Psychodermatologische Patienten im Vergleich mit Depressionspatienten in der Psychosomatischen Ambulanz


Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereichs Medizin
der Justus- Liebig- Universität Gießen

vorgelegt von Hermann, Wanda Joane, geb. Schäfer
aus Berlin

Gießen 2015
Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  

Direktor: Prof. Dr. Johannes Kruse  

des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen  

Gutachter: Prof. Dr. Gieler  

Gutachter: Prof. Dr. Sammer  

Tag der Disputation: 21.02.2017
Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
1.1. Psychodermatologie ......................................................... 1
1.2. Prävalenz psychischer und dermatologischer Krankheiten .......................... 4
1.3. Krankheitsbewältigung von Hauterkrankungen ..................................... 6
1.4. Ableitung der Hypothesen ................................................................... 9

2. Psychodermatologische Erkrankungen .................................................... 11
2.1. Psoriasis vulgaris ......................................................................... 11
2.2. Neurodermitis ............................................................................... 13
2.3. Urtikaria ....................................................................................... 16
2.4. Akne ........................................................................................... 18
2.5. Artefakte ...................................................................................... 19
2.6. Körperdysmorphe Störung .................................................................. 21

3. Psychische Erkrankungen ...................................................................... 23
3.1. Depression .................................................................................... 23
3.2. Alexithymie .................................................................................. 26

4. Methodik und Patienten .................................................................... 28
4.1. Studienbeschreibung ........................................................................ 28
4.1.1. Rekrutierung der Patienten und Ausschlusskriterien ......................... 28
4.1.2. Beschreibung der Stichproben und Einteilung der Diagnose-Gruppen ... 28
4.1.3. Arbeitshypothesen ..................................................................... 29
4.2. Psychometrische Verfahren ................................................................ 30
4.2.1. Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90) .................................. 30
4.2.2. Gießener Beschwerdebogen (GBB) ................................................................. 32
4.2.3. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) ................................. 32
4.2.4. Toronto Alexithymie Skale (TAS-20) ............................................................. 33
4.2.5. BSS-Score ..................................................................................................... 34
4.2.6. Statistische Hypothesen .............................................................................. 35
4.3. Datenauswertung und Statistik ...................................................................... 36
5. Ergebnisse ......................................................................................................... 37
5.1. Stichprobenbeschreibung ................................................................................ 37
  5.1.1. Patientengeschlecht .................................................................................... 37
  5.1.2. Patientenalter .............................................................................................. 38
  5.1.3. Nationalität .................................................................................................. 38
  5.1.4. Partnerschaft ................................................................................................ 39
  5.1.5. Berufliche Ausbildung ................................................................................ 40
  5.1.6. Stationärer Aufenthalt in den letzten 12 Monaten .................................... 41
  5.1.7. BSS- Score .................................................................................................. 42
5.2. Ergebnisse in Bezug auf die Arbeitshypothesen ........................................... 44
  5.2.1 Hypothese 1 .................................................................................................. 44
  5.2.2. Hypothese 2 .............................................................................................. 45
  5.2.3. Hypothese 3 .............................................................................................. 45
  5.2.4. Hypothese 4 .............................................................................................. 46
  5.2.5. Hypothese 5 .............................................................................................. 47
  5.2.6. Hypothese 6 .............................................................................................. 48
  5.2.7. Hypothese 7 .............................................................................................. 49
5.2.8. Hypothese 8 ........................................................................................................50
5.2.9. Hypothese 9 ........................................................................................................52

6. Diskussion ................................................................................................................54

6.1. Diskussion anhand der Krankheitsbilder ..............................................................54
6.1.1. Depression ..........................................................................................................54
6.1.2. Psoriasis vulgaris .................................................................................................58
6.1.3. Neurodermitis .....................................................................................................62
6.1.4. Urtikaria ...............................................................................................................64
6.1.5. Akne ......................................................................................................................66
6.1.6. Artefakte ..............................................................................................................68
6.1.7. Körperdysmorphe Störung ..................................................................................70

7. Zusammenfassung .....................................................................................................73

8. Summary ....................................................................................................................75

9. Literatur ......................................................................................................................77

10. Erklärung zur Dissertation .........................................................................................96

11. Danksagung .............................................................................................................97

12. Anhang .......................................................................................................................98
1. Einleitung

1.1. Psychodermatologie


Besonders wichtig für die Entstehung, den Ausbruch oder die Aufrechterhaltung von Hauterkrankungen sind laut Stangier: Psychologische Symptome wie Depression und Angst, ungünstige Copingstile in Bezug auf psychische Belastungen wie Vermeidung, physiologische Reaktionen auf akuten oder chronischen Stress (z. B. „daily hassels“),
Kratzen oder andere Manipulationen der Haut und ungünstiges Gesundheitsverhalten, wie beispielsweise Rauchen.

Die Psychodermatologie beschäftigt sich mit den Hautkrankheiten, die durch den Einfluss von psychischen und soziokulturellen Faktoren zur Entstehung oder der Verschlechterung beitragen. Im weiteren Sinne befasst sich die psychosomatische Dermatologie mit den intra- und interpersonellen Problemen von Patienten mit Hauterkrankungen. Die individuelle Krankheitsbewältigung und die verschiedenen Auslösemechanismen sind Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeit (Gieler et al. 1993).


In den letzten 100 Jahren kam es zu einer vermehrten wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Erarbeitung von Systematiken zur Einteilung von Hauterkrankungen aus psychosomatischer Sicht. Nach der Klassifikation biopsychosozialer Störungen in der Dermatologie werden die Dermatosen in drei Gruppen eingeteilt (Harth & Gieler 2006):


3. Sekundär psychische Störungen infolge schwerer oder entstellender Hauterkrankheiten wie der Angststörung, Anpassungsstörung und Depression.

Neben der bereits bestätigten positiven Korrelation von Haut und Psyche (Koo et al. 2000, Gupta et al. 2005) ist das Aufdecken von psychischen Konflikten und die

Trotz der vielen Ergebnisse gibt es bisher nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen, die die Unterschiede psychodermatologischer Störungen bezüglich des Krankheitsursprungs und- geschehens auf vegetativer und psychischer Art aufzeigen konnten.


Alexithymie, das Unvermögen, Gefühle wahrzunehmen und angemessen zu beschreiben, wird mit verschiedenen Hautkrankheiten wie der Psoriasis, Atopischen Dermatitis, Vitiligo und Chronischer Urtikaria assoziiert (Willemsen et al. 2008).

Bereits Picardi et al. (2006) beschrieben die enge Beziehung von somatoformen Krankheiten und Alexithymie mit 12,5 %, wobei die depressiven Krankheiten mit 28,1 % signifikant höher waren.

In einer siebenjährigen Follow-up Studie an 2050 Patienten mit dem Hintergrund Alexithymie als Risikofaktor für schwere Depression, Persönlichkeitsstörung oder durch Alkohol induzierte Krankheiten zu untersuchen, führte zu dem Ergebnis, dass depressive Symptome zwischen der Alexithymie und den psychiatrischen Morbiditäten vermitteln würden. Die Alexithymie würde weder eine Depression noch eine Persönlichkeitsstörung voraussagen (Honkalampi et al. 2010).

Unter 60 Patienten mit Psoriasis, Chronischer Urtikaria und Pilzinfektionen wurde die Demographie, die psychologische Belastung und Alexithymie untersucht. Patienten mit Chronischer Urticaria waren stärker alexithym, depressiv und ängstlicher. Die
Somatisiation war im Verhältnis zu der Vergleichsgruppe stärker ausgeprägt (Fava et al. 1980).

Eine jüngere Untersuchung zeigte, dass Psoriatiker im Vergleich mit Neurodermitikern mehr Angst und Depression aufwiesen, was die Autoren auf die größere Stigmatisierung zurückführten (Leibovici et al. 2010).

Unter Annahme der unterschiedlichen Pathologie zwischen den psychosomatischen Dermatosen ist davon auszugehen, dass sich das Gefühlsleben bzw.- bewusstsein, der subjektive Beschwerdedruck, die körperlichen und psychischen Symptome sowie auch die interpersonellen Probleme dieser Patienten voneinander unterscheiden werden.

In dieser Arbeit geht es primär um den Vergleich von Patienten mit psychosomatischen Hauterkrankungen. Hierzu existieren bisher nur wenige Untersuchungen, obwohl die Bedeutsamkeit dieses Themas in der Literatur häufig hervorgehoben wird.

1.2. Prävalenz von psychischen und somatoformen Krankheiten


Hughes et al. 1983 und Windemuth et al. 1999 konnten außerdem feststellen, dass die Häufigkeit von psychosomatischen Krankheiten bei dermatologischen Patienten im Vergleich zu den gesunden Kontrollgruppen um das Dreifache höher war. Im Vergleich mit Patienten, die neurologische, onkologische oder kardiologische Krankheiten hatten, wiesen die dermatologischen Patienten eine leicht erhöhte Prävalenz für psychosomatische Störungen auf (Gieler et al. 2006).

Einen Überblick über die verschiedenen Studien gibt Kupfer et al. (2005) an, siehe Tab. 1:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Studie</th>
<th>Anteil psychischer Begleiterkrankungen</th>
<th>Diagnostik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulante Patienten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hughes et al. 1983</td>
<td>30% von 196</td>
<td>GHQ WSAD</td>
</tr>
<tr>
<td>Wessely &amp; Lewis 1989</td>
<td>40% von 173</td>
<td>GHQ, strukturiertes</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Interview</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktan et al. 1998</td>
<td>33% von 256</td>
<td>GHQ, strukturiertes</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Interview</td>
</tr>
<tr>
<td>Picardi et al. 2001</td>
<td>21% von 389</td>
<td>GHQ</td>
</tr>
<tr>
<td>Schaller et al. 1998</td>
<td>21% von 249</td>
<td>Interview</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalgard et al. 2015</td>
<td>10,1 % Depression 17,3 % Angst</td>
<td>HADS</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Patienten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hughes et al. 1983</td>
<td>60% von 40</td>
<td>GHQ WSAD</td>
</tr>
<tr>
<td>Windemuth et al. 1999</td>
<td>31% von 247</td>
<td>HADS-D</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Angst und Depression</td>
</tr>
<tr>
<td>Fritzsche et al. 1999</td>
<td>50% von 89</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 1 Psychische Komorbidität bei Hautpatienten, modifiziert nach Kupfer et al. (2005)

Somit liegt die psychische Komorbidität bei dermatologischen Patienten im stationären Rahmen zwischen 31- 60%, wobei Patienten im ambulanten Bereich zwischen 21- 40% psychische Begleiterkrankungen aufwiesen.
1.3. Krankheitsbewältigung von Hauterkrankungen


Fühlt sich der Patient nicht in der Lage, die Stresssituation effektiv zu bewerkstelligen, entwickelt der Körper psychosomatische Symptome, die man auch als Anpassungsstörung verstehen könnte. Die Konversion, die Übertragung der seelischen


Die Korrelation von Stress und Verschlechterung der Akne wird durch neuroendokrinologische und immunologische Faktoren, die einen modulierenden Einfluss auf die Psyche haben, erklärt (Lorenz 1953).

_Aknepatienten sind davon überzeugt, an der Pathogenese nichts verändern zu können, dass sowohl auf eine schlechte Arzt- Patienten- Beziehung als auch durch den langsamen und beschwerlichen Therapieerfolg zurückgeführt wird_ (Korczak D. 1989).

Daraus resultiert eine besonders schlechte Non-Compliance, die zwischen 35- 81 % liegt und damit recht hoch im Vergleich mit den anderen Hauterkrankungen ist. Viele Aknepatienten leiden unter ihrem Hautbild und den Zurückweisungen im beruflichen als auch sozialen Umfeld. 68, 3 % der Patienten berichten über eine psychologische


Coping, Gefühle nach außen zeigen, soziale Unterstützung suchen und Ablenkungen bewusst einsetzen, verbessern die Effektivität der Therapie wie eine Studie bei Psoriasis mit einem Follow-Up von einem Jahr hinsichtlich der Reduzierung von Ängstlichkeit und Depressivität belegen (Scharloo et al. 2000).


1.4. Ableitung der Arbeitshypothesen


2. Psychodermatologische Erkrankungen

2.1. Psoriasis vulgaris


Es lassen sich 3 Verlaufstypen charakterisieren (Braun-Falco 1965):

zu einer spontanen Rückbildung kommen, allerdings auch in eine chronisch-stationäre Form übergehen.


Die Psoriasis ist die zweithäufigste Hauterkrankung mit einer Inzidenz von 3-7% (Harth & Gieler 2006) und Prävalenz von mehr als 2%. Sie beginnt häufig im 3.-4. Lebensjahrzehnt, jedoch sind Erstmanifestationen im Kindesalter und späten Erwachsenenalter zu beobachten.

Im Vordergrund der Pathogenese steht die multifaktorielle Genese auf dem Boden einer genetischen Prädisposition. In ca. 40% der Fälle findet man eine positive Familienanamnese, die sich vielfach auf immunologische Faktoren wie das HLA-System und die Zytokine bezieht.


Aufgrund der genetischen Disposition und chronischen Entzündungsreaktion der Haut treten Rheumatoide Arthritis etwa vier Mal häufiger, COPD, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa etwa zwei Mal häufiger im Vergleich zur Bevölkerung auf. Außerdem besteht ein 2-3fach höheres Risiko für Hypertonie, Fettleibigkeit, Diabetes mellitus und Hyperlipidämie. Kardiovaskuläre Folgeerkrankungen wie KHK, Herzsinfarkt und


2.2. Neurodermitis


Die Krankheit weist verschiedene Schweregrade auf, die je nach Lokalisation und Ausdehnung zur schweren Form der Erythrodermie führen kann und die Lebensqualität des Patienten stark beeinflussen kann. Die meisten Patienten leiden aber unter der leichten Form. Häufige Komplikationen sind bakterielle Infektionen mit...
Staphylokkokus aureus, virale Infektionen oder Mykosen. Die Diagnose der Atopischen Dermatitis wird nach den Kriterien von Hanifin und Rajka (1980) gestellt, siehe Tab. 2:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Majorkriterien: Kennzeichen die typische klinische Symptomatik der atopischen Dermatitis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Pruritus</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ekzemmmorphe an den typischen Prädilektionsstellen</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Schubweiser Verlauf des Krankheitsbildes</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Hinweise auf Erkrankungen des atopischen Formenkreises in der Eigen- oder Familienanamnese</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Minorkriterien: Kennzeichnen einer latenten atopischen Dermatitis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Positive Hauttestung (Typ I)</td>
</tr>
<tr>
<td>Erhöhtes Serum-IgE</td>
</tr>
<tr>
<td>Neigung zu Hautinfektionen (S. aureus, HSV)</td>
</tr>
<tr>
<td>Lichtung der lateralen Augenbrauen (Herthoge-Zeichen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Doppelte Lidfalte (Dennie Morgan)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pelzmützenartiger Stirnhaaransatz</td>
</tr>
<tr>
<td>Trockene Cheilitis</td>
</tr>
<tr>
<td>Weißer Dermographismus</td>
</tr>
<tr>
<td>Fehlender bzw. verminderner Rachenreflex (z. T auch Kornealreflex, Sebostase und Xerosis)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verminderte Schweißsekretion evtl. mit kompensatorischer Hyperhidrosis an</td>
</tr>
<tr>
<td>Ellenbeugen Kniekehlen, Stirn, Handflächen und Fußsohlen</td>
</tr>
<tr>
<td>Latente Ichtyosis bzw. sog. „Ichtyosishand“ (= vermehrte bzw. vertiefte Handfurchung)</td>
</tr>
<tr>
<td>Glanznägel, halonierte Augen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 2 Major- und Minorkriterien für die Neurodermitis nach Hanifin & Rajka (1980)
Hierbei müssen mindestens 3 Haupt- und 3 Nebenkriterien erfüllt sein.


2.3. Urtikaria

Die Urtikaria (ICD 10: L50), Nesselsucht genannt, ist eine Hauterkrankung, die durch das Auftreten von exanthemeinen oder lokalisierten Quaddeln, ödematöse Erhabenheiten der Dermis, gekennzeichnet ist, welche mit starkem Juckreiz einhergehen. Die Quaddelschübe treten bevorzugt in den Abend- und Nachtstunden auf. Ursächlich scheint dafür die erniedrigte Kortisolproduktion verantwortlich zu sein.


Die Urtikaria wird nach verschiedenen Gesichtspunkten unterteilt. Zum einen nach dem Verlauf. Hierbei wird eine akute Form, die weniger als 6 Wochen dauert und zu 90 % spontan ausheilt, von einer chronischen Form, die mehr als 6 Wochen geht, unterschieden. Zum anderen wird sie nach dem Pathomechanismus unterschieden. Außerdem gibt es folgende Sonderformen:

• Cholinerge Urtikaria: Diese tritt nach einer Körpererwärmung, die entweder durch sportliche Betätigung oder nach einem heißen Bad hervorgerufen wurde. Eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Acetylcholin besteht.

• Physikalische Urtikaria: Durch externe Stimuli wie Kälte, Wärme, Druck oder Licht werden Quaddeln provoziert.

• Aquagene Urtikaria: Nach Wasserkontakt entsteht das typische Hautbild, wobei davon ausgegangen wird, dass gelöste Stoffe im Wasser dafür verantwortlich sein sollen.

• Adrenerge Urtikaria: Nach emotionalem Stress kann eine Urtikaria entstehen.

Die Urtikaria ist mit einer Prävalenz von 14,9 % (Trevisonno et al. 2015) und Lebenszeitinzidenz von 20 % (Dirschka et al. 2011) eine der häufigeren Hauterkrankungen. Sie kann sich in jedem Lebensalter manifestieren, am häufigsten ist die Altersgruppe der 20-40-Jährigen davon betroffen. In der Kindheit findet man eine ausgeglichene Geschlechterverteilung, wohingegen im Erwachsenenalter Frauen doppelt so häufig betroffen sind (Koblenzer 1987). Man geht davon aus, dass jeder 7. einmal im Leben eine Urtikaria entwickelt (Gieler et al. 2006).

Zur Diagnosesicherung entscheidet das klinische Bild und die erhobene Anamnese, zusätzlich können physikalische Testungen und Provokationstestungen mit bestimmten Nahrungsmitteln, allergologische Testungen und spezifische Laboruntersuchungen durchgeführt werden.


2.4. Akne

Die Acne vulgaris (ICD 10: L70) ist eine multifaktorielle, hormonabhängige Erkrankung der Talgdrüsen, die durch eine Verhornungsstörung im Ausgang der Talgdrüsenfollikel und einer verstärkten Talgproduktion zu so genannten Komedonen führt. Kommt es zu einer Entzündung können sich Papeln, Pusteln, Knoten oder Abszesse entwickeln, die später als Narben erkenntlich sein können (Nüchel et al. 2011). Das typische Befallsmuster ist das Gesicht, der Nacken, Rücken, die Axillae und die Brust.

Die Akne ist weltweit die häufigste Hauterkrankung. In der Pubertät leiden bis zu 85% der Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 11-30 Jahren unter dieser Hauterkrankung (Niemeier et al. 2006).

Genetische Disposition für disponierende Faktoren wie der Seborrhö und Beschaffenheit der Talgdrüsen sind entscheidend für die Ausbildung einer Akne. Hauptursache sind Seborrhö, folliculäre Hyperkeratose und Propionibakterien, die an der Entzündungsreaktion der unteren anaeroben Follikelanteile beteiligt sind. Aber auch der hormonelle Einfluss von Androgenen wirkt sich negativ auf die Talgdrüsen aus, es kommt zur Vergrößerung der Talgdrüsenacini und vermehrten Produktion des Talgs.

Die Akne kann sich in jedem Lebensalter manifestieren und wird nach ihrem Schweregrad in 3 Formen eingeteilt:

- **Acne comedonica**: Sie tritt nach der Pubertät auf und es entwickeln sich im Gesicht kleine offene und geschlossene Komedonen, die sich rasch bis zum oberen Rumpf ausbreiten können. Das Verhältnis von offenen zu geschlossenen Komedonen beträgt 1:7.

- **Acne papulopustulosa**: Aus den Komedonen können sich entzündliche Papeln und Pusteln entwickeln. Bei tiefgreifenden Entzündungen können schmerzhafte Knoten entstehen. Es besteht die Gefahr der Narbenbildung.

- **Acne conglobata**: Es ist die schwerste Akneform. Die Seborrhö ist weit stärker ausgeprägt und betrifft meist Männer. Das klinische Bild zeigt multiple entzündliche Abszesse und Knoten sowie intermittierende Fisteln und
Riesenkomedonen, die zu dicken Narben abheilen. Besonders das Gesicht, Schulter, Rücken, Brust und Arme sind betroffen.

Aknapatienten fühlen sich oft durch ihr Hautbild und die Narbenbildung stigmatisiert und entwickeln depressive Tendenzen als auch einen sozialen Rückzug, wodurch sie in ihrem Umfeld stark beeinträchtigt sind (Öztürk et al. 2013, Halvorsen et al. 2011). Der Schweregrad der Erkrankung ist kein Prädiktor für die Ausbildung der Depression, denn auch Menschen mit einer geringen Akne können sich stark beeinträchtigt fühlen (Niemeier et al. 1998).


Stress ist ebenfalls ein wichtiger Trigger für die Exazerbation (Scholz 1987), aber auch die fehlende Krankheitsbewältigung und die falsche Selbstwahrnehmung sind charakteristisch. Besonders auffällig ist die schlechte Compliance unter den Aknapatienten, die zum einen aus der viel zu hohen Erwartung an den Arztbesuch und zum anderen an dem fehlenden Therapieerfolg als auch der schlechten Arzt-Patienten-Beziehung resultiert. Ängstlichkeit und Pessimismus stehen im Vordergrund (Öztürk et al. 2013).

2.5. Artefakte


Die Selbstschädigung wird mit Hilfe von mechanischer Manipulation wie Drücken, Stauen, Beißen oder Schneiden, giftigen Substanzen zum Einnehmen, selbstinduzierten Infektionen oder unkontrollierter Medikamenteneinnahme erzeugt.
Schwierig ist die Diagnostik, da die Patienten autoaggressives Handeln leugnen. Wegweisend ist das klinische Bild, das keiner typischen Hauterkrankung zugeordnet werden kann.

Die Artefakte werden eingeteilt (Gieler 2007):

- Artefakte als unbewusste Selbstverletzung
- Paarartefakte, Störung der Impulskontrolle führt zur Selbstverletzung (Skin-Picking-Syndrom)
- Simulationen, bewusst vorgetäuschte Verletzungen zwecks Vorteilserlangung (Rentenneurose)

Die Prävalenz ist zwischen 2-3 % in der Gesamtbevölkerung, 0,6 bis 2 % bei allgemeinmedizinischen, bis zu 5 % bei dermatologischen Patienten und 9 % bei Patienten mit Juckreiz, wobei Frauen mit 80 % öfters betroffen sind (Hoffmann & Hochapel et al. 2009). Männer neigen eher zu Simulationen, die eher in Verbindung mit Begutachtungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Versicherungsbetrug gebracht werden. Die Krankheit manifestiert sich oft schon in der Pubertät oder dem frühen Erwachsenenalter (Gieler 2006).


Artefakte sind oft auch eine Komorbidität der Depression, posttraumatischen Belastungsstörung und Zwangsstörung. Im Vergleich mit Urtikariapatienten waren diese weniger alexithym und verärgerter. positive Korrelation zwischen Ärger und Alexithymie (Calikusu et al. 2002). Patienten mit Artefakten zeigen oft auch Persönlichkeitsstörungen, zu den häufigsten gehören die Bordeline-, Narzisstische,

Eine neuere Einteilung der selbstverletzenden Störungen wurde von der europäischen Psychodermatologie-Arbeitsgruppe dargestellt und zwischen Artefakten im engeren Sinne und Skin Picking Syndrom unterschieden (Gieler et al. 2013).

2.6. Körperdysmorphe Störung


Diese „Markel“ können für den Untersucher kaum oder gar nicht objektivierbar gemacht werden, führen aber bei den Patienten zu einer starken Einschränkung im sozialen als auch beruflichen Umfeld.


Als Kriterien für das Vorliegen einer Körperdysmorphenen Störung gilt nach der DSM IV („diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“):

- Übermäßige Beschäftigung mit imaginiertem Mangel oder Entstellung im äußeren Erscheinungsbild.
• Starker Leidensdruck sowie Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld
• Ausschluß anderer ursächlicher psychischer Störungen (z.B. Körperschemastörung bei Anorexia Nervosa)


In der Dermatologie als auch der Psychosomatik sind Patienten mit der Körperdysmorphien Störung die bedeutendste Gruppe unter den Problemfällen, weil sich die Therapie als besonders schwer gestaltet (Gieler et al. 2006).

3. Psychische Erkrankungen

3.1. Depression


Oft entwickeln diese Patienten somatische Symptome wie ein Stechen in der Brust, Schlafschwierigkeiten, Libido Verlust oder ein verändertes Essverhalten (Senf & Broda 2000).

Mindestens zwei der Hauptsymptome depressive Verstimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit, Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit müssen für die Diagnosesicherung nach der ICD 10 zwei Wochen oder länger bestehen. Der jeweilige Schweregrad wird aufgrund von weiteren Begleitsymptomen bestimmt.

Die Punktprävalenz für Depression liegt bei 5 % und die Lebenszeitprävalenz bei etwa 14-20 % in der Gesamtbevölkerung (Alonso et al. 2004, Wittchen et al. 2001). Frauen


In Familien- und Zwillingsstudien wurde die genetische Disposition auf bestimmten Chromosomen nachgewiesen. Verwandte von depressiven Patienten haben ein drei bis fünffach höheres Risiko selbst daran zu erkranken (Farmer et al. 2000, Weismann et al. 2006). Zwillingsstudien belegen eine erhöhte Erblichkeit von unipolaren Erkrankungen zwischen 35-70 % (Sullivan et al. 2000). In einer Follow-up-Studie von 9 Jahren wurde bei depressiven Menschen eine erhöhte Mortalität festgestellt, die durch die körperliche Aktivität, somatischen Erkrankungen und Beeinträchtigung der körperlichen und kognitiven Funktionen begründet schien (White et al. 2015).


Der größte Anteil an Suiziden geschieht aufgrund von akuten Belastungssituationen, die als unerträglich und unausweichlich verarbeitet werden. Menschen, die über geringe Coping-Mechanismen verfügen, reagieren mit einer depressiven Bewältigungsstrategie.

Bei 50 % aller Suizide liegen psychische Störungen vor, von denen 40-60 % eine Depression aufweisen (Brunnhuber & Lieb 1996). Das Komorbiditätsrisiko für psychische Störungen wie Angsterkrankungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist hoch.

3.2. Alexithymie


Die Alexithymie greift das gemeinsame Hauptmerkmal auf, nämlich das Unvermögen, Gefühle wahrzunehmen und angemessen in Worte zu beschreiben. Weitere typische Persönlichkeitsmerkmale wurden 1976 auf der 11. Europäischen Konferenz zur Psychosomatischen Forschung in Heidelberg wie folgt beschrieben:

- Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen und bei deren Abgrenzung von körperlichen Empfindungen, hervorgerufen durch emotionale Erregung
- Schwierigkeiten, die eigenen Gefühle anderen darzulegen
- Eingeschränkte Vorstellungskraft, sich beispielsweise äußernd in Phantasiearmut
- Reizgebundener, external orientierter kognitiver Stil


Aus neurobiologischer Sicht konnte man einen gestörten interhemisphärischen Transfer zwischen dem limbischen System und dem präfrontalen Cortex und eine funktionelle Veränderung im Bereich des anterioren Gyrus cinguli für die Entwicklung stark alexithymer Züge aufdecken.


Die Alexithymie wird mit Hautkrankheiten wie der Alopecia areata, Psoriasis, Atopischen Dermatitis, Vitiligo und Chronischen Urticaria assoziiert (Willemsen et al. 2008).

In einer Untersuchung an 33 Plaque- Psoriasis Patienten im Vergleich mit Hautpatienten, die keine der Diagnosen Alopecia, Akne, Atopische Dermatitis, Vitiligo, Urticara, Lichen planus, Pruritus und Seborrhoische Dermatitis hatten, scheint die Prävalenz für Alexithymie vergleichsweise höher zu sein (Picardi et al. 2005).

In einer Vergleichsstudie von 60 Patienten mit Psoriasis, Chronischer Urtikaria und Pilzinfektionen auf ihre Demographie, den psychischen Stress und die Alexithymie wiesen Patienten mit chronischer Urtikaria einen höheren Alexithymie- und Depressionsscore auf (Fava et al. 1980).

Artefaktpatienten, speziell Patienten mit dem Skin- Picking- Syndrom, und Urtikariapatienten fielen zum einen durch ihr erhöhtes Ärger niveau und zum anderen durch einen höheren Alexithymiegrad auf (Calikusu et al. 2002).


Eine jüngste Studie belegt, dass die Subskala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ des TAS-20 ein signifikanter Prädiktor für eine reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität ist (Garcia et al. 2010).
4. Methodik und Patienten

4.1. Studienbeschreibung


4.1.1. Rekrutierung der Patienten und die Ausschlusskriterien


Aus diesem Gesamtkollektiv werden alle Patienten mit dermatologischen Begleiterkrankungen, mit der Körperdysmorphien Störung und depressiven Haupterkrankungen herausgesucht.

In die erste Gruppe „Psychodermatologische Patienten“ werden Patienten mit Hauterkrankungen (L-Diagnose) und der Körperdysmorphien Störung (F45.2), die sich in der psychosomatischen Ambulanz vorstellten, mittels der ICD 10- Diagnose eingeschlossen. Dafür ist es wichtig, dass sich die Diagnosen nicht überschneiden dürfen. Ist dies der Fall, wurde der Patient ausgeschlossen.

In die zweite Gruppe „Depressive Patienten“ werden Patienten ebenfalls mit Hilfe der ICD- Diagnose depressive Störung (F32) und rezidivierende depressive Störung (F33) eingeschlossen. Es dürfen keine weiteren Nebendiagnosen vorliegen, ansonsten wird der Patient ausgeschlossen.

4.1.2. Beschreibung der Stichproben und Einteilung der Diagnose-Gruppen

Aus dem Gesamtkollektiv wurden zwei Patientengruppen genauer angeschaut, die Gruppe der „Psychodermatologischen Patienten“ und die der „Depressiven Patienten“. Aus dieser Gesamtpopulation wurden nun alle Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen herausgesucht.
Die Einschlusskriterien wurden anhand der Diagnosestellung mittels der ICD 10 festgelegt und die Patienten mit einer L- und F 45.2-Diagnose in die erste Gruppe der „Psychodermatologischen Patienten“ eingeschlossen. Dabei war es nicht wichtig, ob es sich hierbei um eine Haupt- oder Nebendiagnose handelte oder weitere Diagnosen gestellt wurden.

Die Gruppe der „Psychodermatologischen Patienten“ wurde dann näher betrachtet und in jeweils 6 Untergruppen nach der ICD 10 aufgeteilt:

1. Neurodermitis L 20
2. Psoriasis L 40
3. Urtikaria L 50
4. Akne L 70
5. Artefakte L 98
6. Körpervermorphe Störung F 45.2

Beim der Aufteilung der „Psychodermatologischen Patienten“ in die weiteren Untergruppen spielte es eine Rolle, dass sich die L-Diagnosen nicht überschnitten. Deshalb wurden Patienten mit zwei sich überschneidenden L-Diagnosen aus der Gruppe herausgenommen.

Die Vergleichsgruppe wurde ebenfalls aus dem Gesamtkollektiv herausgesucht. Hierbei gingen nach der ICD 10 nur Patienten mit der Hauptdiagnose Depression (F 32 und F 33) ein und bildeten die Gruppe „Depressive Patienten“. Hierbei war es wichtig, dass die Patienten mit der Hauptdiagnose Depression keine weiteren Nebendiagnosen haben durften.

### 4.1.3. Arbeitshypothesen

Basierend auf der Auswahl von Störungsbildern und Therapiebewertungs instrumenten wurden theoriegestützte Hypothesen bezüglich der Unterschiede der einzelnen Gruppen untersucht. Aufgrund der Überlegungen ist zu erwarten, dass sich die einzelnen Gruppen folgendermaßen unterscheiden werden:

1. Aknepatienten und Patienten mit Körpervormorpher Störungen unterscheiden sich in ihrer interpersonellen Konfliktsituation.
2. Artefaktpatienten haben stärkere interpersonelle Probleme als die restlichen Hautgruppen.


4. Urtikariapatienten haben eine stärkere Alexithymieausprägung als Psoriasispatienten.

5. Psoriasispatienten sind im Vergleich zu Neurodermitispatienten stärker alexithym.


7. Es ist zu erwarten, dass depressive Patienten und Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten die gleiche psychische Belastung haben.

8. Hautpatienten leiden stärker an paranoiden Wahnvorstellungen als Depressive Patienten.


4.2 Psychometrische Verfahren


4.2.1 SCL- 90 Fragebogen

Die Symptom- Checkliste von Derogatis (SCL- 90) ist ein Messinstrument zur Erfassung psychischer und vegetativer Symptome innerhalb der letzten sieben Tage und dient der Ursachenforschung psychopathologischer Beteiligung.
Die 90 Fragen werden jeweils durch eine fünfstufige Likert-Skala von „Überhaupt nicht“ = 0 bis „Sehr stark“ = 4 eingeteilt und in neun Skalen zusammengefasst:

- **Somatisierung**: (12 Items), einfachere körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen
- **Zwanghaftigkeit**: (10 Items), leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
- **Unsicherheit im Sozialkontakt**: (9 Items), leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
- **Depressivität**: (13 Items), Traurigkeit bis hin zur schwer ausgeprägten depressiven Syndromen
- **Ängstlichkeit**: (10 Items), Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu starker Angst
- **Aggressivität/ Feindseligkeit**: (6 Items), Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
- **Phobische Angst**: (7 Items), leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst
- **Paranoides Denken**: (6 Items), Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken
- **Psychotizismus**: (10 Items), das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischen Erlebens

Außerdem werden Globale Kennwerte wie der GSI, PSDI und PST gebildet: Der GSI misst die psychische Belastung, der PSDI die Intensität im Antwortverhalten und der PST die Anzahl der Symptome, die mit einer Belastung behaftet sind. Die internen Konsistenzkoeffizienten der einzelnen Skalen liegen für klinische Stichproben zwischen \( r = .79 \) und \( r = .89 \). Die Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von einer Woche liegt im guten Bereich. Den Items kann „face validity“ zugesprochen werden. Die Bearbeitungsduauer umfasst ca. 15 Minuten (G.H. Franke 2002).
4.2.2. GBB- Fragebogen


Bei der Testauswertung muss auf die Items geachtet werden, die mit „stark“ angekreuzt sind. Des Weiteren werden je sechs Beschwerden zu vier Skalen zusammengefasst:

- Erschöpfung
- Magenbeschwerden
- Gliederschmerzen
- Herzbeschwerden


4.2.3. IIP- Fragebogen

Das Inventory of Interpersonal Problems (IIP) dient der Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, d.h. zu Problemen im Umgang mit anderen Menschen. Er besteht aus 64 Items, die zu acht Skalen zusammengefasst wurden:

- Zu autokratisch/ dominant - Probleme, die verbunden sind mit Kontrolle und Manipulation anderer, Aggressionen und Versuchen, andere zu verändern
- Zu streitsüchtig/ konkurrierend- Misstrauen und Argwohn; Unfähigkeit, sich um Bedürfnisse und das Glück anderer zu kümmern
• Zu abweisend/ kalt- Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken und Liebe für eine andere Person zu empfinden; Schwierigkeiten, langfristige Verpflichtungen einzugehen; Unfähigkeit, großzügig zu sein, mit anderen auszukommen und anderen zu vergeben
• Zu introvertiert/ sozial vermeidend- Personen fühlen sich ängstlich und verlegen in der Gegenwart anderer und haben Schwierigkeiten, soziale Interaktionen einzuleiten, Empfindungen auszudrücken und gesellschaftlich mit anderen zu verkehren
• Zu selbstunsicher/ unterwürfig- Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen; Unbehagen in autoritären Rollen, Unfähigkeit sich zu behaupten
• Zu ausnutzbar/ nachgiebig- Schwierigkeiten, Ärger zu fühlen und zu zeigen, aus Angst andere zu kränken. Personen beschreiben sich als leichtgläubig und leicht auszunutzen
• Zu fürsorglich/ freundlich- Personen ist es sehr wichtig, anderen zu gefallen, sie sind zu großzügig, vertrauensvoll im Umgang mit anderen und sorgen sich zu viel
• Zu expressiv/ aufdringlich- unangemessene Offenheit, Aufmerksamkeitssuche; Schwierigkeit, alleine zu sein

Die acht Skalen werden mit Hilfe von Skalenmittelwerten ausgewertet. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .81$ und $r = .90$. Sowohl für die amerikanische Originalversion (»Inventory of Interpersonal Problems«) als auch für die deutsche Fassung liegen eine Reihe von Validierungsstudien vor, die zeigen, dass das Instrument zwischen klinischen Gruppen differenziert, sich zur Indikationsstellung bzw. Prognose in verschiedenen Formen von Psychotherapie eignet und dass die interpersonale Problematik mit anderen klinischen Merkmalen und Konstrukten (z.B. Bindungsstile, Personenschemata) in Zusammenhang steht. Die Bearbeitungsdauer umfasst ca. 15 Minuten (Horowitz et al. 2000).

4.2.4. TAS 20- Fragebogen

Die Toronto- Alexithymie- Skala (TAS- 20) erfasst die subjektive Einschätzung von unterschiedlichen Ebenen der Alexithymie.

Das Testverfahren, bestehend aus 20 Fragen, wird in drei Skalen eingeteilt:

• Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen
• Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

• extern orientiertem Denkstil

Ebenfalls werden die Items zu einer Gesamtskala zusammengefasst. Die Antworten werden nach der Likert Skala von 1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu eingestuft. Es wurden die von Parker et al. (1993) empfohlenen, empirisch begründeten Cut-off-Werte verwendet (≤51 = nicht alexithym, ≥61 = alexithym, 52-60 = Indifferenzbereich). Bei der statistischen Auswertung wurden die Itemwerte durch zwanzig geteilt, womit die Cut-off-Werte neu definiert wurden: ≥ 3,05 = alexithym, 2,6-3,00 Indifferenzbereich, ≤ 2,55 nicht alexithym.

Die Koeffizienten für interne Konsistenz (α=.81) und die Split-Half-Reliabilität (r=.77) sind ausreichend gut. Die Bearbeitungsdauer umfasst durchschnittlich 5-10 Minuten (Bagby et al. 1994).

4.2.5. BSS- Score

Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) von H. Schepank umfasst die körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung sowohl in den letzten 7 Tagen als auch in den letzten 12 Monaten.

Der Beeinträchtigungsschwere-Score wird von dem Therapeuten durch eine vorgegebene Skalierung von 0 bis 4 objektiv im Gespräch mit dem Patienten erfasst.

4.2.6. Statistische Hypothesen

1. \( H_0: \) Patienten mit Körperdysmorpher Störung und Akne unterscheiden sich nicht in ihren interpersonellen Problemen im IIP gesamt.

\( H_1: \) Patienten mit Körperdysmorpher Störung haben eine stärkere interpersonelle Konfliktsituation als Aknepatienten im IIP Gesamt.

2. \( H_0: \) Artefaktpatienten unterscheiden sich in ihren interpersonellen Problemen im IIP Gesamt von den anderen Hautgruppen nicht.

\( H_1: \) Artefaktpatienten weisen stärkere interpersonelle Probleme im IIP gesamt auf als die anderen Hautgruppen.

3. \( H_0: \) Psoriasis- und Aknepatienten weisen in der IIP gesamt keine stärkere Ausprägung auf als Neurodermitis-Patienten.

\( H_1: \) Psoriasis- und Aknepatienten weisen in der IIP gesamt eine stärkere Ausprägung auf als Neurodermitis-Patienten

4. \( H_0: \) Urtikaria- Patienten zeigen im TAS 20 gesamt keine stärkeren Alexithymiewerte als Psoriasis- Patienten.

\( H_1: \) Urtikaria- Patienten zeigen im TAS 20 gesamt stärkere Alexithymiewerte als Psoriasis- Patienten.

5. \( H_0: \) Psoriasis-Patienten geben im TAS 20 gesamt keine höheren Alexithymiewerte an als Neurodermitispatienten.

\( H_1: \) Psoriasis-Patienten geben im TAS 20 gesamt höhere Alexithymiewerte an als Neurodermitispatienten.

6. \( H_0: \) Patienten mit psychosomatischen Krankheiten zeigen im TAS 20 gesamt höhere Werte für Alexithymie als Patienten mit Depression.

\( H_1: \) Patienten mit psychosomatischen Krankheiten zeigen im TAS 20 gesamt keine höheren Werte für Alexithymie als Patienten mit Depression.

7. \( H_0: \) Hautpatienten unterscheiden sich im SCL 90 gesamt nicht von den Depressionspatienten.

\( H_1: \) Hautpatienten unterscheiden sich im SCL 90 gesamt von den Depressionspatienten.
8. **H₀**: Hautpatienten haben keine höheren Werte in der paranoiden Skala des SCL90 als Depressionspatienten.

**H₁**: Hautpatienten haben höhere Werte in der paranoiden Skala des SCL90 als Depressionspatienten.

9. **H₀**: Depressionspatienten haben keine stärkeren Körperbeschwerden im GBB gesamt als Hautpatienten.

**H₁**: Depressionspatienten haben stärkere Körperbeschwerden im GBB gesamt als Hautpatienten.

### 4.3. Datenauswertung und Statistik

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte am Institut für medizinische Psychologie der Justus-Liebig-Universität in Giessen. Die Daten wurden durch Herrn PD Dr. J. Kupfer mittels des Statistik-Programms SPSS 19 bearbeitet. Im ersten Schritt wurden die Daten in drei Gruppen eingeteilt, die Gruppe Haut (1), Depression (2) und Haut/Depression (3). Im zweiten Schritt wurde die Hautgruppe in 6 weitere Untergruppen 1- Neurodermitis, 2 Psoriasis, 3 Urtikaria, 4 Akne, 5 Artefakte, 6 Körperdysmorphe Störung eingeteilt und wie folgt miteinander verglichen.

Je nach Fragestellung wurde für die deskriptive Statistik berechnet: Mittelwert, Standardabweichung, Standardfehler, 95 % Konfidenzintervall für den Mittelwert, Minimum und Maximum.

Die Korrelationen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson, der Scheffé-Prozedur und Levene-Statistik mit einem Signifikanzniveau von 0,05 berechnet.
5. Ergebnisse

5.1. Stichprobenbeschreibung

5.1.1. Patientengeschlecht


Die Untersuchung der Stichproben bezüglich des Geschlechtes zeigt statistisch signifikante Gruppenunterschiede (p=0.001).

Bei den Hautpatienten (N=440) waren 156 Männer und 284 Frauen zu verzeichnen. Unter den Depressionspatienten (N=622) war das männliche Geschlecht mit 34 % und das weibliche Geschlecht mit 66 % vertreten. Die Gruppe mit beiden Diagnosen hatte einen noch geringeren männlichen Anteil (N=36) als die anderen Gruppen.

Es zeigte sich aber in allen Gruppen ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts mit ca. 70-80 %.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Haut</th>
<th>Depression</th>
<th>H/D</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N=440</td>
<td>N=622</td>
<td>N=142</td>
</tr>
<tr>
<td>Männlich</td>
<td>35 %</td>
<td>34 %</td>
<td>42 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiblich</td>
<td>65 %</td>
<td>66 %</td>
<td>76 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

H/D: Patienten mit Hauterkrankung und Depression, N= Anzahl

Tab.3 Ergebnisse Geschlechts nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

Bei der weiteren Betrachtung der Hautpatienten fiel ebenfalls auf, dass das weibliche Geschlecht in fast allen Gruppen stärker vertreten war. Eine Ausnahme machte die Gruppe der Psoriasis-Patienten (N=55), bei der das männliche Geschlecht mit 55 % überwog.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Neurodermitis</th>
<th>Psoriasis</th>
<th>Urtikaria</th>
<th>Akne</th>
<th>Artefakte</th>
<th>KDS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N=163</td>
<td>N=55</td>
<td>N=40</td>
<td>N=60</td>
<td>N=17</td>
<td>N=101</td>
</tr>
<tr>
<td>Männlich</td>
<td>31 %</td>
<td>55 %</td>
<td>40 %</td>
<td>18 %</td>
<td>24 %</td>
<td>42 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiblich</td>
<td>69 %</td>
<td>45 %</td>
<td>60 %</td>
<td>82 %</td>
<td>76 %</td>
<td>58 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

KDS: Körperrdysmorphe Störung, N= Anzahl

Tab. 4 Ergebnisse Geschlecht nach den Hautgruppen
5.1.2. Patientenalter

Die Untersuchung der Stichproben auf das Alter zeigte statistisch signifikante Unterschiede p<0.001 (siehe Tabelle 1).


<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Haut</td>
<td>36,48</td>
<td>13,42</td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>39,8</td>
<td>12,33</td>
</tr>
<tr>
<td>Haut/Depression</td>
<td>41,59</td>
<td>12,91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SD- Standardabweichung

Tab. 5 Ergebnisse Alter nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression


<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neurodermitis</td>
<td>35,1</td>
<td>13,13</td>
</tr>
<tr>
<td>Psoriasis</td>
<td>42,42</td>
<td>12,95</td>
</tr>
<tr>
<td>Urtikaria</td>
<td>41,21</td>
<td>14,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Akne</td>
<td>35,32</td>
<td>12,14</td>
</tr>
<tr>
<td>Artefakte</td>
<td>38,18</td>
<td>18,59</td>
</tr>
<tr>
<td>KDS</td>
<td>35,11</td>
<td>10,16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

KDS- Körperdysmorphe Störung, SD- Standardabweichung

Tab. 6 Ergebnisse Alter nach den Hautgruppen

Patienten mit Psoriasis und Urtikaria waren im Vergleich zu den anderen Gruppen die ältesten Patienten.

5.1.3. Nationalität

In der Tabelle 12 zeigte der Vergleich der Haut- und Depressionsgruppe bezüglich der Nationalität statistisch signifikante Unterschiede (p= 0.001).
Unter 428 Hautpatienten sind 15 mit einer anderen Herkunft, bei den Depressionspatienten (N = 608) hingegen wurden 63 Personen verzeichnet, die nicht deutscher Herkunft waren.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Haut N= 428</th>
<th>Depression N= 603</th>
<th>H/D N= 134</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>413</td>
<td>540</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Nationalität</td>
<td>15</td>
<td>63</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

H/D: Haut und Depression, N: Anzahl

Tab. 7 Ergebnisse Nationalität nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

In der weiteren Untersuchung zwischen den Hautpatienten war die Verteilung von Patienten mit deutscher Herkunft und anderer Nationalität ziemlich ausgeglichen. Einzig die Artefaktpatienten (N = 17) konnten keine andere Nationalität aufweisen.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Neurodermitis N= 159</th>
<th>Psoriasis N= 52</th>
<th>Urtikaria N= 40</th>
<th>Akne N= 58</th>
<th>Artefakte N= 17</th>
<th>KDS N= 97</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>157</td>
<td>51</td>
<td>38</td>
<td>57</td>
<td>17</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Nationalität</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

KDS: Körperdysmorphe Störung, N: Anzahl

Tab. 8 Ergebnisse Nationalität nach den Hautgruppen

5.1.4. Partnerschaft

In den beiden folgenden Tabellen wird die partnerschaftliche Situation von Patienten mit einer Depression und einer Hauterkrankung aufgezeigt. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen Haut und Depression bezüglich der Partnerschaft gefunden werden.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Haut N= 380</th>
<th>Depression N= 521</th>
<th>H/D N= 105</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mit Partner</td>
<td>62 %</td>
<td>60 %</td>
<td>61 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ohne Partner</td>
<td>38 %</td>
<td>40 %</td>
<td>39 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

H/D: Haut und Depression, N: Anzahl

Tab. 9 Ergebnisse Partnerschaft nach Gruppe Haut und Gruppe Depression
In der Untersuchung bezüglich der Partnerschaft zwischen den einzelnen Hautgruppen waren signifikante Unterschiede aufgetreten (p < 0.05).

49 Patienten mit Neurodermitis (N=138), 35 % der Patienten mit Psoriasis (N=49) und 24 % der Patienten mit Urtikaria (N=37) haben keinen Partner. Im Vergleich dazu haben Patienten mit Akne (N=16), Artefakten (N=16) und KDS (N=87) häufiger keine feste Partnerschaft.

In Tab. 10 sind die Ergebnisse der Partnerschaft nach den Hautgruppen dargestellt.

5.1.5. Berufliche Ausbildung

Die Untersuchung der beruflichen Bildung als auch der Arbeitstätigkeit ergibt signifikante Gruppenunterschiede (df= 10, p< 0.001). Die Untersuchung zeigt, dass von 347 Hautpatienten 322 einen Berufsabschluss haben und 263 arbeitstätig sind. Im Verhältnis zu den Depressionspatienten (N= 521) haben 93 % von den Hautpatienten (N= 347) einen Berufsabschluss und 76 % sind arbeitstätig. Die Arbeitslosigkeit ist bei den Depressionspatienten (27 %) im Vergleich zu den Hautpatienten (24 %) etwas erhöht.

In Tab. 11 sind die Ergebnisse der beruflichen Ausbildung nach der Gruppe Haut und der Gruppe Depression dargestellt.
In der weiteren Betrachtung fällt auf, dass nur die Gesamtheit der Urtikariapatienten (N= 32) einen Berufsabschluss aufweisen können, wovon 9 % arbeitslos waren. Psoriasispatienten (19 %) als auch Neurodermitispatienten (13 %) sind im Verhältnis zu den anderen Hautgruppen häufiger arbeitslos.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Neurodermitis N= 122</th>
<th>Psoriasis N= 47</th>
<th>Urtikaria N= 32</th>
<th>Akne N= 47</th>
<th>Artefakte N= 15</th>
<th>KDS N= 83</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Berufsabschluss</td>
<td>93 %</td>
<td>91 %</td>
<td>100 %</td>
<td>89 %</td>
<td>80 %</td>
<td>92 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ohne Berufsaus.</td>
<td>8 %</td>
<td>9 %</td>
<td>0 %</td>
<td>11 %</td>
<td>20 %</td>
<td>8 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Berufstätig</th>
<th>Arbeitslos</th>
<th>Rentenverfahren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neurodermitis N= 122</td>
<td>76 %</td>
<td>13 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Psoriasis N= 47</td>
<td>62 %</td>
<td>19 %</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Urtikaria N= 32</td>
<td>78 %</td>
<td>9 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Akne N= 47</td>
<td>79 %</td>
<td>6%</td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Artefakte N= 15</td>
<td>87 %</td>
<td>0 %</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>KDS N= 83</td>
<td>76 %</td>
<td>8 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**KDS-** Körperdysmorpher Störung, **N-** Anzahl

Tab. 12 Ergebnisse Beruf nach den Hautgruppen
5.1.6. Stationärer Aufenthalt in den letzten 12 Monaten


Hierbei wird ersichtlich, dass Patienten mit KDS (N= 82) im Verhältnis mit einem Mittelwert von 2,01 Wochen (SD 5,16) eine längere stationäre Behandlung hatten, wobei davon 0,85 Wochen (SD 3,77) eine psychiatrische Behandlung war.

Artefaktpatienten (N= 11) haben den geringsten stationären Aufenthalt mit einem Mittelwert von 0,18 (SD 0,40) Wochen in den letzten 12 Monaten, wovon weder ein psychiatrischer noch ein psychosomatischer Aufenthalt war. Urtikariapatienten (N= 25) beanspruchten im Durchschnitt 0,94 Wochen (SD 1,63) eine stationäre Behandlung, von der keine psychiatrische aber 0,56 (SD 1,58) Wochen psychosomatische Behandlung nötig war. Neurodermitispatienten (N=124) sind im Vergleich mit 1,51 Wochen (SD 3,05) relativ lang in stationärer Behandlung, von der 0,10 (SD 0,95) Wochen in der Psychiatrie und 0,21 (SD 1,12) Wochen in der Psychosomatik waren.

Psoriasispatienten (N= 49) sind mit 1,04 (SD 2,73) Wochen in stationärer Behandlung gewesen, dabei beanspruchten die Patienten zu jeweils 0,13 (SD 0,88) Wochen die Psychiatrie als auch die Psychosomatik.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hautgruppe</th>
<th>Anzahl</th>
<th>Stationär in Wochen</th>
<th>Psychiatrisch</th>
<th>Psychosomatisch</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neurodermitis</td>
<td>124</td>
<td>1,51 ± 3,05</td>
<td>0,10 ± 0,95</td>
<td>0,21 ± 1,12</td>
</tr>
<tr>
<td>Psoriasis</td>
<td>49</td>
<td>1,04 ± 2,73</td>
<td>0,13 ± 0,88</td>
<td>0,13 ± 0,88</td>
</tr>
<tr>
<td>Urtikaria</td>
<td>25</td>
<td>0,94 ± 1,63</td>
<td>0,00 ± 0,00</td>
<td>0,56 ± 1,58</td>
</tr>
<tr>
<td>Akne</td>
<td>42</td>
<td>0,57 ± 2,24</td>
<td>0,08 ± 0,49</td>
<td>0,62 ± 2,50</td>
</tr>
<tr>
<td>Artefakte</td>
<td>11</td>
<td>0,18 ± 0,40</td>
<td>0,00 ± 0,00</td>
<td>0,00 ± 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>KDS</td>
<td>82</td>
<td>2,01 ± 5,16</td>
<td>0,85 ± 3,77</td>
<td>0,60 ± 2,53</td>
</tr>
</tbody>
</table>

KDS- Körperdysmorphe Störung

Tab. 13 Ergebnisse Stationärer Aufenthalt in den letzten 12 Monaten nach den Hautgruppen

5.1.7. BSS- Score

Der Beeinträchtigungsschwere- Score umfasst die körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung sowohl in den letzten 7 Tagen als auch in den
letzten 12 Monaten. Er wird von dem Therapeuten durch eine vorgegebene Skalierung von 0 bis 4 objektiv im Gespräch mit dem Patienten erfasst.

Der BBS- Score ist im Durchschnitt bei Patienten mit einer Hauterkrankung und Depression signifikant am höchsten. Diese geben die stärkste körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung an. Weiterhin fällt auf, dass Patienten mit Hauterkrankungen stärker als Depressionspatienten beeinträchtigt sind.

<table>
<thead>
<tr>
<th>BSS</th>
<th>Haut</th>
<th>Depression</th>
<th>H/D</th>
<th>p</th>
<th>F</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KB letzte 7 T</td>
<td>2,10 ± 0,94</td>
<td>1,71 ± 0,89</td>
<td>2,15 ± 0,82</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>29,33</td>
<td>3&gt;1&gt;2***</td>
</tr>
<tr>
<td>PB letzte 7 T</td>
<td>2,42 ± 0,78</td>
<td>2,67 ± 0,61</td>
<td>2,67 ± 0,59</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>19,15</td>
<td>2&gt;1***</td>
</tr>
<tr>
<td>SB letzte 7 T</td>
<td>1,87 ± 0,95</td>
<td>2,08 ± 0,91</td>
<td>2,28 ± 0,87</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>12,48</td>
<td>3&gt;2&gt;1***</td>
</tr>
<tr>
<td>KB letzte 12 M</td>
<td>1,86 ± 0,89</td>
<td>1,40 ± 0,84</td>
<td>1,97 ± 0,84</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>47,67</td>
<td>3&gt;1&gt;2***</td>
</tr>
<tr>
<td>PB letzte 12 M</td>
<td>2,01 ± 0,79</td>
<td>2,13 ± 0,70</td>
<td>2,22 ± 0,64</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>5,38</td>
<td>3&gt;2&gt;1***</td>
</tr>
<tr>
<td>PB letzte 12 M</td>
<td>1,61 ± 0,87</td>
<td>1,71 ± 0,87</td>
<td>1,96 ± 0,80</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>8,18</td>
<td>3&gt;2&gt;1***</td>
</tr>
</tbody>
</table>

KB- Körperliche Beeinträchtigung, PB- Psychische Beeinträchtigung, SB- Sozialkommunikative Beeinträchtigung, 7T- in den letzten 7 Tagen, 12 M- in den letzten 12 Monaten, H/D- Haut und Depression, *** 0,001 Signifikanz

Tab. 14 Ergebnisse BSS nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

Bei der Auswertung bezüglich des BSS- Score bei den Hautgruppen, fiel auf, dass Urtikariapatienten in den letzten 7 Tagen und 12 Monaten die stärkste körperliche Beeinträchtigung mit 2,40 (SD 0,87) und 2,03 (SD 0,78) hatten.

Aknepatienten hatten in den letzten 7 Tagen die häufigste sozialkommunikative Beeinträchtigung mit 2,22 (SD 0,98) und Patienten mit Körpervormorpher Störung in den letzten 12 Monaten mit 1,93 (SD 0,83).

Patienten mit Körpervormorpher Störung hatten im Vergleich zu den anderen Hautgruppen die stärkste psychische Beeinträchtigung mit 2,74 (SD 0,66) in den letzten 7 Tagen und 2,41 (SD 0,72) in den letzten 12 Monaten.
<table>
<thead>
<tr>
<th>BSS</th>
<th>Neurodermitis M/SD</th>
<th>Psoriasis M/SD</th>
<th>Urtikaria M/SD</th>
<th>Akne M/SD</th>
<th>Artefakte M/SD</th>
<th>KDS M/SD</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KB 7 Tage</td>
<td>2,32 ± 0,77</td>
<td>2,13 ± 0,86</td>
<td>2,40 ± 0,87</td>
<td>1,83 ± 0,98</td>
<td>2,06 ± 0,68</td>
<td>1,72 ± 1,03</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PB 7 Tage</td>
<td>2,35 ± 0,76</td>
<td>2,51 ± 0,76</td>
<td>2,35 ± 0,83</td>
<td>2,46 ± 0,70</td>
<td>2,50 ± 0,73</td>
<td>2,74 ± 0,66</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SB 7 Tage</td>
<td>1,76 ± 0,93</td>
<td>2,11 ± 0,97</td>
<td>1,83 ± 1,08</td>
<td>2,22 ± 0,98</td>
<td>1,94 ± 0,44</td>
<td>2,15 ± 0,97</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KB 12 Monate</td>
<td>2,02 ± 0,81</td>
<td>1,91 ± 0,84</td>
<td>2,03 ± 0,78</td>
<td>1,71 ± 0,92</td>
<td>1,88 ± 0,80</td>
<td>1,60 ± 0,96</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PB 12 Monate</td>
<td>1,93 ± 0,74</td>
<td>2,01 ± 0,82</td>
<td>2,00 ± 0,83</td>
<td>2,15 ± 0,86</td>
<td>1,81 ± 0,54</td>
<td>2,41 ± 0,72</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SB 12 Monate</td>
<td>1,57 ± 0,90</td>
<td>1,75 ± 1,00</td>
<td>1,61 ± 1,05</td>
<td>1,88 ± 0,81</td>
<td>1,63 ± 0,50</td>
<td>1,93 ± 0,83</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**KB**- Körpereiche Beeinträchtigung, **PB**- Psychische Beeinträchtigung, **SB**- Sozialkommunikative Beeinträchtigung, **7T**- in den letzten 7 Tagen, **12 M**- in den letzten 12 Monaten, **M**- Mittelwert, **SD**- Standardabweichung

Tab. 14 Ergebnisse GBB nach den Hautgruppen

5.2. Ergebnisse in Bezug auf die Arbeitshypothesen

5.2.1. Hypothese 1

In der ersten Hypothese wurde geprüft, inwieweit ein Unterschied zwischen dem Gesamtwert des IIP von Aknepatienten und Patienten mit Körperdysmorpher Störung besteht.

Dabei ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Aknepatienten (N= 46) mit einem Mittelwert von 1,22 und einer SD von 0,6 und Patienten mit KDS (N= 80) mit einem Mittelwert von 1,09 und einer Standardabweichung von 0,63 nachweisen.

Die Hypothese 1 kann nicht angenommen werden.

Lediglich der Mittelwert von 1,22 mit einer SD von 0,60 gab Hinweis, dass die Aknepatienten im Vergleich zu den anderen Hautgruppen einen höheren interpersonellen Konflikt bzw. ein stärkeres Problem im Umgang mit anderen Menschen haben (siehe Tabelle 15).
5.2.2. Hypothese 2


5.2.3. Hypothese 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>IIP</th>
<th>Neurodermitis (1) N= 129 M/SD</th>
<th>Psoriasis (2) N= 48 M/SD</th>
<th>Urtikaria (3) N= 32 M/SD</th>
<th>Akne (4) N= 46 M/SD</th>
<th>Artefakte (5) N= 15 M/SD</th>
<th>KDS (6) N= 80 M/SD</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Auto-</td>
<td>5,62 ± 4,77</td>
<td>6,41 ± 5,59</td>
<td>6,02 ± 5,10</td>
<td>6,74 ± 4,55</td>
<td>4,13 ± 2,38</td>
<td>5,74 ± 5,09</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>kratisch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Streit-</td>
<td>6,10 ± 5,06</td>
<td>6,77 ± 4,86</td>
<td>6,77 ± 6,59</td>
<td>8,18 ± 5,96</td>
<td>4,26 ± 3,23</td>
<td>8,37 ± 5,59</td>
<td>&lt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>süchtig</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abweisend</td>
<td>6,77 ± 6,14</td>
<td>7,24 ± 6,31</td>
<td>6,36 ± 6,11</td>
<td>8,15 ± 7,34</td>
<td>6,73 ± 5,67</td>
<td>7,55 ± 5,96</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Introvertiert</td>
<td>9,99 ± 8,22</td>
<td>10,66 ± 7,82</td>
<td>7,83 ± 6,89</td>
<td>10,36 ± 7,37</td>
<td>8,46 ± 9,69</td>
<td>9,81 ± 7,29</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbst-</td>
<td>12,00 ± 7,93</td>
<td>11,41 ± 8,21</td>
<td>11,63 ± 8,27</td>
<td>11,89 ± 7,48</td>
<td>12,53 ± 9,29</td>
<td>10,75 ± 8,01</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>unsicher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ausnutzbar</td>
<td>11,77 ± 6,80</td>
<td>10,46 ± 6,84</td>
<td>10,67 ± 7,09</td>
<td>11,10 ± 6,31</td>
<td>10,93 ± 7,71</td>
<td>9,94 ± 6,46</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Fürsorglich</td>
<td>12,55 ± 6,95</td>
<td>11,14 ± 6,93</td>
<td>11,40 ± 7,06</td>
<td>11,95 ± 5,77</td>
<td>12,00 ± 8,45</td>
<td>11,01 ± 6,98</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Expressiv</td>
<td>8,64 ± 5,46</td>
<td>7,22 ± 5,99</td>
<td>7,62 ± 5,02</td>
<td>9,78 ± 5,39</td>
<td>8,60 ± 7,09</td>
<td>8,14 ± 5,72</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>1,15 ± 0,64</td>
<td>1,11 ± 0,64</td>
<td>1,09 ± 0,72</td>
<td>1,22 ± 0,6</td>
<td>1,05 ± 0,69</td>
<td>1,09 ± 0,63</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, p= Signifikanz, KDS- Körperdysmorphie Störung
** auf einem 0,05 % Niveau

Tab. 15 Ergebnisse IIP nach den Hautgruppen

5.2.4. Hypothese 4

Die Hypothese 4 vergleicht die unterschiedlich starke Alexithymieausprägung von Urtikaria- und Psoriasispatienten. Es wurde angenommen, dass Urtikariapatienten stärker alexithym sind.

Die Auswertung zwischen den Psoriasis- (N= 18) und Urtikariapatienten (N= 12) zeigte in der Gesamtskala Alexithymie, dass die Gruppe der Psoriasispatienten einen
Mittelwert von 2,35 mit einer SD von 0,55 und die Gruppe der Urtikariapatienten einen Mittelwert von 2,70 mit einer SD von 0,75 hatten, die nicht signifikant waren.

Damit kann die Hypothese 4 nicht angenommen werden.

Somit haben Psoriasis- als auch Urtikariapatienten im TAS 20 die gleiche Alexithymieausprägung (siehe Tabelle 16).

<table>
<thead>
<tr>
<th>TAS 20</th>
<th>Neurodermitis N= 33 M/SD</th>
<th>Psoriasis N= 18 M/SD</th>
<th>Urtikaria N= 12 M/SD</th>
<th>Akne N= 23 M/SD</th>
<th>Artefakte N= 4 M/SD</th>
<th>KDS N= 25 M/SD</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TAS 1</td>
<td>2.85 ± 0.79</td>
<td>2.55 ± 0.80</td>
<td>2.85 ± 0.94</td>
<td>2.62 ± 0.95</td>
<td>2.89 ± 0.73</td>
<td>2.67 ± 0.71</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>TAS 2</td>
<td>2.72 ± 0.86</td>
<td>2.44 ± 0.78</td>
<td>2.78 ± 1.09</td>
<td>2.35 ± 0.90</td>
<td>2.10 ± 1.50</td>
<td>2.32 ± 0.64</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>TAS 3</td>
<td>2.37 ± 0.55</td>
<td>2.49 ± 0.58</td>
<td>2.22 ± 0.55</td>
<td>2.20 ± 0.74</td>
<td>2.62 ± 0.10</td>
<td>2.34 ± 0.49</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>TAS G</td>
<td>2.63 ± 0.50</td>
<td>2.35 ± 0.55</td>
<td>2.70 ± 0.75</td>
<td>2.38 ± 0.76</td>
<td>2.58 ± 0.56</td>
<td>2.45 ± 0.44</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, p= Signifikanz, KDS= Körperdysmorphe Störung, TAS G= TAS Gesamtwert, TAS 1= Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, TAS 2= Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, TAS 3= extern orientierter Denkstil, TAS G= TAS Gesamtwert

Tab. 16 Ergebnisse TAS-20 nach den Hautgruppen

5.2.5. Hypothese 5

In dieser Hypothese sollte überprüft werden, inwieweit sich Psoriasispatienten von Neurodermitispatienten in ihrer Alexithymieeignung unterscheiden werden. Es wurde angenommen, dass Psoriatiker stärker alexithym sind.

Die Untersuchung zwischen den Psoriasis- (N= 18) und Neurodermitispatienten (N= 33) zeigte in der Gesamtskala Alexithymie, dass die Gruppe der Psoriasispatienten einen Mittelwert von 2,35 mit einer SD von 0,55 und die Gruppe der Neurodermitispatienten einen Mittelwert von 2,63 mit einer SD von 0,50 haben, die nicht signifikant waren. Damit kann die Hypothese 5 nicht angenommen werden.

Somit haben die Psoriasis- als auch die Neurodermitispatienten im TAS 20 keine unterschiedliche Alexithymieausprägung.
5.2.6. Hypothese 6

Diese Hypothese untersucht, wie sehr depressive Patienten als auch Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten an Alexithymie leiden. Es wird angenommen, dass Depressionpatienten alexithymer sind.

Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 93) und Depressionpatienten (N= 205) zeigte in der Gesamtskala Alexithymie, dass die Gruppe der Depressionpatienten einen Mittelwert von 2,66 mit einer SD von 0,61 und die Gruppe der Hautpatienten einen Mittelwert von 2,50 mit einer SD von 0,59 aufwiesen, die nicht signifikant waren. Es war aber eine Tendenz mit p = 0.07 ersichtlich. Damit kann die Hypothese 6 nicht angenommen werden. Depressionpatienten haben im Gesamtwert der Toronto Alexithymie Skala keinen signifikanten Unterschied im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten. Die Skala 1 „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ zeigte keinen signifikanten Unterschied. In der Skala 2 „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ hatten Hautpatienten einen Mittelwert von 2,48 mit einer SD von 0,88 und Depressionpatienten einen Mittelwert von 2,75 mit einer SD von 0,88, dies war auf dem 0.05 %-Niveau signifikant. Depressionpatienten zeigen im TAS-20 signifikant stärkere Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten. In der Skala 3 „extern orientierter Denkstil“ hatten Hautpatienten einen Mittelwert von 2,37 mit einer SD von 0,55 und Depressionpatienten einen Mittelwert von 2,49 mit einer SD von 0,58, die auf dem 0.05 %-Niveau signifikant waren. Depressionpatienten zeigen im TAS-20 einen signifikant stärkeren extern orientierten Denkstil im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten (siehe Tabelle 17).

<table>
<thead>
<tr>
<th>TAS 20</th>
<th>Haut (1) N= 93 M/SD</th>
<th>Depression (2) N=205 M/SD</th>
<th>H/D (3) N= 57 M/SD</th>
<th>p</th>
<th>F</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TAS 1</td>
<td>2,66 ± 0,92</td>
<td>2,77 ± 0,89</td>
<td>2,65 ± 0,74</td>
<td>&gt;.05</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAS 2</td>
<td>2,48 ± 0,88</td>
<td>2,75 ± 0,88</td>
<td>2,54 ± 0,81</td>
<td>&lt;.05</td>
<td>3,63</td>
<td>1&lt;2**</td>
</tr>
<tr>
<td>TAS 3</td>
<td>2,37 ± 0,55</td>
<td>2,49 ± 0,58</td>
<td>2,22 ± 0,55</td>
<td>&lt;.05</td>
<td>5,45</td>
<td>3&lt;2**</td>
</tr>
<tr>
<td>TAS G</td>
<td>2,50 ± 0,59</td>
<td>2,66 ± 0,61</td>
<td>2,45 ± 0,55</td>
<td>.07</td>
<td>46,648</td>
<td>3&lt;2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

N= Anzahl, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, TAS 1- Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, TAS 2- Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, TAS 3- extern orientierter Denkstil, TAS G: TAS- Gesamtwert, ** 0,05 % Niveau

Tab. 17 Ergebnisse TAS-20 nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression
5.2.7. Hypothese 7

Es wurde untersucht, ob Depressive Patienten und Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten die gleiche psychische Belastung haben. Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 363) und Depressionspatienten (N= 522) zeigte in der Skala Psychische Belastung des SCL 90, dass die Gruppe der Depressionspatienten einen Mittelwert von 1,24 mit einer SD von 0,62 und die Gruppe der Hautpatienten einen Mittelwert von 0,83 mit einer SD von 0,62 hatten, dass auf dem 0.001 %- Niveau signifikant war. Damit kann die Hypothese 7 nicht angenommen werden. Depressionspatienten zeigten im SCL 90 eine signifikant stärkere psychische Belastung im Vergleich zur Summenskala der Hautpatienten.

Die Auswertung der einzelnen Items des SCL 90 konnte zeigen, dass die Mittelwerte der Depressionspatienten auf einem 0.001 %- Niveau signifikant höher waren im Vergleich zu den Mittelwerten der Hautpatienten. Offenbar haben die Depressionspatienten im SCL 90- Fragebogen eine signifikant stärkere Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst und Psychotizismus im Vergleich zu den Summenskalen der Hautpatienten (siehe Tabelle 18). Die Gruppe 3, Patienten mit einer Hauterkrankung und Depression, ist auf einem 0,001 % Niveau signifikant weniger psychisch belastet als Depressionspatienten.
5.2.8. Hypothese 8

In dieser Hypothese wird überprüft, ob Hautpatienten stärker an paranoiden Wahnvorstellungen leiden als Depressive Patienten.

Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 363) und Depressionspatienten (N= 522) zeigte in der Skala „paranoider Wahnvorstellungen“, dass die Gruppe der Depressionspatienten einen Mittelwert von 1,09 mit einer SD von 0,83 und die Gruppe der Hautpatienten einen Mittelwert von 0,71 mit einer SD von 0,76 hatten, das auf dem 0.05 %-Niveau signifikant war.

Damit kann die Hypothese 8 nicht angenommen werden.
Depressionspatienten hatten somit in der Symptomcheckliste von Derogatis stärkere paranoide Wahnvorstellungen als die Summenskala der Hautpatienten (siehe Tabelle 4). In Bezug auf die Auswertung der Items des SCL-90 Fragebogens zeigte sich mit einem 0.05 %-Niveau, dass sich die Hautgruppen in dem Item „Somatisierung“ und „Ängstlichkeit“ signifikant unterschieden.

Patienten mit Psoriasis hatten einen Mittelwert von 1,11 mit einer SD von 0,96 und zeigten im Vergleich zu den Neurodermitispatienten mit einem Mittelwert von 0,64 (SD 0,59) eine stärkere Somatisierung.

Zudem zeigte sich auf einem 0.001 % Niveau, dass sich die Hautgruppen in dem Item „Ängstlichkeit“ voneinander abheben. KDS-Patienten waren mit einem Mittelwert von 1,24 (SD 0,87) signifikant ängstlicher als Neurodermitispatienten mit einem Mittelwert von 0,75 (SD 0,72), siehe Tabelle 19.

<table>
<thead>
<tr>
<th>SCL 90</th>
<th>Neurodermitis 1 N=129 M/SD</th>
<th>Psoriasis 2 N=48 M/SD</th>
<th>Urtikaria 3 N=32 M/SD</th>
<th>Akne 4 N=46 M/SD</th>
<th>Artefakte 5 N=15 M/SD</th>
<th>KDS 6 N=80 M/SD</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Soma-</td>
<td>0,64 ± 0,59</td>
<td>1,11 ± 0,96</td>
<td>0,98 ± 0,67</td>
<td>0,72 ± 0,71</td>
<td>0,72 ± 0,55</td>
<td>0,88 ± 0,67</td>
<td>&lt;0.05, 2&gt;1 **</td>
</tr>
<tr>
<td>tisierung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zwang-</td>
<td>1,10 ± 0,85</td>
<td>1,26 ± 0,88</td>
<td>1,05 ± 0,89</td>
<td>1,16 ± 0,81</td>
<td>1,15 ± 0,92</td>
<td>1,11 ± 0,74</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>haftigkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Unsicher-</td>
<td>0,96 ± 0,90</td>
<td>1,00 ± 0,75</td>
<td>0,87 ± 0,72</td>
<td>1,10 ± 0,86</td>
<td>0,98 ± 0,89</td>
<td>0,99 ± 0,81</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>heit im Soz.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Depressi-</td>
<td>1,24 ± 0,93</td>
<td>1,38 ± 0,89</td>
<td>1,12 ± 0,93</td>
<td>1,39 ± 0,97</td>
<td>1,25 ± 0,90</td>
<td>1,32 ± 0,90</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>vität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ängstlich-</td>
<td>0,75 ± 0,72</td>
<td>0,96 ± 0,78</td>
<td>0,84 ± 0,63</td>
<td>0,88 ± 0,73</td>
<td>0,88 ± 0,71</td>
<td>1,24 ± 0,87</td>
<td>&lt;0.001, 1&lt; 6 ***</td>
</tr>
<tr>
<td>keit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aggressi-</td>
<td>0,76 ± 0,79</td>
<td>0,80 ± 0,63</td>
<td>0,69 ± 0,55</td>
<td>0,75 ± 0,74</td>
<td>0,80 ± 0,78</td>
<td>0,65 ± 0,67</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>vität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Phobische</td>
<td>0,38 ± 0,66</td>
<td>0,62 ± 0,83</td>
<td>0,36 ± 0,56</td>
<td>0,54 ± 0,74</td>
<td>0,50 ± 0,71</td>
<td>0,57 ± 0,69</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Angst</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Paranoide-</td>
<td>0,72 ± 0,77</td>
<td>0,86 ± 0,79</td>
<td>0,66 ± 0,77</td>
<td>0,78 ± 0,76</td>
<td>0,85 ± 0,81</td>
<td>0,72 ± 0,68</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Denken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psycho-</td>
<td>0,53 ± 0,52</td>
<td>0,48 ± 0,41</td>
<td>0,49 ± 0,61</td>
<td>0,56 ± 0,54</td>
<td>0,49 ± 0,42</td>
<td>0,66 ± 0,55</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>tizismus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychische</td>
<td>0,83 ± 0,62</td>
<td>0,98 ± 0,64</td>
<td>0,84 ± 0,59</td>
<td>0,91 ± 0,63</td>
<td>0,89 ± 0,65</td>
<td>0,96 ± 0,58</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Belastung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

M- Mittelwert, SD- Standardabweichung, p- Signifikanz, KDS- Körperdysmorphe Störung
Die Untersuchung zwischen den Hautpatienten (N= 293) und Depressionspatienten (N= 353) bezüglich des Beschwerdedrucks zeigte, dass die Hautpatienten einen Mittelwert von 25,53 mit einer SD von 18,52 und die Depressiven einen Mittelwert von 36,31 mit einer SD 17,23 hatten, die auf dem 0.001 %-Niveau signifikant waren. Damit kann die Hypothese 9 angenommen werden. Depressive haben offensichtlich im Giessener Beschwerdebogen deutlich signifikant stärkere körperliche Beschwerden im Vergleich zu der Summenskala der psychodermatologischen Patienten (siehe Tabelle 20).

<table>
<thead>
<tr>
<th>GBB</th>
<th>Haut (1) N=440 M/SD</th>
<th>Depression (2) N=622 M/SD</th>
<th>H/ D (3) N= 142 M/SD</th>
<th>p</th>
<th>F</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erschöpfung</td>
<td>8,86 ± 6,48</td>
<td>13,29 ± 6,05</td>
<td>11,82 ± 5,64</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>41,13</td>
<td>2&gt;3&gt;1* **</td>
</tr>
<tr>
<td>Magenbeschwerden</td>
<td>4,30 ± 4,67</td>
<td>5,87 ± 4,84</td>
<td>5,26 ± 3,99</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>8,93</td>
<td>2&gt;1***</td>
</tr>
<tr>
<td>Gliederbeschwerden</td>
<td>7,58 ± 5,70</td>
<td>10,46 ± 6,02</td>
<td>8,90 ± 6,32</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>19,08</td>
<td>2&gt;1***</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzbeschwerden</td>
<td>4,53 ± 4,85</td>
<td>6,85 ± 4,97</td>
<td>6,03 ± 4,02</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>18,48</td>
<td>2&gt;1***</td>
</tr>
<tr>
<td>Beschwerdedruck</td>
<td>25,53 ± 18,52</td>
<td>36,31 ± 17,23</td>
<td>32,01 ± 16,44</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>29,67</td>
<td>2&gt;3&gt;1* **</td>
</tr>
</tbody>
</table>

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, H/D- Patienten mit Hauterkrankungen und Depression, *** 0,001 % Signifikanz

Tab. 20 Ergebnisse GBB nach der Gruppe Haut und Gruppe Depression

Auffällig war bei der Auswertung, dass die Depressionspatienten in allen Skalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederbeschwerden und Herzbeschwerden höhere Mittelwerte hatten als die Hautpatienten, dies war auf dem 0.001 %- Niveau signifikant.

<table>
<thead>
<tr>
<th>GBB</th>
<th>Neurodermitis 1 M/SD</th>
<th>Psoriasis 2 M/SD</th>
<th>Urtikaria 3 M/SD</th>
<th>Akne 4 M/SD</th>
<th>Artefakte 5 M/SD</th>
<th>KDS 6 M/SD</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ER</td>
<td>8,97 ± 5,93</td>
<td>9,09 ± 7,57</td>
<td>10,67 ± 6,76</td>
<td>9,35 ± 6,51</td>
<td>10,62 ± 6,51</td>
<td>10,09 ± 7,09</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>MB</td>
<td>3,57 ± 3,72</td>
<td>5,72 ± 5,46</td>
<td>4,71 ± 5,55</td>
<td>4,38 ± 4,79</td>
<td>3,16 ± 3,32</td>
<td>5,45 ± 4,97</td>
<td>.07</td>
</tr>
<tr>
<td>GB</td>
<td>6,47 ± 5,17</td>
<td>9,81 ± 6,80</td>
<td>8,85 ± 6,23</td>
<td>6,70 ± 5,50</td>
<td>5,33 ± 2,64</td>
<td>8,87 ± 5,70</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>HB</td>
<td>3,44 ± 4,01</td>
<td>6,33 ± 5,71</td>
<td>5,60 ± 4,79</td>
<td>4,20 ± 4,02</td>
<td>4,33 ± 3,65</td>
<td>6,09 ± 4,75</td>
<td>&lt;.05</td>
</tr>
<tr>
<td>BD</td>
<td>22,99 ± 16,25</td>
<td>30,97 ± 23,52</td>
<td>29,85 ± 20,10</td>
<td>24,64 ± 17,95</td>
<td>23,45 ± 9,95</td>
<td>31,04 ± 18,50</td>
<td>&gt;.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung
ER= Erschöpfung, MB= Magenbeschwerden, GB= Gliederbeschwerden, HB= Herzbeschwerden, BD= Beschwerdedruck Summenskala, *<0.05 Signifikanz

Tab. 21 Ergebnisse GBB nach den Hautgruppen
6. Diskussion

Die vorliegende Studie wird mit dem Ziel durchgeführt, verschiedene psychosomatische Erkrankungen bezüglich der psychischen und vegetativen Symptome, der körperlichen Beschwerden, der Alexithymie und interpersonellen Probleme zu vergleichen und unterschiedliche Pathologien aufzuzeigen.


6.1. Diskussion der Ergebnisse anhand der Krankheitsbilder

6.1.1. Depression


Hinsichtlich der erhobenen Nationalität zeigt die Untersuchung, dass das Patientenkollektiv überwiegend deutscher Herkunft ist und nur 10 % einen Migrationshintergrund haben.


Merbach et al. (2008) zeigten an 212 befragten polnischen und vietnamesischen Migrantinnen aus Leipzig, dass diese Gruppe signifikant höhere Angst- und Depressionswerte als die deutsche Vergleichsgruppe hatten.

Es wäre denkbar, dass Migranten in unserer Stichprobe unterdurchschnittlich vertreten sind, weil andere typische psychische Erkrankungen wie die posttraumatische Belastungsstörung oder Angststörung nicht erhoben wurden. Anderseits können viele repräsentative Studien die unzureichende Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorge durch die Migranten belegen. Gründe können die mangelnden Sprachkenntnisse, der niedrige Bildungsstandard, die mangelnde Erfahrung mit Befragungen und die Nichtakzeptanz sein.


Im weiteren Abschnitt werden nun die Arbeitshypothesen 6,7,8 und 9 besprochen, da sie sich auf die Depressionspatienten beziehen.

Abb. 2 Ergebnisse des TAS-20 von Haut- und Depressionspatienten

Die Hypothese 7 „Es ist zu erwarten, dass Depressive Patienten und Patienten mit psychodermatologischen Krankheiten die gleiche psychische Belastung haben“ kann nicht angenommen werden, da die statistische Auswertung des SCL-90-Fragebogen ergeben hat, dass Depressionspatienten signifikant stärker psychisch belastet sind als die Vergleichsgruppe.


Dies widerspricht Ergebnissen aus Studien, in denen Hautpatienten höhere Werte in der Skala „Psychotizismus“ des SCL 90 aufzeigen (Hustedt et al. 2007). Denn Hautpatienten müssen sich mit den Fragen der Stigmatisierung, des Ekels und der antizipierten Ablehnung beschäftigen. Die mögliche Angst vor einer nicht steuerbaren Exacerbation der Hautsymptome oder gar die subjektive Intoleranz jeder


![Diagramm der GBB von Haut- und Depressionspatienten]

depressiven Patienten, denn Faktoren wie das Nichteinhalten von medizinischen Behandlungen, der erhöhte Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Adipositas und Diabetes mellitus scheinen der Grund zu sein.


6.1.2. Psoriasis vulgaris


Hinsichtlich der Nationalität ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.


Abb. 4 Scheidungsraten verschiedener Krankheitsgruppen


Desweiteren zeigen Psoriasis Patienten bei der Auswertung des SCL- Fragebogens eine signifikant stärkere „Somatisierung“ als Neurodermitispatienten. Die Somatisierung kann infolge organischer Erkrankungen entstehen und wird in
zahlreichen Studien bestätigt, die bei Psoriasis eine erhöhte Inzidenz und Prävalenz für Diabetes mellitus (Armstrong et al. 2013), chronischen Nierenerkrankungen (Wan et al. 2013) kardiovaskulären Risikofaktoren (Ma et al. 2014) und Herzinfarkten (Wu et al. 2012) im Vergleich zur Normalbevölkerung aufzeigen.


**Abb. 5 Ergebnisse des SCL-90 der dermatologischen Diagnosegruppen**

bestätigen, dass Psoriasis-Patienten ein signifikant höheres Risiko für eine koronare Herzkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben. Die Altersstruktur der Psoriasis-Patienten unter den Hautpatienten betrachtend, sind diese die Ältesten, so dass es sich auch um einen reinen Alterseffekt handeln könnte.

Letztlich konnte auch eine Metaanalyse, bestehend aus den Ergebnissen 75 relevanter Studien, die Assoziation von Psoriasis mit kardiovaskulären Erkrankungen (OR 1.4; 95% Konfidenzintervall), peripher vaskulären Erkrankungen (OR 1.5; 95% KI) Arteriosklerose (OR 1.1; 95% KI) und den damit verbundenen Risikofaktoren bestätigen (Miller et al. 2013).


Die Hypothese 5 „Sind Psoriasis-Patienten alexithymer als andere Hautpatienten?“ kann nicht angenommen werden, da die Auswertung keine signifikanten Unterschiede unter den Hautpatienten aufzeigen konnte.


Die folgende Abbildung demonstriert die erzielten Ergebnisse des IIP-Fragebogens mit den jeweiligen Diagnosegruppen.

![Abb. 6 Ergebnisse des IIP der dermatologischen Diagnosegruppen](image-url)
6.1.3. Neurodermitis


26 % der Neurodermitis-Patienten (N= 124) befinden sich durchschnittlich 1 ½ Wochen in stationärer Behandlung, wovon nur 1 Patient die psychosomatische und 1 Patient die psychiatrische Klinik in Anspruch nahm.

Die „Versorgungsforschung am Beispiel Neurodermitis“ zeigte, dass 4,2 % aller Versicherten mit Neurodermitis (84.000 Patienten) in Sachsen sich in ambulanter ärztlicher Behandlung befanden, wobei der Dermatologe im Gegensatz zum Allgemeinmediziner häufiger aufgesucht wurde. Die stationäre Einweisung richtet sich nach der Schwere der Erkrankung. In unserer Untersuchung waren 32 Patienten in
stationärer Behandlung, wovon 2 in die Psychiatrie/ Psychosomatik eingewiesen wurden. Zahlreiche Untersuchungen weisen die signifikant höheren Belastungswerte für Depression, Angst und Suizidgedanken nach (Dieris-Hirche et al. 2009, Gieler et al. 2006), die durch die vorliegenden Daten nicht bekräftigt werden können.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Korrelationen zwischen Belastungsfaktoren</th>
<th>Suizidgedanken</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neurodermitiker</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Angst</td>
<td>0,533**</td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>0,560**</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontrolle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Angst</td>
<td>0,115</td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>0,301*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Signifikant (p<0,5), **hoch signifikant (p<0,01).

Tab. 20 Korrelation zwischen Belastungsfaktoren nach Harth et al. 2008

6.1.4. Urtikaria


80 % der Urtikaria-Patienten haben eine berufliche Ausbildung absolviert, 10 % sind arbeitslos. Dies entspricht nicht der aktuellen Studienlage. Urtikariapatienten zeigten in den Studien eine deutlich höhere Arbeitslosenquote von bis zu 70 %. O’Donnell et al.


Bei der Auswertung des SCL 90- Fragebogens ergaben sich für die Urtikaria Patienten keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den anderen Hautpatienten, obwohl Komorbiditäten wie Angststörungen, Depression und somatoforme Störungen dominierend sind (Staubach et al. 2011, Hergüner et al. 2011, Altinöz et al. 2014).


Auch Hunkin et al. (2012) bestätigen eine erhöhte Alexithymie von Urtikarapatienten im Vergleich zu Hautgesunden. Die Abbildung 8 anschauend sieht man, dass Urtikariapatienten im Vergleich zu Psoriasispatienten in allen Items höhere Werte erreichten, die nicht signifikant waren, aber die Studienlage zumindest bekräftigt.
6.1.5. Akne


In einem Artikel „Suizidalität in der Dermatologie“ von PD. Dr. W. Harth aus dem „Hautarzt“ wird verdeutlicht, dass besonders männliche jugendliche Aknepatienten mit Acne conglobata die höchsten Suizidraten aufweisen. Die folgende Tabelle führt besonders gefährdete Hauterkrankungen auf:
Suizidrisikogruppen in der Dermatologie

1. Dermatosen mit erhöhtem Suizidrisiko
   Acne conglobata (besonders Männer)
   Metastasierendes malignes Melanom
   Progressive systemische Sklerodermie
   Spezifische Psychodermatosen (körperdysmorphe Störung)

Tab. 21 Suizidgruppen in der Dermatologie nach Harth et al. 2008


![Abb. 7 Ergebnisse des IIP- Gesamt für die Hautgruppen](image)
6.1.6. Artefakte

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Artefakten (N= 17) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 38,2 Jahren (SD 18,60), wobei der weibliche Anteil mit 76,5 Prozent über dem männlichen Anteil mit 23,5 % liegt und Studien von Kapfhammer et al. (1998) und Wong et al. (2013) entspricht.


In Bezug auf die Partnerschaft geben 50 % der Befragten an, in einer festen Partnerschaft zu leben. Auch Odlau et al. (2008) zeigten, dass 42 % der Skin-Picking-Patienten in einer festen Partnerschaft lebten. Im Widerspruch dazu steht die Untersuchung von Kapfhammer et al. (2008), die eine überdurchschnittlich hohe Partnerlosigkeit erwähnten, in der nur 30 % der Männer und 29 % der Frauen in einer stabilen Partnerschaft lebten, womit die soziale Isolation und erhöhte Komorbidität zur Impulskontrollstörung und Depression Erklärungs wert wäre.


Die Daten der Toronto-Alexithymie-Skala zeigen die Tendenz, dass Artefaktpatienten im Vergleich mit den anderen Hautpatienten mehr „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (TAS 1) haben und höhere Werte in der Subskala „extern orientierter Denkstil“ (TAS 3) erreichen, doch ist der Unterschied nicht signifikant (siehe Abbildung 7).

Abb. 8 Ergebnisse des TAS-20 für die Hautgruppen

6.1.7. Körperdysmorphe Störung

Das Patientenkollektiv ambulant behandelter Patienten mit Körperdysmorpher Störung (N = 101) zeigt hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ein durchschnittliches Alter von 35,1 Jahren (SD 10,6), der weibliche Anteil liegt mit 58,4 % über dem männlichen Anteil mit 42,6 % und deckt sich mit Studien von Conroy et al. (2007) und Conrado et al. (2010).


23 % der KDS-Patienten geben an, 2 Wochen im Jahr in stationärer Behandlung gewesen zu sein. Davon nahmen 5 Patienten die stationäre psychiatrische Behandlung und 4 Patienten die psychosomatische Behandlung in Anspruch.


71
eine Verbesserung der sozialen Phobie signifikant zu einer Verbesserung der KDS zu führen (Fang et al. 2010).

Die GBB-Ergebnisse (siehe Abb. 9) zeigen, dass KDS-Patienten signifikant häufiger Herzbeschwerden haben, zudem erzielen sie in allen Items sehr hohe Werte. Dies entspricht einer Untersuchung von Phillips et al. (2004), die mit einem Symptom-Fragebogen bei 75 KDS-Patienten im Vergleich zur Normalgruppe häufiger somatische Symptome registrierten.

Die GBB-Ergebnisse (siehe Abb. 9) zeigen, dass KDS-Patienten signifikant häufiger Herzbeschwerden haben, zudem erzielen sie in allen Items sehr hohe Werte. Dies entspricht einer Untersuchung von Phillips et al. (2004), die mit einem Symptom-Fragebogen bei 75 KDS-Patienten im Vergleich zur Normalgruppe häufiger somatische Symptome registrierten.

Die Auswertung kritisch betrachtend, wurde eine Patientenstichprobe untersucht, die nur aus Patienten besteht, die sich in der Psychosomatische Ambulanz der Universitätsklinik Gießen vorstellten. Die Untersuchungsergebnisse basieren auf den Selbstangaben der Patienten, es wurden keine Interviews geführt und ausgewertet.

Die Selektion Depression- und Hautpatienten wurde anhand der ICD-Codierung vorgenommen.

Somit ist besonders bei der Gruppe der Hautpatienten anzumerken, dass es sich hierbei um keine repräsentative Gruppe für eine dermatologische Stichprobe handeln könnte.
7. Zusammenfassung

Hintergrund:

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, einerseits Depressionspatienten mit Hautpatienten und andererseits Neurodermitis-, Psoriasis-, Urtikaria-, Akne-, Artefakt- und KDS-Patienten anhand der interpersonellen Konflikte, körperlichen Beschwerden, vegetativen und psychischen Symptome, Alexithymieausprägung und soziodemographischen Daten zu vergleichen.

Hierzu wurden anhand der damaligen Studienergebnisse bis 2010 Arbeitshypothesen erstellt.

Patienten und Methode:


Ergebnisse:

Wie erwartet, leiden depressive Patienten deutlich stärker an Alexithymie als die Hautpatienten. Zudem haben sie stärkere körperliche Beschwerden wie Herz-, Magen- und Gliederbeschwerden.

Hypothese 7 und 8 kann nicht bestätigt werden, denn Depressive Patienten sind stärker psychisch belastet und zeigen häufiger paranoide Wahnvorstellungen als die Hautpatienten.

Entgegen der formulierten Hypothesen 1 bis 5 konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Urtikaria-, Psoriasis-, Neurodermitis-, Akne-, Artefakt- und KDS- Patienten im Hinblick auf die interpersonelle Belastung und Alexithymieausprägung gefunden werden. Es zeigt sich eine Tendenz, dass Aknepatienten am stärksten belastet sein müssen.

Psoriasispatienten haben signifikant häufiger Herzbeschwerden und somatisieren mehr als Neurodermitispatienten.
Neurodermitispatienten sind im Vergleich weniger ängstlich als die anderen Hautpatienten. Sie sind im Durchschnitt die jüngsten Patienten.

Urtikariapatienten waren unter den Vergleichsgruppen die ältesten Patienten. Die Inanspruchnahme der stationären Behandlung war im Durchschnitt mit 32 % am höchsten.

Aknepatienten erreichten im IIP Gesamt die höchsten Werte und zeigen sich im Vergleich zu den anderen Gruppen interpersonell mehr belastet. Zudem waren sie signifikant am streitsüchtigsten.

Artefaktpatienten waren im Vergleich zu den Hautpatienten nicht stärker psychisch belastet.

KDS- Patienten sind signifikant ängstlicher als Neurodermitispatienten. Zudem haben sie signifikant häufig Herzbeschwerden, Magenbeschwerden und Gliederbeschwerden.

Fazit:

Die Studie liefert Ansätze, dass Depressionspatienten im Vergleich zu Hautpatienten deutlich mehr belastet sind als erwartet. Zudem zeigt sich, dass Hautpatienten, die neben ihrer Erkrankung eine Depression diagnostiziert bekommen haben, nicht automatisch stärker belastet sind.

Die 6 verschiedenen Hauterkrankungen zeigen eine doch deutliche Diskrepanz in Bezug auf verschiedene Charaktermerkmale und unterstützen die Anwendung der psychometrischen Testung, die möglicherweise einen verbesserten Therapieansatz zu Folge haben könnte.

Die Ergebnisse der Arbeit belegen bei Patienten mit Hauterkrankungen, dass die rechtzeitige Weichenstellung zur psychosomatischen Diagnostik und Behandlung vorgenommen werden muss.
8. Summary

Background:

This study compared patients with depression and skin disease, moreover patients with Atopic Dermatitis, Psoriasis, Urticaria, Acne, Dermatitis artefacta and Body dysmorphic disorder based on the interpersonal conflicts, physical complaints, vegetative and psychological symptoms, alexithymia and socio-demographic data. For this purpose were create hypotheses based on the epidemiological data until 2009.

Methods:

Between 2000-2009 were collected data from 1204 patients with the diagnoses Depression, Atopic Dermatitis, Psoriasis, Urticaria, Acne, Dermatitis artefacta and Body dysmorphic disorder in psychosomatic outpatient in the clinic of the Justus Liebig University, using the Inventory of Interpersonal Problems (IIP), the Symptom Checklist by Derogatis (SCL90), the Giessen Beschwerdebogen (GBB), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the self-report. These data will evaluate anonymously.

Results:

As expected, patients with depression suffer considerably stronger than the skin alexithymia patients. They also have greater physical ailments such as heart, stomach and limb discomfort.

Hypothesis 7 and 8 can not be confirmed because depressiv patients are more psychologically burdened and show more often paranoid delusions than the skin patients. Between Patients with Urticaria, Psoriasis, Atopic dermatitis, Acne, dermatitis artefacta and Body dysmorphic disorder are no significant differences in interpersonal stress and alexithymia. Psoriasis have significantly more heart problems and somatization than patients with atopic dermatitis. Atopic Dermatitis is in comparison less anxious than the other skin patients. They are the youngest patients in this study. Urticaria are the oldest patients. The use of inpatient treatment was highest with an average of 32%. Acne patients show more interpersonal problems than the others. Dermatitis artefacta were not more psychologically in comparison to the skin patient. Body dysmorphic disorder patients are significantly more afraid than patients with atopic dermatitis. In addition they have significantly more heart problems, stomach problems and limb discomfort.
Conclusion:

The study approaches that Depression patients are charged significantly more compared to skin patients than expected. We also note that skin patients with depression have no more stress.

The skin disease show a discrepancy to different character features and support the usage of psychometric testing, which may lead to an improved therapeutic approach.

The results of the study confirm by patients with skin diseases that timely alignment may have to be made for psychosomatic diagnosis and treatment.
9. Literatur


32. Busch MA.; Maske UE.; Ryl L.; Schlack R; Hapke U (2013): Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; Vol. 56 Issue 5/6, 733-739.


36. Canpolat U; Turak O; Ozcan F; Cay S; Aras D (2014): Killing two birds with
one stone: screening of coronary artery disease and cardiac autonomic

37. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC (2005): Migration and mental health in
Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1),

Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959–

EA (2010): Body dysmorphic disorder among dermatologic patients:
Prevalence and clinical features, J. American Academy of Dermatology; 235-
243.

(2007): Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in
an adult inpatient setting, General Hospital Psychiatry 30, 67-72.

41. Cotterill JA, Cunliffe WJ. (1997): Suicide in dermatological patients, Br J
Dermatol; 137(2): 246-250.

42. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GB, Misery
L, Szabo C, Linder D, Sampogna F, Evers AW, Halvorsen JA, Balieva F,
Szepeietowski J, Romanov D, Marron SE, Altunay IK, Finlay AY, Salek SS,
multicenter study among dermatological out-patients in 13 European


and impairment in adults with body dysmorphic disorder. Compr
Psychiatry.; 49: 561-569.

anxiety and depression in adult patients with atopic dermatitis. (English). By:
Der Hautarzt; Vol. 60 (8): 641-646.

46. Dieris-Hirche J; Milch WE.; Kupfer JP.; Leweke F; Gieler U (2012):
Alexithymie bei Neurodermitis. Psychotherapeut; Vol. 57 Issue 1, 42-49, 8p.

47. Dilling H (1978): Epidemiology of psychic disorders and their psychiatric

3. Auflage, Elsevier Verlag.


59. Frangos et al. (2008), JID 2008


80. Härter M et al. (2007): Praxismanual Depression, Deutscher Ärzte- Verlag
82. Halvorsen JA; Stern RS; Dalgard F; Thoresen M; Bjertness E; Lien L (2011): Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. The Journal Of Investigative Dermatology; Vol. 131 (2): 363-370.


145. Öztürk P, Fatma Özlem OrhanAli Özer Tuğba Karakaş, Ali Nuri ÖksüzNur Yalçın Yetişir, Kahramanmaraş Sütçü İmam (2013): Assessment of Temperament and Character Profile with Anxiety and Depression in Patients with Acne, University Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Turkey, Department of Psychiatry, Kahramanmaraş Sütçü İmam University Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Turkey, Department of Public Health, İnönü University Faculty of Medicine, Malatya, Turkey Balkan Med J; 30: 161-166.


neuronal plasticity and the cholinergic system are affected in atopic dermatitis and in response to acute experimental mental stress in a randomized controlled pilot study; 9(12):e113552.


156. Picardi A, MD, Ilaria Lega, MD, Emanuele Tarolla, MD (2013): Suicide risk of skin disorders ,Clinics in Dermatology; Volume 31, Issue 1, 47–56.


184. Stangier; Gieler; Ehlers (1996): Neurodermitis bewältigen Springer Verlag; Berlin Heidelberg.


187. Stein, Janine; Luppa, Melanie; Mahnke, Jette; Weyerer, Siegfried; Schomerus, Georg; Riedel-Heller, Steffi G. (2014): Screening for Depression by Telephone Using the German Version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Results from a Representative Survey. Psychiatrische Praxis; Vol. 41 Issue 3, 135-141.


206. Weller K; Groffik A; Church MK; Hawro T; Krause K; Metz M; Martus P; Casale TB; Staubach P; Maurer M (2014): Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. The Journal Of Allergy And Clinical Immunology J Allergy Clin Immunol; Vol. 133 (5), 1365-1372.


215. Wojewoda K; Brenner J; Kąkol M; Naesström M; Cubała WJ; Kozicka D; Nowicki R; Sokołowska-Wojdyło M; Barańska-Rybak W. (2012): A cry for help, do not omit the signs. Dermatitis artefacta--psychiatric problems in dermatological diseases (a review of 5 cases)., Medical Journal Of Experimental And Clinical Research; Vol. 18 (10), 85-89.


10. Erklärung zur Dissertation


_____________________ ______________________________
Ort, Datum Unterschrift
11. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei Herrn Prof. Dr. Gieler für die Entwicklung des spannenden Themas und Überlassung der Daten, sowie die sehr gute Betreuung und wertvollen Anregungen bedanken.

Für die statistische Datenauswertung und häufige Bereitschaft zur Versuchs auswertung möchte ich mich recht herzlich bei Herrn Dr. Dipl. Psych. Kupfer bedanken.

Außerdem möchte ich mich bei den Frauenbeauftragten der Justus-Liebig-Universität für das Stipendium zur Promotionsabschlussförderung bedanken, denn mit dieser finanziellen Unterstützung war es mir möglich, nicht unmittelbar in das Arbeitsleben eintreten zu müssen und mich ohne finanziellen Druck meiner wissenschaftlichen Arbeit widmen zu können.

Zuletzt gilt mein ganz besonderer Dank meiner Familie für die Unterstützung und Liebe, mich ausreichend mit meiner Arbeit befassen zu können.
12. Anhang
Sozialfragebogen

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

Geburtsdatum: ........................................
Datum: ........................................

Bitte kreuzen Sie das von Ihnen gewünschte Kästchen so an:

01 Geschlecht:
   männlich
   weiblich

02 Nationalität:
   deutsch
   andere

03 Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin?
   ja
   nein

04 Sind Sie
   ledig
   verheiratet
   geschieden
   verwitwet

05 Höchster Schulabschluss:
   Abitur
   Fachabitur
   Mittlere Reife
   Volks- oder Hauptschule
   ohne

06 Welche Ausbildung oder welchen berufsbildenden Abschluss machen Sie/haben Sie gemacht?
   Keinen Abschluss
   Schüler
   Lehrling/Azubi
   abgeschlossene Lehre
   Meister-/Fachschulabschluss
   im Studium
   Hoch-/Fachhochschulabschluss

07 Sind Sie zurzeit berufstätig?
   ja
   nein

- 1 -
08 Wenn **nicht** berufstätig, sind Sie

- Schüler/in, Student/in
- Azubi
- Hausfrau/Hausmann
- Sozialhilfeempfänger/in
- arbeitslos gemeldet
- Rentner/in
- sonstiges

09 Wenn berufstätig, sind Sie

- selbständig
- Arbeiter/-in
- Angestellte/-r
- Beamter/-in
- mithelfend im eigenen Betrieb
- sonstiges

**Welchen Beruf üben Sie aus?  __________________**

10 Sind Sie zurzeit oder waren Sie in den vergangenen 12 Monaten krankgeschrieben?

- ja
- nein

11 Wenn ja, wie lange insgesamt?

- unter einem Monat
- 1 - 6 Monate
- über 6 Monate

12 Wie lange leiden Sie an der aktuellen Erkrankung? Seit ...

- unter ½ Jahr
- ½ - 1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 2-5 Jahre
- über 5 Jahre

13 Wieviel Ärzte haben Sie wegen der aktuellen Beschwerden aufgesucht?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- über 5