. Die Entwicklung eines kompetenten steuernden Objektes kann auch durch Anlagefaktoren eines Kindes behindert sein, so durch eine übergroße angeborene orale Aggressivität, wodurch die Entwicklung einer positiven Gefühlsbeziehung gestört ist (KERNBERG 1975). Die positiven steuernden Objekte haben eine autonomiefördernde Funktion (STIERLIN 1971) und ermöglichen dem Betreffenden, sich mit Teilen seiner selbst in Beziehung zu setzen, dass ein innerer Dialog entstehen kann. Das innere Objekt ermöglicht auf diese Weise Unabhängigkeit von der Außenwelt (KERNBERG 1975). Beim Angstpatienten ist die Entwicklung eines positiven steuernden Objektes gestört (KÖNIG 1981) und Anteile des Selbst können sich im Rahmen der Ich-Entwicklung nicht ausreichend ausbilden. Dies kann passieren, wenn die Bezugsperson, im Allgemeinen die Mutter, die motorische Expansivität des Kindes ängstlich verfolgt und

einschränkt. Oder die Mutter verhält sich distanziert, was dem Kind erschwert durch Identifikation oder auch Imitation eigene Handlungskompetenzen zu entwickeln. Als Ersatz für das mangelhaft ausgebildete innere steuernde Objekt werden in der Außenwelt steuernde Ersatzobjekte gesucht: entweder bleibt die betreffende Person von der Mutter abhängig oder von späteren Beziehungspersonen oder auch Beziehungsgruppen oder Institutionen. Wie ausgeführt, wird durch das Verhalten der Beziehungspersonen das Kind in seiner expansiven Entwicklungsphase – beginnende Lokomotion als Phase der Trennung, aber auch der Wiederannäherung – in seiner Ich-Entwicklung gestört und es entsteht Angst im Umgang mit den expansiven Impulsen. Dies könnte die Grundlage für den Bindungs- und Autonomiekonflikt des Angstpatienten sein (MERTENS 1981). Partnerschaftskonflikte oder Trennungssituationen bilden typische Auslöser zur Manifestation der Symptomatik bei einem Angstpatienten. Gesucht werden starke Schutzpersonen (TRESS et al. 1995) zur Reduktion der eigenen tief greifenden Ängste. Möglicherweise spiegeln die Angststörungen unterschiedliche Grade an Ich-Stärke und Angstbewältigung wider, wobei die generalisierte Angststörung die Angsterkrankung mit dem geringsten Grad an Ich-Stärke darstellt und die Panikstörung sich eher durch einen hohen Grad an Ich-Stärke auszeichnet (TRESS et al. 1995).

Phobisch strukturierte Menschen sind im Allgemeinen wenig initiativ, sie arbeiten aber gut auf Anweisung (KÖNIG 1979). Ebenso können sie aber auch erfolgreich in leitender Position sein, wenn ein fester Verhaltenskodex für die mit der Position verbundene Rolle zur Verfügung steht. Die berufliche Rolle bekommt dann eine steuernde Funktion und erfüllt die Funktion des Begleiters im Sinne eines steuernden Ersatzobjektes. Viele angstneurotische Patienten schämen sich ihrer Symptome oder sie haben sich daran gewöhnt, dass sie ihre Symptomatik als normal empfinden (KÖNIG 1981). Nicht selten wird durch Vermeidungsstrategien Angstfreiheit erreicht, allerdings um den Preis einer Einschränkung im alltäglichen Lebenskontext. Patienten mit einer Panikstörung entwickeln oft sekundär die Furcht zu sterben oder die Kontrolle über ihr Handeln und Empfinden zu verlieren. Manchmal entwickelt sich auch die Angst, wahnsinnig werden zu können. In oft mehrere Tage oder Wochen anhaltenden symptomfreien Intervallen schwanken die Patienten zwischen der Hoffnung, die Panikattacken überwunden zu haben und einer starken Erwartungsangst, jederzeit einen erneuten Anfall erleiden zu können (ANGENENDT et al. 2000). Patienten mit einer generalisierten Angststörung erscheint die Welt bedrohlich und voller Risiken. Ohne spezifische Hinweise auf eine akute Bedrohung werden Un-

glücksfälle, Krankheiten und Schicksalsschläge für die eigene Person oder das soziale Umfeld befürchtet und ängstlich antizipiert. Starke Grübelneigung und der Rückzug aus sozialen Kontakten sind häufig Folgeerscheinungen. Patienten mit generalisierter Angststörung zeichnen sich im Allgemeinen durch motorische Anspannung, erhöhte Vigilanz und vegetative Übererregtheit aus (RAPEE u. BARLOW 1990).

5.2. Charakteristische Aspekte bei Somatoformen Störungen

Ein wesentlicher Beitrag für einen psychologischen Zugang zum Schmerzverständnis stammt von ENGEL (1959). Schmerzanfällige Patienten weisen oftmals bewusste oder unbewusste Schuldgefühle auf, wobei der Schmerz offensichtlich die Funktion einer Sühneleistung hat. Bei den betreffenden Patienten lässt sich ein lebensgeschichtlicher Hintergrund explorieren, der dazu prädisponiert, Schmerz in diesem Sinne einzusetzen. Charakteristisch ist eine lange Liste von schmerzhaften Verletzungen, Operationen und Behandlungen sowie eine lange Geschichte von Leid und Niederlagen, ebenso wie eine Intoleranz für Erfolg, im Sinne eines masochistischen Charakterzuges, verbunden mit der Neigung, Schmerzerlebnisse geradezu zu provozieren. Aggressive Bedürfnisse werden nicht ausgelebt, an ihre Stelle tritt der Schmerz. Oft wird der Schmerz bei den Betroffenen Ersatz für einen Verlust, wenn eine Beziehung bedroht ist oder auseinander gegangen ist. Konflikthafte sexuelle Impulse führen tendenziell zu einer sadomasochistischen Entwicklung mit Auftreten von Schmerzepisoden. Die Schmerzlokalisierung ist bestimmt durch vorausgegangene Schmerzerfahrungen („Schmerzgedächtnis“). Die Lokalisation kann aber auch beeinflusst sein durch eine Identifizierung mit einer sozialen Bezugsperson, wobei der Schmerz in seiner Modellfunktion nur phantasiert wird oder Wirklichkeit sein kann. Aus den Ausführungen wird deutlich, dass Schmerz eine „psychoprothetische Funktion“ (HOFFMANN 2003), meint Ersatzwahrnehmung, Ersatzvorstellung, erfüllen kann. Dabei geht es primär nicht um eine Spannungsentlastung, sondern um die Aufrechterhaltung des psychischen Funktionierens in einer narzisstischen Krise: Schmerz als Stabilisator des bedrohten Selbstwertgefühls. Ebenso kann es zur Umwandlung von Affekten in körperliche Spannungszustände kommen oder der Schmerz dient der Konfliktentlastung (HOFFMANN 2003) im Sinne einer Konversion über eine körpersprachlich ausgedrückte Symbolisierung. Über wirklich eingetretene oder auch nur phantasierte Verluste kann der Schmerz seine pathogene Potenz etablieren (SCHORS et al. 1992): Was kränkt, macht krank.

Dass Schmerzpatienten weniger in der Lage sind, ihre Gefühle wahrzunehmen, sie auszu-drücken und zu benennen wurde bereits ausgeführt (siehe 4.2.4. Ausführungen zur Alexithymie S. 19 ff). Entsprechende Personen scheinen leichter in einen Teufelskreis von körperlichen Symptomen, Fehlwahrnehmung von Körpersensationen, chronischen Stressoren und fehlender sozialer Unterstützung zu geraten. Sie sind dadurch stärker gefährdet für Chronifizierung von Schmerzen (GÜNDEL et al. 2000). Menschen mit einer ausgeprägten Alexithymie sind wenig autonom, stark sozial angepasst und es bestehen oft symbiotisch enge Beziehungen zu einem Partner.

Schmerzpatienten sind im Allgemeinen eher ängstlich. Erhöhte Angstwerte wurden bei Patienten mit LWS-, Unterleibs, Gesichts- und Kopfschmerzen sowie bei primärer Fibromyalgie beschrieben (HARDT 1995). Bei der Einschätzung, ob sich die Krankheitssymptome bessern, ist der Schmerzpatient eher fatalistisch. Bei Fragen zur Kontrollüberzeugungen bei Krankheit und Gesundheit (LOHAUS und SCHMITT 1989), also Fragen nach Zusammenhängen zwischen dem eigenen Verhalten und den Konsequenzen dieses Verhaltens in der inneren und äußeren Wirklichkeit, schreiben die Betroffenen das Eintreten bestimmter Ereignisse eher dem Zufall zu (TOOMEY et al. 1993). Diese Haltung ist unabhängig von der Schmerzdauer und der Schmerzintensität und kann insofern als ein zur Schmerzchronifizierung prädisponierendes Persönlichkeitsmerkmal gesehen werden (NILGES 1999). Eine niedrige internale Kontrollüberzeugung – „Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen“ – führt gehäuft zu Missbrauch bzw. häufigere Abhängigkeit von Medikamenten (NILGES et al. 1990).

6. Entwicklung der Fragstellung

6.1. Unterschiedliche Aspekte im Hauterleben bei Angststörungen und Somatoformen Störungen

Systematische Untersuchungen zum Hauterleben von Angstpatienten oder Patienten mit einer Somatoformen Störung lassen sich in der Literatur nicht finden. Dass es hier Unterschiede geben kann, wird im Kontakt mit den Betroffenen im Alltagsleben und im besonderen im klinischen Kontext deutlich. Anfassen, Anschmiegen, Berühren der Haut geben dem Neugeborenen und in der weiteren Entwicklung dem heranwachsenden Kind von Anfang an die Bestätigung und die Versicherung, dass es ein anderes Wesen gibt, bei dem es durch sein bloßes Dasein, dadurch dass es berührt werden kann, Freude findet. Dass das Kind die Mutter anfassen kann, gibt ihm ein tiefes Gefühl der Sicherheit, denn

letzten Endes glauben wir an die Realität eines Dinges nur, wenn es greifbar ist (MONTAGU 1988). Wenn ich das Objektive und Andere >außerhalb meiner selbst< meines eigenen Körpers fühle, erlebe ich gleichzeitig mein Selbst (ONG 1967). Für dieses Fühlen ist die Haut als Sinnesorgan eine wesentliche Voraussetzung.

Gesundheit und Krankheit spiegeln sich über die Haut wieder. Besonders plastisch liest sich die innige Verbindung von Haut und Gesundheit bei HILDEGARD VON BINGEN (1098-1179): „Ein Mensch ist gesund, wenn die Farbe auf den Wangen rötlich durch die Haut leuchtet, so dass die Farbe unter der Haut sichtbar wird wie bei einem Apfel, der klar und blank ist. Ein solcher Mensch hat das Kennzeichen des Lebens an sich, das eben darin zu sehen ist, dass die rötliche Farbe auf seinen Wangen durch die Haut schimmert so wie dies mit einer weißen Wolke geschieht, durch die mitunter eine andere, glasklare Wolke scheint.“ Wir leben in unserer Haut, unsere Haut wird uns zum eigenen Haus, in dem wir uns wohl und geborgen fühlen können.

Für den Angstpatienten wird die Haut möglicherweise zur Zuflucht. ANZIEU (1991). ANZIEU sieht die Haut als „psychischen Schutzmantel“, der vor zu großer Durchlässigkeit und Verletzlichkeit bewahrt. Unter diesem Aspekt betrachtet ist die Haut vom Angstpatienten eher libidinös besetzt. Affekte wie Sexualität und Zärtlichkeit sind als Bedürfnisse eng mit dem Hauterleben verknüpft. Im Vergleich zu Schmerzpatienten oder Patienten mit einer Somatisierungsstörung ist zu vermuten, dass Angstpatienten eher zärtliche Zuneigung und sexuelle Stimulation nonverbal über die Haut erleben können. Sie dürften eine eher liebevolle und positiv besetzte Beziehung zu ihrer Haut haben. Der Schmerzpatient oder auch derjenige, der von körperlich erlebten Symptomen in seinem Alltagserleben gestört oder geplagt wird, wird sich oft nicht wohl in seiner Haut fühlen, möchte am liebsten seiner Haut entfliehen. Ein Patient mit langjährigen chronisch erlebten Körperschmerzen, für die keine somatischen Ursachen gefunden werden konnten, gab mir zu verstehen, dass er seinen Körper „nicht mehr fühlen wolle, dass er sich ein neues Zuhause wünsche“. Schmerzpatienten und Patienten mit einer Somatisierungsstörung fühlen sich „neben“ ihrer Symptomatik oft wie abgespalten, wie tot oder fremd. In ihrer Haut erleben sie sich oft wie in oder hinter einer Mauer. Die Haut ist wenig libidinös besetzt bzw. eher negativ, sie ist störend, hinderlich. Ihre Haut vermittelt eher weniger erotische und sexuelle Gefühle. Über sie kann weniger Zärtlichkeit gegeben und empfangen werden. Der Angstpatient wird seine Haut aus

seiner größeren Verbundenheit mit ihr wohl eher schützen, pflegen und liebevoll behandeln.

Zu erwarten ist, dass sich das unterschiedliche Hauterleben bei dem Erleben von Nähe und Distanz zeigt. Die Haut ist das Fenster von der einen in die andere Welt, aber auch die dichte Wand, die eine Berührung der inneren Elemente mit den äußeren zu verhindern weiß (CONDRAU, SCHIPPERGES 1993). Angstpatienten und die Patienten mit körperlich erlebten Schmerzen oder einer Somatisierungsstörung werden aus unterschiedlichen Gründen und Motiven Nähe zulassen bzw. verhindern. Angstpatienten fehlt oft das steuernde innere Objekt (KÖNIG 1981). In Gegenwart eines Anderen ist die Angst gebannt, fühlen sie sich wohl in ihrer Haut. Allerdings dürfte dieses Wohlfühlen bei der Gestaltung eines eigenen Lebens- und Entfaltungsraumes eher brüchig sein, auf Grund des gegebenen Bindungs- und Autonomiekonfliktes (siehe auch oben 5.1./ MERTENS 1981). Schmerzpatienten und solche mit einer Somatisierungsstörung erleben Nähe eher „rein räumlich“, das Gefühl ist gedrosselt. Emotionale Impulse werden auch bei Verletzungen im sozialen Kontakt oftmals nicht ausgelebt. Die Patienten bleiben „in ihrer Haut gefangen“, ggf. übernimmt der Schmerz eine „psychoprophetische Funktion (siehe auch 5.2. / HOFFMANN 2003). Im Schmerz spürt sich der Patient und stabilisiert so sein Selbstwerterleben.

6.2. Ableitung der Fragestellung

Die Ausführungen in den vorhergehenden Kapiteln beschreiben die außerordentliche Bedeutung der Haut für die Entwicklung der Person. Die Haut ist der Ort des Wohlfindens und der Verführung, sie verschafft uns Schmerzen wie Lust (ANZIEU 1991).

Die Haut ist die äußerste und somit erste und letzte Kontaktzone des menschlichen Leibes zur Umwelt, sie ist demzufolge Beziehungsstätte (CONDRAU 1993). Sie ist nicht nur ein anatomisches Organ. Aus psychologischer Sicht ist die Haut als Schranke zwischen dem Ich und dem Du Grenzorgan. Sie ist Kontaktorgan für das Individuum zur Umwelt. Als Ausdruckorgan ist sie ein Spiegel unserer Seele. Für den Betrachter ist die Haut Eindrucksorgan. Unter somatischem Aspekt vermittelt die Haut als Sinnesorgan Wärme, Kälte, Tast-/Berührungsqualitäten, Kribbeln, Jucken, Schmerz, Brennen,...sie dient der Thermoregulation und sie erfüllt mit ihrer Hautatmung eine lebenswichtige Funktion (CONDRAU 1993). In meiner Haut bleibe ich mein ganzes Leben lang „beheimatet“.

Arbeitshypothese der vorgelegten Untersuchung ist, dass die untersuchten Patientenkollektive – auf der einen Seite Angstpatienten, auf der anderen Seite Patienten mit einer Somatoformen Störung – sich in ihrem Haut-Erleben, in ihrer Hautzufriedenheit, in dem für das persönliche Wohlbefinden wichtige Erleben von Nähe und Distanz im sozialen Kontext signifikant messbar unterscheiden. Entsprechende Hypothesen werden im nächsten Abschnitt formuliert.

Es wird davon ausgegangen, dass die Grundlagen für das Hauterleben – neben krankheitstypischen Merkmalen – bereits von Beginn der individuellen Entwicklung an geschaffen wurden und ggf. Störungen, Beeinträchtigungen, Schädigungen oder auch Mangel im Hautkontakt die Ausbildung einer gesunden Identität, verbunden mit einem stabilen Selbst, verhinderten (ANZIEU 1980, FEDERN 1952, FREUD A 1968, FREUD 1923, KELLETER 1990, MONTAGU 1971). Das emotional unterschiedliche Erleben von Nähe und Berührung der untersuchten Störungsgruppen wird möglicherweise bei Vorliegen einer Hauterkrankung noch verstärkt.

Zur Untersuchung der Arbeitshypothesen wurde mit dem Hautzufriedenheitsfragebogen (HautZuf) ein tiefenpsychologisch orientiertes Testinstrument gewählt (GROLLE, KUPFER, BROSIG, NIEMEIER, HENNIGHAUSEN, GIELER 2003), das dem zuvor referierten Denkansatz Rechnung trägt. Mit dem HautZuf kann der Umgang mit der Haut bei Gesunden und Kranken erfragt werden wie dies in vergleichbarer Weise mit keinem schon bestehenden Test möglich ist (GROLLE 2004, Dissertation). Entsprechend dem Patientenkollektiv enthielt das Fragebogenmaterial Selbstbeurteilungsbögen zum Problemfeld der Angst und Depression (Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) sowie zur der Fragestellung wie psychosomatisch erkrankte Patienten ihre Gefühle wahrnehmen und zum Ausdruck bringen können (Toronto-Alexithymie-Skala – 26 (TAS-26). Des Weiteren erhielten die Probanden einen kurzen Fragenkatalog (SCL-K-9) zur Einschätzung der Relevanz eines psychischen Beschwerdedrucks.

Das vorgelegte Testmaterial wird inhaltlich an anderer Stelle (siehe Punkt 8.) erläutert.

7. Formulierung der Hypothesen

- 1a. Patienten mit einer Somatoformen Störung erleben sozialen Kontakt und soziale Nähe weniger belastend und störend als Patienten mit einer Angststörung
- 1b. Patienten mit einer Somatoformen Störung sind alexithymer als Patienten mit einer Angststörung
2. Angstpatienten sind in ihrer Grundstimmung mehr beeinträchtigt als Patienten mit einer Somatoformen Störung
- 3a. Patienten mit einer Angststörung sind introspektiver als Patienten mit einer Somatoformen Störung
- 3b. Patienten mit einer Angststörung sind weniger alexithym als Patienten mit einer Somatoformen Störung
4. Patienten mit einer Angststörung unterscheiden sich hinsichtlich erlebter Angst und Depression von Patienten mit einer Somatoformen Störung
- 5a. Die Haut von Angstpatienten ist libidinös besetzt. Bei Vorliegen einer Hauterkrankung sind Patienten mit einer Angststörung in ihrem Erleben beeinträchtigt als Patienten mit einer Somatoformen Störung und zugleich einer Hauterkrankung.
- 5b. Angstpatienten mit einer Hauterkrankung sind im sozialen Kontakt bindungsgestörter
6. Störungen im Sozialverhalten bei der Gestaltung und dem Erleben von Nähe und Distanz bei Patienten mit einer Angststörung oder Somatoformen Störung lassen sich mit den Skalen des HautZuf erfassen

8. Patientenkollektiv und Methodik

8.1. Stichprobe

Die Untersuchung wurde durchgeführt an einer Rehabilitationsklinik für Psychosomatik, Innere Medizin und Physikalische Medizin der Landesversicherungsanstalt Hannover. In die Untersuchung wurden 101 Patienten aufgenommen. Die Erhebung des Patientenkollektivs erfolgte in der Zeit von Anfang März '04 bis Anfang August '04.

Die Patienten reisten alle am selben Wochentag – dienstags – an. Am Anreisetag wurde mit ihnen ein psychologisch-diagnostisches Aufnahmegespräch durchgeführt. Ebenfalls erfolgte eine körperliche Aufnahmeuntersuchung. In einzelnen Fällen lagen die genannten Untersuchungen an 2 Tagen. Zwei oder drei Tage nach der Anreise erfolgte die oberärztliche Zweitsicht im Team, zusammen mit der/dem aufnehmenden Psychologin/en, der/dem aufnehmenden Assistenzärztin/-arzt und einer Pflegekraft. Dabei wurden zunächst die betreffenden Patienten, ohne dass sie anwesend waren, kurz mit ihren klinisch und sozial relevanten Daten vorgestellt. Danach erfolgte eine kurze Nachexploration der/des jeweiligen Patientin/en durch die leitende Psychologin und den Oberarzt im Team. Unter Berücksichtigung vorhandener Vorbefunde wurde eine Diagnose gestellt. Diejenigen Patienten mit einer Angststörung – Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Angst und Depression gemischt - bzw. mit einer Somatoformen Störung – Somatisierungsstörung, anhaltende Somatoforme Schmerzstörung – wurden in die Studie aufgenommen.

Durch den Untersucher persönlich wurden die jeweils benannten Patienten im Rahmen einer Informationsgruppe am Wochenbeginn nach der Anreiseweche, noch vor Beginn einer eigentlichen Behandlung, über die geplante Studie informiert. Diejenigen, die sich zur Teilnahme freiwillig entschlossen, erhielten in der Situation die Testunterlagen (siehe Anhang) ausgehändigt. Sie wurden gebeten, die ausgefüllten Unterlagen innerhalb der nächsten beiden Tage zurückzugeben. Nach Abgabe wurden die Testbögen durch den Untersucher selbst auf Vollständigkeit überprüft und in Einzelfällen vergessene Antworten nachgefragt.

8.2. Messinstrumente

8.2.1. Gießen-Test (GT-S)

Die Entwicklung des GT begann 1964. Die endgültige Testversion wurde 1968 an einer repräsentativen Stichprobe mit 660 Personen im Alter von 18 -60 Jahren standardisiert. Nach zwei Neustandardisierungen 1975 und 1989 wurde der Fragebogen erstmals 1994 an einer gesamtdeutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe normiert (BRÄHLER et al. 1999). Die Konstruktion des Verfahrens erfolgte unter tiefenpsychologischen, rollentheoretischen und interaktionistischen Gesichtspunkten. Erfasst wird wie sich die untersuchte Person in psychoanalytisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen darstellt. Die einzelnen Items im GT sind bipolar formuliert. Die Gewichtung erfolgt durch die Zahlen 3 -2 -1 0 -1 -2 -3. Von den insgesamt 40 Items werden 36 Items zu sechs Skalen zusammengefasst, die jeweils aus 6 Items bestehen: Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit, Soziale Potenz. Außerdem existieren zwei Kontrollskalen: Skala M (erfasst die Anzahl der 0-Ankreuzungen), Skala E (erfasst die Extremwert-Ankreuzungen links oder rechts). Des Weiteren gibt der GT Auskunft über das Selbst- und Fremdbild einer Person sowie über ihre „idealen“ Selbst- und Fremdbilder. Mit Hilfe von Auswertungsschablonen werden den angekreuzten Antworten in Abhängigkeit von der Itempolung Rohwerte von 1 -7 zugeordnet. Der Skalenrohwert ergibt sich durch die Addition der Itemrohwerte. Mit Hilfe von Profilblättern können die Skalenrohwerte in Prozentränge oder T-Werte umgewandelt werden. Die Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität, Validität (inhaltlich, faktoriell, kriteriumsbezogen) wurden in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen und bestätigt (BRÄHLER et al. 1999, KRAUS et al. 1980).

8.2.2. Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)

Es existieren eine ganze Reihe von standardisierten und validen Fragebögen, die sich aus psychosomatisch-psychologischer Sicht mit der Krankheitsverarbeitung bei Hauterkrankungen, mit der damit verbundenen Lebensqualität und der Entstellung durch die Erkrankung befassen. Mit dem Fragebogen zur Hautzufriedenheit (GROLLE et al. 2003) wurde ein Testinstrument konzipiert, das die Zufriedenheit und den Umgang mit der eigenen Haut aus tiefenpsychologischer Sichtweise erfasst. Der HautZuf kann sowohl bei Hautkranken, bei anderen Patienten als auch bei Gesunden eingesetzt werden. Bei der

Konzeption wurde zunächst auf dem Boden von theoretischen Überlegungen von fünf a priori Skalen mit 69 Items ausgegangen. Ziel war es, die Bedeutung der Haut bei der Regulierung von Nähe und Distanz, beim Erleben von Scham und Ekel, bei der Sexualität sowie im Selbsterleben aus tiefenpsychologischer Sicht zu erfragen. Der Entwicklung dieser Items ging ein inhaltliches Expertenrating und eine Pilotphase an Laien zur Verständlichkeitsprüfung voraus. Wesentlicher Hintergrund für die tiefenpsychologische Konzeption des HautZuf sind die theoretischen Überlegungen zur Bedeutung der Haut in der Entwicklung des Selbst sowie der Entwicklung eines Haut-Ich (ANZIEU (1991). Befragt wurden zunächst 185 Probanden (Gymnasiasten des 2. Bildungswesens, n=54, Patienten der psychosomatischen Ambulanz in Gießen, n=67, Medizinstudenten im 1. Semester an der Universität Gießen, n=64). Im Laufe der endgültigen Fragebogenentwicklung wurden im Zuge der Faktorenanalyse schließlich fünf Skalen gebildet, die im Vergleich zu den Ursprungsskalen sich stärker auf Berührung im eigentlichen und unmittelbaren Sinne konzentrierten (JUNGBLUT 2004, Dissertation). Die Faktorenanalyse wurde an vollständigen Datensätzen von 160 Probanden durchgeführt, basierend auf jetzt 50 Items. Folgende Bereiche wurden gebildet: Partnerschaftliche Berührung, Scham, Berührung in der Familie, Ekel und Selbstberührung. Letztlich wurde der standardisierte Fragebogen von ursprünglich 69 Items auf 32 Items mittels dreimaliger Faktorenanalyse und jeweils zugehöriger Komponentenmatrix reduziert. Alle Skalen weisen ein hohes Maß an innerer Konsistenz und Reliabilität (Cronbach's alpha: 0,73-0,80; Split-half-Reliabilität: 0,71-0,78) auf. Der HautZuf zeichnet sich durch eine gute Verständlichkeit und eine präzise Ausdruckweise aus. Er macht eine differenzierte Erfassung vieler Lebensbereiche möglich, und dies eben nicht nur bei Hautkranken, sondern auch – wie oben bereits erwähnt – auch bei anderweitig Erkrankten. Bei der jetzt durchgeführten Untersuchung erhielten die Patienten einen noch einmal um 2 Fragen reduzierten Testbogen, ohne dass sich dadurch die statistischen Parameter änderten.

8.2.3. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ist ein kurzer Selbstbeurteilungsfra-gebogen zur Erfassung von Angst und Depression. Die Scale wurde Anfang der 80er Jahre in England (ZIGMONT und SNAITH 1983) für Patienten in somatisch-medizini-schen Einrichtungen entwickelt. Im Gegensatz zum General Health Questionnaire (GHQ)

in seiner damaligen Form (GOLDBERG und HILLIER 1979) sondierte die HADS keinen heterogenen Symptombereich, sondern erfragte sie gezielt Angst und Depression als „the most common aspects of neurosis presenting in hospital practice“ (ZIGMOND und SNAITH 1983). Sie enthält nur Items zur emotionalen Befindlichkeit und nicht auch noch solche mit subjektiven Angaben zur körperlichen Befindlichkeit.

Die Einführung einer deutschen Version – HADS–D – erfolgte durch HERRMANN und BUSS (1995). Ausgangspunkt der Adaptation der HADS an die deutschen Verhältnisse war eine Studie zur Verbesserung der Diagnostik von kardiologischen Patienten. Hierbei zeigte sich, dass durch die Verbindung unterschiedlicher Datenebenen – objektiv-apparative Diagnostik + subjektive Beschwerdeangaben + psychische Selbstbeurteilung – eine Verbesserung der Vorhersage somatischer Befunde erreicht werden kann (HERRMANN et al. 1991). Die ursprüngliche HADS-Angstskala setzt sich aus 6 Items zusammen, die ausschließlich psychische Manifestationen von Angstneurosen darstellen sollen, sowie einem zusätzlichen Item zu Panikattacken. Abgebildet werden überwiegend mittel- und längerfristige Änderungen des globalen Angstniveaus, keine kurzfristigen Schwankungen im Rahmen medizinischer Behandlungen. Die Items der Depressionsskala fragen nach einer sog. „endomorphen“ Symptomatik (SNAITH 1987), charakterisiert durch eine herabgesetzte Fähigkeit, Freude zu erleben oder zu antizipieren. Es handelt sich um eine deskriptive Kategorie, die den größten gemeinsamen symptomatischen Nenner mit anderen Depressionsmodellen darstellt (KLEIN 1974). Die deutsche Version enthält 14 Items, je 7 pro Subskala in alternierender Reihenfolge. Die Antwortmöglichkeiten sind vierstufig. Das Skalenniveau ist ordinal. Die Angstskala erfragt Symptome wie allgemeine Befürchtungen und Sorgen, Nervosität, Aspekte motorischer Spannung bzw. Entspannungsdefizite, entsprechend den Leitlinien des ICD-10. Die Items der Depressionsskala fragen nach Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebes, also Leitsymptomen von depressiven Episoden. Die Validierung der deutschen Version erfolgte an insgesamt 6200 Patienten (5579 kardiologische Pat., 62 Patienten aus vier Nervenarztpraxen, 77 unausgewählte Pat. der hämatologisch-onkologischen Ambulanz, 18 Pat. einer chronischen Dialysestation, 33 Pat. mit chronischem Fibromyalgie-Syndrom, 70 Pat. aus einer Untersuchung zum psychischen Befinden von Rückenschmerzen, 136 Medizinstudenten im Anschluss an eine internistische Vorlesung, 18 Pat. einer psychiatrischen Klinik, 207 Personen aus der Göttinger Bevölkerung – von denen bezeichneten sich 152 als gesund, 55 gaben eine chronische Erkrankung oder ein gesundheitliches Problem

an). Die innere Konsistenz – Cronbach's alpha - betrug in dem untersuchten Kollektiv für die Angstskaala 0.80 (n=5338) und für die Depressionsskala 0.81 (n=5338). Der split-half-Koeffizient nach Spearman-Brown liegt für beide Skalen bei 0.81, für die gesamte HADS-D bei 0.88.

8.2.4. Toronto-Alexithymie-Skala – 26 (TAS-26)

Die TAS-26 wurde in ihrer englischen Originalversion Mitte der 80er Jahre entwickelt (TAYLOR et al. 1985). Mit Hilfe der Items sollte es möglich werden, zu standardisierten Aussagen darüber zu kommen, wie Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen ihre Gefühle wahrnehmen, sie benennen und zum Ausdruck bringen können. Die zuvor entwickelten Untersuchungsverfahren wie der Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (SIFNEOS 1973), ein Fremdbeurteilungsverfahren oder die Schalling-Sifneos Personality Scale (APFEL und SIFNEOS 1979), ein Fragbogen zur Selbsteinschätzung, waren aus Sicht der Testgütekriterien unbefriedigend. Die Toronto-Alexithymie-Skala beinhaltet 26 Items. Diese waren ursprünglich den vier Skalen zugeordnet: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, Extern orientierter Denkstil, Reduzierte Tagträume. Zusätzlich sollte eine Gesamtskala gebildet werden, die die vier Einzelskalen als Summationswert - Alexithymie-Score - umfassen sollte. Dabei ergab sich das methodische Problem, dass einige Items mehreren Skalen zugeordnet waren, was die Bildung eines Gesamtscores schwierig machte. Für den nordamerikanischen Raum erwies sich schließlich unter testtheoretischen Aspekten - interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität – eine Fassung zufrieden stellend (TAS-20, BAGBY et al. 1994) mit nur drei Skalen. Die Items der Skala „Reduzierte Tagträume“ wurden eliminiert, für die Skala „Extern orientierter Denkstil“ wurden neue Items hinzugenommen. Die Items für die beiden anderen Skalen wurden weitestgehend beibehalten. Den Autoren der deutschen Fassung der Toronto-Alexithymie-Skala-TAS-26 (KUPFER et al. 2000) erschienen in der verkürzten Fassung die zum Teil schlechten bzw. uneinheitlichen Werte für die internen Konsistenzen bzw. der Eindruck, dass vor allem Items der neu konzipierten 3. Skala einen eher schichtspezifischen Umgang mit Gefühl und Sprache charakterisierten, Grund genug, die ursprüngliche alte TAS-26 Version für den deutschsprachigen Kulturkreis umzusetzen. Die Daten für die Normierung wurden 1996 im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe

erhoben. Die Gesamtstichprobe bestand aus 2047 Personen im Alter von 14-95 Jahren. Die Faktorenanalyse wurde als Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. Entsprechend dem englischen Original wurden 4 Faktoren als Zielvorgabe eingegeben. Beibehalten wurden 3 Faktoren: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (Skala 1), Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (Skala 2) und Extern orientierter Denkstil (Skala 3), die 40 % der Varianz aufklärten. Aus sämtlichen Items kann ein Globalwert (Skala 4) für die Ausprägung der Alexithymie gebildet werden. Die Werte für die innere Konsistenz der einzelnen Skalen können für Skalen 2 und 3 als sehr befriedigend – Cronbach's alpha 0.69 bzw. 0.67 – angesehen werden, für die Skalen 1 und 4 als gut – Cronbach's alpha 0.84 bzw. 0.81. Ebenfalls ergaben sich befriedigende bis gute Werte für die split-half-Reliabilität: 0.70 bzw. 0.65 für die Skalen 2 und 3 und 0.84 bzw. 0.83 für die Skalen 1 und 4. Insbesondere die statistischen Kennwerte für die Skala „Extern orientierter Denkstil“ sowie für die Gesamtskala liegen deutlich über den entsprechenden Werten der deutschsprachigen Version der TAS-20 (KUPFER et al. 2000). Die Mittelwerte der TAS-26 Skalen sind unabhängig vom Geschlecht und Alter, wohl aber besteht ein Zusammenhang zwischen Schulbildung und den erhaltenen Werten: negative Korrelation zwischen dem Grad der Schulbildung und dem Maß der Alexithymie (KUPFER et al. 2000). Für die Beantwortung jedes Items werden 5 Antwortkategorien angeboten, von trifft gar nicht zu (1) bis trifft völlig zu (5).

8.2.5. Adult Attachment Scale (AAS)

Die in der Untersuchung verwendete deutsche Version der Adult Attachment Scale (SCHMIDT et al. 2004) ist eine Adaptation an die amerikanische Originalversion (COLLINS und READ 1990). Es handelt sich dabei um einen der ersten Versuche, Ende der 80er, Anfang der 90er Jahre im Rahmen der Bindungsforschung Skalen der Selbstbeurteilung zu entwickeln. Wesentliche Annahme der in der Regel in der Persönlichkeits- und Sozialpsychologie angewandten Methoden ist, dass Bindungsstile bzw. deren zugrunde liegende Dimensionen primär Einstellungen oder Bindungshaltungen widerspiegeln, die vorwiegend bewusst wahrgenommen werden können. Die ursprüngliche Version enthielt drei Skalen mit jeweils sechs Items zu den Kategorien „Depend“ (Grad des Vertrauens, mit dem Menschen darauf bauen, dass andere für sie erreichbar sind, wenn sie sie brauchen), „Close“ (Nähe und Intimität in Beziehungen

zu anderen, um sich wohl zu fühlen oder die gebraucht wird), und „Anxiety“ (Angst in einer Beziehung nicht geliebt oder alleine gelassen zu werden). Die Skalen wurden von den amerikanischen Autoren bereits so konzipiert, dass mit den Items generelle Einstellungen in Bindungsbeziehungen erfragt wurden. Insbesondere die Skalen für Nähe und Vertrauen wiesen eine hohe Interkorrelation auf. Für die innere Konsistenz ergab Cronbach's alpha mit 0.69 für die Skala Nähe, 0.75 für die Skala Vertrauen und 0.72 für die Skala Angst befriedigende statistische Kenngrößen. Die erste Überprüfung der AAS sowie eine Überprüfung der Testgüte erfolgte Anfang der 90er Jahre in Deutschland (BÜSSELBERG 1993) im Rahmen einer nicht klinischen Stichprobe (n=233). Nicht einheitliche Erfahrungen zu den Gütekriterien der AAS, möglicherweise bedingt durch eine Heterogenität der Stichproben in den verschiedenen Studien (SCHMIDT et al. 2004) ergab die Motivation, die AAS erneut im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe (n=2050) hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften zu prüfen. Die Datenerhebung erfolgte durch ein Meinungsforschungsinstitut in einer Mehrthemenumfrage. Die Altersverteilung war balanciert, in der Gesamtstichprobe waren 1020 Frauen und 1030 Männer. Weit mehr als die Hälfte der Befragten lebten in einer Partnerschaft, der Großteil war verheiratet. Vorgelegt wurden 18 Items, die auf einer fünfstufigen Skala von „stimmt gar nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (5) eingeschätzt werden mussten. Jeweils 6 Items der Skalen „Nähe“, „Vertrauen“, „Angst“ wurden zu einem Summenscore addiert. Lediglich 2 Items wiesen mit 0.20 niedrige Trennschärfekoeffizienten auf, alle anderen Items dagegen hohe Trennschärfen. Die Prüfung der Faktorenstruktur ergab, dass die Zuordnung der Items zu den Faktoren für die Nähe- und Angstsubskala optimal, für die Subskala Vertrauen nur mit Einschränkung gelungen war: Alle Items der Näheskala wiesen höchste Ladung auf dem entsprechenden Faktor auf (mehr als 0.65), ebenso die Items der Angstskala (mindestens 0.59), wobei zugleich zwei Items mit negativem Vorzeichen auf den Nähefaktor luden. Der Faktor der Skala Vertrauen enthielt zwei Items mit höheren Ladungen auf den Faktor Nähe. Drei Items wurden schließlich in der vorgelegten Fassung eliminiert. Die Kennwerte für die innere Konsistenz erreichten mit einem Cronbach's alpha von 0.79 für die Näheskala, 0.72 für die Skala Vertrauen und 0.78 für die Angstskala zufrieden stellende Werte. Hohe Interkorrelationen wiesen Nähe- und Vertrauensskala ($r=0.64$) auf, bei gleichzeitig hoch negativer Korrelation mit der Angstskala (-0.55 bzw. -0.52). Männer beschrieben sich signifikant offener für Nähe als die Frauen. In den beiden anderen Skalen zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede.

Für die statistische Aufarbeitung der Testdaten der vorgelegten Untersuchung wurden die Items für die 3 Skalen Nähe, Vertrauen, Angst so kodiert, dass ein hoher Testwert eine hohe Ausprägung auf der jeweiligen Skala bedeutet.

8.2.6. Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-K-9)

Anfang der 70er Jahre konzipierten DEROGATIS et al. (1973) einen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung psychischer Symptombelastung. Es handelte sich dabei um eine Symptomcheckliste mit 90 Items - SCL-90-Version - und einer 5-Punkt Antwortmöglichkeit. Die Normierung erfolgte an einer nichtrepräsentativen Stichprobe mit 1002 Psychiatriepatienten (DEROGATIS 1977). Einige Items wurden geändert, ebenso die ursprüngliche Instruktion. Die Faktorenanalyse der revidierten Fassung - SCL-90-R- ergab die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Zusätzlich konnten 3 globale Kennwerte ermittelt werden: grundsätzliche psychische Belastung (global severity index – GSI), Intensität der Antworten (positive symptom distress index – PSDI), Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (positive symptom total – PST). Im deutschsprachigen Raum erfolgte die Normierung, unter Beibehaltung der von DEROGATIS vorgelegten Faktorenstruktur an einer nichtrepräsentativen Stichprobe mit 1006 Universitätsangehörigen (FRANKE 1995). Als problematisch wurde angesehen, dass die vorgenommenen Normierungen (DEROGATIS 1977, FRANKE 1995) in ihren teststatistischen Kennwerten wie interne Konsistenzen und Skaleninterkorrelationen stichprobenspezifisch beträchtlich variierten. Die Normierung an einer repräsentativen Stichprobe der Symptomcheckliste war daher unerlässlich (HESSEL et al. 2000). Ein weiteres Problem sind die teilweise hohen Interkorrelationen der Skalen, was auf deutliche Überschneidungen der untersuchten psychischen Beschwerden hinweist. Dass sich mit der Symptomcheckliste wie ursprünglich von DEROGATIS beschrieben 9 Faktoren (siehe oben) differenzieren lassen, dem konnte so nicht mehr zugestimmt werden. Vielmehr bestätigte sich die Annahme eines Generalfaktors psychischer Beschwerden, der inhaltlich als psychischer Beschwerdedruck oder Global Distress dem Global Severity Index der SCL-90-R. entspricht (HESSEL et al. 2000).

Die Daten der SCL-90-R im deutschsprachigen Raum wurden 1996 in einer Repräsentativbefragung an 2179 Personen erhoben. Allerdings ist diese Checkliste viel zu re-

dundant und unökonomisch zur Messung einer generellen Symptombelastung. So wurde anschließend aus jeder der neun ursprünglichen Skalen dasjenige Item ausgewählt, welches höchste Trennschärfe zum Global Severity Index (GSI-90) aufwies. Diese 9 Items wurden, unter Beibehaltung der ursprünglichen Instruktion und der möglichen Antwortkategorien von DEROGATIS Ende 1998 erneut in einer Repräsentativbefragung (n = 2057) vorgegeben (KLAGHOFER u. BRÄHLER 1998). Die so erhaltene Kurzform - SCL-K-9 - der ursprünglich 90-Fragen-Version ergab bei der Hauptkomponentenanalyse einen einzigen Faktor mit einem Eigenwert ≥ 1 , der 50% der Varianz erklärt (KLAGHOFER u. BRÄHLER 1998). Die innere Konsistenz (Cronbach's alpha) wurde mit .87 berechnet, die Trennschärfen der Items liegen zwischen .53 und .68. Die Korrelation zwischen der Kurzform und der Gesamtform (berechnet auf der Datenbasis von 1996) beträgt $r = .93$. Es zeigten sich statistisch hoch signifikante Korrelationen ($p > .001$) mit den Skalen des Giessener Beschwerdebogens (Skala Erschöpfung $r = .57$, niedrigere Korrelationen mit den Skalen Magenbeschwerden $r = .36$, Skala Herzbeschwerden $r = .41$), der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D-Skala Angst $r = .64$). Sehr hohe Korrelationen mit dem Nottingham Health Profile, Skala emotionale Reaktion ($r = .65$). Die genannten Fragebögen waren bei der Untersuchung 1998 ebenfalls vorgegeben worden. Die Korrelationen machen deutlich, dass die SCL-K-9 teilweise eine physische Komponente erfasst, in deutlicherem Ausmaß eine psychische. Als Kurzform ist die SCL-K-9 mit der SCL-90-R teststatistisch gut vergleichbar. Sie erfasst wie die Langversion den psychischen Beschwerdedruck. Die innere Konsistenz und die Korrelationen mit anderen Testverfahren zeigen, dass es sich bei der Kurzform um ein reliables und valides Untersuchungsinstrument handelt (KLAGHOFER u. BRÄHLER 1998).

8.3. Statistik

Zur Beschreibung der erhobenen Datenmenge wurden als Kennwerte Mittel- und Streuungswerte berechnet. Die Charakterisierung der Varianzgleichheit der Mittelwerte erfolgte mit dem Levene-Test. Mittelwertgleiche wurden mit dem T-Test ermittelt. Mit Hilfe der univariaten Varianzanalyse wurde der Zusammenhang von Hauterkrankung und Angststörung bzw. Somatoformer Störung als Hauptgruppeneffekt oder Interaktionseffekt dargestellt. Des Weiteren wurden Korrelationen der Skalenwerte im HautZuf mit Testwerten in den übrigen Items und Skalen errechnet.

9. Ergebnisse

9.1. Beschreibung der soziodemographischen Merkmale

Mit der Untersuchung wurden im Bereich der Angststörungen 3 Diagnosegruppen erfasst, bei den Somatoformen Störungen waren es 2 Diagnosegruppen. Die Diagnosestellung erfolgte gemäß der ICD 10 (siehe 4.1.1 und 4.2.1.):

Tabelle 1

Erfasste Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Häufigkeit	Prozent
F 41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	26	25.7
F 41.1 Generalisierte Angststörung	8	7.9
F 41.2 Angst und Depression gemischt	31	30.7
Σ	65	
F 45.0 Somatisierungsstörung	15	14.9
F 45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	21	20.8
Σ	36	
Gesamt (Σ + Σ)	101	100.0

An der Untersuchung nahmen etwa gleich viele Frauen und Männer im Alter von 23 bis 60 Jahren teil. Die allermeisten waren deutsche Staatsbürger, einige der untersuchten Personen waren deutsche Übersiedler oder Spätaussiedler, einige wenige hatten eine andere Nationalität. Die meisten von ihnen waren verheiratet, ein geringerer Prozentsatz war ledig oder geschieden. Die Anzahl der Kinder betrug in den allermeisten Fällen 2 Kinder.

Innerhalb der beiden großen Gruppen Angststörungen und Somatisierungsstörungen war die Geschlechterverteilung prozentual in etwa gleich.

Tabelle 2

Demographische Daten I

Angststörungen					Somatoforme Störungen						
weibl.	männl.	verh.	ledig	gesch.	deutsch	weibl.	männl.	verh.	ledig	gesch.	deutsch
34	31	33	11	11	63	20	16	22	4	5	34
Mittelwert: Alter = 45.85						Mittelwert: Alter = 45.61					

(absolute Häufigkeiten)

Die räumliche Wohnsituation zeigte prozentual keine Unterschiede. Die meisten der untersuchten Patienten/Innen hatten, entsprechend der Klientel einer LVA-Klinik, einen Haupt- oder Volksschulabschluss. In der Gruppe der Angststörungen waren mehr ungelernete Arbeiter, zugleich aber auch etwas mehr Facharbeiter. Entsprechend der Schulbildung gab es in beiden Störungsgruppen weniger höher qualifizierte Berufe. Die Patienten mit einer Somatoformen Störung arbeiteten häufiger ganztags als in Teilzeit. In ihrer eigenen Gruppe waren prozentual mehr von ihnen arbeitslos.

Tabelle 3

Demographische Daten II

Angststörungen				Somatoforme Störungen			
Mietwoh- nung	Eigentum	Haupt- / Volks- schulabschl	unge- lernte Arb	Mietwoh- nung	Eigentum	Haupt- / Volks- schulabschl	unge- lernte Arb
30	34	46	31	17	19	25	11
Facharb	vollbesch	teilzeit	arbeits- los	Facharb	vollbesch	teilzeit	arbeits- los
15	34	9	14	7	16	6	12

(absolute Häufigkeiten)

In beiden Störungsgruppen hatten nur wenige Patienten/Innen einen Rentenantrag gestellt oder erhielten eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente. Dabei gab es in der Gruppe der Somatisierungsstörungen ausschließlich vorzeitige Dauerrentner/Innen. In beiden Untergruppen waren mehr Patienten/Innen zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitsunfähig (auf) als arbeitsfähig (af).

Tabelle 4

Arbeitsfähig-/Arbeitsunfähigkeit Sozialeleistungen

Angststörungen				Somatoforme Störungen			
af * auf*	laufendes Renten- verfahren	Zeit- / Dauer- rentner		af * auf*	laufendes Renten- verfahren	Zeit- / Dauer- rentner	
30 35	3	2 2		16 20	2	0 3	

(absolute Häufigkeiten)

* zum Zeitpunkt der Untersuchung

Die Arbeitsunfähigkeit war in beiden Störungsgruppen in den letzten 12 Monaten häufig eine Langzeitarbeitsunfähigkeit, wobei tendenziell bei der Klientel der Patienten/Innen mit einer Somatoformen Störung die Dauer der Langzeitarbeitslosigkeit häufiger über 6 Monate lag. Eine regelmäßige ambulante Behandlung war trotz Krankheit und Arbeitsunfähigkeit in weniger als $\frac{2}{3}$ der Fälle gegeben.

Tabelle 5

Arbeitsunfähigkeitszeiten / Ambulante Behandlungen

Angststörungen				Somatoforme Störungen			
Dauer der AUF in den letzten 12 Mo				Dauer der AUF in den letzten 12 Mo			
>6 Mo	<6 Mo>3Mo	<3 Mo>1 Mo	<1 Mo	>6 Mo	<6 Mo>3Mo	<3Mo>1Mo	<1Mo
26.2	20.0	20.0	23.1	33.3	16.7	22.2	16.7
regelmäßige ambulante Behandlung				regelmäßige ambulante Behandlung			
A	B	C		A	B	C	
21.5	41.5	7.7		30.6	30.6	11.1	

(Prozentwerte) Legende: A Behandlung ohne Psychotherapeuten, Psychologen o. Psychiater
 B Psychotherapeutische Behandlung
 C sowohl psychotherapeutische als auch nicht-psychotherapeutische Behandlung

Die Patienten/Innen mit einer Angststörung waren deutlich häufiger in psychotherapeutischer Behandlung.

9.2. Hauterkrankungen in der untersuchten Stichprobe

Zusammen mit den soziodemographischen Daten wurde auch die Frage nach einer Hauterkrankung gestellt. In der gesamten Stichprobe von 101 Patienten geben 20 Patienten eine Hauterkrankung an. Auf der Skala Scham im HautZuf (siehe 8.2.2.) erreichen sie höhere Werte als diejenigen Patienten in beiden Störungsgruppen ohne eine Hauterkrankung. Auf der Skala Soziale Resonanz im Gießen-Test (siehe 8.2.1.) erreichen sie geringere Werte. Sie erleben sich demnach sozial unbeliebter, weniger durchsetzungsfähig und weniger attraktiv als Patienten ohne Hauterkrankung.

Tabelle 6

Höhere Scham und geringere soziale Attraktivität der Hautpatienten

	Pat. mit Hauterkrankung		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 20	nein = 81	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
HautZuf				
Scham	2.73 ± 1.21	2.19 ± 0.99	2.06	0.042
Gießen-Test				
Soziale Resonanz	21.10 ± 7.24	24.62 ± 6.84	- 2.04	0.044

p ≤ 0.05

In der Krankheitsgruppe der Patienten/Innen mit einer Somatoformen Störung war der Anteil der Betroffenen prozentual fast doppelt so hoch und die Hauterkrankung bestand im Durchschnitt bereits über einen längeren Zeitraum.

Mit ihrer Hauterkrankung in Behandlung war in beiden Störungsgruppen jeweils nur die Hälfte der Patienten/Innen.

Tabelle 7

Hauterkrankungen in den untersuchten Störungsgruppen

Angststörungen			Somatoforme Störungen		
Σ 65			Σ 36		
Hauterkrankungen					
ja	nein	Dauer (Jahre)	Ja	nein	Dauer (Jahre)
10 (15.4 %)	55	8	10 (27.8 %)	26	10
Fußpilz	1		Akne	1	
Hand-Fuß-Ekzem	2		Allergie	1	
Juckreiz Genitalbereich	1		Hand-Ekzem	1	
Neurodermitis	3		Hautfleck nach Infekt	1	
Pergamenthaut	1		Juckreiz	1	
Psoriasis	1		Neurodermitis	1	
Urticaria	1		Psoriasis	3	
			1 Pat. hat die Art seiner Hauterkrankung nicht angegeben.		

(absolute Häufigkeiten)

9.3. Kennzeichnungen der untersuchten Störungsgruppen – Angststörungen vs. Somatoforme Störungen

9.3.1. Merkmale ohne Auffälligkeiten

Es wurde untersucht, ob sich die beiden Störungsgruppen als Gesamtgruppe in ihrer Altersverteilung, hinsichtlich der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Dauer einer Hauterkrankung sowie in einzelnen Items der vorgelegten Fragebögen (siehe Anhang „Untersuchungsmaterial“) unterscheiden.

Der Mittelwert der untersuchten Patienten liegt in beiden Störungsgruppen bei 45 Jahren. Die Arbeitsunfähigkeit liegt im Mittel bei 23 bis 25 Wochen und die Dauer einer Hauterkrankung bei 10-11 Jahren. Bezüglich der genannten Merkmale zeigten sich keine Unterschiede.

Bezüglich der Kennwerte Mittelwert und Streuung der erhobenen Rohdaten lassen sich ebenfalls keine Auffälligkeiten beim Vergleich der beiden Gesamtgruppen in den Skalen des HautZuf, (siehe 8.2.2.) den Skalen Angst und Depression im HADS-D (siehe 8.2.3.), bei der Toronto-Alexithymie-Skala / TAS-26 (siehe 8.2.4.) sowie der Adult Attachment Scale / AAS (siehe 8.2.5.) beschreiben.

9.3.2. Auffälligkeiten im Vergleich der beiden Störungsgruppen

Im Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung einer Belastung durch ein psychisches Symptom – SCL-K9 (siehe 8.2.6.) und im Gießen-Test (siehe 8.2.1.) ergeben sich Auffälligkeiten.

Das „somatische“ Symptom, durch ein Schweregefühl in Armen oder Beinen beeinträchtigt zu sein (SCL-K9 / Item 7), tritt in der Gruppe der Somatoformen Störungen öfter auf. Die Angstpatienten erleben sich in ihrer Grundstimmung (GT-S) tendenziell mehr beeinträchtigt, sie sind häufiger bedrückt und fressen Ärger eher in sich hinein.

(Tabelle 8 – siehe umseitig)

Tabelle 8

Unterschiede in der Symptombelastung und in der Grundstimmung

Skala		MW	SD	T-Test für die Mittelwertgleichheit	
				T-Wert	Signif.
SCL-K9 Item 7	A-Pat.	1.68	1.34	- 3.22	0.002
	S-Pat.	2.56	1.27		
GT-S Grundstimmung	A-Pat.	32.98	5.39	2.35	0.021
	S-Pat.	30,19	6.25		

$p \leq 0.05$

Legende A-Pat = Angststörungen

S-Pat = Somatoforme Störungen

9.4. Kennzeichnungen der Geschlechterverteilung

9.4.1. Merkmale ohne Auffälligkeiten

An der Untersuchung nahmen 54 Frauen und 47 Männer teil. Das Durchschnittsalter der untersuchten Klientel liegt bei den Frauen und bei den Männern bei Mitte vierzig (Frauen 47 ± 7.75 ; Männer 44 ± 7.36). Auch unterscheiden sich Männer und Frauen nicht im Hinblick auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, sie liegt im Mittel zwischen 21 und 27 Wochen. Im Vergleich mit den Frauen sind (weniger) Männer länger krankgeschrieben bzw. es finden sich in der untersuchten Stichprobe mehr Frauen, die kürzer arbeitsunfähig sind. Diese Unterschiede sind aber auf dem berechneten Niveau ($p \leq 0.05$) nicht signifikant. In der Untersuchungsgruppe haben 7 Männer und 11 Frauen eine Hauterkrankung angegeben. Die Dauer einer Hauterkrankung liegt bei Frauen und Männern im Mittel zwischen 9 und 13 Jahren und unterscheidet sich ebenfalls nicht signifikant ($p \leq 0.05$). Keine Auffälligkeiten zeigen sich bei der Beantwortung der Items der Symptomcheckliste / SCL-K9, bei den Skalen der AAS, sowie der Angst- und Depressionsskala und bei den Fragen wie Gefühle wahrgenommen, benannt und zum Ausdruck gebracht werden können / TAS-26, wenn Frauen und Männer als Gesamtgruppe miteinander verglichen werden.

9.4.2. Auffälligkeiten zwischen Frauen und Männern

Die Items der Skalen „Ekel“ und „Scham“ im HautZuf beantworten Frauen und Männern unterschiedlich auf dem geprüften Signifikanzniveau ($p \leq 0.05$).

Dass dieser Unterschied in beiden Skalen auftritt erscheint nicht verwunderlich, da beide Empfindungen sicherlich zusammenhängen (siehe auch 8.2.2. und die Ausführungen zu innerer Konsistenz und Reliabilität). In der untersuchten Stichprobe treten Ekelgefühle und Schamerleben in ihrer Ausprägung stärker in der Gruppe der weiblichen Patienten auf. Die weiblichen Patienten sind es auch, die im Gießen-Test in ihrem Kontrollverhalten ausgeprägter erscheinen, sie sind überkontrolliert und überordentlich, übereifrig, weniger fähig zum Ausgelassensein.

In den übrigen Skalen des HautZuf sowie des Gießen-Tests ergeben sich keine weiteren Auffälligkeiten auf statistisch signifikantem Niveau.

Tabelle 9

Unterschiede im Antwortverhalten bei Frauen und Männern

Skala		MW	SD	T-Test (MW-Gleichheit)	
				T-Wert	Signif.
HautZuf Ekel	♀	3.05	8.16	- 3.59	0.001
	♂	2.46	8.29		
HautZuf Scham	♀	2.60	1.06	- 3.12	0.002
	♂	1.96	0.94		
GT-S Kontrolle	♀	28.48	5.61	- 2.05	0.043
	♂	26.32	4.87		

$p \leq 0.05$

9.5. Kennzeichnungen bei bestehender vs. nicht bestehender Partnerschaft

9.5.1. Merkmale ohne Auffälligkeiten

Von den untersuchten Patienten leben zum Untersuchungszeitpunkt 75 in einer festen Partnerschaft, 21 von allen Untersuchten geben keine feste Partnerschaft an.

Unter diesem Unterscheidungskriterium finden sich keine Auffälligkeiten hinsichtlich der Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Kein statistisch fassbarer Unterschied ergibt sich bezüglich der Dauer einer bestehenden Hauterkrankung. Eine Hauterkrankung wird von Patienten, die in einer festen Partnerschaft leben, häufiger angegeben als von Patienten ohne eine solche Partnerschaft. Die Erkrankungsdauer ist kürzer als bei denjenigen, ohne eine feste Partnerbeziehung. Die Unterschiede sind aber auf dem berechneten Niveau ($p \leq 0.05$) nicht signifikant.

Unter dem Kriterium feste vs. nicht feste Partnerschaft finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen im HautZuf. Keine Auffälligkeiten finden sich bei der Angst- Depressionsskala, im Alexithymiefragebogen, bei der Selbstbeurteilung mit der Adult-Attachment-Scale sowie der Symptomcheckliste.

9.5.2. Merkmale mit Auffälligkeiten

Die einzige Auffälligkeit ergibt sich im Gießen-Test bei der Skala Durchlässigkeit.

Diejenigen, die als Frau oder Mann nicht in einer Partnerschaft leben, sind auch verschlossener, halten Liebesbedürfnisse eher zurück, geben wenig von sich preis und sind in der Liebe weniger erlebnisfähig.

Im Antwortverhalten zu den Fragen der Skalen Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Soziale Potenz ergeben sich im Gießen-Test keine weiteren Auffälligkeiten.

Tabelle 10

Unterschiede im Antwortverhalten bei bestehender / nicht bestehender Partnerschaft

Skala	MW	SD	T-Test (MW-Gleichheit)	
			T-Wert	Signif.
GT-S Durchlässigkeit				
Beziehung nein	30.67	6.36	2.44	0.017
Beziehung ja	26.31	7.46		

$p \leq 0.05$

Für die Gruppe der Frauen und Männer, die nicht in einer Partnerschaft leben, bleibt bei der Skala „Soziale Potenz“ der T-Wert mit 0.057 knapp über dem Signifikanzniveau.

9.6. Patienten mit klinisch relevanter Angst oder Depressivität

Die Feststellung einer klinisch relevanten Angst bzw. Depressivität erfolgte mit der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D).

Nach ZIGMOND und SNAITH (1983) werden drei Wertebereiche für jede HADS-Subskala angegeben: 0-7 unauffällig, 8-10 grenzwertig, ≥ 11 auffällig. Mit diesen Werten fand sich im Originalkollektiv von ZIGMOND und SNAITH (1983) die beste Übereinstimmung mit den Ergebnissen eines klinischen Fremdratings.

Von den 65 Patienten mit einer diagnostizierten Angststörung lässt sich unter den Auswertungskriterien der HADS-D eine klinisch relevante Angst bei 49 Patienten bestätigen.

Bei den 36 Patienten mit einer Somatoformen Störung ist dies bei 29 Patienten der Fall. Sie erreichen einen Cutoff-Wertes oberhalb von 10.

Eine klinisch relevante Depression findet sich bei 36 Patienten, die mit einer Angststörung diagnostiziert wurden und bei 23 Patienten mit einer diagnostizierten Somatoformen Störung.

Tabelle 11

Klinisch relevante Angst oder Depression

	klin. relevante Angst HADS-D ≥ 11				klin. relevante Depressivität HADS-D ≥ 11			
	ja	%	nein	%	ja	%	nein	%
Angststörung	49	75,38	16	24,62	36	55,38	29	44,62
Somatoforme Störung	29	80,56	7	19,44	23	63,69	13	36,11

9.6.1. Merkmalsauffälligkeiten in beiden Störungsgruppen bei klinisch relevanter Angst

9.6.1.1. Belastung durch die Symptomatik

Bei den Antworten zu den Items der Symptomcheckliste (SCL-K-9) wird für beide Störungsgruppen deutlich, dass sich die Betroffenen mit klinisch relevanter Angst durch ihre Symptomatik im Alltag mehr belastet fühlen als diejenigen, deren Angst weniger stark ausgeprägt ist. Sie können schwerer mit sich etwas anfangen (Item 2), meinen, sich mehr Sorgen machen zu müssen (Item 3), sind in Gefühlsdingen verletzlicher (Item 4) und sie fühlen sich in ihrem Körpererleben (Schweregefühl in den Armen oder Beinen) beeinträchtigt (Item 7).

Die betreffenden Patienten aus der Gruppe der Somatoformen Störungen fühlen sich darüber hinaus häufiger ihren Gefühlsausbrüchen gegenüber machtlos (Item 1).

Testpsychologisch positive Angstpatienten haben zugleich mehr das Gefühl, von anderen beobachtet zu werden oder dass man über sie redet (Item 5) und sie erleben sich einsam, auch wenn sie sich in Gesellschaft befinden (Item 9).

Tabelle 12

Symptombelastung bei klinisch relevanter Angst (HADS) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

SCL-K9	klin. rel. Angst.		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 49	nein = 16	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Item 2	2.08 ± 1.27	1.13 ± 1.09	- 2.70	0.009
Item 3	2.79 ± 1.09	1.75 ± 1.18	- 3.24	0.002
Item 4	1.96 ± 1.40	0.94 ± 1.12	- 2.65	0.010
Item 5	2.22 ± 1.56	1.19 ± 1.33	- 2.60	0.015
Item 7	1.90 ± 1.33	1.00 ± 1.15	- 2.42	0.018
Item 9	2.04 ± 1.35	1.19 ± 1.22	- 2.24	0.029

p ≤ 0.05

Tabelle 13

Symptombelastung bei klinisch relevanter Angst (HADS) / Somatoforme Störungen (Arzt-Diagnose)

SCL-K9	klin. rel. Angst		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 29	nein = 7	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Item 1	2.14 ± 1.48	0.71 ± 1.11	- 2.37	0.023
Item 2	2.21 ± 1.18	1.14 ± 0.69	- 2.23	0.029
Item 3	2.45 ± 1.38	1.00 ± 1.41	- 2.48	0.018
Item 4	2.24 ± 1.30	0.86 ± 1.21	- 2.56	0.015
Item 7	2.76 ± 1.15	1.71 ± 1.50	- 2.03	0.050

p ≤ 0.05

9.6.1.2. Patienten mit klinisch relevanter Angst und ihre Selbstbeurteilung der Nähe im sozialen Kontext

In beiden Krankheitsgruppen unterscheiden sich die Antworten der testpsychologisch positiven Angstpatienten von denjenigen, die im HADS-D mit ihrem Antwortverhalten unterhalb des Cutoff-Werts von 11 liegen signifikant.

Betreffende Patienten aus beiden Störungsgruppen fühlen in der Nähe mit anderen nicht wohl. Sie vertrauen weniger darauf, dass andere Menschen für sie auch tatsächlich verfügbar sind und dass sie sich ggf. tatsächlich anvertrauen können. In beiden Störungsgruppen haben diejenigen mit einer klinisch relevanten Angst mehr die Befürchtung alleine gelassen oder gar verlassen zu werden. Dieses Ergebnis ist kongruent mit dem erlebten Unwohlsein in der Nähe mit anderen: Die Skala „Angst“ bei der Adult Attachment Scale (AAS) beinhaltet auch die Aussage, dass sich mit der Befürchtung die Angst ausdrückt, der andere würde den Wunsch und das Bedürfnis nach Nähe zurückweisen.

Tabelle 14

Näheerleben im sozialen Kontext bei klinisch relevanter Angst (HADS) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

AAS	klin. rel. Angst		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 49	nein = 16	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Nähe	2.90 ± 0.98	3.73 ± 0.81	3.07	0.003
Vertrauen	2.96 ± 0.89	3.78 ± 1.04	3.07	0.003
Angst	2.81 ± 0.98	2.10 ± 0.87	- 2.59	0.012

p ≤ 0.05

Tabelle 15

Näheerleben im sozialen Kontext bei klinisch relevanter Angst (HADS) / Somatoforme Störungen (Arzt-Diagnose)

AAS	klin. rel. Angst		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 29	nein = 7	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Nähe	3,08 ± 0,89	4,26 ± 0,83	3.12	0.003
Vertrauen	2.91 ± 1,16	3,91 ± 0,86	2,15	0.039
Angst	2.80 ± 1,09	1,82 ± 0.72	- 2.22	0.032

p ≤ 0.05

9.6.1.3. Unterschiede im Gefühlserleben

Mit der Toronto-Alexithymie-Skala – 26 (TAS-26) wurde ein Testverfahren durchgeführt, mit dem statistisch signifikante Aussagen dazu gemacht werden können, inwieweit sich die signifikant ängstlicheren Patienten beider Patientenkollektive von den weniger ängstlichen Patienten in ihrem Gefühlserleben unterscheiden.

Sowohl bei den untersuchten Angststörungen wie bei den Somatoformen Störungen können diejenigen, die unter statistischen Kriterien eine klinisch relevante Angst haben, ihre Gefühle weniger gut wahrnehmen, benennen und zum Ausdruck bringen.

Tabelle 16

Gefühlswahrnehmung bei klinisch relevanter Angst (HADS) / Angststörungen

(Arzt-Diagnose)

TAS-26	klin. rel. Angst		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 49	nein = 16		
	MW	MW	T-Wert	Signif.
Id-G	3.24 ± 0.75	2.42 ± 0.91	- 3.63	0.001
Be-G	3.56 ± 0.82	3,04 ± 0,86	- 2.18	0.033
TAS-G	3.22 ± 0.46	2.67 ± 0.52	- 4.04	0.000

p ≤ 0.05

Legende: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen Id-G

Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen Be-G

TAS-26 Gesamtscore

TAS-G

Tabelle 17

Gefühlswahrnehmung bei klinisch relevanter Angst (HADS) / Somatoforme Störungen

(Arzt-Diagnose)

TAS-26	klin. rel. Angst		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 29	nein = 7		
	MW	MW	T-Wert	Signif.
Be-G	3.32 ± 0.73	2.60 ± 0.79	- 2.30	0.028
TAS-G	3.16 ± 0.65	2.58 ± 0.68	- 2.12	0.041

p ≥ 0,05

Legende: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Be-G

TAS-26 Gesamtscore

TAS-G

In beiden Diagnosegruppen – Angststörungen / Somatoforme Störungen – liegen die Patienten mit einer klinisch relevanten Angst mit ihrem Gesamtrohwert über 54. Dies entspricht einem Cutoff Punkt von ≤ 3.00 . In Anlehnung an Taylor et al (1997) können die Betroffenen als alexithym bezeichnet werden (siehe auch unten 9.6.2.3., 9.7).

9.6.1.4. Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen

Patienten mit testpsychologisch positiver Angst fühlen sich in ihrer Grundstimmung mehr beeinträchtigt (Skala Grundstimmung im Gießen-Test), sie neigen zur Selbstreflektion, fressen Ärger eher in sich hinein, fühlen sich abhängig und eher depressiv. Sie halten Liebesbedürfnisse eher zurück, sind mehr verschlossen und eher zurückhaltend, geben weniger von sich preis (Skala Durchlässigkeit im Gießen-Test).

Bei denjenigen Patienten mit einer Somatoformen Störung und einer klinisch relevanten Angst finden sich im Gießen-Test keine Auffälligkeiten

Tabelle 18

Beeinträchtigung von Grundstimmung und Gesamtbefinden bei klin .rel. Angst (HADS) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

Gießen-Test	klin. rel. Angst		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 49	nein = 16	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Grundstimmung	34.39 ± 4.84	28.69 ± 4.77	- 4.10	0.000
Durchlässigkeit	29.33 ± 6.44	24.13 ± 7.82	- 2.67	0.010

$p \leq 0.05$

9.6.2. Merkmalsauffälligkeiten in beiden Störungsgruppen bei klinisch relevanter Depression

9.6.2.1. Belastung durch die Symptomatik

Patienten mit einer klinisch relevanten Depression fühlen sich im Alltag durch ihre Symptomatik belasteter als diejenigen, deren depressive Symptomatik weniger stark ausgeprägt ist. Dies ergab die Auswertung der Antworten der Symptom-Checkliste (SCL-K-9).

Patienten beider Störungsgruppen können schwerer mit sich selbst etwas anfangen (Item 2), glauben, sich selbst mehr Sorgen machen zu müssen (Item3), in Gefühlsangelegenheiten sind sie verletzlicher (Item 4), sie fühlen sich mehr beobachtet und glauben, dass andere über sie reden

Item 5), in ihrem Körpererleben (Schweregefühl in Armen oder Beinen) fühlen sie sich beeinträchtigt (Item 7) und sie erleben sich einsam auch wenn sie sich in Gesellschaft befinden (Item 9). Angstpatienten mit einer klinisch relevanten Depression erleben sich darüber hinaus innerlich gespannter und aufgeregter (Item 6). Patienten mit einer Somatoformen Störung erleben im Alltag eher Gefühlsausbrüche, denen gegenüber sie sich machtlos fühlen (Item 1).

Tabelle 19

Symptombelastung bei klinisch relevanter Depression (HADS) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

SCL-K9	klin .rel .Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 36	nein = 29	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Item 2	2.17 ± 1.28	1.45 ± 1.21	- 2.31	0.024
Item 3	2.29 ± 1.06	2.07 ± 1.21	- 2.87	0.006
Item 4	2.28 ± 1.41	1.00 ± 1.04	- 4.22	0.000
Item 5	2.44 ± 1.54	1.38 ± 1.40	- 2.89	0.005
Item 6	2.86 ± 1.27	2.27 ± 0.96	- 2.12	0.038
Item 7	2.08 ± 1.34	1.17 ± 1.17	- 2.89	0.005
Item 9	2.28 ± 1.39	1.27 ± 1.13	- 3.14	0.003

$p \leq 0.05$

Tabelle 20

Symptombelastung bei klinisch relevanter Depression (HADS) / Somatoforme Störungen (Arzt-Diagn.)

SCL-K9	klin .rel .Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 23	nein = 13	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Item 1	2.30 ± 1.55	1.08 ± 1.12	- 2.74	0.010
Item 2	2.35 ± 1.11	1.38 ± 1.04	- 2.55	0.015
Item 3	2.87 ± 1.18	0.92 ± 1.12	- 4.85	0.000
Item 4	2.35 ± 1.19	1.30 ± 1.49	- 2.30	0.028
Item 5	2.17 ± 1.56	1.00 ± 1.00	- 2.75	0.010
Item 7	2.91 ± 1.04	1.92 ± 1.44	- 2.38	0.023
Item 9	1.91 ± 1.50	0.69 ± 0.95	- 2.98	0.005

$p \leq 0.05$

9.6.2.2. Patienten mit klinisch relevanter Depression und ihre Selbstbeurteilung der Nähe im sozialen Kontext

Patienten mit einer Angststörung oder einer Somatoformen Störung mit zugleich klinisch relevanter Depression nach HADS-D fühlen sich in der Nähe mit einer Person nicht wohl, verglichen mit denjenigen, die statistisch signifikant nicht gleichzeitig unter einer depressiven Symptomatik leiden.

Betreffende Angstpatienten haben, anders als Patienten mit einer Somatoformen Störung zugleich weniger Vertrauen, dass jemand für sie da ist, wenn sie ihn brauchen und dass sie sich ggf. anvertrauen könnten. Auch haben sie Ängste, alleine gelassen oder verlassen zu werden. Sie haben ein übermäßiges Bedürfnis nach Nähe, verbunden mit der Befürchtung der andere könnte dieses Bedürfnis zurückweisen.

Tabelle 21

Näheerleben im sozialen Kontext bei klinisch relevanter Depression (HADS) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

AAS	klin. rel. Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 36	nein = 29	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Nähe	2.81 ± 0.99	3.48 ± 0.90	2.85	0.006
Vertrauen	2.75 ± 0.73	3.66 ± 1.04	4.15	0.000
Angst	2.97 ± 1.03	2.23 ± 0.79	- 3.18	0.002

$p \leq 0.05$

Tabelle 22

Näheerleben im sozialen Kontext bei klinisch relevanter Depression (HADS) /Somatoforme Störungen (Arzt-Diagnose)

AAS	klin. rel. Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 23	nein = 13	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Nähe	2.99 ± 0.94	3.86 ± 0.85	2.76	0.009

$p \leq 0.05$

9.6.2.3. Unterschiede im Gefühlserleben

In beiden Störungsgruppen unterscheiden sich diejenigen mit einer klinisch relevanten Depression signifikant von denjenigen, die unter wissenschaftlichen Kriterien als nicht depressiv angesehen werden können in ihrem Gefühlserleben.

Angstpatienten können ihre Gefühle weniger gut wahrnehmen, benennen und zum Ausdruck bringen. Wie diejenigen, die eine Somatoforme Störungen haben, können sie ihre Gefühle nur schwer beschreiben. In ihrem Denken bleiben die Betroffenen aus beiden Störungsgruppen eher unreflektiert, sind sie weniger kreativ. Ihnen reicht eine oberflächliche Betrachtungsweise von problematischen Situationen oder Abläufen, was gegebenenfalls zu Problemen bei Anpassungsforderungen führen kann, da Erwartungswerte über Folgen eines bestimmten Verhaltens nicht verfügbar sind..

In beiden Störungsgruppen weisen die Betroffenen einen hohen Gesamtscore in der Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26) auf. Sie können von daher unter testkriterischen Gesichtspunkten als hochalexithym angesehen werden.

Tabelle 23

Gefühlswahrnehmung bei klinisch relevanter Depression (HADS) / Angststörungen

(Arzt-Diagnose)

TAS-26	klin. rel. Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 36	nein = 29		
	MW	MW	T-Wert	Signif.
Id-G	3.31 ± 0.68	2.71 ± 0.95	- 2.94	0.005
Be-G	3.74 ± 0.72	3.05 ± 0.86	- 3.52	0.001
Ex-D	2.99 ± 0.56	2.68 ± 0.61	- 2.08	0.042
TAS-G	3.32 ± 0.46	2.80 ± 0.47	- 4.51	0.000

p ≤ 0.05

Legende: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

Id-G

Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Be-G

Extern orientierter Denkstil

Ex-D

TAS-26 Gesamtscore

TAS-G

(Tabelle 24 – siehe umseitig)

Tabelle 24

Gefühlswahrnehmung bei klinisch relevanter Depression (HADS) / Somatoforme Störungen (Arzt-Diagnose)

TAS-26	klin. rel. Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 23	nein = 13	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Be-G	3.39 ± 0.76	2.80 ± 0.71	- 2.30	0.028
Ex-D	2.99 ± 0.53	2.49 ± 0.38	- 3.03	0.005
TAS-G	3.26 ± 0.63	2.68 ± 0.64	- 2.68	0.011

p ≤ 0.05 Legende: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen Be-G

Extern orientierter Denkstil Ex-D TAS-26 Gesamtscore TAS-G

9.6.2.4.. Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen

Patienten mit einer Angststörung und einer klinisch relevanten Depression nach HADS fühlen sich unattraktiver, unbeliebter und in der Arbeit kritisiert (Skala Soziale Resonanz im Gießen-Test) im Vergleich mit denjenigen, die keine zusätzliche depressive Symptomatik aufweisen.

Bei vorhandener klinisch relevanter Depression sind Angstpatienten in ihrer Grundstimmung eher selbstkritisch, neigen sie zur Selbstreflektion, fressen Ärger eher in sich hinein (Skala Grundstimmung). Sie sind eher verschlossen, halten Liebesbedürfnisse zurück und sind in der Liebe weniger erlebnisfähig (Skala Durchlässigkeit). Und sie sind sozial weniger potent, wenig hingabefähig, kaum fähig zur Dauerbindung, kaum konkurrierend.

Tabelle 25

Beeinträchtigung von Grundstimmung und Gesamtbefinden bei klin. rel. Depression (HADS) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

Gießen-Test	klin. rel. Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 36	nein = 29	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Soziale Resonanz	21.22 ± 5.23	27.34 ± 7.40	3.76	0.000
Grundstimmung	35.44 ± 4.27	29.93 ± 5.11	- 4.74	0.000
Durchlässigkeit	31.39 ± 5.27	23.90 ± 6.97	- 4.94	0.000
Soziale Potenz	25.97 ± 5.79	21.59 ± 5.65	- 3.07	0.003

p ≤ 0.05

Patienten mit einer Somatoformen Störung und gleichzeitig relevanter klinischer Depression nach HADS erleben sich ebenfalls unattraktiv, unbeliebt, wenig durchsetzungsfähig und in ihrer Arbeit kritisiert, demnach sozial negativ resonant (Skala Soziale Resonanz). Sie sind häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig und ungeduldig und dominieren gerne (Skala Dominanz). In ihrer Grundstimmung sind sie, verglichen mit denjenigen ohne eine klinisch relevante Depression, häufig gedrückt, ängstlich, neigen sie zur Selbstreflektion, fühlen sie sich abhängig und fressen Ärger eher in sich hinein (Skala Grundstimmung). Sie sind eher verschlossen und misstrauisch, halten Liebesbedürfnisse zurück und sind in der Liebe wenig erlebnisfähig (Skala Durchlässigkeit)

Tabelle 26

Beeinträchtigung von Grundstimmung und Gesamtbefinden bei klin .rel. Depression (HADS) / Somatoforme Störungen (Arzt-Diagnose)

Gießen-Test	klin. rel. Depression		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 23	nein = 13	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Soziale Resonanz	22.04 ± 7.21	27.08 ± 6.41	2.09	0.044
Dominanz	24.52 ± 4.64	28.23 ± 2.98	2.59	0.014
Grundstimmung	31.87 ± 4.94	27.23 ± 7.37	- 2.26	0.030
Durchlässigkeit	28.30 ± 8.06	22.00 ± 4.88	- 2.92	0.006

p ≤ 0.05

9.7. Patienten mit einer klinisch relevanten Alexithymie

Alle Patienten wurden mit der Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26) untersucht. Von den 65 Patienten, bei denen eine Angststörung diagnostiziert wurde, erreichten 35 in der TAS-26 einen Cut-off Punkt größer 3.00. Bei den diagnostizierten Somatoformen Störungen waren es 20 Patienten von insgesamt 36.

Der Punktwert 3.00 gilt unter statistischen Kriterien als Grenzwert. Probanden mit einem Wert ≥ 3.00 gelten als alexithym (TAYLOR et al. 1997), wobei dieser Wert allerdings durch klinische Studien noch bestätigt werden muss.

(Tabelle 27 siehe umseitig)

Tabelle 27

Patienten mit einer klinisch relevanten Alexithymie

	klin. rel. Alexithymie nach TAS-26				Gesamt
	ja	%	nein	%	
Angststörungen	35	53.85	30	46.15	65
Somatoforme Störungen	20	55.56	16	44.44	36
Gesamt	55		46		101

9.7.1. Belastung durch die Symptomatik

Die Belastung durch ihre Symptomatik erleben Patienten aus beiden Störungsgruppen signifikant stärker, wenn sie zugleich Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung und im Ausdruck ihrer Gefühle haben. Entsprechende Befunde wurden mit der Kurzform Symptom-Checkliste (SCL-K-9) erhoben.

Die Patienten fühlen sich aggressiver, Gefühlen gegenüber machtlos (Item 1), sie sind eher zwanghaft, haben das Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen (Item 2), sie sind unsicherer im Sozialkontakt, verletzlich in Gefühlsdingen (Item 4). Im Alltag belastet sie, dass sie sich beobachtet fühlen (Item 5), sie fühlen sich angespannt, sind schneller ängstlich (Item 6), sie leiden unter körperlichen Missempfindungen wie Schwere in Armen oder Beinen, neigen also zur Somatisierung (Item 7). In sozialen Situationen fühlen sie sich dennoch einsam (Item 9).

Patienten, bei denen eine Somatoforme Störung diagnostiziert wurde, erzielen auch bei den übrigen Items (Item 3 u. 8) hohe Werte. Es belastet sie demnach im Alltag, dass sie sich viele Sorgen machen (Item 3) und sie reagieren eher mit einer phobischen Angst, werden nervös, wenn sie alleine gelassen werden (Item 8).

(Tabellen 28 u. 29 siehe umseitig)

Tabelle 28

Symptombelastung bei klinisch relevanter Alexithymie (TAS-26) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

SCL-K9	klin. rel. Alexithymie		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 35	nein = 30		
	MW	MW	T-Wert	Signif.
Item 1	2.31 ± 1.32	1.33 ± 1.12	- 3.20	0.002
Item 2	2.20 ± 1.29	1.43 ± 1.28	- 2.48	0.016
Item 4	2.09 ± 1.34	1.27 ± 1.36	- 2.44	0.017
Item 5	2.43 ± 1.48	1.43 ± 1.50	- 2.68	0.009
Item 6	2.91 ± 1.12	2.23 ± 1.13	- 2.43	0.018
Item 7	2.14 ± 1.31	1.13 ± 1.17	- 3.26	0.002
Item 9	2.43 ± 1.33	1.13 ± 1.04	- 4.39	0.000
HADS A	14.20 ± 3.02	11.43 ± 3.30	- 3.53	0.001
HADS D	12.69 ± 3.54	8.30 ± 4.01	- 4.69	0.000

p ≤ 0.05

Legende: HADS Angst HADS A / HADS Depression HADS D

Tabelle 29

Symptombelastung bei klinisch relevanter Alexithymie (TAS-26) / Somatof. Störungen (Arzt-Diagn.)

SCL-K9	klin. rel. Alexithymie		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 20	nein = 16		
	MW	MW	T-Wert	Signif.
Item 1	2.40 ± 1.60	1.19 ± 1.11	- 2.68	0.011
Item 2	2.70 ± 0.92	1.13 ± 0.81	- 5.38	0.000
Item 3	2.85 ± 1.23	1.31 ± 1.35	- 3.57	0.001
Item 4	2.50 ± 1.05	1.31 ± 1.49	- 2.80	0.008
Item 5	2.45 ± 1.50	0.88 ± 0.89	- 3.91	0.000
Item 6	2.80 ± 1.06	1.81 ± 1.28	- 2.54	0.016
Item 7	3.00 ± 0.86	2.00 ± 1.51	- 2.37	0.027
Item 8	2.15 ± 1.53	0.75 ± 1.00	- 3.30	0.002
Item 9	2.20 ± 1.47	0.56 ± 0.73	- 4.35	0.000
HADS A	15.70 ± 3.06	10.19 ± 4.32	- 4.48	0.000
HADS D	13.65 ± 2.54	7.94 ± 4.75	- 4.34	0.000

p ≤ 0.05

9.7.2. Selbstbeurteilung der Nähe im sozialen Kontext

Die alexithymen Patienten fühlen sich unwohl in der Nähe mit anderen Menschen, Nähe ist für sie eher mit Angst verbunden. Sie vertrauen weniger darauf, dass andere für sie tatsächlich verfügbar sind und dass sie sich tatsächlich auch anvertrauen können.

Patienten mit einer diagnostizierten Somatoformen Störung und gleichzeitig hohem Alexithymiewert in der TAS-26 haben zugleich die Angst, alleine gelassen oder verlassen zu werden.

Sie tragen in sich Befürchtungen., dass ihr Wunsch nach Nähe von ihrem Gegenüber zurückgewiesen wird.

Tabelle 30

Näheerleben im sozialen Kontext bei klinisch relevanter Alexithymie (TAS-26) /

Angststörungen (Arzt-Diagnose)

AAS	klin. rel. Alexithymie		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 35	nein = 30	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Nähe	2.70 ± 0.99	3.58 ± 0.81	3.88	0.000
Vertrauen	2.86 ± 0.80	3.50 ± 1.09	2.66	0.010

$p \leq 0.05$

Tabelle 31

Näheerleben im sozialen Kontext bei klinisch relevanter Alexithymie (TAS-26) /

Somatoforme Störungen (Arzt-Diagnose)

AAS	klin. rel. Alexithymie		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 20	nein = 16	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Nähe	2.82 ± 0.94	3.91 ± 0.68	3.90	0.000
Vertrauen	2.67 ± 1.13	3.65 ± 0.99	2.73	0.010
Angst	3.00 ± 1.10	2.13 ± 0.89	- 2.58	0.014

$p \leq 0.05$

9.7.3. Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen

Patienten aus beiden Störungsgruppen und einer klinisch relevanten Alexithymie erleben sich eher unattraktiv und unbeliebt, in der Arbeit kritisiert und nicht durchsetzungsfähig (Faktor Soziale Resonanz). In ihrer Grundstimmung fühlen sie sich eher bedrückt, fressen Ärger in sich hinein, sie sind sehr selbstkritisch und fühlen sich eher abhängig (Faktor Grundstimmung). Sie sind verschlossen und anderen eher fern. Sie geben eher wenig von sich preis und sind in der Liebe wenig erlebnisfähig (Faktor Durchlässigkeit). Sozial fühlen sie sich eher impotent, sie sind ungesellig, befangen im heterosexuellen Kontakt, kaum fähig zur einer Dauerbindung und wenig hingabefähig (Faktor Soziale Potenz).

Tabelle 32

Beeinträchtigung von Grundstimmung und Gesamtbefinden bei klin .rel. Alexithymie (TAS-26) / Angststörungen (Arzt-Diagnose)

Gießen-Test	klin. rel. Alexithymie		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 35	nein = 30	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Soziale Resonanz	21.49 ± 5.91	26.83 ± 7.05	3.33	0.001
Grundstimmung	35.57 ± 4.22	29.97 ± 5.07	- 4.86	0.000
Durchlässigkeit	31.46 ± 5.36	24.07 ± 6.88	- 4.86	0.000
Soziale Potenz	26.54 ± 6.12	21.07 ± 4.62	- 4.02	0.000

$p \leq 0.05$

Tabelle 33

Beeinträchtigung von Grundstimmung und Gesamtbefinden bei klin .rel. Alexithymie (TAS-26) / Somatoforme Störungen (Arzt-Diagnose)

Gießen-Test	klin. rel. Alexithymie		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
	ja = 20	nein = 16	T-Wert	Signif.
	MW	MW		
Soziale Resonanz	21.30 ± 7.12	27.06 ± 6.28	2.54	0.016
Grundstimmung	32.80 ± 4.77	26.94 ± 6.48	- 3.13	0.004
Durchlässigkeit	30.25 ± 6.25	20.75 ± 5.79	- 4.68	0.000
Soziale Potenz	24.85 ± 6.55	18.63 ± 4.91	- 3.16	0.003

$p \leq 0.05$

9.8. Korrelationen zwischen den Skalen im HautZuf und den Skalen/Items anderer Tests

9.8.1. Angststörungen

9.8.1.1. Skala Selbstberührung

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala

Selbstberührung im HautZuf

und den Items im SCL-K9

3 dem Gefühl, sich zu viele Sorgen zu machen (Depressivität)

7 Schweregefühl in den Armen oder Beinen (Somatisierung)

sowie den Skalen im GT-S

Durchlässigkeit - psychosoziale Beziehungen zwischen den Polen

– durchlässig – und – retentiv –

Soziale Potenz - psychosoziale Beziehung zwischen den Polen

– sozial potent- und - sozial impotent -

(Korrelationen siehe unten Tabelle 34)

9.8.1.2. Skala Elternberührung

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala

Elternberührung im HautZuf

und den Skalen im GT-S

Kontrolle - zwischen den Polen – unterkontrolliert – und – überkontrolliert

Durchlässigkeit - psychosoziale Beziehungen zwischen den Polen

– durchlässig – und – retentiv –

Soziale Potenz - psychosoziale Beziehungen zwischen den Polen

Tabelle 34

Negative Korrelationen HautZuf / Selbstberührung Angststörung (Arztdiagnose)
Elternberührung

HautZuf	SCL-K9		GT-S		
	Item 3	Item 7	Kontrolle	Durchlässigkeit	Soziale Potenz
Selbstberührung	-0,307*	-2,93*		-0,277*	-0,285*
Elternberührung			-0,301*	-0,378**	-0,428**

Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (*) bzw. 0,01 (**) 2-seitig signifikant

9.8.1.3. Skala Ekel

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Skala

Ekel im HautZuf

und der Skala im GT-S

Kontrolle – zwischen den Polen – unterkontrolliert – und – überkontrolliert –

Tabelle 35

Positive Korrelationen im HautZuf / Ekel Angststörungen (Arzt-Diagnose)

HautZuf	GT-S Kontrolle
Ekel	0.291*

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

9.8.1.4. Skala Scham

Die Skala Scham im HautZuf korreliert negativ und positiv mit anderen Skalen/Items.

Es besteht ein negativer Zusammenhang mit

der Skala im GT-S

Soziale Resonanz Wirkung auf die Umgebung zwischen den Polen

- negativ sozial resonant – und - positiv sozial resonant -

und den Skalen in der AAS

Nähe

Vertrauen

Es besteht ein positiver Zusammenhang mit den

Items der SCL-K9

1 Gefühlsausbrüche, gegenüber denen man machtlos war

(Aggressivität / Feindseligkeit)

5 Gefühl, von anderen beobachtet zu werden oder das andere über einen
reden

(Paranoides Denken)

der Skala - Angst - in der HADS-D

den Skalen in der TAS-26

Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Gesamtscore

den Skalen im GT-S

Grundstimmung zwischen hypomanisch (eher nach außen gerichtet) und

depressiv (eher nach innen gerichtet)

Durchlässigkeit - psychosoziale Beziehungen zwischen den Polen – durchlässig –

und – retentiv –

und der Skala – Angst - in der AAS

Tabelle 36

Negative und positive Korrelationen HautZuf / Scham

Angststörungen (Arzt-Diagn.)

HautZuf	SCL-K9		AAS			TAS-26	
	Item 1	Item 5	Nähe	Vertrauen	Angst	Schwierigkeiten bei der Identifikation / Beschreibung der Gefühle	
Scham	0,319**	0,485**	-0,349**	-0,301*	0,347**	0,347**	0,359**
	GT-S			TAS-26	HADS-D		
	Grundstimmung	Durchlässigkeit	Soziale Resonanz	Gesamtscore	Angst		
Scham	0,437**	0,278*	-0,297*	0,386**	0,374**		

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

9.8.2. Somatoforme Störungen

9.8.2.1. Skala Selbstberührung

Die Skala Selbstberührung im HautZuf korreliert negativ und positiv mit anderen Skalen/Items.

Es besteht ein negativer Zusammenhang

mit dem Item der SCL-K9

2 Gefühl, dass es schwer fällt, etwas anzufangen (Zwanghaftigkeit)

der Skala in der TAS-26

- extern orientierter Denkstil –

Es besteht ein positiver Zusammenhang

mit der Skala im GT-S

Soziale Resonanz – Wirkung auf die Umgebung zwischen den Polen

- negativ sozial resonant – und – positiv sozial resonant –

9.8.2.2. Skala Elternberührung

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala

Elternberührung im HautZuf

und der Skala im GT-S

Durchlässigkeit – psychosoziale Beziehungen zwischen den Polen

- durchlässig – und – retentiv -

9.8.2.3. Skala Partnerberührung

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Skala

Partnerberührung im HautZuf

und der Skala im GT-S

Soziale Resonanz Wirkung auf die Umgebung zwischen den Polen

- negativ sozial resonant – und – positiv sozial resonant -

Tabelle 37

Korrelationen HautZuf / Selbstberührung Somatoforme Störung (Arzt-Diagnose)
Elternberührung
Partnerberührung

HautZuf	SCL-K9	TAS-26	GT-S	
	Item 2	Extern orientierter Denkstil	Soziale Resonanz	Durchlässigkeit
Selbstberührung	-0,418*	-0,436**	0,381*	
Elternberührung				-0,355*
Partnerberührung			0,376*	

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

9.8.2.4. Skala Scham

Die Skala Scham im HautZuf korreliert negativ und positiv mit anderen Skalen/Items.

Es besteht ein negativer Zusammenhang

mit der Skala - Nähe - in der AAS

Es besteht ein positiver Zusammenhang

mit den Items der SCL-K9

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| 1 | Gefühlsausbrüche, gegenüber denen man machtlos war | (Aggressivität/Feindseligkeit) |
| 2 | Gefühl, dass es schwer fällt, etwas anzufangen | (Zwanghaftigkeit) |
| 5 | Gefühl, von anderen beobachtet zu werden oder das andere über einen reden | (Paranoides Denken) |
| 6 | Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | (Ängstlichkeit) |
| 9 | Einsamkeitsgefühle, selbst wenn man in Gesellschaft ist | (Psychotizismus) |

den Skalen in der TAS-26

Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Extern orientierter Denkstil

Gesamtscore

und den Skalen im GT-S

Grundstimmung - zwischen hypomanisch (eher nach außen gerichtet) und
depressiv (eher nach innen gerichtet)

Durchlässigkeit - psychosoziale Beziehungen zwischen den Polen
- durchlässig – und – retentiv -

(Tabelle 38 – siehe umseitig)

Tabelle 38

Negative und positive Korrelationen HautZuf / Scham

Somatoforme Störungen

(Arzt-Diagnose)

HautZuf	SCL-K9					TAS-26	
	Item1	Item 2	Item 5	Item 6	Item 9	Identifikation	Beschreibung der Gefühle
Scham	0,567**	0,435**	0,482**	0,406*	0,457**	0,428**	0,630**
	GT-S		AAS			TAS-26	
	Grund- stimmung	Durch- lässigkeit	Nähe			Extern orientierter Denkstil	Gesamtscore
Scham	0,425**	0,372*	-0,549**			0,458**	0,566**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

9.9. Zusammenhänge bei Patienten mit einer Hauterkrankung

Die vorliegenden Untersuchungsdaten wurden mit Hilfe der univariaten Varianzanalyse dahingehend ausgewertet, inwieweit sich Unterschiede zwischen den beiden Störungsgruppen - Angststörungen und Somatoforme Störungen – bei Beantwortung der Testfragen ergeben, wenn zugleich von den betroffenen Patienten eine Hauterkrankung angegeben wird. Die Ergebnisse zeigen sich als Hauptgruppen- und/oder Interaktionseffekt.

9.9.1. Auffälligkeiten im Gießen-Test

Patienten mit einer Angststörung, die zugleich an einer Hauterkrankung leiden, geben im Gießen-Test höhere Werte auf der Skala „Grundstimmung“ an als Patienten mit einer Somatoformen Störung und einer Hauterkrankung. Dies passt zu dem oben (siehe 9.3.2.) beschriebenen Befund, dass Angstpatienten sich in ihrer Grundstimmung mehr belastet erleben im Vergleich zu Patienten mit einer Somatoformen Störung. Dies zeigt sich hier auch als Hauptgruppeneffekt.

In beiden Diagnosegruppen erreichen Patienten ohne Hauterkrankung ähnlich hohe Werte auf der Skala Grundstimmung.

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 1 S. 70)

9.9.2. Auffälligkeiten im Fragebogen zur Hautzufriedenheit

Patienten mit einer Angsterkrankung geben im HautZuf auf der Skala Elternberührung niedrigere Werte an als Patienten mit einer Somatoformen Störung. Diejenigen mit einer Hauterkrankung unterscheiden sich bezüglich der erlebten Elternberührung nicht.

Ein Interaktionseffekt ist nicht signifikant.

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 2 S. 70)

Angstpatienten empfinden mehr Scham als Patienten mit einer Somatoformen Störung. Zugleich ergibt sich ein Interaktionseffekt: Insbesondere Angstpatienten mit einer Hauterkrankung geben deutlich mehr Scham an als Patienten mit einer Somatoformen Störung mit einer Hauterkrankung. Die Werte für beide Diagnosegruppen ohne Hauterkrankung unterscheiden sich nicht signifikant.

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 3 S. 71)

9.9.3. Auffälligkeiten bei der Hospital Anxiety and Depression Scale

Auf der Angstskala, die allgemeine Symptome wie Befürchtungen und Sorgen, Nervosität, Aspekte motorischer Spannung bzw. Entspannungsdefizite erfragt, erreichen insbesondere Angstpatienten mit einer Hauterkrankung höhere Werte als somatoform gestörte Patienten mit einer Hauterkrankung, während bei beiden Störungsgruppen Patienten ohne Hauterkrankung ähnliche Werte haben.

Dieser Interaktionseffekt ist deutlich signifikant. Effekte zwischen den Gruppen

Angststörungen vs. Somatoforme Störungen, bzw. Hauterkrankung ja vs. nein ergeben sich nicht.

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 4 S. 71)

9.9.4. Auffälligkeiten bei der Toronto-Alexithymie-Skala

Hier ergeben sich Interaktionseffekte zwischen den untersuchten Gruppen:

Angstpatienten mit einer Hauterkrankung erreichen deutlich höhere Werte auf der Skala Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen als Patienten mit einer Somatoformen Störung und einer Hauterkrankung. In beiden Störungsgruppen unterscheiden sich diejenigen, die keine Hauterkrankung haben unter diesem Merkmal in ihrem Antwortverhalten nicht signifikant.

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 5 S. 72)

Auch bei der Skala für den Gesamtscore erzielen die Angstpatienten mit einer Hauterkrankung deutlich höhere Werte mit ihrem Antwortverhalten als diejenigen Patienten, die neben ihrer Hauterkrankung auch an einer somatoformen Störung leiden. Dagegen erreichen die Patienten ohne eine Hauterkrankung in beiden Störungsgruppen ähnlich hohe Werte.

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 6 S. 72)

9.9.5. Auffälligkeiten bei der Adult Attachment Scale

Bei der Skala Nähe, die den Grad von Intimität und Nähe zum Ausdruck bringt, mit dem sich Personen in Beziehungen wohl fühlen bzw. den sie in Beziehungen brauchen (hoher Wert auf der Skala = Sich wohl fühlen mit Nähe), ergeben sich sowohl Hauptgruppeneffekte als auch ein Interaktionseffekt: Patienten mit einer Angststörung erreichen auf dieser Skala deutlich niedrigere Werte als Patienten mit einer Somatoformen Störung. Patienten ohne eine Hauterkrankung erreichen unter diesem Kriterium höhere Werte im Vergleich zu den Patienten mit einer Hauterkrankung. Diese Hauptgruppeneffekte sind auch als Interaktionseffekt signifikant: Die Patienten mit einer Angst- und zugleich einer Hauterkrankung liegen mit ihrem Antwortverhalten auf der Skala Nähe deutlich niedriger als diejenigen mit einer Somatoformen Störung mit und ohne Hauterkrankung sowie diejenigen der Angstpatienten ohne Hauterkrankung..

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 7 S. 73)

Bei der Skala Angst, die erfragt wie sehr man sich davor ängstigt, in einer Beziehung nicht geliebt oder alleine gelassen zu werden, zeigt sich ein Hauptgruppeneffekt und ein Interaktionseffekt: Angstpatienten mit einer Hauterkrankung erreichen unter diesem Kriterium deutlich höhere Werte als Patienten mit einer Hauterkrankung und zugleich einer Somatoformen Störung. Die Werte in beiden Störungsgruppen für diejenigen ohne eine Hauterkrankung unterscheiden sich nicht signifikant.

Als Hauptgruppeneffekt zeigt sich, dass Patienten mit einer Hauterkrankung höhere Werte für Angst erreichen als solche ohne eine Hauterkrankung.

(Tabelle 39 / siehe unten S. 69 und Abb. 8 S. 73)

9.9.6. Auffälligkeiten bei der Symptom-Checkliste

Bei der Beantwortung von zwei Items ergeben sich Interaktionseffekte.

Angstpatienten mit einer Hauterkrankung geben deutlich öfter an als Hautpatienten mit einer Somatoformen Störung, aktuell unter dem Gefühl leiden, dass es ihnen schwer fällt, etwas anzufangen. Diejenigen ohne eine Hauterkrankung antworten in beiden Störungsgruppen ähnlich (Item 2). Angstpatienten mit zugleich einer Hauterkrankung sind es auch, die - im Vergleich zu den Patienten mit einer Somatoformen Störung und einer Hauterkrankung - häufiger Nervosität angeben, wenn sie alleine gelassen werden. Diejenigen ohne eine Hauterkrankung antworten in beiden Störungsgruppen ähnlich (Item 8).

(Tabelle 39 / siehe umseitig und Abb. 9 u. Abb. 10 S. 74)

Tabelle 39

Darstellung von Hauptgruppen- und Interaktionseffekten

Skala	Angststörungen (Arzt-Diagnose) Hauterkrankung		Somatoforme St. (Arzt-Diagnose) Hauterkrankung		Hauptgruppen- effekt		Interaktions- effekt
	ja n = 10	nein n = 55	ja n = 10	nein n = 26	F-Wert		
					GR2	HE	GR2+HE
GT-S GSt	37,30 ± 3,47	32,20 ± 5,32	29,40 ± 7,86	30,50 ± 5,67	11,62**		4,85*
HautZ E-ber.	0,63 ± 0,57	1,43 ± 1,14	1,57 ± 1,50	1,74 ± 1,21	4,50*		
HautZ Scham	3,35 ± 0,56	2,13 ± 0,96	2,10 ± 1,38	2,33 ± 1,05	4,25*		8,28**
HADS Angst	15,60 ± 3,57	12,44 ± 3,19	10,90 ± 5,40	14,15 ± 3,95			11,82***
TAS Id-Ge	3,86 ± 0,75	2,89 ± 0,80	2,81 ± 0,79	3,30 ± 1,08			10,80***
TAS Gscore	3,39 ± 0,57	3,03 ± 0,51	2,87 ± 0,66	3,12 ± 0,70			4,31*
AAS Nähe	2,14 ± 1,02	3,28 ± 0,90	3,42 ± 1,46	3,26 ± 0,78	6,17**	3,78*	7,32**
AAS Angst	3,54 ± 1,21	2,47 ± 0,87	2,56 ± 1,28	2,63 ± 1,03		3,87*	5,05*
SCLK 9 Item 2	2,70 ± 1,42	1,69 ± 1,22	1,80 ± 1,32	2,08 ± 1,13			4,30*
SCLK 9 Item 8	2,10 ± 1,52	1,78 ± 1,37	0,70 ± 1,06	1,85 ± 1,52			4,27*

* ≤ 0.05

** ≤ 0.01

*** ≤ 0.001

Legende: GR2 Angstst. vs. Somatoforme St. GTS GSt = Gießen-Test / Grundstimmung

HE Hauterkr. ja vs. nein HautZ. E-ber = HautZuf / Elternberührung

HautZ Scham = HautZuf / Scham

TAS Id-Ge = TAS-26 / Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

TAS Gscore = TAS-26 / Gesamtscore

Abb. 1

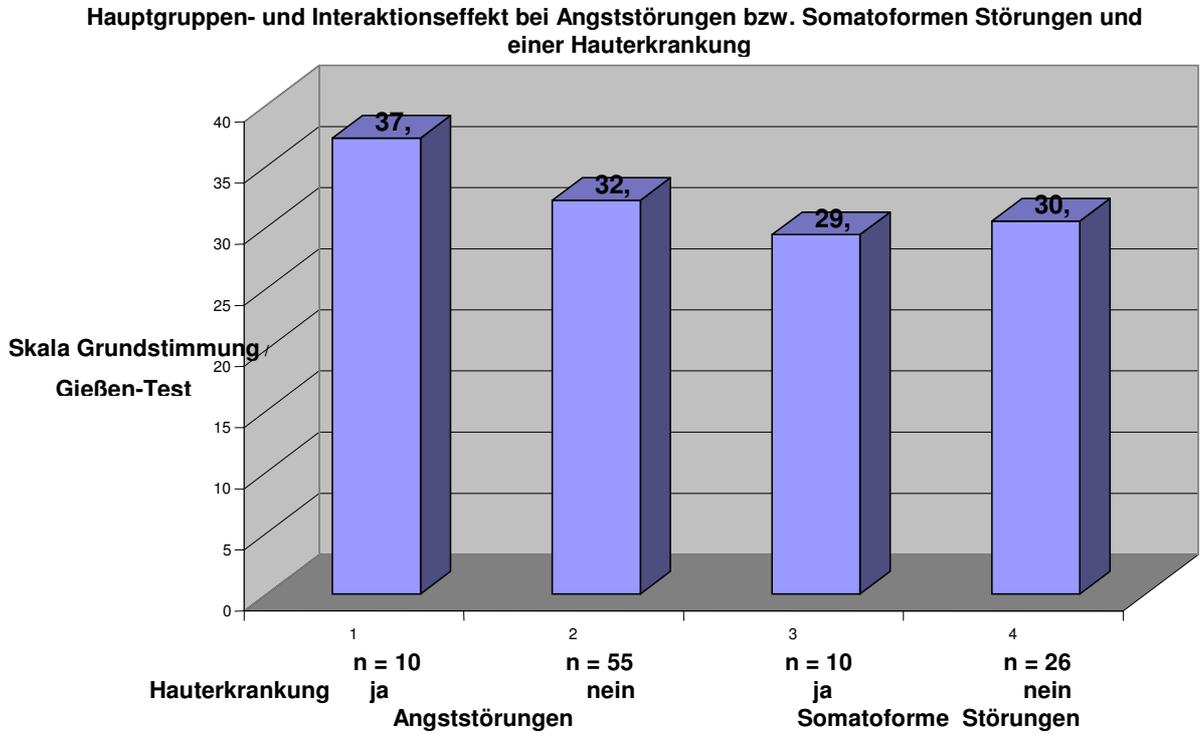


Abb. 2

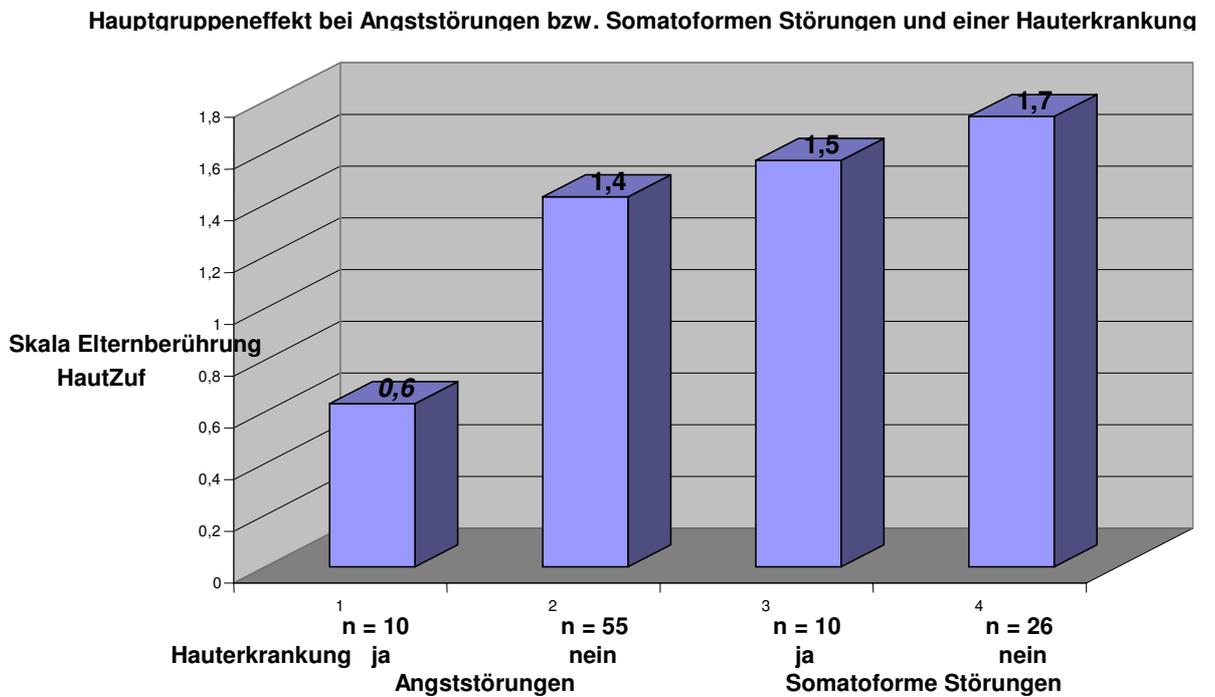


Abb. 3

Hauptgruppen- und Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung

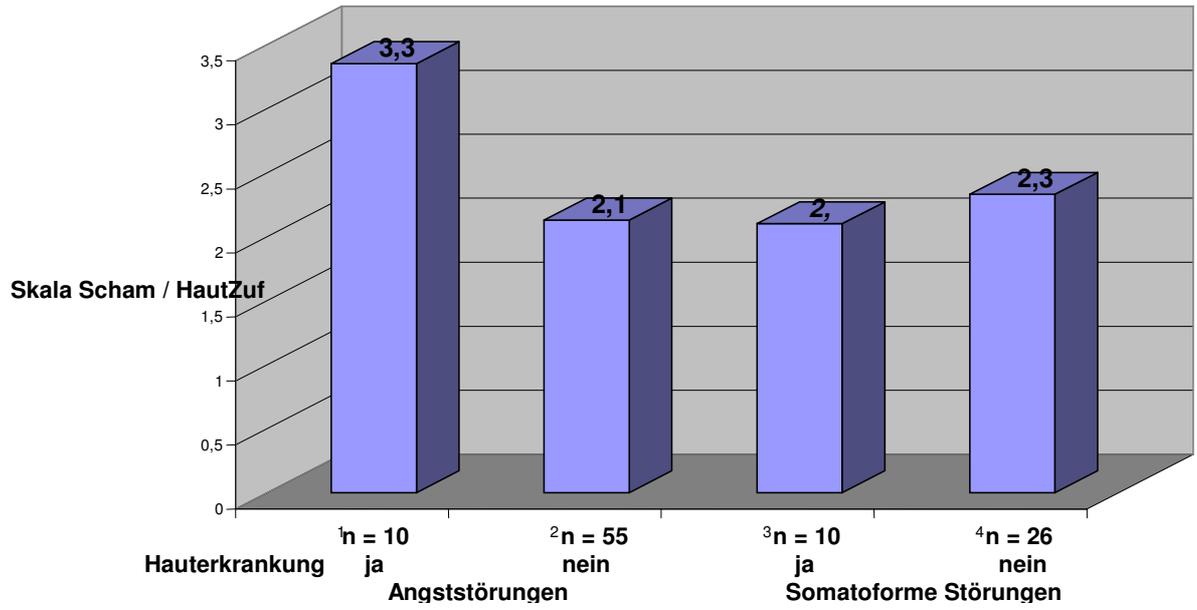


Abb. 4

Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung

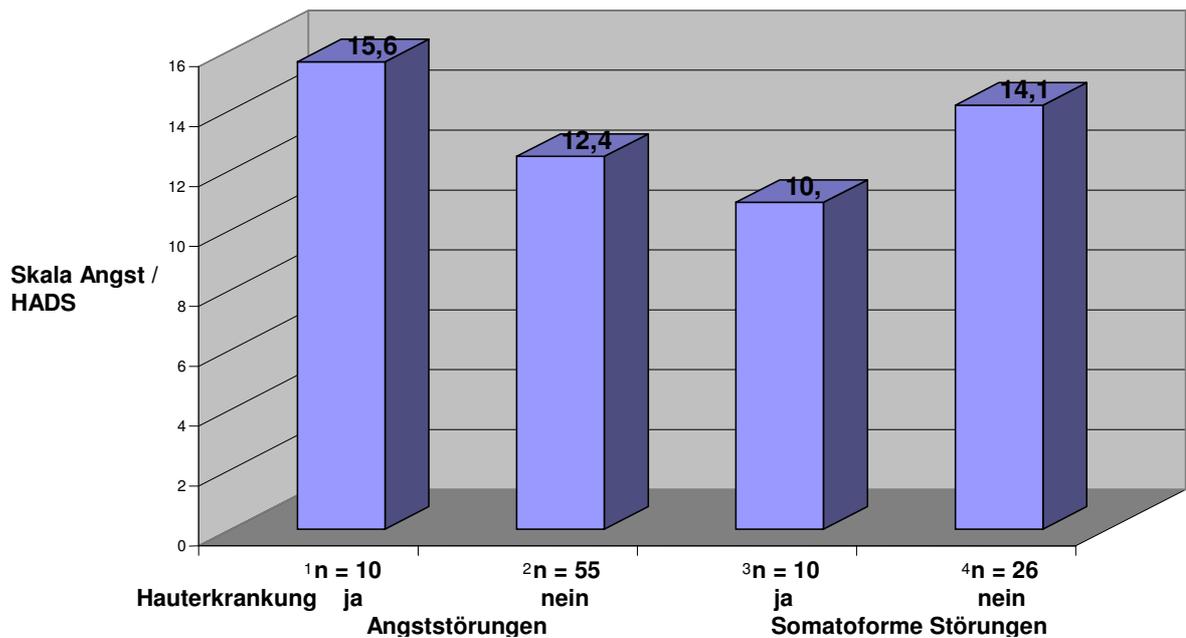


Abb. 5

Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung

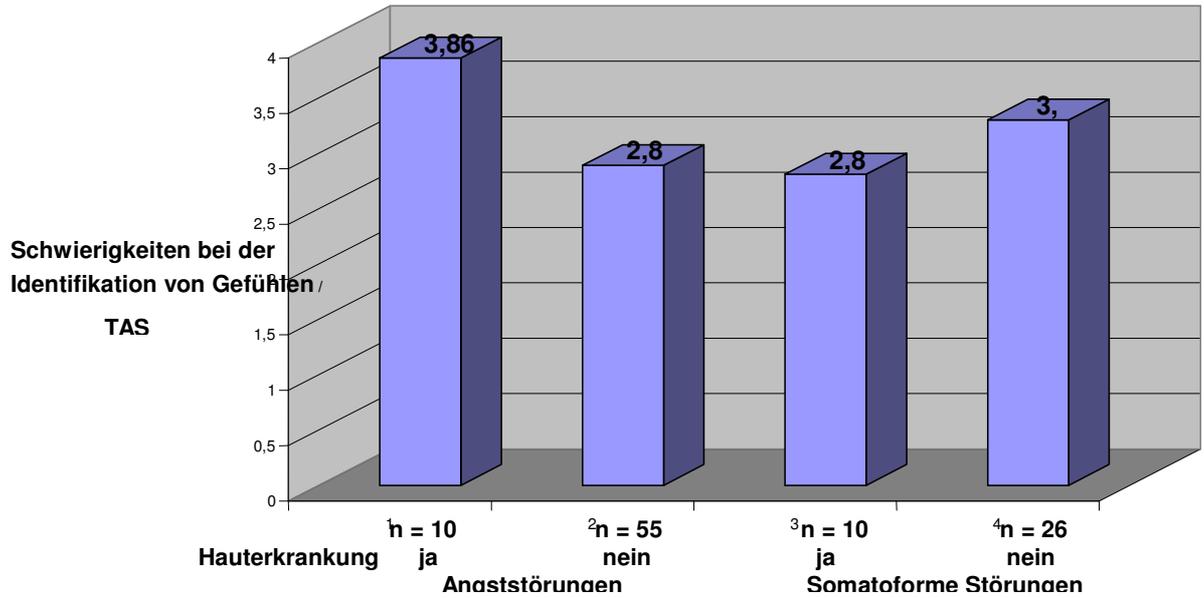


Abb. 6

Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung

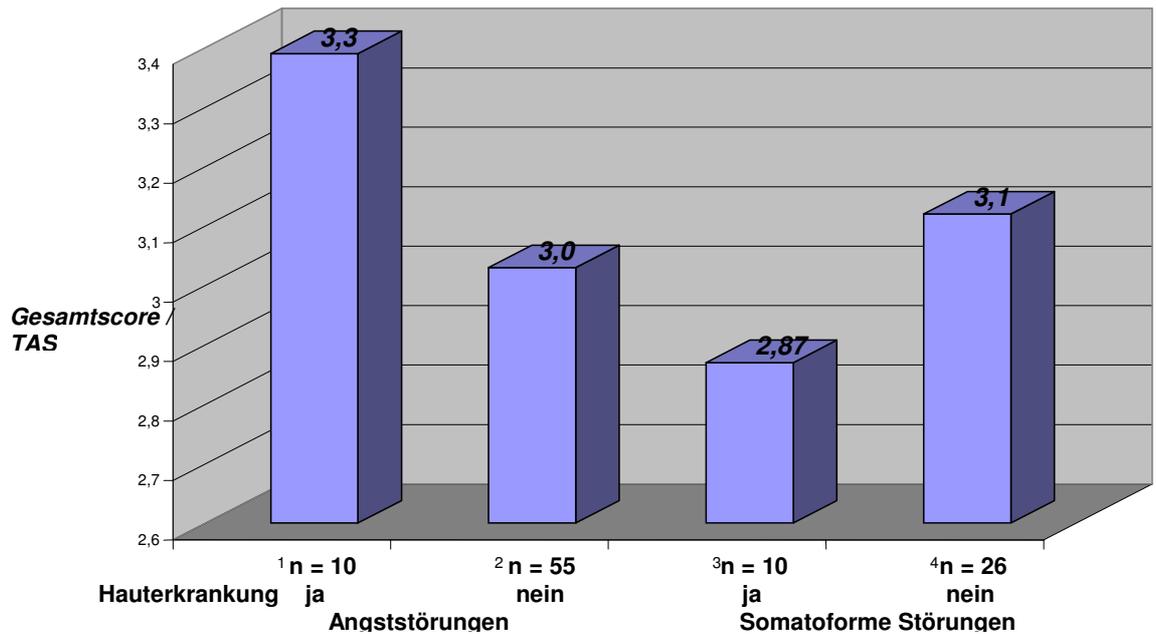


Abb. 7

Hauptgruppeneffekte und Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung

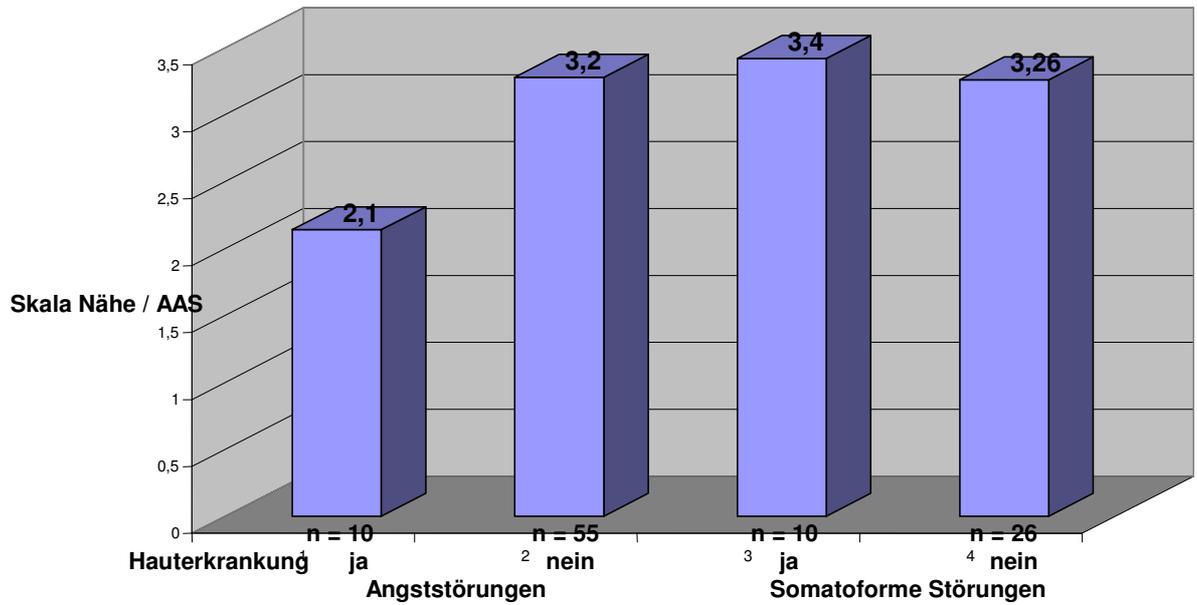


Abb. 8

Hauptgruppen- und Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung

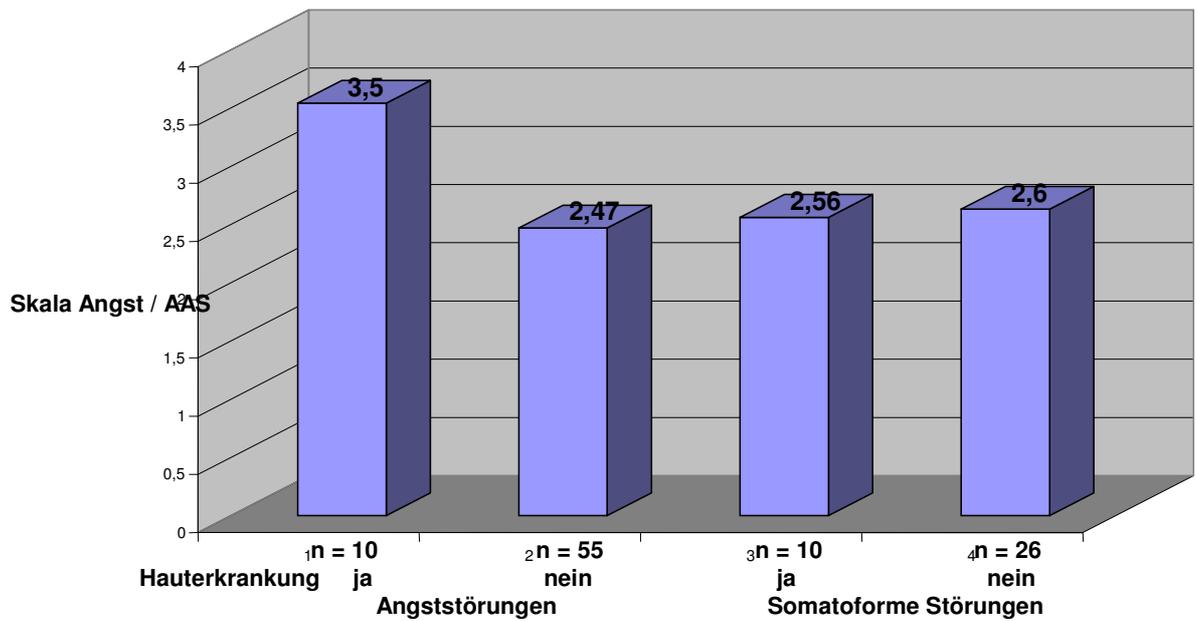


Abb. 9

Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung

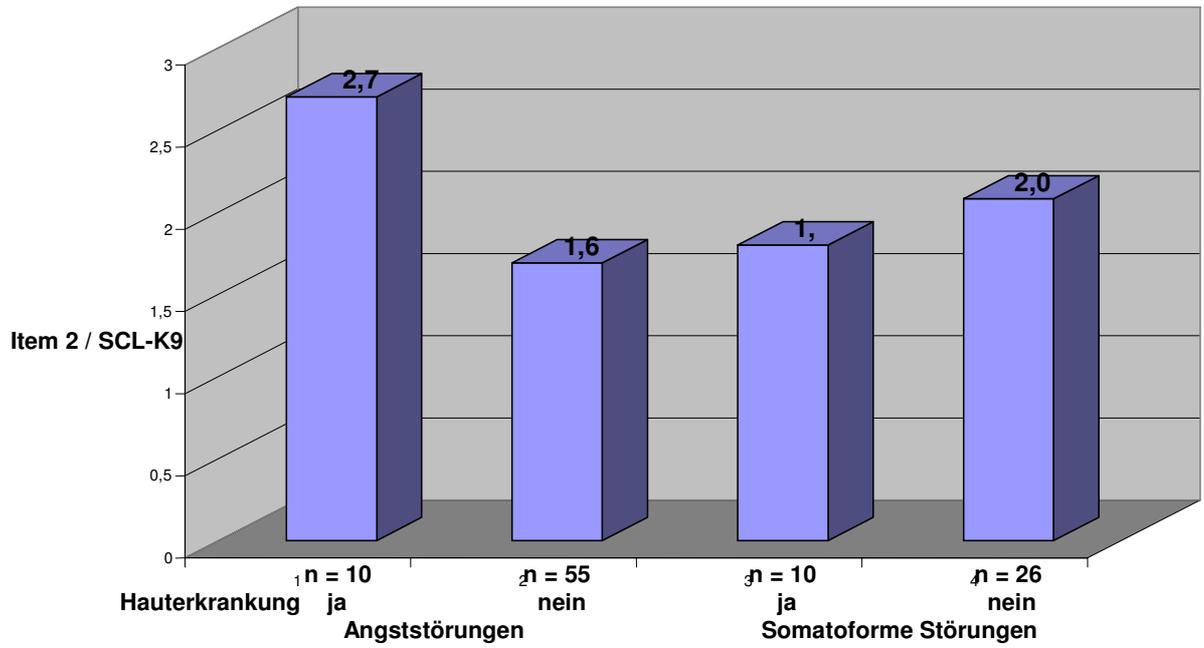
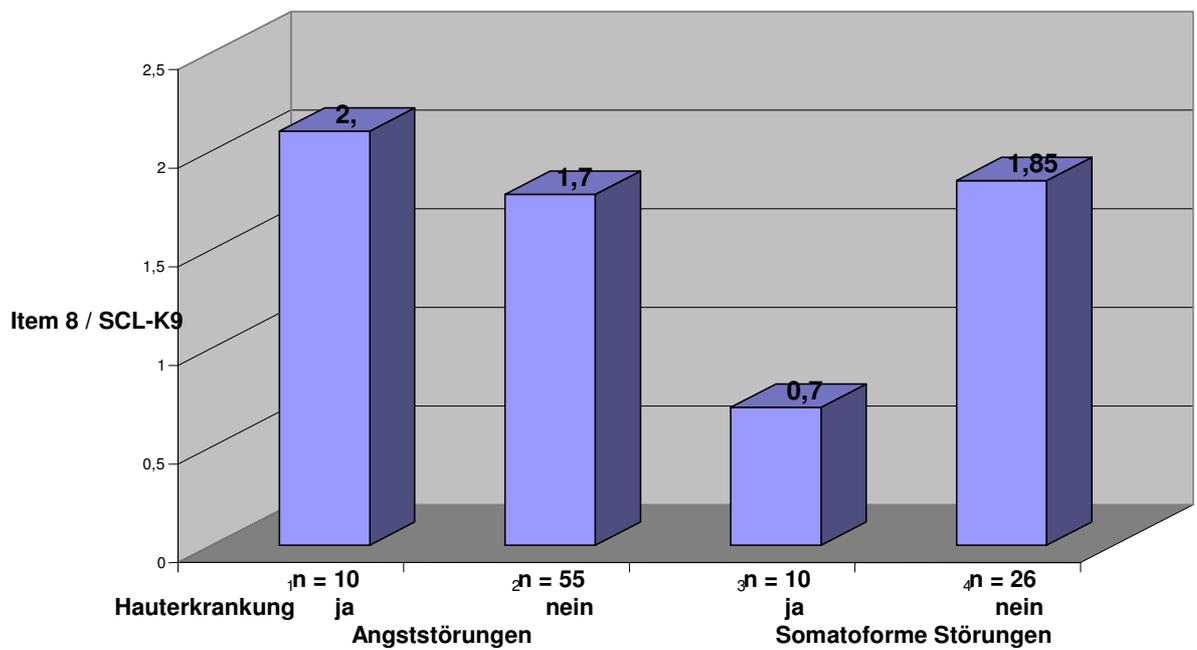


Abb. 10

Interaktionseffekt bei Angststörungen bzw. Somatoformen Störungen und einer Hauterkrankung



10. Diskussion

Die vorgelegte Untersuchung hatte zum Ausgang die Frage, inwieweit Patienten mit einer Angststörung oder einer Somatoformen Störung in ihrem Hauterleben bei der Regelung von Nähe und Distanz im sozialen Kontakt charakteristische und überprüfbare Unterschiede aufweisen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Haut wesentlich ist für die Vermittlung zwischen dem Individuum und seiner erlebten Umwelt (ANZIEU 1974), denn die Haut ist die äußerste, und somit erste und letzte Kontaktzone des menschlichen Leibes zur Umwelt (GION CONDRAU 1993), demzufolge Beziehungsstätte. Die innigen Beziehungen zwischen Haut und Psyche sind entwicklungsbiologisch verständlich, da sowohl die Haut wie das Zentralnervensystem sich im Mutterleib aus demselben Keimblatt, dem Ektoderm, entwickeln (MONTAGU 1971, CONDRAU 1993). Die Aussagen, die zu den erhobenen Daten gemacht werden, werden unter einem tiefenpsychologischen Blickwinkel getroffen. Es wird davon ausgegangen, dass das aktuelle Erleben und Verhalten des Individuums auf der Basis seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung gesehen werden muss. Wesentliche Annahme dabei ist die Existenz und ständige Wirksamkeit individueller bewusster, unbewusster und vorbewusster Prozesse, sowie die Annahme entsprechender Phantasien als Brücke und Schirm zwischen Psyche einerseits und Körper, Außenwelt und anderen Individuen andererseits (ANZIEU 1991). Der theoretische Hintergrund eines solchen tiefenpsychologischen Denkansatzes wurde erläutert (S.FREUD 1916, 1923, JUNG 1939, FEDERN 1952, ANZIEU 1974, 1989, MAHLER 1968, KERNBERG 1972, KOHUT 1975). Die Arbeiten von ANZIEU (1974, 1989) mit der Einführung eines Haut-Ichs tragen dem Denkansatz Rechnung, dass das Kind bereits in seinen frühesten Entwicklungsphasen über seine Körperoberfläche eine Vorstellung von sich selbst entwickelt als Ich, welches die psychischen Inhalte enthält. Dieser theoretische Denkansatz war wesentlicher Hintergrund für die Konstruktion des in der Untersuchung mit eingesetzten Hautzufriedenheitsfragebogen (GROLLE, KUPFER, BROSIG, NIEMEIER, HENNIGHAUSEN, GIELER 2003).

Untersucht wurden Patientinnen und Patienten, die im Sommer 2004 zur Behandlung in eine Rehabilitationsklinik für Psychosomatik, Innere und Physikalische Medizin überwiesen wurden.

Ausgewählt wurden 2 Patientengruppen: Patienten mit einer Angsymptomatik im Rahmen einer Panikstörung (F 41.0), generalisierten Angststörung (F 41.1) sowie einer gemischt ängstlich-depressiven Störung (F 41.2) und Patienten mit funktionellen Beschwerden im Rahmen einer Somatisierungsstörung (F 45.0) sowie anhaltender Somatoformer Schmerzstörung (F 45.4).

An der Untersuchung nahmen im Zeitraum von ca. 3 Monaten 101 Personen teil, 54 Frauen und 47 Männer, im Alter zwischen 23 und 60 Jahren. Der Altersmittelwert der Frauen lag etwas höher (47 Jahre) als der Wert bei den Männern (44,34 Jahre). Der Altersmittelwert in den beiden Störungsgruppen lag mit 45.85 Jahren bei den Angststörungen bzw. 45.61 Jahren bei den Somatoformen Störungen fast gleich hoch.

Innerhalb der beiden untersuchten Störungsgruppen war die Geschlechterverteilung etwa gleich. Von 65 untersuchten Patienten mit einer Angststörung waren 34 weiblich und 31 männlich, 20 derjenigen mit einer Somatoformen Störung waren Frauen, 16 waren Männer. Mit der Erhebung weiterer epidemiologischer Daten wie Familienstand / Partnerschaftsverhältnis, Schulabschluss / Beruf, Erwerbsstatus, Wohnsituation, erfüllt die vorgelegte Untersuchung die geforderten demographischen Standards (HOFFMEYER-ZLOTNIK 1994, STATISTISCHES BUNDESAMT 1995) bei den sozial-strukturellen Erhebungsmerkmalen.

Bezüglich der Wohnverhältnisse, des Schulabschlusses und des ausgeübten Berufes ergaben sich keine interpretierbaren Unterschiede im Vergleich der Störungsgruppen untereinander. In beiden Störungsgruppen übten die Betroffenen eher einen weniger höher qualifizierten Beruf aus. Patienten beider Störungsgruppen waren zum Untersuchungszeitpunkt häufiger arbeitsunfähig als arbeitsfähig. Dabei handelt es sich bei den Betroffenen eher um eine Langzeitarbeitslosigkeit.

In der untersuchten Klientel waren insgesamt 20 Patienten mit einer Hauterkrankung.

Der prozentuale Anteil der Hautpatienten in der Gruppe der Patienten mit einer Somatoformen Störung war fast doppelt so hoch – 10 von 36 Patienten bzw. 10 von 65 Patienten bei den Angststörungen.

Zur Erfassung der Hautzufriedenheit bzw. möglicher charakteristischer Merkmale für die Nähe-Distanz-Regulation wurde der Hautzufriedenheitsfragebogen (HautZuf),

eingesetzt, ein tiefenpsychologisch orientiertes Testinstrument zur Erfragung des Umgangs mit der Haut bei Gesunden und Kranken (GROLLE et al. 2003).

Zur Erfassung des Selbstbildes erhielten die untersuchten Patienten den Gießen-Test (BECKMANN & RICHTER 1980, BECKMANN, BRÄHLER, RICHTER 1990). Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein tiefenpsychologisches Messinstrument, mit langer klinischer Erprobung, das zur Standardisierung des HautZuf in früheren Untersuchungen bereits herangezogen wurde (GROLLE 2004, Dissertation).

Zur Selbstbeurteilung von Angst und Depression wurde die Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) eingesetzt (HERRMANN und BUSS 1995), zur Erfassung der Fähigkeit/Unfähigkeit, Gefühle bei sich adäquat wahrzunehmen, sie sprachlich präzise auszudrücken und damit psychisch zu verarbeiten, die Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAYLOR et al. 1985, KUPFER, BROSIG, BRÄHLER 2001). Aussagen über Offenheit für Nähe in Beziehungen, das Vertrauen in den anderen sowie die Angst vor dem Verlassenwerden wurden mit der Adult Attachment Scale (AAS) erhoben (COLLINS & READ 1990, SCHMIDT et al. 2004) Mit der Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-K-9 (KLAGHOFER, BRÄHLER 1998) ließ sich - unter der Annahme eines Generalfaktors „Psychische Beschwerden“ - inhaltlich ein psychischer Beschwerdedruck als "Globaler Distress" bestimmen.

10.1 Symptombelastung und Auffälligkeiten in Persönlichkeitsmerkmalen

In beiden untersuchten Störungsgruppen fühlen sich Patienten mit einer testpsychologisch positiven Angst oder Depression durch ihre Symptomatik sehr belastet. Dies zeigt sich mit ihrem Antwortverhalten bei der Symptomcheckliste, die als Kurzform (KLAGHOFER u. BRÄHLER 1998) bei der vorgelegten Untersuchung gegeben wurde. Von beiden untersuchten Patientengruppen werden sowohl bei den untersuchten Angststörungen als auch bei denjenigen mit einer Somatoformen Störung bei fast allen Items der Kurzform statistisch signifikant mehr Beeinträchtigung angegeben (siehe hierzu Tab. 12 u. 13, Tab.19 u.20) Dies trifft in noch deutlicherem Maße beim Vorliegen einer klinisch relevanten Alexithymie (siehe hierzu Tab. 28 u. 29) zu.

Die SCL-K-9 zeigt hohe Korrelationen - .36 bis .65 - mit der HADS, so dass sie als ein reliables und valides Instrument äußerst ökonomisch eingesetzt werden kann (FRANKE 1995).

In welcher Weise die erlebte Beeinträchtigung durch die Symptomatik sich unterschiedlich bei Angstpatienten und Patienten mit einer Somatoformen Störung differenziert, wird im weiteren Verlauf (siehe 10.5., 10.6.) diskutiert.

Alle Patienten der untersuchten Klientel mit einer testpsychologisch positiven Angstsymptomatik, Depression oder Alexithymie zeigen ähnliche Auffälligkeiten im Gießen-Test. Sie sind im Sinne der Testkriterien – einzige Ausnahme machen die Patienten mit einer Somatoformen Störung und klinisch relevanter Angst - eher depressiv und retentiv (siehe hierzu Tab. 18). Sie fühlen sich, wenn eine klinisch relevante Depression oder Alexithymie vorliegen, weniger attraktiv (sozial resonant) und befangen (sozial impotent) im Kontakt (siehe hierzu Tab. 25 u.26 sowie Tab. 32 u. 33).

Wie ausgeführt (siehe hierzu 8.2.1) erfolgte die Konstruktion des Verfahrens unter psychoanalytischen, rollentheoretischen und interaktionistischen Gesichtspunkten (BECKMANN et al. 1991). Durch das Antwortverhalten des Einzelnen kommt zur Darstellung wie er sich in psychoanalytisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen/sozialen Beziehungen darstellt. Eine weitergehende Differenzierung der einzelnen Merkmale in den untersuchten Störungsgruppen wird später (siehe 10.5, 10.6.) diskutiert.

10.2 Angstpatienten sind nicht introspektiver als Patienten mit einer Somatoformen Störung

Die Ergebnisse der jetzt untersuchten Klientel beschreiben die Gruppe der Angstpatienten in ihrer Grundstimmung eher bedrückt. Patienten aus der Gruppe mit einer Somatisierungsstörung fühlen sich häufiger in ihrer Befindlichkeit belastet durch Schweregefühle in den Armen oder Beinen.

Anders als erwartet unterscheiden sich die Patienten mit einer Angststörung - als Panikstörung, Generalisierte Angststörung oder gemischt ängstlich-depressive Störung - nicht von Patienten mit einer Somatoformen Störung - als Somatisierungsstörung oder anhaltende Somatoforme Schmerzstörung - bezüglich der Kompetenz, Gefühle wahrzunehmen, sie benennen und ausdrücken zu können. Patienten mit einer Angsterkrankung sind demnach nicht grundsätzlich introspektiver als Patienten mit einer Somatoformen Störung. Anfang der 70er Jahre wurde der Begriff der Alexithymie in die Literatur und den klinischen Alltag eingeführt (SIFNEOS 1973), um der Beobachtung Rechnung zu tragen, dass manchen Patienten die Differenzierung von körperlichen und emotionalen Folgen einer Belastungssituation nicht gelingt. In beiden untersuchten Störungsgruppen finden sich jetzt prozentual etwas mehr als 50 % Patienten mit einer klinisch relevanten Alexithymie nach TAS-26 (Tabelle 26). Alle untersuchten Patienten erreichen auf der Skala „Gesamtscore“ einen Cut-Off-Punkt von

≥ 3.00 . Entsprechend den Testkriterien können die Betroffenen als alexithym bezeichnet werden (TAYLOR et al. 1997). In einer großen epidemiologischen Studie an 1285 Personen der finnischen Allgemeinbevölkerung (SALMINEN et al. 1999) zeigte sich bei Verwendung der TAS 20 (BAGBY et al. 1994) eine Alexithymierate von 13 %. Wurden klinische Stichproben untersucht, dann war der Anteil der als alexithym bezeichneten Patienten höher: erreichte von 13 % bei einer kleinen Stichprobe chronischer Schmerzpatienten (LUMLY et al. 1997a) bis zu 53, 3 % bei essentiellm Hypertonus (TODARELLO et al. 1995). Das Gesamtergebnis wird durch die erreichten Punkte in den Unterskalen der TAS-26 komplettiert. Sowohl die Angststörungen wie auch solche Patienten mit einer Somatoformen Störung können, wenn gleichzeitig eine testpsychologisch positive Angst oder Depression vorliegt, nur schwer ihre Gefühle benennen, wobei die betreffenden Angstpatienten zugleich auch Schwierigkeiten damit haben, ihre Gefühle zu identifizieren. Bei Vorliegen einer relevanten klinischen Depression liegt zugleich bei beiden untersuchten Störungsgruppen ein extern orientierter Denkstil vor. Alexithymie Patienten glauben, dass sie weniger Ressourcen als andere Menschen haben, um mit Anforderungssituationen umgehen zu können, sie glauben weniger an den Erfolg bei der Bewältigung von Anforderungen und neigen eher zur Hilflosigkeit (ENGEL u. SCHMALE 1978). Von daher ist es nicht verwunderlich, dass sie sich in ihrem Denken eher an anderen ausrichten.

10.3. Angstpatienten und Patienten mit einer Somatoformen Störung unterscheiden sich testpsychologisch nicht bezüglich klinisch relevanter Angst oder Depression

In beiden Störungsgruppen findet sich ein hoher prozentualer Anteil von Patienten mit testpsychologisch relevanter Angst und Depressivität (Tabelle 11). Dies war so nicht erwartet worden. Die Arbeitshypothese war, dass bei Angststörungen, wegen der größeren emotionalen Erlebnistfähigkeit, ängstliche und depressive Gestimmtheit häufiger von den Betroffenen erlebt werden. Mit der HADS-D (siehe 8.2.3.) soll u.a. die psychische Beeinträchtigung bei Patienten mit funktionell bedingten Störungen erfasst werden. Unter der Prämisse, dass sich Patienten mit organischen Erkrankungen psychisch unauffälliger darstellen (HERRMANN u. BUSS 1995) müsste das Verfahren eine Diskriminierung zwischen den beiden untersuchten Störungsgruppen leisten. Andererseits zeigen Komorbiditätsstudien im psychiatrischen Bereich (FRIEDMANN et al. 1992), dass Angst und Depression gehäuft gemeinsam auftreten und sie die Prävalenz der psychischen Störungen dominieren. Andere Untersuchungen bei somatoformen Störungen (LIPOWSKI 1990) sowie in der somatischen Medizin (HAWTON et al. 1990) erga-

ben ähnliche Hinweise auf das gemeinsame Auftreten von Angst und Depression. Die jetzt untersuchte Klientel unterscheidet sich aus testpsychologischer Sicht nicht. Auffällig ist der hohe prozentuale Anteil der Patienten in beiden Störungsgruppen bezüglich klinisch relevanter Angst: 75 % der Patienten mit einer Angststörung und 80,56 % der Patienten mit einer Somatoformen Störung sind unter dem geprüften Kriterium „Klinisch relevante Angst oder Depression“ statistisch auffällig. Der Anteil mit einer klinisch relevanten Depression liegt deutlich niedriger ist aber ebenfalls signifikant: bei den Angstpatienten liegt der prozentuale Anteil bei 55,38 % und bei denjenigen mit einer Somatoformen Störung bei 63,69 %.

10.4. Angstpatienten und Patienten mit einer Somatoformen Störung unterscheiden sich testpsychologisch nicht in ihrem Bindungsverhalten

Erwartet wurde, dass die Patienten mit einer Somatoformen Störung aufgrund ihrer geringeren Introspektionsfähigkeit soziale Nähe und sozialen Kontakt weniger belastend, weniger störend erleben als Angstpatienten. In beiden klinischen Gruppen finden sich aber bindungsgestörte Patienten. Beim Vergleich der beiden Patientenkollektive und zugleich Vorliegen bzw. Nichtvorhandensein einer Hauterkrankung differenziert sich diese Aussage (siehe hierzu weiter unten). Der hohe prozentuale Anteil auch von Angstpatienten mit hohem Alexithymiewert wurde oben ausgeführt. Unter dem Kriterium „Näheerleben im sozialen Kontext“ bei klinisch relevanter Angst (Tabellen 14 u. 15), bei klinisch relevanter Depression (Tabellen 21 u. 22) sowie bei klinisch relevanter Alexithymie (Tabellen 30 u.31) erreichen beide untersuchten Störungsgruppen ähnliche Skalenwerte auf der AAS (siehe 8.2.5.; COLLINS u. READ 1990, SCHMIDT et al. 2004). Aus tiefenpsychologischer Sicht wird das Individuum Mensch und Persönlichkeit auf dem Hintergrund seiner Geschichte. Ungünstiges Bindungsverhalten bzw. ungünstige Bindungsschemata entwickeln sich dann, wenn entweder die Erreichbarkeit der Bezugsperson nicht gegeben war, etwa in der Form, dass sie konsistent nicht zugänglich ist oder andererseits sich inkonsistent - also unvorhersehbar - verhält. Entsprechendes Bindungsverhalten kann sich auch bei mangelnder Feinfühligkeit der Bezugsperson entwickeln (GROSSMANN et al. 1989). Kinder von feinfühligem Müttern reagierten weniger ängstlich, waren weniger aggressiv und in der Kommunikation differenzierter (GROSSMANN et al. 1985). Das Kind verinnerlicht seine frühen dyadischen Beziehungserfahrungen, es entwickelt sein „inneres Arbeitsmodell“ (BOWLBY 1995). Um das Grundbedürfnis nach Nähe zu einer erwachsenen Bezugsperson entwickeln sich motivationale Schemata (GRAWE 1995). Frühe Beziehungserfahrungen schlagen sich im Gedächtnis des Kindes in Form von Wahrnehmungs-

und emotionalen Reaktionsbereitschaften sowie emotionalen Bereitschaften nieder (GRAWE 1998). Die vorliegenden Untersuchungsdaten kennzeichnen statistisch signifikant ein hohes Ausmaß von Unwohlfühlen im Zusammensein mit anderen im sozialen Kontext bei Patienten mit testpsychologisch positiver Angst sowie Depression. Bei klinisch relevanter Angst ist zugleich das Vertrauen darauf, dass eine andere Person verfügbar ist und man sich auch ggf. anvertrauen kann, ebenfalls in beiden untersuchten Patientengruppen signifikant eingeschränkt. Dieses Vertrauen ist eingeschränkt auch bei Patienten mit einer diagnostizierten Angststörung und einer klinisch relevanten Depression. In beiden Störungsgruppen ist bei testpsychologisch positiver Angst zugleich eine erhöhte Angst nachzuweisen im Hinblick darauf, alleine gelassen oder verlassen zu werden. Es besteht ein erhöhtes Bedürfnis nach Nähe, aber zugleich die Befürchtung, dass dieses Bedürfnis zurückgewiesen wird. Dies ist auch der Fall bei diagnostizierten Angststörungen und gleichzeitig klinisch relevanter Depression. Im Einklang mit den zuvor beschriebenen Ergebnissen stehen die Befunde, dass die Angstpatienten sowie diejenigen mit einer Somatoformen Störung bei Vorliegen einer testpsychologisch positiven Alexithymie ebenfalls ein mangelndes Vertrauen in die Verfügbarkeit von anderen für sich haben und sie sich ebenfalls in der Nähe mit anderen unwohl fühlen. Betreffende Patienten mit einer Somatoformen Störung haben darüber hinaus auch noch die Angst, mit ihrem Bedürfnis nach Nähe zurückgewiesen zu werden. Hintergrund für das gestörte Bindungsverhalten können aus tiefenpsychologischer Sicht erlebte Stresssituationen wie beispielsweise inter- und/oder intrapersonelle Konflikte, auch Verlusterfahrung, Krankheit (BOWLBY 1976) sein, im besonderen nicht erfüllte Bedürfnisse nach sinnlichem Vergnügen, respektive nach sexueller Erregung, nach Widerspruch bzw. Rückzug sowie nach Selbstbehauptung und Exploration (LICHTENBERG 1991). Trifft das biologisch determinierte Bindungsbedürfnis des Neugeborenen auf eine responsive Mimik seiner erlebten Umwelt - im Allgemeinen die Mutter - und insgesamt Feinfühligkeit und Verfügbarkeit der Bezugsperson, so aktiviert dies nach den Ergebnissen psychobiologischer Studien dopaminerge Fasern im Hirnstamm. Es kommt zur Ausschüttung von Endorphinen, die den Säugling soziale Interaktion und soziale Affekte als angenehm erleben lässt (EGLE 2003) Es entwickelt sich ein Bindungsverhalten, das das Gehirn (vor allem Hippokampus und orbitaler Cortex praefrontalis) vor Schädigungen als Folge von Stresshormonausschüttung (vor allem Glucocorticoide) schützt. Sichere Bindungserfahrung erhöht die Stressschwelle, führt zu einer Dämpfung der Stressantwort. Die Folge ist eine bessere kognitive wie affektive Stressbewältigung (GUNNAR 1998, SCHORE 2000).

10.5. Hauterkrankung differenziert das Bindungsverhalten der Angstpatienten und der Patienten mit einer Somatoformen Störung

Innerhalb der untersuchten Klientel waren 20 Patienten, die neben ihrer psychischen Störung auch an einer Hauterkrankung leiden. (Tabelle 7). Dabei lag der prozentuale Anteil der Hauterkrankungen in der Gruppe der Patienten mit einer Somatoformen Störung fast doppelt so hoch (15,4 % vs. 27,8 %). Systematische Untersuchungen an Patienten mit Angststörungen oder Somatoformen Störungen und zugleich einer Hauterkrankung sind in der Literatur bisher nicht referiert. Von daher sind die jetzt vorliegenden Untersuchungsergebnisse insofern interessant, da sie zeigen, dass die Hautpatienten in beiden Störungsgruppen überproportional und unterschiedlich mit Störungen im Sinne der vorgelegten Fragebögen reagieren.

Es wurde bereits ausgeführt, dass sich Angstpatienten in ihrer Grundstimmung mehr beeinträchtigt fühlen als Patienten mit einer Somatoformen Störung. Dieses Ergebnis wird durch eine univariate Varianzanalyse der erhobenen Daten deutlich bekräftigt. Angstpatienten, die zugleich an einer Hauterkrankung leiden, fühlen sich in ihrer Grundgestimmtheit unwohler als Patienten mit einer Somatoformen Störung und zugleich krankhaften Hauterscheinungen.

Das Ergebnis zeigt sich in der jetzt vorgelegten Untersuchung als Hauptgruppen- und Interaktionseffekt.

Dieser Untersuchungsbefund wird dadurch komplettiert, dass Angstpatienten mit einer Hauterkrankung sich durch ihre Symptomatik belasteter fühlen im Vergleich mit den Patienten, die neben ihrer somatoformen Störung ebenfalls eine Hauterkrankung angeben. Das eingesetzte Selbstbeurteilungsinstrument SCL-K-9 erfragt speziell die Belastung durch psychische Symptome (RIEF et al. 1991). Aus der Datenmenge lässt sich ein Interaktionseffekt für das Antwortverhalten bei den Skalen 2 (dem Gefühl, dass es dem Betreffenden schwer fällt, mit sich etwas anzufangen) und 8 (Nervosität, wenn der Betreffende alleine gelassen wird) errechnen. Ohne Hauterkrankung liegen die Daten nicht signifikant abweichend voneinander.

Angstpatienten mit einer Hauterkrankung erreichen auch auf der Angstskala der HADS-D einen signifikant höheren Wert als vergleichbare Patienten mit einer Somatoformen Störung. Dies zeigt sich als Interaktionseffekt bei der univariaten Varianzanalyse. Die Werte für beide Patientengruppen sind ohne Vorliegen einer Hauterkrankung nicht signifikant unterschiedlich.

Angstpatienten mit einer Hauterkrankung sind alexithymer nach TAS-26 als Hautpatienten mit einer Somatoformen Störung. Als Interaktionseffekt zeigt sich dies sowohl für den Gesamtscore wie für die Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen. Ohne eine Hauterkrankung erreichen die Patienten aus beiden Störungsgruppen ähnlich hohe Werte, die sich signifikant nicht unterscheiden.

Ausgeführt wurde, dass in beiden Störungsgruppen bindungsgestörte Patienten zu finden sind. Mittels der durchgeführten univariaten Varianzanalyse kann jetzt innerhalb der untersuchten Störungsgruppen differenziert werden. Patienten mit einer Hauterkrankung und klinisch relevanter Angst entwickeln mehr als betreffende Patienten mit einer Somatisierungsstörung Angst vor Nähe im sozialen Kontakt und haben auch größere Angst mit ihrem Bedürfnis nach Nähe zurückgewiesen und alleine gelassen zu werden. Hautpatienten insgesamt fühlen sich in der Nähe mit anderen weniger wohl und befürchten, mit ihrem Bedürfnis nach Nähe zurückgewiesen zu werden.

Erklärungen für das unterschiedliche Verhalten lassen sich nur undifferenziert ableiten aus Überlegungen und Untersuchungen bei Hautpatienten. Auffällig ist, dass die Angstpatienten mit einer Hauterkrankung in ihrem emotionalen Erleben und ihrer Grundstimmung, im Wahrnehmen ihrer Gefühle, im Erleben von sozialer Nähe und von Kontakt „gestörter“ sind. Für Patienten mit einer Somatisierungsstörung könnte die Haut eine emotionale Projektionsfläche bieten, so dass sie sich im Kontakt mit anderen und in ihrem Erleben weniger beeinträchtigt erleben als die Angstpatienten. Die Haut würde auf diese Weise zum „Austragungsorgan“ (Begriffswahl vom Verfasser) für nicht zugelassene Phantasien und Gefühle. Mit dem Konzept der „Psychischen Hülle“ und der Einführung eines „Haut-Ichs“ (ANZIEU 1974) wurde ein Erklärungsansatz entwickelt, der biologische, psychosoziale und psychische Phänomene verknüpft (siehe hierzu Kapitel 1. u.3.). Das Haut-Ich beruht nach ANZIEU auf verschiedenen Funktionen der Haut: der Tasche (für gute pflegerische Erfahrungen), der Grenze zur Außenwelt, Barriere gegen Außeneinflüsse, als Ort und Werkzeug der Kommunikation und als reizaufnehmende Oberfläche.

Inwieweit die Nähe-Distanz-Problematik, wie sie sich beispielsweise bei Neurodermitikern zeigt, als ein Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt gesehen werden kann ist fraglich (GIELER u. DETIG-KOHLER 1994). Ein solcher psychodynamischer Konflikt besteht allerdings bei Angstpatienten (KÖNIG 1981), bei denen die Angst vor expansiven Impulsen oftmals die

Grundlage für eine Bindungsangst wurde, resultierend aus der Entwicklungsphase, in der eigene Bestrebungen nach Aktivität durch die Bezugsperson(en) ängstlich eingeengt wurden, und keine positiven steuernden inneren Objekte durch die Interaktion mit der Umwelt ausgebildet werden konnten (KÖNIG 1981). Dass unterschiedlich Mechanismen zusammenkommen ist nicht einfach von der Hand zu weisen. Ende der 70er Jahre beschreibt RECHENBERGER (1979) die Verschmelzung mit dem frühen Versorgungsobjekt und die mangelnde Loslösung als wesentlich für pathologische Gestaltung von Nähe und Distanz beim Neurodermitiker. Hier schützt dann die entzündliche Haut vor dem symbiotischen Wunsch nach Nähe/Verschmelzung. Der Hautpatient, respektive der Neurodermitiskranke, kann oftmals nicht in der Beziehungssituation zwischen sich und seinem Gegenüber unterscheiden, seine entzündete Haut wirkt gleichsam wie ein Ventil für eine psychisch nicht lösbare Ambivalenz zwischen Wünschen nach Nähe und Streben nach Distanz (GIELER et al. 1994, PINES 1980).

Patienten mit einer Somatoformen Störung erleben soziale Nähe oft „rein räumlich“, ohne emotionale Beteiligung. Aggressive Impulse werden auch bei Verletzungen im sozialen Kontakt oftmals nicht ausgelebt. Die Patienten bleiben „in ihrer Haut gefangen“. Der Schmerz oder das körperliche Symptom können eine „psychoprotetische Funktion (HOFFMANN 2003) übernehmen. So kann sich der Patient im Symptom spüren und auf diese Weise sein Selbst in seiner Haut stabilisieren. Aus tiefenpsychologischer Sicht geht es oftmals darum, vor allem beim Schmerzpatienten, ein Ich-Ideal, das von Wünschen nach Unabhängigkeit, Hyperaktivität und Altruismus gekennzeichnet ist, aufrechtzuerhalten. Dahinter verbergen sich jedoch gegenteilige Wünsche nach Abhängigkeit, Passivität und Versorgung, die verleugnet und durch Überaktivität und Übergenauigkeit kompensiert werden. Der Schmerz kann so der Legitimierung passiver Abhängigkeitswünsche dienen, wodurch das Ich-Ideal aufrecht erhalten werden kann (BLUMER u. HEILBRONN 1982, RUDOLF 1998).

10.6. Zusammenhänge zwischen den Skalen für Berührung (HautZuf) und den Skalen/Items anderer Tests

Mit dem Hautzufriedenheitsfragebogen (HautZuf) wurde ein valides Testinstrument mit tiefenpsychologischer Konzeption zur Untersuchung von Gesunden und Kranken erstellt (GROLLE et al. 2003, JUNGBLUT 2004, Dissertation). Der HautZuf erfragt andere Persönlichkeitsaspekte als der Gießen-Test, der auch in der jetzt vorgelegten Untersuchung

eingesetzt wurde. Die Skalen der beiden Tests können als weitgehend unabhängig voneinander betrachtet werden (JUNGBLUT 2004).

Die untersuchten Hautpatienten erreichen auf der Skala Scham hohe Werte und geben signifikant an, sich weniger sozial attraktiv und durchsetzungsfähig zu erleben.

Mit der univariaten Varianzanalyse lässt sich dieser Befund weiter differenzieren. Es sind die Angstpatienten mit einer Hauterkrankung, die mehr Scham im sozialen Kontext erleben als die Patienten mit einer Somatisierungsstörung und einer Hauterkrankung und sie erinnern weniger Elternberührung.

Bei der Validierung der jetzt vorgelegten Form des HautZuf zeigte sich eine hoch positive Korrelation der Skala „Partnerschaftliche Berührung“ mit allen anderen Skalen. Daraus kann geschlossen werden, dass berührungsbetonter Umgang in der Ursprungsfamilie sich positiv im Erwachsenenleben auf Partnerschaft und Erleben von Nähe und Kontakt im sozialen Kontext auswirken kann. Darüber hinaus waren auch bei hoher Berührungsneigung Scham und Ekelempfindung hochsignifikant erhöht (GROLLE et al. 2003), was als gesunder Ausdruck der Regelung von Nähe und Distanz interpretiert wurde.

10.6.1. Zusammenhänge bei den Angststörungen

Bei den diagnostizierten Angstpatienten finden sich negative Korrelationen der Skala „Selbstberührung“ mit Depressivität und Somatisierung (Items 3 u. 7 im SCL-K-9) sowie Durchlässigkeit und Soziale Potenz (GT-S). Die Faktoren Durchlässigkeit und Soziale Potenz (GT-S) sind ebenfalls negativ korreliert mit der Skala „Elternberührung“, zusätzlich hier auch der Faktor Kontrolle. Beim Faktor Kontrolle ergibt sich ein positiver Zusammenhang mit der Skala „Ekel“.

Auf breiter Basis findet sich ein positiver Zusammenhang mit dem Antwortverhalten zur Skala „Scham“. Entsprechende Patienten haben ein starkes Bedürfnis nach Nähe, obwohl sie gleichzeitig befürchten, mit ihren Bedürfnissen zurückgewiesen zu werden (Skala Angst in der AAS). Das Vorliegen einer Angstsymptomatik wird testpsychologisch bestätigt (HADS-D). Es ergeben sich darüber hinaus positive Korrelationen mit verspürter Aggressivität / Feindseligkeit und dem Gefühl, beobachtet zu werden (Skalen 1 u. 5 im SCL-K-9). Die betreffenden Patienten haben mehr Schwierigkeiten ihre Gefühle zu identifizieren und zu benennen (TAS-26) und sind insgesamt alexithymer (Gesamtscore

TAS-26). Sie fühlen sich häufig bedrückt, abhängig und fressen Ärger eher in sich hinein (Faktor Grundstimmung im GT-S), und sie sagen gleichzeitig von sich, dass sie sich eher misstrauisch erleben, wenig von sich preisgeben und weniger ihre Liebesbedürfnisse zeigen würden (Faktor Durchlässigkeit im GT-S). Negativ korreliert die Skala „Scham“ mit dem Faktor Soziale Resonanz (GT-S) und den Skalen Nähe und Vertrauen (AAS).

Das Ergebnis zeigt eindeutig, im Sinne des tiefenpsychologischen Ansatzes der vorgelegten Untersuchung, dass „gemachte Erfahrung“ entscheidend ist für spätere Verhaltensmuster im Erleben und Regeln von Nähe und Distanz im sozialen Kontext und zu meinem eigenen Körper. Erinnere ich wenig Halt gebenden (Haut)-Kontakt so bleibe ich in meiner Selbstwertentwicklung „brüchig“ (siehe hierzu auch Kapitel 3.2., ANZIEU 1974, 1985, 1989, FEDERN 1952, MAHLER 1968, KERNBERG 1972, KOHUT 1975, KELLETER 1990, WIDMEYER 1993, WINNICOTT 1973).

Die Patienten, die in ihrer Erinnerung „genügend“ Kontakt bekommen haben sind weniger depressiv und somatisieren weniger und sie sind aufgeschlossen, zeigen ihre Liebesbedürfnisse und geben sich offen und unbefangen im heterosexuellen Kontakt. Die untersuchten Angstpatienten erinnern weniger Elternberührung, fühlen sich demzufolge sozial wenig potent und im Kontakt befangen. Dieses Ergebnis wird durch die Befunde im HautZuf bei der Skala „Scham“ gestützt: hohes Schamempfinden ist verbunden mit dem Gefühl von Unattraktivität und Unbeliebtheit (= niedriger Wert auf der Skala Soziale Resonanz)

Auch Tierversuche an Rattenbabys zeigen, dass schon eine 15-tägige Trennung von der Mutter (ein Tag bei Ratten entspricht etwa sechs Monaten bei Menschenbabys) zu einem Stressor werden kann, der zu weit reichender Veränderung physiologischer Parameter führt, mit letztlich psychologischen Auswirkungen (HOFER 1994). Es kam u.a. zu einem Abfall der Katecholaminspiegel, einer reduzierten Bildung und Ausschüttung von Wachstumshormonen, einer Beeinträchtigung des Schlafes und insgesamt einer erhöhten motorischen Aktivität. All diese Veränderungen waren nach Rückkehr zur Mutter weitgehend irreversibel. Umgekehrt konnte gezeigt werden, dass ein besonderes Maß an Körperkontakt und Streicheln in der ersten Zeit nach der Geburt bei Ratten im späteren Leben zu einer wesentlichen Dämpfung der Stressantwort führt (MEANEY et al. 1988).

Dabei ist es wichtig, dass die Stimuli im Hinblick auf das Entwicklungsstadium adäquat präsentiert werden, d.h. „safe, nurturing, predictable, repetitive and gradual“ (PERRY u. POLLARD 1998).

10.6.2. Zusammenhänge bei den Somatoformen Störungen

Die Ergebnisse der Patienten mit einer Somatoformen Störung weisen ebenfalls deutliche Zusammenhänge mit den Berührungsskalen im HautZuf auf. Auch ihr Antwortverhalten spiegelt den Zusammenhang von erlebter und erinnelter Fürsorge und ihre Auswirkungen auf Berührung und Kontaktverhalten wider. Wie die untersuchten Angstpatienten sind sie in ihrem Bindungsverhalten gestört.

Hier ergeben sich bei der Skala „Selbstberührung“ negative Korrelationen mit Zwanghaftigkeit (Item 2 im SCL-K-9) und einem extern orientierten Denkstil (TAS-26). Positiv ist der korrelative Zusammenhang mit dem Faktor Soziale Resonanz (GT-S).

Die Skala „Elternberührung“ korreliert negativ mit dem Faktor Durchlässigkeit (GT-S).

Erstaunlicherweise korrelieren die Antwortwerte der Skala „Partnerberührung“ positiv mit dem Faktor Soziale Resonanz (GT-S). Vielleicht zeigt sich darin, dass In-einer-Partnerschaft-Sein sich positiv auf die soziale Attraktivität auswirken kann.

Bei den Patienten mit einer Somatoformen Störung finden sich ebenfalls Korrelationen auf breiter Basis der Skala „Scham“ mit Skalen oder Items der anderen Tests. Eine negative Korrelation weist die Skala „Scham“ mit dem Faktor Nähe (AAS) auf. Die betreffenden Patienten geben an, durch die Symptomatik sehr belastet zu sein. Die Korrelationen sind mit 7 von 9 Skalen im SCL-K-9 positiv: Gefühlsausbrüche, denen gegenüber man sich machtlos fühlt sind häufig (Item1), es fällt schwer, etwas anzufangen (Item 2), man fühlt sich beobachtet (Item 5) ist gespannt und aufgeregt (Item 6) und fühlt sich auch in Gesellschaft einsam (Item 9). Darüber hinaus ergibt sich mit allen Skalen der TAS-26 eine positive Korrelation, so dass die Patienten mit einer Somatoformen Störung und einer Schamproblematik unter testpsychologischen Kriterien als „hoch alexithym“ angesehen werden müssen. Des Weiteren fühlen Patienten mit einer Schamproblematik und zugleich einer Somatoformen Störung häufig bedrückt, neigen zur Selbstreflexion und sind eher selbstkritisch. Ärger fressen sie eher in sich hinein (Faktor Grundstimmung GT-S). Sie sind

eher verschlossen, halten ihre Liebesbedürfnisse zurück und geben wenig von sich preis (Faktor Durchlässigkeit GT-S).

Die Auswirkungen eines ungenügend erlebten/erinnerten Elternkontaktes wurden oben diskutiert, auch der damit verbundene mangelnde Glaube vieler Patienten an ihre eigenen Fähigkeiten, mit Anforderungen an sie adäquat umgehen zu können (ENGEL u. SCHMALE 1978). Dass es ihnen von daher schwer falle, etwas anzufangen, in die Hand zu nehmen (hoher Werte bei Item 2 im SCL-K-9, niedriger Wert bei Skala Selbstberührung) komplettiert das Bild. Die Patienten suchen Halt und Rat für ihr Handeln außerhalb von sich (extern orientierter Denkstil). Erhöhte Werte auf der Skala Scham traten bei der Validierung des HautZuf zusammen mit erhöhten Werten für Ekelempfindung auf, bei zugleich hoher Berührungsneigung (JUNGBLUT 2004). Inwieweit Scham und Ekel von daher auch Nähe und Berührung positiv gestalten können, also zulassen, in dem sie gleichzeitig eine nötige Distanz schaffen und Grenzen setzen, muss auf dem Hintergrund der persönlichen Entwicklung des Einzelnen betrachtet werden. Scham wird heute überwiegend zu den angeborenen Affekten gerechnet und seine Entstehung zwischen dem 4. und 18. Lebensmonat datiert (KLUTHMANN 1999). Scham und Ekel ähneln sich, in dem sie auch eine Schutzfunktion annehmen können. Schamaffekt ermöglicht durch Internalisierung von Idealen des Gegenübers die Konstitution eines Über-Ichs, wodurch das Ich geschützt und begrenzt wird (WURMSER 1993). Das Schamerleben der jetzt untersuchten Patienten ist in einem Maße erhöht, dass ein damit möglicher Schutzcharakter - Schutz der eigenen Intimität - sich gewandelt hat, was zu einem einengenden und Nähe sowie Kontakt erschwerenden / ausschließenden Verhalten und Erleben führt.

Die oftmals nach außen gezeigte Selbstsicherheit bei Patienten mit einer Somatoformen Störung ist ja viel häufiger eine brüchige Fassade (siehe oben, BLUMER u. HEILBRONN 1982). Das innere Gefühl ist ja viel öfter soziale Befangenheit. Betreffende Patienten verfügen über eine nur geringe Fähigkeit zum Ausgelassensein, sind mit Liebesbedürfnissen eher zurückhaltend. Das nicht gespürte emotionale Interesse für die eigene Person, die Enttäuschungswut werden durch Abdrosselung des emotionalen Erlebens und der emotionalen Ausdrucksfähigkeit abgewehrt. Die nach außen gezeigte Überkompensation – als Selbstsicherheit – führt immer wieder zur Bestätigung, dass echte soziale Resonanz und Unterstützung ausbleiben (RUDOLF 1998).

Die jetzigen Ergebnisse beschreiben bei beiden untersuchten Störungsgruppen eindeutig, dass mangelnde Berührung zu einer mangelnden Selbstsicherheit bezüglich der eigenen Durchsetzungsfähigkeit und zu Verslossenheit und geringer Liebesfähigkeit führen können. Die Scham, die die Nähe mit einer anderen Person „begleitet“ ist möglicherweise zurückzuführen auf intrapsychische Konfigurationen und die Konstitution eines Über-Ichs als „wertendes Auge“ (WURMSER 1993). Sie resultiert aus der verinnerlichten Interaktion von Wahrnehmen und Wahrgenommenwerden (SEIDLER 1997) im Laufe der Entwicklung. Schamgefühl kann die Intimität schützen (KLUTHMANN 1999) durch Aneignung des Blickes seines Gegenübers und so zu einem internalisierten Ideal führen (SEIDLER 1997). Bei der jetzt untersuchten Klientel beschreiben die Untersuchungsergebnisse eindeutig, dass das Schamerleben bei den Betroffenen seine Schutzfunktion verloren hat und sie im Erleben und Gestalten von Nähe und Kontakt beeinträchtigt sind.

11. Zusammenfassung

Systematische klinische Untersuchungen zur Bedeutung des Hauterlebens für die Gestaltung von Nähe und Distanz im sozialen Kontakt bei Patienten mit einer Angststörung oder Somatoformen Störung liegen bisher nicht vor. Untersucht wurden jetzt 101 Patienten – 54 Frauen und 47 Männer / Altersmittelwert 47 bzw. 44 Jahre - mit den Diagnosen F 41.0 (Episodisch paroxysmale Angst), F 41.1 (Generalisierte Angststörung) und F 41.2 (Angst und Depression gemischt) bzw. F 45.0 (Somatisierungsstörung) und F 45.4 (Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung). Die Untersuchung erfolgte zu Beginn einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik für Psychosomatik, Innere und Physikalische Medizin.

Die untersuchte Klientel war bezüglich Familienstand / Partnerschaftsverhältnis, Schulabschluss / Beruf, Erwerbsstatus, Wohnsituation vergleichbar. Die Untersuchung erfüllt mit der Erhebung der epidemiologischen Daten die geforderten demographischen Standards (HOFFMEYER-ZLOTZNIK 1994, STATISTISCHES BUNDESAMT 1995).

In der Untersuchungspopulation haben 65 Patienten eine Angststörung (34 Frauen, 31 Männer), bei 36 Patienten (20 Frauen, 16 Männer) wurde eine Somatoforme Störung diagnostiziert.

Die Daten für die Untersuchung wurden mit Hilfe von Tests erhoben. Der Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf) wurde 2003 neu konzipiert und validiert (GROLLE, KUPFER, BROSIG, NIEMEIER, HENNIGHAUSE, GIELER 2003). Er erfasst bei

Gesunden und Kranken auf tiefenpsychologischer Basis charakteristische Erlebnismerkmale im Nähe-Distanz-Erleben. Mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (Deutsche Version), dem Gießen-Test, der Toronto-Alexithymie-Skala-26, der Adult Attachment Scale und Symptom-Checkliste (SCL-K9) wurden das Vorliegen einer klinisch relevanten Depression oder Angst überprüft, Persönlichkeitsvariablen und Vorliegen einer Alexithymie erfasst und konnten Aussagen über Offenheit für Nähe in Beziehungen sowie über die erlebte Beeinträchtigung durch die Symptomatik getroffen werden.

Testpsychologisch unterscheiden sich die Patienten mit einer Angststörung nicht von den Somatoformen Störungen hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens im sozialen Kontext. Dies war so nicht erwartet worden. In beiden Störungsgruppen findet sich ein hoher Anteil von Patienten, die Angst haben, sich auf eine bzw. in einer Beziehung einzulassen, wobei zugleich ein hohes Bedürfnis nach Nähe besteht, allerdings verbunden mit der Angst, alleine gelassen oder verlassen zu werden. Entsprechend den im Einleitungsteil ausgeführten Prämissen geht der Verfasser der Untersuchung davon aus, dass die Grundlagen für dieses Bindungsverhalten, neben somatischen Einflüssen (EGLE 2003), durch die Entwicklung des Individuums gelegt werden (JORASCHY und EGLE 2000, McWILLIAMS et al 2000). In diesem Zusammenhang bedeutsame tiefenpsychologische Gesichtspunkte und Grundlagenaspekte (ADLER 1907, FREUD S 1916, 1923, JUNG 1939, FEDERN 1952, SCHUR 1955) wurden referiert. Dabei wesentliche Gedanken über den Einfluss des Hauterlebens im Entwicklungsablauf (ANZIEU 1974, 1985) wurden ebenfalls ausgeführt.

Auch sind die Angstpatienten nicht introspektiver. Wie die Patienten mit einer Somatoformen Störung sind sie durch die Symptomatik belastet, wobei sie sich in ihrer Grundstimmung mehr beeinträchtigt fühlen, diejenigen mit einer Somatoformen Störung dagegen eher durch körperliche Missgefühle (Schwere in den Armen oder Beinen). Allerdings unterscheiden sich die Patientengruppen nicht hinsichtlich klinisch relevanter Depression oder Angst. Dies war ebenfalls so nicht erwartet worden. Komorbiditätsstudien in anderen Bereichen wie Psychiatrie (FRIEDMANN et al.1992), an allgemeinmedizinischen und internistischen Patienten (DOWELL und BIRAN, 1990) und bei psychosomatischen Patienten (MALASI et. al. 1991, EKSELIUS et al. 1997) erbrachten ähnliche Hinweise auf das gemeinsame Auftreten von Angst und Depression.

Dies ist andererseits sicherlich nicht so verwunderlich, da ja Angst als ein typisches Symptom bei einer ausgeprägten Depression anzusehen ist.

Erst bei Vorliegen einer Hauterkrankung sind die Angstpatienten im Erleben von sozialer Nähe, bei der Wahrnehmung ihrer Gefühle in ihrem emotionalen Erleben und ihrer Grundstimmung „gestörter“.

Den Einfluss des Hauterlebens für die Gestaltung und das Erleben von Nähe dokumentieren die beschriebenen Zusammenhänge der Skalen im HautZuf auf breiter Basis mit den Skalen / Items der anderen Fragebögen. Alle Patienten mit zugleich einer Hauterkrankung erleben sich sozial unattraktiv und wenig durchsetzungsfähig. Dabei ist das Schamempfinden bei den Angstpatienten etwas stärker.

Diskutiert wurde, dass Patienten mit einer Somatoformen Störung die soziale Nähe oft „rein räumlich“ erleben und sie ohne Gefühl „in der Situation sind“. Sie sind gefangen in ihrer Haut und das körperliche Symptom bekommt häufig eine „psychoprothetische Funktion“ (HOFFMANN 2003). Unter soziokulturellen Aspekten kann der Schmerz in einer Scham- und Schuldkultur (Ausdruck vom Verfasser) auch Ausdruck eines inneren Konfliktes sein. Ein gewisses Maß an innerer Schuld ist offensichtlich für das Funktionieren vieler Gesellschaften nötig. Verlangt wird die Wiedergutmachung oder Selbstbestrafung, dies kann in Form von Schmerzerleiden stattfinden (SCHACHTEL 1981, LEYER 1990).

Die Untersuchung zeigt eindeutig, dass mit Hilfe der Skalen im HautZuf Aussagen über das Hauterleben im sozialen Kontakt sowie dessen Gestaltung getroffen werden können.

Schon bei der Validierung des Fragebogens zeigten sich hohe Korrelationen der Skala Partnerschaftliche Berührung mit allen anderen Skalen des Tests (JUNGBLUT 2004).

Gemachte Erfahrung und Halt gebender oder fehlender/ungenügender Hautkontakt sind wesentliche Einflussgrößen für die Gestaltung und das Erleben des sozialen Kontaktes im Erwachsenenalter (ANZIEU 1989). Die Intaktheit der Haut, welche Gesunde als selbstverständlich voraussetzen und nicht bemerken, zeigt uns täglich, dass wir Zärtlichkeit und Nähe empfinden können und dass unsere Haut als psychische Hülle unser Selbst schützt (GIELER 2004). Im Falle von Krankheit – hier jetzt untersucht an Angststörungen und Somatoformen Störungen ist dieser Schutz gestört und beeinträchtigt.

12. Literaturverzeichnis

1. ADLER A (1907):
Studie über die Minderwertigkeit
Urban & Schwarzenberg, Wien
2. ADLER A (1908):
Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose.
Fortschritte der Medizin 26
Neu herausgegeben in Heilen und Bilden
3. ADLER A (1912):
Organdialekt.
Neu herausgegeben in Heilen und Bilden 1973
4. ADLER A (1914):
Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual-
Psychologie.
Reinhardt, München
5. APFEL RF, SIFNEOS PE (1979):
Alexithymia: Concept and measurement.
Psychotherapy and Psychosomatics 32 , 180-190
6. AKISKAL H, MCKINNEY WT (1975):
Overview of recent research in depression. Integration of ten conceptual
models into a comprehensive clinical frame.
Arch.gen.Psychiat. 32 , 285-305
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980):
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
APA, Washington DC
8. ANGENENDT J, FROMMBERGER U, TRABERT W, STIGLMAYR Ch,
BERGER M (2000):
Angststörungen.
in: BERGER M (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie
Urban und Fischer, München –Jena, 571-572
9. ANZIEU D (1974):
Emboitements
Nouvelle Revue de Psychoanalyse 9 , 57-71
10. ANZIEU D (1981):
Le Corps de L'œuvre.
Gallimard, Paris

11. ANZIEU D (1989):
The Skin Ego
A psychoanalytic approach to the self.
New Haven London, Yale University Press, 1989
12. ANZIEU D (1991) :
Das Haut-Ich
Übers. v. Meinhard Korte u. Marie Hélène Lebourdais-Weiss
Suhrkamp, Frankfurt a.M.
Titel der Originalausgabe (1985) :
Le Moi-peau
Bordas, Paris
13. BAGBY RM, TAYLOR GJ, PARKER JDA (1994):
The-Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II
Convergent discriminant, and concurrent validity.
Journal of Psychosomatic Research 38 , 33-40
14. BARSKY A, WYSHAK G (1990):
Hypochondriasis and somatosensory amplification.
Brit.J.Psychiat. 157 , 404-409
15. BASS CM (ed.) (1990):
Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness.
Blackwell Scientific Publication, Oxford
16. BECKMANN & RICHTER (1980):
Gießen-Test (GT)
17. BECKMANN D, BRÄHLER E, RICHTER H-E (1991):
Der Gießen-Test (GT). 4. erweiterte und überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung 1990.
Huber, Bern
18. BERGER M (Hrsg) (2000):
Psychiatrie und Psychotherapie
Urban & Fischer, München - Jena S. 575
19. BIVEN BM (1982) :
The role of skin in normal and abnormal development with a note on the poet.
Sylvia Plath.
in: Int.Rev. Psycho-Anal 63 9 , 205-228
20. BLUMER D, HEILBRONN M (1982):
Comments on “Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder”.
J Nerv Ment Dis 170 , 407-408

21. BOHMANN M, CLONINGER R, KNORRING v A.-L, SIGVARDSSON S (1984):
An adoption study of somatoform disorders. Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality.
Arch.gen.Psychiat. 41 , 872-878
22. BOWLBY J (1976):
Attachment and loss.
Vol. II 1973
Deutsch: Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind.
München: Kindler
23. BOWLBY J (1995):
Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung.
Heidelberg: Dexter
24. BRÄHLER E, KLAGHOFER R (1998):
Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R
Leipzig, Zürich
25. BRÄHLER E, SCHUMACHER J, BRÄHLER CH (1999):
Erste gesamtdeutsche Normierung und spezifische Validitätsaspekte des Gießen-Test.
Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 20 , 231-243
26. BRÄHLER E, BROSIG B, KUPFER J (2001):
Toronto-Alexithymie-Skala - 26 - deutsche Übersetzung.
Verlag für Psychologie Hogrefe, Göttingen
27. BRIQUET P (1859):
Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.
Baillière, Paris
28. BUSS U, HERRMANN Ch (1995):
Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version.
Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin
Verlag Hans Huber, Bern
29. BÜSSELBERG U (1993):
Untersuchungen zur deutschen Adaptation des „Feelings, reactions and beliefs survey“ (FRBS) von D. Cartwright, J. de Briun und S. Berg.
Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
30. COLLINS NL, READS SJ (1990):
Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples.
Journal of Personality and Social Psychology 58 ,544-663

31. CONDRAU G, SCHIPPERGES H (1993):
Unsere Haut: Spiegel der Seele, Verbindung zur Welt.
Kreuz Verlag, Zürich 1. Auflage
32. CREED F, FIRTH D, TIMOL M, METCALFE R, POLLOCK S (1990):
Somatization and illness behavior in a neurology ward.
J.psychosom.Res.34 , 427-437
33. DEROGATIS LR, LIPMAN RS, COVIL L (1973):
SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report
Psychopharmacology Bulletin 9, 13-28
34. DEROGATIS LR (1977):
SSCL-90-R, administration, scoring & procedures manual for the R(evised)
version.
John Hopkins University School of Medicine
35. DILLING HE, SCHULTE-MARKWORT HJ, FREYBERGER (Hrsg (1994):
Von der ICD-9 zur ICD-10.
Huber, Bern-Göttingen-Toronto
36. DOWELL AC; BIRAN LA (1990):
Problems in using the hospital anxiety and depression scale for screening patients
in general practice.
Br J Gen Pract, 40, 27-28
37. EGLE UT (2003):
Psychosozialer Stress und Schmerz.
in: Handbuch Chronischer Schmerz
Egle, Hoffmann, Lehmann, Nix (Hrg.)
Schattauer, Stuttgart 69-76
38. EGLE UT, KISSINGER D, SCHWAB R (1991):
Eltern-Kind-Beziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im
Erwachsenenalter.
Psychother Psychoso Med Psychol, 41 , 247-256
39. EGLE UT, NICKEL R (1998):
Kindheitsbelastungsfaktoren bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen.
Z Psychosom Med Psychoan, 44 , 21-36
40. ENGEL GL (1959):
“Psychogenic” pain and the pain-prone patient.
Am J Med, 26 , 899-918

41. ENGEL GL u. SCHMALE AH (1978):
Der Objektverlust. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störungen.
in: OVERBECK G u. OVERBECK H (Hrsg.), Seelischer Konflikt - körperliches
Leiden.
Reinbek: Rowohlt 247-268
42. ESCOBAR JI, RUBIO-STIPEC M, CANINO G, KARNO M (1989):
Somatic Symptom Index (SSI): A new abridged Somatization Construct
Prevalence and epidemiological Correlates in two large Community Samples.
J. Nerv. Men. Disease, 177 , 140-146
43. EKSELIUS L, ERIKSSON M, von KNORRING L, LINDER J (1997):
Comorbidity of personality disorders and major depression in patients with soma-
toform pain disorders or medical illness with long-standing work disability.
Scand J Rehabil Med, 29, 91-96
44. FAIN M, MARTY P (1965):
A propos du narcissisme et sa genèse.
Rev.Franç.Psych. 29 ,561-572
45. FINESTONE HM, STENN P, DAVIES F, STALKER C, FRY R, KOUMANIS J
(2000):
Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood
Sexual Abuse.
Child Abuse Negle 24 , 547-556
46. FRANKE GH (1995):
SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual
Beltz, Göttingen
47. FREUD S (1895) :
Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex
als >Angstneurose< abzutrennen.
Neurolog. Centralbl.12 , 50-66
48. FREUD S (1916-17):
Allgemeine Neurosenlehre, 20. u. 21. Vorlesung.
Fischer, Frankfurt a.M. 1969 Bd. 1
49. FREUD S (1916--17):
Allgemeine Neurosenlehre, 25. Vorlesung.
in: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge
Conditio humana Ergebnisse aus den Wissenschaften vom Menschen
Fischer, Frankfurt a.M. 1969 Bd.1 , 380 ff

50. FREUD S (1923):
Das Ich und das Es
in: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse
Conditio humana Ergebnisse aus den Wissenschaften vom Menschen
Fischer, Frankfurt a.M. Bd 3 , 288 ff
51. FREUD S (1926):
Hemmung, Symptom und Angst.
in: Hysterie und Angst
Conditio humana Ergebnisse aus den Wissenschaften vom Menschen
Fischer, Frankfurt a.M. 1971 Bd 6 , 229 ff
52. FREUD S (1932-33):
Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 32. Vorlesung
in: Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge
Conditio humana Ergebnisse aus den Wissenschaften vom Menschen
Fischer, Frankfurt a.M. Bd.1, 517 ff
53. FRICK H, LEONHARDT H, STARK D (1980):
Allgemeine Anatomie.
Thieme, Stuttgart, New York Bd 1 , 166 ff
54. FRIEDMANN ES, CLARK DB, GERSHON S (1992):
Stress, anxiety, and depression: Review of biological, diagnostic, and nosologic
Issues
J Anxiety Disorders 6 , 337-363
55. GIELER U (2004):
Die psychische Hülle am Beispiel der Neurodermitis.
in: Die Haut als psychische Hülle
Burkhard Brosig, Uwe Gieler, Hrg.
Bibliothek der Psychoanalyse
Psychosozial-Verlag 168-186
56. GIELER U, DETIG-KOHLER C (1994):
Nähe – Distanz bei Hautkranken.
Psychotherapeut 39 , 259-263
57. GIELER U, NIEMEIER V (2003):
Psychophysiological aspects of atopic dermatitis.
in: Psychocutaneous Medicine
John YM Koo, Chai Sue Leed, eds.
Marcel Dekker, New York, Basel 97-118
58. GODDARD AW, CHARNEY DS (1997):
Toward an integrated neurobiology of panic disorder.
J.clin.Psychiat. 58 (Supp 12) , 4-12

59. GOTTHARDT U, HEUSER J (1995):
Neuroendokrinologische Forschung in der Psychiatrie.
in: LIEB K, RIEMAN D, BERGER M (Hrsg.), Biologisch-psychiatrische
Forschung.
Fischer, Stuttgart-Jena-New York 43-70
60. GOLDBERG D, HILLIER VF (1979):
A scaled version of the General Health Questionnaire.
Psychologic Medicine 9 , 139-146
61. GOLDSTEIN RB, WEISSMANN MM, ADAMS PB, HORWATH E, LISH JD,
CHARNEY D, WOODS SW, SOBIN C, WICKRAMARATNE PJ (1994):
Psychiatric disorders in relatives of probands with panic disorder and/or major
depression.
Arch.gen.Psychiat. 51 , 383-394
62. GRAWE K (1995):
Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie.
Psychotherapeut 40 , 130-145
63. GRAWE K (1998):
Psychologische Therapie.
Göttingen,Bern,Toronto,Seattle: Hogrefe
64. GROLLE M, KUPFER J, BROSIG B, NIEMEIER V, HENNIGHAUSEN L,
GIELER U (2003):
The Skin Satisfaction Questionnaire - an Instrument to Assess Attitudes toward
the Skin in Healthy Persons and Patients.
Deramtol Psychosom 4 , 14-20
65. GROSSMANN K, GROSSMANN KE, SPANGLER G, SUESS G, UNZNER L
(1985):
Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of
attachment in northern Germany.
Monogr Soc Res Child Dev 50 ,233-256
66. GROSSMANN KE, AUGUST P, FREMMER-BOMBIK E, FRIEDL A, GROSS-
MANN K, SCHEUER-ENGLISCH H, SPANGLER G, STEPHAN C, SUESS G
(1989):
Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung.
in: Keller H (Hrg.) Handbuch der Kleinkindforschung.
Berlin: Springer 31-55
67. GUNNAR M (1998):
Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential
effects on the developing human brain.
Prev Med 27 , 208-211

68. GÜNDEL H, CEBALLOS-BAUMANN AO, von RAD M (2000):
Aktuelle Perspektiven der Alexithymie.
Nervenarzt 71 , 151-163
69. HARTMANN H, KRIS E, LOEWENSTEIN RM (1949):
Notes on the theory of aggression.
in: The Psychoanalytic Study of the Child 3/4 , 9-36
70. HAAS JU (1976):
Schamanentum und Psychiatrie.
Dissertation, Freiburg/Br.
71. HARDT J (1995):
Chronifizierung und Bewältigung bei Schmerzen.
Pabst, Lengerich
72. HAWTON KD, MAYOU FR, FELDMAN BM (1990):
Significance of psychiatric symptoms in general medical patients with mood disorders.
Gen. Hosp. Psychiatry 12, 296-302
73. HERRMANN Ch, BUSS U, (1995):
Hospital anxiety and depression scale – Deutsche Version.
Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depression in der somatischen Medizin.
Testdokumentation und Handanweisung.
Verlag Hans Huber, Bern
Englische Originalausgabe: SNAITH RP, ZIGMONT AS
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale.
NFER Nelson, Windsor (Berkshire, GB), 1994
74. HERRMANN C, SCHOLZ KH, KREUZER H (1991):
Psychologisches Screening von Patienten einer kardiologischen Akutklinik mit einer deutschen Fassung der „Hospital Anxiety and Depression“ (HAD)-Skala.
Psychother.Psychosom.Med.Psychol. 41 , 83-92
75. HESSEL A, SCHUMACHER J, GEYER M, BRÄHLER E (2000):
Symptomcheckliste SCL-90-R: Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe.
Diagnostica
76. HOFER M (1994):
Hidden regulators in attachment, separation and loss.
Monographs of the society for Research in child development 59 , 192-207
77. HOFFMANN SO (2003):
Psychodynamisches Verständnis von Schmerz.
in: Egle, Hoffmann, Lehmann, Nix: Handbuch Chronischer Schmerz
Schattauer, Stuttgart, New York S. 77 ff

78. HOFFMEYER-ZLOTNIK JHP (1994):
Eine Deutsche Standarddemographie.
ZUMA-Nachrichten 34, 120-125
79. HOTOPF M, MAYOU R, WADSWORTH M, WESSELY S (1999):
Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: results
from a national birth cohort study.
AmJPsychiatry 156, 1796-1800
80. JAMES L, GORDON E, KRAIUHIN C, HOWSON A, MEARES R (1990):
Augmentation of auditory evoked potentials in somatization disorder.
J.Psychiat.Res. 24, 155-163
81. JORASCHKY P, EGLE (2000):
Depression.
in: Egle, Hoffman, Joraschki (Hrsg), Sexueller Missbrauch, Misshandlung,
Vernachlässigung.
Schattauer, Stuttgart, New York, 191-201
82. JUNG CG (1939):
Bewusstes, Unbewusstes und Individuation.
Zentralbl.f.Psychotherapie, 265 ff
83. KATON W, RIES RK, KLEINMANN A (1984):
The Prevalence of Somatization in Primary Care.
Comprehens.Psychiat. 25, 208-215
84. KELLETER R (1990):
Haut und Primärbeziehung.
Zeitschr.f.psychoanalytische Theorie u. Praxis 5, 122-144
85. KELLNER R (1986):
Somatization and Hypochondriasis.
Praeger Publishers, New York
86. KENDLER K, NEALE J, KESSLER A, HEATH A, EAVES L (1992):
Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different
environments?
Arch.gen.Psychiat. 49, 716-722
87. KENDLER K, NEALE M, KESSLER R, HEALTH A, EAVES L (1993):
Panic disorder in women: A population-based twin study.
Psychol.Med. 23, 397-406
88. KERNBERG O (1972):
Early ego integration and object relations.
Annals of the New York Academy of Sciences 193, 233-247

89. KERNBERG OF (1975):
Borderline conditions and pathological narcissism.
Jason Aronson, New York
dt.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus
Suhrkamp, Fankf./Main 1979
90. KESSLER RC, McGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M,
ESHLEMANN S, WITTCHEN HU, KENDLER KS (1994):
Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the
United States: Results from the National comorbidity Survey.
Arch.gen.Psychiat. 51 , 8-19
91. KLAGHOFER R, BRÄHLER E (1998):
Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R.
Diagnostica 39, 115-124
92. KLEIN DF (1974):
Endomorphic depression.
Archives of General Psychiatry 31, 447-454
93. KLUTHMANN A (1999):
Es lockt bis zum Erbrechen. Zur psychischen Bedeutung des Ekels.
Forum Psychoanalyse 15, 267-281
94. KOHUT H (1971):
The Analysis of the Self.
Int.Univ.Press, New York
Deutsch: Narzissmus
Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1973
95. KOHUT H (1971):
Narzissmus. Eine Theorie der Behandlung narzisstischer Persönlichkeiten.
Suhrkamp, Frankfurt a.M.
96. KOHUT H (1975):
Bemerkungen zur Bildung des Selbst.
in: Kohut (1975): die Zukunft der Psychoanalyse.
Suhrkamp, Frankfurt a.M. 252-285
97. KÖNIG K (1979):
Die Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Angstsymptomatik.
Vortrag vor der Arbeitsgruppe Göttingen der DPG vom 17.1.1979
unveröffentlichtes Autoreferat
98. KÖNIG K (1981):
Angst und Persönlichkeit.
Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen.
Verlag f. Medizin.Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht S. 16 ff

99. KRAUSS F, ÜBERLA K, WARNCKE W (1980):
Auswertung des Gießen-Tests bei einer repräsentativen Stichprobe von Frauen zwischen 12 und 45 Jahren – Faktorenstruktur und Test-Retest-Korrelationen.
Diagnostica 26, 74-84
100. KROENKE K, PRICE RK (1993):
Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity.
Arch.Int.Medicine 153, 2474-2480
101. KUPFER J, BROSIG B, BRÄHLER E (2000):
Überprüfung und Validierung der 26-Item Toronto-Alexithymie-Skala an Hand einer Repräsentativen Bevölkerungsstichprobe.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 46 , 368-384
102. LEE CK, KWAK YS, YAMAMOTO J, RHEE H, KIM YS, HAN JH, CHOI JO, LEE YH (1990):
Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences.
J.Nerv.Ment.Disease 178, 247-252
103. LEYER EM (1990):
Verborgene Strukturen in der ärztlichen und psychotherapeutischen Interaktion mit Ausländischen Patienten – dargestellt und diskutiert am Beispiel eines türkischen chronisch Schmerzkranken.
Psychother Psychosom Med Psychol, 40, 423-431
104. LICHTENBERG J (1991):
Motivational-funktionale Systeme als psychische Strukturen.
Forum Psychoan 7 , 85-97
105. LIPOWSKI ZJ (1990):
Somatization and depression.
Psychosomatics 31 , 13-21
106. LOHAUS A, SCHMITT GM (1989):
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKH).
Göttingen, Testzentrale
107. LUMLEY MA, ASSELIN LA, NORMAN S (1997):
Alexithymia in chronic pain patients.
Compr Psychiatry 38 , 160-165
108. MAHLER M (1968):
Symbiose und Individuation.
in: Psychosen im frühen Kindesalter Bd.1
Klett, Stuttgart 1972

109. MALASSI TH, MIRZA IA, el ISLAM MF (1991):
Validation of the hospita anxiety and depression scale in Arab patients.
Acta Psychiatr Scand, 84, 323-326
110. McWILLIAMS LA, COX, BJ, ENNS MW (2000):
Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis
in a nationally representative sample.
Clin J Pain, 16, 360-364
111. MASER JD, CLONINGER CR (Hrsg.) (1990):
Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders.
American Psychiatric Press, Washington D.C.
112. MARTY P, de M'UZAN M (1978):
Das operative Denken. („La pensée opératoire“).
Psyche, 32, 974-984
113. MEANEY MJ, AITKEN D, BHATNAGER S, VAN BERKEL C, SAPOLSKY R
(1988):
Effects of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippo-
campus.
Sience 238, 766-768
114. MERTENS W (1981):
Psychoanalyse.
Kohlhammer, Stuttgart
115. MONTAGU A (1988):
Körperkontakt: d. Bedeutung d. Haut für d. Entwicklung d. Menschen.
aus dem Englischen übers. v. Eva Zahn
Klett-Cotta, Stuttgart
Titel der Originalausgabe (1971):
Touching: The Human Significance of the Skin.
Columbia University Press, New York and London 1971
116. NEMIAH JC, SIFNEOS PE (1970):
Affect and fantasie in patients with psychosomatic disorders.
in: HILL OW (ed.): Modern trends in psychosomatic medicine, II.
London: Butterworths, 26-34
117. NEUMER S, LIEB R, MARGRAF J (1998):
Epidemiologie.
in: MARGRAF J, NEUMER S, RIEF W (Hrsg.): Somatoforme Störungen
Störungen: Ätiologie,
Berlin, Diagnose und Therapie. 37-49
118. NILGES P (1999):
Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen.
Roderer, Regensburg

119. NILGES P, WICHMANN-DORN E, GERBERSHAGEN HU (1990):
Drug induced headache patients: Locus of control, pain variables and the effect of withdrawal.
Pain Suppl. 5 , S.46
120. ONG W (1967):
The presence of the world.
Yale University Press, New Haven 169 f
121. OVERBECK G (1975):
Objektivierende und relativierende Beiträge zur Pensée opératoire der französischen Psychosomatik.
Habilitationsschrift, Gießen
122. PERKONIGG A, WITTCHEN HU (1995):
Epidemiologie von Angststörungen.
in: KASPER S, MÖLLER H-J (Hrsg): Angst- und Panikerkrankungen.
Fischer, Jena-Stuttgart, 137-156
123. PERRY BD, POLLARD R (1998):
Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of Childhood trauma.
Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 7 , 51
124. PINES D (1980):
Skin communication: Early skin disorders and their effect on transference and countertransference.
International Journal of Psychoanalysis 61 , 315-323
125. RANK O (1924):
Das Trauma der Geburt.
Zentralbl. Psychoanal. Wien
126. RAPEE R.M. BARLOW D.H. (eds.) 1990:
Chronic anxiety – generalized anxiety disorder and mixed anxiety depression.
Guilford, New York-London
127. RECHENBERGER I (1979):
Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten.
Verlag für Medizin. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
128. RIEF W, (1995):
Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie.
Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung.
Huber, Bern

129. RIEF W, GREITEMEYER M, FICHTER MM (1991):
Kurzberichte über neue diagnostische Verfahren. Die Symptomcheckliste SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten.
Diagnostica, 37, 58-65
130. RIEF W, SHAW M, FICHTER MM (1997):
Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome.
Psychosomat.Med. (in press)
131. RUDOLF G (1996):
Psychotherapeutische Medizin.
Enke, Stuttgart 3. Aufl.
132. RUDOLF G (1998):
Der Prozess der depressiven Somatisierung.
in: Rudolf G, Henningsen P (Hrg.) Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis.
Stuttgart, New York: Schattauer 171-184
133. SALMINEN JK, SAARIJARVI S, AARELA E, TOIKKA T, KAUKANEN J (1999):
Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland.
J Psychosom Res 46, 75-82
134. SEIDLER G (1997):
Scham und Schuld – Zum alteritätstheoretischen Verständnis selbstreflexiver Affekte.
Zeitsch. Psychosomat. Med 43, 119-137
135. SCHACHTEL HJ (1981):
Pain and religion.
Cancer Bull, 33, 84-85
136. SCHMIDT S, STRAUß B, HÖGER D, BRÄHLER E (2004):
Die Adult Attachment Scale (AAS) - Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version.
Inst. f. Mezin. Psychologie, Jena
137. SCHORE AN (2000):
Attachment and regulation of the right brain.
Attachments Hum Dev 2, 23-47
138. SCHORS R, KÖPPELMANN N (1992):
Chronische Rückenschmerzen im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen.
Eine retrospektive kontrollierte klinische Studie.
Schmerz 6, 110-120

139. SCHUMACHER J, BRÄHLER E (1999):
Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung: Ergebnisse repräsentativer Erhebung mit dem Giessener Beschwerdebogen.
Schmerz 13 , 375-384
140. SCHUR M (1953):
The Ego in Anxiety.
in: R.M. Loewenstein (Ed.): Drives, affects, behavior.
New York, 67-103
141. SCHUR M (1974):
Zur Metapsychologie der Somatisierung (engl. 1955).
in: K. Brede (Hrsg.): Einf. i.d. psychosomatische Medizin. Klin. U. theoret. Beiträge.
Athenäum, Frankfurt a.M. 1974
142. SIFNEOS PE (1973):
The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients.
Psychotherapy and Psychosomatics 22 , 255-262
143. SMITH GR, MONSON RA, RAY DC (1986):
Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization.
Arch.Internal Medicine 146 , 69-72
144. SNAITH RP (1987):
The concept of mild depression.
Br.J.Psychiatry 150 , 387-393
145. STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) 1995:
Demographische Standards. Eine gemeinsame Empfehlung des Arbeitskreises Deutscher Marktforschungsinstitute (ADM), der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute (ASI) und des statistischen Bundesamtes. Ausgabe 1995.
Methoden – Verfahren – Entwicklungen: Materialien und Berichte
Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
146. STEPHANOS S (1973):
Analytisch-psychosomatische Therapie.
Huber, Stuttgart
147. STIERLIN H. (1971):
Die Funktion inner Objekte.
Psyche 25 , 81-99

148. TAYLOR GJ (1977):
Alexithymia and the counter-transference.
Psychotherapy and Psychosomatics, 28 , 141-147
149. TAYLOR GJ, RYAN DP, BAGBY RM (1985):
Toward the development of a new self-report alexithymia scale.
Psychotherapy and Psychosomatics 44 , 191-199
150. TAYLOR GJ, BAGBY RM, PARKER JDA (1997):
Disorders of affect regulation in medical and psychiatric illness.
Cambridge: Cambridge University Press
151. TODARELLO O, TAYLOR GJ, PARKER JD, FANELLI M (1995):
Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study.
J Psychosom Res 39 , 987-994
152. TOOMEY TC, MANN JD, ABRASHIAN SW, CARNRIKE CL Jr, HERNANDEZ JT (1993):
Pain locus control scores in chronic pain patients and medical clinic patients with and without pain.
ClinJPain 9 , 242-247
153. TORGERSEN S (1986):
Genetics of somatoform disorders.
Arch.gen.Psychiat., 43 , 502-505
154. TRESS W, SCHEIBE G, REISTER G (1995):
Psychoanalytische Modellvorstellungen zur Ätiologie von Angsterkrankungen.
in: Kasper S, Möller H-J (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen.
Fischer, Stuttgart-Jena S. 366-382
155. VEITH I (1965):
Hysteria. The history of a disease.
The University of Chicago Press, Chicago
156. WEIFFENBACH O, GÄNSICKE M, FAUST G, MAIER W (1995):
Psychische und psychosomatische Störungen in der Allgemeinpraxis
Münch.med.Wschr. 137 , 528-534
157. WINNICOT DW (1973):
Vom Spiel zur Kreativität.
Klett, Stuttgart

158. WIDMAIER J (1993):
Charakteristische Elemente psychoanalytischer Psychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen der Haut.
in: Hauterkrankungen in psychologischer Sicht
Jahrb.d.Medizin.Psychologie 9 , 14 ff
159. WITTCHEN HU (1994):
Klassifikation
in: STIEGLITZ RD, BAUMANN U (Hrsg)
Psychodiagnostik psychischer Störungen
Enke, Stuttgart 47-63
160. WITTCHEN HU, EATON WW (1994):
DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey.
Arch.gen.Psychiat., 51 , 355-364
161. WITTCHEN HU, ZERSSEN v. D (Hrsg (1987):
Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen.
- Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung.
Springer, Berlin-Heidelberg-New York
162. WARWICK HMC (1989):
A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety.
J.psychosom.Res. 33 , 705-710
163. WOLFERSDORF M, STRAUB R (1995):
Suizidalität bei Angsterkrankungen.
in: KASPER S, MÖLLER H-J (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen
Fischer, Jena-Stuttgart, 77-96
164. WURMSER L (1997):
Die Maske der Scham.
Berlin, Springer
165. ZEPF S (1976):
Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken.
Campus, Frankfurt a.M.
166. ZIELKE M (1998):
Kosten-Nutzen-Aspekte somatoformer Störungen.
in: MARGRAF J, NEUMER S, RIEF W (Hrsg.): Somatoforme
Störungen:Ätiologie,
Diagnose und Therapie 69-94
Berlin

168. ZIGMOND AS, SNAITH RP (1983):
The hospital anxiety and depression scale.
Acta Psychiatr. Scand. 67 , 361-370

13. Anhang

13.1. Persönliche Vorbemerkung an die Patienten zur Testdurchführung

ÄRZTLICHE LEITUNG:
ÄRZTL. DIR. DR. MED. MICHAEL WINKLER
INTERNIST, PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN, PSYCHOANALYSE, PSYCHOTHERAPIE
VERWALTUNGSLEITUNG: P. KRAATZ DIPLOM-ÖKONOM

FACHKLINIK AM HASENBACH,
SCHWARZENBACHER STRASSE 19-21
38578 CLAUSTHAL-ZELLERFELD

HANNOVER

LANDESVERSICHERUNGSANSTALT
HANNOVER
FACHKLINIK
AM HASENBACH
REHABILITATIONSKLINIK FÜR
PSYCHOSOMATIK, INNERE UND
PHYSIKALISCHE MEDIZIN
TEL. 0 53 23/712-0
FAX 0 53 23/712-802 u. 702

Sehr geehrte Frau,
Sehr geehrter Herr

Sie haben sich dazu bereit erklärt, während Ihrer stationären Behandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme an einer wissenschaftlichen Erhebung teilzunehmen. Dafür möchten wir Ihnen herzlich danken. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Um bei der Auswertung der erhaltenen Antworten mögliche Unterschiede zwischen Menschen mit beispielsweise unterschiedlicher Schulbildung, in unterschiedlichem Lebensalter und unterschiedlicher Lebenssituation, mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit udgl. feststellen zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Angaben zu Alter, Geschlecht, Familienstand, zu machen. Für das Ausfüllen der Fragebögen werden Sie etwa 60 Minuten Zeit benötigen. Bitte wählen Sie hierfür einen ungestörten Raum (vielleicht Ihr Zimmer) und bitte beantworten Sie die einzelnen Fragen ohne Mithilfe anderer Personen.

Sie kommen zu uns wegen seelischer und körperlicher Beschwerden. Man weiß heute, dass körperliches und seelisches Kranksein eng miteinander verbunden ist, ja, dass nicht nur körperliches Leid unser seelisches Befinden beeinflusst, sondern oftmals auch seelische Gründe körperliche Beschwerden verursachen können. Für unser seelisches Befinden ist außerdem von großer Bedeutung ob wir uns in unserer Haut wohl fühlen oder ob dies nicht der Fall ist. Zugleich ist unser Befinden, ohne dass uns dies meist bewusst ist, von gegenwärtigen oder vergangenen Lebensereignissen sowie der Beziehung zu unseren Mitmenschen beeinflusst.

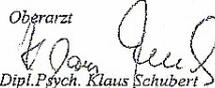
In den folgenden Fragebögen geht es um Ihre Beschwerden, um Ihre allgemeine und seelische Befindlichkeit und um Ihren Gesundheitszustand. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten und zwar so wie es für Sie persönlich zutrifft. Bitte lassen Sie keine Frage aus, und bitte kreuzen Sie Ihre Antworten so an wie es in den jeweiligen Erläuterungen zu den einzelnen Fragebögen ausgeführt ist. Überlegen Sie nicht lange, geben Sie jeweils die Antwort, die Ihnen spontan einfällt und Ihnen am zutreffendsten erscheint. Es geht nicht darum, etwas falsch oder richtig zu machen! Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Durch die Beantwortung der Fragen werden Sie möglicherweise auch angeregt zu weiteren eigenen Gedanken, Fragen und Überlegungen, die hilfreich für den Verlauf Ihrer jetzigen Behandlung werden können. Bitte beantworten Sie die Fragebögen in der Reihenfolge: GT-S, HautZuf, HADS-D, TAS-26, Adult Attachment Scale, SCL-K-9.

Und jetzt wünschen wir Ihnen Interesse und Neugier bei der Beantwortung der Fragen.

Ärztlicher Direktor

Dr. med. Michael Winkler
Internist, Psychotherap. Medizin, Psychoanalyse
Psychotherapie

Oberarzt

Dipl. Psych. Klaus Schubert
Facharzt f. Psychiatrie
Psychotherapie

13.2. Fragebogen zur Erhebung sozio-demographischer Daten

Patientenangaben / Codierungs-Nr.

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

Name, Vorname _____ aktuelles Datum
Tag Monat Jahr

1.1 Ihr Geschlecht ₁ männlich ₂ weiblich Ihr Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

1.2 Welcher Nationalität gehören Sie an?

- ₁ Deutsch
₂ Deutscher Übersiedler / Spätaussiedler

andere Nationalität: _____

1.3 Wie ist Ihr aktueller Familienstand?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ₁ ledig
₂ verheiratet
₃ getrennt lebend
₄ geschieden
₅ verwitwet
₆ wieder verheiratet
₇ allein mit Kind(ern)
₈ mit Partner und Kind(ern)
₉ Mehrgeneration (mit Eltern u./o. Großeltern)

1.4 Haben Sie z. Zi. einen festen Partner?

- ₁ nein ₂ ja

1.5 Wieviele Kinder haben Sie?

- keine ich habe _____ Kinder

1.6 Wie ist Ihre Wohnsituation?

- ₁ Mietwohnung
₂ eigene Wohnung, eigenes Haus
₃ Appartement, möbliertes Zimmer

1.7 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- ₁ kein Schulabschluss ₄ Realschulabschluss, Mittlere Reife
₂ Sonderschulabschluss ₅ Fachabitur / Abitur
₃ Haupt- /Volksschulabschluss ₆ sonstiges:

1.8 Wie lautet Ihr letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf?

- ₁ un-/angelernter Arbeiter ₂ Facharbeiter, nicht selbständiger Handwerker
₃ höher qualifizierter Angestellter/Arbeiter
₄ selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender
₅ sonstiges: _____

1.9 Jetzige berufliche Situation?

- ₁ ganztätig ₂ teilzeit ₃ arbeitslos ₄ Hausfrau/Hausmann
₅ in Ausbildung
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente:
₆ auf Dauer ₇ auf Zeit: bis _____ (Datum)

2.0 Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

- ₁ nein ₂ Rentenantrag gestellt
₃ Rentenstreit / Sozialgerichtsverfahren
₄ Rente abgelehnt

2.1 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?

- ₁ nein
₂ ja :

seit wie vielen Wochen
ununterbrochen?:

┌ └ ┌ └ ┌ Wochen

Datum der Krankschreibung:

2.2 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

- ₁ unter 1 Monat
₂ länger als 4 Wochen, aber unter 3 Monate
₃ über 3 Monate, aber unter 6 Monate
₄ über 6 Monate

**2.3 Ich bin ambulant (zu Hause) in regelmäßiger Behandlung
(Mehrfachnennungen möglich)**

- ₁ ja ₂ Behandlung ohne Psychotherapeuten, Psychologen oder
Nervenarzt/Psychiater
₃ psychotherapeutische Behandlung
₄ nein

Bitte beantworten Sie abschließend noch die folgende Frage.

2.4 Hauterkrankungen: ₁ *ja* ₂ *nein*

wenn ja:

welche ? _____

seit wann? _____

Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche Behandlung?

₃ *ja* ₄ *nein*

13.3. Gießen-Test

GT-S

1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig.

2 Ich habe den Eindruck, ich bin eher geduldig.

3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken.

4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark beeinflussen.

5 Ich habe den Eindruck, daß ich mit einer inneren Probleme-Geborgenheit mehr als mit einer äußeren Probleme-Geborgenheit leben möchte.

6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, mein Ärgernis in mich hineinzustressen.

7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark überfordert.

8 Ich helfe mir für sehr wenig.

9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitseinstellung im allgemeinen eher übereinstimmen als mit mir.

10 Ich schätze, ich neige sehr dazu, mich nach außen zu richten.

11 Ich habe den Eindruck, ich neige sehr dazu, mich nach innen zu richten.

12 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen eher nach.

13 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer, mich leicht zu machen.

14 Ich helfe mir selbst.

15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen eher nach.

16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer, mich leicht zu machen.

17 Ich glaube, ich habe es eher leicht, mich anderen Menschen gegenüber zu öffnen.

18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig.

19 Ich habe den Eindruck, ich gebe eher leicht nach.

20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wäre ich in meinem Benehmen eher jünger.

21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig überfordert.

22 Ich schätze, ich gebe besonders häufig nach.

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß Ihr Verhalten im Vergleich zu anderen Menschen unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

GT-S 1
© 1972 by Verlag Hans Huber Bern
3-456-30536-2

1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2	Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6	Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8	Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12	Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14	Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15	Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17	Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenu.
19	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27	Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu- sehen.
28	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusam- menzuarbeiten.
29	Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30	Ich glaube, ich kann einem Partner außer- ordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Le- benskampf durchzusetzen.
34	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35	Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36	Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu an- deren eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39	Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

13.4. Fragebogen zur Hautzufriedenheit

HautZuf¹

(Fragebogen zur Hautzufriedenheit)

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

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

¹ © Kupfer/Niemeier/Brosig/Gieler 2003 - AG Psychosomatische Dermatologie Gießen

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

© Kupfer/Niemeier/Brosig/Gieler 2003 - AG Psychosomatische Dermatologie Gießen

	trifft gar nicht zu			trifft voll- kommen zu	
16. Es ist mir unangenehm, öffentliche Toiletten zu benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ein schmutziges Hotelzimmer reklamiere ich sofort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 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"/>
21. Nähe und Geborgenheit sind für mich sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 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"/>
23. In Krisenzeiten fühle ich mich hässlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 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"/>
26. 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"/>
27. 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"/>
28. Wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>

© Kupfer/Niemeier/Brosig/Gieler 2003 - AG Psychosomatische Dermatologie Gießen

13.5. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)

HADS - D

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte

ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber es macht mir keine Sorgen
 überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

ja, so viel wie immer
 nicht mehr ganz so viel
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

einen Großteil der Zeit
 verhältnismäßig oft
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich

überhaupt nicht
 selten
 manchmal
 meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

ja, natürlich
 gewöhnlich schon
 nicht oft
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

ja, stimmt genau
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muß immer in Bewegung sein

ja, tatsächlich sehr
 ziemlich
 nicht sehr
 überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

ja, sehr
 eher weniger als früher
 viel weniger als früher
 kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

ja, tatsächlich sehr oft
 ziemlich oft
 nicht sehr oft
 überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

oft
 manchmal
 eher selten
 sehr selten

13.6. Toronto-Alexithymie-Skala – 26 (TAS-26)

Fragebogen
Toronto-Alexithymie-Skala - 26 **TAS-26**

Im Folgenden geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte *diejenige Antwort* an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft (1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft teilweise zu/teilweise nicht zu, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu).

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1 Wenn ich weine, weiß ich immer warum.	1	2	3	4	5
2 Tagträumen ist Zeitverschwendung.	1	2	3	4	5
3 Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.	1	2	3	4	5
4 Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	1	2	3	4	5
5 Ich habe oft Tagträume über die Zukunft.	1	2	3	4	5
6 Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen.	1	2	3	4	5
7 Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Lösungen entstanden sind.	1	2	3	4	5
8 Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
9 Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit.	1	2	3	4	5
10 Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
11 Es reicht mir nicht, daß etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert.	1	2	3	4	5
12 Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13 Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern.	1	2	3	4	5
14 Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
15 Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft.	1	2	3	4	5
16 Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe.	1	2	3	4	5
17 Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.	1	2	3	4	5
18 Ich habe selten Tagträume.	1	2	3	4	5
19 Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.	1	2	3	4	5
20 Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.	1	2	3	4	5
21 Gefühle verstehen zu können ist wesentlich.	1	2	3	4	5
22 Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.	1	2	3	4	5
23 Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen.	1	2	3	4	5
24 Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen.	1	2	3	4	5
25 Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
26 Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin.	1	2	3	4	5

13.7. Adult Attachment Scale (AAS)

Adult Attachment Scale

Name: _____ Datum: _____

In diesem Fragebogen wird die Art der Bindung oder Beziehung erfasst, die Erwachsene zu anderen Menschen haben. Bitte beantworten Sie die folgenden Items so, wie Sie wirklich fühlen, reagieren oder denken.

Die Items sind in Form einer Frage oder einer Aussage formuliert, wobei jeweils 5 Antwortmöglichkeiten bestehen. Hier ein Beispiel:

Ich bin gerne mit Menschen zusammen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Wenn Sie die 5 ankreuzen, dann bedeutet dies, dass Sie gerne mit anderen Menschen zusammen sind. Wenn Sie möglichst gar nicht mit anderen Menschen zusammen sein wollen, kreuzen Sie bitte die 1 an. Mit der 2, 3 und 4 können Sie entsprechende Zwischenstufen kennzeichnen, z. B. mit der 3, wenn Sie manchmal gerne, manchmal nicht gerne mit anderen Menschen zusammen sind.

Lesen Sie bitte jedes Item sorgfältig durch, bevor Sie sich für eine Antwort entscheiden und beantworten Sie bitte in jedem Falle alle Items.

Bearbeiten Sie bitte den Fragebogen in Ruhe und nehmen Sie sich soviel Zeit, wie Sie brauchen.

Vielen Dank!

1. Ich weiß: wenn ich jemanden brauche, wird auch jemand da sein.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

2. Am liebsten würde ich einen anderen Menschen ganz für mich haben.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

3. Es macht mich nervös, wenn mir jemand zu nahe ist.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

4. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/meine Freundinnen mich nicht wirklich mögen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

5. Ich bin nicht sicher, ob ich mich darauf verlassen kann, dass andere da sind, wenn ich sie brauche.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

6. Mein Wunsch, in einem anderen Menschen völlig aufzugehen, schreckt andere manchmal ab.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

7. Ich merke, dass andere mich nicht so nah an sich herankommen lassen, wie ich es gerne hätte.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

8. Für mich ist es schwierig, andere an mich heranzulassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

9. Ich mag es gerne, wenn andere mir vertrauen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

10. Menschen sind nie da, wenn man sie braucht.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

11. Ich mache mir oft Sorgen, ein mir wichtiger Mensch könnte mich verlassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

12. Ich kann mich gut auf andere verlassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

13. Es ist mir irgendwie unangenehm, mit anderen sehr vertraut zu werden.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

14. In Freundschaften wünschen sich meine Freunde/ meine Freundinnen häufig mehr Nähe von mir, als mir angenehm ist.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

15. Ich kann es mir nur schwer zugestehen, mich auf andere zu verlassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

16. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/meine Freundinnen eines Tages nicht mehr mit mir befreundet sein möchten.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

17. Es fällt mir schwer, anderen voll und ganz zu vertrauen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

18. Die Vorstellung, mir könnte jemand zu nahe kommen, beunruhigt mich.

Stimmt gar nicht. Stimmt.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

13.8. Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-K-9)

Tab. 1: Instruktion und Items der Kurzversion SCL-K-9

SCL-K-9

Im nachfolgenden finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie die einzelnen Beschwerden sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das zutreffende Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte antworten Sie für jede Beschwerde

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ↓.....?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1 Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

14. Persönliche Daten und tabellarischer Lebenslauf

Name: Schubert
Vorname: Klaus
Geburtsdatum/-ort: 19.08.1946, Wuppertal
Familienstand: geschieden
Schulbildung: Volksschule bis zur 4. Klasse
Gymnasium bis zur Obersekundareife
Höhere Handelsschule, gymnasialer Zweig
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
Geburt von Yannick, Philipp: 7. Juli '92 – gemeinsamer Sohn mit Frau Ursel Bergemann

Werdegang:

SS '68 bis WS '73/'74: **Psychologiestudium** an der Albertus-Magnus-Universität in Köln

Mai '74: Abschluss: Diplom

Berufliche Tätigkeit als Diplompsychologe

Frühjahr '74 bis August '78: Westfälisches Landeskrankenhaus in Dortmund.
Ab Frühj. '76 Leitung einer psychotherapeutischen
Rehabilitationsstation im Akutpsychiatrischen Bereich

Oktober '78: Klinischer Psychologe

Sept. '78 bis Febr. '87: Hardtwaldklinik I Bad Zwesten / Fachklinik für Neurologie,
Psychiatrie und Psychotherapie
Ab '79 Leiter der Psychologischen Abteilung
Ab '82 Übernahme von lehrtherapeutischen und superviso-
rischen Aufgaben im Bereich der psychiatrischen Abteilung
Ab Anfang '86 therapeutische und organisatorische Leitung
einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station

'73 bis '86: Berufsbegleitend Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie
(GwG), Integrativer Gestalttherapie (FPI), Integrativer
Körpertherapie (FPI)

Seit '87: Lehrauftrag für Gestaltausbildungsanalysen, Kontrollanaly-
sen, Zulassungsinterviews, Supervision

WS '86/'87 bis SS '93:	Medizinstudium an der Georg-August-Universität in Göttingen
März'89:	Ärztliche Vorprüfung
März '91:	1. Abschnitt der ärztl. Prüfung
August/September '92:	2. Abschnitt der ärztl. Prüfung
Oktober '93:	3. Abschnitt der ärztl. Prüfung
	Berufliche Tätigkeit als Arzt
1.Juli '94 bis 31. Dez.'95:	Arzt im Praktikum am Evangel. Krankenhaus Göttingen Weende / Akadem. Lehrkrankenhaus der Georg-August-Universität Medizinische Klinik – Chefarzt Prof. Dr. med. K.Held
1. Februar '96:	Approbation
April'96 bis Juni'01:	Facharztausbildung im Fach Psychiatrie Rhön-Klinikum in Bad Neustadt/Saale, Psychosomatische Klinik - Chefarzt Dr.med. F.Bleichner Klinikum Warendorff "Das Fachkrankenhaus für die Seele" in Ilten - Chefarzt Dr.med. W.Becker (Vollweiterbildungsstätte für Psychiatrie) Klinik am Osterbach, Klinik f. Neurologie mit neurologischer Psychosomatik, Rehabilitation, AHB und PPR Kooperationspartner der Universität Bielefeld in Bad Oeynhaus - Chefarzt Dr.med. M.Loew (Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre) Martin-Luther-Krankenhaus, Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie , Allg. Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie in Bochum – Chefarzt Dr.med. P.Auerbach (Vollweiterbildungsstätte für Psychiatrie)
Januar '01:	Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ durch die Ärztekammer Westfalen Lippe
Juli '01:	Prüfung: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Seit 15. September'01:	Oberarzt für den Bereich Allgemeine Psychosomatik und Psychotherapie an der Fachklinik am Hasenbach, Rehabilitationsklinik f. Psychosomatik, Innere und Physikalische Medizin – Chefarzt Dr.med. M. Winkler

15. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Uwe Gieler für die Überlassung des Dissertationsthemas, für seine Betreuung während der Durchführung der Arbeit ebenso wie für seine konzeptuellen Anregungen und Hinweise für die Gestaltung und den Aufbau der Arbeit.

Besonders danken möchte ich Herrn PD Dr. Jörg Kupfer für seine Unterstützung und Beratung in statistischen Fragen, die für mich nicht immer sofort zu durchschauen waren. Dass das Verständnis für die in den endlosen Zahlen versteckten Botschaften letztlich immer wieder erreicht wurde, ist sein Verdienst.

Ein weiterer Dank gilt Herrn Dr. Michael Winkler, der es mir ermöglicht hat, meine Untersuchung im klinischen Bereich der Fachklinik am Hasenbach durchzuführen.

Danken möchte ich auch meinen Kolleginnen und Kollegen vom Pflegepersonal und im ärztlichen und psychologischen Bereich, die im Arbeitsalltag mit dazu beigetragen haben, dass die Erhebung der Daten möglich wurde.

Eidesstattliche Erklärung

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

Northeim, den

Klaus Schubert