

# Hypnotherapie bei Herpes labialis verbessert Rezidivneigung

## Eine Pilotstudie

**D**ie deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) geht in Deutschland von einer HSV-1-Durchseuchung von über 90% in der Adoleszenz aus [6]. Entgegen der allgemeinen Auffassung können HSV-1-Infektionen sehr häufig auftreten, eine starke Krankheitsaktivität entfalten und sich über weite Teile der Lippen und des Gesichtsbereichs ausbreiten [8]. Die Betroffenen leiden oftmals unter starken Schmerzen, einem verminderten Selbstwertgefühl, Selbstkel, einer subjektiven Beeinträchtigung ihrer Attraktivität und anderen psychosozialen Konsequenzen. Sucht man die für die Reaktivierung der Viren verantwortlichen Mechanismen, so werden häufig fieberhafte Infektionen, UV-Licht, hormonelle Einflüsse, gesichts- und zahnmedizinische Eingriffe, aber auch emotionaler Stress und Angst als Triggerfaktoren zitiert [8]. Oftmals werden die Herpesinfektionen in einem Zusammenhang mit einer geschwächten Immunabwehr gesehen. Dabei könnten die einzelnen Triggerfaktoren zu einer Immunsuppression führen, die ein Herpesrezidiv begünstigt [8]. Die nachfolgend dargestellte Studie befasst sich mit den Einflüssen von Stress und aversiven Emotionen auf rezidivierende Herpesinfektionen und daraus resultierenden Implikationen für eine psychologische Herpesbehandlung.

### Einflüsse von Stress

Hinsichtlich der immunsuppressiven Wirkung von Stress werden 2 Hauptmechanis-

men unterschieden [16]. Über die neurohumorale Stressregulation werden vermehrt Katecholamine, Hormone und Neuropeptide ausgeschüttet. Daneben vermutet man auch zentralnervöse Auswirkungen auf das Immunsystem, wie z. B. sympathikusvermittelte Einflüsse auf lymphatische Organe [2, 16, 35]. In einer prospektiven Studie wurden Veränderungen der Herpesantikörpertiter unter Prüfungsstress untersucht [10, 19]. Während sich in diesen Studien die Herpesantikörpertiter zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten signifikant unterschieden, konnten andere Autoren diese Befunde nicht replizieren [9, 25]. Auch Studien zu den Auswirkungen von länger anhaltendem Stress auf die Immunfunktionen führten zu widersprüchlichen Ergebnissen [2]. In einer Übersicht zu Feldstudien [31] ließen sich keine konsistenten Zusammenhänge zwischen erhöhtem Alltagsstress und Herpesrezidiven feststellen.

### Aversive Emotionen

#### ⊕ Ekel wird als charakteristisches Gefühl im Zusammenhang mit der Herpesinfektion beschrieben

Neben Stress machen Herpespatienten häufig eine negative emotionale Befindlichkeit für die Entstehung neuer Infektionen verantwortlich [16, 27]. Katcher et al. belegen Zusammenhänge zwischen negativen Emotionen und der Auftretenshäufigkeit von Herpes [18, 33], allerdings konnte dies nicht immer repliziert werden [5, 24]

### Psychologische Interventionen bei Herpes

Zahlreiche Studien konnten die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Herpes nachweisen [3, 23]. Die Behandlungsmethoden reichten von allgemeinen Entspannungstechniken, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Stressmanagement bis zu komplexen psychosozialen Behandlungsprogrammen. Hierbei war jedoch häufig nicht der Herpes labialis, sondern der zumeist durch HSV 2 verursachte Herpes genitalis Gegenstand der Untersuchung.

Eine beträchtliche Anzahl von Studien belegen Auswirkungen auf das Immunsystem und eine verringerte Auftretenshäufigkeit von Herpesinfektionen durch hypnotherapeutische Interventionen [11, 12, 19]. Die Hypnotherapie scheint sich hierbei als besonders nützlich zu erweisen, da sie sowohl zu einer generellen körperlichen Entspannung und einer verbesserten Balance allgemeiner Immunfunktionen, als auch zu spezifischen Veränderungen der Immunparameter beitragen kann [17].

### Methode

#### Versuchsplan und Stichprobe

In der hier durchgeführten Pilotstudie wurden die Frequenz und die Ausprägung der Herpesrezidive der Behandelten mit einer Wartelistekontrollgruppe zu Untersuchungsbeginn und 6 Monate später (Kattamnese) verglichen (zweifaktorielle Varianzanalysen, univariat).

Die Patienten wurden durch Pressenotizen in regionalen Tageszeitungen und eine über die Universität verschickte Rundmail angeworben. Die Teilnehmer legten eine ärztliche Diagnose der Herpeserkrankung vor (mit einer durchschnittlichen Auftretenshäufigkeit von mindestens 5-mal/Jahr oder länger als 10 Tage anhaltender Symptomatik). Ausgeschlossen wurden Personen, die unter sich stark auf das Immunsystem auswirkenden Erkrankungen litten und/oder immunsuppressiv wirkende Medikamente einnahmen (Kreislauferkrankungen, Chemotherapie, Kortisonbehandlung, Transplantationspatienten). Zunächst wurden 21 interessierte Personen nach der Auftretenshäufigkeit in 3 verschiedene Kategorien eingeteilt (I=5-mal/Jahr, II=6- bis 12-mal/Jahr und III=>12-mal/Jahr). Innerhalb dieser Kategorien erfolgte eine randomisierte Zuweisung zu einer Experimental- ( $n=10$ ) und einer Kontrollgruppe ( $n=11$ ). Das Durchschnittsalter für beide Gruppen betrug 41,45 Jahre. Die Gruppen wiesen keine signifikanten Unterschiede in den Variablen Geschlecht, Alter und Schulbildung auf. In jeder Gruppe nahmen jeweils nur 2 männliche Probanden teil. Sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollbedingung behandelten die Patienten ihre Herpeserkrankungen ausschließlich lokal mit Aciclovir-Salbe. Die Medikation wurde während der hypnotherapeutischen Behandlung nicht verändert.

### Erhebungsinstrumente

#### Skala zur Beurteilung der Erkrankung (SBE) mit visuellen Analogskalen (VAS)

Zur Erfassung der Symptomatik wurde in Anlehnung an den SCORAD-Fragebogen („European Task Force on Atopic Dermatitis“ [30]) eine Skala zur Beurteilung der Erkrankung (SBE) entwickelt. Die in verschiedenen Stadien der Herpeserkrankung entstehenden Hautsymptome wurden anhand von 8 fünfstufigen Rating-skalen erfasst. Diese beinhalteten folgende Punkte:

1. Nicht sichtbare Prodromalzeichen;
2. Rötung;
3. Knötchenbildung;
4. Voll ausgebildete Bläschen;
5. Ausgetrocknete Bläschen;

Hautarzt 2005 · 56:562–568  
DOI 10.1007/s00105-004-0863-8  
© Springer Medizin Verlag 2004

B. E. Pfitzer · K. Clark · D. Revenstorf

### Hypnotherapie bei Herpes labialis verbessert Rezidivneigung. Eine Pilotstudie

#### Zusammenfassung

In der vorliegenden Pilotstudie wurde die Effektivität eines hypnotherapeutischen Behandlungsprogramms für rezidivierende Herpesinfektionen im Mund- und Gesichtsbereich überprüft. Es wurden 21 Patienten randomisiert einer Experimental- ( $n=10$ ) und einer Wartelistekontrollbedingung ( $n=11$ ) zugeteilt. In 5 wöchentlichen Therapiesitzungen sollten sich die Teilnehmer neben einer symptomorientierten Behandlung eine bessere Stressbewältigung und einen günstigeren Umgang mit aversiven Emotionen aneignen. Der Katamnesezeitraum für die Untersuchung betrug 6 Monate. Neben der Symptomausprägung wurden Fragebögen zu Stressbewältigung (SVF), subjektiver Belastung durch die Hauterkrankung (MHF) und zu Kontrollüberzeugungen (KKG) erhoben.

Es konnte eine signifikante Abnahme der Krankheitsintensität festgestellt werden. Signifikante Ergebnisse wurden auch für einzelne SVF- und MHF-Skalen ermittelt. Bei der Behandlung von stark ausgeprägtem Herpes scheinen außer der Fokussierung auf körperliche Veränderungen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sinnlichkeit sowie Nähe- und Distanzerwartungen gegenüber anderen Personen die Behandlungserfolge zu beeinflussen.

#### Schlüsselwörter

Herpes labialis · Hypnotherapie · Stressmanagement · Aversive Emotionen · Sinnlichkeit

### Medical hypnosis in cases of herpes labialis improves propensity for recurrence. A pilot study

#### Abstract

The present study examined the effectiveness of a hypnotherapeutic treatment program for patients suffering from recurrent orofacial herpes infections. Twenty-one patients were randomly allocated to either an experimental group ( $n=10$ ) or a control condition ( $n=11$ ). During five weekly individual therapy sessions the participants received symptom-oriented treatment. In addition, they learnt how to improve their stress coping skills and their management of aversive emotions. The final assessment took place 6 months after treatment. Besides documentation of the frequency and intensity of symptoms, questionnaires were administered to assess stress coping mechanisms (SVF), skin disease-related

subjective strain (MHF) and perceptions of control (KKG).

A significant reduction of disease intensity could be confirmed. Individual scales of the SVF and MHF also revealed significant results. For an effective treatment of severe herpes infections a mere focus on physical changes appears to be insufficient. A common reflection of a person's sensuality and expectations of closeness and distance seem to influence treatment success remarkably.

#### Keywords

Herpes labialis · Hypnotherapie · Stress management · Aversive emotions · Sensuality

6. Krustenbildung;
7. Verbleibende Schwellung;
8. Abgeheilt mit anhaltender leichter Rötung.

Abschließend wurde ein Summenwert „Intensität“ gebildet. Zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung (Aussehen und Schmerz) wurden visuelle Analogskalen von 0 („keine Beeinträchtigung“) bis 10 („die am stärksten vorstellbare Ausprägung“) verwendet. In der vorliegenden Studie sollte das Messinstrument zur Selbsteinschätzung des klinischen Schweregrads dienen.

### **Marburger Hautfragebogen (MHF [32])**

Der MHF erfasst die mit chronischen Hauterkrankungen verbundenen spezifischen Probleme und Bewältigungsreaktionen und stellte in der vorliegenden Untersuchung das einzige normierte hautspezifische Messinstrument dar (6 fünfstufige Ratingskalen mit 51 Items).

### **SVF: Stressverarbeitungsfragebogen [14]**

Der SVF ermöglicht eine Differenzierung stressreduzierender oder -vermehrender Bewältigungsstrategien. Der Test besteht aus 19 Subskalen mit jeweils 6 Items, die auf einer fünfstufigen Ratingskala eingeschätzt werden [15].

### **KKG: Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit bzw. Gesundheit [22]**

Mit Hilfe des KKG können die Veränderungen generalisierter Kontrollüberzeugungen gemessen werden. Die Kontrollüberzeugungen „Internalität“, „soziale Externalität“ und „fatalistische Externalität“ wurden auf einer sechsstufigen Likert-Skala erfasst.

### **CIS: „Creative imagination scale“ [34]**

Die „Creative imagination scale“ sollte dazu dienen, mögliche Zusammenhänge zwischen der Imaginationsfähigkeit und den Kriterien für den Behandlungserfolg zu ermitteln. Der Test wurde erst nach der Behandlung durchgeführt, um einer Voreingenommenheit bezüglich der Hypnotisierbarkeit vorzubeugen.

### **BSS: Der Beeinträchtigungsschwere-Score [29]**

Mit Hilfe des BSS kann der Therapeut die Beeinträchtigungsschwere auf 3 Subskalen (körperlich, psychisch und sozial-kommunikativ) einschätzen [29]. In der vorliegenden Untersuchung wurde das Instrument als Verlaufsmaß für die während der Behandlungsphase beobachteten Beeinträchtigungen eingesetzt.

### **Ablauf und Behandlungsmethode**

Die Behandlung fand am psychologischen Institut der Universität Tübingen statt. An einem Informationsabend wurden die Vorbehandlungsdaten erhoben und SBE-Protokolle zum Zwecke der Dokumentation auftretender Herpeserkrankungen ausgeteilt. Im Anschluss daran erhielten die Teilnehmer der Experimentalgruppe 5 wöchentliche individuelle Therapiesitzungen von jeweils 60 min Dauer. Jede Sitzung wurde auf eine Audiokassette aufgezeichnet, die die Patienten zu Übungszwecken mit nach Hause nahmen. Nach einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten wurden in einer abschließenden Gruppensitzung die Nachbehandlungsdaten erhoben. Anschließend begann die nach denselben Prinzipien gestaltete Behandlung der Kontrollgruppe.

Der Inhalt des Behandlungsprogramms fokussierte nach der Tranceinduktion im Besonderen auf die Stresswahrnehmung, das Erlernen verschiedener Stressbewältigungstechniken, die Vermittlung von Kontrollmöglichkeiten über Körperprozesse und die Visualisierung eines günstigeren Umgangs mit aversiven Emotionen. Die ersten 3 Sitzungen fanden in stark standardisierter Form statt. So wurden den Patienten in der ersten Sitzung erste Spannungserfahrungen und allgemeine Selbsthypnose-Techniken vermittelt. Die zweite Sitzung befasste sich mit der Wahrnehmung der Prodromalzeichen und der symptomorientierten Behandlung des Herpes. Hierbei lernten die Teilnehmer, bereits bei den ersten Anzeichen für Herpes ausgewählte Techniken der Selbsthypnose anzuwenden (z. B. direkte Suggestionen der Taubheit und Unempfindlichkeit, Kühle und der besseren Durchblutung zur Förderung des Heilungsprozesses in der betroffenen Region), und so

mit den Schmerzen und die mit der Infektion verbundenen unangenehmen Symptome zu verhindern bzw. – bei bereits bestehendem Herpes – zu lindern. Die dritte Sitzung beinhaltete eine Körperreise mit einer Visualisierung des Immunsystems und damit verbundener Ressourcen über körperliche Beeinflussungsmöglichkeiten. Die letzten beiden Sitzungen orientierten sich an der mit dem Herpes verbundenen individuellen Problematik der Patienten. Hierbei wurden verstärkt metaphorische Beschreibungen zur Auseinandersetzung mit dem Krankheitsprozess eingesetzt.

### **Statistische Auswertungen**

Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen und Zeitpunkten wurden anhand von zweifaktoriellen ANOVAs analysiert. Eine Überlegenheit der Experimentalgruppe zeigt sich dabei in einem signifikanten Interaktionseffekt (Gruppe  $\times$  Zeit). Bereits vor der Behandlung bestehende Gruppenunterschiede wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Zusätzlich wurden Effektstärken für die einzelnen Variablen berechnet. Zusammenhänge zwischen der Imaginationsfähigkeit und dem Therapieerfolg wurden mit Produkt-Moment-Korrelationen erfasst (Pearson, zweiseitige Prüfung mit  $p < 5\%$ ). Um die Ergebnisse auch hinsichtlich ihrer klinischen Signifikanz darzustellen, wurden die Vor- und Nachbehandlungswerte außerdem grafisch in einem bivariaten Streudiagramm dargestellt [13].

Hierbei differenzierte ein „Cut-Off-Punkt“ zwischen „Hautgesunden“ und „Hautkranken“. Überschreitet ein Patient diesen „Cut-Off-Wert“ zwischen  $t_1$  und  $t_2$ , so lässt er sich am Ende der gesunden Population zuordnen und gilt somit als geheilt, liegt er lediglich oberhalb der Diagonalen, dann gilt er als gebessert. Bei der Anwendung dieses Verfahrens muss die Zuverlässigkeit des Messinstruments berücksichtigt werden: Die Differenz der Mittelwerte der zu  $t_1$  und  $t_2$  erhobenen Daten muss den Wert von 2 Standardmessfehlern überschreiten, um eine individuell reliable Veränderung darzustellen.

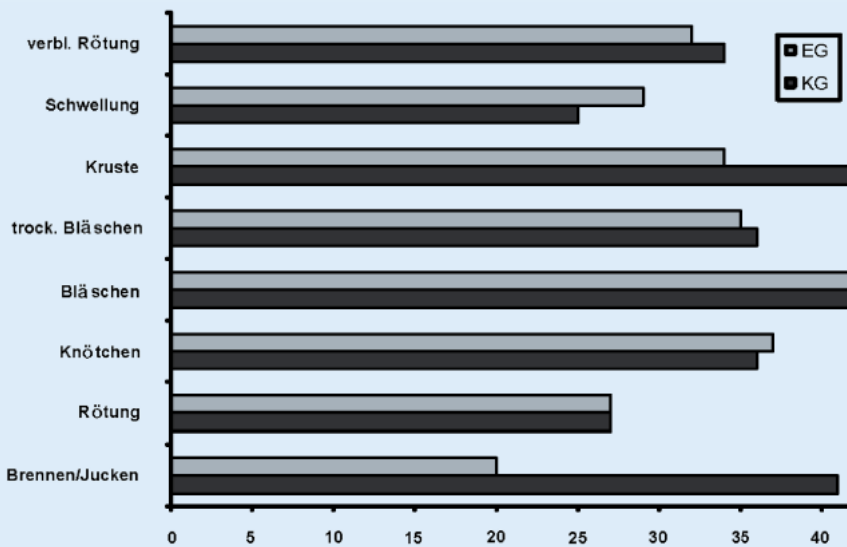


Abb. 1 ◀ Durchschnittliche Ausprägung der Hautitems (Skala „Intensität“), getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe

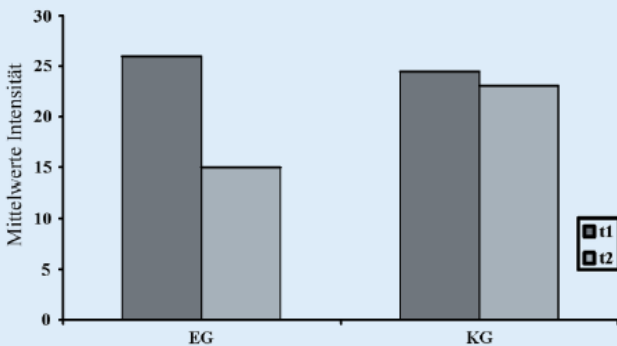


Abb. 2 ▲ Mittelwerte Intensität zu t1 (Baseline) und t2 (Katamnesezeitraum), getrennt nach Gruppen

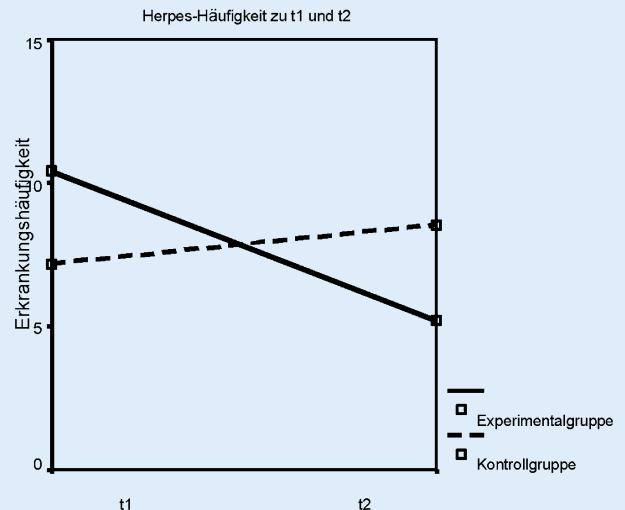


Abb. 3 ▲ Mittelwerte „Erkrankungshäufigkeit“ zu t1 (Baseline) und t2 (Katamnese), getrennt nach Gruppen

## Ergebnisse

### Subjektive Symptomschwere (SBE)

Vor der Behandlung unterschieden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Hautparameter nicht wesentlich (t-Test). Durch die Behandlung sank der Mittelwert der Experimentalgruppe von t1 nach t2, auf der Skala „Intensität“ von 26,0 (10,3<sup>1</sup>) auf 15,0 (7,0), während der Mittelwert der Kontrollgruppe von 24,4 (6,1) auf 23,1 (3,8) praktisch unverändert blieb (▣ Abb. 1). Anhand der Varianzanalyse ergab sich ent-

sprechend ein sehr signifikanter Interaktionseffekt ( $df=1$ ;  $F=8,4$ ;  $p=0,01$ ).

Auf der visuellen Analogskala (VAS) „Schmerz“ erreichte die Experimentalgruppe eine (nicht signifikante) Abnahme von 5,7 (3,3) auf 3,6 (1,9). Die Mittelwerte der Kontrollgruppe blieben vor (6,2 (2,3)) und nach der Behandlung (6,3 (2,2)) nahezu unverändert.

Auf der VAS „Subjektive Beeinträchtigung des Aussehens“ sanken die Mittelwerte sowohl der Experimentalgruppe von 6,4 (2,8) auf 3,6 (2,7), als auch die der Kontrollgruppe von 7,1 (1,6) auf 5,9 (2,1; signifikanter Haupteffekt für den Faktor „Zeit“:  $df=1$ ;  $F=9,1$ ;  $p=0,008$ ).

Deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich auch bei der „Häu-

figkeit des Auftretens“: Der Mittelwert der Hypnosegruppe fiel von 10,4 (7,6) zu t1 auf 5,2 (3,3) zu t2. Bei der Kontrollgruppe ließ sich ein leichter Anstieg von 7,2 (5,7) auf 8,5 (6,8) feststellen (nahezu signifikante Zeit-Gruppe-Interaktion mit  $F=0,1$ ;  $df=1$ ;  $p=0,056$ ; ▣ Abb. 2, 3).

Für alle Skalen ließen sich hohe Vor-Nach-Effektstärken zwischen (-1,16) und (-1,42) bestimmen.

Das bivariate Streudiagramm der Personen aus beiden Gruppen zeigt ▣ Abb. 4. Die senkrechte und waagerechte Linie geben jeweils den „Cut-Off-Punkt“ an. Dieser trennt zwischen „behandlungsbedürftigen“ und „gesunden“ Patienten. Die Diagonale gibt den Bereich an, in dem die Personen zu beiden Zeitpunkten dieselben Wer-

<sup>1</sup> In Klammern die zugehörige Standardabweichung s

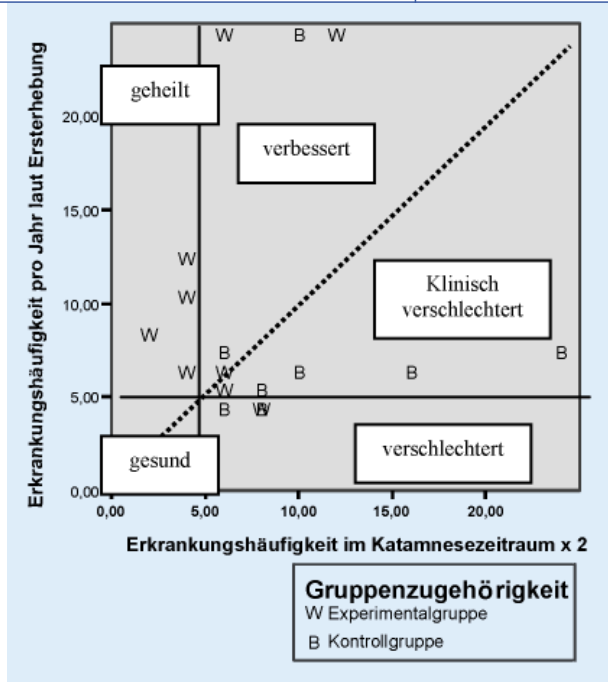


Abb. 4 ◀ **Klinisch bedeutsame Veränderungen der Häufigkeit von t1 (Baseline) und t2 (Katamnesezeitraum)**

te aufweisen. Somit gelten Personen, die sich auf dieser Gerade oder in ihrer unmittelbaren Nähe befinden, als unverändert. Der „Cut-Off“ für „hautgesund“ wurde nach den Angaben in der dermatologischen Literatur bei der Häufigkeit 5-mal pro Jahr gesetzt (z. B. [26]). Beträgt die jährliche Auftretenshäufigkeit mehr als 5, wird eine Behandlungsbedürftigkeit angenommen. Da dies kein Messverfahren, sondern eine quasi-objektive Zählung ist, kann der Standardmessfehler als „Null“ angenommen werden.

Als geheilt können 4 Patienten der Hypnosegruppe gelten. Verbessert hatten sich 2 Personen in der Experimentalgruppe und ein Patient aus der Kontrollgruppe (Spontanremission, bzw. medikamentöse Beeinflussung). Je 2 behandelte und 2 unbehandelte Personen blieben unverändert; ein behandelter und 5 unbehandelte Patienten hatten sich verschlechtert. Insgesamt haben 6 der 10 Behandelten von der Hypnose profitiert.

### Marburger Hautfragebogen (MHF)

Beim Vergleich der Mittelwerte der in einem Summenwert zusammengefassten MHF-Skalen (mit Ausnahme der Skala „Juckreiz-Kratz-Zirkel“) zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe war in der Experimentalgruppe ( $t_1=103,3$  (29,5);  $t_2=95,4$  (35,8)) eine Tendenz zur Re-

duktion der Werte erkennbar, während die Messwerte für die Kontrollgruppe ( $t_1=97,9$  (27,6);  $t_2=99,3$  (37,5)) leicht anstiegen (signifikanter Interaktionseffekt für die Skala „Soziale Ängste/Vermeidung“:  $F=5,0$ ;  $df=1$ ;  $p=0,04$ ). Für die anderen Skalen wurden keine signifikanten Werte gefunden.

### Stressverarbeitung (SVF)

Die Mittelwerte der zusammengefassten SVF-Skalen sind lediglich im Sinne einer Veränderung, aber nicht als Verbesserung oder Verschlechterung interpretierbar. Einige Skalen wiesen signifikante Effekte auf: „Bedürfnis nach sozialer Unterstützung“ (Skala 10:  $F=4,1$ ;  $df=1$ ;  $p=0,056$ ) und Skala 14: „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ ( $F=4,4$ ;  $df=1$ ;  $p=0,05$ ) zeigten nahezu signifikante Ergebnisse. Die Effektstärken für die Skalen „Fluchttendenz“ (-1,07) und „soziale Abkapselung“ (-1,17) lagen in einem zufriedenstellenden Bereich. Alle Subskalen außer „soziale Abkapselung“ zeigten vor der Intervention keine Gruppenunterschiede.

### Übrige Skalen (KKG, BSS, CIS)

Entgegen unserer Erwartungen blieb die Externalität gleich, während die internalen Kontrollüberzeugungen in beiden Gruppen geringfügig anstiegen. In der Varianzanalyse und im t-Test für unab-

hängige Stichproben zeigte sich für keine der 3 Skalen ein signifikanter Effekt. Der CIS wurde mit allen ermittelten Vor- und Nachskalenwerten korreliert. Es zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Hautparameter und der Imaginationsfähigkeit. Ebenso wenig zeigte sich ein signifikantes Ergebnis für die Veränderung der Beeinträchtigungsschwere (BSS).

### Diskussion

Die Ergebnisse belegen eine deutliche Abnahme der Krankheitsintensität durch die Hypnosebehandlung. Obwohl das Ergebnis keine statistische Bestätigung fand und daher nicht automatisch auf eine Behandlungswirkung geschlossen werden kann, war es erstaunlich, dass auch der Schmerz bei der Experimentalgruppe durchschnittlich um 36,3% zurückging (Kontrollgruppe: Anstieg um 0,9%). Ähnliches ergab sich bezüglich der subjektiven Beeinträchtigung des Aussehens (Reduktion um 43,72% bei Hypnosebehandlung; 17,28% in der Kontrollgruppe). Es muss jedoch betont werden, dass es sich bei der oben dargestellten Skala (SBE) um ein nicht validiertes Messinstrument und eine Selbsteinschätzung der Patienten sowie um retrospektive Einschätzungen ihrer jährlichen Erkrankungshäufigkeit handelt, was durchaus zu Verzerrungen und Fehleinschätzungen führen könnte.

Auf dem Hautfragebogen (MHF) zeigten sich nur teilweise Veränderungen. Die sozialen Ängste und das Vermeidungsverhalten schienen sich durch die Behandlung bei den Teilnehmern der Experimentalgruppe zu reduzieren. Es bleibt im Übrigen fraglich, inwieweit der MHF herpespezifische Probleme erfasst. Eine Veränderung der Stressbewältigungsmechanismen konnte nur in den Subskalen „Bedürfnisse nach sozialer Unterstützung“ und „gedanklicher Weiterbeschäftigung“ belegt werden. Insgesamt scheinen allerdings die im SVF konzipierten Stressverarbeitungsmodelle eher zeitkonstant und daher nur von beschränktem Wert für eine Veränderungsmessung zu sein.

Entgegen unserer Erwartungen ließ sich kein Unterschied in der Zunahme internaler Kontrollüberzeugungen demonstrieren. Auch hier bleibt fraglich, ob sich die

durch die Hypnotherapie veränderte unmittelbare Kontrolle über körperliche Vorgänge durch den KKG adäquat abbilden lässt. Eine andere Erklärung könnte der für eine Veränderung der internalen Kontrollüberzeugungen zu kurze Behandlungszeitraum und die selektive Stichprobe darstellen. Es wäre denkbar, dass Patienten, die sich für ein Hypnotherapieprogramm interessieren, fälschlicherweise von der Hypnose Hilfe von außen erwarten.

Aufgrund methodischer Schwächen wie der geringen Stichprobengröße, der Heterogenität der Stichprobe und dem verhältnismäßig kurzen Katamnesezeitraum muss die klinische Bedeutsamkeit der Ergebnisse relativiert werden. Bereits bei der Rekrutierung der Teilnehmer hat sich gezeigt, dass sowohl die Frequenz der Herpesrezidive als auch die Symptomatik selbst sehr unterschiedlich ausfielen. Es liegt nahe, dass jede Herpeserkrankung in Abhängigkeit von den Triggerfaktoren, dem Lokalisationsort, der Erkrankungsdauer, dem Krankheitsverlaufs etc. auch eine unterschiedliche Problematik bezüglich der wahrgenommenen Einschränkung darstellt und verschiedene subjektive Krankheitshypothesen mit sich bringt.

In dieser Studie wurde gänzlich auf die Messung von Immunparametern verzichtet, da ihre Veränderung schwierig zu bewerten ist. Der Herpesantikörpertiter ist unabhängig vom klinischen Verlauf und von der Symptomatik der Herpeserkrankung [6, 8, 9]. Des Weiteren ist umstritten, ob Stress eher eine Immunsuppression oder eine gesteigerte Immunreaktion bewirkt [16, 20].

Die Beschäftigung mit aversiven Emotionen wie dem Ekel kann zu einem besseren Verständnis der Herpeserkrankung beitragen. Über Ekel als Auslöser für Rezidive oder als eine im Zusammenhang mit der Erkrankung auftretende Emotion berichten 6 der 10 behandelten Patienten. Diese Ekelgefühle richteten sich gegen bestimmte Objekte wie z. B. Spinnen und Regenwürmer oder durch Lippenstiftreste verschmutzte Gläser. Besonders betont wurden jedoch der durch die Krankheitssymptomatik hervorgerufene Selbstekel und Ekelgefühle in Bezug auf die Nähe anderer Personen, die z. B. in einem als kontaminiert betrachteten Umfeld lebten oder selbst unter unansehnlichen Hauterkrankungen litten.

Auffällig war, dass gerade diese Patienten explizit Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins gegenüber ihrer Herpeserkrankung und einen geringen wahrgenommenen Selbstschutz beschrieben. Sie fühlten sich ausgegrenzt, „aussätzig“ und ausgeschlossen von genüsslichen Aktivitäten. Innerhalb der symptomorientierten Behandlung wollten sie sich ungerne mit ihren Herpesymptomen auseinandersetzen und stellten sich Hilfsmittel vor, die den Herpes möglichst ohne weitere Konfrontation ausrotten sollten. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sinnlichkeit und nicht zugestandenen Wünschen und moralischen Vorstellungen, mit Nähe- und Distanzerwartungen und dem Selbstbild hat nach dem Eindruck der Autoren die Therapie bereichert. Für zukünftige Forschungsvorhaben wäre es sinnvoll, geeignete Messinstrumente zur Erfassung dieser spezifischen Emotionen einzubeziehen.

Die Effektstärken bieten die Möglichkeit des Vergleichs mit anderen chronischen Hauterkrankungen. Die berechneten Werte ( $d$  zwischen 1,1 und 1,4) fallen im Vergleich mit anderen Hautbehandlungsprogrammen (z. B. [7]) durchaus positiv aus. Für weitere Studien wäre es u. U. empfehlenswert, die Befindlichkeit der Patienten in regelmäßigen Abständen festzuhalten, um z. B. anhand von Zeitreihenanalysen individuelle Veränderungstrends zu berechnen. Auch wäre ein Untersuchungszeitraum von mindestens einem Jahr wünschenswert, um saisonal auftretende Herpesrezidive angemessen zu berücksichtigen. In weiterführenden Studien sollte die begleitende dermatologische Behandlung genauer spezifiziert und zwischen den Gruppen verglichen werden, um darauf zurückzuführende Behandlungseffekte zu kontrollieren. Prospektive Untersuchungen und größere Stichproben könnten die Validität der Ergebnisse erhöhen. Auch die Anwendung objektiver, herpesspezifischer, nicht ausschließlich auf subjektiven Selbsteinschätzungen beruhender Tests würde sich vorteilhaft auf eine Vergleichbarkeit zwischen Studien auswirken.

### Fazit für die Praxis

**Durch die vorliegende Studie wurde demonstriert, dass die hypnotherapeutische Behandlung des Herpes labialis als**

**einfach durchzuführendes, kostengünstiges, nichtinvasives Verfahren eine gute Ergänzung zur dermatologischen Behandlung darstellt. Ein Herpestherapieprogramm muss verschiedene Komponenten berücksichtigen. Hierzu müssen neben einer ausführlichen Exploration der psychischen und physischen Belastung Informationen über präventive Maßnahmen, ein geeignetes Stressmanagement und günstigere kognitive Strategien vermittelt werden. Wichtig erscheint auch die Auseinandersetzung mit körperlichen Vorgängen – z. B. in Form einer Visualisierung von Immunprozessen – und die Wahrnehmung der eigenen Einflussmöglichkeiten. Insbesondere die Beschäftigung mit den individuellen Krankheits-hypothesen und damit verbundenen negativen Emotionen macht die Behandlung fassettenreicher.**

### Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. D. Revenstorf**

Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie, Eberhard-Karls-Universität, Gartenstraße 29, 72074 Tübingen  
E-Mail: dirk.revenstorf@uni-tuebingen.de

**Interessenkonflikt:** Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

### Literatur

1. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Wermke C, Pirke KM, Hellhammer D (2001) Preliminary evidence for Herpes labialis recurrence following experimentally induced disgust. *Psychother Psychosom* 70:86–91
2. Cohen S, Williamson G (1991) Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull* 109:5–24
3. Cruess S, Antoni M, Cruess D et al. (2000) Reductions in herpes simplex virus type 2 antibody titers after cognitive behavioral stress management and relationships with neuroendocrine function, relaxation skills, and social support in HIV-positive men. *Psychosom Med* 62:828–837
4. Dahlke R (1992) Krankheit als Sprache der Seele. Bertelsmann, München
5. Dalkvist J, Wahlin TBR, Bartsch E, Forsbeck M (1995) Herpes simplex and mood: a prospective study. *Psychosom Med* 57:127–137
6. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (1997) Handbuch. 2. Aufl, Futuramed, München
7. Ehlers A, Stangier U, Gieler U (1995) Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 63:624–635

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

8. Esmann J (2001) The many challenges of facial herpes simplex virus infection. *J Antimicrob Chemother* 47:17–27
9. Fittschen B, Schulz KH, Schulz H, Raedler A, Ke-rekjarnto M (1987) Langfristiger Streß und Herpes-simplex-Antikörper bei gesunden Probanden. In: Speidel H, Strauß B (Hrsg) *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 167–180
10. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Speicher CE, Holliday JE (1985) Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *J Behav Med* 8:249–260
11. Gruzelier J, Clow A, Evans P, Lazar I, Walker L (1998) Mind-body-influences on immunity: lateralized control, stress, individual difference predictors, and prophylaxis. *Ann NY Acad Sci* 851:487–494
12. Gruzelier JH (2002) A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress* 5:147–163
13. Jacobson NS, Revenstorf D (1988) Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques. Issues, problems and new developments. *J Behav Assess* 10:133–145
14. Janke W, Erdmann G, Kallus W (1985) *Der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
15. Janke W, Erdmann G (1997) *Der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120)*. Kurzbeschreibung und grundlegende Kennwerte. Hogrefe, Göttingen
16. Jemmott JB, Locke SE (1984) Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility of infectious disease: how much do we know? *Psychol Bull* 95:78–108
17. Kalt HW (2000) Psychoneuroimmunology: An interpretation of experimental and case study evidence towards a paradigm for predictable results. *Am J Clin Hypn* 43:1
18. Katcher AH, Brightman V, Luborsky L, Ship I (1973) Prediction of the incidence of recurrent herpes labialis and systemic illness from psychological measurements. *J Dent Res* 52:49–58
19. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R (1992) Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *J Consult Clin Psychol* 60:569–575
20. Kiecolt-Glaser JM, McGuire L, Robles TF, Glaser R (2002) Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosom Med* 64:15–28
21. Lévy A (1997) Von Herpes, den Viren und der Klebrigkeit des Daseins. In: Levy A (Hrsg) *Haut und Seele*. Königshausen & Neumann, Würzburg
22. Lohaus A, Schmitt GM (1989) Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
23. Longo DJ, Clum GA, Yaeger NJ (1988) Psychological treatment of genital herpes. *J Consult Clin Psychol* 56:61–66
24. Luborsky L, Mintz UJ, Brightman BJ, Katcher AH (1976) Herpes simplex virus and moods: A longitudinal study. *J Psychosom Res* 20:543–548
25. Ockenfels MC, Stierle G, Stone AA, Hellhammer D (1994) The effect of academic examinations on herpes simplex virus-1 (HSV-1) and adenovirus latency. In: Kugler J, Schedlowski M, Schulz KH (eds) *Psychoneuroimmunology. How the brain and the immune system communicate with each other*. Pabst Science, pp 61–68
26. Orfanos CE, Garbe C (1995) *Therapie der Hautkrankheiten*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
27. Raborn GW, Chan KS, Grace M (2004) Treatment modalities and medication recommended by health care professionals for treating recurrent herpes labialis. *J Am Dent Assoc* 135:48–54
28. Rozin P, Haidt J, McCauley CR (2000) Disgust. In: Lewis M, Haviland-Jones JM (eds) *Handbook of emotions*. 2nd ed, Guilford, New York, pp 573–691
29. Schepank H (1995) *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Beltz Test, Göttingen
30. SCORAD Index (1993) Severity scoring of atopic dermatitis. Consensus report of the european task force on atopic dermatitis. *Dermatology* 186:23–31
31. Stangier U (1995) Feldstudien zur belastungsbedingten Reaktivität von Hauterkrankungen: eine methodenkritische Übersicht. *Verhaltensmod Verhaltensmed* 16:353–371
32. Stangier U, Ehlers A, Gieler U (1996) Fragebogen zur Bewältigung von Hautkrankheiten. Hogrefe, Göttingen
33. Stock C, Guillen-Grima F, de Mendoza JH, Marin-Fernandez B, Aguinaga-Ontoso I, Kramer A (2001) Risk factors of herpes simplex type 1 (HSV-1) infection and lifestyle factors associated with HSV-1 manifestations. *Eur J Epidemiol* 17:885–890
34. Wilson SC, Barber TX (1978) The creative imagination scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *Am J Clin Hypn* 20:235–249
35. Wonnacott KM, Bonneau RH (2002) The effects of stress on memory cytotoxic T lymphocyte-mediated protection against Herpes simplex virus infection at mucosal sites. *Brain Behav Immun* 16:104–117
36. Zacharioudakis MA (2001) Doing psychotherapy with patients with genital herpes: issues and interventions. *Scand J Behav Ther* 30:108–133