

Psychosomatische Untersuchungen mit dem Klinischen Lüscher-Farbttest bei ausgewählten Dermatosen*

W. Steinke, Th. Hunziker, M. Lüscher

Dermatologische Universitätsklinik Bern, Schweiz (Direktor: Prof. Dr. med. Lasse R. Braathen)

Zusammenfassung

Um psychosomatische Zusammenhänge bei ausgewählten Dermatosen zu erfassen, testeten wir 70 Patienten mit atopischer Dermatitis, 60 mit Akne und 95 mit Psoriasis mit dem Klinischen Lüscher-Farbttest und verglichen die Resultate mit einer Kontrollgruppe von 100 dermatologisch Gesunden. Die mittels der Testfarben objektivierten Konflikte wurden anhand der Definitionstabellen des Klinischen Lüscher-Farbttests psychologisch ausgewertet. Wir fanden bei allen drei Dermatosen signifikante innere Konflikthaltungen in bestimmten Persönlichkeitsbereichen, die in der Krankheitsgenese eine Rolle spielen dürften und deren Kenntnis für die Betreuung der Patienten von Nutzen sein kann.

Psychosomatic Examinations with the Clinical Lüscher-Colourtest in Selected Skin Diseases

To study the psychosomatic background of selected skin diseases, 70 atopic dermatitis, 60 acne and 95 psoriasis patients were examined using the Clinical Lüscher-Colour Test. The results were compared to 100 individuals without skin disease. Psychological conflicts objectively "measured" with the test colours, were interpreted according to the definition tables of the Clinical Lüscher-Colour Test. Significant structures of inner conflicts related to certain domains of personality, which might be of importance for the pathogenesis and the knowledge of which can be useful for patient care, were demonstrated in all three dermatoses.

Einleitung

Psychische Einflüsse spielen bei zahlreichen Krankheiten in der Entstehung und im Verlauf eine wesentliche Rolle. In der Dermatologie äußert sich die Krankheit an der Haut, dem Kontaktorgan zur Umwelt. An diesem „exponierten“ Organ ist es deshalb besonders interessant zu untersuchen, ob sich psychisch-somatische Zusammenhänge zeigen. Psychische Faktoren werden bei vielen dermatologischen Krankheiten als Mitursache oder zumindest als sekundäre Realisationsfaktoren zunehmend anerkannt (2). In der psychosomatischen Dermatologie finden sich verschiedene Theorien, die die Zusammenhänge zu erklären versuchen. Als Beispiele seien von neurotischen Konflikten ausgehende psychoanalytische Theorien und verhaltenspsychologische Theorien, die von Verhaltensdefiziten wie z. B. Separations-Individuationsprozessen, Aggressionskonflikten und Alexithymie, inadäquaten Reaktionen auf aversive Stimuli, fehlenden Strategien zur Streßbewältigung sowie einem „Defizit im Erkennen und Zulassen und im Umgang mit eigenen Emotionen“ ausgehen, erwähnt (3, 21, 24–26). Diese Ansätze zur psychosomatischen Erklärung dermatologischer Erkrankungen erfordern Spezialkenntnisse in Psychologie oder Psychiatrie. Sie sind somit dem größten Teil der Mediziner schwer zugänglich. Zudem ist ihr praktischer Nutzen beeinträchtigt, weil im üblichen Praxisbetrieb län-

gere psychodiagnostische Erhebungen aus Zeitgründen meist nicht möglich sind.

Wir gingen von der Arbeitshypothese aus, daß Somatisierungen besonders bei Verleugnung und Verdrängung von Emotionen vorkommen. Daher suchten wir nach einem psychologischen Test, der erstens imstande ist, die vielen Dimensionen der Emotionalität möglichst objektiv zu messen, und zweitens einfach und praktikabel in der Handhabung ist. Dazu schien uns der seit 40 Jahren erprobte *Klinische Lüscher-Farbttest* (15) geeignet, der zur Messung des psychisch-somatischen Befindens innerhalb verschiedener Persönlichkeitsbereiche verwendet wird. Er basiert auf der strukturellen Funktionspsychologie nach *Lüscher* (16). Der Farbttest mißt den psychovegetativen Zustand des autonomen Nervensystems und damit die vegetativ gesteuerte Emotionalität des Menschen innerhalb verschiedener Persönlichkeitsbereiche (29). Es handelt sich dabei um einen Farbwahltest, der aus bestimmten, in langjährigen Versuchen ermittelten Farbtönen besteht. Jeder Farbton wird als bestimmte optische Sinnesempfindung wahrgenommen und erzeugt eine entsprechende Emotion. Aus dem Wahlverhalten der Versuchsperson, also aus der Bevorzugung oder Ablehnung der objektiv definierten Testfarben, kann somit die emotionale Haltung und durch Längsschnittanalyse die Charakterstruktur der Testperson ermittelt werden.

Da die Sympathie oder Abneigung gegenüber einer bestimmten Farbe spontan und unreflektiert geschieht, ist der *Lüscher-Farbttest* somit nicht-verbal und nicht-kognitiv. Er deckt in den als unsympathisch abgelehnten Farben auch verdrängte und unbewußte Konflikt-haltungen („Neurosen“) auf. Im Gegensatz zu einer direkten Befragung oder zu Fragebogentests ist er von Wissen, Bildung und Denkinhalt und deshalb auch vom Rollenbewußtsein (ich bin ein Mann/eine Frau oder ich bin jung/alt) unabhängig. Dementsprechend ist die vegetativ gesteuerte Emotionalität, die der Lüscher-Test mißt, von Geschlecht und Alter unabhängig (1).

Beim Lüscher-Farbttest fallen im Gegensatz zu verbalen Testverfahren, welche in solchen Studien häufig eingesetzt werden, folgende drei Fehlerquellen weg:

1. Fragen können verschiedenartig aufgefaßt werden.
2. Der Befragte stellt sich so dar, wie er sich selber sieht, aber nicht so, wie er wirklich ist.
3. Der Befragte kann so antworten, wie er von anderen gesehen werden möchte.

Vor allem aber erfassen direkte Befragungen die für die Psychosomatik wichtigen unbewußten Faktoren kaum. Die begrenzte Aussagekraft von Fragebogentests wurde auch in einer Arbeit von *Gieler et al.* (7) hervorgehoben und als Nachteil empfunden. Der Farbttest hingegen deckt solche unbewußten Faktoren mit Hilfe der tabellarisch vollständig objektivierten Auswertung auf. Zudem ist er in der Anwendung einfach und kann von der Versuchsperson allein (zum Beispiel im Wartezimmer) in kurzer Zeit durchgeführt werden. Aus diesem Grunde ist er für die Anwendung in der täglichen Praxis geeignet.

Für unsere Untersuchungen wählten wir drei Dermatosen aus, die eindeutig diagnostiziert werden können, bei denen psychische Faktoren immer wieder diskutiert werden und die relativ häufig auftreten, nämlich atopische Dermatitis, Acne vulgaris und Psoriasis. Wir wollten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe „dermatologisch Gesunder“ einerseits und im Vergleich verschiedener Untergruppen der gewählten Dermatosen andererseits psychische Besonderheiten erfassen, um psychosomatische Faktoren zu definieren, deren Kenntnis dem Dermatologen oder praktizierenden Arzt bei der Betreuung der Patienten von Nutzen sein könnte. Dies in der Einsicht, daß eine ganzheitliche Medizin, die ja auch in der Dermatologie angestrebt wird, neben der somatischen auch die psychische Seite beinhalten muß.

Methoden

Patientengut und Kontrollgruppe

Vom November 1985 bis Dezember 1986 wurden an der Dermatologischen Poliklinik und Klinik der Universität Bern alle auf Anfrage zur Kooperation bereiten Patienten, die wegen atopischer Dermatitis, Acne vulgaris oder Psoriasis behandelt wurden, in unsere Studie aufgenommen. Als Kontrollgruppe dienten 100 Personen, die wegen einer leichten infektiösen Erkrankung (Erkältung, Husten, grippaler Infekt) oder eines Bagatellunfalls (Prellung, Gelenksverstauchung oder ähnliches) eine Apotheke aufsuchten, und die nach eigenen Angaben weder an einer Hautkrankheit noch an einer anderen schweren Erkran-

Tab. 1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten und Kontrollen.

Patienten	Anzahl	m	w	Alter	Mittelwert
Atopische Dermatitis	70	16	54	13–63	27,3
Akne	60	39	21	16–38	21,0
Psoriasis	95	59	36	11–79	40,6
Kontrollgruppe	100	50	50	17–68	39,2

kung litten. Diese Personen stellten sich aufgrund eines Anschlags in der Apotheke, der auf die Studie hinwies, freiwillig für die Durchführung des *Klinischen Lüscher-Farbttests* zur Verfügung. Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten sowie der Kontrollgruppe ist in Tab. 1 zusammengestellt.

Untersuchung mit dem Klinischen Lüscher-Farbttest

Für unsere Untersuchung benützten wir den *Klinischen Lüscher-Farbttest* mit der 8-Farben-Tafel (Grau [0], Blau [1], Grün [2], Rot [3], Gelb [4], Violett [5], Braun [6], Schwarz [7]), der Grautafel (5 Grau-Töne) und allen Variationsfarbtafeln (jeweils vier Blau-, Grün-, Rot- und Gelb-Töne), jedoch ohne die 4-Grundfarben-Tafel. Den Test modifizierten wir in zwei Punkten:

1. Da für die Aufnahme des Tests kein Personal vorhanden war, fertigten wir selbsterklärende Farbtafeln an, die es dem Patienten erlaubten, den Test allein aufzunehmen.
2. Es war deshalb notwendig, das Wahlverfahren für die Variationsfarbtafeln zu vereinfachen. Im ursprünglich publizierten Farbttest werden die Farben der Variationsfarbtafeln paarweise einander gegenübergestellt. Der jeweils pro Paar als sympathischer bewertete Farbton erhält einen Punkt. Das ergibt schließlich die Rangfolge der 4 Farbtöne. Nachdem diese Art der Farbwahl bei einigen Patienten große Verwirrung stiftete, ließen wir die Testpersonen aus einer Tafel mit den 4 verschiedenen, gleichzeitig präsentierten Farbtönen in einer einfachen Wahl eine Rangfolge herstellen.

Diese Modifikationen, die dem inzwischen als „*Lüscher-Diagnostik*“ in der Medizin verwendeten Test (17) entsprechen, beeinflussen das Testresultat nicht wesentlich und stellen eine praktische Erleichterung für die Testaufnahme dar. Überdies wird der Test weiter objektiviert, indem die bereits vorher geringen Einflüsse des Versuchsleiters auf das Testresultat (1) nun vollständig eliminiert werden. Die Aufnahme des Tests durch den Patienten selbst erfolgte im Wartezimmer der Poliklinik oder auf der Abteilung unter immer gleichen Bedingungen und nahm im Durchschnitt fünf bis zehn Minuten in Anspruch. Die gleiche Testversion wurde auch für die Kontrollgruppe verwendet.

Weitere Patientendaten

Bei jeder Patientengruppe wurden unter Mithilfe der behandelnden Dermatologen außerdem noch folgende Daten erhoben, die uns für eine psychosomatische Untersuchung von Interesse schienen (in runden Klammern die Wahlmöglichkeiten auf den Fragebogen, in eckigen Klammern die Abkürzungen für die jeweiligen Untergruppen in Tab. 2).

Atopische Dermatitis

- Wann hat die Krankheit begonnen? (Kindheit/Erwachsenenalter) [BK/BE]
- Lokalisation? (Extremitäten/Rumpf/Kopf) [LE/LR/LK]

Tab. 2 Patientenzahl in den Untergruppen der untersuchten Dermatosen*

(Abkürzungen: **AC** = Acne conglobata, **AK** = Acne comedonica, **AP** = Acne papulopustulosa, **ATPO** = keine anderen Atopien, **ATP1** = andere Atopien, **BE** = Beginn im Erwachsenenalter, **BK** = Beginn in der Kindheit; **EXK0** = keine Exkorationen, **EXK1** = Exkorationen, **LE** = Lokalisation an den Extremitäten, **LERK** = Psoriasis herde an Extremitäten, Rumpf und Kopf, **LK** = Lokalisation am Kopf, **LR** = Lokalisation am Rumpf, **LX** = Psoriasis herde an umschriebenen Körperstellen (höchstens 2 Lokalisationen), **S1/S2/S3** = Schweregrad 1/2/3, **T1/T2/T3** = Psoriasis seit < 1 Jahr/1–10 Jahren/> 10 Jahren), **ZKH0** = keine zusätzlichen Krankheiten, **ZKH1** = zusätzliche Krankheiten)

atopische Dermatitis	Acne vulgaris	Psoriasis
BK 40: BE 21		T1 33: T2 39: T3 23
LE 23: LR 13: LK 19	AK 6: AP 38: AC 11	LERK 47: LX 48
ATPO 21: ATP1 40		
S1 23: S2 26: S3 11	EXK0 32: EXK1 23	S1 13: S2 22: S3 41
ZKH0 62: ZKH1 8	ZKH0 54: ZKH1 1	ZKH0 89: ZKH1 6

* Bei einigen Patienten fehlten die Angaben, die eine Einteilung in eine Untergruppe ermöglicht hätten. Diese Patienten sind in der Tabelle nicht aufgeführt. Deshalb entspricht die Summe der Untergruppe nicht immer dem Total der Patienten mit der entsprechenden Krankheit.

- Bestehen weitere Krankheiten aus dem atopischen Formenkreis wie Rhinitis allergica oder allergisches Asthma? (ja/nein) [ATP1/ATPO]
- Subjektive Einschätzung des Schweregrades (leicht/mittel/schwer) [S1/S2/S3]
- Bestehen zusätzliche Krankheiten? (ja/nein) [ZKH1/ZKH0]

Acne vulgaris

- Akneform (Komedonen-Akne/papulopustulosa/conglobata) [AK/AP/AC]
- Bestehen Exkorationen? (ja/nein) [EXK1/EXK0]
- Bestehen zusätzliche Krankheiten? (ja/nein) [ZKH1/ZKH0]

Psoriasis

- Wie lange besteht die Krankheit? (neu/1–10 Jahre/> 10 Jahre) [T1/T2/T3]
- Lokalisation? (Extremitäten/Rumpf/Kopf) [LE/LR/LK]
- Subjektive Einschätzung des Schweregrades (leicht/mittel/schwer) [S1/S2/S3]
- Bestehen zusätzliche Krankheiten? (ja/nein) [ZKH1/ZKH0]

Diese Zusatzdaten ermöglichten uns die Bildung von Untergruppen innerhalb einer Diagnose (siehe Tab. 2). Die Untergruppen wurden zusätzlich unter sich statistisch ausgewertet, wobei jeweils die Fragestellung lautete: Können zwischen einzelnen Untergruppen (z. B. Lokalisation oder Dauer der Dermato) signifikante Unterschiede in der Farbwahl gefunden werden? Dadurch ließ sich untersuchen, ob beispielsweise die Lokalisation der Erkrankung mit psychischen Besonderheiten korreliert, oder ob sich psychische Auffälligkeiten schon bei Beginn der Erkrankung oder erst nach längerer Dauer derselben zeigen.

Statistische Auswertung

Nach dem oben beschriebenen Vorgehen erhielten wir für alle Patienten und die Personen der Kontrollgruppe ein *Lüscher-Test*-Protokoll mit einem 34stelligen Farbcode, den wir für unsere statistischen Untersuchungen verwendeten. Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem χ^2 -Test. Alle Farbtafeln wurden einzeln ausgewertet. Erstens wurden die einzelnen Patientengruppen einerseits mit der Kontrollgruppe, andererseits unter sich verglichen. Zweitens wurden innerhalb jeder Patientengruppe die verschiedenen Untergruppen miteinander verglichen. Dabei wurden die Häufigkeiten der verschiedenen Farben in allen Rangpositionen ausgezählt und nach statistischer Signifikanz analysiert. Die statistischen Berechnungen wurden mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Quattro Pro von Borland auf einem Personal Computer durchgeführt.

Resultate

Die untersuchten Patientengruppen waren hinsichtlich des Alters und des Geschlechts den ausgewählten Dermatosen entsprechend nicht gleichartig (Tab. 1). Für die Messung der vegetativ gesteuerten Emotionalität mit dem Lüscher-Test sind Alter und Geschlecht jedoch nicht von Bedeutung (1).

Bei den zusätzlich erhobenen Patientendaten fehlten für einige Patienten die Angaben, so daß eine Einordnung in eine der Untergruppen nicht möglich war. Diese Patienten wurden bei der statistischen Auswertung der Untergruppen nicht mitberücksichtigt. Die entsprechende Ausfallquote in den Untergruppen ergibt sich aus Tabelle 2. Bei der psychologischen Deutung der Resultate hielten wir uns strikte an die bestehenden Definitions-Tabellen des *Klinischen Lüscher-Farbtests*; d. h. alle nachfolgenden Definitionen sind diesen Tabellen entnommen und werden aus Gründen der Objektivität wörtlich und ohne eigene Zufügung oder Interpretation zitiert. Wenn bei den signifikanten Resultaten nichts anderes erwähnt ist, gilt $p < 0,05$. Die Zahl in Klammern hinter der Farbe bezeichnet die Farbnummer im 8-Farben-Test, die Zahl ohne Klammer bezieht sich auf die jeweilige Farbnummer bei den Variationsfarbtafeln oder der Grau-Tafel.

Bei der atopischen Dermatitis fanden wir 3 signifikante Resultate:

1. 18,6 % der Patienten (vs. 3 % der Kontrollgruppe) wählten Schwarz (7) an 3. Rangposition bei der 8-Farben-Tafel.
2. Bei der Grau-Tafel lehnten 40,9 % der Patienten (vs. 16 % der Kontrollgruppe) Grau 1 ab.
3. Bei der Rot-Tafel wählten nur 14,3 % der Patienten (vs. 28 % der Kontrollgruppe) Rot 3 an erster Rangposition ($p < 0,01$).

Alle drei Resultate sind im *Klinischen Lüscher-Farbttest* als „Neurotizismen mit psychosomatischer Sensibilisierung“ definiert:

1. In der Rangfolge der 8-Farben-Wahl tritt Schwarz (7) signifikant häufiger an dritter Rangposition auf. An dieser Rangposition gilt Schwarz als konflikthaft. Definition: „Protest und Abwendung von einer Person oder Situation.“
2. Die Tafel mit den fünf Grau-Tönen mißt „die subjektive Ausgangslage und Gestimmtheit“. Hier wird das dunkle Grau 1 signifikant häufiger an letzter Rangposition gewählt. Diese Rangposition gilt als „Neurotizismus mit psychosomatischer Sensibilisierung“. Definition: „Ist zur Zeit nicht in der Lage in ruhiger und entspannter Behaglichkeit zu verweilen.“
3. Ebenfalls signifikant auffallend wird auf der Tafel mit den vier verschiedenen Rot-Tönen das gelbliche Rot 3 nicht bevorzugt. Daraus ist zu entnehmen, daß der Patient mit atopischer Dermatitis in seiner Spontaneität häufig gehemmt ist.

Bei der Akne fanden wir 5 signifikante Resultate:

1. Bei der 8-Farben-Tafel wurde Blau (1) in 26,8 % (vs. 8 % der Kontrollgruppe) von den Patienten an den Rangpositionen 6/7/8 gewählt.
2. Schwarz (7) wurde bei der 8-Farben-Tafel mit 23,3 % signifikant häufiger an den ersten beiden Rangpositionen gewählt als bei der Psoriasis (2,1 %) oder der atopischen Dermatitis (10 %).
3. Grau (0) wurde bei der 8-Farben-Tafel in 10 % (vs. 0 %) in der Kontrollgruppe an erster Rangposition gewählt.
4. Bei der 8-Farben-Tafel zeigte sich bei der Wahl von Grün (2) ein signifikanter Unterschied in der Verteilung, indem Grün an den ersten drei Rangpositionen nur in 35 % gegenüber 64 % der Kontrollgruppe gewählt wurde. Hingegen wurde Grün an den Rangpositionen 4/5/6 signifikant häufiger (51,6 % vs. 24 %) gewählt.
5. Grün 2 wurde bei der Grün-Tafel signifikant ($p < 0,001$) weniger bevorzugt, nämlich in 20 % gegenüber 42 % der Kontrollgruppe.

Vier Resultate sind dabei im *Klinischen Lüscher-Farbtst* besonders auffallend, da sie als „neurotisch“-konflikthaft gelten:

1. Bei Akne wird noch stärker als bei der Psoriasis in der 8-Farben-Wahl das dunkle Blau (1), das entspannte Ruhe und Zufriedenheit bedeutet, abgelehnt. Bei Akne steht es an der letzten, an der 8. Rangposition. Definition: „Entfremdung, entleerte Gemütsbeziehung. Ist von der erlebten Situation nicht befriedigt. Fühlt sich in ihr nicht wohl und nicht geborgen. Empfindet sie als befremdend. Ist ohne das Gefühl der inneren Zugehörigkeit innerlich einsam. Ist dadurch unzufrieden, überempfindlich, ungeduldig, ruhelos. Möchte von dieser Situation weg. Psychosomatische Agitiertheit, Gereiztheit.“
2. Akne-Patienten bevorzugen in der 8-Farben-Wahl signifikant häufiger Schwarz (7) an erster oder zweiter Rangposition. Das markiert einen besonders hohen Grad an „Neurotizismus mit psychosomatischer Sensibilisierung“. Definition: „Schwere Protesthaltung. Trotzige Opposition“.
3. Bei Akne kommt in der 8-Farben-Wahl Grau (0) signifikant gehäuft an der besonders stark konflikthafter 1. Rangposition vor. Definition: „Distanzierung. Ist durch die aufreibende und zermürbende Situation gereizt. Will sich gegen sie abschirmen. Verbirgt die Gefühle und Gedanken“.
4. Ebenfalls in der 8-Farben-Wahl wird Grün (2) signifikant häufiger an fünfter Rangposition gewählt. Das kalte, harte Lüscher-Grün bedeutet „Stabilität“, „Festigkeit“. Da es bei Akne aber erst an der fünften, also „indifferenten“ Rangposition auftritt, lautet die Definition: „Den Zustand als gegeben hinnehmen“. Dieses unter 4. erwähnte Resultat wird zusätzlich durch die Wahl unter den vier Grün-Tönen bestätigt. Grün 2, das „Eigenwille“ bedeutet, wird signifikant weniger häufig gewählt. Diese Farbe Grün 2 gehört zu den Faktoren der Selbstsicherheit. Definition: „Wenig belastbare Festigkeit, wenig Selbstsicherheit“.

Bei der Psoriasis fanden wir 6 signifikante Resultate:

1. Bei der 8-Farben-Tafel wählten die Psoriater in 27,3 % (vs. 8 % in der Kontrollgruppe) die Farbe Blau (1) an den Rangpositionen 6/7/8.
2. Bei der Blau-Tafel lehnten 51,5 % der Psoriater (vs. 27 % der Kontrollgruppe) Blau 1 ab.
3. Bei der Grün-Tafel lehnten die Psoriater Grün 2 in 37,8 % der Fälle (vs. 18 % der Kontrollgruppe) ab, während die Kontrollgruppe Grün 2 in 42 % (vs. 20 % der Psoriater) an erster Rangposition wählten.
4. Die Farbe Rot (3) wurde bei der 8-Farben-Tafel in 26,3 % (vs. 10 % in der Kontrollgruppe) an Rangposition 2 gewählt.

5. Bei der 8-Farben-Tafel ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Rangposition von Schwarz (7), indem bei der Kontrollgruppe Schwarz in 8 % (vs. 2,1 % bei der Psoriasis) an den ersten beiden Rangpositionen steht.
6. Beim Vergleich nach Lokalisation der Dermatose wählten im 8-Farben-Test 25 % der Psoriater, die nur eine umschriebene Psoriasis aufwiesen, Grau (0) an 2. oder 3. Rangposition, während die Grau-Verteilung bei den Patienten mit ausgedehnter Psoriasis (Lokalisation an Extremitäten, Rumpf und Kopf) wie bei der Kontrollgruppe, d. h. ohne besondere Bevorzugung von Grau ausfiel.

Es ergeben sich daraus für den Psoriasis-Patienten sechs signifikante Aussagen im *Klinischen Lüscher-Farbtst*:

1. Das dunkle Lüscher-Blau (1), das entspannte Ruhe bedeutet, wird bei Psoriasis häufiger abgelehnt. Es wird an den als „Neurotizismus mit psychosomatischer Sensibilisierung“ definierten letzten drei Rangpositionen (6/7/8) gewählt. Definition: vgl. oben (Akne, 1.).
2. Der *Klinische Lüscher-Test* enthält eine Tafel mit vier verschiedenen Blau-Tönen. Diese Tafel mißt die „Charakteristik des Zusammengehörigkeitsgefühls, der inneren emotionalen Verbundenheit und der Beziehung zum Partner“. Auch in diesem Bereich wird das dunkle Blau (1) signifikant häufiger vermieden oder abgelehnt. Definition: „Findet, daß die Voraussetzungen zur vertrauensvollen inneren Zusammengehörigkeit und Geborgenheit nicht erfüllt sind. Durch die Entfremdung in den Gefühlsbeziehungen fehlt die zufriedene Verbundenheit, die Ruhe und Gelassenheit.“
3. Die Tafel mit vier verschiedenartigen Grün-Tönen mißt „die Charakteristik der eigenen Steuerung, der Willens- und Genüßfähigkeit“. Hier vermeidet oder lehnt der Psoriater das bläuliche Grün 2 signifikant ab. Definition: „Glaubt, daß die eigenen Wünsche oder Meinungen vom anderen nicht respektiert werden.“
4. Rot (3) wird von Psoriaterkern signifikant häufiger an zweiter Rangposition gewählt. Definition: „Fühlt sich herausgefordert. Will eine starke Wirkung erzielen. Will den Erfolg und die Resonanz der eigenen Intensität und vitalen Aktivität spüren. Psychosomatische Erregtheit.“
5. Der in der 8-Farben-Tafel gefundene Unterschied in der Position Schwarz (7) läßt sich für die Psoriasis-Patienten nicht verwerten. Im Vergleich zu großen Populationen, die mit dem 8-Farben-Test untersucht wurden, stellt in diesem Falle das Wahlergebnis der Kontrollgruppe ein auffälliges Resultat dar.*
6. Wenn sich die Psoriasis am ganzen Körper zeigt (Extremitäten, Rumpf und Kopf), dann unterscheidet sich die Position des Grau (0), das „Neutralität“, „Abschirmung“, „verbergen“ bedeutet, nicht von der Norm (Rangposition 6/7/8). Wenn hingegen nur einer dieser Körperbereiche von der Psoriasis betroffen ist, dann wird Grau an zweiter oder dritter Rangposition bevorzugt, was als Neurotizismus definiert ist: „Abschirmung, soziale Distanzierung, verbirgt seine Gedanken und Gefühle.“

Alle übrigen statistischen Auswertungen zeigten keine signifikanten Resultate. Insbesondere konnten beim Vergleich der Schweregrade, der Krankheitsdauer und allfälliger zusätzlicher Krankheiten keine Unterschiede in der Farbwahl gefunden werden.

Diskussion

In der vorliegenden Studie haben wir versucht, bei Patienten mit atopischer Dermatitis, Akne und Psoriasis im Vergleich zu einer Kontrollgruppe dermatologisch Gesunder psychosomatische Faktoren zu finden, die in der Krankheitsgenese von Bedeutung sein könnten. Dabei wurde zur psychodiagnostischen Untersuchung der

Klinische Lüscher-Farbttest eingesetzt, der imstande ist, unbewußte innere Konflikthaltungen auf einfache Art objektiv zu messen, und somit zur Darstellung psychosomatischer Faktoren als geeignet erscheint. Wir fanden bei allen drei Dermatosen gehäuft innere Konflikthaltungen, die im *Klinischen Lüscher-Farbttest* als Neurotizismen mit psychosomatischer Sensibilisierung definiert sind.

In jeder Patientengruppe kamen auch völlig „normale“ Testresultate vor. Dies erstaunt nicht, denn die untersuchten Dermatosen werden ja als multifaktoriell bedingt beurteilt. Der psychische Faktor kann somit individuell mehr oder weniger bedeutsam sein. Es scheint jedoch sinnvoll, die psychologischen Einsichten für eine psychosomatische Begleitbehandlung zu nutzen. Gemäß unserer Erfahrung ist der *Klinische Lüscher-Farbttest* dafür ein geeignetes Instrument. Er bietet eine wertvolle Hilfe für den Einstieg ins Gespräch mit dem Patienten, da die den Patienten am meisten belastenden Konflikte direkt angesprochen werden können und sich dadurch rasch eine Vertrauensbasis zum „eingeweihten“ Arzt bildet. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um Probleme, die nicht unbedingt dem Psychotherapeuten zugeführt werden müssen, sondern durch den behandelnden Arzt angegangen werden können.

Atopische Dermatitis

Zusammenfassend fanden wir folgende hypothetische Charakteristik für Patienten mit atopischer Dermatitis: Sie leben in einer Situation, die es ihnen verunmöglicht, in ruhiger, entspannter Behaglichkeit zu verweilen. Sie wenden sich mit innerem Protest gegen die Situation. In diesem Zustand ist ihre spontane Unternehmungslust beeinträchtigt.

Wir fanden keine spezifische Persönlichkeitsstruktur, wie sie von einigen Autoren für Atopiker (14, 20) beschrieben wurde. Auch andere Autoren (10, 22, 23), die ihre Patienten mit unterschiedlichen Testverfahren untersuchten, konnten keine spezielle Persönlichkeitsstruktur finden. So stellt die oben beschriebene hypothetische Charakteristik auch nicht eine allgemeingültige Persönlichkeitsstruktur der untersuchten Patienten dar, sondern ist eine zusammenfassende Beurteilung der signifikant gehäuft gefundenen Unterschiede zur Kontrollgruppe. Verschiedentliche Angaben in der Literatur (18, 19), wonach Patienten mit atopischer Dermatitis „Wut- und Aggressionsgefühle typischerweise nur schlecht erleben und ausdrücken können und indirekt über Kratzen an der Haut äußern“, konnten wir in dieser Weise nicht bestätigen. Hingegen fanden wir bei unseren Patienten als subjektive Ausgangslage und Gestimmtheit die Unfähigkeit zur körperlichen und psychischen Entspannung und eine erhöhte Unruhe, Ungeduld und Gereiztheit, sowie im Verhalten eine erhöhte Neigung zur trotzigen Oppositionshaltung. Das allerdings sind Voraussetzungen für Aggressivität.

Diese unbewußten Zusammenhänge innerer Konflikthaltungen können vereinfachend mit dem in der Literatur üblichen Begriff „Streß“ umrissen werden. Ob dieser Streß durch die direkten Auswirkungen der Hautkrankheit (z. B. Juckreiz, langfristige Behandlungen, Verhaltensvorschriften, usw.) bedingt ist, wie das Gil et al. (8) bei Kindern fanden, oder vorbestand, können wir mit unserer Studie nicht differenzieren. Bei unserer Untersuchung konnten wir – im Vergleich zur Kontrollgruppe – nicht vermehrt Depressionen oder Angstgefühle finden, wie das von einigen Autoren (5, 10–12) beschrieben wurde. Dazu ist zu bemerken, daß depressive Verstimmungen im Test nur während der Zeit erfaßt werden, während welcher sie emotional gegenwärtig sind. Auch befanden sich nicht alle Patienten in einem akuten Schub der atopischen Dermatitis, der die aktuelle psychische Stimmung unmittelbar verändern kann, wie das King et al. (12) in einer Verlaufsstudie zeigen konnten. Wohl zeigten einige Patienten im Test-Resultat depressive Verstimmungen, doch waren diese im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht gehäuft. Eine Verlaufsuntersuchung mit dem *Klinischen Lüscher-Farbttest* mit zeitlicher Korrelation von psychischen und somatischen Befunden wäre für diese Fragestellung aufschlußreich.

Im Gegensatz zur Untersuchung von Gieler et al. (7) konnten wir in den Untergruppen in Abhängigkeit vom Schweregrad oder der Dauer der Erkrankung keine Häufung von psychisch auffälligen Patienten feststellen, die auffälligen Testresultate verteilten sich gleichmäßig. Wir erklären uns das Resultat so, daß einerseits die subjektive Empfindung des Schweregrades einer Erkrankung abhängig von zahlreichen Faktoren interindividuell stark variieren kann, und daß andererseits nicht alle Patienten ihre Krankheit psychisch gleich verarbeiten, so daß eine strenge psychisch-somatische Korrelation eher erstaunlich wäre.

Akne

Akne-Patienten fehlt die Selbstsicherheit, die Belastbarkeit und innere Stabilität. Besonders stark fehlt ihnen außerdem das Gefühl der emotionalen Zugehörigkeit, der Verbundenheit und Geborgenheit. Auf solche Frustrationsgefühle reagieren sie mit trotziger Oppositionshaltung und zugleich mit Distanzierung, Abschirmung und mit dem Verbergen der Gefühle und Gedanken. Die Einstellung zur Liebesbeziehung ist auf ambivalente Weise konflikthaft: Einerseits hat der Akne-Patient eine unerfüllte Liebessehnsucht, andererseits flüchtet er sich in eine innere Distanziertheit, um sich gegen kränkende Zurückweisung zu schützen.

Bei der Akne herrschen zur Bedeutung einer psychischen Komponente in der Pathogenese kontroverse Meinungen vor. Während für Braun-Falco, Plewig und Wolff (4) psychische Faktoren keine Rolle spielen, sprechen die Arbeiten von Studt et al. (27) und Welp et al. (28) für deren Vorhandensein. Auch unsere Untersuchungen lassen vermuten, daß die dokumentierten neurotisch-konflikthaften Befunde eine ätiologische Rolle spielen. Insbesondere glauben wir, daß der Bereich der inneren emotionalen Zugehörigkeit, der Verbundenheit und der Beziehung zum Partner von ausschlaggebender

* Lüscher-Farbttest: Schwarz (7) an erster Rangposition in 1,8% bei n = 36 892 Personen.

Bedeutung ist. Wie auch bei der Psoriasis fanden wir hier stark konflikthafte Resultate. Dabei scheint die innere Einsamkeit und Ruhelosigkeit, die sich aus einer nicht befriedigenden Gemütsbeziehung ergibt, die Hauptrolle zu spielen. Den Ausweg aus dieser Situation sucht der Akne-Patient, indem er entweder eine trotzige Oppositionshaltung einnimmt oder sich sozial distanziert. Dazu sind die Patienten häufig selbstunsicher und zeigen wenig belastbare Festigkeit.

Auch *Welp* (28) kommt in seiner Untersuchung zu einem ähnlichen Ergebnis, wenn er das Selbstbild der Patienten mit deren Ideal-Selbstbild vergleicht: „so äußern Akne-Patienten den Wunsch nach einer positiven sozialen Resonanz, sie möchten weniger bedrängt, ängstlich, selbstkritisch sein und den Ärger eher aus sich herauslassen. Außerdem möchten sie aufgeschlossener, anderen nahe, eher offener und vertrauensseliger und in der Liebe erlebnisfähiger sein. [...] Insbesondere mangelt es an einer ausreichenden Durchsetzungsfähigkeit“.

Wie auch *Welp et al.* (28) fanden wir keine Korrelation psychisch auffälliger Befunde mit dem Schweregrad der Erkrankung. Der Vergleich der Patienten mit und ohne Exkorationen ergab keine signifikanten Unterschiede. Daß die Exkorationen sich in der Farbwahl nicht zeigen, beruht möglicherweise darauf, daß sich die Patienten diese Läsionen in einer akuten, kurzfristigen Verstimmung zufügen, welche nur im jeweiligen Augenblick vom Test erfaßt werden könnte.

Psoriasis

Der Psoriater fühlt sich nicht liebevoll akzeptiert und in keiner vertrauensvollen emotionalen Zusammengehörigkeit integriert. Er glaubt, daß seine Bedürfnisse und Wünsche von anderen nicht respektiert und nicht befriedigt werden. Tritt Psoriasis nur an wenigen umschriebenen Körperstellen auf, verursachen diese ein besonders starkes Gefühl der Beschämung und Peinlichkeit. Die Frustrationen und die emotionale Unbefriedigtheit erzeugen eine kompensatorische Steigerung der Bedürfnisse. Dadurch wird der Psoriater zum ungeduldig Begehrenden. Das kann sich als leicht reizbares oder provokatives Verhalten äußern.

In Übereinstimmung mit den meisten Autoren, die in der Übersichtsarbeit von *Gupta et al.* (9) erwähnt werden, fanden auch wir bei der Psoriasis keine spezifische Persönlichkeitsstruktur. Der Befund, daß derjenige Psoriater, welcher nur in einem umschriebenen Körperbereich betroffen ist, seine Krankheit als ganz besonders peinlich und beschämend empfindet, ist interessant. Normalerweise würde man erwarten, daß mit zunehmender Ausdehnung der Effloreszenzen auch die psychische Belastung steigt. Wir erklären uns das Resultat so, daß der Patient mit ausgedehnter Psoriasis sich mit dem Zustand eher abfindet und mit der Krankheit zu leben gelernt hat.

Fontanesi et al. (6) erhielten bei der Untersuchung von 80 Psoriatikern mit dem Rorschach-Test im Vergleich zu einer Kontrollgruppe Antworten, die für Minderwertigkeitsgefühle und Hemmungen der Patienten

sprechen (Zitat: „responses are provoked that translate devaluation, inhibitory content“). Dies deckt sich mit unseren Befunden im Grünbereich, die ergeben, daß sich der Psoriater von anderen nicht respektiert fühlt. Eine Entsprechung zum „inhibitory content“ ergibt sich auch durch die Rangposition von Grau in der 8-Farben-Tafel („Abschirmung, soziale Distanzierung, verbirgt seine Gedanken und Gefühle“). Zu weiteren Hypothesen dieser Arbeit, welche Probleme der Separation-Individuation sowie eine Tendenz der Psoriater „to enact the conflictual drive at a level of high communicative significance like the skin“ betreffen, können wir uns nicht äußern.

In einer Studie, bei der 20 Psoriasis-Patientinnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit 5 verschiedenen Fragebogen tests untersucht wurden, fanden *Rubino et al.* (24) höhere Werte der Psoriater bei der Separations-Individuations-Messung im SIPI (Separation-Individuation Process Inventory) und eine signifikante Erhöhung des Scores im MMPI-PF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory Panic-Fear Scale), jedoch keine erhöhten Aggressionswerte im FAF (Fragebogen zur Erfassung der Aggressivitätsfaktoren), sowie keine Unterschiede der beiden Gruppen beim TAS (Toronto Alexithymia Scale) und MMPI-AS (Minnesota Multiphasic Personality Inventory Alexithymia Scale). Zur Separations-Individuations-Problematik können wir uns, wie erwähnt, nicht äußern. Hingegen fanden wir eine signifikant erhöhte Häufigkeit der aggressiven Grundhaltung bei Psoriatikern: Sie lehnen in der 8-Farbenwahl Blau ab („Ruhelosigkeit, Ungeduld, Gereiztheit“) und bevorzugen Rot („Provokation, Aggression“). Der erhöhte Score im MMPI-PF, der ängstliche, sehr emotionale Individuen bezeichnet, die schnell verletzt sind, sich hilflos fühlen und bei Schwierigkeiten rasch aufgeben, findet bei unseren Resultaten keine Entsprechung. Diese Unterschiede hängen möglicherweise mit der kleinen Fallzahl oder der Zusammensetzung (nur Frauen) der Patientengruppe der Studie von *Rubino et al.* zusammen.

Die Angaben zum Faktor Streß bei Psoriasis sind in der Literatur widersprüchlich. In der Übersichtsarbeit von *Gupta et al.* (9) werden 17 Arbeiten angegeben, die einen positiven Zusammenhang zwischen Streß und Beginn und/oder Exazerbation der Psoriasis fanden, während nur eine Studie diesen Zusammenhang verneinte. Meist handelte es sich bei der Streßsituation um einschneidende Ereignisse im Leben der Patienten, wie zum Beispiel der Verlust eines Verwandten. Eine genaue Definition von Streß oder dessen Auswirkung auf die emotionale Verfassung der Patienten werden jedoch nicht erarbeitet. Wir können deshalb keine direkten Vergleiche zu diesen Studien vornehmen. Wir glauben aber, daß unsere Studie genügend Resultate liefert, die mit dem in der Literatur üblichen Begriff „psychischer Streß“ umschrieben werden können. Wir haben uns bemüht, diesen Begriff in den verschiedenen Persönlichkeitsbereichen, und auch in den verschiedenen Verhaltensweisen so präzise wie möglich aufzuschlüsseln, um ein möglichst objektives Bild der emotionalen Situation des Patienten zu erhalten.

Bei allen Resultaten taucht natürlich die Frage auf, ob die gefundenen psychischen Auffälligkeiten

eine Folge der Krankheit sind, oder ob sie als psychosomatischer Realisationsfaktor wirksam waren. Da wir bei der Untersuchung der Patienten mit verschiedenen langer Krankheitsdauer (z. B. von neu aufgetretener bis zu schon jahrelang bestehender Psoriasis) keine Unterschiede in der auffälligen Farbwahl finden konnten, ziehen wir den vorsichtigen Schluß, daß sich die gefundenen emotionalen Konflikthaltungen tatsächlich psychosomatisch auswirken können. Die Beobachtung, daß der Lüscher-Test bei der gleichen Person in den Grundzügen über Jahre hinweg konstant bleibt (13), unterstützt ebenfalls unsere Hypothese. Die Grundzüge des Charakters eines Patienten werden mit Ausnahme der Krankheiten, die das Gehirn direkt angreifen, durch eine Krankheit nicht verändert. Der vor der Krankheit bestehende Charakter bleibt im wesentlichen gleich. Daß nun bei Patienten mit bestimmten emotionalen Konflikthaltungen in einem Fall eine koronare Herzkrankheit, in einem anderen ein Magengeschwür oder eben eine Dermatitis auftreten kann, spricht nicht gegen die Mitwirkung der psychosomatischen Faktoren, sondern für die Vielschichtigkeit der Krankheitsgenese.

Literatur

- 1 *Bokslag, J. G. H.*: Alter und Geschlecht im Lüscher-Test und der Einfluß des Versuchsleiters. *Ausdruckskunde* 2 (1955) 34–38
- 2 *Bosse, H. A., U. Gieler (Hrsg.)*: Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Huber, Bern (1987)
- 3 *Böddiker, K., M. Böddiker*: Verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Behandlung des endogenen Ekzems unter besonderer Berücksichtigung des zwanghaften Kratzens. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 22 (1976) 85–92
- 4 *Braun-Falco, O., G. Plewig, H. H. Wolff*: Dermatologie und Venerologie. Springer, Berlin (1984) 632–644
- 5 *Faulstich, M. E., D. A. Williamson, E. G. Duchmann, S. C. Conerly, P. J. Brantley*: Psychophysiological analysis of atopic dermatitis. *J. Psychosom. Res.* 29 (1985) 415–417
- 6 *Fontanesi, B., M. B. Cassani, A. M. Gibin, A. Alinovi*: Statistical significance of differences in responses to the Rorschach test of 80 psoriatics and a similar healthy population. An attempt at psychosomatic interpretation. *G. Ital. Derm. Vener.* 123 (1988) 397–407
- 7 *Gieler, U., A. Ehler, T. Höhler, G. Burkhard*: Die psychosoziale Situation der Patienten mit endogenem Ekzem – Eine clusteranalytische Studie zur Korrelation psychischer Faktoren mit somatischen Befunden. *Hautarzt* 41 (1990) 416–423
- 8 *Gil, K. M., F. J. Keefe, H. A. Sampson, C. C. McCaskill, J. Rodin, J. E. Crisson*: The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *J. Psychosom. Res.* 31 (1987) 673–684
- 9 *Gupta, M. A., A. K. Gupta, H. F. Habermann*: Psoriasis and Psychiatry: An Update. *Gen. Hosp. Psychiatry* 9 (1987) 157–166
- 10 *Hughes, J. E., B. M. Barraclough, L. G. Hamblin, J. E. Withe*: Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Brit. J. Psychiatry* 143 (1983) 51–54
- 11 *Kalashnikov, B.*: Psychiatric aspects of treating neurodermatitis in children. *Vestn. Dermatol. Venerol.* 4 (1986) 40–43
- 12 *King, R. M., G. V. Wilson*: Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *J. Psychosom. Res.* 35 (1991) 697–706
- 13 *Klar, H.*: Verlaufsstudie über 15 Jahre mit dem Lüscher-Test. *Selecta* 39 (1968) 2486
- 14 *Lazarus, A. A.*: On assertive behaviour: a brief note. *Behaviour Therapy* 5 (1973) 698–699
- 15 *Lüscher, M.*: Psychologie der Farben. Test-Verlag, Basel (1949)
- 16 *Lüscher, M.*: Das Harmoniegesetz in uns. ECON, Düsseldorf, Wien (1985)
- 17 *Lüscher, M.*: Lüscher-Diagnostik (Computer-Programm). Color-Test-Verlag, Luzern (1992)
- 18 *Musaph, H.*: Aggression and symptom formation in dermatology. *J. Psychosom. Res.* 13 (1970) 257–264
- 19 *Panconesi, E.*: Stress and skin disease – psychosomatic dermatology. In: *Clinics in dermatology*. Ed. by Parish LC. Lippincott, Philadelphia (1984)
- 20 *Rechenberger, I.*: Zur Psychodynamik eines Patienten mit endogenem Ekzem und Asthma bronchiale. In: *Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkrankheiten*. Hrsg. von Bosse, K., P. Hünecke. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (1976) 71–74
- 21 *Rechenberger, I.*: Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Therapie bei Hautkrankheiten. *Medizinische Psychologie*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (1979)
- 22 *Ring, J., E. Palos, F. Zimmermann*: Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. I. Psychodiagnostische Testverfahren bei Eltern und Kindern im Vergleich mit somatischen Befunden. *Hautarzt* 37 (1986) 560–567
- 23 *Ring, J., E. Palos*: Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. II. Erziehungsstil, Familiensituation im Zeichentest und strukturierte Interviews. *Hautarzt* 37 (1986) 609–617
- 24 *Rubino, I. A., A. Sonnino, C. M. Stefanato, B. Pezzarossa, N. Ciani*: Separation-Individuation, Aggression and Alexithymia in Psoriasis. *Stockh., Acta Derm. Venerol., Suppl.* 146 (1989) 87–90
- 25 *Seligman, M. E.*: Helplessness: on depression, development and death. Freeman, San Francisco (1975)
- 26 *Stern, E.*: Psychosomatische Medizin und Hauterkrankungen. *Z. Psychosom. Med.* 2 (1956) 167–177
- 27 *Studt, H. H., A. Riehl, H. Gollnick*: Acne conglobata: Persönlichkeit und seelische Folgen einer 13-cis-Retinsäure-Therapie. – Erste Ergebnisse. *Z. Hautkr.* 61 (1986) 743–754
- 28 *Welp, K., U. Gieler*: Acne vulgaris: Morphologische, endokrinologische und psychosomatische Aspekte. *Z. Hautkr.* 65 (1990) 1139–1145
- 29 *Wohlfahrt, H.*: Psychophysische Auswertung der Versuche zur Bestimmung eines eventuellen Effektes von Farbstimuli auf das autonome Nervensystem. *Psychotherapie* 2 (1957) 86

Dr. med. W. Steinke

Oberarzt i. V. Chirurgie
Kantonales Spital
CH-6210 Sursee

PD Dr. med. Th. Hunziker

Oberarzt, Dermatologische
Universitätsklinik, Inselspital
CH-3010 Bern

Prof. Dr. M. Lüscher

Kreuzbuchrain 14
CH-6006 Luzern