7. Methoden

7.1 Operationalisierung der Fragestellung und Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

7.1.1 Fragebogen zur sozialen Situation

Dieser Fragebogen umfaßt sieben Fragen, die das Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit, Berufsgruppe, Schulbildung und Familienstand der untersuchten Patienten erfragen. Dieser Fragebogen wurde erstellt im Rahmen des Projektes „Therapie und Rückfallprophylaxe des endogenen Ekzems“, gefördert vom Bundesministerium für Forschung und Technologie unter der Leitung von Prof. A. Ehlers und Prof. U. Gieler (Projekt Nr.: FKZ 07001630, 1991). (s. Anhang)

7.1.2 Fragebogen zur Qualität der Behandlung (ZUF, Schmidt et al. 1989).

Verwendet wurde die Kurzform (ZUF 8) mit 8-Zufriedenheits-Items, die zu einem Gesamtskalenwert verrechnet werden. Beim ZUF-8 handelt es sich um die deutschsprachige Adaption des amerikanischen CSQ-8-Fragebogens (Client satisfaction questionairy) von Attkisson und Zwick 1982. Mit dem ZUF-8 soll die generelle Zufriedenheit mit der Behandlung erfaßt werden (Global-Zufriedenheit mit der Behandlung). Die Skala wurde empirisch als eindimensionales Maß konstruiert. Attkisson u. Zwick (1982, Seite 233) bezeichnen den CSQ-8 als „a brief global measure of client-satisfaction“.

Die 8 Items sind als Fragen formuliert und haben jeweils 4 vorgegebene Antwortmöglichkeiten ohne eine „neutrale“ Position. Die Antworten werden jeweils mit 1-4 verrechnet (1 = ungünstigste Ausprägung; 4 = positivste Ausprägung). Die Itemwerte werden zu einem Gesamt-Score summiert. Entscheidenstes Merkmal der Zufriedenheitsforschung besteht darin, daß die Patienten explizit aufgefordert werden, „erhaltene Behandlungen“ zu bewerten. Durch die Entwicklung des amerikanischen CSQ-Fragebogens - Original für den ambulanten Mental-health-Bereich konzipiert - sollte ein effizientes Zufriedenheits-Maß bereitgestellt werden, welches sich z.B. leicht mit

den Patienten- und Behandlungsmerkmalen in Beziehung setzen läßt. Die Forschungsbemühungen zielten u.a.

1.) auf die Konstruktion und Erfassung einer einfachen Klienten-Zufriedenheits-Skala, welche stabile psychometrische Eigenschaften besitzt,
2.) auf die Identifizierung von Beziehungen zwischen Klientenzufriedenheit und outcomes-Maßen und
3.) auf die Identifizierung von wichtigen Variablen, die bei jedem Versuch, die Skala zu standardisieren, kontrolliert werden müssen.

7.1.3 Anamnesebogen Neurodermitis

Dieser Fragebogen erfaßt das erste Auftreten der Neurodermitis, die medikamentöse Behandlung sowie die Behandlung durch Psychotherapie, Entspannungsverfahren und Selbsthilfegruppen. Weiter werden abgefragt die Häufigkeit der stationären Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate, sowie die Häufigkeit von Verordnungen und Arztbesuchen pro Monat. Ebenso wird abgefragt, ob andere Hauterkrankungen in der Familie aufgetreten seien sowie andere chronische Erkrankungen. Die Patienten konnten die Fragen entweder mit Ja oder Nein beantworten.

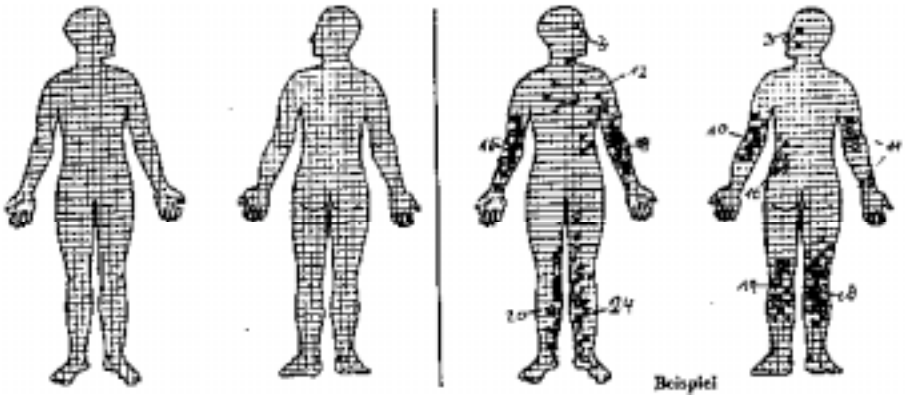
Im Teil C) wurden Basissymptome abgefragt wie Juckreiz, ekzematöse Veränderungen der Haut an Ellenbogen, Kniekehlen, Hals etc., chronischer Verlauf (mind. 4 Wochen), positive Familienanamnese (Allergien, Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis in der Familie etc.). Hier konnten die Patienten das jeweils Zutreffende ankreuzen. Dieser Fragebogen wurde ebenfalls im Rahmen des Projektes des Bundesministeriums für Forschung und Technologie unter Leitung von Prof. A. Ehlers und Prof. U. Gieler entwickelt (Projekt Nr.: FKZ 0701630, 1991). (s. Anhang)

7.1.4 Schweregraderfassung der Neurodermitis/ Schweregrad-Index

Als Maß für die Veränderung der Hautsymptomatik wurde das Ausmaß des Befalls, als auch der Grad der Schädigung nach dermatologischer Einschätzung erfaßt und in das Körperschema (siehe Abbildung) eingetragen.

Auch dieser Fragebogen entstammt dem BMFT-Projekt vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (Projekt Nr.: FKZ 0701630, 1991). (s. Anhang)

Abb. 2 Körperschema:



Zur Auswertung wurde der Schweregrad-Index berechnet: Schweregrad-Index
Der Schweregrad-Index (schwer) wurde gebildet aus der Einschätzung von Erythem, Exkoriationen und Trockenheit.
Die auf den Skalen von 0 = keine bis 3 = starke Ausprägung eingeschätzten Angaben wurden zum Gesamtindex aufsummiert. Ausbreitung und Intensität gehen mit 60% bzw. 40% in die Berechnung ein. Ein Gesamtindex-Wert von 100 bedeutet einen Befall des gesamten Körpers mit maximaler Ausprägung der Schädigung.

Schweregrad (Der Schwergrad wurde nur in % erhoben!) = %-Befall: *0.6 + (% Ausprägung von Erythem + Exkoriation + Trockenheit) *0.4.

%-Befall = Anzahl der befallenen Kästchen im Körperschema/ 1044. Maximal 1044 Kästchen, entspricht 100%.

%-Ausprägung = Ausprägung von Erythem: 0 - 3 Punkte. Exkoriation 0 - 3 Punkte. Trockenheit: 0 - 3 Punkte.
Maximal zusammen 9 Punkte, entspricht 100%.

Beispiel: 174 Kästchen befallen:
Erythem: 2 Punkte, Trockenheit: 3 Punkte, Exkoriation: 1 Punkt.

Schweregrad = 174 / 1044 %,
*0,6 + (2+1+3) 9 %, *0,4 = 17 *0,6 + 67 *0,4 = 37

7.1.5 Fragebogen zum Verlauf der Neurodermitis

Hier wurde abgefragt, ob seit der Behandlung eine stationäre Behandlung erforderlich war, wie hoch die Häufigkeit der Krankmeldungen war und ob die Patienten an der Behandlung von autogenem Training teilgenommen hatten. Hier war jeweils die Möglichkeit mit Ja oder Nein zu antworten. Auch dieser Fragebogen wurde im BMFT-Projekt, geleitet von Prof. A. Ehlers und Prof. U. Gieler, übernommen. (Projekt Nr. FKZ 0701630) (s. Anhang)

7.1.6 Fragebogen zum Juckreiz und Kratzen der Neurodermitis

Hier wurde die Juckreizstärke, die Kratzhäufigkeit sowie die subjektive Beeinträchtigung durch die Neurodermitis direkt abgefragt. Der Juckreiz wurde gemessen von 0 = kein bis 10 = unerträglicher Juckreiz abgefragt.
Die Kratzstärke wurde abgefragt von 0 = kein bis 10 = stark beantwortet. Die subjektive Beeinträchtigung durch die Neurodermitis wurde gemessen von 0 = gar nicht bis 4 = sehr stark. Diese Variablen wurden direkt durch Ankreuzen erhoben. Dieser Fragebogen entstammt ebenfalls dem BMFT-Projekt und wurde unverändert übernommen. (s. Anhang)

7.1.7 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV):

Der VEV (Zielke u. Kopf-Mehnert 1978) erfaßt einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/ Gelassenheit/ Optimismus versus Spannung/ Unsicherheit/ Pessimismus; er ermöglicht eine Kontrolle der Wirksamkeit psychologisch-therapeutischer Interventionen.

Im Sinne der subjektivistischen Methode der Veränderungserfassung nach Bereiter (1963) sollen die Patienten Veränderungen durch eine retrospektive Befragung einschätzen. Er erfaßt qualitativ stabile Merkmale. Die Items sind in Höhe ihrer Ladungszahlen getrennt für positive und negative Ladung aufgeführt. Die so gewonnene Veränderungsskala ist bipolar. Eine Veränderung z.B. in positiver Richtung scheint also gleichbedeutend zu sein mit größerer Ruhe und Sicherheit, der Abnahme innerer Spannungen und mehr Selbstsicherheit. Der negative Pol der Skala entspricht z.B. Spannung, Unsicherheit und Pessimismus im Erleben und Verhalten. Wie Untersuchungen zeigen, eignet sich der Fragebogen nicht nur zur Messung der unmittelbaren Therapieeffekte, sondern auch zur Erhebung von Langzeiteffekten, um die Stabilität möglicher Änderung zu kontrollieren (Zielke 1978 c). Vergleichende Untersuchungen von Grave (1976) und Block (1964) über die differentiellen Effekte von Gesprächspsychotherapien unterstützen die Verwendung des VEV zu Vergleichszwecken. Die Validitätskriterien sind ausreichend.

7.1.8 Marburger Fragebogen zur Verarbeitung von Hauterkrankungen (MHF)

Der MHF (dieser Fragebogen wurde entwickelt als standardisiertes Meßinstrument) (Stangier et al. 1997) und in zahlreichen klinischen Studien erprobt. In einer Vergleichsstudie von M. Augustin et al. (1999) konnte gezeigt werden, daß der MHF besonders geeignet erscheint Lebensqualität, im Hinblick auf Krankheitsbewältigung, speziell bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen zu untersuchen.

Dieser Fragebogen umfaßt sowohl emotionale als auch kognitive Verhaltensaspekte der Krankheitsbewältigung von Neurodermitis-Patienten (Stangier et al. 1997). Die in der Testkonstruktion enthaltenen Fragen umfassen sechs Bereiche, die faktorenanalytisch gewonnen werden konnten. Die abgeleiteten Skalen beschreiben inhaltlich voneinander abgrenzbare, psychologisch-relevante Aspekte, die im folgenden kurz erläutert werden sollen.

Skala 1: *Soziale Ängste*

In dieser Skala wurde u.a. auf subjektive Erwartungen negativer sozialer Reaktionen der Umwelt auf die sichtbaren Hauterscheinungen, Vermeidung visueller Exposition und Erleben von Attraktivitätsverlust hingewiesen.

Beispiel-Item: „Meine Haut hindert mich daran, von mir aus Kontakt mit unbekannten Menschen aufzunehmen“.

Skala 2: *Juckreiz-Kratz-Zirkel*

In dieser Skala wurden emotionale Belastungen durch die subjektive Unkontrollierbarkeit von Juckreiz und ungünstige Kognititionen bezüglich Juckreiz thematisiert.

Beispiel-Item: „Es kostet mich viel Energie, mich zusammenzureißen, um mich nicht zu kratzen“.

Skala 3: *Hilflosigkeit*

Diese Skala bezieht sich auf die Einschränkung der emotionsbezogenen Krankheitsbewältigung. Erleben von Kontrollverlust bezüglich des Krankheitsverlaufs und hypochondrische Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den Hautzustand.

Beispiel-Item: „Ich habe Angst, daß sich meine Hauterkrankung immer mehr verschlimmert“.

Skala 4 *Ängstlich-depressive Stimmung*

Diese Skala umfaßt die Störung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit durch emotionale Symptome, die auf eine Anpassungsstörung hinweisen.
Beispiel-Item: „Ich fühle mich nervös“.

Skala 5: *Einschränkung der Lebensqualität.*

Diese Skala enthält Angaben zu krankheitsbedingten Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen wie: Beruf, Familie, Ernährung, finanzielle und soziale Belastungen.
Beispiel-Item: „Wegen meiner Hauterkrankung kann ich bestimmte Berufe nicht ausüben“.

Skala 6: *Informationssuche*

Der Marburger Hautfragebogen (MHF) weist sehr gute Merkmale in mehreren Skalen auf, die Teilbereiche der Lebensqualität widergeben. Hierbei wird die Lebensqualität hinsichtlich dem Gesichtspunkt der Krankheitsbewältigung gemessen.
Beispiel-Item: „Ich achte zu wenig auf meine Ernährung“.

In dieser Skala werden die an Problemlösung orientierten Bewältigungsversuche wie Information, Hautpflege, Ernährung, Umgang mit Juckreiz und Kratzen angesprochen. Der MHF besteht in seiner endgültigen Fassung aus 51 Items. Durch eine 5-fach abgestufte Skala (überhaupt nicht/ kaum/ ziemlich/ stark/ sehr stark zutreffend) kann das Ausmaß der Äußerung vom Patienten angegeben werden.
Der MHF weist sehr gute Merkmale in mehreren Skalen auf, die Teilbereiche der Lebensqualität wiedergeben. Hierbei wird die Lebensqualität hinsichtlich dem Gesichtspunkt der Krankheitsbewältigung gemessen. Die inneren Konsistenzen für die Skalen sind zufriedenstellend und sprechen für eine ausreichende Reliabilität. Die Beziehung der Korrelationen zu den Außenkriterien belegen die Validität der ermittelten Skalen. In der klinischen Praxis stellt der

Fragebogen (MHF) eine wichtige Informationsquelle zur Abklärung individueller Problembereiche und Entscheidungsfindung im Hinblick auf Behandlungsmaßnahmen zur begleitenden Therapievaluation dar (Instruktion, Auswertung und Normen, s. Stangier et al. 1997). (s. Anhang)

7.1.9 Life-event-Fragebogen

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung vieler Krankheiten spielen streßerzeugende, lebensverändernde Ereignisse, die über pathophysiologische Geschehnisse wirksam sind (Holmes und Rahe 1967). Im Life-event-Fragebogen gibt es zwei Kategorien von Items. Solche, die sich auf den Lebensstil des Individuums beziehen und solche, die Vorkommnisse, von denen eine Person betroffen ist, bezeichnen. Alle abgefragten Ereignisse beziehen sich zum Großteil aus gewöhnlichen und außergewöhnlichen sozialen und zwischenmenschlichen Ereignissen und gehören zu dem bedeutsamen Bereich der allgemeinen Lebensrealität. Dabei ist zu bemerken, daß nicht nur einige Ereignisse negativ streßerzeugend sind, d.h. unerwünscht, sondern es werden auch sozial erwünschte Ereignisse abgefragt im Sinne von z.B. Materialismus, Zukunftsorientierung, Erfolg etc.. Eines ist jedoch den lebensverändernden Ereignissen gemeinsam, sie erfordern vom Individuum eine gewissen Anpassungs- und Bewältigungsleistung, wobei die Betonung hierbei auf der Änderung eines vorhandenen Gleichgewichts liegt, weniger auf der Bedeutung von Gefühlen oder sozialer Erwünschtheit der Ereignisse. Die Methode zur quantitativen Einschätzung der Items wurde in der Psychophysik entwickelt, einer Forschungsrichtung, in der die Sinneswahrnehmung von Qualität, Quantität, Größe und Intensität physischer Phänomene untersucht wird. Dabei wird die subjektive Einschätzung des Beobachters mit der tatsächlichen physischen Dimension des Wahrgenommenen verglichen. So erhält man ein verläßliches Maß für die Fähigkeit, bestimmte Erfahrungen zu quantifizieren. Diese grundsätzliche psychologische Fähigkeit kann genauso zur Beurteilung psychophysischer Phänomene wie auch zur quantitativen Einschätzung psychosozialer Phänomene benutzt werden.

Der Fragebogen enthält 43 Items, die mit: *Ereignis eingetreten?: Nein/ Ja* beantwortet werden können, sowie auch der Zeitpunkt des eingetretenen Ereignis angegeben werden kann. (s. Anhang)

7.1.10 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Dieser Fragebogen (Fahrenberg et al. 1986; Brähler et al. 1995) fragt bezüglich der Bedingungen der Lebenszufriedenheit /bzw. Unzufriedenheit. Er umfaßt jeweils 7 Items zur *Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern,* Fragen zur *eigenen Person,* zur *Sexualität, Freunde, Bekannte und Verwandte* und bezüglich der *Wohnung* (FLZ enthält 10 Blocks mit jeweils 7 Items). Durch eine 7-fach abgestufte Skala (sehr zufrieden/ zufrieden/ eher unzufrieden/ weder zufrieden noch unzufrieden/ eher unzufrieden/ unzufrieden/ sehr unzufrieden) kann der Patient das Ausmaß seiner Zufriedenheit angeben.

Die 10 Skalen des FLZ zur Lebenszufriedenheit umfassen:

1. Skala des Bereichs *Gesundheit*
2. Skala des Bereichs *Arbeit und Beruf*
3. Skala des Bereichs *Finanzielle Situatuion*
4. Skala des Bereichs *Freizeit*
5. Skala des Bereichs *Ehe und Partnerschat (soweit vorhanden)*
6. Skala des Bereichs *Kinder* (falls zutreffend)
7. Skala des Bereichs *Eigene Person*
8. Skala des Bereichs *Sexualität*
9. Skala des Bereichs *Familienverhältnisse* - (Freunde, Bekannte, Verwandte)
10. Skala des Bereichs *Wohnverhältnisse*.

Die Itemanalysen der 10 Skalen ergeben befriedigende Schwierigkeitsindizes, bemerkenswert hohe, ausnahmslos signifikante Trennschärfeindizes und entsprechend hohe Konsistenzkoeffizienten.

Die Prägnanz der Skalen wird durch die Faktorenanalyse bestätigt.

Die verschiedenen Verfahren zur Erfassung der Lebenszufriedenheit stimmen gut überein. Die Selbsteinstufungen der Bereiche und die in jeweils sieben Aspekte gegliederten Skalen der Bereiche sind methodisch sehr ähnlich. Unter testmethodischen Gesichtspunkten sind die Skalen der zehn Bereiche den anderen Verfahren vorzuziehen, denn sie ermöglichen eine bessere intraindividuelle und hohe Skalenkonsistenz sowie eine gute Reproduzierbarkeit der Ladungsmuster, so daß es keinen Anlaß zu Revisionen gibt (Fahrenberg et al. 1986, ergänzt durch Brähler et al. 1995).

7.2 Stichproben und Untersuchungsgang

7.2.1 Erhebung der Stichprobe

In die Untersuchung aufgenommen wurden Patienten, die von niedergelassenen tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten und Dermatologen aus der Region Hessen sowie der Dermatologischen Ambulanz der Universitäts-Hautklinik Gießen gesehen wurden. Die Fragebogen wurden den Patienten vom jeweiligen Behandler mit einem Begleitschreiben übergeben. Die Patienten füllten die Fragebögen aus und sandten sie anonym an die Psychosomatische Universitätsklinik Gießen zurück. Insgesamt wurden 43 Patienten untersucht, die an einer vom dermatologischen Facharzt diagnostizierten Neurodermitis (nach Hanifin u. Rajka 1980) erkrankt waren. Die erste Gruppe umfaßte 5 männliche Patienten und 18 weibliche Patienten. Das Durchschnittsalter betrug 30-35 Jahre. Diese Gruppe wurde dermatologisch sowie auch psychotherapeutisch behandelt. Die psychotherapeutische Behandlung umfaßte mehr als fünf Einzelsitzungen, die von niedergelassenen Psychotherapeuten durchgeführt wurden und zum Untersuchungszeitpunkt mindestens ein Jahr abgeschlossen war.

Die Kontrollgruppe umfaßte 20 Patienten; 6 männliche und 14 weibliche Probanden. Auch in dieser Gruppe war das Durchschnittsalter 30-35 Jahre. Diese Gruppe wurde ausschließlich dermatologisch-somatisch behandelt und erhielt keine psychotherapeutische Behandlung.

7.2.2 Ablauf der Untersuchung:

Niedergelassenen Psychotherapeuten und Hautärzten aus dem Raum Hessen wurden die Fragebögen mit Rückantwortumschlägen einschließlich des Anschreibens (siehe Anhang) zugestellt mit der Bitte, diese an Neurodermitis erkrankte Patienten auszuhändigen. Die so ausgewählten Probanden sandten die ausgefüllten Fragebögen anonym zur Auswertung an die Psychosomatische Universitätsklinik Gießen zurück. Auf diese Weise sollte die Anonymität der Patienten gesichert und der Datenschutz gewahrt bleiben.

7.2.3 Behandlung mit Psychotherapie

Die Patienten dieser Gruppe erhielten ambulant von niedergelassenen tiefenpsychologischen Psychotherapeuten eine Einzelbehandlung, die mehr als fünf Stunden umfaßte. Zusätzlich wurde die notwendige dermatologisch-somatische Behandlung durchgeführt.

7.2.4 Behandlung ausschließlich dermatologisch

Die Patienten dieser Gruppe wurden ausschl. dermatologisch somatisch von niedergelassenen Dermatologen behandelt. Die Behandlung umfaßte die Applikation von Salben mit und ohne Cortison, UV-Behandlung sowie auch Cortison intern.

7.3 Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung wurde das Hochschulrechenzentrum Gießen vom Institut für Medizinische Psychologie der Justus Liebig Universität Gießen[1] herangezogen. Es wurde das SPSSX-Programm-Packet 4.1 (Schubö, Uhlinger 1991) angewendet. Die verwendeten statistischen Verfahren beeinhalten Korrelationskoeffizientenberechnung sowie CHI 2-Tests. Zwischengruppenvergleiche wurden unter Anwendung des t-Tests vorgenommen. Unterschiede

[1] Für die Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung und der statistischen Auswertung danke ich Herrn Dr. Diplom-Psychologen J.Kupfer

innerhalb von und zwischen Gruppen wurde mittels Varianzanalysen auf statistische Signifikanz geprüft.