

Patienten mit Atopischem Ekzem im Spiegel der Repertory GRID Technik

Inaugural – Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereiches Humanmedizin des

Universitätsklinikums Gießen

vorgelegt von
aus

**Hardo Lingad
Korbach**

Gießen

2001

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. med. Ch. Reimer

des Universitätsklinikums Gießen

Gutachter: Prof. Dr. Uwe Gieler

Gutachter: PD Dr. P. Mayser

Tag der Disputation: 20. Dezember 2001

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	5
1.1 Beschreibung des Organs Haut.....	5
1.1.1 Entwicklungsphysiologische und -psychologische Aspekte.....	5
1.1.2 Die Haut im Spiegel der Mythologie und des Wortschatzes.....	8
1.2 Definition und Beschreibung der Krankheitsentität Atopisches Ekzem.....	9
1.2.1 Begriffsgeschichte.....	9
1.2.2 Epidemiologie.....	12
1.2.3 Ätiologie.....	12
1.2.4 Zentrales Krankheitsphänomen Juckreiz.....	14
1.3 Psychosomatisch-analytische Modelle.....	16
1.3.1 Konversionsmodell und Aktualneurose von S. Freud.....	16
1.3.2 Alexithymie-Konzept.....	16
1.3.3 Giving up- Given up- Komplex von G. Engel und H. Schmale.....	18
1.3.4 Vegetative Neurose von F. Alexander.....	18
1.3.5 Zweiphasige Verdrängung von A. Mitscherlich.....	19
1.3.6 Konzept der De- und Resomatisierung von M. Schur.....	20
1.3.7 Allergische Objektbeziehungstheorie von P. Marty.....	21
1.3.8 Objektbeziehungstheorie und Vorläufer.....	22
1.4 Untersuchungen zum Atopischen Ekzem.....	26
1.4.1 Testpsychologische Aspekte.....	26
1.4.2 Psychoanalytische Aspekte.....	27
2 Methodik	30
2.1 Untersuchungsdesign und Hypothesenherleitung.....	30
2.2 Beschreibung der eingesetzten Testverfahren.....	34
2.2.1 Verfahren zur Feststellung des somatischen Status.....	34
2.2.2 Psychologische Testverfahren.....	36
• Gießen-Test (GT).....	36

• Giessener Beschwerdebogen (GBB).....	41
• Repertory-Grid-Technik (GRID).....	43
3 Ergebnisse	56
3.1 Ergebnisse des Vergleiches Stichprobe - Kontrollgruppe	56
3.2 Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach Erstmanifestationsalter.....	60
3.3 Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach Stärke und Lokalisation.....	80
4 Interpretation und Diskussion.....	90
4.1 der Ergebnisse des Vergleiches Stichprobe- Kontrollgruppe.....	90
4.2 der Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach Erstmanifestationsalter	92
4.3 der Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach Stärke und Lokalisation	98
4.4 Gesamtdiskussion.....	103
5 Zusammenfassung... ..	111
6 Literatur.....	116
7 Anhang.....	125
8 Danksagung.....	143

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 nach Battegay, 1992 b , Entwicklung der Objektbeziehungen und des Narzißmus	7
Abb. 2 nach Czarnetzki et al., 1992, Typisches Verteilungsmuster des atopischen Ekzems im Säuglingsalter (a) und im Kinder- und Erwachsenenalter (b)	11
Abb. 3 nach Korting, 1982, Häufigkeit der Lokalisation der Hautveränderungen beim Erwachsenen	11
Abb. 4 Multifaktorielle Genese des Atopischen Ekzems nach Braun- Falko et al., 1984.....	12
Abb. 5 Modell der Immunvegetativen Dysregulation nach Ring, 1983	13
Abb. 6 Verteilung der betroffenen Körperareale in Prozent nach Scott et al., 1978.....	34
Abb. 7 orthogonale Achsendarstellung der GRID – Komponenten.....	47
Abb. 8 beispielhafte zweidimensionale GRID – Darstellung.....	49
Abb. 9 Quadrantenverteilung in der SIS – Graphik.....	53
Graphik 1 : Vergleich STP– KG in den GT – Skalen	57
Graphik 2 : Vergleich STP – KG in den GBB – Skalen.....	58
Graphik 3 : Verteilung der GR 1 – 4 in den GT - Skalen.....	63
Graphik 4 : Hauptkomponentenverteilung GR 1 – 4.....	66
Graphik 5 : durchschnittliche Varianz von Ich / Selbst für GR 1 – 4.....	68

Graphik 6 : durchschnittliche Varianz für Ich, Ideal, wichtigstes und unwichtigstes Element.....	69
Graphik 7 : durchschnittliche Varianz von Ich und Ideal für GR 1 – 4.....	71
Graphik 8 : SIS Graphik der wichtigsten Elemente für GR 1.....	73
Graphik 9 : SIS Graphik der wichtigsten Elemente für GR 2.....	74
Graphik 10 : SIS Graphik der wichtigsten Elemente für GR 3.....	75
Graphik 11 : SIS Graphik der wichtigsten Elemente für GR 4.....	77
Graphik 12 : Verteilung der wichtigsten Elemente zum Ideal für GR 1 – 4.....	79
Graphik 13 : Verteilung der GR : Rs – Mi – Gs in den GT Skalen.....	82
Graphik 14 : Verteilung der GR : Rs – Mi – Gs in den GBB Skalen	83
Graphik 15 : durchschnittliche Varianz von Ich, Ideal, wichtigstem und unwichtigstem Element.....	84
Graphik 16 : SIS Graphik der wichtigsten Elemente für GR – Gs.....	86
Graphik 17 : SIS Graphik der wichtigsten Elemente für GR – Mi.....	87
Graphik 18 : SIS Graphik der wichtigsten Elemente für GR – Rs.....	89
Graphik 19 : beispielhafte GRID Darstellung für GR – Gs.....	101
Graphik 20 : Profil der Gruppen 1 – 4.....	104
Graphik 21 : Profil der Gruppen : Gs – Mi - Rs.....	105
Tabelle 1 : Übersicht der verwendeten Grid – Bausteine	55
Tabelle 2 : Selbst – Ideal Abstand, Gruppenzugehörigkeit und IgE Wert.....	61
Tabelle 3 : Positionsverteilung Ideal – wichtigstes Element	78

1 Einleitung

1.1 Beschreibung des Organs Haut

1.1.1 Entwicklungsphysiologische und -psychologische Aspekte

Die Haut stellt das größte Einzelorgan des Körpers dar. Die Oberfläche der Oberhaut (Epidermis) beträgt ca. 1,5-2 m². Das Gesamtgewicht kann bis zu 10 kg erreichen (Nasemann, 1981), dabei hält sie ca. 1/4 der menschlichen Blutmenge in Umlauf. Entwicklungsgeschichtlich entstammen Haut und zentrales Nervensystem demselben Keimblatt, dem Ektoderm, und entwickeln sich bereits wenige Tage nach der Einnistung des befruchteten Eies im Uterus. Die Hautsensibilität wird als erste funktionsreif, die ersten Antworten des sensorischen Systems nach taktiler Reizung der Oberlippe können bereits bei Embryonen in der 7,5 Woche (SSL 25 mm) ausgelöst werden (Rauper, 1987), bevor andere Sinnesorgane wie etwa Auge und Ohr funktionsfähig sind. Diese engen Verbindungen zwischen Haut und ZNS finden sich in der entwickelten Haut in Form von ca. 1,5 Mio. sensiblen Nervenfasern wieder, wobei pro cm² verschiedene Sinnesrezeptoren - ca. 200 Schmerz- und ca. 100 Druckrezeptoren, ca. 12 Kälte- und 2 Wärmerezeptoren sowie 100 Schweiß- und 20-40 Talgdrüsen - aufzufinden sind (zit. n. Gieler, 1989 a).

Zusammenfassend erfüllt die Haut aus somatischer Sicht eine physikalisch-chemische Schutzfunktion und eine Durchblutungsfunktion; neben der Wärmeregulation erfüllt sie eine Sinnesfunktion, wobei letztere üblicherweise in Druck-, Temperatur- und Schmerzsinne differenziert wird. Spezifische rezeptive Strukturen wie Meissner-Körperchen, Vater-Pacini-Körperchen, Merkel-Scheiben, Krause-Endkolben, Pinkus-Iggo-Tastscheiben, Haarfollikelrezeptoren und freie Nervenendigungen dienen der Reizvermittlung.

In einer Zusammenschau somatischer und psychosozialer Momente hat Borelli (1967) die 5 wichtigsten Funktionen der Haut beschrieben:

1. Die Haut als Grenzorgan zwischen Person und ihrer Umwelt.
2. Die Haut als Kontaktorgan zur Umwelt.
3. Die Haut als Sinnesorgan.
4. Die Haut als Eindrucksorgan (ästhetischer Standpunkt).
5. Die Haut als Ausdrucksorgan gegenüber der Umwelt.

Es ist allgemein anerkannt, daß unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten der Haut, besonders als Kontaktorgan, eine immense Bedeutung zukommt. Grundlegend waren hier die Untersuchungen von Harlow und Zimmermann (1959) sowie Spitz (1957), die an Affenbabys bzw. Waisenkindern die Bedeutung taktiler Stimulation auf die weitere Entwicklung eindrucksvoll belegen konnten. So unterstreicht der Anthropologe Montagu (1980) in seinem Buch "Körperkontakt" diese Bedeutung, indem er "Berührung als die erste Erfahrung der Realität, von der wir unser Bewußtsein der Tiefe, Dicke und Form wie auch das Gefühl der Sicherheit haben" heraushebt.

Bereits Freud (1975 a) hat auf die psychologische Besonderheit der Haut als Grenzfläche hingewiesen, indem er schreibt:

"Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig innere und äußere Wahrnehmung ausgehen können. Er wird wie ein anderes Objekt gesehen, er gibt aber dem Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann".

Üblicherweise finden diese lebensgeschichtlich sehr frühen, nonverbalen Kontakte, wo die Haut primäres Ausdrucks- und Vermittlungsorgan von Bedürfnissen nach Wärme, Trockensein, zärtlichem Hautkontakt und Gestreicheltwerden ist, in der Interaktion von Säugling-Pflegeperson, in der Regel der Mutter, statt. Die Mutter muß hier als Schutzschild gegen störende Reize fungieren und die averbalen Bedürfnisse des Säuglings "richtig"

interpretieren. Die nachfolgenden Theorien nehmen diese "Dyade" als Ausgangspunkt und verbinden Störungen hier mit gelungenen oder gestörten psychosomatischen Entwicklungen. Nach psychoanalytischem Konzept verläuft die menschliche Entwicklung in Phasen, die nicht streng aufeinanderfolgen, sondern im Sinne von Schwerpunktkonflikten, die in bestimmten Zeitabschnitten als vorherrschend zu verstehen sind. Für diese erste Phase unter dem Primat des Organs Haut hat Battegay (1979 a) den Begriff "taktile Phase" geprägt. Sie ist identisch mit der "sensorischen Phase" von Riemann (1969) bzw. der "symbiotischen Phase" nach Mahler (1968).

Störungen in verschiedenen Phasen werden allgemein als Fixierungsstellen für psychosomatische Erkrankungen betrachtet.

Zum besseren Verständnis folgendes Schema der Entwicklungsphasen / Objektbeziehungen und des Narzißmus:

Schema: Entwicklung der Objektbeziehungen und des Narzißmus

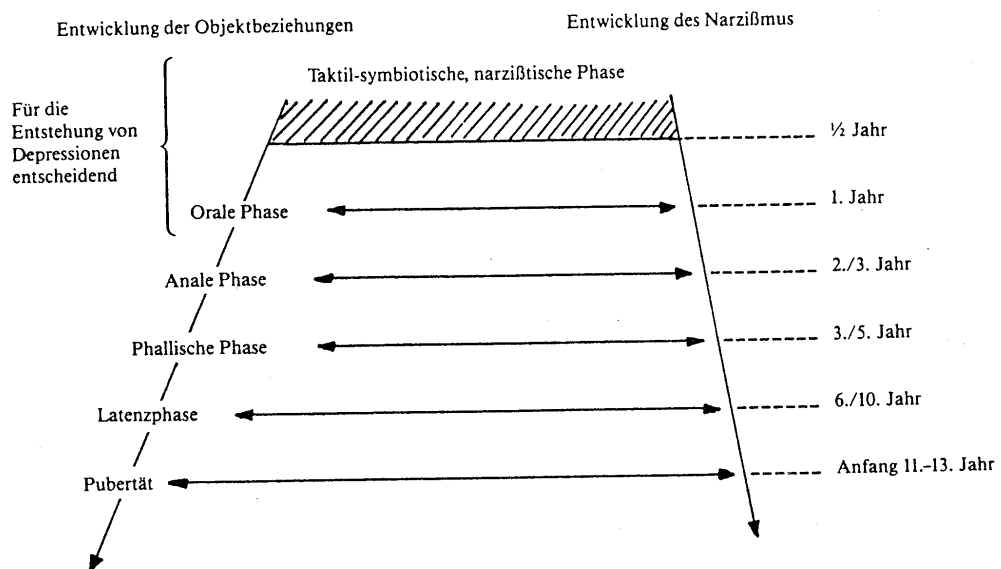


Abb. 1 nach Battegay, 1992 b

1.1.2 Die Haut im Spiegel der Mythologie und des Wortschatzes

Die alltagssprachlich/volkstümliche Auffassung von "der Haut als Spiegel der Seele" deutet auf psycho-somatische Verbindungen hin.

Dabei verweisen vielfältige Redewendungen auf verschiedene psychologische Dimensionen, deren Bedeutungsgehalt rasch zu erahnen ist:

"es rückt einem jemand auf die Pelle" und "man fühlt sich nicht wohl in seiner Haut".

Jemand hat eine "dünne Haut "und "in deren Haut möchte man nicht stecken".

Manches "geht auf keine Kuhhaut" oder gar "unter die Haut", besonders wenn "eine arme Haut" ihre "Haut zu Markte tragen muß", und manch einer "anständigen Haut" stehen "Haut und Haare zu Berge", wenn sie "sich einer Sache mit Haut und Haaren verschrieben hat", und hinterher "juckt's ihr in den Fingern", obwohl "die Hände gebunden" sind.

Aus Altertum und Mittelalter her rühren Verbindungen zwischen Hautorgan und Strafe durch den Vorgang der Enthäutung, während Goethe, in Analogie zu Häutungen im Tierreich (Schlangen etc.) den kreativ-entwicklungsfördernden Aspekt der Häutung beschreibt:

Der Mensch hat viele Häute abzuwerfen, bis er seiner selbst und der weltlichen Dinge nur einigermaßen sicher wird.

(zit. n. Gieler, 1989 b)

1.2 Definition und Beschreibung der Krankheitsentität Atopisches Ekzem

1.2.1 Begriffsgeschichte

Definition: "Das Atopische Ekzem (= Neurodermitis) wird als chronische oder chronisch-rezidivierende Erkrankung definiert, die in ihrem morphologischen Aspekt und Gesamtablauf recht verschiedenartig ist und mit entzündlichen Reaktionen und starkem Juckreiz einhergeht, genetisch verankert ist und in den Familien oder bei den Erkrankten selbst zusammen mit anderen atopischen Erkrankungen, vor allem Rhinitis allergica und Asthma bronchiale, vorkommt" (zit. n. Braun-Falko et al., 1984 a).

Laut Richter (1928) beschrieb Robert Willan 1808 in seinem Versuch einer Systembildung dermatologischer Krankheiten diese als erster als einen prurigoartigen Zustand. Erasmus Wilson (1850) verband die Erkrankung mit Affektionen des zentralen Nervensystems sowie die von Brocq und Jarquet 1891 eingeführte Bezeichnung "Neurodermitis" deutet auf die Annahme einer pathogenetischen Beziehung zum Nervensystem hin, da der starke Juckreiz als krankheitsauslösend angenommen wurde (Braun-Falko et al., 1984 b).

Nachdem Coca und Cooke 1923 unter dem Begriff Atopie (griech.: a-topos = falsch plazierte, merkwürdige Erkrankung) die Neigung zu bestimmten allergischen Erkrankungen wie atopisches Ekzem, allergisches Asthma bronchiale sowie Heuschnupfen und -fieber und Pollenkonjunktivitis zusammengefaßt hatten, existieren heute ca. 30 Synonyme hierfür:

Eczema, Allergic dermatitis, Allergic eczema, Neurodermatitis, Neurodermatitis atopica, Neurodermitis constitutionalis, Neurodermitis diffusa, Neurodermitis disseminata, Neurodermitis generalisata, Prurigo Besnier, Eczema infantum, Excema flexuarum, Prurigo diathesique, Eczema constitutionell, Exzema maladie, endogenes Ekzem, Crusta lactea Gneiss, Frühexudatives- und Spätexudatives Ekzematoïd Rost, Atopisches Ekzem, Konstitutionelles Ekzematoïd, Asthma Ekzem, Neurodermitis, Atopie, Ekzem bei Atopie usw. (zit. n. Gieler, 1989 c).

Der in der Wissenschaft verwendete Begriff ist heute Atopisches Ekzem, dieser wird im folgenden verwandt.

International erfolgt die Diagnose heute üblicherweise nach den Kriterien von Hanifin und Rajka (1980), die vier Kardinalsymptome

- generalisierte Pruritus,
- typische Morphologie und Verteilung,
- chronische oder chronisch-rezidivierende Dermatitis,
- positive Anamnese oder Familienanamnese hinsichtlich atopischer Erkrankungen (Asthma, Rhinitis, Conjunctivitis)

und fakultative Symptome (circa 30)

- erhöhtes IgE,
- Hertoque-Zeichen,
- Xerosis,
- doppelte Lidfalte,
- vermehrte Hautinfektionen,
- Wollunverträglichkeit,
- Dermographismus albus etc.

zusammengefaßt haben.

Zur sicheren Diagnosestellung sollten mindestens 3 kardinale und 3 fakultative Symptome vorliegen.

Klinisch (zit. n. Braun-Falko et al., 1984 c) imponiert das Atopische Ekzem als "chronische Erkrankung, welche durch starken Juckreiz mit Kratzeffekten, ekzematöse papulovesikulöse Veränderungen mit Verkrustung sowie pruriginöse Papeln, Knötchen und Lichenifikation charakterisiert sein kann. Im frühkindlichen Alter überwiegt meist das exsudativ-ekzematische Bild, während im Schulkind- und Erwachsenenalter Juckreiz, pruriginöse lichenoide Papeln und Lichenifikation im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes stehen".

Den lebensgeschichtlich einhergehenden Wechsel im typischen Verteilungsmuster zeigt folgendes Schaubild:

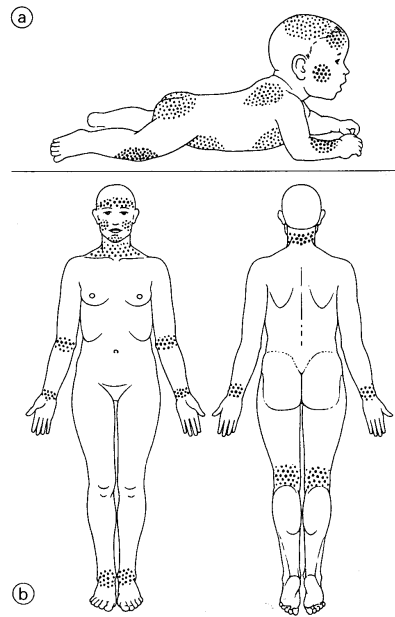


Abb. 2 nach Czarnetzki et al., 1992, Typisches Verteilungsmuster des atopischen Ekzems im Säuglingsalter (a) und im Kinder- und Erwachsenenalter (b)

Die Häufigkeit der Lokalisation der Hautveränderung beim Erwachsenen ist dem nächsten Schaubild zu entnehmen:

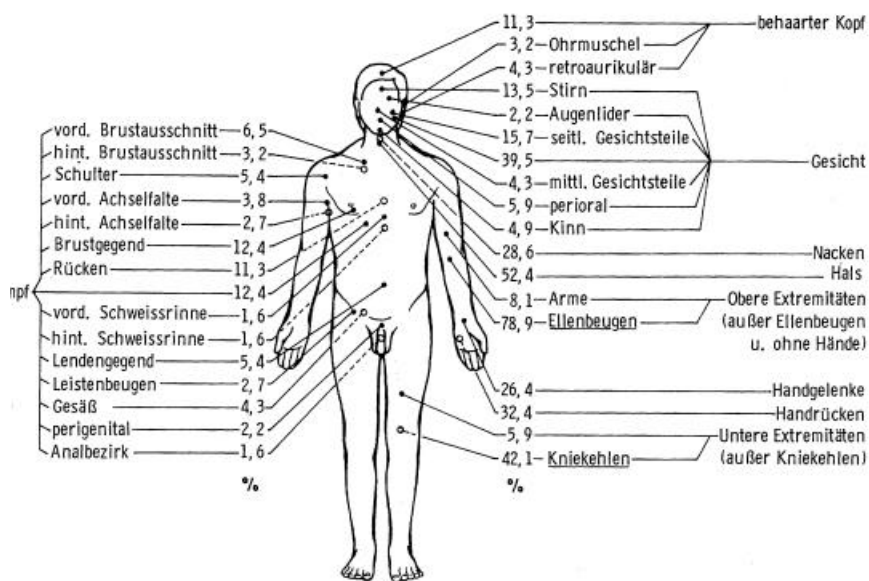


Abb. 3 nach Korting, 1982

1.2.2 Epidemiologie

Nach Rajka (1986 a) ist das Atopische Ekzem eine weltweit zu findende Erkrankung, die gehäuft in industrialisierten Zonen auftritt. Nach Angaben von Uehara (1987), Rajka (1986 b) und Schulz-Larssen (1986) ist die Prävalenz der Erkrankung in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Bei einer jahreszeitlichen Häufung im Frühjahr und Herbst ist das Atopische Ekzem eine der häufigsten Hautkrankheiten und bestreitet ca. 5 % des Krankengutes (Strauß, 1987).

1.2.3 Ätiologie

Da die somatische Ursache des Atopischen Ekzems bis heute nicht geklärt werden konnte, wird beim derzeitigen Stand der Wissenschaft von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, die das Ineinandergreifen verschiedenster Komponenten zuläßt.



Abb. 4 Multifaktorielle Genese des Atopischen Ekzems nach Braun-Falko et al., 1984

Die genetische Komponente, die Allergiedisposition wird auf dem kurzen Arm von Chromosom 6 vermutet, ist von Voigtländer (1977) als ein unregelmäßig dominanter Erbgang mit niedriger Penetranz und variabler Expressivität bzw. als ein multifaktorieller Erbgang mit Schwellenwerteffekt formuliert worden.

Weitere Störungen sind in den Bereichen der humoralen Immunität, der zellulären Immunität, des vegetativen Nervensystems, der Talgdrüsenproduktion und der Schweißabgabe beschrieben worden und werden als mitbeeinflussend angesehen (Gieler, 1989 d; Braun-Falko et al., 1984 d).

Einen Versuch, das Wirken und Ineinandergreifen dieser Mechanismen unter Berücksichtigung psychischer, psychophysiologischer und psychimmunologischer Aspekte zu integrieren, hat Ring (1983) ein Modell der Immunvegetativen Dysregulation konzipiert, das (in Abwandlung von Gieler) wiedergegeben wird:

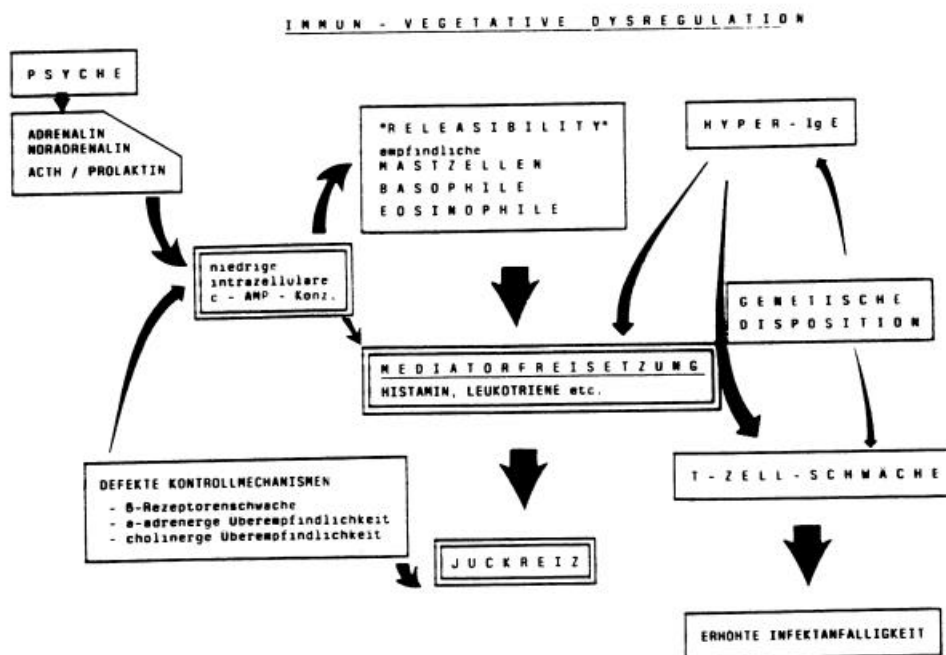


Abb. 5 Modell der Immunvegetativen Dysregulation

Dabei wird angenommen, daß psychische Einflüsse ("Streß") über Hormon- und Immunmechanismen die Endstrecke des Ekzems, die Mediatorfreisetzung, beeinflussen.

1.2.4 Zentrales Krankheitsphänomen Juckreiz

Übereinstimmend in der Literatur wird dem Juckreiz und dem damit verbundenen Kratzen beim Atopischen Ekzem eine zentrale Rolle, insbesondere für die Chronifizierung, zuerkannt, da ohne Kratzen die Entzündungsvorgänge rasch und vollständig rückbildungsfähig sind. Als (Miß-)Empfindung wird Juckreiz unter phylogenetischem Aspekt als archaisches Signal interpretiert, das einerseits bereits bei Fischen nachweisbar ist (Herrmann, 1981), andererseits ist die Antwort "Kratzen" an die Entwicklung gelenkiger Extremitäten gebunden. Die Empfindung Juckreiz ist somit beim Menschen mit der motorischen Reaktion Kratzen als spinaler Reflex verbunden und kann durch kortikale und subkortikale Zentren gehemmt werden (zit. n. Gieler, 1989 e). Juckreiz ist als subjektives Symptom schwer objektivierbar bzw. nicht meßbar (Rechenberger, 1981). Speziell beim Atopischen Ekzem wird davon ausgegangen, daß der Juckreiz mittels entsprechenden Kratzens durch eine Schmerzempfindung abgelöst wird (im Extremfall entsteht eine blutende, aufgekratzte Haut mit der Gefahr von Sekundärinfektion). Stüttgen (1981) hat mit der Zusammenfassung von Schmerz-, Juck- und Kitzelempfindungen als protophatischer Empfindungsqualität auf die affektbetonte Komponente im Sinne von Lust - Unlust hingewiesen und auf die Zusammenhänge von Schmerz- und Juckreiz, speziell unter pathophysiologischen Gesichtspunkten aufmerksam gemacht: Personen mit Atopischem Ekzem zeigen eine Verringerung der Zahl von Nervenfasern in den befallenen Hautarealen; unter massiver Ultraviolett-B-Strahlung sprießen (wie sonst nur im fötalen Leben) Nervenfasern in die Epidermis; und licheninfizierte Hautareale sind sowohl juckreizempfindlicher als auch schmerzempfindlicher (hypoanalgetisch). Bei Gieler (1989 f) findet sich eine Zusammenfassung der Arbeiten, inwieweit der Juckreiz durch klimatische,

tageszeitliche, allergische und psychische (mentale Belastung, Konfrontation mit unangenehmen Lebenssituationen, Entspannungsphasen) Einflüsse gesteigert bzw. vermindert werden kann.

Bosse und Hünecke (1981) differenzieren bei Atopischen Ekzem-Patienten unter psychologischer Betrachtung ein mehr lustbetontes Scheuern, etwa bei Verlegenheitssituationen, und ein exkoriatives Kratzen mit den Fingernägeln, dessen Auftreten durch die erstgenannte Situation begünstigt wird. In Übereinstimmung vieler Autoren ist das Kratzen, insbesondere bei früher Erstmanifestation der Erkrankung, rasch mit einer Antwort des gegebenen sozialen Gefüges verbunden, die in lerntheoretischer Sicht unter den Aspekten Zuwendung, Belohnung und Bestrafung beschrieben wird. Zusammenfassend kann von einem Juckreiz-Kratz-Zirkel gesprochen werden, der als Voraussetzung zur Chronifizierung der Störung zu betrachten ist und selbstschädigende / zerstörerische Ausmaße annehmen kann (Herrmann, 1981).

1.3 Psychosomatisch-analytische Modelle

1.3.1 Konversionsmodell und Aktualneurose von S. Freud

Um die Jahrhundertwende, nach dem "Nachweis" des Unbewußten im Posthypnotischen Auftrag, schuf S. Freud (1984 b) mit seinem Strukturmodell der 3 psychischen Instanzen Über-Ich, Ich und Es den Grundstein der psychoanalytischen Methode.

Neben der Beschreibung von Abwehrmechanismen (die in der Regel heute als sogenannte "reife" Abwehrmechanismen bezeichnet werden) entwarf er mit seinem Konversionsmodell ein erstes psychosomatisches Modell, wobei mit dem Vorgang der Konversion (zit. n. Freud, 1984 c): "eine unlustbereitende Vorstellung dadurch unschädlich gemacht wird, daß ihre Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird"; "ein Sprung aus dem seelischen in die somatische Innervation" findet statt. Dabei gilt, daß die körperlichen Symptome symbolisch unbewußte Phantasien ausdrücken, der zugrundliegende Konflikt ist sexuell ödipaler Natur. In strikter Abgrenzung dazu beschrieb er ein aktualneurotisches Modell, wo Körpersymptome wie Schwitzen, Durchfall als Äquivalente eines Angstanfalls gesehen werden, "denen keine vorausgegangene psychische Verarbeitung eigen ist"; "es handelt sich um eine Entfremdung zwischen dem Psychischen und Somatischen" (zit. n. Freud, 1984 d).

1.3.2 Alexithymie-Konzept

Einerseits konnte zu Beginn der 80-er Jahre eine Vielzahl von Einzelbeobachtungen im Verhalten und im Erleben psychosomatisch Erkrankter im Konzept der Alexithymie (gleich "psychosomatisches Phänomen" oder "pensee operateire") zusammengefaßt werden, andererseits wird heute in der Wissenschaft kontrovers diskutiert, ob das hier beschriebene Phänomen einen dauerhaften Persönlichkeitszug darstellt, einer speziellen Untersuchungssituation entspringt oder eine reaktivierbare psychische Reaktion auf Belastung ist.

Ferenczi (zit. n. Uexküll, 1990 a) erwähnte 1924 einen Menschen-Typus, "der sich besonders phantasiearm gebärdet, Menschen, an denen die eindrucksvollsten Erlebnisse spurlos vorüberzugehen schienen".

Nach der eigentlichen Erstbeschreibung durch Rüschi 1948 erfolgte 1973 von Sifneos die Einführung des Begriffes Alexithymie (Griechisch von α -Thymos: "für den es keine Worte gibt"), während die französische Schule von Marty und de M'uzan 1978 ähnliche Phänomene beschrieb.

Die Kernsymptomatik dieses Verhaltens ist gekennzeichnet durch die Trias:

1. ausgeprägte Phantasieschwäche,
2. geringe Fähigkeit zum verbalen Gefühlsausdruck,
3. soziale Überangepasstheit.

Der französische Begriff "la pensee operateire" verweist auf das konkretistische Darstellen und Denken (rein am Faktischen orientiert) des Patienten. Der Begriff "Reduplication projective" beschreibt die Tendenz des Patienten, das Gegenüber nur nach dem Muster des eigenen, undifferenzierten Selbstbildes wahrnehmen zu können. Die Autoren insgesamt betonen die Bedeutung einer symbiotisch engen Beziehung zu einer Partner- oder Schlüsselperson, mit deren Hilfe die Patienten ihr fehlendes Identitätsgefühl und ihre mangelnde Autonomie über ein System äußerer Absicherungen zu stabilisieren versuchen (Traumaschutz). Diese Struktur wird als Resultat einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung beschrieben, wobei bevorzugt frühe psychische Abwehrmechanismen zur Geltung kommen, wie Verwerfung (forenclosure), Spaltung (splitting), Projektion und projektive Identifikation (zit. n. Uexküll, 1990 b). Dieser labile Abwehrprozeß ist leicht durch allzu große Nähe oder Ferne primärer Bezugspersonen sowie durch realen und/oder phantasierten Objektverlust bedroht.

Kutter (1981) hat unter Zuhilfenahme der Konzepte von Freud, Klein, Glover, Balint, Jakobsen und Kernberg ein recht dynamisches "Konzept der Basisstörung" entwickelt, in dem er postuliert, daß im "psychosomatischen

Phänomen" bzw. in der psychosomatischen Charakterstruktur massivste archaische Affekte (sogenannter Grundkonflikt des Patienten) wegen ihres existentiellen Charakters abgewehrt werden müssen. Er konnte unter soziogenetischem Aspekt vier Grundmuster von Konflikten in der ursprünglichen Mutter-Kind-Dyade herausarbeiten und in Verbindung bringen mit vier im Erwachsenenalter nachweisbaren pathogenen Beziehungsmustern und einer Neigung zu bzw. bereits manifesten psychosomatischen Erkrankungen.

1.3.3 Giving up- Given up- Komplex von G. Engel und H. Schmale

Die in den 60-er Jahren entworfene psychoanalytische Theorie der psycho-somatischen Störung von Engel und Schmale (1967) betont einen schwerwiegenden Affektzustand von Verzweiflung, Depression und allgemeinem Rückzug - von ihnen als Komplex giving up - given up benannt -, der sich als tiefe Hilflosigkeit (über den Verlust der Ich-Autonomie), gepaart mit tiefer Hoffnungslosigkeit (über die Unfähigkeit, sich selbst Befriedigung zu verschaffen), beschreiben läßt. Dieser Zustand wird in der Regel durch einen real drohenden oder symbolischen Objektverlust ausgelöst und steht als unspezifischer seelischer Faktor im Kontext von somatischem Entgegenkommen beim Ausbruch einer somato-psychischen - psycho-somatischen Erkrankung.

1.3.4 Vegetative Neurose von F. Alexander

Alexander (zit. n. Uexküll, 1990 c) schuf in den USA in seiner Theorie psychosomatischer Krankheiten mit dem Begriff "vegetative Neurose" eine Möglichkeit, psychosomatische Erkrankungen von psychischen zu differenzieren.

Seiner Meinung nach ist ein Konversionsymptom ein symbolischer Ausdruck eines genau definierten emotionalen Inhaltes, ein Versuch der Entlastung, während die "vegetative Neurose" kein Versuch ist, eine Emotion auszudrücken, sondern die physiologische bzw. pathophysiologische Begleiterscheinung eines konstanten oder periodisch wiederkehrenden emotionalen Zustandes ist.

In seiner Spezifitätshypothese unternahm er den Versuch, bei bestimmten Krankheiten (z. B. Arterielle Hypertonie, Ulcus duodeni, etc., als "Holy seven" zusammengefaßt) nicht bestimmte Persönlichkeitstypen, sondern bestimmte neurotische unbewußte Konflikte herauszufinden; er formulierte dabei seine spezifischen Konfliktkonstellationen als spezifisch für alle Patienten einer nosologischen Gruppe. Diese Annahme ist im Hinblick auf den heutigen Stand der Forschung, sowohl im Experimentellen wie auch im metapsychologischen (vgl. Thomä, 1990) als unzutreffend oder zumindest mit großer Vorsicht zu betrachten.

1.3.5 Zweiphasige Verdrängung von A. Mitscherlich

Mitscherlich (1966) legt in seinem psychosomatisch-analytischen Konzept einen besonderen Schwerpunkt auf die Chronizität und die aufzufindenden Ich-Qualitäten bei psychosomatisch Erkrankten. In Anlehnung an Cannon postuliert er, daß die Homöostase im "psychosomatischen Simultangeschehen" von einem

- somatisch-organismischen und
- psychischen Organisationskern-Prinzip

gewahrt wird.

Ein Zerreißen dieses psychosomatischen Simultan-Geschehen mit mehr oder weniger ausgeprägter partieller Autonomie somatischer und/oder psychischer Prozesse geschieht, wenn "eine in ihrer Unabwendbarkeit sich chronifizierende Krise zunächst mit neurotischer Symptombildung noch unzureichend zu bewältigen versucht wurde, in einer zweiten Phase erfolgt dann die Verschiebung in die Dynamik körperlicher (Abwehr)-Vorgänge".

Dabei können neurotische Fehlhaltungen im Bewußtsein und im manifesten Verhalten zurücktreten bzw. verschwinden und bei Genesung wieder auftauchen.

Damit einher geht eine Entdifferenzierung der psychischen Struktur (Ich-Regression), wobei eine Verschiebung von Sekundärprozessen zu Primärprozessen stattfindet.

1.3.6 Konzept der De- und Resomatisierung von M. Schur

Schur (zit. n. Overbeck, 1978) hat unter der Prämisse:

"Ich-Funktionen sind das Ergebnis einer langen und komplizierten Entwicklung, sie sind auch anfällig für regressiven Funktionswandel. Sie haben primär autonome Wurzeln. Die Fähigkeiten des Ich, Triebenergien verschiedenster Natur zu neutralisieren und diese neutralisierte Energie in seinen Reaktionen zu nutzen, stellt ein Ergebnis der Ich-Reifung dar."

ein an Ich-Funktionen orientiertes psychosomatisch-analytisches Modell entwickelt, welches für eine Vielzahl von psychosomatischen Erkrankungen anwendbar ist. Lebensgeschichtlich entwickelt sich im Rahmen einer Parallelität und wechselnden Abhängigkeit zwischen Reifung des ZNS, motorischen Systems, Stabilisierung homöostatischer Regelvorgänge und Entfaltung des Sekundärprozeßdenkens als wesentlicher Komponente der Bildung des Ich eine zunehmende Desomatisierung der Reaktionen auf bestimmte Erregungen.

So besteht "zwischen dem Vermögen des Ich, auf Sekundärprozeß-Niveau zu operieren und Triebenergien zu neutralisieren, und der Desomatisierung von Reaktionswegen eine wechselseitige Abhängigkeit" und vice versa, geht eine Resomatisierung von Reaktionen mit einem Vorherrschen von primärprozeßhafter Denkweise einher.

In bezug zum Atopischen Ekzem konnte er in ausführlichen psychoanalytischen Untersuchungen zeigen, daß das zentrale Symptom Juckreiz verschiedene Affekte z. B. Angst, Wut, Sexualität, auf unterschiedlichem Niveau der psychischen Entwicklung vertreten bzw. mit ihnen in Verbindung stehen kann.

Das Auftreten spezifischer Effloreszenzen fand er auf dem Höhepunkt von unerträglichen Konflikten, wo die Kontrollfunktionen des Ich's desintegriert sind, Denkprozesse von Primärprozessen beherrscht werden und die Neutralisation von Trieben und Affekten folglich nicht gelingt.

1.3.7 Allergische Objektbeziehungstheorie von P. Marty

In seinen Untersuchungen an manifest oder latent allergisch Erkrankten kristallisierte Marty (1958) einen bestimmten Typus von Objektbeziehung, die sogenannte "allergische Objektbeziehung", heraus.

Als fundamental charakterisiert er "den permanenten Versuch des Subjektes, sich dem Objekt zu nähern mit dem Ziel größtmöglicher Annäherung bis zur Verschmelzung."

Diese psychische Bewegung findet in zwei Schritten:

1. einer Beschlagnahme (saisie) und
 2. einer Aneignung des Objektes (amenagement)
- statt.

Dies geschieht mittels einer tiefen Identifizierung und begleitender projektiver und weiterer identifikatorischer Mechanismen. Als Voraussetzung sieht er dafür an, daß die Eigenschaften des Objektes denen des Ideals des Subjektes ähnlich sind. Psychodynamisch erklärt er dies als Organisation einer kindlichen Allmachtsidee, wobei im Grunde die Suche nach Verschmelzung mit der Mutter, die aber zum Teil idealisiert wird, angestrebt wird. Regressive Bewegungen entstehen, wenn ein "so besetztes Objekt neuere, unvereinbare Eigenschaften zeigt (akute Desillusionierung) oder zwei gleich hochwertig besetzte Objekte inkompatible schergewichtige Unterschiede zeigen und das Subjekt zerrissen ist durch doppelte Identifizierung".

Die stattfindende Ich-destabilisierende Regression kann unterbrochen werden durch eine Beziehung zu einem neuem Objekt oder ein somatisches Symptom. Dabei lautet seine Hauptthese: Die humorale Abwehr allergischer Reaktionen ist das Substitut des Objektbeziehungssystems bei einer regressiven Bewegung.

1.3.8 Objektbeziehungstheorie und Vorläufer

Objektbeziehungstheorien versuchen Zusammenhänge zwischen Erfahrungen der frühesten Kindheit, überwiegend in der Mutter-Kind-Dyade, und dem Entstehen und Ausbilden psychischer Strukturen zu erklären. Insbesondere geht es dabei um Selbst, Nichtselbst, Narzißmus und dazugehörige "frühe" Abwehrmechanismen wie Spaltung, primitive Idealisierungen, Projektion, projektive Identifikation, Verleugnung, Allmachtsphantasien und Entwertung, die in gesunden und krankhaften Prozessen (z. B. Borderlinestörungen, narzißtische Störungen, Psychosomatosen) zur Erklärung herangezogen werden.

Objektbeziehung (zit. n. Laplanche et al., 1991) ist ein "in der Psychoanalyse häufig verwendeter Ausdruck, der die Art der Beziehung des Subjektes zu seiner Welt bezeichnen soll, eine Beziehung, die das komplexe und vollständige Ergebnis einer bestimmten Organisation der Persönlichkeit, eines mehr oder weniger phantasierten Erfassens der Objekte und bestimmter bevorzugter Abwehrformen darstellt".

Der Begriff des "Selbst" geht auf Winnicott (1960) zurück, der in ein zentrales Selbst und ein kommunikatives Selbst unterscheidet. Er betont nachhaltig die Bedeutung einer Umweltatmosphäre, die er als "primäre Mütterlichkeit", (Winnicott, 1960) oder "good enough mother" beschrieb und welche von der Mutter (Pflegerperson) eine besondere Anpassungsleistung erfordert, welche dann diese "symbiotisch-homöostatische" Beziehung ermöglicht. Die Bedeutung dieser Atmosphäre findet sich auch bei Balint (1968) unter dem Begriff "primäre Liebe". Aus der Beobachtung von Kindern und der analytischen Auswertung der Befunde wurden wertvolle Ergebnisse gewonnen, die Einzug in psychosomatische Konzepte erhielten.

Nach Mahler et al. (1978) durchläuft der Säugling/Kleinkind nach einer symbiotischen Phase einen Prozeß von miteinander verwobenen Loslösungs- und Individuationsschritten, den die Autoren zeitlich im 4./5. bis 30./36. Lebensmonat ansiedeln.

Unter symbiotisch verstehen sie einen intrapsychischen Zustand von Undifferenziertheit, wo "Ich" noch nicht von einem "Nicht-Ich" unterschieden wird und Innen und Außen erst allmählich differenziert werden.

Hier spielen das kontaktperzeptuelle Erleben des ganzen Körpers (vgl. hierzu Spitz, S.5), insbesondere die Tiefensensibilität und das Bewegungsempfinden, eine wichtige Rolle. Die Folgen der Entwicklung geht einher mit zunehmenden Gewahrwerden des Getrenntseins, einer hierfür typischen Angst, sowie einer zunehmenden Ausbildung der Funktionen des Ich-Apparates (Mobilität, Gedächtnis, Wahrnehmen) und komplexerer Ich-Funktion (Realitätsprüfung). Zudem werden die Grundsteine für Identität, damit verbunden für Körpergefühl, die Möglichkeit zur intrapsychischen Abbildung psychischer Objekte und die Fähigkeit zu Objektbeziehungen errungen.

Vom Blickpunkt des Körperschemas her verschiebt sich die Besetzung von vorwiegend proprioerozeptiver Wahrnehmung auf eine mehr sensorisch-perzeptive Wahrnehmung der Körperperipherie.

Nach Klein (zit. n. Kernberg, 1988), beginnt mit der physischen Geburt die psychische Entwicklung des Ich's, und damit treten die von ihr beschriebenen Grundfunktionen:

- Erleben
- Abwehr von Angst
- Prozesse der Introjektion und Projektion
- Objektbeziehungen
- Funktionen der Integration und Synthese

in Kraft.

In dieser Verlaufsgeschichte mißt sie dem Wechselspiel libidinöser und aggressiver Impulse besondere Bedeutung zu. Beide Impulse und entsprechende äußere Reize sind eng mit Objektbeziehungen verknüpft (in der Regel Mutter - Säugling) und finden einen psychischen Ausdruck in Form unbewußter

Phantasien. Lustvolle Kontakte mit befriedigenden Objekten werden in Form eines guten inneren Objektes introjiziert ("gute Brust"), im weiteren Verlauf erfolgt eine Projektion auf neue im Wahrnehmungsfeld auftauchende Objekte, so daß ein Prozeß von wachsendem Vertrauen, zunehmender Realitätserkundung und psychischem Wachstum in Gang kommt. Unbefriedigend/frustrierende aggressive Kontakte geben Anlaß zu Phantasien über böse, destruktive, verschlingende Objekte ("böse Brust"), die nach außen projiziert werden.

Die zunächst wahrgenommenen Objekte sind nur Teilobjekte. Ihr zufolge stellt Angst die Antwort des Ichs auf den Ausdruck der angeborenen Aggression dar, die durch Frustration körperlicher Bedürfnisse verstärkt wird.

Zusammen mit Introjektion und Projektion ist sie maßgeblich mitbestimmend für Ich-Wachstum und die entwicklungspsychologische Abwehrtätigkeit/Formation. Als zentralen Abwehrmechanismus gegen Angst sieht sie die Spaltung: Spaltung ist die Neigung, Objekte entweder als ideal (nur gut) oder verfolgend (nur böse) anzusehen.

Mit diesem Abwehrmechanismus in Verbindung steht eine Tendenz zur Idealisierung und Verleugnung sowie zur projektiven Identifizierung.

Unter projektiver Identifizierung versteht man den Vorgang, daß unerwünschte Teile des Ich oder Selbst oder eines inneren Objektes abgespalten werden und auf eine andere Person projiziert werden, wobei dann das Ich unter Einfluß der projektiven Identifizierung danach strebt, gewaltsam in das äußere Objekt einzudringen und es zu beherrschen.

Das Vorherrschen dieser psychischen Mechanismen faßt sie zusammen unter dem Begriff der "paranoid-schizoiden Position". Dieser gegenüber stellt sie die psychische reifere "depressive Position", wo die beschriebenen Mechanismen in den Hintergrund treten und die Wahrnehmung von Total-Ganz-Objekten vorherrscht. Damit ermöglicht also eine Synthese guter und schlechter Aspekte von Objekten das psychische Erleben von Ambivalenz (das Kind realisiert, daß die Mutter gut und böse ist).

In den 70-er Jahren konnte Kernberg (1977) seine psychoanalytischen Beobachtungen bei Erwachsenen unter Zuhilfenahme vorne genannter Theorien zu einem schlüssigen Konzept zusammenfügen.

Mit diesem Konzept kann eine Vielzahl psycho-(pathologischer) Phänomene, wie sie insbesondere bei narzißtischen Störungen und Borderline- Störungen auftreten, erklärt werden.

Kernberg beschreibt bei den von ihm untersuchten Patienten die vorne genannten frühen Abwehrmechanismen und betont, daß sie das Ich dadurch vor Konflikten schützen, daß sie widersprüchliche Erlebnisse des Selbst oder signifikant anderer dissoziieren oder aktiv voneinander trennen.

Er betont die Bedeutung der Spaltung als Abwehrmechanismus, und in Zusammenschau von Kernberg und Mahler wird ein Vorherrschen dieser Abwehrmechanismen für die der symbiotischen Entwicklungsphase folgende Wiederannäherungsphase (1. Hälfte 2. Lebensjahr bis 2. Hälfte 3. Lebensjahr) als entwicklungspsychologisch normal beschrieben, ein zu starkes Fortbestehen oder auch eine Reaktivierung in psychischen Krisen schützt dann das Ich vor unerträglichen Konflikten zwischen Libido und Aggression, jedoch um den Preis abnehmender Ich-Integration und psychischer Reife. Dabei werden auch andere Aspekte der Ich-Stärke wie Angsttoleranz, Impulskontrolle und Sublimierungsfähigkeit in Mitleidenschaft gezogen.

Neben einer beschriebenen Identitätsdiffusion findet sich eine chronisch übergroße Abhängigkeit von äußeren Objekten in dem Versuch, eine gewisse Kontinuität in Interaktion, Denken und damit verbundenen Gefühlen zu erreichen.

Außerdem ist die Fähigkeit zur Realitätsprüfung, hier definiert als Fähigkeit, Selbst und Nichtselbst, sowie intrapsychische Wahrnehmungsquellen und Reize von äußeren zu unterscheiden sowie die Fähigkeit, die eigenen Affekte, das Verhalten und die Denkinhalte im Rahmen der üblichen gesellschaftlichen Normen einzuschätzen, deutlich reduziert.

1.4 Untersuchungen zum Atopischen Ekzem

1.4.1 Testpsychologische Aspekte

Eine Vielzahl von empirischen Studien versuchte den Nachweis einer spezifischen Persönlichkeit bzw. Struktur bei Patienten mit atopischen Ekzem und hat (vgl. hierzu Gieler, 1989 g) " ..völlig inhomogene und z. T. widersprüchliche Ergebnisse aufgezeigt. Auch halten sie vom Design her einer wissenschaftlichen Kritik nicht stand ".

Im Vergleich von 45 Patienten mit Atopischem Ekzem zu Patienten mit Pityriasis rosea und Hautgesunden wiesen Garrie und Garrie (1974) mit dem State-Trait-Inventar (nach Spielberger) deutliche höhere situative und gewohnheitsmäßige Angstwerte für diese Gruppe nach. Diese erhöhte Angstneigung konnte von Faulstich et al. (1985) bestätigt werden.

In einer Untersuchung von Asthma-, Neurodermitis- und Urticaria-Patienten gegenüber chirurgischen Patienten mittels der Gottschalk-Gleser-Sprachanalyse von Schäfer et al. (1979) zeigten sich keine Unterschiede in bezug auf den Mittelwert, aber erkrankungsspezifische Affektzusammenhänge.

Nachdem Brown (1983) in seiner Untersuchung mit 93 Ekzempatienten zwei unterschiedliche Typen differenzierte (einen "labilen" und einen "überstabilen"), konnte Gieler (1984 h), unter der Leitidee einer inhomogenen Patientengruppe, bei 38 untersuchten Probanden einen 1. Typ mit innenbezogenem Krankheitskonzept gegenüber einem 2. mit ausbezogenem Krankheitskonzept absetzen. Patienten vom 1. Typ negieren psychische Einflüsse auf ihre Erkrankung und haben weniger Angst vor Kritik und Fehlschlägen; der 2. Typ berücksichtigt psychische Einflüsse auf den Verlauf der Erkrankung und zeigt eine Neigung zum Erleben sozialer Inkompetenz.

In einer streng parallelisierten Folgeuntersuchung mit 93 Probanden (Instrumente: HESTIBAR, KEPS und Intelligenz-Test) konnte er clusteranalytisch eine Differenzierung in 4 Subgruppen herausarbeiten, die nachfolgend kurz skizziert werden (vgl. Gieler, 1989 i).

GRUPPE 1:

Erstmanifestation des atop. Ekzems in der Kindheit mit starker Ausprägung, deutlichste Auffälligkeiten im Stimmungsbereich (Ängstlichkeit, Ärger, Depressivität).

GRUPPE 2:

Erstmanifestation des atop. Ekzems nach dem 18. Lj., eine Tendenz, den Entstellungswert des Ekzems niedrig anzusetzen, unauffällige Skalenwerte ("Gesunde").

GRUPPE 3:

Typisch ist eine geringe Gefühlskontrolle mit Impulsivität besonders im Ärgerausdruck.

GRUPPE 4:

Typisch ist eine Tendenz zum starken Ärger unterdrücken.

1.4.2 Psychoanalytische Aspekte

Psychoanalytisch-psychosomatische Kenntnisse fußen in der Regel auf in Therapien gewonnenen Informationen, die hermeneutisch vor dem Hintergrund psychoanalytischer Theorien verarbeitet werden. Dem Vorteil eines Studiums von Phänomenen "unter dem Mikroskop", bedingt durch lange und intensive Untersuchungszeiträume, steht der Nachteil von geringen Fallzahlen und damit begrenzter bzw. anzweifelbarer empirischer Aussagekraft gegenüber. Allgemein wird davon ausgegangen, daß durch eine frühe Störung (Fixierungs- oder Regressionspunkt) in der Mutter-Kind-Dyade es bei gegebener Disposition zur Manifestation der Neurodermitis kommt, wenn die vorhandenen frühkindlichen Konflikte durch Lebensereignisse (z.B. Objektverlust) psychisch mobilisiert werden .

In jüngster Zeit hat Koblenzer (1988) diesen Aspekt anhand von acht psychoanalytischen Fällen noch einmal dargestellt. Eine der ältesten und umfassendsten Untersuchungen ist die von Schur (zit. n. Overbeck, 1978) mit 42 analytischen Therapien von Neurodermitispatienten, der folgende Gemeinsamkeiten fand:

1. Patienten weisen mannigfache neurotische Symptome auf.
2. In der Libidoentwicklung überwiegen narzißtische und prägenitale Triebkomponenten
3. Es besteht ein weitgestreutes Muster von Ich-Funktionsstörungen
4. Entsprechend der defizienten Libido- und Ich-Entwicklung sind auch ihre Objektbeziehungen dürftig, vorwiegend von narzißtischen und prägenitalen Bedürfnissen her bestimmt.
5. Alle Klienten haben ein ungewöhnliches Maß an frühkindlicher Traumatisierung erlitten.

Eine Darstellung mit Schwerpunkt auf der Ich-Entwicklung von Atopischen Ekzem - Patienten geben Bosse et al. (1985). In einer an der "allergischen Objektbeziehung" von Marty orientierten Auswertungen von 25 tiefenpsychologischen Anamnesen von Ekzem-Patienten betonen Heigl-Evers et al. (1976) neben den spannungsgeladenen Elternhäusern mit kühler Atmosphäre die "tiefgehende interpersonelle Unsicherheit in der zwischenmenschlichen Orientierung" als Ausdruck eines ständigen Strebens nach einer symbiotischen Dualbeziehung. Rechenberger (1976) verweist in ihrer Falldarstellung auf die Nichtintegration von "guten" und "bösen" Objektanteilen und die resultierenden Symptome wie atopisches Ekzem, Depression und Omnipotenzphantasien.

Thomä (1990) betont in seiner Falldarstellung einerseits die relative Unspezifität der neurodermitisauslösenden Konflikte, akzentuiert jedoch die tiefe Ich-Regression und die These des Ersatzobjektes Haut, an dem im "Jucken und Kratzen

vielfältige Nuancen objektbezogener Gefühle untergebracht werden" (auto-destruktive und autoerotische Anteile).

Neraal (1987) verweist auf die Besonderheiten im Verlauf analytischer Therapien bei Patienten mit Atopischem Ekzem.

Gieler (1989 j) hebt in seiner Falldarstellung eines früh erkrankten Patienten die lebensgeschichtlich durch Hautpflegemaßnahmen (Salben der erkrankten Hautstellen etc.) forcierte Schwierigkeiten des Patienten, zwischen liebevoller Zuwendung und unangenehm schmerzhaften Reizen zu differenzieren, hervor. Er stellt im weiteren die Bedeutung dieses Phänomens in Abhängigkeit vom Manifestationsalter heraus. Detig (1989) hat bei der Auswertung von 27 analytischen Erstinterviews mit dermatologischen Patienten ein hochambivalentes Nähe-Distanz-Verhalten als Ausdruck eines unbewußten Individuations-Separationskonfliktes nachweisen können, wobei verschieden eingesetzte Abwehrmechanismen überwiegend anal-retentiver Natur die Patientengruppe differenzierten.

2 Methodik

2.1 Untersuchungsdesign und Hypothesenherleitung

Vor dem Hintergrund der Auffassung einer multifaktoriellen Genese des Atopischen Ekzems (s. S. 11) und in Zusammenschau der aktuellen Forschungsergebnisse (s. Kap. 1.4.1. mit dem Resultat von "völlig inhomogenen und z. T. widersprüchlichen Ergebnissen") wird Hypothese 1 erstellt:

Hypothese 1): Klienten mit Atopischem Ekzem bilden ein auch psychologisch heterogenes Kollektiv.

Um dieser Prämisse und vorne genannter Forschungskritik Rechnung zu tragen, wird in der durchgeführten Untersuchung eine enge Verbindung von psychologischen und somatischen Befunden hergestellt.

Bei der psychologischen Befunderhebung und –darstellung werden zwei unterschiedliche Forschungsperspektiven

standardisierte ↔ individuumzentrierte

zum Einsatz gebracht und in Beziehung gesetzt. Ein Schwerpunkt wird dabei auf letztere - die GRID-Technik - und hier besonders auf die SIS-Graphik gelegt.

Prinzipiell geschieht der Ablauf der Untersuchung in zwei Schritten:

- 1) bei einem Vergleich der Stichprobe (STP) mit einer Kontrollgruppe (KG) - parallelisiert nach soziographischen Merkmalen - werden die erhaltenen Daten im psychologischen Bereich auf Skalenniveau im GT und GBB sowie auf Bausteinniveau im GRID verglichen.

- 2) unter Berücksichtigung von Hypothese 1) erfolgt im zweiten Untersuchungsschritt eine Subgruppenbildung der Stichprobe unter Maßgabe der Kriterien Erstmanifestationsalter sowie Stärke und Lokalisation der Erkrankung.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß sich das Atopische Ekzem an der letztendlich sichtbaren Oberfläche des menschlichen Körpers manifestiert und somit relativ sichtbar ist, wird die nächste Hypothese formuliert:

Hypothese 2): Patienten mit Atopischem Ekzem sehen sich durch die Sichtbarkeit / Entstellungswert ihrer Erkrankung benachteiligt.

In Hinblick auf die geplante Subgruppenbildung resultieren die Hypothesen:

Hypothese 3) Das Erstmanifestationsalter nimmt Einfluß auf die verschiedenen Objektbeziehungsstrukturen

Hypothese 4) Schweregrad und Lokalisation / speziell Sichtbarkeit nehmen Einfluß auf die Objektbeziehungsstrukturen

Die Subgruppenuntersuchung erfolgt auf Skalenniveau bei den acht Skalen des GT und den fünf Skalen des GBB sowie auf Bausteinniveau im GRID-Test.

Ein spezieller Schwerpunkt der Darstellung und Differenzierung wird auf die Darstellung in der SIS-Graphik gelegt .

Parallel dazu erfolgt die Darstellung der erhobenen somatischen Parameter.

Computergestützt werden die ausgewählten Variablen nach dem U-Test von Mann and Whitney auf Signifikanzen überprüft. Dieses ist ein verteilungsfreies Verfahren, welches bevorzugt bei nicht normal verteilten Variablen zum Einsatz kommt.

Die Überprüfung erfolgt nach dem Sokoloff-Smirnex-Verfahren.

Das Rechenprogramm arbeitet nach dem sogenannten Mean-Rank-Prinzip. Dabei werden die gewünschten Variablen in eine Rangreihenfolge gebracht, addiert und durch die Zahl der Werte dividiert.

Im folgenden wird sich auf diese Werte bezogen (in der Darstellung: Mean Rank, MR).

Für die Signifikanzen wird zugrunde gelegt:

$p = 0.05$ signifikant

$p = 0.01$ hochsignifikant

$p = 0.001$ sehr sicher

Beschreibung der Stichprobe

Untersucht wurden 23 Patienten in der Dermatologischen Klinik in Marburg, die sich dort einer stationären Behandlung wegen Atopischem Ekzem unterzogen. Die Testdurchführung mit Giessen-Test, Giessener-Beschwerdebogen und Grid-Test erfolgte vom 2.-4. Tag des stationären Aufenthaltes. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von Juli 1990 bis Winter 1991. Die Testpakete der Probanden sind gekennzeichnet mit Nr. 1-23. Zwei Testpakete konnten wegen Unvollständigkeit (Nr. 7 und 12) nicht verwertet werden. Bei einem weiteren Probanden (Nr. 23) mußte die Diagnose von Atopischem Ekzem in Erythroblastose umgeändert werden, so daß eine Stichprobengröße von $n = 20$ resultiert.

Die Geschlechtszusammensetzung ist 9 Männer, 11 Frauen. Der Altersdurchschnitt der Gesamtgruppe beträgt 25,3 Jahre mit einer Bandbreite von 19-60 Jahre. Der Altersdurchschnitt der männlichen Probanden beträgt 27,4 Jahre, (Bandbreite 20-60 Lebensjahre), der Altersdurchschnitt der weiblichen Probanden beträgt 23,8 Jahre, (Bandbreite 19-32 Lebensjahre).

Als Kontrollgruppe dienen die in GT, GBB und GRID (auf Bausteinniveau) erhobenen Daten von 373 Patienten der Psychosomatischen Poliklinik, ZIM, Philipps-Universität Marburg.

Die Stichprobe der Atopischen Ekzem-Klienten wird im folgenden mit STP, die der Kontrollgruppe mit KG abgekürzt.

Die Erläuterung der jeweiligen Subgruppenbezeichnungen erfolgt in den entsprechenden Kapiteln.

2.2 Beschreibung der eingesetzten Testverfahren

2.2.1 Verfahren zur Feststellung des somatischen Status

Der somatische Befund bezüglich Schwere – und Ausdehnungsgrad der Erkrankung werden mittels einer modifizierten Fassung des ND – Fragebogens nach Gieler et al. (BMFT-Projekt Therapie und Rückfallprophylaxe 1993, s.Anhang Bl. 8) erhoben.

Die subjektiven Angaben des Probanden werden durch den Stationsarzt kontrolliert bzw. abgeglichen.

Üblicherweise wird hierfür die sogenannte 9-er Regel verwendet, deren Aufteilungsmuster zusammengefaßt abgebildet ist (nach Lösch et al., 1983):

Berechnung der verletzten Körperoberfläche (in %) bei Erwachsenen:

Körperregion	% Anteil
Gesicht:	7 %
Hals:	2 %
Rumpf:	37 %
Arme:	18 %
Beine:	36 %

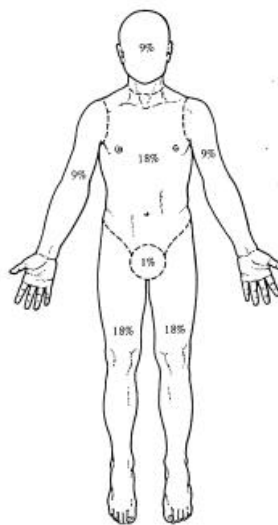


Abb. 6 Verteilung der betroffenen Körperareale in Prozent nach Scott et al., 1978

Folgende Einteilung ist im Fragebogen vorgesehen:

	Schwach	Stark
Gesicht		
Hals		
Hände		
Arme		
Rumpf		
Beine		

Die Subgruppenbildung unter den Aspekten Stärke und Lokalisation des Befalls erfolgt mit dem Ziel, eine Subgruppe mit ausgeprägtem Befall und hoher Krankheitsintensität, eine Subgruppe mit gering ausgeprägtem Befall und geringer Krankheitsintensität sowie eine Subgruppe mit starker Sichtbarkeit der Erkrankung zu definieren.

Die Daten werden aus o.g. Tabelle entnommen.

Die hierfür verwendeten Kriterien sind im einzelnen im Kapitel Ergebnisse der Subgruppen (s.S.59ff) mit aufgeführt.

Weiterhin erfasst dieser Bogen notwendige soziographische Merkmale sowie das Erstmanifestationsalter.

Eine klinisch praktikable Objektivierung der Intensität des Atopischen Ekzems erfolgt üblicherweise durch Bestimmung des IgE-Spiegels als Ausdruck der maßgeblich mitbeteiligten allergischen Reaktion (s. auch Kap. 1.2.3.) vom Soforttyp (Typ I nach Coombs und Gell).

Bestimmung von Gesamt-Immunglobulin E (IgE)

Das IgE im Serum wurde mittels eines Enzymimmunoassays (Phadenzym IgE-PRIST[®], Pharmacia, Freiburg) bestimmt. Bei diesem Assay ist der IgE-Antikörper an Papierscheiben gekoppelt. Die Antikörper-Papier-Komplex-Lösung wurde mit den Proben gemischt, und das darin enthaltene IgE wurde an den Komplex gebunden. Anschließend wurde überschüssiges IgE durch Waschen entfernt. Danach wurde beta-Galaktosidase-markierter IgE-Antikörper hinzugegeben. Mittels eines zweiten Waschschrilles wurde dann überschüssiger enzymmarkierter IgE-Antikörper entfernt. Nach Zugabe von Glutathion (reduzierendes Agens) katalysiert die beta-Galaktosidase die Hydrolyse eines ebenfalls zugesetzten o-Nitrophenyl-beta-Galaktosids zu gelbem o-Nitrophenyl und farbloser Galaktose. Die bei 420 nm gemessene Extinktion ist der IgE-Konzentration in der Probe direkt proportional. Die Berechnung der IgE-Serumkonzentrationen in den Proben war durch Vergleich mit der Standardkurve (0,5-100 kU IgE/l) möglich. Der Meßbereich liegt für unverdünntes Serum bei 2-^{*}2000 kU/l. Der Bereich kann durch Verdünnung der Proben mit Probenverdünner erweitert werden. Werte von > 100 kU/l gelten als erhöht.*

Die jeweiligen Werte werden den Stationsakten entnommen.

2.2.2 Psychologische Testverfahren

- **Giessen-Test (GT)**

Der Giessen-Test (GT) von D. Beckmann, E. Brähler und H. E. Richter (1983) ist ein bewährtes testpsychologisches Instrument zur Individual- und Gruppendiagnostik. Er mißt Persönlichkeitsmerkmale mit mittlerer Bandbreite und mittlerer Präzision. Als individualdiagnostisches Instrument bezieht er in bedeutendem Umfang soziale Einstellungen und Reaktionen mit ein.

Das Konzept des Tests beinhaltet, dem Probanden Gelegenheit zugeben, ein

*

* Für die Durchführung der IgE-Bestimmungen bedanke ich mich herzlich bei Frau Großkopf, Klinisches Labor des Medizinischen Zentrums für Hautkrankheiten der Philipps-Universität Marburg.

Selbstbild zu entwerfen, indem er seine innere Verfassung und Umweltbeziehungen beschreibt.

Das Selbstbild basiert auf Merkmalen, die für die psychische Binnenstruktur und psychosozialen Beziehungen psychoanalytisch aufschlußreich sind.

Ziel und Wunsch ist es, über das Selbstbild des Probanden wesentliches über aggressive und libidinöse Impulse und deren Verarbeitung unter Einfluß von Ich und Über-Ich zu erfahren und damit psycho-soziale Tendenzen und Abwehrformen kennenzulernen. Damit ist es weiter möglich, Aussagen in psychoanalytischen Kategorien über den Probanden in Gruppenbeziehungen zu treffen.

Viele Dimensionen werden in verschlüsselter Form angesprochen, da der Proband eine Vorzensur macht:

1. Wie er sich selbst sehen möchte (mit Rücksicht auf das internalisierte Ich-Ideal)
2. Wie er sich sehen darf (mit Rücksicht auf das internalisierte Über-Ich)
3. Wie er vom Partner/der Gruppe gesehen werden darf/möchte (mit Rücksicht auf das Gruppen-Partner/Ideal-Über-Ich).

Die verwendeten Items fragen nach:

1. Emotionellen Grundbefindlichkeiten: Ängstlichkeit, Depressivität.
2. Ich-Qualitäten: Introspektion, Phantasie, Durchhaltefähigkeit, Selbstkritikfähigkeit, Durchlässigkeit.
3. Sozialen Beziehungen mit: sozialem Befinden (Nähe, Abhängigkeit, Vertrauen), sozialen Reaktionen und sozialer Resonanz.

Merkmale körperlichen Befindens - Beschwerden oder körperliche Symptome - bleiben außer Betracht. Diese wurden mit dem GBB erfaßt (siehe dort).

Die im Test vorhandenen insgesamt 40 Items werden zu je 6 Skalen gebündelt, die im folgenden kurz skizziert werden:

Skala I

positive soziale Resonanz (PR) ↔ negative soziale Resonanz (NR).

6 Items: 9, 16, 23, 27, 33, 37

Erfasst wird die soziale Dimension von

- Anerkennung,
- Beliebtheit
- Attraktivität,

also ob der Proband in der Interaktion "gut oder schlecht" ankommt.

Analytisch gesehen geht es um narzißtische Gratifikation bzw. Frustration im Rahmen vorrangig hysterischer Erlebnisweise.

Skala II

Dominanz (DO) ↔ Gefügigkeit (GE)

6 Items: 1, 3, 22, 28, 31, 35

erfaßt eine partnergerichtete Dimension auch im Hinblick auf Abwehrformationen in den komplementären Aspekten

- Aggressivität,
- Impulsivität,
- Eigensinn,
- Herrschaft bzw. Aggressionsunfähigkeit,
- Geduld,
- Anpassungswilligkeit,
- Unterordnung.

Triebpsychologisch finden anale Züge sadomasochistischer Prägung sowie autoritäre Rollenverhältnisse ihre Darstellung.

Skala III

Unterkontrolliert (UK) ↔ Zwanghaft (ZW)

6 Items: 13, 18, 21, 24, 8, 9.

Erfasst werden weniger Fragen nach dem Umgang mit anderen Menschen als der intrapsychische Bereich der Triebkontrolle zwischen Es und Über-Ich-Organisation mit den Aspekten

- Umgang mit Geld,
- Ordnung,
- Anstrengung,
- Stetigkeit,
- Fähigkeit zum Ausgelassensein.

Skala IV

Grundstimmung: Hypomanisch (HM) ↔ Depressiv (DE)

6 Items: 4, 5, 6, 8, 14, 29.

Erfasst werden hier offensichtlich die Grundstimmung in Verbindung mit der Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung.

Analytisch verstanden bedeutet hier Depression Innenwendung von Aggression, verbunden mit Selbstunsicherheit und hilfesuchende Abhängigkeitshaltung zu einem schützenden Außenobjekt.

Skala V

Durchlässigkeit: durchlässig (DU) ↔ retentiv (RE)

6 Items: 10, 11, 15, 19, 25, 34.

Erfasst werden fundamentale Qualitäten des Kontakterlebens / Verhaltens in Beziehungen mit den Polen:

- Vertrauen ↔ Mißtrauen,
- Autonomie ↔ Scham und Zweifel sowie
- Nähe ↔ Ferne.

Analytisch betrachtet werden entwicklungspsychologisch frühe orale Grundlagen von Kontaktsicherheit/-störung und Abwehrformen anal-retentiver Art zur Abbildung gebracht.

Skala VI

Soziale Impotenz (IP) ↔ Soziale Potenz (PO)

6 Items: 2, 7, 17, 30, 40, 26.

Erfasst werden mit den Punkten

- Fähigkeit Liebe zu geben,
- heterosexuelle Kontaktsicherheit,
- Möglichkeit zur Gestaltung einer Dauerbindung,
- Selbstvertrauen,
- aktive Haltung,
- Einfallsreichtum

der ödipal-genitalen Entwicklungsstufe im analytischen Sinne.

Teststandardisierung

Sie ist erfolgt (Beckmann, Richter, Brähler, 1983) auf Personen zwischen dem 18. bis 60. Lebensjahr mit einem IQ > 80. Die Gewichtung der Items erfolgt über eine 7-stufige Einteilung -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3. Eine Skalierung von 1 bis 7 wurde aus rechnerischen Gründen vorgenommen.

Testdurchführung und Auswertung:

Der GT wird Probanden mit dem Hinweis vorgelegt, daß die Testanweisung auf der ersten Seite steht, und der Bitte, das Ausfüllen alleine durchzuführen. In der Regel geschieht dies problemlos. Vom Testleiter wird Skalenwert 4 bei bipolaren Doppelankreuzungen angegeben. Bei mehr als 6 fehlenden oder Doppelankreuzungen ist eine Auswertung über die Standardbedingungen nicht mehr möglich. Die Auswertung kann über ein Profilblatt oder elektronisch nach dem Programm von ZENZ erfolgen, dabei ist die Frage nach sinnvollen Itemkombinationen zu berücksichtigen.

(Bl. 9 der Anlage zeigt den verwendeten Bogen)

- **Giessener Beschwerdebogen (GBB)**

Unter der Maßgabe, daß die "psychosomatischen Beschwerden eines Patienten als subjektive Interpretation seines Zustandes" aufzufassen sind, wurde 1968 der GBB von E. BRÄHLER und J.W. SCHEER in Ergänzung zum GT entwickelt.

Er ermöglicht systematisch:

1. Einzelbeschwerden zu erfassen.
2. Vier verschiedene Beschwerdekompexe skaliert zu erheben.
3. Einen Gesamtwert für den Beschwerdedruck ("Klagsamkeit") zu bestimmen.

Er ist jedoch keine Symptomliste zur Identifikation organischer Krankheiten, sondern gestattet Aussagen über Körperregionen / Organsymptome, in die Patient seine körperlichen Mißempfindungen lokalisiert.

Zur richtigen Einschätzung der erhobenen Befunde wurde der GBB mit

- einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung (u=1001)
- Patienten aus psychosomatischen psychotherapeutischen Ambulanzen (u=4076)
- einer Reihe von klinischen Patientengruppen unterschiedlicher Krankheitsbilder validiert.

Der GBB umfaßt 24 Beschwerdeitems, die im Hinblick auf das Ausmaß der Belästigung auf einer Skala:

nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
-------	------	--------------	-----------	-------

einzuschätzen sind.

Zur Auswertung auf Skaleneben sind die Items, jeweils in 6-er Gruppen, zu Skalen zusammengefaßt:

Skala 1: (Item: 1,7,29,32,36,42):	erfaßt	ERSCHÖPFUNG	E
Skala 2: (Item: 3,15,18,23,25,51):	erfaßt	MAGENBESCHWERDEN	M
Skala 3: (Item: 9,11,13,27,41,55):	erfaßt	GLIEDERSCHMERZEN	G
Skala 4: (Item: 2,10,20,45,52,56):	erfaßt	HERZBESCHWERDEN	H
Skala 5: umfaßt alle 24 Items		BESCHWERDEDRUCK	B

(Bl. 10 der Anlage zeigt den verwendeten Bogen)

Standardisierung

Zuverlässige Aussagen lassen sich für Patienten zwischen 17-60 Jahren treffen. Weiterhin wurden die wesentlichen Daten hinsichtlich Alters-, Geschlechts- und Bildungsgradabhängigkeit standardisiert.

Testdurchführung und Auswertung

Die Testdurchführung selbst ist für die Versuchsperson in ca. 10-15 Minuten möglich, alleiniges Ausfüllen ist wichtig. Eine besondere Einweisung ist nicht nötig.

Auswertung

Dabei werden fehlende Ankreuzungen durch "NICHT" (d. h.: 0) ersetzt, bei mehr als 6 Fehlankreuzungen ist eine Auswertung nicht mehr sinnvoll.

Eine Befunderhebung mittels Auswertungsblatt oder auch auf elektronischem Wege über Computerprogramm ist möglich. Der entsprechende Prozentwert bzw. Quartillage erlauben es, das Beschwerdemaß einer Person zu dem in der Bevöl

kerung und in der Klientel einer psychosomatischen Ambulanz im Mittel vorkommenden Beschwerdeausmaß in Beziehung zu setzen.

Unter der Maßgabe, daß das Äußern von Körperbeschwerden mit bestimmten seelischen Haltungen einhergehen kann sowie der Überlegung, daß bestimmte Menschen körperliche Beschwerden anstelle seelischer Beschwerden äußern (Somatisierung) wurde eine Kombinationsuntersuchung mit dem GT Test durchgeführt, so daß für bedeutsame Zusammenhänge ebenfalls zuverlässige Werte vorliegen.

- **Repertory-Grid-Technik**

1. Wissenschaftstheoretischer Exkurs
2. Testaufbau: Elemente, Konstrukte und Linking
3. Auswertung: Hauptkomponenten, SIS-Graphik
4. Vergleichbarkeit von Grids

1. Wissenschaftstheoretischer Exkurs

Die These:

"Nicht die Realität selbst, sondern die innere Repräsentation derselbigen entscheidet, wie in einer gegebenen Situation gehandelt wird"

steht im Zentrum einer veränderten neuen psychologischen Forschungsperspektive (im folgenden individuumzentrierte Datenerhebung genannt) und ist als Ausgangspunkt derselben zu betrachten. Lohaus (1983) hat in einer ausführlichen Diskussion eine Kritik der konventionellen Forschungsstrategien vorgebracht und auf die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer derartigen Weise der Datenerhebung hingewiesen.

Der im folgenden beschriebene Repertory Grid Test (GRID) als Forschungsinstrument ist auf individuelle Phänomene, also die persönliche

Erlebens- und Denkweise des Probanden abgestimmt; von dieser wird ausgegangen. Ziel dabei ist es, laut Lohaus "restriktive Vorentscheidungen des Forschers z.B. durch Standardisierungen und Vorgaben zu reduzieren". Unterschiede zwischen subjektiver und objektiver Realität lassen es jedoch häufig sinnvoll erscheinen, sich dem Forschungsvorhaben aus zwei Perspektiven zu nähern. Dies wird zwangsläufig zu Diskrepanzen führen, die zu beschreiben und zu interpretieren sind. Die hier eingesetzten Forschungsinstrumente GT und GBB sind den standardisierten Testinstrumenten zuzuordnen, der Grid dem Feld der individuumzentrierten Datenerhebung. Aufgrund seines Aufbaus zeigt er Ähnlichkeit mit projektiven Testverfahren, die gewonnenen Informationen sind einer entsprechenden Interpretation zugänglich.

2. Testaufbau: Elemente, Konstrukte und Linking

Die Repertory Grid Technik fußt auf der Personal Construct Theory und wurde 1955 von G. A. Kelly entwickelt. Sein Hauptsatz war, "daß sich jeder Mensch in seiner Suche nach Erkenntnis verhält wie ein Wissenschaftler ..., und als Alltagswissenschaftler konstruiert er Theorien über seine Alltagsrealität."

Jeder Mensch verfügt demnach über ein Wahrnehmungs- und Beurteilungsraster, welches er auf sich selbst und seine soziale Umgebung anwendet. Der Grid macht einen Ausschnitt hieraus zu einem gegebenen Zeitpunkt sichtbar. Dieser ist tiefenpsychologisch interpretierbar, vgl. hierzu die Arbeiten von Bassler, M. (1989); Ernst, R. und Spangenberg, N. (1989); Gerlach, I. (1989); Catina, A. und Czogalik, D. (1989); sowie Bartholmew, U., Scheer, J. W. und Klapp, B. F. (1989).

Ausgehend von Easterby Smith's (1981) Arbeit "The design, analysis and interpretation of Repertory Grid" und Lawrence (1987) wird dieser hier beschrieben. Dabei ist zu betonen, daß der Gewinn relevanter Information in erheblichem Maße abhängig ist von Fähigkeiten und Sensibilität des Untersuchers bei Entwurf, Analyse und Interpretation.

Grundsätzlich erfolgt die Erhebung in Zusammenarbeit (Dialog) von Untersucher und Proband.

Ein vollständiges Grid setzt sich aus drei Basiskomponenten zusammen:

- **Elemente**, d. h. Personen
- **Konstrukte**, d. h. Eigenschaften
- **Linking**, d. h. Verknüpfungen von Elementen und Konstrukten zu einer Matrix

Die Erhebung eines Repertory Grid erfordert die Festlegung auf ein bestimmtes Thema. Die Elemente stellen die Grundbausteine im Gerüst der thematischen Festlegung dar und werden in einem weiteren Schritt der Konstruktbildung beurteilt. Ein Gesamtbild ergibt sich aus der mit "Linking" bezeichneten Verknüpfung von Elementen und Konstrukten in Form einer Matrix.

Das Thema in der vorliegenden Untersuchung heißt hier:

Nennen Sie Ihnen wichtige Personen und wichtige Eigenschaften derselben.

Elemente:

Unterschiedliche Methoden zur Elementgewinnung sind möglich. Hier bedeuten Elemente im Sinne der o. g. Fragestellung bedeutsame Personen, wobei die Elemente Ich, Ich-Ideal, Vater, Mutter vom Untersucher vorgegeben werden. Die restlichen werden vom Probanden benannt bzw. im Gespräch herausgearbeitet. Es sollten mindestens 8 sein. Die Personen sollen sowohl emotional positiv als aus negativ besetzt sein.

Konstrukte:

Nach Kellys Definition von Konstrukt: "A construct is a way in which some things are construed as being alike and get different from others" (Kelly, 1955) sind verschiedene Methoden der Konstruktbildung beschrieben worden.

In dieser Studie wurde das klassische Verfahren des Triadenvergleichs gewählt: Aus der Gesamtzahl der Elemente / Personen werden drei herausgegriffen

(Triade) und der Proband wird aufgefordert, eine ihm wichtige Eigenschaft zu nennen, die auf zwei Personen gemeinsam zutrifft. Diese wird aufgenommen, der Proband wird weiterhin gebeten, eine unterscheidende Eigenschaft zu überlegen, welche - im folgenden Kontrast genannt - ebenfalls in das Raster aufgenommen wird. Das Kontrast dient dazu, die subjektive Bedeutung des Konstruktes / gemeinsame Eigenschaft näher zu erläutern.

Dabei ist darauf zu achten, daß im Kelly'schen Sinne "constellatory constructs", also solche, die auf Stereotypen und Typologisierungen hindeuten, vermieden werden. Es sollten mindestens 6 aufgeführt werden.

Linking:

Die Verknüpfung von Elementen und Konstrukten (Linking) in Form einer Matrix ist ein entscheidender Schritt bei der Gridhebung, der Proband beurteilt jedes Element in Bezug auf die genannten Konstrukte. Hier wird eine 6-stufige Skala verwendet, mit dem Vorteil, daß Mittelankreuzungen nicht möglich sind und eine hinreichende Differenzierung gewährleistet ist. Dabei ist vom Durchführer darauf zu achten, daß der Proband möglichst das gesamte Beurteilungsspektrum von 1-6 ausnutzt.

(Bl. 6 der Anlage zeigt einen ausgefüllten GRID-Bogen)

3. Auswertung

Zur computergestützten Analyse der Gridmatrizen nutzt die vorliegende Untersuchung den von Patrick Slater entwickelten INGRID-Teil des GAP (Grid-Analysis-Package). Die enthaltenen statistischen Auswertungsmöglichkeiten ermöglichen eine mathematische Strukturbeschreibung eines Grid. Aus der Vielzahl von Daten, Elementen und Konstrukten - die vom Probanden erhaltenen Matrices dienen dem Rechner als Input - werden übergeordnete Kategorien mit Hilfe der durch den Rechner ausgeführten Hauptkomponentenanalyse herausgearbeitet.

Ziel dabei ist, mit der erhaltenen Korrelationsmatrix ein neues orthogonales

Koordinatensystem zu entwickeln, wobei der größte Teil der Gesamtvarianz durch die erste Komponente, ein weiterer Teil der verbleibenden Varianz in Richtung der zweiten Komponente usw. erklärt wird (vgl. dazu Gerlach, 1990).

Die Länge der Achsen ist proportional zur Varianzaufklärung der Komponente (Überla, 1968).

Graphisch lassen sich die durch die Hauptkomponentenanalyse ermittelten Komponenten als orthogonal zueinander stehende Achsen darstellen. Die erste Hauptachse verläuft in horizontaler Richtung, senkrecht dazu verläuft die zweite Achse, während die dritte die Senkrechte zur ersten und zweiten Achse bildet und im dreidimensionalen Raum durch deren Schnittpunkt verläuft. Konstrukte und Elemente werden durch Koordinaten entsprechend ihren berechneten Ladungen auf den einzelnen Hauptkomponenten im Achsenkreuz lokalisiert.

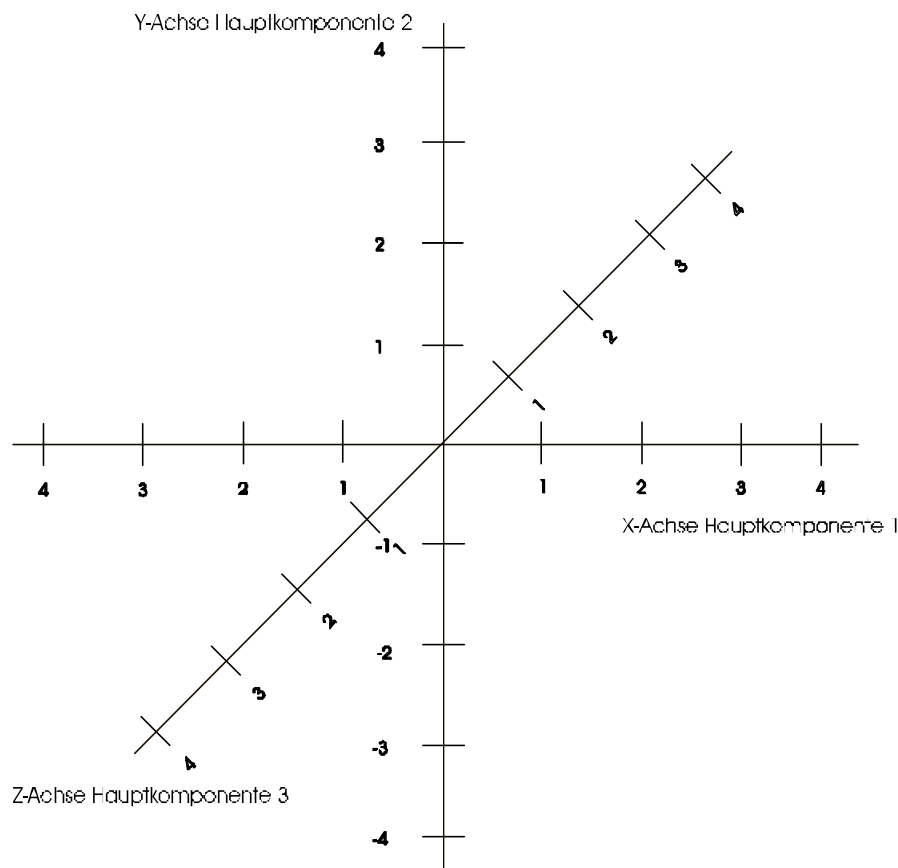


Abb. 7 orthogonale Achsendarstellung der GRID - Komponenten

Aus der Verteilung der Konstrukte wird die inhaltliche Erklärung der Komponenten deutlich. Es werden diejenigen Konstrukte eingetragen, deren Varianzanteil überdurchschnittlich hoch ist. Diese Konstrukte werden im folgenden signifikante oder wichtige Konstrukte genannt. Sie berechnen sich nach $100\% \text{ Gesamtvarianz} \cdot \text{Anzahl der Konstrukte} = \text{durchschnittliche Signifikanz}$. Die signifikanten Konstrukte liegen dementsprechend in ihrer Signifikanz höher, also weisen überdurchschnittliche Werte auf. Konstrukte mit der höchsten Ladung und dem größten Varianzanteil auf der ersten Hauptkomponente, definiert als große Entfernung zum Null-Punkt, geringer Abstand zur ersten Achse, bestimmen die Hauptkomponente inhaltlich. Dabei sind die rechnerisch erhaltenen Konstruktkorrelationen ebenfalls zu berücksichtigen.

Die Positionierung der Elemente / Personen erfolgt ebenfalls gemäß ihrer Ladung auf einzelnen Hauptkomponenten. Elemente mit einem überdurchschnittlich hohen Varianzanteil: in Analogie zu den Konstrukten ebenfalls ermittelt nach $100\% \text{ Gesamtvarianz} \cdot \text{Anzahl der Elemente} = \text{durchschnittliche Varianz}$, heißen im folgenden signifikante Elemente oder wichtigste Elemente. Elemente, die nahe am Schnittpunkt des Achsenkreuzes liegen, befinden sich nach Slater (1976) in "the centre of the dispersion in the c-space". Diese Personen können inhaltlich im Konstruktsystem nicht vom Probanden beschrieben werden bzw. werden indifferent beurteilt. Sie nehmen in bezug auf die Konstruktmittelwerte keine extreme Position ein. Rein formal: Der Abstand zwischen Element und erster und zweiter Hauptachse ist kleiner als 1.

Üblicherweise reicht der aus Berücksichtigung der 1. und 2. Hauptkomponente gewonnene Informationsgewinn aus, um relevante Aussagen treffen zu können.

Aus Gründen der Praktikabilität erfolgt bei vorliegender beispielhafter Auswertung eines Grids eine Darstellung im zweidimensionalen Raum, der sich aufspannt mittels der horizontalen ersten Hauptkomponente und der orthogonal dazu verlaufenden, vertikalen zweiten Hauptkomponente.

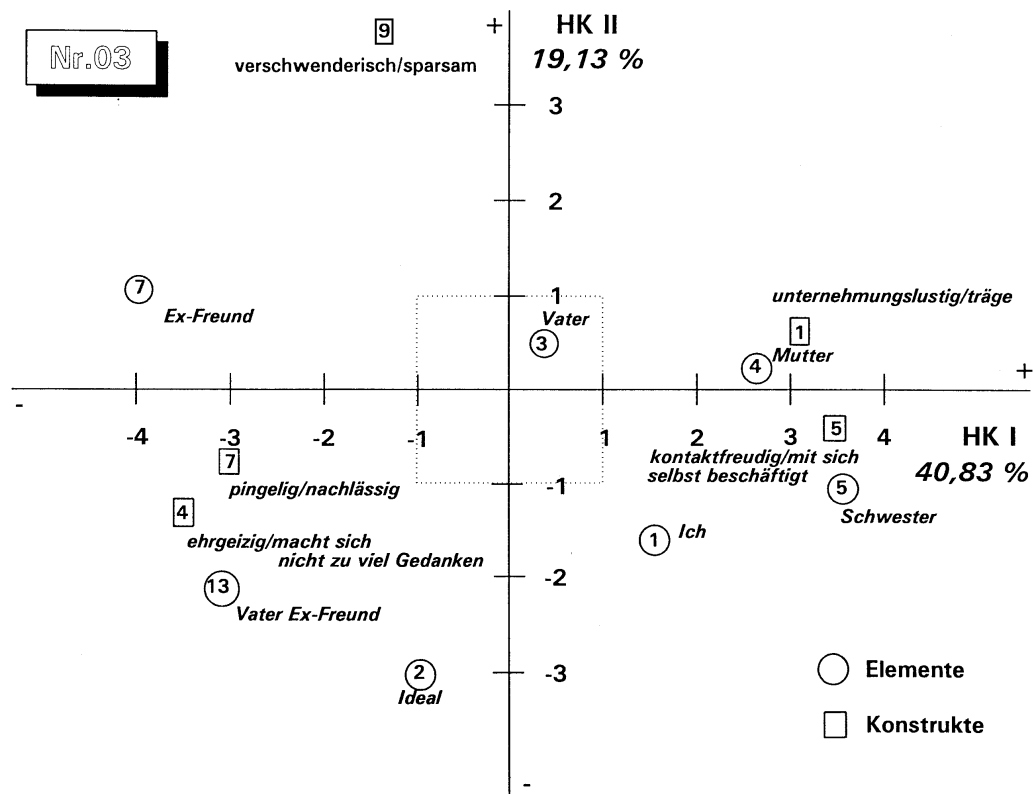


Abb. 8 beispielhafte zweidimensionale GRID - Darstellung

Inhaltliche Beschreibung :

Unter der Fragestellung „Nennen Sie Ihnen wichtige Personen und beschreiben Sie sie mit Ihnen wichtigen Eigenschaften „ führt die Probandin insgesamt 9 gemeinsame Eigenschaften mit Gegenteil sowie 15 Bezugspersonen aus ihrer sozialen Umgebung auf. (die ausgefüllte Gridmatrix zeigt Blatt 6 der Anlage)

Bei einer durchschnittlichen Varianz von 6,6 % sind die wichtigsten Elemente :

E 7: Ex- Freund mit 15,0 %

E 1 Vater Ex- Freund mit 11,9 %

E 5: Schwester mit 9,6 %

E 4: Mutter mit 7,5 % Varianz.

Analog dazu sind bei einer durchschnittlichen Varianz von 11,11 % die wichtigsten Konstrukte :

K 9: verschwenderisch / sparsam mit 16,0 %

K 4: ehrgeizig / macht sich nicht so viel Gedanken mit 14,4 %

K 7: pingelig / nachlässig mit 13,11 %

K 5: kontaktfreudig / mit sich selbst beschäftigt mit 11,8 %

K 1: unternehmungslustig / träge mit 11,5 % Varianz.

Die Hauptkomponente 1 mit 40,83 % Varianz ist auf der rechten Seite durch die Elemente 1 (Mutter) und 5 (Schwester) besetzt. Die Probandin (Element 1) befindet sich in relativer Nähe zu ihnen. Inhaltlich bestimmen die Konstrukte 1 und 5 die Hauptkomponente . Zusammengefaßt kann gefolgert werden, daß im Zentrum der Aufmerksamkeit der Probandin Fragen des sozialen Kontaktes stehen. Sie sieht sich dabei in Ähnlichkeit und Harmonie zu Mutter und Schwester.

Den Gegenpol (linke Seite der HK 1) bildet Element 7 (Ex- Freund).

Er ist negativ besetzt und erhält die Konnotationen träge und mit sich selbst beschäftigt , also übergeordnet Kontaktabweisend. Seine Haupteigenschaft wird durch Konstrukt 7 - pingelig - beschrieben.

Ein Trennungskonflikt zwischen Probandin und Ex-Freund tritt deutlich zu Tage.

Die 2. Hauptkomponente mit 19,13 % Varianz wird inhaltlich durch das Konstrukt 9 – verschwenderisch / sparsam und mit durch Konstrukt 4 –ehrgeizig / macht sich nicht so viel Gedanken – bestimmt. Konstrukt 4 ist als Hauptmerkmal von Element 13 - Vater Ex- Freund - zu sehen. Dieser ist in relativer Nähe zum Element 2 –Ideal – lokalisiert. Das Ideal ist das bestimmende Element der 2.Hauptkomponente. Die Idealvorstellungen der Probandin betreffen

also Fragen aus dem Leistungsbereich, dabei besteht eine bewundernde / idealisierende Beziehung zum Vater des Ex Freundes.

Element 3 – Vater – wird im Indifferenzraum positioniert und ist damit für Konstruktion des sozialen Beziehungsnetzes der Probandin unbedeutend.

Eine weitere Abbildungsform, in der Konstrukte und Elemente entsprechend ihren Polarkoordinaten (vgl. Slater, 1976) auf die Flächen einer Kugel projiziert werden, ermöglicht die gleichzeitige Betrachtung von drei Komponenten (vgl. Schüffel, Gerlach, 1988).

Kurze Zusammenfassung der Testdurchführung:

Der Proband erhält ein Konstruktgitter und wird aufgefordert, zunächst ihm 8-10 wichtige Personen zu benennen, die in jeweils eine Spalte in horizontaler Richtung eingetragen werden. Dabei werden die Personen Ich, Ich-Ideal, Vater, Mutter vom Untersucher vorgegeben. Die Namen der Personen werden auf kleine Karten geschrieben, wobei nun im zweiten Schritt zur Erhebung der Konstrukte aus dem Gesamt der Personen drei vom Untersucher (Triaden) herausgegriffen und dem Probanden vorgelegt werden.

Dieser wird nun bei jeder Dreiergruppe gefragt, welche gemeinsame Eigenschaft zwei Personen besitzen, die sie von der dritten Person unterscheidet. Die gemeinsame Eigenschaft wird in das Konstruktgitter in vertikaler Richtung aufgenommen, die unterscheidende Eigenschaft wird als Kontrast ebenfalls in vertikaler Richtung auf der anderen Blattseite aufgenommen. Die Gesamtdurchführungsdauer eines Grids für einen Probanden beträgt zwischen 45 und 90 Minuten.

SIS-Graphik

Wie aus Abb. 8 (S. 48) ersichtlich, liegen verschiedene Abstände zwischen den Elementen vor. Im INGRID-Teil des GAP werden diese Distanzmaße zwischen den verschiedenen Elementen mitberechnet, womit eine Beurteilung der Beziehung verschiedener Elemente innerhalb eines Grids und, da eine entsprechende Normierung bereits im Rechenprogramm enthalten ist, ein Vergleich verschiedener Grids gewährleistet ist. Makhlouf-Norris und Norris (1976) haben sich in ihrer Arbeit ausführlich mit Distanzmaßen, insbesondere mit den Abständen aller Elemente von den Selbstelementen Ich und Ideal beschäftigt. Daraus wurde eine Klassifikation von Störungen des **SIS = Selbst-Identitäts-Systems** entwickelt, die graphisch darstellbar ist. Eine analytische Interpretation dieses Systems im Sinne von sich abbildenden Objektbeziehungen ist möglich. (siehe Punkt 2. Testaufbau S. 42)

Durch die Normierung erhält man errechnete Abstände zwischen Null und Zwei, wobei vereinbarungsgemäß folgendes gilt:

Abstand:	0 - 0.8	große Ähnlichkeit mit Selbst oder Ideal
	0.8 - 1,2	Indifferenzbereich
	1.2 - 2.0	Große Unähnlichkeit mit Selbst oder Ideal.

Befinden sich Elemente im Indifferenzbereich, so haben sie keine Bedeutung für die Konstruktion der Selbstelemente. 92 % der Elemente eines Zufallsgrids (nach Grany-Programm berechnet) liegen hier.

Eine graphische Darstellung des zweidimensionalen SIS-Systems gruppiert 4 Quadranten um die orthogonal zueinander stehenden Achsen Selbst- und Ideal-Ähnlichkeit.

SIS - Graphik

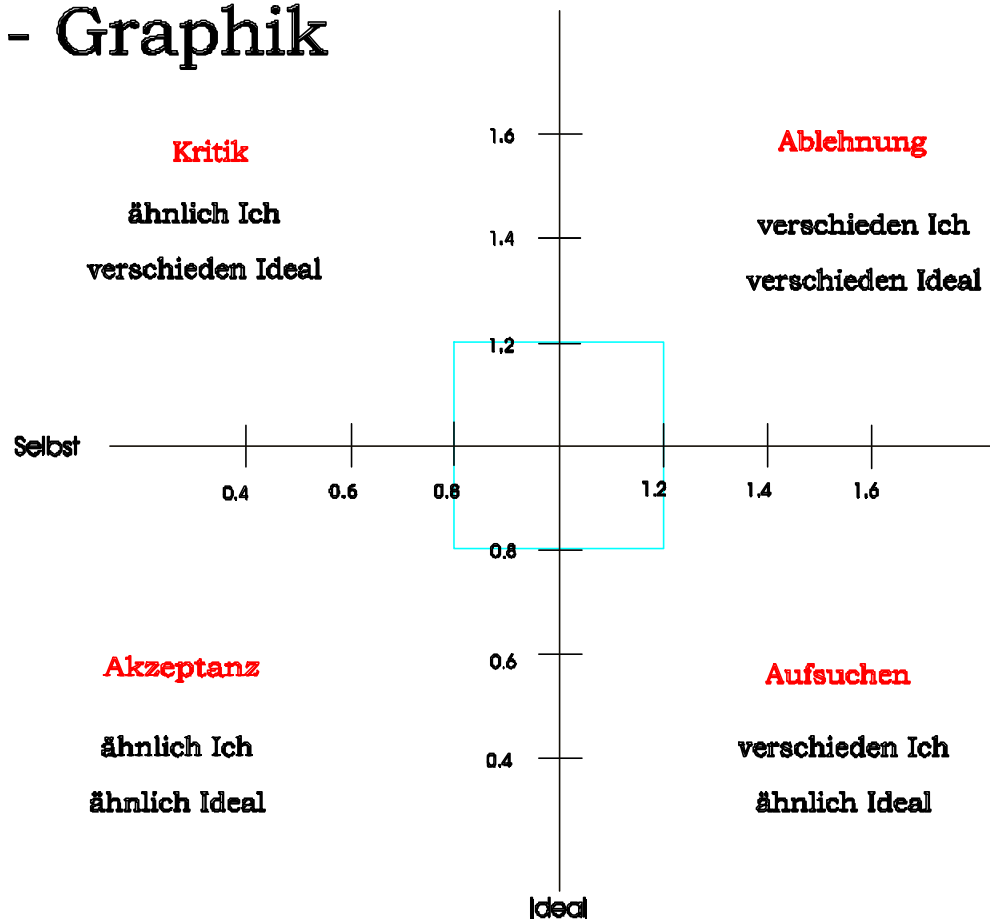


Abb. 9 Quadrantenverteilung in der SIS - Graphik

Nach obenstehender Berechnung besitzt somit jedes Element eine Distanz zu Ich und Ideal, die hiermit gewonnenen Koordinaten ermöglichen eine Lokalisation im Achsenkreuz.

Im zweiten Teil der Untersuchung wird auf diese zurückgegriffen.

In Anlehnung an Gerlach erfolgt eine Benennung der Quadranten von links oben im Uhrzeigersinn nach links unten mit:

- | | | |
|------|------------|---|
| I. | KRITIK: | Personen sind ähnlich Ich, aber verschieden Ideal |
| II. | ABLEHNUNG: | Personen sind unähnlich Ich und Ideal |
| III. | AKZEPTANZ: | Personen sind Ideal und Ich ähnlich |
| IV. | AUFSUCHEN: | Personen sind Ideal ähnlich, verschieden Ich |

In der Mitte befindet sich ein kleiner, fünfter Quadrant, (Abstand 0.8-1.2 von Ich und Ideal), der sogenannte Indifferenzbereich.

Bezogen auf die Distanz zwischen

Ich und Ideal bedeutet ein Abstand ≤ 0.8 Selbstannäherung,

ist die Distanz > 1.2 , so handelt es sich um Selbstentfremdung.

Ein Abstand zwischen 0.8 bis 1.2 ist als unauffällig zu betrachten.

4. Vergleichbarkeit von Grids

Grids können zunächst formal und nach dem Programm INGRID von Slater in den Aspekten:

- Zahl der Elemente
- Zahl der Konstrukte
- Varianz der Hauptkomponenten

verglichen werden.

Das Programm PREFAN (Grids mit identischen Konstrukten) sowie ADELA (Grids mit identischen Elementen) und die von Gerlach entwickelte Methode gestatten jedoch zusätzlich eine Vergleichbarkeit der einzelnen Bausteine verschiedener GRIDS in ihrer Bedeutung, so daß die für die vorliegende

Untersuchung relevanten (insges.10) hier zur Übersicht aufgeführt werden:

Tabelle 1

HK I	Hauptkomponente I
HK II	Hauptkomponente II
HK III	Hauptkomponente III
SB 1	Verhältnis von Selbst zum Zufallswert
SB2	Verhältnis von Selbst zum wichtigsten Element
ISB 1	Verhältnis von Ideal zum Zufallswert
ISB 2	Verhältnis von Ideal zum wichtigsten Element
WE 1	Verhältnis von wichtigsten Element zum Zufallswert
DIF-ISB	Differenz der Bedeutung Selbst / Ideal
UE 1	Verhältnis von unwichtigstem Element zum Zufallswert

Die Daten der weiterhin mitberechneten Bausteine

WK 1	Verhältnis von wichtigsten Konstrukt zum Zufallswert
UK 1	Verhältnis von unwichtigstem Konstrukt zum Zufallswert
MU 1	Verhältnis von Mutter zum Zufallswert
VA 1	Verhältnis von Vater zum Zufallswert
PA 1	Verhältnis von Partner zum Zufallswert
EL-BED	Verhältnis Eltern zum Zufallswert

und darauf aufbauender Bausteine bleiben in der vorliegenden Untersuchung unberücksichtigt.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse des Vergleiches Stichprobe(STP) – Kontrollgruppe(KG)

Stichprobe und Kontrollgruppe sind hinsichtlich der soziographischen Merkmale Geschlecht, Schulabschluß und Anzahl der Geschwister soweit parallellisiert, daß sich keine signifikanten Unterschiede ergeben. Im Bereich des Altersdurchschnittes liegt die Stichprobe mit einem Mittelwert von 25,3 Jahren unter dem Mittelwert der Kontrollgruppe mit 34,5 Jahren.

Die 6 Skalen des Giessen-Tests (GT) zeigen einen Unterschied in der Skala 1,

	p ≤	Mean Rank	
		STP	KG
SK1 - Soziale Resonanz	.012	243,60	182,18

der hochsignifikant ist.

Die Stichprobe schätzt sich im Vergleich deutlich sozial positiver resonant ein.

Die restlichen Skalen des GT

	p ≤	Mean Rank	
		STP	KG
SK2 - Dominanz	.3600	165,24	187,25
SK3 – Kontrolle	.5617	198,98	184,73
SK4 - Grundstimmung	.8990	182,55	185,67
SK5 - Durchlässigkeit	.6786	175,88	186,05
SK6 - Soziale Potenz	.4555	169,07	187,02

weisen keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen auf.

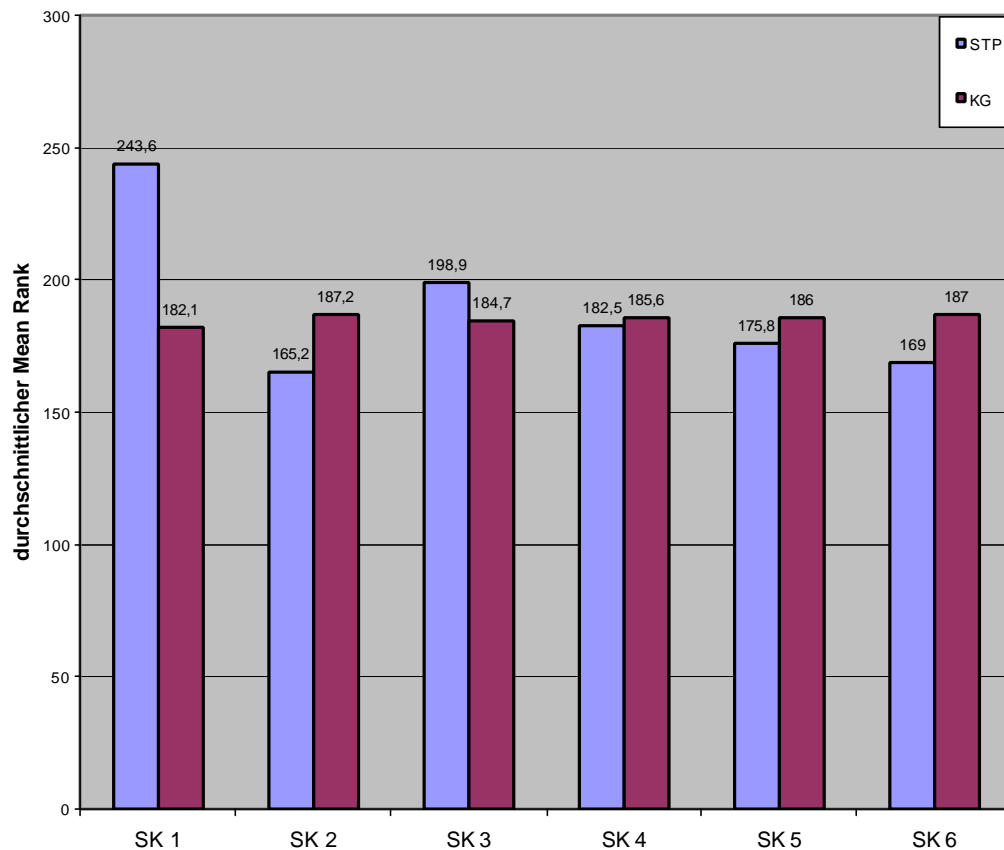
Die mehr formale Einteilung der Probanden im GT durch die Skalen Mittelankreuzungen (SKMi) und Extremankreuzungen (SKEx) ergibt für

	p ≤	Mean Rank	
		STP	KG
SKMi - Mittelankreuzungen	.0091	128,93	190,64
SKEEx - Extremankreuzungen	.0215	238,07	183,80

deutliche Unterschiede für beide Gruppen, die hochsignifikant (SKMi) bzw. signifikant (SKEEx) sind. Das Kollektiv der Atopisches Ekzem-Patientenstichprobe charakterisiert sich hier sowohl dadurch, daß sie Mittelankreuzungen (auf der Item-Skala - 0 -) weniger vornehmen als auch dadurch, daß sie Extrempositionen (-3...+3) auf der Skala bevorzugen.

Graphik 1

Ergebnisse der GT - Skalen



Im Giessener Beschwerdebogen (GGB) ergaben sich für die Skalen

	p ≤	Mean Rank	
		STP	KG
SK - Erschöpfung	.4460	166,87	185,98
SK - Magenbeschwerden	.1944	215,82	183,33

keine signifikanten Unterschiede.

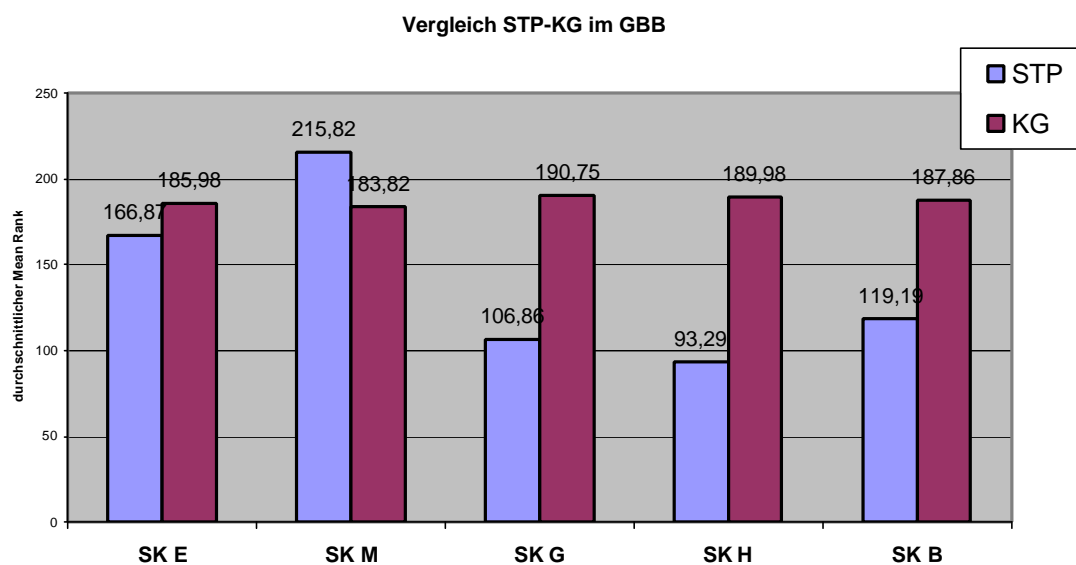
In den Skalen

	p ≤	Mean Rank	
		STP	KG
SK - Gliederschmerzen	.0005	106,86	190,75
SK - Herzbeschwerden	.0001	93,29	189,98
SK - Beschwerdedruck	.0076	119,19	187,86

kommen deutliche Unterschiede zu Tage.

Die Stichprobe charakterisiert sich durch einen mindestens hochsignifikant geringeren Beschwerdedruck mit sehr sicher erniedrigten Beschwerden im Bereich der herz- und gliederbezogenen Beschwerden.

Graphik 2



Die Auswertung der erhobenen Grids der Stichprobe STP sowie der Kontrollgruppe KG erfolgt auf Bausteinniveau zur Erfassung von signifikanten bzw. nicht signifikanten Bedeutungsunterschieden einzelner Bausteine.

Bei den verwendeten Bausteinen finden sich keine bedeutsamen Unterschiede.

	p ≤	Mean Rank	
		STP	KG
HK 1 - Hauptkomponente I	.5341	173,14	187,87
HK 2 - Hauptkomponente II	.7190	195,02	186,50
HK 3 - Hauptkomponente III	.6370	197,52	186,34
SB 1 - Selbst/Zufallswert	.8632	183,1	187,2
SB 2 - Selbst/wichtigstes Element	.7255	172,3	178,25
ISB1 - Ideal /Zufallswert	.3854	152,91	171,72
ISB2 - Ideal / wichtigstes Element	.8720	181,22	184,55
WE 1 - wichtigstes Element/Zufallswert	.4655	171,72	188,02
DIF-ISB – Diff.Bed.Selbst/Ideal	.6265	180,3	169,28
UE 1 - unwichtigstes Element/Zufallswert	.8547	184,2	188,2

Auch der mehr formale Vergleich von Anzahl der Elemente, Anzahl der Konstrukte und des Verhältnisses von verwendeten Elementen / Konstrukten zwischen beiden Gruppen zeigt keinen relevanten Unterschied.

(Werte siehe Bl. 1ff der Anlage)

3.2 Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach

Erstmanifestationsalter

Mit den im ND-Anamnesebogen gewonnenen Daten ergibt sich folgende Verteilung des Erstmanifestationsalters und resultierende Gruppeneinteilung.

Die Gruppeneinteilung orientiert sich an bedeutsamen Abschnitten der menschlichen bio – psycho – sozialen Entwicklung.

Erstmanifestationsalter	Bezeichnung	Anzahl
1. – 12. Lm	GR 1	n = 4
1. – 5. Lj.	GR 2	n = 4
6. – 15. Lj.	GR 3	n = 4
nach 15. Lj.	GR 4	n = 8

Beschreibung der Subgruppen:

Die vier Subgruppen sind bezüglich der soziographischen Daten: Anzahl der Geschwister, Bildungsstand, Durchschnittsalter und Geschlecht soweit parallellisiert, daß sich keine signifikanten Unterschiede ergeben.

Untersucht wurden jeweils für die vier Subgruppen GR 1 - 4 als psychologische Parameter die acht Skalen des Giessen-Tests, die fünf Skalen des Giessener Beschwerdebogens und die aufgeführten GRID-Bausteine. Dazu erfolgt die Darstellung der signifikanten Elemente in der SIS-Graphik sowie die Berechnung der durchschnittlichen Ich/Selbst-Ideal Abstände. Ergänzend werden die durchschnittlichen IgE Werte zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme als somatischer Parameter für die einzelnen Gruppen hinzugefügt.

Tabelle 2 zeigt in der Übersicht die einzelnen Probanden mit Selbst-Ideal-Distanz (a), die Gruppenzugehörigkeit (b) und den IgE Wert in IU/ml (c).

Probanden-Nr. mit Selbst-Ideal-Distanzen (a)	Gruppenzugehörigkeit (b)	IgE/IU/ml (c)	
01	0.828	4	737*
02	0.991	4	1875
03	0.874	4	737*
04	0.926	4	149
05	0.822	1	737*
06	1.011	3	505
07	---	-	./.
08	0.812	4	1574
09	1.149	4	262
10	0.745	1	737*
11	1.002	4	737*
12	---	-	./.
13	1.030	2	1600
14	0.792	2	737*
15	0.964	4	171
16	0.494	3	737*
17	0.803	3	3340
18	1.173	1	3800
19	1.144	2	737*
20	1.185	3	438
21	0.603	2	34
22	1.883	1	703

Für insgesamt 13 von 20 untersuchten Klienten konnten die zum Untersuchungszeitpunkt vorliegenden IgE-Werte ermittelt werden.**

Giessen-Test

In SK1 - **Soziale Resonanz** - charakterisiert sich die Gruppe GR1 signifikant.

	p ≤	Mean Rank	
		Subgruppe	Reststichprobe
GR 1	.0211	4.25	11.53
GR 2	.2869	13.17	9.41
GR 3	.4225	12.00	9.47
GR 4	.5360	11.50	9.83

Die Probanden schätzen sich deutlich weniger sozial resonant ein als die Probanden der Reststichprobe

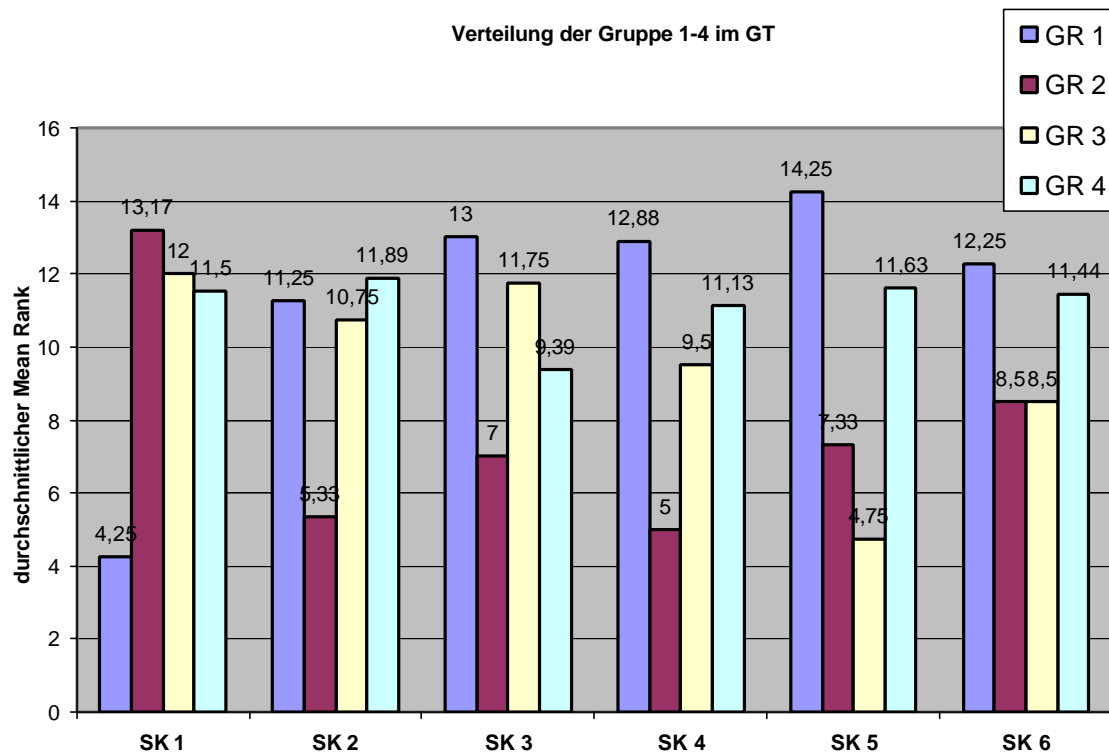
In SK-5 - **Durchlässigkeit** - unterscheidet sich die Gruppe 3 signifikant vom Rest durch mehr Durchlässigkeit und weniger Retentivität.

	p ≤	Mean Rank	
		Subgruppe	Reststichprobe
GR 1	.0879	14.25	8.87
GR 2	.3692	7.33	10.50
GR 3	.0350	4.75	11.40
GR 4	.4860	11.63	9.75

** Zum Auffüllen der missing data wird der berechnete Durchschnitts-IgE Wert eingefügt und mit 737* in der Tabelle gekennzeichnet.

Der Durchschnitts-IgE-Wert berechnet sich mit
Summe 1 - 13 vorhandener IgE-Werte = 9.585: 13 = 737 IU/ml.

Graphik 3



In der Skala **SKMi** - Mittelankreuzungen im Giessen-Test - differenziert sich Gruppe 2 durch eine signifikant erniedrigte Neigung zu Mittelankreuzungen heraus.

	Mean Rank		
	p ≤	Subgruppe	Reststichprobe
GR 1	.6853	12.13	10.74
GR 2	.0079	3.63	12.74
GR 3	.7187	12.00	10.76
GR 4	.0929	14.28	9.58

In den verbleibenden Skalen SK2, SK3, SK4 sowie SKEx finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Die Skalen des GBB führen in keinem Fall zu einer signifikanten Unterscheidung (Werte s. Bl. 3ff der Anlage).

GRID Bausteine

Die vier Subgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in Hinblick auf die Parameter Anzahl der Elemente, Anzahl der Konstrukte und Verhältnis von Elementen / Konstrukten.

Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Varianz der ersten, zweiten und dritten Hauptkomponenten in den einzelnen Subgruppen zeichnet sich Gruppe 4 aus:

	Mean Rank GR 1 / RSP	p ≤	Mean Rank GR 2 / RSP	p ≤
HK I	12.50/10.65	.5910	14.50/10.18	.2099
HK II	5.25/12.35	.0394	9.25/11.41	.5307
HK III	9.50/11.35	.5910	6.00/12.18	.0733

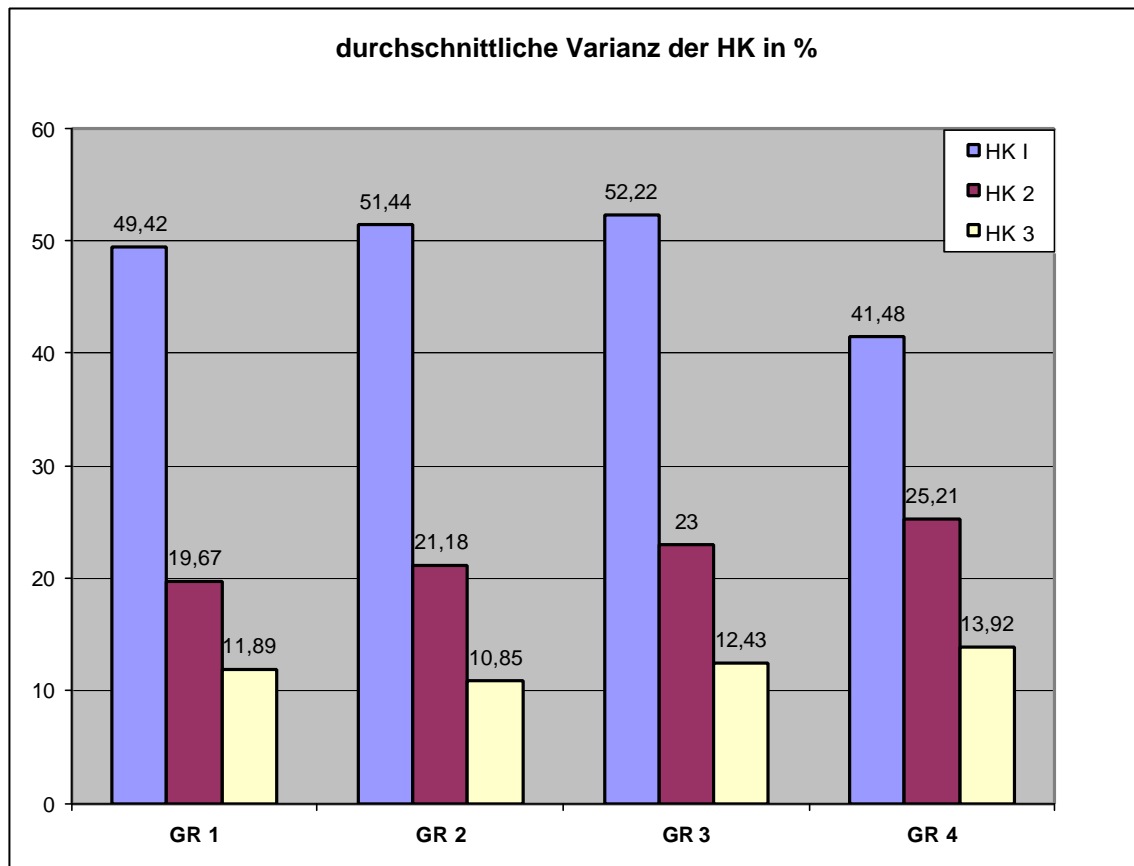
	Mean Rank GR 3 / RSP	p ≤	Mean Rank GR 4 / RSP	p ≤
HK I	14.50/10.18	.2099	7.22/14.46	.0101
HK II	11.25/10.94	.9286	15.22/ 8.92	.0253
HK III	11.50/10.88	.8578	14.67/ 9.31	.0570

Gruppe 4 imponiert durch eine relativ geringe Ladung der HK I (mit $p \leq .0101$ hochsignifikant) und eine höhere Ladung der HK II und HK III.

Insgesamt resultiert bei Gruppe 4 ein moderateres Verteilungsmuster der Bedeutung der einzelnen Hauptkomponenten als bei den Gruppen 1 - 3.

HAUPTKOMPONENTENVERTEILUNG FÜR GRUPPE 1 - 4

Graphik 4 zeigt diese Verteilung, dargestellt in Prozent durchschnittlicher Varianz der HK 1 - 3 über die 4 Gruppen.



Die durchschnittliche Summe der erhaltenen Informationen berechnet sich durch Addition der Varianz der 1 - 3 Hauptkomponente und ergibt :

GR 1: 80.98 % GR 2: 83.47 % GR 3: 87.65 % GR 4: 80.61 %

Der Informationsgehalt bei Berücksichtigung von HK 1 und 2 beträgt :

GR 1: 69.09 % GR 2: 72.62 % GR 3: 75.22 % GR 4: 69.69 %

Bei insgesamt moderaterem Verteilungsmuster für Gruppe 4 ist die kommunizierte Information mit 80.61 % relativ niedrig, ebenso bei Gruppe 1; die größte Information vermittelt Gruppe 3 mit 87.65 %.

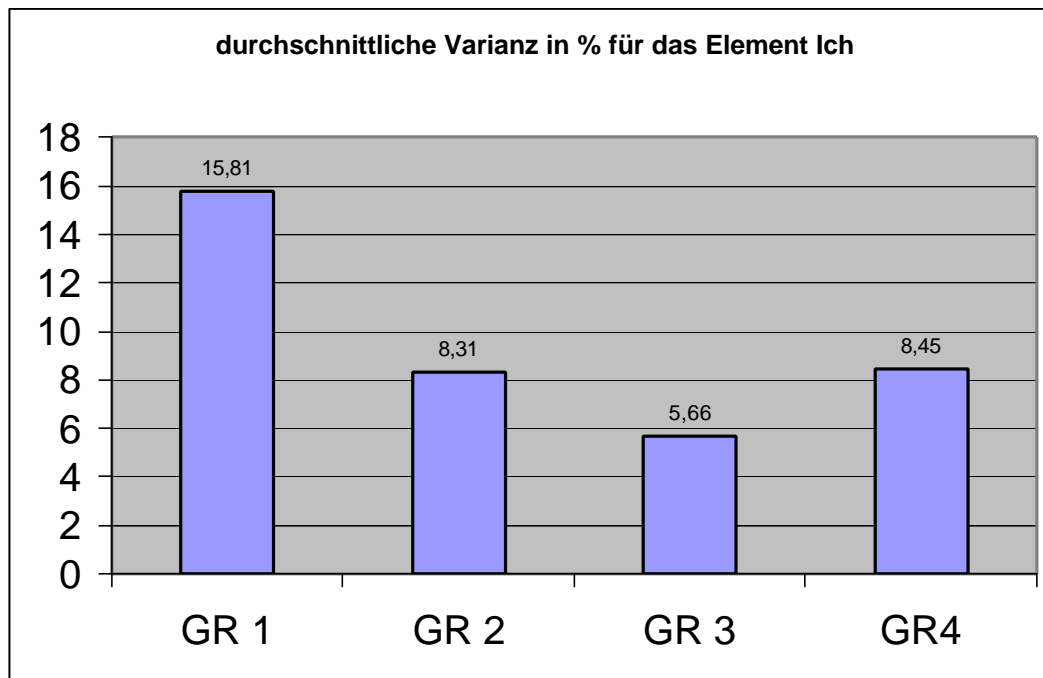
Das vorgegebene Element Selbst, hier operationalisiert im Grid Baustein SB 1 (Verhältnis Selbst/Zufallswert), wird im Zusammenhang mit dem Grid Baustein SB 2 (Verhältnis Selbst/wichtigstes Element) sowie dem Grid Baustein WE 1 (Verhältnis wichtigstes Element/Zufallswert) betrachtet und läßt Charakteristika deutlich werden:

	Mean Rank GR 1 / RSP	p ≤	Mean Rank GR 2 / RSP	p ≤
SB 1	19.00/ 9.12	.0042	10.50/11.12	.8578
SB 2	17.75/ 9.41	.0156	5.50/12.29	.0488
WE 1	15.25/10.00	.1279	18.50/ 9.24	.0072

	Mean Rank GR 3 / RSP	p ≤	Mean Rank GR 4 / RSP	p ≤
SB 1	5.00/12.41	.0316	10.89/11.92	.7134
SB 2	5.25/12.35	.0394	14.00/ 9.77	.1330
WE 1	9.50/11.35	.5910	6.44/15.00	.0024

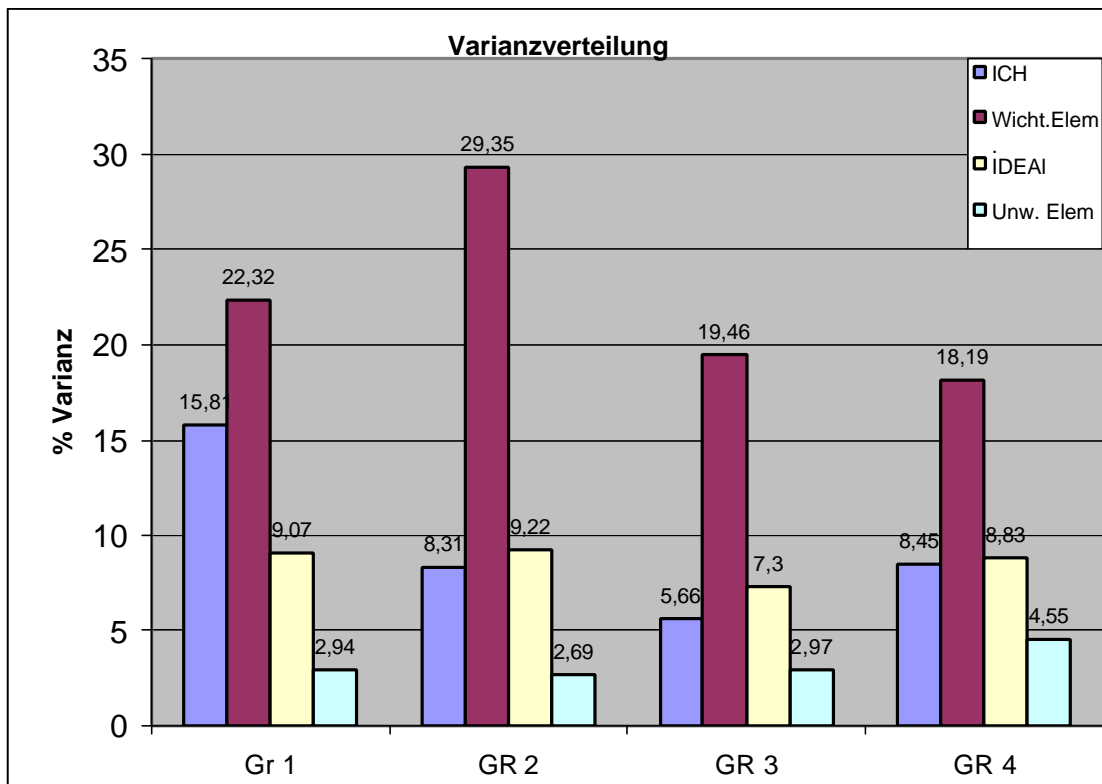
Graphik 5

zeigt die durchschnittliche Varianz des Ich/Selbst nach den 4 Gruppen:



Die Bedeutung des Ich/Selbst nimmt von Gruppe 1 - 3 kontinuierlich ab, bei Betrachtung der Signifikanz des Ich/Selbst in den einzelnen Grids zeigt sich (s. Blatt 2 im Anhang), daß sich bei Gruppe 1 das Element Ich/Selbst bei den signifikanten Elementen findet, bei Gruppe 3 liegt das Selbst/Ich in der Nähe des unwichtigsten Elementes. Gruppe 2 und 4 liegen im Mittelbereich.

Graphik 6 stellt die durchschnittliche Varianz von Ich, wichtigstem Element, Ideal und unwichtigstem Element dar.



Analog dem vorgegebenen Element Selbst ist das weiterhin vorgegebene Element Ich-Ideal / Idealbild in der Berechnung in den Bausteinen

ISB 1 = Verhältnis Ideal zu Zufallswert

ISB 2 = Verhältnis Ideal zu wichtigstem Element

DIF - ISB = Differenz Bedeutung Selbst zu Ideal

einbezogen.

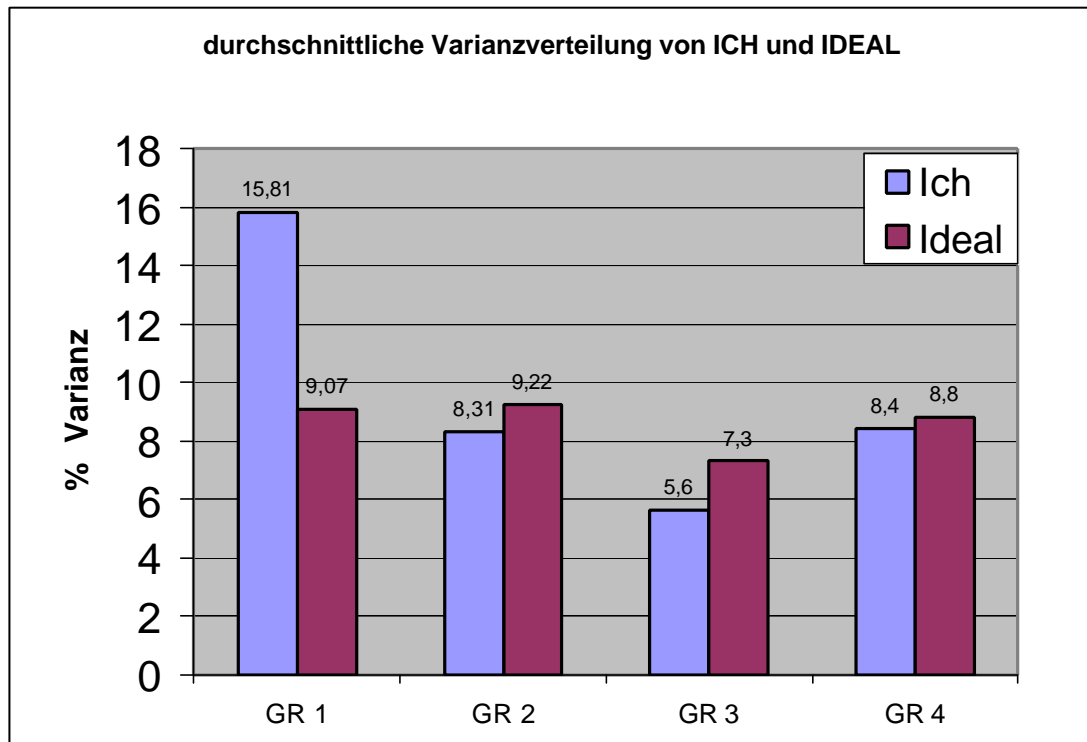
Die folgenden Werte zeigen keine signifikanten Unterschiede der Gruppen 1 bis 4 bei den Bausteinen ISB 1 und ISB 2.

	Mean Rank GR 1 / RSP	p ≤	Mean Rank GR 2 / RSP	p ≤
ISB 1	12.50/10.65	.5909	12.25/10.71	.6542
ISB 2	10.00./11.24	.7202	7.25/11.88	.1791
DIF-ISB	18.00/9.35	.0122	10.50/11.12	.8578

	Mean Rank GR 3 / RSP	p ≤	Mean Rank GR 4 / RSP	p ≤
ISB 1	8.38/11.62	.3469	11.94/11.19	.7893
ISB 2	10.50/11.12	.8578	14.33/ 9.54	.0886
DIF-ISB	7.50/11.82	.2099	9.67/12.77	.2705

Im Baustein DIF-ISB findet sich für die Gruppe 1 eine signifikante Verschiedenheit.

Graphik 7



Wie in Graphik 7 abgebildet, stellt Gruppe 1 nur für sich als charakteristisch dar, daß die Bedeutung des Ich/Selbst durchschnittlich größer ist als die des Ideals.

Darstellung der Gruppen 1 – 4 in der SIS - Graphik

Die Positionierung der signifikanten Elemente - entnommen den einzelnen Gridberechnungen - in der SIS Graphik zeigen folgende Graphiken für jeweils eine Subgruppe.

Die erste Zahl bei einem Punkt kennzeichnet dabei den jeweiligen Probanden, die Ziffer nach dem Schrägstrich das entsprechende signifikante Element. Signifikante Elemente eines Probanden sind auch jeweils mit einer Farbe gekennzeichnet.

Bei den einzelnen Graphiken sind die jeweils errechneten Koordinaten mit aufgeführt.

GR 1: 5, 10, 18,22; n = 4

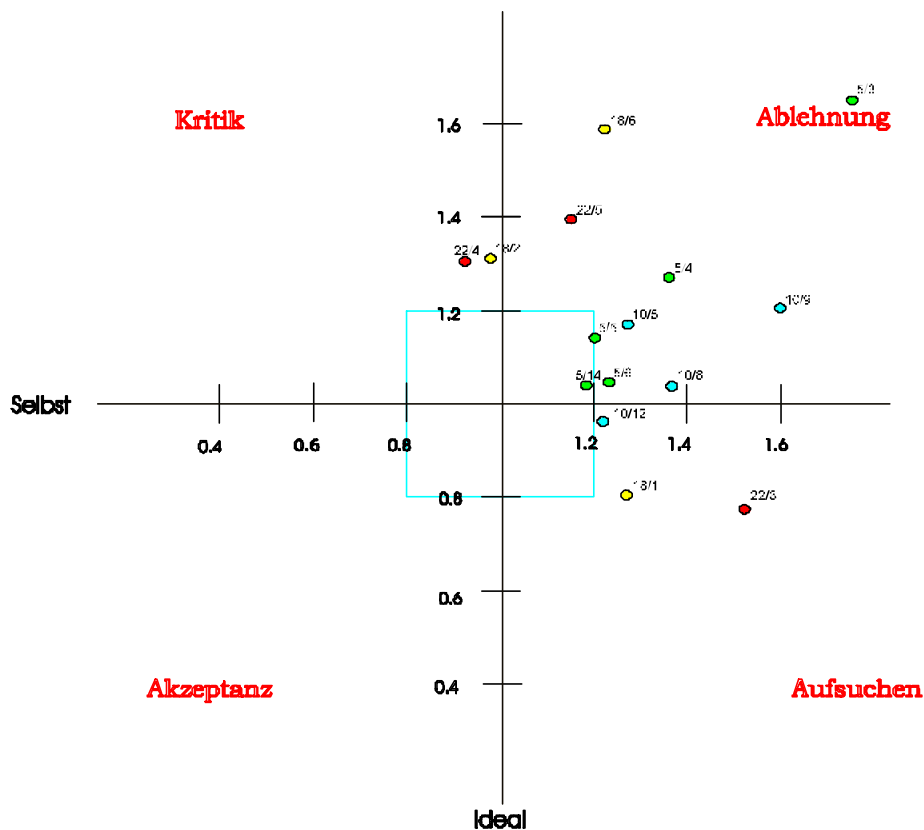
Client 5: 6 sign. Elem., inkl. Ich
 E 3: 1.74; 1.65 Stiefmutter
 4: 1.35; 1.27 Vater
 5: 1.20; 1.14 Bruder B
 6: 1.23; 1.04 Schwester M
 14: 1.18; 1.03 Mutter

Client 10: 5 signif. Elem., inkl. Ich
 E 5: 1.27; 1.17 Bruder Ha
 8: 1.36; 1.04 Schwester N
 9: 1.59; 1.20 Großvater
 12: 1.21; 0.96 Onkel P

Client 18: 4 signif. Elem., inkl. Ich
 E 6: 1.22; 1.58 Vater
 2: 0.97; 1.31 Freund
 1: 1.26; 0.80 Mutter

Client 22: 5 sign. Elem., inkl. Ich u Ideal
 E 5: 1.14; 1.39 Pate
 4: 0.92; 1.30 Onkel
 3: 1.51; 0.77 Schwager .

Graphik 8 : Verteilung der wichtigsten Elemente der GR 1 im S-I-S



Die signifikanten Elemente lokalisieren sich schwerpunktmäßig im Quadranten Ablehnung mit einem Abstand > 0.8 zu Ich und (fast) > 0.8 zu Ideal. Der durchschnittliche Abstand Ich-Ideal beträgt 1.155 und zeigt demnach eine deutliche Tendenz zur Selbstentfremdung. Der durchschnittliche IgE Wert berechnet sich auf 1.494 IU/ml.

GR 2: 13, 14, 19, 21; n = 4

Client 13: 4 signif. Elem.

E 4: 1.24; 1.22 Chef
 5: 0.93; 0.61 Chefin
 7: 0.74; 1.11 Freund B.
 8: 0.91; 1.01 Freund K.

Client 14: 4 signif. Elem., inkl. Ideal

E 4: 1.51; 1.87 Oma
 6: 1.12; 1.35 Freundin D.
 8: 1.23; 1.48 Freundin C.

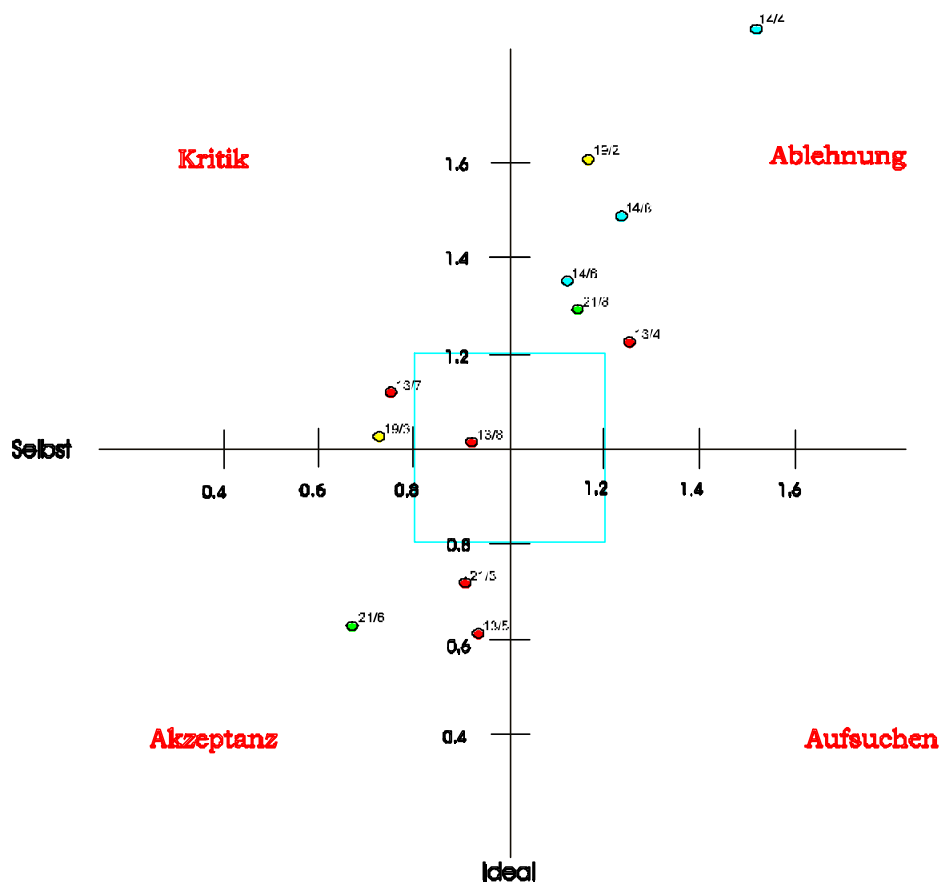
Client 19: 4 signif. Elem., inkl. Ich und Ideal

E 2: 1.16; 1.60 Vater
 3: 0.72; 1.02 Mutter

Client 21: 4 signif. Elem., inkl. Ideal

E 3: 0.90; 0.71 Mutter
 8: 1.14; 1.29 Bruder
 6: 0.67; 0.62 Freundin A

Graphik 9 : Verteilung der wichtigsten Elemente der GR 2 im S-I-S



Die signifikanten Elemente werden schwerpunktmäßig in den Quadranten Akzeptanz und Ablehnung lokalisiert und zeigen damit entweder Nähe zu Ich und Ideal ≤ 0.8 oder einen Abstand ≥ 1.2 zu Ich und Ideal. Der durchschnittliche Abstand Selbst-Ideal ist mit 0.892 unauffällig. Der durchschnittliche IGE-Wert liegt bei 777 IU/ml.

GR 3: 6, 16, 17, 20; n = 4

Client 6: 3 signif. Elem.

E 5: 0.65; 1.20 Bruder P
 8: 0.82; 1.39 Freundin J
 10: 1.03; 1.45 Vater Freund

Client 16: 4 signif. Elem.

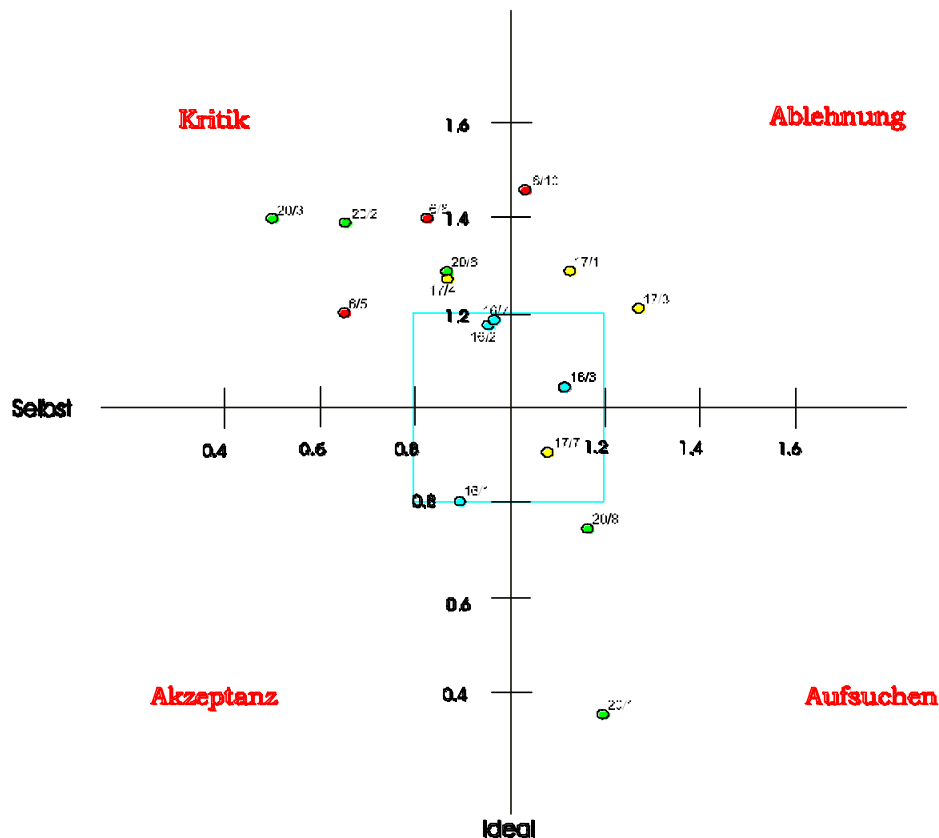
E 1: 0.89; 0.80 Ehemann
 2: 0.95; 1.17 Mutter
 3: 1.11; 1.04 Vater
 7: 0.96; 1.18 Oma

Client 17: 4 signif. Elem.

E 1: 1.12; 1.28 Mutter
 3: 1.27; 1.21 Freundin
 4: 0.86; 1.27 Bruder 1
 7: 1.07; 0.90 Oma

Client 20: 6 signif. Elem.; inkl. Ideal

E 8: 1.16; 0.74 Wolfgang
 1: 1.19; 0.35 Vater
 2: 0.65; 1.38 Mutter
 6: 0.86; 1.28 Opa
 3: 0.50; 1.39 Bekannte D



Graphik 10 : Verteilung der wichtigsten Elemente der GR 3 im S-I-S

Die wichtigsten Elemente positionieren sich schwerpunktmäßig im Quadranten Kritik, wenige in den Quadranten Aufsuchen und Ablehnung.

Auffällig ist, daß die Mehrzahl der Elemente nahe beim oder Richtung Ich liegt, nur 1 Element hat einen größeren Abstand als 1.2. Der durchschnittliche Abstand Selbst - Ideal beträgt: 0.873. Der durchschnittliche IgE-Wert beträgt: 1.255 IU/ml.

GR 4: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 15; n = 8

Client 1: 4 signif. Elem.

E 6: 1.71; 1.2 Tante M
 5: 0.94; 1.22 Bruder T
 4: 1.08; 0.64 Vater
 9: 0.88; 1.18 Freund U

Client 2: 4 signif. Elem. inkl. Ich

E 4: 1.25; 1.33 Mutter
 9: 0.66; 0.85 Freundin B
 10: 1.45; 0.79 Bruder D

Client 3: 4 signif. Elem.

E 4: 0.68; 1.18 Mutter
 5: 0.58; 1.05 Schwester
 7: 1.39; 1.23 Ex-Freund
 13: 1.28; 0.85 Vater Ex-Fr.

Client 4: 4 signif. Elem.

E 3: 1.28; 1.09 Mutter
 4: 0.84; 0.68 Vater
 6: 1.05; 0.83 Schwester C
 10: 1.23; 1.10 Sohn T

Client 8: 4 signif. Elem. inkl. Ich und Ideal

E 4: 1.14; 1.54 Vater
 6: 1.14; 1.10 A.

Client 9: 4 signif. Elem. inkl. Ich

E 4: 1.13; 1.05 Vater
 6: 0.95; 1.33 Schwester M.
 9: 1.38; 0.77 Mann Freundin

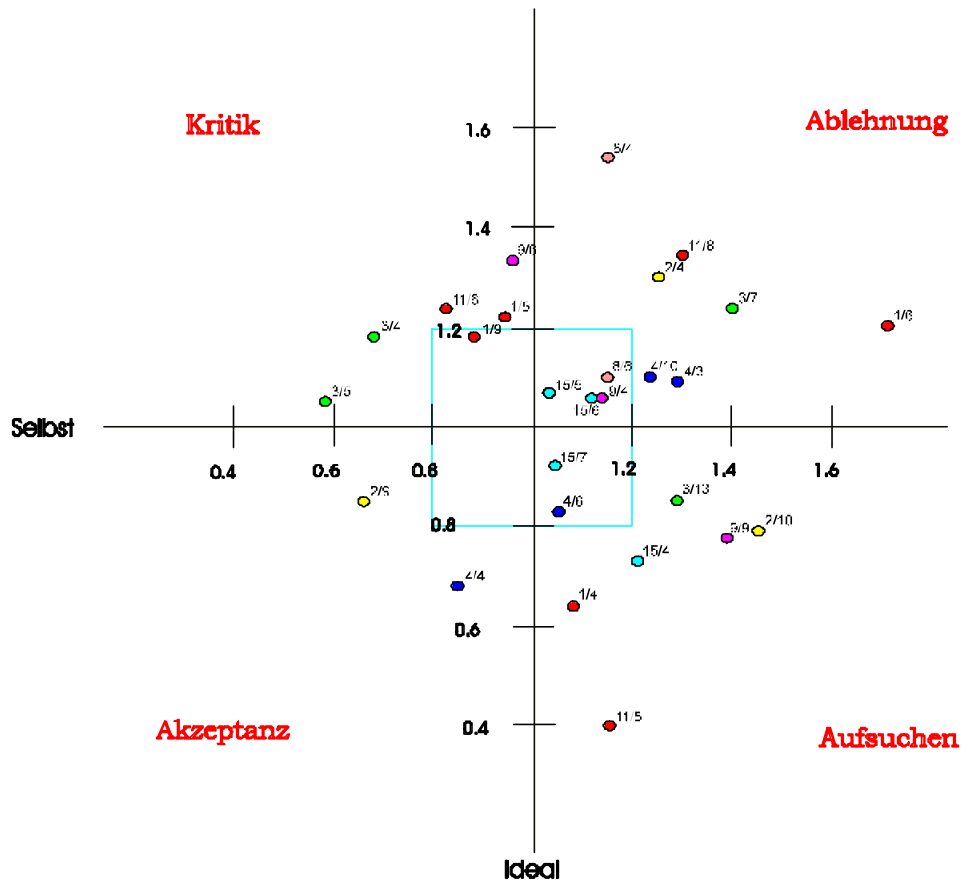
Client 11: 3 signif. Elem.

E 5: 1.15; 0.40 Freund
 6: 0.82; 1.23 Oma
 8: 1.29; 1.34 Freund U.

Client 15: 4 signif. Elem.

E 4: 1.20; 0.72 Oma
 5: 1.03; 1.06 Freund R.
 6: 1.11; 1.05 Schwester A.
 7: 1.04; 0.92 Freund M.

Graphik 11 : Verteilung der wichtigsten Elemente der GR 4 im S-I-S



Auffällig zeigt sich eine Verteilung der signifikanten Elemente über alle 4 Quadranten und, dementsprechend verschiedenen Abständen zu Ich und/oder Ideal. Mit 0.943 erweist sich der durchschnittliche Selbst-Ideal Abstand als unauffällig, der entsprechende durchschnittliche IgE-Wert findet sich bei 800 IU/ml.

Bei der Auswertung der Einzel – Grids entsteht der Verdacht auf eine besonderes Positionierungsverhältnis in Bezug auf wichtiges Element zu Ideal, welches im folgenden beschrieben und konkretisiert wird :

Tabelle 3

Positionsverteilung Ideal - wichtiges Element Gruppe 1 – 4					
Proband	Gruppe	Wichtigstes Element mit Position	Distanz zum Ideal	Distanz von Ich zu Ideal	Selbst-Identitäts Einstufung
1	4	E 4 Vater 1.08, 0.64	0.64	0.828	Unauffällig
2	4	E 10 Bruder 1.45,0.79	0.7	0.991	Unauffällig
3	4	E 13 Vater Fr. 1.28,0.85	0.8	0.874	Unauffällig
4	4	E 4 Vater 0.84, 0.68	0.68	0.926	Unauffällig
5	1	E 3 Stiefmutter 1.74, 1.65	1.65	0.822	Unauffällig
6	3	E 10 Vater Freund 1.03, 1.45	1.45	1.011	Unauffällig
7	--	--	--	--	--
8	4	E 4 Vater 1.14, 1.54	1.54	0.812	Unauffällig
9	4	E 9 Mann Fr.1.38,0.77	0.776	1.149	Unauffällig
10	1	E 9 Opa 0.39, 0.78	0.78	0.745	Selbstan- näherung
11	4	E 5 Freund 1.15, 0.40	0.40	1.002	Unauffällig
12	--	--	--	--	--
13	2	E 4 Chef 1.24, 1.22	1.22	1.030	Unauffällig
14	2	E 8 Freundin C.1.23, 1.48	1.48	0.792	Selbstan- näherung
15	4	E4 Oma 1.20, 0.72	0.70	0.964	Unauffällig
16	3	E 7 Oma 0.96, 1.18	1.18	0.494	Selbstan- näherung
17	3	E 1 Mutter 1.12, 1.28	1.28	0.803	Unauffällig
18	1	E 2 Freund 0.97, 1.31	1.31	1.173	Selbstent- fremdet
19	2	E 2 Vater 1.16, 1.60	1.60	1.144	Unauffällig
20	3	E 1 Vater1.19, 0.35	0.35	1.185	Selbstent- fremdet
21	2	E 3 Mutter 0.90, 0.71	0.71	0.603	Selbstan- näherung
22	1	E 5 Pate 1.14, 1.39	1.39	1.883	Selbstent- fremdet

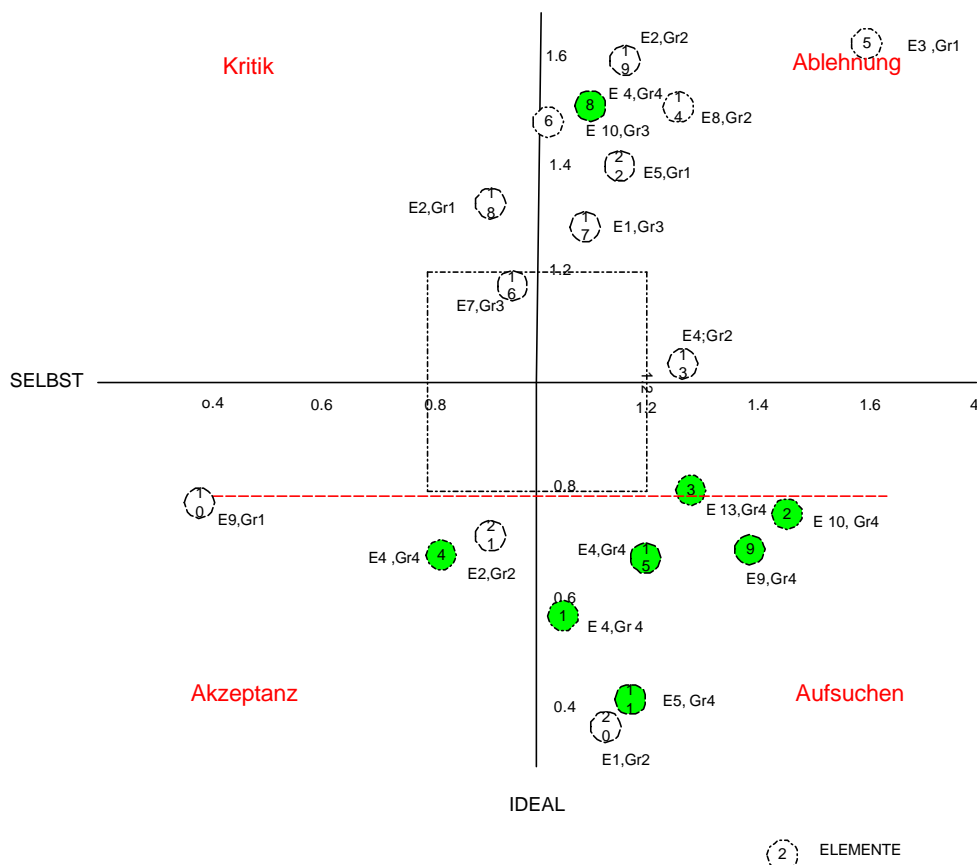
Nachfolgende Graphik zeigt dieses Charakteristikum von Gruppe 4.

Eingetragen sind, für alle untersuchten Probanden, die wichtigsten Elemente mit ihrer Nähe zum Ideal. Es erweist sich, daß nur Probanden der Gruppe 4 das signifikanteste Element in der Nähe des Ideals positionieren und dabei einen unauffälligen Selbst – Ideal Abstand aufweisen.

Von acht Probanden der GR 4 positionieren sieben das wichtigste Element mit einem Abstand < 0.8 zum Ideal. Eine Ausnahme besteht bei Proband 8, (Abstand > 1.2), hier ist jedoch das Ideal als wichtigstes Element berechnet.

Liegen Elemente von Probanden anderer Gruppen in der Nähe des Ideals, so ist jeweils der Abstand Ich/Selbst - Ideal der Probanden auffällig im Sinne von Selbstannäherung oder Selbstentfremdung.

Graphik 12 : Verteilung der wichtigsten Elemente in Bezug zum Ideal



Bei der Untersuchung der weiteren GRID Bausteine finden sich keine Auffälligkeiten, die Signifikanzniveau erreichen (Werte s. Bl. 3ff im Anhang)

3.3 Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach Stärke und Lokalisation

Untersucht werden - wie vorne - die drei Subgruppen im Vergleich zur Reststichprobe bezüglich der acht Skalen des Giessen-Tests, den fünf Skalen des GBB sowie die vorne aufgeführten Grid-Bausteine, ergänzt durch die SIS Graphik, den durchschnittlichen Selbst-Ideal-Abstand und IgE-Wert.

Für die untersuchte Klientengruppe resultiert ein Befallsmuster von

hoher Ausdehnungsgrad:	> 80 %	N = 9
mäßiger Ausdehnungsgrad:	60 - 80 %	N = 4
geringer Ausdehnungsgrad:	< 60 %	N = 7

Um mögliche Stärke – und Ausdehnungsgrad sowie Lokalisations –spezifische Besonderheiten feststellen zu können, werden weitere Kriterien definiert :

Um die Subgruppe mit möglichst schwerem Schub des Atopischen Ekzems herauszufiltern, gelten als Bedingungen:

- a. Befall mehr als 80 % der Körperoberfläche
- b. Angabe Rumpfbefall stark in vorne genannter Liste.

Mit diesen Kriterien wird die Gruppe Rumpfbefall stark (im folgenden abgekürzt als GR-Rs) gebildet.

Das Gegenstück wird die im weiteren Gruppe Minimalbefall (GR-Mi) benannte Subgruppe. Sie ist definiert durch einen Befall < 60 %, es erfolgt von den Klienten weder die Angabe starker noch schwacher Rumpfbefall.

Zur Untersuchung der Einflußnahme des Faktors Sichtbarkeit der Erkrankung wird eine Subgruppe Gesichtsbefall stark (GR-Gs) etabliert; dabei ist zugrunde gelegt: ausschließlich Angabe Gesichtsbefall stark.

Klienten mit weiteren stark befallenen Körperregionen werden ausgeschlossen.

Gruppe-Gs beinhaltet die Probanden 14, 16, 21, n=3

Gruppe-Mi beinhaltet die Probanden 1, 5, 6, 15, 17, 19, 21, n=7

Gruppe-Rs beinhaltet die Probanden 2, 3, 8, 18, n=4

ERGEBNISSE

Die Giessen-Test Skala **SK1 - Soziale Resonanz** - führt zu einer signifikanten Gemeinsamkeit für GR-Gs mit $p = .0332$. Diese Subgruppe schätzt sich deutlich sozial positiv resonanter ein als die Reststichprobe.

SK 2 – Dominanz – trennt die Gruppen nicht voneinander.

SK 3 - Kontrolle - charakterisiert GR-Mi signifikant mit $p \leq .0170$ als unterkontrolliert bei unauffälligen Werten für die Subgruppen GR-Rs und GR-Gs.

Auf **SK 4 - Grundstimmung** - beschreibt sich GR-Gs unauffällig, GR-Mi und GR-Rs besetzen jeweils signifikant mit $p \leq .0074$ bzw. $p \leq .0392$ die entgegengesetzten Positionen der Skala.

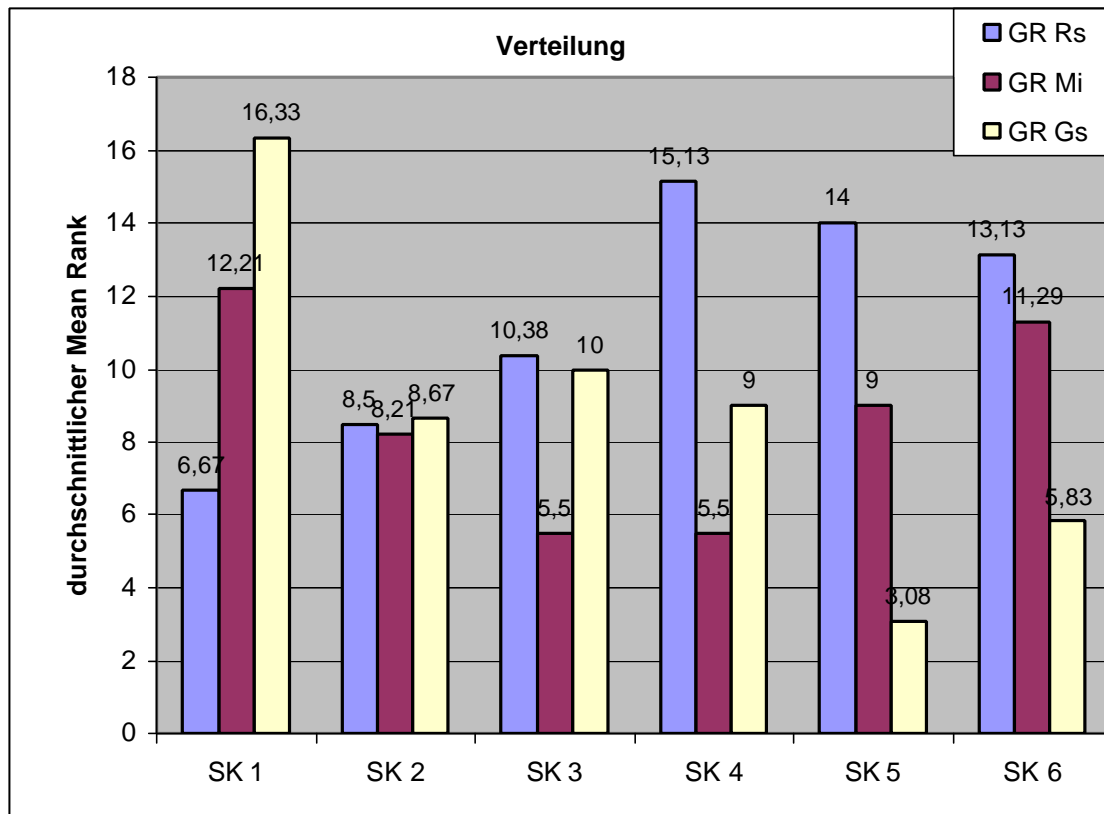
Ein schwerer ausgeprägter Befall geht demnach einher mit einer depressiven Grundstimmung, ein leichter mit einer hypomanischen Gestimmtheit.

Skala 5 - Durchlässigkeit - kennzeichnet GR-Mi und GR-Rs nicht signifikant, GR-Gs charakterisiert sich hier signifikant mit $p \leq .0378$ als durchlässiger.

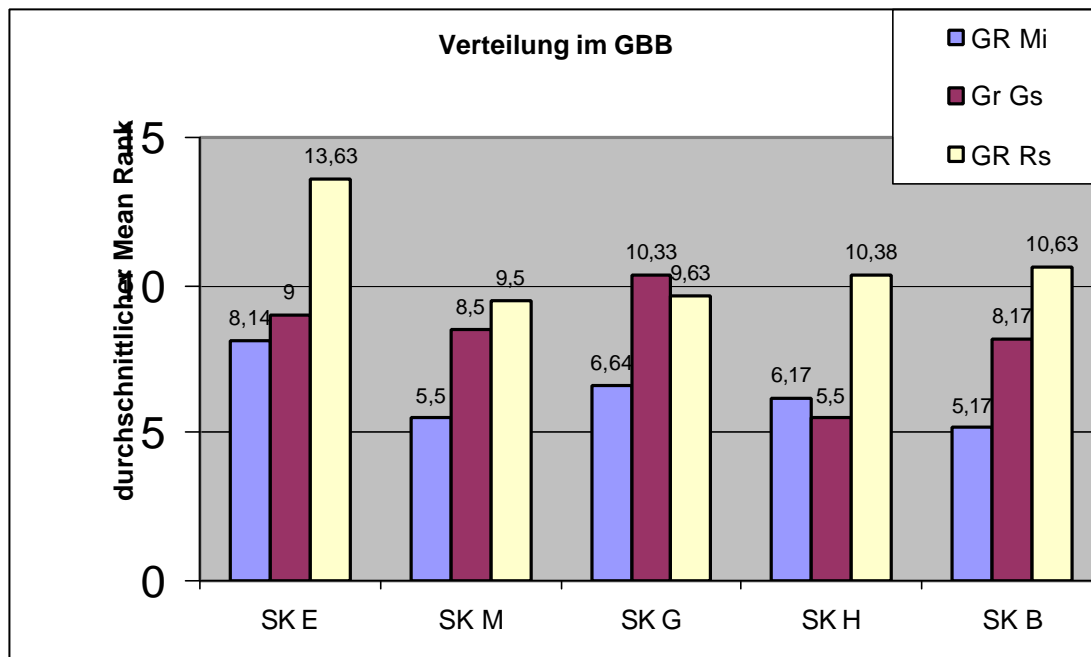
Ein sehr starker Gesichtsbefall der Erkrankung geht demnach mit einer erhöhten Durchlässigkeit einher, ein starker Rumpfbefall als Subgruppenkriterium führt zu einer entgegengesetzten Tendenz, nämlich erhöhter Retentivität auf dieser Skala, die allerdings mit $p \leq .0855$ kein signifikantes Niveau erreicht.

SK 6 – Soziale Potenz – führt zu keiner signifikanten Trennung der Subgruppen.

(entsprechende Werte siehe Bl. 5ff der Anlage)

Graphik 13 zeigt die Verteilung der Gruppen im GT - Test

Graphik 14



Die Skalen des GBB

kennzeichnen die Subgruppe GR-Mi als deutlich weniger unter körperlichen Beschwerden, insbesondere Magen - ($p = .0227$) und Gliederbeschwerden ($p = .0310$) leidend als die Reststichprobe. Auch der Gesamtbeschwerdedruck ist bei dieser Gruppe signifikant verringert ($p = .0205$).

(Werte siehe Bl. 5ff der Anlage)

Die Analyse der aufgeführten Gridbausteine läßt für die Gruppen GR-Rs und GR-Mi keine signifikanten Gemeinsamkeiten hervortreten. (Werte siehe Bl. 5ff der Anlage).

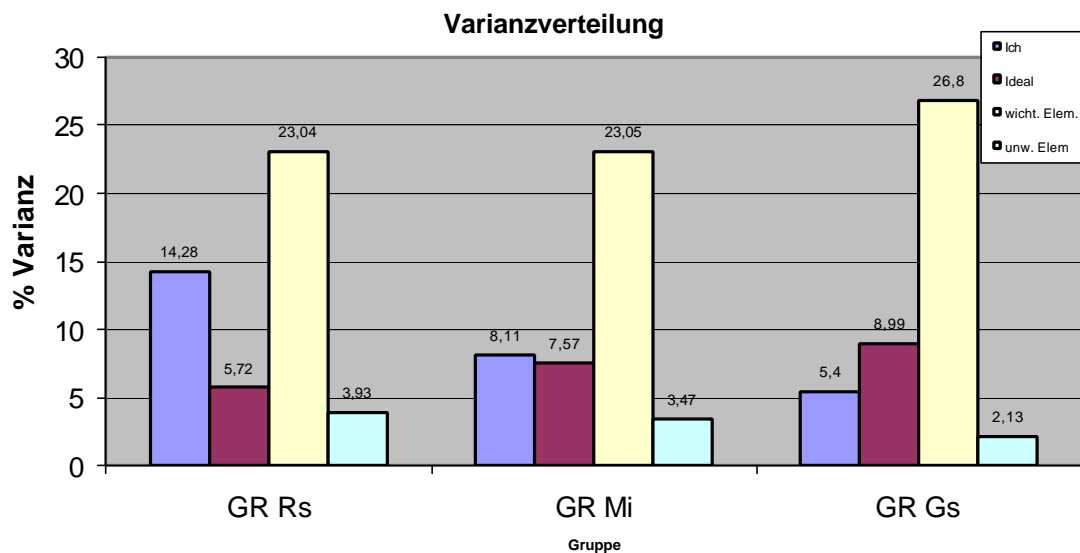
Auffälligerweise definiert sich GR-Gs durch eine Besonderheit im Ich – Ideal – wichtigstes Element - Komplex.

	P =	Mean Rank	
		Gr-Gs	RSP
SB 2: Verhältnis Selbst / wichtigsten Element	.0090	2,33	12,44
ISB1 :Verhältnis Ideal / Zufallswert	.9199	11,33	10,94
ISB2 : Verhältnis Ideal / wichtigstes Element	.4241	8,33	11,44
DIF-ISB : Diff. Bed. Selbst / Ideal	.0444	4,33	12,11

Graphik 15 stellt die durchschnittliche Varianz der Elemente Ich, Ideal, und wichtigstes Element dar. Ergänzend ist die durchschnittliche Varianz des unwichtigsten Elementes mit aufgeführt.

Gruppe GR-Gs kennzeichnet sich durch eine signifikante Varianzerhöhung des wichtigsten Elementes und zugleich eine deutliche Varianzminderung des Elementes ICH.

Graphik 15



Es folgt nun die Darstellung der wichtigsten Elemente in der SIS Graphik sowie der durchschnittliche Abstand Ich/Selbst Ideal und durchschnittliche IgE Wert über die drei Subgruppen.

GR-Gs Gesichtsbevall:n = 3: 14, 16, 21

Client 14: 4 sign. Elem. inkl. Ideal

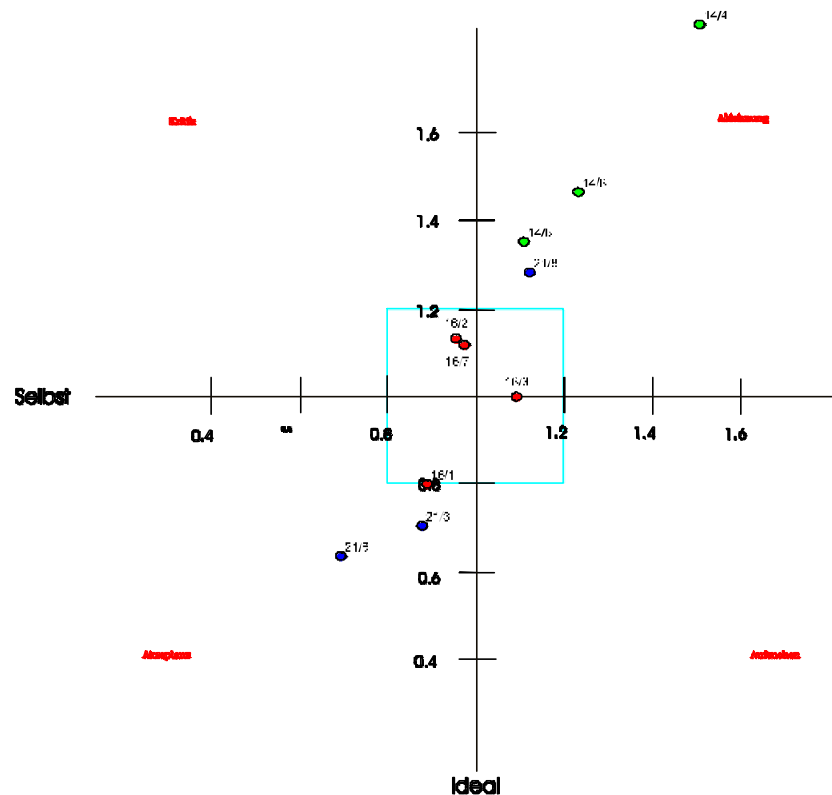
E 4: 1.51; 1.87 Oma
6: 1.12; 1.35 Freundin D
8: 1.23; 1.48 Freundin C

Client 16: 4 sign. Elem.

E 1: 0.89; 0.80 Ehemann
2: 0.95; 1.17 Mutter
3: 1.11; 1.04 Vater
7: 0.96; 1.18 Oma

Client 21: 4 sign. Elem. inkl. Ideal

E 3: 0.90; 0.71 Mutter
8: 1.14; 1.29 Bruder
6: 0.67; 0.62 Freundin A



Graphik 16 : Verteilung der wichtigsten Elemente der GR- Gs im S-I-S

Die wichtigsten Elemente sind in den Quadranten Ablehnung und Akzeptanz lokalisiert. Auffällig ist die Tendenz zur (relativen) Nähe zum Ich, die 1.2 nicht überschreitet. (nur 1 Element hat einen Abstand von >1.5 zum Ich).

Der durchschnittliche Ich/Selbst-Ideal-Abstand beträgt 0.629, die Probanden kommunizieren sich somit als selbstangenähert, der durchschnittliche IgE Wert errechnet sich mit: 502 IU/ml als - im Gesamtkollektiv - sehr niedrig.

GR-Mi n = 7: 1, 5, 6, 15, 17, 19, 21

Client 1: 4 sign. Elem.

E 6: 1.17; 1.2 Tante M.
5: 0.94; 1.22 Bruder T.
4: 1.08; 0.64 Vater
9: 0.88; 1.18 Freund U.

Client 5: 7 sign. Elem. inkl. Ich und Ideal

E 3: 1.74; 1.65 Stiefmutter
4: 1.35; 1.27 Vater
5: 1.20; 1.14 Bruder B.
6: 1.23; 1.04 Schwester M.
14: 1.18; 1.03 Mutter

Client 6: 3 sign. Elem.

E 5: 0.65; 1.20 Bruder P.
8: 0.82; 1.39 Freundin I.
10: 1.03; 1.45 Vater Freund

Client 15: 4 sign. Elem.

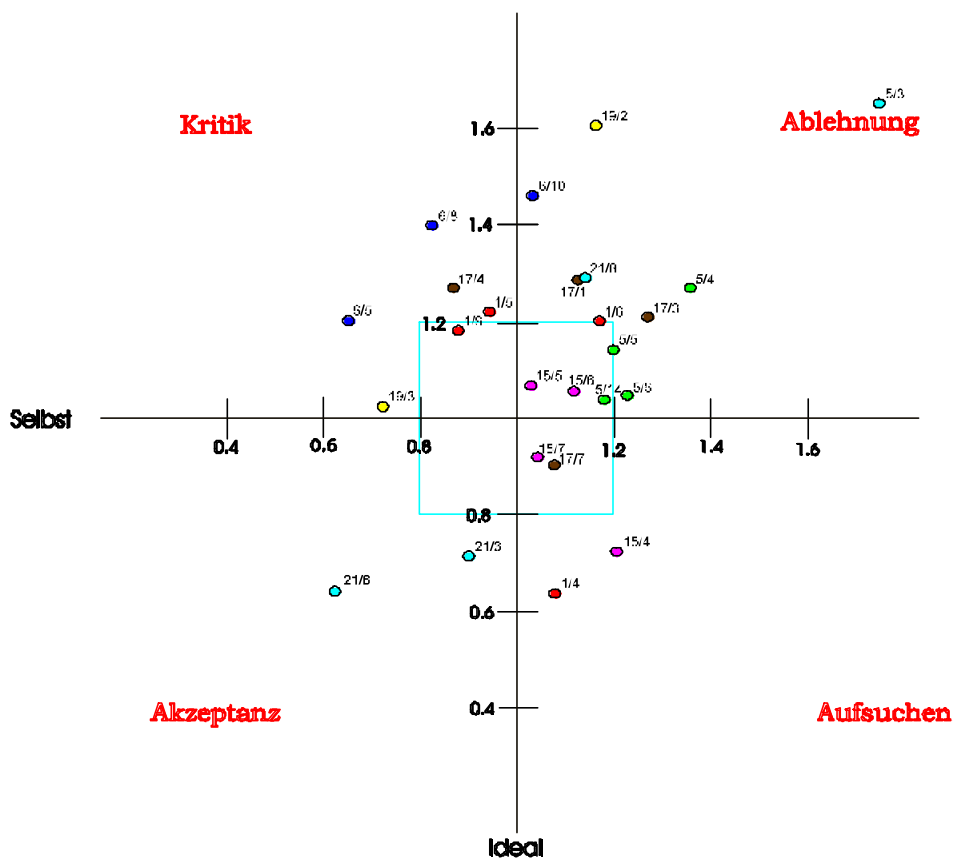
E 4: 1.20; 0.72 Oma
5: 1.03; 1.06 Freund R.
6: 1.11; 1.05 Schwester A.
7: 1.04; 0.92 Freund M.

Client 19: 4 sign. Elem. inkl. Ich und Ideal

E 2: 1.16; 1.60 Vater
3: 0.72; 1.02 Mutter

Client 21: 4 sign. Elem. inkl. Ideal

E 3: 0.90; 0.71 Mutter
8: 1.14; 1.29 Bruder
6: 0.67; 0.62 Freundin A.



Graphik 17 : Verteilung der wichtigsten Elemente der GR - Mi im S-I-S

Die wichtigsten Elemente sind zum einen über alle 4 Quadranten verteilt, zum anderen besteht eine Tendenz, den Indifferenzraum zu besetzen. Im Abstand Selbst/Ich-Ideal ergibt sich mit einem Durchschnittswert von 0.882 ein unauffälliger Wert bei Tendenz zur Selbstannäherung (≤ 0.8), der durchschnittliche IgE-Wert findet sich bei 894 UI/ml.

GR-Rs n = 4: 2, 3, 8, 18

Client 2: 4 sign. Elem. inkl. Ich

E 4: 1.25; 1.33 Mutter

9: 0.66; 0.85 Freundin B.

10: 1.45; 0.79 Bruder D.

Client 3: 4 sign. Elem.

E 4: 0.68; 1.18 Mutter

5: 0.58; 1.05 Schwester

7: 1.39; 1.23 Ex-Freund

13: 1.28; 0.85 Vater Ex-Fr.

Client 8: 4 sign. Elem. inkl. Ich und Ideal

E 4: 1.14; 1.54 Vater

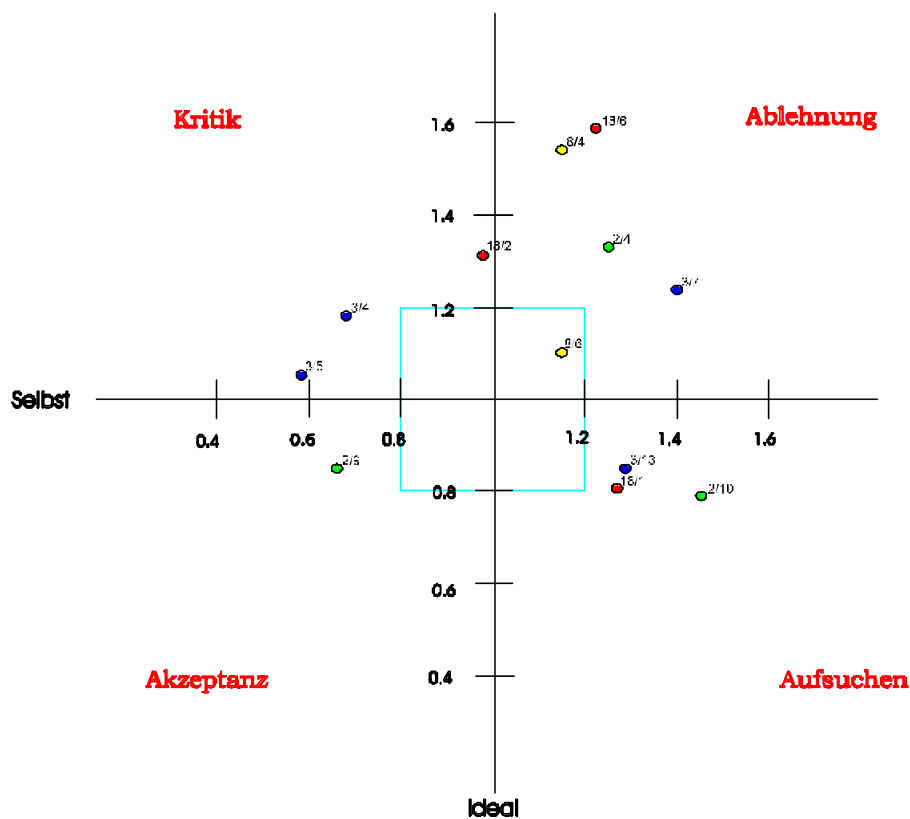
6: 1.14; 1.10 A.

Client 18: 4 sign. Elem. inkl. Ich

E 6: 1.22; 1.58 Vater

2: 0.97; 1.31 Freund

1: 1.26; 0.80 Mutter



Graphik 18 : Verteilung der wichtigsten Elemente der GR - Rs im S-I-S

Auffällig zeigt sich eine Verteilung der signifikanten Elemente mit einer sehr deutlichen Tendenz zur Besetzung des 1. und 2. Quadranten: (Kritik und Ablehnung).

Kein wichtiges Element hat einen geringeren Abstand als 0.8 zum Ideal bei unterschiedlichen Abständen zum Ich.

Der durchschnittliche Ich/Selbst-Ideal Abstand beträgt 0.962, der entsprechende IgE Wert beträgt 1.996 IU / ml und ist der höchste von allen Subgruppen.

4 Interpretation und Diskussion

4.1 der Ergebnisse des Vergleiches Stichprobe - Kontrollgruppe

Das überraschendste Ergebnis ist die hochsignifikante Trennung der Atopischen Ekzem-Probanden zur Kontrollgruppe auf GT - SK 1 - Soziale Resonanz -.

Sie schätzen sich als in der sozialen Interaktion als "sehr gut ankommend" ein, gemäß der Definition der Skala (s. S.37) erleben sie deutlich mehr narzißtische Gratifikation (und somit weniger Frustration) im Kontakt.

In der Literatur herrscht Übereinstimmung darüber, daß Hautkranke unter ihrer krankheitsbedingten "Entstellung" , also Beeinträchtigung ihrer interpersonellen Attraktivität leiden.

Bosse und Hünecke (1976) haben die daraus resultierende Haltung als "Paranoia Tendenz" zusammengefaßt und postuliert:

- "hautkranke Probanden überschätzen gedanklich die ablehnende Haltung hautgesunder Mitmenschen gegenüber Hautkranken" und
- "Gedankenspiele der Betroffenen beschäftigen sich (ausschließlich) mit der sozialen Lage".

Das hier erhobene Resultat ist diesem widersprechend. Eine Erklärung bietet sich möglicherweise aus analytischer Sicht an: De Boor (1965) sowie Thomä (1990) weisen auf die bei allergisch Erkrankten aufzufindenden Größenphantasien und Allmachtsphantasien sowie magische Gedanken hin, Heigl-Evers (1968) unterstützt diese Feststellung mit ihren Befunden aus 25 analytisch ausgewerteten Biographien und kontrastiert sie zu in der sozialen Realität nachweisbarer Schüchternheit und Zurückgezogenheit als Zeichen

beeinträchtigttem Kontaktverhaltens. Dies führt zu der Interpretation, daß sich in der Probandengruppe hier eine Tendenz zur Wunschphantasie nach Nähe bzw. eine Verleugnung der sozialen Wirklichkeit signifikant darstellt, die eine "tiefergehende interpersonelle Unsicherheit in der zwischenmenschlichen Orientierung" (zit. n. Heigl-Evers, 1968) abwehrt.

Gemäß dem Aufbau des GT (s. Pk. 2.2.1) kann dieser Sachverhalt so interpretiert werden, daß die Probanden ein (Wunsch) - Selbstbild kommunizieren, welches durch internalisierte Ich-Ideal und Über-Ich-Strukturen zensiert ist.

In Anlehnung an Gieler (s.S. 26) , der in seiner Untersuchung eine Subgruppe identifizieren konnte, die den "Entstellungswert" und die daraus resultierende Beeinträchtigung durch die Erkrankung besonders verleugnet, und methodenkritisch im Hinblick auf die Größe der Stichprobe, kann hier nicht abschließend beurteilt werden, ob eine starke generelle Tendenz oder eine hochladende Subgruppe den aufgezeigten Effekt erzielt.

In einer Gesamtschau der bisher erhebbaren Ergebnisse - keine signifikanten Unterschiede in fünf GT- Skalen und den Gridbausteinen - aber deutlichen signifikanten Unterschieden in den formalen GT-Skalen Mittel- und Extremankreuzungen wird die Hypothese unterstützt, daß insgesamt ein heterogenes Probandenkollektiv vorliegt, wobei sich Ähnlichkeiten in den Skalen mit der Kontrollgruppe als Mittelwerteffekt verstehen lassen. Deshalb erfolgt zur Differenzierung ein 2. Untersuchungsschritt.

Die Unterschiede in den GBB - Skalen lassen sich mit der krankheitsspezifischen Lokalisation von Atopischem Ekzem als Hauterkrankung erklären.

4.2 Diskussion der Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach Erstmanifestationsalter

Als Hauptdifferenzierungskriterien für die vier nach Erstmanifestationsalter unterschiedenen Subgruppen erweisen sich einerseits die durchschnittliche Varianzverteilung der Hauptkomponenten (Gridbausteine 1 - 3) sowie der Komplex Ich/Selbst, Verhältnis Ich/Selbst-wichtigstes Element und wichtigstes Element. Gruppe 4 definiert sich (mindestens signifikant) durch ein moderateres bzw. differenzierteres Verteilungsmuster der durchschnittlichen Varianz der drei Hauptkomponenten. Nach der vorne beschriebenen Bildung der Hauptkomponenten in Abhängigkeit von den vom Probanden angegebenen Konstrukten bzw. den rechnerisch erhaltenen Zusammenhängen zwischen denselbigen weist Gruppe 4 ein komplexes und differenziertes Wahrnehmungsmuster auf, welches bei den Gruppen 1 - 3 nicht aufzeigbar ist.

Kelly (1955) und seine "Personal Construct Theory" weiterführenden Arbeiten von Bannister (1971), Fransella (1977) und Bonarius (1965) postulieren eine Prozeßhaftigkeit des Konstruktsystems zwischen den Polen Einengung und Ausdehnung mit "lockern" bzw. "verfestigen" von Konstrukten.

Psychopathologie - in der Terminologie von Kelly "ein Konstrukt wird wiederholt verwendet, trotz dauernder Beweise seiner Ungültigkeit" - findet sich sowohl bei einem zu verfestigten Konstruktsystem (= Rigidität der Persönlichkeit) als auch bei zu großer Auflockerung (= Stereotypien, auch nachweisbar bei z.B. Schizophrenie). Das Konstruktsystem tendiert von sich aus dazu, komplexer und hierarchischer zu werden; eine Hemmung tritt auf bei Bedrohung, also Furcht oder Angst. In den letzten Jahren bestätigten Catina und Czogalik (1989) diese Entwicklung von Zunahme von Komplexität und Flexibilität des Konstruktsystems (instrumentalisiert u. a. durch Reduzierung der Varianz der 1. Hauptkomponenten) mit Zunahme von Gesundheit bei erfolgreichen Psychotherapien. Sie bestätigten damit die Arbeiten von Fielding (1975), Watson (1970) und Koch (1985).

Anders ausgedrückt: Gruppe 4 kommuniziert hier die Fähigkeit, Phänomene der Umwelt, also sich selbst, Beziehungspersonen und deren Verhalten aus der Perspektive von drei - gewichtigen - unterschiedlichen bedeutsamen "Brillen" wahrnehmen und einschätzen zu können, während für die Gruppen 1 - 3 eine Einengung des "Blickfeldes" nachweisbar ist.

Die psychoanalytisch-psychosomatische These, daß (s. S. 26) „je früher ein pathogener Reiz (= oder Krankheit) ein psychosomatisches System trifft, die Folgen umso gravierender sind, bzw. vice versa je später, umso reifer ist der psychische Apparat" könnte hierin eine testpsychologische Bestätigung finden.

Dies legt die Schlußfolgerung nahe, daß es sich bei den Probanden der Gruppe 4, also jenen Personen, bei denen das Atopische Ekzem erstmals nach dem 15. Lebensjahr auftrat, um relativ psychisch gesunde, reife Persönlichkeiten handelt, wo möglicherweise - im psychosomatischen Sinne - eine aktuelle Konfliktsituation eine bis dahin latente, kompensierte Störungs-Fixierungsstelle der taktilen Phase mobilisiert hat, die ein psychosomatisches Dekompensieren zur Folge hatte. Bei einer Durchsicht der einzelnen GRIDs bestätigt sich die Hypothese einer aktuellen Konfliktsituation (siehe beispielhaft S.48), die Überlegung der Aktivierung einer Störungs-/Fixierungsstelle kann jedoch nicht mit den benutzten Untersuchungsinstrumenten erfaßt werden, dies bleibt zunächst hypothetisch und sollte durch tiefenpsychologische Untersuchungen überprüft werden.

Die Feststellung eines differenzierten Wahrnehmungsmusters bei relativ komplexen, gesunden Persönlichkeiten wird durch die Verteilung der wichtigen sozialen Bezugspersonen - verteilt über alle 4 Quadranten in der SIS Graphik und den unauffälligen Selbst-Ideal Abstand, gestützt. Auch der - in Bezug auf das Gesamtkollektiv - fast durchschnittliche IgE Wert von 800 IU/ml ist interpretierbar im Sinne eines nicht massiven Krankheitsschubes des Atopischen Ekzems.

Kritisch ist anzumerken, daß die Probanden bei relativ niedrig kommunizierten Informationsgehalt der 3 Hauptkomponenten (s. S. 65) von 80.61 % und der signifikant erniedrigten Bedeutung des wichtigsten Elementes, interpretiert im Sinne einer Abwehrbewegung, eine aktuelle Konflikthaftigkeit durch Verleugern/Verdrängen in ihrer Bedeutung schmälern bzw. nicht in ihrer gesamten Tragweite kommunizieren.

Neben der globaleren Differenzierung der Gruppen 1 - 3 zu Gruppe 4 über die Organisation des Konstruktsystems, erfaßt über die Hauptkomponenten, erweist sich für die Gruppen 1 - 3 eine Dual-Beziehung, nämlich Ich/Selbst - wichtigstes Element als typisch.

Sie ist, abhängig vom Erstmanifestationsalter, jeweils für eine Subgruppe durch unterschiedliche Bedeutung von Ich zu wichtigstes Element sowie deren Verhältnis modifiziert.

Gruppe 1 kennzeichnet sich deutlich durch eine sehr hohe Bedeutung des Ich und steht damit im Gegensatz zu allen anderen Gruppen.

Nach Gerlach (1989) kann hierfür der Begriff Ichzentrierung gewählt werden. Es ist davon auszugehen, daß diese Probanden sich in sehr starker Auseinandersetzung mit sich selbst befinden. Der (auch im Gruppenvergleich) sehr große Ich-Ideal Abstand (1.155) ist als Selbstentfremdung zu interpretieren und weist auf eine massive psychische Störung hin. Man geht davon aus, daß selbstentfremdete Personen psychotherapeutische Hilfe benötigen und auch annehmen.

In der SIS-Graphik zeigt sich mit ausschließlicher Besetzung des Quadranten Ablehnung eine Kombination, die folgendermaßen interpretiert werden kann:

Es zeigt sich ein starkes Abgrenzungs- und Isolationsgeschehen, d. h., die Probanden sehen sich verschieden den wichtigen Personen und möchten diesen auch unähnlich sein.

Aktuell bieten die Probanden das Bild eines schweren Schubes des Atopischen Ekzems mit IgE 1.494 IU/ml und kommunizieren sich dabei isoliert in einer feindlichen Umgebung, wechselnd in konflikthaften Auseinandersetzungen verstrickt oder im Rückzug verharrend. Die Einengung des Konstruktsystems als auch die Beziehungsstruktur mit Fixierung auf das wichtigste Element = Person lassen wenig neue Möglichkeiten und damit Entwicklung zu.

Es liegt damit nahe, daß diese Gruppe besonders viele "Nuancen objektbezogener Gefühle im Jucken und Kratzen" (s. S. 27) im Sinne eines Ersatzobjektes am eigenen Hautorgan abhandelt. Die Selbsteinschätzung der Probanden in der GT-Skala 1 -Soziale Resonanz - im deutlich negativen sozial resonanten Bereich unterstreicht diese Überlegungen: die Probanden können wenig ihrer Bedürfnisse in der Umgebung erfolgreich anbringen, sie erleben massive Ablehnung.

Unter Einbeziehung des vorne vorgebrachten Zusammenhanges zwischen dem lebensgeschichtlich früh einsetzenden, schädigenden Reiz (=Neurodermitis) und den resultierenden gravierenden psychischen Störungen und der Betrachtung des Atopischen Ekzems als einem somato-psychischen, psycho-somatischen Krankheitsgeschehen kann gefolgert werden:

Durch die früh im Säuglings-/Kleinkindalter eintretende besondere Pflege (vermehrtes Salben und Pflegen der Haut) entsteht zwangsläufig durch Beschaffenheit der krankhaft veränderten Haut (s. Pkt. 2.4) eine intensive Erfahrung von Nähe und Schmerzhaftigkeit, die später im Psychischen in einer Abgrenzungs- und Isolationstendenz einen Niederschlag findet.

Bei der nun anschließenden Betrachtung der Dualbeziehung - also Ich/Selbst zu wichtigstem Element/Person - zeigt sich für Gruppe 2 und 3 eine Art Umkehrung der für Gruppe 1 beschriebenen Ichzentrierung. Die durchschnittliche Bedeutung des Ich nimmt kontinuierlich ab, von wichtigstem Element zum unwichtigsten (s. Graphik 5 u. 6).

Im Focus der Aufmerksamkeit steht nicht mehr Ich und wichtigstes Element, sondern das wichtigste Element - sprich wichtigste Bezugsperson.

Gruppe 2 weist mit noch durchschnittlicher Varianz für das Ich durch eine überdurchschnittlich hohe Bedeutungszuschreibung für das wichtigste Element dieses Phänomen auf, während Gruppe 3 diesen Effekt mittels einer stark erniedrigten Bedeutungszuschreibung für Ich/Selbst erzielt (Tendenz zum unwichtigsten Element).

Kurz gesagt: Im Brennpunkt der Aufmerksamkeit der Probanden steht mäßig (Gruppe 2) oder kaum (Gruppe 3) die eigene Person, sondern das Verhalten und die Reaktionen der wichtigsten Bezugsperson werden beobachtet. Auffällig ist dabei, im Gegensatz zu Gruppe 1, dass ein Teil der aufgezeigten Elemente - wie in der SIS-Graphik deutlich wird -, eine relevante Nähe zum Ich besitzen, also als ähnlich dem Ich angesehen werden.

Dabei (s. SIS-Graphik) differenzieren sich jedoch die beiden Gruppen.

Gruppe 2 betrachtet die signifikanten Elemente entweder ähnlich sich Selbst und des Ideals - Besetzung des Quadranten Akzeptanz - oder verschieden von sich und Ideal-Quadrant-Ablehnung. Laut Gerlach (1992) geht eine solche Verteilung eher mit einer passiven Haltung einher.

Quadrant Aufsuchen - III - bleibt leer, d. h., eine Aktivität, sich einer (idealisierten) Person anzunähern erfolgt nicht, oder vice versa: die Probanden lassen keine reale Person an ihr Ideal heran. Damit zeigen sie eine Ähnlichkeit wie die Probanden der Gruppe 1.

Psychodynamisch betrachtet spielen sich die Beziehungen der Probanden im Spannungsfeld von harmonisierender symbiotischer Nähe und ablehnend/feindseliger Ferne ab.

Es zeigt sich eine Spaltungstendenz in gute nahe und böse ferne Objekte.

Der aktuelle Schub ist mit IgE 777 IU/ml - bezogen auf das Gesamtkollektiv im leichteren Bereich. Der Ich/Selbst-Ideal - Abstand und die Befunde im GT sind unauffällig.

Gruppe 3 belegt schwerpunktmäßig den Quadranten Kritik und in der Tendenz Quadrant Aufsuchen. Die Personen sind also überwiegend ähnlich dem Ich bzw. nahe und werden kritisiert oder verschieden von Ich und aufgesucht, weil idealähnlich.

Quadrant IV Akzeptanz bleibt leer: es findet sich keine Person im sozialen Umfeld, die Ich und Ideal ähnlich ist, die Probanden kommunizieren keine akzeptierende / harmonische Beziehung.

In den Quadranten V- Indifferenzbereich - werden relativ viele Elemente lokalisiert.

Gemäß der Definition spielen sie einerseits keine Rolle für die Beschreibung des Ich/Selbst und Ideal, andererseits können die hier positionierten Elemente bei Veränderungen im sozialen Gefüge rasch in einen der 4 Quadranten "wandern".

Zusammenfassend interpretiert zeigt Gruppe 3 ein wesentlich aktiveres Beziehungsverhalten als Gruppe 2, dabei sind die Probanden einerseits in nahe konflikthafte Beziehungen verstrickt; und zeigen andererseits ein Suchverhalten nach Nähe und Mitteilungsbedürfnis, was durch die Charakterisierung mit GT Skala 5 mit Neigung zur Durchlässigkeit und (s. S. 61) den höchsten Informationsgehalt der Gesamt-Grids belegt (s. S. 65) wird.

Zum Untersuchungszeitpunkt erleiden sie mit einem durchschnittlichen IgE von 1.255 UI/ml einen relativ schweren Schub. Der Abstand Ich/Selbst-Ideal ist für Gruppe 3 als unauffällig zu betrachten.

Greift man den Gedanken (s. S. 27) vom Unterbringen objektbezogener Gefühle und Gedanken (über z. B. Jucken und Kratzen) und somit am Körper oder in Objektbeziehungen wieder auf, so zeigt sich, daß die Probanden von Gruppe 2 und 3 wesentlich mehr affektive Strebungen in Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen unterbringen. Gruppe 2 lebt eher symbiotische Nähewünsche, Gruppe 3 eher abgrenzend, aktiv-aggressive Tendenzen. Gruppe 4 verfügt über

die vielfältigsten Möglichkeiten, Gefühle in Beziehungen zu kommunizieren, da alle Quadranten besetzt werden.

Möglicherweise spiegelt sich hier das von Detig (s. S. 28) tiefenpsychologisch erhobene Phänomen der hochambivalenten Nähe-Distanzproblematik, durch analretentive Mechanismen verschieden stark abgewehrt, wider. Gruppe 3 entspräche dann der Gruppe mit der stärksten Abwehr.

4.3 Diskussion der Ergebnisse der Gruppendifferenzierung nach Stärke und Lokalisation

Bei den gewählten Subgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede in drei Skalen des GT und drei charakteristische Verteilungsmuster in der SIS-Graphik.

Gruppe Rs befindet sich in einem relativ schweren Schub des Atopischen Ekzems, dabei sind die subjektiven Angaben zur Schwere im Einklang mit einem durchschnittlichen IgE-Spiegel von 1.996 IU/ml. Die klinisch bekannte Korrelation von IgE und Schwere des Schubes findet damit hier eine Bestätigung. Die im GT auch zu findenden signifikant ($p \leq .0392$) erhöhten Depressionswerte können unter somatopsychischer Perspektive als reaktive psychische Reaktion (von Depression) auf einen schweren Schub verstanden werden. Diesen Zusammenhang wies detailliert King (1991) mittels einer in Tagebuch-Technik durchgeführten Untersuchung nach. Bei Mitbetrachtung der konsequenten Verteilung im SIS-System (keine wichtige Person mit Abstand ≤ 0.8 zum Ideal) muß diese Auffassung erweitert werden:

Einerseits sehen sich die Probanden in kritisch / streitsamer bis hin zu ablehnend / feindseliger Beziehung zu ihren Bezugspersonen, andererseits ist eine harmonisch-symbiotisch zufriedenstellende Beziehung nicht möglich.

Umfassend erinnert dieser Zustand an den von Engels und Schmale beschriebenen given-up-giving-up Komplex.

In Bezug auf die Lokalisation von wichtigstem Element zu Ideal stellt GR-Rs das Gegenstück zu Gr 4 dar.

Gruppe Minimalbefall zeigt (mit $p \leq .0074$ hochsignifikant) eine hypomanische Grundstimmung und dabei signifikant weniger körperliche Beschwerden sowie verminderten Gesamtbeschwerdedruck. Auf diesen, hier bestätigten Zusammenhang haben E. Brähler und J. Scheer (1983) bereits verwiesen.

In der SIS-Graphik werden alle vier Quadranten besetzt (ähnlich Gruppe 4), es zeigt sich eine Häufung um den 5 Quadranten, den sogenannten Indifferenzbereich, der definitionsgemäß besagt, daß die hier lokalisierten Elemente keine Bedeutung für die Selbstelemente Ich und Ich-Ideal besitzen.

Im Gedankengebäude der Objektbeziehungspsychologie lassen sich diese Befunde im Sinne einer Tendenz zu einer hypomanischen Abwehrbewegung mit gehobener Stimmungslage und Verleugnung / Vernachlässigung anderer Aspekte der inneren (reduzierter Beschwerdedruck und körperliche Beschwerden) und äußeren Welt (wichtige Personen spielen keine so bedeutsame Rolle; entsprechend kann die Besetzung des 5 Quadranten) interpretiert werden. Ein damit einhergehenden Zug zu Unterkontrolliertheit zeigt die GT Skala 3.

Ziel dieser Abwehr ist, lt. Kernberg, das Erleben von tiefer Verletzlichkeit und Depression zu verhindern.

In bezug auf die hier erhobenen Befunde liegt die Überlegung nahe, daß bei Zusammenbruch dieser Abwehr durch somatische Faktoren (wie z. B. Verschlimmerung des Schubes) und/oder (wie z. B. psychische Kränkung) eine depressive Tendenz hervortritt, wie sie für Gruppe Rs nachweisbar ist. Beide Gruppen besetzen die entgegengesetzten Pole der Skala 4 im Giessen-Test. Dieser Sachverhalt sollte jedoch durch weitere Untersuchungen erhärtet werden.

Gruppe Gs bereitet Schwierigkeiten bei der Interpretation der Befunde. Zunächst erfolgt die Lokalisation der wichtigen Elemente in der SIS-Graphik recht

eindeutig in den Quadranten Akzeptanz und Ablehnung. Damit bietet sich eine Konfiguration, die (s.S.73) der vorne beschriebenen Subgruppe 2 mit Erstmanifestationsalter im 1.-5. Lebensjahr entspricht. Methodenkritisch gesehen beruht dieser Effekt wahrscheinlich auf einem Überschneiden der beiden Subgruppen: 2 Probanden haben ein der Subgruppe 2 entsprechendes Erstmanifestationsalter. Dieses Muster entspräche also auch hier einer Tendenz zu Passivität, wobei die Beziehungen sich im Spannungsfeld von harmonisierender / akzeptierender Nähe (Quadrant Akzeptanz) zu ablehnend / feindlicher Ferne (Quadrant Ablehnung) befinden.

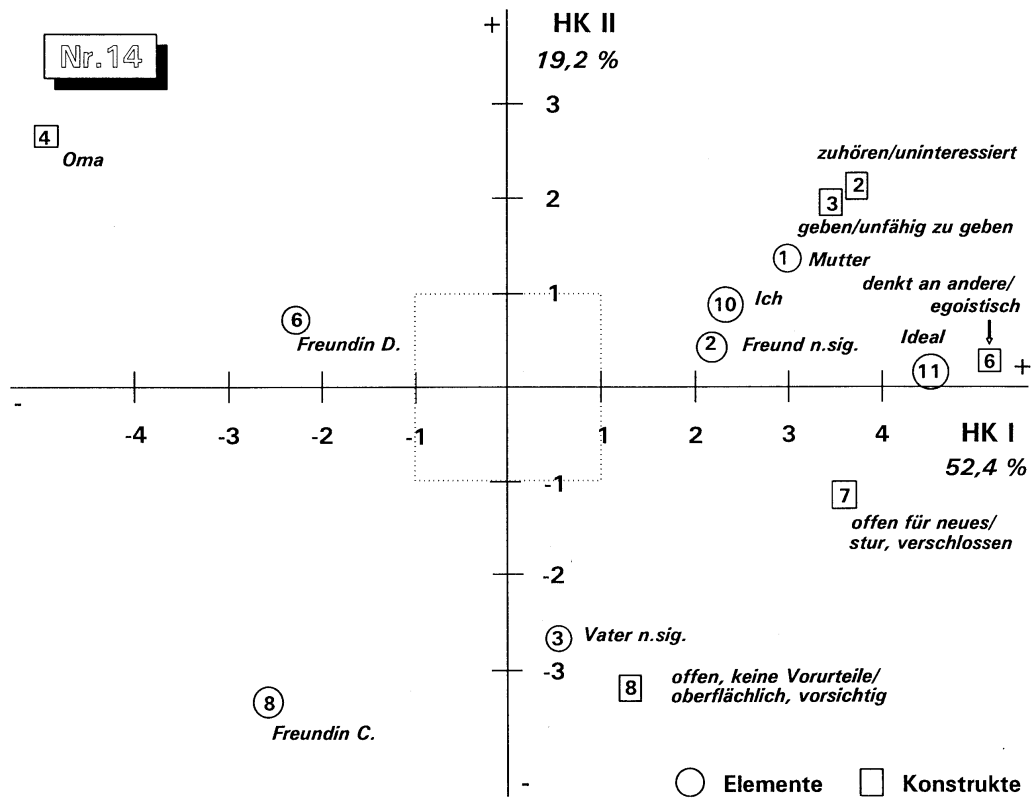
Die signifikante Kennzeichnung im Giessen-Test als durchlässig unterstützt hier die Wünsche nach Vertraulichkeit und Nähe, die ebenfalls signifikante mit $p \leq .0332$ positive Resonanz unterstreicht dieses Selbstbild von positiver Anerkennung. Allerdings imponiert diese Gruppe durch einen (bezogen auf alle gebildeten Subgruppen 1 - 4, Rs, Gs und Mi) minimalen Selbst-Ideal-Abstand von 0.629, der im Sinne einer Selbstannäherung zu interpretieren ist.

Das heißt: die Probanden sehen sich selbst jeweils stark in der Nähe ihres Ideals, sie finden sich selbst fast ihrem Ideal entsprechend, der Wunsch nach psychischer Veränderung ist also als sehr gering einzuschätzen. Bei der hier beschriebenen Kritik wird Rückgriff auf die Einzelgrids genommen. Dabei wird eine typische Konstellation nur für diese Gruppe augenscheinlich, für deren Beschreibung Grid-Nr. 14 hier erläutert wird.

(Bl. 7 in der Anlage zeigt die ausgefüllte GRID Matrix)

Die graphische Darstellung erfolgt mittels 2 Komponenten.

Graphik 19 : beispielhafte GRID – Darstellung der GR - Gs



Für die vorgegebene Fragestellung „ Nennen Sie wichtige Personen und beschreiben Sie sie mit Ihnen wichtigen Eigenschaften „ zählt die Probandin insgesamt neun Eigenschaften (Konstrukte) mit Gegenteil sowie zehn Personen (Elemente) auf.

Bei einer durchschnittlichen Varianz von 11,00 % werden die Konstrukte

K 6 : denkt an andere / egoistisch mit 19,2 %

K 2 : zuhören / uninteressiert mit 14,3 %

K 7 : offen für neues / verschlossen, stur mit 13,1 %

K 3 : geben / unfähig zu geben mit 12,9 %

K 8 : keine Vorurteile, offen / oberflächlich, vorsichtig mit 10,99 %

zu den signifikanten Konstrukten.

Bei einer durchschnittlichen Varianz von 9,04 % stellen die Elemente

- E 4 : Oma mit 26,3 %
- E 11: Ich-Ideal mit 14,2 %
- E 8 :Freundin C. mit 12,5 %
- E 6 : Freundin D. mit 9,6 %
- E 1 : Mutter mit 9,3 % Varianz

die signifikanten Personen dar.

Die 1.Hauptkomponente hat mit 52,40 % eine relativ hohe Ladung, die Varianz der 2. Hauptkomponenten liegt mit 19,20 % im niedrigeren Bereich.

Im rechten oberen Quadranten finden sich die Elemente und Konstrukte konzentriert.

Die weiteren Personen sind weiträumig über die drei restlichen Felder verteilt.

Die Probandin (Ich = Element 10)positioniert sich dicht bei Element 11 (Ideal) und bildet eine positive Gruppe mit den Bezugspersonen Mutter (Element 1) und Freund (Element 2) , der fast signifikantes Niveau erreicht.

In Anlehnung an Schüffel wird diese Konstellation positive Insel genannt.

Das Klima dieser positiven Insel wird durch die Konstrukte 3 geben, Konstrukt 6 denkt an andere und Konstrukt 2 zuhören beschrieben.

Im Fokus der Aufmerksamkeit und Beurteilung stehen also emotionale Kontaktfragen nach Nähe, Interesse, Akzeptanz und Unterstützung.

Die dazugehörigen negativen Gegenteile / Kontraste der Eigenschaften sind dementsprechend an den entgegengesetzten Abschnitten der Hauptkomponenten vorherrschend.

Freundin D. (Element 6) und Freundin C (Element 8), und in stärkster Ausprägung Oma (Element 4)

werden als egoistisch, unfähig zu geben und uninteressiert wahrgenommen.

Zusammengefaßt : Es gibt eine gute und eine schlechte Seite der Welt.

Psychodynamisch läßt sich hier ein starkes Idealisieren einer Kleingruppe und Aufbauen eines Außenfeindes beschreiben, wobei unbewußt die vorhandene

Aggression nach Außen projiziert wird, um die gute idealisierte Beziehung nicht zu gefährden.

Durch die unmittelbare, nicht verbergbare Sichtbarkeit der Erkrankung (Gesicht) und die daraus folgende bzw. sich offenbarende Selbstwertproblematik wird dieser Ansatz unterstrichen.

Im Hinblick auf die in der analytischen Literatur (Rechenberger et al, s.S.27) anerkannten Wünsche nach Nähe und Verschmelzung in einer symbiotischen Beziehung kann die Konstellation auch als ein teilweise gelungener Versuch zur Wiederherstellung einer solchen symbiotischen Dualbeziehung verstanden werden.

Der durchschnittliche IgE Wert ist in dieser Subgruppe der niedrigste von allen.

4.4 Gesamtdiskussion

Bei der hier durchgeführten Querschnitts-Untersuchung wird ein Probandenkollektiv von $n = 20$ stationär behandelten Atopisches Ekzem-Patienten sowohl mit den bewährten sogenannten standardisierten psychologischen Testverfahren von GT und GBB als auch mit der Repertory-Grid-Technik untersucht. Dieses Verfahren entstammt der Strömung der sogenannten individuumzentrierten Datenerhebung und ist in seiner Qualität als projektives Testverfahren einer tiefenpsychologischen Interpretation zugänglich.

In einem ersten Untersuchungsschritt werden die gewonnenen Daten auf Skalen bzw. Bausteinniveau mit denen einer Kontrollgruppe ($n = 273$) Patienten der Psychosomatischen Ambulanz Marburg verglichen, wobei sich die beiden Gruppen durch

1. Skala I - Soziale Resonanz mit $p \leq .012$
das Probandenkollektiv kommuniziert sich als wesentlich sozial positiv resonanter, „kommt in der Umgebung besser an“, und

2. Tendenz zu mehr Extrem- ($p = .0215$) und weniger Mittelankreuzungen ($p = .0091$) trennen lassen.

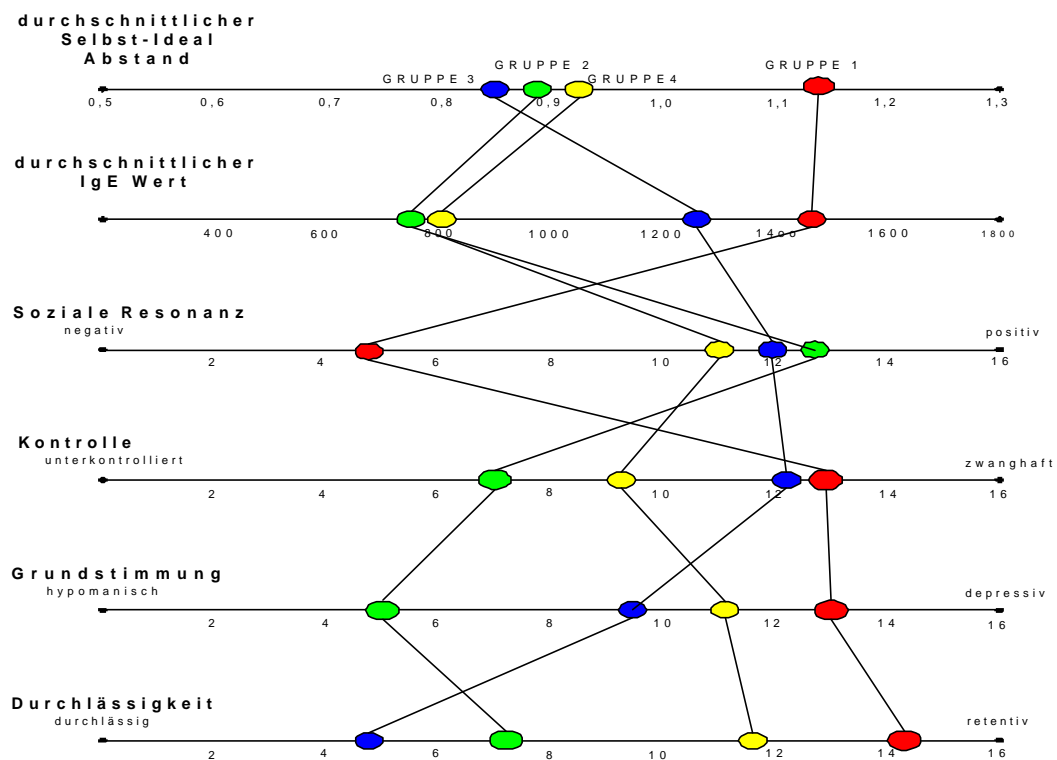
In den anderen Variablen gleichen sich also das untersuchte Kollektiv von Atopische Ekzem-Probanden und Probanden der Psychosomatischen Ambulanz.

Dieser Befund kann nach Zugrundelegen der von Richter, Brähler, Beckmann (1983) herausarbeiteten Altersabhängigkeit von Items nicht durch das abweichende Durchschnittsalter der beiden Gruppen hinreichend geklärt werden.

Vor dem Hintergrund der diskutierten Methodenkritik (s. S. 29 ff) führt die Kombination von 1 und 2 erneut zu der Überlegung eines psychologisch heterogenen Kollektives und untermauert damit die erste Hypothese.

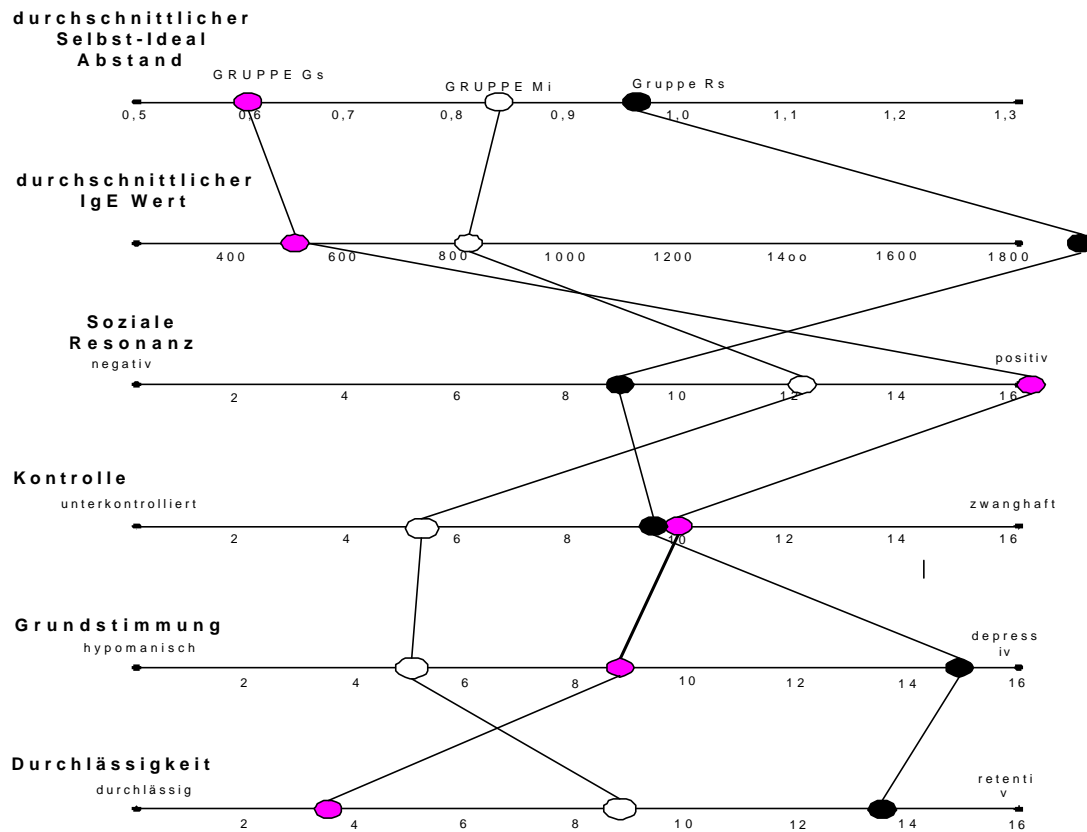
Gemäß den Hypothesen (s. S. 29) wird in einem zweiten Untersuchungsschritt überprüft, inwieweit die Kriterien Erstmanifestationsalter, Stärke des Schubes und Lokalisation Einfluß auf psychologische Momente nehmen. Zur Erinnerung zeigen folgende zwei Graphiken noch einmal wesentliche Ergebnisse im Überblick:

Graphik 20 : Profil der Subgruppen 1 (rot)-2 (grün)-3 (blau)-4 (gelb)



Graphik 21:

Profil der Subgruppen GR-Rs (schwarz) – Mi (weiß) – Gs (lila)



Auf eine Darstellung der im GBB erhobenen Befunde wird hier verzichtet, die Skalen des Giessen-Test sind aufgeführt, soweit sie differentielle signifikante Kraft besitzen. Dabei ist nicht die ursprüngliche Skalierung zugrundegelegt, sondern die aus dem eingesetzten Mean Rank-Verfahren gewonnenen Werte. Sie zeigen sich als Tendenzen, die signifikanten Werte sind jeweils mit einem Kreis in der jeweiligen Skala gekennzeichnet.

Berücksichtigt man die in der psychosomatischen Forschung geführte state or trait Diskussion (also die Frage, was sind eher krankheitsaktivität dependente Faktoren und welches sind eher überdauernde Persönlichkeitszüge), so liegt hier der Schluß nahe, daß die Hauptkomponentenkonfiguration (am moderatsten bei Gruppe 4) und der Zwei-Personen-Komplex (bei Gruppe 1 - 3) zu überdauernden

Faktoren zählen, also entwicklungspsychologisch bedingt sind. Der Selbst-Ideal-Abstand ordnet sich eher den kurzfristig veränderbaren psychologischen Momenten zu.

Bei Forschungsinstrument immanenter Betrachtung der Grid-Technik fällt auf, **daß die Bedeutung von Hauptkomponente I und die des wichtigsten Elementes korreliert ; die Bedeutung des wichtigsten Elementes beeinflusst also die Ladung der ersten Hauptkomponenten.**

Inhaltlich zusammengefaßt ergeben sich folgende Charakteristika für die Gruppen.

Gruppe 1: Erstmanifestation 1.-12. Lebensmonat

Bei frühestem Erstmanifestationsalter schwerer Schub mit hohem IgE und psychisch auffälliger Präsentation. Feindlich/zurückgezogene Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson.

Gruppe 2: Erstmanifestation 1.-5. Lebensjahr

Mäßiger Schub im psychischen bei passiver Grundhaltung; wesentliche Bezugspersonen im Spannungsfeld von harmonisierender Nähe und ablehnender Ferne.

Gruppe 3: Erstmanifestation 6. -15. Lebensjahr

Mäßig schwerer Schub, im psychischen bei aktiver Grundhaltung wichtigste Bezugspersonen im Spannungsfeld von streitbarer Nähe und harmonisierender Ferne, großes mitgeteiltes Nähebedürfnis.

Gruppe 4: Erstmanifestation nach 15. Lebensjahr

Mäßiger Schub, flexibles und differenziertes Beziehungssystem mit aktueller Krise, Tendenz zur Bagatellisierung.

Gruppe Rumpfbefall stark :

Sehr schwerer Schub und deutlich depressive Tendenz bei Verlust von guter Hälfte der Objektwelt, dabei auch krankheitsreaktive, depressive Komponente.

Gruppe Minimalbefall :

Mäßiger Schub, Tendenz zu hypomanisch gehobener Stimmung, interpretiert als hypomanische Abwehrform.

Gruppe Gesicht stark:

Geringste somatische Krankheitsaktivität aller Subgruppen, Tendenz zur Idealisierung bestimmter Bezugspersonen, positive Insel.

Vorne genannte (s. S. 26) umfassende Untersuchung von Gieler erbrachte ebenfalls eine Unterteilung in Subgruppen. Die von ihm beschriebene Gruppe 1 deckt sich im wesentlichen mit den hier erhobenen Befunden der Subgruppe 1. Sie bestätigt sich somit.

Die von ihm beschriebene Gruppe 2 (Erstmanifestationsalter nach dem 18. Lj.) mit überwiegend unauffälligen Skalenwerten findet eine Parallelität hier in der Gruppe 4.

Die charakteristische Tendenz, den Entstellungswert des Ekzems subjektiv als geringfügig einzuschätzen, könnte eine Entsprechung finden im Sinne einer Abwehrhaltung in der insgesamt zurückhaltenden Informationsvermittlung haben.

Er beschreibt eine weitere Gruppe mit geringer Gefühlskontrolle sowie eine Subgruppe mit starker Neigung zum Ärgerunterdrücken.

Diese Merkmale lassen sich hier in Gruppe Mi und Gruppe 2 (hypomanisch) sowie in Gruppe Gs und Gruppe 3 finden, differenzieren sich aber insgesamt als sowohl vom Erstmanifestationsalter als auch vom Befallsmuster abhängig heraus. Nach Rechenberger, in Stellvertretung für analytische Ansätze ist es typisch für Patienten mit endogenem Ekzem, die Symbiose aufrechtzuerhalten (s. S. 27).

Bei Rückbetrachtung von Tabelle 1 und 2 sowie den SIS-Graphiken läßt sich eine Korrelationskette entwickeln:

Wertet man die beschriebenen Phänomene Selbstannäherung bzw. Positive Insel sowie Besetzung des Quadranten Akzeptanz und Aufsuchen übergreifend als Möglichkeit, eine harmonisierende symbiotische Beziehung zu leben oder doch zumindestens in der Phantasie zu antizipieren, so zeigt sich, daß die Subgruppen, wo dieses möglich ist, die niedrigsten IgE-Spiegel und den mildesten Krankheitsverlauf aufzeigen:

Gruppe Gesichtsbefall erzielt dies durch Idealisierung wichtiger Bezugspersonen, Gruppe Minimalbefall durch eine hypomanische Abwehrbewegung und damit von Übergehen von symbiosestörenden Eigenschaften von relevanten Personen.

Gruppe 2, 3, 4 liegen im Mittelfeld.

Gruppe Rs und 1 haben sehr hohe IgE-Spiegel, eine Besetzung der o. g. Felder Akzeptanz und Aufnahme ist ihnen nicht möglich. Sie bilden somit die dazugehörigen Gegenstücke, d.h. Klienten sehen keine Möglichkeit zu einer erreichbaren symbiotischen Beziehung.

In bezug auf die vorne genannten Hypothesen

- 1. Patienten mit Atopischem Ekzem bilden ein auch psychologisch heterogenes Kollektiv**
- 2. Patienten mit Atopischem Ekzem sehen sich durch die Sichtbarkeit / Entstellungswert ihrer Erkrankung benachteiligt**
- 3. Das Erstmanifestationsalter nimmt Einfluß auf die verschiedenen Objektbeziehungsstrukturen**
- 4. Schweregrad und Lokalisation / speziell Sichtbarkeit nehmen Einfluß auf die Objektbeziehungsstrukturen**

wird festgestellt:

These 1 kann nach den Ergebnissen des ersten Untersuchungsschrittes (Vergleich STP – KG) weder hinreichend bestätigt noch falsifiziert werden. Die

Resultate legen den Schluß nahe, daß die untersuchte Probandengruppe als psychosomatische Patientengruppe zu betrachten ist.

Die Ergebnisse des zweiten Untersuchungsschrittes mit Subgruppendifferenzierung bestätigen die Hypothese.

These 2 muß für den Vergleich STP – KG falsifiziert werden. Die Probanden sehen sich signifikant in der Interaktion als „gutankommend an „. Im zweiten Untersuchungsschritt läßt sich zeigen, daß dieser Effekt von einer hochladenden Subgruppe wesentlich bestimmt ist. Für zwei Subgruppen läßt sich die These bestätigen.

These 3 und 4 können für die Subgruppenuntersuchung bestätigt werden.

Es wird nachgewiesen, daß unter dem Einteilungskriterium Erstmanifestationsalter einzelne GRID – Bausteine (Ladung der Hauptkomponenten, Ladung des Elementes Ich, Ladung des wichtigsten Elementes) hohe differentielle Potenz beweisen und verschiedene Objektbeziehungsstrukturen aufzeigbar sind.

Die zeitlich kurzfristiger veränderbaren Einteilungskriterien Stärke und Lokalisation führen zu relevanten Charakteristika im GT.

Es werden zwei gegenläufige psychische Tendenzen (hypomanisch versus depressiv) in Abhängigkeit vom Schweregrad festgestellt.

Eine typische Konfiguration von Ich / Ideal und wichtigstem Element wird beschrieben.

Zum Schluß muß methodenkritisch angemerkt werden, daß die relativ kleine Stichprobe mit $n = 20$ die Aussagekraft einschränkt.

Der Schwerpunkt liegt, gemäß der Überlegung zur individuumzentrierten Datenerhebung (s. Kap.2.2.2) bei der hier durchgeführten Untersuchung auf dem explorativen Charakter im Sinne einer Kohortenstudie.

Die festgestellten Ergebnisse sollten durch eine größere Studie überprüft werden, dabei sollte auch der Aspekt Probanden einer Universitäts - Hautklinik mit Berücksichtigung finden.

5 Zusammenfassung

Die Anregung zu der vorliegenden Arbeit gab die gemeinsame psychosomatisch /dermatologische Betreuung von Patienten mit Atopischem Ekzem.

Dabei imponierten sowohl verschiedenste somatische Manifestationsformen als auch psychische Auffälligkeiten der Patienten.

Beim Studium der psychosomatischen Literatur zum Atopischen Ekzem fällt auf, daß bei Berücksichtigung der Bandbreite der verwendeten Testverfahren von semantisch-psychologischen über standardisierte psychologische Tests bis hin zu psychoanalytischen Erstinterviews und Ergebnissen aus psychoanalytischen Therapien die erhaltenen Ergebnisse sehr verschieden und zum Teil widersprüchlich sind.

Es resultiert eine unterschiedliche Gewichtung psychosomatischer Zusammenhänge.

Eine Vergleichbarkeit der Untersuchungen ist schwierig bzw. unmöglich.

Insbesondere wird deutlich, daß somatische Parameter wenig Berücksichtigung finden.

Deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit ein Schwerpunkt auf eine enge Verbindung von somatischen und psychologischen Parametern gelegt.

Der Eigenschaft der Erkrankung Atopisches Ekzem, sich in den verschiedensten Lebensabschnitten manifestieren zu können, wird versucht im gewählten Untersuchungsdesign Rechnung zu tragen.

Nach Erörterung zweier grundlegender psychologischer Forschungsperspektiven wird in der Arbeit auf die Möglichkeit der sogenannten individuumzentrierten Datenerhebung, durch die Repertory – Grid Technik (nach G. A. Kelly und P.

Slater) der Schwerpunkt gelegt. Diese beruht auf der Personal Construct Theory mit dem Hauptsatz : „daß sich jeder Mensch in seiner Suche nach Erkenntnis verhält wie ein Wissenschaftler..., und als Alltagswissenschaftler konstruiert er Theorien über seine Alltagsrealität.“ Dieses individuelle Wahrnehmungs- und Beurteilungsraster wird durch den Grid abgebildet. Es ist tiefenpsychologisch interpretierbar. Die computergestützte Analyse der Gridmatrizen mit dem INGRID Teil des GAP nach P. Slater ermöglichen eine mathematische Strukturbeschreibung sowie eine statistische Vergleichbarkeit verschiedener Grids.

Stichprobenbeschreibung:

Untersucht wurden konsekutiv 23 Patienten in der Dermatologischen Klinik in Marburg, die sich dort einer stationären Behandlung wegen Atopischem Ekzem unterzogen. Die Testdurchführung mit Giessen-Test (GT), Giessener-Beschwerdebogen (GBB) und Grid-Test erfolgte vom 2.-4. Tag des stationären Aufenthaltes. Die Testpakete der Probanden sind gekennzeichnet mit Nr. 1-23. Drei Testpakete konnten wegen Unvollständigkeit bzw. Diagnoseänderung (Nr. 7, 12, 23) nicht verwertet werden. Es resultiert eine Stichprobengröße (STP) von $n = 20$ (9 Männer, 11 Frauen). Der Altersdurchschnitt der Gesamtgruppe beträgt 25,3 Jahre mit einer Bandbreite von 19-60 Jahren. Als Kontrollgruppe (KG) dienen die erhobenen Daten von 373 Patienten der Psychosomatischen Poliklinik, ZIM, Philipps-Universität Marburg.

Methodikbeschreibung:

Bei der Auffassung einer multifaktoriellen Genese des Atopischen Ekzems und in Zusammenschau der aktuellen Forschungsergebnisse werden als Kernthesen postuliert :

1. es liegt ein auch psychologisch heterogenes Kollektiv vor

2. dabei nehmen Erstmanifestationsalter, Stärke und Lokalisation des Befalles Einfluß auf die Objektbeziehungsstrukturen

Bei der psychologischen Befunderhebung und –darstellung werden zwei unterschiedliche Forschungsperspektiven

standardisierte ↔ individuumzentrierte

zum Einsatz gebracht und in Beziehung gesetzt. Der Schwerpunkt wird dabei auf letztere - die GRID-Technik - und hier besonders auf die SIS-Graphik gelegt.

Prinzipiell geschieht der Ablauf der Untersuchung in zwei Schritten:

- 1) bei einem Vergleich der Stichprobe (STP) mit einer Kontrollgruppe (KG)
 - werden die erhaltenen Daten im psychologischen Bereich auf Skalenniveau im GT und GBB sowie auf Bausteinniveau im GRID in Beziehung gesetzt.
- 2) im zweiten Untersuchungsschritt erfolgt eine Subgruppenbildung der STP unter Maßgabe der Kriterien Erstmanifestationsalter sowie Stärke und Lokalisation der Erkrankung.

Das Rechenprogramm arbeitet nach dem sogenannten Mean-Rank-Prinzip.

Als **Ergebnis** des ersten Untersuchungsschrittes wird festgestellt, daß sich bei der Vielzahl der berechneten Parameter die beiden Gruppen in nur einer Skala des GT bedeutsam unterscheiden. Skala 1 soziale Resonanz kennzeichnet die Atopische Ekzemgruppe signifikant als „besser ankommend“. Dies führt zu der naheliegenden Überlegung, ob Atopische Ekzem Patienten insgesamt als psychosomatische Klientel zu begreifen sind, für die untersuchte Gruppe kann dies bestätigt werden.

Im zweiten Untersuchungsschritt lassen sich bestimmte psychologische und somatische Konstellationen für die einzelnen Subgruppen aufzeigen:

Gruppe 1: Erstmanifestation 1.-12. Lebensmonat

Bei frühestem Erstmanifestationsalter schwerer Schub mit hohem IgE und psychisch auffälliger Präsentation. Feindlich/zurückgezogene Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson.

Gruppe 2: Erstmanifestation 1.-5. Lebensjahr

Mäßiger Schub, im psychischen bei passiver Grundhaltung; wesentliche Bezugspersonen im Spannungsfeld von harmonisierender Nähe und ablehnender Ferne.

Gruppe 3: Erstmanifestation 6. -15. Lebensjahr

Mäßig schwerer Schub, im psychischen bei aktiver Grundhaltung wichtigste Bezugspersonen im Spannungsfeld von streitbarer Nähe und harmonisierender Ferne, großes mitgeteiltes Nähebedürfnis.

Gruppe 4: Erstmanifestation nach 15. Lebensjahr

Mäßiger Schub, flexibles und differenziertes Beziehungssystem mit aktueller Krise, Tendenz zur Bagatellisierung.

Gruppe Rumpfbefall stark :

Sehr schwerer Schub und deutlich depressive Tendenz bei Verlust von guter Hälfte der Objektwelt, dabei auch krankheitsreaktive, depressive Komponente.

Gruppe Minimalbefall :

Mäßiger Schub, Tendenz zu hypomanisch gehobener Stimmung, interpretiert als hypomanische Abwehrform.

Gruppe Gesicht stark:

Geringste somatische Krankheitsaktivität aller Subgruppen, Tendenz zur Idealisierung bestimmter Bezugspersonen, positive Insel.

Ergebnisse:

Die aufgezeigten Konstellationen lassen sich am klarsten für die Gruppen frühe Erstmanifestation (1.-12.Lebensmonat), späte Erstmanifestation (nach 15. Lebensjahr) und Rumpfbefall sowie Gesichtsbefall herausarbeiten.

Psychosomatisch–inhaltlich kommt dem Herstellen bzw. Aufrechterhalten einer symbiotisch–harmonischen Beziehungsform große Bedeutung für die Manifestation zu.

Es bestätigt sich die Sinnhaftigkeit eines Vorgehens mit zwei psychologischen Perspektiven der standardisierten und der individuumzentrierte Datenerfassung.

Ohne Einsatz der Grid Technik wären relevante Informationen nicht zu erfassen.

Als Grid Technik immanentes Resultat ergibt sich, dass die Bedeutung des wichtigsten Elementes die Bedeutung der ersten Hauptkomponenten wesentlich mitbestimmt.

Gemäß dem Ansatz der individuumzentrierten Datenerhebung ist die vorliegende Arbeit im Sinne einer Kohortenstudie zu betrachten, zur Überprüfung der erhaltenen Ergebnisse ist die Untersuchung eines größeren Kollektives sinnvoll.

6 Literatur

1. Atopiequelle Chromosom 6
Der Praktische Arzt 22, S. 402, 1985
2. Balint, M.:
Therapeutische Aspekte der Regression - Die Theorie der Grundstörung
Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, 1968
3. Bannister, D, Fransella, F und Agnew, J
Characteristics and validity of the grid test of thought disorder
Br. J. Soc. Clin Psychol 10 :144 – 151 ,1971
4. Bartholomew, U. und J. W. Scheer, B. Klapp
Objektbeziehungen von Hepatitispatienten in: W. Schüffel (Hrsg.): Sich
gesund fühlen im Jahr 2000
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Tokyo; S. 333-340, 1989
5. Bassler, M.:
Stationäre psychoanalytische Psychotherapie bei einer Patientin mit
chronischem Schmerzsyndrom
in: W. Schüffel (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahr 2000
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Tokyo; S. 316-322, 1989
6. Battegay, R.:
a) Narzißmus und Objektbeziehungen - Über das Selbst zum Objekt
Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, S. 11-17, 1979
b) Die taktil – symbiotische Beziehung als früheste Stufe der
Kindesentwicklung
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 38, S. 115-128, 1992
7. Beckmann, D. und E. Brähler, H. E. Richter:
GT-Handbuch, 3. Auflage mit Neustandardisierung
Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1983
8. Borrelli, S.:
Haut und Psyche, in: H. Gottron (Hrsg): Handbuch der Haut- und Ge-
schlechtskrankheiten, Ergänzungsband VIII, Grundlagen und Grenzgebiete
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Tokyo; S. 264-568, 1967
9. Bosse K. und P. Fassbender, P. Hünecke, A.T. Teichmann, J. Zauner:
Zur sozialen Situation des Hautkranken als Phänomen interpersoneller
Wahrnehmung
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 21, S. 3-61,
1976

10. Bosse, K. und P.Hünecke:
Der Juckreiz des endogenen Ekzematikers
Münchener Medizinische Wochenschrift 123, S. 1013 - 1015, 1981

11. Bosse, K. und B. Diepold, F. Heigl, A. Heigl-Evers:
Familiale Sozialisation, Ich-Entwicklung und psychosomatische Krankheit
in: A. Leber, H.-G. Trescher, C. Büttner (Hrsg.): Beihefte zur Zeitschrift
"Gruppenpsychotherapie und -dynamik" 20, S. 52-64, 1985

12. Bosse, K.A. und P. Hünecke:
Entstellungsgefühl – eine Variante in der Verarbeitung des äußeren
Erscheinungsbildes
in: K. A. Bosse, U. Gieler (Hrsg.): Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten
Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, S. 37 ff, 1987

13. Braun-Falco, O. und G. Plewig, H. Wolf:
Dermatologie und Venerologie
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Tokyo, 1984
a)S. 360 ff
b)S. 313 ff
c)S. 360 ff
d)S. 365 ff

14. Brähler, E. und J.W. Scheer: Der Gießener Beschwerdebogen, Handbuch
Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1983

15. Brown, D.:
Stress as a precipitant factor of eczema
Journal of Psychosomatic Research 16, S. 321-327, 1983

16. Catina, A. und D. Czogalik:
Veränderungen im Konstruktsystem im Verlauf von Therapien
in: W. Schüffel (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahr 2000
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Tokyo; S. 353-358, 1989

17. Czarnetzki - Kerl - Sterry:
Dermatologie und Venerologie
Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York , S. 128, 1992

18. De Boor, C.: Über psychoanalytische Aspekte der Allergie Referat,
vorgetragen auf der Arbeitstagung für ärztliche Psychotherapie, Zürich, in
der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, 1965

19. Detig, Ch.:
Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr
Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht,
Göttingen; 1989.

20. Engel, G. L. und H. Schmale:
Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung
übersetzt nach: Psychoanalytic Theory of Somatic Disorder
Journal of American Psychoanalytic Ass 15, Nr. 2, S. 344-365, 1967
21. Ernst, R. und N. Spangenberg:
Ansätze zur Typologisierung der inneren Objektwelt eßgestörter Patienten
mit Hilfe der GRID-Technik
in: W. Schüffel (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahr 2000
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Tokyo; S. 323-332, 1989
22. Faulstich, M. und D. Williamson, E. Duchmann, S. Conerly, P. Branttey:
Psychophysiological Analysis of Atopic Dermatitis
Journal of Psychosomatic Research 29, S. 415-417, 1985
23. Fransella, F und D. Bannister
A manual for repertory grid technique
Academic Press, London, 1977
24. Freud, S.:
 - a) Das Ich und das Es
Studienausgabe Bd. 3, S. Fischer Verlag, Frankfurt, S. 273, 1975
 - b) Die Abwehr-Neurose
Ges. Werke Bd. I, S. 37-74, 1894
 - c) Studien zur Hysterie
in: Hysterie und Angst
Sigmund Freud Studienausgabe Bd. VI, S. Fischer-Verlag,
Frankfurt/Main, 1971
 - d) Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten
Symptomkomplex als "Angstneurose" abzutrennen
Gesammelte Werke I, S. 313-342, 1895
25. Ferenzi, S.
in: Uexküll, Th. von (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin
Verlag Urban & Schwarzenberg, 4. Auflage, S. 84 ff, 1990
26. Fielding, J. M.:
A technique for measuring outcome in group psychotherapy
British Journal of Psychiatry 48, S. 189-198, 1975

27. Garrie S. und E.Garrie:
Anxiety and atopic dermatitis
Journal of Consulting and Clinical Psychology 42, S. 742 ff.,1974
28. Gerlach, I.:
Anwendung der Grid Technik zur Erfassung des Selbstkonzeptes von Familien
in: W. Schüffel (Hrsg.): Sich gesund fühlen im Jahr 2000
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Tokyo; S. 341-352, 1989
29. Gieler, U.
Habilitation, Bd. I und II, 1989
 - a) Bd. I, S.147
 - b) Bd. I, S.33 ff
 - c) d) Bd. II, S. 291,
 - e) Bd. II, Kap. 5
 - f) Bd. II, Kap. 5.2.
 - g) Bd. II, S. 305 ff
 - h) Bd. II, S.372 ff
 - i) Bd.II, S.354-55
 - j) Bd. I, S.201 ff
30. Hanifin, J. und G. Rajka:
Diagnostic features in atopic dermatitis
Acta Dermatovenerologica, Supp 92, S. 44-47, 1980
31. Hanifin, J.
Atopic dermatitis
Journal of American Academy of Dermatology, 12, S. 1-13, 1982
32. Harlow H. und R. Zimmermann:
Affectional responses in the infant monkey
Science 130, S. 421 ff., 1959
33. Heigl-Evers, A. und R. Schneider, K. Bosse:
Biographische Daten von endogenen Ekzematikern
Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 22, S. 75-84,
1976
34. Heigl-Evers, A.:
Einige psychogenetische und psychodynamische Zusammenhänge beim Krankheitsbild des endogenen Ekzems
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 12,
S. 168-178, 1968

35. Herrmann, W.P.:
Phänomenologie des Kratzens
Münchener Medizinische Wochenschrift 123, S. 995-996, 1981
36. Kelly, G.A.:
A theory of personality. The psychology of personal constructs
Norton, New York, 1963
37. Kernberg, O.:
Innere Welt und äußere Realität
Verlag Internationale Psychoanalyse, München-Wien, S. 8-25, 1988
38. King, R.M. und G. V. Wilson
Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis
Journal of Psychosomatic research, Vol. 35, No. 6. pp. 697-706, 1991
39. Klein, M.:
in: Kernberg, O. (Hrsg.): Innere Welt und äußere Realität
Verlag Internationale Psychoanalyse, München-Wien, S. 21-29, 1988
40. Koblenzer, C. und P. Koblenzer:
Chronic intractable atopic eczema. Its occurrence as a physical sign of impaired parent-child relationships and psychologic developmental arrest
Archiv of Dermatology 124, S. 1673-1677, 1988
41. Koch, H., 1985 Group psychotherapy, In: Button E (ed): Personal Construct Theory and mental health, Vol 15, pp 302-326
42. Korting, G. W:
Praxis der Dermatologie.
Georg-Thieme-Verlag Stuttgart, New York, S. 74, 1982
43. Kutter, P.:
Sein oder Nichtsein, die Basisstörung der Psychosomatose
Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 26, S. 47-60, 1981
44. Lösch, G. M., Schrader, M:
Physikalische und chemische Verletzungen
Thieme-Verlag, Stuttgart, New York, S. 16ff, 1975
45. Laplanche, J. und J. B. Pontalis:
Das Vokabular der Psychoanalyse
Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt, S. 340, 1991

46. Lawrence A. P.:
Kognitive Persönlichkeitstheorie. - Die Anwendung und die kritische Bewertung von Kellys Theorie
in: Persönlichkeitstheorien, 2. Auflage, Reinhardt-Verlag, Stuttgart, 1987
47. Lohaus, A.:
Möglichkeiten der individuumzentrierten Datenerhebung
Arbeiten zur sozialwissenschaftlichen Psychologie, Heft 12, Aschendorf, Münster (Westfalen)
48. Mahler, M.:
Symbiose und Individuation
Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart-New York, 1968
49. Mahler, M. und F. Pine, A. Bergmann:
Die psychische Geburt des Menschen
Fischer-Verlag, Frankfurt, 1978
50. Makhlouf-Norris, F. und H. Norris:
The measurement of self-identity
in: Slater (ed): The measurement of interpersonal space by Grid technique, Vol. 1.: Explorations of interpersonal space
Wiley, London-Sidney-Toronto, 1976
51. Marty, P.:
Die allergische Objektbeziehung
übersetzt von E. Moersch: La relation objectale allergique
Revue francaise de psychoanalyse 22, S. 5-35, 1958
52. Mitscherlich, A.:
Krankheit als Konflikt
Studien zur Psychosomatischen Medizin, Bd. I, Edition Suhrkamp, Frankfurt/M., S. 42-55, 94-125, 1966
53. Montagnu, A.:
Körperkontakt
Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart-New York, 1980
54. Nasemann, Th. und W. Sauerbrey:
Lehrbuch der Hautkrankheiten und venerischen Infektionen
Springer Verlag, Heidelberg-New York-Berlin, 4. Auflage, S.3 ff, 1981
55. Neraal, A.:
Therapeutischer Umgang mit Neurodermitispatienten
Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 78 – 80, 1987

56. Overbeck, G (Hrsg.):
Seelischer Konflikt – Körperliches Leiden
Rowohlt – Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 1978
57. Panconesi, E.:
Stress and Skin-Disease, Psychosomatic Dermatology
in: L. C. Parish (ed.): Clinics in Dermatology
J. B. Lippincott, Philadelphia, 1984
58. Rajka, G.:
Atopic dermatitis. Correlation on environmental factors with frequency
International Journal of Dermatology 25, S. 301-304, 1986
59. Rauper, Kopsch:
Anatomie des Menschen
Bd. III, Thieme-Verlag, Stuttgart- New York, S. 23 ff, 1987
60. Rechenberger, I.:
Juckreiz als mentales Phänomen
Münchener Medizinische Wochenschrift 123, Nr. 24, S. 1005-1006, 1981
61. Rechenberger, I.:
Zur Psychodynamik eines Patienten mit Ekzem und Asthma bronchiale
Zeitschrift für Psychosomatik und Psychoanalyse 22, S. 71-74, 1976
62. Richter, Paul:
Geschichte der Dermatologie
in: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten
Springer Verlag Berlin, S.182-187, 1928
63. Riemann, F.:
Über den Vorteil des Konzeptes einer präoralen Phase
Zeitschrift für Psychosomatik und Psychoanalyse 15, S. 27-40, 1969
64. Ring, J.:
Angewandte Allergologie
Münchener Medizinische Wochenzeitschrift Verlag, München, 1983
65. Schäfer, G. und L. Müller, M. von Kerekjarto:
Die Differenzierung psychosomatischer Krankheitsgruppen mit der
Gottschalk Gleser Sprachanalyse
Med. Psychologie 5, S. 24-38, 1979

66. Schüffel, W., Gerlach, I.:
Der Repertory-Grid in der Arbeit mit dem Patienten und dem Kollegen
in : Schüffel, W. (Hrsg) : Sich gesund fühlen im Jahr 2000,
Springer Verlag Heidelberg-New York-Tokyo, S.367ff, 1989
67. Schulz-Larsen, F. und N. Hohn, K. Henningsen:
Atopic dermatitis - A genetic-epidemiologic study in a population based
twin sample
Journal of American Academy of Dermatology 15, S. 487, 1986
68. Schur, M.:
De- und Resomatisierung
in: Overbeck, G. (Hrsg.): Seelischer Konflikt- Körperliches Leiden,
Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg, S. 83-143, 1978
69. Slater, P.
The measurement of intrapersonal space by Grid Technique
Verlag John Wiley and Sons, London-New York-Sidney-Toronto, 1976
70. Smith, Easterby:
The design, analysis and interpretation of Repertory Grid
1981
71. Spitz, R.:
Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen
Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart-New York, 1957
72. Strauß, T.:
Endogenes Ekzem, Kriterien zur Abgrenzung
Zeitschrift für Hautkrankheiten 62, S. 427-429, 1987
73. Stüttgen, G.:
Physiologie und Pathophysiologie des Juckreizes
Münchener Medizinische Wochenschrift 123, S. 987-991, 1981
74. Thomä, H.:
Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankung am Beispiel einer
Neurodermitis mit 20jähriger Katamnese
Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, XXXIV Jg., Heft 7,
Juli 1990
75. Überla ,K Faktorenanalyse
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New-York, 1968

76. Uehara,:
Atopic Dermatitis - a review
Vortrag anlässlich des Weltkongresses in Berlin, 1987
77. Uexküll, Th. von:
Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin
4. Auflage, Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore,
1990
 - a) S. 85 ff
 - b) S. 87-88,
 - c) S. 78 ff
 - d) Kap.55
78. Voigtländer, V.:
Genetik der Neurodermitis
Zeitschrift für Hautkrankheiten Sup 2, S. 65-71, 1977
79. Watson, J. P.:
A repertory grid method of studying groups
British Journal of Psychiatry 117, S. 309-318, 1970
80. Whitlock, F:
Psychophysiological Aspects of Skin Diseases
Sounders Comp. Ltd., London, 1976
81. Wilson, E.:
Die Krankheit der Haut
aus dem Englischen übersetzt von: Dr. Schröder
Verlag von Christian Ernst Kollmann, Leipzig, 1850.
82. Winnicott, D.W.:
in: Uexküll, Th. von (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin
Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, S. 93-95, 1990
83. Winnicott, D.W.:
Die primäre Mütterlichkeit
Psyche XIV Jahrg., 7. Heft, 1960

7 Anhang

Blatt 1

Statistische Unterlagen Vergleich STP – KG

	p≤	Mean Rank	
		STP	KG
Geschlecht	.6632	195,2	186,4
Schulabschluß	.0410	174,7	158,9
Altersklasse	.000	87,5	192,4
Anzahl der Geschwister	.3367	112,4	128,7
GBB : Erschöpfung	.4460	166,8	185,9
Magenbeschwerden	.1944	215,8	183,3
Gliederschmerzen	.0005	106,8	190,7
Herzbeschwerden	.0001	93,2	189,9
Beschwerdedruck	.0076	119,9	187,8
GT : Soziale Resonanz	.0123	243,6	182,1
Dominanz	.3600	165,2	187,2
Kontrolle	.5617	198,9	184,7
Grundstimmung	.8990	182,5	185,6
Durchlässigkeit	.6786	175,8	186
Soziale Potenz	.4555	169	187
Mittelankreuzungen	.0091	128,9	190,6
Extremankreuzungen	.0215	238	183,8
GRID : Anzahl der Elemente	.1314	153,6	189
Anzahl der Konstrukte	.2379	161	188,6
Verhältnis Elemente / Konstrukte	.3760	167,3	188,2
Hauptkomponente 1	.5341	173,1	187,8
Hauptkomponente 2	.7190	195	186,5
Hauptkomponente 3	.6370	197,5	186,3

Blatt 2

GRID : SB 1: Verhältnis Selbst / Zufallswert	.8632	183,1	187,2
ISB 1: Verhältnis Ideal / Zufallswert	.3854	152,9	171,7
SB 2: Verhältnis Selbst / wichtigstes Element	.7255	172,3	178,25
WE 1: Verhältnis wichtigste Element / Zufallswert	.4655	171,7	188
ISB 2: Verhältnis Ideal / wichtigsten Element	.8720	181,22	184,45
DIF-ISB : Diff.Bed.Selbst / Ideal	.6265	180,3	169,28
UE 1: Verhältnis unwichtigstes Element / Zufallswert	.2171	241,52	185,27

Prozentuale Varianz von Hauptkomponenten und Elementen

Proband	HK I	HK II	HK III	ICH/Selbst	Ideal	wicht.Elem	unw.Element
1	41,14	28,22	10,88	6,81	5,19	17,03	3
2	46,4	31,21	11,2	9,43	6,81	22,97	3,1
3	40,83	19,13	14,24	6,04	7,41	15,02	2,56
4	51,69	20,66	12,3	4,6	6,41	12,4	4
5	39,13	17,12	11,3	9,67	8,96	18,38	2,55
6	59,29	21,78	6,92	6,79	5,05	22,33	3,05
7							
8	55,76	25,9	14,95	14,57	20,68	31,57	7,69
9	41,17	26,82	12,84	12,63	11,35	15,43	3,7
10	44,68	25,59	12,85	8,75	3,62	20,38	2,97
11	33,16	28,78	13,09	9,89	9,71	16,49	6,15
12							
13	48	21,52	13,95	7,67	5,04	24,03	2,54
14	52,43	19,29	9,3	7,47	14,25	26,31	2,42
15	28,21	24,93	19,2	7,45	7,81	14,53	6,27
16	50,65	25,75	11,47	2,64	4,71	17,94	1,65
17	43,61	26,18	17,31	7,95	8,42	22,58	3,52
18	56,19	18,92	12,32	17,08	8,08	22,77	2,48
19	47,24	26,4	10,22	12,02	9,5	30,83	3,48
20	55,35	18,29	14,04	5,27	11,28	15,02	3,67
21	58,12	17,54	9,94	6,09	8,11	36,26	2,32
22	57,7	17,08	11,09	27,75	15,61	27,75	3,79

Blatt 3

	Daten GR 1 n=4:5,10,18,22	Mean Rank		Daten GR 2 N=4:13,14,19, 21	Mean Rank	
	p _≤	GR 1	RSP	p _≤	GR 2	RSP
GBB : Erschöpfung	1.0	9,5	9,5	1.0	9,5	9,5
Magenbeschwerden	.3891	11,5	8,93	.4712	7,5	9,9
Gliederschmerzen	.6002	11,88	10,16	1.0	10,5	10,5
Herzbeschwerden	.2782	12,5	8,9	1.0	9,5	9,5
Beschwerdedruck	.6134	10,33	8,71	.9529	8,83	9,04
GT : Soziale Resonanz	.0211	4,25	11,53	.2869	13,17	9,41
Dominanz	.7758	11,25	10,31	.0993	5,33	11,41
Kontrolle	.3107	13	9,44	.3107	7	10,56
Grundstimmung	.2474	12,88	9,23	.0917	5	10,94
Durchlässigkeit	.0879	14,25	8,87	.3692	7,33	10,5
Soziale Potenz	.5075	12,25	10,06	.5246	8,5	10,85
Mittelankreuzungen	.6853	12,13	10,74	.0079	3063	12,74
Extremankreuzungen	.4453	13,13	10,5	.2617	14,13	10,26
GRID :Hauptkomponente 1	.5910	12,5	10,65	.2099	14,5	10,18
Hauptkomponente 2	.0394	5,25	12,35	.5307	9,25	11,41
Hauptkomponente 3	.5910	9,5	11,35	.0733	6	12,18
WE 1:Verhältnis wichtigstes Element / Zufallswert	.1279	15,25	10	.0072	18,5	9,24
SB 1:Verhältnis Selbst / Zufallswert	.0042	19	9,12	.8578	10,5	11,12
ISB 1: Verhältnis Ideal / Zufallswert	.5909	12,5	10,65	.6542	12,25	10,71
SB 2: Verhältnis Selbst / wichtigstes Element	.0156	17,75	9,41	.0488	5,5	12,29
ISB 2:Verhältnis Ideal / wichtigstes Element	.7202	10	11,24	.1791	7,25	11,88
DIF-ISB: Differenz Bed.Selbst / Ideal	.0122	18	9,35	.8578	10,5	11,12
UE 1:Verhältnis unwichtigstes Element / Zufallswert	.0298	7,25	13,31	.0316	5	12,41

Blatt 4

	Daten GR 3 n=4 : 6,16,17,20	Mean Rank		Daten GR 4, n=8 : 1,2,3,4,8,9,11,15	Mean Rank	
	p _≤	GR 3	RSP	p _≤	GR 4	RSP
GBB: Erschöpfung	.9145	9,25	9,57	.8027	9,36	10,27
Magenbeschwerden	.7640	8,67	9,67	.9000	9,81	10,14
Gliederschmerzen	.4748	8,63	10,97	.9126	10,81	11,12
Herzbeschwerden	.1851	5,83	10,23	.8007	10,38	9,73
Beschwerdedruck	.1144	4,83	9,89	.6562	10,13	9
Soziale Resonanz	.4225	12	9,47	.5360	11,5	9,83
Dominanz	.9244	10,75	10,44	.5678	11,89	10,33
Kontrolle	.4806	11,75	9,53	.4440	9,39	11,41
Grundstimmung	.8406	9,5	10,13	.6982	11,13	10,08
Durchlässigkeit	.0350	4,75	11,4	.4860	11,63	9,75
Soziale Potenz	.4488	8,5	11	.7758	11,44	10,67
Mittelankreuzungen	.7187	12	10,74	.0929	14,28	9,58
Extremankreuzungen	.5900	12,5	10,65	.0761	8,56	13,54
GRID : Hauptkomponente 1	.2099	14,5	10,18	.0101	7,22	14,46
Hauptkomponente 2	.9286	11,25	10,94	.0253	15,22	8,92
Hauptkomponente 3	.8578	11,5	10,88	.0570	14,67	9,31
WE 1:Verhältnis wichtigstes Element / Zufallswert	.5910	9,5	11,35	.0024	6,44	15
SB 1:Verhältnis Selbst / Zufallswert	.0316	5	12,41	.7134	10,89	11,92
ISB 1: Verhältnis Ideal / Zufallswert	.3469	8,38	11,62	.7893	11,94	11,19
SB 2: Verhältnis Selbst / wichtigstes Element	.0394	5,25	12,35	.1330	14	9,77
ISB 2: Verhältnis Ideal/wichtigstes Element	.8578	10,5	11,12	.0886	14,33	9,54
DIF-ISB:Diff. Bed. Selbst- Ideal	.2099	7,5	11,82	.2705	9,67	12,77
UE 1: Verhältnis unwichtigstes Element / Zufallswert	.4737	9	11,47	.0045	16,22	8,23

Blatt 5

	Gruppe Gs, n=3 : 14,16,21	Mean Rank		Gruppe Rs n=4 : 2,3,8,18	Mean Rank		Gruppe Mi n=7 : 1,5,6,15,17,19,21	Mean Rank	
	p _≤	GR Gs	RSP	p _≤	GR Rs	RSP	p _≤	GR Mi	RSP
GBB : Erschöpfung	.8575	9	9,6	.0766	13,63	8,32	.3846	8,14	10,36
Magenbeschwerden	.7186	8,5	9,7	1.0	9,5	9,5	.0227	5,5	11,5
Gliederschmerzen	.9574	10,33	10,53	.7388	9,63	10,72	.0310	6,64	12,58
Herzbeschwerden	.1483	5,5	10,3	.7054	10,38	9,25	.0568	6,17	11,17
Beschwerdedruck	.7522	8,17	9,18	.4606	10,63	8,5	.0205	5,17	11,09
GT: Soziale Resonanz	.0332	16,33	8,81	.2623	6,67	10,63	.1890	12,21	8,71
Dominanz	.5587	8,67	10,82	.4476	8,5	11	.2028	8,21	11,73
Kontrolle	1.0	10	10	.8799	10,38	9,9	.0170	5,5	12,08
Grundstimmung	.7359	9	10,19	.0392	15,13	8,63	.0074	5,5	12,63
Durchlässigkeit	.0378	3083	11,16	.1082	14	8,93	.5525	9	10,58
Soziale Potenz	.1376	5,83	11,32	.3202	13,13	9,84	.6624	11,29	10,08
Mittelankreuzungen	.1725	6,5	11,75	.7187	10	11,24	.5995	12	10,5
Extremankreuzungen	.1902	15,33	10,28	.3936	13,38	10,44	.9107	10,79	11,11
GRID : Hauptkomponente 1	.1317	16	10,17	.5910	12,5	10,65	.6544	10,14	11,43
Hauptkomponente 2	.3657	8	11,5	.7882	11,75	10,82	.8229	11,43	10,79
Hauptkomponente 3	.0562	4,67	12,06	.4202	13,25	10,47	.2631	8,86	12,07
WE 1:Verhältnis wichtigstes Element / Zufallswert	.1594	15,67	10,22	1.0	11	11	.3321	12,86	10,07
SB 1:Verhältnis Selbst / Zufallswert	.1078	5,67	11,89	.1791	14,75	10,12	.7091	10,29	11,36
ISB 1: Verhältnis Ideal / Zufallswert	.9199	11,33	10,94	.6222	12,38	10,68	.6543	10,14	11,43
SB 2: Verhältnis Selbst / wichtigstes Element	.0090	2,33	12,44	.2443	14,25	10,24	.6544	10,14	11,43
ISB 2: Verhältnis Ideal/wichtigstes Element	.4241	8,33	11,44	.6543	12,25	10,71	.2631	8,86	12,07

Blatt 8a

Neurodermitis Anamnesebogen BMFT-
Projekt

Name: _____

Geburtsdatum: _____

A) EIGENANAMNESE**1. Erstes Auftreten der Neurodermitis**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> seit Geburt | <input type="checkbox"/> 10.-15. Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> 1.-3. Lebensmonat | <input type="checkbox"/> 15.-20. Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> 4.-12. Lebensmonat | <input type="checkbox"/> 20.-25. Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> 1.-5. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> 25.-35. Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> 5.-10. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> nach 35. Lebensjahr |

2. Stillen Ja Nein Wie lange: _____ Monate

3. andere Krankheiten

_____ wann: _____ bis _____
 _____ wann: _____ bis _____
 _____ wann: _____ bis _____

4. allergologische Anamnese (nur getestete Allergien)

- keine Allergien bekannt
- Kontaktallergien: _____
- Inhalationsallergene: Schimmelpilze
 Pollen
 Hausstaub
- Nahrungsmittelallergien _____

5. Erkältungskrankheiten

- keine
- höchstens zweimal im Jahr
- häufiger

B. FAMILIENANAMNESE

Geschwister Nein Ja wieviele: _____

Wieviele jüngere Geschwister: _____ Wie alt: _____ Jahre jünger

Wieviele ältere Geschwister: _____ Wie alt: _____ Jahre älter

Allergien/atopische Erkrankungen in der Familie:

- Nein
- Ja:

Blatt 8b

- Vater _____
 Mutter _____
 Geschwister _____
 Großvater (mütterl.) _____
 Großmutter (mütterl.) _____
 Großvater (väterl.) _____
 Großmutter (väterl.) _____

Andere Hauterkrankungen in der Familie (z. B. Psoriasis)

- Nein
 Ja: _____

Andere chronische Krankheiten (z. B. Diabetes, Rheuma, Herzerkrankungen)

- Nein
 Ja: _____

C. BASISSYMPTOME

- Pruritus
 typische Ekzeme
 chronischer Verlauf (mind. 4 Wochen)
 positive Familienanamnese

Bitte beantworten Sie zum Abschluß noch folgende Fragen:

Wann trat die Krankheit zum ersten Mal auf? 19__

Wie häufig haben Sie sich in den letzten fünf Jahren in stationäre Behandlung (einschließlich Kuraufenthalte) begeben müssen? ____ mal

Welche Körperteile sind zur Zeit befallen? Wenn befallen, leicht oder stark?

- | | leicht | stark |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rumpf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alter: ____ Jahre

Geschlecht: männl.
 weibl

Blatt 9a

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß Ihr Verhalten im **Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese **Haltung bzw. Einstellung** im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

GT S 1

© 1972 by Verlag Hans Huber Bern
3 456 30536 2*

Blatt 9b

1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2 Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5 Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8 Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12 Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13 Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14 Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17 Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenau.
19 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22 Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

Blatt 9c

23 Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24 Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25 Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26 Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27 Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu- sehen.
28 Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusam- menzuarbeiten.
29 Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30 Ich glaube, ich kann einem Partner außer- ordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31 Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32 Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33 Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Le- benskampf durchzusetzen.
34 Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35 Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36 Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37 Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38 Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu an- deren eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39 Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40 Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

Blatt 10a

GBB

Name:.....

Beruf:.....

Geburtsdatum:.....

Auf den folgenden Seiten ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte.

Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der "nicht"-Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:

	nicht 0	kaum 1	einiger- maßen 2	erheb- lich 3	stark 4
01. Schwächegefühl					
02. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern					
03. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
04. Neigung zum Weinen					
05. Juckreiz					
06. Ohnmachtsanfälle					
07. Übermäßiges Schlafbedürfnis					
08. Geschlechtliche Untererregbarkeit					
09. Gelenk- oder Gliederschmerzen					
10. Schwindelgefühl					
11. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
12. Starkes Schwitzen					
13. Nacken- oder Schulterschmerzen					
14. Gehstörungen					
15. Erbrechen					
16. Sehstörungen					
17. Anfälle					
18. Übelkeit					

Blatt 10b

	nicht 0	kaum 1	einiger- maßen 2	erheb- lich 3	stark 4
19. Gewichtszunahme					
20. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
21. Drang zum Wasserlassen					
22. Hautveränderungen					
23. Aufstoßen					
24. Überempfindlichkeit gegen Kälte					
25. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
26. Verkrampfung im Arm beim Schreiben					
27. Kopfschmerzen					
28. Überempfindlichkeit gegen Wärme					
29. Rasche Erschöpfbarkeit					
30. Schlafstörungen					
31. Geschlechtliche Übererregbarkeit					
32. Müdigkeit					
33. Gleichgewichtsstörungen					
34. Schluckbeschwerden					
35. Hustenreiz					
36. Gefühl der Benommenheit					
37. Taubheitsgefühl (Einschlafen, Absterben, Brennen oder Kribbeln in Händen und Füßen)					
38. Verstopfung					
39. Appetitlosigkeit					
40. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen					
41. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
42. Mattigkeit					
43. Durchfälle					
44. Lähmungen					
45. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					

Blatt 10c

	nicht 0	kaum 1	einiger- maßen 2	erheb- lich 3	stark 4
46. Zittern					
47. Halsschmerzen					
48. Leichtes Erröten					
49. Kalte Füße					
50. Heißhunger					
51. Magenschmerzen					
52. Anfallsweise Atemnot					
53. Unterleibschmerzen					
54. Gewichtsabnahme					
55. Druckgefühl im Kopf					
56. Anfallsweise Herzbeschwerden					
57. Sprachstörungen					

Sind Ihrer Meinung nach Ihre Beschwerden eher körperlich oder eher seelisch oder auch körperlich und seelisch bedingt? Kreuzen Sie bitte an, was Ihrer eigenen Meinung nach zutrifft.

	nicht 0	kaum 1	einiger- maßen 2	erheb- lich 3	stark 4
körperlich					
seelisch					

Falls Ihre Beschwerden in der Liste nicht vorkommen, bitten wir Sie, diese nachfolgend zu notieren.

	nicht 0	kaum 1	einiger- maßen 2	erheb- lich 3	stark 4
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren Professoren und Dozenten :

Adler, Amon, Arnold, Aumüller, Baltzer, Basler, Bauer, Bethke, Blankenburg, Bode, Braasch, Brandis, Buchholz, Daume, Dennhart, Dittrich, Doss, Drenckhan, Egbring, Eschenbach, Exner, Fischer, Friedrich, Fruhstorfer, Fuhrmann, Gallwitz, Ganz, Geus, Golenhofen, Gotzen, Graul, Gressner, Griss, Grundner, Haberich, Habermehl, Hackeloer, Hardewig, Haustein, Havemann; Hensel, Heß, Hildebrandt, Hilgermann, Horeyseck, Huffmann, Ihm, Joseph, Kaffarnik, Kalbfleisch, Karlson, Kern, Kleinsasser, Knoll, Kohl, Kohlmann, Koop, Koransky, Krause, Kretschmer, Kuni, Lange, Lanser, Lauer, Lennartz, Lorenz, Lorenz-Meyer, Lütcke, Maisch, Mannheim, Mannherz, Maroske, Martini, Massarrat, Mennel, Müller, Netter, Neurath, Neimeyer, Niessing, Nitschke, Oepen, Petry, Pfab, Pohlen, Portig, Remschmidt, Rieger, Rienhoff, Rodeck, Röher, Rothmund, Schaumlöffel, Schmitz-Moormann, Schneider, Schulte-Herrmann, Schulz, Schüffel, Schwerk, Siegrist, Slenczka, Sodomann, Stahlknecht, Steuber, Straub, Strauer, Stempel, Strum, Thomas, Thon, Ulshöfer, Unsicker, Vogler, von Kraft, von Wichert, Wahl, Wendt, Wesemann, Wiegand, Willenbockel, Zelder, Zimmermann, Zippel.

LEBENS LAUF

Name: Lingad
 Vorname: Hardo
 Geburtsdatum: 09.02.1959
 Geburtsort: Korbach / Nordhessen
 Geschwister: zwei
 Konfession: evangelisch

 Adresse: Talstraße 26
 35096 Weimar / Argenstein
 Tel.: 06421 / 78841

 Eltern: Günther Lingad, Studiendirektor a. D.
 Ruth Lingad, geb. Verchau, Realschullehrerin a. D.

SCHULISCHE LAUFBAHN

1966 – 1969 Grundschule Korbach
 1969 – 1978 Gymnasium Alte Landesschule Korbach
 12.06.1978 Abitur

 01.07.1978 – 30.09.1979 Ableistung des Grundwehrdienstes
 Heeresfliegerbataillon Fritzlar

STUDIUM

01.10.1979 – 01.10.1980
 Studium der Biochemie, Universität Hannover

 01.10.1980 – 04.06.1987
 Studium der Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg

 04.06.1987 Erhalt der Approbation

BERUFSTÄTIGKEIT

15.06.1987 – 14.06.1995

 Assistenzarzt / wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Innere Medizin,
 Abteilung Psychosomatik an der Philipps-Universität Marburg.

15.06.1995 – 31.05.1996

Tätigkeit als:

- Seminarleiter im Rahmen des EDHEP-Programmes von EUROTRANSPLANT / Leyden
- Gutachter beim MDK im Bereich Pflegegutachten
- Praxisvertretungen

01.06.1996 – 30.06.1997

Notarzt im Interhospitaltransfer beim Marburger Krankenpflege Team.

17.07.1996

Facharztprüfung zum Facharzt für Innere Medizin

01.07.1997 – fl. Ärztlicher Mitarbeiter in der Hessischen. Berglandklinik

8 Danksagung

Herrn Prof. Dr. U. Gieler möchte ich sehr herzlich für die Überlassung des Themas sowie die fachlichen Diskussionen und ausdauernde Betreuung bei der Durchführung der Arbeit danken.

Herrn Prof. Dr. W. Schüffel, Frau Dr. Dr. A. Neraal, Herrn I. Gerlach und Herrn R. Ranft danke ich für die ausgiebige methodische und statistische Unterstützung.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meinen Eltern, Geschwistern, Herrn G. Kuballa und den Mitarbeitern der Hess. Berglandklinik / Familie Koller für die gewährte ideelle und praktische Unterstützung zur Fertigstellung meiner Arbeit.