

DIPLOMARBEIT

Scham bei PatientInnen mit dermatologischen Erkrankungen

eingereicht von

Moritz Zenker

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie

unter der Anleitung von

Ao. Univ.- Prof. Dr. med. univ. Elisabeth Aberer

und

Priv. Doz. Dr. Dr. Human Unterrainer

Graz am 10.10.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 10.10.2019

Moritz Zenker e.H.

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Ao. Univ.- Prof.in Dr.in med. univ. Elisabeth Aberer für die exzellente Unterstützung bei der Erstellung der Diplomarbeit bedanken. Sowie bei meinem Co-Betreuer Priv.Doiz.Dr.Dr. Human Unterrainer.

Im Rahmen der Datenerhebung habe ich viel Zeit auf den diversen Ambulanzen der Universitätsklinik für Dermatologie verbracht, ein Dankeschön gilt den vielen ÄrztInnen und Pflegekräften welche mir immer mit Rat zur Seite standen. Besonderen Dank gilt an dieser Stelle auch PD Dr. Wolfgang Weger von welchem ich fachlich vieles lernen durfte.

Ausserdem möchte ich mich bei Frau Mag. Hiebler-Ragger bedanken für die tolle Unterstützung bei der Datenverarbeitung und dem geduldigen Beistand bei der SPSS Bedienung.

Ein grosses Dankeschön auch den Patienten und Patientinnen die so vielzählig bei unserer Studie mitgemacht haben auch wenn es manchmal nicht einfach war die zum Teil sehr intimen Fragen im klinischen Setting zu beantworten.

Zuletzt ein großes Dankeschön an meine Eltern die mich das ganze Studium hindurch tatkräftig unterstützten.

Zusammenfassung

Einleitung:

Der Scham-Forschung folgend fällt der Scham bereits von früher Kindheit an eine zentrale Rolle im Selbst und Fremderleben zu. Bisher gab es keine Studiendaten, die die Schamausprägung dermatologischer Erkrankungen misst. Wir nehmen an, dass die Art der dermatologischen Erkrankung und Sichtbarkeit von etwaigen Hautveränderungen auf das Schamerleben Einfluss haben.

Methoden

201 StudienpatientInnen (113 davon sind Frauen) sind in die prospektive Beobachtungsstudie aufgenommen worden. Die PatientInnen wurden anhand der dermatologischen Diagnosen zugeordnet unter diesen gab es Psoriasis, Tumorerkrankungen, Entzündungen, Infektionen, Allergien und Ekzeme. Mit Hilfe der ins Deutsche übersetzten **Skin Shame Scale** wurde die Hautscham erfasst, die allgemeine Schamausprägung wurde mit dem "SHAME" Fragebogen (**SHame Assessment scale for Multifarious Expression of shame**) ermittelt.

Ergebnisse

PatientInnen mit Infektionen und Ekzemen wiesen die höchste Krankheitsbelastung auf. PatientInnen mit Psoriasis, Entzündungen und ekzematösen Erkrankungen wiesen die grösste Schamneigung im Hinblick auf Hautscham auf ($p < 0,001$). Es wird deutlich dass sichtbare Hautveränderungen zu mehr Hautschamerleben führen ($p < 0,01$) aber auch eine längere Erkrankungsdauer mit mehr Hautscham einhergeht ($p < 0,05$). Im Gegensatz dazu zeigte das allgemeine Schamerleben keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen dermatologischen Erkrankungsgruppen.

Conclusio:

Die Hautschamproblematik ist eindeutig bei denjenigen PatientInnen gegeben die an generalisierten Hauterkrankungen leiden welche zu sichtbaren Hautveränderungen führen. Auch führen lange andauernde Krankheiten zu vermehrtem Schamerleben. Da die Scham-Erfahrung eine psychische Belastung darstellt und Einfluss auf die Lebensqualität hat, sollten diese neuen Erkenntnisse zukünftig in das Behandlungskonzept der einzelnen PatientInnen miteinbezogen werden.

Shame in patients with skin diseases

Background

Shame is a basic emotion emerging in early childhood and has become an important field of research in psychodermatology. However, no comprehensive study has addressed the dimensions of shame in different dermatologic diseases.

Objectives

To investigate various groups of dermatologic patients in regard of shame. We assumed that age, sex, the dermatologic diagnosis, the visibility of skin lesions, disease burden, and the duration of disease could influence the patients' sense of shame. The patient sample includes patients suffering from psoriasis, inflammatory diseases, eczema, allergies and tumor disease.

Methods

In a single-centre observational prospective study, 201 outpatients (113 women) with different dermatologic diagnoses completed the **Skin Shame Scale** (SSS-24) which measures skin shame, and the SHAME (**S**Hame **A**ssessment scale for **M**ultifarious **E**xpression of shame) questionnaire which assesses existential, cognitive, and bodily shame.

Results

Patients with eczema and infections showed the strongest burden of disease. Patients with psoriasis, inflammatory diseases, and eczema exhibited the highest level of skin shame ($p < 0.001$). However, there were no differences among patients with different dermatoses in regard of all other aspects of shame. Skin shame is more pronounced in patients with visible skin lesions ($p < 0.01$) and a longer duration of disease ($p < 0.05$).

Conclusions

Skin shame is a major concern for dermatologic patients, especially those with generalised skin disease, visible skin lesions, and a longer duration of disease. The influence of the different aspects of shame on quality of life and psychologic impairment should be investigated in the future.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	I
Danksagung.....	II
Zusammenfassung.....	III
Abstract.....	IV
Inhaltsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
1. Einleitung.....	1
1.2.Haut & Scham.....	2
1.2.1.Scham als Affekt.....	6
1.2.2. Formen der Scham.....	6
1.2.3.Quellen der Scham.....	7
1.2.3.1. Selbstbild und Selbstideal.....	8
1.2.3.2. Demaskierung der Scham.....	8
2.Das Schamgefühl bei dermatologischen PatientInnen.....	10
2.1. Bisherige Untersuchungen zu Scham bei dermatologischen PatientInnen.....	10
3. Ziele der Diplomarbeit.....	13
4.PatientInnen und Methoden.....	14
4.1.Studiendesign.....	14
4.1.1. Zusammenstellung der Fragebögen.....	14
4.1.1.1. Demographischer Teil.....	15
4.1.1.2. SSS-24 – Skin Shame Scale.....	15
4.1.1.3. SHAME-Fragebogen.....	15
4.2. Statistische Methoden.....	16
5. Ergebnisse.....	17
5.1. Verteilung des PatientInnenguts.....	17
5.1.1. Aufteilung in den Untergruppen.....	19
5.1.2. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe {Tabelle 1}.....	20
5.2.1. Krankheitsbezogene Charakteristika der Stichprobe {Tabelle 2}.....	21
5.2.1.1. Angaben zur Krankheitsbelastung:.....	21
5.2.1.2. Angaben zur Krankheitsdauer:.....	21
5.2.1.3. Lokalisation der Hautveränderungen {Tabelle 3}.....	23
5.2.2. Auswertung nach Aspekten der Scham {Tabelle 4 & 5}.....	24
5.2.2.1. Gruppenunterschiede der Diagnosen bei SSS-24 {Tabelle 4}.....	24
5.2.2.2. Gruppenunterschiede der Diagnosen bei SHAME {Tabelle 4&5}.....	24

5.2.2.3. Gruppenunterschiede zwischen sichtbaren und unsichtbaren HV {Tabelle 6}	26
5.2.2.4. Gruppenunterschiede der Lokalisationen bei SHAME {Tabelle 6}	26
5.2.2.5. Gruppenunterschiede der Krankheitsdauer bei SSS-24 {Tabelle 6}	26
5.2.2.6. Gruppenunterschiede der Krankheitsdauer bei SHAME {Tabelle 6}	27
5.2.3. Zusammenfassung der Gesamtergebnisse hinsichtlich allgemeiner Scham:	27
5.2.4. Zusammenfassung der Gesamtergebnisse hinsichtlich der Hautscham:	28
6. Diskussion	29
6.1. Klinische Relevanz der Studienergebnisse	29
6.1.1. Anmerkungen zum SHAME-Fragebogen	30
6.2. Klinische Relevanz der Scham Erfahrung	31
6.3. Ausblick	32
Literaturverzeichnis	33
Anhang	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.....	20
Tabelle 2.....	22
Tabelle 3.....	23
Tabelle 4 & 5.....	25
Tabelle 6.....	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.....3
Abbildung 2.....7
Abbildung 3.....18
Abbildung 4.....28

Abkürzungsverzeichnis

A - Allergien

ANOVA - analysis of variance

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

EK - Ekzeme

EN - Entzündungen

eta² - Effektstärke

HIV - human immunodeficiency virus

HSD - Tukey Honest Significant Difference

HV - Hautveränderungen

INF - Infektionen

M - Mittelwert

MedDocs - medizinisches Dokumentationssystem

PS - Psoriasis

TU - Tumorerkrankungen

SD - Standardabweichung

SHAME - shame assessment scale for multifarious expression of shame

SSS-24 - skin shame scale

STD - sexually transmitted disease

TSD-Q - test for the severity of depression

*Es ist das „versengende Gefühl“, dass das ganze Selbst „dreckig“, „unberührbar“ und „verdorben“ ist, dass man in seinem eigentlichen Kern niemals geliebt werden kann“
(Tiedemann, 2008).*

1. Einleitung

Die vorliegende Studie "Schamgefühle bei dermatologischen Patientinnen" wurde von Frau Univ.-Doz. E. Aberer in der Absicht initiiert sich dem individuellen Schamerleben von Patienten und Patientinnen in den dermatologischer Ambulanzen der Universitätsklinik Graz zu widmen. In Zusammenarbeit mit Frau Mag. Dr. Hiebler-Ragger von der klinischen Psychologie und PD Dr. Wolfgang Weger wurde mir die Aufgabe der Durchführung und Auswertung der Studie zuteil.

Ziel der Diplomarbeit ist es weitere Einblicke in die Psychodermatologie zu schaffen. Es soll ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, welche Situationen Schamgefühle hervorrufen können, um so die Intimität der PatientInnen zu bewahren. Weiters soll auf Stigmatisierungen aufgrund von Hauterkrankungen eingegangen werden, um ein Gefühl dafür zu schaffen, welchen Einfluss der Zustand der Haut und unser Aussehen auf unser subjektives Wohlbefinden haben.

Ich werde auch beleuchten wie einschränkend sich das Schamgefühl auf die Lebensführung von Menschen auswirken und damit zu einer biopsychosozialen Belastung werden kann.

1.2.Haut & Scham

Von der Erkrankung zur Stigmatisierung

Der Körper wird zu einer Irritationsquelle wenn er uns durch physiologische Bedürfnisse wie Niesen, Husten oder Erröten zuwiderläuft (Rosa,2016; S.181). Ähnlich scheint es auch mit Menschen zu sein die durch äußere Erscheinungsbilder auffallen. Weil sie nicht körperlichen Normen entsprechen irritieren sie und werden zur Störungsquelle (ebd.). Welche lieber nicht beachtet und zur Seite gedrängt wird denn aus ihr lassen sich keine Idealbilder für unsere postmoderne Gesellschaft schöpfen.

Durch sichtbare und unsichtbare Hautveränderungen aufgrund von Hauterkrankungen erlebt sich der/die Betroffene als 'ekelhaft' {'unlovable' bei dem Tiefenpsychologen Leon Wurmser}. Wünsche, wie der Wunsch nach Nähe, nach Intimität und Sexualität sind durch (un)bewusste Ängste maskiert: Leary & Kowalski (1995) setzen soziale Phobien mit Bewertungsphobien gleich. Das Selbst erlebt sich als defizitär oder im Fall von infektiösen Krankheiten gar als schädlich und hat Angst vor der Bewertung und Entwertung durch andere Subjekte. {Syphilis und AIDS haben die größte Schamneigung (siehe weiter unten bei Rzepa et al., 2013)}

Das erkrankte Individuum befürchtet jedoch nicht nur Ekelgefühle im anderen auszulösen, sondern internalisiert diese Ekelgefühle in das eigene Selbstbild (Gilbert, 2000) und erlebt sich selbst als ekelhaft. Paul Gilbert beschreibt diese negative Selbstbewertung als innere Scham (ebd.), mit den oben beschriebenen Folgen von sozialer Isolierung und das Meiden sozialer Kontakte um, der Peinlichkeit, das "Wahre Selbst" zeigen zu müssen, zu entgehen.

Viele Hautkranke fallen durch ihre Andersartigkeit aber auch durch ihre soziale Isolierung in gesellschaftliche Randgruppen. Randgruppen die es in einer extrovertierten postmodernen Gesellschaft nicht leicht haben sich zu behaupten. Ich denke dabei auch an Homosexuelle und Menschen mit anderen Geschlechtsidentitäten die aufgrund ihrer Andersartigkeit vor Stigmatisierung gefährdet sind. Denn sie scheinen nicht in das Wertesystem einer solchen Gesellschaft zu passen. Das drängen an den Rand und die Stigmatisierung lösen nach (Pinel, 1999) externe Scham aus. Scham die daraus resultiert was andere über die randständigen Gruppen denken. In der englischen Literatur liest sich öfters der sehr treffende Begriff 'shame-prone' als Adjektiv für besonders schamanfällige Gruppen. Es stellt sich ein circulus vitiosus dar welcher zwischen Selbstbild, Körperbild und Weltbild zu oszillieren scheint:

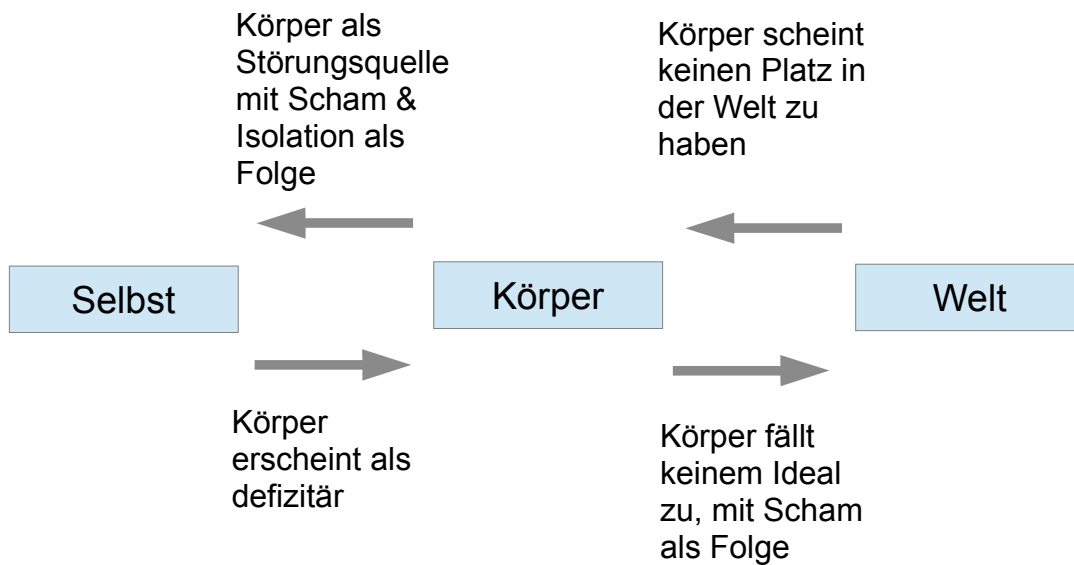


Abbildung 1: Adaptiert nach (Rosa,2016;S.184). Hier stelle ich den Bezug von dem schambesetzten Selbst zur Welt dar. Der Körper wird als defizitär erlebt da er keinem stereotypischen Idealbild in der Welt entspricht. Die Welt spricht dem vermeintlich unattraktiven Körper keinen Platz zu was das schamerlebende Individuum darin bestätigt dass der Körper tatsächlich einer sei für den man sich besser verstecke. Dies evoziert noch mehr Scham mit der Folge der sozialen Isolation. Das Modell erfordert einen entsprechend abgestimmten Fokus, so kann die Welt die eigene Familie, die Schulklasse oder die gesamte Stadt repräsentieren.

Die Haut als Kontaktfläche zur Außenwelt, mit der wir in einer Gemeinschaft, mit anderen in Beziehung treten. So wird auch das Selbst über den Körper von anderen erfahren und beurteilt. Scham ist davon abhängig, was andere über die oder den Einzelnen denken (Gilbert, 1998) und geht mit einer massiven Entwertung des Selbst einher (Tangney & Dearing, 2002). Das bedeutet die einzelne Person integriert die Sichtweisen von anderen in das eigene Selbsterleben. Die Art und Weise wie man sich wahrnimmt, die Perspektive auf die eigene Person wird auch von außen bestimmt.

Dies ist auch in Angstträumen der Fall wo man sich als Träumer in der dritten Person erlebt: Fast jeder Träumer wird davon geweckt werden, wenn er/sie sich im Traum nackt oder nur teilweise bekleidet vor anderen hingestellt wiederfindet. Scham ist die Angst, vor der Welt töricht dazustehen.

Dieser Art von (un)bewussten Bewertung durch die Gesellschaft sind wir ständig ausgesetzt. Menschen ringen um Bestätigung und Akzeptanz (Gilbert, 1998) in der jeweilig sozialisierten Gruppe. Die Gruppenzugehörigkeit verleiht soziale Kräfte, gibt Sicherheit und ist ein psychosoziales Bedürfnis. Der Mensch will dazugehören.

Strategien wie z.B. die Wahl von Kleidung, Make-up und Fitness werden herangezogen, um die Gruppenzugehörigkeit zu unterstreichen und die soziale Attraktivität zu steigern. (Baumeister et al., 1995). Aber auch um den Körper entsprechend zu modifizieren und optimieren damit diverse Schwächen im Selbsterleben kompensiert werden.

Man möchte 'gut in Erinnerung bleiben', 'einen guten Eindruck hinterlassen' oder einfach nur gute Gefühle über einen selbst beim anderen hinterlassen (Gilbert, 2003).

Die körperliche Scham ist ein sich Schämen für die äußerliche Erscheinung des eigenen Körpers, welche mit psychopathologischen Konsequenzen einhergeht (Andrews et al., 2002) und als Folge von Abweisung entsteht (Scheel et al., 2013). {siehe Abb.1}.

Dem schämenden Individuum wird eine massive Entwertung des Selbst bewusst (Tangney & Dearing, 2002).

Es kommt zur Störung der narzisstischen Homöostase also zur Erschütterung des Selbstwertgefühls (Mentzos,2017;S.56). Gefühle von Hilflosigkeit, Minderwertigkeit und Hoffnungslosigkeit besetzen das in der Scham verfangene Selbst (Andrews et al., 2002). Das Subjekt leidet unter mangelndem Selbstvertrauen (Elison et al., 2014).

Scham ist die Antwort auf Fehler im eigenen Selbsterleben, welches in Abhängigkeit zum Selbstideal steht (Morrison,1989). Jeder Mensch bildet im Laufe seiner Entwicklung ein Idealbild von sich selbst, das Ideal - Selbst (Mentzos,2017;S.58). Eingewoben in das

individuelle Wertesystem des/der Einzelnen macht dieses ideale Selbst uns unabhängig von der Kritik anderer. Es reguliert das Selbstwertgefühl, das Gefühl etwas wert zu sein, indem es Selbstvertrauen gibt und Sicherheit spendet. Kommt es zu Inkongruenzen oder wird das Ideal-Selbst nicht erreicht, folgen Scham und Isolation. Es kommt zu Frustration und das eigene Selbstbild wird als negativ erlebt.

Von anderen in einer schambesetzten Situation erlebt zu werden ist ein Trigger für das Erleben von Scham (Wurmser, 1981). Als Beispiel einer auslösenden Schamsituation denke ich auch an das Betreten des elterlichen Schlafzimmers, welches für Kinder prinzipiell als Tabuzone gilt. Die Tür zum elterlichen Gemach bleibt zu. Vorhänge werden zugezogen.

Auch bei dermatologischen PatientInnen die sich aufgrund ihres Äußeren im Vergleich zu anderen als fehlerhaft erleben findet sich das Verstecken vor Entblößung oder befremdenden Gefühlen wieder: Erkrankte Hautstellen werden abgedeckt oder mit Hilfe von Kleidung versteckt.

W.Kinston kommentierte 1983 in seiner Arbeit 'theoretischen Aspekte der Scham' dass der Wunsch sich zu verstecken die physikalische Durchsetzung des Schamgefühls ist (Kinston, 1983).

Denn, schütze ich mich durch Verstecken, erfahre ich nicht die demütigende Bloßstellung meiner Selbst. Die Intimität bleibt gewahrt und meine Würde als Mensch wird nicht angegriffen. Die oben beschriebene soziale Isolierung durch Rückzug wird zum Schutz vor fremden Blicken genutzt.

Das ist das, was gerade bei dermatologischen PatientInnen wichtig zu sein scheint, denn PatientInnen mit Erkrankungen, die sich auch äußerlich manifestieren, erfahren mehr Scham und Auseinandersetzungen mit der eigenen Intimität (Malakouti et al., 2016). Immer wieder erlebt man Psoriasis-PatientInnen, die Stoffhandschuhe tragen und dies nicht nur zum Schutz der erkrankten Hautstellen. Es kommt zum aktiven Verstecken der betroffenen Körperregionen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Hautkrankheiten Schamgefühle triggern.

Wichtig beim Schamerleben scheint zu sein, ob die Gefühle internalisiert oder extern bzw. mehr oder weniger differenziert wahrgenommen werden. Bei der internalisierten Scham ist die Gefahr der Selbstentwertung besonders groß (Gilbert, 2002). Wohingegen die externe Scham besonders zu Stigmatisierungen führt. Extern wahrgenommene Scham ist die Vorstellung davon, wie andere mein Selbst bewerten (Gilbert, 2002).

1.2.1. Scham als Affekt

Wie lässt sich Scham begrifflich genau erfassen? Es bietet sich an, dafür die Affektdefinition der Scham heranzuziehen. Affekte sind heftige Gefühlsaufwallungen, meist verbunden mit vegetativen Reaktionen (Begriffe aus Peters U.H., 1977). Scham, aber auch Stolz scheinen ähnliche (Wurmser, 1992).

So lassen sich Affekte nicht fassen aber in ihren subjektiven Qualitäten sind uns diese aus eigener Erfahrung bekannt (Mentzos, 2013; S. 29). Um Scham kognitiv fassen zu können muss sie erlebt und erfahren werden.

Auch Micha Hilgers definiert 2006 in seinem Buch "Scham: Gesichter eines Affekts" das Schamgefühl als erfahrbaren Affekt. Dahingehend formuliert er 6 Formen der wahrnehmbaren Scham: (1) Intimitätsscham, als Wirksamwerden einer Scham bei der Verletzung der Intimitätsgrenzen; (2) Idealitätsscham, Scham ausgelöst durch den Konflikt zwischen Ideal-Selbst und Ich; (3) Kompetenzscham, Scham ausgelöst durch Misserfolge oder Kontrollverlust; (4) Scham, die die Abhängigkeit von anderen oder das Herausfallen aus gewünschten Beziehungen anzeigt, Scham durch unerwiderte Liebe; (5) ödipaler Scham, Scham ausgelöst durch das Gefühl ausgeschlossen oder minderwertig zu sein; (6) existentieller Scham, a) das Gefühl als Person unerwünscht zu sein oder den eigenen Körper als makelhaft zu erleben, b) das Gefühl als Person nicht wahrgenommen zu werden.

1.2.2. Formen der Scham

Laut Wurmser lässt sich ein objektiver Standpunkt der Scham erfassen, in welchem sich einer/eine vor jemandem schämt und ein subjektiver Standpunkt, in welchem sich einer/eine für etwas schämt (Wurmser, 2016). In Abbildung 2 stellen sich die Bereiche der Scham am besten dar: Scham resultierend aus körperlichen Mängel (1), Scham resultierend aus unzureichender moralischer Werterfüllung (2) und die existentielle Scham erfahren aufgrund makelhaften Selbsterleben (3).

Bereiche der Scham

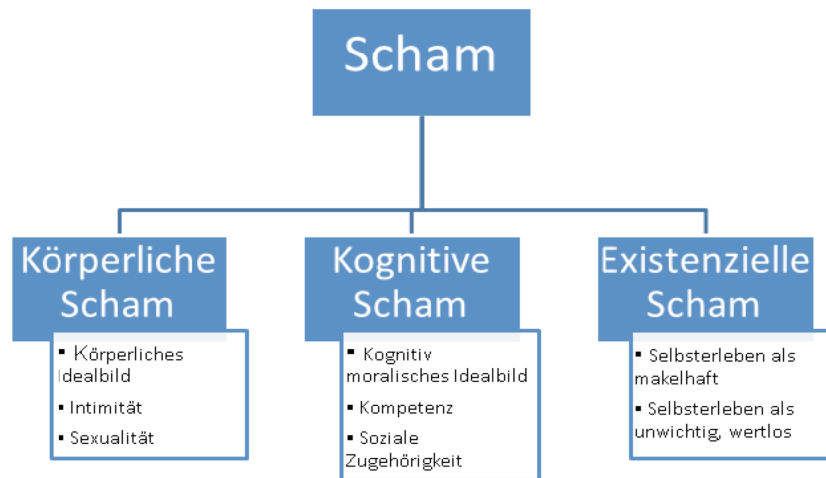


Abbildung 2: Adaptiert nach (Scheel et al.,2013).Die Scham kann subjektiv in 3 Formen wahrgenommen werden: (1) Körperliche Scham: Das Individuum erlebt sich als "nicht ausreichend" da ein körperliches Idealbild nicht erreicht wird, (2) Kognitive Scham: Werte und soziale Zugehörigkeiten werden nicht erreicht, (3) Existenzielle Scham: Makelhaftes Selbsterleben einhergehend mit mangelndem Selbstwert.

1.2.3.Quellen der Scham

Als Schamquelle lässt sich die Angst davor beschreiben, vor anderen entblößt dazustehen. Werden Schamszenen wiederholt erlebt, kommt es zur Ausbildung einer Signalangst. Das heißt, es entsteht Furcht vor einem unlustvollen Gefühlszustand (Mentzos,2017;S.32).

Tiefenpsychologen wie Wurmser und Erikson assoziieren Schamgefühle mit einer frühen Analität in der Kindesentwicklung. Corinna Scheel et al, sehen Erfahrungen von Abweisung als ursächlich für die Entstehung von Scham. (Scheel et al., 2013).

1.2.3.1. Selbstbild und Selbstideal

Werden Eltern als Schaminstanzen erlebt wirkt die Scham regulativ auf das Verhalten des Kindes. Wird Scham aber aber dysfunktional erlebt geht das mit einer Minderung des Selbstwerts und mit Empathiemangel einher (Dost et al., 2008).

Das authentische Selbst wird untergraben, das Ideal-Selbst wird defensiv. Damit sind die Grundlagen geschaffen, um sich als Betroffene/r in einem Konflikt aus Scham und Schuldgefühlen zu verfangen.

Tangney und Kollegen untersuchen in einer Arbeit von 1992 den Zusammenhang von Ärger, Feindseligkeit und Scham, wo sie einen positiven Zusammenhang zwischen Schamneigung und Ärgerniveau, Misstrauen, Distanziertheit und Irritierbarkeit finden.

Es scheint in einer Situation wie dieser wichtig zu sein, vor wem man sich schämt: Vor einer Gruppe Fremder oder vor der eigenen Familie.

1.2.3.2. Demaskierung der Scham

Das Gesicht zu verlieren bedeutet für die meisten Menschen eine große Schmach zu erleben. Denn was bleibt über, wenn die Maske fällt? Carl Gustav Jung erkennt hinter diesen sozialen Masken Repräsentationssysteme innerer Werte verbunden mit Emotionen, welche die Funktion der sozialen Anpassung erfüllen (Jacoby, 2016).

Es sind unsere Rollenbilder, hinter denen wir uns verstecken und die uns im inneren Dialog fragen: 'unter welchem Licht sehen mich die anderen?', 'Bekomme ich die Anerkennung, die mir zusteht?', 'Falle ich zu sehr aus der Norm?' (ebd.). Rollenbilder die angepasstes Verhalten und Aussehen verlangen. Entspricht man nicht, fällt man unangenehm auf zieht man die Blicke Anderer auf sich und bekommt ungewollte Aufmerksamkeit. Das resultiert in subjektivem Schamerleben der/des Betroffenen.

Ein Blick hinter die Maske der Scham dermatologischer PatientInnen gelingt Stephen Kellett in seiner Arbeit zu Akne induziertem Schamgefühl, er beschreibt die verschiedenen Muster im körperlichen Schamverhalten (Kellett,2014):

Die Peinlichkeit, das Wahre Selbst preiszugeben, beschreibt den ersten Typus: Der/die Betroffene zeichnet sich dadurch aus, nicht über eigene Gefühle mit anderen sprechen zu können. Diese Angst vor einer Selbstentblößung wird durch ein überzogen wirkendes Sozial - Verhalten kompensiert. So wird zum Beispiel ein Akne geplagter Jugendlicher sich in einer besonders selbstbewussten Art um Anerkennung bemühen um die Scham zu überspielen (Kellett,2014).

Der zweite Typus ist der, der sich von anderen ungewollt fühlt und Scham und soziale Phobie dadurch aufrechterhält, indem er/sie keine potentiellen SexualpartnerInnen sucht. Die maskierte Scham findet Ausdruck in einem besonders starken Wunsch nach Anerkennung für Leistungen in anderen Bereichen die keine Scham auslösen (Kellett,2014).

Der dritte ist der entfremdete Typus, der sich selbst als nicht zugehörig fühlt und sein Schamgefühl erhält, indem er/sie Gruppen meidet oder sich nur in Außenpositionen daran beteiligt. Kompensation gelingt dadurch, indem das betroffene Individuum andere GruppenteilnehmerInnen ausschließt (Kellet,2014).

Anhand dieser psychodynamischen Erläuterungen erleichtert es sich aus dem jeweiligen Verhalten die zugrunde liegende Scham aufzudecken um so therapeutisch eingreifen zu können. Ein Bewusstsein dafür soll geschaffen werden wie entblößend es ist sich der klinischen Untersuchung von entsprechenden Hautstellen durch den/die Dermatologen/in unter hellem Untersuchungslicht hinzugeben (Kellet,2014).

2. Das Schamgefühl bei dermatologischen PatientInnen

2.1. Bisherige Untersuchungen zu Scham bei dermatologischen PatientInnen

Im folgenden fasse ich die bestehende Literatur zu Schamerleben bei dermatologischen PatientInnen zusammen. In der Studie „Anogenital Warts: Influence on Quality of Life“ aus den Niederlanden wurden Scham, Frustration und Depression im Zusammenhang mit HPV assoziierten Feigwarzen untersucht. 100 männliche Soldaten wurden in die Studie einbezogen und mit dem Skindex-29 hinsichtlich Belastung durch die Symptome, Funktionsniveau und emotionale Stabilität vom Juni 2010 bis Dezember 2012 untersucht. 98 von den 100 Untersuchten waren heterosexuell mit einem Altersdurchschnitt von 26,5 Jahren. Keinen Einfluss auf die Ergebnisse hatten Alter, Bildungsstand, Lokalisation & Anzahl der Warzen. Es ließ sich jedoch feststellen, dass anogenitale Warzen mit schweren Auswirkungen auf die "quality of life" der Patienten einhergeht. Besonders in den Kategorien: Intimität und Scham. (Van der Snoek et al., 2013)

Eine Studie aus Polen "Stigmatisation feelings and depression symptoms in psoriasis patients" zeigt die Korrelation zwischen Stigmatisierung und depressiven Symptomen bei Psoriasis-PatientInnen. Dazu wurden 54 Personen (26 Frauen und 28 Männer) eingeladen zwei Fragebögen auszufüllen. (33 Items zu Stigmatisierung und den Beck Depression Inventory, ein Test zur Evaluierung der Depressivität). Eine Korrelation zwischen Stigmatisierung und depressiven Symptomen bei Psoriasis-PatientInnen ließ sich feststellen. Es gab jedoch keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, auch die Lokalisation der Hautveränderungen hatte keinen Einfluss auf depressive Symptome oder dem Gefühl, für die Erkrankung stigmatisiert zu werden. (Rzepa et al., 2017)

Einige Studien konnten bereits einen Zusammenhang von Psoriasis und traumatischen Kindheitserfahrungen zeigen. Eine Studie zu den Auswirkungen der Erkrankung auf die health - related Quality of life, die gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde von einer norwegischen Forschergruppe durchgeführt. Dabei wurden 36 PatientInnen im Alter von 12-17 Jahren zu Interviews rekrutiert, um Fragen zu physischen und psychischen Symptomen zu beantworten. Zu den physischen Symptomen zählten Juckreiz und die Notwendigkeit, die betroffenen Hautstellen mit Kleidung zu schützen. Psychische Symptome wurden von den PatientInnen folgendermaßen reflektiert: Das Gefühl anders

zu sein, vermehrte, aber ungewollte, Aufmerksamkeit zu bekommen und das Bedürfnis, die eigene Haut zu verstecken. Geholfen hat es den PatientInnen vor allem andere Erkrankte zu treffen, um zu erfahren, dass die Erkrankung nicht nur sie allein betrifft und sie mit ihren Symptomen auch nicht alleine gelassen werden. Außerdem stellte sich heraus, dass Juckreiz eine viel größere Belastung darstellt als zuvor angenommen. Dieser Juckreiz wird mit höheren Scores für Depression und Ängstlichkeit assoziiert. (Randa et al., 2018)

In einer weiteren Studie zu Psoriasis und Lebensqualität, "Psoriasis and the life cycle of persistent life effects" konnte bestätigt werden, dass Psoriasis-PatientInnen an einer Vielzahl psychologischer Komorbiditäten leiden. Diese verteilen sich über das Sozialverhalten, Arbeitsverhalten und Bindungsverhalten und beeinflussen die "health - related quality of life".

Es wurde festgestellt, dass vor allem ein früher Krankheitsbeginn sich schwerwiegend auf soziale Fähigkeiten, Berufswahl und Beziehungsfähigkeit auswirkt. (Garshick et al., 2015)

In der Arbeit "Differences Between Psoriasis Patients and Skin-healthy Controls Concerning Appraisal of Touching, Shame and Disgust" befasste sich eine Grazer Forschergruppe mit der Frage, wie sehr Scham und Stigmatisierung hervorgerufen in Psoriasis-PatientInnen ihr Leben beeinflussen. Dazu wurden erkrankte Personen mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen.

Mit Hilfe des TSD-Q (Test zur Erfassung der Schwere einer Depression) wurden Kranke und Gesunde befragt. Auch wurde danach gefragt, wie sehr Lust dabei empfunden wird den eigenen Körper anzufassen bzw. den des/der PartnerIn, da man annimmt, dass die Psoriasis-Erkrankung das Sozialverhalten und -erleben von Intimität der Individuen einschränkt. Es konnte gezeigt werden, dass Scham und Ekel vor der eigenen Haut deutlich höher waren als in der gesunden Kontrollgruppe. Bezüglich Berührungen zeigte sich in der erkrankten Gruppe ein niedrigeres Bewusstsein für Berührungen des eigenen Körpers als auch für Fremdberührungen. (Lahousen et al., 2016)

Schamerleben wird auch mit infektiösen Krankheiten in Zusammenhang gebracht. So wurde in der Studie "Impaired quality of life in adults and children with scabies" ein modifizierter Quality of Life Index zusammengestellt, um an Skabies erkrankte BrasilianerInnen nach ihrer Lebensqualität zu befragen.

105 PatientInnen mit Skabies (darunter 58 Kinder) wurden befragt. Die Diagnose wurde mittels Dermatoskopie gestellt. Dabei wurde Scham als restriktiv erlebt (in 72,2 % der

Erwachsenen und in 46,6 % der Kinder), (Worth et al., 2012).

Auch in der Studie aus Polen – durchgeführt zwischen 2011 und 2013 – konnte gezeigt werden, dass bestimmte Hauterkrankungen Schamgefühle hervorrufen. Titel der Studie: "Disease-induced level of shame in patients with acne, psoriasis and syphilis" (Rzepa). Die PatientInnen wurden in Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe betraf die nicht infektiösen Erkrankungen (42 Psoriasis- und 42 Akne-PatientInnen) und eine Gruppe die infektiösen (25 SyphilitikerInnen). Die 'peinlichste' Erkrankung, also die mit dem höchsten Schamerleben, war Syphilis gefolgt von AIDS (Syphilis: 75%, Psoriasis 52%, Akne 30%) (Rzepa et al., 2013)

3. Ziele der Diplomarbeit

Folgende Hypothesen konnten wir formulieren, um den Rahmen der Studie abzustecken:

Es wird angenommen, dass PatientInnen mit Hauterkrankungen, die sich auch äußerlich manifestieren, vermehrt Schamgefühl erleben. Im Klinikalltag scheint dieses Phänomen besonders relevant zu sein, da für die klinische Untersuchung das Entkleiden und Zeigen der betroffenen Körperregionen erforderlich ist.

Darüber hinaus nehmen wir an, dass die Schamausprägung sich an der Dimension der Krankheitsdauer und daran, wo die Hautveränderungen vorkommen, orientiert. So kann eine statistische Korrelation in den verschiedenen Aspekten des Schamgefühls hergestellt werden. Demographische Variablen wie das Alter, das Geschlecht, der Familienstand und die höchste abgeschlossene Ausbildung werden erhoben, um Unterschiede in den Krankheitsgruppen beurteilen zu können.

Klinisch relevant ist es auch die PatientInnen nach ihrer Krankheitsbelastung einzuordnen, um Rückschlüsse auf die biopsychosozialen Coping-Strategien zu ziehen.

Mit Hilfe von 2 Fragebögen beurteilen wir die verschiedenen Ausdrucksformen der Scham unserer PatientInnen. Die Hautscham messen wir anhand dem ins Deutsche übersetzte Skin Shame Scale (im folgenden SSS-24). Mit Hilfe des Fragebogens "SHAME" beurteilen wir die körperliche, existentielle und die kognitive Scham. Wir nehmen an, dass die körperliche und kognitive Scham der untersuchten Kohorte unabhängig von der Diagnose gleichmäßig verteilt ist (Aberer et al.,2019).

4. PatientInnen und Methoden

4.1. Studiendesign

Mit Erhalt des Ethikvotums der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz am 21.03.2018 (30-241ex 17/18) konnte mit der Studie zu Schamgefühlen bei dermatologischen PatientInnen begonnen werden. Im Rahmen dieser prospektiven Beobachtungsstudie wurden im Zeitraum März bis Mai 2018 Patienten und PatientInnen im Ambulanzbereich der Grazer Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie dazu eingeladen an einer Studie zum Schamerleben von HautpatientInnen teilzunehmen. Es ließen sich PatientInnen aus dem Bereich der Notfallambulanz, der Psoriasis- und Tumorambulanz sowie PatientInnen aus der Allergieambulanz zur Teilnahme rekrutieren. Nach einem genauen Aufklärungsgespräch durch Frau Mag. Hiebler-Ragger oder durch mich konnte festgestellt werden, ob der Patient / die Patientin als StudienteilnehmerIn geeignet war. Ausschlusskriterien waren das nicht erreichte 18. Lebensjahr, ein fehlendes Sprachverständnis oder das fehlende schriftliche Einverständnis.

Die Einverständniserklärung wurde von den PatientInnen unterzeichnet und separat abgeheftet. Die Fragebögen wurden mit einer Bearbeitungsnummer versehen (Pseudonymisierung) und an die TeilnehmerInnen verteilt. Es wurde darauf geachtet eine ruhige Atmosphäre, abseits von anderen PatientInnen, für die Ausfüllung der Fragebögen zu schaffen.

Wir untersuchen dabei das Schamerleben bei jeweiliger Erkrankung sowie die Krankheitsbelastung während der individuellen Lebensführung der PatientInnen (alle PatientInnen sind ambulant in Behandlung).

4.1.1. Zusammenstellung der Fragebögen

Die Testbatterie zu der Studie stellt sich neben der Einverständniserklärung aus drei Teilen zusammen: Der erste Teil beinhaltet die Beschreibung der biosozialen Daten in Form eines demographischen Fragebogen. Der zweite Teil beinhaltet eine deutsche Übersetzung der Skin Shame Scale (SSS-24) von der britischen Forscherin Caroline Scott, mit welchem sich die psychometrische Belastung der Hautscham erfassen lässt. Der SSS-24 wurde von der Psychologin Hiebler-Ragger validiert und ins Deutsche übersetzt (Hiebler-Ragger et al.2019). Der dritte Teil der Fragebogenreihe setzt sich aus dem SHAME-Fragebogen zusammen welcher entwickelt wurde, um die positiven und negativen Aspekte der Scham zu erfragen (Scheel et al., 2013).

4.1.1.1. Demographischer Teil

Zunächst wurden mittels eines standardisierten Fragebogens demographische Daten erhoben. Dabei wurde die aktuelle dermatologische Diagnose abgefragt sowie Geschlecht, Alter, höchster erreichter Ausbildungsstand, Familienstatus sowie Dauer der Erkrankung. Die Krankheitsbelastung wurde von den PatientInnen anhand einer 10-Punkte-Skala wiedergegeben, wobei 0 keiner Belastung entspricht und 10 eine extreme Belastung wiedergibt.

Teil des demographischen Abschnitts des Fragebögen war es auch die genauen Lokalisationen der Hautveränderungen darzustellen. Dazu konnten PatientInnen die betroffenen Hautstellen an einem abgebildeten Modell einzeichnen: Es konnte zwischen sichtbaren und unsichtbaren Hautstellen unterschieden werden. Zu den unsichtbaren zählten der Oberkörper, der Rücken der Gesäßbereich, der Genitalbereich, die Oberschenkel und Füße sowie die Oberarme. Zu den sichtbaren Regionen zählten das Gesicht, der Hinterkopf und Hals sowie die Unterarme und Hände.

4.1.1.2. SSS-24 – Skin Shame Scale

Es wurden 24 Items generiert, die für alle PatientInnengruppen passend waren, um ein multidimensionales Screeningverfahren für die klinische Anwendung an dermatologischen PatientInnen zu erstellen (Scott, 2004). Bei der Entwicklung dieses Fragebogens wurde angenommen, dass PatientInnen mit sichtbaren Hautveränderungen höhere Werte für Hautscham zeigen als jene ohne (Scott, 2004).

Eine Reliabilitätsanalyse des Fragebogens hat ein Cronbachs Alpha von 0,92 ergeben.

4.1.1.3. SHAME-Fragebogen

Zur Erfassung und psychometrischen Messung der Scham wurde der SHAME Fragebogen herangezogen (SHame Assesment scale for Multifarious Expressions of shame). Darin sind 21 Items mit 3 Subskalen enthalten. Die Subskalen bezeichnen die möglichen Ausdrucksformen der Scham: körperliche, existentielle und kognitive Scham. Die Items wurden hinsichtlich der Schamaffekte nach {(Hilgers,2006) siehe oben} formuliert. Damit wird das Muster der individuellen Schamneigung der PatientInnen erfasst (Scheel et al., 2013).

Die Reliabilität des Fragebogens wird mit einem Cronbachs Alpha von 0.83 angegeben.

Für die Subskalen ergibt sich ein Cronbachs Alpha von 0,82 für die körperliche Scham, Cronbachs Alpha = 0,86 für die kognitive Scham und Cronbachs Alpha = 0,76 für die existentielle Scham.

Die einzelnen Items geben Scham - auslösende Situationen wieder. Die PatientInnen sollten sich in das jeweilige Szenario hineinversetzen und dann das etwaige Schamerleben beurteilen. In einer 6-stufigen Skala kann die Antwort eingetragen werden. Diese reicht von 0 für "gar nicht" bis 5 für "extrem".

Bei Gesunden zeigen sich mittlere Ausprägungen auf den Skalen der körperlichen und kognitiven Scham und geringe Ausprägung der existentiellen Scham (Scheel et al., 2013).

4.2. Statistische Methoden

Die Statistische Auswertung der Studiendaten erfolgte nachdem der letzte Fragebogen ausgewertet und in das Programm SPSS (Version 25) übertragen wurde. Mittels des Chi-Quadrat-Tests wurden die Verteilung der demographischen Variablen der Stichprobe analysiert.

Post-hoc-Tests wurden durchgeführt um signifikante Unterschiede unter den Erkrankungsgruppen darzustellen. Dazu wurde der Tukey Honest Significant Difference (HSD) test angewandt. Wobei ein Alpha von $p < 0.01$ angenommen wurde.

Um die unterschiedliche Schamausprägung in den Untergruppen mit den Lokalisationen der Hautveränderungen (im folgenden HV) zu korrelieren wurden 2 Gruppen geschaffen: sichtbare HV und unsichtbare HV.

Zur Gruppe der sichtbaren HV zählen Veränderungen im Bereich des Gesichts, Hals und Nacken, Unterarme und Hände. In die Gruppe der unsichtbaren HV gehören Bereiche wie Oberkörper, Rücken, Gesäß, Oberarme, Beine und Füße. Um Gruppenvergleiche anzustellen wurde die ANOVA Varianzanalyse angewandt. Damit wurde die Schamausprägung in Abhängigkeit zur Lokalisationen der Hautveränderungen unter den einzelnen Krankheitsgruppen miteinander verglichen.

Das gleiche statistische Verfahren wurde angewandt um die Krankheitsdauer unter den Krankheitsgruppen miteinander zu vergleichen. Dafür wurden 2 Gruppen geschaffen: Eine Gruppe mit einer Krankheitsdauer von weniger als 5 Jahren (< 5 Jahre) und eine Gruppe mit mehr oder gleich 5 Jahren (≥ 5 Jahre).

Um eine bessere Bewertung der Ergebnisse darzustellen haben wir eine Beschreibung durch die Effekstärke η^2 eingeführt.

5. Ergebnisse

5.1. Verteilung des PatientInnenguts

Insgesamt wurden 296 Fragebögen in den Ambulanzbereichen der Klinik für Dermatologie Graz ausgeteilt (Organigramm Abb. 3). 58 Personen haben den Fragebogen einbehalten und nicht zur Auswertung freigegeben. 238 Personen haben den Fragebogen zurückgegeben, davon waren 23 unvollständig. 215 Fragebögen waren vollständig, wobei sieben Personen keine Diagnose hatten. Sieben PatientInnen wurden aus der Auswertung herausgenommen, da sie den von uns gewählten Gruppen nicht zuordenbar waren: (Bakerzyste (n=2), Dishydrosis (n=1), Hyperhidrosis (n=1), Porokeratosis (n=1), Thrombophlebitis (n=1), Thrombose (n=1)).

Zur Auswertung kamen 201 vollständige Datensätze. {siehe Abb.3}

Um den Datensatz zu sortieren, wurden Krankheitsgruppen erstellt. Die in den Fragebögen angegebenen Diagnosen wurden mit der Arbeitsdiagnose, vermerkt im medizinischen Dokumentationssystem MedDocs des LKH Graz, verglichen beziehungsweise korrigiert:

(I) Psoriasis, (II) Tumore, (III) Entzündungen, (IV) Infektionen, (V) Allergien, (VI) Ekzeme.

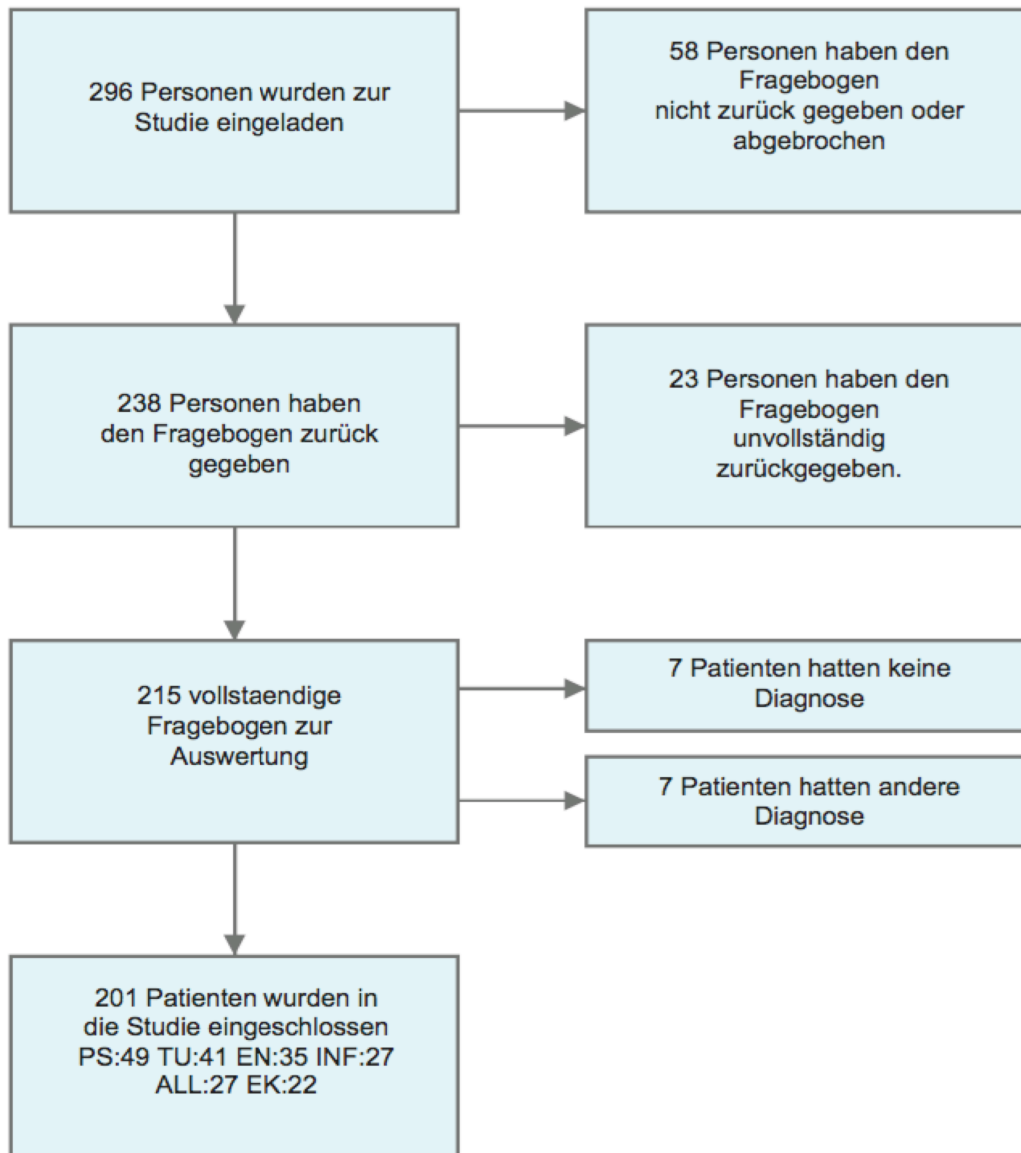


Abbildung 3: Verteilung der PatientInnen. (P = Psoriasis, T = Tumore, A = Allergien, En = Entzündungen, Ek = Ekzeme).

5.1.1. Aufteilung in den Untergruppen

Die Verteilung der Krankheiten in den Krankheitsgruppen {siehe Abb.3} ergab 50 PsoriatikerInnen(I).

41 PatientInnen hatten benigne oder maligne Tumoren (II) :

maligne Melanome (n=12), Aktinische Keratosen (n=9), Nävus-Entfernungen (n=7) Basalzellkarzinome (n=4), Carcinoma in situ (n=1), Fibrome (n=2), Xanthelasma (n=1), Epidermalzyste (n=1), Mycosis Fungoides (n=1), Verruca Seborrhoeica (n=1), Atherome (n=1), Plattenepithelkarzinom (n=1).

35 PatientInnen mit Entzündungen (III) wurden ausgewertet, dazu zählen: Akne (n=8), Prurigo Nodularis (n=3), Rosazea (n=3), Arthropodenreaktion (n=2), Aphten (n=2), Granuloma Anulare (n=2), Ulcus Cruris (n=2), Systemischer Lupus Erythematoses (n=2), Morphea (n=1), Follikulitiden (n=1), Bullöses Pemphigoid (n=1), Vitiligo (n=1), Onychogryphose (n=1), Pyoderma Gangraenosum (n=1), Pityriasis Rubra Pilaris (n=1), Perithrombophlebitis (n=1), Lichen Ruber Mucosae (n=1), Necrobiosis Lipoidica (n=1), Entzündliches Ekzem (n=1).

27 PatientInnen stellten sich mit Erkrankungen vor, die auf Infektionen (IV) zurückzuführen sind: Skabies (n=6), Mykosen (n=3), Herpes simplex (n=2), Pityriasis Versicolor (n=2), Virus Exanthem (n=2), Verrucae Plantares (n=1), Erysipel (n=1). Einschließlich zehn PatientInnen, die sich mit sexuell übertragbaren Infektionen vorstellten: Verdacht auf STD (n=5), Chlamydien (n=1), Condylomata (n=1), Herpes Genitalis (n=1), Syphilis (n=1), Vaginalsoor (n=1).

Weitere 27 PatientInnen zählten zu den allergischen Erkrankungen und Reaktionen (V): Urtikaria (n=3), Anaphylaxie (n=6), Arzneimittellexanthem (n=5), Insektengiftallergien (n=7), Generalisierte Exantheme (n=2), Lichtdermatosen (n=1), Kontaktdermatitis (n=1), Nahrungsmittelunverträglichkeit (n=1), nicht näher bezeichnete Allergie (n=1).

Die kleinste PatientInnengruppe bildet sich aus 22 PatientInnen mit Erkrankungen aus dem ekzematösen Formenkreis (VI): Atopische Dermatitis (n=10), Ekzem (n=8), Stasis dermatitis (n=2), dyshidrosiformes Ekzem (n=1), Lichen simplex (n=1).

5.1.2. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe {Tabelle 1}

In die Studie eingeschlossen wurden 201 PatientInnen, welche sich in 113 Frauen (56,2%) und 88 Männer (43,8%) aufteilen. Die PatientInnen waren überwiegend in einer festen Partnerschaft (59,8%) und hatten Kinder (53,5%). Der Altersdurchschnitt berechnet sich auf 43,46 Jahre, wobei knapp die Hälfte eine höhere Ausbildung absolviert hat (46,3%), die Altersspanne reicht von 18 bis 80 Jahren. Statistische signifikant wird die Relation des Alters: Tumor und Psoriasis PatientInnen sind älter als die PatientInnen aus den anderen Erkrankungsgruppen ($p < 0,001$).

Statistisch lässt sich aussagen, dass die Gruppe der Allergie-Patienten einen besseren Ausbildungsgrad genossen hat (74,1%) bei ($p < 0,05$). Außerdem wird deutlich, dass die PatientenInnengruppe der tumorösen Erkrankungen häufiger Kinder hat als die anderen Krankheitsgruppen (70,7%) bei ($p < 0,01$).

Tabelle 1:

Demographische Charakteristika der Stichprobe.

Variable	Gesamt (n=201)		Psoriasis (n=49)		Tumore (n=41)		Entzündung (n=35)		Infektionen (n=27)		Allergien (n=27)		Ekzeme (n=22)		F	eta ²	Post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Alter	43.46	17.76	47.86	14.59	51.71	20.13	40.71	18.51	33.70	14.67	43.44	15.11	34.68	15.60	5.49** *	.13	P = T > I = En
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Chi ²		
Geschlecht (Frauen)	113	56.2	27	55.1	21	51.2	20	57.1	12	44.4	18	66.7	15	68.2	4.45		
Höhere Ausbildung	93	46.3	19	38.8	17	41.5	12	34.3	14	51.0	20	74.1	11	50.0	12.37 *		En = T = P < A
Partner- schaft (ja) ^a	113	59.8	32	68.1	23	60.5	17	51.5	11	44.0	19	76.0	11	52.4	8.10		
Kinder (ja) ^b	107	53.5	33	67.3	29	70.7	16	45.7	8	29.6	12	46.2	9	40.9	17.67 **		En = Ek = I = A < T

Notiz. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Höhere Ausbildung = Matura oder Studium; % = Bezogen auf jeweils vorhandene n, Fehlende Werte: a = 12, b = 1. A = Allergien, P = Psoriasis, T = Tumore, I = Infektionen, En = Entzündungen, Ek = Ekzeme. Post hoc: Nur signifikante Unterschiede sind angeführt.

5.2.1. Krankheitsbezogene Charakteristika der Stichprobe {Tabelle 2}

5.2.1.1. Angaben zur Krankheitsbelastung:

Bei den 201 StudienteilnehmerInnen lässt sich ein durchschnittlicher Score zur Krankheitsbelastung von 4,57 (SD: 2,92) feststellen, wobei die PatientInnen mit Infektionen (INF) und Ekzemen (EK) die höchste Belastung durch die Erkrankung angeben (INF: M=5,80; SD=2,55; EK: M=5,80; SD=2,67) {M = mean = Mittelwert, SD= Standardabweichung}.

Die niedrigste durchschnittliche Krankheitsbelastung geben die PatientInnen mit allergischen Erkrankungen an (ALL: M=3,47; SD=2,37).

Statistisch lässt sich mithilfe des post-hoc- Signifikanztests aussagen, dass die Gruppe der Ekzeme gleich stark belastet ist wie die der Infektionen. Die TumorpatientInnen sind in ihrer Belastung mit den AllergiepateintInnen gleichzusetzen ($p < 0,01$).

5.2.1.2. Angaben zur Krankheitsdauer:

Die im demographischen Teil erfragte Krankheitsdauer wurde eingeteilt in 5 Jahre oder länger (≥ 5 Jahre). Die im Durchschnitt am längsten andauernde Erkrankung ist die Psoriasis. 30 der 49 Psoriasis PatientInnen geben eine Krankheitsdauer von 5 Jahren oder mehr an (M=30;SD=76,9).

Gefolgt werden sie von den Tumorerkrankungen, wovon 7 von den 41 Patientinnen eine Erkrankungsdauer von 5 Jahren oder mehr angeben (M=7;SD=38,9).

Die PatientInnen aus den Erkrankungsgruppen Entzündungen, Infektionen, Allergien und Ekzeme geben eine Dauer der Erkrankung von unter einem Jahr an. Auch statistisch lässt sich mithilfe des post-hoc-Signifikanztests aussagen, dass die Gruppe der Psoriasis-PatientInnen sich am längsten mit Hautveränderungen plagen muss ($p < 0,01$).

Tabelle 2:

Krankheitsbezogenen Charakteristika der Stichprobe.

Variable	Gesamt		P		T		En		I		A		Ek		F	η^2	Post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Belastung ^a	4.57	2.92	4.29	3.36	3.53	2.18	5.06	3.08	5.80	2.55	3.47	2.37	5.80	2.67	3.59**	.09	Ek = I > A = T
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2		
Lokalisation (sichtbar) ^b	130	68.1	37	75.5	22	56.4	25	71.4	15	55.6	13	68.4	18	81.8	7.73		
Krankheitsdauer (>= 5 Jahre) ^c	61	49.6	30	76.9	7	38.9	8	36.4	5	29.4	5	45.5	6	37.5	17.80**		P > T = En = Ek = I = A

Notiz. ** $p < .01$, *** $p < .001$. % = Bezogen auf jeweils vorhandene *n*, Fehlende Werte: a = 20, b = 10, c = 78. A = Allergien, P = Psoriasis, T = Tumore, I = Infektionen, En = Entzündungen, Ek = Ekzeme. Post hoc: Nur signifikante Unterschiede sind angeführt.

5.2.1.3. Lokalisation der Hautveränderungen {Tabelle 3}

Nach der Zuordnung der Patientinnen in die Gruppen der sichtbaren und unsichtbaren Hautveränderungen (HV) (siehe statistische Methoden) geben 130 (68,1%) der 201 PatientInnen sichtbare Hautveränderungen an. Am stärksten betroffen von sichtbaren HV ist die Gruppe der Ekzeme (81,8%) gefolgt von den Psoriasis-PatientInnen (75,5%).

Tabelle 3:

Häufigkeiten der Lokalisationen der Hautveränderungen nach dermatologischer Erkrankung (n= „ja“)

Lokalisation	Psoriasis	Tumore	Entzündungen	Infektionen	Allergien	Ekzeme
Gesicht	n=19 38,77%	n=10 25,64%	n=15 42,85%	n=7 25,92%	n=9 47,36%	n= 50,00%
Hinterkopf	n=20 40,82%	n=5 12,82%	n=1 2,85%	n=1 3,70%	n=4 21,05%	n=3 13,63%
Hals	n=7 14,28%	n=2 5,13%	n=3 8,57%	n=5 18,51%	n=6 31,57%	n=5 22,72%
Oberkörper vorne	n=21 42,85%	n=10 25,64%	n=7 20,00%	n=9 33,33%	n=5 26,31%	n=3 13,63%
Rücken	n=18 36,73%	n=9 23,07%	n=7 20,00%	n=3 11,11%	n=7 36,84%	n=4 18,18%
Genitalbereich	n=8 16,33%	n=0 0%	n=1 2,85%	n=12 44,44%	n=2 10,52%	n=2 9,09%
Gesäß	n=14 28,57%	n=1 2,56%	n=2 5,71%	n=4 14,81%	n=2 10,52%	n=1 4,54%
Oberarm	n=12 24,49%	n=3 7,70%	n=8 22,86%	n=7 25,92%	n=7 36,84%	n=8 36,36%
Unterarm	n=24 48,98%	n=6 15,38%	n=10 28,57%	n=9 33,33%	n=10 52,63%	n=7 31,81%
Hände	n=16 32,65%	n=3 7,70%	n=5 14,28%	n=10 52,92%	n=5 26,31%	n=14 63,63%
Oberschenkel	n=19 38,77%	n=7 17,94%	n=8 22,86%	n=9 33,33%	n=5 26,31%	n=7 31,81%
Unterschenkel	n=2 46,94%	n=7 17,94%	n=9 25,71%	n=6 22,22%	n=4 21,05%	n=5 22,72%
Füße	n=8 36,73%	n=2 5,13%	n=4 11,43%	n=6 22,22%	n=3 15,79%	n=7 31,81%

5.2.2. Auswertung nach Aspekten der Scham {Tabelle 4 & 5}

Eine Auswertung der Studiendaten hinsichtlich der verschiedenen Aspekte der Scham wurde durchgeführt.

Mit dem SHAME Fragebogen erhoben wir 3 Untergruppen: SHAME körperlich, SHAME kognitiv, SHAME existenziell und einen SHAME-Gesamtwert.

Mit dem SSS-24 ließ sich ein Summenscore erheben.

Es wurde das unterschiedliche Schamempfinden in den Untergruppen der Diagnosen, hinsichtlich sichtbarer und unsichtbarer HV und der Krankheitsdauer analysiert und korreliert.

5.2.2.1. Gruppenunterschiede der Diagnosen bei SSS-24 {Tabelle 4}

Die unterschiedliche Schamausprägung in der Untergruppe der dermatologischen Diagnosen wurde analysiert.

Die höchsten Skin Shame-Werte ergaben sich für die PsoriatikerInnen (Score M = 65,33; SD = 18,01), gefolgt von den Ekzemen (M=62,59; SD=17,55), gefolgt von den Entzündungen (M=65,06; SD=15,64), gefolgt von den Tumoren (M=48,54; SD=15,08) und den Allergien (M=49,93; SD=15,63).

Dem post-hoc-Test nach ergibt sich eine hohe statistische Signifikanz dafür, dass die PsoriatikerInnen gleichviel Hautscham empfinden wie die Gruppe der Ekzeme und Entzündungen. Das ist mehr Hautschamempfinden als es bei den Tumor- und Allergie-PatientInnen zu finden ist ($p < 0,001$).

5.2.2.2. Gruppenunterschiede der Diagnosen bei SHAME {Tabelle 4&5}

Die körperliche Schamausprägung SHAME körperlich war am höchsten bei der Erkrankungsgruppe der Infektionen (M=2,88; SD=1,13), gefolgt von der Gruppe der Ekzeme (M=2,86; SD=1,20), Allergien (M=2,62; SD=0,98), Entzündungen (M=2,60; SD=1,09), Tumore (M=2,47; SD=1,06), Psoriasis (M=2,42; SD=0,99). Die kognitive Scham SHAME kognitiv war am höchsten bei der Erkrankungsgruppe der Infektionen (M=4,24; SD=0,92), gefolgt von der Gruppe der Entzündungen (M=4,09; SD=1,20), Ekzeme (M=4,04; SD=1,11), Psoriasis (M=3,98; SD=1,19), Allergien (M=3,96; SD=1,14), Tumore (M=3,79; SD=1,37).

Die existentielle Scham SHAME existenziell war am höchsten bei der Erkrankungsgruppe

der Infektionen (M=2,05; SD=1,09), gefolgt von der Gruppe der Ekzeme (M=1,92; SD=1,14), Tumore (M=1,90; SD=0,97), Allergien (M=1,83; SD=0,81), Entzündungen (M=1,78; SD=0,93), Psoriasis (M=1,69; SD=0,74).

SHAME-Gesamtwerte ließen sich erheben: Am höchsten war die Ausprägung in der Gruppe der Infektionen (M=3,05; SD=0,76), gefolgt von der Gruppe der Ekzeme (M=2,94; SD=0,95), Entzündungen (M=2,83; SD=0,82), Tumore (M=2,72; SD=0,83), Allergien (M=2,81; SD=0,79), Psoriasis (M=2,69; SD=0,76).

Die Anova-Varianzanalyse ergab hier keine statistische Signifikanz für jegliche Gruppenunterschiede in den Erkrankungsgruppen.

Tabellen 4 & 5:

Gruppenunterschiede (Diagnosen) in verschiedenen Aspekten des Schamgefühls.

Variable	Gesamt		Psoriasis		Tumore		F	eta ²	Post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD			
SSS	57.78	18.01	65.33	17.59	48.54	15.08	8.17***	.17	P = Ek = En > T = A
SHAME Körperlich	2.60	1.07	2.42	.99	2.47	1.06	1.03	.03	
SHAME Kognitiv	4.00	1.18	3.98	1.19	3.79	1.37	.54	.01	
SHAME Existenziell	1.84	.92	1.69	.74	1.90	.97	.63	.02	
SHAME Gesamtwert	2.81	.81	2.69	.76	2.72	.83	.92	.02	

Notiz. ** $p < .01$, *** $p < .001$. P = Psoriasis, T = Tumore, A = Allergien, En = Entzündungen, Ek = Ekzeme. Post hoc: Nur signifikante Unterschiede sind angeführt.

Variable	Entzündung		Infektionen		Allergien		Ekzeme		F	eta ²	Post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
SSS	65.06	15.64	53.63	18.15	48.93	15.63	62.59	17.55	8.17***	.17	P = Ek = En > T = A
SHAME Körperlich	2.60	1.09	2.88	1.13	2.62	.98	2.86	1.20	1.03	.03	
SHAME Kognitiv	4.09	1.20	4.24	.92	3.96	1.14	4.04	1.11	.54	.01	
SHAME Existenziell	1.78	.93	2.05	1.09	1.83	.81	1.92	1.14	.63	.02	
SHAME Gesamtwert	2.83	.82	3.05	.76	2.81	.79	2.94	.95	.92	.02	

Notiz. ** $p < .01$, *** $p < .001$. P = Psoriasis, T = Tumore, A = Allergien, En = Entzündungen, Ek = Ekzeme. Post hoc: Nur signifikante Unterschiede sind angeführt.

5.2.2.3. Gruppenunterschiede zwischen sichtbaren und unsichtbaren HV {Tabelle 6}

Das Schamerleben, ausgewertet hinsichtlich der Lokalisation der Hautveränderungen, ergab einen SSS-24 Mittelwert (M=61,5; SD=17,29) für sichtbare HV und (M=53,11; SD=17,47) für unsichtbare HV. Es gibt eine statistische Signifikanz ($p < 0,01$) dass sichtbare HV mit mehr Schamerleben einhergehen.

5.2.2.4. Gruppenunterschiede der Lokalisationen bei SHAME {Tabelle 6}

Für das Schamgefühl bei sichtbaren und unsichtbaren HV ließen sich folgende Schamwerte erheben:

Körperliche Schamausprägung SHAME körperlich für Individuen mit sichtbaren HV von (M=1,10; SD=2,68). Für unsichtbare HV ergibt sich ein M von 2,47 bei einer SD von 0,99. Die statistische Varianzanalyse ergibt ein η^2 von 0,01.

Für SHAME kognitiv folgt bei Individuen mit sichtbaren HV: M=4,06; SD= 1,15. Bei unsichtbare HV ergibt sich: M=3,92; SD= 1,25. Die statistische Varianzanalyse ergibt ein η^2 von 0,00.

SHAME existenziell bei sichtbaren HV: M=1,90; SD= 1,01 und bei unsichtbare HV ergibt sich: M=1,77; SD=0,75. Die statistische Varianzanalyse ergibt auch hier ein η^2 von 0,00.

SHAME Gesamtwerte ließen sich auch hier erheben: für sichtbare gilt ein M von 2,88 bei einer SD von 0,82. Für Individuen mit HV an unsichtbaren Stellen ergibt sich ein M von 2,72 bei einer SD von 0,78. Die Effektstärke η^2 ergibt 0,01. Diese Ergebnisse waren nicht signifikant.

5.2.2.5. Gruppenunterschiede der Krankheitsdauer bei SSS-24 {Tabelle 6}

Nach der Krankheitsdauer hin ausgewertet ließ sich ein Summenscore M von (M=58,92; SD=17,81) erheben für eine Erkrankungsdauer von weniger als 5 Jahren.

Für eine Krankheitsdauer für 5 Jahre oder mehr ließ sich ein Summenscore M von (M=65,41; SD=16,35) erheben ($p < 0,01$).

5.2.2.6. Gruppenunterschiede der Krankheitsdauer bei SHAME {Tabelle 6}

Für das Schamgefühl in Bezug auf die Krankheitsdauer ergibt sich eine körperliche Schamausprägung SHAME körperlich, für Individuen die weniger als 5 Jahre erkrankt sind, ein $M=2,64$ und eine $SD=1,00$. Für PatientInnen die 5 Jahre oder länger mit der Erkrankung leben ergibt sich ein M für SHAME körperlich von $M=2,50$ bei einer $SD=1,00$.

Für SHAME kognitiv erheben wir ein $M=4,06$; $SD= 1,11$ für Erkrankte unter einem Erkrankungszeitraum von 5 Jahren. Bei Erkrankten die 5 Jahre oder mehr an Hautkrankheiten leiden erheben wir: $M=4,15$; $SD=1,18$. Die statistische Varianzanalyse ergibt ein η^2 von 0,00.

Bei SHAME existenziell ausgewertet nach der Erkrankungsdauer erheben wir für erkrankte Individuen, mit Erkrankungsdauer unter 5 Jahren, ein: $M=1,86$; $SD= 0,81$. Bei Erkrankungsdauer von 5 Jahren oder mehr gilt: $M=1,68$; $SD=0,82$. Die statistische Varianzanalyse ergibt hier ein η^2 von 0,01.

SHAME Gesamtwerte für Erkrankte mit weniger als 5 Jahren Erkrankungsdauer erheben wir ein M von 2,85 bei einer SD von 0,72. Für Individuen einer Krankheitsdauer von 5 Jahren oder länger ergibt sich ein M von 2,78 bei einer SD von 0,77. Die Effektstärke η^2 ergibt 0,00.

5.2.3. Zusammenfassung der Gesamtergebnisse hinsichtlich allgemeiner Scham:

Es zeigten sich keine Unterschiede im allgemeinen Schamerleben in den dermatologischen Erkrankungsgruppen.

Tabelle 6:

Gruppenunterschiede (Lokalisation und Krankheitsdauer) in verschiedenen Aspekten des Schamgefühls.

Variable	Lokalisation ^a						Krankheitsdauer ^b				
	Sichtbar		Unsichtbar		F	η^2	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre		F
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD	
SSS	61.58	17.29	53.11	17.47	9.88**	.05	58.92	17.81	65.41	16.39	4.42*
SHAME Körperlich	2.68	1.10	2.47	.99	1.56	.01	2.64	1.00	2.50	1.00	.55
SHAME Kognitiv	4.06	1.15	3.92	1.25	.59	.00	4.06	1.11	4.15	1.18	.17
SHAME Existenziell	1.90	1.01	1.77	.75	.84	.00	1.86	.81	1.68	.82	1.53
SHAME Gesamtwert	2.88	.82	2.72	.78	1.64	.01	2.85	.72	2.78	.77	.56

5.2.4. Zusammenfassung der Gesamtergebnisse hinsichtlich der Hautscham:

PatientInnen mit Psoriasis, Entzündungen und ekzematösen Erkrankungen wiesen die grösste Schamneigung auf ($p < 0,001$) {siehe Abbildung 4}. Es wird deutlich dass sichtbare Hautveränderungen zu mehr Schamerleben führen ($p < 0,01$) aber auch eine längere Erkrankungsdauer mit mehr Scham einhergeht ($p < 0,05$). Es zeigten sich keine Unterschiede im allgemeinen Schamerleben in den dermatologischen Erkrankungsgruppen.

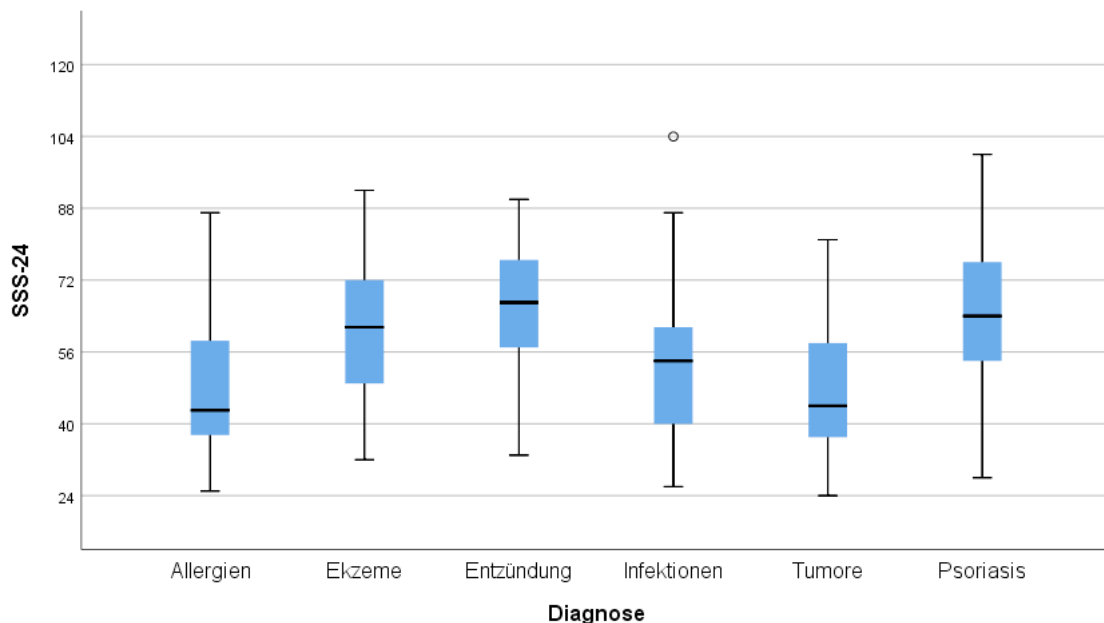


Abbildung 4: Hautschamerfahrung in Korrelation zur Erkrankungsgruppe. Für PatientInnen mit entzündlichen Hauterkrankungen, Psoriasis und PatientInnen mit ekzematösen Erkrankungen besteht die grösste Hautscham ($p < 0,001$).

6. Diskussion

6.1. *Klinische Relevanz der Studienergebnisse*

Statistisch lässt sich aussagen dass die Gruppe der an Ekzemen erkrankten Personen und die Gruppe der an Infektionen Erkrankten am stärksten durch die Krankheit belastet sind. Das ist eine höhere Belastung als es die Tumor und Allergie PatientInnen angeben ($p < 0,01$).

Hinsichtlich der Erkrankungsdauer lässt sich zeigen dass Psoriasis PatientInnen die längste Erkrankungsdauer angeben, 5 Jahre oder länger ($p < 0,01$).

Wir nahmen an, dass PatientInnen mit Hautveränderungen an sichtbaren Stellen prädestiniert dafür sind gehäuft Schamgefühle zu entwickeln (siehe Rzepa et al, 2017).

Bei der Testung der Hypothese, "dass PatientInnen mit sichtbaren Hautveränderungen höhere Werte für Hautscham zeigen als jene ohne" (Scott, 2004) wurden die Ergebnisse der zwei Fragebögen analysiert. Die Ergebnisse des Hautscham-Fragebogen, SSS-24, waren hoch signifikant ($p < 0,001$) {siehe Scott, 2004}. Den Ergebnissen des SHAME-Fragebogen folgend finden sich aber keine statistischen Signifikanzen für höhere Schamwerte wenn die erkrankten Hautstellen sichtbar sind.

Der am höchsten zu erreichende Score der Skin Shame Scale ist 120, was extremer Hautscham entspricht, der niedrigste zu erreichende Score ist 24, was praktisch keiner Hautscham entspricht (siehe: 4.1.1.2.). PatientInnen mit sichtbaren Hautstellen geben einen SSS-Wert von 61,48 (SD=17,29) und PatientInnen mit unsichtbaren Hautstellen geben einen SSS-Wert von 53,11 (SD=17,47) an.

Diesen Ergebnissen folgend kann wie bei, Randa et al. 2018 & Garshick et al., 2015, diagnostiziert werden: Die PatientInnen mit Hautveränderungen nehmen sich selbst als weniger wertvoll wahr und ziehen ungewollte Aufmerksamkeit auf sich.

Bei der Auswertung unserer Studiendaten hinsichtlich der Hautscham-Erfahrungen in Abhängigkeit zur Krankheitsdauer ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede. PatientInnen mit einer Krankheitsdauer von 5 Jahren oder mehr zeigen höhere Hautscham-Scores als solche mit einer kürzeren Erkrankungsdauer.

Das kann für eine mangelnde Krankheitsverarbeitung bei langer Erkrankungsdauer sprechen und es zeigt auch an dass die ersichtlichen körperlichen Veränderungen nicht vollständig in ein positives Selbstbild integriert wurden. Das Ich schützt sich und zieht eine Grenze zur Aussenwelt indem es zu Emotionen wie Scham und Ekel greift (Gieler et al.,2008).

6.1.1. Anmerkungen zum SHAME-Fragebogen

Bei diesem Fragebogen ging es darum sich in schambesetzte Situationen hineinzusetzen. Wie etwa in Frage 2:

"Ich bekomme von einer Freundin/ einem Freund eine Karte aus dem Urlaub, auf der steht, dass sie/er mich wirklich vermisse." {siehe Anhang, 'SHAME-FRAGE 2}

Bei der Durchführung der Befragungen stieß ich immer wieder auf PatientInnen die einzelne Fragen des SHAME Fragebogen nicht akzeptiert oder nicht beantwortet haben (ab 2 unbeantworteten Fragen wurden die StudienteilnehmerInnen aus der Studie ausgeschlossen). Es wurden Fragen händisch gestrichen, ausgelassen und Randnotizen an die Durchführenden gemacht. Viele Fragen kämen zu sehr vom Thema ab oder hätten mit Scham an sich nichts zu tun gehabt! Wie zum Beispiel Frage 4:

"Ich werde für etwas gelobt, was ich gar nicht selbst erreicht habe." {siehe Anhang, 'SHAME-FRAGE 4}

Es ist hinzuzufügen dass der SHAME-Fragebogen an PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung und Gesunden validiert wurde (siehe Scheel et al., 2013). Wir wendeten den Fragebogen zur Evaluierung der Scham dermatologischer PatientInnen, ein Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe war in der vorliegenden Diplomarbeit nicht das Ziel.

6.2.Klinische Relevanz der Scham Erfahrung

Widerspiegelnd in einem innerpsychischen Konflikt aus Selbstwert und Objektwert gibt sich die Scham als Leitaffekt des Selbstwertkonflikts wieder (Arbeitskreis OPD,2014; S. 425). Der Selbstwertkonflikt dominiert dann das psychische Erleben, wenn die Haut nicht akzeptiert und wertgeschätzt wird sondern als etwas Fremdes, Abzulehnendes wahrgenommen wird. Im Extremfall geht die Beziehung zum eigenen Körper verloren (Rosa,2017; S.305). Es folgt eine Entfremdung, resultierend aus Missachtungserfahrung in welcher es an jeglicher Form von Anerkennung mangelt: 'Ich werde nicht geliebt','Ich werde nicht respektiert','ich werde nicht geachtet' (ebd.)

Den Ergebnissen unserer Studie weiter folgend scheint es nicht ausschlaggebend zu sein, wo sich die Hautveränderungen befinden (Siehe Rzepa et al.,2017). Allein die Vorstellung erkrankt zu sein löst defizitäre Scham aus auch wenn die Erkrankung äusserlich nicht ersichtlich ist. Dies hat auch die Studie aus Polen bewiesen, in der festgestellt wurde, dass die peinlichste Erkrankung die Syphilis gefolgt von AIDS war (Rzepa et al., 2013) – obwohl Syphilis und AIDS systemische Erkrankungen sind und sich meistens nicht durch sichtbare Hautveränderungen manifestieren. Viele Menschen die mit dem HI Virus Infiziert sind erleben Stigmatisierung und Ablehnung worauf Scham aus Angst vor der Bewertung durch andere folgt. Wie in Abbildung 1 dargestellt folgt auch in diesem Fall soziale Isolation der Scham.

Ein Teufelskreis oder, wie bei Viktor Frankl, ein neurotischer Zirkel, aus welchem ein Entkommen nur durch aktives Distanzieren von den schamhaften Zuständen gelingt (Frankl,1959). Frankl empfiehlt den Humor zu bewahren und regte seine PatientInnen dazu an, der Angst ins Gesicht zu lachen (ebd.). Auch nach (Rosa 2017) geht es darum wieder mit der Welt ins Schwingen zu kommen um einen Platz darin einzunehmen.

6.3.Ausblick

Ein Fallbericht aus London bestätigt die Wirksamkeit von Psychotherapie im Rahmen der Behandlung von Psoriasis: Eine 46-jährige Patientin mit einer seit 40 Jahren bestehenden Erkrankung unterzog sich nach langen erfolglosen Behandlungsversuchen mit Cremes, Biologika und anderen Medikamenten einer systemischen psychotherapeutischen Behandlung. Besonders belastet war sie vor allem durch starke Schamgefühle und einem niedrigen Selbstwertgefühl. Auch ihr Mann und andere Familienmitglieder stiegen in die psychotherapeutische Behandlung mit ein. Bereits nach zehn Einheiten zu je 50 Minuten war sie fähig ihre Erkrankung von einem objektiven Standpunkt aus zu sehen. In der Psychotherapie gewann sie Einblicke in die psychodynamische Krankheitsentwicklung und in ihre Rolle als Familienmitglied sowie die Dynamik des Schamerleben in Gemeinschaft bzw. sozialen Beziehungen. Es gelang ihr ihre eigenen Scham-Erfahrungen und Ablehnungen, die sie aufgrund ihrer Hauterkrankung erfahren hat, besser zu verstehen. (Shah et al., 2001)

Wie sich aus meinen anfänglichen Erörterungen über die tiefenpsychologische Herkunft der Scham erkennen lässt, sind es die Zurechtweisungen hin zu angepasstem Verhalten durch die elterlichen Instanzen, welche das Schamgefühl primär induzieren. Später manifestiert das Schamgefühl unbewusst als Angst vor anderen, in schlechtem Licht dazustehen. So machte ich selbst die Erfahrung, während des Studentenunterrichts, als sich 4 Studenten ein Lehrender und eine Pflegekraft um einen Patienten versammelten während dieser sich entkleiden musste. Solchen für den Patienten/die Patientin unangenehmen Situationen kann aus dem Weg gegangen werden indem man mit mehr Achtsamkeit an die Schamproblematik der Einzelnen/ des Einzelnen herangeht.

So scheint uns die Scham vor Selbstexposition zu schützen um unsere menschliche Würde zu wahren. Im Fall der defizitären Scham, wie es auch bei dermatologischen PatientInnen der Fall zu sein scheint, erleben wir die Erfahrung der Scham zwar auch als Schutzfunktion für das Innere vor dem Äußeren allerdings mit sozialer Isolation und Depression als Folge. Dies sollte unbedingt in Betracht gezogen werden bei der Behandlung von PatientInnen mit schweren Hautveränderungen und anderen mit Scham assoziierten Erkrankungen.

Nur so lässt sich ein allumfassendes Behandlungskonzept realisieren das sich auch in die psychisch sozialen Aspekte der PatientInnen integriert. Um PatientInnen aus der Befangenheit der Scham zu befreien.

Literaturverzeichnis

- Aberer, E.1*, Hiebler-Ragger M.1,4, Zenker, M.1, Weger W.1, Hofer, A.1, Thompson A.R.2, Unterrainer, H.F. 3, 4. (2019). Facets of shame are differently expressed in dermatological disease: Anobservational prospective study. In Preparation,
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
- Dost, A., & Yagmurlu, B. (2008). Are constructiveness and destructiveness essential features of guilt and shame feelings respectively? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(2), 109-129.
- Elison, J., Garofalo, C., & Velotti, P. (2014). Shame and aggression: Theoretical considerations. *Aggression and Violent Behavior*, 19(4), 447-453.
- Erikson, E. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus* (W. Klüwer, übers.). Frankfurt/Main: Suhrkamp.(Original erschienen 1982: *The Life Cycle Completed*).
- Frankl, V. E. (1959). *Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie* Urban & Schwarzenberg.
- Garshick, M. K., & Kimball, A. B. (2015). Psoriasis and the life cycle of persistent life effects. *Dermatologic Clinics*, 33(1), 25-39. doi:10.1016/j.det.2014.09.003 [doi]
- Gieler, U., Jungblut, F. M., Harth, W., Reimer, C., Niemeier, V., Höring, C., & Kupfer, J. (2008). Scham und berührung. *Psychotherapeut*, 53(1), 27-34.

- Gilbert, P. (1998). *What is shame? some core issues and controversies*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 7(3), 174-189.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1205-1230.
- Hiebler-Ragger M., Unterrainer H.-F., Thompson A.R., Kellet S., Aberer E. (2019). A german version of the skin shame scale (SSS-24) validation with dermatological patients and dermatologically healthy individuals. Submitted,
- Hilgers, M. (2006). *Scham: Gesichter eines affekts* Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jacoby, M. (2016). *Shame and the origins of self-esteem: A jungian approach* Routledge.
- Kellett, S. (2014). Shame-fused acne: A biopsychosocial conceptualisation and treatment rationale. *Body shame* (pp. 149-168) Routledge.
- Kinston, W. (1983). A theoretical context for shame. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 213.
- Lahousen, T., Kupfer, J., Gieler, U., Hofer, A., Linder, M. D., & Schut, C. (2016). Differences between psoriasis patients and skin-healthy controls concerning appraisal of touching, shame and disgust. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(217), 78-82.

- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2017). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Interpersonal development* (pp. 57-89) Routledge.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The self-presentation model of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, , 94-112.
- Malakouti, M., Brown, G. E., Leon, A., Wang, E., Naegeli, A. N., Edson-Heredia, E. Koo, J. Y. (2017). The dermatologic intimacy scale: Quantitatively measuring the impact of skin disease on intimacy. *Journal of Dermatological Treatment*, 28(4), 347-352.
- Mentzos, S. (2013). *Neurotische Konfliktverarbeitung*
- Morrison, A. P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale NJ. NJ: The Analytic Press.
- OPD, A. A. (2014). *OPD-2-operationalisierte psychodynamische diagnostik: Das manual für diagnostik und therapieplanung* Verlag Hans Huber.
- Peters, U. H. (Ed.). (1977). *Woerterbuch der psychiatrie und medizinischen psychologie*. Muenchen\Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114.
- Randa, H., Lomholt, J., Skov, L., & Zachariae, R. (2018). Health-related quality of life in adolescents with psoriasis: An interview-based study. *British Journal of Dermatology*,
- Rosa, H. (2016). *Resonanz: Eine soziologie der weltbeziehung* Suhrkamp Verlag.

- Rzepa, T., Jakubowicz, O., Witmanowski, H., & Zaba, R. (2013). Disease-induced level of shame in patients with acne, psoriasis and syphilis. *Postepy Dermatologii i Alergologii*, 30(4), 233-236. doi:10.5114/pdia.2013.37033 [doi]
- Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G. A. (2013). SHAME– Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung positiver und negativer Aspekte von Scham. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie* (2013), 42, pp. 280-290.
- Scott, C. (2004). Understanding Psychodermatological Distress: Constructing a Skin Shame Scale.,
- Shah, R., & Bewley, A. (2014). Psoriasis: 'the badge of shame'. A case report of a psychological intervention to reduce and potentially clear chronic skin disease. *Clinical and Experimental Dermatology*, 39(5), 600-603.
- Tangney, J., & Dearing, R. (2002). Emotions and social behavior. shame and guilt. new york, NY, US.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? the relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(4), 669.
- Tiedemann, J. L. (2008). Die intersubjektive natur der scham. Paper presented at the Forum Der Psychoanalyse, , 24(3) 246-263.

van der Snoek, Eric M, Couwenberg, S. M., Lammers, A. M., & van Loon, A. M. (2013).
Anogenital warts: Influence on quality of life in dutch soldiers. *Sexually Transmitted
Diseases*, 40(8), 650-651.

Worth, C., Heukelbach, J., Fengler, G., Walter, B., Liesenfeld, O., & Feldmeier, H. (2012).
Impaired quality of life in adults and children with scabies from an impoverished
community in brazil. *International Journal of Dermatology*, 51(3), 275-282.

Wurmser, L. (1981). *The mask of shame* Johns Hopkins University Press.

Wurmser, L. (2015). Primary shame, mortal wound and tragic circularity: Some new
reflections on shame and shame conflicts. *The International Journal of
Psychoanalysis*, 96(6), 1615-1634.

Zięciak, T., Rzepa, T., Król, J., & Żaba, R. (2017). Feelings of stigmatization and
depressive symptoms in psoriasis patients. *Psychiatria Polska*, 51(6): 1153–1163.

Anhang



Medizinische Universität Graz

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie

Demographischer Fragebogen

Pat.-Nr.: _____

1. Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
2. Alter: _____ Jahre
3. Beruf: <input type="checkbox"/> Angestellte/r oder Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend <input type="checkbox"/> In Pension <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> SchülerIn oder StudentIn
4. Höchste abgeschlossene Ausbildung <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Pflichtschule <input type="checkbox"/> Berufsausbildung / Lehre <input type="checkbox"/> Matura <input type="checkbox"/> Studium, Akademischer Titel: _____
5. Aktueller Familienstand <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> In einer Partnerschaft
6. Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

- Bitte wenden -

1/2



7. Aktuelle dermatologische Erkrankung(en):

Nein

Ja -> Bitte nennen Sie die genaue(n) Diagnose(n):

_____ Alter Krankheitsbeginn: _____ Jahre

_____ Alter Krankheitsbeginn: _____ Jahre

_____ Alter Krankheitsbeginn: _____ Jahre

8. Weitere aktuelle Erkrankung(en) – körperlich und/oder psychisch:

Nein

Ja -> Bitte nennen Sie die genaue(n) Diagnose(n):

_____ Alter Krankheitsbeginn: _____ Jahre

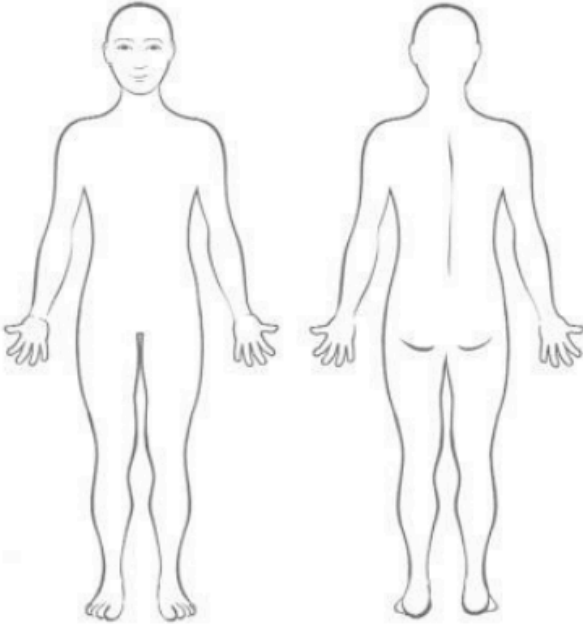
_____ Alter Krankheitsbeginn: _____ Jahre

_____ Alter Krankheitsbeginn: _____ Jahre

_____ Alter Krankheitsbeginn: _____ Jahre

Nur Auszufüllen bei Vorliegen aktueller dermatologischer Erkrankungen:

9. Lokalisation von Hautveränderungen durch dermatologische Erkrankungen:
Bitte markieren Sie die betroffenen Körperstellen möglichst genau durch Ausmalen



Fragebogen zum hautbezogenen Schamgefühl

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Gefühlen und Erfahrungen in Bezug auf Ihre Haut, die Sie vielleicht kennen. Viele Menschen haben diese Gefühle irgendwann einmal gehabt, während andere sie kaum oder nie gehabt haben.

Bitte versuchen Sie, jede Aussage so ehrlich wie möglich zu bewerten.

Bitte lesen Sie jede Aussage genau und markieren Sie dann jene Nummer auf der rechten Seite, die am besten beschreibt, wie oft diese Aussage **im Verlauf der letzten Woche** auf Sie zugetroffen hat.

		nie	kaum	manchmal	oft	immer
1	Ich habe gelernt, mit dem Zustand meiner Haut zu leben.	1	2	3	4	5
2	Ich vermeide es, meine Haut im Spiegel zu betrachten.	1	2	3	4	5
3	Meine Haut sieht unattraktiv aus.	1	2	3	4	5
4	Ich vermeide es, mich vor anderen Menschen auszuziehen.	1	2	3	4	5
5	Der Zustand meiner Haut bestimmt mein Leben.	1	2	3	4	5
6	Andere starren meine Haut an.	1	2	3	4	5
7	Meine Haut macht mich anders.	1	2	3	4	5
8	Meine Haut ist schön.	1	2	3	4	5
9	Ich vermeide es, meine Haut behandeln zu lassen.	1	2	3	4	5
10	Ich schäme mich für meine Haut.	1	2	3	4	5
11	Wegen meiner Haut vermeide ich soziale Kontakte.	1	2	3	4	5
12	Ich fühle mich besser, wenn ich meine Haut verstecke.	1	2	3	4	5
13	Ich mache mir Sorgen darüber, wie meine Haut auf andere wirkt.	1	2	3	4	5
14	Ich ertappe mich dabei, dass ich über meine Haut nachdenke.	1	2	3	4	5
15	Ich bin stolz auf meine Haut.	1	2	3	4	5
16	Ich vermeide es, mit anderen über meine Haut zu sprechen.	1	2	3	4	5
17	Ich glaube, andere Menschen akzeptieren meine Haut.	1	2	3	4	5
18	Wegen meiner Haut vermeide ich intime Kontakte.	1	2	3	4	5
19	Meine Haut ist genauso attraktiv wie die anderer Menschen.	1	2	3	4	5
20	Ich vermeide es, meine Haut zu berühren.	1	2	3	4	5
21	Ich kann den Zustand meiner Haut kontrollieren.	1	2	3	4	5
22	Ich fühle mich mutlos wegen meiner Haut.	1	2	3	4	5
23	Ich fühle mich gut, wenn andere Menschen meine Haut berühren.	1	2	3	4	5
24	Der Zustand meiner Haut ist nur ein Aspekt von mir.	1	2	3	4	5

SHAME - SHame Assessment scale for Multifarious Expressions of shame
Scham-Beurteilungsskala für verschiedene Schamfacetten

In diesem Fragebogen werden Sie über Situationen befragt, in denen sich Menschen möglicherweise schämen. Einige Situationen sind Ihnen vielleicht eher unbekannt und treffen daher nicht oder nur teilweise auf Sie zu; bitte versuchen Sie aber trotzdem, sich in die Situation hinein zu versetzen und möglichst keine Frage auszulassen. Bitte markieren Sie die Antwort, die am besten beschreibt, wie stark Sie sich in der beschriebenen Situation schämen würden. Antworten Sie spontan; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	Ich schäme mich:	gar nicht	fast gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	extrem
1	Ich halte einen Aufzug an und gehe hinein. Darin steht ein Paar, das heftig knutscht und sich gegenseitig an Hintern und Oberschenkeln streichelt.	0	1	2	3	4	5
2	Ich bekomme von einer Freundin/einem Freund eine Karte aus dem Urlaub, auf der steht, dass sie/er mich wirklich vermisse.	0	1	2	3	4	5
3	Ohne darüber nachzudenken betrachte ich den Oberkörper einer Kollegin/eines Kollegen die/den ich sehr attraktiv finde. An ihrem/seinem amüsierten Grinsen bemerke ich plötzlich, dass sie/er es gemerkt hat.	0	1	2	3	4	5
4	Ich werde für etwas gelobt, was ich gar nicht selbst erreicht habe.	0	1	2	3	4	5
5	Ich erzähle jemandem, den ich bewundere, von etwas, das ich eigentlich mit einer Kollegin zusammen erarbeitet habe. Ich stelle es aber so dar, als ob ich es alleine gemacht hätte.	0	1	2	3	4	5
6	Ich spreche jemanden, den ich eigentlich kennen sollte, mit dem falschen Namen an.	0	1	2	3	4	5
7	Ich probiere ein Kleidungsstück an, das ich kaum zubekomme. Da schaut mein Freund/meine Freundin in die Kabine.	0	1	2	3	4	5
8	Ich bin zum ersten Mal bei einem Freund/einer Freundin eingeladen. An der Wand hängen einige sehr deutlich erotische Bilder.	0	1	2	3	4	5

- Bitte wenden -

1/3

	Ich schäme mich:	gar nicht	fast gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	extrem
9	Bei einem Vorstellungsgespräch fällt eindeutig auf, dass mein Gegenüber mehr an meinem Körper interessiert ist als an dem, was ich sage.	0	1	2	3	4	5
10	Ich erzähle etwas mir Anvertrautes unüberlegt weiter.	0	1	2	3	4	5
11	Im Badeurlaub creme ich meinen Körper mit Sonnenmilch ein, um einen fieseren Sonnenbrand zu vermeiden.	0	1	2	3	4	5
12	Ich frage mich, was wohl jemand, der an meiner Stelle zur Welt gekommen wäre, in der gleichen Situation aus seinem Leben gemacht hätte.	0	1	2	3	4	5
13	Mein Chef sagt in einer Besprechung etwas, das ich für einen Witz halte, so dass ich laut lache. Da merke ich, dass es gar kein Witz war, weil mich alle komisch anschauen.	0	1	2	3	4	5
14	An meinem Geburtstag gratuliert mir eine Freundin/ein Freund vor anderen Bekannten und sagt dazu, wie wichtig es für sie/ihn ist, dass es mich gibt.	0	1	2	3	4	5
15	Ich gehe mit einem befreundeten Paar ins Kino. Sie fangen plötzlich an zu schmusen und sich erotische Sachen zuzuflüstern, die ich aber eindeutig verstehen kann.	0	1	2	3	4	5
16	Ich komme zur Firmenweihnachtsfeier und sehe, dass am Cheftisch noch Platz ist. Ich denke, das kann meiner Karriere nicht schaden und gehe zielgerichtet dorthin. Als ich frage, ob noch ein Platz frei ist, nickt der Chef mit etwas befremdeten Gesichtsausdruck.	0	1	2	3	4	5
17	Beim Friseur lasse ich mir eine Kopfmassage geben, die ich so richtig genieße. Als ich so vor mich hinträume, wird mir klar, dass ich mich gerade ganz schön verwöhnen lasse.	0	1	2	3	4	5

18	Ich liege im Krankenhaus, da ich eine Blinddarmentzündung hatte und operiert werden musste. Eine Freundin/ein Freund kommt mich besuchen und bringt mir die neueste CD meiner Lieblingsband mit.	0	1	2	3	4	5
	Ich schäme mich:	gar nicht	fast gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	extrem
19	Ich vertrete sehr vehement einen Standpunkt auf einem Gebiet, auf dem ich mich sicher fühle. Plötzlich bemerke ich, dass ich völlig daneben liege und die anderen Leute etwas betreten dreinschauen.	0	1	2	3	4	5
20	Nach einem anstrengenden Arbeitstag meint mein Partner/meine Partnerin, ich solle mich doch auf dem Sofa entspannen. In der Zwischenzeit würde er/sie mir ein leckereres Essen zubereiten.	0	1	2	3	4	5
21	Ich kaufe mir Unterwäsche. Als ich mich gerade entschieden habe, entdecke ich zwei meiner Bekannten, die mich beim Auswählen beobachtet haben.	0	1	2	3	4	5