

Psychodermatologie

Psychodermatology



K.-M. Taube¹, K. Seikowski²

¹ Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

² Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig

Lernziele



- ▶ Zusammenhänge Psyche und Haut
- ▶ Diagnostik
- ▶ Klassifikation
- ▶ Häufige Krankheitsbilder
- ▶ Verhalten und Behandlung in der Praxis

Einleitung



Die Psychodermatologie oder Psychosomatische Dermatologie ist ein interdisziplinäres Gebiet, bei dem in der Regel Psychiater, Psychologen und Dermatologen zusammenarbeiten. In diesem Komplex können sich Veränderungen im Gehirn, an den peripheren Nerven in der Haut und an der Haut selbst zeigen. Die Erkrankungen können primär psychiatrischen oder primär dermatologischen Ursprungs sein und/oder sich gegenseitig beeinflussen.

Häufig wird Stress als Auslöser oder als Verstärkung der Hauterkrankung wahrgenommen, was in den Behandlungsplänen Berücksichtigung finden sollte.

Hauterkrankungen beeinflussen fast immer das tägliche Leben und die Lebensqualität der Betroffenen, aber auch oft deren berufliche Tätigkeit und das soziale Leben.

Eine aktuelle britische Studie zeigt [1], dass:

- ▶ 17% der Hautkranken eine psychotherapeutische Hilfe benötigen.
- ▶ 14% der Hautkranken bemerken, dass ihre Dermatosen durch psychische Faktoren verschlechtert werden.
- ▶ 8% der Hautkranken psychische Auffälligkeiten zeigen.
- ▶ 3% der Hautkranken primär eine psychiatrische Erkrankung haben.
- ▶ 85% der Hautkranken angeben, dass sie die Einschränkungen ihrer psychosozialen Kontakte am meisten stören.
- ▶ Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen eine erhöhte Selbstmordrate haben.

Eigene Erfahrungen bei der Konsultation zeigen bei 30% der psychiatrischen Patienten Auffälligkeiten an der Haut wie Medikamentennebenwirkungen oder Selbstbeschädigungen der Haut.

Stark entzündete, ausgedehnte Hautveränderungen, besonders an sichtbaren Stellen, führen zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität und sind stigmatisierend (▶ **Abb. 1**).

Patienten mit psychosomatischen Dermatosen werden meist primär den Dermatologen aufsuchen. An ihm ist es, die psychosomatischen oder psychiatrischen Komponenten zu erkennen. Auch für Erfahrene auf dem Gebiet sind diese Einflüsse manchmal nicht sofort erkennbar, mehrere Konsultationen können dafür nötig sein. Ideal ist ein multidisziplinäres Team, aber auch eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen kann effektiv sein. Oft aber erfordert es ein besonderes Geschick, den primär zum Dermatologen gelangten Patienten zu überzeugen, dass eine Zusammenarbeit mit einem Psychologen oder Psychiater hilfreich ist. Dermatologen mit besonderem Interesse an Psychodermatologie können Zusatzweiterbildungen auf den Gebieten Psychosomatische Grundversorgung, Balint-Gruppenarbeit oder Psychotherapie erwerben.

Das Spezialteam für Psychodermatologie kann darüber hinaus noch weitere Fachleute in die Arbeit einbeziehen:

- ▶ Pädiater
- ▶ Mitarbeiter aus Heilberufen
- ▶ Sozialarbeiter
- ▶ Ernährungsberater
- ▶ Kosmetiker

In jeden Fall ist eine Absprache und gegenseitige Information anzustreben. Vorstellungen oder Überweisungen an nicht informierte Fachkollegen sind meist wenig effektiv und verunsichern die Patienten. Ob der Dermatologe selbst weitere Untersuchungen oder Behandlungen einleitet und durchführt, hängt von seinem Spezialwissen und seinen Neigungen ab. Schon durch einige Grundkenntnisse kann man besser auf die Situation der Patienten eingehen und mit überschaubarem Zeitaufwand psychosomatische Einflüsse

VNR

2760512014144210431

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1377481>
 Akt Dermatol 2014; 40: 363–371
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.

Klaus-Michael Taube

Klinik und Poliklinik für
 Dermatologie und Venerologie
 Martin-Luther-Universität
 Halle-Wittenberg
 Ernst-Kromayer-Straße 5
 06112 Halle (Saale)
klaus-michael.taube@uk-halle.de

Abb. 1 Jugendlicher mit ausgeprägter Neurodermitis (atopischer Dermatitis) im Gesicht.



erkennen. In Deutschland beschäftigt sich der Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD), angeschlossen an die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) seit über 25 Jahren mit verschiedenen Teilaspekten dieser Spezialrichtung. Fachartikel, Themenhefte und Lehrbücher erleichtern den Zugang zu diesem Teil der Dermatologie.

Hauterkrankungen stellen oft nur die „Spitze des Eisberges“ dar, bspw. bei einer Stoffwechselstörung, aber auch bei einer zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung. Das Wissen dafür erleichtert nicht nur das Erkennen der eigentlichen Ursache der Dermato­se, sondern kann auch im Umgang mit dem Patienten hilfreich und zufriedenstellend sein.

Die meisten Hautkranken geben an, dass sie der psychologische und psychosoziale Aspekt ihrer Erkrankung am meisten stört.

Grundkenntnisse in Psychosomatischer Dermatologie oder die Teilnahme an Balint-Gruppen kann den Umgang mit hautkranken Patienten erheblich verbessern. Besonders effektiv ist die Arbeit in einem multidisziplinären Team oder die enge Zusammenarbeit von Dermatologen, Psychologen und Psychiatern.

In der Dermatologie sollte daher nicht nur an die heilende Salbe sondern auch an die mögliche Beeinträchtigung der Lebensqualität gedacht werden. Man sollte diesen Aspekt der Erkrankung aktiv ansprechen.

Wie erkenne ich einen psychosomatischen Hintergrund bei einer Hauterkrankung?

Der Umgang mit Patienten auf dem Gebiet der Psychodermatologie erfordert Fachkenntnisse sowohl in der Dermatologie als auch der Psychiatrie oder Psychologie. In der Praxis sind es oft Dermatologen, die sich auf verschiedenen Wegen Spezialkenntnisse erwerben, aber auch der Weg über „dermatophile“ Psychiater kommt vor. In jedem Falle ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Fachgebieten anzustreben.

In den meisten Fällen kommen diese Patienten zum Dermatologen, da es sich aus ihrer Sicht um eine (ausschließliche) Hauterkrankung handelt. Patienten mit psychosomatischen Hauterkrankungen fallen durch folgende Besonderheiten auf [2]:

- ▶ Die Dermato­se lässt sich nicht so leicht einordnen, passt zu verschiedenen Erkrankungen.
- ▶ Die Patienten bringen umfangreiche Krankenunterlagen oder Kopien über ihre vermeintliche Erkrankung mit.
- ▶ Sie benötigen in der Regel viel Zeit (meist mind. 30 Minuten). Wenn dafür die Zeit nicht ausreicht, sollte ein weiterer Termin vereinbart werden.
- ▶ Die Hauterkrankung hat für die Betroffenen einen (unangemessen) hohen Stellenwert.

Bei einem Verdacht auf eine psychosomatische Dermato­se kann es hilfreich sein, von dem zuständigen Hausarzt weitere Informationen einzuholen. Bei Notizen oder Briefen sollten die Informationen allerdings so ausfallen, dass sie auch vom Patienten gelesen werden können, um das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zu belasten.

Der Praxisraum sollte freundlich und hell sein, der Patient so sitzen, dass er dem Arzt in die Augen schauen kann und es sollte eine ruhige, entspannte Atmosphäre herrschen. Das wichtigste im ersten Gespräch mit dem Patienten ist zu erfragen, welchen Verlauf die Krankengeschichte hatte. Dem Patienten hilft es, über bisherige Behandlungen, Ärger, Wut, Enttäuschungen und Ängste zu sprechen. Die oft wichtigste Frage ist: *Welche Ursache hat meine Erkrankung?* Dahinter stehen oft Ängste vor Krebserkrankungen oder ansteckenden Infektionen. Aus meiner Sicht ist aber auch die Frage an den Patienten hilfreich: *Was denken Sie, woher Ihre Erkrankung kommt?* Antworten wie: „Na, Sie sind doch der Arzt!“, zeigen, dass dieser Patient die Verantwortung für die Erkrankung gern dem Arzt überlässt. Andererseits lassen langschweifige Erklärungen den Schluss zu, dass sich der Patient ein eigenes Erklärungsmodell aufgebaut hat, was in der Therapieplanung berücksichtigt werden sollte.

Gefragt werden sollte nach früheren psychiatrischen Konsultationen, nach der Einnahme von



Psychopharmaka, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln und Drogen.

Wird aus Sicht des Dermatologen eine psychiatrische Diagnostik nötig und ist er nicht selbst dazu in der Lage, sollte der Patient einem Psychiater vorgestellt werden. Patienten, die selbst merken, wie die Hauterkrankung sie in ihrer Lebensqualität, dem Schlaf und dem sozialen Umfeld beeinträchtigt, sind oft leicht dafür zu motivieren. Andere Patienten, bspw. mit Körperdysmorphen Störungen (KDS) oder Epizoothobien, lehnen diese Vorstellungen – zumindest anfangs – ab.

Der richtige Umgang:

Regeln im Umgang mit dem Patienten [3]:

- ▶ Grundeinstellung: Hautkranke sind mehr oder minder psychosozial gestört.
- ▶ Nicht unter Zeitdruck wichtige Entscheidung fällen, besser den Patient erneut bestellen.
- ▶ Kooperationen mit Kollegen suchen, Klinik einbeziehen.
- ▶ Eigene Psychohygiene: Balint-Gruppe, Supervision
- ▶ Abwägen: Möglichkeiten in der eigenen Praxis, Überweisung an Fachkollegen
- ▶ Gute Dokumentation

Motivation des Patienten zu einer Psychotherapie:

- ▶ Erklärung der Zusammenhänge von Psyche und Haut: Sprichworte, Begriff Neurodermitis u. a.
- ▶ Hautphysiologie: Nerven in der Haut, subjektive Empfindungen mit Juckreiz, Schmerzen
- ▶ „Stufentherapie“ erleichtert das Verständnis für den Patienten: Einstieg mit Antihistaminika → Analgetika → Neuroleptika → Psychopharmaka

Weitere hilfreiche Erklärungen im Umgang mit den Patienten:

- ▶ „Meiner Patientin, Frau T., hat geholfen ...“
- ▶ „Die Haut muss stabilisiert werden.“
- ▶ „Die Nervenendigungen in der Haut sind übererregt.“
- ▶ „Medikamente helfen manchmal, ohne dass die Medizin genau weiß warum.“

Arzt-Patienten-Beziehung: von Compliance, Adherence und Concordance

Während das Modell der Compliance eher einem paternalistischen Modell entspricht: Der Arzt hat die Autorität und die weitgehend alleinige Entscheidungssouveränität – wird durch neuere Begriffe der Patient in den Entscheidungsprozess stärker eingebunden [3].

Adherence: Hiermit ist das Ausmaß des Verhaltens gemeint, mit dem der Patient sich an die Verordnungen hält, denen er zuvor zugestimmt hat. Adherence meint damit eine Teilnahme des Patienten an der Entscheidung der ärztlichen Verordnung. Dieses Modell entspricht mehr dem informativen Vorgehen, auch „Konsumentenmodell“ genannt, und ist stark geprägt durch die kognitivistische Interpretation der Arzt-Patienten-Beziehung, die eine weitgehende affektneutrale Struktur des Informationsaustausches voraussetzt.

Darüber hinaus geht das Modell der **Concordance**. Hier geht man von einer komplexen Idee aus, mit dem Ziel, den Erfolg oder das „Outcome“ von Verordnung und ärztlichen Konsultationen zu verbessern. Dieses Modell greift weiter, indem es weniger fragt „Wie viel von dem, was Ärzte ihren Patienten raten, tun diese wirklich?“, sondern die Effektivität des gemeinsamen Prozesses zwischen Arzt und Patient berücksichtigt. Es bezieht den Beratungsprozess nicht nur auf den Patienten und beinhaltet eine partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), sondern es bedingt vielmehr eine Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die darauf zielt, zu einer vom Patienten und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen. Dabei soll der Arzt auf emotionale und teilweise wenig rationale Momente im Rahmen des Krankheitserlebens eingehen. Die Interaktionsrichtung ist zweigleisig und erfordert eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung.

Praktische Tipps im Umgang mit Patienten:

- ▶ Das Verhältnis im Sinne einer Compliance sollte zugunsten eines gemeinsam abgesprochenen Vorgehens bei Diagnostik und Therapie verlassen werden, insbesondere bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen. Diese Strategie hilft eine geringe Effektivität, gegenseitige Frustrationen, Nebenwirkungen, Kosten, Versäumnisse und Zeitaufwendungen zu optimieren.
- ▶ Eine gute Kommunikation führt zu einem besseren Verständnis der Patienten bezüglich der diagnostischen Aufgaben und des therapeutischen Vorgehens.
- ▶ Eine dem Patienten angepasste Frequenz der Visiten, eine einfache, verständliche Therapie und Information über die Erkrankung führen zu einer Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und einem besseren Befinden des Patienten.



Therapiegrundsätze in der Psychosomatischen Dermatologie



Grundsätzlich können hierbei 2 Wege beschrrieben werden:

- ▶ Psychotherapieverfahren
- ▶ Psychopharmakologische Therapie

Die Behandlungsverfahren sind wechsel- und kombinierbar.

Wie bei somatischen Erkrankungen sind auch bei der Psychotherapie Indikationen und Kontraindikationen zu stellen. Zusätzlich ist zu beachten, dass gerade hier eine Patientenmotivation Voraussetzung ist und eine Entscheidungsfindung Monate bis Jahre dauern kann. Es zeigt sich aber in der Praxis, dass die Psychotherapie umso effektiver ist, je früher sie nach dem Auftreten der psychischen Symptomatik begonnen werden kann [4].

Indikationen zur Psychotherapie:

- ▶ Verschlechterung der Hauterkrankung bei Stress oder psychischer Belastung
- ▶ Das Gefühl des Patienten einer Stigmatisierung durch die Hauterkrankung
- ▶ Störung im sozialen Umfeld
- ▶ Soziale Ängste und Vermeidungsverhalten durch die Hauterkrankung
- ▶ Starke Manipulationen/Exkoriationen an der Haut
- ▶ Wunsch des Patienten

Die Indikation zur Psychotherapie durchläuft einen Entscheidungsprozess in mehreren Phasen:

1. Vorphase: Psychische Faktoren werden (noch) nicht erkannt oder geleugnet.
2. Problemreflexion: Es kommt zur Problemwahrnehmung und Vorstellung über ein zugrunde liegendes Krankheitskonzept.
3. Entscheidungsfindung: Aktive Suche nach Veränderung
4. Veränderung: Eigene Mitarbeit bei der Psychotherapie
5. Aufrechterhaltung: Beibehaltung der erreichten Veränderungen, Konsolidierung

Man sollte beachten, dass es durchaus Kontraindikationen zu einer Psychotherapie gibt. Das sind bspw. akute Psychosen, hirngorganische Psychosyndrome, akute Suizidalität, Alkoholismus und mangelnde Therapiemotivation. Es gibt eine Reihe von möglichen Psychotherapieverfahren, die in der Psychodermatologie ihren Einsatz finden. Ist der Patient zu einer Psychotherapie bereit, sollte mit dem Therapeuten das weitere Vorgehen besprochen und das geeignete Verfahren ausgewählt werden.

Auswahl einiger Psychotherapieverfahren in der Dermatologie:

- ▶ Verhaltenstherapien: Erkennung eines abgrenzbaren Problemverhaltens und Suche nach einer Bewältigungsstrategie
- ▶ Tiefenpsychologische Psychotherapien: Die psychodynamische Sichtweise sieht die Haut als Ausdrucksorgan. Sie sind indiziert, wenn gravierende überdauernde Persönlichkeitsprobleme in der Folge lebensgeschichtlicher Traumatisierungen zur Erkrankung beitragen.
- ▶ Entspannungstherapien: Hierzu gehören bspw. das autogene Training, die progressive Muskelrelaxation nach Jakobsen oder Hypnose.
- ▶ Weitere Psychotherapieverfahren sind u. a. die Atemtherapie, die Gestaltungstherapie oder das katatyme Bilderleben.

Psychopharmaka werden in der Dermatologie häufiger verwendet als oft vermutet, wie der Einsatz des antiallergischen Neuroleptikums Hydroxyzin zeigt. Wenn keine eigenen Erfahrungen vorliegen, wird sich der Dermatologe mit den Fachvertretern aus der Psychiatrie beraten.

Wann ist ein Psychopharmakon in der Dermatologie indiziert (☛ Tab. 1):

- ▶ gesicherte Diagnose der psychischen Haupt- bzw. Nebendiagnose
- ▶ klare Indikationsstellung ist Voraussetzung
- ▶ Auswahl der Substanz nach der gewünschten Wirkung (z. B. Antidepressivum)
- ▶ Berücksichtigung gewünschter Nebenwirkungen
- ▶ gesicherte Durchführung und Langzeitkontrolle der Behandlung

Es sollte unbedingt beachtet werden, dass einige in der Dermatologie gebräuchliche interne Medikamente zu psychischen Veränderungen beim Patienten führen können (☛ Tab. 2).

Auf der anderen Seite ist bekannt, dass eine Reihe von Psychopharmaka zu dermatologischen Nebenwirkungen führen kann (☛ Tab. 3)

Hinweise für die Praxis:

- ▶ Dermatologen mit geeigneten Spezialkenntnissen können eine Psychotherapie und/oder eine Psychopharmakotherapie mit in den Behandlungsplan einbeziehen.
- ▶ Voraussetzung für diese Behandlungen ist oft ein schrittweises Heranführen an die Therapie und eine verständliche Erklärung der Notwendigkeit, um eine ausreichende Motivation beim Patienten zu erzielen.
- ▶ Es ist nicht notwendig, die gesamte Palette der Psychopharmaka zu kennen, vielmehr sollte sich der Dermatologe auf einige wenige und ihm in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen gut bekannte Präparate konzentrieren. Die Kooperation mit einem Psychiater/Psychologen ist in jedem Falle sinnvoll.



Klassifikation der psychosomatischen Dermatosen

Nach dem Einteilungsprinzip, das derzeit international gültig ist, gliedern sich die Schwerpunkte der psychosomatischen Dermatologie in drei Gruppen (Abb. 2) [6].

Das Einteilungsprinzip beruht darauf, welche gesundheitliche Störung primär vorhanden ist bzw. welche sich reaktiv darstellt.

Bei den **Dermatosen primär psychischer Genese** steht die psychiatrische Erkrankung im Vordergrund. Dabei haben wir es im Wesentlichen mit Artefakten, Wahnvorstellungen, somatoformen Störungen und Zwangsstörungen zu tun.

Bei den Wahnvorstellungen spielt der sog. hypochondrische Wahn eine besondere Rolle. Hierbei handelt es sich um eine anhaltende, unkorrigierbare, wahnhaft Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, an einer ernsthaften körperlichen Krankheit zu leiden. Im Falle der dermatologischen Psychoonkologie muss hier allgemein an eine Krebsphobie, im Besonderen an eine Melanomphobie gedacht werden.

Bei den somatoformen Störungen sind insbesondere hypochondrische Störungen zu nennen, die sich bspw. in einer Neoplasie-Phobie äußern. Neben den infektionsgeprägten Hypochondrien finden wir daher auf Neoplasie gerichtete Befürchtung, wie der Krebsphobie oder der Phobie vor einem Melanom oder Basalzellkarzinom.

Körperdysmorphie Störungen lassen sich so definieren, dass die Patienten sich übermäßig mit einem Mangel oder einer Entstellung im körperlichen Aussehen beschäftigen. Dieser Mangel ist entweder überhaupt nicht vorhanden oder nur äußerst gering ausgeprägt.

Unter **multifaktoriellen Dermatosen** werden verschiedene chronische Hautkrankheiten subsumiert wie Psoriasis vulgaris, atopische Dermatitis, Urtikaria oder Akne vulgaris. Hier können einerseits psychische Störungen die Hauterkrankung verstärken, andererseits kann aber auch die Hauterkrankung zu psychischen Störungen führen. Ein typisches Beispiel ist die atopische Dermatitis. Hier zeigt sich eine somatopsychische Wirkung auf die Haut: Einerseits bemerken viele Patienten, dass ihre Hautveränderung durch Stress oder psychisch belastende Ereignisse rasch deutlich schlechter werden. Andererseits wirken sich entspannende, ruhige Situationen, wie Urlaub oder Entspannungstherapie, fördernd auf die Abheilung der Hauterkrankung aus.

Bei den **sekundären psychischen Störungen** steht zunächst die Hauterkrankung im Vordergrund und sekundär treten psychische Störungen hinzu. Dabei handelt es sich um somatopsychische Störungen im klassischen Sinne. Sie treten besonders bei chronischen Hauterkrankungen in sichtbaren Regionen mit Einschränkung des Selbstwertgefühls, Selbstbildes und der Selbstzufriedenheit auf, besonders wenn dies in der Öffentlichkeit

Tab. 1 Hauptindikationen von Psychopharmaka in der Dermatologie.

Psychische Störung	Medikamentengruppe	Beispiele
Psychiatrische Erkrankungen wie Dermatozoenwahn	Neuroleptika	Risperidon Olanzapin Pimozid
Depressive Störungen	Antidepressiva	Fluoxetin Sartalin
Angst-, Panikstörungen	Anxiolytika	Benzodiazepine Doxepin
Zwangsstörungen	Medikamente mit Antizwangsstörungseffekt	Fluoxetin Clomipramin

Tab. 2 In der Dermatologie verordnete Medikamente mit möglichen psychiatrischen Nebenwirkungen.

Medikation	Mögliche psychiatrische Nebenwirkung
Antihistaminika	Depression, extrapyramidale Symptome, Verwirrtheit
Systemische Steroide	Depression, Verwirrtheit, Psychose, Manie
Antimalaria-Mittel	Affektive Störungen, Psychose
Dapson	Psychose
Diane (für z. B. Akne)	Depression, Angststörung
Minocyclin	LE-artiges Syndrom, einschließlich psychiatrische Veränderungen
Isotretinoin	Depression, Suizidneigung
Methotrexat	Affektive Störung
UV-Therapie	Depression, Verwirrtheit älterer Patienten, Manie, Psychose

Tab. 3 Mögliche Nebenwirkungen ausgewählter Psychopharmaka an der Haut.

Psychopharmakon	mögliche dermatologische Nebenwirkung
Lithium	Haarausfall, Follikulitis, Akne, Nagelverfärbung, Exazerbation einer Psoriasis vulgaris
Fluoxetin	Haarausfall

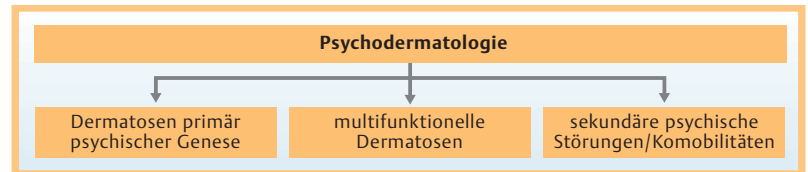


Abb. 2 Einteilungsprinzip der psychosomatischen Dermatosen.



Abb. 3 Paraartefakt: Lippenlecke/kezem.

bzw. in der Interaktion mit fremden Personen erkannt und begriffen wird. Dabei gehen die Dermatosen oft mit einer Entstellung einher oder haben einen für den Patienten bedrohlichen Charakter. Hinzu treten **Komobiditäten**, Störungen der Krankheitsverarbeitung und Compliance, die durch das Auftreten der Dermatose manifest werden.



Abb. 4 Paraartefakt: Acne excoriée.



Abb. 5 24-jährige Patientin mit rechteckigen Ulzerationen, selbst beigebracht mit einem Ondulierstab.



Abb. 6 (Offener) Artefakt: Die 45-jährige Patientin gibt an, dass sie die harten „Zapfen“, die sie in ihrer Haut fühlt, mit den Nägeln heraushebeln muss. Das mitgebrachte Material dieser Zapfen besteht aus Salbenresten und Haut.



Steckbriefe ausgewählter Erkrankungen auf dem Gebiet der Psychodermatologie

Paraartefakte (ICD-10: F63.8)

Bei diesen Patienten liegt ein Verlust der Kontrolle (Impulskontrolle) des Manipulierens an ihrer eigenen Haut/Hautanhangsgebilden/Schleimhaut vor (Abb. 3 und Abb. 4 sowie Tab. 4). Charakteristischerweise wird an einer zunächst minimalen Primäreffloreszenz exzessiv manipuliert, was dann zum vollen Krankheitsbild führt [7].

Paraartefakte sind Impulskontrollverluste, ein Versagen dem Impulstrieb zu widerstehen. Zu den Impulskontrollstörungen gehören bspw. auch die Kleptomanie oder Pyromanie. Die Patienten sind oft in der Lage, darüber zu sprechen, Psychoedukation ist oft erfolgreich.

Artefakt-Patienten in der Dermatologie

Artefakte sind das absichtliche Erzeugen (oder Vortäuschen) körperlicher oder psychischer Symptome an sich selbst (oder an anderen Bezugspersonen). Die artefizielle Störungen (Factitious Disorders; ICD-10: F68,1) können an verschiedenen Organen erfolgen, an denen Hautschädigungen beschrieben werden [8]. Häufig liegen psychische Störungen zugrunde, insbesondere verschiedene (narzistische, histrionische, dissoziative, abhängige) Persönlichkeitsstörungen (teils vom Borderlinetyp), depressive, Angst-, Zwangs- oder posttraumatische Störungen. Die Hautschädigungen können auf verschiedene Weise erzeugt werden (Abb. 5 und Abb. 6; Tab. 5).

In der Klinik zeigen sich oft uncharakteristische Hautveränderungen, (fast) jede Dermatose kann „nachgemacht“ werden. Merke: Typisch ist dabei das Untypische.

Tipps für die Praxis nach einem Stufenplan:

- ▶ Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Keine Konfrontation anstreben. Langsam und behutsam vorgehen. Blande Lokalthherapie.
- ▶ Versuch einer Psychoedukation, des Führens eines Beschwerdetagebuchs, einer Entspannungstherapie.
- ▶ Versuch einer Motivation zur Psychotherapie und/oder Psychopharmathapie.

Wahnvorstellungen

Die Patienten suchen den Dermatologen unter klaren somatischen Fragestellungen auf, während psychopathologische Ursachen völlig verleugnet werden [9]. Von den verschiedenen Wahnvorstellungen in Bezug auf die Haut sollen hier der Dermatozoenwahn und die Morgellons-Erkrankung erläutert werden (Tab. 6).



Wahnvorstellungen sind unkorrigierbare aber durchaus therapierbare Erkrankungen.
 Voraussetzung ist eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Über die Erklärung der Beschwerden (ggf. Beschwerdetagebuch führen lassen) den Patienten zu einer Psychotherapie motivieren: initial und bei Vorliegen einer Depression Doxepin 3-mal 25 mg/d, ansonsten Risperidon initial 2-mal 1 mg/d, Steigerung bis 2-mal 3 mg möglich. Eine unterstützende Psychotherapie und sozialtherapeutische Maßnahmen sind hilfreich.

Körperdysmorphie Störung (ICD-10: F45.2)

Es handelt sich um die übermäßige Beschäftigung mit einem minimalen oder nicht objektivierbaren körperlichen Mangel. Die Patienten sind darüber stark besorgt. Die Beschäftigung mit dem Mangel führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden und Beeinträchtigung der Betroffenen sowie ihres sozialen und beruflichen Umfelds. Körperdysmorphie Störungen gehen einher mit Depressionen und sozialer Phobie.

Das Spektrum der vermeintlichen körperlichen Mängel ist unendlich variantenreich. Dies betrifft Qualität und Quantität der Haut und der Hautanhangsgebilde sowie Asymmetrien und Disproportionalität der Nase, Augenlider, Augenbrauen, Lippen, Zähne, Brust und der Genitale. Besonders werden Haarausfall oder Haarvermehrung, Pigmentstörungen, Porengröße, Gefäßzeichnungen, Blässe und Rötung der Haut sowie Schweißbildung als Anomalie angegeben.

Cave: Wunschbehandlungen von Patienten mit Körperdysmorphie Störungen stellen nur eine Scheinlösung der psychischen Störung dar, daher Vorsicht vor deren Erfüllung, insbesondere mit Operationen. Eine Zufriedenheit des Patienten kann damit nicht erreicht werden, juristische Auseinandersetzungen sind vorprogrammiert. Das Behandlungsmanagement ist im Wesentlichen vergleichbar mit dem Vorgehen bei Artefakten [10].

Psychoonkologie in der Dermatologie

Die Psychoonkologie ist eine junge Disziplin in der Dermatologie wie auch in der gesamten Medizin. Offiziell ist sie bisher nicht klar definiert und heterogen. In der dermatologischen Onkologie mit Diagnostik und Therapie werden in bis zu 50% der Fälle akute und chronische Verläufe von psychosomatischen Störungen gefunden. Für die Praxis ergeben sich daher einige Problemfelder, wie Diagnosemitteilung, Coping, Anpassungsstörungen und Komorbiditäten, auf die der betreuende Dermatologe vorbereitet sein sollte [11].

Tab. 4 Übersicht über die in der Dermatologie zu beobachtenden Paraartefakte.

Diagnose	Klinik	Ausgewählte Differenzialdiagnose
Skin-picking-Syndrom, früher: neurotische Exkoriationen	Exkoriationen, Erosionen, Krusten, Narben	Lichen VIDAL/atopische Dermatitis
Acne excoriée (Abb. 4)	durch ständige Manipulation exazerbierte Minimalakne	schwere Form einer Akne
Pseudo-knuckle-Pads	posterartige, raue schuppige Haut an den Fingerknöcheln durch Reiben, Massieren, Kauen	echte Knuckle-Pads als Genodermatose
Mursicatio buccarum	strangförmige Mundschleimhautverdickungen im Bereich des Zahnschlusses, durch Kauen und Sauen verstärkt	Lichen ruber der Schleimhaut, Leukoplakie
Cheilitis factitia/ Lippenleckexzem (Abb. 3)	Bild eines Lippen-Ekzems	Cheilitis atopica, Kontaktekzem
Nägel: - Onychophagie - Onychotillomanie - Onychotemnomanie	Nägel werden: - abgebissen, -gekaut - „abgeknibbelt“ - ständig abgeschnitten	Onychomykose, Nagelpsoriasis, posttraumatische Nagelstörung
Haare: - Trichotillomanie - Trichotemnomanie - Trichoteiromanie	Haare werden: - herausgezupft - ständig abgeschnitten - gescheuert und gekratzt	verschiedene Formen des Haarausfalls, Alopecia areata

Tab. 5 Techniken der Selbstbeschädigung.

Genese der Artefakte	Erzeugt durch
mechanisch	drücken, reiben, stauen, beißen, schneiden, stechen, verstümmeln
toxisch	Säuren, Laugen, Verbrennen, Verbrühen
selbstbeigebrachte Infektionen	Wundheilungsstörungen, Abszesse
(heimlich eingenommene) Medikamente	Heparin-, Insulin-Injektionen

Tab. 6 Ursachen und Klinik ausgesuchter hautbezogener Wahnvorstellungen.

Diagnose	Ätiopathogenese	Klinik
Dermatozoenwahn	unkorrigierbare Vorstellung, dass kleine Lebewesen/ Insekten auf oder in der Haut leben	erhebliche Hautmanipulationen mit Exkoriationen, Erosionen mit Superinfektion, Patienten bringen Tütchen oder Schachteln mit Hautschuppen zur Untersuchung mit
Morgellons-Erkrankung	Vorstellung, dass kleine Fäden/Partikel in der Haut liegen und Juckreiz und körperliche Beschwerden verursachen	Kratzeffekte an der Haut, Fieber, Leistungsschwäche, Muskel- und Gelenkschmerzen, Konzentrationsstörungen



Problemfelder der Psychoonkologie:

Die zentralen Problemfelder, mit denen sich die Psychoonkologie sekundärer psychischer Störungen in der Dermatologie beschäftigt:

Mitteilung der Diagnose:

In den meisten Fällen erleben die Patienten die Mitteilung, dass sie an einer Tumorerkrankung leiden, als Schock oder Trauma. Auch wenn diese Reaktion für den betreuenden Arzt nicht vordergründig sichtbar wird, muss in den meisten Fällen davon ausgegangen werden. Die Prognose über den Verlauf der Tumorerkrankung sollte dem Patienten ehrlich, aber nicht schonungslos nahegebracht werden. Es ist wichtig, dass der Arzt auch nach den Erwartungen und Ängsten des Patienten fragt und versucht, Unklarheiten möglichst frühzeitig auszuräumen.

Krankheitsbewältigung und Lebensqualität:

In der ersten Phase nach Mitteilung der Diagnose sollte der betreuende Arzt für den Patienten gut ansprechbar sein, um eine aktive Krankheitsbewältigung unter Beachtung des persönlichen Bewältigungsstils zu fördern. Oftmals wird der Patient seine Lebensbereiche hinterfragen und die aktuelle Lebenssituation mit Partner, Beruf und seinem Selbst überdenken.

Anpassungsstörung:

Im Verlauf der Betreuung eines Tumorpatienten können Anpassungsstörungen auftreten, die sich in vegetativen Störungen wie Schlafstörung, Libido- und Appetitverlust oder Schmerzen äußern.

Persönlichkeitsveränderungen:

Der betreuende Dermato-Onkologe sollte beachten, dass es zu Persönlichkeitsveränderung bei dem Patienten kommen kann. Die Ursache ist einerseits darin zu sehen, dass es zu reaktiven Depressionen aber auch zu Hirnmetastasierung gekommen sein kann. Besondere Beachtung sollten auch Medikamenten-Nebenwirkungen finden. Wir kennen bspw. depressive oder paranoide Störungen unter der Therapie mit Interferon α oder mit Dexamethason.

Begleitung sterbender Tumorpatienten:

Dies stellt das letzte und sehr intensive Kapitel für den betreuenden Arzt mit dem betroffenen Patienten (und oft dessen Angehörigen) dar. Von ihm sind neben hoher Einsatzbereitschaft auch emotionale Zuwendung und Trost gefordert, was nicht selten an die eigenen Grenzen der Belastbarkeit mit Schlafentzug, Verzweiflung, Mutlosigkeit und Trauer führt. Hier hat der betreuende Dermato-Onkologe im Sinne der eigenen Psychohygiene für sich Freiraum zu schaffen, um diese Ausnahmesituation psychisch und physisch bewältigen zu können.

Zusammenfassung

In der Dermatologie leiden bis zu einem Drittel aller Patienten an einer psychischen Störung. Hinzu kommen Probleme in der Krankheitsbewältigung. Die Psychodermatologie beschäftigt sich mit Hautkrankheiten, bei denen psychosoziale Ursachen, Folgen und Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben.

Psychische Faktoren können die Manifestation und den Verlauf einer Hautsymptomatik erheblich beeinflussen. Chronische Hauterkrankungen werden von den Betroffenen oft als hochgradig belastend erlebt. Demnach müssen in der Dermatologie bei jedem Patienten und jedem Symptom psychosomatische Aspekte im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells betrachtet werden, auch zur Verbesserung der Patienten-Compliance und der eigenen ärztlichen Psychohygiene.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Bewley A, Affleck A, Bundy C et al. Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party. *Br J Dermatol* 2013; 168: 1149–1150
- 2 Ahmad K, Ramsay B. Patients' fears and expectations: exploring the hidden agenda in our consultation. *Arch Dermatol* 2009; 145: 722–723
- 3 Taube K-M. Compliance in der Dermatologie. *Ärztliche Psychotherapie* 2013; 8: 94–103
- 4 Hoegl L, Fichter M, Plevig G. Stationäre Verhaltensmedizin chronischer Hautkrankheiten. *Hautarzt* 1998; 49: 270–275
- 5 Lee CS, Koo J. Psychopharmacologic therapies in dermatology: an update. *Dermatol Clin* 2005; 23: 735–744
- 6 Taube K-M, Gieler U. Psychosomatische Dermatologie. In: Garbe C, Rassner G, Hrsg. *Dermatologie Leitlinien und Qualitätssicherung*. Berlin, Heidelberg: Springer; 1998: 453–454
- 7 Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351–359
- 8 Millard L, Millard J. Factitious skin disease. In: Burn T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2010: 34–64
- 9 Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol* 2008; 33: 113–117
- 10 Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62: 235–243
- 11 Taube K-M. Psychoonkologie in der Dermatologie. *Hautarzt* 2013; 64: 424–428



CME-Fragen Psychodermatologie

- 1 Welche Aussage trifft zu?**
- A Hautkranke benötigen keine psychotherapeutische Hilfe.
 - B Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen haben keine erhöhte Suizidrate.
 - C Die Aufgaben in der Psychodermatologie sollte nur ein Hautarzt lösen.
 - D 85% der Hautkranke geben an, dass sie die Einschränkungen ihrer psychosozialen Kontakte am meisten stören.
 - E Für den Umgang mit psychodermatologischen Patienten sind keine Spezialkenntnisse erforderlich.
- 2 Wie motiviert man einen dermatologischen Patienten zu einer Psychotherapie?**
- A durch überzeugendes Auftreten
 - B durch eine Erklärung der Zusammenhänge zwischen Psyche und Haut
 - C durch Hinweis auf bestehende Leitlinien
 - D mit Internet-Ausdrucke
 - E Motivation ist nicht möglich.
- 3 Was bedeutet Concordance?**
- A ein Arztgespräch, das von Herzen kommt
 - B eine Übereinkunft zwischen Hausarzt und Klinik
 - C Es beinhaltet eine Interaktion und Kommunikation zwischen Arzt und Patient.
 - D eine neue Behandlungsmethode
 - E Concordance ist nur bei Kindern möglich.
- 4 Was ist keine Indikation für eine Psychotherapie?**
- A Versagen der bisherigen Behandlungen
 - B Störungen im sozialen Umfeld
 - C starke Manipulationen an der Haut
 - D Verschlechterung der Hauterkrankung bei Stress oder psychischer Belastung
 - E Wunsch des Patienten
- 5 Was ist keine Kontraindikation für eine Psychotherapie?**
- A akute Psychosen
 - B hirnorganisches Psychosyndrom
 - C akute Suizidalität
 - D Alkoholismus
 - E Lokalisation der Hauterkrankung ausschließlich an den Händen
- 6 Welches Akne-Medikament kann zu Depressionen führen?**
- A Minocyclin
 - B Dapson
 - C Doxycyclin
 - D Isotretinoin
 - E Erythromycin
- 7 Welche Erkrankung gehört nicht zu den multifaktoriellen Dermatosen?**
- A Psoriasis vulgaris
 - B Urtikaria
 - C Artefakte
 - D Akne vulgaris
 - E Atopische Dermatitis
- 8 Welcher Paraartefakt gehört zum Nagel?**
- A Onychotillomanie
 - B Urtikaria
 - C Psoriasis
 - D Onychomykose
 - E Lichen ruber
- 9 Welche Aussage trifft zu?**
- A Artefakte werden durch spitze Gegenstände erzeugt.
 - B Artefakte sind Kunstprodukte und existieren nicht wirklich.
 - C Artefakte werde von Familienangehörigen beigebracht.
 - D Artefakte sind infektiös.
 - E Artefakte können durch Infektionen oder Medikamente erzeugt werden.
- 10 Welche Aussage ist falsch? Körperdysmorphie Störungen (KDS) ...**
- A ... sind variantenreich.
 - B ... können an vielen Körperregionen vorkommen.
 - C ... sind für den Arzt (kaum) sichtbar.
 - D ... können auch im Mund vorkommen.
 - E ... betreffen nie die Haare.