

## 9. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, ob Neurodermitis-Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, ihre Krankheit besser bewältigen, wobei besonderes Augenmerk auf den Aspekt der Lebenszufriedenheit im privaten, beruflichen und sozialen Umfeld gerichtet wurde.

Die Frage war, ob sich ein Unterschied ergeben würde zu einer Kontrollgruppe, die keine Psychotherapiebehandlung erfahren hatte.

Hinsichtlich des Familienstandes und der Berufsausbildung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Auffällig war, daß das Alter der Psychotherapie-Patienten mit ca. 3-5 Jahren älter angegeben wurde, als in ähnlich untersuchten Studien (Ehlers et al. 1995, Bitzer et al. 1997). Die gefundenen Werte könnten damit zu tun haben, daß Psychotherapie eher im höheren Lebensalter aufgesucht wird und auch möglicherweise erst nach mehrfachem Ausprobieren von anderen Behandlungsmethoden. In diesem Zusammenhang könnte auch das Ergebnis stehen, daß in der Stichprobe der Psychotherapie-Patienten geringfügig mehr Patienten den Gymnasialabschluß angaben.

Die Bewertung der beeinflussenden Faktoren bei der Entstehung von Neurodermitis bezüglich genetischer Veranlagung und Umwelt wurde von beiden Gruppen ohne Unterschiede beantwortet. Die Psychotherapie-Gruppe gab mit deutlicher Signifikanz auf dem 5% Niveau an, daß psychische Ursachen bedeutsam für die Auslösung der neurodermitischen Erkrankung sind. Dieses erscheint zwar als triviales Ergebnis, da eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung nur mit der entsprechenden Einstellung und Motivation möglich ist und effektiv sein kann.

Im folgenden werden die statistischen Ergebnisse im Zusammenhang mit den Fragestellungen und Hypothesen diskutiert.

In einer Vergleichsstudie M. Augustin et al. 1999 konnte gezeigt werden, daß der MHF besonders geeignet erscheint, Lebensqualität im Hinblick auf Krankheitsbewältigung speziell bei chronischen Hauterkrankungen zu untersuchen. Im MHF-Fragebogen der vorliegenden Studie konnte bezüglich der Skalen 1-6 keine Signifikanz nachgewiesen werden. Die Werte der hier vorliegenden Studie lagen deutlich unter den Werten der Eichstichprobe des MHF (Ehlers et al. 1995), so daß anzunehmen ist, daß aus methodischen Gründen (eine zu kleine Stichprobe) sich keine Signifikanzprüfung durchsetzte. Die Eichstichprobe des MHF zeigte einen signifikanten Einfluß, insbesondere bezüglich sozialer Ängste und Vermeidung (Skala 1), Juckreiz-Kratzzirkel (Skala 2), ängstlich-depressive Stimmung (Skala 4) und Einschränkung der Lebensqualität (Skala 5).

Tab. 29 Tabelle mit Eichstichprobe-Werte (MHF)

| MHF     | PT-Gruppe<br>n= 23 | SD  | K-Gruppe<br>n= 19 | SD   | Eichpr.<br>$\bar{x}$ n=493 | Eichpr.<br>SD |
|---------|--------------------|-----|-------------------|------|----------------------------|---------------|
| Skala 1 | $\bar{x}$ = 27,4   | 9,9 | $\bar{x}$ = 32,3  | 17,4 | 35,8                       | 11,5          |
| Skala 2 | $\bar{x}$ = 20,1   | 7,3 | $\bar{x}$ = 22,1  | 9,7  | 26,1                       | 7,1           |
| Skala 3 | $\bar{x}$ = 20,6   | 6,3 | $\bar{x}$ = 24,7  | 12,2 | 26,6                       | 7,0           |
| Skala 4 | $\bar{x}$ = 21,6   | 5,6 | $\bar{x}$ = 21,2  | 6,6  | 22,8                       | 5,9           |
| Skala 5 | $\bar{x}$ = 10,9   | 4,0 | $\bar{x}$ = 12,0  | 4,9  | 15,0                       | 4,1           |
| Skala 6 | $\bar{x}$ = 8,9    | 2,3 | $\bar{x}$ = 10,5  | 3,6  | 11,5                       | 3,1           |

Die höheren Werte in der Eichstichprobe könnten auch ihre Ursache darin haben, daß diese Gruppe in laufender Behandlung war und damit möglicherweise einen höheren Schweregrad aufwies. Während die Werte der vorliegenden Untersuchung nach der Therapie erhoben wurde.

In der hier vorliegenden Studie konnte die erste Hypothese, daß Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, eine höhere Lebenszufriedenheit angeben bezogen auf Bekannte, Freunde, Ehe, Partnerschaft sowie sozialer

Ängste sich subjektiv wohler fühlen, nicht bestätigt werden. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den Bereichen Gesundheit, Arbeit und Beruf, bezüglich Freizeit, Ehe und Partnerschaft, auch bezüglich der eigenen Person, in dem Bereich der Sexualität, der Familienverhältnisse und Wohnverhältnisse waren keine Unterschiede zur Kontrollgruppe erkennbar. Allerdings waren die Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen hatten, auf dem 5% Niveau signifikant mehr zufrieden mit ihren Kindern, andererseits auch signifikant mehr unzufrieden mit ihrer finanziellen Situation als die Kontrollgruppe. In der hier vorliegenden Arbeit wurde die Kinderzahl nicht abgefragt. Ein Zusammenhang könnte darin bestehen, daß die Stichprobe der teilnehmenden Patienten älter war und somit die Wahrscheinlichkeit, daß bereits Kinder vorhanden sind relativ groß, demzufolge könnte die Unzufriedenheit mit der finanziellen Situation, mit der größeren wirtschaftlichen Belastung einer Familie in Zusammenhang stehen.

Ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung ist, daß die Veränderung bezüglich des Erlebens und des Verhaltens bei Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, hochsignifikant größer ist als bei der Kontrollgruppe. Beide Gruppen, sowohl die Psychotherapiegruppe als auch die Kontrollgruppe gab im VEV eine Besserung nach Behandlung an. Die Psychotherapie-Gruppe gibt im Fragebogen zum Erleben und Verhalten (VEV) hochsignifikant mehr Wahrnehmung von verändertem Erleben als die Kontrollgruppe an. Dies stimmt mit der Studie, durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, in Zusammenarbeit mit der Gmünder Ersatzkasse (ISEG-Studie), Bitzer et al. (1997) überein. In dieser Untersuchung zeichnete sich besonders die Psychotherapie als eine erfolgreiche Behandlungsmaßnahme bei Neurodermitis-Patienten aus. Ausgehend davon, daß die Psychotherapie zu einer veränderten Wahrnehmung der äußeren und inneren Realität führen kann, konnte dieses durch das Ergebnis bestätigt werden.

Die subjektive Beeinträchtigung bezüglich der Neurodermitis und der Stärke des Kratzens verringerte sich bei Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben (Hypothese 3) konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe.

In diesem Zusammenhang könnte auch das Ergebnis stehen, daß Neurodermitis-Patienten mit Psychotherapie weniger Juckreiz-Kratzprobleme angeben (Hypothese 4). In der statistischen Auswertung zeigte sich keine Signifikanz zur Kontrollgruppe. Abgefragt wurde der Juckreiz-Kratzzirkel im Marburger Fragebogen, verglichen mit der Eichstichprobe (Ehlers et al. 1995) lagen die Werte dieser vorliegenden Studie deutlich darunter.

Bezüglich des Schweregrades der Neurodermitis, wonach bei Hypothese 5 der Schweregrad in der Gruppe mit durchlaufender Psychotherapie geringer ist als in der Kontrollgruppe ohne psychotherapeutische Behandlung, ließ sich nur bedingt nachweisen. Der Befall wurde nicht weiter untersucht, da es keine Vergleichswerte zum Ausgangszeitpunkt der Erkrankung gab. Aufgrund des wechselhaften und schubförmigen Verlaufs der Neurodermitis war eine exakte Datenerhebung retrospektiv nur ungenau möglich, deshalb wurde dieser Aspekt in der Asuwertung nicht berücksichtigt. Die Psychotherapie-Gruppe gab im Fragebogen weniger Veränderung der Hautsymptomatik und Schädigungen der Haut als die Kontrollgruppe an. Im T-Test jedoch zeigte sich dieser Unterschied nicht signifikant.

Ebenso konnte die Hypothese 6, daß Patienten mit Psychotherapie-Behandlung größere Zufriedenheit in der Sexualität angeben als Patienten mit ausschließlich dermatologischer Therapie, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FZL), der auch den Bereich der Sexualität untersucht, waren keine signifikanten Unterschiede erkennbar. Ausgehend von der Vorstellung, daß die Lokalisation der

Effloreszenzen der Neurodermitis deutliche Auswirkungen auf das Entstellungsgefühl haben und die betreffende Körperstelle unmittelbar für die Umwelt sichtbar ist, schien die Annahme, daß die Sexualität bei der Neurodermitiserkrankung beeinträchtigt sein könnte und daß durch eine psychotherapeutische Behandlung eine Stabilisierung auch in diesem Bereich erfolgt, konnte in der hier vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der Sexualität zur Kontrollgruppe. Verschiedene Persönlichkeitsvariablen des Betroffenen wie Anforderungen bzw. Ansprüche an das eigene Aussehen, Selbstwertgefühl und Selbstzufriedenheit, das Körperbild sowie eine ängstlich-depressive Grundhaltung prägen möglicherweise Gefühle der Stigmatisierung und den Leidensdruck und sollten von daher in weiteren Untersuchungen mit größeren Stichproben Berücksichtigung finden.

Die vorliegende Arbeit ergab auch keinen Zusammenhang, daß Patienten mit Psychotherapie-Behandlung weniger Arztbesuche hatten, weniger Krankenschreibungen und weniger stationären Therapien erhielten und weniger Medikamente einnehmen, als die Kontrollgruppe (Hypothese 7).

Interessanterweise läßt sich aus den Ergebnissen feststellen, daß Patienten mit psychotherapeutischer Behandlung offensichtlich mehrere Behandlungsformen ausprobieren. Die statistischen Auswertungen zeigten, daß bei der Psychotherapie-Gruppe ein höherer Verbrauch an homöopathischen Medikamenten vorlag. In der Psychotherapie-Gruppe beantworteten zehn Patienten von 23 die Frage mit Ja. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich in der Verwendung von Autogenem Training. Auch in der Frage nach anderen Entspannungsmethoden beantworteten die Patienten der Psychotherapie-Gruppe häufiger mit Ja. Dieses stimmt mit der Arbeit von U. Stangier, U. Gieler und A. Ehlers (1992) überein, daß sich günstige Kurz- und Langzeiteffekte mit Autogenem Training auf Symptomatik und subjektive Krankheitsbewältigung nachweisen lassen und damit auch eine wirkungsvolle Maßnahme zur Rückfallprophylaxe bei Neurodermitis darstellt. Gieler et al. (1990, 1992 a, b) entwickelten ein Zwei-

komponenten-Programm, welches dermatologische Schulungen in eine themenzentrierte Gruppentherapie integriert. Zusätzlich erhalten die Neurodermitis-Patienten ein spezielles psychologisches Training. Auch in diesen Untersuchungen zeigten sich deutlich die Symptombesserungen bei nahezu allen untersuchten Patienten. Es lassen sich eine Anzahl von prospektiven Studien bezüglich Verhaltenstherapieformen, Schulung etc. (Niebel 1990, Al Abesie 2000) aufzeigen, die deutliche Therapieerfolge nachweisen. Bisher sind jedoch wenig Untersuchungen veröffentlicht, die sich mit psychodynamischen Therapieformen bei Neurodermitis-Patienten befassen.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Qualität der Behandlung zeigte sich bei dem untersuchten Patientenkollektiv ein Trend (10%) hinsichtlich der Zufriedenheit mit der durchgeführten Behandlung in der Psychotherapie-Gruppe. Dies stimmt mit der gestellten Hypothese (8) überein. Eine mögliche Interpretation besteht darin, daß Patienten, bevor sie letztendlich eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, mehrere Behandlungsmethoden ausprobieren, in diesem Zusammenhang steht auch das Ergebnis, daß in der untersuchten Stichprobe die Patienten der Psychotherapiegruppe im Durchschnitt etwas älter waren. Zu bedenken ist ein weiterer Aspekt bezüglich der Patienten der Kontrollgruppe, die an der Studie teilnahmen, daß sie mit der dermatologischen Behandlung möglicherweise besonders zufrieden waren und auf diese Weise eine Selektion erfolgte. Ich verweise auf die Abbildung (Tab. 29 MHF), in der die Eichwerte deutlich darunter liegen.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Untersuchung zeigte sich in der Auswertung des Life-Event-Fragebogens, daß die Psychotherapie-Gruppe signifikant mehr (5% Niveau) Lebensereignisse angibt und diese werden auch als gewichtiger erlebt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß das Äußern von Körperbeschwerden mit bestimmten seelischen Haltungen einhergehen kann. In der Literatur gibt es Vermutungen, daß manche Menschen körperliche Beschwerden generell an Stelle von seelischen Beschwerden äußern. Nicht emp-

fundene seelische Beschwerden könnten demnach über den Körper ausgedrückt werden, d.h. somatisiert werden (Brähler 1986). Nach Widmaier (1986) treten in einer Familie um so mehr körperliche Symptome auf, je weniger psychische bzw. emotionale Kommunikationsweisen möglich waren bzw. je mehr diese unterdrückt wurden. Durch eine veränderte Grundhaltung bezüglich innerer und äußerer Erlebnisweisen, die durch eine psychotherapeutische Behandlung ermöglicht wird, können empfundene körperliche Beschwerden reduziert werden, indem Konflikte auf einer anderen Ebene als der somatischen ausgetragen werden. Ein anderer Aspekt ergibt sich aus der Auffassung von Hoffmann und Hochapfel (1992), welche die Neurodermitis als einen Folgezustand „anhaltender, oft antagonistischer („fight and flight“) vegetativer Spannungen“ interpretieren. Als Begründung führen sie eine entwicklungs-geschichtlich bedingte enge Verwandtschaft von Vegetativum und Emotionen an. Insofern erscheint auch eine erweiterte dermatologische Anamnese erforderlich, neben der die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit und deren Umständen, in denen die Hauterkrankung erstmals auftrat. Auch auf die allgemeine Lebenssituation sowie die Suche nach Lebensereignissen, die den Patienten möglicherweise sehr belasten oder belastet haben (Gieler 1989), sollte eingegangen werden. Hier wird deutlich, daß in jedem Patienten, der an Neurodermitis erkrankt, genetische Disposition und psychische Verursachung in unterschiedlich starken Anteilen zusammenkommen und für die Entwicklung der Erkrankung bedeutsam ist.

In Zusammenhang mit diesen Ergebnissen sollte die psychotherapeutische Behandlung in der Arzt-Patient-Beziehung mit Neurodermitis-Patienten an Bedeutung gewinnen. Hilfreich wäre, nach den hier vorliegenden Untersuchungen, sicherlich eine psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel, Patienten bei der aktiven Krankheitsbewältigung Hilfestellung zu geben, sie ernst zu nehmen und in der Entwicklung zu fördern. Die therapeutische Arbeit könnte zu einer guten „Erfahrung“, in der die individuelle Abwehr und die Konfliktmuster des Patienten beachtet und respektiert (Detig 1989) werden,

wobei die ärztliche Verantwortung, die Selbstverantwortung des Patienten mit einschließt (Schüffel 1983).