

Patienten mit dermatologischen Beschwerden und Krankheiten

Pierre E. Frevert

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie/

Arzt für Psychosomatische Medizin

Psychotherapie/ Psychoanalyse

Arzt im Ärztlichen Notfalldienst

Email: pierrefrevert@dgn.de

Vortrag

im Rahmen des

13. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,

20.04.2007

1. Definition
2. Was ist Psychosomatische Dermatologie
3. Einteilung der Psychosomatische Hautkrankheiten
4. Krankheitsbilder:
4.1. Psychosomatische Dermatosen
<ul style="list-style-type: none"> • 4.1.1 .Neurodermitis • 4.1.2. Psoriasis vulgaris • 4.1.3. Kontaktdermatitis (Periorale Dermatitis) • 4.1.4. Akne • 4.1.5. Urtikaria
4.2. Psychiatrische Hauterkrankungen
4.2.1. <u>Somatoforme Störungen</u> 4.2.1.1. <i>Konversionsstörungen</i> <ul style="list-style-type: none"> • 4.2.1.1.1. Lokaler genitaler oder analer Pruritus • 4.2.1.1.2. Erythema e pudore 4.2.1.2. <i>undifferenzierte somatoforme Störungen</i> <ul style="list-style-type: none"> • 4.2.1.2.1. Generalisierter Pruritus (sine materia) • 4.2.1.2.2. Glossodynie 4.2.1.3. <i>Körperdysmorphie Störungen</i> 4.2.1.3. <i>Soziale Phobien</i> <ul style="list-style-type: none"> • 4.2.1.2.1. Erythrophobie
4.2.2. <u>Chronisch vorgetäuschte Störungen</u> 4.2.2.1. <i>.Artefakte</i> <ul style="list-style-type: none"> • 4.2.2.1.1.Dermatitis artefacta 4.2.2.2. <i>Simulationen</i> <ul style="list-style-type: none"> • 4.2.2.2.1. Münchhausen-Syndrom • 4.2.2.2.2. Münchhausen-Syndrom by proxy 4.2.2.3. <i>Paraarteefakte (Störungen der Impulskontrolle)</i> <ul style="list-style-type: none"> • 4.2.2.3.1. Neurotische Exkorationen • 4.2.2.3.2. Kratzattacken • 4.2.2.3.3. Acne excoriée • 4.2.2.3.4. Trichotillomanie • 4.2.2.3.5. Onychophagie • 4.2.2.3.6. Onychotillomanie • 4.2.2.3.7. Morsicatio buccarum • 4.2.2.3.8. Cheliditis factitia (Leckekzem) • 4.2.2.3.9. Balinitis simplex
4.2.3. <u>Wahnsyndrome</u> <ul style="list-style-type: none"> • 4.2.3.1.Dermatozooenwahn
4.3. Somatopsychische Dermatosen
<ul style="list-style-type: none"> • 4.3.1. Psychische Veränderungen bei Hautkrebs (z.B. Melanom)

Patienten mit dermatologischen Beschwerden und Krankheiten

Ich spreche heute mit Ihnen über die

Psychosomatischen Aspekte der Dermatologie

Heute ist die Psychosomatische Dermatologie ein fester Bestandteil der Dermatologie. Dass „die Haut der Spiegel der Seele“ sei, ist ein verbreiteter Gemeinplatz. In unserem Alltag sind wir es gewohnt uns auf die Haut zu beziehen, wenn wir unsere Affekte zum Ausdruck bringen wollen: „Ich könnte aus der Haut fahren!“, „Das geht mir unter die Haut“ (i. S. „Das geht mir sehr nahe“). Oder das Gegenteil: „Das juckt mich nicht“ („Ich bin distanziert“), „eine ehrliche Haut“ u.v.m. Dennoch ist das ganzheitliche psychosomatische Denken in der dermatologischen Praxis nicht etabliert. Nach Mitteilung der *Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Gesellschaften* beträgt die Häufigkeit psychischer Probleme bei Hautpatienten 25-30% (Gieler 2002, S.3). Dennoch rechnen Hautärzte die psychosomatische Grundversorgung deutlich weniger ab als vergleichbare Berufsgruppen wie Gynäkologen und Urologen (ebenda S. 5). Zudem ist die Motivation für eine Psychotherapie bei Hautpatienten gegenüber anderen psychosomatischen Patienten hochsignifikant verringert (ebenda S.4), was .auch damit zusammenhängt, dass Hautpatienten konflikthafte Themen meiden und sich auf ihr Hautorgan zurückziehen (Leitlinien 2002). In einer Umfrage stellte sich heraus, dass als häufigstes Therapieverfahren mit 80% Psychopharmaka angegeben wurden (Leitlinien 2002, S. 5). An nicht-medikamentöser Behandlung dominieren die Entspannungsverfahren gegenüber der Fachpsychotherapie. Aufgrund dieser Erkenntnissen ist es unabdingbar vor der eigentlichen Psychotherapie(empfehlung) eine fünfstufige „Vorpsychotherapeutische Motivationsphase“ vorzuschalten.:

„Vorpsychotherapeutische Motivationsphase“

1. Die Vorphase des Problembewusstseins
2. Die Phase der Problemreflexion
3. Phase der Entscheidungsfindung
4. Phase der aktiven Veränderung
5. Phase der Aufrechterhaltung (Stangier et al 1997 in Leitlinien 2002)

1. Definition

Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich mit Hautkrankheiten, bei denen psychosoziale Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben. Dermatosen werden in dieser Hinsicht unter einem bio-psychosozialen Modell ganzheitlich gesehen. Psychosomatische Dermatologie ist im weiteren Sinne jeder Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Hautkrankheiten und die psychosomatischen Auslösemechanismen bzw. Krankheitsverarbeitung von Dermatosen.

(Gieler 2002, S. 2)

2. Was ist Psychosomatische Dermatologie?

- Biopsychosoziales Phänomen
- Psychoneuroimmunologie: Stressreagibilität↑ (Psoriasispat.)
Kontrollverlust (Hilflosigkeit)→Kortisolausschüttung→Hypophysen-Nebennierenrinden-System↑→chronisch: Immunabwehr↓
Aktive Bewältigung (Kampf/Flucht)→sympathisch-adrenomedulläres System
- Neue Erkenntnisse der psychoanalytischen Erwachsenen und Säuglingsforschung sowie Bindungsforschung (Objektbeziehungstheorien, Narzissmuskonzept und Borderlinetheorie der Hautartefaktkrankheit)
- Symbiotisch-taktile Phase des Säuglings
- Haut integriert Ich-Funktionen (Nävi flammei angeboren und sofort integriert, atopisches Ekzem→führt zu Nähe-Distanz-Problemen→Ambivalenz→Schübe in Trennungssituationen)
- Haut→Spiegel der emotionalen Entwicklung→diese hängt ab von der Fähigkeit
→ Affekte zu regulieren
→ Integration des Körperbildes und seiner Grenzen
→ der Selbstachtung
- Juckreizwahrnehmung = Schmerzwahrnehmung,
- Juckreiz-Kratz-Zirkel→Chronifizierung

3. Einteilung der Psychosomatische Hautkrankheiten in drei Gruppen:

1. **Psychosomatische Dermatosen:** Hautkrankheiten, bei denen psychosomatische Aspekte in der Entstehung oder Verarbeitung eine bedeutende Rolle spielen; diese Gruppe beinhaltet die häufigsten Hauterkrankungen *Neurodermitis, Psoriasis, Kontaktdermatitis, Akne vulgaris, Urtikaria* u.a.

2. **Psychiatrische Hauterkrankungen:** Hauterkrankungen, bei denen psychopathologische Aspekte im Vordergrund stehen; hier werden Hauterkrankungen beschrieben, die unter dem Begriff somatoforme Störungen (*Trichotillomanie, Pruritus sine materia*), chronisch vorgetäuschte Störungen (*Artefakt-Krankheit, Acne excorcrée*) oder Wahnsyndrome (Dermatozoenwahn) klassifiziert werden können.

3. **Somatopsychische Dermatosen:** Hauterkrankungen, bei denen somatische Aspekte im Vordergrund stehen; in dieser Gruppe werden *Hauttumoren, physikalische Reaktionen* bei Hauterkrankungen und Hautinfektionen dargestellt

Nach: Leitlinien Psychosomatische Dermatologie (Gieler 2002, S.3)

4. Krankheitsbilder

4.1. Psychosomatische Dermatosen:

4.1.1. Neurodermitis

Neurodermitis

Definition: Die atopische Dermatitis ist eine chronisch rezidivierende entzündliche Hauterkrankung im Sinne einer immunvegetativen Dysregulation.

Epidemiologie: BRD: 2,5 – 10 % der Bevölkerung (Schmidt-Ott et al 2000). Bei 80% der Kinder Abheilung bis zum 10. Lebensjahr

Ätiopathogenese: Die Anlage wird polygen vererbt. Bei **aktiven Stress** (Notfallreaktion) → Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin → Vasokonstriktion → vermehrte Freisetzung von juckreizauslösenden und entzündungsaktiven Mediatoren. Bei **passiven Stress** (Hilflosigkeit) → Kortisol ↓ → Immunantwort ↓

Komorbidität mit anderen Allergien vom Soforttyp wie allergische Rhinitis, allergische Konjunktivitis und Asthma bronchiale.

Symptome: Hauptkriterien: Hautveränderungen Streckseitenbetont (Kleinkinder), Beugeekzeme (älteren Kindern und Erwachsenen). Mindestens 3 weitere Nebenkriterien: Unverträglichkeit von Wolle, Juckreiz beim Schwitzen, Blässe um den Mund, Ausfall der seitlichen Augenbrauen, doppelte untere Lidfalte, Hautentzündungen an den Brustwarzen, Neigungen zu Hautinfektionen, weißer Dermographismus.

Neurodermitis nicht durch Mutter-Kind-Interaktionen primär verursacht. Exacerbationen durch life-events, Stresseinflüsse und psychosoziale Probleme. Die psychischen Veränderungen der Neurodermitis-Patienten betreffen vor allem die Angst, Depression und Neurotizismus. Die Krankheitsverarbeitung wird durch negative Compliance und Hilflosigkeit beeinflusst. Bei ca. 20% der Neurodermitis-Patienten wird eine Indikation zur Psychotherapie gesehen (Gieler 2002).. Juckreiz und Kratzen beeinflussen häufig die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit. Neurodermitis-Patienten geben subjektiv die höchste Einschränkung der Lebensqualität im Bereich von Hautkranken an.

Psychosomatik: keine spezifischen Psychosomatogenese. Einfluss frühkindlicher Beziehungen; Sozialer Stress und Interaktionsprobleme Krankheitsauslöser

Psychodynamisch: Sekundär narzisstische Besetzung der Haut → Konflikt: Scham/ exhibitionistischer Wunsch. Krankheitsverarbeitung: depressive Verstimmung, reaktive Angst, Entstellungsempfinden

Übertragung/Gegenübertragung/Widerstand: Ein Pat. hat viele Beziehungsabbrüche in der Vorgeschichte → Traurigkeit in der ÜT. **GÜT:** Helfen-wollen und gleichzeitig Los-werden-wollen (Nähe-Distanz). In der Arzt-Pat.-Beziehung und Therapie ist Angepasstheit ein typisches Problem → Exazerbation bei Therapieende oder Kontaktverminderung. **Widerstand:** Festhalten am somatischen Krankheitskonzept, schwierige Beziehungsaufnahme durch Kontaktstörungen

Therapie: **Somatisch:** Steroide, Antiseptika, systemisch Antihistaminika, Allergiekarrenz, Milieuwechsel (Weiteres s. Lehrbücher der Dermatologie) **Psychosomatisch:** Entspannung (autogenes Training), Psychotherapeutische Behandlungen Einzel- wie auch Gruppentherapie (psychoanalytisch bei Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Psychosomatischen Erkrankungen), Schulungsmaßnahmen haben sich in einigen prospektiven, randomisierten Studien und einer Meta-Analyse als effektiver als die dermatologische Routinebehandlung dargestellt. Verhaltenstherapie zur Behandlung des Juckreizes und der Kratzkontrolle wirksam. Entfernung aus belastendem Milieu. Familientherapie.

4.1.2. *Psoriasis vulgaris:*

Definition: Die Psoriasis vulgaris ist eine entzündliche Hauterkrankung mit akut-exanthemischen oder chronisch-stationärem Verlauf i.S. einer Verhornungsstörung. 30% mit Gelenkbeteiligung. Prädilektionsstellen: Ellenbogen, Kniescheiben, behaarter Kopf und Rima ani.

Epidemiologie: BRD: 1-2 % der Bevölkerung (Schmidt-Ott et al 2000). ♀:♂=1:1

Ätiopathogenese: multifaktoriell und polygen vererbt. Typ-I-Psoriasis → vor 40.Lj., pos. Familienanamnese, schwereren Verlauf als Typ-II-Psoriasis → >40.Lj, keine fam. Häufung, keine HLA-Assoziation, häufiger Nagel- und Gelenkveränderungen

Psychosomatik: keine spezifischen Persönlichkeitsstruktur. Stress /alltägliche Ärgernisse) Symptomatik auslösend und verstärkend. Schlechte Krankheitsbewältigung. Komorbidität mit Alkohol und Depressivität.

Psychodynamik: Abwehr symbiotischer Wünsche, somatische Abfuhr aggressiver Impulse phallischer und ödipaler Natur. Negative Krankheitsbewältigung → Schübe↑. Cave häufig Suizidalität!

Therapie: **Somatisch:** Keratolyse, Entzündungshemmung. Dithranol, Glukokortikoide Teere, UV-Licht, Meeresklima (s. Lehrbücher der Dermatologie) **Psychosomatisch:** Verarbeitung der Stigmatisierung, Entspannung, Bio-Feed-Back, dynamische Psychotherapie

4.1.3. Kontaktdermatitis (Periorale Dermatitis)

Definition: Die Periorale Dermatitis ist eine entzündliche meist periorale Hauterkrankung, gekennzeichnet durch Papeln und Pusteln auf gerötete Haut.

Epidemiologie: BRD: 0,5-1% der Bevölkerung (Schmidt-Ott et al 2000). ♀ > ♂

Ätiopathogenese: Kosmetika; externe Steroide

Psychosomatik: Anhaltende Partner- und Berufskonflikte. Aggressionswerte ↑. Komorbidität mit Depression und Angststörungen. Ignorieren eigener Gefühle

Therapie: **Somatisch** Verzicht auf Kosmetika, milde Reinigung, lokale Antibiotika (Weiteres s. Lehrbücher der Dermatologie) **Psychosomatisch:** Verarbeitung der Stigmatisierung, Entspannung, Bio-Feed-Back, Dynamische Psychotherapie

4.1.4. Akne vulgaris

Definition: 1. hormonell in der Pubertät ausgelöste folliculäre Verhornungsstörung. 2. >25 J.= persistierende Akne, 3. acne excoriée = Sonderfall des Paraartefaktes, 4. Dymorphophobie bei geringer Akne (cave Suizidalität!)

Epidemiologie: keine Angaben

Ätiopathogenese: Folliculäre Verhornungsstörung, Talgdrüsen ↑, mikrobielle Hyperkolonisation

Psychosomatik: Autoaggressives Verhalten. Subjektiver Befund korreliert nicht mit dem objektiven! Depressive und sozialphobische Tendenzen. Höchste bekannte Suizidraten unter Hautpatienten (Gieler 2002), S. 8), Krankheitsverarbeitung und Selbstwertkonzept gestört

Therapie: **Somatisch** Lokalbehandlung (Weiteres s. Lehrbücher der Dermatologie) **Psycho-somatisch:** Arzt-Patienten-Beziehung, Psychotherapie, Compliance-Problem, sowohl TFP wie VT

4.1.5. (chronische) Urtikaria

Definition: Die Nesselsucht ist durch Effloreszenz der Quaddel und dem interstitiellem Ödem des Coriums charakterisiert. Die Quaddeln entstehen nach der Aktivierung von ortständigen Mastzellen. Wesentlicher Mediatorstoff ist Histamin. (Hoffmann und Hochapfel 2004). 50% idiopathisch.

Epidemiologie: jeder 4. Mensch hat einmal in seinem Leben Urtikaria.

Ätiopathogenese: Akute, chronische (> 6 Wo.), idiopathische, toxische etc. Form

Psychosomatik: Psychosoziale Konflikte, starke emotionale Konflikte → chron. Urticaria → Depressionen bei Ängstlichkeit ↑ und Ich-Stärke ↓

Therapie: **Somatisch** Behandlung mit Kortikoiden, Antihistaminika (Weiteres s. Lehrbücher der Dermatologie) **Psycho-somatisch:** Arzt-Patienten-Beziehung, Psychotherapie, Fokalthherapie, Entspannungsverfahren, VT.

4.2 Psychiatrische Hauterkrankungen:

4.2.1. Somatoforme Störungen

Definition: Unter somatoformen Störungen versteht man Beschwerden, die eine somatische Erkrankung nahe legen. Der somatische Befund lässt sich jedoch nicht objektivieren oder steht nicht in angemessener Relation zu den vorgebrachten, starken Beschwerden bzw. Symptomen.

Epidemiologie: 17-20% unselektierter Patienten einer universitären Hautklinik

Symptomatik: Schmerz und Juckreiz, Erröten, Hyperhydrosis, Angst vor Haarverlust

4.2.1.1. Konversionsstörungen

- 4.2.1.1.1 *analer und genitaler Pruritus*
- 4.2.1.1.2 *Erythema e pudore*

4.2.1.2. undifferenzierte somatoforme Störungen

- 4.2.1.2.1 *Generalisierter Pruritus (sine materia)*
- 4.2.1.2.2 *Glossodynie* → Depression

4.2.1.3. Körperdymorphe Störungen

Negatives Körperbild, zwanghafte Kontrolle des Aussehens, autoaggressive Manipulationen der Haut → Hypochondrischer Wahn, cave Suizidalität

4.2.1.4. Soziale Phobien

4.2.1.4.1. *Erythrophobie*

4.2.2. Chronisch vorgetäuschte Störungen

4.2.2.1. Artefakte (vorgetäuschte Störungen mit körperlichen Symptomen)

2.2.1.1. Dermatitis artefacta → Schwere Persönlichkeitsstörung (Borderline)

4.2.2.2. Simulationen

(Rentenbegehren) → Diskrepanz subj./obj. Befund, geringe Kooperation, antisoziale Persönlichkeitsstörung (Gieler, Stangier 1998)

4.2.2.2.1. Münchhausensyndrom

Trias: (Krankenhaushopping, Pseudologia phantastica, Selbstverletzung)

4.2.2.2.2. Münchhausensyndrom by proxy (Verletzung der Kinder der Bezugspersonen)

4.2.2.3. Paraartefakte (Störungen der Impulskontrolle, nicht vorgetäuscht)

Spannung/oder Erregung → Schädigung der Haut → Erleichterung/ Befriedigung

Epidemiologie: 80% der Selbstverletzungen → Borderline-Patienten, davon 70% ♀ → Biographie 40-71% sexueller Missbrauch (neurodat, 2005, S. 24)

PD. Dr. Wolfgang Hardt, Hautarzt am Vivantes-Klinikum Prenzlauer Berg und Vorstandsmitglied des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD): „Charakteristisch für die Beziehung zwischen dem Borderline-Patienten und dem behandelnden Arzt ist, dass der Arzt sich hilflos, kraftlos oder sogar zurückgewiesen fühlt „ (neurodat, 2005, S. 23)

Psychodynamik : ÜT: Patienten → Wut und Hilflosigkeit

GÜT: Impuls , Wut am Patienten auszulassen

Widerstand: Patienten weichen aus, bagatellisieren die Ursache ihrer Verletzungen, zeigen keine innere Regung

Procedere: Motivierung für Psychotherapie, psychiatrische Behandlung

4.2.2.3.1. Neurotische Exkorationen

Definition: Manipulationen ohne Primäreffloreszenzen, sondern lediglich Narben.

4.2.2.3.2. Kratzattacken

4.2.2.3.3. *Acne excoriée*

4.2.2.3.4. *Trichotillomanie*

4.2.2.3.5. *Onychophagie*

4.2.2.3.6. *Onychotillomanie*

4.2.2.3.7. *Morsicatio buccarum*

4.2.2.3.8. *Cheliditis factitia (Leckekzem)*

4.2.2.3.9 *Balinitis simplex* (durch exzessive Masturbation)

4.2.3. Wahnsyndrome

4.2.3.1. *Dermatozooenwahn* (Monosymptomatischer Wahn)

Atypische nichtorganische Psychose → Körperwahrnehmung der Haut

Spätes Erwachsenen-Alter, ♀ > ♂, Therapie: Stützende Psychotherapie und Neuroleptika

4.3. Somatopsychische Dermatosen:

Psychische Veränderungen bei Hautkrebs (Melanom)

5. Allgemeine Anmerkungen zur Indikation von Psychotherapie

Eine Indikation zur Psychotherapie besteht grundsätzlich dann, wenn eine die Lebensqualität des Betroffenen nachhaltig einschränkende psychische Symptomatik (im Sinne einer ICD-10 Diagnose) besteht. (Leitlinien 2002, S.6):

Häufig sind ausgeprägte, subjektiv mit der Hauterkrankung begründete soziale Ängste und Vermeidungsverhalten (Sozialphobie etc.), Entstellungsbefürchtungen (Körperdysmorphie Störung), sowie exzessive Manipulationen an der Haut (Kratzen, Excoriationen etc.).

Die Indikation richtet sich weniger an der Diagnoseentität als vielmehr an der individuellen Patientenkonstellation.

Der Psychosomatischen Grundversorgung fällt die Aufgabe dermatologische Patienten psychosomatisch zu behandeln und sie behutsam für eine Psychotherapeutische Behandlung vorzubereiten.

Literaturangaben:

- **G. Schmidt-Ott** und **F. Lamprecht**: Hautstörungen. In: H. H. Studt und E. R. Petzold (Hg.). Psychotherapeutische Medizin, S.240-247, de Gruyter, Berlin New York, 2000
- **Prof. Uwe Gieler**: „Psychosomatische Dermatologie“ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Leitlinien Psychosomatische Dermatologie. AWMF online. Autor und Koordinator: Prof. Uwe Gieler, Psychosomatische Dermatologie Giessen, S.1-17, 15.01.2002
- **U. Gieler** und **U. Stangier**: Dermatologie. In: **Uexküll**, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998 S. 1087-1101
- **Sven Olaf Hoffmann** und **Gers Hochapfel**: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Schattauer, 7. Aufl., Stuttgart, 2004
- Borderline – Patienten verletzen sich selbst – Hautärzte oft überfordert In: **neurodate**, Westermayer Verlag Gauting, 2/2005 S. 23-24 19, 2/2005, S. 23
- **Leitlinie Psychosomatische Dermatologie (2002)**: Stand der letzten Aktualisierung: Januar 2002, © Dt. Dermatologische Ges. u.a. autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online HTML-Code aktualisiert: 26.10.2004; 12:51:21

Literaturempfehlung:

- **Harth**, Wolfgang, **Gieler**, Uwe , Psychosomatische Dermatologie, 2006, X, 310 S., 80 illus., 80 in Farbe, Geb. ISBN: 978-3-540-24890-3