

5. Fragestellung

Grundgedanke dieser Untersuchung ist, daß es sich bei der Erkrankung der Neurodermitis neben somatischen besonders auch psychische Faktoren bedeutsam sind. Daraus leitete sich die Annahme ab, daß eine psychotherapeutische Behandlung eine Besserung oder zumindest eine bessere Bewältigung der Erkrankung herbeiführen müßte, wie dies in der Studie von Bitzer et al. (1997) untersucht wurde. Bitzer et al. (1997) konnten in der repräsentativen Erhebung lediglich pauschal die Einschätzung der Therapieeffektivität ableiten. Ziel der hier vorliegenden Studie war es deshalb, in einer kontrollierten Untersuchung mit standardisierten Meßverfahren eine genauere Erhebung durchzuführen, in welchen Bereichen möglicherweise eine bessere Therapieeffektivität durch Psychotherapie zu erfassen ist. Insbesondere sollte untersucht werden, inwieweit die Psychotherapie eine günstige Auswirkung auf den Verlauf der Neurodermitis, hinsichtlich der Bewältigung der Neurodermitis und der Lebenszufriedenheit der untersuchten Patienten hat.

Aus diesem Gedanken wurden verschiedene Annahmen entwickelt (Hypothesenbeschreibung im Zusammenhang mit der Fragestellung).

5.1 Ableitung der Fragestellung und Herleitung der Hypothesen

Neurodermitis hat einen beträchtlichen Einfluß auf die Lebensqualität der Patienten. Die Lebenszufriedenheit hat eine zentrale Bedeutung für das Krankheitserleben und das Krankheitsverhalten. Eine Vielzahl von Belastungen mit entsprechenden psychosozialen Folgen stellen eine hohe Anforderung an die Bewältigungsressourcen dar (Cohen und Lazarus 1979). So ist davon auszugehen, daß unterschiedliche Aspekte der Krankheit unterschiedliche Bewältigungsreaktionen zur Folge haben und diese sich wiederum unterscheiden können von den Bewältigungsreaktionen in anderen Belastungssituationen (Beutel 1988). Chronische Hauterkrankungen wie die Neurodermitis können zu gravierenden Einschränkungen des psychischen Befindens führen und sind häufig mit sozialen Problemen verbunden. Nachweislich werden diese belastenden Auswirkungen im Verhältnis zu anderen chronischen

Krankheiten unterschätzt. Dermatologische Erkrankungen wie die Neurodermitis sind durch die Sichtbarkeit der Symptome besonders geeignet, das Selbstbild und auch die sozialen Beziehungen erheblich zu beeinträchtigen. Nicht selten erfahren Hautkranke negative soziale Reaktionen anderer Personen, angefangen von ambivalenter Zurückhaltung über Distanzierung bis hin zu offener Ablehnung (Bosse et al. 1976). Auch gelegentliche Ängste vor Ansteckung erschweren soziale Kontakte (Hornstein et al. 1973). Die Erwartung von Ablehnung und Vermeidung z.B. in der Öffentlichkeit, führt zu einer durchgängigen Bewältigungsstrategie von Vermeidung, die wiederum jedoch zu einer Generalisierung und Verstärkung der Symptomatik führt (Liebowitz et al. 1985). Es ist anzunehmen, daß eine psychotherapeutische Begleitung für die Krankheitsbewältigung der Patienten hilfreich sein könnte (Hypothese 1).

Im Zusammenhang mit einer begleitenden Psychotherapie und der besseren Bewältigung der chronischen Hauterkrankung mit den damit verbundenen persönlichen und sozialen Einschränkungen ist anzunehmen, daß die Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, mit ihrem Leben bezüglich ihres privaten, beruflichen und sozialen Umfeldes eine größere Zufriedenheit angeben (Hypothese 2).

Ein Hauptsymptom der Neurodermitis ist der Juckreiz. Der intensive Juckreiz stellt eine starke Einschränkung des Wohlbefindens dar. Da der Juckreiz leicht durch äußere und innere Reize, wie Wärme, Trockenheit der Haut oder die bloße Vorstellung solcher Empfindungen (Stüttgen 1981) auslösbar ist, stellt er ein besonders belastendes Symptom dar. Ebenso kann die Juckreizschwelle durch „Streß“ verringert werden (Cormia 1952, Graham und Wolf 1950). Der Kratzimpuls auf Juckreiz ist ein spinaler, von kortikalen Strukturen hemmbarer Reflex (Stüttgen 1981). Durch das Kratzen werden Schmerzrezeptoren gereizt. Vorübergehend vermindert dies die Juckreizempfindung, einhergehend mit einem Gefühl der Erleichterung. Mit Verzögerung erniedrigt sich die Juckreizschwelle, damit kommt es zum verstärkten Juckempfinden und schließlich

zu verstärktem Kratzen. Wenn die Haut endlich wund ist, juckt sie fast nicht mehr (Münzel 1988). Schmerz wird dem Juckreiz vorgezogen. Durch diesen ständig sich aufschaukelnden Kreislauf entstehen neue Hautschäden, es kommt zu einer Chronifizierung der Neurodermitis mit den bekannten Symptomen der Verdickung der befallenen Epidermis und einer Vergröberung des Hautreliefs. Es konnte gezeigt werden (Jordan und Whitlock 1972), daß bereits geringe diffuse Anspannung oder Mißempfindung Kratzen auslösen kann. Nach Bosse und Hünecke (1981) stellen die Hilflosigkeit angesichts dieses Teufelskreislaufs und Schuldgefühle, in der Selbstkontrolle versagt zu haben, eine weitere psychische Belastung für die Patienten dar, was wiederum den Juckreiz-Kratzzirkel aufrecht erhalten kann. Auch die immer wiederkehrende Abfolge von Rezidiven und Erscheinungsfreiheit geht häufig einher mit Gefühlen der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins und mit ängstlich-depressiven Verstimmungen (Stangier et al. 1992). Die Belastungen durch den ständigen Juckreiz werden ebenfalls häufig unterschätzt. Schlafmangel und Verringerung der Konzentrationsfähigkeit während der Krankheitsschübe sind häufige Symptome (Hofmann et al. 1989).

Dies führt zu der Annahme, daß eine psychotherapeutische Behandlung die subjektive Beeinträchtigung bezüglich des Kratzens verringern müßte (Hypothese 3).

Durch die krankheitsbedingte Angewohnheit wie ständiges Kratzen oder die erlebte Einschränkung der Attraktivität, sei es hinsichtlich der grundsätzlich erhöhten Reizbarkeit der Neurodermitis-Erkrankten, kommt es zu einer Zunahme negativer Aspekte in der Kommunikation (Wenninger et al. 1991), und diese wiederum führen zu weiteren ungelösten Problemen in den sozialen Beziehungen. Die dadurch vermehrte Anspannung und Aggressivität entlädt sich wieder durch Kratzen und trägt zu einer weiteren Verschlechterung des Kratzzustandes bei. Die Psychotherapie könnte hier in emotionaler Hinsicht zu einer Entlastung führen und gleichzeitig durch eine veränderte Kommunikation zur Besserung in sozialen Beziehungen führen (Hypothese 4).

Davon ausgehend, daß eine Psychotherapie einen Zuwachs an emotionaler Stabilität und genereller besserer Lebensbewältigung ermöglichen sollte, so erfolgte daraus die Annahme, daß die Somatisierungstendenz reduziert sein würde (Hypothese 5).

Im Zusammenhang mit der Zunahme von negativen Aspekten in der gewöhnlichen Kommunikation im Laufe der chronischen Erkrankung der Neurodermitis müßten diese auch weiter zu ungelösten Problemen wie z.B. in Partnerschaften und Ehe bezüglich der Sexualität führen. Eine mögliche emotionale Entlastung, die durch eine Psychotherapie erreicht werden könnte, führte zu der Annahme, daß psychotherapeutisch behandelte Patienten eine größere Zufriedenheit in der Sexualität angeben als ausschließlich somatisch behandelte Patienten (Kontrollgruppe) (Hypothese 6).

Die Möglichkeit, eine psychische Entlastung in der Psychotherapie zu erfahren, führte zu der Annahme, daß diese Patienten weniger Arztbesuche, Krankenschreibungen und stationäre Therapien in Anspruch nehmen, sowie auch weniger Medikamenteneinnahmen erforderlich seien als in der Kontrollgruppe mit ausschließlich somatischer Behandlung (Hypothese 7).

Hautkrankheiten, die nach tiefenpsychologischen Theorien durch Störungen in der frühkindlichen Persönlichkeitsentwicklung mitverursacht sein könnten und positive Effekte der Psychotherapie bei Neurodermitis, die von Klein (1949), Walsh und Kierland (1947), Williams (1951) und Thomä (1980) berichtet worden sind, führte zu der Annahme, daß Patienten mit Psychotherapie zufriedener mit der Behandlung sind als die Kontrollgruppe (Hypothese 8).