

Wolfgang Harth

Uwe Gieler

**Psychosomatische Dermatologie**



### **PD. Dr med. Wolfgang Harth**

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Psychotherapie, Allergologie. Promotion (Freie Universität Berlin) und Habilitation (Medizinische Fakultät, Universität Leipzig) jeweils zu psychosozialen Einflussfaktoren in der Dermatologie. Aktuell Stellvertretender Klinikdirektor und leitender Oberarzt an der Klinik für Dermatologie und Phlebologie Vivantes Klinikum Berlin; Prenzlauer Berg/Klinikum Friedrichshain. Schwerpunkte: Biopsychosoziale Dermatologie in der Psychosomatischen Tagesklinik und Lifestyle-Medizin.



### **Prof. Dr. med Uwe Gieler**

Facharzt für Haut und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer) der Justus-Liebig-Universität Gießen, Leiter der Neurodermitis-Schulungs-Akademie Hessen. Autor von zahlreichen Fachpublikationen und Büchern zur psychosomatischen Dermatologie.

Wolfgang Harth  
Uwe Gieler

# Psychosomatische Dermatologie

Mit 95 Abbildungen und 46 Tabellen

**Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Harth**

Klinik für Dermatologie und Phlebologie, Vivantes Klinikum, Berlin

**Prof. Dr. med. Uwe Gieler**

Zentrum für Psychosomatische Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen

ISBN-10 3-540-24890-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg

ISBN-13 978-3-540-24890-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Springer Medizin Verlag.**

**Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media**

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006

Warenchutzvermerk: Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Antje Lenzen

Projektmanagement: Barbara Knüchel

Design: deblik, Berlin

Titelbild: Thomas Nicolai, Erfurt, 2002

Titelbildgestaltung: deblik, Berlin

SPIN 10945155

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

# Geleitwort

---

Jedem Arzt und sicher jedem Dermatologen ist bewusst, dass an sichtbaren Hautarealen lokalisierte, chronische Hauterkrankungen, besonders wenn sie mutilierend verlaufen oder Tendenz zur narbigen Abheilung beinhalten, bei betroffenen Patienten zu ganz erheblichen psychischen und psychosozialen Belastungen führen können. In gleicher Weise können, wie wir wissen, auch psychische oder psychovegetative Störungen zu Hauterscheinungen Veranlassung geben.

Psychische oder soziokulturelle Einflussfaktoren haben in den letzten Jahrzehnten Morbidität, pathogenetisches Kausalitätsverständnis und auch Therapiekonzepte in der Dermatologie beachtlich verändert; den Beziehungen zwischen Haut und Psyche bzw. Psyche und Haut wird zunehmend mehr Beachtung geschenkt.

Der Darstellung solcher Bezüge ist das vorgelegte Buch gewidmet. Der Bildatlas bietet wohl erstmalig in deutscher Sprache dem morphologisch geschulten Dermatologen eine zusammenfassende Darstellung von Erkrankungen der psychosomatischen Dermatologie.

Ziel der vorgelegten Publikation ist es, Beziehungen zwischen Hauterkrankungen und psychischen Störungen darzustellen, um so die diagnostische Sichtweise für solche Störungen zu schärfen. Dies betrifft beispielsweise die Systematisierung von körperdysomorphen Veränderungen, Artefaktpatienten, wenig bekannten Borderlinestörungen und speziell psychosomatisch bislang weniger beachteten Dermatosen. Auch Patienten mit objektiv betrachtet eher harmlosen Haut- oder Haarerkrankungen, wie beispielsweise dem diffusen Effluvium, können subjektiv stark leiden.

Der vorliegende klinische Atlas soll dazu beitragen, verdeckte psychische Störungen bei Patienten mit Hautkrankheiten rascher zu erkennen und so rechtzeitig adäquate Therapien einzuleiten. Dieses informative Lehrbuch ist von Autoren mit großer Erfahrung auf dem Gebiet psychosomatischer Störungen in der Dermatologie und Venerologie wohlgelesen verfasst und liefert aus psychosomatischer Perspektive viele Einsichten und Hilfen, die bislang aus verschiedenen Gründen nicht selten eher zu kurz kamen.

Allen im Bereich der praktischen Dermatologie und Psychosomatik wirkenden Ärzten ist diese Publikation zu empfehlen, da sie nicht nur die erkrankte Haut, sondern auch den kranken Menschen in seiner physisch-psychischen Ganzheit berücksichtigt.

*Otto Braun-Falco*

München, Frühjahr 2005

# Vorwort

---

Das vorliegende Lehrbuch bietet erstmals eine zusammenfassende Gesamtdarstellung von speziellen klinischen Bildern der psychosomatischen Dermatologie. Dabei wird das Fachgebiet unter einer erweiterten biopsychosozialen Sichtweise betrachtet.

So werden häufige und seltene Erkrankungsbilder für Ärzte und Psychologen dargestellt, um Hilfestellungen bei der Erkennung und dem Umgang mit psychosozialen Besonderheiten im Bereich der Dermatologie und Venerologie aufzuzeigen.

Der Umgang mit und die Behandlung von Hautkranken zeigt Besonderheiten auf. Diese Erfahrung drückt sich auch in charakteristischen Patientenzitaten und Redewendungen aus. »Mir juckt das Fell«, »Der ist dünnhäutig« oder »Mein Schuppenpanzer schützt mich« oder auch zunehmend »Ich bin hässlich und kann mich nicht leiden«.

In den letzten Jahren hat sich die psychosomatische Medizin dabei aus der Ecke des Sammelns von persönlichen Erfahrungswerten und Einzelfallberichten hin zur evidenzbasierten Medizin entwickelt.

Clusteranalysen und die aktuelle psychosomatische Forschung belegen, dass bei Subgruppen von multifaktoriellen Hauterkrankungen psychosoziale Triggerfaktoren neben parainfektösen, paraneoplastischen oder allergischen Ursachen ebenso die Krankheit bedingen können.

Der psychosomatischen Subgruppe soll durch den vorliegenden Atlas eine gleichberechtigte Beachtung und systematische Darstellung neben den biomedizinischen Schwerpunkten geschenkt werden, auch um dem Somatiker eine Diagnostik mit klaren Diagnosekriterien zu erleichtern sowie die heute guten Möglichkeiten und inzwischen reichhaltigen Erfahrungen einer adäquaten Psychotherapie sowie Psychopharmakotherapie aufzuzeigen.

Die Autoren hoffen damit auch Berührungspunkte abzubauen und Mut zu machen, das biopsychosoziale Konzept in der Humanmedizin stärker zu festigen. Weiterhin sollen die zum Teil unterschiedlichen Sprachen von Arzt und Psychologen besser verständlich gemacht und zusammengeführt werden. Aufgrund dessen wurden in dem vorliegenden Nachschlagewerk auch besonders die Klassifikationsziffern des ICD-10 angegeben und die aktuellen evidenzbasierten Leitlinien berücksichtigt.

Einen besonderen Dank möchten wir Herrn Priv. Doz. Dr. Volker Niemeier zukommen lassen, der uns mit aufwendigen und konstruktiven Diskussionsbeiträgen im Rahmen der Manuskripterstellung begleitet hat sowie Frau Priv. Doz. Dr. Hermes für die Bereitstellung zahlreicher Bilder. Unseren Patienten, die hier in den klinischen Beschreibungen und den Bildern mit zu dem Buch beigetragen haben, möchten wir ebenfalls danken, da wir immer den Eindruck hatten, dass sie uns mit ihren teilweise sehr problematischen und schwierigen Lebensgeschichten bereichert haben, ihre Welt zu verstehen. Weiterer Dank gilt den Lektoren des Springer-Verlags, die von Beginn des Buchprojekts an unsere Begeisterung geteilt haben und uns immer unterstützt haben, dieses Projekt fertig zu stellen.

Nicht zuletzt wünschen die Autoren viel Freude beim Lesen des Bildatlas für psychosomatische Dermatologie.

*Wolfgang Harth*, Berlin

*Uwe Gieler*, Gießen

im Frühjahr 2005

# Inhaltsverzeichnis

## Teil I: Allgemeines

Einleitung ..... 3

Prävalenz somatischer und psychischer  
Störungen ..... 7

## Teil II: Spezifische Krankheitsbilder

<b>1</b>	<b>Dermatosen primär psychischer Genese</b> .....	<b>13</b>
1.1	Artefakte .....	13
1.1.1	Artefakte im eigentlichen Sinne .....	14
1.1.2	Paraartefakte .....	18
	Skin-picking-Syndrom (neurotische Exkoriationen) .....	18
	Acne excoriée (Sonderform) .....	20
	Morsicatio buccarum .....	21
	Cheilitis factitia .....	22
	Pseudo-knuckle-Pads .....	22
	Onychophagie, Onychotillomanie, Onychotemnomanie .....	23
	Trichotillomanie, Trichotemnomanie, Trichoteiromanie .....	23
1.1.3	Simulationen .....	27
1.1.4	Sonderformen .....	31
	Gardner-Diamond-Syndrom .....	31
	Münchhausen-Syndrom .....	32
	Münchhausen-by-Proxy-Syndrom .....	32
1.2	Dermatosen infolge von Wahn- erkrankungen und Halluzinationen .....	33
	Dermatozoenwahn .....	35
	Eigengeruchswahn (Bromhidrose – Chromhidrose) .....	38
	Hypochondrischer Wahn .....	38
	Körperdysmorpher Wahn .....	39
	Sonderform: Folie à deux .....	39

1.3	Somatoforme Störungen .....	40
1.3.1	Somatisierungsstörung .....	40
	<i>Umweltbezogene Körperbeschwerden</i> .....	40
	Ökosyndrom, »ecological illness«, »total allergy syndrome« .....	43
	Multiple-chemical-sensitivity-Syndrom (MCS) .....	43
	Sick-Building-Syndrom (SBS) .....	44
	Golfkriegssyndrom .....	44
	<i>Sonderformen</i> .....	44
	Elektrische Hypersensitivität .....	44
	Amalgambezogenes Beschwerdesyndrom .....	44
	»Waschmittelallergie« .....	44
	Chronic Fatigue Syndrome (CFS) .....	45
	Fibromyalgiesyndrom (FMS) .....	45
1.3.2	Hypochondrische Störung .....	47
	Kutane Hypochondrien .....	47
	Körperdysmorphie Störungen (Dysmorphophobie) .....	49
	<i>Ganzkörperstörungen</i> .....	50
	Dorian-Gray-Syndrom .....	50
	Hypertrichose .....	52
	Seborrhö .....	52
	Hyperhidrose .....	52
	Muskelmasse .....	53
	Sonderform Essstörungen .....	53
	<i>Störungen in bestimmten Körperregionen</i> .....	54
	Psychogenes Effluvium, telogenes Effluvium, Alopecia androgenetica diffusa .....	54
	Exfoliatio linguae areata .....	55
	Talldrüsenhypertrophie .....	56
	Brust .....	56
	Genitale .....	56
	Zellulitis (status protrusis cutis) .....	57
	Sonderform Botulinophilie und das »Ja-Aber« in der Dermatologie .....	58
1.3.3	Somatoforme autonome Störung (Funktionsstörungen) .....	63
	Erythema e pudore .....	63
	Erythrophobie .....	64
	Gänsehaut .....	64
	Hyperhidrosis .....	65
1.3.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (kutane Dysästhesien) .....	65
	Dermatodynie .....	65

Glossodynie.....	65	<b>3 Sekundäre psychische Störungen und Komorbiditäten ..... 135</b>
Trichodynie/Skalpdysästhesie .....	67	<b>3.1 Angeborene, entstellende Dermatosen und Folgezustände (Genodermatosen) ..... 136</b>
<i>Urogenitale und rektale Schmerzsyndrome</i> .....	69	<b>3.2 Erworbene entstellende Dermatosen und Folgezustände ..... 137</b>
Phalldynie/Orchiodynie/Prostatodynie .....	69	Infektionen, Autoimmundermatosen,
Anodynie/Proctalgia fugax .....	70	Trauma .....
Vulvodynie.....	70	Neoplasien .....
<i>Sonderformen</i> .....	70	<b>3.3 Komorbiditäten ..... 139</b>
Erythromelalgie.....	70	<b>3.3.1 Depressive Störungen ..... 139</b>
Postzosterische Neuralgien .....	71	Anhaltende affektive Störungen.....
Trigeminusneuralgie .....	71	Dysthymie .....
Notalgia parästhetica .....	71	Sonderform: saisonal abhängige Depression..
Dissoziative Sensibilitäts- und		Gemischte Störungen/neue Syndrome
Empfindungsstörungen (F44.6).....	71	(Sisi-Syndrom) .....
<b>1.3.5 Sonstige undifferenzierte somatoforme Störungen (kutane sensorische Störungen).... 73</b>		<b>3.3.2 Angststörungen ..... 143</b>
Somatoformer Juckreiz .....	73	Soziale Phobien.....
Somatoformes Brennen, Stechen, Beißen,		<i>Sonderformen</i> .....
Kribbeln .....	76	iatrogene Angst.....
<b>1.4 Dermatosen infolge von Zwangsstörungen ..... 78</b>		Kortisonphobie .....
Waschzwang.....	78	<b>3.3.3 Zwangsstörungen ..... 146</b>
Primärer Lichen simplex chronicus		<b>3.3.4 Belastungs- und Anpassungsstörungen ..... 146</b>
(Lichen Vidal) .....	80	<b>3.3.5 Dissoziative Störungen..... 147</b>
<b>2 Multifaktorielle Dermatosen ..... 83</b>		<b>3.3.6 Persönlichkeitsstörung ..... 149</b>
Neurodermitis (atopische Dermatitis).....	84	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
Acne vulgaris .....	91	(Borderlinestörung) .....
Psoriasis vulgaris.....	96	
Alopecia areata .....	101	
Analekzem.....	103	
Dyshidrosiformes Handekzem.....	105	
Herpes genitalis/Herpes labialis .....	106	
Hyperhidrose .....	108	
Hypertrichose .....	112	
Lichen ruber .....	112	
Lupus erythematodes.....	113	
Malignes Melanom .....	115	
Periorale Dermatitis .....	116	
Progressive systemische Sklerodermie.....	118	
Prurigo .....	121	
Rosazea.....	122	
Seborrhoisches Ekzem .....	125	
Ulcus cruris .....	125	
Urtikaria .....	127	
Verrucae vulgares/Viruspapillome .....	131	
Vitiligo.....	132	

**Teil III: Spezielle Schwerpunkte in der Dermatologie**

<b>4 Allergologie ..... 155</b>
<b>4.1 Sofortreaktionen, Typ-I-Allergie ..... 157</b>
Undifferenzierte somatoforme
idiopathische Anaphylaxie .....
Pseudospermaallergie/Spermaallergie .....
Nahrungsmittelintoleranzen .....
<b>4.2 Spätreaktion ..... 164</b>
Kontaktdermatitis .....
<b>5 Andrologie ..... 167</b>
<b>5.1.1 Sexuelle Funktionsstörungen..... 167</b>
Ejaculatio praecox .....
Libidoverlust.....
Erektile Dysfunktion.....

Stress und Fertilität.....	176	Psychotherapieverfahren.....	235
Sonderfall: Somatoforme Störungen in der Andrologie.....	178	Verhaltenstherapien.....	235
Venerologie.....	180	Tiefenpsychologische Psychotherapien.....	236
Hauterkrankungen und Sexualität.....	180	Entspannungstherapien.....	238
<b>6 Kosmetische Medizin.....</b>	<b>183</b>	<b>15 Psychopharmakologische Therapie in der Dermatologie.....</b>	<b>241</b>
Lifestylemedizin in der Dermatologie.....	185	Hauptindikationen und primäre Zielsymptomatiken in der Dermatologie.....	243
<b>7 Psychosomatische Dermatologie in der Notfallmedizin.....</b>	<b>191</b>	Psychiatrische Erkrankungen in der Dermatologie.....	243
<b>8 Operative und onkologische Dermatologie.....</b>	<b>193</b>	Depressive Störungen.....	246
Indikation ästhetische Dermatologie.....	194	Zwangsstörungen.....	253
Operationsangst.....	195	Angst- und Panikstörungen.....	254
Operationssucht (polysurgical addiction).....	195	Antihistaminika mit zentraler Wirkung.....	257
Onkologie.....	197	<b>16 SAD-Lichttherapie.....</b>	<b>261</b>
<b>9 Photodermatologie.....</b>	<b>201</b>	<b>17 Der schwer oder nichtbehandelbare Problempatient.....</b>	<b>263</b>
<b>10 Suizid in der Dermatologie.....</b>	<b>205</b>	Koryphäen Killer und Doctor Shopping.....	264
<b>11 Traumatisierung: Sexueller Missbrauch ..</b>	<b>207</b>	Vermeidbare ärztliche Behandlungsfehler....	265
<b>12 Spezielle psychosomatische Konzepte in der Dermatologie.....</b>	<b>213</b>	Compliance.....	265
Psychosomatische Theorien.....	213	Der hilflose Dermatologe.....	266
Stress.....	215	<b>18 Psychosomatische Grundversorgung.....</b>	<b>269</b>
Coping.....	219	Stützende Verfahren und Krisen- intervention.....	270
Lebensqualität.....	221	Tiefenpsychologische Fokalthherapie/ Kurzzeittherapie.....	270
Soziokulturelle Einflussfaktoren und kulturabhängige Syndrome.....	222	Tipps und Tricks für die psychosomatische Dermatologie in der Praxis.....	270
<b>Teil IV: Aus der Praxis für die Praxis</b>		Psychoedukation.....	271
<b>13 Psychosomatische Diagnostik.....</b>	<b>227</b>	Schulungen.....	272
Testpsychologische Diagnostik.....	227	<b>19 Liaisonsprechstunde.....</b>	<b>273</b>
Beschwerdetagebuch.....	229	<b>20 Neues Management in der psychosomatischen Dermatologie.....</b>	<b>275</b>
Visuelle Analogskala (VAS).....	230	Ambulante Praxismodelle.....	275
<b>14 Psychotherapie.....</b>	<b>233</b>	Stationäre psychosomatische Therapiekonzepte.....	275
Indikation und Phasen der Psychotherapie ...	233	Psychosomatische Tagesklinik.....	277
Kontraindikation.....	234	<b>21 Blick in die Zukunft.....</b>	<b>279</b>
		Gehirnforschung.....	279
		Psychoneuroimmunologie.....	280

## Anhang

A1	Bücher zur psychosomatischen Dermatologie .....	287
A2	Kontaktlinks und Adressen .....	289
A3	ICD-10 Klassifizierung .....	293
A4	Glossar .....	297
	Stichwortverzeichnis .....	301

## **Teil I    Allgemeines**

Einleitung    – 3

Prävalenz somatischer und psychischer  
Störungen    – 7

# Einleitung

Die Basis einer erfolgreichen Strategie zur Bekämpfung einer auftretenden Hautkrankheit ist die Aufklärung der unterschiedlichen Faktoren, die zur Entstehung von Dermatosen führen.

Dermatosen zeigen durch ihre Lokalisation an der Grenze (Schaller 1997) zwischen Innerem und Äußerem, Körper und Umwelt, visueller Exposition und Stigmatisierung Besonderheiten (Anzieu 1991) in der objektiven sowie individuellen subjektiven Bewertung und der interpersonellen Kommunikation auf.

Obwohl viele pathogenetische Kausalitäten durch den medizinischen Fortschritt aufgedeckt werden konnten, zeigte sich, dass auch individuelle psychische und soziokulturelle Einflussfaktoren einen bedeutenden Anteil an der Genese und Chronifizierung von Dermatosen, Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten und als Promoter der Kanzerogenese haben können. Psychosomatische Dermatologie kann es historisch im Grunde erst seit Einführung des Begriffs »Psychosomatik« geben, der 1818 von Heinroth (Heinroth 1818) geprägt wurde.

## ➤ Definition

Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich mit Hautkrankheiten, bei denen psychische Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen

wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben.

Dermatosen werden in dieser Hinsicht unter einem biopsychosozialen Modell ganzheitlich gesehen.

Die Psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich im engeren Sinne mit jedem Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Hautkrankheiten und den psychosomatischen Auslösemechanismen bzw. der Krankheitsverarbeitung von Dermatosen. Psychische Störungen liegen in der Dermatologie bei etwa einem Drittel aller Patienten vor. Hinzu kommen negative Einflüsse bei der Krankheitsbewältigung. Die Prozesse der Krankheitsbewältigung werden englischsprachig als »coping« (»to cope with« = etwas bewältigen) bezeichnet (Lazarus 1966) und im Deutschen oftmals als Stressbewältigung übersetzt. Insbesondere bei chronischen Dermatosen spielt der Faktor Stress (Consoli 1996) eine wichtige Rolle.

Patienten mit psychischen Störungen werden dabei 2- bis 4-mal häufiger stationär aufgenommen als solche ohne psychische Störungen (Fink 1990). Bei anfänglich verdeckten Assoziationen zu psychischen Störungen können oftmals die körperlichen Symptome ohne adäquate psychotherapeutische Intervention nicht geheilt werden. Insgesamt

führen Folgen von unentdeckten psychischen Störungen im Krankenhaus zu einer

- deutlichen Verlängerung der stationären Behandlungsepisoden,
- höheren Inanspruchnahme poststationärer Versorgung/Wiederaufnahmen.

Weiterhin werden Patienten mit psychischen Störungen häufiger operiert als nur organisch Kranke und erhalten dabei vergleichbare somatische Behandlungen ohne Therapie der psychischen Störung (Fink 1992).

In allen medizinischen Fachdisziplinen zeigt sich aufgrund einer solchen grundlegenden Datelage eine fortschreitende Erweiterung des rein biomechanistischen Krankheitsmodells durch psychosoziale Konzepte (Niemeier 2002).

Das biopsychosoziale Modell (Engel 1977) ist heute weitgehend anerkannt und dient als eine der modernen Herangehensweisen an eine Dermato- se/ Erkrankung. Dabei wird der Patient in zunehmendem Maße als holistisches Individuum angesehen, bei dem auch Lebensstil, Wahrnehmung, Deutung des Wahrgenommenen, Realitätsprüfung und Vergangenheitserfahrungen entscheidend für die Krankheitsentwicklungen sind.

So können Störungen auf einer bio-, psycho- oder sozialen Systemebene beginnen und von einer anderen aufgefangen oder aber auch negativ beeinträchtigt werden (■ Tabelle 1).

Zu den häufigen Problemfeldern in der psychosomatischen Dermatologie gehören: psychosomatische Hauterkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine grundlegende Rolle spielen, artifi-

zielle Hauterkrankungen, psychiatrische Erkrankungen mit Hautbezug, somatoforme Störungen, sexuelle Störungen einschließlich Problemen in der Reproduktionsmedizin sowie Problemen der Krankheitsbewältigung.

Auch die Suizidproblematik bei Hautpatienten (Gupta u. Gupta 1998), insbesondere bei Dermato- sen wie der Acne vulgaris, wurde bisher wenig beachtet und unterschätzt. Eine der schwersten oftmals verdeckten Störungen im Bereich der psychosomatischen Dermatologie stellt die Gruppe der Artefaktpatienten dar. Bei Patienten mit Arte- fakten liegt häufig eine Borderlinestörung zugrun- de (Moffaert 1991).

Kontaktschwierigkeiten stehen bei vielen Pati- enten mit Hauterkrankungen im Vordergrund und resultieren in einem Nähe-Distanz-Konflikt. Ins- besondere Schamgefühle und Ekel kennzeichnen die reale oder fantasierte Stigmatisierung durch die Dermato- se.

Gerade die Sichtbarkeit von Hautveränderun- gen erleichtert es dem Patienten, eine Objektbe- ziehung zu seinem erkrankten Organ herzustellen und so die Spaltungsabwehr seines Konflikts mit Hilfe des somatisch orientierten Dermatologen zu verfestigen. Eine Überwindung dieser Spaltung ist bei der häufig gleichzeitig bestehenden Nähe- Distanz-Problematik oft sehr schwierig (Gieler u. Detig-Kohler 1994).

In der Dermatologie stellt sich dazu die Frage nach der primären Kausalität und Reaktionsbil- dung hinsichtlich Psyche oder Soma. Liegt der Schwerpunkt bei der Genese oder Verarbeitung einer Erkrankung auf einer psychischen Stö-

■ **Tabelle 1.** Biopsychosoziale Ressourcen. (Mod. nach Becker 1992)

	Intern	Extern
Physisch	Körperliche Disposition (Genetik)	Gesunde Umwelt Gesunde Nahrung Arbeitsschutz
Psychosozial	Seelische Gesundheit Gesunde Lebensgewohnheiten	Rechtsstaat Familiäre Bindung Adäquater Arbeitsplatz Materielles Auskommen Ausgebautes Gesundheitsnetz

rung, wird von einer psychosomatischen Störung gesprochen. Stehen die somatischen Störungen im Vordergrund, liegen somatopsychische Störungen vor. Eine klare Einteilung und Systematisierung in der Dermatologie ist demnach wichtiger denn je, auch zum Verständnis der Pathogenese einer biopsychosozialen Erkrankung und der Therapieplanung. Aufgrund der heute vorliegenden Forschungsergebnisse und praktischen Erfahrungen kann zur Klassifikation in der psychosomatischen Dermatologie differenziert werden in:

- Dermatosen primär psychischer Genese (psychische/psychiatrische Störungen),
- Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, deren Verlauf psychischen Einflüssen unterliegt (psychosomatische Krankheitsbilder),
- sekundär psychische Störungen infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen (somatopsychische Krankheitsbilder).

Diese Einteilung wird im vorliegenden Buch als Systematisierung und Gliederung des Fachgebiets psychosomatische Medizin in der Dermatologie umgesetzt.

## Literatur

- Anzieu D (1991) Das Haut-Ich. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Becker P (1992) Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus P (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung. GwG-Verlag, Köln
- Consoli S (1996) Skin and stress. *Pathol Biol (Paris)* 44: 875–881
- Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129–136
- Fink P (1990) Physical disorders associated with mental illness. A register investigation. *Psychol Med* 20: 829–834
- Gieler U, Detig-Kohler C (1994) Nähe und Distanz bei Hautkranken. *Psychotherapeut* 39: 259–263
- Gupta MA, Gupta AK (1998) Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 139: 846–850
- Heinroth J (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörung und ihre Behandlung, Teil II. Vogel, Leipzig
- Lazarus RS (1966) Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, New York
- Moffaert vM (1991) Localization of self-inflicted dermatological lesions: what do they tell the dermatologist. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 156: 23–27
- Niemeier V, Gieler U. (2002) Psychosomatische Dermatologie. In: Altmeyer P (Hrsg) Leitfaden Klinische Dermatologie, 2. Aufl. Jungjohann, Neckarsulm, S 161–168
- Schaller C (1997) Die Haut als Grenzorgan und Beziehungsfeld. In: Tress, W (Hrsg) Psychosomatische Grundversorgung, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 94–96

# Prävalenz somatischer und psychischer Störungen

In einer repräsentativen Kohortenstudie zum psychotherapeutischen Behandlungsbedarf konnte gezeigt werden, dass in der Normalbevölkerung etwa 40% als psychisch gesund ohne psychotherapeutischen Behandlungsbedarf anzusehen sind, 23% einer psychosomatischen Grundversorgung bedürfen, weitere 10% eine Kurzzeitpsychotherapie und 15% eine Langzeitpsychotherapieindikation haben. Nur 4% müssen stationär psychotherapeutisch behandelt werden und 8% sind nicht behandlungsfähig trotz Indikation (Franz et al. 1999).

Zur Prävalenz psychischer Störungen in den einzelnen somatischen Fachbereichen einschließlich der Dermatologie liegen insgesamt nur wenige Daten vor, die teilweise erheblich je nach Schwerpunktausrichtung differieren.

Die Häufigkeit psychischer Störungen liegt in der Allgemeinarztpraxis bei 28,7% (Martucci et al. 1999) bis 32% (Dilling et al. 1978), in der dermatologischen Praxis bei 25,2% (Picardi et al. 2000) sowie 30% (Hughes et al. 1983) bis 33,4% (Aktan et al. 1998) und in verschiedenen stationären Kliniken für Hautkrankheiten bei 9% (Pulimood et al. 1996), 21% (Schaller et al. 1998) sowie 31% (Windemuth et al. 1999) bis 60% (Hughes et al. 1983). Gegenüber somatisch gesunden Kontrollkollektiven ist die Prävalenz psychosomatischer Störungen bei dermatologischen Patienten dabei um das

Dreifache erhöht (Hughes et al. 1983, Windemuth et al. 1999). Im Vergleich zu Kollektiven mit neurologischen, onkologischen und kardiologischen Patienten ist die Prävalenz bei dermatologischen Patienten leicht erhöht.

Schaut man sich nunmehr genauer die spezifischen somatischen und psychischen Symptome an, so gibt es weiterhin Untersuchungen zur Prävalenz und Inzidenz dermatologischer Hautsymptome und zum Vorkommen dermatologischer Erkrankungen in einem repräsentativen Querschnitt der Gesamtbevölkerung. In einer Studie von 2001 Personen im Alter von 14–92 Jahren geben 54,6% der Befragten an, gegenwärtig zumindest geringgradig unter einem Hautsymptom zu leiden; 24,1% der Befragten erklärten, an mindestens einem Hautsymptom gegenwärtig mittelmäßig bis stark zu leiden. Dies entspricht bei der erfassten Altersgruppe etwa 17 Mio. Personen. Frauen geben bei den meisten Hautsymptomen stärkere Ausprägungen an als Männer (Kupfer et al., eingereicht).

Die teilweise höheren Angaben für Beschwerden durch Frauen wurden meist mit einer höheren Aufmerksamkeit der Frauen für ihren Körper erklärt und nicht mit einer höheren Krankheitsanfälligkeit. Während Probleme mit fettiger Haut und Mitessern sowie Pickeln mit dem Alter deutlich abnehmen, nimmt die Beschäftigung mit

Bereichen wie Hautveränderungen, Hautrötung und Hautkribbeln in höherem Lebensalter zu. Bei der Betrachtung der Häufigkeiten der Einzelbeschwerden fällt auf, dass zwei der am häufigsten als beeinträchtigend erlebten Beschwerden eher kosmetische Aspekte betreffen (Kopfschuppen 6,1 Mio., Körpergeruch 3,5 Mio.). 19,9% haben im Moment Akne oder Komedonen, von denen sie sich beeinträchtigt fühlen. Als weiterer wichtiger Symptombereich erweist sich der Juckreiz allgemein (16,9%) oder das Jucken der Kopfhaut (23,1%). Zusammengefasst haben 30% der Bevölkerung Juckreiz.

In einer dermatologischen Universitätsambulanz zeigten 26,2% der Patienten (von  $n = 195$ ) psychosomatische Hinweise auf. Am häufigsten war die somatoforme Störung; dabei wurde unter den spezifischen dermatologischen Symptomen Juckreiz besonders oft (10,3%) als somatoform klassifiziert (■ Tabelle 1).

Die Ergebnisse bestätigen eine hohe Prävalenz somatoformer Störungen bei dermatologischen Patienten, welche eine der am schwersten zu behandelnden Gruppe von Problempatienten darstellt (► Abschn. 1.3). Der Anteil von Patienten mit erhöhten depressiven Beschwerden lag in der untersuchten Gruppe bei 17,3%.

Den zunehmenden Stellenwert der psychosomatischen Medizin innerhalb der Dermatologie dokumentiert eine im Jahre 1999 durchgeführte

Umfrage (Gieler et al. 2001) an 69 Hautkliniken in Deutschland, bei der ein deutlicher Trend zur Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte bei der Behandlung von Hautkranken festgestellt wurde. Von den 65 Hautkliniken, die den Fragebogen zurückgeschickt hatten, gaben etwa 80% an, dass sie psychosomatische Aspekte in der Therapie der Hautpatienten berücksichtigen. Die Hautkliniken waren im Durchschnitt der Ansicht, dass bei knapp einem Viertel der Hautkranken ein psychosomatisches Therapieangebot notwendig sei.

## Literatur

- Aktan S, Ozmen E, Sanli B (1998) Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 197: 230–234
- Dilling H, Weyerer S, Enders I (1978) Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit. In: Häfner H (Hrsg.) *Psychiatrische Epidemiologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 135–160
- Franz M, Lieberz K, Schmitz N, Schepank (1999) A decade of spontaneous long-term course of psychogenic impairment in a community population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34: 651–656
- Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Brosig B, Schill WB (2001) Psychosomatische Dermatologie in Deutschland. Eine Umfrage an 69 Hautkliniken. *Hautarzt* 52: 104–110
- Hughes J, Barraclough B, Hamblin L, White J (1983) Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 143: 51–54

■ **Tabelle 1.** Häufigkeit von Patienten mit dermatologischen somatoformen Symptomen (Gesamtstichprobe:  $n=195$ ). (Stangier et al. 2003)

Dermatologische Beschwerden	Dermatologische Symptome		Dermatologische somatoforme Symptome	
	Häufigkeit (n)	% der Gesamtstichprobe	Häufigkeit (n)	% der Gesamtstichprobe
Juckreiz	106	54,4	20	10,3
Brennen	53	27,2	15	7,7
Kutaner Schmerz	40	20,5	15	7,7
Haarausfall	15	12,8	3	2,5
Entstellung	60	30,8	17	8,7
Total	126	66,2	36	18,5

- Kupfer J, Niemeier V, Seikowski K, Gieler U, Brähler E (submitted) Prevalence of skin complaints in a representative sample. *Br J Psychol*
- Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, De Francesco M, Marinoni MG, Mosciaro C, Piccinelli M, Vaccari L, Tansella M (1999) Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med* 29: 823–832
- Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P (2000) Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *Br J Dermatol* 143: 983–991
- Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, John JK (1996) Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med J India* 9: 208–210
- Schaller CM, Alberti L, Pott G, Ruzicka T, Tress W (1998) Psychosomatische Störungen in der Dermatologie – Häufigkeiten und psychosomatischer Mitbehandlungsbedarf. *Hautarzt* 49: 276–279
- Stangier U, Gieler U, Köhnlein B (2003) Somatoforme Störungen bei ambulanten dermatologischen Patienten. *Psychotherapeut* 48: 321–328
- Windemuth D, Stücker M, Hoffmann K, Altmeyer P (1999) Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik. *Hautarzt* 50: 338–343

## **Teil II    Spezifische Krankheitsbilder**

- Kapitel 1    Dermatosen primär psychischer Genese    – 13
- Kapitel 2    Multifaktorielle Dermatosen    – 83
- Kapitel 3    Sekundäre psychische Störungen  
und Komorbiditäten    – 135

In der klassischen Dermatologie stehen bei einer Vielzahl spezifischer Krankheitsbilder psychische Faktoren primär im Vordergrund oder treten sekundär hinzu.

Die Einteilung in primäre und sekundäre Störungen ist unter dem Gesichtspunkt der Pathogenese und damit zum Verständnis der Krankheitsentstehung, aber auch zur Therapie von tragender Bedeutung. Die im Folgenden dargestellten Dermatosen zeigen charakteristische Assoziationen zu psychischen Störungen auf oder liegen einer primär rein psychischen Störung zugrunde. Bei der Einteilung und Klassifikation der Krankheitsbilder wurde speziell auch auf praktische Aspekte Wert gelegt, um ein besseres Verständnis zu ermöglichen. Dabei können in der psychosomatischen Dermatologie drei Hauptgruppen unterschieden werden.

### Übersicht

#### Klassifikation biopsychosozialer Störungen in der Dermatologie

1. Dermatosen primär psychischer Genese (psychische/psychiatrische Störungen): Artefakte, Trichotillomanie, Dermatozoenwahn, somatoforme Störungen (Glossodynie), körperdysmorphe Störung (Entstellungssyndrom) u. a.
2. Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, deren Verlauf psychischen Einflüssen unterliegen (psychosomatische Krankheitsbilder): Psoriasis, Neurodermitis, Akne, chronische Formen der Urtikaria, Prurigo simplex subcuta, Hyperhidrose u. a.
3. Sekundär psychische Störungen infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen (somatopsychische Krankheitsbilder): Anpassungsstörung sowie Depression und Angststörung

Ad 1: Primäre psychische Störungen wurden bisher fast ausschließlich von Psychiatern und Psychologen behandelt. Die Patienten mit psychischen Störungen stellen sich häufig jedoch auch primär beim Dermatologen aufgrund vermeintlicher

somatischer Erkrankungen vor und zeigen dann oft keine Motivation oder Einsicht für psychosomatische Konzepte.

Ad 2: Eine weitere Gruppe, auf die immer mehr Augenmerk gerichtet wird und die bisher in ihrer Bedeutung unterschätzt wurde, ist die große Gruppe der multifaktoriell bedingten Dermatosen. Hierbei kann die Dermato­se durch psychosoziale Faktoren getriggert werden, und es können entsprechende Erkrankungsgruppen (Subgruppen) von Patienten (Cluster) wie beispielsweise Stressresponder und Non-Stressresponder unterschieden werden. Diesen Subgruppen mit psychosomatischer Kausalität wurde bisher in der Dermatologie oftmals zu wenig Beachtung geschenkt, sie können aber adäquat diagnostisch identifiziert werden. Eine Therapie der psychischen Triggerfaktoren kann dann die Behandlungsqualität entscheidend verbessern.

Ad 3: Bei den sekundären psychischen Störungen infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen (somatopsychische Krankheitsbilder) finden sich meist Anpassungsstörungen sowie Depressionen und Angststörungen, die den Krankheitsverlauf komplizieren können. Eine ergänzende psychische Therapie ist notwendig und kann eine entscheidende Verbesserung besonders in den Bereichen der Lebensqualität, Krankheitsbewältigung und Compliance erzielen.

Eine scharfe Trennung in primäre und sekundäre psychische Störungen ist in biologischen Systemen dabei nicht immer möglich, jedoch muss unabhängig von der Genese in beiden Fällen die psychische Störung diagnostiziert und ggf. therapiert werden.

# Dermatosen primär psychischer Genese

- 1.1 Artefakte – 13
- 1.2 Dermatosen infolge von Wahnerkrankungen und Halluzinationen – 33
- 1.3 Somatoforme Störungen – 40
- 1.4 Dermatosen infolge von Zwangsstörungen – 78

Bei Dermatosen rein psychischer Genese steht primär die psychische Störung im Vordergrund, und somatische Befunde treten sekundär hinzu. Es handelt sich dabei um psychische oder psychiatrische Störungen und Krankheitsbilder im eigentlichen Sinne.

In der Dermatologie treten vier Hauptstörungen von primär psychischer Genese auf.

englischen »factitious disorders« (DSM-IV 300.16/300.19) – definiert, die unmittelbar oder mittelbar zu einer objektivierbaren, klinisch relevanten Schädigung des Organismus führen, ohne dass hiermit eine direkte Intention zur Selbsttötung verbunden ist.

Die aktuelle Einteilung unterscheidet drei Gruppen.

## Übersicht

### Erkrankungen primär psychischer Genese

1. Artefakte, Paraartefakte, Simulationen
2. Dermatosen infolge von Wahnerkrankungen und Halluzinationen
3. Somatoforme Störungen
4. Dermatosen infolge von Zwangsstörungen

## Übersicht

### Einteilung Artefakte

1. Artefakte im engeren Sinne als unbewusste Selbstverletzung.
2. Paraartefakte: Störungen der Impulskontrolle oftmals als Manipulation einer vorbestehenden spezifischen Dermatose (oftmals halb-bewusste – zugegebene – Selbstverletzungen).
3. Simulation: bewusst vorgetäuschte Verletzungen und Erkrankungen zwecks Vorteils-erlangung.

## 1.1 Artefakte

**Definition.** Artefakte sind das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher oder psychischer Symptome an sich selbst oder anderen Bezugspersonen. Als artifizielle Störungen (ICD-10: F68.1, L98.1) werden selbstschädigende Handlungen – im

Diese Einteilung ist hilfreich zum Verständnis der unterschiedlichen pathogenetischen Mechanismen und der jeweiligen Psychodynamik sowie zur Entwicklung unterschiedlicher Therapiekonzepte und der Erstellung der Prognose (Gieler 1994).

Außerdem werden weitere spezielle Sonderformen wie das Münchhausen-Syndrom und Münchhausen-by-Proxy-Syndrom unterschieden (► Abschn. 1.1.4).

**Vorkommen/Häufigkeit.** Die Häufigkeit von Artefakten wird auf 0,05 bis 0,4% in der Bevölkerung geschätzt (AWMF 2003). Selbstverletzendes Verhalten findet sich überwiegend bei Frauen: mit Ausnahme der Simulationen, die bei Männern häufiger anzutreffen sind, treten Artefakte bei Frauen 5- bis 8-mal häufiger auf.

Hinsichtlich der Altersverteilung kommen viele Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass der Beginn artifizierlicher Selbstbeschädigung in die Pubertät oder das frühe Erwachsenenalter fällt.

Simulationen finden sich oftmals im Rahmen von Begutachtungen oder dem Wunsch einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sowie Vortäuschung im Rahmen von Versicherungsbetrug. In letzter Zeit kommen sie oftmals als vorgetäuschte Erkrankung zwecks Erstattung im Rahmen einer Reiserücktrittversicherung vor.

**Pathogenese.** Es handelt sich häufig um mechanische Verletzungen, selbstbeigebrachte Infektionen mit Wundheilungsstörungen und weitere toxische Schädigungen der Haut. Hämostaseologische Symptome können durch Stauen von Extremitäten, Erzeugen von Petechien und durch zusätzliche heimliche Einnahme von Pharmaka sowie Heparininjektionen auftreten.

## Übersicht

### Genese der Artefakte

- Mechanisch
  - Drücken
  - Reiben
  - Stauen
  - Beißen
  - Schneiden
  - Stechen
  - hämostaseologische Genese
  - Verstümmelungen



- Toxische Schädigungen
  - Säuren
  - Laugen
  - thermisch (Verbrennungen, Verbrühungen)
- Selbstbeigebrachte Infektionen
  - Wundheilungsstörungen
  - Abszesse
- Medikamente (heimliche Einnahme von Pharmaka)
  - Heparininjektionen
  - Insulin

### 1.1.1 Artefakte im eigentlichen Sinne

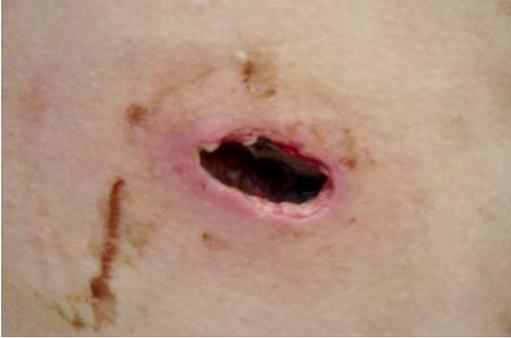
**Klinische Befunde.** Das klinische Erscheinungsbild der Artefakte oder auch Dermatitis factitia (ICD-10: F68.1, unbeabsichtigt L98.1) hängt von der Selbstmanipulation ab. Prinzipiell kann die Morphologie der Artefakte alle Dermatosen imitieren (► Abb. 1.1–1.9).

**! Wichtig**  
Typisch ist dabei das Untypische.

Das heißt, bei klinischen Bildern mit untypischer Lokalisation, Morphologie, Histologie oder unklar rezidivierenden Therapieverläufen sollte an Artefakte gedacht werden. Der Nachweis von körperfremden Materialien, toxischen Substanzen und infektiösem Material sollte versucht werden.



► **Abb. 1.1.** Multiple Fremdkörpergranulome zum Teil mit Abszedierung nach Selbstinjektion. Auftreten neuer Läsionen und Artefakte nach operativer Versorgung



▣ **Abb. 1.2.** Gleiche Patientin wie in ▣ Abb. 1.1 mit ausgeprägten selbstinduzierten Hautdefekten



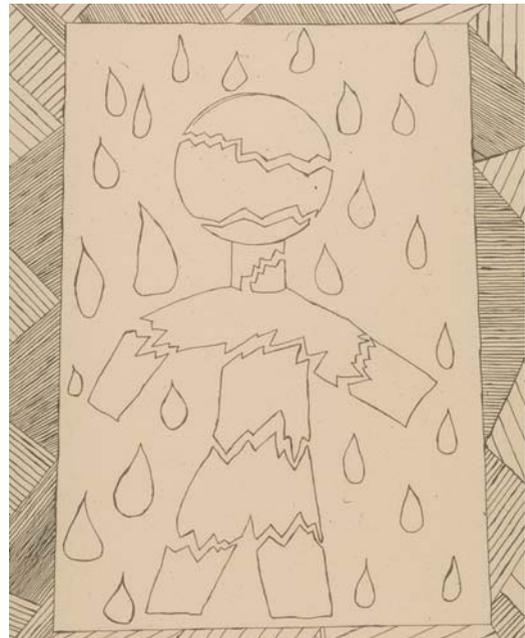
▣ **Abb. 1.3.** Unbewusste Artefakte: 58-jährige Patientin mit zwiebförmigen Hautdefekten im Unterschenkelbereich bei akuter Psychose und Krankenhauswandern in Deutschland. Stationäre Aufnahme in 4 Kliniken (3 Hautkliniken) und ambulante Vorstellung bei drei Hautfachärzten in den letzten 14 Tagen (Auskunft der Krankenkassen und Angehörigen)



▣ **Abb. 1.4.** Instrumentarium zur Selbstmanipulation



▣ **Abb. 1.5.** Ausgedehnte narbige Artefakte im Bereich des Gesichts bei Krankenschwester mit zahlreichen Pflegefamilien und Missbrauch in der Vorgeschichte



▣ **Abb. 1.6.** Zeichnung der Körperzerstückelung einer Artefaktpatientin



▣ **Abb. 1.7.** Unbewusste Artefakte: 55-jährige Patientin mit netzförmigen Hautdefekten im Perianalbereich und zwanghafter Persönlichkeitsstörung



▣ **Abb. 1.9.** Keloidnarben als zusätzliche Komplikation einer selbstinduzierten artifiziiellen Hautschädigung bei vermeintlicher Akne



▣ **Abb. 1.8.** Differenzialdiagnose: Pyoderma gangraenosum im Gesicht, klinisches Bild Artefakte konnte nicht bestätigt werden, Abheilung unter Immunsuppression

Folgeschwer ist die Delegation der körper-schädigenden Handlung an den Arzt, wenn vorge-täuschte Beschwerden invasive oder schädigende medizinische Behandlungsmaßnahmen nach sich ziehen (► Abschn. 1.1.4).

**Psychische Symptomatik.** Artefakte im engeren Sinne als unbewusste Selbstverletzung können auf dem Boden einer schweren emotionalen Störung früherer Jahre eine Reaktivierung von in der Kindheit erlittenen Verletzungen ausdrücken und eine nonverbale Appellfunktion enthalten.

Die schädigende Handlung geschieht meist im Verborgenen oft in dissoziativen Zuständen, ohne dass der Vorgang dem Patienten anschließend erinnerlich oder emotional nachvollziehbar sein muss.

Die sog. »hollow history« (van Moffaert 2003) wird charakteristischerweise häufig bei der Anam-neseerhebung von Patienten mit Artefakten gefun-den. Dabei handelt es sich um die Tatsache, dass unklare vage Angaben zur Entstehung der Erkran-kung gemacht werden, die plötzlich wie von selbst ohne Vorzeichen oder Symptome aufgetreten sei.

Typischerweise sind die Patienten selbst erstaunt über die aufgetretenen Hautveränderungen und nicht fähig, klare Angaben und Details zu deren Erstauftreten oder Erscheinen und Entwicklungsverlauf anzugeben. Die Anamnese bleibt unklar. Die Patienten sind während der Erzählung der Krankengeschichte auffallend wenig emotional beteiligt, als ob sie nicht selbst betroffen wären, wenn die Einzelheiten der oftmals entstellenden Artefakte geschildert werden. Auch aus ärztlicher Sicht zu erwartende Schmerzen durch die vorhandenen Läsionen werden oftmals nicht angegeben. Die Familie hingegen ist häufig wütend und anklagend und bezeichnet die behandelnden Ärzte als inkompetent.

Bei den Patienten mit Artefakten besteht ein heterogenes psychopathologisches Spektrum. Häufig finden sich schwere Persönlichkeitsstörungen (vorwiegend emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp, ICD-10: F60.31) oder auch andere in der nachfolgenden Übersicht dargestellte Störungen.

### Übersicht

#### Häufige psychische Störungen bei Artefakten

- Frühe Persönlichkeitsstörungen
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Abhängige Persönlichkeitsstörung
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen

Zwei Drittel der Patienten geben traumatisierende Erlebnisse wie sexuelle und körperliche Misshandlungen und Deprivationssituationen in der Anamnese an.

Leichte Formen von artifiziellen Störungen kommen als Adoleszenzkonflikte vor und auch bei Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen.

Hinzu kommen Artefakte als Komorbiditäten bei depressiven Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen sowie bei posttraumatischen

Belastungsstörungen. Dissoziative Amnesien und schwere Depersonalisationszustände können im Zusammenhang mit dem selbstverletzenden Verhalten auftreten.

Das autoaggressive Verhalten von Artefaktpatienten drückt sich in weiteren Auffälligkeiten aus; so wird immer wieder der Zusammenhang zwischen Artefakten und Suizidhandlungen betont. Viele Hinweise auf Suizidhandlungen in der Literatur machen deutlich, dass eine enge Verbindung zwischen Selbstverletzungen und Selbstmordhandlungen besteht. Artefakte sind möglicherweise auch als larvierte Selbstmordhandlungen anzusehen.

Sehr oft schildern die Patienten, dass sie vor der Selbstschädigung unter starkem Druck und Spannungen stehen und sich nach der Verletzung erleichtert, entspannt und befreit fühlen (Janus 1972; Paar u. Eckhardt 1987; Eckhardt 1989). Letztere bezeichnen Artefakte auch als eine Art »Tranquilizer«.

Auch offen selbstbeschädigende Verhaltensweisen kommen vor. Diese werden auch als offene oder bewusste Artefakte bezeichnet und können einen appellativen Charakter haben sowie als Hintergrund den Wunsch eines sekundären Krankheitsgewinns oder auch fließende Übergänge zu den Paraartefakten aufzeigen.

### Differenzialdiagnose der Gruppe artifizieller Dermatosen.

Zum Zeitpunkt der selbstschädigenden Handlungen können manifeste psychotische Erkrankungen im Vordergrund stehen, in deren Rahmen die Selbstverletzungen begleitend auftreten. Hierzu gehören die in der nachfolgenden Übersicht dargestellten Erkrankungen.

### Übersicht

#### Differenzialdiagnose bei Artefakten

##### (Leitlinie AWMF 2003)

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp
- Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen mit psychotischen Symptomen, kindlicher Autismus
- Hypochondrischer Wahn



- Dermatozoenwahn
- Monosymptomatische Psychose
- Akute Intoxikationen, psychotrope Substanzen, Entzugssyndrome
- Hirnorganisches Psychosyndrom
- Anfallsleiden
- Kulturell-religiöse Handlungen
- Sexuelle Handlungen
- Suizidale Absicht
- Komorbidität bei organischen Erkrankungen:
  - Lesh-Nyhan-Syndrom
  - Cornelia de Lange-Syndrom
  - Rett-Syndrom
  - Chronische Enzephalitis, Neuroles, Temporallappenepilepsie
  - Oligophrenie
  - Demenzielle Syndrome (F00-F04)

## Therapie

Die Psychotherapie wird im Abschnitt Therapie der Artefakte dort zusammenfassend dargestellt.

## Literatur

- AWMF (2003) Leitlinie Artificielle Störungen. <http://www.awmf.de> Leitlinien.de
- Eckhardt A (1992) Artificial diseases (self-induced diseases) – a review. *Nervenarzt* 63(7): 409–415
- Gieler U (1994) Factitious Disorders in the Field of Dermatology. *Psychother Psychosom* 62:48–55
- Janus L (1972) Personality structure and psychodynamics in dermatological artefacts. *Z Psychosom Med Psychoanal* 18(1): 21–28
- Moffaert M van (2003) The spectrum of dermatological self mutilation and self destruction including dermatitis artefacta and neurotic excoriations. In: Koo J, Lee C-S (eds) *Psychocutaneous medicine*. Dekker, New York Basel
- Paar GH, Eckhardt A (1987) Chronic factitious disorders with physical symptoms – review of the literature. *Psychother Psychosom Med Psychol* 37(6): 197–204

### 1.1.2 Paraartefakte

Bei Paraartefakten (ICD-10: F63.8) liegt eine Störung der Impulskontrolle vor. Bei den Patienten besteht ein Verlust der Kontrolle (Impulskontrolle) des Manipulierens. Häufig wird in der Dermato-

logie charakteristischerweise eine minimale Primäreffloreszenz exzessiv manipuliert, welches erst dann zu einem ausgeprägt schweren klinischen Befund führt.

Prinzipiell können Paraartefakte der Haut, Schleimhaut und Hautanhangsgebilde unterschieden werden.

Zu den Paraartefakten gehören die in der nachfolgenden Übersicht dargestellten Krankheitsbilder.

## Übersicht

### Paraartefakte in der Dermatologie

- Haut/Schleimhaut
  - Skin-picking-Syndrom (Epidermotillomanie, neurotische Exkorationen)
  - Acne excoriée
  - Pseudo-knuckle-Pads
  - Morsicatio buccarum
  - Cheilitis factitia
- Hautanhangseinheiten
  - Onychophagie, Onychotillomanie, Onychotemnomanie
  - Trichotillomanie, Trichotemnomanie, Trichoteiromanie

Differenzialdiagnostisch sollte auch bei dem Köbner-Phänomen an Paraartefakte gedacht werden.

**Klinisches Bild.** Das klinische Bild der Paraartefakte ist durch folgende spezifisch definierte Dermatosen gekennzeichnet:

### Skin-picking-Syndrom (neurotische Exkorationen)

Hinsichtlich der Definition des Skin-picking-Syndroms, die weitgehend den früher als neurotische Exkorationen (ICD-10: F68.1, L98.1, F63.9) bezeichneten Hautläsionen entspricht, besteht eine der größten Begriffsunklarheiten in der psychosomatischen Dermatologie, auch weil in den modernen Klassifikationssystemen die Begriffe der Neurose und Psychose weitgehend verlassen und allgemein durch den Begriff der Störung ersetzt wurden (■ Tabelle 1.1).

Insgesamt handelt es sich um ein Krankheitsbild, wobei je nach therapeutischer Schule eine

■ **Tabelle 1.1.** Überblick Skin-picking-Syndrom/neurotische Exkorationen

Gruppe	Artefakte	
Untergruppe	Paraartefakte/Störung der Impulskontrolle	
Diagnose	Skin-picking-Syndrom (meist akuter Verlauf)	
Lokalisation	Gesicht	Acne excoriée
	Körper	Skin-picking-Syndrom
Differenzialdiagnose	Zwangsstörungen/Lichen Vidal (chronisch)	
	Atopisches Ekzem/Neurodermitis circumscripta	
	Prurigo-Gruppe	

unterschiedliche Nomenklatur synonym verwendet wird: Skin-picking-Syndrom, psychische Exkorationen, nervöse Kratzartefakte, neurotische Exkorationen, paraartifizielle Exkorationen, Epidermotillomanie, Dermatotillomanie und Acne excoriée sowie Acne urticata.

Der moderne neuenglische Name für neurotische Exkorationen entspricht dem Skin-picking-Syndrom.

Unser Vorschlag zur Definition ist:

### ➤ Definition

Beim Skin-picking-Syndrom handelt es sich um Paraartefakte mit einer Störung der Impulskontrolle, die bei primär psychischen Störungen zu einer Selbstschädigung der Haut bzw. Schleimhaut führt und in aller Regel der nicht vollständig bewussten psychischen Spannungsabfuhr dient.

**Klinische Befunde.** Beim Skin-picking-Syndrom (neurotische Exkorationen) (ICD-10: F63.9) finden sich Exkorationen, Erosionen sowie weiterhin Krusten und daneben atrophisch abheilende Narben und Hyperpigmentierungen, die durch wiederholtes ausgeprägtes Kratzen entstehen (■ Abb. 1.10, 1.11).

Die Lokalisation ist vorwiegend im Bereich der Arme und Unterschenkel. Das Skin-picking-Syndrom kann auch im Gesicht auftreten, wird dann aber meist aus historischen Gründen noch Acne excoriée genannt (s. nachfolgender Abschn.). Bei der klassischen Acne excoriée bestehen anfänglich



■ **Abb. 1.10.** Skin-picking einer 62-jährigen Rechtshänderin mit Störung der Impulskontrolle im Zusammenhang mit Wutaffekten



■ **Abb. 1.11.** Nahaufnahme 62-jährige Rechtshänderin mit typischen dreiecksförmigen Hautdefekten

in der Regel minimale Akneeffloreszenzen, die typischerweise durch einen Quetschmechanismus manipuliert werden.

**Psychische Symptomatik.** Die psychische Störung ist durch eine Störung der Impulskontrolle mit einer wiederholten Unfähigkeit, Kratzimpulsen zu widerstehen, charakterisiert. Beim Skin-picking-Syndrom (neurotische Exkorationen) sowie Acne excoriée erfolgt die konflikthafte Spannungsabfuhr der Patienten über die Haut.

Als Komorbiditäten finden sich gehäuft depressive und Angststörungen. Beim Skin-picking-Syndrom tritt in der Anfangsphase ein zunehmendes sich verdichtendes Spannungsgefühl oder Juckreiz auf, mit nachfolgendem Kratzen in der zweiten Phase sowie anschließend in der dritten Phase Befriedigung oder ein Gefühl der Entspannung nach dem Kratzen.

Einige Autoren sprechen in diesem Zusammenhang auch von einem Orgasmusäquivalent (► Kap. 5) aufgrund des vergleichbaren phasenhaften Ablaufs und möglichen Symbolgehalts. Dies erklärt sich dadurch, dass immer wieder Patienten den Vorgang als lustvolles Exprieren von Körpermateriale schildern, der durch die Tatsache der tiefen Läsion und des Schmerzreizes schließlich wie beim Orgasmus beendet wird.

**Differenzialdiagnose.** Die psychische und somatische Differenzialdiagnose umfasst den Lichen Vidal (■ Tabelle 1.2), wobei meist Zwangsstörungen (► Abschn. 1.4) im Vordergrund der psychischen Symptomatik stehen. Klinisch finden sich chronisch lichenifizierte Areale.

Das Skin-picking-Syndrom wurde manchmal auch als Neurodermitis circumscripta acuta bei atopischer Disposition bezeichnet. Da es sich hier aber um eine primär als psychische Störung anzusehende Symptomatik handelt, sollte der Bezug zur Atopie als wenn überhaupt nur sekundär betrachtet werden. Eine weitere Rolle spielt dabei der Juckreiz-Kratz-Zyklus, wobei vermehrtes Kratzen zu neuem Juckreiz aufgrund der Entzündung und damit wieder zu vermehrten Kratzen führt.

**Therapie.** Die Psychotherapie des Skin-picking-Syndroms basiert auf den Behandlungsmaßnahmen und Leitlinien der Paraartefakte und wird dort zusammenfassend dargestellt.

Dies kann in leichteren Fällen bereits durch Psychoedukation oder stützende psychosomatische Grundversorgung erreicht werden. In Einzelfällen ist eine medikamentöse Therapie mit Benzodiazepinen oder SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) indiziert und gerechtfertigt.

Gleiches gilt für die Acne excoriée, wobei zusätzlich aufgrund der Stigmatisierung im Gesicht Fragen der Krankheitsbewältigung verstärkt hinzutreten können.

### Acne excoriée (Sonderform)

Eine Sonderform des Skin-picking-Syndroms ist die Acne excoriée (ICD-10: F68.1, L70.5), die durch ihre Lokalisation im Gesicht gekennzeichnet und definiert ist.

### ! Wichtig

**Acne excoriée ist die Sonderform des Skin-picking-Syndroms im Gesicht bei keiner oder minimaler Akne (maximales Knibbeln bei minimaler Akne).**

Dabei werden meist minimale Akneeffloreszenzen durch ausgedehntes Quetschen und Drücken, meist mit den Fingernägeln, ausgiebig manipuliert. Die Patienten können oftmals dem Impuls zum Quetschen und Drücken nicht widerstehen, aber die Manipulation thematisieren. Durch die Manipulation entstehen dann Exkoriationen, Erosionen oder auch Ulzerationen, die unter sternförmigen Narbenbildungen und Pigmentierungsstörungen abheilen können (■ Abb. 1.12, 1.13).



■ **Abb. 1.12a, b.** Minimalform Skin-picking-Syndrom (Acne excoriée) bei minimal vorbestehende Akne mit seit über 20 Jahren bestehendem Drang zu Manipulieren. **a** Übersicht, **b** Nahaufnahme

## Literatur

- Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL (2001) Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 15(5): 351–359
- Bach M, Bach D (1993) Psychiatric and psychometric issues in acne excoriee. *Psychother Psychosom* 60(3–4): 207–210
- Fruensgaard K (1991) Psychotherapeutic strategy and neurotic excoriations. *Int J Dermatol* 30(3): 198–203
- Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF (1986) Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. *Compr Psychiatry* 27: 381–386

## Morsicatio buccarum

Morsicatio buccarum (ICD-10: F68.1, K13.1) sind harmlose strangförmige Mundschleimhautverdickungen oder auch Schwielen im Bereich des Zahnschlusses. Die Schleimhautveränderungen können durch unbewusstes ständiges Einsaugen und Kauen auf der Mundschleimhaut entstehen und sind so zu den Paraartefakten zu zählen. Die diagnostischen Kriterien einer Störung der Impulskontrolle stehen im Vordergrund der psychischen Symptomatik (■ Abb. 1.14).

■ **Tabelle 1.2.** Differenzialdiagnose: Skin-picking-Syndrom und Lichen Vidal

	Skin-picking-Syndrom	Lichen Vidal
Klinisches Bild	Primäre Störung, intensiver Juckreiz, umschriebene Papeln/Seropapeln	Chronisch lichenifiziertes, stark juckendes Ekzem
Psychische Störung	Störung der Impulskontrolle, psychovegetative Labilität und Anpassungsstörungen, die zum Teil unter Belastung schubweise auftreten und mit Kontrollverlust einhergehen	Zwangsstörungen, chronische Belastungs- oder Konfliktproblematik, wobei die subjektiv nicht veränderbare Zwangshandlung des Scheuerns der Haut im Vordergrund steht



■ **Abb. 1.13.** Maximalform Skin-picking-Syndrom mit seit Jahren bestehendem Drang zu Manipulieren und jetzt akuter Verschlechterung in einer Lebenskrise am gesamten Körper



■ **Abb. 1.14.** Morsicatio buccarum mit ständigem wechselländigem Einsaugen der Wangenschleimhaut in Anspannungssituationen

Differenzialdiagnostisch können auch Zwangsstörungen im Vordergrund stehen.

Bei Zahnprothesenträgern ist die Morsicatio buccarum gehäuft ohne weitere psychische Symptomatik zu finden. Ein Lichen ruber mucosae sollte im Zweifelsfall durch Probebiopsie ausgeschlossen werden.

### Cheilitis factitia

Bei der Cheilitis factitia (ICD-10: F68.1, K13.0) ist ein zwanghaftes Lecken (Leckekzem) und damit eine chronische kumulativ toxische Schädigung der Haut durch mechanische Belastung und Speichel einschließlich irritativer Nassbelastung die Grundlage der Pathogenese. Dies führt letztendlich zu ekzematösen Hautveränderungen. Eine Prädisposition zur sekundären Impetigenisierung ist damit zusätzlich gegeben. Die Automanipulation betrifft meist umschriebene, über das Lippenrot hinausgehende, scharf begrenzte Areale. Auch beim Einsaugen und Belecken mit der Zunge können die Automanipulationen symmetrisch angeordnet sein. Bei der Cheilitis artefacta kommt zusätzlich ein traumatisierendes Lippenkauen hinzu (■ Abb. 1.15).

Psychopathologisch steht eine Störung der Impulskontrolle im Vordergrund, die oftmals nicht bemerkt wird. Häufig suchen Eltern mit ihren Kindern den Arzt auf. Nach Diagnosestellung, Aufklärung und Beobachtung ist bereits häufig eine Kontrolle des Auslösemechanismus möglich und die Abheilung tritt ein.

### Pseudo-knuckle-Pads

Pseudo-knuckle-Pads (ICD-10: F68.1, M72.1) entstehen durch Reiben, Massieren, Kauen, Saugen, meist im Bereich der Fingerknöchel und sind klinisch durch verdickte polsterartige raue, leicht schuppende Hauteffloreszenzen gekennzeichnet. Weiterhin kann eine geistige Retardierung im Vordergrund der Pathogenese stehen (■ Abb. 1.16).

Die echten Fingerknöchelpolster kommen nur bei Genodermatosen vor, entstehen ohne mechanische Traumatisierung und sind durch eine zellreiche Fibrose charakterisiert. Aufklärende Gespräche bei den Pseudo-knuckle-Pads im Sinne einer Psychoedukation mit den besorgten Eltern, anschlie-



■ Abb. 1.15. Cheilitis factitia (Leckekzem) bei Störung der Impulskontrolle mit sekundärer Superinfektion



■ Abb. 1.16. Pseudo-knuckle-Pads durch ständiges Reiben besonders unter Stress

ßende Beobachtung und vermehrte Aufmerksamkeit können den Mechanismus aufdecken und nach Unterlassung mit unterstützenden Hautpflegemaßnahmen als Ersatzhandlung eine Abheilung einleiten. Bei einer Vielzahl der Patienten kommt es jedoch auch zur Spontanremission.

Eine weiterführende Behandlungsindikation wie Psychotherapie kann gegeben sein. Verhaltenstherapeutische Konzepte zielen auf eine alternative Stressbewältigung unter Einbezug von Entspannungsmaßnahmen.

### Literatur

Meigel WN, Plewig G (1976) Kauschwielen, eine Variante der Fingerknöchelpolster. Hautarzt 27(8): 391–395

## Onychophagie, Onychotillomanie, Onychotemnomanie

### Onychophagie

Die Onychophagie (ICD-10: F68.1, F98.8) ist das Nagelbeißen oder Nagelkauen meist mit Verschlucken der Nagelanteile. Auch eine Kombination mit Daumenlutschen ist häufig. Durch die ständige Traumatisierung mit Verkürzung der distalen Nagelplatte können Entzündungen bakterieller oder viraler Genese, Blutungen und Fehlbildungen auftreten oder getriggert werden. Die Onychophagie tritt meistens im Rahmen ungelöster Konflikte oder Anspannungssituationen auf und wird besonders in der Adoleszenz beobachtet (▣ Abb. 1.17).

Die Häufigkeit wird mit bis zu 45% bei Heranwachsenden angegeben, so dass sicherlich nicht jeder Patient mit Onychophagie eine schwere Persönlichkeitsstörung aufweist oder die dringende Notwendigkeit einer Psychotherapie besteht.

Zentraler Kausalitätsfaktor ist der fehlerhafte Umgang mit Stress und Anspannungssituationen.

### Onychotillomanie

Bei der Onychotillomanie wird die ständige Manipulation, »Knibbeln« und Entfernung von dem Hautanhangsgebilde Nagel oder auch Traumatisierung im Bereich des Paronychiums als Auslöser für selbstinduzierte Nagelerkrankungen gesehen. Dies kann von der Onychodystrophie bis hin zu schweren Paronychien reichen.

### Onychotemnomanie

Zu kurzes Abschneiden der Nägel führt zu Traumatisierungen im Bereich der Nagelplatte oder Nagelpfalz.



▣ Abb. 1.17. Massive Onychophagie, bei Adoleszenzkonflikt

## Literatur

- Hamann K (1982) Onychotillomania treatment with pimozide. *Acta Derm Venereol* 62: 364–366
- Koo JY, Smith LL (1991) Obsessive-compulsive disorders in the pediatric dermatology practice. *Pediatr Dermatol* 8(2): 107–113
- Leonhard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Rapoport JL (1991) A double-blind comparison of clomipramine and desipramine treatment of severe onychophagia. *Arch Gen Psychiatry* 48(9): 821–827
- Leung AK, Robson WL (1990) Nailbiting. *Clin Pediatr (Phila)* 29(12): 690–692

## Trichotillomanie, Trichotemnomanie, Trichoteiromanie

### Trichotillomanie

Die Trichotillomanie ist die Paraartefaktstörung, die am besten untersucht ist, wobei besonders Frauen mit einer Prävalenz von bis zu 3,5% betroffen sein sollen (Christenson et al. 1991). Die Erkrankung tritt sehr häufig im jüngeren Lebensalter auf.

**Klinisches Bild und Pathogenese.** Der Trichotillomanie (ICD-10: F63.3, F68.1) liegt ein Ausreißen der Haare zugrunde, wobei das wiederholte Ausreißen des eigenen Haars mit deutlichem Haarausfall verbunden ist.

Klinisch findet sich ein typischer dreiphasiger Zonenaufbau mit:

- Zone 1: lange Haare (regelrechte, nicht betroffene, normale Haare/Haarschnitt),
- Zone 2: fehlende Haare (frische Alopezie durch das Ausreißen),
- Zone 3: nachwachsende Haare, kürzer und unregelmäßiger als das normale Haarkleid (ältere ehemalige Alopezieareale mit nach dem intermittierenden Ausreißen unregelmäßig nachwachsenden Haaren).

Ursächlich ist der dreizonige Aufbau damit zu erklären, dass die gesunden langen Haare (Zone 1) zum Zupfen gut gegriffen werden können und dann ausgerissen werden (▣ Abb. 1.18).

Im Bereich der ausgerissenen Haare entsteht dann aktuell die haarlose Zone 2, wobei sich vereinzelt Hämorrhagien im Bereich der ausgerissenen Haare der frischen Zupfherde finden lassen.