

Die Systemische Hyposensibilisierung (SHS) am Beispiel der atopischen Dermatitis

Peter Liffler

Vorwort

60 Prozent der Deutschen sind inzwischen chronisch krank. Spitzenreiter sind die psychischen Störungen, vor allem die Angststörungen und die unipolaren Depressionen (38 %), die Allergien (50 %), die Erkrankungen des atopischen Formenkreises (30 %) und die Autoimmunerkrankungen (8 %). Die meisten dieser Krankheiten treten kombiniert auf. Die Ursachen sind trotz jahrzehntelanger Forschungstätigkeit nicht bekannt. Vermutet wurden Stressfaktoren, vor allem krankheitsverstärkende Verhaltensweisen. Die bisherige medizinische Versorgung konnte die Zunahme dieser neuen Volkskrankheiten nicht stoppen. Seit den Achtzigerjahren hat sich beispielsweise die Prävalenz der Neurodermitis vervier- bis versechsfacht.

Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse bieten erstmals zuverlässige Hinweise auf die Ursache dieser besorgniserregenden Entwicklung. Immer Menschen nehmen Umweltreize, selbst harmlose Vorgänge und Substanzen, unbewusst gefühlsmäßiger wahr. Umgangssprachlich als „Hochsensibilität“ bekannt, geht man in der Medizin von einer angelegten zentralnervösen sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit (Sensory processing sensitivity, kurz SPS) aus. Diese Veranlagung ist a priori keine Krankheit. Hochsensible Persönlichkeiten beeindrucken beispielsweise durch ihre Feinfühligkeit, Empathie und Hilfsbereitschaft. Immer mehr dieser sensitiven Persönlichkeiten scheitern aber an den Spielregeln der Wettbewerbsgesellschaft, an der sozioökonomischen Instabilität, der Bindungsunsicherheit und der geringen Wertschätzung ehemals hochangesehener Berufe. Inzwischen wissen wir, dass sich die überreizte SPS in Form von typischen Krankheiten äußert. So erklären sich auch die in Begleitung dieser Krankheiten auftretenden Angststörungen. Der Zusammenhang mit der sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit (Sensory processing sensitivity SPS), umgangssprachlich Hochsensitivität, ist eine angelegte oder erworbene zentralnervöse Überempfindlichkeit. Damit bieten sich völlig neue kausale Möglichkeiten der Prävention und Therapie. Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse wurde eine innovative medizinische Versorgung dieser Krankheitsgruppen entwickelt und erprobt. *Die Systemische Hyposensibilisierung* ist ein verhaltenstherapeutisch begleitetes ärztliches Verfahren, das in der klinischen Erprobung, bei Verzicht auf Vermeidungsempfehlungen und deutlich geringerem Einsatz von Medikamenten, zu nachhaltig besseren Behandlungsergebnissen geführt hat. Dabei wurde klar, die Entscheidung über die weitere Zunahme von Zivilisationskrankheiten fällt in den Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung der Kinder. Dementsprechend wendet sich diese Fortbildung in erster Linie an die an der Versorgung chronisch kranker Kinder beteiligten Fachärzte /ärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin und Dermatologie.

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	3
2. Grundprinzipien der medizinischen Versorgung SPS-assoziierter Erkrankungen	13
3. Die Systemische Hyposensibilisierung des AD-kranken Kindes	29
4. Die immuntherapeutische Hyposensibilisierung	54
5. Die Übertragbarkeit der SHS	60
6. Quellennachweis	61

1 Hintergrund

1.1 Die ergebnislose Suche nach dem krankmachenden Stress

Die Systemische Hyposensibilisierung ergab sich aus der Suche nach den Ursachen der modernen Volkskrankheiten. Als solche gelten nach Einschätzung der Epidemiologen des RKI die „allergischen Krankheiten“. Insbesondere die jahrzehntelange Erforschung der Neurodermitis hatte am Ende zu entscheidenden Erkenntnissen geführt.

Psychische Faktoren wurden bei der Untersuchung der Ätiopathogenese chronisch entzündlicher Erkrankungen, insbesondere der Neurodermitis (synonym englisch: atopic dermatitis) (AD), schon seit 75 Jahren einbezogen (Dhabhar 2013; Peters et al. 2012; Ring et al. 2012; Senra u. Wollenberg 2014). Vor allem die Suche nach Stressfaktoren, die man für ihre Entwicklung verantwortlich machen konnte, zog sich wie ein roter Faden durch ihre Geschichte. Die bisherigen Untersuchungen der Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren und der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer AD befassten sich mit der Auswirkung akuter Stressbelastung, umschriebener Lebensereignisse, spezifischer Persönlichkeitsfaktoren oder psychischer Erkrankungen wie der Depression. Epidemiologische Ansätze boten zuletzt Hinweise darauf, dass die modernen Volkskrankheiten sozialabhängige Ursachen haben könnten. Die häufigsten, so genannten stressassoziierten Krankheiten, beispielsweise Erkrankungen des atopischen Formenkreises (AD, Asthma bronchiale, Heuschnupfen) und Allergien, Autoimmunerkrankungen sowie die häufigsten psychischen Störungen entwickeln sich offenbar vor allem in den westlichen Wohlstandsgesellschaften[23]. Zusammenfassend hat die jahrzehntelange Forschungstätigkeit zu dem Ergebnis geführt, dass intensiver psychischer Stress den Verlauf einer AD mindestens negativ beeinflussen kann, möglicherweise auch ihre Entwicklung und dass bestimmte psychische Faktoren, wie das Bestehen einer Depression und krankheitsverstärkender Verhaltensgewohnheiten mit dem vermehrten Auftreten von AD assoziiert sein können (Chida et al. 2008). Darüber hinaus gilt ein psychoneuroimmunologischer Zusammenhang als gesichert, der z.T. vom Schweregrad der Erkrankung und von einer Reihe von Einflussfaktoren wie dem Geschlecht beeinflusst wird (Peters 2013).

1.2. Erste Hinweise auf die Ursache der Atopie

Den Ärzten einer norddeutschen Kinderklinik war im klinischen Alltag das überbehütende Verhalten der Eltern neurodermitiskrankter Kinder aufgefallen. Es war vor allem deren zarte Empfindsamkeit und ständige ängstliche Besorgtheit sowie die Neigung zur Überversorgung, die oft ohne ersichtlichen Grund in pessimistische Verstimmung oder Reizbarkeit umschlug. Diese Überempfindlichkeit erinnerte an das Konstrukt der Sensory processing (SPS).

In einer Pilot-Studie von Liffler et al (2019) wurden Eltern AD-kranker Kinder mit dem HSP-Test, der deutschen Übersetzung der Highly sensitive person scale von Elaine N. Aron und drei bewährten Persönlichkeits-Tests, dem Gießen-Test [10] dem Münchner Persönlichkeits- Test [11] und dem Freiburger Persönlichkeitsinventar-R

[12] untersucht. Die Ergebnisse der Eltern, die selbst unter einer atopischen Krankheit litten, bzw. gelitten hatten, unterschieden sich von den nicht atopisch veranlagten Eltern im HSP-Test hochsignifikant ($p = .000$ bis $.009$) in den 7 Items, die sich mit der *emotionalen Erregbarkeit und Empfindlichkeit gegenüber subtilen Reizen* und in den 12 Items, die sich mit der *Überforderung, Erschöpfung und verringerte Belastbarkeit* befassen. In den 8 Items *Empfindsamkeit, Empathie und Hilfsbereitschaft* bestanden keine signifikanten Unterschiede. In den drei Persönlichkeits-Tests unterschieden sich die atopisch veranlagten Erwachsenen hochsignifikant in der verringerten Frustrationstoleranz ($p = .005$), signifikant in der Neigung zum esoterischen Denken ($p = .011$) und in der psychischen Erregbarkeit ($p = .013$).

Zusammenfassung

Bei den atopisch veranlagten Erwachsenen bestand testpsychologisch eindeutig eine SPS. Sie drückte sich ausschließlich durch Merkmale der emotionalen Erregbarkeit und Überempfindlichkeit gegen subtile Reize sowie Hinweise auf *Überforderung, Erschöpfung und verringerte Belastbarkeit*, d. h. insgesamt Merkmale der Schwäche aus.

1.3. Die Sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit (Sensory Processing Sensitivity SPS)

Das 1997 erschienene Buch „Sind sie hochemsensibel?“ der US-amerikanischen Psychotherapeutin Elaine N. Aron wurde in 80 Sprachen übersetzt und erzielte Millionenauflagen. Unzählige Menschen erkannten sich und waren erleichtert und stolz zugleich. In ihren wissenschaftlichen Beiträgen sprach sie von der Sensory processing sensitivity (SPS), d. h. von der sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit. Definitionsgemäß bezieht sich die sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit nicht auf die Sinnesorgane als solche, sondern auf das, was bei der sensorischen Information geschieht, auf das Gehirn übertragen oder dort verarbeitet wird. Aron postulierte die SPS als eine evolutionäre Höher- und Weiterentwicklung der Wahrnehmungsverarbeitung und geht von einer offeneren und subtileren Wahrnehmung sowie einer intensiveren und verlängerten zentralnervösen Verarbeitung von inneren und äußeren Reizen aus (Aron 2006). Menschen mit SPS berichten auch über eine erhöhte Reaktion auf Stimuli wie Schmerz, Koffein, Hunger und laute Geräusche (Liss et al. 2008) und zeigen eine Affinität zur Spiritualität (Blumentritt 2012). Nach Aron sind erhöhte SPS-Werte ein Persönlichkeitsmerkmal und keine Störung. Sie müssen von ähnlich erscheinenden Merkmalen, wie sozial zurückhaltendem Verhalten, Schüchternheit, psychischen Störungen wie Neurotizismus unterschieden werden. Negative Emotionalität sei nur bei Menschen mit SPS zu finden, die von einer ungünstigen elterlichen Umwelt während ihrer Kindheit betroffen waren (Aron et al. 2012).

1.4. Der Streit um die Hochsensitivität

Das Konstrukt der Sensory processing sensitivity wird kontrovers diskutiert. Schon 5 Jahre nach der Veröffentlichung des Buches fanden eine Reihe von Untersuchungen Hinweise darauf, dass Hochsensitive häufig unter Angststörungen und Depressionen leiden (Neal J. A. 2002; Liss M. 2005, 2008); Meyer B. 2005). 2019 erschienen zwei Metaanalysen von Lionetti et al (2019). In der MA1 hatte man 8 Arbeiten und in der MA2 19 Arbeiten auf positive und negative Korrelationen zwischen den drei Hauptmerkmalen der SPS und Big Five Persönlichkeitsmerkmalen untersucht. In der MA1 korrelierte die SPS mit Offenheit ($r = 0.14$) und Neurotizismus ($r = 0.40$), in der zweiten MA nur mit negativen Effekten ($r = 0.34$).

Vanders Elst, T. et al. (2019) untersuchten den Einfluss der SPS auf den Arbeitsplatz. Die Ergebnisse gaben erste Hinweise auf die größere Anfälligkeit hochsensibler Personen für die Arbeit und zeigten die moderierende Rolle für die drei Komponenten der SPS. Entsprechend der Leichtigkeit der Erregung (LST) und der niedrigeren sensorischen Schwelle (EOE) wurden die Arbeitsanforderungen als überhöht wahrgenommen und führten zur emotionalen Erschöpfung. Persönliche Faktoren konnten abhängig von der Art der wahrgenommenen Arbeitsumgebung sowohl als persönlicher Vulnerabilitätsfaktor als auch als persönliche Ressource wirken. Die Untersuchung von Nikola Drndarević et al. (2021) zielte darauf ab, die Beziehung zwischen SPS und Verhaltensproblemen zu untersuchen, indem die potenziellen vermittelnden Rollen als Trait der emotionalen Intelligenz (TEI) und Entscheidungsstilen getestet wurden. Pathway-Analysen wurden anhand der Daten von 268 Community-Stichprobenteilnehmern durchgeführt. Es wurde nachgewiesen, dass die SPS unabhängig vom Geschlecht die Entwicklung von Depressionen beeinflusst.

Das auffällige Nebeneinander von Stärken und Schwächen, beschrieb R.Tölle 2013 in seinem Beitrag „Die sensitiven Charaktere“. Tölle zitierte weltbekannte Psychiater wie E. Kretschmer und K. Jaspers und meinte zusammenfassend: „Diese Menschen sind äußerst empfindsam und weich, auch feinführend und gefühlvoll. Sie sind beeindruckbar und verletzlich, vom Urteil anderer in hohem Maße abhängig. Dabei wenig selbstbewusst, eher unsicher, gehemmt und ängstlich“..... „Auf der einen Seite finden sich sensitive Menschen, die im Alltag vielfach anzutreffen sind, ohne dass ihre Sensitivität auffällig würde. Auf der anderen Seite stehen die stark ausgeprägt sensitiven Menschen, die sichtlich unter ihrer Persönlichkeitsstruktur leiden und immer wieder in so tiefe Krisen geraten, dass eine Behandlung notwendig wird“. Die sensitive Persönlichkeit wurde deshalb als ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung in die internationalen Klassifikationen DSM-IV-TR und den ICD-10 übernommen.

Zusammenfassung:

Hohe HSP-Testergebnisse korrelieren nicht grundsätzlich mit Begabungen, sondern mit den Erkrankungen des atypisch Formenkreises und den häufigsten psychischen

Störungen. Die Hauptmerkmale der SPS korrelieren außerdem mit dem charakteristischen Nebeneinander von sthenischen und asthenischen Eigenschaften wie sie bei ängstlich-vermeidenden und vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen im ICD 10 beschrieben werden.

1.5. Die Sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit hat eine weit zurückreichende Tradition

Die Annahme dieser Zusammenhänge hat eine weit zurückreichende Tradition. Hans Selye, ungarisch-kanadischer Arzt und Entdecker der Stressreaktion (1940) schrieb zehn Jahre nach deren Erstbeschreibung den Bestseller „Stress without Distress“. Darin beschrieb er die Stressreaktion als individuell unterschiedliche Stressempfindlichkeit [4]. H.U. Wittchen, Direktor der Abteilung für klinische Psychologie an der TU Dresden verfasste 2012 einen kritischen Beitrag zum „Diathese-Stress-Modell: „Stress ist weniger für die Auslösung der Stressreaktion verantwortlich als der individuell unterschiedliche Verarbeitungs- und Bewertungsprozess und der Anpassungsaufwand. Verwundbarkeit (Empfindlichkeit oder "Dünnhäutigkeit") kann zum Beginn der Psychose in Kombination mit stressigen lebensgeschichtlichen Prozessen, zu situational- sozialem oder körperlich-hormonellem Stress führen“ [5]. In seinem 2011 erschienen Buch „Die Ich-Illusion“ geht der weltweit anerkannte Hirnforscher Michael Gazzaniga davon aus, dass Psyche und das, was wir unter Bewusstsein verstehen, nur im sozialen Miteinander entstehe und nicht als isoliertes Hirnphänomen eines Individuums zu begreifen sei. „Man muss vielmehr von komplexen Strukturen und größtenteils dem menschlichen Bewusstsein unzugänglichen Abläufen ausgehen. Das Empfinden eines einheitlichen Bewusstseins, das Gefühl selbstbestimmt zu handeln und Entscheidungen zu treffen, ist aber nur eine *Ich – Illusion*, die unser Gehirn selbst hervorbringt und mit der es uns "permanent in die Irre" führt“. Das menschliche Bewusstsein sei kein einheitlicher Prozess, sondern komme zustande im Zusammenwirken zahlreicher, verteilter Systeme, die dynamisch interagieren; Bewusstsein sei deshalb das Ergebnis komplex agierender Systeme, das uns als „Ich“ erscheint, tatsächlich aber nur dem Erklärungsbedürfnis unserer dominanten Hirnhälfte erwächst [6]. Sterling P, Eyer J. und McEwen B.S. gingen von einer entwicklungsgeschichtlichen Anpassung (Allostase) aus, die aufgrund der längerfristig veränderte Anforderungen zu einem angepassten Verhalten führen. Bei anhaltender Überforderung (allostatic overload) drohen allerdings die Überreizung und typische Krankheiten [20-22].

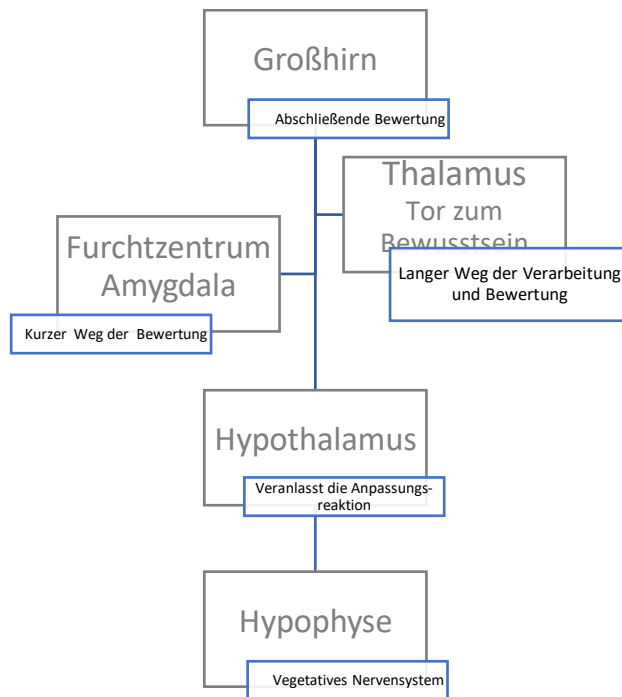
1.6. Die Sozialabhängigkeit der Sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit

Der soziale und biographische Wandel in den Wohlstandsgesellschaften westlicher Prägung hatte schon in den Achtzigerjahren des vorigen Jahrhunderts zu einem deutlichen Werteverfall von Ehe und Familie geführt. Als Antwort auf die zunehmende soziale Unsicherheit, insbesondere die Bindungsunsicherheit, erfolgte ausgehend von den USA mit der Attachment Parenting -Bewegung ein gesellschaftlicher Rechtsruck, der insbesondere die Rolle der Mütter neu definierte. Sie hatte sich bedingungslos den Bedürfnissen der Kinder unterzuordnen.

Die bindungsorientierten Erziehungsstile sind inzwischen längst in Europa, insbesondere in Deutschland, weitverbreitet und kaum eine junge Familie mag sich dem Codex entziehen, dass die Mutter auf jede Regung des Kindes einzugehen habe, es niemals schreien lassen dürfe, es möglichst immer tragen, ad libitum stillen und mit ihm das Bett teilen sollte. Für die wohlhabende Familie machbar, müssen Familien, in denen die Mutter Anspruch auf eine eigene berufliche Karriere anmeldet oder die Familie auf das Einkommen beider Eltern angewiesen sind, an diesem Credo scheitern. Auch wenn diese Mütter längst an ihren psychischen und physischen Grenzen angekommen sind, versuchen sie diesem pädagogischen Mainstream gerecht zu werden, für den es übrigens keinerlei wissenschaftliche Grundlagen gibt. Sie wollen um jeden Preis als gute Mutter anerkannt werden. Die ständige Sorge, diesen Anforderungen nicht gerecht zu werden, das Gefühl der Unzulänglichkeit und die Angst vor der Bindungsunsicherheit, dem Scheitern der Beziehung und dem sozialen Absturz, erhöht deshalb vor allem die Sensibilität (Der Allergie-Code S 208 -238).

1.7. Exkurs: Die Neurobiologie der Stressreaktion (Anpassungsreaktion)

Alle, über die Augen, die Nase, die Zunge, die Ohren und über das Tasten wahrgenommen Informationen gelangen über den Thalamus in das entwicklungs geschichtlich ältere, aber voll funktionstüchtige Zwischenhirn („Säugetiergehirn“). Dieser Teil des Gehirns ist nicht für die Befriedigung des Triebes nach Nahrungsbeschaffung und Fortpflanzung zuständig, sondern auch für Grundbedürfnisse nach Sicherheit und sozialem Zusammenhalt, wozu beispielsweise auch die instinktive mütterliche Fürsorglichkeit gehört. Dieser Teil des Gehirns verfügt bereits über ein eigenes Gedächtnis. Eine überlebensnotwendige Bedeutung hat das Furchtzentrum, wo alle eingehenden Informationen auf ihre Bedrohlichkeit überprüft werden. In der Amygdala sind alle möglichen bereits mit der Geburt angelegten, aber auch erlernten begründeten Ängste gespeichert. Registriert die Amygdala eine Gefahr, wird das auf dem denkbar kürzesten Weg an den Hypothalamus weitergeleitet, der das Vegetative Nervensystem (VS) aktiviert.



Der kurze und lange Weg des Angstzyklus

Das VS sorgt über Regelkreise zwischen Hirnstamm und peripheren Organen für die optimale Anpassung des Gesamtorganismus an die veränderte Anforderung. Die erste Phase der Stress- oder Anpassungsreaktion wird mit den beiden Stresshormonen Noradrenalin und Adrenalin über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenmark-Achse (HHNM-Achse) eingeleitet. Gelingt die Anpassung nicht, wird die Stressreaktion mit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse (HHNR-Achse) und der zusätzlichen Ausschüttung von Cortisol fortgesetzt. Diese Anpassungsversuche erfordern einen beträchtlichen Energieaufwand, der über kurz oder lang zur Erschöpfung und Krankheiten führen kann. Die physiologischen Anpassungsprozesse geschehen ohne Kontrolle durch unser Bewusstsein, sondern verlaufen reflektorisch durch die Reaktionen der Amygdala. Bewusst und willentlich sind wir an dieser Anpassung also nicht beteiligt [16]. In diesem komplexen System gibt es eine Struktur, den Hippocampus, der die Vorgänge kontrolliert und besonders bedeutsam erscheinende Wahrnehmungen an den Cortex zur Beurteilung weiterleitet. Dieser lange Weg des Angstzyklus äußert sich beispielsweise, wenn wir nachts bei Mondschein aufgrund eines plötzlichen Schattens zusammenfahren und im nächsten Moment erleichtert aufatmen, weil es sich nur um einen vom Wind bewegten Zweig handelte.

1.8. Die Anpassungsreaktion der überreizten Sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit

Die stark erhöhte SPS neigt auch bei geringen, nahezu unveränderten Anforderungen zur Überreizung und zu Anpassungsreaktionen mit Ausschüttung der Stresshormone Noradrenalin und Adrenalin über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenmark-Achse. Die Anpassungsversuche sensitiver Persönlichkeit führen ohne Hilfe grundsätzlich zur Steigerung der Sensitivität, sodass die Anpassung nicht gelingen kann und die Hypothalamus-

Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse (HHNR-Achse) und die zusätzliche Ausschüttung von Cortisol fortgesetzt wird. Längere Zeit andauernde, ergebnislose Anpassungsversuche erfordern einen beträchtlichen Energieaufwand, der zur Erschöpfung und zur Entwicklung von Krankheiten führt. Da es sich nicht um Anpassungen an akut erhöhte Anforderungen, sondern um eine Überempfindlichkeit gegenüber an sich harmlosen Reizen handelt, kann sich dieser Prozess unter Umständen über Jahre hinziehen. Oft kommt es im Zusammenhang mit Reifungskrisen zur Exazerbation.

1.8.1. Die Empfindsamkeit, Empathie und soziale Talente

Bei der Sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit besteht zwar eine erhöhte Empfindlichkeit im Bereich der subkortikalen Strukturen im Zwischenhirn, es handelt sich dabei aber a priori nicht um eine Krankheit. Menschen mit sensorischer Verarbeitungsempfindlichkeit werden vom sozialen Umfeld meistens nicht als überempfindlich oder mimosenhaft wahrgenommen, sondern sogar wegen ihres Einfühlungsvermögens und ihres Sozialverhaltens gelobt. Charakteristische Eigenschaften sind die Feinfühligkeit, Empathie und ihr Altruismus. Diese Menschen können lebenslang mit ihrer SPS nicht nur gut zurechtkommen, sondern fallen wegen ihrer sozialen und ästhetischen Talente auf.

1.8.2. Die emotionale Erregbarkeit und Überempfindlichkeit gegenüber subtilen Reizen

Wenn ihre sensorische Wahrnehmungsempfindlichkeit aber durch ständig wechselnde Anforderungen oder den drohenden Verlust an sozialer Sicherheit, fehlender Wertschätzung und insbesondere durch Bindungsunsicherheit überstrapaziert wird, kann es leichter zur Erregung, insbesondere zu Ängsten und Befürchtungen kommen. Diese Symptome wurden von Elaine N. Aron als besonders charakteristisch für die HSP beschrieben. Auch hierbei kann in der Regel noch nicht von Krankheit gesprochen werden. Hält dieser Zustand längere Zeit an, nimmt die Empfindlichkeit und Erregbarkeit ständig zu und es kommt selbst bei an sich harmlosen Reizen zu unnötigen vegetativen Anpassungsreaktionen mit Ausschüttung von den Stresshormonen Adrenalin und Noradrenalin sowie Cortisol. Diese Persönlichkeiten fallen durch die emotionale Irritabilität und physische Hyperreagibilität und atopische Symptome auf.

1.8.3. Die Überforderung, verringerte Belastbarkeit und Erschöpfung

Eine ätiopathogenetische Bedeutung bekommt die SPS dann, wenn es zu länger anhaltenden, erfolglosen Anpassungsversuchen des Vegetativen Nervensystems kommt. Die erfolglosen Anpassungsversuche erfordern einen beträchtlichen Energieaufwand, der zur Erschöpfung und Krankheiten führen muss. Die Folge sind atopische Krankheitsbilder und/ oder psychischen Störungen, wie Angststörungen, Depressionen, Erschöpfungszustände und das Burn-out-Syndrom.

1.9. Die Erfassung und Messung der SPS

1.9.1. Der HSP-Test

Zur Erfassung und Messung der Sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit entwickelte Elaine N. Aron 1996 den Highly sensitive person scale. Wenn mehr als 14 der 27 Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, gilt der Getestete als hochsensitiv. Der Fragebogen wurde mehrfach wissenschaftlich untersucht. Die Analyse der American Psychological Association zeigte eine angemessene Zuverlässigkeit und inhaltliche, konvergente und diskriminante Gültigkeit für das HSPS. Die 27-Item-Version hatte in 2 Studien eine interne Konsistenzzuverlässigkeit (Alphas) von .87 und .85. Das Maß hat eine gute inhaltliche Gültigkeit in Bezug auf die Konzeptualisierung einer hohen Sensitivität, da sie sowohl eine hohe Empfindlichkeit gegenüber subtilen Reizen impliziert als auch leicht übererregt ist. Die Diskriminanz, Konvergenz und Gesamtkonstruktvalidität des HSP wurde durch die gesamte Reihe von Studien unterstützt. (APA PsycTests Database Record (c) 2019 APA) HSP-Scale-Score-Muster bei Erwachsenen wurden als dichotome kategoriale Variable mit einem Bruchpunkt zwischen 10% und 35% ermittelt, wobei Aron einen Cut-Off der 20% mit der höchsten Punktzahl auswählte, um die HSP-Kategorie zu definieren. Die 27 Items lassen sich eindeutig den drei Hauptmerkmalen zuordnen.

1.9.1.1. *Empfindsamkeit, Empathie und soziale Talente (8)*

- 2 Offenbar habe ich eine feine Wahrnehmung für Unterschwelliges in meiner Umwelt.
- 8 Ich besitze ein reiches, vielschichtiges Innenleben.
- 10 Kunstvolle Musik bewegt mich tief.
- 12 Ich bin ein gewissenhafter Mensch.
- 15 Wenn andere Menschen sich in einer Umgebung unwohl fühlen, weiß ich eher als manche andere, was notwendig ist, um Wohlbefinden herzustellen (zum Beispiel durch eine Veränderung der Beleuchtung oder der Sitzordnung).
- 17 Ich gebe mir große Mühe, Fehler zu vermeiden oder Dinge nicht zu vergessen.
- 22 Ich bemerke und genieße feine Düfte, Geschmäcker, Klänge oder Kunstwerke.
- 27 Als Kind haben meine Eltern und Lehrer mich als sensibel oder schüchtern angesehen.

1.9.1.2. Emotionale Erregbarkeit und Empfindlichkeit gegen subtile Reize (7)

- 3 Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich.
- 4 Ich reagiere eher empfindlich auf körperlichen Schmerz.
- 6 Auf Koffein reagiere ich heftiger als viele andere Menschen.
- 9 Laute Geräusche bereiten mir Unbehagen.
- 13 Ich bin schreckhaft
- 18 Fernsehsendungen und Spielfilme mit Gewaltszenen meide ich.
- 20 Hungergefühle stören nachhaltig meine Konzentration und beeinträchtigen meine Stimmung.
- 25 Laute Geräusche, chaotische Szenen und ähnliche starke Reize stören mich.

1.9.1.3. Überforderung, geringe Belastbarkeit und Erschöpfung (12)

- 1 Ich fühle mich leicht überwältigt durch starke Sinneseindrücke.
- 5 Ich habe an geschäftigen Tagen das Bedürfnis, mich zurückzuziehen – entweder in ein dunkles Zimmer oder an einen anderen Ort, wo ich allein sein und mich von der Stimulation erholen kann.
- 7 Ich fühle mich schnell überwältigt von Dingen wie grelle Lichter, starke Gerüche, raue Textilien auf meiner Haut oder Martinshörner in meiner Nähe.
- 11 Manchmal liegen meine Nerven derart blank, dass ich nur noch alleine sein möchte.
- 14 Es bringt mich leicht aus der Fassung, wenn ich in kurzer Zeit viel erledigen muss.
- 16 Ich werde ärgerlich, wenn man von mir erwartet, zu viele Dinge gleichzeitig zu tun.
- 19 Ich fühle mich unangenehm erregt, wenn sich um mich herum viel abspielt.
- 21 Veränderungen in meinem Leben treffen mich sehr heftig
- 23 Ich empfinde es als unangenehm, wenn ich mich mit mehreren Dingen gleichzeitig beschäftigen muss.
- 24 Für mich ist es sehr wichtig, mein Leben so zu organisieren, dass ich Situationen vermeide, in denen ich mich ärgern muss oder die mich überwältigen.
- 26 Wenn ich mit anderen Menschen konkurrieren muss oder beobachtet werde, während ich eine Aufgabe erfülle, macht mich das so nervös und unsicher, dass ich weitaus schlechter abschneide, als ich eigentlich könnte.

SPS-16- Screening

Das SPS-Screeningverfahren ist ein für den klinischen Einsatz konzipiertes Messinstrument zur Erfassung der Sensory processing sensitivity (SPS). Das Testverfahren wurde stufenweise mit Unterstützung von 1246 Probanden entwickelt und liegt aktuell in der 16 Items umfassenden Version vor. Die Messung erfolgt mittels 5-stufiger Likert-Skala mit den Ausprägungen *stimme gar nicht zu* (1) bis *stimme voll zu* (5). Der SPS-Screening-Test berücksichtigt drei Dimensionen der SPS, die mittels explorativer Faktorenanalyse aus der Highly sensitiv person scale abgeleitet und empirisch bestätigt wurden:

- Stärken und Begabungen, wie Feinfühligkeit, Empathie, Fürsorglichkeit, Sorgfalt, Ehrgeiz und spezifische Begabungen.
- Emotionale und subtile physische Empfindlichkeit, das heißt, Empfindlichkeit gegen Substanzen, wie Kaffee oder Schurwolle oder Reize, wie laute Geräusche, Unruhe)
- Geringere Resilienz und Überwältigung, das heißt, Gefühle der Unzulänglichkeit. Verlangen nach Anerkennung, Gefühl der Überwältigung und Erschöpfung)

In Voruntersuchungen zeigt der SPS-Screening-Test eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs Alpha AES = 0.80, LST = 0.82, EOE = 0.83), gute Itemtrennschärfe ($0.48 < ITC < 0.75$) und eine gute Kriteriumsvalidität ($p < 0.001$, $R^2 = 0.26$, $AUC = 0.81$). Objektivität und Augenscheinvalidität sind ebenso gegeben wie eine hohe Testökonomie. Mit dem Screening kann die SPS schnell und zuverlässig erfasst werden. Das Ergebnis zeigt nicht nur die Höhe der SPS, sondern stellt die individuelle Merkmalsverteilung graphisch dar. Das Verfahren eignet sich insofern gleichermaßen für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung wie für die Durchführung großer Kohortenstudien.

1.9.1.4. *Empfindsamkeit, Empathie und soziale Talente (5)*

- 1 Im privaten oder beruflichen Umgang nehme ich atmosphärische Störungen früher wahr als andere.
- 2 Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich.
- 10 Das Wohlbefinden der Menschen in meiner Umgebung ist mir wichtig.
- 15 Ich neige dazu, an mich selbst zu hohe Anforderungen zu stellen.
- 16 Ich nehme Dinge und Vorgänge in meiner Umgebung intensiver und gefühlsmäßiger wahr als andere.

1.9.1.5. *Emotionale Erregbarkeit und Empfindlichkeit gegen subtile Reize (5)*

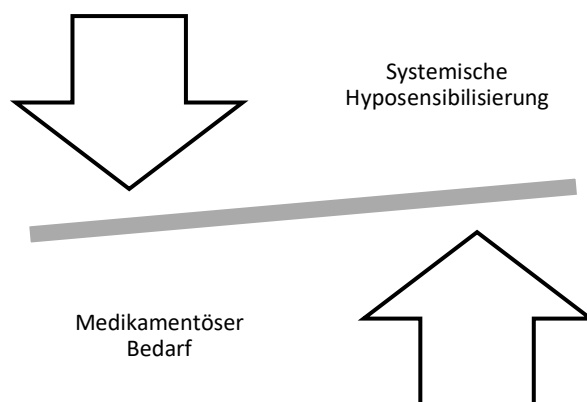
- 3 Ich neige zur Schreckhaftigkeit.

- 4 Laute Geräusche, grelle Lichter oder Alarmfahrten von Rettungsfahrzeuge beunruhigen mich.
- 7 Schurwolle oder andere raue Textilien empfinde ich als unangenehm.
- 9 Ständig lautsprechende Menschen empfinde ich als unangenehm.
- 12 Ich habe einen empfindlichen Geruchssinn.

1.9.1.6. Erschöpfung, geringe Belastbarkeit und Erschöpfung (6)

- 5 Manchmal fühle ich mich so genervt, dass ich nur noch allein sein möchte.
- 6 Wenn ich oder mein Kind krank werden, denke ich rasch an Komplikationen.
- 8 Veränderungen in meinem Leben machen mir sehr zu schaffen
- 11 Ich kann es nicht ertragen, wenn man von mir erwartet, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen
- 13 Es ärgert mich und ich kann mich nicht konzentrieren, wenn sich um mich herum zuviel abspielt.
- 14 Schlimme Kindheitserlebnisse kann ich nicht vergessen.

2. Grundprinzipien der medizinischen Versorgung SPS-assoziiierter Erkrankungen



Die Bedeutung der Systemischen Hyposensibilisierung

Die innovative Versorgung steht und fällt mit der Beachtung bestimmter Grundprinzipien. Dazu gehören:

- Die Früherkennung und die frühestmögliche Therapie;
- die möglichst genaue Beurteilung des Entwicklungsstandes der chronischen Krankheit, weil sie allein eine bedarfsgerechte Unterstützung und Behandlung ermöglicht;
- die aktive Auseinandersetzung anstatt Vermeidung und symptomatische Unterdrückung;
- die Beachtung der systemischen Hierarchie des Gesamtorganismus;
- das Verständnis der Systemischen Hyposensibilisierung als optimierte medizinische Versorgung der so genannten stressassoziierten chronischen Krankheiten

2.1. Die Früherkennung und die frühestmögliche Therapie

Während der ersten Erprobung der SHS zeigte sich, dass der Erfolg der Behandlung eindeutig vom Alter und Zeitpunkt des Behandlungsbeginns abhing. 40 Säuglinge und Kleinstkinder bis 3 Jahre waren unabhängig vom SCORAD und Anzahl und Stärke IgE-vermittelter Allergien innerhalb von 24 Monaten erscheinungsfrei und konnten altersentsprechend normal ernährt werden. Die Vorteile der Frühbehandlung chronischer Krankheiten im Kindesalter sind hinreichend bekannt. Die Zunahme der primär chronischen Erkrankungen des atopischen Formenkreises, insbesondere die Häufung der Neurodermitis, kann nur im frühen Kindesalter gestoppt werden.

Die frühestmögliche Diagnostik

Die Eltern, insbesondere solche, die zur Inanspruchnahme alternativer aber nicht gesicherter Verfahren, z. B. Bioresonanztherapie tendieren, sollten bei Symptomen einer AD über die Notwendigkeit der Frühdiagnostik und Therapie aufgeklärt werden.

- Die diagnostischen Empfehlungen der AWMF sk 2 Leitlinie Neurodermitis und das Screening zur Abklärung des individuellen Bedarfs (siehe 2.2) sollten grundsätzlich berücksichtigt werden.
- Vor allem bei starker, über mehrere Generationen zurückreichender familiärer Atopie, ist die zuverlässige Allergie-Diagnostik unverzichtbar. In diesen Fällen sollte die Schwangere über die peripartale Untersuchung des Gesamt - IgE im Nabelschnurblut aufgeklärt werden.
- Erfassung der sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit durch den SENS-E-TEST. Bei hohen SPS-Werten Untersuchung auf psychische Störungen, wie Angststörungen, unipolare Depression, ADHS. Psychovegetative Erschöpfung /Burn-out.

Die frühestmögliche Therapie

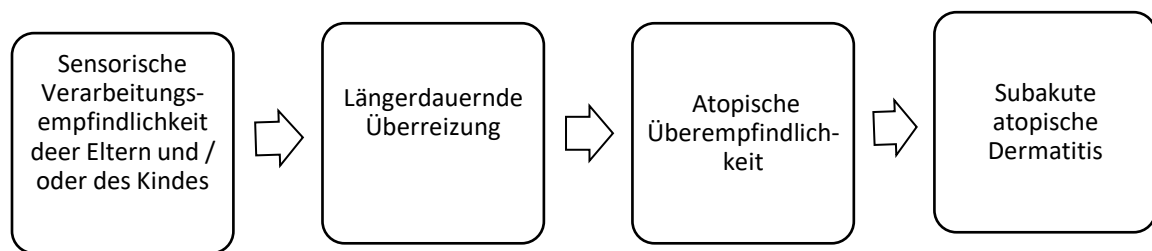
Die Therapie erfolgt überwiegend über die vertrauensvolle Einbeziehung der Eltern. Ohne sie ist die erfolgversprechende Behandlung eines Säuglings oder Kleinstkindes nicht möglich. Die Eltern sollen vom Arzt deshalb von Beginn in alle medizinischen Entscheidungen einbezogen werden. Es hängt von den Ergebnissen der Diagnostik und der Zuordnung zu einer der vier Entwicklungsstufen der AD ab, welche Therapieschwerpunkte zunächst gewählt werden (siehe 3.1.bis 3.3 und 4.)

2.2. Die Berücksichtigung der atopischen Entwicklungsstufen

Die „Neurodermitis“, international als atopische Dermatitis (atopic dermatitis), kurz AD bezeichnet, ist neben dem Asthma bronchiale und der Rhinokonjunktivitis eine der Erkrankungen des atopischen Formenkreises. Die Bezeichnung „Atopie“ wurde vor 100 Jahren aus dem Griechischem abgeleitet und sollte auf die „ortlos“ auftretende Überempfindlichkeit der Haut und eines Teiles der Schleimhäute hinweisen. Die atopische Dermatitis zeigt typische Entwicklungsstadien, an deren Ende die klassischen Symptome der Neurodermitis stehen. Die differenziertere Betrachtung der AD ist für eine erfolgreiche Behandlung unverzichtbar.

2.2.1. Die subakute (leichte) atopische Dermatitis

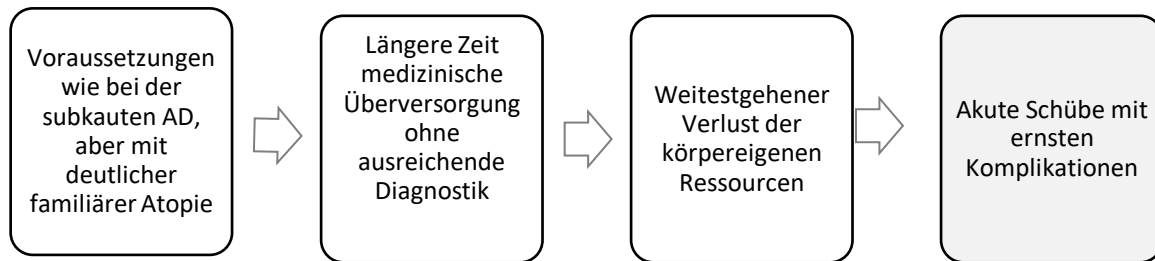
Es ist die häufigste Form der AD und diejenige, die eindeutig auf die erhöhte sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit mindestens eines Elternteils, am häufigsten der Mutter, zurückzuführen ist. Die erhöhte Responsivität der Eltern und ihre Neigung zur Überbehütung sowie zur medizinischen Überversorgung sind bedeutsame Co-Faktoren für die Entwicklung der AD. Kinder, bei denen die sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit angelegt ist, reagieren entsprechend empfindlicher auf die sensitiven Eltern, aber auch auf alle anderen Umgebungsreize. Es besteht keine oder nur eine geringe familiäre Veranlagung zur Atopie. Die Betroffenen zeigen oft Nahrungsmittelunverträglichkeiten, aber eher selten IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergien. Die Haut zeigt eine geringe, uncharakteristische, fleckige Rötung vor allem im Gesicht und an den Außenseiten der Extremitäten.



Die Entwicklung der subakuten (leichten) AD

2.2.2. Akute atopische Dermatitis

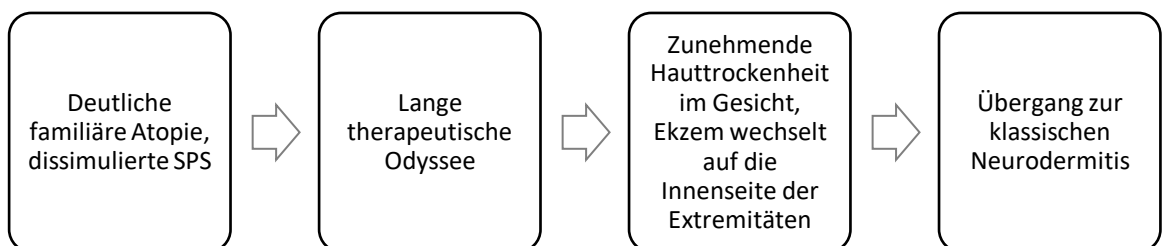
Zu gehäuften akuten Schüben, oft mit Komplikationen, kommt es bei Säuglingen und Kleinkindern mit dem anfänglichen Bild der subakuten AD. Neben der sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit findet sich aber mindestens bei einem Elternteil eine deutliche atopische Veranlagung, meistens schon in der 2. Generation. Bei fast 50 % der Kinder werden IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergien (Kuhmilch, Eiklar, Fisch, Nüsse) nachgewiesen. Die Kinder entwickeln in immer kürzeren Abständen akute Krankheitsschübe, meistens über sich rasch ausbreitende Hautinfektionen mit Staph. aureus. Es entstehen flächenhaft nässende Rötungen, Exkorationen und Schorfe vor allem im Gesicht, an den Schultern und den Außenseiten der Extremitäten. Oft geht dieses Bild innerhalb weniger Stunden in eine Impetigo mit rasenförmigen, eitrigen Pickeln und eitrigen Wundschorfen über. Bei Unkenntnis der allergischen Veranlagung kommt es im Rahmen des Nahrungsaufbaus nicht selten auch zu bedrohlichen anaphylaktischen Ereignissen. Im akuten Schub müssen die Kinder oft stationär behandelt werden.



Die Entwicklung der akuten AD

2.2.3. Die Übergangsformen

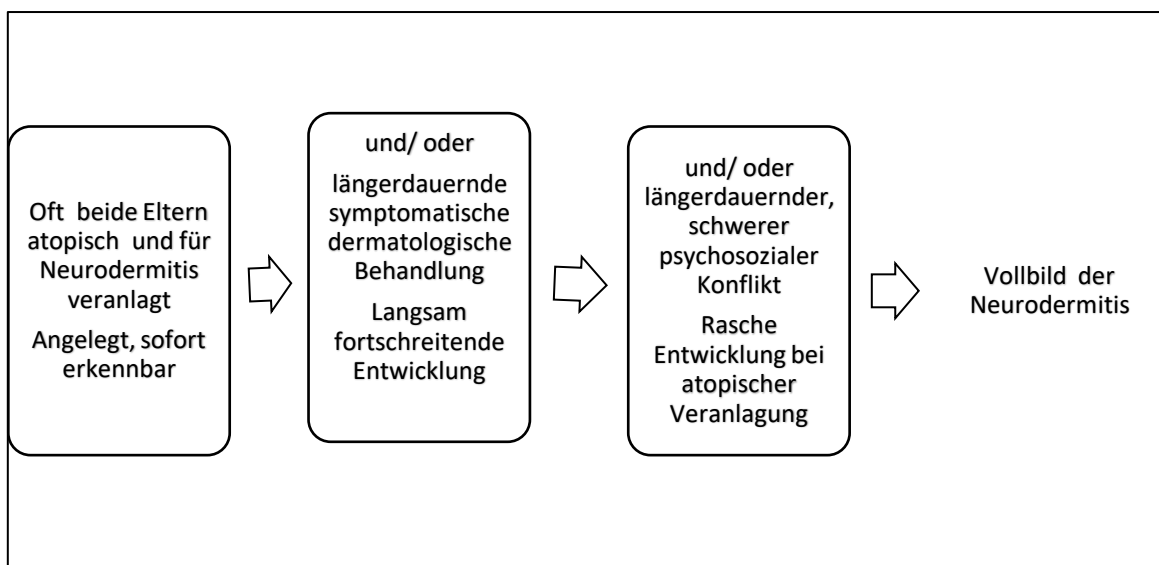
Bei den Eltern besteht eine eindeutige atopische Veranlagung, meistens in der zweiten oder sogar dritten Generation. Die Merkmale der sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit sind bei ihnen oft nur scheinbar weniger deutlich ausgeprägt. Langwährende therapeutische Odysseen, unablässig auf der Suche nach der besten Methode und dem genialen Medikament, scheinen sie überwiegend „kopfgesteuert“. Es besteht nur geringe Bereitschaft, sich selbst als Ursache einzubeziehen. Partnerschaftskonflikte werden kaschiert. Diese Kinder zeigen früh ein anderes Bild als die beiden ersten Entwicklungsstufen. Bei mehr als 50 % ihrer Kinder werden aerogene Allergien (häufig frühblühende Bäume und Gräser) und Kreuzallergien nachgewiesen. Die Kinder weisen eher diskrete, aber dennoch typische Stigmata der Neurodermitis auf: die etwas trockene, etwas schuppige Haut, vor allem an der Stirn und um die Augen und dem Mund, die doppelte Lidfalte und den so genannten „weißen Dermographismus“. An den Extremitäten befinden sich die Rötungen weniger an den Außenseiten als in den Beugen und den Innenseiten der Handgelenke.



Der Übergang zur Neurodermitis

2.2.4. Die Neurodermitis

Das Vollbild der Neurodermitis sieht man in der frühen Kindheit selten. In den wenigen Fällen besteht eine weit zurückreichende familiäre Veranlagung zur Atopie und zu Neurodermitiserkrankungen, nicht selten bei beiden Eltern. 80 Prozent der Kinder leiden unter IgE-vermittelten Allergien und zeigen von Beginn an alle Merkmale der Neurodermitis. Weist ein Patient drei oder mehr der folgenden Merkmale auf, gilt die Diagnose Neurodermitis als gesichert (Hanifin und Rajka, 1980): Flächenhafte Verdickung der Haut an Kniekehlen und Armbeugen, Hautveränderungen an charakteristischen Stellen, Juckreiz, chronischer schubweiser Verlauf, eigene oder familiäre Allergie.



Die Entwicklungsmöglichkeiten der Neurodermitis

Empfehlungen

Bei den ersten Hinweisen auf atopische Dermatitis erfolgt eine diagnostische Abklärung. Das nachfolgende Screening ermöglicht eine rasche und relativ zuverlässige differentialdiagnostische Klärung und eine Einordnung des Kindes in eine der vier Entwicklungsstufen.

2.2.5. Screening zur Ermittlung der Entwicklungsstufe

	Merkmal	Punkte
1	Alter: 1. bis 2. Lj. 2 P., 3. bis 6. Lj. 5 P., älter als 7 Jahre 10 P.	

2	Veranlagung der mütterlichen Familie für Erkrankungen des atopischen Formenkreises. 1.Generation 2 P, 2. Gen. 5 P, 3. Gen. und weitere 10 P	
3	Veranlagung der väterlichen Familie für Erkrankungen des atopischen Formenkreises 1.Generation 2 P, 2. Gen. 5 P, 3. Gen. und weitere 10 P	
4	Nachgewiesene IgE-vermittelter Allergien bei den Eltern Mutter: ja 5 P. Vater: ja 5 P.	
5	Nachgewiesene IgE-vermittelte Allergien beim Kind Ja 10 P.	
6	Seit wann besteht die atopische Dermatitis beim Kind? 1 Jahr 2 P., 2 bis 6 Jahre 5 P., mehr als 7 Jahre 10 P.	
7	Wo zeigt sich das Ekzem deutlich Gesicht 2 P., Außenseite der Extremitäten 2 P., Rumpf 2. P., Handgelenke Innenseite 10 P., Ellenbeugen Innenseite 10 P., Kniegelenke Innenseite 10 P. Summe eintragen	
8	Wie stark ist der Juckreiz ausgeprägt? 0 bis 10 P.(stark)	
9	Wie stark ist die Hauttrockenheit ausgeprägt? 0 bis 10 P.(stark)	
10	Hinweise auf begleitendes Asthma bronchiale? Ja 5 P.	
11	Hinweise auf begleitende Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen)? Ja 5. P.	
12	SPS- 16- Screening – Ergebnis der Mutter? 0 bis 1,4 oder 0 bis 25 % 0 P., 1,5 bis 2 oder 26 bis 50% 5. P, mehr als 2,0 oder mehr als 59 % 10 P	
13	SPS- 16- Screening – Ergebnis des Vaters? 0 bis 1,4 oder 0 bis 25 % 0 P., 1,5 bis 2 oder 26 bis 50% 5. P, mehr als 2,0 oder mehr als 59 % 10.P	
14	Zeigt das Kind Hinweise auf psychische Störungen, wie emotionale Erregbarkeit, Schreianfälle, außergewöhnliche Schreckhaftigkeit oder Schlafstörungen? Emotionale Unausgeglichenheit 5 P. Unbegründete Schreianfälle 5 P, Schlafstörungen 5 P., Hyperreagibilität / Schreckhaftigkeit 5 P. Summe eintragen	

15	Wie stark ist die psychosoziale Überlastung der Mutter aufgrund der kindlichen Erkrankung? 0 bis 10 P.	
16	Wie stark ist die psychosoziale Überlastung des Vaters aufgrund der kindlichen Erkrankung? 0 bis 10 P.	
17	In welchem Umfang werden alternative Methoden, beispielsweise Homöopathie, TCM oder Elektroakupunktur eingesetzt? Keine 0 P, nur begleitend 5 P., ausschließlich 10 P	
18	Bisheriger Krankheitsverlauf leicht 0 P. mäßig 2. P. erheblich 5 P. schwer 10 P.	
	Summe	

Bewertung:

0 bis 50 Punkte: leichte AD
51 bis 100 Punkte: akute AD
101 bis 150 Punkte: Übergangsform
ehr als 150 Punkte: Neurodermitis

2.3. Aktive Auseinandersetzung anstatt Vermeidung und symptomatische Unterdrückung

In der AMWF-Leitlinie wird die strikte Vermeidung von „Triggern“, wie psychischer Stress, Staub, Pollen, Schurwolle, Schweiß, Hitze, Kälte, Körperpflegemittel, Nahrungs- und Genußmittel sowie Mikroben als bedeutender Teil der dermatologischen Behandlung empfohlen. Die aktuellen Untersuchungsergebnisse bieten eine schlüssige Erklärung, warum atopisch veranlagte Menschen, insbesondere Patienten mit Neurodermitis, auf solche an sich alltägliche Reize emotional und physisch überempfindlich reagieren können und warum diese Überempfindlichkeit im Rahmen von Entwicklungsphasen, die mit hormonellen Veränderungen einhergehen, beispielsweise der Schwangerschaft oder in der Pubertät auffällig zunimmt. Das ängstlich-vermeidende Verhalten und die Überempfindlichkeit gegenüber harmlosen und natürlichen Umweltreizen sind die beiden Hauptmerkmale der sensitiven Persönlichkeit. Die Angst vor unabwendbaren Gefährdungen ist der häufigste Grund für Vermeidungsverhalten. Die Angst und der Fluchtreflex sind überlebenswichtige Eigenschaften von Tier und Mensch. Bekannte, unabwendbare Gefahren zu meiden, ist völlig normal. Sensitive Persönlichkeiten haben aber Angst vor nur vermeintlich unabwendbaren Gefährdungen. Mit Vermeidungsempfehlungen bestärkt man diese Menschen in ihren Ängsten tatsächlich gefährdet zu sein. Da sich ihr Krankheitsbild aber trotz strenger Vermeidung nicht bessert, suchen sie von sich aus nach weiteren Gefährdungen, die sie vermeiden sollten. Sie erfahren nie, wovor sie sich tatsächlich in Acht nehmen sollten.

Empfehlungen

- Verzichten Sie auf unsinnige Vermeidungsempfehlungen und fördern Sie stattdessen die aktive Auseinandersetzung mit diesen vermeintlichen Gefährdungen.
- Nachgewiesene hochgradige IgE – vermittelte Allergien werden nicht vermieden, sondern immuntherapeutisch durch den fortwährenden Kontakt mit dem Allergen desensibilisiert (siehe Abschnitt „Immuntherapeutische Hyposensibilisierung“).
- Für die Verringerung des tendenziell ängstlich-vermeidenden Verhaltens ist die kognitive Auseinandersetzung über den Zusammenhang zwischen Hochsensitivität und Atopie unverzichtbar. Oft erübrigt sich danach eine Behandlung.
- Die Behandlung hochsensitiver Angststörungen orientiert sich an den Grundsätzen der anerkannten Angsttherapie, d. h. schrittweise gedankliche, visuelle und kontaktaufnehmende Auseinandersetzung mit dem angstausslösenden Reiz. Der Einsatz Psychologischer Psychotherapeuten / innen ist in der Regel nicht erforderlich. Entsprechend ausgebildete Psychologen, Sozialpädagogen oder Heilpraktiker finden u. U. leichter das Vertrauen und Zugang zu den Betroffenen.

2.4. Vermeidung eines Zuviels an medizinischer Intervention und Übermedikalisierung.

Mehr als die Hälfte der neurodermitiskranken Patienten haben der empfohlenen medizinischen Versorgung inzwischen den Rücken gekehrt und suchen Rat und Hilfe bei alternativen Anbietern. Ein Heer von Ärzten /innen, Psychotherapeuten/innen, Ernährungsberatern/innen, Heilpraktikern/innen und Neurodermitisberatern/innen gehen inzwischen andere Wege. Für keine andere chronische Krankheit werden mehr und unterschiedlichere Medikamente, Behandlungsmethoden und Verfahren angeboten als für die Neurodermitis und für kaum eine andere Krankheit wurden mehr Bücher und Ratgeber geschrieben, ohne dass das alles zu einem Rückgang der Prävalenz geführt hätte. 80 Prozent der neurodermitiskranken Kinder werden weder ausreichend untersucht noch bedarfsgerecht behandelt. Das ergab eine Befragung von Eltern, deren Kinder zur stationären Behandlung in die Klinik des Autors aufgenommen wurden.

Empfehlungen

Der neue Kenntnisstand sollte dazu beitragen, dass man sich auf die erkennbare Ursache der Krankheit konzentriert und die Suche nach anderen Ursachen und entsprechende Spekulationen vermeidet. Beschränkung auf die notwendige und wissenschaftlich gesicherte Frühdiagnostik (2.2.1.) und Therapie (2.2.2). Beschränkung auf die wirklich notwendige Therapie entsprechend 3.1. bis 3.3. und 4.

2.5. Die Beachtung der systemischen Hierarchie im Gesamtorganismus

Man muss vielmehr von komplexen Strukturen und größtenteils dem menschlichen Bewusstsein unzugänglichen Abläufen ausgehen. Das Empfinden eines einheitlichen Bewusstseins, das Gefühl selbstbestimmt zu handeln und Entscheidungen zu treffen, ist aber nur eine *Ich – Illusion*, die unser Gehirn selbst hervorbringt und mit der es uns "permanent in die Irre führt" (Michael Gazzaniga).

Das ideale Gleichgewicht des Gesamtorganismus, die Homöostase, verdankt der Mensch in erster Linie nicht dem Cortex, sondern entwicklungsgeschichtlich älteren Gehirnstrukturen, die man auch als „Säugetiergehirn“ bezeichnet. Dieser Teil des Gehirns ist dem Menschen voll funktionstüchtig erhalten geblieben. Insbesondere das limbische System erweist sich immer deutlicher als ein „emotionales Machtzentrum“, das sich der rationalen Beeinflussung ständig entzieht [19]. Der Mensch hat auf die Vorgänge in den dem Bewusstsein unzugänglichen Teilen, kraft seines Intellekts, nur wenig Einfluss. Immer mehr Krankheiten entwickeln sich nicht wie angenommen durch Stress, sondern durch Überempfindlichkeit der Strukturen im emotionalen Machtzentrum. Die symptomatische Behandlung eines Teilsystems, beispielsweise der Haut, muss versagen, wenn die systemischen Abhängigkeiten nicht berücksichtigt werden.

2.6. Das Verständnis der SHS als optimierte medizinische Versorgung stressempfindlicher chronischer Krankheiten

Die SHS ist keine weitere alternative Behandlungsmethode, sondern eine innovative medizinische Versorgungsform, insbesondere für die ambulante Versorgung der Neurodermitis und andere stressempfindlicher Krankheiten.

Sie unterscheidet sich von der bisherigen symptomatischen Versorgung (Vermeidung und symptomunterdrückende Medikamente) durch ihre ursächliche Herleitung. Behandelt wird die überreizte Sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit. Die medizinische Bedarfsbehandlung wird ständig an den Erfolg der Systemischen Hyposensibilisierung angepasst, d.h. nach unten korrigiert.

2.7. Der Abbau der elterlichen Überbehütung

Eine erfolgversprechende Behandlung der Kinder ist nur über eine stabile Elternpersönlichkeiten möglich. Selbst atopisch veranlagte, hochsensible Elternpersönlichkeiten sind oft nicht in der Lage die notwendigen Anforderungen und Voraussetzungen zu erfüllen. Ohne eine mindestens zeitgleiche, besser ist eine vorgezogene Stabilisierung der Elternpersönlichkeit muss die Behandlung der Kinder scheitern. Das zeigt sich am deutlichsten im Umgang mit den Hauptproblemen, der Schlafstörung und dem erregungsabhängigen Juckreiz. Die vielen, verschiedenen Empfehlungen kranken alle daran, dass die überreizte Hochsensibilität der Elternpersönlichkeit nicht berücksichtigt wird. Insbesondere hochsensible Mütter neigen zu einer besonders intensiven Mutter-Kind-Bindung. Bereits während des Übergangs in das zweite Lebensjahr entdecken die Kleinen sich selbst, spielen mit ihren Fingern, nuckeln an den Zehen, betasten sich und erkennen sich im Spiegel. Sie sehen sich selbst als wichtig an. Psychologen sprechen von einer egozentrischen Empathie. Störungen dieser Entwicklung zur Selbstständigkeit durch ein zu langes Festhalten an der engen Mutter-Kind-Beziehung führen zwangsläufig zum Mutter-Kind-Konflikt, der das spätere Sozialverhalten der Kinder prägen kann. Diese Menschen geraten später leichter in Abhängigkeiten, sind unsicher und entscheidungsschwach.

2.7.1. Die Eltern sollten sich authentisch verhalten und ihre Gefühle zeigen

Wenn die Mutter-Kind-Symbiose so weit geht, dass die Mutter mit dem Kind an der Brust ihre Notdurft verrichtet, besteht ein fortgeschrittenes Ablösungsproblem. Die bindungsorientierte Mutter verliert womöglich unvermittelt die Beherrschung, und ihr aufopferndes Verhalten schlägt ins Gegenteil um. Sie schreit das Kind an und flüchtet ins Nebenzimmer. Von sich selbst enttäuscht, entschuldigt sie sich im nächsten Moment und versucht der/m Eineinhalbjährige/n wortreich zu erklären, dass es so nicht weitergehen kann. Diese Einsicht ist ein erster Schritt.

Tatsächlich lassen sich solche Konflikte weder nach dem Motto „Gewünschtes Verhalten belohnen, unerwünschtes bestrafen“ noch mit konsequenter Durchsetzung von Regeln lösen. Auch die gewaltsame Auflösung einer symbiotischen Beziehung ergibt keinen Sinn. Wichtig ist, dass Eltern etwas über die normale Entwicklung der Kinder wissen und sie weder über- noch unterfordern. Die Kinder sollten früh lernen,

dass sie Teil einer Gemeinschaft sind und die Rechte der anderen Familienmitglieder zu respektieren haben. Eltern müssen dem Kind zuliebe niemals ihre eigenen Ziele und Wünsche aufgeben. Sie sollten vielmehr früh deutlich machen, dass die Partnerschaft der Eltern, deren Berufsausübung und der Haushalt Rücksichtnahme erfordern. Das Sozialverhalten erwacht nicht irgendwann von allein, sondern entwickelt sich altersentsprechend am Vorbild der Eltern.

Kleinkinder verfügen noch nicht über die kognitiven Fähigkeiten, notwendige Regeln des Zusammenlebens zu verstehen. Sie verfügen aber über Antennen, mit denen sie jede atmosphärische Schwankung registrieren. Die Eltern sollten in dieser Situation szenisch darstellen, wie sie sich ein Zusammenleben vorstellen. Sie sollten die kritischen Situationen, die zu Machtkämpfen mit dem Kind führen, bewusst gestalten und ihre eigenen Meinungen und Gefühle durch Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gesten ausdrücken. Wenn das Kind klammert, sollten sie zeigen, dass sie nicht ununterbrochen anwesend sein können, sondern etwas zu tun haben. Eine Möglichkeit ist es, dem Kind ein Spielzeug anzubieten und dann den Raum für eine erkennbar wichtige Tätigkeit zu verlassen. Wenn es einmal nichts zu tun gibt, können solche Szenen „nachgespielt“ werden. Tragen Sie etwa einen Wäschekorb zielstrebig aus dem Zimmer und kehren Sie, bevor Ihr Kind zu schreien beginnt, scheinbar telefonierend zurück. Diese kurzfristigen räumlichen Trennungen sollten mit wechselnden Anlässen geübt werden. Anfangs sollten Sie das Hinausgehen mit Worten unterstreichen: „Ich will mal schauen, ob die Post schon da ist.“ Wenn Sie eine Pause brauchen, machen Sie das deutlich: „Buh, jetzt bin ich aber müde und muss mich mal ausruhen.“ Dabei zeigen Sie Ihre Müdigkeit. Kinder lieben es, wenn Eltern schauspielern!

Die Zeiträume der räumlichen Trennung können schrittweise verlängert werden. Bei Misserfolg, Weinen oder wütendem Schreien sollte das Kind weder getadelt noch getröstet werden. Unangemessenes Verhalten sollte ignoriert oder mit einem missbilligenden Blick quittiert werden. Eskalationen müssen vermieden werden. Die lobende Zuwendung muss gegenüber dem Ignorieren oder Kritisieren deutlich überwiegen. Das heißt, das Kind darf nie überfordert werden, es lernt vor allem am Erfolg!

2.7.2. Die Eltern sollten den sekundären Krankheitsgewinn des Kindes vermeiden

Mehr oder weniger unbewusst zieht jeder Kranke einen Nutzen aus seinem Zustand, beispielsweise durch die Freistellung von Aufgaben und Verpflichtungen. Auch unangenehme Situationen oder Konflikte lassen sich auf diese Weise vermeiden. Das ist bei Kindern nicht anders. Durch Krankheit entgeht das Kind beispielsweise einer Klassenarbeit, auf die es ungenügend vorbereitet ist. Man spricht dann von einem primären Krankheitsgewinn.

Wenn das Kind aufgrund seines Gesundheitszustands übergroße Aufmerksamkeit und Mitgefühl seitens der Eltern genießt, kann es sein, dass es sogar versucht, die Krankheit hinauszuzögern, um diese Zuwendung auch weiterhin zu erfahren. Ein Kind, dessen Krankheitsgewinn die negativen Begleiterscheinungen der Symptomatik

auf- oder überwiegt, zeigt eine geringere Bereitschaft, aktiv an der Krankheitsbewältigung mitzuwirken.

Vermeiden Sie bei der Pflege und Versorgung des kranken Kindes bewusst eine übertrieben zärtlich-tröstende Zuwendung. Verhalten Sie sich stattdessen betont normal.

2.7.3. Die Eltern sollten nicht auf jede Regung des Kindes eingehen

Sensible Eltern gehen auf jede Regung, vor allem aber auf Zeichen der Unzufriedenheit, sofort ein und reagieren mit Zuwendung und Zärtlichkeit. Ein weinendes Kind können sie nicht ertragen. Sie interpretieren das Weinen als Hinweis auf einen Mangel, den sie zu verantworten haben und der ihrem Kind schadet. Dabei reagieren oft beide Eltern geradezu reflexartig, um den vermeintlichen Mangel sofort zu beheben.

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Fürsorgliches, beschützendes Verhalten der Eltern und die liebevolle körperliche Zuwendung sind vor allem bei Säuglingen in den ersten sechs Lebensmonaten normal und wünschenswert. Die Kleinen sind in dieser Phase ihres Lebens darauf angewiesen. Manche Mütter finden dabei aber nicht das richtige Maß. Sie sollten beispielsweise nicht zu sehr auf das Weinen des Kindes eingehen und angemessen auf die Mitteilung seiner negativen Gefühle antworten. Der Säugling befindet sich auch jetzt schon auf dem Weg zur Selbstfindung und sollte auf diesem Weg ermutigt und nicht durch Überbehütung behindert werden. Die Wurzeln der Entwicklung einer Überempfindlichkeit liegen in der frühen unangemessenen Überfürsorglichkeit. Das Baby lernt nicht, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Einem Säugling, der sich an seiner überfürsorglichen Mutter orientiert, erscheint zukünftig alles wichtig! Bereits während des Übergangs in das zweite Lebensjahr entdecken die Kleinen sich selbst, spielen mit ihren Fingern, nuckeln an den Zehen, betasten sich und erkennen sich im Spiegel. Sie sehen sich selbst als wichtig an. Psychologen sprechen von einer egozentrischen Empathie. Störungen dieser Entwicklung zur Selbstständigkeit durch ein zu langes Festhalten an der engen Mutter-Kind-Beziehung führen zwangsläufig zum Mutter-Kind-Konflikt, der das spätere Sozialverhalten der Kinder prägen kann. Diese Menschen geraten später leichter in Abhängigkeiten, sind unsicher und entscheidungsschwach.

2.7.4 Das Ordnen der alltäglichen Abläufe

Erhöht sensiblen Menschen erscheint alles wichtig. Sie haben Schwierigkeiten, Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden, und so fühlen sie sich ständig überfordert. Dabei kann es helfen, die alltäglichen Abläufe vorübergehend zeitlich streng zu strukturieren. In diesem Zeitplan müssen sich alle wiederfinden. Das betrifft sämtliche wiederkehrenden Tätigkeiten, die Mahlzeiten, das Zubettgehen der Kinder, Haushaltsverrichtungen, vor- oder nachbereitende berufliche Aufgaben und die Freizeitaktivitäten. Dazu sollten auch Zeiträume gehören, in denen Sie sich bewusst und sinnvoll mit Ihrem Kind befassen. Die Vorhersehbarkeit und Zuverlässigkeit der Abläufe sind wichtig, für kleine Kinder mehr als für Erwachsene. Diese strenge Strukturierung sollte mit dem Fortschreiten der Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes wieder gelockert werden.

2.8 An den Schlafstörungen entscheidet sich der Verlauf der atopischen Dermatitis

Es gibt kaum ein neurodermitiskrankes Kind, das nicht unter Schlafstörungen leidet und damit nicht nur sich selbst, sondern der ganzen Familie den Schlaf raubt. Nichts beeinflusst den Verlauf einer atopischen Dermatitis mehr als die Schlafstörung und am Umgang mit diesem Problem scheiden sich die Geister. Die einen meinen, Eltern seien dafür da, das Leid des Kindes zu teilen, auch wenn sie das selbst an die Grenzen der Belastbarkeit bringt. Die anderen raten zum Schlaftraining, wobei die Meinungen, was dem Kind abverlangt werden dürfe, weit auseinandergehen. Insbesondere an der Frage, wie lang man das Kind schreien lassen dürfe, entzündet sich der Streit der „Schlafstörungsexperten“. Allgemein gilt, der nächtliche Juckreiz raubt den Kindern und den Eltern den Schlaf.

Tatsächlich werden die Schlafstörungen in Familien mit neurodermitiskranken Kindern nicht von den Kindern, sondern vor allem von den hochsensiblen Müttern verursacht. Ihre ohnehin charakteristisch erhöhte Sensibilität, d. h. ihre Feinfühligkeit, Empathie und Fürsorglichkeit wird durch die hormonellen Anpassungen extrem verstärkt. Das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Überreizung ist in diesem Lebensabschnitt um ein Vielfaches erhöht. Die hochsensible Mutter nimmt die geringste Veränderung ihres Kindes wahr und reagiert oft völlig unangemessen ängstlich und erregt. Säuglinge besitzen zwar noch keine kognitiven Fähigkeiten, besitzen aber hochsensitive Antennen für die emotionale Verfassung der Mutter. Die ständig ängstliche-besorgte und erschöpfte Mutter macht dem Kind angst, wodurch sich sein Juckreiz verstärkt und die Krankheitssymptome sich verschlechtern. Die negativen Veränderungen beantwortet die Mutter mit verstärkter Zuwendung und Aufmerksamkeit. Es entsteht ein *circulus vitiosum*.

Die Sensitivität kann wahnhaftige Züge annehmen. Das Nebeneinander charakterlicher Stärken auf der einen und der Vulnerabilität und Überwältigung auf der anderen ist das zentrale Problem der sensitiven Persönlichkeit. Dieses Problem kumuliert und eskaliert während der klassischen Entwicklungsstufen, d. h. während der Schwangerschaft, peri- und postpartal sowie im Verlauf der Stillperioden. Die Mütter scheitern an den eigenen überhöhten Anforderungen und ihren Gefühlen der Unzulänglichkeit. Die Sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit, a priori keine Krankheit, kann fließend in eine sensitive Persönlichkeitsstörung mit wahnhaften Wahrnehmungen übergehen. In diesen Fällen gerät die Systemische Hyposensibilisierung an ihre Grenzen, Diese Frauen sind davon überzeugt, dass der Arzt, beziehungsweise die Ärztin sie versteht und deren Empfehlungen richtig sind. Sie lassen sie auch in dem Glauben, dass sie alles verstanden haben und sich an die Empfehlungen halten. Dazu sind sie aber ohne die ständige Unterstützung des beruflichen Helfers nicht in der Lage und scheitern an ihrer eigenen Unzulänglichkeit. Diese Verläufe waren vor 20 Jahren noch Einzelfälle, heute dürfte ihr Anteil bei 5 bis 10 Prozent liegen.

2.8.1 Die Systemische Hyposensibilisierung erfordert kein Schlaftraining

Der Verlauf der atopischen Dermatitis wird entscheidend durch das Ausmaß der Schlafstörung bestimmt. Sie entwickeln sich infolge der überreizten Sensorischen

Verarbeitungsempfindlichkeit der Eltern, insbesondere die der Mutter. Unbeachtet oder falsch behandelt, scheitert jede noch so gut gemeinte medizinische Behandlung! Die möglichst frühzeitige Erfassung der elterlichen SPS hat insofern eine überragende Bedeutung. Überreizte und erschöpfte Eltern können die Schlafstörung ihres neurodermitiskranken Kindes nicht ohne sachkundige Hilfe in den Griff bekommen. Diese Unterstützung kann an entsprechend ausgebildete Fachkräfte delegiert werden. Das Netzwerk Innovative Neurodermitis-Versorgung hat sich die Ausbildung von SHS-Coaches zum Ziel gesetzt. Sie sollen die Ärzte* Ärztinnen bei der Systemischen Hyposensibilisierung unterstützen.

Empfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen richten sich an die Eltern. Sie müssen stabilisiert und in die Lage versetzt werden, ihrem Kind den Rahmen zu bieten, der den tatsächlichen Bedürfnissen des Kindes entspricht und eine bedarfsgerechte medizinische Behandlung ermöglicht. Die neurodermitiskranken Kinder sollten nicht darauf trainiert werden, die Affekte und Unzulänglichkeiten der Eltern zu ertragen. Diese Erkenntnisse sind nicht neu. Horst-Eberhard Richter, Arzt, Psychoanalytiker, Sozialphilosoph und Friedensnobelpreisträger schrieb 1970 das Buch *Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie*. Er empfahl die Aufdeckung der Ursachen, an denen die Kinder verzweifeln und unter denen sie krank werden. 95 % der Eltern verstehen und akzeptieren diese Zusammenhänge und bemühen sich um ein solidarisches Miteinander. Wenn Einzelne an den Anforderungen scheitern, ist das nicht den Mängeln der Systemischen Hyposensibilisierung zuzuschreiben, sondern Umständen, die eine bedarfsgerechte Versorgung des neurodermitiskranken Kindes nicht zulassen. Meistens sind die Eltern, insbesondere die hochsensiblen Mütter selbst psychisch so gestört, dass eine Zusammenarbeit mit den beruflichen Helfern scheitern muss. In der Psychiatrie geht man von einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung aus, wenn die Betroffene aufgrund von Angst vor Kritik oder Ablehnung unter sozialer Gehemmtheit, Minderwertigkeitsgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung leidet (ICD 10 F60-69; R. Tölle, Die sensitiven Charaktere, 2013). Diesen Menschen sind nicht minder wertvoll als die überreizten sensitiven Persönlichkeiten, sie reagieren nur radikaler. Erfahrungsgemäß ist ihnen am besten geholfen, wenn sie sich selbst und in Gemeinschaft mit Gleichgesinnten für die Überwindung von sozialen Missständen einzusetzen, durch die sie letztendlich krank geworden sind. Wenn man sie dabei unterstützt, ihre sozialen Talente zu wecken, entwickeln sich darüber oft außergewöhnlich engagierte und kompetente Therapeuten. Diese Form der Aktivierung entspricht der Systemischen Hyposensibilisierung auf einem höheren Niveau.

2.8.2 Warum fast alle AD-kranken Kinder im Elternbett schlafen

Die entscheidenden Kratzanfälle finden meistens in der Phase der Ermüdung, nachts oder beim Erwachen statt. Das ist der Hauptgrund, weswegen diese Kinder fast immer die Nacht im Elternbett verbringen. Die Eltern, vor allem die Mütter, sind davon überzeugt, dass das die einzige Möglichkeit ist, Kratzanfälle und deren schlimmen Folgen zu verhindern. Der jahrelange Umgang mit den Familien im Rahmen

stationärer Behandlungen hat gezeigt, dass die Kinder allein ruhiger schlafen und der nächtliche Juckreiz nach der Trennung der Schlafplätze zusehends abnimmt. Tausende Eltern, die sich dafür entschieden hatten, leben heute mit ihren Kindern glücklicher und die Kinder sind gesund. Eine Studie der St. Joseph's University in Philadelphia bestätigt diese Erfahrung: Lässt man das Baby alleine schlafen, kommt es schneller zur Ruhe und wacht nachts seltener auf. Für atopische Dermatitis gilt seither die Faustregel: Wenn das AD-kranke Kind allein durchschläft, können sich alle Beteiligten schon mal vorsichtig zurücklehnen.

2.8.3 Wie lange darf man das Kind nachts schreien lassen?

An dieser Frage entzündet sich der Expertenstreit, sie stellt sich in der Systemischen Hyposensibilisierung nicht. Wie lange darf man ein Kind schreien lassen, wenn es den Schlafplatzwechsel verweigert? An dieser zentralen Frage entzündet sich der Streit über das „Schlaftraining“. Tatsächlich sind das Fragen, die sich in der Systemischen Hyposensibilisierung überhaupt nicht stellen. Wenn man zunächst die Ursachen der Schlafstörung klärt und beseitigt, hat das Kind keinen Grund zu schreien und das Schlaftraining erübrigt sich.

2.8.4 Die Vorbereitung des Kindes auf den Schlafplatzwechsel

Wenn die Eltern die Zusammenhänge verstanden und akzeptiert haben, verändert sich ihr Verhalten. So wie sie zuvor ihre negativen Emotionen auf das Kind übertragen haben, wirkt ihre betonte Gelassenheit und Freundlichkeit jetzt auf das Kind beruhigend und entspannend. Auch die Begrenzung der Versorgung und Behütung auf das wirklich notwendige Maß verhindert den sekundären Krankheitsgewinn und trägt zur Entspannung der gesamten Situation bei.

- Die Eltern beginnen jetzt die alltäglichen Abläufe unter Berücksichtigung der individuellen beruflichen Verpflichtungen zu planen: die beabsichtigten Schlafphasen, die Essenszeiten, die Hausarbeiten und die Zeiten mit dem Kind vorübergehend streng zu strukturieren.
- Die Eltern entwerfen ein „Einschlaf- und Aufwachritual“. Es entscheidet noch zwingender als bei den Essenszeiten über den Erfolg. Damit dieses Ritual ungestört und möglichst immer zur selben Zeit ablaufen kann, ist auch beim Zubettbringen die Vorbereitung entscheidend. Hier sind ebenfalls der Rahmen und die Atmosphäre wichtig, in denen das Ganze abläuft. Das Kind soll sich auf sein Bett freuen.
- Wenn das hinreichend geklärt ist, beginnen sie altersentsprechend mit dem Kind über ihre eigenen Aufgaben, Wünsche und Absichten zu kommunizieren. Umso jünger das Kind, umso mehr sind schauspielerische Fähigkeiten gefragt, wie Mimik, Gestik und Körperhaltung.
- Zuletzt beginnen die Eltern über den notwendigen Wechsel in „das eigene Bett“ zu sprechen. Der Tag X wird geplant und darüber gesprochen, wie man auf eventuelle Probleme reagiert.

2.8.5 Der Schlafplatzwechsel

Das Kinderbett sollte idealerweise im Kinderzimmer stehen, sodass sich das Kind beim Erwachen in seiner vertrauten Umgebung wiederfindet. Vor dem Einschlafen sollten keine aufregenden Ereignisse und keine stressigen Auseinandersetzungen stattfinden. Das Einschlafen und das Erwachen sollten »ritualisiert« werden: immer die gleichen Abläufe in einer entspannten Atmosphäre, beispielsweise mit leiser Einschlafmusik oder einer schönen Geschichte. Es ist nicht notwendig, so lange zu singen oder zu lesen, bis das Kind schläft.

In der ersten Nacht nach der Verlegung des Schlafplatzes kann das Kind erwachen, unruhig werden oder anfangen zu weinen. Die Eltern sollten nicht zu schnell versuchen, es zu beruhigen, aber auch nicht so lange warten, bis es sich in einen Schreianfall hineinsteigert. Sie sollten, ohne das Licht anzumachen, mit beruhigenden Worten in das Kinderzimmer gehen, dem Kind über den Kopf streichen und es zudecken, dabei hörbar gähnen! Bei ausreichendem Sprachverständnis machen die Eltern dem Kind klar, dass sie sehr müde sind und schlafen möchten. Bei weiteren Unterbrechungen des Schlafs sollten Sie jedes Mal einen Moment länger warten und sich nicht länger als eine Minute im Kinderzimmer aufhalten.

2.8.6 Klinische Erfahrungen

In der klinischen Erprobung schliefen die Kinder vom Tag X an gerechnet, durchschnittlich nach zwei Tagen durch. In keinem Fall haben sich infolge der veränderten Schlafgewohnheiten Erziehungsprobleme oder psychische Auffälligkeiten entwickelt. Natürlich kam es nach Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse zu Rückfällen in die alten Gewohnheiten. Die Eltern konnten sich in solchen Fällen bei uns melden, sie hatten mindestens ein Jahr Anspruch auf kostenfreie Nachsorge. Mit einer Auffrischung unserer Empfehlungen verhalfen wir allen zurück in die Spur. Ich bedaure noch heute die wenigen Fälle, in denen wir gescheitert waren. Dabei bin ich sicher, dass es nicht an der SHS, sondern an unserer Unzulänglichkeit bzw. daran lag, dass wir unsere Klienten unbewusst überfordert hatten.

3. Die Systemische Hyposensibilisierung des AD-kranken Kindes

3.1. Die Stabilisierung der Eltern

3.1.1. *Die kognitive Therapie*

„Wir leiden nicht unter dem Schock unserer Erfahrungen (dem sogenannten Trauma), sondern machen daraus genau das, was unseren Zwecken am besten dient.“ (Alfred Adler 1930).

Die Idee, dass es nicht Geschehnisse sind, die einen Menschen verstören, sondern vielmehr die *Sichtweisen*, die er aufgrund dieser Geschehnisse übernimmt, findet sich bereits in der antiken Philosophie. Im Mittelpunkt des kognitiven Verfahrens stehen Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen. Die kognitive Therapie

geht davon aus, dass die Art und Weise, wie wir denken, bestimmt, wie wir uns fühlen und verhalten und wie wir körperlich reagieren. Schwerpunkte der Therapie sind die Bewusstmachung, die Korrektur irrationaler Einstellungen und die Übertragung der korrigierten Einstellungen ins konkrete Verhalten. Die kognitive Therapie stellt somit die aktive Gestaltung des Wahrnehmungsprozesses in den Vordergrund, weil in letzter Instanz nicht die objektive Realität, sondern die subjektive Sicht des Betrachters über das Verhalten entscheidet. Ist die Kognition inadäquat (z. B. durch Wahrnehmungsselektion und -bewertung), ist auch die Möglichkeit beeinträchtigt, Affekt und Verhalten zu korrigieren. Vor allem spontanes und emotional getriebenes Verhalten sind sehr von der Art beeinflusst, wie ein Mensch sein Modell der Umwelt gedanklich strukturiert hat. Die Schwerpunkte der kognitiven Therapie der Eltern sind die Bewusstmachung der Zusammenhänge zwischen SPS und Atopie und die Korrektur ihrer irrationalen Vorstellungen von der Eltern-Kind-Beziehung, insbesondere von den Ursachen der kindlichen Schlafstörung.

3.1.2. Die neuronale Therapie

Ziel der neuronalen Hyposensibilisierung ist wie bei der KT die Stabilisierung der unbewussten Wahrnehmungsverarbeitung in den subkortikalen Strukturen des Zentralen Nervensystems. Diese Strukturen des „Säugetiergehirns“, die dem Menschen funktionstüchtig erhalten geblieben sind, haben entwicklungs geschichtlich gesehen, eine engere Beziehung zum peripheren Nervensystem (PNS) als zum Cortex. So haben die sensiblen (für Empfindungen zuständigen) Neuronen ihr Soma fast ausnahmslos in Nervenknotten des PNS. Auch beim intramuralen Nervensystem, d. h. den Nerven in der Wand von inneren Organen, erfolgt die Informationsverarbeitung unbewusst in subkortikalen Strukturen. So gehen wir davon aus, dass einfache sensorische und motorische Übungen die körperlichen Reaktionen und damit das Körpergefühl optimieren, was wiederum die emotionale Stabilität und das Verhalten verbessert und am Ende zum klareren Denken beiträgt. Das neuronale Training hat inzwischen in jeder Art des Spitzensports als Fitnessstraining fürs Gehirn einen hohen Stellenwert. Die neuronale Hyposensibilisierung ist für jeden beruflichen Helfer leicht erlernbar und sollte vom Arzt vor allem Eltern mit hohen SPS-Werten und / oder Hinweisen auf psychische Störungen empfohlen werden, beispielsweise bei Erschöpfungssyndromen, Angststörungen und unipolaren Depressionen.

Empfehlung;

Die Eltern sollten zu festgelegten Zeiten mit dem Kind spielerisch so turnen, dass das Kind, auf einen bestimmten einfachen, aber eindeutigen Reiz körperlich, d. h. mit den Augen, durch Kopfwendung oder den Extremitäten reagiert. Wiederholen sie diese Übungen, bis die körperliche Reaktion sicher und prompt erfolgt.

3.2. Die Grundprinzipien der dermatologische Hyposensibilisierung

3.2.1. Die Eigenständigkeit

Die AD-kranken Kinder und ihre Familien sollen völlig normal leben können, ohne Hautbehandlung, ohne Schutzkleidung und ohne Verzicht auf gesunde Nahrungsmittel. Das dermatologische Hauptziel unserer Vorgehensweise ist, der Haut ihre Eigenständigkeit zu bewahren, beziehungsweise zurückzugeben. Die Haut besitzt alle Fähigkeiten, sich an verschiedene Situationen anzupassen, sich gegen Eindringlinge zu wehren und eingetretene Schäden selbstständig zu reparieren – wir müssen das nur zulassen.

3.2.2. Die Beteiligung der der Eltern

Die Eltern sind primär an einer schonenden, aber auch erfolgreichen Behandlung des Ekzems interessiert. Der Zustand der Haut ist das Maß des Erfolgs. Dieser Glaube kann ihnen auch nicht genommen werden, selbst wenn die Ausprägung des Ekzems für das Verständnis des Arztes eigentlich nur eine nebensächliche Bedeutung hat. Allein um Vertrauen aufzubauen, sollte der behandelnde Arzt/die Ärztin auf diese Sorgen eingehen, den Eltern aber gleichzeitig die eigentlichen Ziele beschreiben und die Notwendigkeit einer sorgfältigen pädiatrischen, psychosomatischen, allergologischen und ernährungsmedizinischen Diagnostik beschreiben. Die Eltern der kleinen Patienten sollten über die Grundzüge der Anatomie und Physiologie der Haut aufgeklärt werden, damit sie die körpereigenen Ressourcen und Eigenregulationsmöglichkeiten der Haut kennen, schonen und nutzen lernen.

3.2.3. Die kooperative Einbeziehung von Fachtherapeuten

Die entwöhnende Behandlung der Haut setzt die Beseitigung der zugrunde liegenden Ursachen voraus: der überreizten Sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit, des ängstlich-vermeidenden Verhaltens und der Neigung zur Überbehütung und medizinischen Überversorgung. Mit dem Fortschreiten dieser begleitenden Behandlungen, die außerhalb der ärztlichen Praxis von kooperierenden Fachtherapeuten durchgeführt wird, lösen sich die Hautsymptome oft fast von allein auf. Die atopische Behandlung wird von den Eltern mit dem Fortschritt der eigentlichen, kausalen Therapie eigenverantwortlich verringert. Bei konsequenter Einbeziehung ist das grundsätzlich möglich. Es ist ein wichtiger Teil der ursächlichen Behandlung. Wenn sich die ärztlichen Bemühungen und die der begleitenden Therapeuten gegenseitig verstärken, besteht auch bei höheren Entwicklungsstufen der AD schon nach wenigen Tagen ein deutlich geringerer topischer Behandlungsbedarf. In dem Maß, wie die kindliche Haut ihre Eigenregulationsfähigkeiten zurückgewinnt, unterstützen sie das Kind nur noch im erforderlichen Mindestmaß, nämlich wenn sie es offensichtlich allein nicht ohne Hilfe schafft. Der Verzicht auf nebenwirkungsstarke Medikamente ist in den ersten beiden Entwicklungsstufen der AD grundsätzlich möglich.

3.2.4. Exkurs: Grundprinzipien der dermatologischen Behandlung

3.2.4.1. Die Haut – ein Wunderwerk der Natur

Mit 0,2 Quadratmetern Körperoberfläche beim Säugling und bis zu zwei Quadratmetern beim Erwachsenen ist die Haut nach dem Darm (400 bis 500 Quadratmeter) und den Lungenbläschen (70 bis 150 Quadratmeter) die größte Grenzfläche des menschlichen Gesamtorganismus. Die Grenzflächen sind äußeren Einflüssen intensiver ausgesetzt als alle anderen Organe. Die Intensität der Sonnenstrahlen, die Feinstaubbelastung der Atemluft und die mit zahllosen Zusatzstoffen belastete Nahrung machen den Menschen zunehmend zu schaffen. Weil die Haut und die Schleimhäute ein verbundenes Grenzflächensystem darstellen, verstärken sich die Störungen gegenseitig. Wir sollten uns also dessen bewusst sein, was wir unserer Haut und den Schleimhäuten zumuten. Wie bereits erwähnt, besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Haut und Nervensystem. Mit ihrer Fähigkeit zu empfinden ist sie selbst ein *Sinnesorgan* und damit Teil der Sinnesempfindungen. Die Schreckensbleiche oder die Schamesröte zeigen, dass sie auch auf Informationen des zentralen Nervensystems reagiert. Der Haut kommt somit die schwierige Aufgabe zu, zwischen dem Innen und dem Außen zu vermitteln.

Die *Oberhaut (Epidermis)* hat Barriere- und Schutzfunktionen. Sie ist dicht mit Bakterien und Pilzen besiedelt, die einen natürlichen Bestandteil der Hautoberfläche darstellen und als Hautflora bezeichnet werden. Die Symbiose mit diesen Keimen schützt nicht nur die Haut selbst, sondern den Gesamtorganismus

vor der Invasion durch krankmachende Keime. Außerdem bietet die oberste Schicht, die Hornschicht, auch Schutz vor UV-Strahlung durch die Pigmentbildung und den Schweiß. Die Oberhaut atmet Sauerstoff und gibt Kohlendioxid und Stickstoff ab. Zur Regulation des Flüssigkeitshaushaltes kann Wasser aufgenommen oder abgegeben werden. Sie dient aber auch als Transportmedium für Salze, Nahrungsstoffe oder zur Abgabe von Ausscheidungsprodukten.

Die *Lederhaut (Cutis)* als zweite Schicht der Haut enthält Kollagen und Elastinfasern für die Dehnbarkeit und Elastizität der Haut. Rezeptoren und Nervenenden geben der Haut die Sensibilität. Blutgefäße und Schweißdrüsen sorgen für die Temperaturregulierung. Die Cutis beherbergt einen wesentlichen Teil des Immunsystems. Die sogenannten Mastzellen enthalten Botenstoffe, die bei wiederholtem Kontakt mit einem Antigen Botenstoffe (Histamin) ausschütten und damit die gesamte Umgebung in einen „Alarmzustand“ versetzen. Makrophagen (Fresszellen) sollen die feindlichen Fremdstoffe verzehren. In dieser Hautschicht läuft auch die sogenannte IgE-vermittelte allergische Reaktion ab (Details siehe Kapitel über Allergien).

Die *Unterhaut (Subcutis)* besteht im Wesentlichen aus dem Unterhautfettgewebe, einer Isolatorschicht, mit der die Unterkühlung verhindert wird.

3.2.4.2. *Die Haut ist ein Sinnesorgan*

Kein anderes Organ hat eine nähere verwandtschaftliche Beziehung zum Nervensystem als die Haut. Wie dieses entstammt sie entwicklungsgeschichtlich dem dritten Keimblatt, dem Ektoderm. Auch anhand der Dermatome bzw. der sogenannten „Hautschen Zonen“, Hautarealen mit spezifischer Beziehung zum zentralen Nervensystem, wird der Zusammenhang deutlich. Die Übertragung der zentralnervösen Erregung auf diese Organe erfolgt also unmittelbar auf dem kürzesten Weg. Die Haut reagiert aber nicht nur auf Informationen des zentralen Nervensystems, sondern ist mit ihrer Fähigkeit zu empfinden selbst ein *Sinnesorgan*. Die sensiblen Empfindungen der Haut und der Lagesinn sind Teil der Sinnesempfindungen.

3.2.4.3. *Aktive Auseinandersetzung statt Vermeidung*

Es geht im Grundsatz darum, sich von dem Irrglauben zu verabschieden, dass die Vermeidung von sogenannten „Provokatoren“, vermeintlicher Störfaktoren, Besserung bringen würde. Immer mehr forschende Allergologen sehen das mittlerweile ähnlich. Die meisten Dermatologen sind von diesem Sinneswandel allerdings noch weit entfernt. Die Vermeidung von Störfaktoren ist ein fester Bestandteil der individuellen Therapie, darunter fallen etwa Textilien (z. B. Wolle), Schwitzen, falsche Hautreinigung, bestimmte berufliche Tätigkeiten (feuchtes Milieu, stark verschmutzende Tätigkeiten), Tabakrauch, unzählige Allergene, Mikroben, klimatische Faktoren wie extreme Kälte und/oder

Trockenheit, hohe Luftfeuchtigkeit, psychischer Stress, emotionale oder hormonelle Faktoren bei Schwangerschaft und Menstruation. Die konsequente Einhaltung der Vermeidungsempfehlungen ist kaum möglich. Wie sollen Schwangere oder Pubertierende ihre Hormone in Schach halten, wie soll der Atopiker seine Emotionen kontrollieren, psychischen Stress, Schmutz, Schweiß oder Mikroben vermeiden? Auf der Seite der Betroffenen besteht grundsätzlich eine ängstliche Vermeidungshaltung, die zur vermehrten Ängstlichkeit und psychischen Überempfindlichkeit führt. Vermeidungsempfehlungen, die nicht oder nur unvollständig befolgt werden können, ergeben keinen Sinn! Sie verursachen nur ein schlechtes Gewissen und Angst vor den Konsequenzen.

3.2.4.4. Die Selbstregulationsfähigkeit anregen

Jedes Organ ist aktiv an der Aufrechterhaltung des Gleichgewichts des Gesamtorganismus beteiligt. Es verliert diese Fähigkeit relativ rasch, wenn seine Funktionen nicht genutzt werden. Das ist eigentlich eine Binsenweisheit, und trotzdem wirbt ein namhafter Pharmahersteller mit einem Fernsehclip, in dem behauptet wird, die Haut leiste schon bei einer geringen Verletzung Schwerstarbeit, bei der sie unterstützt werden müsse. Wenn die Haut vom ersten Lebenstag an mit allen möglichen, oft antiseptischen, feuchtigkeitsspendenden Pflegemitteln substituiert wird, verliert sie früh die wichtigsten Funktionen, vor allem die natürliche Fähigkeit zur Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes, zum Stoffaustausch sowie die Schutz- und Abwehrfunktion. Es versteht sich eigentlich von selbst, dass eine so malträtiertere Haut empfindlicher und anfälliger für Krankheiten ist. Das allein macht noch kein Ekzem. Die Überversorgung der Haut ist aber wie alles, was im Übermaß angeboten wird, schädlich und kann die Entwicklung einer Hautkrankheit begünstigen. Wie oben beschrieben, ist die Haut in der Lage, sich an verschiedene Situationen anzupassen, sich gegen Eindringlinge zu wehren und eingetretene Schäden selbstständig zu reparieren. Wir müssen das nur zulassen. Bei allem, was wir unserer Haut zumuten, sollten wir uns fragen, ob es ihr nützt oder eher schadet. Man sollte alles unterlassen, was sie selbst schafft, und sie nur dann in ihrem Bemühen unterstützen, wenn sich ihre Möglichkeiten offensichtlich erschöpfen. Folgende Punkte sollten bei der Hautpflege und Behandlung der atopischen Dermatitis berücksichtigt werden:

3.2.4.5. Nass auf nass und trocken auf trocken!

Ein Übermaß an Nässe wird die Haut ebenso auszugleichen versuchen wie zu viel Trockenheit. Das heißt, wenn man ein nässendes Ekzem mit einer wässrigen Lösung behandelt, wird die Haut das Übermaß an Nässe kompensieren wollen. Umgekehrt wird eine trockene Haut durch wenig Wasser enthaltende Anwendungen angeregt, Wasser nach außen abzugeben. Nässende Ekzeme sollten also primär feucht behandelt werden, z.B. mit Zinnkrauttee-Umschlägen. Bei trockenen Ekzemen, bei denen die Haut nicht einzureißen droht und zudem eher blass aussieht, ist es oftmals sinnvoll, die Haut

gar nicht lokal zu behandeln oder eine trockene Zubereitung, beispielsweise eine Paste, zu verwenden. Die regelmäßige Anwendung von feuchtigkeitsspendenden Pflegemitteln schadet der Barrierefunktion.

3.2.4.6. Keine großflächige Anwendung von Salben und Cremes

Durch großflächiges Eincremen kommt es mitunter zum Hitzestau und die Hautatmung wird behindert. Auf diese Weise kann der Juckreiz verstärkt oder sogar erst hervorgerufen werden! Insbesondere im Sommer zeigt sich dieses Problem des ungünstigen Wärmestaus häufig. Wir sollten das Ekzem deshalb immer streng lokal mit der denkbar geringsten Menge der Salben oder Cremes behandeln. Die Kleidung sollte den Außentemperaturen angepasst werden. Ein Problem im Sommer ist somit auch der Sonnenschutz, denn auch durch Sonnencreme kann ein Wärmestau verursacht werden. Der textile Sonnenschutz, bestehend aus lockerer langer Kleidung, ist somit besonders empfehlenswert und allzu lange Aufenthalte in der Sonne sind ohnehin besser zu meiden. Als Sonnencreme hat sich z.B. Mikrosonne 30 bewährt, aber auch hier ist die individuelle Verträglichkeit unterschiedlich.

3.2.4.7. Schmutz als Schutz?

Auf der normalen Haut verhindern eine natürliche Bakterienflora und ein von den Talgdrüsen gebildeter Säureschutzfilm das Eindringen krankmachender Bakterien. Wird dieser Schutzmantel durch Waschlotionen, Seifen und heißes Wasser abgewaschen, dauert es bei gesunder Haut ca. 30-60 Minuten, bis sich der Schutzfilm regeneriert. Bei atopischer Dermatitis kann es mehrere Stunden dauern. So besteht eine erhöhte Gefahr für das Eindringen von Bakterien und für entstehende Superinfektionen. Die Quintessenz: Ausgedehntes, heißes Baden bzw. Duschen und die häufige Verwendung von Waschlotionen und Seifen vermeiden!
Klarwasserwaschungen mit warmem Wasser sind zu bevorzugen. Hautbereiche, wo sich sogenannte Duftdrüsen befinden, die unangenehmen Körpergeruch hervorrufen können, also im Genitalbereich und im Bereich der Achselhöhlen, Hände und Füße sollten mit hautschonenden Waschlotionen gereinigt werden. Großflächige Anwendung von Seifen ist keine sinnvolle Hygiene, sondern raubt der Haut ihren natürlichen Schutz!

3.2.4.8. Medikamente und ihre Zubereitung

Die Zahl der Arztbesuche und der Medikamentenbedarf sinken oft drastisch, wenn der Patient beziehungsweise seine Eltern damit beginnen, selbstständig und eigenverantwortlich zu handeln. Es bedarf keines Medizinstudiums, um eine Hautentzündung bedarfsgerecht zu behandeln. Es müssen aber einige Grundbegriffe geklärt werden, damit die nachfolgenden Therapieempfehlungen verständlich werden. Bei den äußerlich anwendbaren dermatologischen Medikamenten ist die Konsistenz, d. h. unter anderem der Wassergehalt, wichtig. Eine stark wasserhaltige Zubereitung wirkt beispielsweise intensiver als eine trockene. Die Anwendung von wasserhaltigen Zubereitungen darf aber nicht zu lange dauern, sonst leidet die Barrierefunktion der

Haut und sie trocknet nach Absetzen stark aus. Bei nachfolgend aufgeführten Zubereitungen nimmt der Wassergehalt von oben nach unten ab.

- *Lotio*

Eine Lotio ist eine äußerlich anzuwendende flüssige Zubereitung mit beruhigenden, juckreizstillenden und austrocknenden Wirk- und Hilfsstoffen. Kommt bei akuten, nässenden Ekzemen zum Einsatz. Beispiel: Bolus Lotion (Rezeptur: Bolus alba 50.0, Aqua dest. 25.0, Glycerin 25.0), Tannosynth Lotio □

- *Salbe*

Salben kommen bei akuten trockenen oder nässenden Entzündungen, das heißt großflächigen Rötungen und intensivem Juckreiz, zur Anwendung. Beispiel: Rescue Salbe (6 Rescue-Tr. in U.e.a 70 % ad 100.0)

- *Creme-Salbe*

In der Zwischenphase nach Besserung des akuten, nässenden Ekzems. Beispiel: Asche Basis Med Fettcreme oder Bolus alba Salbe (Rezeptur: Bolus alba 15.0, ol olivarum 10.0, Vaselinum album 25.0) oder Salicyl-Vaseline 1 bis 3 % (Rezeptur: Acid salicyl Pulv Subt 0.5, Vaselinum album ad 50.0, zur Auflösung von Hautverdickungen, Krusten.)

- *Creme*

Anwendung bei abklingendem Schub, z.B. Linola □ oder Wolff Basiscreme □ halbfett.

- *Paste*

Pasten sind bei allen trockenen Hautentzündungen angezeigt. Bei der chronischen Form der Neurodermitis beispielsweise die Bolus Paste. (Rezeptur: Bolus alba 25.0, Vaselinum album 25.0).

- *Lösungen*

Beispielsweise Kaliumpermanganat-Lösung 1 % und Eosin-Lösung 1 % zur bakteriostatischen Behandlung bakterieller Hautinfektionen.

3.2.4.8. Das Anlegen von Verbänden

Verbände sind angezeigt, wenn die vorgeschädigte Haut gegen Kratzattacken und starke Verschmutzung geschützt werden muss, damit der Heilungsprozess bis zum vollständigen Wundverschluss nicht behindert wird. Außerdem kann die Wirkung von Pflegewirkstoffen durch Verbände verstärkt werden. Sie müssen sich aber nicht wegen jeder Änderung des Hautbildes an die Arztpraxis wenden. Das lässt der Praxisbetrieb nicht zu. Das heißt, das Anlegen von Verbänden sollten Sie selbst erlernen. Das ist

auch gar nicht so schwer. Es gibt nur zwei Formen des so genannten *Okklusiv-Verbandes*, den zum Schutz und den zu Therapiezwecken. Wichtig sind die letzteren, die sogenannten *fett-feuchten Verbände*.

Empfehlenswerte Verbandsmaterialien

Säuglingsarm: Coverflex □ Größe 1 (rot) bis 2 (grün)

Säuglingsbein: Coverflex □ Größe 2 (grün) bis 3 (blau)

Säuglingskopf: Coverflex □ Größe 4 (gelb)

Säuglingsrumpf: Coverflex □ Größe 4 (gelb)

Schulkindarm: Coverflex □ Größe 2 (grün) bis 3 (blau)

Schulkindbein: Coverflex □ Größe 3 (blau) bis Größe 4 (gelb)

Schulkindrumpf: Coverflex □ Größe 5 (orange)



Anlegen eines Schlauchverbandes

Beim Verbinden von Körperteilen, die nicht mit Schlauchverbänden bedeckt werden, können Lastotel elastische Fixierbinden □ in der Größe 4 bis 12 cm verwendet werden. Achtung! Von Klebefolien (z. B. Suprasorb F Folien-Wundverband □ oder Fixomull Stretch selbstklebender Verband) wird wegen der hautreizenden Nebenwirkungen abgeraten.

- *Der fett-feuchte Verband*

Eine besondere Form des Verbandes ist der *fett-feuchte Verband*. Diese Behandlungsweise ist bei der subakuten bis akuten AD mit starker Rötung und intensivem Juckreiz angezeigt. Diese Behandlungsweise kühlt, intensiviert die Pflegewirkung, lindert den Juckreiz, beschleunigt die Hauterneuerung und verhindert durch die Feuchtigkeitsansammlung das Verkleben des Verbandes mit dem Wundgrund. Bei intakter Oberhaut kommt es außerdem zu einer Quellung und damit Auflockerung der Hornschicht, welche die Aufnahme von Arzneistoffen beschleunigt.

- *Vorbereitung*

1. Länge und Weite des Schlauchverbandes bestimmen, zurechtschneiden und bereitlegen

2. sind größere Flächen am Rumpf betroffen, können auch Baumwollwindeln oder Handtücher eingesetzt werden
3. Schüssel mit lauwarmem Wasser zum Durchfeuchten eines Schlauchverbandes bereitstellen
4. Kaliumpermanganat-Lösung oder andere antiseptische Lösung zum Abwaschen vorbereiten
5. eine passende Salbe, beispielsweise Rescue-Salbe, bereitlegen

- *Anleitung zum Anlegen des fett-feuchten Verbandes*

1. Die betroffene Haut, beispielsweise die Arme, mit einer antiseptischen, juckreizlindernden Waschlösung (beispielsweise Kaliumpermanganat) reinigen und abtrocknen lassen,
2. mit einer passenden Salbe behandeln,
3. mit einem feuchten Schlauchverband oder feuchtem Tuch abdecken und
4. darüber einen trockenen Strumpfverband ziehen oder ein trockenes Tuch legen.

- *Bei großflächiger Ausdehnung*

Es können beispielsweise beide Beine oder der ganze Rumpf mit feuchten Tüchern bedeckt werden. Das Kind sollte mit einer trockenen Decke zugedeckt werden. Diese Form der fett-feuchten Anwendung kann nach Bedarf wiederholt werden.

Merke: Damit das Verbandsmaterial nicht mit der wunden Haut verkleben kann, sollte der fett-feuchte Verband spätestens nach 4 bis 6 Stunden gewechselt werden.

- *Der fett-feuchte Kopfverband*

Vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern sind die konvexen Körperteile und im besonderen Maß der Kopf betroffen. Das Ekzem des Gesichts und des Halses kann erschreckende Ausmaße annehmen und widersetzt sich oft hartnäckig jeder offenen Behandlung. Die Wundheilung ist dadurch erschwert, dass die Kinder bewusst oder unbewusst die aufgetragenen Salben abwischen, die Wunden durch Kratzen und Reiben immer wieder aufreißen und dabei Schmutz und Keime in die geschädigte Haut bringen, sodass es zu immer neuen Infektionen kommt.



Vorbereitung eines Kopfverbandes



Fertiger Kopfverband

Das Anlegen eines fett-feuchten Kopfverbandes gelingt bei einem Säugling eigentlich immer im ersten Anlauf. Säuglinge tolerieren diese Behandlung in der Regel ohne Probleme. Dagegen stellt der Kopfverband bei einem Kleinkind oft eine echte Herausforderung dar und es erfordert eine gute Vorbereitung, Ruhe, Geduld und ein wenig Geschick. Wie auf dem Foto oben dargestellt, sollte bei einem ängstlichen Kleinkind die ganze Prozedur möglichst spielerisch und u. U. mit der Veranschaulichung durch die Eltern erfolgen.



Einbeziehung der Mutter macht es leichter

- *Vorbereitung und Anlegen des fett-feuchten Kopfverbandes*

Wie beim fett-feuchten Verband beschrieben, ist die penible Vorbereitung wichtig. Legen Sie sich die benötigten Dinge griffbereit zurecht, bewahren Sie Ruhe und sprechen Sie gleichermaßen beruhigend und aufmunternd mit Ihrem Kind.

- Probeweises Anlegen des trockenen Schlauchverbandes und Markieren der Öffnungen für die Augen, die Nase und den Mund mit einem Filzmarker.
- Abnehmen des Schlauchverbandes und Ausschneiden der Öffnungen bei mehreren Verbänden nach dem vorliegenden Muster.
- Das Gesicht beispielsweise mit schwarzem Tee abwaschen und die ausgewählte Salbe auftragen.
- Einen Verband in lauwarmes Wasser tauchen, auswringen und beherzt über den Kopf des Kindes ziehen, sodass die Öffnungen passen.
- Einen trockenen Verband ebenso zügig über den Kopf streifen und
- das Kind beruhigen und möglichst rasch zu Bett bringen.

3.3. Die ständig angepasste dermatologische Behandlung

Das Geheimnis der erfolgreichen dermatologischen Minimaltherapie liegt in der ständig neu angepassten Behandlung. Bei dieser Form der Hautbehandlung gibt es keine über mehrere Tage oder gar Wochen reichende Empfehlungen und Verordnungen, sondern immer nur das „Hier und Jetzt“: Was erfordert die kindliche Haut in diesem Moment? Die Regenerationsfähigkeit der kindlichen Haut übertrifft die der Erwachsenen bei weitem. Die Symptome sind im Kindesalter derart flüchtig, dass die Therapieentscheidung vom Morgen schon zur Mittagzeit überholt sein kann.

Wenn das Kind grundsätzlich einem Stadium zugeordnet werden konnte, weiß man lediglich, womit man unter Umständen rechnen muss. Es bedeutet aber nicht, dass vorsorglich mehr oder weniger intensiv behandelt werden müsste. Eine an sich harmlose subakute (leichte) Form kann beim Zusammentreffen mehrerer Belastungen wie Zahnungsbeschwerden, einem Infekt oder psychischem Stress innerhalb von Minuten zu einem Bild führen, das an eine schwere, akute Form erinnert. Anders als diese wird sich die leichte Form nach einer kurzfristig angepassten Behandlungsweise rasch erholen. Andererseits kann sich eine schwere, hochakute atopische Dermatitis unter veränderten Verhältnissen, beispielsweise stabilen Schlafgewohnheiten, erstaunlich schnell beruhigen, sodass auf die bisherige intensive Behandlungsweise verzichtet werden kann. Der Übergang von einem Stadium in das nächsthöhere oder niedrigere ist möglich. Die Grenzen verlaufen fließend.

Das heißt, die Behandlung erfolgt nicht nur *stadien-*, sondern vor allem stets *bedarfsgerecht* mit einer gewissen Tendenz zur Entwöhnung.

Zur Verschlechterung kommt es meist bei Müdigkeit, im Rahmen von Machtkämpfen mit den Eltern oder nach andauernder einseitiger medikamentöser Unterdrückung. Die richtige Einschätzung des Stadiums ist für die Behandlungsplanung notwendig. Entsprechend dem jeweiligen Stadium und den zu erwartenden Problemen sollte man sich mit den wahrscheinlich notwendigen Verbandsmaterialien und Medikamenten versorgen, um ohne Verzug die richtige dermatologischen Maßnahme ergreifen zu können.

Diese Strategie ist für alle Stadien und Verlaufsformen der atopischen Dermatitis angezeigt. Das heißt, sie sollten immer einen gewissen Vorrat der am häufigsten benötigten Medikamenten und Verbandstoffen vorhalten, sodass sie immer bedarfsgerecht behandeln können. Bei den Übergangsformen zur chronischen Neurodermitis und bei ihrem Vollbild sollten grundsätzlich die medizinischen Leitlinienempfehlungen beachtet werden, es sei denn, der Patient lehnt eine solche Behandlung grundsätzlich ab.

3.3.1. Die Hyposensibilisierung der subakuten / leichten AD

Etwa 60 Prozent der Fälle im Säuglings- und Kleinkinderalter muss man der subakuten Verlaufsform zuordnen. Es finden sich selten nennenswerte Allergien. Bei den Eltern besteht keine oder nur eine geringe familiäre Veranlagung zu Erkrankungen des atopischen Formenkreises. Oft zeigt aber mindestens ein Elternteil deutliche Merkmale der erhöhten oder hohen SPS. Die subakute AD kann ein Hinweis auf den Beginn einer Atopiker-Karriere sein: Die Kinder haben die Empfindlichkeit von den eigenen Eltern geerbt. Deren Erziehungsverhalten kann die SPS der Kinder verstärken, sodass eine Überreizung und die Weiterentwicklung der atopischen Veranlagung drohen. Das überbehütende Verhalten und die symbiotischen Eltern-Kind-Beziehungen sind in diesen Fällen die entscheidenden Faktoren. Mit der Übernahme in den Kindergarten gelingt der überfällige Ablösungsprozess in den meisten Fällen. Den Kindern geht es in der Regel innerhalb weniger Wochen besser. Gelingt die Ablösung nicht, können diese vermeintlich „leichten Fälle“ durchaus in akute oder gar zunehmend chronische Formen der AD übergehen. Eltern davon zu überzeugen, dass sie den Kindern mit ihrer übergroßen Liebe den Weg ins Leben eher erschweren als erleichtern, ist oft langwieriger als die Behandlung einer komplizierten körperlichen Erkrankung. Erhöht Sensible sind häufig offen gegenüber alternativen Heilverfahren und deshalb eine bevorzugte Zielgruppe selbst ernannter Experten und Laienratgeber, die mit mehrheitlich völlig ungesicherten Behauptungen zur Verunsicherung der Eltern beitragen. Meistens geht es dabei um angebliche Allergien und Unverträglichkeiten, den Mangel an Spurenelementen und Vitaminen sowie um Fehlbesiedlungen des Darmes. Es gleicht einer Herkulesaufgabe, diesen Eltern ihre unbegründeten Sorgen und Ängste zu nehmen.

Das gelingt letztendlich nur durch den überzeugenden Ausschluss der „Verdachtsdiagnosen“. Wenn die Eltern über die natürlichen Möglichkeiten des „Multitalents Haut“ und die Grundprinzipien der Hautpflege aufgeklärt wurden und beginnen, der hyperreagiblen Kinderhaut etwas weniger Aufmerksamkeit zu schenken, verbessert sich das Hautbild oft schon ohne dermatologische Behandlung. Natürlich kann auch eine harmlose subakute AD unter ungünstigen Bedingungen, d. h. in der Regel beim Zusammentreffen mehrerer Auslöser, beispielsweise bei Zahnungsbeschwerden und Machtkämpfen, einen akuten Schub entwickeln. Für diese Fälle sollten die Eltern über ein Mindestmaß an Kenntnissen und Fähigkeiten verfügen, um auch eine solche Situation zu beherrschen. Die Eltern eines solchen Kindes müssen wissen, dass die subakute AD in der Regel ein flüchtiges Ereignis ist. Die eigenständige Auseinandersetzung mit dieser geringen gesundheitlichen Störung ist ein Teil des kindlichen Reifungsprozesses. Das Kind erlernt den Umgang mit Krankheiten. Nach meiner Erfahrung gibt es keinen besseren Weg, der Entwicklung einer Atopie vorzubeugen, als alle Beteiligten zur Selbstständigkeit anzuhalten. Diese Kinder sind später eindeutig seltener krank. Grundsatz: Eskalationen vermeiden, Aufmerksamkeit verringern, nicht hinsehen, nicht am Kratzen hindern!

Die entwöhnende Behandlung der subakuten AD

Bei erregungsabhängigem lokalem Juckreiz	Kühle Umschläge oder Polidocanol (Thesit□) oder Bolus alba Lotio (Rp.: Bolus alba 50.0, Aqua dest. 25.0, Glycerin 25.0) oder Tannosynt Lotio□
Im akuten Schub mit zunehmender Rötung und vermehrtem Juckreiz	Rescue Salbe□□□□□Rp.: 6 Rescue-Tr. in Unguentum emulsificans aquosum ad 100.0, mit fett-feuchtem Verband)
Die kleinflächige, feuchte Rötung	Bolus alba Lotio (Rp.: Bolus alba 50.0, Aqua dest. 25.0, Glycerin 25.0, offen)
In der postakuten Phase	Bolus alba Salbe (Rp.: Bolus alba 30.0, Ol olivarium 20.0, offen)
Die kleinflächige staub-trockene Rötung	Bolus alba Paste (Rp.: Bolus alba 25.0, Vaselinum album 25.0, offen)
Bei Kratzspuren	Bolus alba Wundsalbe (Rp.: Bolus alba 12.0, Talcum 12.0, Dexpanthenol 3.84, Aqua purificata 3.84, Vaselinum album ad 60.0, anfangs mit Schlauchverband)
Bei Verdacht auf Infektion	Waschung mit Schwarztee oder Kaliumpermanganat (Lsg. 1:1000 verdünnt, d. h. 1 ml Lösung auf 1 l warmes Wasser)

3.3.2 Die Hyposensibilisierung der akuten AD

Die schweren Verläufe der akuten atopischen Dermatitis beginnen im Gegensatz zur hyperreagiblen atopischen Dermatitis meistens schon in den ersten sechs Lebensmonaten. Am häufigsten geschieht das im Zusammenhang mit der Beikosteneinführung. Dieser Zusammenhang ist ein zwingender Hinweis auf das Vorliegen einer IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergie. Anders als die subakute, leichte atopische Dermatitis hat diese Entwicklungsstufe ein charakteristisches Erscheinungsbild mit starkem Juckreiz und ernsthaften Schlafstörungen. Betroffen sind vor allem das Gesicht, die Schultern sowie die Außenseiten der Arme und Beine. Es kommt zu großflächigen, nässenden und stark verkrusteten Wundflächen. Die häufigsten Komplikationen sind eitrige Infektionen. Man kann bei der akuten AD drei Ausprägungen unterscheiden: die trockene, die nässende und die infizierte AD. Aber wie die subakute, leichte atopische Dermatitis haben auch die schweren, akuten Verläufe keinerlei Ähnlichkeit mit den klassischen Symptomen der Neurodermitis. Es fehlen die typischen Stigmata der Neurodermitis wie die trockene, schuppige Haut, die doppelte Lidfalte oder der weiße Dermografismus, bei dem sich die mechanisch gereizte Haut weiß verfärbt. Es fehlen auch die charakteristischen, stark juckenden Knötchen und Knoten, die Verdickungen und Vergrößerungen des Hautreliefs sowie die typische Lokalisation in den Beugen und den Händen. Bei diesen Kindern handelt es sich um eine neue Generation von „Atopikern“, die man vor 20 Jahren selten gesehen hat: Säuglinge mit zahlreichen hochgradigen Allergien gegen alles, was für eine bedarfsgerechte Ernährung unverzichtbar ist. Jeder Versuch eines normalen Nahrungsaufbaus scheitert, selbst Muttermilch erbrechen sie. Wenn sich die Kleinen im Elternbett schreiend blutig kratzen, werden die Nächte zum Albtraum. Die Eltern geraten rasch an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. In ihrem Zustand der völligen Erschöpfung und Verzweiflung übertragen sie ihre Erregung auf die Kinder, was deren Zustand verschlechtert. Es entsteht ein Circulus vitiosus. Doch selbst in dieser Gruppe kann die Atopieentwicklung noch gestoppt werden. Im Gegensatz zur Neurodermitis ist die AD auch dann, wenn sie mit zahlreichen Allergien assoziiert ist, ohne den Einsatz nebenwirkungsstarker Medikamente dauerhaft heilbar. Voraussetzungen sind die frühzeitige Diagnostik, die erfolgreiche Desensibilisierung der Allergien, die medikamentöse Entwöhnung und die Normalisierung der Eltern-Kind-Interaktion. Meistens ist mindestens ein Elternteil nicht nur erhöht sensibel, sondern auch atopisch veranlagt. Das Problem besteht darin, dass diese Eltern, die Mütter mehr als die Väter, durch die Schwere der Erkrankung, die zahlreichen Komplikationen und die unvermeidbaren Schlafstörungen vollkommen entkräftet sind. Manchmal erscheinen sie aber auch apathisch und desillusioniert. Die typischen Merkmale der sensorischen Verarbeitungssensitivität sind zunächst nicht erkennbar. Testpsychologische Untersuchungen verbieten sich auch wegen des stets besorgniserregenden Zustandes der Kinder. Wir belassen es in dieser Situation bei beruhigenden Gesprächen und Hilfsangeboten. Die akutmedizinische Versorgung der schwer kranken Kinder hat absoluten Vorrang. Die rasche und sichtbar erfolgreiche Behandlung der Kinder hilft den Eltern am besten auf die Beine. In dem Maß, wie sie ihre Kinder in guten Händen wissen, finden die Eltern zu sich und zeigen mehrheitlich auch das Bild der sensorischen Verarbeitungssensitivität, Empfindsamkeit, ständige Besorgtheit und leichte Beeindruckbarkeit. So achten sie auf die geringste Regung des Kindes und

erkennen die geringste Verschlechterung des Hautbildes. Obwohl bei diesen Verläufen die medizinischen Aspekte absolut im Vordergrund stehen, ist der psychotherapeutische Aufwand keineswegs geringer. Ich kann aber aus meiner langjährigen Erfahrung im Umgang mit den Eltern solcher Kinder feststellen, dass auch sie die Chance auf eine vollständige Heilung haben, wenn die Eltern in der Lage sind, die Bedeutung ihrer SPS und der der Kinder zu akzeptieren. Wenn sie diese Zusammenhänge jedoch nicht akzeptieren oder vernachlässigen, wird sich keine nachhaltige Besserung einstellen. Und natürlich kann dabei auch entscheidend sein, ob die Krankheit die Folge der überreizten SPS ist oder ein schwerer psychosozialer Konflikt das Familiengefüge aus dem Gleichgewicht gebracht hat. Meine Untersuchungen haben ergeben, dass mit fünf bis zehn Prozent, tendenziell zunehmend, die psychischen Erkrankungen der Eltern oder familiäre Konflikte bei der schweren AD eine entscheidende Rolle spielen. Merke: Auch bei der akuten atopischen Dermatitis steht und fällt der nachhaltige Behandlungserfolg mit der aktiven Einbindung der Eltern und psychosozialen Stabilisierung der Gesamtsituation.

Die entwöhnende Behandlung der akuten atopischen Dermatitis

Die akute trockene AD

Stark gerötete, schuppige Areale unterschiedlicher Größe, wenige Kratzspuren

Da die akuten Formen der AD ständig von Infektionen begleitet werden, sollte die betroffene Haut zunächst antiseptisch beispielsweise mit Kaliumpermanganat-Lösung (1 ml: 1000 ml lauwarmes Wasser) behandelt werden.

Die luftgetrocknete Haut dünn mit Bolus alba Creme (Rp.: Bolus alba 15.0, ol olivarium 10.0, Vaselinum album 25.0) oder

Bolus alba Salbe Wundsalbe (Rp.: Bolus alba 12.0, Talcum 12.0, Dexpanthenol 3.84, Aqua purificata 3.84, Vaselinum album ad 60.0) behandeln.

Stärkere Kratzspuren

Die Wirkung der Heil- und Pflegesubstanzen kann zunächst mit fett-feuchten Verbänden verbessert werden. Diese Behandlung sollte wegen der Neigung zur Hauttrockenheit aber nur kurz (1-2 Tage) oder intermittierend, d. h. mit Pausen, durchgeführt werden. Achtung: Verbandswechsel alle 4 bis 6 Stunden!

Die akute nässende AD

Großflächig feuchte oder stark nässende Rötungen mit schmieriger Krustenbildung	Bei Verdacht auf Infektion Kaliumpermanganat□-Lösung (1 ml: 1000 ml lauwarmes Wasser) oder mit Zinnkraut-Tee (1 Messerspitze / 1 l Wasser, 5 min ziehen lassen, abkühlen, 1:2 verdünnen) oder schwarzem Tee in Form von Bädern, feuchten Umschlägen oder feuchten Verbänden behandeln.
Bei lokalen feuchten oder nässenden Arealen und starkem Juckreiz	Bolus Lotio (Rp.: Bolus alba 50.0, Aqua dest. 25.0, Glycerin 25.) oder Tannosynt Lotio□ oder Fett-feuchte Schlauchverband mit Unguentum emulsificans aquosum 70 % (Rp.: U.e.a. 70)
Bei Verdacht auf Infektion	Triclosan-Salbe (Rp.: Triclosanum 1.00 Unguentum emulsificans aquosum ad 100.00)
Bei deutlichen Kratzspuren	Bolus alba Wundsalbe (Rp.: Bolus alba 12.0, Talcum 12.0, Dexpanthenol 3.84, Aqua purificata 3.84, Vaselinum album ad 60.0)

3.3.3. Die Hyposensibilisierung der infizierten AD

Grundvoraussetzung

Die Eltern sollten eine Hautentzündung von einer Hautinfektion unterscheiden können und die verschiedenen Möglichkeiten der topisch-antibiotischen Behandlung kennen.

Unterscheidung Entzündung / Infektion

Entzündung	Hautinfektion
Flächige Rötung	Punkt- beziehungsweise fleckförmige, scharf begrenzte Rötung
Schwellung	Schwellung
Überwärmung	Überwärmung
Nässen mit wässrigem Sekret	Nässende Pusteln mit wässrigem Sekret oder eitrige Pickel, Papeln mit honigartigem Sekret, starke Krustenbildung Nicht selten mit Fieber und schlechtem Allgemeinzustand

Bakteriostatisch, bakterizid, antibiotisch

*Bakteriostatische Wirkung haben Medikamente, die das Wachstum von Bakterien hemmen.

**Als bakterizid bezeichnet man Wirkstoffe, die Bakterien so stark schädigen, dass sie den irreversiblen Zelltod der Erreger auslösen.

Antibiotisch wirken Medikamente, beispielsweise Staphylex, hemmen das Wachstum von Bakterien oder töten sie.

Die bakteriell infizierte AD

Kratzwunden erleichtern das Eindringen und die Vermehrung von Bakterien, vor allem von Staphylokokken und Streptokokken, in der Haut. Aber auch der Verlust des Schutzes durch die Hautflora infolge häufiger antiseptischer oder antibiotischer Behandlungen führt zu Infektionen. Hautinfektionen entwickeln sich oft innerhalb weniger Stunden und breiten sich sehr schnell über den ganzen Körper aus. Das Problem besteht, wegen des gleitenden Übergangs, in der Unterscheidung zwischen Entzündung und Infektion.

Das Ekzema herpeticum

Rasenförmige Ansammlungen roter Pickel oder Bläschen, brennend, stark juckend und nässend, können für eine Herpesinfektion der AD (Ekzema herpeticum) sprechen. Die Behandlung dieser Komplikation gehört in die Hände des Facharztes. Ebenso sollten Kinder mit akuter atopischer Dermatitis entsprechend der Leitlinie behandelt werden, wenn sich ihr Zustand aufgrund schwerer Komplikationen oder außergewöhnlich belastender Lebensumstände bedrohlich verschlechtert. Eine solche Situation ist dann gegeben, wenn die belastende Situation, beispielsweise ein Elternkonflikt, kurzfristig nicht abwendbar erscheint und wenn weder verhaltenstherapeutische, hautpflegende oder die bislang beschriebenen dermatologischen Maßnahmen nicht zum Erfolg führen.

Die entwöhnende Behandlung der bakteriell infizierten AD

Pusteln oder eitrige Pickel, Papeln mit honigartigem Sekret, starke Krustenbildung

Waschungen mit Kaliumpermanganat-Lösung (1 ml:1000 ml lauwarmes Wasser)
Bei Versagen: Eosinlösung 1%,
bei Versagen: Triclosancreme 1%-3% („bakterizid“)** oder - Fusidinsäure (Fucidin Creme □) („bakterizid“)**

Impetigo, sich rasch entwickelnde,

Aufmerksamkeit und konsequente Hygienemaßnahmen: kompletter Wechsel der gesamten Kleidung und der Bettwäsche, Hand- und Flächendesinfektion.
Am Anfang steht die mindestens zwei Mal

größerflächige, eitrig Pickel, Papeln und Pusteln, einzeln oder in Gruppen. Aber auch sich schnell ausbreitende, scharf begrenzte münzförmige rote, schuppige Herde. Über den aufgekratzten eitrigen Flächen starke Krustenbildung

tägliche bakteriostatische Behandlung, unter Umständen Ganzkörperwaschungen mit Kaliumpermanganat* 1%. Daran anschließend:

Offene Behandlung mit Triclosan Lotio (Rp.: Bolus alba 24.50, Triclosanium 1.00, Aqua purificata 12.25, Glycerinum 12.25 Fettfeuchter Schlauchverband mit Triclosan-Salbe (Rp.: Triclosanium 1.00 Unguentum emulsificans aquosum 49.0) oder Fettfeuchter Schlauchverband mit Triclosan-Salbe: (Rp.: Triclosanium 1.00, Unguentum emulsificans aquosum 49.0)

3.3.4. Die Hyposensibilisierung der Übergangsformen zur Neurodermitis

Zehn bis 20 Prozent der akuten Verläufe bleiben über das Kindergartenalter hinaus bestehen und gehen in eine chronische Form über, die bereits Merkmale der klassischen Neurodermitis aufweist. Dennoch entspricht diese Verlaufsform noch der AD. Die Entzündungen finden sich sowohl an den Außenseiten der Arme und Beine als auch in den Beugen. Manche Kinder zeigen schon die charakteristische schuppige Blässe der Gesichtshaut; die allgemeine Hauttrockenheit als Hinweis auf den Barrieredefekt sieht man bei Kindern eher selten. Da sich Schulkinder für ihr Erscheinungsbild zu schämen beginnen, setzen die Eltern verstärkt kortisonhaltige Medikamente ein. Das führt zwar rasch zur kurzzeitigen Besserung, die symptomfreien Intervalle werden aber immer kürzer. Es muss intensiver gecremt werden, und die Wirkung der Medikamente lässt zusehends nach. Die Behandlung der Übergangsform ist die letzte Möglichkeit, die Entwicklung in Richtung Neurodermitis zu stoppen. Die Behandlung ist für den Arzt, vor allem aber für den Patienten eine echte Herausforderung, weil in diesen Fällen in der Regel nur ein radikaler Schnitt sowohl auf der psychischen wie auf der sozialen und medikamentösen Ebene hilft. Die aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Denken und Fühlen, das Beenden der Vermeidung und der Entzug der topischen Wirkstoffe erfordern vor allem Motivation und die Entwicklung eigener Ziel- und Wertvorstellungen. Die dermatologische Behandlung konzentriert sich in erster Linie auf die Behandlung der Hauttrockenheit und der Hautverdickungen. Das geschieht aber nicht über eine Dauerbehandlung mit feuchtigkeitsspendenden Salben, sondern über die Stimulation und Wiedererweckung der selbst regulierenden Eigenschaften der Haut. Die richtige Einschätzung des Entwicklungsstadiums ist entscheidend: Beim vollständigen Verlust der Barrierefunktion muss dieser Versuch scheitern. In diesen Fällen sollte der Patient entsprechend den gültigen medizinischen Leitlinien behandelt werden.

Die entwöhnende Behandlung der Übergangsformen

<p>Beginnende Lichenifikationen, verdickte Haut mit Vergrößerung des Hautreliefs, Schuppung, kaum Rötung, besonders</p>	<p>Abbau der Hautverdickungen mit Salicyl Vaseline 1-2% (Rp.: Acid salicyl Pulv Subt 0.5, Vaselinum album ad 50.0), danach Bolus Paste (Rp.: Bolus alba 25.0, Vaselinum album 25)</p>
---	---

<p>Akute entzündliche Schübe mit stark geröteten, schuppigen Arealen unterschiedlicher Größe, wenige Kratzspuren</p>	<p>Da die akuten Formen der AD ständig von Infektionen begleitet werden, sollte die betroffene Haut zunächst antiseptisch beispielsweise mit Kaliumpermanganat-Lösung (1 ml: 1000 ml lauwarmes Wasser) behandelt werden. Die luftgetrocknete Haut dünn mit Bolus alba Creme (Rp.: Bolus alba 15.0, ol olivarium 10.0, Vaselinum album 25.0)</p>
<p>Bei Hinweisen auf Hautinfektion Bei starken Exkorationen</p>	<p>Waschung mit Kaliumpermanganat-Lösung (1 ml: 1000 ml lauwarmes Wasser) danach Triclosan-Salbe (Rp.: Triclosanum 1.00 Unguentum emulsificans aquosum ad 100.00)</p>
<p>Bei starken Exkorationen</p>	<p>Bolus alba Salbe Wundsalbe (Rp.: Bolus alba 12.0, Talcum 12.0, Dexpanthenol 3.84, Aqua purificata 3.84, Vaselinum album ad 60.0) behandeln. Die Wirkung der Heil- und Pflegesubstanzen kann zunächst mit fettfeuchten Verbänden verbessert werden. Diese Behandlung sollte wegen der Neigung zur Hauttrockenheit aber nur kurz (1-2 Tage) oder intermittierend, d. h. mit Pausen, durchgeführt werden. Achtung: Verbandswechsel</p>
<p>Bei größeren trockenen Arealen</p>	<p>1-2 x wöchentlich Ölbad mit kalt gepresstem Olivenöl/ Sonnenblumen- oder Distelöl (Balmandol, Balneum Hermal), evtl. mit Salzzusatz, danach Bolus Paste (Rp.: Bolus alba 2.0, Vaselinum album 25.0)</p>
<p>Bei Fortschreiten des Übergangs in die Neuodermatitis Intervallbehandlung</p>	<p>Calcineurininhibitoren Elidel® (mittelschwere Neurodermitis oder Protopic® (schwere Neurodermitis). Calcineurininhibitoren sollten in besonders empfindlichen Körperbereichen eingesetzt werden. Calcineurininhibitoren sollten über die Abheilung hinaus in der Regel zunächst drei Monate zweimal wöchentlich weiter eingesetzt werden. <u>Nebenwirkungen:</u> Brennen im Anwendungsbereich, Sonnenexposition vermeiden, keine Impfungen während der</p>

	Therapiezeit, keine Anwendung bei Herpesinfektionen <i>Es gibt Hinweise auf unkalkulierbare Risiken der Behandlung mit Pimecrolimus und Tacrolimus</i>
--	---

Die dermatologische Hyposensibilisierung der Neurodermitis

Die Neurodermitis ist im Unterschied zu den vorangegangenen Entwicklungsstufen eine chronische oder chronisch-wiederkehrende, nicht ansteckungsfähige Hauterkrankung mit starkem Juckreiz. Je nach Ausdehnung und Intensität des Juckreizes handelt es sich um eine schwere Beeinträchtigung, die die Lebensqualität der Betroffenen deutlich und langfristig einschränkt. Die Neurodermitis erkennt man unschwer an ihrem klassischen Bild mit Betonung des Ekzems in den Beugen der Arme und Beine, an den Hand- und Fußgelenken, um die Augen und den Mund, an der Stirn und am Hals. Trockene, schuppige, rissige und verdickte Haut mit starken Kratzspuren sowie Entzündungen der Bindehäute sind charakteristisch. Die Neurodermitis unterscheidet sich von anderen Dermatosen auch durch charakteristische Zeichen: Fältelung der unteren Augenlider, das Ausfallen der Augenbrauen und der Haare an der Stirn-Haar-Grenze sowie der „weiße Dermographismus“, einer auffälligen Reaktion der Haut auf einen mechanischen Reiz. Die Haut reagiert an der gereizten Stelle zunächst mit Rötung, die dann aber rasch die Farbe wechselt und weiß wird. Der Juckreiz-Kratz-Zyklus ist stark ausgeprägt. Die Komplikationsrate im Rahmen schwerer Schübe ist hoch und wird vor allem von den Hautinfektionen verursacht. Die erhöhte Wahrnehmungsempfindlichkeit (SPS) steigert den Leidensdruck und verstärkt bei den Heranwachsenden und jungen Erwachsenen das Gefühl der sozialen Ausgrenzung. Die schwere Neurodermitis führt insofern fast immer zu schweren psychischen Störungen, die wiederum Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen. Ein Circulus vitiosus wird in Gang gesetzt. Mehr als die Hälfte der Patienten leidet unter IgE-vermittelten Allergien. Die Neurodermitis wird häufig von anderen Krankheiten wie Asthma bronchiale und Heuschnupfen begleitet.

Die bedarfsgerechte dermatologische Behandlung sollte mit der Systemischen Hyposensibilisierung begleitet und bei anhaltender allgemeiner Stabilisierung angepasst werden.

Selbst bei der chronischen Neurodermitis kommt es im Verlauf des Lebens, oft ohne erkennbaren Grund, zu dauerhaften Spontanremissionen. Erfahrungsgemäß gehen solche Heilungen mit grundsätzlich veränderten Lebensbedingungen einher. Ernährungsmedizinische, desensibilisierende oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen werden deshalb begleitend fortgesetzt. Bei anhaltender Besserung können die Einschränkungen und die medikamentösen Behandlungen bedarfsgerecht abgebaut werden.

Die entwöhnende Behandlung der Neurodermitis

<p>Lichenifikationen, verdickte Haut mit Vergrößerung des Hautreliefs, Schuppung, kaum Rötung, besonders</p>	<p>Abbau der Hautverdickungen mit Salicyl Vaseline 2-3% (Rp.: Acid salicyl Pulv Subt 0.75 – 1,0, Vaselinum album ad 50.0), danach Bolus Paste (Rp.: Bolus alba 25.0, Vaselinum album 25)</p>
<p>Hauttrockenheit</p>	<p>Nach subjektivem Bedarf Basispflege mit rehydratisieren Rezepturen, je nach Jahreszeit mit 40 bis 70 % Wassereanteil und 1-2 x wöchentlich Ölbad mit kalt gepresstem Olivenöl/ Sonnenblumen- oder Distelöl (Balmandol, Balneum Hermal), evtl. mit Salzzusatz, danach Bolus Paste (Rp.: Bolus alba 2.0, Vaselinum album 25.0)</p>
<p>Akute entzündliche Schübe mit stark geröteter, schuppige Areale unterschiedlicher Größe, wenige Kratzspuren</p>	<p>Da die akuten Formen der AD ständig von Infektionen begleitet werden, sollte die betroffene Haut zunächst antiseptisch beispielsweise mit Kaliumpermanganat-Lösung (1 ml: 1000 ml lauwarmes Wasser) behandelt werden. Die luftgetrocknete Haut dünn mit Bolus alba Creme (Rp.: Bolus alba 15.0, ol olivarium 10.0, Vaselinum album 25.0)</p>
<p>Bei Hinweisen auf Hautinfektion</p>	<p>Waschung mit Kaliumpermanganat-Lösung (1 ml: 1000 ml lauwarmes Wasser) danach Triclosan-Salbe (Rp.: Triclosanum 1.00 Unguentum emulsificans aquosum ad 100.00)</p>
<p>Bei starken Exkorationen</p>	<p>Bolus alba Salbe Wundsalbe (Rp.: Bolus alba 12.0, Talcum 12.0, Dexpanthenol 3.84, Aqua purificata 3.84, Vaselinum album ad 60.0) behandeln. Die Wirkung der Heil- und Pflegesubstanzen kann zunächst mit fettfeuchten Verbänden verbessert werden. Diese Behandlung sollte wegen der Neigung zur Hauttrockenheit aber nur kurz (1-2 Tage) oder intermittierend, d. h. mit Pausen, durchgeführt werden. Achtung: Verbandswechsel</p>

<p>Intervallbehandlung</p>	<p>Calcineurininhibitoren Elidel® (mittelschwere Neurodermitis oder Protopic® (schwere Neurodermitis). Calcineurininhibitoren sollten in besonders empfindlichen Körperbereichen eingesetzt werden. Calcineurininhibitoren sollten über die Abheilung hinaus in der Regel zunächst drei Monate zweimal wöchentlich weiter eingesetzt werden. <u>Nebenwirkungen:</u> Brennen im Anwendungsbereich, Sonnenexposition vermeiden, keine Impfungen während der Therapiezeit keine Anwendung bei Herpesinfektionen</p> <p><i>Es gibt Hinweise auf unkalkulierbare Risiken Risiken der Behandlung mit Pimecrolimus und Tacrolimus</i></p>
----------------------------	--

3.3.5. Begleitende Behandlungen

- *Die immuntherapeutische Behandlung der Hautinfektionen*

Die atopische Dermatitis wird häufig von bakteriellen Infektionen begleitet. Diese können zu ernsthaften Komplikationen führen. Mehrheitlich handelt es sich um Bakterien des Typs *Staphylococcus aureus* oder um Streptokokken. Woher die Abwehrschwäche der Haut rührt, wird kontrovers diskutiert. Wahrscheinlich führt die länger dauernde äußere Behandlung zum teilweisen oder vollständigen Verlust der immunologischen Leistungen der Hautflora. Bei gehäuften schweren Infektionen, stimulieren wir die Antikörperbildung gegen diese Bakterien immuntherapeutisch mit entsprechenden Nosoden. Dabei handelt es sich, ähnlich einem Impfstoff, um stark verdünnte Lösungen aus Bestandteilen dieser Bakterien.

- *Die probiotische Behandlung*

Kein Therapieverfahren hat in den vergangenen Jahren einen größeren Hype ausgelöst als die probiotischen Behandlungen des Darms. Wahrscheinlich ist es die absolute Unklarheit der Studienlage, die sowohl bei den Betroffenen wie bei beruflichen Helfern einen solchen Wildwuchs an Spekulationen möglich macht. Es gibt nur wenige Behandlungsansätze, die kontroverser diskutiert werden als die „Darmsanierungen“ oder „Symbioselenkungen“. Von den einen als Heilmittel gegen die Neurodermitis hochgelobt, von den anderen als Humbug abgelehnt, wurden sie in zahlreichen Studien untersucht. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung gibt es keinen Hinweis, dass mit Probiotika gleich welcher Art eine atopische Dermatitis oder Neurodermitis geheilt werden kann. Eine begleitende Behandlung bei eindeutigem Nachweis einer Dysbiose (Fehlbesiedlung) kann unterstützend wirken, wobei u. a. unklar ist, welche probiotischen Bakterienstämme am wirksamsten sind. Am häufigsten werden Laktobazillen und Bifidobakterien eingesetzt. Auch wie lange und in welcher Dosis Probiotika eingenommen werden sollen, ist noch wenig erforscht.

- Die gegenwärtige weltweite Studienlage.
Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung gibt es eine altersabhängige Zusammensetzung der Normalflora. Ihre Entwicklung beginnt mit der natürlichen Geburt und setzt sich mit dem Stillen fort. Die abwechslungsreiche, möglichst naturbelassene Ernährung und die Vermeidung überflüssiger antibiotischer Behandlungen sind Grundvoraussetzungen für eine leistungsfähige Darmflora. Inwieweit Stress sich negativ auf die Darmflora auswirkt, ist noch nicht abschließend geklärt. Die Ergebnisse von Tierversuchen sprechen für einen Zusammenhang. Es wurde beobachtet, dass eine gestörte Darmbesiedlung mit dem Nervensystem in Beziehung steht. Die Wahrscheinlichkeit, dass die sensorische Verarbeitungsempfindlichkeit (SPS) über den vegetativen Dauerstress nicht nur zu einer Überempfindlichkeit der Haut und des Immunsystems führt, sondern auch den Darm und seine Flora belastet, ist groß. Dass wiederum die gestörte Darmflora negative Rückwirkungen auf das Nervensystem hat und dadurch ein Circulus vitiosus entsteht, erscheint logisch. Der Forschungsbedarf ist gewaltig. Trotz großer Lücken erlaubt der gegenwärtige Kenntnisstand Rückschlüsse auf die Behandlungsmöglichkeiten

Empfehlung

Entsprechend den Studienergebnissen ist es empfehlenswert, die atopische Dermatitis mit nachgewiesenen Nahrungsmittelallergien sowie die Übergangsform zwölf Wochen lang mit den Probiotik-Fertigarzneimitteln z.B. Probiotik Pur Pulver oder Bactoflor Kapseln , Lactobact Baby Pulver und Symbiolact Pulver zu behandeln

4. Die immuntherapeutische Hyposensibilisierung [17].
- 4.1. Die Bedeutung der Allergiediagnostik

Vor allem Eltern von Säuglingen und Kleinkindern sind oft darüber besorgt, was bei der Allergiediagnostik mit den Kleinen angestellt wird. Sind Allergien in diesem Alter überhaupt nachweisbar? Welche Bedeutung haben die Befunde, und kann man Allergien schon so früh behandeln? Selbst unter Ärzten gehen die Meinungen darüber weit auseinander. Tatsächlich sind unerkannte Allergien oft für den Krankheitsverlauf der AD mitverantwortlich. Allergien sind in jedem Lebensalter mithilfe der anerkannten Allergiediagnostik nachweisbar. Die Diagnose ergibt sich aus der Anamnese, der Prick-Testung, den spezifischen IgE und den placebogeprüften Provokationen. Ohne Kenntnis der Allergien werden Kinder oft jahrelang nicht bedarfsgerecht behandelt. Da es sich im frühen Kindesalter meistens um Nahrungsmittelallergien handelt, könnten Ärzte und speziell ausgebildete Ernährungsberater ihnen fast immer durchgreifend helfen.

4.2. Die spezifische Immuntherapie (SIT)

Die spezifische Immuntherapie ist ein Verfahren zur Desensibilisierung von Allergien. Dabei handelt es sich um eine Hypo- oder Desensibilisierung mit einer realistischen Chance auf erhebliche Linderung oder sogar Beschwerdefreiheit. Die WHO spricht von einer „Allergie-Impfung“. Es ist eine Behandlungsform, bei der beispielsweise natürliche Bestandteile von Birkenpollen verabreicht werden. Ziel dieser Behandlung ist es, das Immunsystem dazu zu bringen, auf die allergieauslösenden Birkenpollen wieder neutral, das heißt ohne allergische Reaktion, zu reagieren. Man spricht auch von einer Gewöhnung des Immunsystems an die Allergene. „Spezifisch“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass man nur die auslösenden Allergene verabreicht bekommt. Als „Immuntherapie“ wird diese Behandlung bezeichnet, weil das Verfahren auf das Immunsystem einwirkt. Die WHO betrachtet die spezifische Immuntherapie (SIT) als einzige Behandlung, die sich gegen die Ursache einer Allergie richtet

4.3. Die spezifische sublinguale Immuntherapie (SLIT)

Immer häufiger wird die Immuntherapie mit Tabletten oder Tropfen, als spezifische sublinguale Immuntherapie, eingesetzt. Die SLIT setzt dort an, wo beim Auftreten von allergischen Symptomen die auslösenden Allergene auch aufgenommen werden: an den Schleimhäuten. Sie eignet sich besonders für Kinder und Patienten, die Angst vor Spritzen haben oder die beruflich stark beansprucht sind. Der Vorteil besteht darin, dass die Behandlung grundsätzlich vom Patienten selbst oder seinen Eltern vorgenommen werden kann. Die Einnahme erfolgt in der Regel täglich. Dabei werden die Tropfen zum Beispiel mit einem Löffel unter die Zunge gebracht und mindestens eine Minute, vorzugsweise zwei bis drei Minuten, im Mund unter der Zunge behalten und dann geschluckt.

4.4. Die Wirksamkeit der SLIT

Mehrere klinische Studien haben die Wirksamkeit der SLIT nachgewiesen. So registrierten Canonica und seine Mitarbeiter bis 2013 77 randomisierte kontrollierte Studien zur SLIT, 62 davon zu Gras- oder Hausstaubmilbenextrakten [61]. Von den 17 nach 2009 erschienenen Studien wiesen alle außer einer eine signifikante klinische Wirksamkeit nach. Alle Metaanalysen fallen zugunsten der SLIT aus, berichten die Experten. Den WAO-Experten (World Allergy Organization) zufolge ist die SLIT der subkutanen Immuntherapie in puncto Sicherheit sogar überlegen. Dies bestätigen 66 Studien, in denen 4378 Patienten insgesamt über eine Million SLIT-Dosen erhalten hatten. Lokale Reaktionen an der Mundschleimhaut waren die häufigsten Nebenwirkungen; sie traten bei 75 Prozent der Patienten vor allem in der Anfangsphase auf. In der Regel verschwanden sie nach kurzer Zeit von selbst. Die Rate schwerwiegender anaphylaktischer Reaktionen liegt insgesamt bei 1,4 pro 100 000 Dosen. Der WAO zufolge kann die SLIT bei Kindern ab fünf Jahren, wahrscheinlich auch darunter, angewendet werden. Hier ist nicht mit mehr oder schwerwiegenderen Nebenwirkungen zu rechnen als in anderen Altersgruppen.

4.5. Allergiekranke Kinder werden bewusst *unterversorgt*

Allergologen und die Laborärzte bei den Pharmaunternehmen wissen, dass immuntherapeutische Behandlungen bei Säuglingen und Kleinstkindern ungleich schneller und nachhaltig wirken. Es sind ausschließlich wirtschaftliche Erwägungen, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Kinder behindern. Pharmaunternehmen könnten sehr wirksame Desensibilisierungslösungen für Kinder herstellen, tun es aber nicht, weil es sich wegen der geringen Inanspruchnahme nicht lohnt. Derzeit werden für Kinder ab dem 5. Lebensjahr einige wenige Lösungen, bzw. Tabletten gegen häufige aerogene Allergene angeboten.

4.6. Die Hyposensibilisierung von Säuglingen und Kleinstkindern

Im Rahmen der Systemischen Hyposensibilisierung (SHS) wurden seit 2014 auch zahlreiche Säuglinge und Kleinkinder mit einer besonderen Form der spezifischen Immuntherapie behandelt. Das Behandlungsziel war ein Leben ohne Einschränkungen. Jedes Kind sollte unabhängig von der Zahl und der Schwere der Nahrungsmittelallergien innerhalb eines überschaubaren Zeitraums normal, also ohne Vermeidung, gesund und ausgewogen ernährt werden können. Mit dem Fortschreiten der Behandlung bildete sich die atopische Dermatitis erkennbar zurück. Alle Kinder, auch die mit multiplen hochgradigen Nahrungsmittelallergien, konnten nach 24 Monaten altersgerecht normal ernährt werden. Die AD hatte sich weitestgehend zurückgebildet oder völlig aufgelöst. Das wurde auf zwei Wegen erreicht: die sogenannte Rotationsdiät und die spezifische Immuntherapie (SLIT). Über die Zuordnung der Nahrungsmittelallergie entschieden die Ergebnisse der Allergiediagnostik, d. h. die spezifischen IgE und Nahrungsmittel-Provokation.

4.7. Die Hyposensibilisierung der Nahrungsmittelallergie

- Die orale Hyposensibilisierung nach dem Rotationsprinzip

Stellen sich im Rahmen der allergologischen Untersuchung geringe oder mäßig starke Allergien gegen Nahrungsmittel heraus, werden diese in einen Rotationsplan aufgenommen. Die betreffenden Nahrungsmittel werden grammweise in die Hauptmahlzeit integriert. Die Menge und die Häufigkeit werden entsprechend der allergischen Veranlagung des Kindes individuell 14-tägig bis vierwöchentlich gesteigert. Zu dieser Verfahrensweise gibt es keine Alternative. Das vorübergehende gänzliche Vermeiden ist ebenso falsch wie die Nichtbeachtung der Allergie. Der Körper muss lernen, mit den fraglichen Lebensmitteln umzugehen. Das Verfahren können Eltern völlig eigenverantwortlich durchführen. Die Rotationsdiäten dauern in der Regel nicht länger als ein Jahr und führen ausnahmslos zum Erfolg.

4.8. Die Behandlung der Nahrungsmittelallergie nach dem Prinzip der Systemischen Hyposensibilisierung

Für die immuntherapeutische Behandlung der Nahrungsmittelallergien werden derzeit keine industriell gefertigten Lösungen angeboten, weil es, so die Argumentation der Pharmafirmen, dafür angeblich keinen Markt gebe, beziehungsweise sie nicht gewinnbringend vermarktet werden könnten. In Zusammenarbeit mit einem sachkundigen Arzt und einer Apotheke können die Lösungen allerdings selbst hergestellt werden. Die Kosten dafür muss der Patient jedoch selbst tragen. Aus dem Nahrungsmittel und einer haltbaren Verdünnungslösung, die jede Apotheke liefern kann, wird eine tropffähige Suspension hergestellt. Bei einer Nahrungsmittelallergie der Klasse 6 wird mit einer 0.001-prozentigen Lösung begonnen und in 21 Schritten bis auf eine 75-prozentige Lösung gesteigert. So entstehen 22 Arzneimittelfläschchen mit jeweils 10 ml Lösung. Material: 22 braune Arzneifläschchen mit einem Pipettenschraubverschluss, 300 ml Verdünnungslösung, 1 Mörser, 1 Mixer. Rezeptur einer Verdünnungslösung

Beispiel für die Herstellung einer Hühnereiweiß-Desensibilisierungslösung 9,5 ml Hühnereiweiß werden mit 0,5 ml Verdünnungslösung verschüttelt. Es entsteht eine 97-prozentige Suspension. Im nächsten Schritt wird 1 ml Verdünnungslösung mit 9 ml Hühnerei verschüttelt. Es entsteht eine 90-prozentige Suspension. In 22 Schritten entsteht am Ende eine 0.001-prozentige Hühnereiweiß-Suspension, mit der die Behandlung gestartet wird. Rezeptur von 600, 72 g einer Verdünnungslösung: Glycerinum 390 g, Aqua purificata plus Zusatze 210 g, Natriummonohydrogenphosphat 0,48 g, Natriumhydrogenphosphat 0,24 g.

4.9. Die Behandlung der aerogenen Allergien

Bei Kindern sollte man die spezifische Immuntherapie wie bei den Nahrungsmittelallergien grundsätzlich sublingual durchführen. Die Kinder müssen nicht die endlose Pikserei fürchten. Da die Hersteller jedoch keine altersentsprechenden Konzentrationen anbieten, wurde die Behandlung aus Sicherheitsgründen frühestens ab dem fünften Lebensjahr empfohlen. Inzwischen hat die Pharmaindustrie erkannt, dass auch die Kinder keine profitable Zielgruppe sind, und hat die Konzentration der Therapielösungen vervierfacht, sodass die Behandlung erst ab dem 18. Lebensjahr durchgeführt werden kann. Das alles erfolgt in Kenntnis der Tatsache, dass eine möglichst frühe Behandlung die größte Aussicht auf Erfolg hat.

4.10. Eltern und Ärzte sind auf sich selbst gestellt

Auch bei der Desensibilisierung der Allergien gegen inhalative Substanzen sind die Eltern auf sich gestellt und müssen die Kosten selbst tragen. Der verständnisvolle, sachkundige Arzt kann allergiekranken Säuglingen und Kleinkindern dennoch Therapielösungen rezeptieren, wenn er dafür Sorge trägt, dass sie altersentsprechend verdünnt werden. In diesen Fällen sollte man immer stufenweise desensibilisieren. Die handelsübliche Lösung wird mit einer haltbaren Verdünnungslösung auf eine 0.001-prozentige Konzentration verdünnt und in zehn Schritten bis auf 40 Prozent gesteigert.

Herstellung der Therapielösung

Für die Herstellung der Lösungen benötigt man zehn braune Arzneifläschchen mit Pipettenschraubverschlüssen und 150 ml Verdünnungslösung sowie zwei Fläschchen (2×24 ml) Standardlösung der Herstellerfirma. Die erste Standardlösung reicht nur für die Fläschchen 1 bis 6. Das zweite Rezept sollte also rechtzeitig ausgestellt werden. Soll beispielsweise ein Fünfjähriger desensibilisiert werden und handelt es sich um eine pharmazeutische Lösung, die für 18-Jährige und ältere Heranwachsende vorgesehen ist, muss diese zunächst auf eine 25-prozentige Lösung verdünnt werden. Handelt es sich um eine Originallösung, die für Kinder ab dem fünften Lebensjahr vorgesehen ist, entfällt der erste Schritt. Bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum vierten Lebensjahr wird die Originallösung in fünf weiteren Schritten bis zu einer 60-prozentigen Lösung verdünnt und dann die Behandlung mit der Originallösung fortgesetzt.

Durchführung

Beginnen Sie mit einem Tropfen aus dem Fläschchen 1 und steigern Sie täglich um einen Tropfen auf fünf. Geben Sie dann fünf Tropfen dieser Verdünnungsstufe täglich weiter, bis die Flasche leer ist. Das wird nach knapp vier Wochen der Fall sein. Verfahren Sie mit den Fläschchen 2 bis 10 in gleicher Weise. Bei Nebenwirkungen verfahren Sie entsprechend den Herstellerempfehlungen des Beipackzettels.

Merke: *Es entspricht sowohl den Empfehlungen der Hersteller als auch dem Recht eines jeden Arztes, einen Wirkstoff mit geeigneten Methoden so weit zu verdünnen, dass seine Wirkung nur verringert wird, nicht aber verloren geht.*

5. Die Übertragbarkeit der SHS

Die Übertragbarkeit auf erwachsene Patienten

Wie bereits im Vorwort erwähnt, lassen sich die Entwicklung der modernen Volkskrankheiten und die Erkrankungen des atopischen Formenkreises, die Allergien, die Autoimmunerkrankungen und die häufigsten psychischen Störungen in erster Linie durch die frühestmögliche Behandlung im Kindesalter stoppen. Das heißt nicht, dass die Prinzipien der Systemischen Hyposensibilisierung nicht auf erwachsene Betroffene übertragbar wären. Natürlich lässt sich die SHS auf alle Altersgruppen übertragen. In dieser Einführung für Ärzte konzentrieren wir uns aber auf unser Hauptziel, die Überwindung dieser Volkskrankheiten.

Die Übertragbarkeit der SHS auf andere Krankheitsgruppen

Die bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen haben überzeugende Hinweise auf die Abhängigkeit der Atopie, der Allergie und der häufigsten psychischen Störungen von der Sensorischen Verarbeitungsempfindlichkeit ergeben. Der Zusammenhang erscheint auch logisch und plausibel. Viele namhafte Wissenschaftler weisen seit fast 100 Jahren daraufhin, dass für die Entwicklung von Stressreaktionen die Empfindlichkeit der Wahrnehmungsverarbeitung ausschlaggebender ist als der Stressfaktor selbst. Das Problem bestand darin, dass es kein Instrument zur Erfassung der SPS gab. Die psychologischen Tests auf der Grundlage der *Big Five* waren jedenfalls nur sehr eingeschränkt in der Lage, das Konstrukt der Sensory processing sensitivity zu erfassen. Ein so widersprüchliches Persönlichkeitsmerkmal widersetzt sich normalen Persönlichkeits-Tests. Mit dem SENS-E-Verfahren existiert jetzt ein Instrument, das alle Gütekriterien eines Tests erfüllt, sodass man heute absolut Merkmalsträger von Nichtmerkmalsträger unterscheiden kann. Bei Persönlichkeiten mit hohen SPS-Werten besteht zweifelsfrei ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung der Atopie, der Allergien und der häufigsten psychischen Störungen. Die Ähnlichkeit der Autoimmunerkrankungen mit der Atopie lässt die Annahme zu, dass auch hier die SPS als Ursache in Betracht kommen könnte. Entsprechende Kohorten-Studien wurden bislang allerdings noch nicht durchgeführt. Derzeit ist für die Angststörungen und die unipolaren Depressionen die stärkste Abhängigkeit vom SPS-Level nachgewiesen. Insofern besteht kein Zweifel, dass Persönlichkeiten mit psychischen Störungen mindestens ebenso gut mit der Sensorischen Hyposensibilisierung geholfen werden und diesen Krankheiten effektiv vorgebeugt werden kann.

6. Quellennachweis

1. Peter Liffler ¹, Eva Milena Johanne Peters ², Uwe Gieler ³: Gibt es Hinweise auf Eigenschaften der „Sensory processing sensitivity“ (SPS) bei atopisch veranlagten Persönlichkeiten? - Eine Untersuchung an Eltern Neurodermitis-kranker Kinder in stationärer Behandlung, Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2018.
2. Peter Liffler¹ |Sabine Treuherz²| Regina Fölster-Holst ³| Uwe Gieler ⁴| Eva M. J. Peters ⁵: Erhöhtes Risiko der allostatistischen Überlastung von Persönlichkeiten mit „Sensory Processing Sensitivity“ (SPS) – ein Beitrag zur Erklärung der Ätiopathogenese der Atopie und der häufigsten psychischen Störungen. Die Untersuchungen mit einem *Screening*-Verfahren mit 16 Merkmalen zeigen ein erhöhtes Risiko für das Vorhandensein von atopischen Erkrankungen, Angststörungen, Erschöpfungssyndrom. Online: sens-research-group.de
3. AWMF- sk 2 Leitlinie Neurodermtis 2016
4. Selye H. Stress ohne Not. Psychopathologie der menschlichen Anpassung. Springer, Boston, 1976.
5. Wittchen, H. U. et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neu- ropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655–79. doi: 10.1016/j. euroneuro.2011.07.018.
6. Gazzaniga M: Who´s in charge? Free Will and the Science oft the Brain. New York 2011
7. Tölle, R. (2013) »Die sensitive Persönlichkeit«. Der Nervenarzt 3 (2013) 374
8. Aron E.N. (1996) Counseling the highly sensitive person.Counseling and Human Development 28, 1-7
9. LeDoux J.: Herr über die Erinnerung, Porträt von Claudia Wüstenhagen, in: Die Zeit, 14. März 2012
10. Häusel, H. G.: Think Limbic! Die Macht des Unbewussten verste- hen und nutzen für Motivation, Marketing und Management, Freiburg, 4. Auflage 2010
11. Lionetti, F., Pastore, M., Moscardiono U., Norentini A., Pluess , K., Pluess, M.: Sensory Processing Sensitivity and its association with personality traits and affect: A meta-analysis Journal of Research in Personality 81 82019) S 138 – 152
12. Neal, J. A., Edelmann, R. J., & Glachan, M. (2002). Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 361-374
13. Liss, M., Timmel, L., Baxley, K., & Killingsworth, P. (2005). Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1429-1439.
14. Liss, M., Mailloux, J., & Erchull, M. J. (2008). The relationship between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45, 255-259.
15. Meyer, B., Ajchenbrenner, M., & Bowles, D. P. (2005). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features. *Journal of Personality Disorders*, 19, 641-658108 und 181- 200
16. Liffler, P.: Der Allergie-Code, Ullstein-Verlag Berlin, 2019 S 208 – 234

17. Liffler, P.: *Sensible Seele-sensibler Körper*, Ullstein-Verlag 2021, S 51ff.
18. Häusel, H. G.: *Think Limbic! Die Macht des Unbewussten verstehen und nutzen für Motivation, Marketing und Management*, Freiburg, 4. Auflage 2010
19. Sterling P, Eyer J. Allostasis: ein neues Paradigma, um erregungspathische Pathologie zu erklären. In: S. Fisher, J. Reason (eds.) *Handbook of life stress, cognition and health*, Wiley & Sons, New York; 1988. S. 631-651.
20. McEwen BS, Stellar E. Stress und das Individuum. Mechanismen, die zu Krankheiten führen. *Archiv der Inneren Medizin*. 1993; 153: 2093-2101.
21. Gunnar M. Die Neurobiologie von Stress und Entwicklung. *Jährlicher Rückblick auf die Psychologie*. 2007; 58: 145-173.
22. Graham-Rowe, D. Lifestyle: When allergies go west. *Nature* **479**, S2–S4 (2011). <https://doi.org/10.1038/479S2a>