

Psychodermatologie und geschlechtsspezifische Aspekte chronischer Hauterkrankungen

Psychodermatology and Gender-Specific Aspects of Chronic Skin Diseases

Autoren

G. Schmid-Ott¹, T. Steen², S. Stock Gissendanner¹

Institute

- 1 Berolina Klinik GmbH & Co. KG, Löhne
- 2 Gesundheitsschutz der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN), Hannover

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-104762>

Akt Dermatol 2017; 43: 85–96

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Gerhard Schmid-Ott, Ärztlicher Direktor,
Berolina Klinik GmbH & Co. KG, Bültestraße 21, 32584 Löhne
gerhard.schmidott@gmail.com

ZUSAMMENFASSUNG

Psychosoziale Faktoren können einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss auf Hautkrankheiten haben. Hierzu gehören Stress, Angst, Depression, Stigmatisierung und Scham, die z. T. auslösend oder im Verlauf verschlechternd auf die Hauterkrankung wirken. Umgekehrt können Erkrankungen der Psyche aber auch eine Erkrankung der Haut bewirken. Dabei führen physiologische und psychosoziale Unterschiede bei Mann und Frau zu einer unterschiedlichen Wahrnehmung von Hautkrankheiten und beeinflussen damit auch den Verlauf und die Krankheitsverarbeitung in deutlich verschiedenem, genderspezifischem Maße. Bei fast allen Krankheitsbildern der Haut ist die Prävalenz psychischer Komorbidität (insbesondere Depression und Angststörungen) bei Frauen hö-

her als bei Männern. Der Grund liegt vermutlich in der unterschiedlichen emotionalen Verarbeitung einer Hautkrankheit wie auch in der unterschiedlichen Wahrnehmung des eigenen Körperbilds und dem daraus erwachsenen Selbstwert. Mit der Rückkopplung zwischen Haut und psychosozialen Faktoren befasst sich die Psychodermatologie. Das Behandlungskonzept chronischer Hauterkrankungen mit psychischer Komorbidität sollte in 3 Stufen erfolgen und ggf. über die rein somatische Therapie hinaus mit einer Psychoedukation/Psychotherapie ergänzt werden, wenn äußere und innere psychische Konflikte die Krankheitsverarbeitung erschweren.

ABSTRACT

Psychosocial factors can have a significant and therapeutically relevant effect on skin diseases. Factors including stress, anxiety, depression, stigma, and shame sometimes trigger or worsen the skin disease. Conversely, mental illness can be a causal or complicating factor in skin diseases. Physiological and psychosocial differences in men and women lead to different perceptions of skin disease and thus also influence the course of skin disease and the success of coping mechanisms in distinctively gender-specific dimensions. The prevalence of psychological comorbidity (especially depression and anxiety disorders) is higher in women than in men in almost all skin disorders. The reason probably lies in the different emotional processing of skin disease, as well as in the different perceptions of body image and in the related sense of self-value. Psychodermatology is concerned with feedback mechanisms linking skin and psychosocial factors. Treatment of chronic skin diseases with psychiatric comorbidity should proceed in three stages and, if necessary, be supplemented with psychoeducation and/or psychotherapy beyond purely somatic therapy if external and internal psychological conflicts make disease coping more difficult.

Krankheitsbildern ebenfalls betroffen, sind aber nicht Bestandteil der Psychodermatologie im klassischen Sinne.

Einführung

Psychodermatologie Psychodermatologie ist die „Wissenschaft, die die Zusammenhänge zwischen Hautkrankheiten und psychischen Zuständen und Vorgängen erforscht“ [1]. Konkret befasst sie sich mit den komplexen Interaktionen zwischen Hormon-, Nerven-, Immun- und Hautsystem [2], die zwar zum größten Teil vegetativ gesteuert, aber auch zu einem nicht unerheblichen Teil durch unbewusste und bewusste psychische Zustände beeinflusst werden. Das Herz-Kreislauf-System und das muskuloskeletale System sind zwar bei wenigen

PSYCHODERMATOLOGIE – BEGRIFFSDEFINITION

Psychodermatologie beschäftigt sich mit „Hautkrankheiten, bei denen psychosoziale Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben“ [4].

TYPISCHE EINTEILUNG PSYCHODERMATOLOGISCH RELEVANTER HAUTERKRANKUNGEN

Kategorie I – somatisch bzw. vorrangig somatisch

Dermatosen, wobei psychische Störungen als Komorbidität oder als Komplikationen auftreten, wie z. B. Depression infolge der frustranen Behandlung von Akne. Psychische Probleme können auch als Probleme der Krankheitsverarbeitung verstanden werden.

Kategorie II – somatisch/psychisch

Chronisch-rezidivierende Dermatosen, bei denen sowohl organische als auch psychische Faktoren eine wechselwirkende Rolle in der Auslösung, im Verlauf und bei der Chronifizierung spielen, wie z. B. atopische Dermatitis und Psoriasis vulgaris.

Kategorie III – vorrangig psychisch

Psychische Störungen mit dermatologischer Symptomatik, wie z. B. Trichotillomanie.

Auch andere Hautkrankheiten können mit einer diagnostizierbaren Komorbidität in Erscheinung treten.

Hautkrankheiten können durch Stress, Angst, Depression, soziale Ausgrenzung (Stigmatisierung) und sozial verursachte emotionale Zustände wie Scham ausgelöst oder im Verlauf verschlechtert werden. Der Umkehrschluss gilt ebenso: Erkrankungen der Psyche können durch eine Erkrankung der Haut ausgelöst werden. Diese Rückkopplung zwischen Haut und psy-

chosozialen Einflussfaktoren findet seit einigen Jahrzehnten im pathogenetischen Kausalitätsverständnis und in Therapiekonzepten zunehmend mehr Beachtung [3].

Hautkrankheiten können u. a. auch dahingehend unterschieden werden, ob die somatische oder die psychosoziale Seite vorrangig (oder beide gleichrangig) zu betrachten ist bzw. sind. In der Psychodermatologie findet sich in ähnlicher Form wiederholt eine 3-teilige Einordnung von psychodermatologisch relevanten Hauterkrankungen:

- vorrangig somatisch
- psychosomatisch
- vorrangig psychisch [2, 4]

Diese 3 Kategorien schließen einander nicht aus. Alternative Zuordnungen werden angeboten [5, 6].

Merke

In Deutschland liegt die Prävalenz einer psychischen Komorbidität bei geschätzt bis zu einem Drittel der Menschen mit Hauterkrankungen [3].

Dieser Aufsatz bietet einen Einstieg in die wichtigsten Eckpunkte der praktischen Psychodermatologie mit einem Fokus auf geschlechtsspezifischen Aspekten und Fragen der funktionellen Gesundheit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO. Aus Platzgründen treten die Aspekte Stressmedizin und Lebensqualität in den Hintergrund. Der Aufsatz ersetzt nicht die Auseinandersetzung mit systematischen Übersichtsarbeiten und Behandlungsleitlinien (s. ▶ **Tab. 1** und ▶ **Tab. 2**).

▶ **Tab. 1** Leitlinien zu psychodermatologisch relevanten Hauterkrankungen.

Titel	AWMF-Registernummer	gültig bis
Behandlung der Akne	013/017	Dezember 2015; in Überarbeitung
Analekzem	013-007	abgelaufen; Aktualisierung für 2016 gemeldet
Atopische Dermatitis Erwachsener, dermatologische stationäre Rehabilitation	013/026	November 2017
Definition und Therapie der primären Hyperhidrose	013/059	Januar 2017
Kontaktekzem	013/055	Februar 2016
Malignes Melanom; Diagnostik, Therapie und Nachsorge	032-024OL	Januar 2016; in Überarbeitung
Chronischer Pruritus	013/048	Januar 2016; in Überarbeitung
Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie)	013/024	abgelaufen; Aktualisierung für Ende 2015 gemeldet
Therapie der Psoriasis vulgaris	013/001	Januar 2016; in Überarbeitung
Rosazea	013/065	April 2017
Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten	051/001	April 2017
Urtikaria, Klassifikation, Diagnostik und Therapie	013-028	abgelaufen; Aktualisierung für Ende 2015 gemeldet

Siehe auch: Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut. Berlin: DRV Bund, 2012.

► **Tab. 2** Gruppeneinteilung von psychodermatologisch relevanten Hauterkrankungen (bei somatischen Diagnosen sollte ggf. zusätzlich F54 „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ codiert werden).

Erkrankung	Beschreibung	Codierung nach ICD-10
Kategorie I: Ursache somatisch oder vorrangig somatisch, häufig mit negativen psychischen Auswirkungen		
Acne vulgaris	Erkrankungen des Talgdrüsenapparates und der Haarfollikel	L70.0
Alopecia areata	kreisrunder Haarausfall	L63.8
Handekzem, Kontaktekzem	lokalisiertes Ekzem unterschiedlicher Genese (kumulativ-irritativ, allergisch, atopisch)	L20.- atopisches [endogenes] Ekzem, L23.- Kontaktdermatitis
Kollagenosen, v. a. systemischer Lupus erythematodes (SLE)	Autoimmunerkrankung, bei der Organe bzw. Organsysteme, u. a. die Haut, geschädigt werden	M32.-, L93.-
Lichen ruber planus [„Knötchenflechte“]	entzündlich subakut bis chronisch nicht kontagiöse Hauterkrankung mit lichenoiden Papeln, Auftreten an der Haut und den Schleimhäuten	L43.-
malignes Melanom der Haut	„schwarzer Hautkrebs“	C43.-
Prurigo nodularis	durch große, heftig juckende Knoten gekennzeichnete Hauterkrankung	L28.1
Urtikaria („Nesselsucht“)	akutes oder chronisch-rezidivierendes Auftreten flüchtiger juckender Quaddeln, lokalisiert oder generalisiert	L50.-
Vitiligo	erworbene Depigmentierung der Haut infolge eines Melanozytenuntergangs	L80
Kategorie II: Somatopsychische bzw. psychosomatische Aspekte sind in unterschiedlichem Ausmaß von Relevanz		
Acné excoriée	Akne-Unterform, wobei das Hauptproblem nicht in der Erkrankung, sondern dem „zwanghaften“ Kratzen und Drücken besteht	L70.5
atopisches Ekzem (weitere Bezeichnungen: atopische Dermatitis oder Neurodermitis)	schubweise verlaufende, entzündliche Hautkrankheit mit stark juckenden Ekzemen auf der Haut bzw. Juckreiz	L20.-
Hyperhidrose	lokalisierte oder generalisierte Überfunktion ekkriner Schweißdrüsen	R61.-
Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte)	chronische, entzündliche Systemerkrankung mit schuppenden Hautläsionen, die an allen Teilen des Körpers erscheinen können	L40.0
Rosazea	chronisch entzündliche Gesichtsdematose, bevorzugtes Auftreten im mittleren Lebensalter	L71.8
seborrhoisches Ekzem	schuppiger Hautausschlag, der besonders auf der Kopfhaut und im Gesicht auftritt	L21.8
Kategorie III: Ursache vorrangig psychisch		
somatoforme Störungen mit Hautsymptomatik in unterschiedlichen Formen inkl. Pruritus sine materia	somatische Symptome ohne eindeutige somatische Ursache	F45.8
Trichotillomanie	Impulskontrollstörung in Bezug auf das Ausreißen der eigenen Haare	F63.3
wahnhaftige Störungen in der Dermatologie	z. B. Dermatozoenwahn	F22.-

Prävalenz Die Prävalenz von Hauterkrankungen in Deutschland variiert stark zwischen den sehr seltenen genetisch bedingten Störungen einerseits und Akne andererseits, die bei 70–95% aller Jugendlichen vorkommt [7]. Ein Kontaktekzem in allen seinen Formen (allergisch, kumulativ-irritativ) kommt z. B. bei 15–20% der Bevölkerung vor [8]. Die eher als typisch psychodermatologisch relevant zu bezeichnenden Hautkrankheiten sind weitaus seltener. Die Prävalenz von Psoriasis vulgaris liegt in Deutschland bei ca. 2% [9]; Rosazea kommt bei 2,3% der deutschen Bevölkerung vor [10]. Jedoch betreffen beide Erkrankungen immerhin jeweils weit über 1 Mio. Menschen.

Psychische Komorbiditäten Von großer Relevanz für die medizinische Versorgung sind psychische Komorbiditäten bei dermatologisch kranken Patienten. Eine neuere, europaweite Studie zu Menschen mit Hauterkrankungen zeigte im Vergleich zu Kontrollgruppen eine höhere Prävalenz von Depression, Angststörungen und (bei Psoriasispatienten) suizidaler Ideation [11]. Die psychische Komorbidität bei Hautpatienten kann in einzelnen Stichproben weit höher sein.

Merke

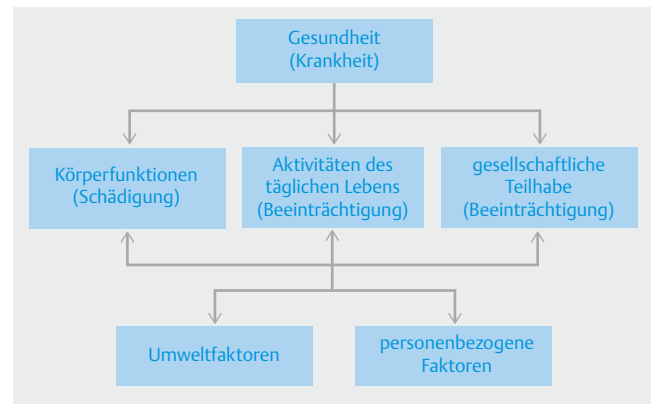
Die Wahrscheinlichkeit einer komorbiden Depression oder Angststörung ist am höchsten für Patienten mit Psoriasis, atopischer Dermatitis, Handekzem und Beingschwüren [11].

Das biopsychosoziale Modell als nützliche Heuristik

Holistischer Ansatz Vor dem Hintergrund komplexer somatischer, psychischer und sozialer Zusammenhänge arbeitet die psychosomatische Dermatologie gezwungenermaßen mit einem holistischen Ansatz. Hier hat das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation Vorbildcharakter [12]. Danach sollen Gesundheit und Gesundheitserhaltung konsequent ganzheitlich und in Bezug auf die Aufrechterhaltung von Teilhabe betrachtet werden (s. ► **Abb. 1**).

Der holistische Blick zielt nicht nur auf die somatischen Symptome und die damit zusammenhängende Beeinträchtigung von Körperfunktionen, sondern auch auf psychosoziale Folgen der Krankheit sowie auf Rückkopplungseffekte mit Bedingungen der Umwelt, individuellen personenbezogenen Eigenschaften, Einstellungen und Fähigkeiten. Diese – der eigentlichen Krankheit „externe“ – Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Ressourcen) wie auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Risikofaktoren) auf alle Komponenten der Gesundheit haben. Therapieziele können dementsprechend sowohl ressourcenorientiert und salutogenetisch als auch defizitorientiert und pathogenetisch ausgerichtet werden.

Funktionale Gesundheit Nach dem ICF-Leitbegriff der „funktionalen“ Gesundheit lebt der Mensch gesund, wenn er – womöglich trotz Beeinträchtigung von Körperfunktionen – an allen wesentlichen Lebensbereichen in ausreichendem Ausmaß



► **Abb. 1** Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des biopsychosozialen Modells der ICF (aus [13]).

teilnehmen kann. Ein gesundheitliches Problem zu beheben setzt voraus, dass die Interaktion zwischen Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe so gesteuert wird, dass alle diese 3 Bereiche nachhaltig gesichert sind.

Komplexe Zusammenhänge Warum ein ganzheitlicher Blick aufschlussreich ist, zeigt uns die Atopische Dermatitis (AD), eine mit starkem Juckreiz einhergehende chronisch entzündliche Dermatose. Bei AD ist die Identifizierung einzelner kausaler Faktoren kaum möglich. Raap et al. schlagen daher vor, den Verlauf als „interaktionelles Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ darzustellen [14]. Gemeint ist damit nicht nur der einfache „Juckreiz-Kratz-Zirkel“, wobei das Kratzen den Juckreiz verstärkt, sondern auch das weitergehende Problem, dass Stress auslösende soziale Interaktionen die somatische Vulnerabilität über die endokrinologischen und immunologischen Systeme erhöhen können. AD beeinträchtigt – wie viele andere Dermatosen auch – die gesellschaftliche Teilhabe [15], womit psychische Vulnerabilitäten, wie z. B. ein negatives Selbstwirksamkeitserleben, entstehen oder sich verschlimmern können. Diese Vulnerabilitäten können dann den subjektiv wahrgenommenen Stress erhöhen, wodurch die Betroffenen verschlimmerte Symptome erleben usw.

Merke

Komplexe systemische Zusammenhänge sind bei psychodermatologisch relevanten Hauterkrankungen die Regel.

Psychische Komorbidität bei Hauterkrankungen

Geschlechtsspezifische Aspekte

Genderunterschiede der Haut Die häufigsten psychischen Auffälligkeiten bei Personen mit Hautkrankheiten sind Depression und Angststörungen. Die Inzidenz ist jedoch zwischen den Geschlechtern unterschiedlich. Männer und Frauen haben unterschiedliche Haut, unterschiedliche Hormonsysteme sowie andere wichtige physiologische Differenzen. Diese körperbedingten Verschiedenheiten bewirken Unterschiede im Verlauf und in der Wahrnehmung von Hautkrankheiten.

GENDERUNTERSCHIEDE DER HAUT

Beispielhafte Unterschiede von Frauenhaut und Männerhaut (nach [16]):

- Männer haben eine dickere Haut; die Haut von Frauen bleibt aber länger von altersbedingter Ausdünnung verschont.
- Die Zusammensetzung des Stratum corneum, die äußerste Schicht der Epidermis, ist bei Frauen viel variabler als bei Männern, wohl wegen einer Wirkung weiblicher Hormone. Diese Lipide spielen eine Rolle bei der Wasserdurchlässigkeit der Haut.
- Die Inzidenz von Dermatitis wegen Kontakt mit Reizstoffen ist bei Frauen höher, dies ist aber wohl dadurch zu erklären, dass Frauen berufsbedingt häufiger mit Reizstoffen in Kontakt kommen.
- Frauen haben eine höhere Sensitivität auf kleine Temperaturänderungen auf der Haut und auf Hitze- bzw. Kälteschmerz.

Psychosoziale Faktoren Weitere Unterschiede zwischen Mann und Frau sind psychosozial und wurzeln in der verschiedenen Wahrnehmung des eigenen Körpers und im unterschiedlichen Wahrgenommen-Werden durch das soziale Umfeld [17, 18]. Eine eher geschlechtsspezifische soziale Vulnerabilität kann dann auch eine geschlechtsneutrale biologische Vulnerabilität verstärken. Ein gutes Beispiel ist die krankheitsverstärkende Reaktion auf eine befürchtete oder reale Stigmatisierung bei Psoriasis, wobei Frauen eine erhöhte Vulnerabilität zu haben scheinen (s. u.). Der Schwerpunkt auf Selbstständigkeit und emotionaler Selbstbeherrschung bei der männlichen Identitätsbildung im nordwesteuropäischen Kulturkreis wirkt möglicherweise in diesem Fall als protektiver Faktor gegen die Angst vor Stigmatisierung.

Genderspezifische Prävalenz Unter Personen mit Hauterkrankungen ist die Prävalenz von psychischen Komorbiditäten bei fast allen Krankheitsbildern bei Frauen höher [19, 20]. Erklärungen für dieses Phänomen liegen eventuell in der unterschiedlichen emotionalen Verarbeitung einer Hautkrankheit wie auch in der unterschiedlichen Wahrnehmung der Verbindung zwischen dem eigenen Körperbild und dem Selbstwert [17, 21]. Weitere Geschlechtsunterschiede sind indikationsspezifisch und unten näher erläutert.

Krankheitsbilder mit komorbider Depression und Angststörungen

Acne vulgaris und Acné excoriée

Bei Acne vulgaris ist die männliche Prävalenz geringfügig höher [22]. Akne führt bei Mädchen zu größerer Angst, ohne dass ein Unterschied in der Symptomstärke zu beobachten wäre [23, 24]. Geschätzt 13–30% der Betroffenen weisen klinisch relevante Symptome einer Depression auf – eine höhere Punktprävalenz als in der Gesamtbevölkerung [22, 25]. Eine Studie zeigte eine Korrelation zwischen selbstinduzierten Exkoriationen und Depression und Angststörungen [26].

Alopecia areata (AA)

Eine Verbindung zwischen AA, Depression und Angststörungen mit negativen Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, das Körperbild (Body Image) und das Selbstvertrauen ist belegt [27, 28].

Atopische Dermatitis (AD)

AD – auch als atopisches Ekzem oder Neurodermitis bezeichnet – tritt bei beiden Geschlechtern gleichmäßig auf ([29], S. 18). Unter allen AD-Patienten gibt es bei Frauen eine höhere Prävalenz von Depressionen und Angststörungen [30]. Studien belegen eine Korrelation zwischen AD und negativen psychosomatischen Symptomen, insbesondere Angst und Depression [31–34], eventuell in teufelskreisartigem Zusammenhang [35]. Bei Jungen korreliert AD mit einer höheren psychischen Komorbidität im Vergleich zu Mädchen desselben Alters [34]. Im Zeitverlauf konnte auch bestätigt werden, dass das Vorhandensein einer AD das Risiko erhöht, später eine depressive Störung oder eine Angststörung zu entwickeln [36]. Wie bei Psoriasis auch, gibt es keine eindeutige Korrelation zwischen Symptomstärke und negativen psychischen Symptomen [37]. Neurodermitiker wiesen in einer Studie eine ähnlich hohe Prävalenz für Alexithymie auf wie sie bei psychosomatisch-psychiatrisch Erkrankten gefunden wurde [38].

Chronische Urtikaria (CU)

In einer Studie gab es Hinweise auf eine „Psychosomatic Specificity“ bei CU mit alexithymischen Merkmalen; CU-Patienten hatten auch Schwierigkeiten, mit emotionaler Aufregung umzugehen [39]. Angst, Depressionen und Stresserleben sind bei Patienten mit CU höher ausgeprägt als im Bevölkerungsdurchschnitt [39, 40], jedoch treten Depressionen bei Urtikaria nicht so häufig auf wie bei Menschen mit idiopathischem Pruritus [41].

Handekzem

Das Handekzem korreliert mit einer erhöhten Prävalenz von Angstsymptomen; Ergebnisse in Bezug auf depressive Symptome sind weniger eindeutig [42, 43]. Eine Studie deutet auf eine Korrelation zwischen Symptomstärke und Depression hin [44]. Betroffene, die überzeugt sind, dass „Stress“ den Verlauf ihrer Erkrankung beeinflusst, nehmen auch eine höhere Symptomstärke sowie vermehrt Pruritus und Depressionen wahr [45].

Merke

Frauen sind vom Handekzem häufiger betroffen als Männer [46].

Frauen mit Handekzem zeigen im Vergleich zu daran erkrankten Männern stärkere Angstsymptome bei gleich starken Depressionssymptomen, eine höhere psychische Beeinträchtigung wegen der Erkrankung, eine intensivere Wahrnehmung des Pruritus und eine niedrigere Lebensqualität in einigen Dimensionen. Bei Männern dagegen korrelieren Angst- und Depressionssymptome enger mit der Symptomstärke, was darauf hindeutet, dass somatische Aspekte in der Entwicklung von

psychischen Krankheiten bei Männern eine wichtigere Rolle spielen ([42], S. 191).

Hyperhidrosis

Bei Hyperhidrosis stellt man eine erhöhte Prävalenz von Angst fest. Geschlecht, Alter und betroffene Körpergebiete scheinen keine Rolle zu spielen. Eine Assoziation mit Depressionen wird nicht in jeder Studie belegt [47, 48].

Kollagenosen: Sklerodermie, systemischer Lupus erythematodes (SLE)

SLE wird mit der generalisierten Angststörung und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung in Verbindung gebracht; das Vorhandensein von akuten psychischen Störungen ist mit einer stärker ausgeprägten Symptomatik assoziiert [49]. Angststörungen und Depressionen scheinen bei SLE-Patienten ebenfalls ausgeprägter als bei gesunden Vergleichspersonen zu sein [50–52]. Eine große mehrjährige Studie in der schwedischen Bevölkerung legt nahe, dass bei Personen mit SLE ein erhöhtes Risiko für starke Depressionen nur bei Frauen vorliegt [53].

Malignes Melanom

In einer Studie hatten Betroffene verstärkte Angst und Depressionen; die Angst vor körperlicher Beeinträchtigung ist größer als die Angst vor psychischem Distress oder dem Fehlen von sozialer Unterstützung [54]. Die Prävalenz von psychischen und psychosomatischen Problemen bei Patienten mit malignem Melanom ist bei Frauen höher als bei Männern [55].

Prurigo nodularis (PN)

PN ist im Vergleich zu Gesunden durch höhere IL-6-Werte, einen niedrigeren Serotoninspiegel und stärkere Depressionen gekennzeichnet [56]. Die Prävalenz psychischer Störungen ist bei PN höher als in der Normalbevölkerung und liegt auf einem mit Psoriasis und anderen Hauterkrankungen vergleichbaren Niveau ([57], S. 707).

Psoriasis

Die soziale Umwelt hat bei Psoriasis einen besonderen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Die Auswirkung und Wahrnehmung der sozialen Umwelt ist bei Männern und Frauen unterschiedlich [58]. Viele Studien zeigen, dass die Prävalenz einer depressiven Störung unter Frauen mit Psoriasis höher ist als bei Männern [59]. Jedoch sollte man beachten, dass dies auch für die allgemeine Bevölkerung gilt. Wichtigere geschlechtsbezogene Unterschiede liegen wohl eher in der sozialen Interaktion. Frauen verleihen z. B. erlebter und antizipierter Stigmatisierung offenbar eine andere subjektive Bedeutung als Männer (s. u.).

Soziale Unterstützung kann negative psychische Folgen von Psoriasis abfedern; dieser Effekt ist geschlechtsspezifisch. Höhere soziale Unterstützung führte in einer Studie zu einer etwas höheren Akzeptanz der Krankheit bei Männern als bei Frauen. Bei Frauen wiederum führte Akzeptanz zu weniger Depressionen und höherer Lebensqualität [60]. Männer und Frauen sind jedoch sozial unterschiedlich integriert und verarbeiten ihre Hautsymptome anders.

Merke

Soziale Integration ist wichtig, insbesondere für die Krankheitsverarbeitung.

Frauen und Männer perzipieren ihre Symptomstärke ähnlich. Sie unterscheiden sich aber in einer Studie in der Wahrnehmung dessen, wie stark sie „momentan“ darunter litten. Bei gleichen Symptomen leiden Männer offenbar weniger oder aber sie spielen ihr Leiden in Befragungen herunter [61]. Es gibt Hinweise darauf, dass die Behandlungsergebnisse durch einen hohen Alkoholkonsum bei Männern stärker beeinträchtigt werden als bei Frauen [62].

Nur bei Psoriasis tritt suizidale Ideation verstärkt in Erscheinung [11]. Eine große mehrjährige Studie mit ausschließlich Frauen als Teilnehmern belegte ein erhöhtes Risiko, bei bereits vorhandener Psoriasis eine Depression zu entwickeln [63]. Die umgekehrte Korrelation ist ebenfalls nachweisbar [64]. Man kann davon ausgehen, dass diese Verknüpfung auch bei Männern vorhanden ist [58, 65]. Die Assoziation mit Depressionen ist in unterschiedlichen Stichproben gut belegt [59, 66, 67], jedoch nicht in jeder (z. B. [68]). Das Risiko, eine Depression oder Angststörung zu entwickeln, ist bei Patienten, die schon im Jugendalter an Psoriasis erkrankt sind, eventuell höher (nicht ausreichend belegt) [69].

Merke

Die stärkste Korrelation zwischen einer Hauterkrankung und psychischen Störungen besteht bei Psoriasis.

Wie bei anderen psychodermatologisch relevanten Hauterkrankungen gibt es auch bei Psoriasis keine enge Verbindung zwischen subjektiver Stärke der Hauterkrankung und dem Auftreten oder dem Rückgang von Depressionen und Ängsten. Diese Faktoren stehen in einem komplexen Zusammenhang, sodass z. B. Stress, Lebensqualität und Stigmatisierung ebenfalls eine Rolle spielen.

Merke

Als Prädiktor psychischer Probleme ist der Parameter Lebensqualität besser geeignet als die Symptomstärke (z. B. [66]).

Rosazea

Eine Assoziation zwischen Rosazea und Depressionen ist gut etabliert [70]. Stark betroffene Patienten erleben in sozialen Situationen größere Angst [71]. Auch bei Rosazea ist die Korrelation zwischen klinisch eingeschätzter Symptomstärke und Depression bzw. Angst nicht direkt und wird eventuell durch Lebensqualität, subjektiv eingeschätzte Symptomstärke sowie Stigmatisierung beeinflusst [72, 73]. Es gibt einige Hinweise darauf, dass Rosazea bei Männern einen höheren negativen psychologischen Effekt hervorruft [72]. Das ist ungewöhnlich, denn bei anderen Dermatosen berichten Frauen von einer höheren negativen psychischen Auswirkung. Dieser Umstand kann eventuell durch die Stigmawirkung der Krankheit erklärt werden (s. u.).

Vitiligo

Auch wenn es sich bei Vitiligo um sichtbar depigmentierte Maculae ohne weitere Symptome handelt, haben die Hautflecken eine negative Auswirkung auf das Selbstbild des Körpers. Dieser Effekt scheint bei Frauen stärker zu sein [74]. Bei Personen mit Vitiligo gibt es eine Assoziation zwischen der Beeinträchtigung der Lebensqualität und psychischen Problemen einschließlich Depression und Angst [75–77]. Depressionen treten besonders häufig bei ledigen Menschen auf, insbesondere bei Frauen und insbesondere in den ersten Jahren der Krankheit [75].

Stigmatisierung

Sichtbare Hauterkrankungen und soziales Umfeld

Vergleich mit Stereotypen Durch Stigmatisierung werden eine persönliche Eigenschaft und ein in der Gesellschaft häufig vorkommendes Stereotyp in Beziehung gesetzt, aufgrund dessen die betroffene Person mit unerwünschten Charaktereigenschaften in Verbindung gebracht und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert wird. So wird z. B. übergewichtigen Personen eine Willensschwäche, Frauen eine überbordende Emotionalität unterstellt. Nicht selten geschieht eine Selbststigmatisierung – manche Stereotype sind so stark verinnerlicht, dass wir sie sogar zum eigenen Nachteil gegen uns selbst anwenden.

Merke

Stigmatisierung erfolgt durch Übertragung individueller Eigenschaften auf gesellschaftliche Stereotype.

Hauterkrankungen mit Symptomen an sichtbaren Körperteilen verleiten oft zu einer spürbaren Stigmatisierungsreaktion im sozialen Umfeld. Bei Hautpatienten sind ohnehin oft Schamgefühle vorhanden [78], sodass die Stigmatisierung oder antizipierte Stigmatisierung sehr stark einwirkt. Ausgrenzung, Ablehnung und sogar Abscheu fördern negative Gefühle und steigern das Risiko des sozialen Rückzugs und eventuell einer depressiven Störung. Schon die Antizipation von möglicher Stigmatisierung kann schaden: Sie macht ängstlich, was den sozialen Rückzug ebenfalls begünstigen kann. Die relevantesten Aspekte und Auswirkungen von Stigmatisierung können nach Schmid-Ott et al. in 6 Dimensionen beschrieben werden [79].

Geschlechtsunterschiede Männer und Frauen werden unterschiedlich stigmatisiert. Sie unterscheiden sich auch in der Wahrnehmung des Stigmas und seiner Bedrohlichkeit. Frauen werden durch Stigmatisierung in der Regel härter getroffen. Perrot und Kollegen sprechen vom doppelten Risiko der Frauen [18]. Erstens hängt ihr Selbstwert mehr vom Verbundenheitsgefühl mit dem sozialen Umfeld ab. In nordwesteuropäischen Kulturkreisen definieren Männer sich oft in Abgrenzung zum sozialen Umfeld. Zweitens beeinflusst Feedback aus dem sozialen Umfeld den Selbstwert von Frauen zu einem höheren Grad, als das bei Männern der Fall ist.

Sowohl Männer als auch Frauen mit Hauterkrankungen bekommen negatives Feedback aus dem sozialen Umfeld, nur haben Männer in der Regel die „dickere Haut“ und lassen ihre Selbsteinschätzung und ihr Selbstwertgefühl weniger davon

DIMENSIONEN DER STIGMATISIERUNG

6-dimensionale Betrachtung von Stigmatisierung anhand von Beispielen (nach [79]):

Zurückweisung

Objektiv tatsächliche Erfahrung, in einer Situation zurückgewiesen worden zu sein. Beispiel: Eintritt ins Schwimmbad verweigert.

Ablehnung

Subjektiv perzipierte oder erwartete soziale Ablehnung. Beispiel: Bemerkung des ablehnenden Gesichtsausdrucks eines Gegenübers.

Verheimlichung

Das Versuchen Verdecken von Symptomen. Beispiel: Das Anziehen und ununterbrochene Anbehalten von bedeckender Kleidung, was auch negative Konsequenzen für die Teilhabe mit sich bringen kann.

Rückzug

Das Vermeiden von Situationen, in die sich Betroffene gerne begeben möchten, aber nicht unbedingt müssen. Beispiel: Sauna- oder Freibadbesuche.

Selbstwertgefühl

Aus der Stigmatisierung kann ein verletztes Selbstwertgefühl folgen.

Gelassenheit

Auf der Ressourcenseite werden negative Auswirkungen von Stigmatisierung durch Gelassenheit zum Teil neutralisiert.

beeinflussen. Hier gilt es jedoch zu bedenken: Das Stigmatisierungserleben variiert je nach dem Hautkrankheitsbild, weil die jeweiligen Symptome unterschiedlich sichtbar sind und sich bei einem Betrachter unterschiedlich stark negativ einprägen. Der aktuelle Stand der Forschung zu diesen Unterschieden, der nicht jede Hautkrankheit abdeckt, ist unten kurz zusammengefasst.

Merke

Stigmatisierungserlebnisse unterscheiden sich grundsätzlich zwischen Männern und Frauen mit Variationen je nach Krankheitsbild.

Studienlage zu genderspezifisch wahrgenommener Stigmatisierung

Stigmatisierung bei Psoriasis Stigmatisierung hat einen direkten negativen Effekt auf die psychische Gesundheit von Personen mit Psoriasis, unabhängig von der erlebten Symptomstärke [61]. Die Forschung zeigt das Fehlen einer deutlichen Assoziation zwischen Symptomstärke und erlebter und gefühlter Stigmatisierung [80]. Bei vergleichbarer Hautsymptomatik nehmen Frauen einen höheren Grad von Stigmatisierung wahr. Bei Frauen zeigt sich erwartungsgemäß auch eine schwächere Korrelation zwischen einer Symptomverbesserung und dem Empfinden von weniger Stigmatisierung. Dies deutet auf das

EMPFEHLUNGEN ZUR GESPRÄCHSFÜHRUNG

Falls nicht anders angegeben, basieren die folgenden Tipps zur Gesprächsführung auf der AWMF-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ [93].

- Die Gesprächsführung soll Einsicht in die subjektive Sichtweise der Patienten liefern, ein Vertrauensverhältnis schaffen, mögliche physische und psychische Einflussfaktoren aus dem Umfeld identifizieren und psychosomatische Bedingungsmodelle einführen.
- Im ersten Schritt der Gesprächsführung sollte sich der Behandler die Beschwerden ausführlich und spontan schildern lassen. Der Behandler sollte damit die Beschwerden und die mit ihnen verbundenen Beeinträchtigungen vorbehaltlos anerkennen.
- Die Gesprächsführung seitens des Behandlers sollte in Bezug auf psychosoziale Themen zunächst eher indirekt erfolgen. Beeinträchtigungen durch Schwierigkeiten bei der Kleidungswahl, beim Friseur, im Schwimmbad, beim Sport und im Sexualleben auch schon bei relativ geringer Ausdehnung der Hauterkrankung sollten zunächst bei-läufig, bei einem konkreten Verdacht dann direkt thematisiert werden.
- Hinweise auf emotionale und soziale Probleme und Bedürfnisse seitens des Patienten sollten empathisch aufgegriffen und zumindest kurz als bedeutsam benannt werden.
- Befundbesprechungen sollten in verständlicher Sprache erfolgen. Sie sollten die Beschwerden im Sinne einer Rückversicherung („Normalisierung“) erklären und den Patienten beruhigen. Auch hier ist es nützlich, Metaphern des Patienten oder Teufelskreismodelle etc. einzusetzen. Nützlich kann auch der Hinweis sein, dass der Patient mit seinen Beschwerden und Erfahrungen nicht alleine ist.
- Es sollte immer wieder vermittelt werden, dass somatische Gesichtspunkte nach wie vor ausreichend in die weitere Diagnostik und Therapie einbezogen werden [85].

Wirken anderer Variablen hin, z. B. geschlechterspezifische Krankheitsbewältigungsstile. Möglich ist auch, dass Stigmatisierung bei Frauen schon bei weniger ausgeprägter Symptomatik anfängt [81, 82].

Frauen mit Psoriasis berichteten von stärkeren negativen Auswirkungen der Stigmatisierung bei den Dimensionen „Selbstwert“, „Rückzug“ und „Gelassenheit“. Sie äußern häufiger, dass sie eine Reduzierung des Selbstwertgefühls erleben und es schwer haben, sich von den sozialen Auswirkungen der Psoriasis zu distanzieren; jedoch ist der negative Effekt von Stigmatisierung auf die Lebensqualität für beide Geschlechter ähnlich hoch [61].

Weitere Hauterkrankungen Stigmatisierungserlebnisse von Neurodermitisbetroffenen ähneln denen bei Psoriasis [83]. Die Stigmatisierungserfahrungen von Patienten mit Vitiligo sind psychisch relevant, Patienten mit sichtbaren Läsionen erleben eine stärkere Stigmatisierung [84].

Unter den an Rosazea erkrankten Personen sind Männer häufiger von Depressionen betroffen als Frauen. Eine stärkere negative psychische Auswirkung bei Männern ist bei Hautkrankheiten ungewöhnlich und eventuell dadurch zu erklären, dass die Stigmatisierung bei Rosazea Männer stärker trifft. Die rötliche Färbung des Nasenbereichs bei Rosazea wird oft als „Schnapsnase“ missdeutet – also als Zeichen des Alkoholmissbrauchs insbesondere bei Männern.

Behandlungsmanagement

Behandlung immer im Gespräch mit Betroffenen angehen

Egal ob die betroffene Hautfläche groß oder klein ist, Hautkrankheiten sind sehr oft mit psychosozialen Belastungen assoziiert und behandelnde Ärztinnen und Ärzte sollten bei der Diagnostik und Behandlung von Hauterkrankungen das biopsychosoziale Modell zumindest im Hinterkopf haben (► **Abb. 1**).

Bei der Behandlung sollte ein 3-stufiges Vorgehen die Regel sein, wobei diese Stufen fallabhängig auch zeitgleich beschränkt werden können:

- Zunächst sollte geklärt werden, ob die Behandlung der somatischen Symptome bei Betroffenen ohne offensichtliche psychische Symptomatik genügt. Der Therapeut sollte die Patienten frühzeitig über die Interaktion körperlicher und psychischer Faktoren informieren und sie motivieren, diese wahrzunehmen, ohne ihr somatisches Krankheitskonzept zu früh infrage zu stellen [85].
- Bei offensichtlichen psychischen Problemen oder bei frustrierender somatischer Behandlung sollten in einem weiteren Schritt die subjektiven Erfahrungen der Patientin bzw. des Patienten stärker berücksichtigt werden und die somatische Anamnese auf psychosoziale Aspekte ausgeweitet werden (s. z. B. [86], S. 18). Hilfreiche Tipps zur Gesprächsführung sind oben im Kasten aufgeführt. Für die Ausweitung der Behandlungsstrategie auf psychosoziale Aspekte bietet sich eine Vielfalt an Interventionsmöglichkeiten mit den Zielsetzungen „Hilfe bei der Krankheitsbewältigung“, „Hilfe gegen Angst vor Kontrollverlust“ und „Durchbrechung des Juckreiz-Kratz-Zirkels“ an. Hierzu gehören verhaltenstherapeutische Methoden wie psychoedukative Elemente, Stressbewältigungstraining, Training sozialer Kompetenzen oder das Erlernen von Entspannungsverfahren ([5], S. 323).
- In einem letzten Schritt können Psychotherapie und ggf. auch der Einsatz von Psychopharmaka als Optionen in Betracht gezogen werden [3, 87]. Psychotherapie ist auch bei einer Verschlechterung der Hautsymptomatik bei psychischer Belastung, sozialen Phobien, Entstellungssyndrom und exzessiver Manipulation der Haut sowie für die Behandlung von komorbiden psychischen Erkrankungen indiziert [3]. Sie kann in Einzelfällen auch die Abmilderung psychisch bedingter somatischer Symptome wie Juckreiz bewirken [88].

CHRONISCHE DERMATOSEN: INDIKATION FÜR PSYCHOTHERAPIE

Die Indikation für eine bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen zusätzlich zu einer dermatologischen Therapie durchzuführende psychotherapeutische Behandlung muss bei folgenden Konstellationen geprüft werden ([85], S. 1122):

- bei gravierenden interaktionellen Problemen, unabhängig davon, ob sie im Wesentlichen durch die Dermato­se verursacht sind oder durch sie „nur“ verstärkt werden; hier kann eine Psychotherapie dazu beitragen, die damit zusammenhängenden äußeren und inneren Konflikte besser zu verstehen und damit zu bewältigen
- bei einer erschwerten Krankheitsverarbeitung im Zusammenhang mit der Hautsymptomatik, unabhängig von der Schwere der Hauterkrankung
- wenn Konflikte vorliegen, die für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Hautsymptomatik potenziell relevant sind
- bei Persönlichkeitsstörungen und/oder durch neurotische Konflikte (mit)bedingten psychischen Störungen im Sinne von Neurosen, die unabhängig von der chronischen Dermato­se diagnostiziert werden

Subjektive Lebensqualität

Im Kontext der Psychoedukation und Psychotherapie sollte die subjektiv erlebte Lebensqualität immer mit ins Auge gefasst werden, weil in der Regel erst über ihre Verbesserung eine Besserung der psychischen Gesundheit erfolgen wird. Weder Lebensqualität noch psychische Gesundheit verbessern sich zwangsläufig durch eine Verbesserung der somatischen Symptomstärke [89].

An dieser Stelle sollten dann Überlegungen zu „Krankheitsbewältigung“ und „Krankheitsmanagement“ ansetzen. Im neueren Verständnis berücksichtigen diese die subjektiven Einstellungen und Erlebnisse der Betroffenen. Wegen der Bedeutung subjektiver Einstellungen und Erlebnisse sowie Motivation in der Behandlung sind kognitive Krankheitsbewältigungsprozesse „wichtiger als das Ausmaß der Symptomatik“ ([5], S. 221). Eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung hängt also nicht direkt von der Symptomstärke ab, sondern individuelle psychosoziale Belastungen spielen eine große Rolle. Außerdem spielen – wie ansatzweise in der positiven Psychologie (insbesondere in der Resilienzforschung) näher erläutert – positive Ressourcen und die individuellen Fähigkeiten, aus diesen zu schöpfen, ebenfalls eine bedeutende Rolle in der Krankheitsbewältigung [90]. Genderunterschiede und Stigmatisierungserlebnisse beeinflussen womöglich Krankheitsbewältigungsstile und -erfolge [91, 92], jedoch ist diese Frage für Personen mit Hautkrankheiten bisher kaum erforscht [81].

Merke

Krankheitsbewältigung ist ein multifaktorieller Prozess aus Symptomstärke, psychosozialen Belastungen und der Verfügbarkeit von Ressourcen.

Dynamisches Selbstmanagement

Das Management chronischer Hautkrankheiten sollte im Kontext des biopsychosozialen Modells lokalisiert werden. Sein Gelingen setzt die langfristige Kooperation der Behandler und der Patienten voraus. An die Stelle der früheren „Behandlungstreue“ bzw. „Adhärenz“ sollte das dynamische Modell des Selbstmanagements treten. Dieses verbindet folgende Faktoren:

- das Behandlungskonzept
- eine adäquate Vorstellung über Krankheitsursachen und Krankheitsrisiken
- die subjektive Belastung durch die Hautkrankheit
- die aktuelle Lebensqualität
- den subjektiv vermuteten Nutzen der medikamentösen Behandlung
- die selbsteingeschätzten eigenen Handlungskompetenzen samt Ressourcen zur Krankheitsbewältigung

Wenn Behandlungskonzepte gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt werden, steigert das in der Regel die Motivation beim Selbstmanagement. Die Motivation der Betroffenen, ihrem Behandlungsprogramm treu zu bleiben, sollte stets angesprochen werden. Außerdem sollten Möglichkeiten eingeräumt werden, die Behandlung an die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten anzupassen [90].

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag wurde erstveröffentlicht in: Psych up2date 2016; 10: 195 – 210.

Literatur

- [1] Gieler U. Unsere Haut fühlt mit uns. In: Taube KM, Rapp G, Seikowski K, Gieler U, Hrsg. Die Haut und die Sprache der Seele. Munderfing: fischer & gann; 2015: 15 – 23
- [2] Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007; 9: 203 – 213
- [3] Harth W. Psychiatrische Erkrankungen und traumatisierter Patient. In: Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC et al., Hrsg. Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie. 6. Aufl. Berlin: Springer; 2015
- [4] Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychothe-

- rapie. S2-Leitlinie Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie). AWMF-Registernummer: 013/024. Gültig bis 31. 10. 2010. In Überarbeitung. Berlin: Deutsche Dermatologische Gesellschaft; 2006
- [5] Schneider G, Gieler U. Die Haut als Spiegel der Seele: Psychosomatische Dermatologie – aktueller Forschungsstand. *Z Psychom Med Psychother* 2001; 47: 307–331
- [6] Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut. Berlin: DRV Bund; 2012
- [7] Deutsche Dermatologische Gesellschaft. S2k-Leitlinie Behandlung der Akne. AWMF-Registernr. 013/026. Gültig bis Dezember 2015. Berlin: Deutsche Dermatologische Gesellschaft; 2011
- [8] Brasch J, Becker D, Aberer W et al. Leitlinie Kontaktekzem. *Allergo J Int* 2015; 23: 126–139
- [9] Nast A, Boehncke W, Mrowietz U et al. S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris. AWMF-Registernr. 013/001. Gültig bis Januar 2016. Berlin: Deutsche Dermatologische Gesellschaft; 2011
- [10] Reinholz M, Tietze J, Kilian K et al. S1-Leitlinie Rosazea. AWMF-Registernr. 013/065. Gültig bis April 2017. Berlin: Deutsche Dermatologische Gesellschaft; 2015
- [11] Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 2015; 135: 984–991
- [12] World Health Organization. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. Genf: World Health Organization; 2005
- [13] Niederauer HH, Schmid-Ott G, Buhles N. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Dermatologischen Rehabilitation. Konzept, Anwendung, Perspektive. *Hautarzt* 2005; 56: 631–636
- [14] Raap U, Werfel T, Jaeger B et al. Atopische Dermatitis und psychischer Stress. *Hautarzt* 2003; 54: 925–929
- [15] Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med* 1985; 20: 425–429
- [16] Tur E. Physiology of the skin – differences between women and men. *Clin Dermatol* 1997; 15: 5–16
- [17] Koblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective. *Dermatol Clin* 2005; 23: 619–627
- [18] Perrott SB, Murray AH, Lowe J et al. The personal-group discrimination discrepancy in persons living with psoriasis. *Basic and Applied Social Psychology* 2000; 22: 57–67
- [19] Picardi A, Abeni D, Melchi CF et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143: 983–991
- [20] Picardi A, Abeni D, Renzi C et al. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol* 2001; 81: 410–414
- [21] Koblenzer CS. Psychodermatology of women. *Clin Dermatol* 1997; 15: 127–141
- [22] Saitta P, Keehan P, Yousif J et al. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients. Part 1: overview of prevalence. *Cutis* 2011; 88: 33–40
- [23] Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998; 197: 230–234
- [24] Skroza N, Tolino E, Proietti I et al. Women and acne: any difference from males? A review of literature. *G Ital Dermatol Venereol* 2016; 151: 87–92
- [25] Saitta P, Keehan P, Yousif J et al. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients. Part 2: Depression, anxiety, and suicide. *Cutis* 2011; 88: 92–97
- [26] Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ. Psychosomatic study of self-excoriative behavior among male acne patients: preliminary observations. *Int J Dermatol* 1994; 33: 846–848
- [27] Tucker P. Bald is beautiful? The psychosocial impact of alopecia areata. *J Health Psychol* 2009; 14: 142–151
- [28] Villasante Fricke AC, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2015; 8: 397–403
- [29] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen. Frankfurt/M: BAR; 2013
- [30] Mina S, Jabeen M, Singh S et al. Gender differences in depression and anxiety among atopic dermatitis patients. *Indian J Dermatol* 2015; 60: 211
- [31] Annesi-Maesano I, Beyer A, Marmouz F et al. Do patients with skin allergies have higher levels of anxiety than patients with allergic respiratory diseases? Results of a large-scale cross-sectional study in a French population. *Br J Dermatol* 2006; 154: 1128–1136
- [32] Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer JP et al. Suizidgedanken, Angst und Depression bei erwachsenen Neurodermitikern. *Hautarzt* 2009; 60: 641–646
- [33] Hashiro M, Okumura M. Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity. *J Dermatol Sci* 1997; 14: 63–67
- [34] Saunes M, Smidesang I, Holmen TL et al. Atopic dermatitis in adolescent boys is associated with greater psychological morbidity compared with girls of the same age: the Young-HUNT study. *Br J Dermatol* 2007; 156: 283–288
- [35] Hashizume H, Takigawa M. Anxiety in allergy and atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2006; 6: 335–339
- [36] Cheng CM, Hsu JW, Huang KL et al. Risk of developing major depressive disorder and anxiety disorders among adolescents and adults with atopic dermatitis: a nationwide longitudinal study. *J Affect Disord* 2015; 178: 60–65
- [37] Linnet J, Jemec GB. An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1999; 140: 268–272
- [38] Leweke F, Bausch S. Alexithymie und Krankheit – Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten. In: Grabe HJ, Rufer M, Hrsg. Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber; 2009: 127–148
- [39] Barbosa F, Freitas J, Barbosa A. Chronic idiopathic urticaria and anxiety symptoms. *J Health Psychol* 2011; 16: 1038–1047
- [40] Hashiro M, Okumura M. Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci* 1994; 8: 129–135
- [41] Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 1990; 123: 769–774
- [42] Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F et al. Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. *Contact Dermatitis* 2012; 67: 184–192
- [43] Kouris A, Armyra K, Christodoulou C et al. Quality of life, anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients with chronic hand eczema. *Contact Dermatitis* 2015; 72: 367–370
- [44] Yu M, Han TY, Lee JH et al. The Quality of Life and Depressive Mood among Korean Patients with Hand Eczema. *Ann Dermatol* 2012; 24: 430–437
- [45] Niemeier V, Nippesen M, Kupfer J et al. Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup needs additional psychological care? *Br J Dermatol* 2002; 146: 1031–1037

- [46] Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A et al. The epidemiology of hand eczema in the general population – prevalence and main findings. *Contact Dermatitis* 2010; 62: 75–87
- [47] Braganca GM, Lima SO, Pinto Neto AF et al. Evaluation of anxiety and depression prevalence in patients with primary severe hyperhidrosis. *An Bras Dermatol* 2014; 89: 230–235
- [48] Gross KM, Schote AB, Schneider KK et al. Elevated social stress levels and depressive symptoms in primary hyperhidrosis. *PLoS One* 2014; 9: e92412
- [49] Uguz F, Kucuk A, Cicek E et al. Mood, anxiety, and personality disorders in patients with systemic lupus erythematosus. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 341–345
- [50] Bachen EA, Chesney MA, Criswell LA. Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 822–829
- [51] Kheirandish M, Faezi ST, Paragomi P et al. Prevalence and severity of depression and anxiety in patients with systemic lupus erythematosus: An epidemiologic study in Iranian patients. *Mod Rheumatol* 2015; 25: 405–409
- [52] Tay SH, Cheung PP, Mak A. Active disease is independently associated with more severe anxiety rather than depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2015; 24: 1392–1399
- [53] Sundquist K, Li X, Hemminki K et al. Subsequent risk of hospitalization for neuropsychiatric disorders in patients with rheumatic diseases: a nationwide study from Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 501–507
- [54] Erim Y, Loquai C, Schultheis U et al. Anxiety, posttraumatic stress, and fear of cancer progression in patients with melanoma in cancer aftercare. *Onkologie* 2013; 36: 540–544
- [55] Brandberg Y, Mansson-Brahme E, Ringborg U et al. Psychological reactions in patients with malignant melanoma. *Eur J Cancer* 1995; 31A: 157–162
- [56] Konda D, Chandrashekar L, Rajappa M et al. Serotonin and interleukin-6: Association with pruritus severity, sleep quality and depression severity in Prurigo nodularis. *Asian J Psychiatr* 2015; 17: 24–28
- [57] Schneider G, Hockmann J, Stumpf A. Psychosomatische Aspekte der Prurigo nodularis. *Hautarzt* 2014; 65: 704–708
- [58] Schmid-Ott G. Causality for depression and psoriasis is a sex-specific two-way process. *Br J Dermatol* 2015; 173: 891
- [59] Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M et al. Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: A hospital-based case-control study. *Dermatol Res Pract* 2012; 2012: 381905
- [60] Janowski K, Steuden S, Pietrzak A et al. Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2012; 304: 421–432
- [61] Böhm D, Stock Gissendanner S, Snitjer K et al. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 220–226
- [62] Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK et al. Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 730–732
- [63] Dommasch ED, Li T, Okereke OI et al. Risk of depression in women with psoriasis: a cohort study. *Br J Dermatol* 2015; 173: 975–980
- [64] Dominguez PL, Han J, Li T et al. Depression and the risk of psoriasis in US women. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 1163–1167
- [65] Devrimci-Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H et al. The depression, anxiety, life satisfaction, and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14: 267–271
- [66] Bangemann K, Schulz W, Wohlleben J et al. Depression und Angststörung bei Psoriasispatienten: Schutz- und Risikofaktoren. *Hautarzt* 2014; 65: 1056–1061
- [67] Esposito M, Saraceno R, Giunta A et al. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006; 212: 123–127
- [68] Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry* 2014; 13: 38
- [69] Remrod C, Sjoström K, Svensson A. Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol* 2013; 169: 344–350
- [70] Gupta MA, Gupta AK, Chen SJ et al. Comorbidity of rosacea and depression: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Care Survey – Outpatient Department data collected by the U.S. National Center for Health Statistics from 1995 to 2002. *Br J Dermatol* 2005; 153: 1176–1181
- [71] Su D, Drummond PD. Blushing propensity and psychological distress in people with rosacea. *Clin Psychol Psychother* 2012; 19: 488–495
- [72] Böhm D, Schwanitz P, Stock Gissendanner S et al. Symptom severity and psychological sequelae in rosacea: results of a survey. *Psychol Health Med* 2014; 19: 586–591
- [73] Abram K, Silm H, Maarros HI et al. Subjective disease perception and symptoms of depression in relation to healthcare-seeking behaviour in patients with rosacea. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 488–491
- [74] Kostopoulou P, Jouary T, Quintard B et al. Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. *Br J Dermatol* 2009; 161: 128–133
- [75] Al-Harbi M. Prevalence of depression in vitiligo patients. *Skinmed* 2013; 11: 327–330
- [76] Sampogna F, Raskovic D, Guerra L et al. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol* 2008; 159: 351–359
- [77] Sangma LN, Nath J, Bhagabati D. Quality of life and psychological morbidity in vitiligo patients: a study in a teaching hospital from north-east India. *Indian J Dermatol* 2015; 60: 142–146
- [78] Gieler U. Ich schäme mich meiner Haut. In: Taube KM, Rapp G, Seikowski K, Gieler U, Hrsg. *Die Haut und die Sprache der Seele*. Munderfing: fischer & gann; 2015: 34–51
- [79] Schmid-Ott G, Jäger B, Künsebeck H et al. Entwicklung des „Fragebogens zum Erleben von Hautbeschwerden“ (FEH): Faktorenanalyse und Untersuchung von Prädiktoren für das Krankheitserleben von Psoriasis-Patienten. *Z Klin Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 1998; 46: 330–343
- [80] Perrott SB, Murray AH, Lowe J et al. The psychosocial impact of psoriasis: physical severity, quality of life, and Stigmatization. *Physiol Behav* 2000; 70: 567–571
- [81] Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jäger B et al. Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Derm Venereol* 2005; 85: 27–32
- [82] Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study. *Br J Dermatol* 2007; 157: 508–513
- [83] Schmid-Ott G, Burchard R, Niederauer HH et al. Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis. *Hautarzt* 2003; 54: 852–857
- [84] Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jecht E et al. Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 456–461
- [85] Schmid-Ott G. *Dermatologie*. In: Adler R, Herzog W, Joraschky P et al., Hrsg. *Uexküll – Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7. Aufl. München: Urban & Fischer; 2011: 1118–1126
- [86] Hertl M, Wolf H. *Einführung*. In: Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC et al., Hrsg. *Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie*. 6. Aufl. Berlin: Springer; 2015

- [87] Rapp G. Gibt es Pillen für Hautprobleme? Psychopharmaka in der Hautarztpraxis. In: Taube KM, Rapp G, Seikowski K, Gieler U, Hrsg. Die Haut und die Sprache der Seele. Munderfing: fischer & gann; 2015: 261 – 274
- [88] Wehrmann J. Chronischer Juckreiz. In: Taube KM, Rapp G, Seikowski K, Gieler U, Hrsg. Die Haut und die Sprache der Seele. Munderfing: fischer & gann; 2015: 226 – 231
- [89] Breuer K, John SM, Finkeldey F et al. Tertiary individual prevention improves mental health in patients with severe occupational hand eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 1724 – 1731
- [90] Schmid-Ott G, Böhm D, Stock Gissendanner S. Patient considerations in the management of mental stress in psoriasis. *Patient Intelligence* 2012; 4: 41 – 50
- [91] Shimanoe C, Otsuka Y, Hara M et al. Gender-specific associations of perceived stress and coping strategies with C-reactive protein in middle-aged and older men and women. *Int J Behav Med* 2014; 21: 821 – 832
- [92] Lehto US, Ojanen M, Dyba T et al. Baseline psychosocial predictors of survival in localized melanoma. *J Psychosom Res* 2007; 63: 9 – 15
- [93] Hausteiner-Wiehle C, Schäfer R, Häuser W et al. S3-Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. AWMF-Reg.-Nr. 051-001. Gültig bis April 2017. Stuttgart: Schattauer; 2012