

Krankheitsbilder in der Psychosomatischen Dermatologie

K.-M. Taube

Psychosomatic Disorders in Dermatology

Zusammenfassung

Der Artikel gibt eine Übersicht über die heutige Vorstellung über psychosomatische Dermatologie. Dabei werden das Einteilungsprinzip und wesentliche Hautkrankheiten vorgestellt. In den drei Schwerpunkten der psychiatrischen, psychosomatischen und somato-psychischen Hautkrankheiten werden jeweils zwei wichtige Krankheitsbilder aufgegriffen und näher beschrieben. Abschließend werden einige Empfehlungen für die Praxis aufgeführt.

Schlüsselwörter

Haut und Psyche · Psychosomatische Dermatologie · Stress · Grundversorgung

Abstract

There is increasing evidence of psychosomatic factors in dermatological disorders. The article shows the present aspects of psychosomatic dermatology: the psychiatric, the psychosomatic and the somato-psychiatric skin diseases. To each of this points two examples of specific skin diseases are described. Finally, clinically important issues of psychosomatic care and dermatological therapy of patients with psychosomatic diseases are reviewed.

Key words

Skin and psyche · psychosomatic dermatology · stress · basic care

Einführung: Anliegen der Psychosomatischen Dermatologie

Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich mit den Hautkrankheiten, bei denen psychische Ursachen, Folgen und Begleitumstände einen wesentlichen Einfluss zeigen. Daraus ergeben sich auch therapeutische Ansätze. Im engeren Sinne beschäftigt sie sich mit den Aspekten der intra- und interpersonellen Probleme von Hauterkrankungen sowie deren psychosomatischen Auslösemechanismen und der individuellen Krankheitsverarbeitung. Bei etwa einem Drittel von Hauterkrankungen liegen psychische Störungen im Hintergrund der Hauterkrankung vor. Individuell ist auch der Prozess der Krankheitsbewältigung,

der besonders bei chronischen Dermatosen (wie der atopischen Dermatitis oder der Psoriasis) eine wichtige Rolle spielt.

Das Erkennen eines psychiatrischen Hintergrunds oder psychosomatischer Kofaktoren bei Hauterkrankungen ist nicht nur ein wichtiger Weg, um zur richtigen Diagnose und individuell angepassten Therapie zu gelangen, sie hilft auch, in der Medizin ökonomisch zu arbeiten. So werden beispielsweise Patienten mit psychischen Störungen 2–3 × häufiger stationär aufgenommen als solche ohne psychische Störungen. Auch werden Patienten mit psychischen Störungen häufiger operiert als „nur“ organisch Kranke [2].

Institutsangaben

Universitätsklinik und Poliklinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K.-M. Taube · Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ·
Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie · Ernst-Kromayer-Str. 5 ·
06097 Halle · E-mail: k-m.taube@medizin.uni-halle.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 390–395 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-942091
ISSN 0014-3362/51

Für viele Hautkranke spielen Kontaktschwierigkeiten zu ihren Mitmenschen eine wesentliche Rolle. Gegenstand der Forschung sind dabei beispielsweise Konflikte von Nähe und Distanz, Schamgefühl und Ekel sowie das Gefühl, entstellt zu sein (insbesondere bei Hauterkrankungen an sichtbaren Körperstellen).

Je nachdem, welche Ursache im Vordergrund steht, wird heutzutage eine Einteilung der psychosomatischen Dermatosen nach solchen mit vorwiegend psychiatrischer Ursache, solchen mit multifaktorieller Genese, deren Verlauf psychische Einflüsse im Wesentlichen bestimmen sowie sekundären psychischen Störungen infolge von schweren Hauterkrankungen vorgenommen [5]. Tab. 1 zeigt das Einteilungsprinzip mit den wesentlichen dazugehörenden Hauterkrankungen.

Im Folgenden werden die Ursachen der drei Krankheitsgruppen kurz besprochen und die dazugehörigen Krankheitsbilder benannt. Aus jeder dieser drei Gruppen werden jeweils zwei Hauterkrankungen ausgewählt und näher erläutert.

Primär psychische Störungen

Bei den Hauterkrankungen mit hauptsächlich psychiatrischer Genese steht die psychische Störung im Vordergrund und somatische Befunde (Hautausschlag) treten sekundär hinzu. Es handelt sich hierbei um psychiatrische Krankheitsbilder bzw. psychische Störungen im eigentlichen Sinne.

Dieser Bereich lässt sich wiederum in vier Hauptstörungen unterteilen:

- Artefakte, Paraartefakte, Simulation
- Dermatosen in Folge von Wahnvorstellungen und Halluzinationen
- somatoforme Störungen
- Dermatosen in Folge von Zwangsstörungen.

Die Patienten wenden sich primär an den Hausarzt oder den Dermatologen und sind oft nur schwer bereit, einen psychiatrischen oder psychologischen Hintergrund und eine entsprechende Behandlung zu akzeptieren. Gerade diese Patientengruppe zeich-

net sich durch eine hohe Unzufriedenheit gegenüber dem Arzt und den Behandlungsmethoden aus, wechselt häufig den Therapeuten, sucht nach Alternativen und ist gegenüber alternativen Behandlungsmethoden sehr aufgeschlossen. Der Umgang für den betreuenden Arzt ist schwierig, oft unbefriedigend. Der wichtigste Einstieg ist, dass der psychiatrische Hintergrund erst einmal erkannt wird. Oft wird dieser Umstand aber jahrelang übersehen, mit der Folge, dass diese Hauterkrankungen mit psychiatrischem Hintergrund jahrelang ineffektiv rein somatisch therapiert werden.

Von den Hauterkrankungen mit psychiatrischen Hintergrund möchte ich zwei Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen näher beschreiben: Artefakt-Erkrankungen der Haut und Dermatosen in Folge von Wahnerkrankungen und Halluzinationen.

Dermatologische Artefakte

Artefakte sind das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher oder psychischer Symptome an sich selbst oder anderen Bezugspersonen. Als artefizielle Störungen (ICD10: F68.1, L98.1) werden selbstschädigende Handlungen definiert, die unmittelbar oder mittelbar zu einer klinisch relevanten Schädigung des Organismus führen. Dermatologische Artefakte können wie folgt eingeteilt werden:

- Artefakte im engeren Sinne als unbewusste Selbstverletzung
- Paraartefakte: Störung der Impulskontrolle, oftmals als Manipulation einer vorbestehenden Dermatoze (oft halb-bewusste Selbstverletzung, die offen zugegeben wird)
- Simulation: Bewusst vorgetäuschte Verletzungen oder Erkrankungen zwecks Vorteilerlangung (z.B. Rentenbegehren).

Spezielle Sonderformen sind beispielsweise das Münchhausen-Syndrom und das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom.

Die Häufigkeit von Selbstverletzung wird mit 0,05–0,5% in der Bevölkerung geschätzt, die Dunkelrate ist jedoch sehr hoch. Selbstverletzendes Verhalten findet sich überwiegend bei Frauen, Simulationen überwiegend bei Männern. Hinsichtlich der Altersverteilung lässt sich sagen, dass Selbstverletzungen in der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter am häufigsten vorkommen. Dabei handelt es sich um selbst zugefügte Verletzungen durch mechanische Traumen (Drücken, Reiben, Stauen, Beißen, Schneiden, Stechen u.a.), um toxische Schädigungen (z.B. durch Säuren, Laugen oder Verbrennungen), selbst beigebrachte Infektionen (Wundheilungsstörung, Abszesse), heimliche Einnahme von Medikamenten oder Arzneimittelinjektionen (z.B. Heparin oder Insulin).

Fast jede Hauterkrankung kann durch Selbstverletzung imitiert werden. Zur weiteren Klinik lässt sich sagen, dass „das Untypische dabei typisch ist“, das heißt, es finden sich klinische Bilder mit untypischer Lokalisation, Morphologie und/oder unklaren rezidivierenden Krankheitsverläufen. Histologische Untersuchungen der Haut können den Nachweis von körperfremdem Material oder toxischen Substanzen erbringen. Die Patienten geben typischerweise an, dass plötzlich, wie von selbst und ohne Vorzeichen und Symptome Hautveränderungen aufgetreten seien. Oft sind die Patienten nicht fähig, nähere Angaben über das Entstehen und den Verlauf der Hauterkrankungen zu machen

Tab. 1 Klassifikation biopsychosozialer Störungen in der Dermatologie

Gruppe	wesentliche Ursachen	Krankheitsbilder
1	primär psychische Genese, psychische oder psychiatrische Störungen	Artefakte, Trichotillomanie, Dermatozoenwahn, somatoforme Störungen, körperdysmorphe Störungen
2	Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, Verlauf unterliegt psychischen Einflüssen/Stress (psychosomatische Störung)	Psoriasis, atopische Dermatitis (Neurodermitis), Akne, chronische Form der Urtikaria, Prurigo simplex subacuta, Hyperhidrose
3	sekundär psychische Störung infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen (somato-psychische Erkrankungen)	Anpassungsstörungen, Depression, Angststörungen

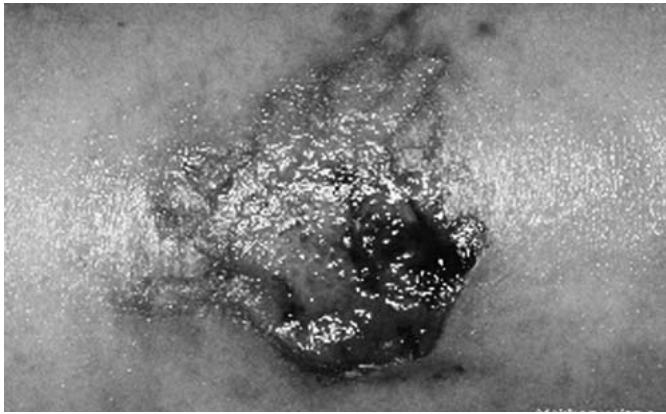


Abb. 1 Tiefe Kratzwunden an der Wange als (offener) Artefakt: die Patientin möchte einen „Fremdkörper“ aus der Haut entfernen.

(Abb. 1). Die Patienten bleiben während der Anamnese oftmals auffallend wenig emotional beteiligt und geben bei ausgedehnten Hautveränderungen oder tiefen Wunden kaum Schmerzen an. Während die Betroffenen sich scheinbar gut führen lassen, wird hingegen von der Familie häufig Anklage gegen die behandelnden Ärzte erhoben und sie werden als inkompetent bezeichnet.

Häufige psychische Störungen bei Artefakten sind frühe Persönlichkeitsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ. Des Weiteren kommen Depression, Angst und Zwangsstörungen vor. Etwa $\frac{2}{3}$ der Patienten geben traumatisierende Erlebnisse wie sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Anamnese an. Hinzu kommen oft depressive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen.

Infolgedessen kommt es offenbar zu autoaggressiven Verhalten gegen den eigenen Körper, in diesem Falle das Hautorgan. Es gibt viele Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Selbstverletzung und Suizidhandlungen. Artefakte sind möglicherweise auch als larvierte Selbstmordhandlungen anzusehen.

Paraartefakte

Es kommen auch Selbstbeschädigungen vor, die von dem Patienten offen angegeben werden. Hintergrund dieser Handlung kann der Wunsch nach einem sekundären Krankheitsgewinn oder auch als fließender Übergang zu Paraartefakten darstellen. Bei Paraartefakten (ICD10: F63.8) liegt eine Störung der Impulskontrolle vor, das heißt es besteht ein Verlust der Kontrolle des Manipulierens an der Haut.

Tab. 2 gibt eine Übersicht über die häufigsten Paraartefakte in der Dermatologie wieder:

Tab. 2 Übersicht über Paraartefakte in der Dermatologie

an Haut und Schleimhaut neurotische Exkoriationen (Skin-Picking-Syndrom)	– Acne excoriée – Morsicatio buccarum – Cheilitis factitia
Hautanhangsgebilde	– Onychophagie, Onychotillomanie, Onychotemnomanie – Trichotillomanie, Trichtemnomanie, Trichoteiomanie

Unter neurotischen Exkoriationen versteht man das nervöse Aufkratzen von Haut, wie das Kratzen an Armen und Unterschenkeln oder das Herauskratzen von Minimalläsionen von Hautveränderungen im Sinne einer Minimalakne im Gesicht.

Als Morsicatio buccarum (ICD10: F68.1, K13.1) sind harmlose strangförmige Mundschleimhautverdickung oder auch Schwellen im Bereich des Zahnschlusses zu bezeichnen. Diese Schleimhautveränderungen entstehen durch unbewusstes permanentes Einsaugen und Kauen auf der Mundschleimhaut.

Als Cheilitis factitia (ICD10: F68.1, K13.0) ist ein ständiges zwanghaftes Lecken der Lippenhaut und der Mundumgebung anzusehen. Damit kommt es zu einer chronisch kumulativ toxischen Schädigung der Haut durch mechanische Belastung und Austrocknung infolge der ständigen Speichelbefeuchtung. Sekundär kann es zu einer Impetiginisierung (Superinfektion) der Haut kommen. Dieses Lippen- bzw. periorale Ekzem wird teilweise missgedeutet als lokalisierte Form einer atopischen Dermatitis (Neurodermitis).

Nägel sind weiterhin das „Lustobjekt“ im Rahmen der Paraartefakte (ICD10: F68.1, F98.8). Dabei kommt es zum Beißen und Kauen auf den Nägeln mit Verschlucken von Nagelanteilen (Onychophagie). Durch die ständige Traumatisierung und Verkürzung der distalen Nagelplatte können bakterielle oder virale Infektionen, Blutungen und Fehlbildungen an den Nägeln auftreten. Häufig (bis zu 40%) findet man es bei Heranwachsenden, so dass sicherlich nicht jeder Patient mit Onychophagie eine schwere Persönlichkeitsstörung aufzeigt. Wichtig ist, auf den fehlerhaften Umgang mit Stress und Spannungssituationen hinzuweisen. Als Onychotillomanie wird das ständige Manipulieren und Entfernen von Hautanhangsgebilden am Nagel mit der Gefahr der Traumatisierung angesehen. Als Onychotemnomanie wird ein zu kurzes Abschneiden der Nägel bezeichnet, das zu Verletzungen an der Nagelplatte und am Nagelpfalz führt.

Weiteres Betätigungsfeld sind die Haare. Als Trichotillomanie wird das Auszupfen oder eben das Ausdrehen der Haare bezeichnet (ICD10: F63.3, F68.1).

Klinisch ist zu achten auf einen dreiphasigen Zonenaufbau der Haare:

- lange Haare ohne Veränderungen
- fehlende Haare nach frischem Ausreißen
- nachwachsende Haare, die kürzer und unregelmäßiger als der normale Haarbestand sind.

Im Bereich der ausgerissenen Haare entstehen haarlose Zonen, wobei sich einzelne kleine Hautblutungen im Bereich der ausgerissenen frischen Zupfherde finden lassen. Oft werden Trichotillomanien, die haararme oder haarlose Bezirke am Scheitel oder an den Schläfen zeigen, lange Zeit mit verschiedenen Antimykotika oder Haarwuchsmitteln erfolglos behandelt.

Trichotillomanie kommt bei Kindern und im Erwachsenenalter vor. Viele Menschen drehen oder spielen oftmals aufgrund erhöhter Ängstlichkeit oder bei Stress in Belastungssituation mit verstärkter Konzentration an den Haaren (Abb. 2).



Abb. 2 Trichotillomanie bei einem 7-jährigen Jungen: Herausdrehen der Haare an der Schläfe.

Als Trichotemnomanie ist eine seltene Form der Haarschädigung anzusehen, wobei die Haare vorsätzlich selbst abgeschnitten werden.

Die Trichoteiromanie ist eine Variante davon, bei der der Haarverlust durch physikalische Schädigung (Scheuern oder Kratzen am Kapillitium) zustande kommt.

Bei der Trichotillomanie im Kindesalter ist ein aufklärendes Gespräch mit den Eltern oft erfolgreich. Bei älteren Kindern und Jugendlichen kann eine Verhaltenstherapie notwendig werden.

Simulation (ICD10: Z76.5) sind definiert als ein absichtliches und bewusstes Erzeugen und Hervorrufen von körperlichen oder psychischen Symptomen. Hintergrund ist das Bemühen zur Erlangung eines Vorteils, z.B. im Rahmen von Begutachtung von Berufsdermatosen oder zur Vermeidung von Militärdienst oder anderen finanziellen Vorteilen.

Zur Therapie der Artefakte

Die Behandlung ist schwierig. Ein wesentlicher Fortschritt ist für den betreuenden Hausarzt erreicht, wenn die Selbstmanipulation entdeckt oder zumindestens vermutet wird. Dann ist es wichtig, den Patienten einer speziellen Therapie zuzuführen. Die Überweisung des Patienten zu einem Hautarzt ist für den Betroffenen leicht einsehbar und wird angenommen. Die Überweisung zu einem Psychiater oder Psychologen setzt oftmals großes Einfühlungsvermögen und Erfahrung voraus.

Bestehen subjektive Beschwerden (Juckreiz, Brennen der Haut), ist es ein möglicher Ansatz, dem Patienten zu erklären, dass diese Beschwerden durch in der Haut liegenden Nerven verursacht werden, die im Gehirn dann das Signal Juckreiz oder Brennen vermitteln. Daher würde es nicht nur auf die Behandlung der Haut, sondern auch der dazugehörigen Nerven ankommen. Kann das vom Patienten akzeptiert werden, wird für ihn auch einsichtig, warum eine Mitbehandlung durch einen Psychiater sinnvoll ist.

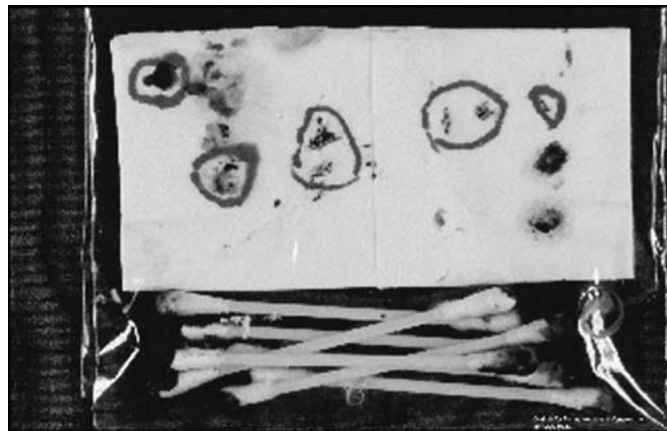


Abb. 3 Tupfer-Abstriche und Hautschuppen, ordentlich verpackt, werden in die Sprechstunde gebracht, um dem Arzt zu helfen, die Parasiten darin zu erkennen.

Dermatosen in Folge von Wahnerkrankungen und Halluzinationen

Patienten mit Wahnvorstellung sind gekennzeichnet durch eine hohe subjektive Gewissheit der Patienten und eine Unkorrigierbarkeit ihrer Vorstellung über die Auslösung ihrer Hautkrankheit.

Tab. 3 zeigt eine Einstellung dermatologischer Wahnvorstellungen.

Als Beispiel soll der Dermatozoenwahn näher besprochen werden. Es sind eher seltene Einzelfälle in dem hausärztlichen oder dermatologischen Gesamtpatientengut, wobei typischerweise meist ältere, sozial isolierte Frauen vom Dermatozoenwahn betroffen sind.

Einige Patienten berichten über ein Auslöseereignis, bei dem Parasiten auf oder in die Haut gekommen sind. Typischerweise bringen die Patienten kleine Schächtelchen und Tütchen mit Hautschuppen und Salbenresten mit, damit sie der Arzt beurteilen möge, um dabei die Parasiten zu finden (Abb. 3). Wenn der betreuende Arzt äußert, dass er an diese Theorie nicht glaubt, wechseln die Patienten oft den Arzt. Häufig werden Insekten, Milben, Würmer oder andere Parasiten angegeben, die auf und in der Haut leben und die für die gezeigten Hautveränderungen angeschuldigt werden.

Tab. 3 Wahnerkrankungen in der Dermatologie

Krankheitsbild	ICD10-Nr.	Beschreibung
Dermatozoenwahn	F22.8	Leibeshalluzinationen, vermeintlicher Parasitenbefall der Haut
Eigengeruchswahn	F22.8	Geruchshalluzinationen, Chromhidrose: Schweißverfärbung
hypochondrischer Wahn	F22.0	z.B. Syphilliswahn, Aidswahn
körperdysmorpher Wahn	F22.8	wahnhafter Wunsch nach einem anderen Aussehen

Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch Brennen und Juckreiz, durch Kratzeffekte oder Erosionen und Ulzerationen. Teilweise geben die Patienten an, dass sie selbst manipulieren, um die Parasiten zu entfernen.

Das Ziel in der Therapie sollte daher nicht sein, dem Patienten resolut mitzuteilen, dass hier keine Parasiten vorliegen, sondern es sollten Brücken zum Spezialisten gebaut werden, um diese Patienten einer Psychopharmaka- bzw. einer Psychotherapie zuleiten zu können. Die Wahnvorstellungen sind grundsätzlich zwar kaum heilbar, durch entsprechende Therapien kann der Zustand für den Patienten aber deutlich erträglicher werden.

Uns haben sich dabei Psychopharmaka wie Gabapentin und Risperidon sehr bewährt [1, 4].

Nicht unerwähnt bleiben sollte bei der Aufzählung der körperdysmorphie Wahn (ICD10: F22.8), bei dem sich eine übermäßige Festigung mit einem unkorrigierbaren eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung finden lässt. Die übermäßige Festigung verursacht tiefe Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Zur Diagnostik kann eine Analogskala hilfreich sein. Jeweils von Arzt und Patient wird auf einer Skala von 1–10 die Stärke der Beschwerden angekreuzt. Unterscheidet sich die Bewertung um mehr als 5 Punkte, so kann von einer körperdysmorphen Störung ausgegangen werden.

Dermatosen multifaktorieller Genese

Die atopische Dermatitis (Neurodermitis) gehört zu den sieben klassischen psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne. Aber auch viele weitere Dermatosen gehören zu dieser Gruppe, u. a.:

- Akne vulgaris
- Psoriasis vulgaris
- Alopecia areata (kreisrunder Haarausfall)
- Analekzem
- Handekzeme (dyshydrosiformes Ekzem mit kleinen Wasserbläschen)
- Herpes labialis/Herpes genitalis
- periorale Dermatitis
- Rosacea.

Bei all diesen, oft chronischen Hautkrankheiten spielen psychosoziale Faktoren eine die Hauterkrankung auslösende, verschlechternde oder unterhaltende Rolle. Die Patienten geben oft an, durch „Stress“ eine deutliche Verschlechterung der Hautkrankheit zu bemerken.

Atopische Dermatitis (Neurodermitis)

Das Krankheitsbild und die klinischen Befunde sind weitgehend bekannt und sollen hier nicht zur Sprache kommen. Psychosozialer Stress wird heute als möglicher Auslösefaktor bei der Entstehung und Unterhaltung der Neurodermitis angesehen. Dabei nimmt die Neuropathie hier eine Schlüsselfunktion im Verständnis der Kopplung von Psyche und Haut ein. In verschiedenen Studien belegt, aber auch spontan von den Patienten benannt werden starke private und berufliche Belastung als deut-

liche Trigger-Faktoren für einen Neurodermitisschub angesehen.

Beschrieben wird ein Juckreiz-Kratz-Zirkel: dabei ist es wichtig, dass die Betroffenen lernen, mit den Juckreizattacken umzugehen und in diesen Situationen nicht die Haut aufzukratzen und zu verletzen.

In so genannten Neurodermitisschulen werden solche Situationen geübt, damit die Patienten besser damit umgehen können. Bei der Patientenführung sollten auf die Krankheitsbewältigung und die Lebensqualität besonderer Augenmerk gelegt werden.

Außer der dermatologischen Therapie haben sich Juckreiz-unterschiedliche Substanzen, aber auch Psychopharmaka oder Entspannungstherapien bewährt [3].

Psoriasis vulgaris

Die Psoriasis vulgaris (ICD10: L40.0, F54) ist eine chronisch-entzündliche genetisch bedingte Hauterkrankung mit typischen geröteten und schuppigen Hautveränderungen. Es ist eine häufige Erkrankung, die etwa 3% der Bevölkerung in Deutschland betrifft. Stress und psychische Belastungen können Psoriasis-schübe auslösen, wobei die Schwelle der Auslösung verglichen mit der Neurodermitis sicher höher liegt.

Insgesamt zeigen Psoriasis-Patienten selten eindeutige Tendenzen zu neurotischen Entwicklungen und Persönlichkeitsstörungen. Die Chronizität der Hauterkrankung kann aber zu dem Gefühl der Hilflosigkeit und zu Depressionen führen. Außerdem fühlen sich Psoriasis-erkrankte durch Hautveränderungen an sichtbaren Körperstellen entsetzt und von ihrem sozialen Umfeld nicht oder nur schwer angenommen. So steht in der Krankheitsverarbeitung besonders die Stigmatisierung durch die Erkrankung im Vordergrund sowie die damit verbundene deutlich eingeschränkte Lebensqualität [3]. Kränkungen und Zurückweisungen sowie deren Vermeidung im Schwimmbad, Sauna, Sport und in der Partnerschaft einschließlich sexueller Beziehung nehmen einen hohen Stellenwert ein, wobei Patienten mit Psoriasis ihre Aktivitäten häufig zurücknehmen müssen.

Eine Psychotherapie bei Patienten mit verschiedenen chronischen Formen der Schuppenflechte sollte dann überlegt werden, wenn diese vermehrt die Auslösung oder Verschlechterung durch Stress angeben. Dabei ist oft vermehrter Juckreiz und das Gefühl der Depression bei diesen Patienten zu beobachten. Hier ist eine symptomatische Therapie mit Antihistaminika indiziert. Weitere sinnvolle Ergänzungen zur Lokaltherapie der Haut können generell Entspannungsverfahren, Gruppentherapie oder Gesprächstherapie sowie ggf. auch Psychopharmaka sein.

Sekundäre psychische Störungen und Komorbiditäten

Diese sog. somato-psychischen Störungen treten besonders bei chronischen Hauterkrankungen in sichtbaren Regionen mit Einschränkung des Selbstwertgefühls, des Selbstbildes und der Selbstzufriedenheit auf, besonders wenn dies in der Öffentlichkeit und in der Interaktion mit dem sozialen Umfeld bedeutsam

wird und für die Betroffenen Schamgefühle entstehen, wie bereits oben am Beispiel der Psoriasis erläutert.

Zu beachten sind die mögliche Stigmatisierung, die Einstellungsproblematik, das Gefühl von Bedrohlichkeitsstörungen, Störungen der Krankheitsverarbeitung, Störung der Adhärenz und Einschränkung der Lebensqualität. Als Komorbiditäten werden Anpassungsstörung, Angststörung und depressive Störung beobachtet.

Dermatosen mit entstellenden oder bedrohlichen Charakter, die zu sekundären psychischen Störungen führen können, sind beispielsweise angeborene, z.T. entstellende Dermatosen wie Ichthyosis-Formen (Fischschuppenkrankheit), Epidermolysen (Blasenbildung an der Haut) oder erworbene, entstellende Hauterkrankungen und deren Folgezustände nach Infektionen, nach Autoimmundermatosen (z.B. Schmetterlingsflechte), Traumata, aber auch Hauttumoren (durch das Gefühl der Bedrohlichkeit wie beim Hautkarzinom oder malignen Melanom). Therapeutisch kommen verschiedene Psychotherapieformen, aber auch Psychopharmaka infrage.

Auch bei allergologischen Hauterkrankungen spielen psychosomatische Störungen oft eine gewichtige Rolle. Eine praktische Bedeutung kommt beispielsweise Patienten mit Pseudoallergien bei Nahrungsmittel-, Medikamenten- oder Insektengiftintoleranzen sowie speziellen Formen der Urtikaria zu.

Hinsichtlich der psychosomatischen Deutung ist eine Unterscheidung zwischen einer echten Allergie und Pseudoallergien entscheidend. Bei echten Allergien sind immunologische Interaktionen charakteristisch, während bei Pseudoallergien keine immunvermittelten Reaktionen vorkommen, sondern Unverträglichkeiten (Intoleranzreaktionen) oder somatoforme Störungen als Ursache infrage kommen.

Empfehlung für die Praxis

Der entscheidende Schritt bei der Betreuung der Patienten ist, zu erkennen, ob psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen in Zusammenhang mit der Hautkrankheit stehen können. Hinweise darauf sind:

- Ein ungewöhnlicher Verlauf der Hautkrankheit; plötzliches Auftreten ohne vorherige Beschwerden; stark wechselnde Befunde und Ausprägung der Hautkrankheit.
- Große Differenz zwischen dem Ausmaß der Hautkrankheit und den geklagten Beschwerden; das kann sowohl in die eine als auch in die andere Richtung gehen, das heißt aus-

gedehnte Hauterkrankungen werden als gut verträglich angesehen oder winzige Befunde führen zu extremen Beschwerden.

- Schwierigkeit bei dem Erheben der Anamnese; Patienten fällt es schwer, zuzuhören und auf Fragen zu antworten.
- Sehr häufiger Arztwechsel in der Anamnese.
- Frage nach möglichen Triggerfaktoren wie Alkohol und Rauchen sowie Psychopharmaka oder Drogen.

Ein Beschwerdetagebuch kann sowohl für den Patienten als auch für den betreuenden Arzt nützlich sein. Patienten, die dazu bereit sind, sollten motiviert werden, ein Tagebuch zu führen, bei dem sie das Datum sowie den Hautausschlag und die Beschwerden täglich eintragen und in einer Rubrik Bemerkung beispielsweise besondere Vorkommnisse, ungewöhnliche Speisen und Ähnliches eintragen. Nach ungefähr 4–6 Wochen lassen sich dann gemeinsam möglicherweise Zusammenhänge finden.

Ist der psychosomatische/psychiatrische Hintergrund erkannt, so kann eine entsprechende Behandlung, wie am Anfang des Artikels besprochen, vorbereitet werden. Ideal ist eine gemeinsame Betreuung der Patienten mit dem Spezialisten.

Spezielle Psychotherapieformen werden dann beim Psychotherapeuten entschieden.

Wird Stress als häufiger Auslösemechanismus für die Hautkrankheit angegeben, so kann der Hausarzt Entspannungsverfahren wie das autogene Training initiieren. Auch Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Anxiolytika) haben sich bei der Behandlung von psychosomatischen Hautkrankheiten bewährt.

Interessenkonflikte: keine.

Literatur

- ¹ Fischer M, Taube K-M, Marsch WC. Vulvodynie. *Hautarzt* 2000; 51: 147–151
- ² Harth W, Gieler U. *Psychosomatische Dermatologie*. Springer-Verlag, Heidelberg 2006
- ³ Korting HC, et al (Hrsg). *Dermatologische Qualitätssicherung – Leitlinien und Empfehlungen*. Psychosomatische Hauterkrankungen. 4. Aufl. ABW Wissenschaftsverlag, Berlin 2005; 275–297
- ⁴ Meiss F, Fiedler E, Taube K-M, et al. Gabapentin in the treatment of glossodynia. *Dermatol Psychosom* 2004; 5: 17–21
- ⁵ Taube KM, Gieler U. *Psychosomatische Dermatologie*. In: Garbe C, Rassner G (Hrsg). *Dermatologie – Leitlinien und Qualitätssicherung für Diagnostik und Therapie*. Springer-Verlag, Heidelberg 1998; 453–454

Zur Person



Universitätsprofessor Dr. med. Klaus-Michael Taube, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Universitäts-Poliklinik und Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Mitglied des Vorstandes Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) und der Europäischen Sektion für Dermatologie und Psychiatrie (ESDaP). Verschiedene Publikationen auf dem Gebiet der psychosomatischen Dermatologie.