

| | |
|-----------------|---|
| publiziert bei: |  AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin |
|-----------------|---|

**Leitlinien der Dt. Dermatologischen Ges. (DDG),
des Dt. Kollegium f. Psychosomatische Medizin (DKPM),
der Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Gesellschaft für
Sexualwissenschaft (GSW), Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben
und imaginative Verfahren in der Psychotherapie (AGKB)**

| | | | |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------|
| AWMF-Register Nr. | 013/024 | Klasse: | S1 |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------|

S1 Leitlinie Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie)

1. Anliegen der Leitlinie

Ziel der Kurzfassung der "Leitlinie psychosomatische Dermatologie" ist die Darstellung und Entwicklung inhaltlicher und struktureller Standards für den Bereich psychosomatische Dermatologie in der Versorgung von Hautkranken. Auf der Basis empirischer Untersuchungen zur Prävalenz und zur aktuellen Versorgungssituation werden wissenschaftlich fundierte Daten zu bedarfsgesteuerten Anforderungen hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt. Hieraus resultieren Empfehlungen für die Weiterbildung in der Dermatologie und für die dermatologische Praxis hinsichtlich von Diagnostik und Therapie.

1.1 Beteiligte Fachgesellschaften

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD), Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW), Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie (AGKB). Eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der Fachgesellschaften erarbeitet im informellen Konsens eine Empfehlung, die vom Vorstand der Fachgesellschaften verabschiedet wird.

1.2 Zielgruppen

Die Leitlinie richtet sich an die Dermatologen und die Fachkollegen des Gebietes Psychotherapeutische Medizin und verwandter Disziplinen sowie an Kollegen anderer somatomedizinischer Fächer, an Patienten und Kostenträger.

1.3. Technisches Vorgehen

Die vorliegenden Befunde wurden von einer Expertenrunde zusammengestellt und in einem informellen Konsensusprozess unter Einbeziehung relevanter Nachbardisziplinen verabschiedet.

1.4. Beziehungen zu anderen Leitlinien

Die vorliegende Leitlinie wurde in Abstimmung mit der Leitlinie „Lebensqualität in der Dermatologie“ (Augustin, 2010 und den Leitlinien „Acne inversa“ (Zouboulis, 2015) zusammengestellt, auf die hingewiesen wird.

2. Definition des Bereichs Psychosomatische Dermatologie

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-psycho-sozialen Modell ganzheitlich/systemisch gesehen. Psychosomatische Dermatologie ist im weiteren Sinne jeder Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Patienten mit Hautkrankheiten. Sie befasst sich mit den psychosozialen Auslösemechanismen bzw. der Krankheitsverarbeitung von Dermatosen und umfasst auch die Auswirkungen (förderliche und hemmende Kontextfaktoren i.S. der ICF, "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" der Weltgesundheitsorganisation) der Interaktion zwischen dem hautkranken Menschen und seiner sozialen Umgebung. Kommentar: Damit ist sowohl die förderliche soziale Unterstützung gemeint, als auch die Belastungen bei Eltern von Kinder mit Neurodermitis, die selbst wohlmöglich psychosomatisch erkranken. Zunehmend lassen sich in den letzten Jahren neuroimmunologische Zusammenhänge experimentell und klinische-experimentell nachweisen (Peters EMJ (2013): Stress und molekulare Psychosomatik (stress and molecular psychosomatics). Der Hautarzt 6: 402-409). Das betrifft vor allem Neurodermitis, aber auch Urtikaria, Melanom, Haarausfall und Akne, weitere Hautkrankheiten sind in Untersuchung.

Prozessqualität einzelner Problembereiche

Psychosomatische Aspekte bei Hauterkrankungen

Es gibt Hauterkrankungen, bei denen systematische Untersuchungen darauf hinweisen, dass psychische Faktoren erheblichen Einfluss auf Manifestation und Verlauf der Hautsymptomatik haben können (zum Beispiel: Neurodermitis, Psoriasis, Kontaktdermatitis, Akne, Urtikaria u.a., als "Psychosomatische Dermatosen" zusammengefasst). Umgekehrt werden chronische Hauterkrankungen von den Betroffenen oft als hochgradig belastend erlebt. Dies kann bei entsprechender Disposition zur Manifestation psychischer Störungen führen ("Somatopsychische Dermatose"). In jedem Falle ist von erheblichen interindividuellen Unterschieden auszugehen. Die Frage, ob (und wenn ja mit welchem Stellenwert) beim individuellen Patienten von psychosomatischen oder somatopsychischen Zusammenhängen auszugehen ist, kann in aller Regel nicht objektiv beantwortet werden. Es besteht die Gefahr, dass die Antwort in hohem Umfang das diesbezügliche Krankheitsmodell der Beteiligten widerspiegelt. Vor diesem Hintergrund haben sich die Mitglieder der Leitlinienkommission für eine deskriptive, auf den Einzelfall (Krankheitsbild, -konstellation) bezogene Kodierung psychodermatologischer Symptomatiken geeinigt. Dies beinhaltet den Verzicht auf die gesamten etablierten, aber inhaltlich unbefriedigenden, weil kontrovers diskutierten ätiologischen Begriffe. Demgegenüber lassen sich psychische Störungen mit auf die Haut bezogener Symptomatik, etwa Dermatozoen- und andere Wahnsyndrome, somatoforme Störungen oder chronisch vorgetäuschte Störungen, als eigene Kategorie beschreiben. Das Kapitel über Artefakte in der Dermatologie (8.4.) (Self-Inflicted Lesions) wurde basierend auf den Empfehlungen der Europäischen Arbeitsgruppe (ESDaP) komplett überarbeitet (Gieler U et al, s Punkt 1.3.). Kennzeichnendes Merkmal ist, dass keine die

Symptomatik erklärende und /oder eine sekundär induzierte Hauterkrankung vorliegt. Therapeutische Ansätze beinhalten die Betrachtung der Arzt(Arzhelferin)-Patient-Beziehung, Compliance-Faktoren, Lebensqualität des Hautpatienten und Psychohygiene des Hautarztes sowie Maßnahmen, die im Rahmen des Praxismanagements und der psychosomatischen Grundversorgung einschl. der Indikation zur Fachpsychotherapie in der Hautarztpraxis umsetzbar sind.

Problemstellung

Die genannte Definition psychosomatischer Aspekte in der Dermatologie im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells impliziert, dass bei jedem Patienten und jedem Symptom diese Faktoren betrachtet werden müssen. Darüber hinaus sollen Problembereiche, bei denen häufig oder implizit psychosomatische Grundkenntnisse notwendig sind, für die Hautarztpraxis definiert werden.

Strukturqualität der dermatologischen Ausbildung

Jeder Facharzt für Dermatologie soll nach abgeschlossener Weiterbildung und Gebietsanerkennung in der Lage sein, die in der Definition genannten Inhalte zu beherrschen und diese adäquat in der Praxis umsetzen zu können. Dies beinhaltet i.d.R. eine von der jeweiligen Landesärztekammer festgelegte Weiter- bzw. Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung. Diese kann bei den Fortbildungsakademien der Landesärztekammern, an Psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten oder im Baukastenprinzip durch den "Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie der DDG" erworben werden. Für die Dermatologie werden außerdem mindestens 5 in Supervisions-Seminaren vorgestellte Patientenfälle psychosomatischer Hautpatienten erwartet. Darüber hinaus sind Kenntnisse der theoretischen Aspekte speziell von Hautpatienten (taktile Entwicklungspsychologie, Affekt der Scham, Nähe-Distanz-Konflikt etc.) erforderlich. Die Strukturqualität kann auch durch langjährige Erfahrung und Anwendung psychosomatischer Grundkenntnisse (d.h. dokumentierte regelmäßige Durchführung von Gesprächsleistungen) gesichert werden.

Anwendungsbereiche der Leitlinie

Psychosomatische Hauterkrankungen im engeren Sinne werden in 3 Gruppen eingeteilt:

- Psychische und psychiatrische Störungen, die mit einer dermatologischen Symptomatik einhergehen
- Dermatosen mit multifaktorieller Genese, bei deren Entstehung und/oder Verlauf psychische Einflüsse eine Rolle spielen
- Sekundäre psychische Störungen als Komorbidität oder psychische Komplikationen von dermatologischen Erkrankungen (somatopsychische Störungen)

3. Prävalenz und versorgungsrelevanter Bedarf

Die Häufigkeit psychischer Probleme bei Hautpatienten wird mit 25 - 30% nach methodisch gut dokumentierten Erhebungen angegeben. In einer neuen Studie aus dem Jahr 2010 wurde in einer Umfrage zur Situation und Entwicklung der psychosomatischen Dermatologie in deutschen Hautkliniken die Ist-Situation im Vergleich zu Untersuchungen vor 10 bzw. 20 Jahren verglichen. Die Fragebögen wurden an 139 Hautkliniken gesendet. Je ein Bogen ging an die Ärzte und ein weiterer an das Pflegepersonal (insgesamt wurden also 276 Briefe verschickt). 153 Fragebögen wurden zurückgeschickt, 150 hiervon (59,5 %) konnten ausgewertet werden. Ein Großteil wurde von dermatologischen Chefärzten (63/126 = 50,0 %) beantwortet. Einen Bedarf an einem psychosomatischen Therapieangebot zusätzlich zur dermatologischen Versorgung sehen die befragten Ärzte bei 21,67 % der Patienten, die Pflege schätzt den Anteil dieser Patienten im Mittel auf 33,55 %. Die

Verbesserung der Krankheitsbewältigung sollte wesentliches Ziel der psychosomatischen Intervention sein. Die Bedeutung psychischer Faktoren wurde insgesamt im Vergleich zur Studie vor 20 Jahren bei fast allen Dermatosen deutlich höher angegeben, im Vergleich mit der Erhebung von 1999 ist eine ähnliche Bewertung der Bedeutung psychischer Faktoren im Krankheitsverlauf angegeben. Die Kooperation mit der Psychosomatik mittels eines Konsils hat in den letzten 10 Jahren an Bedeutung gewonnen. Psychosomatische und somatopsychische Aspekte scheinen nach den Angaben der Umfrage inzwischen zu einem obligaten Bestandteil dermatologischer Versorgung in den Hautkliniken geworden zu sein. Die Häufigkeit einzelner psychosomatischer Störungen bei Hauterkrankungen wird jedoch im Vergleich zu gezielten Einzelarbeiten immer noch unterschätzt.

4. Die vorpsychotherapeutische Phase in der Dermatologie

Erfahrungsgemäß ist die primäre Motivation eines Hautkranken, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, im Vergleich mit Patienten, die eine psychosomatische Ambulanz bzw. Klinik aufsuchen, eher gering einzustufen. Im Vergleich mit ambulanten Hautpatienten hatten stationäre Hautpatienten insgesamt eine höhere Psychotherapiemotivation. Zwischen Neurodermitis und Psoriasis gibt es keine Unterschiede in den Überzeugungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer psychischen Mitbehandlung.

Aus dieser Erkenntnis heraus muss davon ausgegangen werden, dass es bei Hautpatienten unabdingbar ist, vor die eigentliche Psychotherapie eine "vorpsychotherapeutische Motivationsphase" zu schalten, um zunächst die Indikation für eine Psychotherapie zu prüfen und den Patienten für eine solche Psychotherapie bei gegebener Indikation zu motivieren. Der Prozess der Motivierung zur und Durchführung von Psychotherapie gelten die nach Stangier et al (1997) aufgestellten Phasen nach wie vor:

1. Die Vorphase des Problembewusstseins
2. Die Phase der Problemreflexion
3. Phase der Entscheidungsfindung
4. Phase der aktiven Veränderung
5. Phase der Aufrechterhaltung

Die Psychotherapie ist grundsätzlich auf zwei Wegen möglich, zum einen durch die Selbstveränderung des Patienten auf eigene Initiative oder durch Unterstützung von zum Beispiel Selbsthilfegruppen oder zum anderen durch Veränderung mittels professioneller Unterstützung (formale Psychotherapie). Die oben genannten Phasen lassen erwarten, dass der Patient in der Regel erst in der Phase der Entscheidungsfindung zur Psychotherapie überwiesen werden kann. Die Motivation hierzu obliegt in der Regel dem vorbehandelnden (Haut-)arzt.

Aus Kenntnis der Mannheimer Kohortenstudie (Franz et al 1994, 2000) ist bekannt, dass sich ca. 65 % der Patienten, bei denen eine Indikation zur Psychotherapie besteht, durch entsprechende Maßnahmen auch motivieren lassen, während 8% trotz bestehender Indikation zur Psychotherapie nicht erreicht werden und eine schlechte Prognose hinsichtlich ihrer psychosozialen Bedingungen in der 8-jährigen Katamnese haben.

5. Indikationen zur Psychotherapie in der Dermatologie

Eine Indikation zur Psychotherapie besteht grundsätzlich dann, wenn eine die Lebensqualität des Betroffenen nachhaltig einschränkende psychische Störung besteht. Bei Hautpatienten sind dabei folgende Konstellationen häufig:

- Ausgeprägte, subjektiv mit der Hauterkrankung begründete soziale Ängste und Vermeidungsverhalten (Sozialphobie etc.)
- Entstellungsbefürchtungen (Körperdysmorphie Störung) oder vorhandene Entstellung (z.B. nach Unfällen)

- Exzessive Manipulationen ohne somatische Ursache an der Haut (Kratzen, Exkorationen etc. bei z.B. Zwangsstörung, Impulsstörung, Artefakt, psychogener Pruritus)
- Psychische Belastung ist regelhaft (akut oder chronisch) mit einer Verschlechterung der Symptomatik assoziiert

Darüber hinaus kann sich bei Hautpatienten eine Indikation zur Psychotherapie stellen, wenn im individuellen Fall davon auszugehen ist, dass psychische Belastungen regelhaft (akut oder chronisch) eine Verschlechterung der Symptomatik provozieren. Wenn die Indikation zur Psychotherapie gestellt werden kann, so stellt sich die Frage, welche Form der Psychotherapie geeignet ist. Wissenschaftliche Befunde, anhand derer eine differentielle Psychotherapieindikation rational begründet werden könnte, gibt es bislang nicht, so dass hier vielfach die individuellen Modelle von Patienten und deren Ärzten/Therapeuten den Ausschlag geben dürften bzw. diese auch von der Verfügbarkeit der anerkannten psychotherapeutischen Methoden vor Ort abhängig ist. Bei **psychodynamischen Psychotherapieverfahren** (analytischer Psychotherapie) werden beeinträchtigende - oft unbewusste - Erlebnismuster bearbeitet, die aus Kindheitserfahrungen entstanden sind und die im täglichen Leben immer noch wirksam sind. Psychodynamische Therapieverfahren erforschen das Zusammenwirken zwischen bewussten und unbewussten seelischen Prozessen als Hintergrund des Erlebens und Verhaltens. Im Fokus psychodynamischer Psychotherapieverfahren steht eine Klärung und Bearbeitung beeinträchtigender Erlebnismuster und Gefühlsreaktionen. Psychosomatische Symptombildungen an der Haut werden beispielsweise als unbewusste Kompromissbildungen vor dem Hintergrund grundlegender Konflikte, psychischer Entwicklungsstörungen oder psychischer Traumatisierungen mit teilweise bereits in der Kindheit erworbenen fixierten Einstellungen oder Haltungen verstanden. Durch die Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung unter Bearbeitung des Widerstandes, von Konflikten und der Abwehrmechanismen wird ein Durcharbeiten unbewusster Beziehungskonflikte in Gang gesetzt, die auch bedeutsam für die Hauterkrankung und deren Krankheitsbewältigung sein können. Konflikte bezeichnen Interessengegensätze zwischen inneren Motiven und Forderungen von außen oder den inneren Widerstreit von Motiven und Bestrebungen, z.B. Triebkräften. Dabei wird bei psychosomatischen Patienten die Motivationsarbeit zu Beginn einer Psychotherapie eine bedeutende Rolle spielen. Studien belegen die Wirksamkeit psychodynamischer Therapieverfahren bei vielfältigen psychischen Störungen.

Die **Verhaltenstherapie** strebt eine zielgerichtete Veränderung dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster an. Beispiele sind das Einüben von Selbstsicherheit oder einer besseren Kontrolle über das Kratzen. Grundlage ist hier ein empathischer Therapeut, der zunächst gemeinsam mit dem Patienten eine Analyse der aktuell relevanten Probleme erarbeitet. Hiervon ausgehend, im "hier und jetzt", werden Strategien zur konstruktiven Problemlösung entwickelt. Dabei wird von lerntheoretisch begründeten Modellen ausgegangen, die der Therapeut auf Situation und Möglichkeiten des Patienten adaptiert. Das zielorientierte und dabei auch für den Patienten transparente Vorgehen bedeutet die Möglichkeit auch für den tendenziell zunächst eher unmotivierten Patienten einen Zugang für psychosomatische Zusammenhänge zu schaffen. Es werden Zwischenschritte definiert, die dann nach entsprechender theoretischer Vorbereitung, im Rahmen von Übungen avisiert werden. Im positiven Fall bedeutet dies für den Patienten Erfolg, im negativen Fall gibt es Anlass zu einer Überprüfung der Problem- bzw. Bedingungsanalyse. Studien belegen die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Ansätze u.a. in Bezug auf die Juck-Kratz-Problematik (Stimuluskontrolle), Stigmatisierung (Expositionstherapie), Angst- und somatoforme Störungen, Depressionen u.a.

Die Studienlage zur differenziellen Wirksamkeit bestimmter Psychotherapieverfahren bei einzelnen Hauterkrankungen ist uneinheitlich bzw. nicht ausreichend untersucht. Hingegen ist die Wirksamkeit bei im Vordergrund stehenden psychischen Störungen, wie Angsterkrankungen und Depression (depressiver Krankheitsverarbeitung), hinreichend belegt.

6. Psychotherapie bei Hautkranken - Organisation in der Praxis

Psychotherapie wird in der klinischen Praxis unterschiedlich je nach Ausbildung und Schwerpunkt des eigenen Handelns gewichtet und eingesetzt:

Psychotherapie kommt in folgenden Formen zur Anwendung:

- a. Psychotherapie im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung in der Hautarztpraxis
- b. Psychotherapie in zeitlich und organisatorisch abgegrenztem Maße neben der Hautarztpraxis
- c. Psychotherapie von Hautkranken in der Praxis des Fachpsychotherapeuten
- d. Psychotherapie in der ambulanten Psychosomatik bzw. Verhaltenstherapie-Ambulanz
- e. Psychotherapie im Rahmen von Konsil- und Liaison-Psychosomatik in Hautkliniken
- f. Psychotherapie als integrativer Bestandteil von Schulungsprogrammen bei chronisch-entzündlichen Dermatosen in der Praxis oder ambulanten Rehabilitation-Tagesklinik
- g. Psychotherapie im Rahmen der dermatologischen Rehabilitation.
- h. Psychotherapie im Rahmen von psychosomatischer Rehabilitation (durch eigene Klinik, Abteilungen, Stationen oder Schwerpunkte)
- i. Psychotherapie in der klinisch-stationären Akut-Psychosomatik
- j. Psychotherapie von Hautkranken in der psychiatrischen Praxis bzw. Klinik
- k. Psychotherapie von Hautkranken in universitären Polikliniken und Kliniken für Dermatologie

Innerhalb der genannten Rahmenbedingungen werden unterschiedliche methodische und theoretische Konzepte der Psychotherapie bei Hautkranken angewendet. Die Bedeutung der differentiellen Indikationsstellung zu den einzelnen Versorgungsformen in Abhängigkeit von der Problem- und Konfliktsituation im individuellen Einzelfall sollte in Zukunft näher erforscht werden. Weiterhin sollte angestrebt werden, in die Weiterbildungsordnung auf dem Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten Anforderungen für ein Basiswissen in Psychosomatischer Dermatologie aufzunehmen: Psychosomatische Grundversorgung (40 Stunden), Balintarbeit (20 Stunden), Therapie (20 Stunden).

7. Basisdokumentation, Befunderhebung und Qualitätssicherung

Zur Diagnostik stehen neben wissenschaftlichen Instrumenten aus der Verhaltenstherapie und psychodynamischen Psychotherapie inzwischen verschiedene, im deutschsprachigen Raum gut standardisierte psychodermatologische Testverfahren zur Verfügung, auf die bei der Basisdokumentation und Qualitätssicherung zurückgegriffen werden kann (eine Übersicht gibt: Kupfer, J., Schmidt, S., Augustin, M.: Psychodiagnostische Verfahren für die Dermatologie, Hogrefe-Verlag 2006)

Die Verfahren eignen sich sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapiebegleitende Evaluation. Neben bewährten Verfahren wie Marburger Haut-Fragebogen (MHF), Freiburg Life Quality Assessment (FLQA) und Skindex (Fragebogen zur Lebensqualität bei Hautpatienten in deutscher Übersetzung), FEH (Fragebogen zur Entstellung bei Hautpatienten), JKV (Juckreiz-Kognitions-Fragebogen), Fragebogen für Eltern von Neurodermitis-Kindern (FEN), Lebensqualität von Eltern von Neurodermitis-Kindern; Hautzufriedenheitsfragebogen (HautZuf), gab es in letzter Zeit einige Neuentwicklungen, die insbesondere den Bereich Therapiezufriedenheit (Patient-benefit Index) abdecken (siehe auch Leitlinie Lebensqualität in der Dermatologie von Augustin et al für die DDG)

Darüber hinaus gibt es Testinventare, die auch auf andere Erkrankungen zutreffen und die zum Vergleich zwischen Hautpatienten und sonstigen Erkrankungsgruppen angewendet werden können:

General Health Questionnaire (GHQ-12), SF36 (Short-form 36 Health Status Questionnaire), Patient Health Questionnaire (PHQ-D), State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI), Hospital Anxiety und Depression Scale (HADS, deutsche Version), Leipziger Ereignis- und Belastungsinventar (LEBI), Psychopathologische Diagnostik (SCL - Symptom-Check-List 90), Somatoforme Störungen (SOMS), Toronto Alexithymie Skala (TAS, deutsche Version), Hornheider Fragebogen zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit von Krebspatienten (Psychosoziale Belastung bei onkologischen Patienten).

8. Psychosomatische Aspekte bei Hauterkrankungen:

Grundsätzlich sollte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bei jeder Hauterkrankung abgeklärt werden, inwieweit ein zusätzlicher psychosomatischer Diagnostik- oder Betreuungsbedarf vorhanden ist.

Bei folgenden Hauterkrankungen liegen nach der Literaturübersicht methodisch gesicherte Daten zum psychosomatischen Behandlungsaspekt vor. Wenn bei den ICD-10 Kodierungen eine oder mehrere F-Diagnose/n (psychische Störung) vorliegt/en, wird/werden diese zusätzlich zur dermatologischen Kodierung aufgeführt (s. auch Dilling H et al: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Hogrefe Verlag Göttingen, 2015).

8.1 Acne vulgaris (ICD-10: L70, F54)

Anamnese und Diagnostik: Das subjektive Krankheitserleben der Akne-Patienten korreliert in keiner Weise mit dem objektiven ärztlichen Befund. Akne-Patienten sind häufig non-compliant, so dass das Krankheits- und Therapiekonzept der Patienten (Laienhypothesen) in die Therapie mit einbezogen werden muss. Akne-Patienten neigen häufig zu depressiven und sozialphobischen Tendenzen und haben die höchsten bekannten Suizidraten unter den Hautpatienten, vor allem männliche jugendliche Patienten mit Acne conglobata, so dass hier in der Diagnostik vor allem depressive Tendenzen abgeklärt werden müssen. Bei allen Akneformen ist die Krankheitsverarbeitung und das Selbstwertkonzept der Patienten häufig gestört. Selbstmanipulationen bei meist minimaler Akne (früher **Acne excoriée**) wird heute dem Skin Picking Phänomen zugeordnet (Dreno B et al, 2015). Hier liegt eine kompulsive Verhaltensstörung mit wiederholten Selbstmanipulationen, verbunden mit interpersonellen Problemen und vermindertem Selbstwertgefühl vor (Gieler U et al, 2013). Repräsentativen epidemiologischen Studien zufolge ist nur etwa ein Fünftel der Aknepatienten in medizinischer Betreuung. Die meisten Autoren sind der Meinung, dass Aknepatienten, die zum Arzt gehen, auch häufiger psychische Störungen haben, die diagnostiziert und therapiert werden müssen. Mögliche psychische Probleme sind häufig hinter der Akne "verborgen", die als Ursache für den Arztbesuch vorgeschoben wird.

Isotretinoin und Akne: Depression und Suizid sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht selten. Fallberichte weisen zwar auf einen Zusammenhang zwischen der Gabe von Isotretinoin und Depression sowie erhöhtem Suizidrisiko hin. Strengere Beobachtungsstudien und epidemiologische Studien mit unterschiedlichen Designs haben jedoch keinen stichhaltigen Beleg für eine vermehrte Suizidalität infolge einer Isotretinoinmedikation gefunden, hingegen zeigen einige Studien sogar eine Abnahme depressiver Symptome unter Therapie (A Thielitz, H Gollnick: Isotretinoin – Wie behandelt man richtig? Hautarzt 2013, 64:

263-268). In der Praxis sollte demnach weiterhin Isotretinoin zur Therapie der schwerwiegenden Akne eingesetzt werden. Gleichzeitig sollten jedoch die mit Isotretinoin behandelten Patienten darüber umfassend informiert werden, dass depressive Symptome sofort mitgeteilt werden sollen. Bei entsprechendem Verdacht sollte eine Überweisung zu einem Psychiater erfolgen und das Präparat zunächst abgesetzt werden.

Psychotherapie: Psychosomatische Aspekte sollten immer einbezogen werden, wenn der Verdacht auf depressiv-ängstliche Störungen besteht, insbesondere mit Hinweis auf Suizidgedanken, körperdysmorphe Störungen oder Störungen der Compliance sowie Problemen mit der Krankheitsbewältigung. Befürchtungen, entstellt zu sein, können zu sozialem Rückzug führen. Für die Entstellungsprobleme und das Selbstwertkonzept haben sich sowohl tiefenpsychologische wie verhaltenstherapeutische Therapien bewährt. Bei der Sozialphobie konnte die Wirksamkeit manualisierter Programme in Form von Video-Feedback nach Hünecke und Selbstsicherheitstraining im Rahmen einer Verhaltenstherapie belegt werden.

Psychopharmaka: Die Indikation hängt von der begleitenden psychischen Störung ab. Insbesondere bei mindestens mittelschwerer depressiver Episode oder körperdysmorphen Störungen kann eine kombinierte Therapie (Antidepressiva und Psychotherapie) notwendig sein.

Sonderform: Acne inversa

Anamnese und Diagnostik: Acne inversa ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Terminalfollikel und der apokrinen Schweißdrüsen. Sie tritt vorwiegend axillär, inguinal und anogenital auf. Klinisch imponieren anfangs Hautrötungen, Papeln und Pusteln. Subkutane Knoten sind anfallsartig schmerzhaft („flare-up and –down“), später entleert sich spontan oder auf Druck Eiter und teils Blut. Weitere Beschwerden: Lymphödem, Anämie, anogenitale Tumoren möglich. Psychische Störungen sind Schlafstörungen, Depressionen, Entstellungsproblematik, Angststörungen.

Psychotherapie: bei Entstellungsgefühl, Angststörungen Depressionen wird eine Psychotherapie empfohlen

Psychopharmaka: Bei vorliegenden Angststörungen, Depressionen und Entstellungsproblematik liegen Studien zum positiven Einfluss von Psychopharmaka (wie Antidepressiva) vor.

8.2 Alopecia areata (ICD-10: L63, F 54. ggf. F 43.2)

Anamnese und Diagnostik: Patienten mit Alopecia areata zeigen eine hohe psychiatrische Komorbidität. Stressvolle Lebensereignisse scheinen der Alopecia areata gehäuft vorauszugehen. Die Krankheitsverarbeitung der Alopezie führt häufig zu ängstlichen und depressiven Reaktionen.

Psychotherapie: Über gute Therapieerfolge wird in Einzelfallstudien sowohl aus psychodynamischer wie auch verhaltenstherapeutischer Sicht hingewiesen. Entspannungsverfahren (AT) fördern zwar selten das Haarwachstum, verbessern aber meist das Selbstwertgefühl.

Psychopharmaka: Der Einsatz von Imipramin scheint einen Einfluß auf die Besserung der Beschwerden und des Haarwachstums zu haben. Es handelt sich, sofern keine Depression vorliegt, um eine Off-label-Behandlung im Sinne eines ärztlichen Heilversuchs, weswegen der Patient über die Rechtsgrundlage und das Nutzen-/Risiko-Verhältnis zu informieren ist. Bei Therapie mit dem trizyklischen Antidepressivum Imipramin sind regelmäßig Labor- und EKG-Kontrollen sinnvoll und etwaige Kontraindikationen zu beachten (eine Übersicht gibt Harth W, Blume-Peytavi U ((2013) Psychotrichologie: Haare, Haarerkrankungen und psychosomatische Aspekte. J Dtsch Dermatol Ges 11:125-136).

8.3 Analekzem (ICD-10: L23 - L30, F54)

Anamnese und Diagnostik: Ein häufig chronisches Krankheitsbild mit oft aufwendiger Diagnostik. Durch die besondere Lokalisation sind viele Patienten per se belastet (Schamgefühl), besonders, wenn Juckreiz dazu kommt. Simple Erklärungsansätze (z.B. Hämorrhoiden) führen nicht selten zu Enttäuschungen bei Patienten und Behandlern. Die Analhygiene ist zu beachten (zwanghafte Mechanismen? Kontaktallergie?). Das multifaktorielle Anal-Pruritus ist kein spezifisches psychosomatisches Krankheitsbild im engeren Sinne. Bei längerem Verlauf beobachtet man psychische Erkrankungen, am häufigsten reaktive Depression und Schlafstörungen.

Psychotherapie: Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung (Anpassungsstörung, Depression oder Zwangsstörung) indiziert, ggf. verhaltenstherapeutische Interventionen zur Durchbrechung des Juckreiz-Kratz-Zirkels. Entspannungsverfahren können hilfreich sein.

Psychopharmaka: Indiziert bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität.

8.4. Artificielle Störungen in der Dermatologie (ersetzt bisherige Leitlinie Artefakt des APD in der AWMF, 051/024) (ICD-10: F63.8, F 68.1, L98.1)

Anamnese und Diagnostik: Historisch wurden alle selbstinduzierten Hautveränderungen in die Gruppe der Artefakte als primär psychische Störung eingeordnet. Mit Publikation des neuen DSM-V 2015 liegt eine komplett neue Terminologie und Klassifikation aus Sicht der Psychiatrie vor. Dabei wird der Oberbegriff Artefakte verlassen und es erfolgt eine spezifische Aufgliederung in drei Hauptgruppen: Vorgetäuschte Störungen an Sich Selbst und Anderen, Nichtsuizidale Selbstverletzungen sowie Zwangs- und verwandte Störungen (Tab.1). Besonders beim „Ritzen“ oder „Schnippeln“ in der Adoleszenz kann eine NSSI oder Borderline Persönlichkeitsstörung vorliegen (Falkai P, Wittchen U-H (2015) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-V, Hogrefe, Göttingen, Gieler U et al (2013), Harth W (2016) Selbstverletzungen in der Adoleszenz, Hautarzt (im Druck). Tatsächlich wird aktuell der weitaus größte Teil artifizieller Störungen als ein differentialdiagnostisches Epiphänomen anderen spezifischen Krankheitsbilder zugeordnet (Tab 2).

Tabelle 1: Klassifikation selbstinduzierter Läsionen:

- I) Vorgetäuschte Störung (Factitious disorder):
 - A. Vorgetäuschte Störung, sich selbst zugefügt

Sonderfall:

 - Simulationen (Malingering)
 - Pathomimicry
 - Münchhausen-Syndrom
 - B. Vorgetäuschte Störung, anderen zugefügt

Sonderfall:

 - Münchhausen-Syndrom by proxy
- II) Nichtsuizidale Selbstverletzungen (NSSI)
 - Schneiden
 - Ritzen
 - Kratzen
 - Brennen
 - Schlagen

III) Zwangsstörung und verwandte Störungen

- Dermatillomanie (Skin Picking)
- Acne excoriée
- Morsicatio buccarum
- Cheilitis factitia
- Onychotillomanie / Onychophagie / Onychotemnomanie
- Trichotillomanie / Trichotemnomanie / Trichoteiromanie
- Rapunzel Syndrom
- Trichorrhizophagie / Trichodaganomania / Trichodaknomania by proxy

Tabelle 2: Differentialdiagnosen:

1. Genetische und Entwicklungsstörungen

- Prader-Willi Syndrom
- Lesch-Nyhan Syndrom
- Geistige Entwicklungsstörungen
- Stereotypien

2. Andere Psychiatrische Störungen

- Persönlichkeitsstörung (Borderline)
- Dermatozoenwahn mit sekundären Artefakten
- Suizidalität

Weitere Komorbiditäten:

- Angststörungen
- Affektive Störungen
- Verhaltensstörungen (Bräunungssucht, Essstörung)
- Suchterkrankungen / Drogenmissbrauch

3. Somatische Erkrankungen mit Artifizierter Überlagerung

- Neurodermitis
- Prurigo
- Psoriasis (isomorpher Reizeffekt, z.B. mechanisch)
- Ulcus

4. Körpermodifikationen (bei noch offener medizinischer und gesellschaftlicher Diskussion):

- Ohrschmuck
- Tattoos
- Piercing
- Branding

- Implantate
- Schönheits-OP

Psychotherapie: Behandlung muss erweiterte biopsychosoziale Aspekte einbeziehen. Nach der anfänglichen Versorgung der Hautläsionen Versuch eines vorsichtigen Aufbaus einer therapeutischen Beziehung. Zentral ist, inwieweit die Betroffenen offen oder gar nicht über die Selbstmanipulationen reden können. Bei offenen Selbstverletzungen Frage nach Wiederholungsrisiko, Möglichkeiten zur Prophylaxe, Stressreduktion und Umgang mit negativen Gefühlen. Bei heimlichen vorgetäuschten Störungen ist meist eine weiterführende psychiatrische Behandlung angezeigt. Häufig lassen sich im Vorfeld Misshandlungen, Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung bei Kindern nachweisen. Der behandelnde Arzt sollte die Patienten so lange begleiten, bis diese für eine spezifische Therapie, beispielsweise Traumatherapie, ambulant oder in einer Klinik motiviert werden können (Harth W (2016) Selbstverletzungen in der Adoleszenz Hautarzt. 2016 Jan. [Epub ahead of print] DOI 10.1007/s00105-015-3758-y)

Artefakte werden in Simulationen, Paraartefakte und echte Artefakte klassifiziert, letztere noch in zugängliche Impulsstörungen und dissoziierte Artefakte unterteilt. In der Mehrzahl der Patienten handelt es sich um Persönlichkeitsstörungen, meist Borderline-Patienten, Abhängigkeit und nicht selten auch Missbrauchserfahrung, die zum Teil das normale Ausmaß erheblich übersteigen. Abzugrenzen sind dagegen das Münchhausen-Syndrom mit der Trias: Krankenhauswandern, Pseudologia phantastica und Selbstverletzung und das Münchhausen-Syndrom by proxy, bei dem meist kleine Kinder von ihren Bezugspersonen verletzt werden, um einen Kontakt mit medizinischen Behandlern herzustellen. Psychotherapie: Eine supportive Psychotherapie ist sinnvoll. Bewährt haben sich psycho-dynamische Therapieansätze zur Stabilisierung der Persönlichkeit, die in der Regel eine Langzeittherapie darstellen. Eine Konfrontation zum angemessenen Zeitpunkt sollte nicht vermieden werden. Eine vorzeitige Konfrontation im Sinne einer kriminalistischen Überführung ist kontraindiziert. Psychopharmaka: Medikamente haben sich zur Begleitung und zur Stabilisierung der meist massiven Affekte bewährt sowie die Behandlung von psychomotorischer Anspannung und Agitation, müssen mit entsprechender Fachkenntnis eingesetzt werden und sind abhängig von der vorherrschenden psychischen Komorbidität .

8.5 Dyshidrosiformes Ekzem (ICD-10: L23 - L30, F54)

Anamnese und Diagnostik: Subjektive Beeinträchtigungen durch Juckreiz, Brennen und Schmerzen sind häufig, eingeschränkte Lebensqualität auch durch Arbeitsunfähigkeit .
Psychotherapie: Der Einsatz von Biofeedback hat sich durch Studien belegen lassen. Entspannungsverfahren wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung scheinen sinnvoll zu sein.
Psychopharmaka: können bei psychischer Komorbidität hilfreich sein. Weitere Hinweise finden sich in dem Kapitel über Handekzeme (s. Kapitel 013/ 053)

8.6 Epidermolysis bullosa (ICD-10: Q81, F54)

Anamnese und Diagnostik: Die Epidermolysen werden aufgeführt als stellvertretend für auch andere schwere Genodermatosen wie z.B. Xeroderma pigmentosum, Ichthyosen oder Neurofibromatose. Je nach Alter des Patienten gehen insbesondere die dystrophen Formen der Epidermolysen mit einer Entwicklungsverzögerung einher, die einen multiprofessionellen Therapieansatz erfordern. Die psychosoziale Belastung der Familien ist erheblich. Besonders

jüngere Epidermolysis-Patienten zeigen eine geringere emotionale Belastung als Patienten mit Neurodermitis, was als Hinweis auf eine Verdrängungshaltung gewertet wurde. Im späteren Alter spielen Entstellungsgefühle und die Einschränkung der Lebensqualität, die auch zu sozialem Rückzug führen kann, eine Rolle.

Psychotherapie: Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie liegen nicht vor, psychosomatische Unterstützung zur Krankheitsbewältigung erscheint sinnvoll.

Psychopharmaka: Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka vor. Komorbiditäten können aber wirksam behandelt werden.

8.7 Gardner-Diamond-Syndrom (Painful bruising syndrome) (ICD-10: F 68.1)

Anamnese und Diagnostik: Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch schubhaft auftretende schmerzhaft blaue Maculae bis hin zu Infiltraten, vielfältige körperliche Beschwerden und eine charakteristische psychische Symptomatik. Das Syndrom wird häufig in Verbindung mit der Artefakt-Erkrankung berichtet, häufig nach psychischen oder physischen Traumata, fast ausschließlich Frauen betreffend. Sensibilisierung gegen autologen Erythrozyten wird diskutiert. Häufig gefundene Merkmale sind: dissoziative Störung, Depression, Zwangsstörungen, sexuelle Probleme und Feindseligkeit.

Psychotherapie: Bisher keine kontrollierten Studien außer Einzelfallberichte, in denen die Wirksamkeit von Familientherapie berichtet wurde. Die Patientinnen sind häufig nur schwer für eine Psychotherapie zu motivieren.

Psychopharmaka: Bisher keine Wirksamkeit beschrieben.

8.8 Haarerkrankungen (ICD-10: L65.8)

Ein uneinheitliches Krankheitsbild, welches individuell sehr verschieden verarbeitet wird. Neben psychiatrischer Erkrankung (z.B. Trichotillomanie), körperdysmorpher oder somatoformer Störung, (psycho-)immunologischer Störung (Alopecia areata) spielt die Anpassungsstörung, z.B. bei androgenetischer Alopezie, die größte Rolle. Haarerkrankungen werden besonders von Frauen oft als hoch belastend empfunden. Dabei spielen sowohl Haarausfall als auch Hypertrichosen eine Rolle (Übersicht s. Harth 1013).

Es wird auf die einzelnen Darstellungen verwiesen:

- 8.2 Alopecia areata (ICD-10: L63, F 54. ggf. F 43.2)
- 8.28 Trichotillomanie (ICD-10: F63.3, F68.1)
- 8.33 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)
- 8.34 Reaktive Störungen in der Dermatologie (ICD-10: F43)
- 8.13 Hypertrichosis (ICD-10: L68, F 54)

Psychotherapie: grundsätzlich wird folgendes Vorgehen mit praktischen Interventionstechniken empfohlen:

1. Empathie und Herstellung eines Arbeitsbündnisses auch mit schwierigen Patienten
2. Exploration der subjektiven Krankheitstheorie, Lebenssituation (Stress, life events)
3. Korrektur irrationaler Erwartungen
4. Psychoedukation: Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, Informations- und Wissensvermittlung
5. Compliancesicherung und Klärung einzelner Therapieziele (Hilfe zur Selbsthilfe)
6. Förderung der Krankheitsbewältigung
7. Gemeinsame Entwicklung biopsychosozialer Behandlungskonzepte
8. Thematisierung ggf weiterführende Motivation, Indikation, Einleitung spezieller Behandlungsverfahren einschließlich Entspannungsverfahren, Differentialindikation zur Psychotherapie und/ oder Psychopharmakotherapie

8.9 Hauttumoren (Basalzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom) (ICD-10: C44, F54)

Anamnese und Diagnostik: Ein psychischer Einfluss bei der Entstehung ist nicht belegt, ebenso die Frage nach einer „Krebspersönlichkeit“. Die Bewältigung der Erkrankung hinsichtlich der Tumorangst ist vor allem beim Melanom (s. 8.18) zu berücksichtigen. Häufig: mangelnde soziale Unterstützung, mangelndes Selbstvertrauen, vegetative Unruhe und Depressivität.
Psychotherapie: Der Mitbetreuungsbedarf kann durch die subjektive Krankheitseinstellung des Patienten bedeutend sein. Anleitungen zu einem aktiven Coping sollten betrieben werden. Zertifizierte onkologisch-dermatologische Zentren bieten auch eine psychosoziale Betreuung an.
Psychopharmaka: Es liegen keine Hinweise auf die Wirksamkeit von Psychopharmaka vor, Komorbiditäten sollten aber therapiert werden.

8.10 Herpes labialis und genitalis (ICD-10: A60.0, B00.1, F54)

Anamnese und Diagnostik: Signifikante Zusammenhänge zwischen psychischen Auslösern sind insbesondere für Ekel und Stress beschrieben worden. Viele Studien weisen auf verschiedenste psychische Auslösemechanismen hin. Patienten geben häufig Depressionen und Einschränkung der Lebensqualität an.
Psychotherapie: In Einzel- und Gruppentherapien konnte eine Abnahme der Rezidive gezeigt werden. Auch Entspannungsverfahren haben sich bewährt. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen scheint zur Verbesserung der Bewältigung zu führen.
Psychopharmaka: Keine spezifischen Indikationen bekannt.

8.11 Hyperhidrosis (ICD-10: R61, F54)

Anamnese und Diagnostik: Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und Hyperhidrosis konnte bisher bei Personen mit einer sozialen Phobie eruiert werden. Bei Angst-Patienten ist häufig eine Hyperhidrose zu finden. Depressionen, sozialer Rückzug bis zu Suizidimpulsen sind zu beachten. Weitere Hinweise zur Hyperhidrosis finden sich in den Leitlinien 013/ 059.
Psychotherapie: Die Wirksamkeit von psychodynamischer Therapie und Biofeedback wurde bisher nur in Einzelfallstudien dargestellt. Autogenes Training scheint mit Zusatzübungen wirkungsvoll zu sein.
Psychopharmaka: Der Einsatz von Antidepressiva hat sich in der Klinik bewährt, es liegen keine Studien vor.

8.12 Hypertrichosis (ICD-10: L68, F54)

Anamnese und Diagnostik: Die Körperbehaarung hat keine physiologische Bedeutung mehr für den Menschen, wohl aber eine erhebliche für das äußere Erscheinungsbild. Die lokalisierte oder generalisierte Hypertrichose sowie die pathologisch vermehrte Behaarung vom männlichen Typ bei Frauen (Hirsutismus) kann zu starker psychischer Belastung, zu Depressionen und sozialem Rückzug führen.
Psychotherapie: Verhaltenstherapeutische Ansätze fördern das Coping
Psychopharmaka: indiziert bei Angst-Patienten, bei Depressionen oder Körperdysmorphen Störungen.

8.13 Körperdysmorphie Störung (ICD F 45.21)

Anamnese und Diagnostik: Die körperdysmorphie Störung gehört zu den somatoformen Störungen in der Dermatologie. Patienten erleben dabei ihren Körper subjektiv als entstellt, ohne dass eine wahnhafte Überformung vorhanden ist (siehe wahnhafte Störungen). Die Patienten haben erheblichen Leidensdruck, der zu sozialem Rückzugsverhalten und zur Suizidalität führen kann. Depressionen

sind als Komorbidität häufig. Die Einschränkung des Selbstwertgefühls steht oft im Vordergrund. Die Problematik wird häufig aus Scham verschwiegen. Abgegrenzt werden muss die kutane Hypochondrie, die ebenfalls eine somatoforme Störung darstellt (siehe Leitlinie somatoforme Störung).
Psychotherapie: Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie mit einer kognitiven Umstrukturierung und Konfrontationstherapie konnte belegt werden. Untersuchungen zeigen, dass eine psychodynamische Psychotherapie hilfreich sein kann (Gieler U, Gieler T, Peters EMJ (2015) Haut und Psychosomatik – Psychodermatologie heute, Ärztliche Psychotherapie 10: 142-150)).
Psychopharmaka: Die begleitende Therapie mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern oder, falls Übergänge zu dysmorphen Wahn bestehen, Antipsychotika können indiziert sein.

8.14 Kollagenosen (Sklerodermie, Lupus erythematodes) (ICD-10: L93, L94.0, M32, M34, F54)

Anamnese und Diagnostik: Einfluß von life-events wird häufig vermutet und zum Teil auch ermittelt. Ungünstige Krankheitsverarbeitung (extrinsisches Krankheitskonzept) und fatalistische Einstellung scheinen den Verlauf negativ zu beeinflussen. Häufig Hoffnungslosigkeit, Depression, Entstellungsgefühl, Kraftlosigkeit und Schmerzsymptomatik. Deutliche Einschränkung der Lebensqualität in Abhängigkeit von der Schwere. Die Einschränkung der Lebensqualität kennen Dermatologen aus der Beschreibung ihrer Patienten, den oft beschriebenen Haut- und Gelenkschmerzen, der teilweisen UV-Überempfindlichkeit oder der Einstellungssymptomatik (Angelopoulos NV et al.: Psychiatric symptoms associated with scleroderma. Psychother Psychosom (2004) 70; 145-150; Haupt M: Psychische Störungen bei rheumatischen Erkrankungen am Beispiel des Systemischen Lupus Erythematodes (SLE) Z Rheumatol (2004) 63: 122-130)
Psychotherapie: Bisher nur in Einzelfallberichten als wirksam beschrieben. Hypnose und Autogenes Training lindern die sekundäre Raynaud-Symptomatik bei der progressiven Sklerodermie. Es existieren gut funktionierende Selbsthilfegruppen für beide Krankheitsbilder, die bei der Krankheitsverarbeitung hilfreich sind.
Psychopharmaka: Kein Einfluß von Medikamenten auf den Krankheitsverlauf bekannt, wohl aber bei Komorbiditäten.

8.15 Kontaktekzem (ICD-10: L25, F54)

Anamnese und Diagnostik: Häufig wird von erhöhten Aggressionswerten berichtet. Die Komorbidität mit Depression und Angststörungen wird beschrieben. Ungünstig wird der Verlauf durch nicht-autonomes Verhalten und durch Ignorieren von Gefühlen beeinflusst. Zwanghafte Mechanismen (übertriebene Hygiene) und mechanische Manipulationen können das Krankheitsbild beeinflussen. Patienten haben ein 5-fach höheres Risiko eine Angststörung zu entwickeln. Die subjektive Stressreagibilität kann die Krankheitsverarbeitung ungünstig beeinträchtigen. Insbesondere Patienten, bei denen keine eindeutige Ursache gefunden werden konnte, zeigen sich hilfloser und depressiver und geben vermehrt Juckreiz an.
Psychotherapie: Entspannungsverfahren, psychodynamische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie haben sich in verschiedenen Einzelfallbeschreibungen bewährt.
Psychopharmaka: Antihistaminerge Effekte einzelner Antipsychotika können in Einzelfällen zur Behandlung genutzt werden, ohne dass Studien einen gezielt verbesserten Effekt nachweisen konnten.

8.16 Lichen ruber (ICD-10: L 43; F 54)

Anamnese und Diagnostik: Auslösende psychische Faktoren sind in Einzelfällen beschrieben worden. Patienten mit oralem Lichen ruber zeigen erhöhte Werte für Angst und Depression in den standardisierten Fragebögen gegenüber der Normalbevölkerung. Deutliche Belastungen in der psychosozialen Verarbeitung

wurden dargestellt.
Psychotherapie: Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie vor, Entspannungsverfahren haben keinen Effekt.
Psychopharmaka: Es ist kein Einfluß dieser Medikamente beschrieben worden.

8.17 Melanom (ICD-10: C43, F54)

Anamnese und Diagnostik: In Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass stärkere Stressreize zu einem erhöhten Tumorrisiko führen. Belege für einen Einfluss von Copingvariablen, sozialer Isolation, chronischer Stress und Depressionen auf die Überlebensrate beim Melanom liegen vor. Außergewöhnliche life-events werden häufiger beschrieben. Es finden sich oft erhebliche psychosoziale Belastungen mit Einschränkung der Lebensqualität und Depression bei ca. 25% der Patienten. Als bedeutender Faktor für die Überlebenszeit hat sich die aktive Krankheitsverarbeitung erwiesen. Weitere Hinweise s. auch Kapitel 8.10.
Psychotherapie: Gruppenpsychotherapie, Stressmanagement und Entspannungsverfahren führte in Studien zu einer signifikanten Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit, allerdings nur in der Gruppe der medium-risk-Melanome.
Psychopharmaka: Bei vorliegender Anpassungsstörung, depressiven oder krankheitswertigen Angststörungen können anxiolytische Benzodiazepine oder Antidepressiva wie Mirtazapin je nach Indikation sinnvoll sein.

8.18 Nahrungsmittelattributierte Störungen (ICD-10: T78, F54)

Anamnese und Diagnostik: Eine psychische Auslösung von Nahrungsmittelintoleranzen konnte bisher nicht gezeigt werden, wird aber vermutet durch bekannte positive Placebo-Tests. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität und die sekundären psychischen Probleme stehen im Vordergrund.
Psychotherapie: Entspannungsverfahren wie autogenes Training und progressive Muskelrelaxation scheinen hilfreich zu sein. Weitere Studien zur Psychotherapie liegen zur Zeit nur in Einzelfallberichten vor.
Psychopharmaka: Es liegen keine Hinweise auf die Wirksamkeit vor.

8.19 Neurodermitis (ICD-10: L20, F54) s. auch AWMF Leitlinie 013/027

Anamnese und Diagnostik: Neurodermitis ist eine multifaktorielle chronisch-entzündliche Hauterkrankung, bei der psychosomatische Kofaktoren eine bedeutende Rolle spielen. In einer Metaanalyse konnte der signifikante Einfluss von Stress bei der Exazerbation der Neurodermitis verdeutlicht werden. Auch life-events, und psychosoziale Probleme (daily-hassles) können eine bestehende Neurodermitis auslösen. Der Nachweis der Kulturabhängigkeit wurde epidemiologisch geführt. Die psychischen Veränderungen der Neurodermitis-Patienten betreffen vor allem die Angst, Depression und Neurotizismus, die in Meta-Analysen als hervorstechendes Merkmal dargestellt werden konnten. Die Krankheitsverarbeitung wird durch negative Compliance und Hilflosigkeit beeinflusst. Bei ca. 20% der Neurodermitis-Patienten wird eine Indikation zur Psychotherapie gesehen. Auffällige Mutter-Kind-Beziehungen bei allen Neurodermitis-Eltern konnten entgegen den bisherigen Darstellung nicht aufrechterhalten werden. Juckreiz und Kratzen beeinflussen häufig die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit. Neurodermitis-Patienten geben subjektiv die höchste Einschränkung der Lebensqualität im Bereich von Hautkranken an.
Psychotherapie: Die Wirksamkeit von Entspannung (autogenes Training) konnte gezeigt werden. Psychotherapeutische Behandlungen sowohl auf psychodynamischer wie kognitiver verhaltenstherapeutischer Grundlage sind offenbar in indizierten Fällen sowohl in der Einzel- wie auch Gruppentherapie sinnvoll. Schulungsmaßnahmen haben sich in einigen prospektiven, randomisierten Studien und einer Meta-Analyse als effektiver als die dermatologische Routine-Behandlung dargestellt. Die Wirksamkeit einer Verhaltenstherapie zur Behandlung

des Juckreizes und der Kratzkontrolle konnte belegt werden. Psychopharmaka: scheinen ohne Effekt zu sein.

8.20 Periorale Dermatitis (ICD-10: L71.0, F54)

Anamnese und Diagnostik: Patientinnen mit perioraler Dermatitis haben in der Krankheitsverarbeitung Probleme mit der Entstellung und der kosmetischen Einschränkung. Psychische Auslösefaktoren werden nach älteren Studien in der Selbstwertproblematik und im Zusammenhang mit Schwierigkeiten im Umsetzen eigener Autonomieansprüche gesehen.

Psychotherapie: Psychotherapie hat sich in Einzelfallstudien als wirksamer Faktor in der Bewältigung der Erkrankung gezeigt. Bei Tendenzen zur sozialen Phobie ist eine Verhaltenstherapie wirksam.

Psychopharmaka: Es sind keine Studien zur Wirksamkeit bei dieser Erkrankung bekannt, wohl aber Indikationen bei Komorbiditäten. Benzodiazepine zur Unterbrechung des circulus vitiosus aus Juckreiz und Depression können wirksam sein.

8.21 Prurigo simplex subacuta (ICD-10: L28.1 - L28.2, F54)

Anamnese und Diagnostik: Life-events tragen zur Entstehung der Prurigo in ca. 33% bei. Die Krankheitsverarbeitung ist häufig beeinträchtigt.

Psychotherapie: Sowohl Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie haben sich zur Behandlung bei Chronifizierung und Non-Compliance bewährt.

Psychopharmaka: Bei entsprechender Komorbidität von Depression oder Angststörungen kann entsprechend dieser Diagnose mitbehandelt werden.

8.22 Psoriasis vulgaris (ICD-10 L40.0 F54) s. auch S3 Leitlinien der Psoriasis vulgaris

Anamnese und Diagnostik: Psychische Faktoren haben bei der Exazerbation von Psoriasis-schüben eine Bedeutung und sollten diagnostisch berücksichtigt werden. Psoriasispatienten geben in mehr als der Hälfte der Fälle eine Auslösung durch Stress an. Hinweise zur Aggressionshemmung oder sonstige Auffälligkeiten haben sich bisher nicht bestätigt. Die Krankheitsbewältigung ist erheblich beeinträchtigt. Hier sind vor allem alltägliche Ärgernisse und kritische Lebensereignisse bedeutsam, die eine Exazerbation bewirken können. Eine negative Krankheitsverarbeitung und die Verdrängung der Stressbelastungen beeinflussen die Psoriasis derart, dass Schübe schneller und schwerer auftreten. Die Assoziation mit Alkohol und eine mögliche Suizidalität ist in einigen Studien dargestellt worden. Das Problem der Entstellung und der Hilflosigkeit mit der Erkrankung stellen häufige Probleme dar. Es werden in höherem Maße Depressionen gefunden.

Psychotherapie: Entspannung wurde in einer Studie mit einer Langzeitkatamnese als hilfreich dargestellt und konnte einen Schub deutlich verzögern. Auch die Gruppentherapie, Selbsthilfegruppen und Biofeedback sind als hilfreich berichtet worden. Psychodynamische Psychotherapien wurden in Einzelfallberichten als erfolgreich dargestellt.

Psychopharmaka: Es liegen keine Studien zum Einfluss von Psychopharmaka vor. Komorbiditäten wie Depressionen sollten behandelt werden.

8.23 Rhinitis allergica (ICD-10: J30.1 - J30.3, F54)

Anamnese und Diagnostik: Psychische Trigger scheinen als Auslöser der Rhinitis infrage zu kommen. Affektive und allergische Soforttyp-Reaktionen kommen gehäuft in Verbindung vor. Ein unerwartet hohes Vorkommen von Depressionen in ca. 50% wurde dargestellt. In der Krankheitsverarbeitung sind Beeinträchtigungen der Lebensqualität und Einschränkungen der Konzentration bedeutsam.

Psychotherapie: Entspannung und Psychotherapien sind klinisch erprobt, allerdings liegen keine Studien zu dem Thema bisher vor.
Psychopharmaka: Die Wirksamkeit von anxiolytischen oder antidepressiven Pharmaka wurde beschrieben.

8.24 Rosacea (ICD-10: L71, F54)

Anamnese und Diagnostik: Häufig wird eine Erhöhung der Angst und Depressivität bei der Erkrankung beschrieben, die eher Folge als Ursache ist. Die Entstellung ist ein häufiges Problem der Patienten und sollte entsprechend psychotherapeutisch bearbeitet werden.

Psychotherapie: Einzelne Fallstudien zur Umsetzung von Verhaltenstherapie bei Stigmatisierung sind vorhanden, psychodynamische Verfahren und Entspannung wurden in ihrer Wirksamkeit bisher nicht sicher belegt, obgleich dies zu vermuten ist.

Psychopharmaka: Es liegen keine Studien vor, die eine Wirksamkeit belegen können. Wirksame Therapie bei psychogenen Komorbiditäten (Angststörung, Depression)

8.25 Seborrhoisches Ekzem

Anamnese und Diagnostik: Stressfaktoren scheinen die Exazerbation der Erkrankung zu beeinflussen. Juckreiz und Brennen wie auch die Entstellung mit ihren Problemen können die Erkrankung beeinflussen.

Psychotherapie: Es liegen keine Studien vor, bei Entstellung wird entsprechend der psychischen Diagnose Psychotherapie für sinnvoll gehalten.

Psychopharmaka: Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit vor, sind aber bei psychogenen Komorbiditäten hilfreich.

8.26 somatoformer Pruritus (ICD-10: F45.8)

Anamnese und Diagnostik: Die Diagnose sollte mit äußerster Vorsicht gestellt werden, da sich nicht selten eine Neurodermitis, eine bisher nicht erkannte Allergie, neurogene oder psychosomatisch/psychogene Erkrankungen dahinter verbergen können. Neben medizinisch somatischen Faktoren, die differentialdiagnostisch zunächst auszuschließen sind, können psychische Konfliktsituationen einen Pruritus auslösen oder unterhalten. Komorbiditäten mit Depression und Angst werden in Studien dargestellt. Darüber hinaus kann die psychische Krankheitsverarbeitung eines Pruritus sekundär zu Depression und psychosozialen Konflikten mit Anpassungsstörungen führen. Differentialdiagnostisch sind psychotische Störungen auszuschließen.

Psychotherapie: Neben einer topischen Behandlung und der Vermeidung von Provokationsfaktoren ist bei somatoformen Pruritus eine Psychotherapie indiziert. Pruritus-Patienten sind psychotherapeutischen Behandlungen in der Regel zugänglich, bewährt haben sich psychodynamische Einzel-Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie, auch Entspannungsverfahren sind wirksam.

Psychopharmaka: Bei hartnäckigen Formen können sedierende Antihistaminika, antihistaminisch wirkende Antipsychotika und Antidepressiva hilfreich sein.

8.27 Trichotillomanie (Impulskontrollstörungen in der Dermatologie) (ICD-10: F63.3, F68.1) s. auch Artificielle Störungen Punkt 8.4.

Anamnese und Diagnostik: Impulskontrollstörungen in der Dermatologie sind, neben der in dieser Gruppe am häufigsten auftretenden Trichotillomanie, die Onychotillomanie, die Morsicatio buccarum, die Pseudo-Knuckle-Pads und die Leckekzeme. Sie stellen eine Gruppe von Erkrankungen dar, die unter psychischen Spannungssituationen oder neurotischen Konflikten einen nicht beherrschbaren Drang zur Bearbeitung und Verletzung der Haut darstellen. Diese Zusammenhänge sind für den Patienten nachvollziehbar oder können zumindest im therapeutischen Gespräch für ihn nachvollziehbar aufgezeigt werden. Hieraus ergibt sich der

zentrale therapeutische Ansatz (verhaltens)therapeutischer Interventionen. Bei Patienten, die Zusammenhänge zwischen Stress und entsprechendem Problemverhalten bestreiten bzw. ausschließen, ist abzuklären, ob Artefakte vorliegen (s. 8.4). Stereotype Verhaltensmuster mit dadurch bedingten dermatologischen Befunden können auch im Rahmen von Zwangsstörungen auftreten (häufigste Untergruppe: Waschzwang); eine entsprechende Symptomatik wurde auch im Rahmen von Essstörungen beschrieben.

Psychotherapie: Verhaltenstherapeutische Interventionen haben sich klinisch bewährt, neben Einzelfallstudien wurden (unkontrollierte) Studien mit bis zu zweijährigen Katamneseverläufen publiziert. Die Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie ist bisher nicht belegt.

Psychopharmaka: Der Einsatz von Clomipramin und Desipramin wurde in Doppelblindstudien erfolgreich beschrieben, daneben liegen Einzelfallberichte über den erfolgreichen Einsatz weiterer Antidepressiva sowie von Antipsychotika zur Augmentationsbehandlung vor: SSRI, Olanzapin, Risperidon etc..

8.28 Ulcus cruris und CVI (ICD-10: I87, L97, F54)

Anamnese und Diagnostik: Psychische Faktoren in der Auslösung sind nicht bekannt. Psychosoziale Faktoren wirken sich jedoch insbesondere auf die Compliance aus. Die Belastung durch die Erkrankung im Hinblick auf die Einschränkung der Lebensqualität ist stadienabhängig, der sekundäre Krankheitsgewinn sollte in der Behandlung beachtet werden.

Psychotherapie: Es liegen keine Studien zur Psychotherapie bei Ulcus cruris vor.

Psychopharmaka: Können unter Berücksichtigung psychopathologischer Komorbidität sinnvoll sein.

8.29 Urtikaria (ICD-10: L 50, F 54)

Anamnese und Diagnostik: Urtikaria ist eine die Lebensqualität massiv einschränkende Erkrankung. Diese Einschränkung der Lebensqualität korreliert nicht mit der Erkrankungsstärke oder -dauer, sondern mit dem Vorhandensein von psychiatrischen Komorbiditäten. Bei Urtikaria-Patienten treten signifikant gehäuft Depressionen und Angststörungen auf. Gehäuft wird von einem Auftreten der Urtikaria nach emotionalem Stress und sogenannten life- events berichtet. Es scheint eine Untergruppe von stressabhängiger Urtikaria zu existieren mit bewusstseinsnaher, latenter Wut und Ärger. In zeitreihenanalytischen Studien konnte der Zusammenhang zwischen emotionaler Belastung und Urtikaria gezeigt werden, jedoch auch der umgekehrte Einfluß. Die bei einem Teil der Patienten zu beobachtende Depression kann deshalb Folge der chronischen Hauterkrankung sein, aber auch Vorläufer (Urtikaria als somatischer Ausdruck) eines nicht bewältigten Konfliktes.

Psychotherapie: Eine fokale Kurzzeitpsychotherapie hat sich bei psychosozial getriggelter Urtikaria bewährt, auch Entspannungsverfahren werden genannt. In der Verhaltenstherapie wird vor allem eine Stressbewältigungstherapie bevorzugt. Hypnose konnte den Juckreiz lindern.

Psychopharmaka: Hinsichtlich des Einsatzes von Antidepressiva zur Behandlung der Urtikaria finden sich widersprüchliche Aussagen, allerdings ließ sich bei chronischem Pruritus eine juckreizlindernde Wirkung, z. B. von Doxepin gut belegen. Auch vor dem Hintergrund der gehäuften psychiatrischen Komorbiditäten und deren Einfluss auf die Lebensqualität bei chronischer Urtikaria, ist eine psychopharmakologische Therapie der Begleiterkrankung sicherlich empfehlenswert, ein wissenschaftlicher Nachweis ist diesbezüglich aber noch ausstehend.

8.30 Vitiligo (ICD-10: L80, F54)

Anamnese und Diagnostik: Patienten mit Vitiligo geben in 30% eine Auslösung durch Stressfaktoren an. Sichtbare Läsionen führen in über 80% zu einem Entstellungsgefühl, Frauen leiden stärker darunter. Beeinträchtigungen in den sexuellen Beziehungen wurden angenommen. Ein vermindertes Selbstwertgefühl und Lebensqualität wird angegeben.

Psychotherapie: Bei inadäquatem Entstellungsgefühl, Depression und Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung wird eine Psychotherapie empfohlen.

Psychopharmaka: Es liegen Studien zum positiven Einfluß von Medikamenten vor, Psychopharmaka sind hilfreich bei Komorbiditäten wie reaktive Depression, Angststörungen und Entstellungsproblematik.

8.31 Wahnhafte Störungen in der Dermatologie (Dermatozoenwahn etc.) (ICD-10: F20-F29)

Anamnese und Diagnostik: In der Dermatologie kommen als seltene Erkrankungen verschiedene anhaltende wahnhafte Störungen (ICD-10: F22) vor. Je nach Inhalt der auf die Haut bezogenen wahnhaften Überzeugung gibt es dabei verschiedene klinische Prägnanzformen: 1. sog. Dermatozoenwahn (wahnhafte Überzeugung, mit belebten, zuletzt auch unbelebten vermeintlichen Erregern/ Pathogenen im Bereich der Haut und anderen Körperteilen befallen zu sein.), 2. körperdysmorpher Wahn (wahnhafte Überzeugung, einen körperlichen Makel bzw. eine Entstellung aufzuweisen), 3. Hypochondrischer Wahn (wahnhafte Überzeugung, eine schwere Hautkrankheit zu haben), und 4. Eigengeruchswahn (wahnhafte Überzeugung, unangenehm zu riechen).

Psychotherapie: Eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne ist bei Wahnpatienten nicht indiziert, kann bestenfalls nach Ansprechen auf eine antipsychotische Therapie im Laufe der Behandlung hilfreich sein, wenngleich das nicht in Studien belegt ist. Wenn im Rahmen der wahnhaften Überzeugung keine Einsicht in das Vorliegen einer psychischen Erkrankung besteht, ist der therapeutische Zugang nur indirekt, etwa über eine "Behandlung" der Haut möglich. Aufdeckende Therapieverfahren sind zu Beginn der Behandlung nicht indiziert. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen können zum Aufbau von Bewältigungsstrategien sinnvoll sein.

Psychopharmaka: Die Therapie der Wahl sind Antipsychotika. Die Behandlung sollte längerfristig angelegt sein und in Abstimmung mit einem Psychiater auch zur medikamentösen Führung geschehen. Aufgrund des fälschlicherweise somatischen Krankheitsbildes kann es schwierig bis unmöglich sein, den Patienten an einen Psychiater zu überweisen.

8.32 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)

Anamnese und Diagnostik: Somatoforme Störungen sind in der Hautarztpraxis mit bis zu 18,5% relativ häufig anzutreffen, und können den Behandler vor schwerwiegende Probleme stellen. Insgesamt handelt es sich um eine klinisch heterogene Krankheitsgruppe, wobei Pruritus, Schmerzen, Parästhesien, Entstellungsgefühle, Ökosyndrome, Mykophobie, Erythrophobie, Glossodynie, anogenitales Schmerzsyndrom oder psychogenes Effluvium im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik stehen können. Die dermatologische Differentialdiagnose umfasst die Subgruppen von Somatisierungsstörungen (F 45.0), hypochondrische Störungen (F 45.2), somatoforme autonome Funktionsstörungen (F 45.3) und anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (F 45.4) sowie "sonstige somatoforme Störungen" (F 45.8).

Psychotherapie: Der Erfolg von behavioralen Programmen wird in einigen Studien mit 2-Jahres-follow-up dargestellt. Ein als integrative psychodynamische Psychotherapie bezeichneter Ansatz wurde als Kombination von kognitiven und psychodynamischen Komponenten speziell für die somatoformen Störungen beschrieben (siehe auch Leitlinie Somatoforme Störungen in der AWMF).

Psychopharmaka: Gute Ansprechraten zeigten sich in randomisierte

plazebokontrollierte Studien mit selektiven Serotonin- Wiederaufnahmehemmern bei der Dismorphophobie.

8.33 Reaktive Störungen in der Dermatologie (ICD-10: F43)

Anamnese und Diagnostik: Patienten mit primären Hauterkrankungen und sekundären psychischen Störungen: somatopsychische Störungen. Frage nach Stigmatisierung, Entstellungsempfinden, Bedrohungsängsten, Krankheitsverarbeitung (Coping), Störungen der Arzt-Patienten-Beziehung (Compliance), Lebensqualität.
Mögliche Folgen: Depressive Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen.
Psychotherapie: Supportive Psychotherapie (Ich- Stärkung und Selbstwertgefühl), Psychoedukation, Tiefenpsychologische Therapien.
Psychopharmaka: Antidepressiva, Anxiolytika.

8.34 Zwangsstörungen in der Dermatologie (ICD-10: F43, F 45, F 63, L 98), verwiesen sei auch auf die S3-Leitlinie Zwangsstörungen 038/017

Anamnese und Diagnostik: Aktuelle Einteilung für in der Dermatologie wichtige Störungen sind in der Tabelle 1 dargestellt (Mavrogiorgou P, Bader A, Stockfleth E, Juckel G (2015) Zwangsstörungen in der Dermatologie, J Dtsch Dermatol Ges 13: 991-10000)

Tabelle 1.für die Dermatologie relevante Zwangsstörungen nach ICD-10 und DSM-V

| Störung | ICD-10 | DSM-V |
|--------------------------------|---|--|
| Zwangsstörung | <ul style="list-style-type: none"> ▶ vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0) ▶ vorwiegende Zwangshandlungen /Rituale (F42.1) ▶ Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (F42.2.) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Obsessive-compulsive Disorder (OCD): 300.3 ▶ Spezifizierung der Einsichtsfähigkeit ▶ Spezifizierung einer komorbiden Tic-Störung |
| Körperdysmorphie Störung | <ul style="list-style-type: none"> ▶ als Form der hypochondrischen Störung (F45.21) in der Kategorie der somatoformen Störungen klassifizierbar | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Body Dysmorphic Disorder (BDD): 300.7 ▶ Spezifizierung einer Muskeldysmorphie ▶ Spezifizierung der Einsichtsfähigkeit |
| Trichotillomanie | <ul style="list-style-type: none"> ▶ unter abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle klassifizierbar (F63.3) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Trichotillomanie (Hair-Pulling Disorder): 312.39 |
| Dermatillomanie (skin picking) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ keine explizite Nennung aber unter andere abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Excoriation Disorder (Skin-Picking Disorder): 698.4 |

| Störung | ICD-10 | DSM-V |
|---------|---|-------|
| | einzuordnen (F63.8) oder | |
| | • ▶ unter Dermatitis factitia (L98.1) (einschließlich neurotische Exkoration) | |

9. Spezielle Problembereiche

9.1 Ästhetische Dermatologie (ICD-10: F45)

Anamnese und Diagnostik: Durch mehrere Studien zeigt sich ein höherer Anteil von Patienten mit körperdysmorphen Störungen im Klientel, welches den ästhetischen Chirurg aufsucht (6-15% gegenüber 2% in der Normalbevölkerung). Verschiedene Screeningfragebögen wurden hierzu entwickelt. Wichtig ist hierbei, an Patienten mit Körperdysmorphen Störungen nicht potentiell schädigende Eingriffe vorzunehmen. Hier sollte zunächst danach gefragt werden: 1. Glauben Sie, dass ein Teil Ihres Körpers nicht normal ist? 2. Sind Sie jemals über Ihr Aussehen sehr besorgt gewesen? 3. Mustern Sie sich oft und sorgfältig im Spiegel? Wieviel Zeit verbringen Sie damit? 4. Versuchen Sie, Ihren Makel mit den Händen, durch Kosmetika oder Kleidung zu verdecken? 5. Welche Auswirkungen hatte die Beschäftigung mit dem Aussehen auf ihr Leben in den Bereichen: Beruf; soziale Kontakte, Partnerschaft? Haben Sie normale Tätigkeiten wegen des Makels vernachlässigt? Zusatzfragen: 6. Erwarten Sie eine radikale Veränderung Ihres Lebens durch den chirurgischen Eingriff? 7. Sind Sie manchmal so verzweifelt, dass Sie sich wünschen, Sie wären tot oder wollen Sie sich etwas antun? Werden die ersten fünf Fragen mit ja beantwortet und sehr viel Zeit für die Beschäftigung damit aufgewendet, handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um Patienten mit körperdysmorphen Störungen und es sollte keine ästhetische Wunschoperation erfolgen.

Psychotherapie: Verschiedene Studien zeigen die Wirksamkeit verhaltensmedizinischer Interventionen.

Psychopharmaka: Die Wirksamkeit von SSRI wird in klinischen Studien belegt (da es sich bei diesen Aussagen um die körperdysmorphe Störung handelt muss das mit dem dortigen Kapitel abgeglichen werden).

9.2 Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes (ICD-10: F52)

Anamnese und Diagnostik: Life-events, familiäre wie berufliche Belastungen sowie Versagensängste können zu erektiler Dysfunktion, Ejaculatio praecox sowie Libido- und Orgasmusstörungen führen.

Psychotherapie: Spezielle verhaltenstherapeutische und neuere kognitiv-behavioristische Methoden sind effektive Behandlungsverfahren.

Psychopharmaka: Bei entsprechender Komorbidität von Depression oder Angststörungen kann entsprechend dieser Diagnose mitbehandelt werden.

9.3 Krankheitsbewältigung in der Dermatologie

Anamnese und Diagnostik: Chronische Hauterkrankungen verlaufen oft in Schüben. Jeder Schub erzeugt eine psychosoziale Reaktion, die sich wiederum reaktiv auf den Krankheitsverlauf auswirken kann. Diese Krankheitsbewältigung (Coping) ist die zu erwartende emotional, kognitiv oder aktional aufzufangende und auszugleichende Belastung für den Hautkranken. Betrifft besonders Hautkranke mit entstellenden Dermatosen (z.B. Lupus erythematodes im Gesicht), prognostisch ungünstigen (z.B. HIV, Malignes Melanom) oder die Lebensqualität erheblich einschränkenden Erkrankungen (z.B. chronisch rezidivierender Herpes progenitalis).

Psychotherapie: Mit dem Ziel, ungünstige persönliche Copingstrategien zu identifizieren und zu verbessern, emotionale Entlastung zu zulassen. Wichtig: soziales Umfeld mit einbeziehen, berufliche Belange berücksichtigen.

Psychopharmaka: Je nach psychischem Störfeld können Psychopharmaka (Antidepressiva) unterstützend wirken.

9.4. Psychosomatische Rehabilitation

Eine dermatologisch-psychosomatische Rehabilitation ist zu erwägen, wenn neben einer Hauterkrankung zusätzlich eine psychische Komorbidität besteht oder psychosoziale Faktoren den Krankheitsverlauf und das Coping des Patienten negativ beeinflussen. Dabei steht nicht die aktuelle Behandlungsbedürftigkeit einer Hautsymptomatik im Vordergrund, sondern es sollen die "Folgen einer psychischen, geistigen oder körperlichen Behinderung" (siehe § 2 SGB IX) gemindert werden, um die Aktivitäten und damit die Teilhabe im Lebensumfeld zu ermöglichen oder zu sichern (§ 26 Abs. 1 SGB IX). Durch eine multimodale dermatologische und psychotherapeutische Therapie wird auf eine längerfristige Stärkung der Eigenaktivität und damit der Selbstwirksamkeit abgezielt bei gleichzeitiger Akzeptanz gegebener Einschränkungen.

9.5 Umgang mit Suizidalität bei dermatologischen Patienten

Im Jahr 2000 war gezielte Selbsttötung bei Menschen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren - und damit mutmaßlich auch bei dermatologischen Patienten - die vierthäufigste Todesursache. Bei systemischem Lupus erythematodes fand sich ein 4fach -erhöhtes Risiko. Einzelfallberichte deuten darauf hin, dass in der Dermatologie vor allem bei Männer mit schwerer Acne conglobata, Patienten mit metastasierenden Tumorerkrankungen insbesondere dem malignen Melanom, progressiver systemischer Sklerodermie und körperdysmorpher Störung ein erhöhtes Suizidrisiko besteht. Das Suizidrisiko ist zudem bei bestimmten chronischen Erkrankungen, insbesondere auch den u.a. von Dermatologen behandelten HIV-Infektionen (in einer der ersten Studien 1988 war dies 36fach erhöht, aktuellere Studien finden 2fach erhöhte Suizidraten) und Krebserkrankungen (je nach Kollektiv und zeitlichem Abstand zur Diagnosestellung 1,5 bis ca. 5fach) erhöht (s. auch Harth W, Hillert A, Hermes B, Seikowski K, Niemeier V, Freudenmann RW (2008) Suizidalität in der Dermatologie, Hautarzt 59: 289-296).

Oft gingen akute oder chronische Beziehungskrisen, Verlusterlebnisse oder Belastungen anderer Art voraus. Vor diesem Hintergrund sollten durch ihre dermatologische Erkrankung hochbelastete Patienten, zumal wenn es weitere Anzeichen für eine psychische Störung oder Krankheit gibt, aktiv auf eben diese Möglichkeit angesprochen werden. Grundlage jeder Krisenintervention ist die Herstellung eines vertrauensvollen, d.h. nicht vorwurfsvollen oder moralisierenden ärztlich-therapeutischen Kontaktes. Darauf aufbauend können Kontakte zu weiterbetreuenden Institutionen bzw. Kollegen vermittelt werden. Im Fall von Hinweisen für Suizidalität ist umgehend eine fachpsychiatrische Untersuchung zu organisieren. Dabei wird dann die Weiterbehandlung festgelegt, falls erforderlich unter Berücksichtigung bundesland-spezifischer rechtlicher Rahmenbedingungen auch gegen den Willen des Patienten.