

4. Forschungsstand und Literatur

4.1 Zusammenfassung der Literatur

Insgesamt läßt sich die Literatur im Zusammenhang mit psychosomatischen Aspekten nicht klar in Bereiche aufgliedern, da sich eine Vielzahl von Überschneidungen ergeben.

Die Bereiche umfassen **immunpathophysiologische Untersuchungen, Untersuchungen zu Angst, Feindseligkeit und Depressivität, familiäre Aspekte, Untersuchungen zu Streß- und Life-events.**

Pathophysiologische Untersuchungen folgen dem behavioristischen Ansatz und beschäftigen sich mit der pathophysiologischen Reagibilität von Neurodermitis-Patienten sowie ihrer Beeinflussung durch Konditionierung. Als Parameter gelten zum Beispiel Herzfrequenz, der elektrische Hautwiderstand, die elektromyographische Aktivität und die Hauttemperatur unter definierten Belastungssituationen. Zusätzlich werden psychometrische Daten wie z.B. Score für Angst und Feindseligkeit sowie Depressivität gemessen.

So verglichen Jordan und Whitlock (1972, 1974) Neurodermitis-Patienten mit einer Kontrollgruppe, bestehend aus neurologischen und internistischen Patienten, die weder selbst, noch familiäre Erkrankungen des atopischen Formenkreises aufwiesen. In der ersten Phase wurden psychometrische Daten (Cattel Personality Inventory, Esenck Personality Inventory, Buss-Durkee Hostility Inventory, Skalen Depression und Angst des Minnesota Multiphasic Personality Inventory) erhoben und in einer zweiten Phase versuchten die Autoren die Kratzreaktion und Veränderung des Hautwiderstandes bei Auslösen sowohl eines unkonditionierten Reizes (Juckreiz über Elektroden) als auch eines konditionierten Stimulus (Glockenton). Bei den Neurodermitis-Patienten fanden sich signifikante höhere Werte für die Skalen Neurotizismus (EPI), Angst (MMPI) und unterdrückte Feindseligkeit (BDHI).

Eine Korrelation zwischen psychischer Alteration (erhöhte Scores für Neurotizismus, Angst, Feindseligkeit) und vasomotorische Reaktivität im Sinne von Eysenecks „Autonomic Reactivity“ konnte nicht nachgewiesen werden.

In einer Untersuchung von Faulstich et al. (1985) wurden 10 Neurodermitis-Patienten mit der Vorstellung der autonomen Reagibilität mit einer Kontrollgruppe hinsichtlich der Meßwerte für Herzfrequenz, Elektromyographie, peripherer vasomotorischer Antwort, Hauttemperatur und -widerstand gegenübergestellt. Die Patienten wurden psychischem (Intelligenztest) und physischem Streß ausgesetzt. Die Neurodermitis-Patienten reagierten lediglich auffällig mit Erhöhung der Herzfrequenz und des Muskeltonus bei Provokation durch Einlegen der Hand in Eiswasser („cold-pressor-test“). In den Scores für Angst der Symptom-Checklist-90 (SCL-90R) erzielten die Neurodermitis-Probanden signifikant hohe Werte. Weitere Zusammenhänge zu den pathophysiologischen Daten konnten jedoch nicht hergestellt werden.

Münzel und Schandry (1990) verglichen in einer ähnlichen Untersuchung 18 Neurodermitis-Patienten mit einer hautgesunden Kontrollgruppe. Auch in dieser Untersuchung wurde Herzfrequenz, Hautwiderstand, die Unterarmhauttemperatur und Pulsvolumenamplitude während psychischer Belastung in Form von Kopfrechnen und sozialem Streß (Stellungnahme zu einem Thema vor einer Gruppe) gemessen. Die Patienten teilten in den Pausen zwischen den Aufgaben ihr Empfinden bezüglich Anspannung, Ärger und Unruhe anhand stetiger Skalen (0-100) mit.

Alle physiologischen Parameter der Neurodermitis-Patienten, sowie das Anspannungsgefühl lagen signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Auch die Hauttemperatur stieg bei den Neurodermitis-Patienten, in der Kontrollgruppe fiel sie ab. Die Autoren unterteilten die Neurodermitis-Patientengruppe bezüglich der subjektiven Beeinträchtigung durch Juckreiz; die Werte der Teilgruppe von Patienten, die stark unter Juckreiz litten, waren verantwortlich für den statistischen Hauttemperaturanstieg der Gesamtgruppe. Die Vermutung war, daß vor allem bei Patienten mit anhaltend hoher Aktivierung ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Krankheitsverlauf besteht.

Köhler und Weber (1992) fanden hingegen bei einem ähnlich angelegten Versuch keinerlei Hinweise auf eine allgemeine Überreaktivität bezogen auf das Hautsystem der Neurodermitis-Patienten.

Diese Ergebnisse zeigen, daß man scheinbar von einer generellen Überreaktivität der Neurodermitis-Patienten primär nicht ausgehen kann.

Bekannt ist der Einfluß von schwerwiegenden Lebensereignisse und Stressoren unterschiedlichen Ausmaßes auf das Immunsystem. Als Verbindung zwischen dem Empfinden und der folgenden somatischen Antwort wirkt das autonome Nervensystem. Lymphknoten enthalten sympathische Afferenzen; adrenerge und cholinerge Fasern befinden sich im Thymus, ebenso verfügen die Lymphozyten über adrenerge und cholinerge Rezeptoren (Baker 1987).

Kiecolt-Glaser et al. (1984) fanden bei Untersuchungen von 75 Studenten in der Phase vor dem Abschlußexamen deutlich verringerte Aktivitäten der „Natürlichen Killerzellen“ (NK-Zellen). Diesen Zellen kommt eine besondere Rolle in der Karzinogenese und Virusabwehr zu. Anhand von psychometrischen Tests (Brief-Symptom-Inventory, Symptom-Checklist-90, Social Readjustment Rating Scale, UCLA-Loneliness Scale) wurde eine Unterteilung der Untersuchungsgruppe vorgenommen, die eine Korrelation zwischen Einsamkeit- und Beeinträchtigungsgefühl durch Stressoren und einer verringerten NK-Zell-Aktivität zeigte. Außerdem wiesen die untersuchten Studenten einen erhöhte Serum-IgA-Spiegel auf. In weiteren Untersuchungen (Kiecolt-Glaser, Glaser 1986) unter ähnlichen Bedingungen und Populationen ließen sich erniedrigte Interferon-Spiegel ebenso wie eine Korrelation zwischen dem Ausmaß von Entspannungsübungen und der Zahl der T-Helferzellen nachweisen. Außerdem fanden Kiecolt-Glaser et al. (1984) Hinweise auf Einflüsse durch Stressoren beim DNA-Repair von Lymphyten.

Baker (1987) betont, daß die veränderte Reaktivität der Abwehrzellen ausschlaggebend sei, weniger die zahlenmäßigen Schwankungen. Er verweist außerdem auf die signifikant höhere Inzidenz von Neurodermitis bei depressi-

ven Patienten im Vergleich zu schizophrenerkrankten Patienten. Eine große Zahl von Studien konnte bei Neurodermitis-Patienten eine verringerte T-Zellzahl, sowie ein Anstieg der Eosinophilen, B-Lymphozyten und des Serum-IgE nachweisen (Byrom, Timlin 1979). Eosinophile und IG-E korrelierten mit dem Ausmaß der Hautausprägung des Ekzems (McGeady, Buckley 1975). Stone et al. (1976) registrierten bei der Hälfte der von ihnen untersuchten Neurodermitis-Patienten sinkende IG-E-Spiegel mit dem Abklingen des Ekzems. Wüthrich (1980) mißt der Eosinophilenzahl einen prognostischen Wert in der Ekzemtherapie bei.

Kupfer (1994) untersuchte die Wechselwirkung von der Stärke der Hautsymptomatik der Ausprägung einzelner Emotionen sowie der Ausschüttung von Speichelcortisol und Speichel-IgA. Als nachweisbare Emotionsqualitäten wurden besonders Aggressivität, Depressivität und Angst mit dem Hautsymptom verbunden.

Eine eingeschränkte zelluläre Abwehr fanden McGeady und Buckley (1975). Sie untersuchten 21 Neurodermitis-Patienten, indem sie Intracutan-Candida-albicans-Antigen und Streptokinase-Streptodornase applizierten. Es zeigte sich eine ausgeprägte Anergie, die mit der Schwere des Ekzems korrelierte. Tatsächlich leiden Neurodermitis-Patienten häufiger unter z.T. generalisierten viralen Infektionen (Herpes-, Coxsackie-, und anderen Viren) und bakteriellen Superinfektionen (Wüthrich 1980, Braun-Falco, Ring, 1984).

Ring (1979) stellt die zentrale immunätiologische Rolle vasoaktiver Mediatoren wie z.B. Histamin und ECF-A (Eosinophil-Chemotactic-Faktor of Anaphylaxis) bei Neurodermitis-Patienten heraus. Für den entscheidenden Einfluß dieser Mediator-Liberation gibt er folgende Faktoren an: Die gesteigerte Bereitschaft der Basophilen zur Histaminausschüttung, sogenannte „leaky“ Mastzellen, ein beta-2-adrenerger Kontrolldefekt u.a. auf der Ebene des intrazellulären cAMP-Systems. Eine in vivo und vitro nachgewiesene, vermehrte Sensibilität gegenüber alpha-adrenergen und cholinergen Reizen, sowie hohe IgE-Spiegel. Die Histaminwirkung liegt neben den Effekten auf

das Kapillar-Bronchial-System in einer Einschränkung der T-Supressor-Aktivität mit konsekutiver IgE-Erhöhung. Bei fast allen Atopikern fand sich auf der T-Zell-Ebene eine gesteigerte Sensibilität gegenüber Histamin.

Untersuchungen zur Angst, Feindseligkeit und Depression

Die Entwicklung in der Forschung anerkennt die Neurodermitis als eine psychosomatische Erkrankung (Alexander 1971, Koblenzer 1983, Bosse 1986). Psychosomatische Ursachen gelten als wichtigste Auslösefaktoren. Zahlreiche Untersuchungen zur Persönlichkeit des Neurodermitis-Patienten zeigten jedoch, daß es keine „spezifische Neurodermitis-Persönlichkeit“ gibt. Die Patienten selbst geben nach Untersuchungen von Pürschel (1976) zu 40% und bis zu 70% nach Griesemer und Nadelsohn (1979) psychische Faktoren in der Auslösung der Neurodermitis an.

Die Angst als ein Teilaspekt der ätiologischen Diskussion bei Neurodermitis-Patienten wurde von Jordan und Whitlock (1972) untersucht. Die Ergebnisse zeigten erhöhte Angstwerte bei Neurodermitis-Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit andersartigen Erkrankungen; gemessen wurde dabei die Angst mit einer MMPI-Zusatzskala.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Garrie et al. (1974) in ihren Untersuchungen.

Faulstich et al. (1985) führten eine pathophysiologische Studie durch, die ebenfalls erhöhte Angst bei Neurodermitis-Patienten nachweisen konnte.

In einer Untersuchung von Gieler et al. (1990) mit dem Testverfahren „HESTIBAR“ gaben die Neurodermitis-Patienten deutlich erhöhte Angstwerte an. Dabei bildeten sich in einer Cluster-Analyse Untergruppen heraus, die einerseits extrem hohe Angstwerte aufwiesen und andere Untergruppen die im Normbereich lagen. Es ist zu vermuten, daß die erhöhten Angstwerte von Neurodermitis-Patienten nicht Bestandteil einer „Neurodermitis-Persönlichkeit“ darstellen, jedoch den Krankheitsverlauf und Krankheitsverarbeitung beeinflussen.

Als ein Charakteristikum der „Neurodermitis-Persönlichkeit“ werden immer wieder unterdrückte feindselige Gefühle benannt. Die Untersuchung von Jordan und Whitlock (1972) mit dem Bus-Durkey-Hospility-Inventory-Test stellen fest, daß die Neurodermitis-Patienten erhöhte Werte bezüglich der empfundenen und nicht nach außen gezeigten Feindseligkeit im Verhältnis zur Kontrollgruppe zeigten. Es wurden jedoch keine Unterschiede gemessen bezüglich der offen geäußerten Feindseligkeit. Auch andere Autoren wie Borrelli (1950), Cleveland und Fischer (1956), Fiske und Obermeier (1954), Jordan und Whitlock (1972), Levi (1952), Mac Laughlin et al. (1953), Ott et al. (1986) berichteten ebenfalls in Untersuchungen, die mit projektiven Verfahren durchgeführt wurden, von Ergebnissen, in denen erhöhte Feindseligkeitsparameter gemessen wurden.

Gieler et al. (1990) fanden in ihrer häufiger schon erwähnten psychisch auffälligen Untergruppe von Neurodermitis-Patienten erhöhte Neurotizismuswerte. Auffällig war in dieser Gruppe auch erhöhte Werte in Richtung einer depressiven Verstimmung.

Es scheint so, daß bei Neurodermitis-Patienten persönliche Aspekte wie unterdrückte Feindseligkeit und Angst sowie auch Depressivität häufig in den Untersuchungen bestätigt wurden, wobei diese Aspekte auch als Krankheitsfolge aufgefaßt werden können.

Familiäre Aspekte

Einige Untersuchungen beachten besonders die familiären Bedingungen der Neurodermitis-Patienten. Es scheint, daß die familiäre Umwelt in hohem Maße mitverantwortlich für den Krankheitsverlauf ist. Im wesentlichen konzentrieren sich die Untersuchungen auf die Mutter-Kind-Beziehung.

Gieler und Effendy (1984) berichten von einer Störung der Kommunikation zwischen Säugling und Umwelt, ausgelöst durch die Neurodermitis-Hauterkrankung. Demnach kann sich durch die frühe Kommunikationsstörung kein abgegrenztes Körperschema ausbilden und führt damit zu einer Störung der

psychischen Gesamtentwicklung des Kindes mit einer Neigung zum Rückzug auf das Hautorgan.

Auch Rechenberger (1993) sieht ein verändertes Körperbild der Patienten mit Neurodermitis als wesentlich an. Der Neurodermitis-Patient ist nicht in der Lage seine Haut als schützende, begrenzende Hülle zu erleben.

Auch Pürschel (1976) ist der Meinung, daß das hautkranke Kind bezüglich seiner Beziehungen zur Umgebung deutliche Einschränkungen erlebt, die eine langfristige Kontaktstörung zu seiner Umwelt zur Folge hat.

Auffallend war in einer Untersuchung von Ring et al. (1986), daß an Neurodermitis erkrankte Kinder mehr Aggressionen gegenüber den Eltern zeigten und über mehr Trennungseignisse in ihrem bisherigen Leben berichteten. Auch die Mütter in diesen Untersuchungen stellten sich als eher kühl und wenig Emotionen zeigend dar; Anerkennung gegenüber ihren Kindern zeigten sie nur sparsam und im wesentlichen im Bezug zum Leistungsverhalten. Bräutigam et al. (1992) ist der Meinung, daß Mütter von neurodermitischen Kindern sich belastet fühlen durch die hautkranke, äußere Erscheinung ihres Kindes und durch die Erfahrung, daß das Kind offensichtlich körperlichen Kontakt wünscht, es aber nicht annehmen kann. Er geht davon aus, daß die distanzierte Haltung der Mütter im wesentlichen durch das Krankheitsbild des Kindes ausgelöst wird.

Pürschel (1976) weist dagegen daraufhin, daß die Eltern im Umgang mit ihrem hautkranken Kind überprotektiv reagieren und damit das hautkranke Kind in seiner kindlichen Entwicklung hemmen.

Insgesamt scheint die besondere Belastung für das an Neurodermitis erkrankte Kind, wie auch für die anderen Familienmitglieder bei frühem Beginn und chronischem Verlauf der Erkrankung dazu zu führen, daß die Haut als „Abgrenzungsorgan“ in diesen Familien einen besonderen Stellenwert hat und sich daraus komplizierte neurotisierende Interaktionen ergeben können.

Affektiver Bereich und neurotisches Symptom

Psychosoziale Faktoren in Verbindung mit Gefühlskonflikten haben nach den Untersuchungen von Kuypers (1967) einen deutlichen Einfluß auf den Ausbruch oder die Verschlimmerung der Neurodermitis. Die durch bestimmte Gefühlszustände verursachten Spannungen und deren Lösung gehen in vielen Fällen mit einer Reduzierung der Hautsymptomatik einher. Die Bedeutung der Gefühle und das Erleben von damit zusammenhängenden Konflikten werden von Neurodermitis-Patienten unterschiedlich erlebt. Entscheidend für das Auslösen der Hautreaktionen sei nicht der Konflikt selbst, sondern die dazugehörige emotionale Qualität.

Pürschel (1976) fand bei einer Studie mit 448 Neurodermitis-Kranken 57,5% Probleme im privaten Bereich, wobei Frauen häufiger Schwierigkeiten angaben (76,1%), als Männer (29%). Überforderungssituationen wurden als zentrales Thema bezüglich des Ausbruchs der Neurodermitis gesehen. 187 Patienten (41%) führten die Verschlimmerung auf berufliche Probleme und insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich zurück. Die Reaktionen der Haut im Sinne einer Verschlechterung der Neurodermitis wurden auch angegeben im Zusammenhang mit Prüfungen, Verlobungen und Hochzeit. Entscheidend sind offensichtlich allgemeine Belastungssituationen, wobei die individuellen Toleranzgrenzen nach Pürschel (1976) deutlich niedriger sind als bei Gesunden. Rechart (1970) fand in einer Studie, daß Gefühle wie Abhängigkeit und Hoffnungslosigkeit während Krankheitsschüben verstärkt auftraten, nicht aber auftraten in einem schubfreien Intervall 9 Jahre später. Die psychischen Auffälligkeiten führte er zurück auf die Belastungen durch die Hauterkrankung. Auch nach Auffassung von Bosse (1990) treten Schübe der Neurodermitis in Zusammenhang mit aktuellen Konfliktsituationen auf. Dabei handelt es sich bei diesen Konfliktsituationen um altersentsprechende Schwellensituationen, die zu einer folgenden Verschlechterung des Hautzustandes führen können. Bei Kindern beobachtete er typischerweise Abwesenheit oder Fehlen eines bzw. beider Elternteile, Spannungen in der Ehe der Eltern oder auch familiär, Stellensituationen, Schulwechsel, Umzug, Zeiten der

Berufsfindung, Partnersuche oder z.B. Prüfungen. Auch bei Erwachsenen führten z.B. Hochzeit, zwischenmenschliche Probleme, Tod oder zeitweilige Überlastung zu einer wiederholten Verschlechterung des Hautbildes.

Streß im Zusammenhang mit Lebensereignissen

King und Wilson (1991) untersuchten 50 Neurodermitis-Patienten über einen Zeitraum von 14 Tagen. Die in einer anschließenden Meta-Analyse der errechneten Korrelationskoeffizienten ergaben, daß der Hautzustand mit Werten für Angst/Spannung, interpersonellem Streß, Depressivität, Frustration, Gefühl der Aggressivität, ausgedrückter Aggressivität und unterdrückter Aggressivität (in dieser Reihenfolge) zeitsynchrone Kreuzkorrelationen ergaben. Die Autoren konnten zeigen, daß Streß am Vortag mit dem aktuellen Hautzustand korrelierte und der aktuelle Hautzustand zu erhöhtem Streß und zu erhöhten Depressionswerten am nächsten Tag führte.

In einer Pilotstudie von Hünecke et al. (1990) wurden stationäre Neurodermitis-Patienten untersucht. Es wurde versucht bestimmte Ereignisse herauszufinden, die krankheitsauslösend wirkten. Als Ergebnis zeigte sich, daß nachweisbare psychosoziale Ereignisse (Wochenende, Besuche, Entlassungen) signifikant häufig mit Krankheitsverschlechterung verbunden waren. Auch Schubert (1989) konnte bei Zeitreihenuntersuchungen an sechs Neurodermitis-Patienten eine Reihe Kreuzkorrelationen zwischen Streßereignissen und Krankheitsausbruch wie auch zwischen emotionalen Befindlichkeiten und Hautsymptom aufzeigen. Umgekehrt war es jedoch nicht möglich, durch das Auftreten von Streßereignissen oder einer bestimmten Stimmungslage den Hautzustand des nächsten Tages vorherzusagen. Eagle (1990) weist daraufhin, daß allen Lebensereignissen gemeinsam sei, daß sie eine Neuanpassung erforderten, welche hinsichtlich Intensität und Dauer unterschiedlich sei, und diese Unterschiede das Ausmaß der Belastung durch ein Lebensereignis ausmachten. Er weist daraufhin, daß die meisten Korrelationsberechnungen zu ungenau seien, so daß Annahmen über einfach linear kausale Zusammenhänge

zwischen Lebensereignissen und Auftreten der Neurodermitis nicht berechtigt seien (Eagle 1994).

4.2 Stand der Forschung zur Therapieeffektivität

Die Forschung zur Effektivität von Psychotherapie bei Hauterkrankungen, speziell der Neurodermitis, befindet sich weitgehend noch im Anfangsstadium. Bisher sind differentielle Aspekte bei erwachsenen Neurodermitis-Patienten nur eingeschränkt aussagekräftig, bezogen auf prognostisch relevante Indikationskriterien, da die bisherigen Untersuchungen sich meist auf Einzelfälle oder sehr kleine Stichproben beziehen. Insgesamt scheint die klinische Dermatologie psychologische Faktoren und psychotherapeutische Möglichkeiten bisher nicht genügend beachtet zu haben.

So wird eine hohe Therapiemotivation als prognostisch günstig (Schubert 1989), dagegen ein früher Krankheitsbeginn sowie zusätzliche andere atopische Erkrankungen als prognostisch ungünstig beschrieben (Korting et al. 1987).

In einer kontrollierten Therapievergleichsstudie (Niegel 1990) wurde die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer ambulanter Therapieangebote bei 55 an Neurodermitis erkrankten Patienten untersucht. Es wurden zwei Behandlungsbedingungen mit einer Entspannungsgruppe und einer Kontrollgruppe verglichen. Sie fand u.a. eine starke gedankliche Beschäftigung mit der Haut und depressive Zustände am Therapieende als ungünstige Prädiktoren für eine langfristige Verbesserung des Hautbildes.

Bezüglich stationärer Konzepte bei der Neurodermitis gibt es nur vereinzelte Untersuchungen, z.B. aus der Rothaar-Klinik in Bad Berleburg (Löwenberg und Peters 1992 und 1994), in der eine psychotherapeutische Behandlung parallel zur dermatologischen Behandlung durchgeführt wird. Die Autoren stellten eine befriedigende Wirksamkeit der Behandlung dar.

In einer Studie von Senf (1985), Deter (1986) konnte erwiesen werden, daß 60-75 % der dort behandelten, stationär aufgenommenen Patienten in ihrer

Symptomatik deutlich gebessert wurden. Dies stimmt überein mit den Ergebnissen von Lamprecht und Schmied et al. (1991), die die Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen im stationären Bereich von Rehabilitationskliniken untersuchten.

Auch in einer Studie von Ehlers et al. (1995) konnte eine gute Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren mit Patienten, die an Neurodermitis erkrankt waren, nachgewiesen werden. Es wurden verschiedene Behandlungsmethoden miteinander verglichen. Insgesamt sind relativ wenige Studien veröffentlicht, die zu diesem Thema Stellung nehmen.

Eine weitere Studie wurde im Auftrag vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG-Studie) zur Bewertung therapeutischer Maßnahmen bei Neurodermitis (Bitzer et al. 1997) durchgeführt. In dieser Studie konnte in Zusammenarbeit mit der Gmünder Ersatzkasse nachgewiesen werden, daß u.a. Therapieformen der Psychotherapie aus Sicht der Patienten die positivste längerfristige Wirkung bescheinigt wird.

In einer Metaanalyse (Al-Abesie 2000) „Atopische Dermatitis und Psyche“ wurden verschiedene psychotherapeutische Verfahren untersucht hinsichtlich des Hautzustandes und subjektiver Befindlichkeit. Es zeigte sich, daß die psychotherapeutischen Verfahren deutlich effektiver waren als somatisch-medizinische Standardmaßnahmen. Die in dieser Studie untersuchte „Neurodermitis-Persönlichkeit“ konnte nicht bestätigt werden, jedoch waren die Merkmale „Angst“, „Depression“ und „Neurotizismus“ signifikant erhöht. Es wurden 865 Probanden untersucht, davon 553 erwachsene Neurodermitis-Patienten und 129 -Kinder. Es wurden die Effekte verschiedener kombinierter psychotherapeutischer Interventionen untersucht. Die Hautsymptome besserten sich durch alle Maßnahmen signifikant bei den mit Psychotherapie behandelten Patienten. Ebenso reduzierten sich Medikamentenverbrauch und Kratzfrequenz.

Kaschel (1990) untersuchte verschiedene Methoden und entwickelte ein Trainingsprogramm speziell für Neurodermitis-Patienten, in der psychotherapeutische Aspekte Beachtung fanden.

Positive Affekte werden auch von Klein (1949), Walsh und Kierland (1947), Williams (1951) und Thomä (1980) beschrieben. Da die Hauterkrankung nach psychoanalytischer Theorie durch Störungen in der frühkindlichen Entwicklung verursacht werden können, könnten auch andere psychologische Therapieformen wie Gestalttherapie oder klientenzentrierte Gesprächstherapie (nach Rogers) wirksam sein. Hierzu liegen jedoch noch keine veröffentlichten Ergebnisse bezüglich der Neurodermitis vor.