

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar

(Direktor: Univ.- Prof. Dr. P. Henningsen)

Körperbild und psychosomatisches Beschwerdebild bei
dermatologischen Patienten im Vergleich mit Patienten
der psychosomatischen Ambulanz

Marie-Christine Stüwert

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors
der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender:

Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. C. Lahmann

2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

**Die Dissertation wurde am 06.08.2013 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 02.04.2014 angenommen.**

Meinen Eltern gewidmet.



„ Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare.“

(Christian Morgenstern 1871-1914, deutscher Dichter)



„Empfindliche Haut“

(von Evelyn Goßmann)

Die Feder der Seele
ritzte scharfe Worte in die Haut,
die mit den Jahren
zerknittertem Pergament immer ähnlicher wurde.
Trocken, dünn, leicht verletzbar
hat sie an Reißfestigkeit verloren,
ist unelastisch geworden.

Worte schmerzen,
messerscharfe Federn schreiben mit blutiger Tinte
tiefe Wunden auf blasse Haut,
durchtränkt sie bis hin zur Seele
bis sie aufgebraucht ist.

Niemand trägt Schuld daran;
ich denke es ist der zunehmende Schmerz
in allem was Jahre erleben, lernen ließen,
auch abverlangten.
Gerne war man stets bereit zu geben
aus einem schier unerschöpflichen Brunnen,
macht automatisch weiter,
strapaziert eiserne Reserven.

Unmerklich werden
Kraft und Stärke überfordert,
fordern plötzlich Tribut.
Eine neue Wahrnehmung,
Dünnhäutigkeit.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	8
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	2
2.1 Körperbild	2
2.1.1 Historische Erklärung	2
2.1.2 Neuzeitliche Definition	5
2.1.3 Körperunzufriedenheit und Körperbildstörung	6
2.2 Psychosomatische Dermatologie	7
2.2.1 Definition	7
2.2.2 Epidemiologie somatischer und psychischer Störungen	8
2.2.3 Einteilung der Hautkrankheiten unter psychosomatischen Aspekten	9
2.2.4 Das Bio-psycho-soziale Modell	10
2.2.5 Lebensqualität und Suizid bei Hautpatienten	12
2.3 Haut und Psyche	13
2.4 Dermatologische Krankheitsbilder	14
2.4.1 Neurodermitis / atopische Dermatitis (L20.9, F54)	14
2.4.2 Acne vulgaris (L70.0, F54)	15
2.4.3 Psoriasis vulgaris (L40.0, F54)	16
2.4.4 Alopecia areata (L63.8, F43.2, F54)	17
2.4.5 Prurigo (L28.2, F54)	17
2.4.6 Urtikaria (L50.9, F54)	18
2.4.7 Nahrungsmittel,- und Medikamentenunverträglichkeit (T78, F54)	18
2.5 Psychiatrische Krankheitsbilder	19
2.5.1 Depression (F32)	19
2.5.2 Angst und Panikstörungen (F41)	20
2.5.3 Trauma (F43)	21
2.5.4 Somatoforme Störungen (F45)	22

2.5.5	Essstörungen (F50)	23
2.5.6	Borderline (F60.31)	25
3	PATIENTEN UND METHODEN	25
3.1	Gewinnung des Patientenguts	25
3.2	Ein und Ausschlusskriterien	26
3.3	Studiendesign	26
3.4	Messinstrumente / ICD- 10	26
3.5	Testpsychologische Instrumente (Fragebögen)	28
3.5.1	Psy-BaDo (psychosomatische Basisdokumentation)	28
3.5.2	PHQ-D (Patients Health Questionnaire, deutsche Version)	28
3.5.3	Destax (Dissociative Experiences Scale Taxon)	29
3.5.4	PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)	30
3.5.5	IES (Impact of Event Scale)	31
3.5.6	DKB-35 (Dresdner Körperbildfragebogen)	32
3.6	Statistische Auswertung	33
4	ERGEBNISSE	33
4.1	Stichprobenverteilung – Soziodemographische Daten	34
4.1.1	Geschlechterverteilung	34
4.1.2	Alter	35
4.1.3	Familienstand	36
4.1.4	Partnersituation	37
4.1.5	Kinder	38
4.1.6	Schulbildung	38
4.1.7	Sozialstatus	40
4.1.8	Krankschreibungen	41
4.1.9	vorherige psychosomatische/psychiatrische Behandlungen	41

4.1.10 Größe, Gewicht und BMI	42
4.1.11 Sportliche Aktivitäten und Diätverhalten	43
4.1.12 Piercings und/ oder Tätowierungen	44
4.1.13 Dermatologische Hauptdiagnosen	45
4.1.14 Psychosomatische Hauptdiagnosen	47
4.2 Fragebögen Auswertung	49
4.2.1 Ergebnisse des PHQ-D	49
4.2.2 Ergebnisse des DESTAX	50
4.2.3 Ergebnisse des PDS	51
4.2.4 Ergebnisse des IES	52
4.2.5 Ergebnisse des DKB-35	53
4.3 Zusammenfassung der Einzelergebnisse der Fragebogenauswertung	54
5 DISKUSSION	56
5.1 Soziodemographische Daten	56
5.2 Hauptdiagnosen der Patienten	60
5.3 Fragebögen	61
5.3.1 PHQ-D	61
5.3.2 DESTAX	62
5.3.3 PDS	64
5.3.4 IES	64
5.3.5 DKB-35	65
6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	68
7 LITERATURVERZEICHNIS	71
ANHANG	80
DANKSAGUNG	95

Abkürzungen

BMI	Body Mass Index
DAP	Draw a Person Test
DESTAX	Dissociative Experiences Scale Taxon
DES	Dissociative Experience Scale
DIEHL	Deutsches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Hautkrankheiten
DKB-35	Dresdner Körperbildfragebogen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FBeK	Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers
FDS	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen
FKB	Fragebogen zum Körperbild
FKKS	Frankfurter Körperkonzept Skalen
HIT	Holtzman Inkblot Test
ICD-10	International Classification of Diseases
IES	Impact of Event Scale
KST	Körperbildskulpturtest
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PHQ-D	Patient Health Questionnaire
Psy-BaDo	Psychosomatische Basisdokumentation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

1 Einleitung

Mit der Durchführung der Dissertation soll das „Körperbild“ (engl.: „Body Image“) von dermatologischen Patienten, welche ein Konsil für die Psychosomatische Klinik erhalten haben, untersucht werden. Es basiert auf der Frage, welches Verhältnis die Betroffenen zu Ihrem Körpererleben bzw. Körperempfinden anstern. Therapien von Hauterkrankungen, Trauma-Behandlungen sowie psychiatrische und somatoforme Krankheitsbehandlungen streben interdisziplinäre Verfahren an und zeigen auf, dass das Körperbild bei diesen Störungen betroffen ist. Dermatologische Erkrankungen können den Patienten in ihrer Sicht - und Denkweise über ihr Körperbildempfinden beeinflussen. Hintergrund vieler daraus resultierender Körperbildstörungen können auf einen bio- psycho-sozialen Aspekt, sowie auf psychosomatischer Ebene charakterisiert werden. Die Hautoberfläche ist unser äußeres Organ und wird durch Dermatosen in einer besonderen Weise „entstellt“. Das daraus entwickelte gestörte oder verzerrte subjektive Körperbild der Patienten ist oft mit einem sehr hohen Leidensdruck und gesellschaftlichen Stigmatisierungen verbunden. Die Patienten zeigen Anpassungsprobleme in Bereichen wie z.B. des Selbstwertgefühles, der Sexualität oder auch Stigmatisierung. Aber auch andersherum nehmen psychische und soziokulturelle Faktoren Einfluss auf die Heilung sowie auf die Chronifizierung von Dermatosen. Welche Rolle spielen Angst, Depression, Ekel, Schamgefühle im Selbstbild eines dermatologisch Erkrankten? Das Körperbild ist abhängig von verschiedenen Faktoren, wie z.B. Geschlecht, Alter, kulturellen und sozialen Faktoren, Persönlichkeit und individuellen Erfahrungen und wird demnach auch unterschiedlich wahrgenommen. Diese Studie soll hinterfragen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen dem subjektiv empfundenen Körperbild, dermatologischen Hauterscheinungen und eventuellen psychopathologischen Erkrankungen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Körperbild

2.1.1 Historische Erklärung

Eine Vielzahl von Wissenschaftlern verschiedenster Fachbereiche (Neurologie, Medizin, Philosophie, Kulturwissenschaften, Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychologie) haben sich um die Jahrhundertwende herum mit dem Körperbild und seinen Störungen beschäftigt. Ein Querschnitt dieser Studien soll versuchen das Körperbild zu definieren und die ausgeprägte Heterogenität und Komplexität dieser Analyse aufzeigen. Bereits der Psychoanalytiker Freud hatte geschrieben „ das Ich ist vor allem ein körperliches. Es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern dem selbst die Projektion einer Oberfläche“ (Freud 1923). Damit ist die Oberfläche unseres Körpers gemeint, von der zugleich äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen. Anfänglich verstand man den Begriff „Körperbild – Body Image“ als ein neurologisches Konstrukt. 1908 beschrieb der Prager Neurologe und Psychiater Pick erstmals das Körperbild im Sinne von spezifischen neuronalen Strukturen. Dabei beschreibt er das Körperbild als „Körperschema“, welches die neuropsychologische Korrelation der Wahrnehmung vom realen Körper mit der Vorstellung vom eigenen Körper im Raum, beinhaltet. Sie kann somit auch als „Orientierung am eigenen Körper“ beschrieben werden (Pick 1908). 1911 befassten sich die britischen Neurologen Henry Head und Gordon Holmes mit dem Körperbild und 1920 wurde der Begriff „Postural Scheme“ zum ersten Mal als „Körperschema und Haltungsschema“ gebraucht. Dabei hebt der Autor hervor, dass nicht die psychologische Natur des Körperschemas vorrangig ist, sondern die physiologische (Head 1911; Head 1920). 1923 erörterte der Wiener Psychiater und Psychoanalytiker Schilder den Begriff „Körperbild“ als „Body Image“ in seinem Werk „The image and appearance of the human body“ und beschreibt zudem psychosoziale Aspekte, wie auch psychologische und soziokulturelle Elemente, die Einfluss auf das Körperbild nehmen. Er erkannte, dass das Körperbild nicht nur von der Sinnesphysiologie, sondern auch von der subjektiven Erlebniswirklichkeit abhängig ist. Schilder spricht dabei von einem „Raumbild, das jeder von sich hat“. Er schildert in seinem Buch drei Teile des Körperbildes. Zum Einen die physiologische Basis des Körperbildes, hierzu

zählen Temperatur,- und Schmerzwahrnehmung, Propiozeption, Muskeltonus, etc. Zum Zweiten die libidinöse Struktur des Körperbildes. Hierbei befasst er sich mit der psychologischen Seite des Körperbildes in Anlehnung an die Freudsche Psychoanalyse und beschreibt die Aufgabe des Körperbildes anhand psychopathologischen Begebenheiten wie z.B. die Neurasthenie, die Hysterie oder auch die Depersonalisation. Schließlich erklärt er im dritten Teil die soziale Struktur des Körperbildes (Schilder 1923,1935,1950). 1933 spricht Conrad über das Körperbild als „Bewusstheit des eigenen Körpers als eine aus dem Anschauungs- und Aktionsraum heraus gesonderten Ganzen im Sinne der Ganzheitspsychologie“ (Conrad 1933). 1945 schrieb Fenichel folgende Definition des Körperbildes: „die Summe der psychischen Repräsentanzen des Körpers und seiner Organe, (...), konstituiert die Vorstellung eines personalen Ich. (...) das Körperbild stimmt nicht notwendig mit dem tatsächlichen Körper überein (...)“ (Fenichel 1945). Mitte des 20. Jahrhunderts wird das Körperbild mittels „Körpergrenzen“ (engl.: „Body Image barriers“) von Fisher & Cleveland beschrieben. Sie grenzen das „Innere“ (Persönlichkeit) von dem „Äußeren“ (Körperoberfläche) ab und messen diese zwei Grenzen mittels einer Skala (Fisher-Cleveland-Barrier Index Scale) (Fischer & Cleveland 1958). 1973 schrieb Kiener: „Psychologische Erfahrungen, die sich auf die Gefühle und Haltungen (Einstellungen) dem eigenen Körper gegenüber konzentriert, (...), eine Leibhaftigkeit wirkliche (...), frei bewegliche Raumgestalt, die durch das Wesensmerkmal des Eigenen, unmittelbar zu mir selbst Gehörenden, von meinem Ich (meiner Seele) Durchdrungenen ausgezeichnet ist“ (Kiener 1973). Später notierte die französische Kinderärztin und Psychoanalytikerin Dolto Francoise zur Unterscheidung von Körperbild und Körperschema: „Wenn das Körperschema im Prinzip für alle Individuen der Gattung Mensch das Gleiche ist, (...), so ist das Körperbild jedem Einzelnen eigen: Es ist an das Subjekt und seine Geschichte gebunden“. Dolto beschreibt das Körperbild als den subjektiv phänomenalen Funktionsbereich, in dem körperbezogene Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen in verschiedenem Maße bewusstseinsfähig sind (Dolto 1987). Shontz charakterisiert vier Ebenen (Körperschema, Körperselbst, Körperphantasie und Körperkonzept) sowie sieben Funktionen der Körpererfahrung (Aufnahme und Weiterverarbeitung sensorische Informationen, Handlungsinstrument, Quelle von

Bedürfnissen, Trieben und Reflexen, private Erfahrungen, bedeutsame Stimuli für das Selbst und zuletzt das expressive Medium) (Shontz 1969). Die deutschen Psychologen Lemche und Loew beschrieben schließlich Ende des 20. Jahrhunderts die 5 Teilfunktionen des Körperbildes. Das Integrale Körperbild (1), das Haltungsschema (2), das Körper-Ich (3), das Körperbild im engeren Sinne (4) und die kognitive Körperorientierung (Joraschky 2009). In der deutschen Sprache werden häufig verschiedene Begriffe wie „Körperschema, Körperbewusstsein, Körperbild, Körperfühlbild, Körper-Ich, Körper selbst, (...)“ als Synonym benutzt und tragen zur Verwirrung bei, deshalb unterscheidet Lemche im Buch von Joraschky „Körpererleben und Körperbild“ die folgenden Begriffe (Joraschky 2009):

- Körper-Ich (reifungsgebunden, erfahrungsbeeinflusst):
Enthält Bewegungsinitiation, Motilitätsfunktion und Schmerzlokalisierung, sowie die Propriozeption, Empfindungen der Somatosensorik und Bewegung. Hinzu zählt außerdem das Bewusstsein zur körperlichen Wahrnehmung, motorische Koordination und motorisches Gedächtnis.
- Körperselbst (reifungsabhängig, erfahrungsabhängig):
Enterozeptive Wahrnehmung der Stimmung und Emotion, Wahrnehmung der Bio-Rhythmizität und vegetativen Homöostasefunktionen.
- Körper,- Haltungsschema (angeborene Disposition, irreversibel):
Das extrapyramidale System gibt Auskunft über Halte, -Lage, -Stützmotorik, welches an spinale und vestibulo-zerebelläre Informationsbahnen sowie an Thalamo-zerebelläre Bahnsysteme gebunden ist.
- Körperbild (geschlechtsspezifisch, erfahrungsabhängig):
Vorstellung der optischen Darstellung des Körpers, abhängig von sozioemotionalen Interaktionen.

Zusammengefasst kann man sagen, dass viele Wissenschaftler sich im Laufe der letzten Jahrzehnte mit dem Körperbildbegriff auseinandergesetzt haben und es wird deutlich, dass dieser Begriff als multidimensionales Phänomen verstanden werden sollte.

2.1.2 Neuzeitliche Definition

Der Terminus „Körperbild“ beinhaltet verschiedene Teilaspekte des „Körpererlebens“. Abhängig vom Individuum und seinen Erfahrungen, aber auch von seiner Sprachentwicklung, besteht das Körperbild aus folgenden Teilaspekten: „Körperphantasien“, „Körperkonzepte“ und „Körperwissen“. Außerdem wird hinzugefügt, dass soziokulturelle und intraindividuelle Funktionen (Körpergrenzsetzung, Selbstgefühl, Geschlechtsrollen-Identität) ebenfalls einen Einfluss auf die persönliche Bezugnahme des eigenen Körpererlebens mit sich bringen. Röhricht differenziert weiterhin Körperbezogene Perzeptionen, Kognitionen, Emotionen und Körperverhalten und grenzt damit das Körpererleben in Teilbereiche ein (Joraschky 2009). Neuzeitliche Autoren schlagen drei Definitionen vor die im Folgenden lauten (Arnim 2007):

- Körperschema: hierunter versteht man ein Bewegungsschema welches die räumliche Einschätzung des Körpers, Orientierung und Bewegung im Raum, beinhaltet.
- Körperbild: beschreibt einen subjektiven phänomenalen Funktionsbereich, der bewusstseinsfähig alle körperbezogenen Vorstellungen und Gefühle mit einschließt.
- Körper-Selbst: ist ein psychoanalytisches Konstrukt und Teil des Selbstkonzeptes. Unbewusste Vorstellungen, Überzeugungen, Gefühle und Phantasien über den Körper sind beinhaltet.

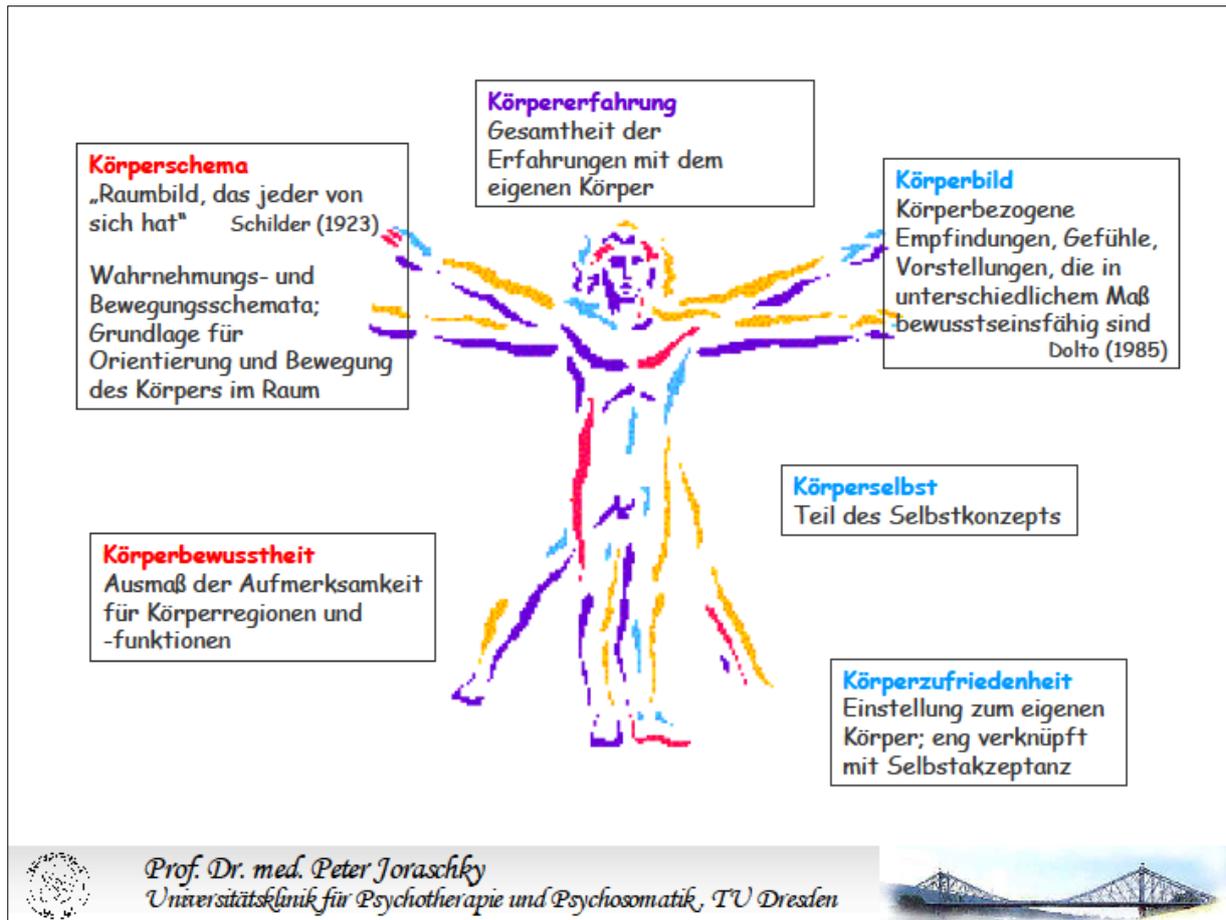


Abbildung 1: Multimodalität des „Body Image“-Modells (Joraschky 2009).

2.1.3 Körperunzufriedenheit und Körperbildstörung

Das individuelle Körperbild ist beeinflussbar. Zum einen wird es von außen beeinflusst, d.h. durch generelle soziokulturelle Entwicklungstrends, wie z.B. von den Medien vorgegebenen Schlankeitsidealen oder durch die Erkenntnis, dass der Körper prinzipiell gestaltbar ist. Ein Großteil der Bevölkerung hat eine negative Einstellung und eine Unzufriedenheit zu seinem Körper. Schlankeheit, Fitness und Attraktivität ist der Wunschfaktor und ein Identitätskomponente geworden und deren Erwerb kann nie vollständig abgeschlossen werden. Individuelle Gestaltungsmechanismen wie Piercings oder Tätowierungen können Ausdruck einer gelungenen Identitätsentwicklung sein oder aber auch Identitätsdefizite kaschieren (Pöhlmann 2006). „Wenn die Unzufriedenheit mit der eigenen Figur mit einer leichten Selbstwertproblematik einhergeht, kann von einer subklinischen Körperbildstörung gesprochen werden. Eine klinische Körperbildstörung ist vorhanden, wenn eine

ausgeprägte depressive Symptomatik mit Sozialphobie bzw. schweren Essstörungen vorliegt. Diese gehen mit einer verzerrten Wahrnehmung der eigenen Figur (Körperschemastörung) einher, (...), und kann der Übergang von einem problematischen Körperbild zu einer gravierenden Beeinträchtigung des Körpererlebens, wie z.B. einer körperdysmorphen Störung (Body dysmorphic disorder) fließend sein“ (Daszkowski 2003). Im Allgemeinen bezeichnet die Körperbildstörung als Konzept eines Multidimensionalen Phänomens mehrere Komponenten: eine perzeptive, eine kognitiv-affektive (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Schlussfolgerungen) und eine verhaltensbezogene Komponente. Sie können unterschiedlich unwillentlich bzw. absichtlich gesteuert ablaufen und mit negativen Effekten wie Ekel, Angst und Abscheu, einhergehen (Tuschen-Caffer 2008). Ein Attraktivitätsverlust ist die Folge von negativen Körperbildern, bzw. Körperbildstörungen und kann zu ängstlichen oder depressiven Symptomen führen, welche wiederum für die ursprüngliche Erkrankung verschlechtert und somit einen Teufelskreis bewirkt (Stangier 2002). Körperbildstörungen spielen eine große Rolle bei einer Vielzahl psychiatrischer Erkrankungen: Essstörungen, soziale Phobien, Persönlichkeitsstörungen und auch in der psychosomatischen Dermatologie (Körperdysmorphen Störung).

2.2 Psychosomatische Dermatologie

2.2.1 Definition

Gemäß der „Leitlinie Psychosomatische Dermatologie“ der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) beinhaltet der Ausdruck „psychosomatische Dermatologie“ Hautkrankheiten, bei denen psychosoziale Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss auf die Erkrankung haben. Hierbei werden Dermatosen unter einem bio-psycho-sozialen Modell ganzheitlich bzw. systemisch gesehen. Die Psychodermatologie umfasst nach dieser Auffassung im weiteren Sinne jeden Aspekt der intra,- und interpersonellen Probleme von Hautkrankheiten mit den psychosomatischen Auslöse- bzw. Krankheitsverarbeitungsmechanismus von Hauterscheinungen sowie den Effekt der Interaktion zwischen dermatologisch geschädigten Menschen und deren sozialen Umgebung (AWMF).

2.2.2 Epidemiologie somatischer und psychischer Störungen

Daten zur Prävalenz psychischer Störungen in somatischen Fächern inklusive der Dermatologie sind zwar erhältlich, gestalten sich aber erheblich verschieden. Dies sollen die nachfolgenden statistischen Daten zur Prävalenz aufzeigen. Psychische Störungen in dermatologischen Kliniken werden beschrieben mit 25,2% und in einer weiteren Studie mit 33,4% (Aktan 1998; Picardi 2000). Des Weiteren steigt die Prävalenz von psychologischen Störungen bei Patienten, die stationär in dermatologischen Kliniken in Behandlung sind, und erreicht Werte zwischen 9% bis 60% (Hughes 1983; Pulimood 1996). Andere Autoren berichten um eine dreifache Erhöhung der Prävalenz psychosomatischer Störungen bei hauterkrankten Patienten (Hughes 1983). Ebenfalls wird berichtet, dass 26,2% der Patienten einer ambulanten dermatologischen Klinik psychosomatische Anzeichen aufzeigen (Stangier 2003). In der folgenden Tabelle sollen die häufigsten dermatologischen und dermatologisch somatoformen Symptome dargestellt werden.

Dermatologische Beschwerden	Dermatologische Symptome		Dermatologische somatoforme Symptome	
	Häufigkeit (n)	% der Gesamtstichprobe	Häufigkeit (n)	% der Gesamtstichprobe
Juckreiz	106	54,4	20	10,3
Brennen	53	27,2	15	7,7
Kutaner Schmerz	40	20,5	15	7,7
Haarausfall	15	12,8	3	2,5
Entstellung	60	30,8	17	8,7
Total	126	66,2	36	18,5

Tabelle 1: Häufigkeit von Patienten mit dermatologischen und dermatologischen somatoformen Symptomen (Gesamtstichprobe: n=195) (Stangier 2003).

Diese Prävalenzzahlen sind geschlechts- und altersabhängig. Frauen weisen höhere Prävalenzzahlen auf. Dies könnte sich durch eine erhöhte Aufmerksamkeit der Frauen für Ihren eigenen Körper erklären lassen. Altersabhängig sind die Symptome der Hauterkrankungen, dabei treten bei jüngeren Patienten eher Komedonen und Akne in Erscheinung, hingegen bei älteren Patienten vielmehr Juckreiz, Kribbeln und Rötungen der Haut (Harth 2006). Umgekehrt verweisen zwei amerikanische medizinische Wissenschaftler in einer Ihrer durchgeführten klinischen Interviews nach, dass 30% der Patienten in einer dermatologischen Ambulanz Hauterkrankungen als Folge von psychiatrischen Störungen bekamen (Wesley 1989). In den letzten Jahren wurden immer mehr Studien zu körperdysmorphen Störungen erhoben. 4% der amerikanischen Studenten wurden in einer Studie über körperdysmorphen Störungen gezählt. Des Weiteren werden 11,9%-15,6% der dermatologischen Praxen und Hautklinik Patienten eine körperdysmorphe Störung zugeteilt (Phillips 2000). Stangier et al., 2003, untersuchten in einer Studie 195 Patienten einer dermatologischen Universitätsambulanz hinsichtlich somatoformer Symptome. 26,2% dieser befragten und untersuchten Patienten wiesen somatoforme Störungen auf, davon 16,9% somatoforme Schmerzstörungen, 15,4% körperdysmorphe Störungen und 10,3% Juckreiz. Auch eine Erhöhung der depressiven Beschwerdebilder konnte festgestellt werden mit 17,3% (Stangier 2003).

2.2.3 Einteilung der Hautkrankheiten unter psychosomatischen Aspekten

Eine Einteilung der dermatologischen Erkrankungen aus psychosomatischer Sicht kann in drei Gruppen erfolgen. Daraus resultieren unterschiedliche diagnostische und therapeutische Ansätze (Gieler 1998; Gieler 2008):

Psychiatrische Erkrankungen	Psychosomatische Erkrankungen	Somatopsychische Erkrankungen
Psychische Faktoren führen ursächlich zur Entstehung der Dermatose	Psychische und somatische Faktoren greifen ineinander	Somatische Aspekte stehen im Vordergrund

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dermatozoenwahn ➤ Artefakte ➤ Dysmorphophobie ➤ Somatoforme Störungen ➤ Zwangserkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Neurodermitis ➤ Psoriasis ➤ Urtikaria ➤ Akne ➤ Dyshidrosiformes Ekzem ➤ Alopezia areata ➤ Periorale Dermatitis ➤ Herpes simplex 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tumorerkrankung ➤ Chronisch venöse Insuffizienz ➤ Erregerbedingte Erkrankungen ➤ Kollagenosen ➤ Bullöse Erkrankungen
--	--	--

Tabelle 2: Einteilung der dermatologischen Erkrankungen aus psychosomatischer Sicht (Gieler 1998; Gieler 2008).

In der ersten Gruppe werden all diejenigen Erkrankungen zusammengefügt, welche rein psychiatrischer Natur sind und welche die Haut als deren Austragungsorgan betrachtet. Hierbei sollten die zugrunde liegenden Störungen behandelt werden. In der zweiten Gruppe kommen multifaktorielle Hauterkrankungen zutage, indem psychische und somatische Faktoren ineinander übergehen. Eine Therapie erfolgt durch Psychotherapeuten und Dermatologen. Die dritte Gruppe beinhaltet rein somatische Faktoren, und es sollten zunächst rein somatische Therapieansätze gesucht werden. Zur Krankheitsbewältigung können psychotherapeutische Maßnahmen ergriffen werden (Gieler 2008).

2.2.4 Das Bio-psycho-soziale Modell

Bei dem „Bio-psycho-sozialen Modell“ handelt es sich um Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Dabei beinhaltet dieses Modell die Theorie für eine Einheit zwischen Körper und Geist. Hierbei sind Krankheit und Gesundheit kein Zustand, aber als ein dynamisches Geschehen der Natur zu werten (Egger 2005).

Das bio - psycho - soziale Modell nach Georges Engel

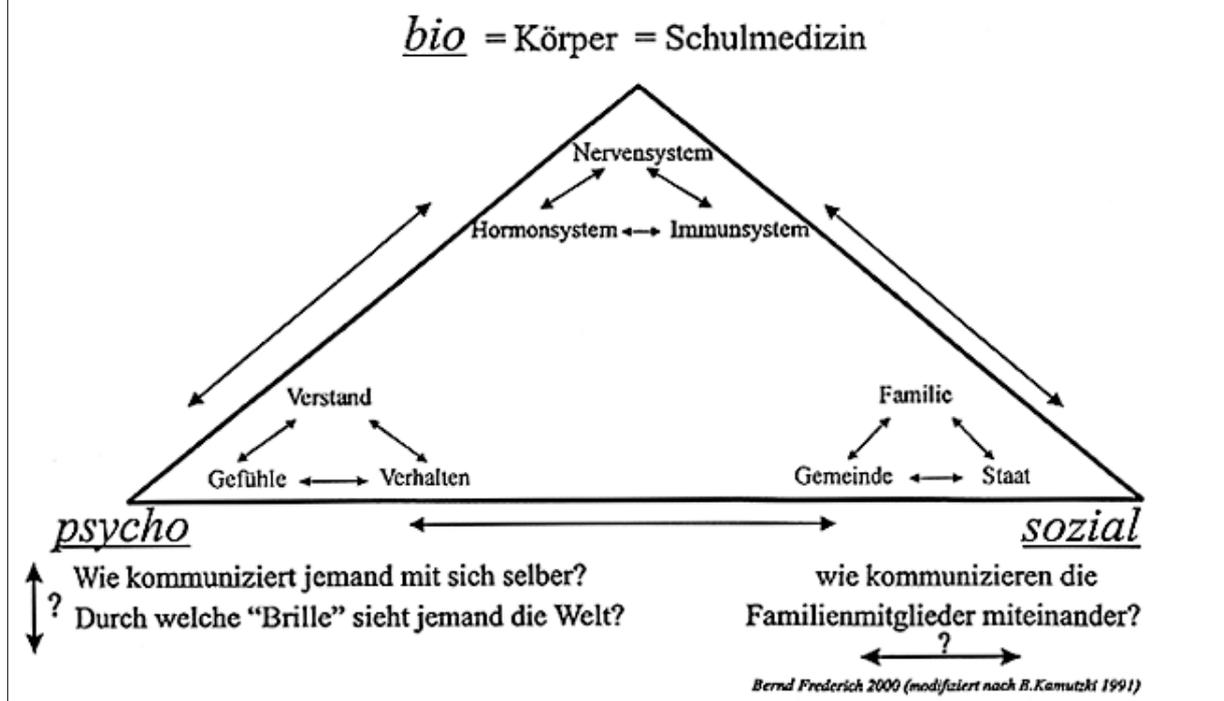


Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell nach Georges Engel (Frederich 2000).

Dabei ersetzt Engel ein damaliges veraltetes Krankheitsentstehungsbild durch ein neues erweitertes Modell und äußert: „(...) the dominant model of disease today is biomedical, and it leaves no room within its framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness. A biopsychosocial model is proposed that provides a blueprint for research, a framework for teaching, and a design for action in the real world of health care“ (Engel 1977). Das Modell schildert hierarchische Ebenen von natürlichen Systemen. Eine Isolation der einzelnen Systeme ist nicht möglich und damit ist eine Änderung einer Ebene immer mit einer konsekutiven Änderung der anderen Ebenen verbunden. Egger sieht die Person und ihr dazugehöriges Erleben und Verhalten als ein Ganzes, jedoch in verschiedene Untersysteme (am Beispiel des Bio-Modells: Nervensystem, Immunsystem, Hormonsystem) (Egger 2005). In der psychosomatischen Dermatologie hat dieses Modellsystem bei den unter Dermatosen leidenden Patienten auch einen therapeutisch bedeutsamen Einfluss. Da meist psychische Ursachen, Folgen oder

Begleitumstände Auslösemechanismen für die Dermatosen sind und diese individuellen psychischen und soziokulturellen Faktoren die Entstehung und die Chronifizierung mit sich bringen, ist es wichtig diese psychosomatischen Hautpatienten unter dem bio-psycho-sozialen Model wahrzunehmen, zu deuten und zu therapieren (Taube 2007).

2.2.5 Lebensqualität und Suizid bei Hautpatienten

Es gibt sehr unterschiedliche Interpretationen von dem Begriff Lebensqualität. Die WHO erörtert Lebensqualität als „körperliches, psychisches und soziales Befinden eines Individuums“ (Böhmer 2003). Die Lebensqualität wird beeinflusst durch die psychosoziale Belastung, die eine Hauterkrankung für den Patienten bedeutet (Krankheitslast) und kann als relevanter Parameter (neben den gefundenen Hautbefunden) betrachtet werden (Schmid-Ott 2005). Sie setzt sich aus verschiedenen Dimensionen zusammen. Dazu gehören: „körperliches Empfinden“, „psychisches Empfinden“ und „soziale Beziehungen und Funktionsfähigkeit“. Die Einschränkungen der Lebensqualität zielen auf die Bereiche: Beruf, Familie, Ernährung, finanzielle Situation und sozialen Beziehungen (Bullinger 1997). Die Lebensqualität der dermatologischen Patienten kann mittels eines Patientenfragebogens „DIELH“ (Deutsches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Hautkrankheiten) gemessen werden. Hierbei fällt auf, dass Patienten mit Neurodermitits (Synonym: atopische Dermatitis) die stärkste Einschränkung der Lebensqualität aufzeigen. Auch Patienten mit Psoriasis geben eine sehr hohe Einschränkung der Lebensqualität an (Niemeier 2002). In einer Studie über Psoriasispatienten und deren Lebensqualität konnte eine Verbindung zwischen demographischen, klinischen Variablen und der Lebensqualität gesehen werden. Die Patienten berichten über ein Unbehagen, emotionale Instabilitäten, negative Körperbilder, Einschränkungen im täglichen Leben und einen sozialen Rückzug (De Korte 2004). Durch den hohen Leidensdruck der Hautpatienten stellen psycho-dermatologische Patienten eine Risikogruppe für eventuelle Suizidgedanken und Suizidausführungen dar. Laut einer Studie über Suizidverhalten bei dermatologischen Patienten sind besonders Patienten mit körperdysmorphen Störungen und Patienten mit schwerer Gesichtsakne davon betroffen. Der

Suizidcharakter wird zusätzlich durch die komorbiden Faktoren wie z.B. die Depression, verstärkt (Cotterill 1997).

2.3 Haut und Psyche

Die Haut als „Spiegel der Seele“ ist eine alte Erkenntnis und belegt den Zusammenhang zwischen einem organischen und einem seelischen bzw. psychosozialen Auslöser für das Auftreten einer Hauterkrankung. Man könnte die Haut auch als „Spiegel der Psyche“ bezeichnen. Die Bezeichnungen im Volksmund, „aus der Haut fahren“, „vor Scham erröten“, „dickes Fell haben“, usw. sind Redewendungen, welche die körperlichen Reaktionen aufzeigen, d.h. wenn Stress, Probleme oder Konflikte nicht mehr kommunikativ oder auf der psychischen Ebene bewältigt werden können, dann werden diese Störungen auf die Haut umgeleitet und dort sichtbar gemacht (Gieler 2007). „Die vielfältigen Funktionen der Haut und ihre enge Verknüpfung mit Psyche, Nerven - und Immunsystem bedingen ein häufiges gemeinsames Auftreten von psychosomatischen Erkrankungen und Hauterkrankungen. Da diese für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld sichtbar sind, beeinflussen sie das Selbstbewusstsein und die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten. Reale oder vermeidliche Stigmatisierung führt zu einem negativem Selbstkonzept; die Patienten reagieren mit Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug, da sie Angst vor Abwertung durch ihr soziales Umfeld haben, wobei Frauen durch Hauterkrankungen offenbar stärker belastet sind als Männer“ (Gieler 2007). Enge Verbindungen zwischen ZNS und Immunsystem wurden Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Forschungsprojekte und es konnten eindrucksvolle Zusammenhänge nachgewiesen werden. Ergebnisse neuroimmunologischer und psychoendokrinologischer Untersuchungen zeigen den Einfluss von Stress auf die Hautintegrität (O’Sullivan 1998). Gemäß dem NICE System (Neuro-immunes-kutanes-endokrinologes System) entwickelt das Gehirn eine Antwort (Feedback) auf den Stress. Das Zusammenspiel von Organsystem, Neurotransmittern, Hormonen und Zytokinen lässt eine Hautstörung hervortreten. Das System kann aber auch andersherum laufen und somit kann eine Hautstörung eine psychische Störung hervorrufen, d.h. komorbide psychische Störungen und Hauterkrankungen teilen sich den gemeinsamen ätiologischen Weg der proinflammatorischen Zytokine (Locala 2009). Die Franzosen Brocq und Jacquet

drückten schon 1891 anhand der Begriffsbildung „Neurodermitis“ die psychosozialen und entzündlichen Ko-Faktoren der Krankheitsentstehung aus (Brocq 1891). Später wurde der Ausdruck „Psychodermatitis“ für „Neurodermitis“ gewählt (MacCormac 1946). Anhand des Beispiels der Neurodermitis kommt die psychische Komponente gut zum Ausdruck. Hierbei spielen frühkindliche Beziehungen, Nähe-Distanz-Probleme, sozialer Stress und Interaktionsprobleme eine wichtige Rolle in der Krankheitsentstehung und der Krankheitsbewältigung (Gieler 2008).

2.4 Dermatologische Krankheitsbilder

Im folgenden Kapitel werden die Hauterkrankungen eingeteilt gemäß dem hierarchischen ICD-10 Schemata in L00-L99 „Krankheiten der Haut und Unterhaut“ (Altmeyer 2010) und beschrieben durch einen Guideline für psychosomatische Dermatologie (Harth 2008). Die Erkrankungen werden hier aus dem Buch von Harth & Gieler „Psychosomatische Dermatologie“ beschrieben (Harth 2006). Es werden in diesem Abschnitt nur die wichtigsten und in unserer Studie die am häufigsten vorkommenden dermatologischen Krankheitsbilder dargestellt.

2.4.1 Neurodermitis / atopische Dermatitis (L20.9, F54)

Die Neurodermitis (Synonym: endogenes Ekzem) nimmt mit 3-4 Mio. Erkrankten eine besondere Rolle in der Dermatologie ein. 10-20% der Kinder in Industrieländern (dabei häufiger in Großstädten als in ländlichen Gegenden) leiden unter diesem Erkrankungsbild. Bei Erwachsenen sind es ca. 1-3% (Moll 1989,2003,2005). Laut ICD-10 (Altmeyer 2010) wird sie dem Oberbegriff „Dermatitis und Ekzem“ (L20-L30) zugeteilt. Sie ist definiert als eine chronische oder chronisch-rezidivierende und im Verlauf sehr vielfältige Erkrankung der Haut. Da sie polygen-multifaktoriell vererbt werden kann, wird sie zu dem Formenkreis der „Atopischen Erkrankungen“ gezählt. Dazu gehören unter Anderem das allergische Asthma, die allergische Rhinitis und die Neurodermitis. Kardinalsymptome sind starker Juckreiz (Pruritus), typische Ekzeme, positive Familienanamnese, chronischer Verlauf und fakultativ der weiße Dermographismus, Juckreiz durch Schweiß, Unverträglichkeitsreaktionen auf tierische Wolle oder Nahrung. Triggerfaktoren können belastende Lebensereignisse, Stress sowie psychosoziale Faktoren sein. Die zelluläre Funktionsebene ist gestört und produziert hauptsächlich übermäßiges IgE.

Gleichermaßen bestimmt die Erkrankung einen Defekt der T-Suppressorzellen und eine Verschiebung der Th-Zellen. Bekannt ist auch eine Störung des Nervensystems, d.h. das beta-adrenerge System wird blockiert und es resultiert eine erhöhte Schweißproduktion sowie Talgproduktion. Auftreten kann diese chronisch-rezidivierende Erkrankung bereits in den ersten Lebensmonaten („Milchschorf“). Zu den psychischen Veränderungen zählen am häufigsten Angst, Depressionen und Neurotizismus, d.h. eine erhöhte emotionale Instabilität gekoppelt mit Nervosität, Überempfindlichkeit, Ängstlichkeit und Erregbarkeit. Die Patienten haben Probleme die Krankheit zu verarbeiten (Coping), sie stehen der Erkrankung gegenüber mit einer negativen Compliance und Hilflosigkeit. Der Juck-Kratz-Zirkel beeinflusst die Patienten in ihrer Aufmerksamkeit und Konzentration derartig, so dass diese auch eine höchste Einschränkung in ihrer Lebensqualität sehen (Harth 2006; Harth 2008; Altmeyer 2010).

2.4.2 Acne vulgaris (L70.0, F54)

Etwa 85% der sich in der Pubertät befindenden Bevölkerung sind von diesem Krankheitsbild betroffen (dabei häufiger Männer als Frauen) (Moll 1989,2003,2005). Das Krankheitsbild ist dem Oberbegriff „Krankheiten der Hautanhangsgebilde“ (L60-L75) untergliedert (Altmeyer 2010). Akne ist definiert als eine papulopustulöse Erkrankung der Talgdrüsen. Charakteristisch sind eine Verhornungsstörung der Haarfollikel, eine Retention des Follikelinhaltes und konsekutive Komedonenbildung, die sich sekundär auch entzünden kann. Aus dem Ovar und Hoden werden Testosteron und Dehydroepiandrosteron aus der Nebennierenrinde vermehrt ausgeschüttet, was zu diesen Hyperplasien der Drüsen führt und das Wachstum von *Propionibacterium acnes* fördert. Die Prävalenz ist sehr hoch (90% der Jugendlichen in westlichen Ländern) und das Krankheitsbild „Akne“ wird schon als eine „physiologische“ Erkrankung angesehen. Die meisten Akne Jugendlichen weisen keine klinische Relevanz auf, nur ein kleiner Teil (1/3) steht unter ärztlicher Betreuung. Wie die Neurodermitis auch, wird Akne multifaktoriell vererbt und durch äußere und psychische Faktoren beeinflusst. Das klinische Bild einer Akne wird gezeichnet durch Komedonen, Papulopusteln und Knötchen. Sekundär können Zysten, Fisteln, Krusten und Narben auftreten. Demnach wird das Erscheinungsbild in Schweregraden in *Acne comedonica*, *Acne papulopustulosa* und *Acne conglobata*

eingeteilt. Je nach Verteilungsmuster (Gesicht, Rücken, Nacken, Axilla, Brust) wird auch bei intertriginösen Arealen (perianal, inguinal, axillär) von Acne inversa gesprochen. Aknepatienten leiden häufig unter Depression und sozialen Phobien, aber auch Angststörungen. Ganz besonders auffällig ist die hohe Suizidrate bei diesem Patientenstamm (speziell bei Jungen mit Acne conglobata). Aufgrund Ihrer Hauterkrankung hat dieser Patientenstamm häufiger Störungen mit Ihrer Selbstakzeptanz,- und Selbstwertkonzept aufzuweisen und können die Krankheit häufig sehr schlecht bis überhaupt nicht verarbeiten, da die eigene Attraktivität als herabgesetzt betrachtet wird. Die Patienten erleben die Erkrankung als „entstellende“ Krankheit und empfinden diese als Einschränkung Ihrer Lebensqualität (Harth 2006; Harth 2008; Altmeyer 2010) .

2.4.3 Psoriasis vulgaris (L40.0, F54)

Die Psoriasis (Synonym: Schuppenflechte) hat in der Bundesrepublik Deutschland eine Prävalenz von 3%-7% und kann in verschiedenen Formen (Psoriasis vulgaris, pustulosa, arthropativa oder infektassozierte Psoriasis guttata) auftreten. Untergliedert dem Oberbegriff „papulosquamöse Hautkrankheiten“ (L40-L45) ((Altmeyer 2010) gilt sie als eine chronisch-entzündliche Dermatose mit erythematosquamöser Morphologie. Eine autoimmunologische Herkunft steht im Vordergrund der Erkrankung und wird genetisch determiniert. Die Haut ist gekennzeichnet durch eine stark gesteigerte Regenerationstätigkeit der Basalzellschicht. Die Symptomatik ist unterschiedlich und kann sich durch Auftreten von Pusteln, Gelenkbeschwerden, rheumatischen Beschwerden oder Hautveränderungen zeigen. Psychische und soziale Faktoren, sowie Stress sind Triggerpunkte der Psoriasis vulgaris und können diese auslösen oder sogar verschlimmern. Die Patienten erleben die Schuppenflechte als „Entstellung“ Ihres Körpers und weisen demnach auch eine Störung im Selbstwernerleben, Minderwertigkeitsgefühle, Regressionswünsche und Depression, auf. Diese Stigmatisierung des „entstellt seins“ ist ein weiterer Belastungsfaktor und führt häufig zu einer schlechten Krankheitsbewältigung, wobei hier ein später Erkrankter ein besseres „Coping“ aufweist als ein früh Erkrankter. Alkoholprobleme, Adipositas, Depression und Suizide werden im Zusammenhang mit der erschwerten Bewältigung der Erkrankung gesehen. Die Lebensqualität ist sehr eingeschränkt und jeglicher

Kontakt mit der Umwelt, in der man den Körper zeigen müsste (Schwimmbad, Sauna, Sexualität), wird vermieden (Harth 2006; Harth 2008; Altmeyer 2010).

2.4.4 Alopecia areata (L63.8, F43.2, F54)

Die Alopecia areata (Synonym: Haarverlust) ist zumeist ein kreisrunder Haarausfall, der plötzlich auftritt und keine Narben hinterlässt. Es kann die Kopfhaut oder den Bartbereich betreffen, aber auch andere behaarte Körperstellen. Je nachdem wo und wie viel Behaarungsfläche betroffen ist, kann man in Alopecia areata, totalis oder universalis, unterscheiden. In dermatologischen Arztpraxen kann bei 2% der Patienten eine Alopecia diagnostiziert werden. Bei stationären Patienten sind es ca. 1-4%. Eine Ursache dieser Erkrankung ist noch nicht weitgehend bekannt, jedoch zählen Autoimmunerkrankungen und atopische Eigenschaften zu den begünstigenden Faktoren. Psychosoziale Faktoren, sowie Stress und der Einfluss von belastenden Ereignissen wird durch eine Freisetzung von Neuropeptiden hypothetisch erklärt. Eine Krankheitsverarbeitung führt eventuell zu Angstreaktionen und Depression. Eine psychiatrische Vordiagnose ist bei vielen Patienten zu erwarten (Harth 2006; Harth 2008; Altmeyer 2010).

2.4.5 Prurigo (L28.2, F54)

Der Prurigo (Synonym: stark juckenden Knötchen) entspricht einer heterogenen Krankheitsgruppe und wird untergliedert in Prurigo simplex acuta, simplex subacuta, simplex chronica, nodularis Hyde. Es überwiegen urtikarielle Seropapeln, teilweise derbe Papeln, Exkorationen, Hyper,- und Depigmentierungen. Oft werden die Hautläsionen gekratzt bis es blutet. Kritische Lebensereignisse, psychosoziale Belastungen und Stress spielen dabei eine Triggerrolle. Als komorbide Faktoren zählen unter anderem die Depression, bei unerträglichem Juckreiz kann es bis zur Suizidgefahr kommen (Harth 2006; Harth 2008; Altmeyer 2010). Hierbei muss der Begriff Pruritus (Synonym: Juckreiz) abgesondert werden. Pruritus selbst geht nicht in Hauterscheinungen einher, sondern kann als Symptom bei z.B. Diabetikern, Lebererkrankten, Niereninsuffizienten Patienten auftreten. Es wird definiert als eine Missempfindung an der Haut, die zum Kratzen zwingt (Moll 1989,2003,2005).

2.4.6 Urtikaria (L50.9, F54)

Die Urtikaria (Synonym: Nesselsucht) ist der Kategorie „Urtikaria und Erythem“ (L50-L54) gemäß ICD-10 Klassifikation (Altmeyer 2010) untergegliedert und ist definiert durch die Darbietung von Quaddeln (flüchtige Ödeme der oberen Dermis) und resultierender Rötung mit Juckreiz, welche innerhalb eines Tages ohne Residuen abheilen können. Angioödeme können das Krankheitsbild begleiten und heilen nach ca. 2 Tagen wieder ab. Die Urtikaria kann nach Ihrem Krankheitsverlauf in akute oder spontane, rezidivierende oder chronisch kontinuierliche Urtikaria klassifiziert werden. Jede vierte Person bekommt im Laufe seines Lebens einmal dieses Krankheitsbild und die Prävalenz liegt bei 7-15% der Bevölkerung. Hervorgerufen wird die Urtikaria durch eine Freisetzung von Mediatorsubstanzen (v.a. Histamin, Prostaglandine, Leukotriene, Serotonin) aus der Mastzelle. Auch physikalische Auslöser (Kälte, Hitze, Druck), Allergene (Nahrungsmittel, Medikamente) und nicht-allergische Faktoren (Medikamentenintoleranz) tragen zum Krankheitsbild bei. Die Mediator Freisetzung hat eine Vasodilatation und erhöhte Gefäßpermeabilität zur Folge und damit tritt Plasma in das Hautgewebe aus den Gefäßen aus und ruft konsekutiv einen starken Juckreiz hervor. Emotionale Belastungen und Stress spielen eine zentrale Rolle für das Auftreten einer Urtikaria. Bei der chronischen Form einer Urtikaria können tiefenpsychologische Konzepte zum Verlauf beitragen. Ein gehäuftes Auftreten kann bei Patienten gefunden werden, welche sich in ausweglosen Situationen befinden, ehrgeizige und zielstrebige Patienten, welche aber in einen Konflikt geraten, in dem der Wunsch nach Anerkennung und Liebe durch sexuelle Verbote frustriert wird und dies symbolisch durch An,- und Abschwellen der Urtikaria mit der Tumescenz und Detumescenz verglichen wird. Komorbiditäten der chronischen Urtikaria sind erhöhte Ängstlichkeit, Depression und Zwangsstörungen (Harth 2006; Harth 2008; Altmeyer 2010).

2.4.7 Nahrungsmittel,- und Medikamentenunverträglichkeit (T78, F54)

Nahrungsmittelintoleranzen unterliegen keinem immunologischer Mechanismus, ähneln aber in vielerlei Hinsicht einer allergischen Reaktion. Es können teilweise rein somatoforme Störungen vorliegen. 0,25-2% der Bevölkerung wird eine Nahrungsmittelintoleranz diagnostiziert und dagegen führen 33%-45% der

Bevölkerung subjektive Nahrungstoleranzsymptome auf. Die Symptome ähneln einer chronisch-rezidivierenden Urtikaria, einem oralen Allergiesyndrom sowie in seltenen Fällen auch einer Neurodermitis. Depressionen und Angststörungen können dabei auftreten aber auch hypochondrische Störungen spielen eine entscheidende Rolle (Harth 2006; Harth 2008; Altmeyer 2010).

2.5 Psychiatrische Krankheitsbilder

Im nachstehenden Kapitel werden die psychiatrischen Erkrankungen gemäß den ICD-10 Klassifikationen psychischer Störungen eingeteilt (Dilling 2009). Die Erkrankungen werden in dieser Arbeit aus dem Buch „Psychiatrie und Psychotherapie“ beschrieben (Möller 2009). Dargestellt werden in diesem Abschnitt nur die wichtigsten und in unserer Studie die am häufigsten vorkommenden psychischen - und psychiatrischen Krankheitsbilder.

2.5.1 Depression (F32)

Der Begriff „Depression“ kommt aus dem lateinischen „depimere“ und bedeutet so viel wie „herunter-, niederdrücken“, d.h. ein Zustand von gedrückter Stimmung, Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit. Medizinisch bezeichnet ist die Depression ein psychischer Zustand, der mit einem Stimmungstief einhergeht. Hauptsymptome wie Angst, Agitiertheit, Gefühle der Gefühlslosigkeit, Suizidgedanken, herabgesetzter Willensantrieb, psychomotorische Gehemmtheit, somatische Symptome und unter anderem körperliche Funktionsstörungen sind an die Depression gekoppelt (Dilling 2009). Die Depression kann als Symptom oder als Syndrom eingegliedert werden. Die verschiedenen Kategorien werden gemäß ICD-10 von dem Oberbegriff „Affektive Störung“ (F30-F39) unterteilt in „manische Episode“ (F30), „bipolare affektive Störung“ (F31), „depressive Episode“ (F32), „rezidivierende depressive Störungen“ (F33), „anhaltende affektive Störungen“ (F34), „sonstige affektive Störungen“ (F38) und zuletzt in „nicht näher bezeichnete affektive Störung“ (F39) (Dilling 2009). Ursprünglich hatte man die Depressionen nach einem triadischen System gemäß Ihrer Ätiologie in endogene, psychogene und somatogene Depressionen eingeteilt. Heute können die psychischen Störungen durch Ihren multifaktoriellen Vorbehalt gemäß ICD-10 unterteilt werden und bezüglich Ihrer Schweregrade in leichte, mittelgradige oder schwere Depression (depressive

Episode) klassifiziert werden. Epidemiologische Zahlen verdeutlichen, dass Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen. 5-10% beträgt die Punktprävalenz, 15-17% der Personen erkranken in Ihrem Leben einmal an einer Depression und 10% der Allgemeinarztpraxen Patienten leiden unter diesem Krankheitsbild. Und diese Prozentzahlen könnten noch höher angesetzt werden, denn etwa 50% der depressiven Menschen gehen nicht zum Arzt, und bei nochmals 50 % der Patienten wird die Erkrankung übersehen und nicht diagnostiziert. Ätiopathogenetisch spielen verschiedene Faktoren wie etwa genetisch, endogene, somatische, psychologische und reaktive Faktoren sowie Persönlichkeitsfaktoren eine bedeutende Rolle (Möller 2009). Zusätzlich ist die Depression eine Komorbidität bei Hauterkrankungen wie z.B. die chronisch-rezidivierende Urtikaria, Alopecia areata, Psoriasis, Acne vulgaris und prurigiforme Erkrankungen (Harth 2006). Die Suizidrate bei depressiven Patienten liegt bei ca. 4% und ist somit im Vergleich zu einem Durchschnittsbürger um ein 30- faches erhöht (Möller 2009).

2.5.2 Angst und Panikstörungen (F41)

Die Klassifizierung dieser Störung ist gemäß ICD-10 folgende: Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0), unterteilt in mittelgradige (F41.00) und in schwere (F41.01), generalisierte Angststörung (F41.1), Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2), andere gemischte Angststörungen (F41.3), sonstige spezifische Angststörungen (F41.8), nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9). Die Angststörungen laufen mit anderen Unterpunkten (phobische Störung, Zwangsstörung, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen und andere neurotische Störungen) in einem Oberbegriff „Neurotische -, Belastungs - und somatoforme Störungen“ (F40-F48) zusammen (Dilling 2009). „Unter dem Begriff Angst- und Panikstörungen werden mehrere Erkrankungen zusammengefasst, die durch massive Angstreaktionen bei gleichzeitigem Fehlen akuter extremer Gefahren und Bedrohungen charakterisiert sind. Sie zeichnen sich durch unterschiedliche Erscheinungsweisen der Angst aus. Die wesentlichen Formen sind die frei flottierende Angst, die phobische Angst sowie die Panik. Die Symptomatik umfasst sowohl seelische als auch körperliche Beschwerden. Angststörungen haben in der Regel gravierende Folgen auch im sozialen Bereich und können zu ausgeprägter

Behinderung führen“ (Möller 2009). Die Autoren berichten, dass die Angst,- und Panikstörungen in der Medizin zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen. Es wird vermutet dass 15% der Personen mindestens einmal in Ihrem Leben an dieser Erkrankung leiden (Lebenszeitprävalenz). Frauen leiden vermehrt an den Angststörungen als Männer und ab dem 45. Lebensjahr kann eine Abnahme der Inzidenz beobachtet werden (Möller 2009). Über die Ausbildung eines Angstgefühls herrschen verschiedene Theorien vor. Gemeinsam allen Theorien (lerntheoretische, psychodynamische und neurobiologische Aspekte) ist, dass ein Auslöser (Gedanken, körperliche Veränderungen) vorhanden sein muss. Dann kommt es zu verschiedenen Symptomen. Bei der Panikstörung steht im Vordergrund die Palpitation, Schwitzen, Erhöhung der Herzfrequenz, Zittern oder Beben, Atemnot, Erstickungsgefühle, Schwindel, etc. Die Angstsymptomatik ist folgende: Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Muskelspannungen, etc. Eine Assoziation mit verschiedenen Hauterkrankungen (Neurodermitis, nummuläres Ekzem, Acne vulgaris, Herpes simplex) ist zu erkennen (Harth 2006; Möller 2009). Kombinationen mit anderen psychischen Erkrankungen sind sehr häufig. Eine Kombination mit einer Depression ist die gängigste Variante, aber auch eine Medikamenten,- Alkohol,- und Drogenabhängigkeit oder Abusus werden gehäuft als Komorbidität der Angst- und Panikstörungen beobachtet (Möller 2009).

2.5.3 Trauma (F43)

Traumapatienten sind der ICD-10 Gruppe „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) zuzuordnen und gehören zur Kategorie der „Neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen“ (F40-F48). Sie werden untergliedert in akute Belastungsreaktionen (F43.0), posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2), sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.8) und in nicht näher bezeichnete Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.9) (Dilling 2009). In der Dermatologie werden vermehrt die Anpassungsstörungen beobachtet. Eine Anpassungsstörung ist ein „Zustand von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, der gewöhnlich soziale Funktionen und Leistungen behindert und während des Anpassungsprozesses an eine entscheidende Lebensveränderung oder nach einem belastenden

Lebensereignis auftritt. (...), die Anzeichen variieren und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Besorgnis“ (Dilling 2009). Dahingegen wird die posttraumatische Belastungsstörung beschrieben als „eine verzögerte und verlängerte Reaktion auf eine kürzere oder längere Belastungssituation von besonders bedrohlichem oder katastrophalem Ausmaß, die auch bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. (...) Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängende Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines anhaltenden Gefühls von Betäubung und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung und einer übermäßigen Schreckhaftigkeit auf, ferner Schlafstörungen. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen verbunden, (...)“ (Dilling 2009). Frauen sind häufiger mit posttraumatischen Belastungsstörungen belastet, insgesamt sind 5-10% der Bevölkerung davon betroffen. Als wichtige Komorbiditäten einer posttraumatischen Belastungsstörung sind die depressiven,- somatoformen,- dissoziativen Störungen und Suchterkrankungen zu nennen (Siol 2002 ; Möller 2009).

2.5.4 Somatoforme Störungen (F45)

Die somatoformen Störungen lassen sich in die „Neurotische -, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-F48) eingliedern. Unterteilt ist diese Kategorie in Somatisierungsstörungen (F45.0), undifferenzierte Somatisierungsstörungen (F45.1), hypochondrische Störungen (F45.2), somatoforme autonome Funktionsstörungen (F45.3), anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (F45.4), sonstige somatoforme Störungen (F45.8) und nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen (F45.9) (Dilling 2009). Die körperdysmorphen Störungen (F45.21) zählen zu den hypochondrischen Störungen und werden im Weiteren näher beschrieben. Es handelt sich bei diesen Störungen um eine vermehrte Beschäftigung mit einem Mangel oder einer Entstellung im körperlichen Charakter. Meistens ist dieser Mangel überhaupt nicht von Bedeutung, d.h., entweder nicht vorhanden oder äußerst geringfügig ausgeprägt. Liegt eine leichte Anomalie vor, so ist die Besorgnis der

betroffenen Person stark übertrieben. Die übermäßige Beschäftigung geht mit einem erhöhten Leidensdruck, sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen einher. Die Psychosomatische Medizin benennt diese Störung „Entstellungssyndrom oder Hässlichkeitssyndrom“ und die ICD-10 Systeme klassifizieren diese in die Gruppe der „somatoformen Erkrankungen“ unter „Hypochondrie“ (F54.2) (Harth 2006). Körperdysmorphie Störungen werden zu häufig übersehen und nicht diagnostiziert. Prävalenzdaten gehen von 1-2% aus (Hollander 1999). 10% der Patienten mit psychischen Störungen weisen eine körperdysmorphie Störung auf (Stangier 2000). Phillips beschreibt in einer Studie die Prävalenz der körperdysmorphen Störungen bei hauterkrankten Patienten mit 11,9% (Phillips 2000; Stangier 2000). Aufgrund von zahlreichen Überlappungen von psychischen Komorbiditäten ist die Diagnosestellung beachtlich erschwert. Zu den Komorbiditäten zählen unter Anderem die Depressionen und die Angst - und Zwangsstörungen. Als Pathogenese kommen verschiedene Erklärungsmodelle in Betracht: Serotonerge Dysfunktionen, übermäßige Sensibilität für Ästhetik, Fehlerhafte Wahrnehmung und Bewertung, Hänseleien und Schönheitsidealfehldeutungen (Stangier 2002; Harth 2006). Es folgen auf die empfundene Beeinträchtigung Rituale, wie z.B. vermehrtes Spiegelschauen, vermehrtes Make-up auftragen. Die Lebensqualität ist massiv beeinträchtigt und führt bei diesen Patienten zur sozialen Isolation bis hin zum Suizid (Veale 2004).

2.5.5 Essstörungen (F50)

Essstörungen werden nach ICD-10 eingestuft in Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2), Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (F50.4), Erbrechen bei psychischen Störungen (F50.5) und in sonstige Essstörungen (F50.8) und mit dem Oberbegriff „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-F59) beschildert. Das Vorkommen von Essstörungen hängt von kulturellen und sozial vorgegebenen Idealen des Körperbildes ab. (Dilling 2009). Das Krankheitsbild der „Adipositas“ gilt zwar als bedeutsame Essstörung, kann jedoch hier nicht dazu gerechnet werden, da sie im Normalfall nicht als primär psychische Störung betrachtet wird. Biologische (genetische und physiologische Prädispositionen), psychologische (Beziehungsstörungen, Selbstwertkonflikte, Sexualkonflikte, Kindheitserfahrungen und familiäre Einflüsse) sowie soziokulturelle

(Körperbild, soziale Erwartungen) Faktoren führen zu einer Körper-Schema-Störung. Daraufhin verändertes Essverhalten (Diät, Erbrechen, Mangelernährung) führt zu Gewichtsverlust und psychischen Veränderungen (häufigste Komorbiditäten sind Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Angststörungen) (Möller 2009). Im Folgenden werden die zwei Hauptformen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa beschrieben. Die Herausgeber der S3-Leitlinie des AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) beschreiben die Anorexia nervosa („Appetitverlust“, „Magersucht“) als eine Essstörung durch Nahrungsverweigerung. Die Patienten (zumeist weiblich) streben danach extrem dünn zu sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen, Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika. Ihr tatsächliches Körpergewicht liegt mindestens 15 % unter dem zu erwartenden und damit bei einem Body Mass Index von 17,5 oder weniger. Unter den 15-25 jährigen Frauen ist ca. 1% anorektisch gestört. Ein Gipfel ist mit dem 14. und dem 18. Lebensjahr erkennbar. In 10-20% der anorektischen Patienten wird der Verlauf chronisch und die Letalität ist ums 10-fache erhöht im Vergleich zur Normalbevölkerung (AWMF ; Möller 2009). Dahingegen ist die Nahrungsverweigerung bei der Bulimia nervosa („Ochsenhunger“) nicht so ausgeprägt wie bei der Anorexia nervosa. Die Angst des Patienten Gewicht zuzunehmen (übertriebene Körpergewichtskontrolle) bleibt jedoch bestehen. Die an Bulimie Erkrankten kämpfen gegen eine Gewichtszunahme mit Hilfe von induziertem Erbrechen, gefolgt von immer wiederkehrenden Essattacken (Zufuhr von sehr großen Nahrungsmengen in sehr kurzer Zeit). Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa Erkrankten, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes

Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen. Das Vorkommen der Bulimie Erkrankung ist mit 1-3% häufiger als die der Anorexie Erkrankung. Außerdem sind die Patienten etwas älter (18.-35. Lebensjahr) und der chronische Verlauf wird mit 20% der erkrankten Patienten bemessen.

2.5.6 Borderline (F60.31)

Der Borderline Typ ist eine „Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typ“ und gehört zu den „Persönlichkeits,- und Verhaltensstörungen“ (F60-F69) (Dilling 2009). Die ICD-10 Klassifikation definiert die Symptomatik der Erkrankung folgendermaßen: ein Borderline Patient hat eine „deutliche Tendenz, Impulse auszuagieren ohne Berücksichtigung von Konsequenzen. Wechselhafte, launenhafte Stimmung, geringe Fähigkeit vor auszuplanen und Ausbrüche mit intensivem Ärger und gewalttätigem, explosivem Verhalten“ sind kennzeichnend für emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (Möller 2009). Des Weiteren wird zwischen einem „Impulsiven - Typ“ und einem „Borderline - Typ“ unterschieden. Beim impulsiven Typ sind „wesentliche Charakterzüge, emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle“ von Bedeutung (Möller 2009). Beim Borderline Typ sind „einige Kennzeichen emotionaler Instabilität vorhanden, zusätzlich oft das eigene Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suiziddrohungen oder selbstbeschädigenden Handlungen“(Möller 2009) . Eine Prävalenz der Borderline Erkrankung ist mit 1,6-1,8% in der Bevölkerung mit überwiegendem Frauenanteil bemessen worden (Harth 2006).

3 Patienten und Methoden

3.1 Gewinnung des Patientenguts

Zur Gewinnung des Patientenguts wurde in dieser Studie eine zweizeitige Rekrutierung der Patienten erhoben. Zum Einen, Patienten mit Hauterkrankungen, die sich in der stationären Behandlung in der Klinik für Dermatologie und Allergologie der TU München befinden und konsiliarisch durch die Klinik für Psychosomatik der

TU München gesehen werden. Zum Anderen, eine zweite Patientengruppe, die sich in ambulanter Behandlung der psychosomatischen Klinik der TU München befinden und den genau gleichen psychometrischen Untersuchungen zugeführt wurden wie die erste Gruppe. Es wurden insgesamt N= 158 Patienten in die Studie aufgenommen, davon n= 79 Patienten stammen aus der Dermatologie und n=79 Patienten aus der psychosomatischen Ambulanz. Insgesamt kann man die Patientengruppe in n=128 (81%) Frauen und n= 30 (19%) Männer einteilen. Das Durchschnittsalter war 43,35 Jahre.

3.2 Ein und Ausschlusskriterien

Zu den Einschlusskriterien zählen alle Patienten beiderlei Geschlechts, die stationär in der Dermatologischen Klinik am Biederstein in München aufgenommen wurden und ein psychosomatisches Konsil für die Klinik der Psychosomatik am Rechts der Isar, München bekommen haben. Ausgeschlossen werden schwere psychische oder somatische Grunderkrankungen. Die in dieser Studie gewerteten Patienten müssen ein Alter von über 18 Jahren erreicht haben.

3.3 Studiendesign

Es handelt sich hierbei um eine explorative, prospektive und anonymisierte Datenerhebung mittels Experteninterview (psychosomatische und dermatologische Diagnostik) sowie psychometrischer Fragebögen. Die Teilnehmer der Studie setzen sich zusammen aus Patienten der psychosomatischen Ambulanz und aus Patienten des dermatologischen Konsildienstes der psychosomatischen Ambulanz. Die Erstgespräche/ Befragung wurden in einem Zeitraum von Anfang 2008 bis 2013 durchgeführt.

3.4 Messinstrumente / ICD- 10

Die dermatologische sowie die psychosomatische bzw. psychische Diagnostik erfolgt anhand der ICD-10 Klassifikationen. Eine Übersicht über eine grobe Einteilung der F-Klassifikation psychischer,- und Verhaltensstörungen wird im Folgenden gegeben (Dilling 2009):

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische -, Belastungs - und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeit,- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens - und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störung

Tabelle 3: Dermatologische Diagnosegruppen gemäß der ICD-10 Klassifikation (Dilling 2009).

Aus der Enzyklopädie der Dermatologie, Venerologie, Allergologie, Umweltmedizin von Herrn Prof.Dr.med.Altmeyer P. enthält die dermatologische ICD-10-Klassifikation die folgenden hierarchischen Gliederungen in der für diese Studie hergenommenen ICD-10-L-Diagnosen und ICD-10-T-78 Diagnosen (Altmeyer 2010):

L00-L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10-L14	Bullöse Dermatosen
L20-L30	Dermatitis und Ekzem
L40-L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50-L54	Urtikaria und Erythem
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung

L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen (Allergien)

Tabelle 4: Psychische Diagnosekriterien gemäß der ICD-10 Klassifikation (Altmeyer 2010).

3.5 Testpsychologische Instrumente (Fragebögen)

Die vorliegende Studie basiert auf den Auswertungen verschiedener Fragebögen, die den Patienten vor einem diagnostischen Erstgespräch ausgehändigt wurden. Diese beinhalten den PHQ-D (Patients Health Questionnaire), den Destax (Dissociative Experiences Scale Taxon), den PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale), den IES (Impact of Event Scale) und den DKB-35 (Dresdner Körperbildfragebogen). Dem Anhang werden diese Fragebögen beigelegt und im Nachstehenden näher erklärt.

3.5.1 Psy-BaDo (psychosomatische Basisdokumentation)

Der Psy-BaDo ist ein standardisierter Patientendatenerhebungsbogen, in welchen die soziodemographischen Merkmale sowie krankheitsbezogenen Beschwerden und Probleme erfasst werden sollen. Es werden persönliche Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Kinder, Ausbildung und Beschäftigtenverhältnis oder Rentenstand sowie Vorbehandlungen in psychosomatischer oder psychiatrischer stationärer oder ambulanter Form abgefragt.

3.5.2 PHQ-D (Patients Health Questionnaire, deutsche Version)

Der PHQ-D ist ein Gesundheitsfragebogen, der als Selbstrainingsinstrument von dem Psychiater Robert L.Spritzer und dem Internisten Kurt Kroenke entwickelt wurde. Am Universitätsklinikum Heidelberg wurde eine deutsche Version des PHQ-D erstellt, dessen Validität in mehreren Studien am Patienten belegt werden konnte. In dieser Studie wurde die Kurzform des PHQ-D verwendet. Sie beinhaltet die folgenden Module (Kroenke 2001):

- Somatoforme Störungen (Somatisierungsstörungen und undifferenzierte Somatisierungsstörungen) mit 13 Items
- Depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen) mit 9 Items
- Panikstörungen mit 15 Items
- Andere Angststörungen mit 7 Items

Je nach Modul wird die Häufigkeit bzw. das Vorhandensein von Symptomen mit 2,3 oder 4 Antwortstufen abgefragt. Bei der Kompletversion werden zusätzlich die Module Essstörungen (Binge-Eating-Störungen und Bulimia Nervosa) sowie Alkoholabusus bzw. Alkoholabhängigkeit abgefragt, welche aber nicht Gegenstand dieser Studie sind. Nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV und des ICD-10 erfolgt die Auswertung. In der Reliabilitätsmessung ergab die innere Konsistenz für kontinuierliche Skalen: α (Cronbach's Alpha) = 0,88 für das Depressionsmodul und $\alpha = 0,79$ für das Somatisierungsmodul (Gräfe 2004; Lowe 2004). Die Test-Retest-Reliabilität (rtt) des Depressionsmoduls liegt zwischen $rtt = 0,81$ und $rtt = 0,96$ (Lowe 2004). Der PHQ-D ist hinsichtlich seiner Durchführung und Auswertung standardisiert und gilt als objektiv.

3.5.3 Destax (Dissociative Experiences Scale Taxon)

Die Dissociative Experience Scale (DES), entwickelt von Bernstein und Putnam 1986, ist ein Screeninginstrument zur Erfassung von dissoziativen Symptomen und Störungen. Der DES besteht aus 28 Items und erfasst dissoziative Störungen im Zusammenhang mit Identität, Gedächtnis, Bewusstsein und Kognition mit Bezug auf DSM-III-R und DSM-IV (Bernstein 1986 ; Freyberger 1999). Im Jahre 1999 wurde der DES als FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen) ins deutschsprachige übersetzt und umfasst 16 zusätzliche Items. Erfragt werden unter anderem die Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion und decken entsprechend dem ICD-10 weitere dissoziativen Symptome ab (Freyberger 1999). Die Befragten schätzen dabei auf einer Scala von 0% (nie) bis 100% (immer) ein, in wie weit bei Ihnen die dargestellten Symptome in den letzten 4 Wochen auftreten. Ein allgemeines Dissoziationsmaß wertet als arithmetisches Mittel alle Items, wobei ein Cut-Off Wert von 25 als auffällig gilt. Die Reliabilität des FDS liegt mit einer

inneren Konsistenz (Cronbach's Alpha) des Gesamtwertes bei $\alpha = 0,93$, was mit den Ergebnissen des DES vergleichbar ist. Die Test-Retest-Reliabilität des FDS beträgt $rtt = 0,88$ (Freyberger 1999). In dieser Studie wurde die Kurzversion DES-T (Dissoziative Experiences Scale Taxon) verwendet. Der DES-T ist eine abgewandelte Version des DES und beinhaltet 8 Items (Leavitt 1999). Es wurde eine taxometrische Analyse durchgeführt und verkürzt hierbei die DES auf 8 Items (das DES-Taxon). Die dissoziativen Identitätsstörungen (Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsverwirrung, Identitätsänderung) werden hierbei abgefragt (Waller 1996).

3.5.4 PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)

Die PDS wurde von der amerikanischen Trauma Therapeutin Edna Foa entwickelt und dient als Selbstbeurteilungsbogen, die assoziierten Symptome einer PTBS (Posttraumatischen Belastungsstörung) zu erfassen (Foa 1995). Steil, Ehlers und Winter übersetzen diese in die deutsche Sprache im Jahre 2000. Dieses Screeninginstrument besteht aus vier Teilen (49 Items) und lehnt sich an die diagnostischen Kriterien des DSM-IV an (Foa 1997). Im Teil 1 der PDS werden elf häufig auftretende belastende oder traumatische Ereignisse dargestellt, die der Patient mit einer dichotomen Skala („ja/nein“) beurteilt. Im Folgenden wird der Patient gebeten dasjenige Ereignis zu benennen das ihn am meisten belastet. Dieser Abschnitt entspricht einem Teil des A-Kriteriums der PTBS (A1) gemäß DSM-IV. Der zweite Teil der PDS beschäftigt sich mit der Beschreibung von diesem am meisten belasteten Erlebnis. In einer weiteren dichotomen Skala („ja/nein“) werden Angaben zum Zeitpunkt des Ereignisses, eine subjektive Einschätzung des Erlebnisses bezüglich einer körperlichen Verletzung und Lebensgefahr, sowie ob das Ereignis mit Hilflosigkeit, starker Angst oder Entsetzen empfunden worden ist, abgefragt. Dieser Teil entspricht dem zweiten Teil des A-Kriteriums (A2) des DSM-IV. Teil 3 beinhaltet 17 Items und beschreibt die Symptome einer PTBS gemäß den DSM-IV Kriterien. Dabei steht Kriterium B für Intrusives Wiedererleben, Kriterium C für Vermeidung und reduzierte emotionale Reagibilität und Kriterium D für Übererregtheit. Die Patienten beurteilen subjektiv die Belastung mittels einer 4-Punkt-Likert-Skala (0= überhaupt nicht; 1= manchmal; 2= mehrmals pro Woche; 3= fünfmal oder häufiger pro Woche/fast täglich). Der vierte Teil der PDS entspricht dem F Kriterium und erfasst

inwieweit Beeinträchtigungen in neun Lebensbereichen vorliegen. Wiederum erfolgt die Beurteilung über eine ja/nein Einschätzung des Patienten. Die Validität des PDS wurde angegeben mit befriedigend bis gut. Eine hohe Reliabilität mit einer internen Konsistenz $\alpha = 0,92$ und einer Test-Retest-Reliabilität $rtt = 0,74$ wurde festgestellt (Foa 1997). In dieser Studie wurden die Patienten gebeten den Teil 1 (A1) anzugeben und somit die relevanten Traumatisierungen in der Lebensgeschichte des Patienten erfragt.

3.5.5 IES (Impact of Event Scale)

Im Jahre 1979 entwickelte der Psychoanalytiker Horowitz den Impact of Event Scale (IES). In der Originalversion erfassen 15 Items in Form von einem Selbstbeurteilungsinstrument die Skalen „Intrusion“ und „Vermeidung“. Auf einer 5-Punkte Skala (0= nie, 1=selten, 3=manchmal, 5= oft) schätzen die Befragten ein, inwiefern in den letzten Tagen vorgegebene Symptome in Bezug auf Ihr belastendes Erlebnis bei Ihnen aufgetreten sind (Horowitz 1979). Später wurde die revidierte Version (IES-R) von Maercker und Schützwohl ins Deutsche übertragen und um 7 Items erweitert. Der Skala hinzugefügt wurde der Faktor „Übererregung“. Mit seinen insgesamt 22 Items fragt der IES-R das traumatisierte Ereignis und mit diesem erlebten Ereignis die zusammenhängenden Gefühle ab und erfasst somit den Schweregrad der Symptome einer PTBS. Die Befragten schätzen die verschiedenen Items auf einer Skala von überhaupt nicht = 0, selten = 1, manchmal = 3, oft = 5 ab. Um die PTD Diagnose zu erfassen, ist allerdings eine Summenscore nicht möglich, eine Schätzformel (Regressionsgleichung) erlaubt aber aus den drei Subskalen (Intrusionen, Vermeidung und Übererregung) das Vorhandensein einer PTBS abzuwägen. Hinweise auf eine PTBS kann durch einen vorliegenden Cut-off Wert von 26 gegeben werden. Insgesamt konnte eine interne Konsistenz für die Skalen „Intrusion“ $\alpha = 0,90$, für „Vermeidung“ $\alpha = 0,79$ und für „Übererregung“ $\alpha = 0,90$ angegeben werden. Resultate für die Test-Retest-Reliabilität liegen für den Faktor „Intrusion“ bei $rtt = 0,80$ und für den Faktor „Vermeidung“ bei $rtt = 0,66$ und den Faktor „Übererregung“ bei $rtt = 0,79$ (Maercker 1998). Die Befragten unserer Studie unterzogen sich dem 15 Item Test nach Horowitz und schätzen somit die individuellen Symptome oder Reaktionen auf belastende Ereignisse Ihres Lebens mit den zwei Subskalen „Intrusionen“ und „Vermeidung“ ein.

3.5.6 DKB-35 (Dresdner Körperbildfragebogen)

Der DKB-35 ist ein neu entwickeltes, mehrdimensionales Selbsteinschätzungsverfahren zur Erfassung des Körperbildes und wurde auf der Basis einer Vorstudie von drei deutschsprachigen Körperbildfragebögen von Pöhlmann, Thiel und Joraschky im Jahre 2007 entwickelt. Der Fragebogen zum Körperbild FKB-20 (Clement & Löwe, 1996) der Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers FBeK (Strauß & Richter-Appelt, 1996) und die Frankfurter Körperkonzeptskalen FKKS (Deusinger, 1998) dienten als Vorstudien für die Erfassung eines neuen Körperbildfragebogens der die folgenden fünf Dimensionen mit insgesamt 35 Items umfasst:

1. Vitalität („Ich bin körperlich fit“) mit 8 Items und $\alpha=0,94$
2. Selbstakzeptanz („Wenn ich etwas an meinem Körper ändern könnte, würde ich es tun“) mit 8 Items und $\alpha = 0,93$
3. Körperkontakt („Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren“) mit 6 Items und $\alpha = 0,83$
4. Sexuelle Erfüllung („Ich bin mit meinem sexuellen Erleben völlig zufrieden“) mit 6 Items und $\alpha = 0,91$
5. Selbstaufwertung („Ich setze meinen Körper ein um Aufmerksamkeit zu erhalten“) mit 7 Items und $\alpha = 0,81$.

Anhand einer 5-Stufigen Rating Skala (1 = nicht, 2 = kaum, 3 = teilweise, 4 = weitgehend, 5 = völlig) wurden die 35 Aussagen bewertet (Pöhlmann). Im ersten Teil des DKB-35 wurden die Befragten gebeten zuerst allgemeine Aussagen über Ihre eigene Person (Alter, Geschlecht, Körpergröße, Gewicht) anzugeben und dann weitere Fragen über Sport, momentane Diäten und das Vorhandensein von Piercing oder Tätowierung mitzuteilen. Alle Dimensionsskalen weisen eine sehr gute Reliabilität auf, eine inhaltliche Überschneidung zwischen den Skalen ist eher gering. Angaben über interne Konsistenz und Test- Retest-Reliabilität konnten nicht gefunden werden.

3.6 Statistische Auswertung

Mithilfe der statistischen Software SPSS („Statistical Package für the Social Sciences“) Version 20.0 für Windows konnten die Daten der vorliegenden Studie ausgewertet werden. Vorab wurden die Rohdaten in eine Tabelle manuell eingegeben. Für beide Patientengruppen (Dermatologie Konsil und psychosomatische Ambulanz Patienten) wurden Mittelwerte sowie Standardabweichungen berechnet. Mittelwertvergleiche wurden mithilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben auf Gruppenunterschiede analysiert. Der χ^2 -Test (Chi-Quadrat) untersucht die unterschiedliche Verteilung der nominalen Messinstrumente. Eine weitere hier verwendete deskriptive statistische Auswertmethode für kategoriale Variablen ist eine Analyse der absoluten und relativen Häufigkeiten. Alle Variablen wurden auf einen 5%- Signifikanzniveau Alpha hin getestet. Ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ wurde als signifikant und $p < 0,01$ als hochsignifikant erläutert. Der BMI (Body Mass Index) wurde nach folgender Formel ausgerechnet und analysiert:

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht in kg} / \text{Körpergröße in m}^2$$

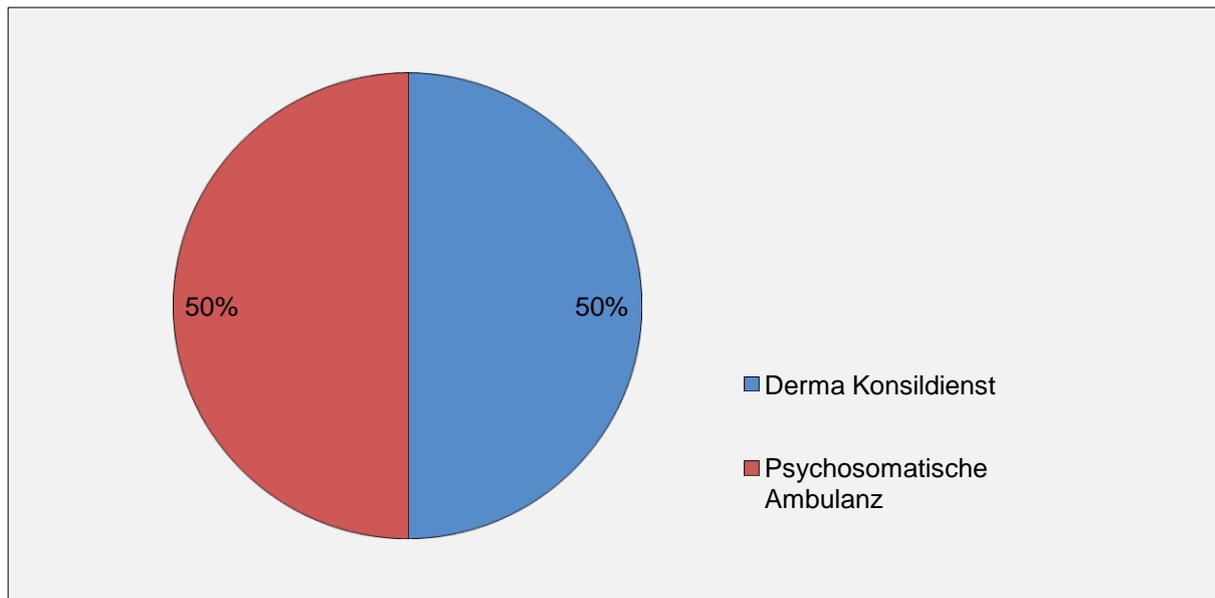
Die Normalwerte des BMI werden dem Anhang beigelegt.

4 Ergebnisse

In dieser Studie haben insgesamt $N = 158$ Patienten die Fragebögen ausgefüllt. Die Patienten können in 2 gleichgroße Gruppen eingeteilt und verglichen werden:

1. Psychosomatische Patienten mit dermatologischem Konsil ($n = 79$ Patienten)
2. Psychosomatische Ambulanz Patienten ($n = 79$ Patienten).

Im nachfolgenden werden die Ergebnisse in soziodemographischen Daten und in Daten der Fragebögen eingeteilt und dargestellt.

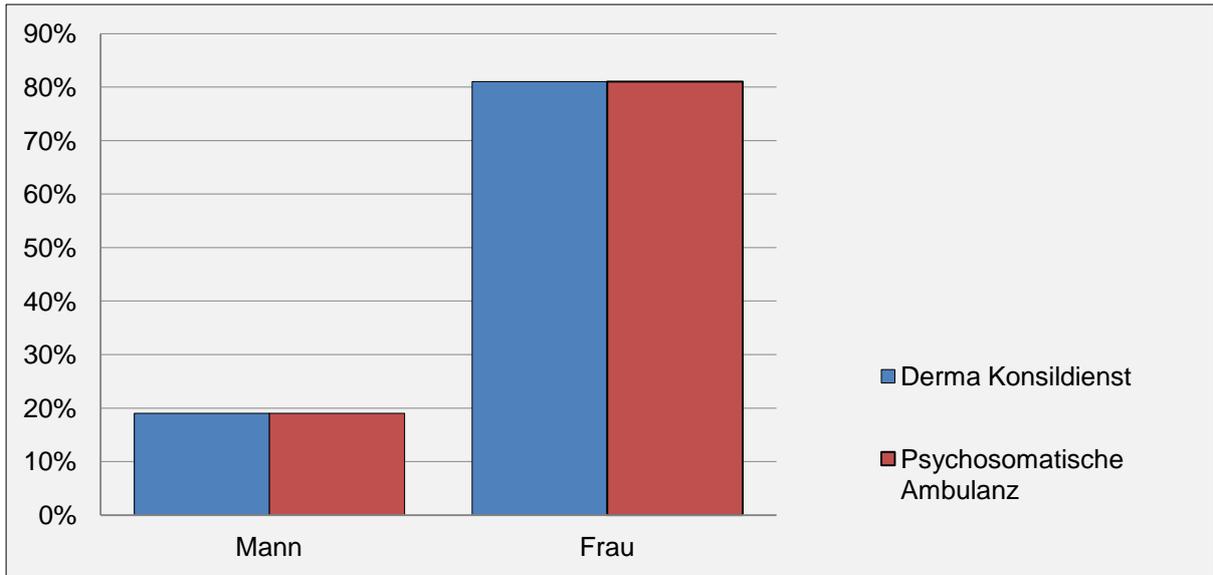


Graphik 1: Aufteilung der Patienten (%) in die beiden Gruppen.

4.1 Stichprobenverteilung – Soziodemographische Daten

4.1.1 Geschlechterverteilung

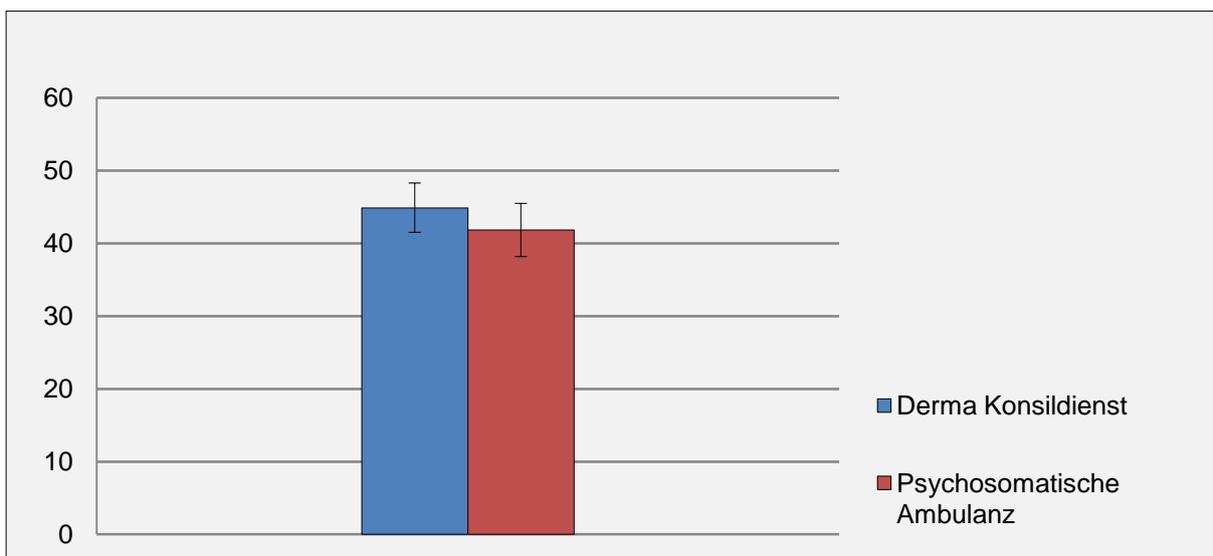
Im Patientengesamtkollektiv fanden sich folgende Ergebnisse: Von den $N = 158$ Patienten waren $n = 128$ Patienten weiblich (81%) und $n = 30$ Patienten männlich (19%). Aufgegliedert in beiden Gruppen konnte ein gleiches Geschlechterverhältnis erkannt werden. Sowohl in der Gruppe der dermatologischen Patienten als auch in der psychosomatischen Gruppe wurden $n = 64$ Frauen (81%) und $n = 15$ Männer (19%) gezählt. Damit sind die Frauen in beiden Gruppen eindeutig stärker vertreten und beide Gruppen gleich stark verteilt (siehe Graphik 2). Das Verhältnis der Geschlechterverteilung wurde anhand des Chi-Quadrat-Test kontrolliert und ergab keinen signifikanten Unterschied in beiden Gruppen ($p = 1,000$).



Graphik 2: Geschlechterverteilung (%) in den Gruppen

4.1.2 Alter

Das Alter der Patienten der Stichprobe der dermatologischen Gruppe lag bei einem Mittelwert von 44,89 Jahren und das Alter der psychosomatischen Gruppe bei 41,82 Jahren. Insgesamt konnte ein Altersdurchschnitt von 43,35 Jahren beobachtet werden (Standardabweichung = 16,012). Der älteste Patient war 79 Jahre alt und der jüngste war 18 Jahre alt (siehe Graphik 3).



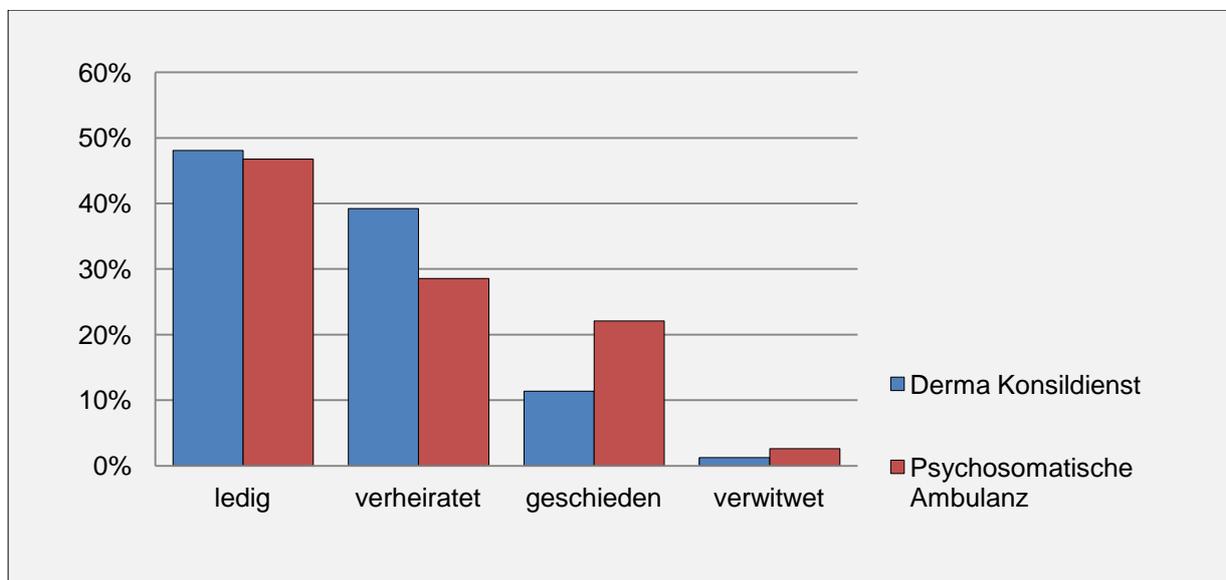
Graphik 3: Altersverteilung (Mittelwerte in Jahren) in den Gruppen

4.1.3 Familienstand

Von den N = 156 sind 74 (47,4%) ledig, 53 (34,0%) verheiratet, 26 (16,7%) geschieden und 3 (1,9%) verwitwet. Im Vergleich der beiden Gruppen sind die meisten Patienten ledig und verheiratet. Unterschiedlich sind die Gruppen hinsichtlich der geschiedenen Rate, wobei 17 Personen (22,1%) der Psychosomatischen Ambulanz geschieden sind, dagegen nur 9 (11,4%) in der Gruppe der dermatologischen Patientengruppe (siehe Tabelle5 und Graphik 4). Ein signifikanter Unterschied konnte nicht festgestellt werden ($p= 0,226$).

			Familienstand				Gesamt
			ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	
Gruppen	Derma Konsildienst	n	38	31	9	1	79
		%	48,1%	39,2%	11,4%	1,3%	100,0%
	Psychosomatische Ambulanz	n	36	22	17	2	77
		%	46,8%	28,6%	22,1%	2,6%	100,0%
Gesamt		N	74	53	26	3	156
		%	47,4%	34,0%	16,7%	1,9%	100,0%

Tabelle 5: Familienstand



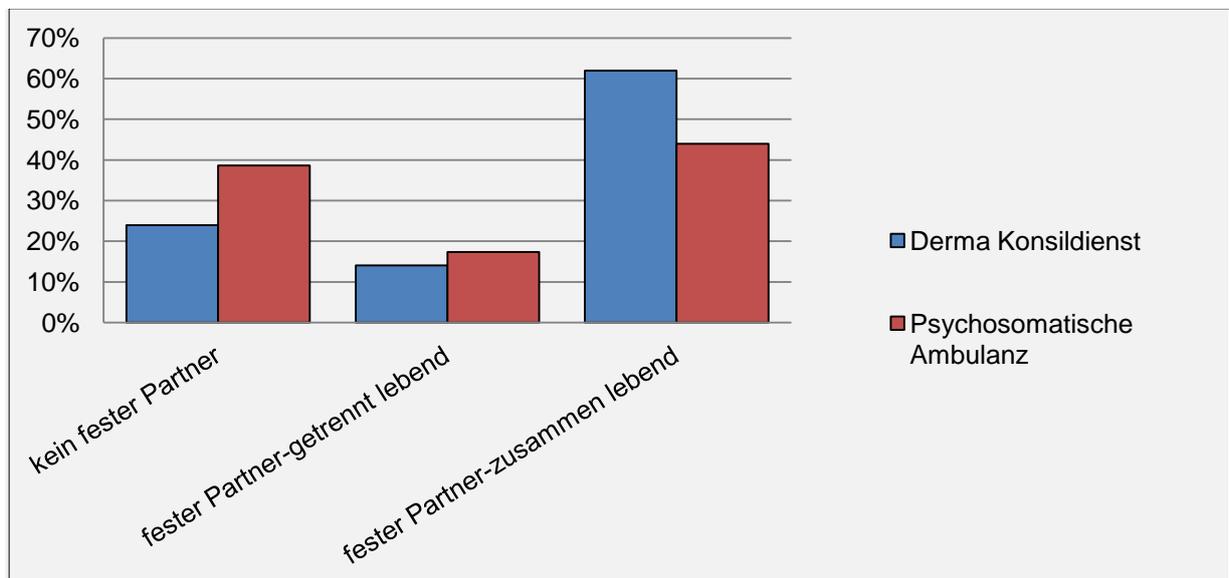
Graphik 4: Unterteilung der beiden Gruppen (%) anhand Ihres Familienstandes

4.1.4 Partnersituation

Die meisten der untersuchten Personen leben fest mit einem Partner zusammen (77 Personen, 52,7%), gefolgt von allein lebenden Personen (46 Personen, 34,5%). In der Psychosomatischen Gruppe ist die Anzahl der allein lebenden Personen (29 Personen, 38,7%) im Vergleich zu den hauterkrankten Personen (17 Personen, 23,9%) höher (siehe Tabelle 2 und Graphik 5). Es wurden keine signifikanten Unterschiede in beiden Gruppen bezüglich der Partnersituation festgestellt ($p= 0,083$).

			Partnersituation				Gesamt
			kein fester Partner	fester Partner-getrennt lebend	fester Partner-zusammen lebend	Partner-zusammen lebend	
Gruppen	Derma Konsildienst	n	17	10	44	71	
		%	23,9%	14,1%	62,0%	100,0%	
	Psychosomatische Ambulanz	n	29	13	33	75	
		%	38,7%	17,3%	44,0%	100,0%	
Gesamt		N	46	23	77	146	
		%	31,5%	15,8%	52,7%	100,0%	

Tabelle 6: Partnersituation



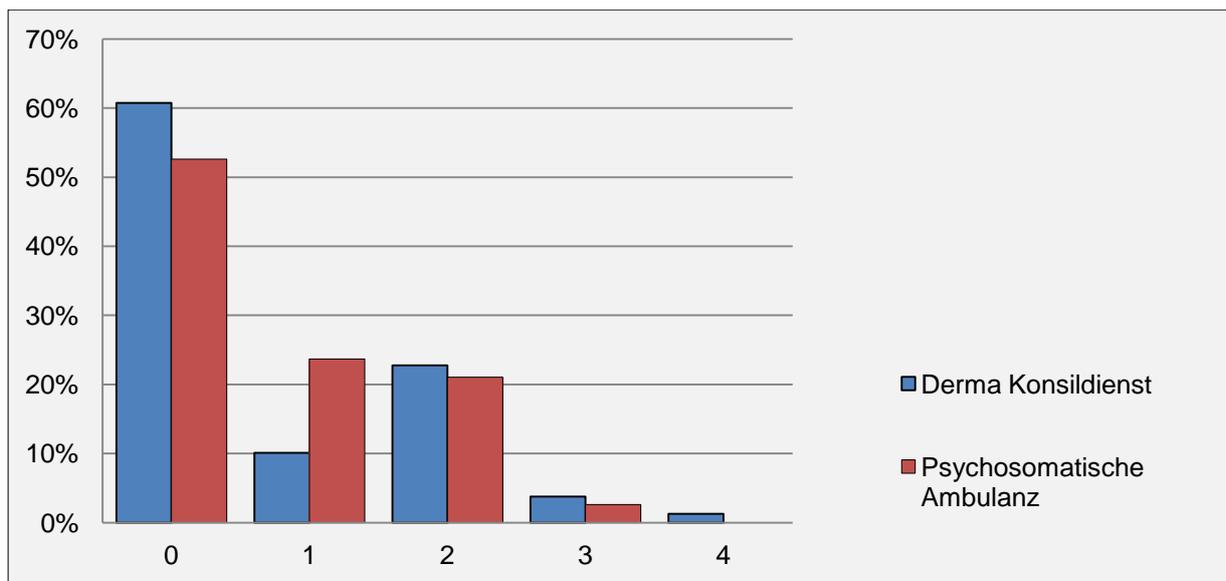
Graphik 5: Unterteilung der beiden Gruppen (%) anhand Ihrer Partnersituation

4.1.5 Kinder

Insgesamt sind 88 Personen (56,8%) von N = 155 Befragten kinderlos. 26 Personen haben ein (16,8%) und 34 Personen zwei (21,9%) Kinder. Es ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festzustellen ($p = 0,233$).

			Kinder Anzahl						Gesamt
			0	1	2	3	4	5	
Gruppen	Derma Konsildienst	n	48	8	18	3	1	1	79
		%	60,8%	10,1%	22,8%	3,8%	1,3%	1,3%	100,0%
	Psychosomatische Ambulanz	n	40	18	16	2	0	0	76
		%	52,6%	23,7%	21,1%	2,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Gesamt		N	88	26	34	5	1	1	155
		%	56,8%	16,8%	21,9%	3,2%	,6%	,6%	100,0%

Tabelle 7: Kindersituation der zwei Gruppen



Graphik 6: Kindersituation (Anzahl in %) der zwei Gruppen

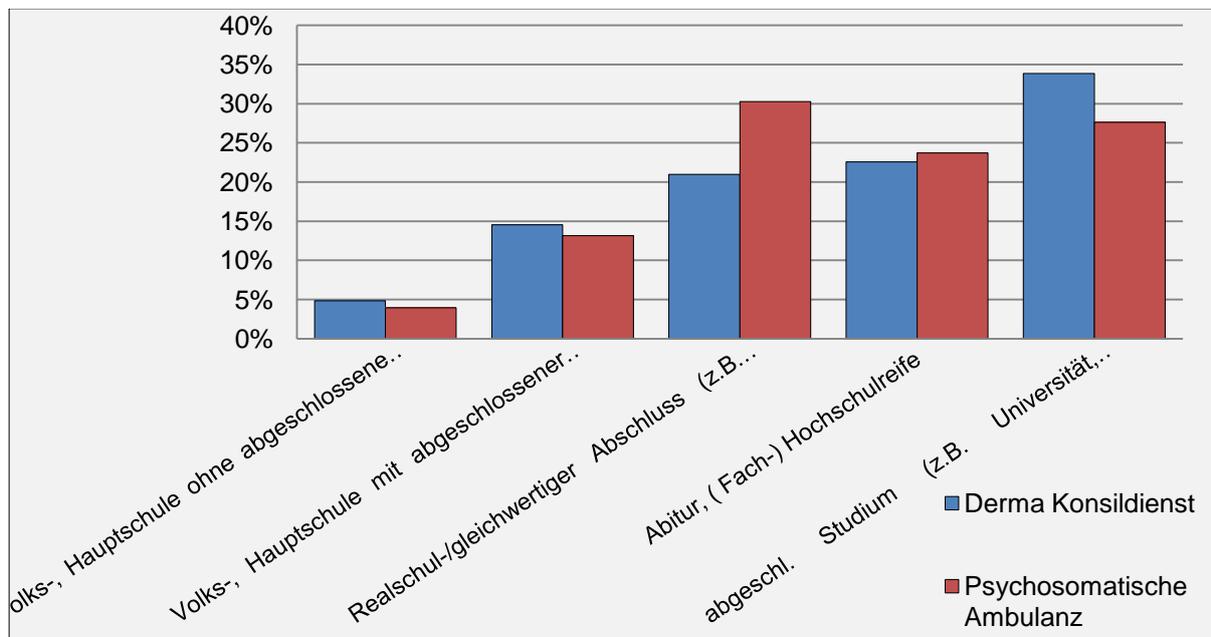
4.1.6 Schulbildung

Die meisten der insgesamt befragten Personen N =138 weisen einen Fachschulabschluss/Studium (42 Personen, 30,4%) vor. Mittlere Reife/Realschulabschluss geben 36 (26,1%) der Befragten an, gefolgt von 32 (23,2%) Personen mit Abitur. Nur 10 (13,8%) der interviewten Patienten geben als höchsten abgeschlossenen Ausbildungsstand einen Volks,- Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Lehre an. Des Weiteren sind nur 3 (3,9%) Personen ohne Lehre

aber mit Hauptschulabschluss und eine einzige (1,3%) Person ohne einen Schulabschluss. In der psychosomatischen Ambulanz Gruppe ist die häufigste aller Schulbildungen bei den Befragten (23 Personen, 30,3%) der Realschulabschluss/Mittlere Reife. Dahingegen haben in der dermatologischen Gruppe 21 Personen (33,9%) ein abgeschlossenes Studium an einer Fachhochschule oder Universität (siehe Tabelle 4 und Graphik 7) absolviert. Der χ^2 -Test nach Pearson ($p = 0,816$) weist keinen signifikanten Unterschied in den zwei verglichenen Gruppen auf.

		Schulbildung							Gesamt
		Volks-, Hauptschule ohne abgeschlossene Lehre	Volks-, Hauptschule mit abgeschlossener Lehre	Realschul-/gleichwertiger Abschluss (z.B. mittlere Reife)	Abitur, (Fach-) Hochschulreife	abgeschl. Studium (z.B. Universität, Fachhochschule)	(noch) ohne Schulabschluss	Sonderschule	
Derma	n	3	9	13	14	21	1	1	62
Konsildienst	%	4,8%	14,5%	21,0%	22,6%	33,9%	1,6%	1,6%	100%
Psychosomatische Ambulanz	n	3	10	23	18	21	1	0	76
	%	3,9%	13,2%	30,3%	23,7%	27,6%	1,3%	0,0%	100,0%
Gesamt	N	6	19	36	32	42	2	1	138
	%	4,3%	13,8%	26,1%	23,2%	30,4%	1,4%	0,7%	100,0%

Tabelle 8: Schulbildung der zwei Gruppen



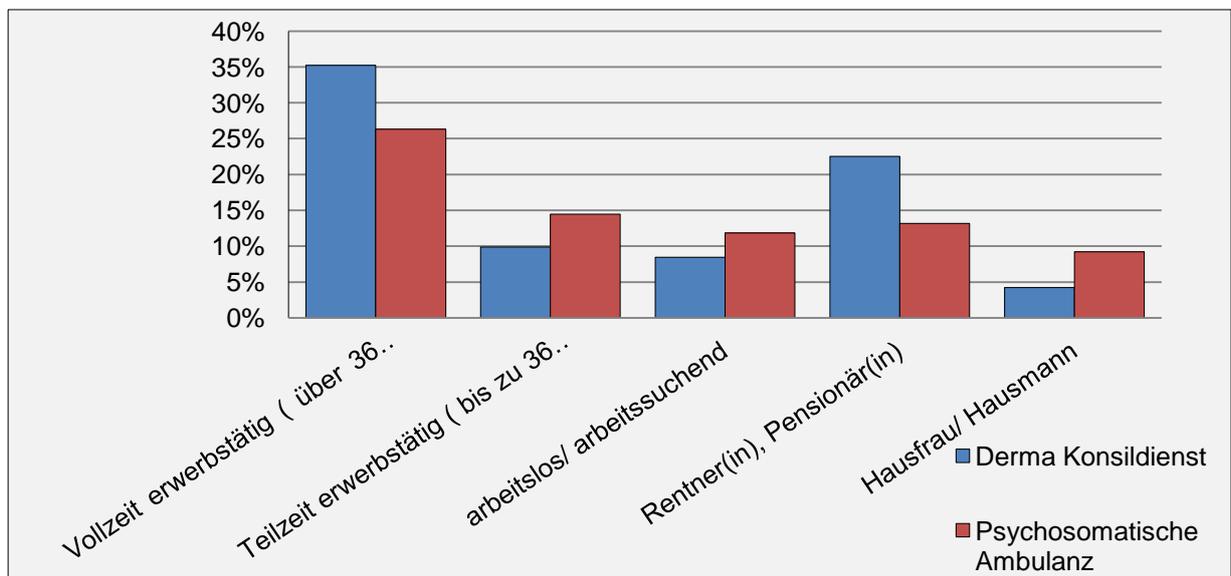
Graphik 7: Schulbildung der zwei Gruppen

4.1.7 Sozialstatus

In beiden Gruppen (N = 147) sind die meisten Personen vollzeitg erwerbstätig, 25 Personen (35,2%) in der dermatologischen Gruppe und 20 Personen (26,3%) in der psychosomatischen Gruppe. Auffällig ist auch ein erhöhter Anteil an Rentnern in der hauterkrankten Gruppe (16 Personen, 22,5%), hingegen nur 10 Personen (13,2%) in der psychosomatischen Gruppe (siehe Tabelle 9 und Graphik 8). Die Werte des χ^2 -Test nach Pearson sind hingegen nicht signifikant ($p = 0,464$).

		Sozialstatus							Gesamt
		Vollzeit erwerbstätig (über 36 Std. in der Woche)	Teilzeit erwerbstätig (bis zu 36 Std.)	arbeitslos/ arbeitssuchend	Rentner(in), Pensionär(in)	Hausfrau/ Hausmann	in Ausbildung (z.B. Schule, Studium)	sonstige	
Derma	n	25	7	6	16	3	7	7	71
Konsildienst	%	35,2%	9,9%	8,5%	22,5%	4,2%	9,9%	9,9%	100,0%
Psychosomatische Ambulanz	n	20	11	9	10	7	9	10	76
	%	26,3%	14,5%	11,8%	13,2%	9,2%	11,8%	13,2%	100,0%
Gesamt	N	45	18	15	26	10	16	17	147
	%	30,6%	12,2%	10,2%	17,7%	6,8%	10,9%	11,6%	100,0%

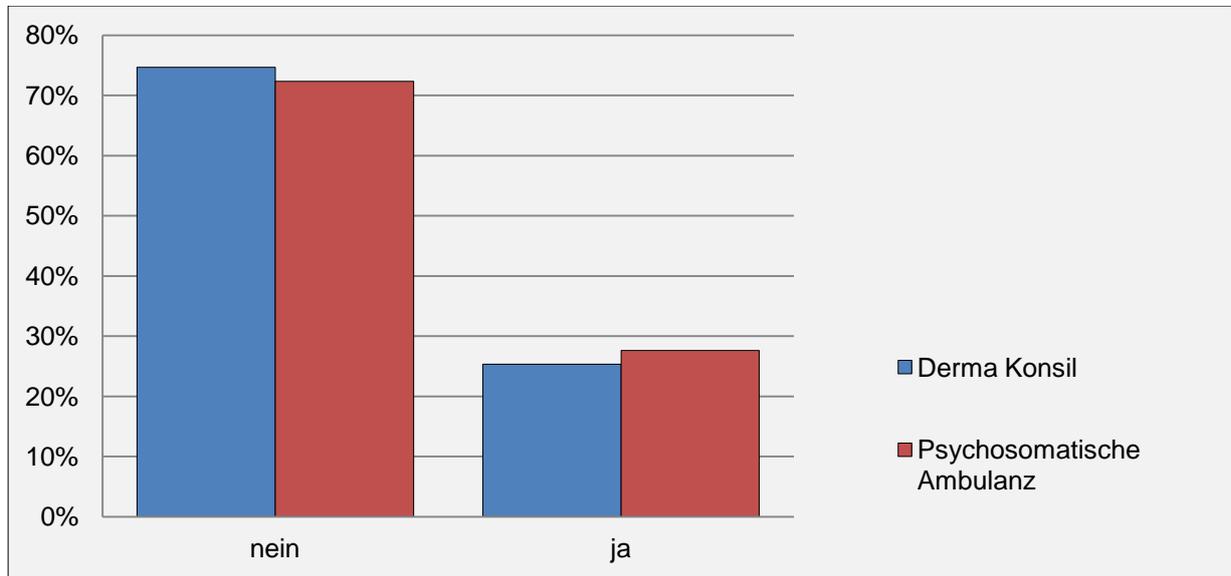
Tabelle 9: Gruppen und Sozialstatus



Graphik 8: Gruppen und Sozialstatus

4.1.8 Krankschreibungen

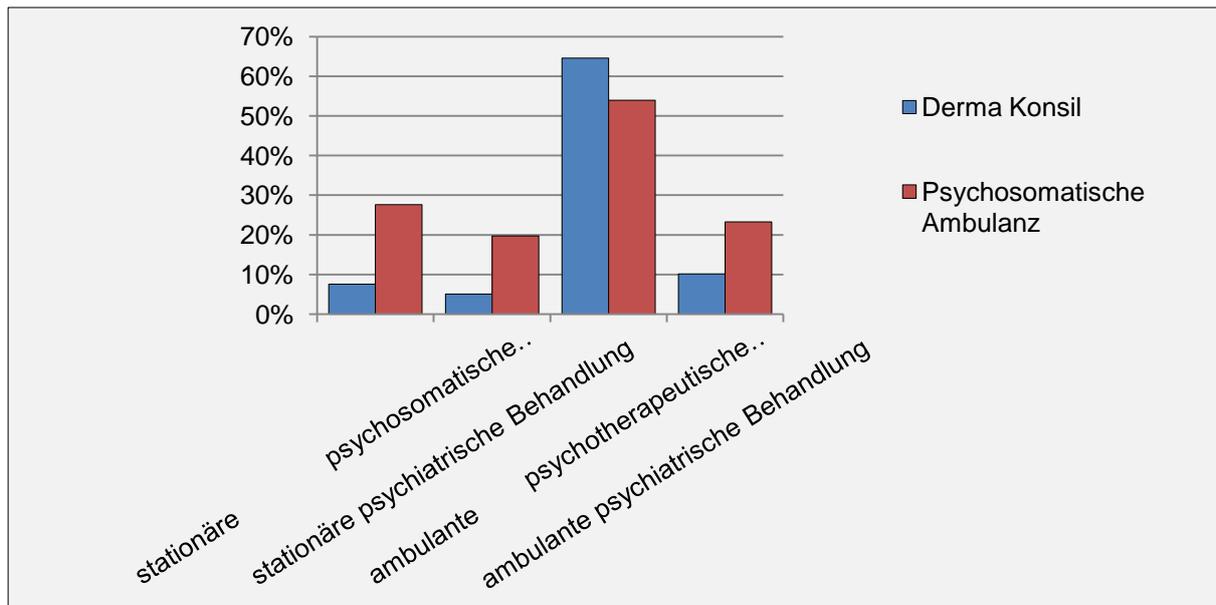
Aus Graphik 9 ist ersichtlich, dass die Befragten beider Gruppen (N = 155) vorwiegend keine Krankschreibung beanspruchen (n = 114 Personen, 73,5%). Es wird kein signifikanter Unterschied festgestellt ($p = 0,744$).



Graphik 9: Übersicht (%) über Krankschreibungen beider Gruppen

4.1.9 vorherige psychosomatische/psychiatrische Behandlungen

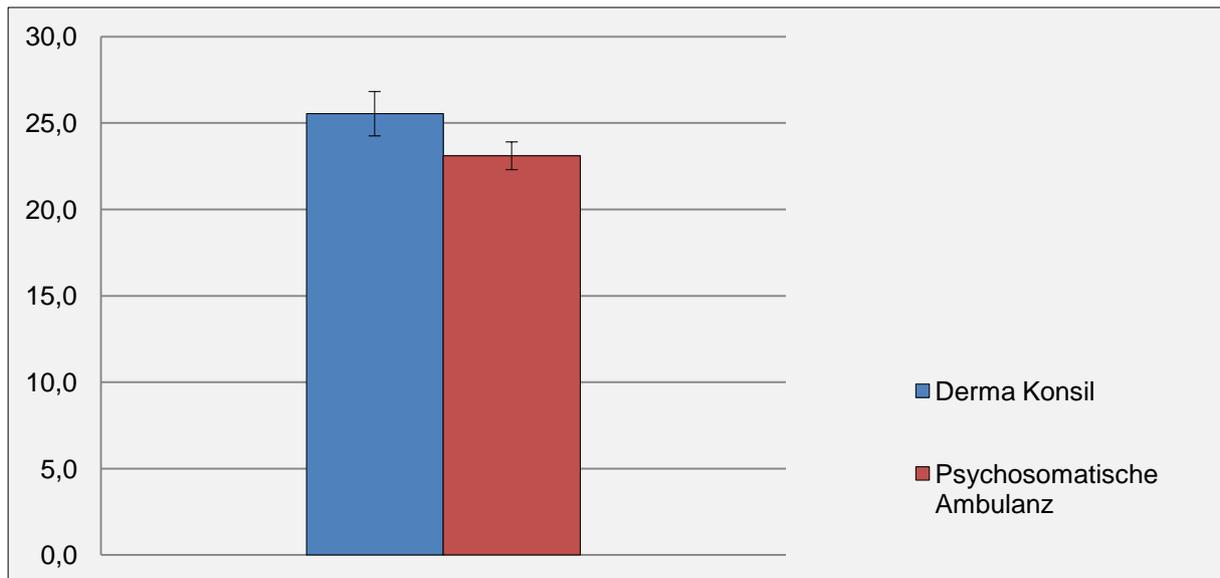
Auf die Frage ob die Patienten schon mal vorher in Therapie waren, fällt auf, dass von insgesamt N = 155 Personen, 92 Personen (58,2%) schon mal in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren und davon 51 Personen (64,4%) der Haut,- und 41 Personen (53,9%) der psychosomatischen Erkrankten (siehe Graphik 10). Insgesamt ist der Graphik zu entnehmen, dass eine erhöhte Tendenz zur stattgehabten Behandlung stationärer oder ambulanter, psychosomatischer oder psychiatrischer Art eher bei der Gruppe der psychosomatischen Ambulanz Patienten zu erwarten ist. Signifikante Unterschiede sind zu erkennen sowohl im Bereich der stationären psychosomatischen Behandlung ($p = 0,001$; $df = 1$; χ^2 -Test nach Pearson = 10,811) und der stationären psychiatrischen Behandlung ($p = 0,005$; $df = 1$; χ^2 -Test nach Pearson = 7,754), als auch im Bereich der ambulanten psychiatrischen Behandlung ($p = 0,029$; $df = 1$; χ^2 -Test nach Pearson = 4,782).



Graphik 10: Übersicht (%) der stattgefundenen vorherigen Behandlungen

4.1.10 Größe, Gewicht und BMI

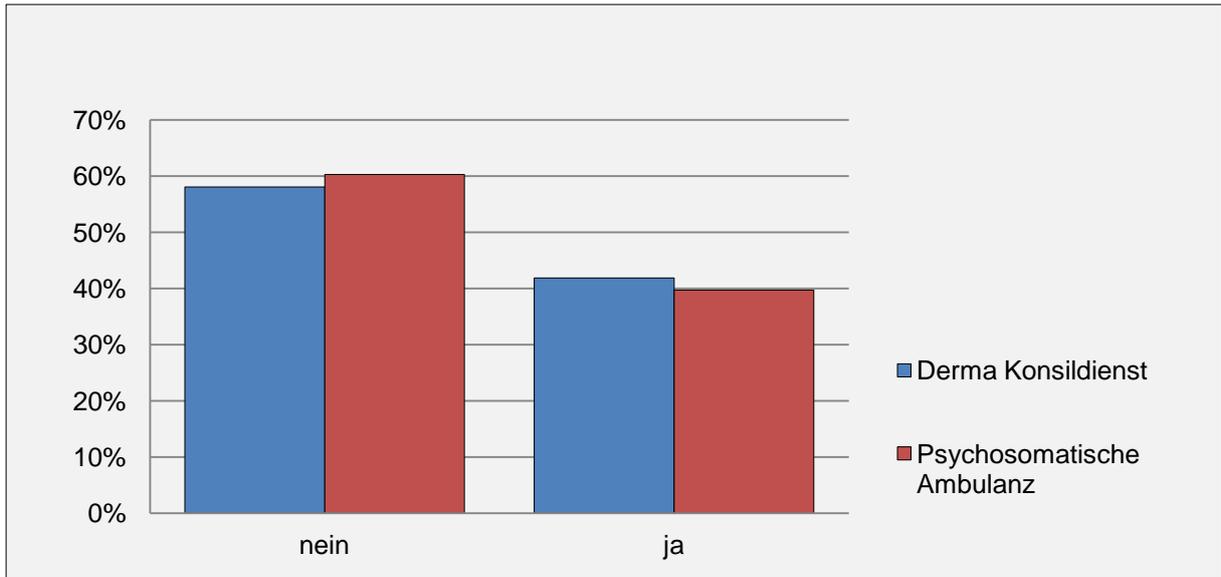
Es wurden die Mittelwerte für die Größe und Gewicht der Patienten mit 169,7cm und 70,4 kg ermesssen. Ein Body Mass Index (BMI) von 25,5 im Patientenarm der dermatologischen Gruppe und 23,1 der psychosomatischen Ambulanz Gruppe konnte ermittelt werden. Die deskriptive Statistik errechnete einen BMI Minimalwert von 15,4 und einen Maximalwert von 44,6. In den N = 142 gültigen untersuchten Patientenfällen konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden ($p = 0,509$), dennoch lässt sich aus Graphik 11 herausnehmen, dass Patienten mit Hauterkrankungen und einer psychosomatischen Störung einen erhöhten BMI aufweisen gegenüber psychosomatischen Patienten ohne eine Hautauffälligkeit (der BMI Mittelwert der Patienten der Hautgruppe liegt bei 25,5 (Übergewicht im Stadium der Prä-Adipositas, siehe Anhang BMI Auswertung) und der BMI Mittelwert der Patienten aus der psychosomatischen Gruppe bei 23,1 (Normalgewicht, siehe Anhang BMI Auswertung)).



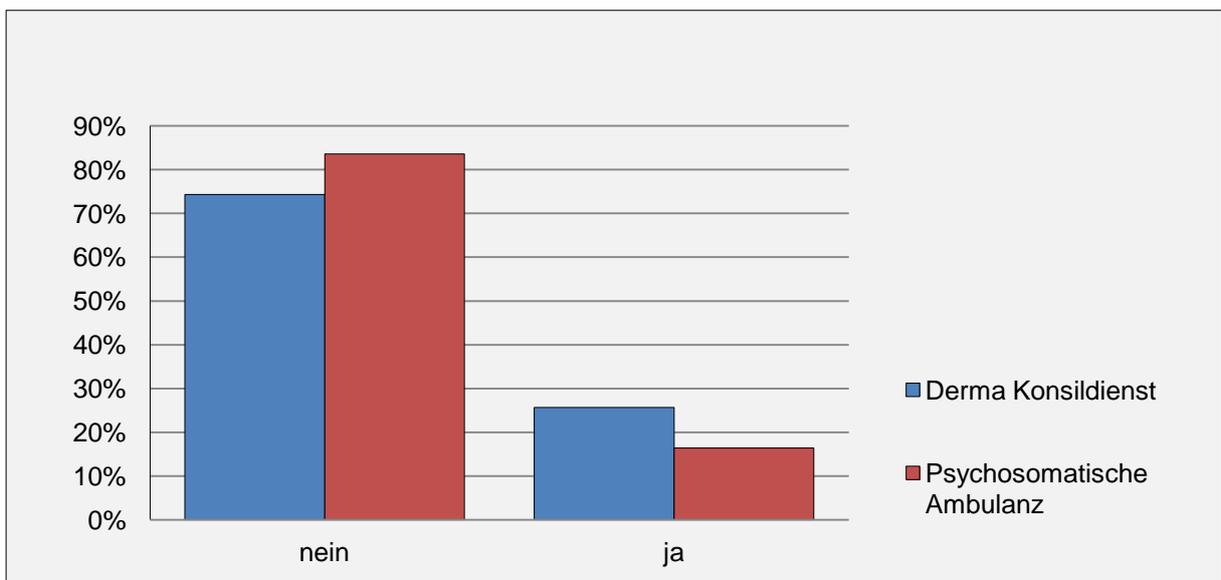
Graphik 11: Body Mass Index (BMI) Mittelwerte der beiden Gruppen

4.1.11 Sportliche Aktivitäten und Diätverhalten

Von N = 147 Befragten gaben die meisten an, momentan keinen regelmäßigen Sport zu treiben (dermatologische Gruppe 58,1% und psychosomatische Ambulanz Patienten 60,3%) und auch keine momentane Diät (dermatologische Gruppe 74,3% und psychosomatische Ambulanz Patienten 83,6%) zu halten. Aus Graphik 12 und 13 ist dennoch herauszulesen, dass eher die hauterkrankten Patienten Sport treiben und Diäten halten (41,9% kreuzen ja für Sport an und 25,7% setzen ein ja bei der Frage nach Diät). Wesentlichen Gruppenunterschiede konnten nicht festgestellt werden ($p = 0,789$ für Sportverhalten und $p = 0,170$ für Diätverhalten).



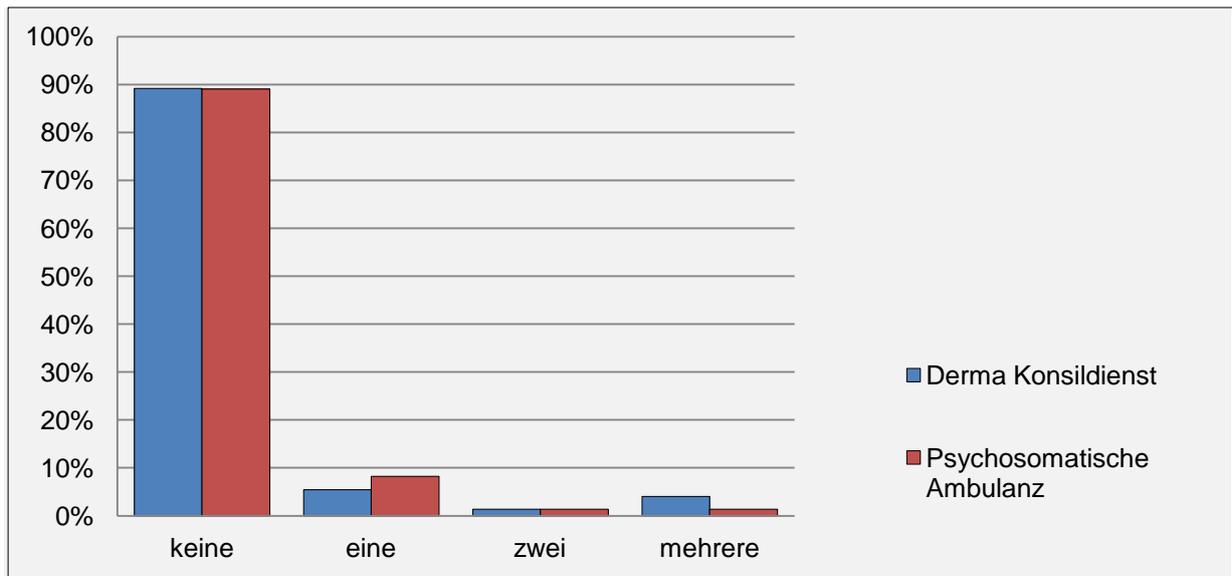
Graphik 12: Gruppenvergleich (%) zur Frage „Treiben sie regelmäßig Sport?“



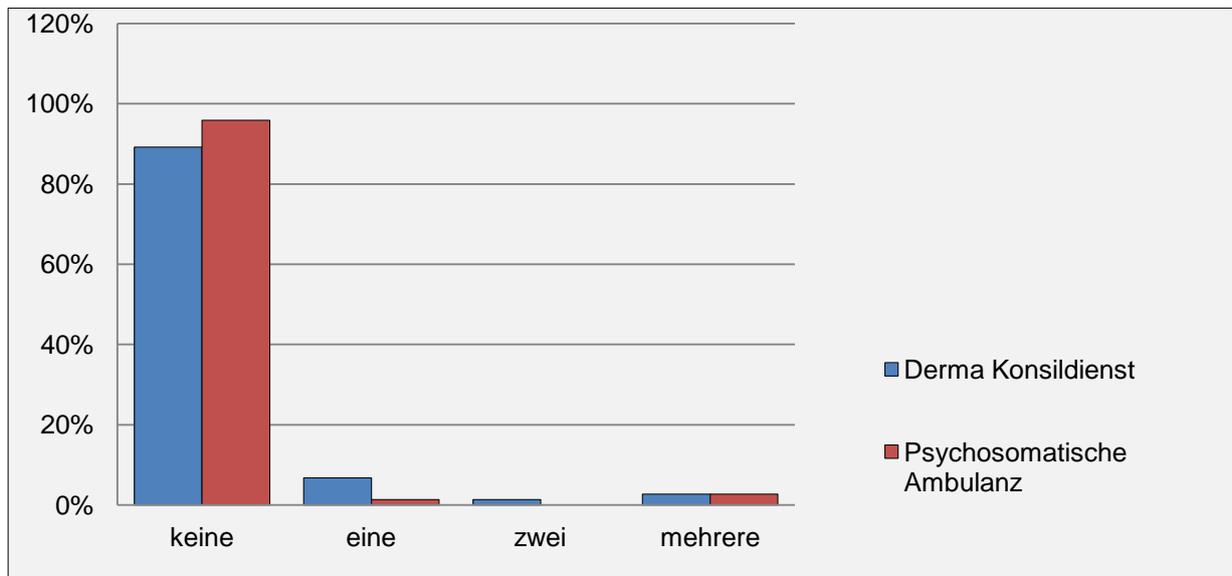
Graphik 13: Gruppenvergleich (%) zur Frage „Halten sie momentan Diät?“

4.1.12 Piercings und/ oder Tätowierungen

Wie aus den Graphiken 14 und 15 ersichtlich wird, haben die meisten Patienten der N = 147 Patienten keine Piercings ($p = 0,286$) oder Tätowierungen ($p = 0,705$).



Graphik 14: Anzahl der Tätowierungen beider Gruppen



Graphik 15: Anzahl (%) der Piercings beider Gruppen

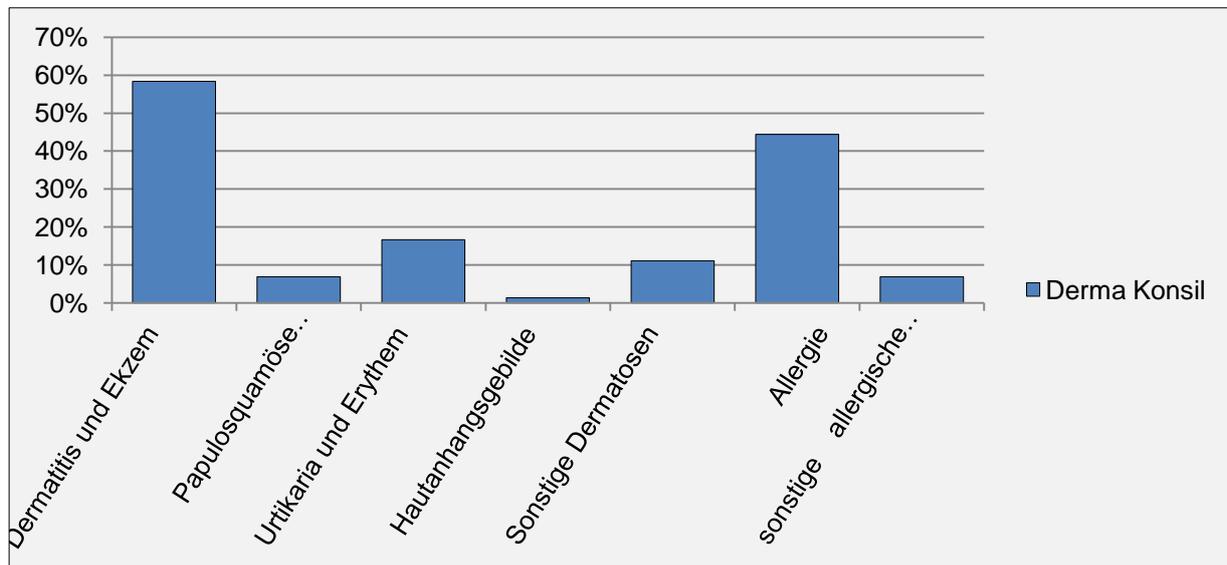
4.1.13 Dermatologische Hauptdiagnosen

Denjenigen Patienten mit Hautauffälligkeiten welche eine Diagnose nach ICD-10 „L“ (Haut und Unterhaut) und „T“ (Allergien) erhalten haben, wurden in die Gruppe dermatologischen Patienten Gruppe N = 72, aufgenommen (Untergliederung siehe Kapitel 3.4.1. ICD-10). Eine Tendenz hin zu den Hautentzündungsreaktionen (Dermatitis und Ekzem mit 58,3%, n = 42 Patienten) und allergischen Reaktionen (Allergien mit 44,4%, n = 32 Patienten) ist klar zu erkennen. An dritter Stelle der

Hautprobleme, wie aus der Graphik 16 zu erkennen ist, zeigen sich die Patienten mit Urtikarien und Erythemen (16,7%, n = 12 Patienten).

Dermatologische Hauptdiagnosegruppen		Gruppen	
		Derma Konsildienst	Gesamt
Dermatitis und Ekzem	Anzahl	42	42
	Innerhalb Studienprofil%	58,3%	
Papulosquamöse Hauterkrankungen	Anzahl	5	5
	Innerhalb Studienprofil%	6,9%	
Urtikaria und Erythem	Anzahl	12	12
	Innerhalb Studienprofil%	16,7%	
Hautanhangsgebilde	Anzahl	1	1
	Innerhalb Studienprofil%	1,4%	
Sonstige Dermatosen	Anzahl	8	8
	Innerhalb Studienprofil%	11,1%	
Allergie	Anzahl	32	32
	Innerhalb Studienprofil%	44,4%	
sonstige allergische Reaktionen	Anzahl	5	5
	Innerhalb Studienprofil%	6,9%	
Gesamt	Anzahl	72	72

Tabelle 10: Kreuztabelle der dermatologischen Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10.



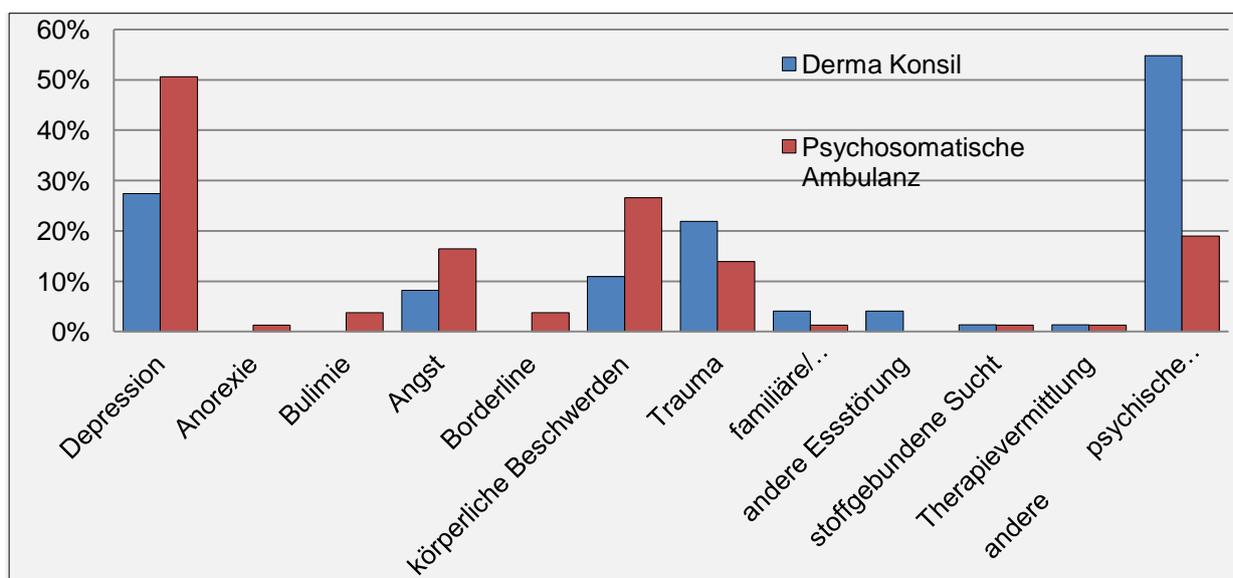
Graphik 16: dermatologische Gruppe aufgliedert in Ihre dermatologischen Hauptdiagnosen (%) nach ICD-10.

4.1.14 Psychosomatische Hauptdiagnosen

Hier werden diejenigen Patienten beider Gruppen N = 152, welche eine Diagnose nach ICD-10 „F“ (Klassifikation psychischer Störungen und Verhaltensstörungen) erhalten haben (Untergliederung siehe Kapitel 3.4.1. ICD-10), eingeteilt und analysiert. Die Graphik 17 präsentiert als häufigste psychische Hauptdiagnose im Bereich der Patienten der psychosomatischen Ambulanz eine „Depression“ mit n = 40 (50,6%) gefolgt von n = 21 Patienten (26,6%) mit „körperlichen Beschwerden“ (hier nach ICD-10 eingeteilt in F45 - somatoforme Störungen). Bei dem Patientenarm der dermatologischen Patienten ist hingegen eine der häufigsten gestellten Diagnosen im psychischen Bereich die „psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ (F54) mit n = 40 Patienten (54,8%), welche als „andere psychische Diagnosegruppen“ genannt werden. An zweiter Stelle kommen die Depressionen (n = 20 Patienten, 27,4%), dicht gefolgt von den Hautleidenden welche eine „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) zeigen und hier unter Trauma aufgegliedert sind (siehe Tabelle 11 und Graphik 17).

Psychosomatische Hauptdiagnosen		Gruppen		Gesamt
		Derma Konsildienst	Psychosomatische Ambulanz	
Depression	Anzahl	20	40	60
	Innerhalb Studienprofil%	27,4%	50,6%	
Anorexie	Anzahl	0	1	1
	Innerhalb Studienprofil%	0,0%	1,3%	
Bulimie	Anzahl	0	3	3
	Innerhalb Studienprofil%	0,0%	3,8%	
Angst	Anzahl	6	13	19
	Innerhalb Studienprofil%	8,2%	16,5%	
Borderline	Anzahl	0	3	3
	Innerhalb Studienprofil%	0,0%	3,8%	
körperliche Beschwerden	Anzahl	8	21	29
	Innerhalb Studienprofil%	11,0%	26,6%	
Trauma	Anzahl	16	11	27
	Innerhalb Studienprofil%	21,9%	13,9%	
familiäre/ Beziehungsprobleme	Anzahl	3	1	4
	Innerhalb Studienprofil%	4,1%	1,3%	
andere Essstörung	Anzahl	3	0	3
	Innerhalb Studienprofil%	4,1%	0,0%	
stoffgebundene Sucht	Anzahl	1	1	2
	Innerhalb Studienprofil%	1,4%	1,3%	
Therapievermittlung	Anzahl	1	1	2
	Innerhalb Studienprofil%	1,4%	1,3%	
andere psychische Störung	Anzahl	40	15	55
	Innerhalb Studienprofil%	54,8%	19,0%	
Gesamt	Anzahl	73	79	152

Tabelle 11: Gruppenvergleich der Psychosomatischen Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10.



Graphik 17: Gruppenvergleich aufgliedert in deren Hauptdiagnosen psychischer Störungen (%) nach ICD-10

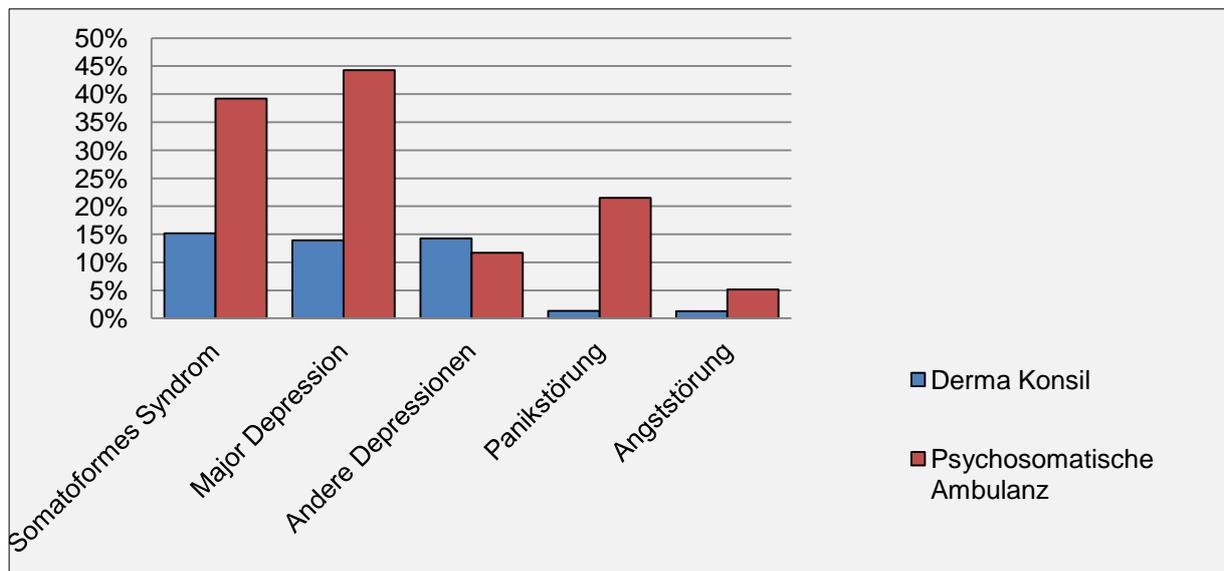
4.2 Fragebögen Auswertung

4.2.1 Ergebnisse des PHQ-D

Insgesamt beantworteten N = 158 Patienten die Fragen der deutschen Version des Patient Health Questionnaire (PHQ-D), jeweils n = 79 Patienten in beiden Gruppen. Es werden drei wichtige Vorbehalte abgefragt und gegenübergestellt: Somatoforme Beschwerden, Depression (Major Depression und Andere Depressionen) und als letztes die Angst,- und Panikstörungen. Im Bereich der somatoformen Syndrome sind signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen festzustellen ($p = 0,001$; χ^2 -Test nach Pearson = 13,036, $df = 2$). Wie der Graphik 18 entnommen werden kann, lag die Anzahl der Personen der psychosomatischen Ambulanzgruppe bei 39,2% (n = 31) versus 15,2% (n = 12). Bei der Übertragung in die Graphik hat man dem Punkt „mögliche Depressionen“ keine Beachtung geschenkt (d.h. weder zu „nein“ noch zu „ja“ gerechnet) und würde weitere 3,8 % (n = 3) für die psychosomatische Gruppe und weitere 11,4% (n = 9) für die dermatologische Gruppe betragen. Auch im Depressionsmodul konnten hochsignifikante Unterschiede festgestellt werden. Dort hauptsächlich im Bereich der Major Depression ($p = 0,000$; χ^2 -Test nach Pearson = 18,589; $df = 2$). Die psychosomatische Ambulanzgruppe leidet deutlich mehr an Major Depressionen, d.h. mit 44,3% (n = 35) versus der dermatologischen Gruppe mit nur 13,9% (n = 11). Allerdings sind auch hier die „möglichen Major Depressionen“ in der Graphik nicht dazugerechnet und würden weitere 2,5% (n = 2) für die Psychosomatik und weitere 1,3% (n = 1) für die Dermatologie Patienten bedeuten. Im Hinblick auf dem Item „andere Depressionen“ (leichte und mittelgradige depressive Episoden - auch rezidivierende und saisonalbedingte - und anhaltende affektive Störungen wie Zylothymia und Dysthymia) konnte kein Unterschied in den beiden Gruppen festgestellt werden ($p = 0,632$). Im Panikmodul sind wieder hochsignifikante Unterschiede feststellbar. Angst und Panikstörungen werden nach ICD-10 in die Gruppe F40 - F48 „Neurotische Belastungs,- und somatoforme Störungen“ eingegliedert und werden hier mit zwei differenten Balken dargestellt ($p = 0,000$; χ^2 -Test nach Pearson = 18,561; $df = 3$ für Panikstörungen und $p = 0,177$ für Angststörung). In der psychosomatische Ambulanz Gruppe ergaben sich 21,5% (n = 17) mit Panikstörungen, im Gegensatz nur 1,3% (n = 1) bei den dermatologischen

Patienten. Es wurden keine „möglichen“ (psychosomatische Gruppe mit 3,8% und dermatologische Gruppe mit 1,3%) sowie keine „grenzwertigen“ (psychosomatische Gruppe mit 19% und dermatologische Gruppe mit 15,8%) Verhältnisgrößen in der Graphik 18 eingebracht.

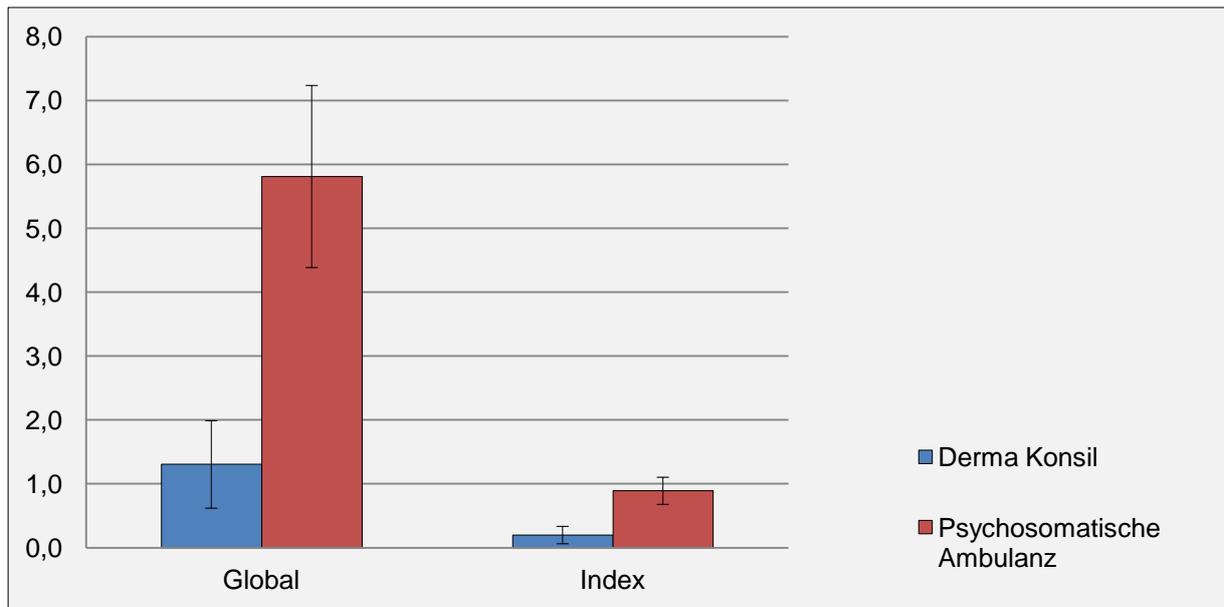
Zusammenfassend kann man sagen, dass Patienten der psychosomatischen Ambulanz deutlich mehr mit körperlichen Beschwerden, Depressionen und Panikstörungen zu kämpfen haben als psychosomatische Patienten mit dermatologischen Auffälligkeiten.



Graphik 18: PHQ-D Mittelwerte (%) Auswertung im Gruppenvergleich

4.2.2 Ergebnisse des DESTAX

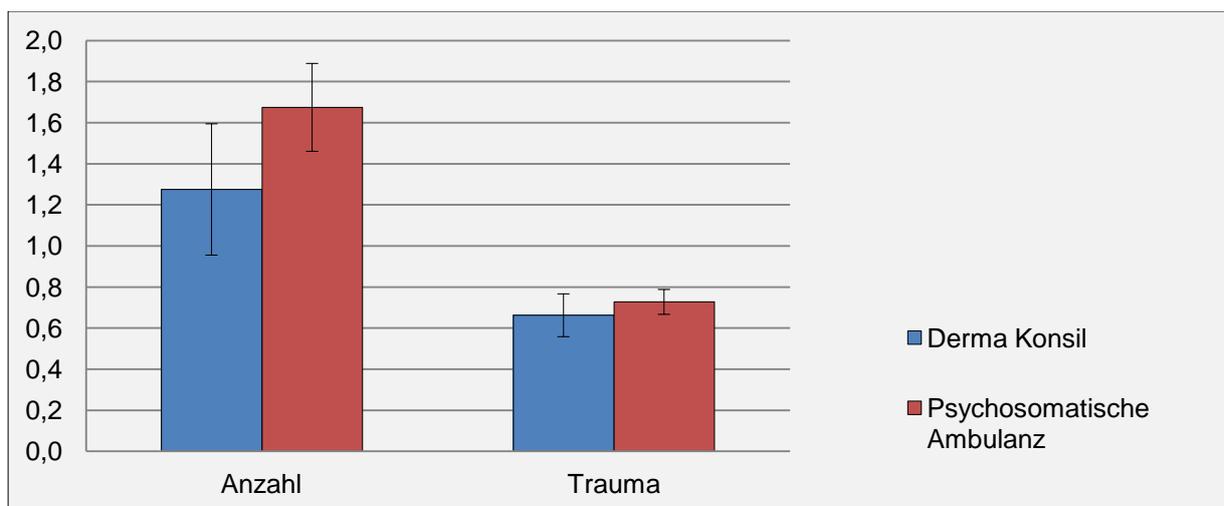
Der „Dissociative Experience Scale Taxon“ fragt die spezifischen Items für dissoziative Symptome ab. Hierbei konnte bei der Auswertung des Fragebogens ein hochsignifikanter Unterschied in den beiden Gruppen erkannt werden ($p = 0,000$). Der Globale Mittelwert in der psychosomatischen Gruppe ist auffällig höher (5,35) zum Global Mittelwert der dermatologischen Konsil Vergleichsgruppe (1,32). Es ist aus Graphik 19 wahrnehmbar, dass Patienten der psychosomatischen Ambulanz öfter unter zusätzlichen dissoziativen Symptomen leiden.



Graphik 19: DESTAX Mittelwerte im Gruppenvergleich

4.2.3 Ergebnisse des PDS

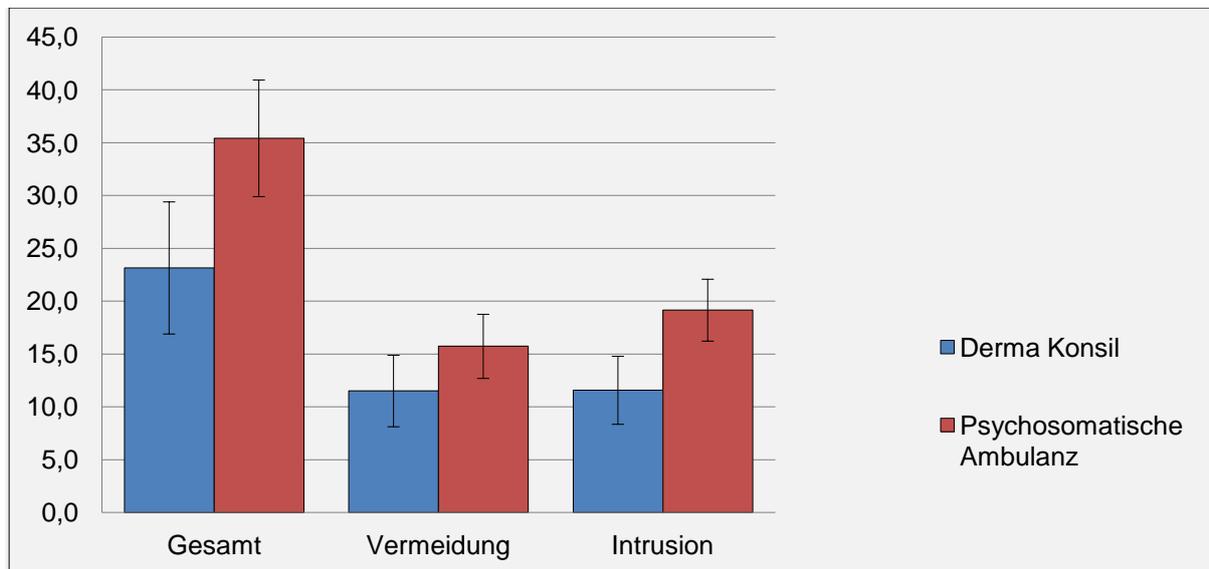
In dem Posttraumatic Diagnostic Scale werden die 12 befragten Items auf Traumatisierungen anhand der Mittelwerte der beiden Gruppen analysiert. Wie erwartet, konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden ($p = 0,117$), jedoch sind die psychosomatischen Ambulanz Patienten dominierend von traumatischen Beschwerden betroffen als die dermatologische Gruppe. Die Mittelwerte lagen bei der psychosomatischen Gruppe im Traumamodul bei 1,56 und in der Dermatologie Gruppe bei 1,27.



Graphik 20: PDS Mittelwerte im Gruppenvergleich

4.2.4 Ergebnisse des IES

Wie schwerwiegend ein Trauma den Patienten belastet, wird mittels des Impact of Event Scale abgefragt. Die Auswertung besteht aus einem Gesamtergebnis und zwei Einzelergebnissen: Vermeidung und Intrusion (siehe Graphik 21). Bedeutsame Unterschiede sind zu erkennen im Gesamtbild und dem Intrusionsmodul, d.h. also im Wiedererinnern und Wiedererleben von posttraumatischen Ereignissen (Gesamt $p = 0,005$; Intrusion $p = 0,001$; Vermeidung $p = 0,071$). Da nur die Personen, die auch ein traumatisches Ereignis durchlebt hatten (siehe PDS), den Fragebogen IES ausfüllten, ist die Gesamtanzahl $N = 95$ (60,1%). Für den IES Gesamtwert konnte ein Mittelwert von 35,42 für die psychosomatische Patientengruppe und von 23,16 für die dermatologische Patientengruppe ermittelt werden. Der Item „Vermeidung“ konnte erlassen werden mit 15,73 für die psychosomatische Gruppe und 11,51 für die Hautgruppe. Auch lag die psychosomatische Gruppe mit dem Mittelwert im Intrusionenmodul weiter vorn mit 19,16, im Vergleich zu 11,58 bei den dermatologischen Patienten. Es war anzunehmen, nachdem im PDS-Fragebogenauswertung die psychosomatische Gruppe ein wenig mehr unter traumatischen Ereignissen leidet, belastet auch diese Gruppe die spezifischen Ereignisse mehr als die Gruppe mit einer Hauterkrankung.

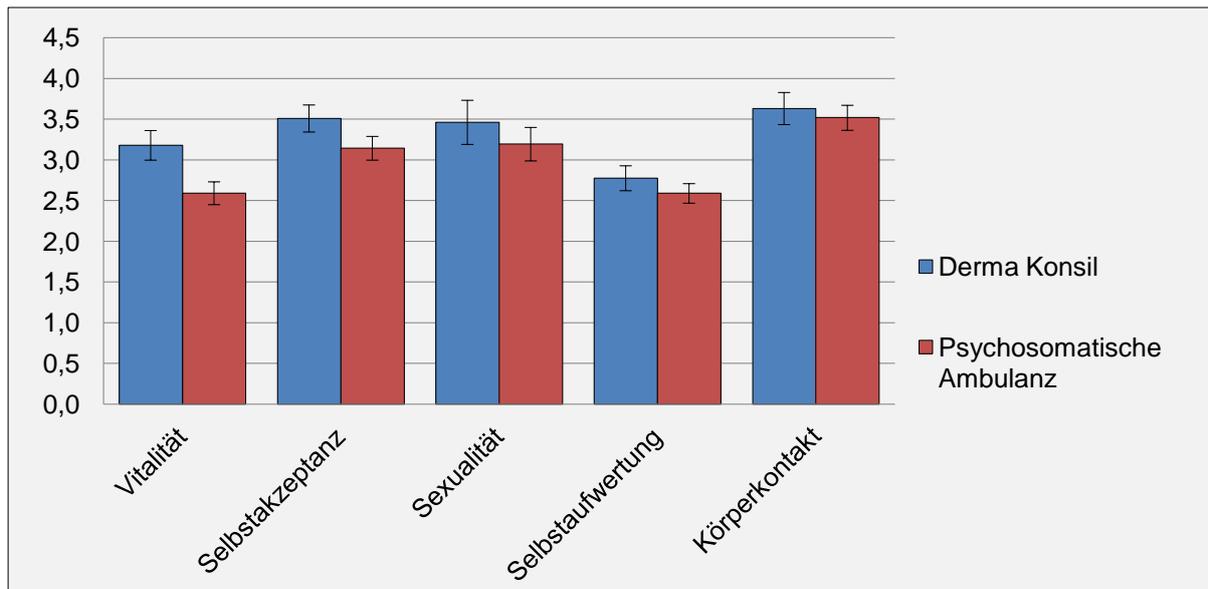


Graphik 21: IES Mittelwerte Auswertung im Gruppenvergleich

4.2.5 Ergebnisse des DKB-35

Der häufig eingesetzte deutschsprachige Körperbildfragebogen wurde von beiden Gruppen beantwortet. Es werden 5 voneinander unabhängige Einflüsse erkannt, ausgewertet und im Gruppenvergleich in Graphik 22 dargestellt: Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbstaufwertung und Körperkontakt. Je höher der Wert in der Skala (siehe Graphik 22), desto ausgeprägter und positiver ist das erfasste Merkmal (Pöhlmann). Signifikante Gruppenunterschiede bestanden in Vitalität und Selbstakzeptanz ($p = 0,000$ und $p = 0,026$). Im Bereich der Vitalität und Selbstakzeptanz haben die Hauterkrankten ein positiveres Denken als die psychosomatische Gruppe. In den restlichen Modulen zeigen sie ebenfalls eine höhere Akzeptanz (höherer Wert) im Vergleich zu den Werten der psychosomatischen Ambulanz Gruppe, d.h. sie fühlten sich etwas vitaler, akzeptierten ihren Körper ein klein wenig mehr, schätzten Körperkontakt positiver, hatten eine erfülltere Sexualität und erfuhren eine positivere Selbstaufwertung durch ihren Körper als die Psychosomatische Ambulanz Patienten. (Die Interpretation der Werte ist dem Anhang beigefügt). Die Ergebnisse der Auswertung des DKB-35 dieser Studie präsentieren eine unter der Norm entsprechenden Mittelwerte in allen Merkmalen. Die Mittelwerte liegen für die Dermatologie Gruppe und die psychosomatische Ambulanz Gruppe wie folgend: Vitalität 3,18 bzw. 2,59 (Norm 4,0), Selbstakzeptanz 3,50 bzw. 3,14 (Norm 3,8), Sexualität 3,46 bzw. 3,19 (Norm 4, 2), Selbstaufwertung 2,77 bzw. 2,58 (Norm 3,3) und Körperkontakt 3,63 bzw. 3,51 (Norm 3,9).

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die Patienten der beiden verglichenen Gruppen im Hinblick auf Vitalität und Selbstakzeptanz signifikant unterscheiden und im Hinblick auf die weiteren Module Sexualität, Selbstaufwertung und Körperkontakt nur leichte Abweichungen feststellbar sind. Hierbei liegen die Befragten der dermatologischen Gruppe mit den Werten leicht höher (positivere Akzeptanz) vs. den psychosomatischen Ambulanz Patienten. Dessen ungeachtet liegen alle ausgewerteten Antwortdaten unterhalb der Normalverteilung.



Graphik 22: DKB-35 Mittelwerte Auswertung im Gruppenvergleich

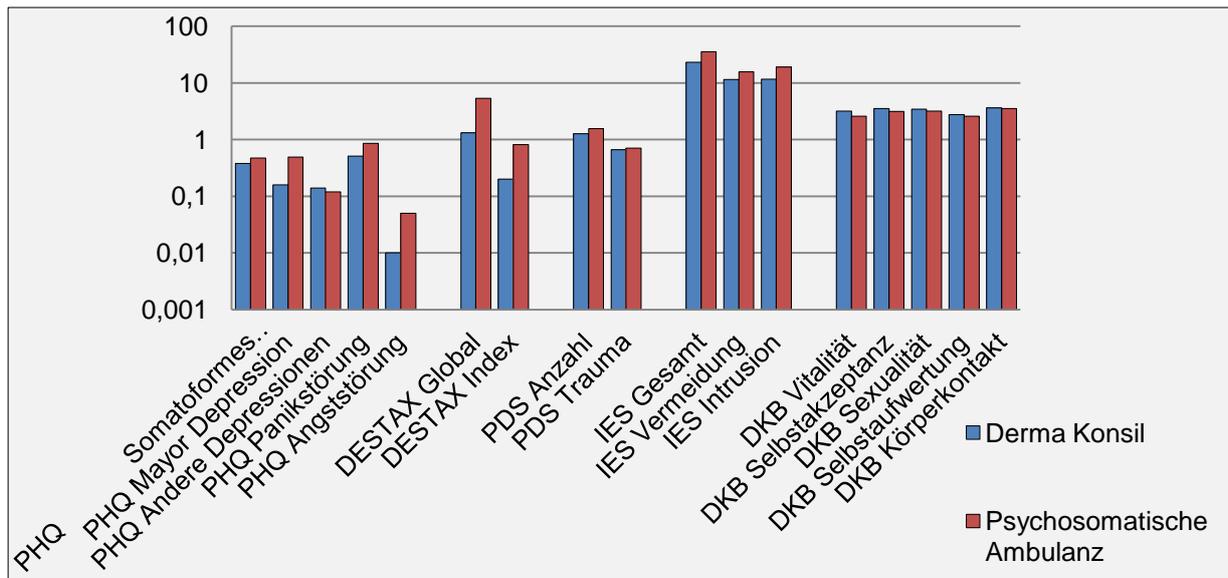
4.3 Zusammenfassung der Einzelergebnisse der Fragebogenauswertung

Die nachstehende Tabelle 12 zeigt die Einzelergebnisse der Analyse der Fragebögen und zeigt in Graphik 23 die Mittelwerte in logarithmischer Skalierung. Es kann zusammengefasst werden, dass es signifikante bis hoch signifikante Unterschiede bei der Auswertung der Fragebögen gibt. Der PHQ-D lässt Unterschiede in den beiden Gruppen in den Bereichen Somatoformes Syndrom und Major Depression erkennen. Wie zu erwarten bestätigt die Auswertung, dass die psychosomatische Ambulanz Patienten von diesen Diagnosegruppen mehr betroffen sind als die dermatologische Gruppe. Die dissoziative Symptom Abfrage mit dem DESTAX zeigt wesentliche Unterschiede in den Gruppen auf. Die psychosomatischen Patienten leiden demnach häufiger an pathologischen Dissoziationen als die Gruppe mit Hauterkrankungen. Die Trauma-Befragung mit dem PDS Fragebogen ergab keine Unterschiede, die psychosomatische Ambulanz Patienten dominieren wie erwartet mit der Anzahl der Erkrankten Traumapatienten. Durch die erhöhte Anzahl an Traumapatienten in der psychosomatischen Ambulanz gegenüber der dermatologischen Patientengruppe ist auch die nachfolgende Auswertung der Belastung eines erlebten Traumas nicht verwunderlich. Den psychosomatischen Patienten belastet das Wiedererinnern des Traumas (Intrusion)

deutlich mehr als den dermatologischen Patienten. Bei der Auswertung des DKB-35 ist nennenswert, dass die Komponenten Vitalität und Selbstakzeptanz einen Unterschied aufweisen, Körperkontakt, Sexualität und Selbstaufwertung jedoch keinen.

		Diagnosen nach ICD10: F, L, T x F						
		Derma Konsil			Psychosomatische Ambulanz			
		n	Mittelwert	SD	n	Mittelwert	SD	Signifikanz p
PHQ - D	Somatoformes Syndrom	79	0,38	0,685	79	0,47	0,574	0,001
	Major Depression	79	0,16	0,406	79	0,49	0,552	0,000
	Andere Depressionen	77	0,14	0,352	77	0,12	0,323	0,632
	Panikstörung	76	0,51	1,113	79	0,86	1,163	0,000
	Angststörung	77	0,01	0,114	78	0,05	0,222	0,177
DESTAX	Global	79	1,32	3,138	79	5,35	10,657	0,002
	Index	79	0,2	0,628	79	0,82	1,509	0,001
PDS	Anzahl	79	1,27	1,465	79	1,56	1,465	0,214
	Trauma	79	0,66	0,477	79	0,71	0,477	0,497
IES	Gesamt	45	23,16	21,389	50	35,42	19,898	0,005
	Vermeidung	45	11,51	11,573	49	15,73	10,837	0,071
	Intrusion	45	11,58	11,013	50	19,16	10,574	0,001
DKB - 35	Vitalität	73	3,18	7,8989	69	2,591	0,8658	0,000
	Selbstakzeptanz	69	3,509	0,7088	39	3,144	0,9616	0,026
	Sexualität	65	3,462	1,1097	31	3,194	1,2301	0,287
	Selbstaufwertung	66	2,775	0,6137	38	2,589	0,8253	0,194
	Körperkontakt	67	3,631	0,8316	39	3,518	1,0728	0,545

Tabelle 12: Zusammenfassung der Mittelwerte und Standardabweichungen der ausgewerteten Fragebögen im Gruppenvergleich



Graphik 23: Zusammenfassung der Mittelwerte und Standardabweichungen der ausgewerteten Fragebögen als Balkendiagramm im Gruppenvergleich

5 Diskussion

Mit dieser Arbeit soll hinterfragt werden, inwieweit und in welchem Ausmaß es eine Verknüpfung zwischen dem subjektiv empfundenen Körperbild, dermatologischen Hauterscheinungen und eventuellen psychopathologischen Erkrankungen gibt. Aus dem Blickwinkel von verschiedenen Symptomen und Eigenschaften (Beschwerdeerleben, Dissoziation, Körperbild) werden Patienten mit Hauterkrankungen, welche sich in stationärer Behandlung in der Klinik für Dermatologie und Allergologie der TU München befinden und konsiliarisch durch die Klinik für Psychosomatik der TU München gesehen werden, mit Patienten der Allgemeinen Psychosomatischen Ambulanz der TU München, verglichen. Verschiedene Selbstbeurteilungsbögen werden durch die Studienteilnehmer ausgefüllt. Die Analyse und Bewertung der Ergebnisse der psychometrischen Fragebögen soll im Folgenden diskutiert werden.

5.1 Soziodemographische Daten

Die Basisdokumentation des Patientenfragebogens enthält allgemeine Fragen und interviewt die soziodemographische Daten der befragten Patienten. Dabei soll der Patient Auskunft über Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Kinderanzahl, Ausbildung, Beschäftigungsverhältnis und vorherige

psychosomatische oder psychiatrische Behandlungen geben. Die beiden Gruppen sind in gleich große Gruppenanteile aufgeteilt worden und kann damit gut gegenübergestellt und verglichen werden. Einen wesentlichen Unterschied im Bezug auf Geschlechterverteilung, Alter, Familienstand, Partnersituation, Kinder, Schulbildung, Sozialstatus, Krankschreibungen, Körperschmuck (Piercings, Tätowierungen), BMI, Sportliche Aktivitäten und Diätverhalten konnte nicht festgestellt werden. In den beiden Gruppen unserer Studie sind ca. 2/3 der Befragten Frauen (81% Frauen versus 19% Männer). Insgesamt konnten in dermatologischen Praxen psychische Störungen mit bis zu 33,4% und in stationären Kliniken für Hautkrankheiten mit bis zu 60% gefunden werden (Hughes 1983; Aktan 1998). Die Ausprägung der Hauterkrankungen werden von den Frauen als schlimmer beschrieben als von den Männern, was aber auch auf eine erhöhte Aufmerksamkeit der Frauen gegenüber Ihren Körper erklärt werden kann (Kupfer 2008). Diese Hypothese könnte durch folgende Quellennachweise belegt werden: Laut einer Studie des Robert Kochs Institutes leiden Frauen etwas häufiger an psychischen Störungen als Männer (Kurth 2012). „Laut einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) gehen Frauen öfter zum Arzt als Männer. Bis zum 65. Lebensjahr weisen sie jedes Jahr 6,5 Arztkontakte mehr auf als Männer“ (Gieseke 2012). In einer Gesundheitsstudie in den USA wurde festgestellt, dass Frauen generell häufiger krank sind als Männer. Dieser Studie zufolge haben Frauen eine höhere Auslastung der medizinischen Leistungen, d.h. sie gehen schneller und häufiger zum Arzt als Männer und haben eine größere Bereitschaft eine Krankheit zu erkennen und zu melden (Wingard 1984; Kandrack 1991). Hinsichtlich des Familienstandes und der Partnersituation ist zwar kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen feststellbar gewesen, dennoch war aus der Studie ersichtlich, dass psychosomatische Ambulanz Patienten und dermatologische Patienten zum Zeitpunkt der Ausfüllung der Fragebögen zum Großteil unverheiratet waren (bei einem Mittelwert von 43,35 Jahren), aber die Mehrzahl der Befragten mit einem festen Partner zusammen leben. Bei einer Studie über die Rolle des Familienstands und die Auswirkungen von Hautkrankheiten wurden verheiratete Patienten und ledige Patienten im Hinblick auf Emotionen und Auswirkung auf die Krankheit verglichen. Es wurde festgestellt, dass verheiratete Patienten eine

geringere Auswirkung auf die Krankheit hatten und mit weniger Emotionen die Krankheit wahrnahmen. Unverheiratete Patienten nahmen die Krankheit stärker wahr und waren emotionaler davon betroffen. Dennoch scheint aber das Geschlecht eine höhere Rolle bei einer Krankheitsbewältigung zu haben als der Familienstand (Tabolli 2012). Eine Relevanz der Bindungstheorie bei psychosomatischen Hauterkrankungen konnte eine Studie von Dorst und Seikowski aufzeigen. Hautpatienten die unsicher gebunden sind empfinden mehr psychische Beeinträchtigungen und berichten häufiger Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen und Hautveränderungen als sicher gebundene Hautpatienten (Dorst 2012). Es ergab zwar keinen signifikanten Unterschied im Ausbildungsniveau oder Sozialstatus der Patienten der beiden Gruppen, trotzdem ist hervorzuheben, dass im Bereich der dermatologischen Patientengruppe die Mehrzahl der Befragten ein Studium absolviert haben und im psychosomatischen Patientenzweig die Mehrzahl der Befragten ein Realschulabschluss oder Mittlere Reife haben. Beide Gruppen gaben an momentan Vollzeit erwerbstätig (über 36 Stunden pro Woche) zu sein. Hinsichtlich des Ausbildungsniveaus erklärten andere Studien, dass das Risiko an psychosomatischen Erkrankungen oder dermatologischen Erkrankungen zu leiden bei den unteren sozialen Schichten erhöht ist. Eine Ausnahme (wie auch in unserer Studie zu sehen ist) bildet die Gruppe der allergischen Dermatosen (Neurodermitis). Sie sind in unserer Studie die am häufigsten diagnostizierten Dermatosen und kommen im Vergleich zu den anderen Hauterkrankungen häufiger bei den sozial bessergestellten Familien vor (Haynal 1959), (Ellsäßer 2002). Einen erwarteten signifikanten Unterschied ergaben die Patientenbefragungen bezüglich Ihrer vorherigen psychosomatisch /psychiatrisch, stationär oder ambulanten Therapien. Eine Mehrheit an Befragten in beiden Gruppen weist eine vorherige ambulante psychotherapeutische Behandlung auf. Als Komorbidität der Hauterkrankungen steht im Vordergrund die Depression,- und Angststörungen, und damit auch deren psychotherapeutischen Behandlungsansatz (Koo 1995; Cotterill 1997; Ongenaë 2006; Gieler 2008). Im Handbuch für „Psychosomatische Dermatologie“ von Harth werden die Hauterkrankungen nach ICD-10 beschrieben und deren Komorbiditäten aufgelistet (Harth 2006). Wie auch die anderen Autoren beschreibt er als häufigste Komorbidität für psychosomatische Dermatosen die Depression, und erwähnt die

Indikationen für eine Psychotherapie in der Dermatologie um die Lebensqualität dieser Patienten und deren Stress, welche auch als Auslöser der Erkrankung ein Triggerfaktor sein kann, zu mildern (Harth 2008). Gupta schreibt in seiner Studie dass 30% der dermatologischen Patienten psychiatrische und psychosoziale Komorbiditäten aufweisen. Er betont die Bedeutsamkeit dem Patienten eine Psychotherapie anzubieten, und den Patienten in bio-psycho-sozialer Weise zu durchleuchten (Gupta 2005). Wiederum nicht verwunderlich ist das Ergebnis der stationären und ambulanten Therapien. Die psychosomatische Patientengruppe weisen gegenüber den dermatologischen Gruppe höhere Werte im Hinblick auf psychosomatische und psychiatrische Therapien, auf. Unsere Studie bezüglich des Body Mass Index weist keine signifikanten Differenzen bezüglich der beiden Vergleichsgruppen auf. Die Psychosomatische Gruppe ist innerhalb der Normalgewichtigen und die Dermatologische Konsil Gruppe etwas über den Psychosomatischen Ambulanz Patienten, d.h. im Bereich der Prä-Adipositas mit einem BMI Mittelwert von 25,5. Das Thema „Übergewicht und psychische Störungen“ gewinnt immer mehr an Bedeutung und zahlreiche Studien beschäftigten sich in den letzten Jahren mit diesem Problem. Eine deutsche Studie beschreibt noch keinen aufzufindenden Bezug zwischen Übergewicht und einem Risiko an psychischen Störungen zu erkranken (Hach 2007). Andere Studien zeigen klar, dass übergewichtige Patienten häufiger an depressiver Verstimmung leiden, ein erhöhtes Risiko an Angststörungen zu erkranken haben und eher Stigmatisierungsprobleme, Lebensqualität- Einbüßungen erleiden als gesunde Vergleichspersonen (Palinkas 1996; Sareen 2006; Gadalla 2009). Da in unserer Studie der Durchschnitt der psychosomatischen Ambulanz Patienten im Normgewicht liegen, können wir diese Punkte nicht erfassen. Eine weitere Assoziation des Body Mass Index mit dem Schweregrad einer Hauterkrankung kann im Hinblick auf die Schuppenflechte beobachtet werden. Adipositas begünstigt Hautveränderungen, Hautinfektionen und Lymphödeme (Lau 2013). Über die Hälfte der Teilnehmer beider Gruppen geben an, keinen regelmäßigen Sport zu treiben und sich auch momentan nicht in einer Diät zu unterziehen. Koblenzer weist in seinem Journal „Psychologic aspects of aging and the skin“ darauf hin, dass Sport treiben (wie schon in anderen Studien) - infolge durch den Endorphinausschuß- zur vermehrten subjektiven empfundenen

Glücksgefühle beiträgt und damit einer Depression entgegen wirkt und zu einem gesünderen Körpererleben führen kann (Koblenzer 1996).

5.2 Hauptdiagnosen der Patienten

An erster Stelle bei den Dermatologischen Konsil Patienten ist die Gruppe der „Dermatitis und Ekzeme“. An zweiter Stelle die Gruppe der „Allergien“ und an dritter die Gruppe der „Urtikaria und Erytheme“. Die ICD-10 Diagnostik der psychosomatischen/psychiatrischen Beschwerden nach ICD-10 ergaben folgendes Bild bei den Hauterkrankten: 1. „andere psychische Störungen“, 2. „Depression“, 3. „Trauma“. Bei den psychosomatischen Ambulanz Befragten sind folgende Diagnosehäufigkeiten Spitzenreiter: an erster Stelle „Depressionen“, gefolgt von den „Somatisierungsstörungen“ und „andere psychische Störungen“. Hierbei muss erwähnt werden, dass in der psychosomatischen Dermatologie die „psychosomatischen Hauterkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine wichtige Rolle in der Ätiologie spielen“ (Harth 2006), eingegliedert werden nach ICD-10 in die F-Ziffer für die psychosomatische bzw. psychiatrische Diagnosegruppen, (welche für Neurodermitis, Urtikaria, Prurigo, etc. die F54 ist), und die L Ziffern für die dermatologischen Diagnosegruppen. In dieser Studie wurden die F54 Ziffern unter dem Oberbegriff „andere psychische Störungen“ eingeteilt und es ist damit nicht verwunderlich, dass sie Spitzenreiter in den diagnostischen Hautleiden der Patienten sind. Außerdem wurden die ICD-10 Diagnosen (F und L) in Oberbegriffe eingeteilt, d.h. es ist in unserer Arbeit nicht mehr ersichtlich ob eine Allergie als Lebensmittelallergie oder als Medikamentenunverträglichkeit voraus ging. Des Weiteren ist in unserer Studie (aufgrund des Vorliegens eines einmaligen Messzeitpunktes) nicht erkennbar, ob nun die Hauterkrankung oder die psychische Störung als erstes vorhanden war. Außerdem sind die Komorbiditäten nicht erfasst worden, es ist nur verständlich, welche die häufigsten gestellten Diagnosen waren. Der Wissenschaftler Gieler sieht die Dermatosen in einem bio-psycho-sozialen Modell ganzheitlich und unterstreicht die enorme Wichtigkeit für die richtigen Therapieansätze, ob eine Dermatose nur zufällig aufgetreten ist oder als Ursache für eine psychische Störung zu sehen ist oder gar aufgrund einer psychischen Störung zum Vorschein kam (Gieler 2008). Es kann nach unserer Studie auch kein direkter Zusammenhang nach Dermatose und zuvor aufgetretenes dramatisches

Lebensereignis geschlossen werden. Wir haben in unseren Befragungen vernehmen können, dass über 20% der dermatologischen Patienten ein Trauma erlitten hatten. Ob dieses Lebensereignis zur Hauterscheinung führte oder nicht, kann in unserer Arbeit nicht angenommen werden.

5.3 Fragebögen

Die Fragebögen dienen als Instrument der Selbstbeurteilung. Da der Befragte die Antworten gemäß seiner eigenen Urteilskraft preisgibt, spielen viele Faktoren in die Antwortmöglichkeiten rein und daran anknüpfend kann das Testergebnis vielfältig ausfallen. Es könnte eine Rolle spielen, in welcher Stimmungslage sich der Patient zum Zeitpunkt der Fragebögen Ausfüllung befand. Seine psychische Repräsentanz zum Zeitpunkt der Beantwortung der Fragen könnte die Antworten in eine positive oder negative Richtung lenken. Auch die Persönlichkeit des Patienten spielt mit hinein: ist der Patient eher introvertiert, gibt er vielleicht nicht zu viel von sich Preis und beantwortet die Fragen wie er denkt, dass es sich gehört oder wie er wirklich empfindet? Oder ist der Patient eher extrovertiert, beantwortet er die Fragen eher in eine Richtung der Übertreibung? In welcher Befindlichkeitsphase befindet sich der Befragte zu diesem Zeitpunkt? Fazit ist, dass bei dieser Methode der Selbsteinschätzung gewiss ein bestimmter Grad an Beschönigung auszumachen ist und dadurch die Ergebnisse relativiert.

5.3.1 PHQ-D

Diese Art der Selbstbeurteilung ermittelt gemäß den diagnostischen Punkten des ICD-10 eine depressive,- somatoforme,- des Weiteren eine Angst,- und Panikstörung. Viele Autoren berichten in Ihren Studien über verschiedene psychische Komorbiditäten von Hauterkrankten Patienten. Gieler, Harth und Locala sind nur wenige der zahlreichen Autoren, die sich insbesondere mit diesem Thema auseinandersetzen. Sie beschreiben gemäß den häufigsten vorkommenden Dermatosen die dazugehörigen psychischen Auffälligkeiten, die entstehen können aufgrund der vorliegenden dermatologischen Erkrankung. Depression, Angststörung und Neurotizismus sind Interaktionen für die atopische Dermatitis. Eine Depression kommt auch als Komorbidität bei Urtikaria, Psoriasis und Body dysmorphic disorder (Körperdysmorphie Störungen) vor. Des Weiteren werden soziale Phobien und

Depressionen den an Akne Erkrankten zugewiesen (Harth 2006; Harth 2008; Locala 2009). Gupta rechnet in einer seiner Studien mit sogar 30% psychiatrischer und psychosozialer Komorbiditäten bei dermatologischen Patienten (Gupta 2005). Oft ist es ein Teufelskreis. Die Hauterscheinung bringt häufig depressive Begleiterscheinungen mit sich und das wiederum bedeutet Stress für den Patienten und führt zu einer Verschlechterung des Hautbildes und vizeversa. In unserer Studie ist der Hauptanteil der psychischen Störungen in der Gruppe der psychosomatischen Patientengruppe einzuordnen, obgleich die dermatologische Gruppe auch Störungen vorzuweisen hat, jedoch in geringeren Prozentzahlen. Dieses Resultat erfüllt unsere Vermutungen und bestätigt, dass sowohl Depressionen, als auch somatoforme Störungen (und in einem kleineren Anteil auch die Angst,- und Panikstörungen) Komorbiditäten der dermatologischen Erkrankungen anzeigen.

5.3.2 DESTAX

Der DESTAX „Dissociative Experience Scale Taxon“ dient als Selbstbeurteilungsverfahren, um dissoziative Störungen (Identität, Gedächtnis, Bewusstsein und Kognition) und deren Subskalen (Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion) zu erfassen. In früheren Zeiten (Hippokrates, Charcot, Freud und Breuer) ersetzte der Begriff der „dissoziativen Störung“ die „Hysterie“ (Gündel 2005). Da es heute als stigmatisierend empfunden wird, wurde der Begriff gemäß ICD-10 und DSM-IV neu aufgegliedert und definiert. Der Begriff „dissoziative Störung“ hat ein sehr breites Spektrum, von harmlosen Alltagszuständen bis hin zu pathologischen Formen. Gängige Redewendungen wie „Weggetreten sein“ und „neben sich stehen“ verdeutlichen wie facettenreich die Erkrankung ist und kennzeichnet einen Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Verhaltens (Sonnenmoser 2004). Das Hauptmerkmal gemäß ICD-10 der dissoziativen Störungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen integrativen Funktionen von Erinnerung, Bewusstsein, Empfindung und Kontrolle von Körperfunktionen (Harth 2006). In unserer Studie ergab die Auswertung des DESTAX hochsignifikante Unterschiede im Hinblick auf beide Gruppen. Die psychosomatischen Patienten leiden wesentlich häufiger an dissoziativen Störungen als die dermatologische Gruppe. Dieses Ergebnis ist nicht weiter verwunderlich. Dissoziative Symptome, z.B. Amnesie, d.h. Verdrängung von Erinnerungen die auf

traumatisierende oder schuldhaft belastende Ereignisse oder Beziehungen zurückgehen, kommen gehäuft bei psychosomatischen Patienten vor, da hier auch die PTBS (Posttraumatische Belastung Syndrom), Panik,- und Angststörungen deutlich höher anzusetzen sind als bei der dermatologischen Patientengruppe, wo eher die Depressionen als Komorbidität eine Rolle spielt. Eben diese traumatischen Ereignisse gilt es zu verdrängen mithilfe der Dissoziation. Zahlreiche andere Autoren bestätigen die Trauma - Assoziation der dissoziativen Störung. So schreibt z.B. Eckardt-Henn in einer seiner Studien über PTBS (Posttraumatische Belastung Syndrom) und Dissoziative Störungen, dass sie als „(...) spezifische Folgestörungen nach schweren, meist chronischen Traumatisierungen auftreten, (...). Die Dissoziation kann nach neueren Konzepten als eine spezifische Abwehrfunktion und gleichzeitig als ein Folgezustand nach schweren belastenden Ereignissen verstanden werden (...)“ (Eckhardt-Henn 2004). Prof Dr. Freyberger und Stieglitz betonen, dass verschiedene Faktoren, wie z.B. sexueller Missbrauch, Deprivation, Gewalt und andere frühe traumatisierende Erfahrungen, eine erhöhte Suggestibilität und genetische Disposition Personen anfällig machen an dissoziativen Störungen zu erkranken. Vermuten lässt sich also bei den hohen Werten des DESTAX im Bereich der psychosomatischen Ambulanz Patienten, dass eventuell vorhandene posttraumatische Belastungs Syndrome vorliegen. In unserer Studie ist aber kein signifikanter Gruppenunterschied in der PDS (Posttraumatische Diagnostische Skala) festzustellen. Eine Hypothese des hohen Wertes könnte man im PHQ-D (Patients Health Questionnaire) Fragebogen ansetzen. Somatoforme Störungen bei den psychosomatischen Patientenzweig sind hier durchaus häufiger vertreten als bei der dermatologischen Gruppe. Es kann angenommen werden, dass ein Anteil der Patienten in diesen Somatoformen Syndrom Modulen dissoziative Störungen haben. Dies passt wiederum zum Resultat des IES (Impact of Event Scale) Fragebogens. Vermeidung und Intrusion Modul ist bei den psychosomatischen Patienten höher bemessen worden als bei den Hauterkrankten und lässt daraufhin schließen, dass die Hauterkrankten weniger traumatische Ereignisse erlitten hatten und daraufhin auch weniger dissoziative Störungen erleiden. Autoren belegen, dass Hauterkrankungen (wie z.B. eine atopische Dermatitis) getriggert werden können durch belastende Ereignisse und somit wiederum zu einer dissoziativen Störung

führen können. Die Autoren folgern, dass Somatisierungsstörungen (Unterform des Somatoformen Syndroms) eine häufige und schwerwiegende Begleiterkrankungen bei Patienten mit dissoziativen Störungen ist (Saxe 1994). Ob Hauterkrankte häufiger als die Normalbevölkerung an dissoziativen Syndromen leiden, konnte der Literatur nicht entnommen werden (Wise 1975; Gupta 2006).

5.3.3 PDS

Bei der Posttraumatic Diagnosis Scale werden 12 Items abgefragt, um verschiedene Möglichkeiten, Arten und als traumatisierend empfundenes Erlebnis der Patienten, zu ermitteln. Es ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede. Einen dominierenden Wert weisen die psychosomatischen befragten Patienten auf, aber auch die dermatologischen Patienten referieren über sehr belastende Erlebnisse. Eine mögliche Hypothese, warum in beiden Gruppen die PDS Befragung als nicht signifikant ausfiel ist, dass die mehr oder weniger schweren Belastungen und Lebensereignisse bei den Hauterkrankten eher als Belastung,- und Anpassungsstörung zu sehen ist und nicht gemäß ICD-10 zur Diagnose eines Posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS) hinzugezählt werden. Die Hauterkrankung kann selbst als Belastung empfunden werden und kann zu psychischen Anpassungsstörungen führen. Eine Krankheit der Haut führt zu Anpassungsstörungen, dies wiederum zu Angst und Depression und resultiert in sozialem Rückzug. Hingegen Merkmale der PTBS sind schwerwiegender zu sehen, typisch sind unter Anderem ein wiederholtes Erleben des Traumas, emotionaler Rückzug, Vermeidung, Ausbrüche mit Aggression und Wut. Anhand des sexuellen Missbrauchs als posttraumatisches Ereignis treten als Langzeitfolge häufig Dermatosen auf. Folgeerscheinungen sind eine unter Anderem ein Borderlinestörung mit Selbstverletzungen sowie Essstörungen (Seikowski 1999; Harth 2006; Harth 2006).

5.3.4 IES

Bei der Befragung nach den individuellen Reaktionen auf belastend erlebte Ereignisse konnten hochsignifikante Unterschiede in den Bereichen „Intrusion“ und „Vermeidung“, sowie im „Gesamtgeschehen“ festgestellt werden. Hierbei ist das Ausmaß der posttraumatischen Beschwerden bei den psychosomatischen Patienten

im Vergleich zu den hauterkrankten Patienten stärker ausgeprägt. Überraschend kommt dieses Resultat nicht. Zumal die PDS Fragebogen Auswertung darauf hindeutet, dass mehr psychosomatische Patienten unter traumaassoziierten Beschwerden bzw. Erlebnissen leiden als die dermatologische Gruppe.

5.3.5 DKB-35

Bei dem Dresdner Körperbildfragebogen handelt es sich um einen jungen und neuartigen mehrdimensionalen Fragebogen zur Erfassung von Einstellungen zum eigenen Körper und standardisiert die Ausprägung dieser Körperbildkomponenten. Es werden fünf voneinander unabhängige Faktoren erkannt: Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbstaufwertung und Körperkontakt. Im Rahmen dieser Arbeit wurden beide Patientengruppen mittels des DKB-35 über Ihre subjektive Beurteilung des Körperbildes befragt. Bei der Auswertung konnten wesentliche Gruppenunterschiede festgestellt werden. Die Befragten der Psychosomatischen Ambulanz Gruppe zeigten in allen Kategorien bzw. Faktoren eine negativere Einschätzung ihres Körperbildes im Vergleich zu den Hauterkrankten Befragten. Dem ungeachtet sind insgesamt die Werte beider Gruppen unter den Werten der Normalverteilung, d.h. sowohl die Gruppe der psychosomatischen Ambulanz Patienten, als auch die Gruppe der dermatologischen Patienten befinden Ihr Körperbild ablehnender als die Allgemeinbevölkerung (Pöhlmann). In den Kategorien „Vitalität“ und „Selbstakzeptanz“ sind Gruppendifferenzen ermittelt worden. Dabei dreht sich der Punkt „Vitalität“ um die subjektiv empfundene körperliche Leistung, Belastbarkeit und Widerstandsfähigkeit. Dahingegen der Punkt „Selbstakzeptanz“ um die subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Die Hauterkrankten zeigten in diesen beiden Faktoren einen deutlich positiveren Wert und fühlten sich demnach körperlich fitter und akzeptierten Ihren Körper ein wenig mehr als die Patienten der Psychosomatischen Ambulanz. Auf den ersten Gedanken hin könnte man den umgekehrten Fall annehmen, nämlich, dass Hauterkrankte mit psychosomatischer Komponente ein schlechteres Körperempfinden aufweisen würden als quasi „nur“ psychosomatisch Erkrankte ohne Hautauffälligkeiten. Aber dies täuscht, denn bio-psycho-soziale Modelle spielen hierbei eine bedeutende Rolle (Gieler 2008; Locala 2009). Patienten mit Hautbeschwerden sind zwar sehr belastet durch Ihre Hauterkrankung, dennoch positiver eingestellt als Ihre Vergleichsgruppe. Die

folgenden Punkte könnte dies untermauern: Ein möglicher Aspekt für das positivere Körpererleben bei Hauterkrankten im Vergleich zu psychosomatische Ambulanzpatienten ist, dass Sie mehr ambulante Psychotherapieerfahrung haben, Ambulanzpatienten dafür mehr stationäre Vorbehandlungen. Damit sind die psychosomatischen Ambulanzpatienten insgesamt stärker vorbelastet und dies hat für Ihr Körpererleben offensichtlich stärkere Auswirkungen als bei den dermatologischen Patienten. Des Weiteren ist die Schulbildung bezüglich der beiden Gruppen zu durchleuchten. Die dermatologische Gruppe hat vermehrt Patienten mit abgeschlossenem Studium/Universitätslaufbahn, dahingegen die psychosomatische Gruppe eher Realschulabschlüsse. Ob bezüglich der höheren Bildung ein besseres Körperempfinden oder Körperverständnis erlangt wird, kann nur spekuliert werden. Es wurden diesbezüglich keine bedeutenden Studien in dieser Recherche (PubMed) gefunden. Das subjektiv empfundene Körpererleben bzw. das Körperbild jedes Individuum ist je nach Familienstand ein anderes. Es fällt auf, dass Hautpatienten häufiger verheiratet sind und weniger geschieden sind, als die psychosomatischen Patienten. Es wird vermutet, dass die Partnerschaft, die Familienzugehörigkeit und der Familienzusammenhalt von Bedeutung für das Körperbild sind. Im Diskussionsteil der soziodemographischen Daten wurde dieses Thema in einer Studie von Tabolli schon abgehandelt und bestätigt (Tabolli 2012). Auch die Sexualität spielt eine Rolle, und wird von den Hauterkrankten als positiver erlebt als von den psychosomatischen Patienten. De Korte berichtet in einer Studie über Psoriasispatienten und deren Lebensqualität. Die Patienten referieren über ein körperliches Unbehagen, emotionale Instabilitäten, negatives Körper,- und Selbstbild und Einschränkungen im täglichen Leben. Ihre sozialen Kontakte verringern sich und sogar die Arbeit sei betroffen. Das Sexualleben wurde dahingegen aber als unbedeutend gewertet (De Korte 2004). Das Resultat des Body Mass Index wirkt den Erklärungsversuchen dieser Studie entgegen. Demnach haben die Hauterkrankten einen etwas höheren BMI als die psychosomatische Gruppe und laut Autoren würde man annehmen, dass die Personen mit einem erhöhten BMI ein geringeres Selbstwertgefühl und Körperempfinden aufweisen als Normalgewichtige. Da aber der BMI mit 25,5 Mittelwert bei der Hautgruppe noch im Bereich der Prä-Adipositas Grad I liegt, kann hier über Übergewicht und negativeres Körpererleben,

bzw. negativeres Selbstwertgefühl keine Vermutung angestellt werden (siehe soziodemographische Daten Diskussionsteil) (Hach 2007). Der generell schlechtere Wert in allen Kategorien (Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbstaufwertung, Körperkontakt) in Betracht auf deren Körpererleben kann mit dem Geschlechterverhältnis dieser Studie zusammenhängen. Da 2/3 der Befragten Frauen sind, stellt sich die Frage ob Frauen Selbstkritischer mit Ihrem Körper umgehen oder ein negativeres Körperempfinden aufweisen als Männer. Laut einer Schweizer Expertengruppe wird heutzutage beobachtet, dass das Wohlbefinden, die positive Wahrnehmung und die Einstellung zum eigenen Körper häufig durch Einflüsse von außen gestört sind. Mädchen bzw. Frauen sehen sich oft als zu dick, obwohl sie es nach medizinisch-objektiver Einschätzung nicht sind, und Männer träumen schon früh von Muskeln und Stärke (Schulte-Abel 2013). Daszkowskis Buch über „Das Körperbild bei Frauen und Männern“ gibt Aufschluss über unsere Hypothese. Zwar hatten Männer altersunabhängig eine positivere Einstellung zu Ihrem Körper als Frauen, diese Differenz zwischen den Geschlechtern erfuhr mit zunehmendem Alter jedoch eine Angleichung. Männer nehmen Ihren Körper im Mittel als größer, belastbarer und leistungsfähiger wahr. Frauen den Ihren hingegen als gepflegter (Daszkowski 2003). In verschiedenen empirischen Arbeiten über das Körperbild, zeigte sich immer wieder deutlich, dass das differente Körperbeschwerdeerlebnisse auch vom Geschlecht abhängt. Frauen beklagen sich häufiger über Körperbeschwerden und über Ihr Aussehen als Männer, gleichzeitig nehmen Frauen auch häufiger Hilfe des Arztes an (Brähler 1995; Kroenke 1998; Ladwig 2000). Autoren berichten bei Frauen über ein augenscheinliches sensitiveres Gefühl für körperliche Symptome, geschlechtsspezifische kognitive Bewertungsmuster, und auch ein Symptom-Berichtsverhalten („Reporting“), welches sich von den Männern unterscheidet (Van Wijk 1997). Ein weiterer Erklärungsversuch zum generell schlechteren Körperempfinden in allen Kategorien der beiden Gruppen kann über die Stimmungslage und Wahrnehmung der eigenen Figur vorgenommen werden. Gemäß der Auswertung unserer psychosomatischen Hauptdiagnosen sind in beiden Gruppen hauptsächlich die Diagnosegruppen „anderen psychischen Störungen“, „Depressionen“, „Somatisierungsstörungen“, „Angststörungen“ und „Traumastörung“ von Bedeutung. Viele Autoren berichten von

einem Zusammenhang bei Depressionen und negativer Körperzufriedenheit. Gupta beschreibt in einer seiner zahlreichen Studien zum Thema der „Psychosomatischen Dermatologie“, dass am häufigsten in der Dermatologie als Komorbidität die Depression vorkommt, aber auch soziale Phobien, Posttraumatische Belastungssyndrome und Körperbildstörungen sind zur Hauterkrankung zusätzlich aufgetreten (Gupta 2005). Auch Cotterill bestätigt diese Aussage. Er untersuchte Frauen mit Akne und Depressionen und konnte eine Körperbildstörung festlegen, zusätzlich litten die Patientinnen so sehr unter Ihren Beschwerden dass sie Suizidversuche gestartet hatten (Cotterill 1997). Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass der Fragebogen DKB-35 sehr gute psychometrische Kennwerte und hohe Konstruktvalidität aufweist, allerdings gilt es noch die externe Validität zu überprüfen (Pöhlmann).

6 Zusammenfassung und Ausblick

Gegenstand unserer Studie ist das psychosomatische Beschwerde - und Körperbild bei dermatologischen Patienten im Vergleich mit Patienten der psychosomatischen Ambulanz. Eine explorative, prospektive und anonymisierte Datenerhebung mittels Experteninterview und psychosomatischen Fragebögen dient dem Design dieser Arbeit. Insgesamt wurden N = 158 Patienten (79 Patienten pro Gruppenzweig) in dieser Studie befragt und ausgewertet. Die Befragung fand im Zeitraum zwischen 2008 und 2013 an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar und der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, in München statt. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 43,35 (+/- 16) Jahren. In der soziodemographischen Datenauswertung der Basisdokumentationsbefragung wurde ein ungleiches Geschlechterverhältnis festgestellt. 2/3 (81%) der Befragten in beiden Gruppen sind Frauen. Auf die Frage „Waren oder sind Sie schon einmal in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung oder ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung gewesen?“ konnten signifikante Gruppen Unterschiede festgestellt werden. Hierbei waren stationäre Vorbehandlungen bei der psychosomatischen Patientengruppe häufig vertreten und die ambulanten Therapiesitzungen bei den dermatologischen Patientengruppe.

Spitzenreiter der Diagnosen im Zuge der der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV im dermatologischen Bereich waren der Reihenfolge nach eine Dermatitis und Ekzem (58,3%), gefolgt von dem Bereich der Allergien (44,4%) und an dritter Stelle die Urtikaria und Erytheme (16,7%). Im psychosomatischen Zweig der Hautpatienten konnten andere psychische Störungen (F54: psychische und Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Krankheiten mit 54,8%), Depressionen (27,4%) und Traumata (21,9%) festgestellt werden. Dahingegen lagen bei den psychosomatischen Patienten an erster Stelle die Depression (50,6%), an zweiter die körperlichen Beschwerden (26,6%) und an dritter Stelle die anderen psychischen Störungen (19,0%). Unsere Ergebnisse präsentieren, dass ein Beschwerdeerlebnis der Körperbildstörungen kein isoliertes Krankheitsbild darstellt, sondern oft mit psychosomatischen Komorbiditäten wie Angst, Depressionen und körperlichen Symptomen einhergeht. Signifikante bis hochsignifikante Gruppenunterschiede lassen sich bei der PHQ-D (Patient Health Questionnaire) Befragung feststellen. Die Gruppe der psychosomatischen Ambulanzpatienten wies höhere Werte für die Somatoformen Syndrome, Major Depressionen und Panikstörungen auf. Die Befragung des DESTAX (Dissociative Experience Scale Taxon) ergab hochsignifikante Unterschiede bei den dissoziativen Störungen/Symptomen. Die Patienten der psychosomatischen Gruppe offenbarten öfter dissoziative Symptome als die dermatologischen Patienten. Die Auswertung der PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale) wies keine Gruppenunterschiede auf. Herauszulesen ist lediglich eine leichte dominierende Tendenz des psychosomatischen Patientenzweiges im Vergleich zu den Hautpatienten. Dahingegen wurden bedeutsame Unterschiede bei der IES (Impact of Event Scale) Befragung festgestellt. Psychosomatische Ambulanzpatienten erfahren ein intensiveres Beschwerdeerlebnis der Traumatisierung als Ihre dermatologischen Gruppenegegner. In den fünf Dimensionen des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35) wurden kennzeichnende Unterschiede in zwei Dimensionen (Vitalität und Selbstakzeptanz) festgestellt. Die Gruppe der hauterkrankten Patienten wies eine positivere Einstellung in diesen Bereichen auf. Insgesamt waren in beiden Gruppen die Werte unter der Norm und ein negativeres Körperschemata oder Körperbild im Vergleich zur Normalbevölkerung konnte erkannt werden. Im Ganzen kann eine

verzweigte und variable Ausprägung des Beschwerdeerlebens und Körperbild bei psychosomatischen und dermatologischen Patienten gefunden werden. Die Tragweite der differenten Beschwerdeerlebnisse und Körperbildstörungen der psychosomatischen Dermatologie sollte in einem bio-psycho-sozialen Modell ganzheitlich gesehen werden. Verglichen mit der bekannten Literatur wurde erwartet, dass sich ein deutlicher Unterschied zwischen unseren beiden Gruppen und der Normalbevölkerung hinsichtlich eines Körperbild Beschwerdeerlebnisses abbildet. Vermutet wurde ein generell schlechteres Körperbildempfinden bei der dermatologischen Gruppe im Vergleich zur psychosomatischen Gruppe. Entgegengesetzt dem Vermuteten zeigen die Resultate unserer Ergebnisse ein besseres Körpererleben in der Hauterkrankten Gruppe, im Vergleich gesehen zur psychosomatischen Ambulanz Gruppe.

Weiterführende Studien die dieses Thema dieser Arbeit aufgreifen könnten, wären interessant für ein besseres Verständnis, Diagnostik und Therapie der Körperbildstörungen. In unserer Studie wurde der DKB-35 als Körperbildfragebogen benutzt. Indem die Körperbildstörung ein multidimensionales Krankheitsbild darstellt und eine Versorgung dieser körperdysmorph geschädigten Patienten sich als verhältnismäßig schwierig zeigt, sollte insbesondere in der Zukunft ein besonderes Augenmerk auf die Grundlagenforschung (Kognitive, Wahrnehmung,- und Neuropsychologie) geworfen werden, um damit auch einzelne Interventionsmöglichkeiten darzustellen (Ritter 2009). "Die Multidimensionalität des Konstrukts erfordert also den gleichzeitigen Einsatz mehrerer Erhebungsmethoden, wie z.B. Fragebögen (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers - FBeK, Fragebogen zum Körperbild - FKB-20, Frankfurter Körperkonzeptskalen - FKKS, Körper-Grid-Technik) und projektive Verfahren (Rohrschach Formdeutungsversuch /Holtzman-Inkblot-Test - HIT, Draw-a-Person-Test - DAP, Körperbildskulpturtest - KST), um die komplexen Phänomene der Leiberfahrung annähernd akkurat abbilden zu können" (Arnim 2007; Joraschky 2009). Es wurde schon viel über die differenten Körperbildstörungen und Beschwerdebilder verschiedener Patientengruppen geforscht und desgleichen bringt das Thema der Körperzufriedenheit und damit auch Lebensqualität reichlich Stoff für zukünftige Forschungsarbeiten

7 Literaturverzeichnis

Aktan, S., Ozmen, E., Sanli, B. (1998). "Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic." *Dermatology* 197(3): 230-234.

Altmeyer, P., Bacharach-Buhles, M. (2010). "P. Altmeyer: Enzyklopädie der Dermatologie, Venerologie, Allergologie, Umweltmedizin."

Arnim, v. A., Joraschky, P. & Lausberg, H. (2007). *Körperbilddiagnostik*. Heidelberg, Springer.

AWMF, "Leitlinien: psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie)." Leitlinien der Dt. dermatologischen Ges. (DDG), des Dt. Kollegium f. Psychosomatische Medizin (DKPM), der Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin(DGPM) und der Allg. Ärztl. Ges. f. Psychotherapie (AÄGP) Retrieved 11.12.2012, 01.04.2008 (in Überarbeitung), gültig bis 30.04.2013.

Bernstein, E. M., Putnam, F.W. (1986). "Development, reliability, and validity of a dissociation scale." *J Nerv Ment Dis.* 174(12): 727-735.

Böhmer, S. R.-S., U. (2003). Das Konzept der Lebensqualität in der gesundheitsbezogenen Forschung. *Enzyklopädie der Psychologie*. R. Schwarzer. Göttingen, Hogrefe: 370-386.

Brähler, E., Möhring, P. (1995). *Der Körper im Beschwerdebild: Erfahrungen mit dem Gießener Beschwerdebogen (GGB)*. Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. E. Brähler. Gießen, Psychosozial Verlag: 3-18.

Brocq, L., Jacquet, L. (1891). "Notes pour servir á l'histoire des neurodermites." *Ann Dermatol Syphiligr* 97: 193-208.

Bullinger, M. (1997). "Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin." *Psychother Psychosom Med Psychol* 47: 76-91.

Conrad, K. (1933). "Das Körperschema. Eine kritische Studie und der Versuch einer Revision." *Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie* 147: 346-369.

Cotterill, J. A., Cunliffe, W. J. (1997). "Suicide in dermatological patients." *Br J Dermatol* 137(2): 246-250.

Daszkowski, A. (2003). Das Körperbild bei Frauen und Männern- Evolutionstheoretische und kulturelle Faktoren. Marburg Tectum Verlag.

De Korte, J., Sprangers, M. A., Mombers, F. M., Bos, J. D. (2004). "Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review." J Investig Dermatol Symp Proc 9(2): 140-147.

Dilling, H. (2009). Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. H. Dilling, Dierse, B., Freyberger, H.J., Moubour, W. Bern, Hans Huber. 2: 212-221.

Dolto, F. (1987). Das unbewusste Bild des Körpers. . Weinheim / Berlin, Quadriga

Dorst, J., Seikowski, K. (2012). "Skin, bonding and partnership in atopic dermatitis and psoriasis." Hautarzt 63(3): 214-220.

Eckhardt-Henn (2004). "Dissoziative Störungen des Bewußtseins." Psychotherapeut 1: 55-66.

Egger, J. W. (2005). "Das biopsychosoziale Krankheitsmodell." Psychologische Medizin 16(2): 3-12.

Ellsäßer, G., Böhm, A., Kuhn, J., Lüdecke, K., Rojas, G. (2002). "Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern - Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen." Kinderärztliche Praxis 73: 248-257.

Engel, G. L. (1977). "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine." Science 196(4286): 129-136.

Fenichel, O. (1945). The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, Norton.

Fischer & Cleveland, S. E. (1958). Body image and personality. Princeton, Van Nostrand.

Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997). "The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale." Psychological assessment 9: 445-451.

Foa, E. B. (1995). Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual. Minneapolis, MN, National Computer Systems.

Frederich. (2000). "das bio-psycho.soziale Modell." 29.01.2010, from <http://www.frederich.de/theorie/bps.htm>.

Freud, S. (1923). Das Ich und das Es

Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual. Bern, Verlag Hans Huber.

Gadalla, T. M. (2009). "Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population." *Chronic Dis Can* 30(1): 29-36.

Gieler, U., Niemeier, V., Kupfer, J., Harth, W. (2008). "[Psychosomatic dermatology]." *Hautarzt* 59(5): 415-432; quiz 433.

Gieler, U., Stangier, U., Ernst, R., Ed. (2007). Die Sprache der Haut-Das Wechselspiel von Körper und Seele. Düsseldorf, Patmos Verlag GmbH &Co.KG.

Gieler, U., Stangier, U., Ernst, R. (1998). "Psychosomatische Behandlungsansätze im Rahmen der klinischen Therapie von Hauterkrankungen." *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1: 50-84.

Gieseke, S. (2012). Deutsche sind zu oft beim Arzt-von wegen! *Ärzte Zeitung Neu-Isenburg*, Springer.

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. (2004). "Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D" - Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie." *Diagnostica* 50(4): 171-181.

Gündel, H., Kapfhammer, H.P. (2005). "Hysterie, Konversion und Somatisierung." *Nervenheilkunde* 10: 913-918.

Gupta, M. A. (2006). "Somatization disorders in dermatology." *Int Rev Psychiatry* 18(1): 41-47.

Gupta, M. A., Gupta, A.K., Ellis, C.N., Koblenzer, C.S. (2005). "Psychiatric evaluation of the dermatology patient." *Dermatol Clin* 23(4): 591-599.

- Hach, I., Ruhl, U.E., Klose, M., Klotsche, J., Kirch, W., Jacobi, F. (2007). "Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample." *Eur J Public Health* 17: 297-305.
- Harth, W. (2008). "Psychosomatic dermatology (psychodermatology)." *J Dtsch Dermatol Ges* 6(1): 67-76.
- Harth, W., Gieler, U. (2006). Belastungs,- und Anpassungsstörungen. *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg, Springer: 146-147.
- Harth, W., Gieler, U. (2006). Dissoziative Störungen. *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg, Springer: 147-149.
- Harth, W., Gieler, U. (2006). *Psychosomatische Dermatologie*. Anhang A3. Heidelberg, Springer Verlag.
- Harth, W., Gieler, U., Ed. (2006). *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg, Springer Verlag.
- Harth, W., Gieler, U. (2006). Traumatisierung: sexueller Missbrauch. *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg, Springer: 207-212.
- Haynal, A. (1959). "Zur familiären Häufigkeit der Atopien unter Berücksichtigung sozialer Auswahl Faktoren." *Archives of Dermatological Research* 208(6): 632-645.
- Head, H. (1920). *Studies of Neurology* Oxford University Press. Oxford. 2.
- Head, H., Holmes, G. (1911). "Sensory disturbances from cerebral lesions." *Brain* 34: 102-254.
- Hollander, E., Aronowitz, B. R. (1999). "Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient." *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 9: 27-31.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). "Impact of event scale: a measure of subjective stress." *Psychosom Med* 41: 209-218.
- Hughes, J. E., Barraclough, B.M., Hamblin, L.G., White, J.E. (1983). "Psychiatric symptoms in dermatology patients." *Br J Psychiatry* 143: 51-54.

Joraschky, P., Loew, T., Röhrich, F. (2009). Körpererleben und körperrbild. Stuttgart, New York, Schattauer.

Kandrack, M. A., Grant, K.R., Segall, A. (1991). "Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions." Soc Sci Med 32(5): 579-590.

Kiener, F. (1973). "Untersuchungen zum Körperbild (body image) Teil 1." Klinische Psychologie und Psychotherapie 21: 335-351.

Koblenzer, C. S. (1996). "Psychologic aspects of aging and the skin." Clin Dermatol 14(2): 171-177.

Koo, J. (1995). "The psychosocial impact of acne: patients' perceptions." J Am Acad Dermatol 32(5 Pt 3): S26-30.

Kroenke, K., Spitzer, R.L. (1998). "Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms." Psychosom Med 60: 150-155.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2001). "The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure." J Gen Intern Med 16(9): 606–613. .

Kupfer, J., Niemeier, V., Seikowski, K., Gieler, U., Brähler, E. (2008). "Prevalence of skin complaints in a representative sample." Br J Psychiatry 143: 51-54.

Kurth, B. (2012). Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt. Berlin, Robert Koch Institut.

Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Formanek, B., Dammann, G. (2000). "Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population." Eur J Epidemiol 16(6): 511-518.

Lau, K., Höger, P.H. (2013). "Skin diseases associated with obesity in children." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 56(4): 539-542.

Leavitt, F. (1999). "Dissociative Experiences Scale Taxon and Measurement of Dissociative Pathology: Does the Taxon Add to an Understanding of Dissociation and Its Associated Pathologies?" Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 6(4): 427-440.

Locala, J. A. (2009). "Current concepts in psychodermatology." Curr Psychiatry Rep 11(3): 211-218.

- Lowe, B., Spitzer, R. L., Grafe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S., Herzog, W. (2004). "Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses." *J Affect Disord* 78(2): 131-140.
- Lowe, B., Unutzer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J., Kroenke, K. (2004). "Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9." *Med Care* 42(12): 1194-1201.
- MacCormac, H., Sandifer, P.H., Jelliffe, A.M. (1946). "The Itchy Patient." *Br Med J* 2(4462): 48-49.
- Maercker, A., Schützwohl, M. (1998). "Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R)." *Diagnostica* 44: 130-141.
- Moll, I., Ed. (1989,2003,2005). *Dermatologie*. Stuttgart, Thieme Verlag.
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A., Ed. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart, Thieme Verlag.
- Möller, H. J., Laux, G., Dreister, A., Ed. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie. Essstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Niemeier, V., Harth, W., Kupfer, J., Mayer, K., Linse, R., Schill, W.B., Gieler, U. (2002). "Prävalenz psychosomatische Charakteristika in der Dermatologie." *Hautarzt* 53: 471-477.
- O'Sullivan, R. L., Lipper, G., Lerner, E.A. (1998). "The Neuro-Immuno-Cutaneous-Endocrine Network: Relationship of Mind and Skin." *Arch Dermatol* 134: 1431-1435.
- Ongenaes, K., Beelaert, L., Van Geel, N., Naeyaert, J. M. (2006). "Psychosocial effects of vitiligo." *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20(1): 1-8.
- Palinkas, L. A., Wingard, D.L., Barrett-Connor, E. (1996). "Depressive symptoms in overweight and obese older adults: A test of the "jolly fat" hypothesis." *Journal of Psychosomatic Research* 40(1): 59-66.
- Phillips, K. A., Dufresne, R.G., Wilkel, C.S., Vittorio, C.C. (2000). "Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients." *J Am Acad Dermatol* 42(3): 436-441.

Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C.F., Puddu, P., Pasquini, P. (2000). "Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized." *Br J Dermatol* 143(5): 983-991.

Pick, A. (1908). *Arbeiten aus der deutschen psychiatrischen Univeritätsklinik in Prag*. Berlin, Karger.

Pöhlmann, K., Jorschky, P. (2006). "Körperbild und Körperbildstörungen: Der Körper als gestaltbare Identitätskomponente." *PiD - Psychotherapie im Dialog* 2006 7(2): 191-195.

Pöhlmann, K., Thiel, K., Joraschky, P. "Das Körperbild von Essgestörten, Selbstbeschreibungen auf der Basis der Dresdner Körperbildfragebogens." *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Patientinnen mit Essstörungen*, from http://www.psychosomatik-ukd.de/wp-content/uploads/2012/12/pohlmann-thiel-joraschky_in-druck_entwicklung-und-validierung-des-dkb-35.pdf.

Pulimood, S., Rajagopalan, B., Rajagopalan, M., Jacob, M., John, J.K. (1996). "Psychiatric morbidity among dermatology inpatients." *Natl Med J India* 9(5): 208-210.

Ritter, V., Stangier, U. (2009). *Körperdysmorphie Störungen. Hauterkrankungen, Psychologische Grundlagen und Behandlung*. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm, Hogrefe 161-177.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B.J., Belik, S-L., Clara, I., Stein, M.B. (2006). "Disability and Poor Quality of Life Associated With Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions." *Arch Intern Med*. 166(19): 2109-2116.

Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., Van der Kolk, B.A. (1994). "Somatization in patients with dissociative disorders." *Am J Psychiatry* 151(9): 1329-1334.

Schilder, P. F. (1923,1935,1950). *The image and appearance of the human body-Studies in the constructive energies of the psyche*. New York, International Universities Press.

Schmid-Ott, G., Malewski, P., Kreiselmaier, I. & Mrowietz, U. (2005). "Psychosoziale Folgen der Psoriasis. Eine empirische Studie über die Krankheitslast bei 3753 Betroffenen." *Hautarzt* 56: 466-472.

Schulte-Abel, B., Schär, Schneiter (2013). *Gesundes Körperbild – Healthy Body Image. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier. G. Schweiz. Bern. Arbeitspapier 3.*

Seikowski, K., Gollek, S. (1999). "Belastende Lebensereignisse bei hautkranken Personen." *Z Dermatol* 185: 56-61.

Shontz (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience* New Yor, Academic Press.

Siol, T., Flatten, G., Wöller, W. (2002). *Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. Posttraumatische Belastungsstörung- Leitlinie und Quellentext.* G. Flatten, Hofmann, A., Liebermann et al. . Stuttgart, New York, Schattauer: 41-57.

Sonnenmoser, M. (2004). *Dissoziative Störungen: Häufig fehlgedeutet.* Deutsches Ärzteblatt. Wissenschaft. PP3: 372.

Stangier, G., Köhnlein (2003). "Somatoforme störungen bei ambulanten dermatologischen Patienten." *Psychotherapeut* 48(5): 321-328.

Stangier, U. (2002). *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe Verlag.

Stangier, U., Hungerbühler, R., Meyer, A. & Wolter, M. (2000). "Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphie Störung: eine Pilotstudie." *Nervenarzt* 71: 876-884.

Stangier, U. M., T. (2003). *Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren. Lehrbuch der Psychotherapie. X. L. S. S. W. Hiller.* München:CIP- Medien. 3. Verhaltenstherapie: 399-406.

Tabolli, S., Pagliarello, C., Di Pietro,C., Abeni, D. (2012). "Limited role of marital status in the impact of dermatological diseases on quality of life." *Eur J Dermatol* 22(5): 672-677.

- Taube, K.-M. (2007). "Umweltbezogene Körperbeschwerden aus der Sicht der psychosomatischen Dermatologie." *Umwelt & Gesundheit* 1: 6-10.
- Tuschen-Caffer, B. (2008). Körperbildstörungen. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. S. Herpertz, De Zwaan, M., Zipfel, S., Springer: 381.
- Van Wijk, C. M., Kolk, A.M. (1997). "Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory." *Soc Sci Med* 45(2): 231-246.
- Veale, D. (2004). "Body dysmorphic disorder." *Postgrad Med J* 80(940): 67-71.
- Waller, P., Carlson (1996). "Types of Dissociation and Dissociative Types: A Taxometric Analysis of Dissociative Experiences." *Psychological Methods* 1(3): 300-321.
- Wesley, L. a. (1989). "The classification of psychiatric morbidity in attenders at the dermatology clinic." *Br J Psychiatry* 155: 686-691.
- Wingard, D. L. (1984). "The sex differential in morbidity, mortality, and lifestyle." *Annu Rev Public Health* 5: 433-458.
- Wise, T. N., Reading, A.J. (1975). "A woman with dermatitis and dissociative periods." *Int J Psychiatry Med* 6(4): 551-559.

Anhang

- Basisdokumentation
- PHQ-D (Patient Health Questionnaire)
- DESTAX (Dissociative Experiences Scale Taxon)
- IES (Impact of Event Scale)
- DKB - 35 (Dresdner Körperbild Fragebogen)
- DKB - Interpretation
- BMI

1.1 BaDo Patient

INSTITUT UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE UND MED. PSYCHOLOGIE KLINIKUM RECHTS DER ISAR DER TU MÜNCHEN LANGERSTR. 3A, 81675 MÜNCHEN TEL. 4140-4313	INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE & PSYCHOTHERAPIE LMU MÜNCHEN LEOPOLDSTR. 13 80802 MÜNCHEN TEL. 2180-5179	KRISENHILFE MÜNCHEN E.V.	Basisdokumentation
---	--	-----------------------------	---------------------------

PatientInnen-Fragebogen

Datum	200			/	MM	MM
	0	TT	TT			

1. Alter

Jahre

2. Geschlecht

männlich weiblich

3. Familienstand

ledig
 verheiratet
 geschieden / getrenntlebend
 verwitwet

4. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

kein fester Partner
 fester Partner - getrenntlebend
 fester Partner - zusammenlebend

5. Haben Sie Kinder?

ja nein
 wenn ja, wieviele? Anzahl

6. Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingeschlossen)?

Anzahl Erwachsene
 Anzahl Kinder unter 18 Jahren
[wenn keine, bitte "0" eintragen]

7. Wohnen Sie bei Ihren Eltern?

ja nein

8. Postleitzahl Ihres derzeitigen Wohnortes

9. Welchen (höchsten) Schulabschluß haben Sie?

noch in der Schule
 Sonderschulabschluß
 Hauptschulabschluß
 Realschule, Mittlere Reife
 Abitur, Fachhochschulreife
 ohne Schulabschluß
 sonstiges: _____

10. Welchen (höchsten) Berufsabschluß haben Sie?

noch in Berufsausbildung als: _____
 Lehre
 Meister, Fachschule
 Fachhochschule, Universität
 ohne Abschluß
 sonstiges: _____

11. In welcher Stellung arbeiten Sie bzw. haben Sie zuletzt gearbeitet?

Arbeiter(in)
 Facharbeiter(in)
 einfache(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
 mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
 höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
 Selbständige(r) ohne bezahlte Beschäftigte
 Selbständige(r) mit bezahlten Beschäftigten
 Auszubildende(r)
 sonstiges: _____
 (noch) nie berufstätig gewesen

12. Wie sind Sie zur Zeit beschäftigt?

- 1 vollzeit - berufstätig
- 2 teilzeit - berufstätig
- 3 arbeitslos / ohne Beschäftigung
- 4 in Ausbildung
- 5 Schüler(in), Student(in)
- 6 Hausfrau / Hausmann
- 7 Rentner(in), Pensionär:(in)
- 8 sonstiges: _____

13. Falls Sie arbeitslos sind: Seit wievielen Wochen?

- 9 entfällt
- seit Wochen

14. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?
(nur für Erwerbstätige)

- 10 ja 11 nein

15. Wie lange waren Sie in den letzten zwei Jahren insgesamt krankgeschrieben?

- 12 gar nicht
- Wochen

16. Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

- 13 nein
- 14 Renten Antrag gestellt
- 15 Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren
- 16 Zeitrente

17. Wie oft waren Sie in den letzten fünf Jahren im Krankenhaus und/oder zur Kur?

- 17 gar nicht
- mal

... davon in einer psychiatrischen Klinik?

- 18 gar nicht
- mal

... davon in einer psychosomatischen / psychotherapeutischen Klinik?

- 19 gar nicht
- mal

18. Wieviele Wochen waren Sie in den letzten fünf Jahren insgesamt im Krankenhaus und/oder zur Kur?

- 20 gar nicht
- Wochen

19. Bei wieviel verschiedenen Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Heilkundigen waren Sie in den letzten zwei Jahren insgesamt?

- 21 0 bis 2
- 22 3 bis 5
- 23 6 bis 8
- 24 mehr als 8

20. Sind/waren Sie bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

- 25 nein *[Mehrfachangaben möglich]*
- 26 ja, früher
- 27 ja, zur Zeit

21. Wenn ja: Wieviele ambulante psychotherapeutische Behandlungsstunden hatten Sie bereits (in Ihrem Leben)?

- 28 keine
- 29 bis zu 5 Std.
- 30 6-25 Std.
- 31 26-160 Std.
- 32 161-300 Std.
- 33 über 300 Std.

22. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

- 34 sehr gut
- 35 gut
- 36 zufriedenstellend
- 37 weniger gut
- 38 schlecht

23. Sind/waren Sie bereits in ambulanter psychiatrischer Behandlung?

- 39 nein *[Mehrfachangaben möglich]*
- 40 ja, früher
- 41 ja, zur Zeit

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

1 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei-nähe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3 Fragen zum Thema „Angst“

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1998). © 2002 Pfizer

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3 Fragen zum Thema „Angst“

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1998). © 2002 Pfizer

DESTAX (Dissociative Experiences Scale Taxon) Seite 1

Dieser Fragebogen besteht aus 8 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse in den letzten 4 Wochen einschließlich heute gehabt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluß von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Bitte markieren Sie durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

1. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2.. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

3. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

4. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, daß sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

5. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, daß andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil des Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, daß sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, daß sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

DESTAX

PDS /1 Posttraumatic Diagnostic Scale

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und Nein, wenn dies nicht der Fall war.

- | | | | |
|-----|----|------|--|
| 1. | JA | NEIN | Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück) |
| 2. | JA | NEIN | Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben) |
| 3. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen) |
| 4. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen) |
| 5. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 6. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 7. | JA | NEIN | Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet |
| 8. | JA | NEIN | Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel) |
| 9. | JA | NEIN | Folter |
| 10. | JA | NEIN | Lebensbedrohliche Krankheit |
| 11. | JA | NEIN | Anderes traumatisches Ereignis
Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis: |

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. _____

PDS/1

IES (Impact of Event Scale) Seite 1

IMPACT OF EVENT SCALE

M. Horowitz, University of California in San Francisco, Psychiatrische Abteilung
Übersetzung: B. O. Hütter, G. Fischer, A. Hofmann, C. Düchting

Name _____ Beruf _____

Erlebtes Ereignis _____ im Jahr 200 _____

Im folgenden sind Aussagen aufgeführt, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen formuliert haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen im Bezug auf ihr belastendes Erlebnis. Lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie häufig sie innerhalb der letzten sieben Tage zutraf. Wenn ein solcher Vorfall während dieser Zeit nicht aufgetreten ist, kreuzen Sie bitte die Spalte „überhaupt nicht“ an. Beantworten Sie bitte jede Frage.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Jede Art von Erinnerung daran weckte auch die Gefühle wieder	0	0	0	0
2. Ich hatte Mühe, einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil mir Bilder davon oder Gedanken daran durch den Kopf	0	0	0	0
3. Andere Dinge erinnerten mich wieder daran	0	0	0	0
4. Ich dachte daran, wenn ich nicht daran denken wollte	0	0	0	0
5. Ich unterdrückte meine Aufregung, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde	0	0	0	0
6. Mir kam es vor als wäre es nicht wahr oder als wäre es gar nicht passiert	0	0	0	0
7. Ich blieb allem fern, was mich daran erinnerte	0	0	0	0
8. Bilder davon drängten sich mir plötzlich in den Sinn	0	0	0	0
9. Ich versuchte, nicht daran zu denken	0	0	0	0
10. Mir war zwar bewusst, dass ich noch gefühlsmäßig damit zu tun hatte, aber ich kümmerte mich nicht darum	0	0	0	0
11. Ich hatte deswegen starke Gefühlswallungen	0	0	0	0
12. Ich versuchte, es aus meiner Erinnerung zu löschen	0	0	0	0
13. Ich habe davon geträumt	0	0	0	0
14. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen	0	0	0	0
15. Meine Gefühle darüber waren wie betäubt	0	0	0	0

Die Impact of Events Skala (IES) wird folgendermaßen verrechnet:

0 Punkte für die	„überhaupt nicht“	Spalte
1 Punkt für die	„selten“	Spalte
3 Punkte für die	„manchmal“	Spalte
5 Punkte für die	„oft“	Spalte

Nach Horowitz (1979) erreichen Menschen, die ein Trauma erlebt haben, einen Wert von ca. 44.

Wayne Cornel, Director of Employee Assistance for the Department of health and Wellfare, Randal Beaton, Ph. D., Professor of Psychological Nursing at the University of Washington und Roger Solomon, Ph. D., Department Psychologist for the Washington State Patrol, schlagen folgende Interpretation des Gesamtscores vor:

0 – 8	klinisch auffällig
9 – 25	leicht
26 – 43	mäßig
Über 43	schwer

Als Cutoff-Wert für ein klinisch signifikantes Trauma wird ein Wert von 26 vorgeschlagen.

Aufgrund einer ausschließlichen Untersuchung mit dem IES kann nicht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden (PTSD). Die IES-Skala kann jedoch zur Überprüfung des Therapiefortschrittes im Sinne einer Verlaufsdagnostik eingesetzt werden.

Die IES-Skala kann in zwei Subskalen aufgesplittet werden: Intrusion (Items 1, 2, 3, 4, 8, 11, 13) und die Vermeidung (Items 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15).

Von der größeren Zahl der deutschen Übersetzungen des IES erfüllte die abgedruckte deutsche Version bei 426 Patienten und Testpersonen die Gütekriterien hervorragend. Die Interpretation der Ergebnisse kann dabei im gleichen Rahmen vorgenommen werden wie bei der amerikanischen Originalversion.

Weitere Informationen bieten folgende Arbeiten:

Horowitz, M., Wilmer, N. and Alvarez, W. (1979). Impact for Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209 – 218

Hütter, B. O., Fischer, G., (1997)
Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale (IES).
(in press)

DRESDNER KÖRPERBILDFRAGEBOGEN – DKB-35

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie bitten, eine Reihe von Fragen zu beantworten, in denen es um die Einstellung zum eigenen Körper geht. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die Aussagen im Augenblick auf Sie zutreffen.

Vielen Dank!

Bitte machen Sie zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:

Alter: _____ Jahre
Geschlecht: männlich weiblich
Körpergröße: _____ cm
Gewicht: _____ kg

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja
 nein

Halten Sie momentan Diät?

- ja
 nein

Haben Sie eine Tätowierung oder ein Piercing?

- Tätowierung: eine zwei mehrere
 Piercing: ein zwei mehrere
 nein

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen im Augenblick auf Sie zutreffen.

1. Ich bewege mich anmutig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
2. Ich bin häufig körperlich angeschlagen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
3. Mir fehlt es an Spannkraft und Elan.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
4. In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
5. Körperkontakt ist mir wichtig, um Nähe auszudrücken.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
6. Ich fühle mich körperlich oft schlapp.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
7. Es gibt viele Situationen, in denen ich mit meinem Körper zufrieden bin.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
8. Ich bin körperlich fit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
9. Ich bin mit meinem sexuellen Erleben sehr zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
10. Andere Menschen finden mich attraktiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
11. Ich suche körperlich Nähe und Zärtlichkeit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
12. Ich mag meinen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
13. Ich finde es angenehm und anregend, wenn jemand mich aufmerksam anschaut.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
14. Ich habe viel Energie	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
15. Ich wähle meine Kleidung bewusst so, dass sie meinen Körper verbirgt.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
16. Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
17. Ich bin körperlich leistungsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
18. Ich fühle mich oft in meinem Körper unwohl.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
19. Ich mag es nicht, wenn man mich anfasst.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

20. Wenn jemand meinem Körper Aufmerksamkeit schenkt, fühle ich mich aufgewertet.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
21. Ich kann sexuelle Situationen ungehemmt genießen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
22. Ich lasse mich gern in den Arm nehmen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
23. Ich wünsche mir einen anderen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
24. Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
25. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
26. Ich komme körperlich schnell an meine Grenzen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
27. Ich kann meine Sexualität genießen	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
28. Wenn ich etwas an meinem Körper verändern könnte, würde ich es tun.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
29. Mein Körper ist ausdrucksvoll.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
30. Körperliche Berührungen lasse ich nur von wenigen Menschen zu.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
31. Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erlangen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
32. Ich bin körperlich belastbar und widerstandsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
33. Ich zeige meinen Körper gern.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
34. Ich stehe gern im Mittelpunkt.	nicht	Kaum	teilweise	weitgehend	völlig
35. Meine sexuellen Erfahrungen sind befriedigend für mich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

DKB-35: Interpretation der Werte

Da die Entwicklung des Dresdner Körperbild Fragebogens (DKB-35) noch nicht abgeschlossen ist, liegen noch keine Angaben zu Normwerten vor.

Als klinisch auffällig können Werte verstanden werden, die mehr als eine Standardabweichung (SD) über oder unter dem Mittelwert (M) einer gesunden Stichprobe liegen.

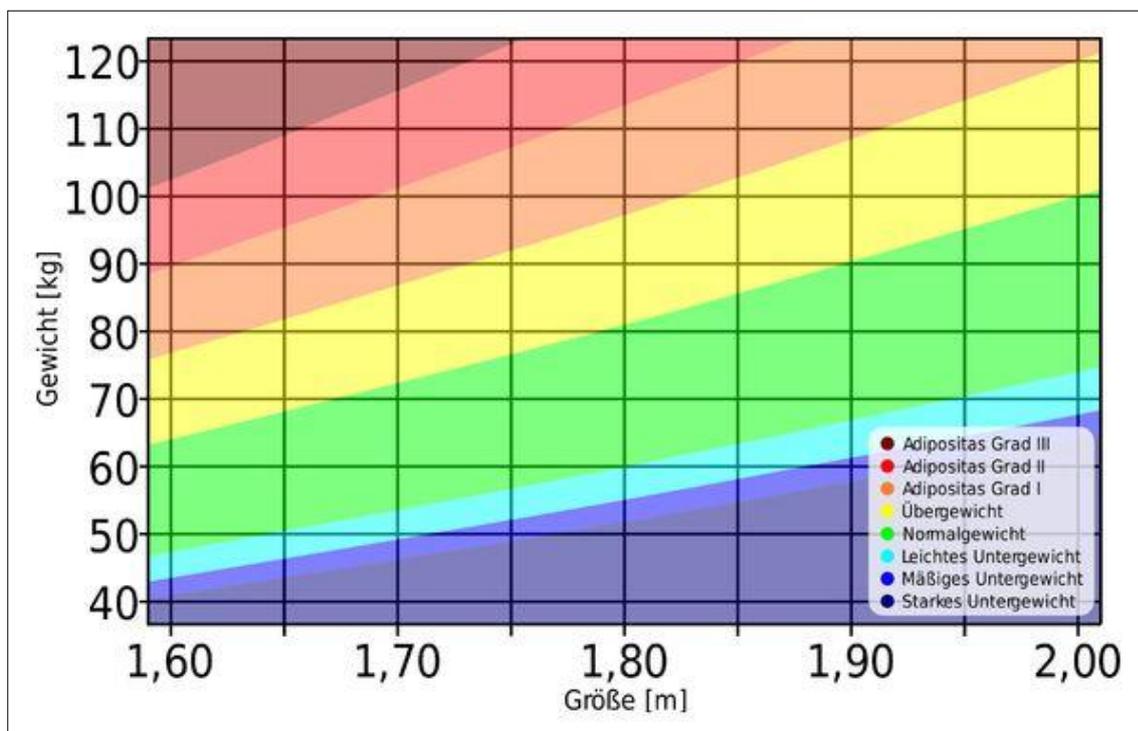
Auf der Basis einer gesunden Stichprobe (keine chronische körperliche Erkrankung, keine andauernde körperliche Behinderung, keine psychische Störung) von 100 Personen haben wir folgende Werte ermittelt:

	M	SD
Vitalität	4.0	1.0
Selbstakzeptanz	3.8	0.6
Selbstaufwertung	3.3	0.6
Körperkontakt	3.9	0.6
Sexuelle Erfüllung	4.2	0.5

Bis zur Erstellung differenzierter Normwerte können diese Grenzwerte eine Interpretationshilfe darstellen.

Bewertung des BMI (Doc Check)

BMI	Bewertung
Kleiner als 18,5	Untergewicht
18,5-24,9	Normalgewicht
25,0-29,9	Übergewicht im Stadium der Präadipositas
30,0-34,9	Übergewicht im Stadium der Adipositas Grad I
35,0-39,9	Übergewicht im Stadium der Adipositas Grad II
Größer als 40	Extreme Adipositas (Adipositas Grad III, Adipositas permagna)



Danksagung

Allen Voraus möchte ich meinen Eltern meinen unendlichsten Dank ausdrücken. Sie unterstützten mich während meines Studiums und Promotionssemesters sowohl finanziell als auch emotional und Ihr Verständnis und Ihre Geduld motivierten mich immer wieder aufs Neue zum Weitermachen.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Priv.-Doz. Dr. Claas Lahmann für die hervorragende Unterstützung als Betreuer und Doktorvater, die konstruktiven Gespräche und ermunternden Anregungen der vorliegenden Arbeit.

Herrn Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen danke ich für die Möglichkeit der Durchführung meiner Doktorarbeit an der Technischen Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar.

Einen Lieben Dank auch an Herrn Dipl.-Psych. Dr. Gerhard Henrich, der mir bei der statistischen Auswertung der Daten zur Seite stand. Mit wertvollen Hinweisen und schneller persönlicher Betreuung weckte er in mir das Interesse, die Grundlagen des Auswertungsprogramms zu erfassen.

Ebenso danke ich all denjenigen, deren Name ich nicht kenne, für ihre Unterstützung bei der Bereitstellung der Patientenakten und Konsilunterlagen.

Des Weiteren gilt mein Dank an all jene Patienten, die sich bereit erklärten, an der Fragebogenausfüllung teilzunehmen. Ohne Ihr Vertrauen und Ihre Offenheit, an dieser Befragung teilzuhaben, hätte diese vorliegende Arbeit nicht zustande kommen können.

Ein Weiteres Dankschön an meinen Partner, meine Geschwister, meine Großeltern und meine Freunde, sie gaben mir das Vertrauen, diese Arbeit zu bewältigen und begleiteten mich in allen Momenten und Lebenslagen.

Danke.