

Eingereicht: 24.8.2020
 Angenommen: 21.9.2020
 Uwe Gieler

Finanzielle Interessen: Nein
 Erklärung zu nicht-finanziellen
 Interessen: Chefarzt Vitos Klinik für
 Psychosomatik, Giessen
 Leiter Neurodermitis-Akademie Hessen

Tanja Gieler
 Finanzielle Interessen: nein
 Erklärung zu nicht-finanziellen
 Interessen: Fachärztin für Psychosomatik -
 Univ. Kinderklinikum Giessen

Eva Milena Johanne Peters
 Finanzielle Interessen: ja, Berater Exposome
 L'Oréal
 Erklärung zu nicht-finanziellen
 Interessen: keine

Dennis Linder
 Finanzielle Interessen: nein
 Erklärung zu nicht-finanziellen
 Interessen: Freiberuflich in Privatpraxis
 (Venedig), Lehrbeauftragter
 Medizinische
 Universität Graz, EADV, ÖGDV,
 Italienische
 Gesellschaft für Dermatologie und and
 Venerologie

**Uwe Gieler¹, Tanja Gieler²,
 Eva Milena Johanne Peters³,
 Dennis Linder⁴**

- (1) Universitäts-Hautklinik,
 Universitätsklinikum Gießen
 (2) Kinder- und Jugendpsychosomatik,
 Universitäts-Kinderklinik,
 Universitätsklinikum Gießen
 (3) Psychoneuroimmunologie Labor,
 Klinik für Psychosomatik und Psycho-
 therapie, Universitätsklinikum Gießen,
 Gießen in Kooperation mit der Klinik für
 Psychosomatische Medizin und Psycho-
 therapie, Universitätsmedizin – Charité,
 Berlin
 (4) Universitäts-Hautklinik, Universität
 Padua, Italien, Institut für Medizinische
 Psychologie und Psychotherapie,
 Medizinische Universität Graz,
 Österreich

Redaktion
 Prof. Dr. D. Nashan, Dortmund

DOI: 10.1111/ddg.14328_g
 English online version on Wiley Online Library

Haut und Psychosomatik – Psychodermatologie heute Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today

Zusammenfassung

Die heutige Psychodermatologie beruht auf dem biopsychosozialen Krankheitsmodell der Psychosomatik. Danach sind biologische, psychologische und soziale Faktoren auf verschiedenen Ebenen (von den Molekülen bis zur Biosphäre) durch komplexe, nicht lineare Interaktionen über den gesamten Krankheitsverlauf wesentlich an der Pathogenese jeder Krankheit beteiligt. Es gilt als experimentell gesichert, dass „Emotionen in die Haut gelangen“. Die rezente Forschung belegt enge anatomische, physiologische und funktionelle Verbindungen zwischen Haut und Nervensystem; letztere sind ontogenetisch eng verwandt. Diese Verbindungen spiegeln sich in zahlreichen Hautkrankheiten wider, bei denen psychische und somatische ätiologische Faktoren eng miteinander verflochten sind. Dieser Verflechtung sollte ein ganzheitlicher Zugang des Arztes gerecht werden.

Bei Anamneseerhebung, Diagnosestellung und Therapiewahl sollten biologische, psychische und soziale Faktoren hinreichend berücksichtigt werden. Die „Sichtbarkeit“ des Hautorgans führt dazu, dass die Dermatologie unter den klinischen Fächern eine Sonderstellung einnimmt und dass ein ganzheitlicher psychosomatischer Zugang zum Patienten besonders wichtig ist. Die Lebenslaufperspektive (*life course approach*) kann zu den Zugangsmethoden der modernen Psychodermatologie gerechnet werden. In Anlehnung an das moderne Konzept der Psychodermatologie gibt es heute weitere entsprechende Teilgebiete wie zum Beispiel Psychogastroenterologie und Psychokardiologie. Im Anschluss an den theoretischen Teil werden einige exemplarisch ausgewählte Hautkrankheiten unter dem psychosomatischen Blickpunkt ausführlicher besprochen.

Summary

Modern psychodermatology relies on the bio-psycho-social disease model in psychosomatics, according to which biological, psychological and social factors (on various levels, from molecules to the biosphere) play a major role in the disease pathogenesis through complex, non-linear interactions over the entire disease course. It is nowadays experimentally proven that “emotions get into the skin”. Recent research shows close anatomical, physiological and functional connections between skin and nervous system, already known to be ontogenetically related. These connections are reflected in many skin diseases where psychological and somatic etiological factors are closely intertwined. A holistic approach by the physician should do justice to this interdependence; biological, psychological and social factors should be adequately taken into account when taking anamnesis, making a diagnosis and choosing a therapy. The “visibility” of the skin organ bestows dermatology a special position among the various other clinical subjects, and renders a holistic, psychosomatic approach to the patient, that is particularly important. The life course belongs also to modern

psychodermatological approaches. Based on the modern psychodermatology concept, other corresponding sub-areas such as psychogastroenterology, psychocardiology etc. have emerged. After the theoretical part of this article, some selected skin diseases are discussed in more detail from the psychosomatic point of view.

Allgemeiner Teil

Psychosomatik und biopsychosoziales Modell

Die moderne Psychosomatik orientiert sich am Biopsychosozialen Modell, wonach biologische, psychologische und soziale Faktoren wesentlich an der Pathogenese jeder Krankheit beteiligt sind.

Die moderne Psychosomatik orientiert sich am biopsychosozialen Modell [1–3]. Danach sind biologische, psychologische und soziale Faktoren auf verschiedenen Ebenen (von den Molekülen bis zur Biosphäre) durch komplexe Interaktionen während des gesamten Krankheitsverlaufes wesentlich an der Pathogenese jeder Krankheit beteiligt. Dieses Konzept, das der Komplexität kausaler Verbindungen gerecht zu werden versucht, steht leider immer noch im Widerspruch zum volkstümlichen Verständnis des Wortes „psychosomatisch“ – das eine einfache, monokausale Beziehung zwischen „psychischem“ und „körperlichem“ Geschehen beschreibt. So versteht man im allgemeinen Sprachgebrauch unter „psychosomatische Krankheit“ bestenfalls eine Krankheit, die durch psychosoziale Faktoren aggraviert wird, meistens aber schlichtweg eine Krankheit, die rein durch Stress verursacht wird und sich durch Beheben der Stressursachen vollständig ausheilen lassen sollte. In der Dermatologie haben demzufolge Krankheiten wie Psoriasis und atopische Dermatitis, denen komplexe psychoneuroimmunologische Mechanismen zugrunde liegen, seit eh und je bei vielen Patienten – und manchen Ärzten – als „psychosomatisch“ gegolten, wobei man sich begnügte (und zum Teil immer noch begnügt) als einzige oder wichtigste Auslöser der Krankheit „Stress“ oder „Lebensereignisse (*life events*)“ zu benennen. In Abbildung 1 wird versucht, die

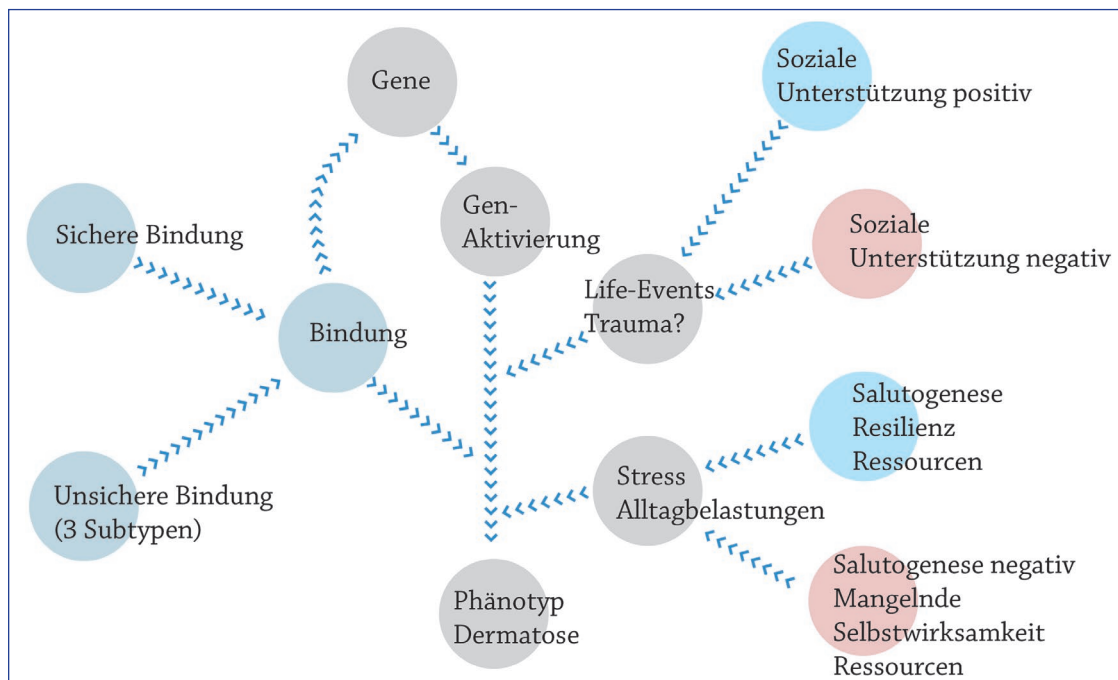


Abbildung 1 Die wichtigsten Elemente, die aus moderner psychosomatischer Sicht an der Pathogenese einer Hautkrankheit beteiligt sind.

Das volkstümliche Verständnis von „psychosomatisch“ beschreibt eine einfache, monokausale Beziehung zwischen „psychischem und körperlichem Geschehen.

Sehr oft sind psychoneuroimmunologische Mechanismen an der Pathogenese von Hautkrankheiten beteiligt.

Ärzte sollten die Krankheitsauffassungen und die Krankheitsmodelle der Patienten explorieren und soweit wie möglich ins Gespräch integrieren – eine Nicht-Akzeptanz dieser Modelle seitens des Arztes führt zu einer drastischen Herabsetzung der *Compliance*.

Das Hautorgan ist jederzeit sichtbar und somit einer ständigen Beobachtung seitens der Patienten zugänglich.

Betroffene antizipieren manchmal bei minimalen Hautveränderungen sogar mögliche, tatsächlich gar nicht stattfindende Stigmatisierungen, zum Beispiel im Rahmen einer körperdysmorphen Störung.

wichtigsten Elemente darzustellen, die aus moderner psychosomatischer Sicht an der Pathogenese einer Hautkrankheit beteiligt sind.

Auf die vielen ontogenetischen, anatomischen und funktionellen Verbindungen zwischen Haut und Psyche – und Immunsystem – wird immer wieder hingewiesen (zum Beispiel gemeinsamer Ursprung aus demselben Keimblatt, dichtes Geflecht freier Nervenendigungen in der Haut). Solche Verbindungen bewirken, dass sehr oft psychoneuroimmunologische Mechanismen an der Pathogenese von Dermatosen beteiligt sind. Dies ist der Hauptgrund, weshalb Hautkrankheiten nunmehr als „paradigmatische“ psychosomatische Erkrankungen gelten.

In der Praxis und insbesondere beim Patientengespräch gilt es, einen Kompromiss zwischen übermäßiger Vereinfachung („Doktor, kommt es vom Stress?“) und klinisch nicht leicht zu verwertender Zusammenstellung komplexer psychoneuroimmunologischer Mechanismen, welche die Pathogenese besser erklären, zu finden: Dabei soll der Arzt den modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht werden. Gleichzeitig soll er aber auch bei der Kommunikation mit den Patienten deren eigenes, oft übermäßig vereinfachtes, wenn nicht sogar wissenschaftlich unpassendes Modell der Krankheit respektieren und soweit korrigieren, dass es sich in die wissenschaftliche „Realität“ und in den passenden klinischen Alltag integrieren lässt. Ärzte sollten die Krankheitsauffassungen und die Krankheitsmodelle der Patienten explorieren und soweit wie möglich ins Gespräch integrieren – eine Nicht-Akzeptanz dieser Modelle seitens des Arztes führt zu einer drastischen Herabsetzung der *Compliance*.

Das Besondere am Hautorgan – Folgen für die Psychosomatik der Hauterkrankungen

Das Hautorgan ist jederzeit sichtbar und somit einer ständigen Beobachtung seitens der Patienten zugänglich. Dies führt dazu, dass Patienten ihren Phantasien über Entstehungsmechanismen freien Lauf geben können. Aus diesem Grunde gilt die oben genannte Regel, dass Ärzte besonders in der Dermatologie die Krankheitsmodelle der Patienten explorieren (und respektieren) sollten. Hautläsionen sind aber nicht nur für die Patienten sichtbar, sondern oft auch für deren Mitmenschen. Das bewirkt, dass Patienten mit Dermatosen häufig Stigmatisierungserlebnissen ausgesetzt sind: Hauterkrankungen können bei Mitmenschen leicht Gefühle des Ekels hervorrufen, oder auch die Befürchtung, die entsprechende Dermatose sei möglicherweise ansteckend. Gefühlsregungen wie Scham über die eigene Krankheit oder Ekel (bei den Mitmenschen) können somit die „erlebte Welt“ der Kranken erheblich beeinflussen. Betroffene antizipieren manchmal bei minimalen Hautveränderungen sogar mögliche, tatsächlich gar nicht stattfindende Stigmatisierungen, zum Beispiel im Rahmen einer körperdysmorphen Störung.

Die Sichtbarkeit des Hautorganes hat auch dazu beigetragen, dass psychosomatisch interessierte Psychoanalytiker psychoanalytische Theorien und Deutungen zu Hauterkrankungen aufgestellt haben. So beschreibt der Psychoanalytiker Didier Anzieu mit der Bezeichnung „das Haut-ICH“ erstmals die psychische Dimension der Haut als „psychische Hülle“ [4, 5]. Er vergleicht hierbei die physiologischen Funktionen der Haut mit den psychologischen Repräsentanzen des Ichs. Ausgehend von der Erfahrung der eigenen Körperoberfläche soll, laut Anzieu, das Kind eine Vorstellung von sich selbst entwickeln.

Die Sonderstellung der Haut ist auch in der Entwicklungspsychologie ersichtlich. Letztere geht von einer sehr frühen taktilen Phase aus, in der die eigene Identität herausgearbeitet wird. Hauterkrankungen könnten daher nicht selten mit

frühen Bindungsstörungen assoziiert sein. Dies soll sowohl in der Entwicklung der frühkindlichen Kognitionen im Umgang mit einer zum Beispiel genetisch bereits determinierten Hauterkrankung geschehen, wie auch in psychoanalytischer Hinsicht in der Entwicklung des Selbst durch den „psychoanalytischen Dialog mit der Haut“ [6]. Auffällig ist hierbei, dass Hauterkrankungen, die bereits vor der eigenen Identitätsbildung vorhanden sind (zum Beispiel Feuermale, Tierfellnävi) seltener zu psychosozialen Belastungen führen, da offenbar die Betroffenen den möglichen Makel bereits konsequent in das eigene Körperbild einbauen, als später auftretende Hautdefekte – wie zum Beispiel Narben nach Unfällen, oder auch Vitiligo-Flecken. Letztere können zu psychisch kaum zu bewältigenden Störungen im Körperbild mit Suizidalität führen.

Auch psychische Nähe-Distanz-Konflikte können bei Dermatosen eine wichtige Rolle spielen. Insbesondere bei der Neurodermitis sind „psychosomatische“ Probleme mehrmals diskutiert worden [7, 8]. Unter anderem wurde die Theorie aufgestellt, dass die Mutter (oder, allgemeiner, die entsprechende Bezugsperson) am Anfang eine übertriebene Zuwendung zum Kranken wegen des unkontrollierbaren Pruritus zeigt. Diese übertriebene Zuwendung kann aber in eine später auftretende Erschöpfung der Mutter übergehen, weil die Betreuung des Kindes die Kräfte der Mutter mit der Zeit übermäßig beansprucht. So kann es kommen, dass eine erschöpfte Mutter sich mit einer chronischen Krankheit ihres Kindes konfrontiert findet, deren Verlauf dazu nicht genau vorherzusehen ist. All dies kann zu einer (mehr oder weniger) unterschweligen Aggressivität seitens der Mutter führen. Auch kann die intensivere Zuwendung der Mutter zum Kind, die bei Juckreiz/Kratzanfällen ausgelöst wird, sich kognitiv verstärkend auf das Verhalten des Kindes auswirken.

Tabuisierte oder andere empfindliche Themen wie Sexualität, Berührung oder Gerüche kommen bei der dermatologischen Konsultation oft nicht zur Sprache, was die Therapieadhärenz und die Zufriedenheit von Patienten und Arzt

Zu betonen ist auch, dass das Besondere am Hautorgan dazu führt, dass sich Arzt und Patient bei der Konsultation nicht selten in einer ungewöhnlichen Gesprächssituation befinden. In dieser sind empfindliche Themen und Tabus wie Sexualität, Berührung, Gerüche, Reinheit und Körpersprache ein „Elefant im Raum“, also ein offensichtliches Thema, das trotzdem von den Gesprächsteilnehmern nicht angesprochen wird. Oft kommen diese Themen nicht hinreichend (oder gar nicht) zur Sprache: es bleibt viel unausgesprochen, was die Adhärenz zur Therapie und die Zufriedenheit von Patienten und Arzt vermindern kann. Erfreulicherweise wird die Notwendigkeit einer spezifischen Schulung in Kommunikationstechniken von Ärzten und sonstigen medizinischen Fachangestellten zunehmend anerkannt. Die Implementierung solcher Schulungen dürfte sich mit der Zeit bei der Bewältigung von Schwierigkeiten, die im Rahmen von Konsultationen entstehen können, als nützlich erweisen.

Lebensqualität und Fragebögen

Fragebögen zur Lebensqualität werden oft ausgegeben. Die individuell gemessenen Werte haben aber in den meisten Fällen keinen Einfluss auf Therapieentscheidungen und sind weder dem behandelnden Arzt noch dem Patienten bekannt.

Hautkrankheiten, vor allem chronisch entzündliche Dermatosen, stellen für Patienten und ihre Familienangehörige oft eine nicht zu unterschätzende Belastung dar. Es wurden allerlei Fragebögen entwickelt, um diese Belastung beziehungsweise die von der Krankheit bewirkte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu messen. Mittels dieser Fragebögen wurden und werden viele Daten zusammengetragen. Die dabei gesammelten Informationen kommen dem einzelnen Patienten jedoch nur indirekt zugute, da weder der Arzt noch der Patient bei den Visiten die gegenwärtige Lebensqualität misst oder deren Wert erfährt. Im Laufe der letzten Jahre wurden dennoch einige visuelle Instrumente (PSODisk, PRISM, HIDRADisk) entwickelt, die dafür bestimmt sind, *während* der fachärztlichen Konsultation eingesetzt zu werden [9–12]. Man bezweckt damit, dass alle Bereiche der Lebensqualität und

deren Beeinflussung durch die Krankheit während der Konsultation zur Sprache kommen und in Therapieentscheidungen einbezogen werden können.

Psychoneuroimmunologie

Man darf mit gutem Recht die Haut als das größte Immunorgan des Menschen bezeichnen. Barriere- und immunologische Funktionen der Haut spielen bei Erklärungsansätzen für die Entstehung von Hautkrankheiten eine zentrale Rolle. Insbesondere liefert die Psychoneuroimmunologie Modelle, die glaubhaft erläutern, wie „der Stress in die Haut kommt“. Man kann sich nämlich gut vorstellen, dass bestimmte immunologische Mechanismen, die überwiegend von endokrinen Stressmediatoren beeinflusst werden, eine wesentliche Rolle bei diesem Prozess spielen.

Es gehört zur allgemeinen Erfahrung jedes Arztes, dass Patienten häufiger und früher nach einem Erklärungsmodell für ihre Erkrankung fragen als nach Therapiemöglichkeiten und Prognose. So taucht die klassische Frage, „Herr/Frau Doktor, wie – oder woher – kommt das? Ist es vielleicht der Stress?“ immer wieder beim Erstgespräch mit dem Dermatologen auf.

Um glaubhaft machen zu können, dass eine Dermatothese beziehungsweise deren Verlauf durch Stress (sei letzterer bewusst erlebt oder nur unterschwellig vorhanden) moduliert werden kann, will man also erklären, wie „Emotionen in die Haut kommen“, so muss Folgendes erfüllt sein:

- Es muss eine anatomische Verbindung zwischen der Haut und den emotionalen Zentren im Gehirn geben [13].
- Es muss nachgewiesen werden, dass sich Stress immunologisch in der Haut manifestiert [13].
- Es muss einen Einfluss zentral gesteuerter hormoneller Prozesse auf Entzündungen in der Haut geben.

Unter anderem wurde gezeigt:

- Es bestehen Verbindungen zwischen C-Fasern der Haut und Mastzellen.
- Stress moduliert immunologische Reaktionen in der Haut.
- Stress führt zu irreversiblen neuroendokrinen Veränderungen in der Haut (Tierexperiment).
- Bei Patienten mit Psoriasis oder Neurodermitis verändert sich unter Stress die Expression verschiedener Neuropeptide und Neurotransmitter anders als bei gesunden Kontrollpersonen.
- Neuromediatoren vermögen die Entzündungsreaktion, die bei einer chronisch-entzündlichen Hauterkrankung (zum Beispiel Neurodermitis) vorkommt, direkt zu modulieren. So lassen sich Stressreaktionen in der Haut von Patienten mit Neurodermitis durch psychoneuroimmunologische Mechanismen erklären [14–30].

„Psychoneuroimmunoendokrinologische“ Mechanismen können also ein Modell dafür bieten, wie „Emotionen in die Haut gelangen“: Für psychosomatische Reaktionen bei Hauterkrankungen liegt somit ein gutes und experimentell gesichertes Erklärungsmodell vor, welches auch in die klinische Beratungspraxis Eingang finden sollte.

Häufigkeit psychischer Störungen bei Hautkrankheiten und Komorbidität

Psychische Aspekte bei Hautkrankheiten sind häufig und Hautkrankheiten haben fast immer auch eine psychosomatische Dimension. Nach den bisherigen Studien zeigte sich, dass bei circa 25 % aller Patienten mit Hautkrankheiten mit Depressionen, Angst oder somatoformen Reaktionen zu rechnen ist. Dalgard et al. [31] konnten in einer multizentrischen europaweiten Studie in 13 europäischen Ländern

die Bedeutung der Stigmatisierung und die Häufigkeit von Depression und Angst eindrucksvoll belegen: 12,7 % der circa 3500 erfassten Patienten hatten suizidale Gedanken, 4 % gaben an, diese seien durch die Hauterkrankungen ausgelöst, während nur 8,3 % in der hautgesunden Kontrollgruppe suizidale Gedanken beschrieben. Dalgard et al. [31] zeigten darüber hinaus, dass mit dem HADS-Fragebogen eine Depression bei 10,1 % der Patienten im Vergleich zu nur 4,3 % der hautgesunden Kontrollgruppe erfasst werden konnte. Angst fand sich bei 17,2 % im Vergleich zu 11,1 % in der Kontrollgruppe. Diese Studie bestätigte ältere monozen-trische epidemiologische Studien, die von ähnlichen Häufigkeiten ausgingen [32]. Dies bedeutet, dass zumindest diese zehn beziehungsweise 17 % aller Patienten mit Hautkrankheiten eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufweisen.

Patienten mit entzündlichen Hauterkrankungen weisen oft psychische Störungen als Begleiterkrankung (Komorbidität) auf.

Aufgrund der engen anatomisch-physiologischen Verbindungen zwischen Haut und psychischem Apparat sowie der psychosozialen Folgen der Sichtbarkeit von Haut und Hautkrankheiten ist die Häufigkeit psychischer Störungen bei Patienten mit Hautkrankheiten durchaus zu verstehen: Patienten mit entzündlichen Hauterkrankungen weisen oft psychische Störungen als Begleiterkrankung (Komorbidität) auf.

Der Begriff „Komorbidität“ wurde im englischen Sprachraum vom klinischen Epidemiologen und Statistiker Alvan Feinstein (1970) eingeführt [33]. Der Begriff bezeichnet bei der Beobachtung von Patienten, die eine gemeinsame Krankheit aufweisen, eine „zweite“ Krankheit, die bei diesen Patienten „häufig“ vorkommt. Der Begriff „Komorbidität“ und seine Definition sind problematisch. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesem Begriff würde aber den Rahmen dieser Übersicht sprengen [34–36]. Es sei trotzdem erwähnt, dass man gerade an diesem Begriff erkennt, wie monokausale, lineare, reduktive Modelle in der modernen Medizin einer detaillierten Repräsentation der klinischen Realität nur selten genügen. Auch ist zu unterscheiden, ob der Begriff im klassischen epidemiologischen Sinne verwendet wird (zum Beispiel gehört Hypertonie zur Komorbidität der Psoriasis, unter den Patienten mit Psoriasis finden sich also überzufällig häufig solche mit Hypertonie) oder ob eine zweite Erkrankung beim individuellen Patienten festgestellt wird (zum Beispiel ein bestimmter Patient entwickelt während eines Herpes zoster aufgrund der eigenen Lebensgeschichte eine Angststörung, dennoch finden sich nicht vermehrt Angststörungen bei Zoster-Patienten). Ein psychosomatisch orientierter Arzt sollte auch „individuelle Komorbidität“ explorieren.

Es gibt zwei wichtige Mechanismen, die zu einer Assoziation zwischen einer (entzündlichen) Hautkrankheit und einer psychischen Störung führen können: (1) die durch die Dermatose bedingte Körperbildstörung und Stigmatisierung mit daraus folgendem sozialem Rückzug und (2) die systemische Entzündung, nachdem es viele Hinweise gibt [37], dass systemische Entzündung direkt zu depressiver Verstimmung führen kann.

Vereinfachend kann man sich folgende Konstellationen, die meist bei chronisch entzündlichen Dermatosen in epidemiologischen Studien gezeigt wurden, bei psychischer Komorbidität vorstellen:

- Psychiatrische Krankheiten/psychologische Störungen führen zu einem Verhalten, das letztlich das Entstehen von Hautläsionen verursacht. (Zum Beispiel Borderline-Störung führt zu Artefakten, Depression und die daraus folgende mangelnde Selbstpflege führen zu übermäßigem Essen, dann zu Adipositas und schließlich zu Geschwüren der unteren Extremität.)
- Eine – soweit heute bekannt – rein „physisch“ erklärbare Krankheit führt zu psychologischem Leiden (Vitiligo zum Beispiel verursacht Stigmatisierungsgefühle, es kommt zu sozialem Rückzug und Depression).

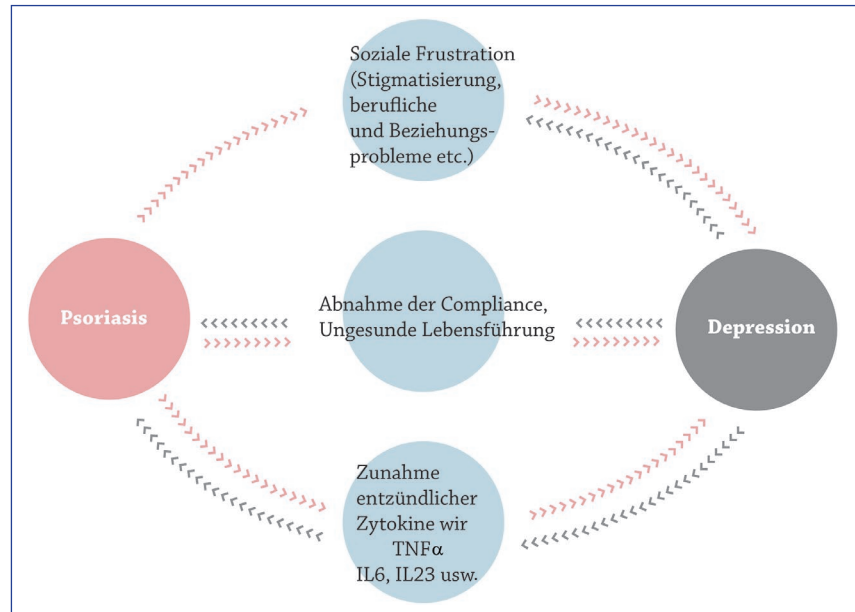


Abbildung 2 Hypothetischer Zusammenhang zwischen Psoriasis und Depression.

- Dem gleichzeitigen Auftreten der psychischen Störung und der Dermatose liegt eine weitere (in der Regel entzündliche) Störung zugrunde, wobei es zur Entstehung positiver Rückkopplungsmechanismen und komplizierter kausaler Zusammenhänge kommt, wie in Abbildung 2 dargestellt.
- Rein psychiatrische Krankheiten, bei denen die Patienten anfänglich meist beim Dermatologen (oder Infektiologen oder plastischen Chirurgen) und nicht beim Psychiater vorstellig werden, zum Beispiel Infestationswahn oder körperdysmorphe Störung. Diese Störungen führen dazu, dass die Patienten Selbstmanipulationen vornehmen beziehungsweise von Dritten, auch Ärzten (zum Beispiel plastischen Chirurgen), vornehmen lassen.
- Es gibt schließlich eine heterogene Gruppe funktioneller Störungen, einschließlich der chronisch-idiopathischen mukokutanen Schmerzsyndrome (Vulvodynie, chronisches orales Schmerzsyndrom), die man nur schwer den rein psychiatrischen Krankheiten zuordnen kann.

Lebenslaufperspektive

Die Lebenslaufforschung, einst ein Forschungsgebiet der Soziologie und der Demographie, hat in den letzten 30 Jahren zunehmend auch in der Medizin, vor allem in der Epidemiologie, an Bedeutung gewonnen: So entstanden zum Beispiel innerhalb dieses Forschungsgebietes Studien, in denen gezeigt wurde, dass das Aufwachsen in einer benachteiligten Einkommensklasse sich mit späteren Rückschlägen auf die Gesundheit auswirkt (zum Beispiel höheres Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen). Auch psychosoziale Faktoren spielen in der Lebenslaufperspektive eine relevante Rolle. So wurde postuliert, dass chronisch rezidivierende Erkrankungen einen dauerhaften „Schaden“ am Lebenslauf anrichten können. So kann es bei Patienten mit Psoriasis, wenn diese unzureichend behandelt wurde, durch die chronische Krankheit zu einem nicht optimalen Berufsweg und/oder zu einer nicht zufriedenstellenden Partnerschaft kommen. Anders ausgedrückt, solche Patienten

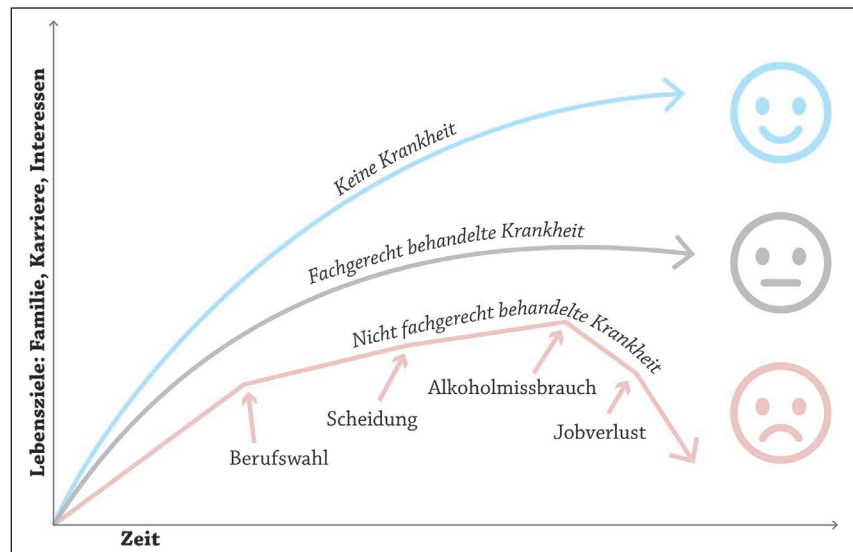


Abbildung 3 Life Course Approach und Cumulative Life Course Impairment (CLCI) (modifiziert nach [40]).

Der Begriff *Cumulative Life Course Impairment* postuliert, dass Patienten wegen ihrer chronischen Krankheit das Risiko eingehen, nicht zu dem Lebenslauf kommen zu können, der ihnen beschert worden wäre, hätten sie die Krankheit nicht gehabt.

haben wegen ihrer chronischen Krankheit das Risiko, nicht zu dem Lebenslauf zu kommen, der Ihnen beschert worden wäre, hätten sie die Krankheit nicht gehabt (*Cumulative Life Course Impairment*, CLCI) [38]. Bereits 2009 war eine Pionierarbeit erschienen, welche die Entwicklung eines „Lebenslauf-Fragebogens“ beschrieb. Es war damals gezeigt worden, dass eine atopische Dermatitis in der Kindheit noch über Jahre hinaus auf den Lebenslauf der Patienten Einfluss nimmt [39]. In der Dermatologie wurde das CLCI-Konzept in den letzten Jahren vor allem am Beispiel der Psoriasis diskutiert [40] (Abbildung 3).

Ganz offensichtlich hat diese Zugangsweise sehr relevante psychosoziale Aspekte, zumal man erhofft, durch mathematische Modelle [41] die optimale Therapie und die optimale Zeit für den Therapieeinsatz bestimmen zu können, die den „Schaden am Lebenslauf“ bei chronischen Erkrankungen minimieren (Abbildung 3).

Psychodermatologie, Psychokardiologie, Psychogastroenterologie und Psychoonkologie

Die zentrale Rolle der engen Beziehung zwischen Haut und Psyche im kollektiven Bewusstsein drückt sich auch in der Sprache aus, es gibt zahllose sprachliche Hinweise hierfür wie „Es geht mir unter die Haut“, „dünnhäutig sein“, „da juckt das Fell“, „nicht in jemandes Haut stecken wollen“, „Haut ist der Spiegel der Seele“. Offenbar hat die Volksweisheit eine genaue Vorstellung davon, wie die Haut mit der Psyche interagiert.

Die Psychodermatologie steht als „Psycho“-Teilgebiet eines medizinischen Fachgebietes nicht allein.

Die Psychodermatologie steht als „Psycho“-Teilgebiet eines medizinischen Fachgebietes nicht allein. Nicht nur die Haut, auch andere Organe beziehungsweise Fachgebiete weisen eine enge Beziehung zur Psyche auf [42, 43]. So werden – obgleich nicht im selben Ausmaße – in den entsprechenden Teilgebieten ähnliche Studien durchgeführt, es gibt ähnliche psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze. Wie für die Haut findet man so auch für Magen

oder Herz sprachliche Hinweise für die Bedeutung dieser Organe im kollektiven Bewusstsein wie „Das liegt mir am Herzen.“, „An den Folgen dieser Maßnahme wird er noch lange zu schlucken haben.“, „Diesen Schicksalsschlag muss sie erst noch verdauen.“. Dass solche Spezialisierungen entstehen, ist im Grunde darauf zurückzuführen, dass der reduktionistische Ansatz der biologischen Medizin, so sehr er sich einer ununterbrochenen Reihe von Erfolgen und Durchbrüchen rühmen kann, doch bei der Behandlung komplexer chronischer Krankheiten multifaktorieller Genese, bei denen auch psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle spielen, an Grenzen stößt.

Im Folgenden wird eine exemplarische Auswahl dermatologischer Symptome und Krankheiten mit psychosomatischer Relevanz, zum Teil nur cursorisch, dargestellt.

Auswahl psychosomatisch relevanter Symptome und Hautkrankheiten

Juckreiz

Juckreiz, ein klassisches Leitsymptom der Dermatologie, ist im klinischen Alltag immer wieder eine Herausforderung. Es müssen verschiedene und teils komplexe Aspekte dieses Symptoms berücksichtigt werden [44, 45]. Auf die diagnostische Abklärung kann hier nicht eingegangen werden, es ist im Folgenden die Rede vom somatoformen Juckreiz.

Psychosomatische Faktoren sind beim somatoformen Pruritus besonders wichtig und sie sollten bei der Ursachenforschung differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden. Juckreiz ist psychisch übertragbar; bei der Beschäftigung mit Mücken, Flöhen und Ungeziefer lässt sich durch mentale Induktion Juckreiz stimulieren [46–50]. Inzwischen wurden die psychosomatischen Aspekte dieses Phänomens, das vermutlich durch die Spiegel-Neuronen vermittelt wird [48], experimentell intensiv erforscht. Hierbei stellten sich Korrelationsfaktoren mit affektiven Störungen heraus. Aber auch betroffene Menschen mit Hautkrankheiten sind keineswegs adaptiert an den Kratzimpuls, wie man vermuten könnte, sondern sie sind im Gegenteil eher stimulierbar als Gesunde [51–54].

Hinsichtlich der psychologischen Behandlung von Juckreiz haben sich Entspannungsverfahren bewährt, die in den Schulungsprogrammen für Neurodermitis umgesetzt werden und sich selbst in *Cochrane Reviews* bewährt haben [55, 56]. Außerdem sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit *Habit-Reversal-Techniken* [57] und Kratz-Tagebücher bewährte therapeutische Interventionen [58]. Psychologische Techniken beim Juckreiz in der Wundheilung sind ähnlich und haben sich in einigen Studien bewährt [59].

Atopisches Ekzem, Allergien – Psychoallergologie

Psychosomatische Faktoren sind beim somatoformen Pruritus besonders wichtig und sie sollten bei der Ursachenforschung differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden.

Allergien sind immunologische Reaktionen, die unter dem Aspekt der Psychoneuroimmunologie auch durch psychische Einflüsse moduliert werden können.

Allergische Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Es wird davon ausgegangen, dass jedes 5. Neugeborene eine Anlage zu einer allergischen Reaktion hat. Allergien sind immunologische Reaktionen, die unter dem Aspekt der Psychoneuroimmunologie auch durch psychische Einflüsse moduliert werden können. Verschiedene Neuromediatoren, zum Beispiel *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF), sind bei Patienten mit Allergien deutlich erhöht [60]. Als Teilergebnis der *Copenhagen-City-Heart*-Studie konnte eine starke Assoziation von Stress mit der Inzidenz von Asthma, der Anzahl asthmabedingter stationärer Aufnahmen, der Verschreibung von Asthma-Medikamenten sowie der Inzidenz

Psychosoziale Belastungen sind klare Prädiktoren für allergische Erkrankungen.

von allergischer Rhinitis und atopischer Dermatitis gezeigt werden [61]. Metaanalysen zum Einfluss von Stress auf Asthma ergeben, dass Stress in den meisten Studien bestehende allergische Reaktionen verschlechtert [62, 63]. In Familien mit asthmakranken Kindern finden sich gehäuft psychosoziale Belastungsfaktoren [64–66]. Negative Lebensereignisse (Wohnortwechsel, Scheidung der Eltern, Schulprobleme) führten in einer prospektiven Studie zu vermehrten Asthma-Attacken [67, 68]. Insgesamt sind psychosoziale Belastungen klare Prädiktoren für allergische Erkrankungen [69–71]. Schüler mit Heuschnupfen haben in der Saison deutlich schlechtere Schulnoten als Gesunde [72]. Dies wurde auch für Nahrungsmittelreaktionen gezeigt [73, 74].

In der Praxis sollten folgende Aspekte der psychosomatischen Allergologie beachtet werden:

Angst und verwandte Störungen: Das Überangebot an medizinischen Testungen zum Nachweis von Allergien und die oft geäußerten Hinweise auf mögliche anaphylaktische Reaktionen dürften das Auftreten von Angst fördern. Die Unterscheidung zwischen einer allergischen Reaktion und einer Panikattacke kann bisweilen schwerfallen. Bei Panikattacken kommen Entfremdungs- und Unwirklichkeitsgefühle sowie „Angst, wahnsinnig zu werden“ vor. Eher charakteristisch für anaphylaktische Reaktionen sind ein pelziges Gefühl auf der Zunge, Kratzen im Hals und urtikarielle Hautläsionen, Blutdruckabfall und im Extremfall auch ein Herzstillstand. Andere Symptome treten in beiden Situationen auf, zum Beispiel Herzrasen, Brustschmerz, Todesangst, Schwindel, Zittern, Hitzewallungen und Atemnot.

Pseudoallergien, somatoforme Störungen: Patienten fokussieren ihre somatischen Beschwerden nicht selten auf allergische Ursachen, so dass hier von Pseudoallergien gesprochen wird, dies sind meist somatoforme Störungen. Diese werden wie andere somatoforme Störungen (siehe Leitlinie somatoforme Störungen; [www://awmf.de](http://www.awmf.de)) entsprechend behandelt, jedoch sollten hier gute Kenntnisse möglicher Allergien vorhanden sein. Hinweise auf eine somatoforme Störung ergeben sich aus dem Fehlen eines eindeutig identifizierbaren spezifischen Allergens, aus der unspezifischen, konfus beschriebenen Symptomatik, aus der diagnostischen Einnengung durch den Patienten auf die Diagnose „Allergie“, aus dem Verlangen weiterer Abklärungen bei negativen Testergebnissen, aus dem Vorliegen von Konflikten sowie bei einer bestehenden psychischen Symptomatik wie Angst und Depression und aus der Ablehnung einer psychotherapeutischen Therapie. Eine besondere somatoforme Störung ist die Pseudospermaallergie (zur Behandlung und Differenzialdiagnose der Spermaallergie siehe [75]). Auch pseudoallergischen Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Symptomkomplex bei Nahrungsmittelaufnahme, die auf eine mögliche Allergie hinweisen, aber ohne zugrundeliegenden immunologischen pathophysiologischen Mechanismus) kann bisweilen eine rein somatoforme Störung zugrunde liegen [76].

Psychotherapie bei „echten Allergien“

Psychotherapie bei Allergien wurde bisher nicht häufig in Studien untersucht.

Psychotherapie bei Allergien wurde bisher nicht häufig in Studien untersucht. Es wurden verhaltenstherapeutische Ansätze und psychodynamische/psychoanalytische Therapien beschrieben [75]. Interessante neurophysiologische Fallberichte, die zeigen, dass Patienten durch Amnesien ihre bekannte Allergie verloren hatten, wurden von Markowitsch und Mitarbeitern veröffentlicht [76, 77].

Langewitz et al. [78] haben Imaginationsübungen im Sinne einer Hypnose mit Allergieklienten durchgeführt, die eine allergenarme Umwelt phantasierten, und

sie fanden bei einem Drittel der behandelten Patienten weniger Allergiesymptome. Auch der Nachweis einer veränderten Erythemreaktion unter Versuchsbedingungen mit verschiedenen imaginierten Emotionen [79–81] weist auf mögliche Konditionierungseffekte der Allergien hin. In einem Fall konnte auch eine Toleranzinduktion bei Erdnussallergie durch eine placebokontrollierte Exposition erreicht werden, die selbst nach Aufklärung der Patientin über die tatsächlich gegessenen Erdnüsse nicht verschwand [82].

Es wurden auch psychodynamische Ansätze erprobt, die in einem psychotherapeutischen *Setting* von zehn Stunden (1 Stunde/Woche) bei Urtikaria-Patienten eine Verbesserung der Symptome gegenüber der Kontrollgruppe zeigten [83].

Während es erst in der letzten Jahrzehnten dazu kam, dass Allergien und allergieverwandte Symptome Gegenstand psychosomatischer Untersuchungen wurden, sahen bereits in den frühen Anfängen der Psychosomatik die Vorreiter der Psychosomatik (Alexander, Mitscherlich, M'Uzan, Stephanos und Groddeck) die Neurodermitis (atopisches Ekzem) als klassische psychosomatische Erkrankung an. In der Tat ist sie, zusammen mit der Psoriasis, die hinsichtlich psychosomatischer Aspekte am besten erforschte Hauterkrankung. Heute kann man davon ausgehen, dass circa 20–25 % aller Patienten mit Neurodermitis eine „psychosomatische Komponente“ aufweisen. Dies zeigt sich vor allem in der Krankheitsverarbeitung, die von Depressionen und sozialer Phobie begleitet sein kann, aber auch dadurch, dass psychische Faktoren (zum Beispiel belastende oder lebensverändernde Ereignisse wie Scheidung oder Jobwechsel) Auslöser oder Exazerbationsfaktoren sein können [84].

Stresseinflüsse sind gut untersucht und können als gesichert angesehen werden. Psychosomatisch sollte jedoch nicht allzu leichtfertig eine relevante psychosoziale ätiologische Komponente angenommen werden, da es auch viele andere Provokationsfaktoren (wie Irritationen, Allergien, Nahrungsmittelreaktionen, Klimafaktoren) dieser genetisch determinierten und mit einer Eigendynamik verlaufenden Erkrankung gibt.

Die wichtigsten Aspekte der Neurodermitis für die psychosomatische Praxis werden im Folgenden zusammengefasst (modifiziert aus [75]):

- Der Krankheitsverlauf kann durch subjektive Stressfaktoren beeinflusst werden. Insbesondere sozialer Stress und Interaktionsprobleme scheinen eine besondere Bedeutung als Krankheitsauslöser zu haben. Die Krankheit zeigt Exazerbationen durch belastende oder lebensverändernde Ereignisse, Stressbelastung und psychosoziale Probleme (daily hassles).
- Die psychischen Veränderungen betreffen vor allem Angst und Depression. Beschrieben wurde auch vermehrtes Vorkommen emotionaler Labilität, Überempfindlichkeit, Ängstlichkeit und Erregbarkeit.
- Die Krankheitsverarbeitung wird durch negative Compliance und Hilflosigkeit beeinflusst.
- Bei circa 20 % der Neurodermitis-Patienten wird eine Indikation zur Psychotherapie festgestellt. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren sind bei der Linderung der Exazerbationen wirksam.
- Juckreiz und Kratzen beeinflussen häufig Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit.
- Das Bewältigen der Krankheit (Coping) und der Umgang mit dem Juckreiz sind ein für die Patienten (bei Kindern auch für die Eltern der Patienten) zentrales Problem (Juckreiz-Kratz-Zyklus)
- Neurodermitis kann für Patienten und deren Angehörige eine sehr hohe Einschränkung der Lebensqualität bedeuten.

Die Neurodermitis ist, zusammen mit der Psoriasis, die hinsichtlich psychosomatischer Aspekte am besten erforschte Hauterkrankung.

Neurodermitis kann für Patienten und deren Angehörige eine sehr hohe Einschränkung der Lebensqualität bedeuten.

Psychoneuroimmunologische Mechanismen der Neurodermitis sind gut untersucht. Sie konnten in standardisierten Stressreaktionen sowohl im Tierversuch an Mäusen [22], im Serum von Menschen mit Neurodermitis im Vergleich zu Gesunden [14, 24] und auch in der Haut selbst durch Biopsien vor und nach Stresssituationen gesichert werden [85].

Psychotherapeutisch wurden verschiedene Ansätze versucht. Als effektiv zeigten sich vor allem Schulungsinterventionen (siehe unten). Eingesetzt wurden auch kognitive Therapieverfahren (vor allem hinsichtlich des Umgangs mit dem Kratz-Juckreiz-Zyklus und der Schlafbeeinträchtigung), psychodynamische Verfahren, Rollenspiele, Entspannungsverfahren, autogenes Training, Muskelentspannung nach Jacobson und familientherapeutische Interventionen. Die Evidenz für die Effektivität solcher Verfahren ist unterschiedlich, eine psychotherapeutische Intervention sollte jedenfalls bei Patienten erwogen werden, bei denen Stressinflüsse zu einer deutlichen Verschlechterung des Zustands zu führen scheinen.

Schulungsprogramme

Zur Behandlung, aber vor allem zur tertiären Prävention sowie zur Verbesserung des *Copings* sind Schulungsprogramme weltweit etabliert und werden dank der hohen nachgewiesenen Evidenz in jeder Leitlinie zu Asthma, Neurodermitis und Anaphylaxie empfohlen.

Für Patienten mit allergischen Erkrankungen wurden Schulungsprogramme entwickelt, die immer auch psychologische Module enthalten. Zur Behandlung, aber vor allem zur tertiären Prävention sowie zur Verbesserung des *Copings* sind diese Programme inzwischen weltweit etabliert und werden dank der hohen nachgewiesenen Evidenz in jeder Leitlinie zu Asthma, Neurodermitis und Anaphylaxie empfohlen [55]. In dem *Cochrane Review* von Ersser et al. [55] wurden schon im Jahre 2014 zehn randomisierte Verlaufsstudien vorgestellt, die die Evidenz dieser Schulungsprogramme untermauern.

In Deutschland werden folgende Schulungsprogramme in spezialisierten Zentren angeboten:

- AGAS (Asthma-Schulung) [87],
- AGNES (Neurodermitis-Schulung für Kinder und Jugendliche von 0–18 Jahren) [86],
- AGATE (Anaphylaxie-Schulung) [88],
- ARNE (Neurodermitis-Schulung für Erwachsene) [89].

Die Schulungsprogramme sind modularisiert und bestehen jeweils aus medizinischen Informationen und Ernährungseinheiten, außerdem sind diagnosespezifisch psychologische Module Bestandteil der Schulungen, die jeweils aus Entspannungstraining, Rollenspielen und *Habit-Reversal*-Techniken bestehen. Die Schulungen werden von speziell hierfür in *Train-the-Trainer*-Seminaren ausgebildeten Ärzten, Psychologen und Ernährungsfachkräften durchgeführt. Die AGAS- und AGNES-Schulungen werden von den Krankenkassen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation auch finanziert, so dass den teilnehmenden Patienten keine Kosten entstehen. Informationen sind auf den jeweiligen *Homepages* der Schulungsprogramme zu finden.

Bei der Psoriasis gelten für den psychosomatisch orientierten Arzt ähnliche Konzepte wie bei der Neurodermitis, allerdings tritt hier, psychodynamisch gesehen, die Mutter-Kind-Beziehung in den Hintergrund, während soziale Probleme, insbesondere Beziehungsprobleme und Störungen des Sexuallebens, im Vordergrund stehen.

Psoriasis

Die Psoriasis ist eine multifaktorielle entzündliche chronisch-rezidivierende Dermatose mit hoher Prävalenz in den westlichen Ländern (2–4 %). Für den psychosomatisch orientierten Arzt gelten ähnliche Konzepte wie bei der Neurodermitis, allerdings tritt hier, psychodynamisch gesehen, die Mutter-Kind-Beziehung in den Hintergrund, während soziale Probleme, insbesondere Beziehungsprobleme und Störungen des Sexuallebens, im Vordergrund stehen.

Ähnlich wie bei der Neurodermitis sind auch bei der Psoriasis psychotherapeutische Ansätze und Schulungsprogramme mit unterschiedlichem Erfolg entwickelt worden. Eine ausführliche Übersicht der bisher durchgeführten Studien erschien 2019 [90].

Artefakte und *Skin Picking Disorder*

Artifizielle Störungen oder Selbstverletzungen der Haut kommen vor allem bei Persönlichkeitsstörungen vom *Borderline*-Typ vor und sind dort ein Teil der diagnostischen Kriterien.

Nach der Klassifikation der ESDaP handelt es sich bei *Skin-Picking-Syndromen* nicht ausschließlich um Zwangsstörungen, sondern häufig auch um Impulskontrollstörungen.

In der Literatur wird die Häufigkeit von *Skin Picking* in der Bevölkerung mit circa 1,4–5,4 % angegeben [92–94], damit ist es erstaunlich häufig.

Artifizielle Störungen oder Selbstverletzungen der Haut kommen vor allem bei Persönlichkeitsstörungen vom *Borderline*-Typ vor und sind dort ein Teil der diagnostischen Kriterien. In der Psychodermatologie treten Selbstverletzungen in verschiedenen Varianten auf, die zunächst differenzialdiagnostisch abgeklärt werden müssen, um eine Behandlungsstrategie zu entwickeln. Um die Einteilung zu erleichtern, hat die *European Society for Dermatology and Psychiatry* (ESDaP) im Jahr 2013 eine neue Klassifizierung [91] erarbeitet (Abbildung 4).

Seit der letzten Auflage des DSM-V 2013 (*American Psychiatric Association*) wurde zusätzlich zur Dermatitis artefacta, wie die Selbstverletzungen auch genannt werden, unter der Rubrik Zwangsstörungen die Diagnose „*Skin-Picking-Syndrom*“ aufgenommen. Nach der Klassifikation der ESDaP (Abbildung 4) handelt es sich aber nicht ausschließlich um Zwangsstörungen, sondern häufig auch um Impulskontrollstörungen. *Skin Picking* wird diagnostiziert, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Die Hautmanipulation ist mehrmals erfolgt, ist dranghaft und hat die Hautläsionen verursacht.
- Die Patienten haben sich bereits mehrmals bemüht, ihr hautschädigendes Verhalten einzustellen oder zumindest zu reduzieren.
- Das Manipulieren der Haut hat zumindest einen beruflichen, sozialen oder sonst einen wichtigen Aspekt des Lebens des Patienten signifikant kompromittiert.
- Es liegt keine psychiatrische Krankheit vor (zum Beispiel Infestationswahn), die zu einer besseren Erklärung des Verhaltens beziehungsweise der Hautsymptome führen kann.
- Bei den Patienten lässt sich weder die Einnahme einer Substanz (zum Beispiel Kokain) noch das Vorliegen einer anderen Krankheit (zum Beispiel Skabies) feststellen, worauf die Hautmanipulation zurückgeführt werden könnte.

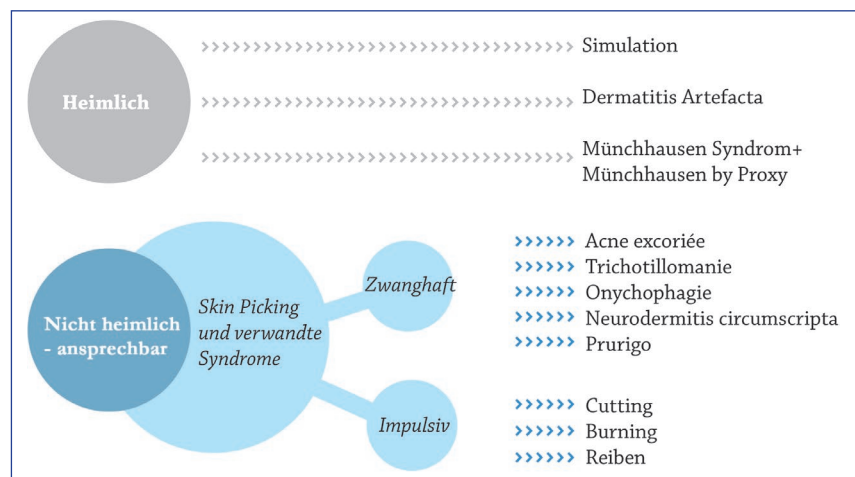


Abbildung 4 Self inflicted skin lesions – Diagnostische Einteilung und Klassifikation.

In der Literatur wird die Häufigkeit von *Skin Picking* in der Bevölkerung mit circa 1,4–5,4 % angegeben [92–94], damit ist es erstaunlich häufig. Vor dem 10. Lebensjahr tritt *Skin Picking* eher selten auf, eher in der beginnenden Jugendzeit [95, 96]. Ein typisches Auftreten bei Hauterkrankungen ist die Acne excoriée, ein *Skin Picking* im Gesicht (maximales Knibbeln bei minimaler Akne). Nach Grant JE et al. [97] tritt das *Skin Picking* aber nicht nur im frühen Erwachsenenalter, sondern auch später im Alter von 30–45 Jahren auf, hier oft im Zusammenhang mit lebensverändernden Ereignissen (Scheidung, Tod einer nahen Person). Fast 20 % der Betroffenen berichten über ein lebenslanges Bestehen der *Skin-Picking-Syndrome*, Frauen sind offenbar häufiger betroffen als Männer [95]. Nur ein geringer Teil der Betroffenen sucht psychosomatische Hilfe [95]. Ein Auftreten zusammen mit anderen Zwangsstörungen wurde beschrieben.

Informationen für Betroffene gibt es inzwischen in verschiedenen Internetforen, vor allem die Deutsche *Skin-Picking*-Selbsthilfe hat sich hier bewährt (www.skin-picking.de). Oft ist es hilfreich, im Sinne einer Bibliothherapie auf einschlägige Ratgeber hinzuweisen [98] oder auf ein von der Universitätsklinik Hamburg zum Herunterladen bereitgestelltes *Habit-Reversal*-Programm (www.skin-picking.de/downloads/habit-reversal).

Bei *Skin Picking* sind psychosomatische Therapieansätze vor allem verhaltens-

Psychosomatische Therapieansätze sind vor allem verhaltenstherapeutischer Natur, hierbei werden *Habit-Reversal*-Techniken eingesetzt [99, 100]. Diese nutzen das Führen von Tagebüchern, um die Häufigkeit des *Skin Picking* zu reduzieren. Zusätzlich werden verhaltenstherapeutische Interventionen wie Videotechniken, Selbstbeobachtung mit Tagebuch, Stimuluskontrolle und Rollenspiele eingesetzt [101]. Diese kognitiven Interventionen gelten als bis zu 50 % wirksam [102].

Psychodynamisch orientierte Gruppentherapien wurden ebenfalls beschrieben [103]. Eine ausführliche Darstellung, wie diese vielversprechende Therapieform gestaltet wird, muss hier ausbleiben. Für den interessierten Leser sei nur erwähnt, dass man sich dabei zuerst bemüht, zu einem tieferen Verständnis des Symptoms zu kommen. Danach verwendet man die Übertragungsbeziehung zum Therapeuten, um verdrängte innerpsychische Konflikte bewusst zu machen und zu bearbeiten. Es wird dabei – im Sinne der Bindungstheorie – vor allem auch auf primäre Bezugspersonen geachtet.

Nach einem *Cochrane Review* gibt es derzeit keine Evidenz für den Einsatz von Psychopharmaka bei Selbstverletzungen.

Psychopharmakologische Therapierversuche wurden selten beschrieben und sind auch nicht effektiv, so dass ein *Cochrane Review* [104] zu dem Schluss kommt, dass es derzeit keine Evidenz zum Einsatz von Psychopharmaka bei Selbstverletzungen gibt.

Grundsätzlich könnten die beschriebenen Psychotherapieansätze auch auf alle Arten von Selbstverletzungen angewendet werden, hierbei spielen aber sicher die zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörungen eine wichtige Rolle und die Therapie sollte sich zunächst an diesen orientieren.

Schlusswort

Der Psychodermatologie sollte wegen ihrer Bedeutung im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation, der Förderung der *Compliance*/Adhärenz und nicht zuletzt auch wegen der Freude, als Hautarzt zu arbeiten, mehr Beachtung geschenkt werden. Die Psychodermatologie hat sich inzwischen etabliert, ist wissenschaftlich abgesichert und spielt vor allem in der täglichen Routinepraxis eine bedeutende Rolle.

Korrespondenzanschrift

Priv.-Doz. Dr. med. Dennis Linder
Universitätsklinik für Medizinische
Psychologie und Psychotherapie

Auenbruggerplatz 3
8036 Graz, Österreich

E-Mail: michael.dennis.linder@
gmail.com

Literatur

- 1 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129–36.
- 2 Egger J. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psych Medizin* 2005; 2: 2–12.
- 3 Wise TN. Psychosomatics: past, present and future. *Psychother Psychosom* 2014; 83(2): 65–9.
- 4 Anzieu D. Das Haut-Ich. 3. Aufl., Frankfurt a. M., Suhrkamp Verlag, 1992.
- 5 Brosig B, Gieler U. Die Haut als psychische Hülle. Giessen, Psychosozial Verlag, 2004.
- 6 Detig-Kohler C. Hautnah: Im psychoanalytischen Dialog mit Hautkranken. Giessen, Psychosozial Verlag, 2002.
- 7 Bick E. Hauterfahrung in frühen Objektbeziehung. *Int J Psycho Anal* 1968; 49: 484.
- 8 Koblenzer C, Koblenzer P. Chronic intractable atopic eczema. Its occurrence as a physical sign of impaired parent-child relationships and psychologic development arrest: improvement through parent insight and education. *Arch Dermatol* 1988; 124: 1673–77.
- 9 Linder D, Sampogna F, Torreggiani A et al. Psodisk, a new visual method for assessing the burden of psoriasis on patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(9): 1163–6.
- 10 Mühleisen B, Büchi S, Schmidhauser S et al. Pictorial representation of illness and self measure (PRISM): a novel visual instrument to measure quality of life in dermatological inpatients. *Arch Dermatol* 2009; 145(7): 774–80.
- 11 Marinello E, Linder D, Spoto A et al. Assessing the impact of atopic dermatitis on the patients' parents with the visual instrument "Caregiver-PRISM". *Dermatology* 2016; 232(4): 490–5.
- 12 Peris K, Lo Schiavo A, Fabbrocini G et al. HIDRADisk: validation of an innovative visual tool to assess the burden of hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33(4): 766–73.
- 13 Gieler U, Gieler T. Problempatienten in der dermatologischen Praxis, *Der deutsche Dermatologe* 2019; 67(9): 129–36.
- 14 Suarez AL, Fermamisco JD, Koo J et al. Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis: pathophysiologic and therapeutic updates. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 7–15.
- 15 Theoharides TC, Stewart JM, Taracanova A et al. Neuroendocrinology of the skin. *Rev Endocr Metab Disord* 2016; 17(3): 287–94.
- 16 Peters EM. Stress and the molecular basis of psychosomatics. *Hautarzt* 2013; 64: 402–9.
- 17 Buchhold B, Wiesmann U, Röske K, et al. Psychosocial stress of dermatology inpatients and their relatives - Comparison of patients with and without cancer. *J Dtsch Dermatol Ges* 2020; doi: 10.1111/ddg.14285. Online ahead of print.
- 18 Kleij HP, Bienenstock J. Significance of conversation between mast cells and nerves. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2005; 15: 65–80.
- 19 Forsythe P. The parasympathetic nervous system as a regulator of mast cell function. *Methods Mol Biol* 2015; 1220: 141–54.
- 20 Forsythe P, Bienenstock J. The mast cell-nerve functional unit: a key component of physiologic and pathophysiologic responses. *Chem Immunol Allergy* 2012; 98: 98–196.
- 21 Joachim RA, Noga O, Sagach V et al. Correlation between immune and neuronal parameters and stress perception in allergic asthmatics. *Clin Exp Allergy* 2008; 38(2): 283–90.
- 22 Pavlovic S, Daniltchenko M, Tobin DJ et al. Further exploring the brain-skin connection: stress worsens dermatitis via substance P-dependent neurogenic inflammation in mice. *J Invest Dermatol* 2008; 128: 434–46.
- 23 Rasul A, El-Nour H, Blakely RD et al. Effect of chronic mild stress on serotonergic markers in the skin and brain of the NC/Nga atopic-like mouse strain. *Arch Dermatol Res* 2011; 303: 625–33.
- 24 Buske-Kirschbaum A, Jobst S, Wustmans A et al. Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosom Med* 1997; 59: 419–26.

- 25 Lonne-Rahm SB, Rickberg H, EL-Nour H et al. Neuroimmune mechanisms in patients with atopic dermatitis during chronic stress. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 11–8.
- 26 Niemeier V, Klein H, Gieler U et al. Stress and psoriasis – a psychoneuroimmunological study. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2005; 55: 20–8.
- 27 Schmid-Ott G, Jäger B, Böhm T et al. Immunological effects of stress in psoriasis. *Brit J Dermatol* 2009; 160: 783–5.
- 28 Oh SH, Bae BG, Park CO et al. Association of stress with symptoms of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2010; 90: 582–8.
- 29 Peters EM, Michenko A, Kupfer J et al. Mental stress in atopic dermatitis—neuronal plasticity and the cholinergic system are affected in atopic dermatitis and in response to acute experimental mental stress in a randomized controlled pilot study. *PLoS One* 2014; 9(12): e113552.
- 30 Theoharides TC. Mast cells and stress—a psychoneuroimmunological perspective. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22(2): 103–8.
- 31 Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L et al. The psychological burden of skin diseases. *J Invest Dermatol* 2015; 135: 984–91.
- 32 Picardi A, Abeni D, Melchi CF et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143(5): 983–91.
- 33 Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970; 23(7): 455–68.
- 34 Wakkee M, Nijsten T. Comorbidities in dermatology. *Dermatol Clin* 2009; 27(2): 137–47.
- 35 Valderas JM, Starfield B, Sibbald B et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009; 7(4): 357–63.
- 36 Qureshi A, Friedman A. Comorbidities in dermatology: what's real and what's not. *Dermatol Clin* 2019; 37(1): 65–71.
- 37 Toups M. Inflammation and depression: the neuroimmune connection. *Curr Treat Options Psychiatry* 2018; 5(4): 452–8.
- 38 Linder MD, Kimball AB (eds). *Dermatological diseases and cumulative life course impairment*. *Curr Probl Dermatol* 2013; 44.
- 39 Brenninkmeijer EE, Legierse CM, Sillevs Smitt JH et al. The course of life of patients with childhood atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2009; 26(1): 14–22.
- 40 Linder MD, Piaserico S, Augustin M et al. Psoriasis – The Life Course Approach. *Acta Derm Venereol* 2016; 96(217): 102–8.
- 41 Linder MD, Frigessi A, Piaserico S et al. Simulating the life course of psoriasis patients: the interplay between therapy intervention and marital status. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32(1): 62–7.
- 42 Herrmann-Lingen C. Psychokardiologie – aktuelle Leitlinien und klinische Realität. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2019; 69(6): 237–52.
- 43 Knowles SR, Kiefer L, Mikocka Walus AA (eds.). *Psychogastroenterology for Adults: A Handbook for Mental Health Professionals*. London, Taylor and Francis, 2019.
- 44 Ständer S, Darsow U, Mettang T et al. S2k guideline – Chronic Pruritus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; (Suppl 4): 1–27.
- 45 Weisshaar E, Szepietowski JC, Darsow U et al. European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 563–81.
- 46 Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatology + Psychosomatics* 1999; 1 (Suppl.1): 15–9.
- 47 Papoiu AD, Wang H, Coghill RC et al. Contagious itch in humans: a study of visual 'transmission' of itch in atopic dermatitis and healthy subjects. *Br J Dermatol* 2011; 164: 1299–303.
- 48 Lloyd DM, Hall E, Hall S et al. Can itch-related visual stimuli alone provoke a scratch response in healthy individuals? *Br J Dermatol* 2013; 168: 106–11.
- 49 Schut C, Grossmann S, Gieler U et al. Contagious itch: what we know and what we would like to know. *Front Hum Neurosci* 2015; 9: 57.
- 50 Walter B, Sadlo MN, Kupfer J et al. Brain activation by histamine prick test-induced itch. *J Invest Dermatol* 2005; 380–2.
- 51 Schut C, Bosbach S, Gieler U et al. Personality traits, depression and itch in patients with atopic dermatitis in an experimental setting: a regression analysis. *Acta Derm Venereol* 2014; 94: 20–5.

- 52 Schut C, Muhl S, Reinisch K et al. Agreeableness and self-consciousness as predictors of induced scratching and itch in patients with psoriasis. *Int J Behav Med* 2015; 22: 726–34.
- 53 Schut C, Weik U, Tews N et al. Coping as mediator of the relationship between stress and itch in patients with atopic dermatitis: a regression and mediation analysis. *Exp Dermatol* 2015; 24: 148–50.
- 54 Schut C, Rädcl A, Frey L et al. Role of personality and expectations for itch and scratching induced by audiovisual itch stimuli. *Eur J Pain* 2016; 20: 14–8.
- 55 Ersser SJ, Cowdell F, Latter S et al. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 2014(1): CD004054.
- 56 Pustisek N, Situm M, Vurnek Zivkovic M et al. The significance of structured parental educational intervention on childhood atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30: 806–12.
- 57 Grillo M, Long R, Long D. Habit reversal training for the itch-scratch cycle associated with pruritic skin conditions. *Dermatol Nurs* 2007; 19: 243–8.
- 58 Schut C, Mollanazar NK, Kupfer J et al. Psychological Interventions in the treatment of chronic itch. *Acta Derm Venereol* 2016; 97: 157–61.
- 59 Upton D, Penn F, Richardson C et al. Psychological management of wound pruritus. *J Wound Care* 2014; 23: 294–9.
- 60 Jin P, Andiappan AK, Quek JM et al. A functional brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene variant increases the risk of moderate-to-severe allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 135: 1486–93.
- 61 Rod NH, Kristensen T, Lange P et al. Perceived stress and risk of adult-onset asthma and other atopic disorders: a longitudinal cohort study. *Allergy* 2012; 67(11): 1408–14.
- 62 Chen E, Hanson MD, Paterson LQ et al. Socioeconomic status and inflammatory processes in childhood asthma: The role of psychological stress. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117: 1014–20.
- 63 Chen E, Miller GE. Stress and inflammation in exacerbations of asthma. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 993–9.
- 64 Gustafsson D, Olofsson N, Andersson F et al. Effect of asthma in childhood on psychosocial problems in the family. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1071–5.
- 65 Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. *Thorax* 1998; 53: 1066–74.
- 66 Wright RJ, Cohen S, Carey V et al. Parental stress as a predictor of wheezing in infancy: A prospective birth-cohort study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 358–65.
- 67 Sandberg S, Paton JY, Ahola S et al. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *Lancet* 2000; 356: 982–7.
- 68 Sandberg S, Jarvenpaa S, Penttinen A et al. Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: a Cox's hierarchical regression. *Thorax* 2004; 59: 1046–51.
- 69 Anderzen I, Arnetz BB, Soderstrom T et al. Stress and sensitization in children: a controlled prospective psychophysiological study of children exposed to international relocation. *J Psychosom Res* 1997; 43: 259–69.
- 70 Bockelbring A, Heinrich J, Schafer I et al.; for the LISA Study Group. Atopic eczema in children: another harmful sequel of divorce. *Allergy* 2006; 61: 1397–402.
- 71 Bockelbring A, Heinrich J, Sausenthaler S et al. Psychosoziale Lebensereignisse und ihr Einfluss auf die Entwicklung allergischer Erkrankungen im Kindesalter. *Allergo J* 2009; 18: 276–7.
- 72 Walker S, Khan-Wasti S, Fletcher M et al. Seasonal allergic rhinitis is associated with a detrimental effect on examination performance in United Kingdom teenagers: case-control study. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 120: 381–7.
- 73 Schreier HM, Wright RJ. Stress and food allergy: mechanistic considerations. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 112(4): 296–301.
- 74 Peniamina RL, Miroso M, Bremer P et al. The stress of food allergy issues in daily life. *Psychol Health* 2016; 20: 1–18.
- 75 Harth W, Gieler U. *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2006.

- 76 Markowitsch HJ, Fink GR, Thöne AIM et al. Persistent psychogenic amnesia with a PET-proven organic basis. *Cogn Neuropsychiatry* 1997; 2: 135–58.
- 77 Staniloiu A, Markowitsch HJ. Towards solving the riddle of forgetting in functional amnesia: recent advances and current opinions. *Front Psychol* 2012; 3: 403.
- 78 Langewitz W, Izakovic J, Wyler J et al. Effect of self-hypnosis on hay-fever symptoms – a randomized controlled intervention study. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 165–72.
- 79 Zachariae R, Bjerring KD. Increase and decrease of delayed cutaneous reactions obtained by hypnotic suggestions during sensitization. *Allergy* 1993; 48: 6–11.
- 80 Zachariae R, Jörgensen MM, Christensen S et al. Effects of relaxation on the delayed-type hypersensitivity (DTH) reaction to diphenylcyclopropenone (DCP). *Allergy* 1997; 52: 760–4.
- 81 Zachariae R, Jörgensen MM, Egekvist H et al. Skin reactions to histamine of healthy subjects after hypnotically induced emotions of sadness, anger, and happiness. *Allergy* 2001; 6: 734–40.
- 82 Kelso JM, Connaughton C, Helm RM et al. Psychosomatic peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111: 650–1.
- 83 Lindsay K, Goulding J, Solomon M et al. Treating chronic spontaneous urticaria using a brief whole person treatment approach: a proof of concept study. *Clin Transl Allergy* 2015; 5: 40.
- 84 Senra MS, Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2014; 170 (Suppl 1): 38–43.
- 85 Peters EM. Stressed skin? – a molecular psychosomatic update on stress-causes and effects in dermatologic diseases. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016; 14: 233–52.
- 86 Hampel P, Rudolph H, Stachow R et al. Multimodal patient education program with stress management for childhood and adolescent asthma. *Patient Educ Couns* 2003; 49: 59–66.
- 87 Staab D, Diepgen TL, Fartasch M et al. Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 332 (7547): 933–8.
- 88 Brockow K, Schallmayer S, Beyer K et al.; working group on anaphylaxis training and education (AGATE). Effects of a structured educational intervention on knowledge and emergency management in patients at risk for anaphylaxis. *Allergy* 2015; 70: 227–35.
- 89 Heratizadeh A, Werfel T, Wollenberg A et al. Effects of structured patient education in adults with atopic dermatitis: Multicenter randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 140(3): 845–53.e3
- 90 Qureshi AA, Awosika O, Baruffi F et al. Psychological therapies in management of psoriatic skin disease: a systematic review. *Am J Clin Dermatol* 2019; 20(5): 607–24.
- 91 Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol* 2013; 93(1): 4–12.
- 92 Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR et al. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169(11): 1143–9.
- 93 Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 314–9.
- 94 Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E et al. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry* 2010; 51(2): 183–6.
- 95 Flessner CA, Woods DW. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior Modification* 2006; 30: 944–63.
- 96 Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(7): 454–9.
- 97 Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR et al. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169(11): 1143–9.
- 98 Vollmeyer K, Fricke S. Die eigene Haut retten – Hilfe bei Skin Picking. 3. Auflage, Köln, BALANCE Buch + Medien Verlag, 2016.
- 99 Stein DJ, Chamberlain SR, Fineberg N. An A-B-C model of habit disorders: hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions. *CNS Spectr* 2006; 11: 824–7.

- 100 Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif* 2006; 30: 411–22.
- 101 Keuthen NJ, Tung ES, Reese HE et al. Getting the word out: cognitive-behavioral therapy for trichotillomania (hair-pulling disorder) and excoriation (skin-picking) disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2015; 27(1): 10–5.
- 102 Moritz S, Wittekind CE, Hauschildt M et al. Do it yourself? Self-help and online therapy for people with obsessive-compulsive disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24(6): 541–8.
- 103 Nakell S. A healing herd: benefits of a psychodynamic group approach in treating body-focused repetitive behaviors. *Int J Group Psychother* 2015; 65(2): 295–306.
- 104 Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (7): CD011777.

[CME-Questions/ Lernerfolgskontrolle]

1 Welche der folgenden

Strategien helfen bei einer chronisch entzündlichen Hautkrankheit für eine positive Krankheitsbewältigung?

- a) Hohe Stress-Vulnerabilität
- b) Vermeidung von Kommunikation
- c) Zulassen von negativen Emotionen
- d) Aktivierung von Übergeneralisierung und Grübeln
- e) Hohe Selbstakzeptanz

2 Welches der folgenden Kürzel ist eine bekannte Schulung für Patienten mit atopischen Erkrankungen?

- a) ARNE
- b) ALFONS
- c) ANTON
- d) ANNA
- e) ALEX

3 Für welche psychosoziale Intervention gibt es die beste Evidenz bei der atopischen Dermatitis?

- a) Katathymes Bilderleben
- b) Kognitive Verhaltenstherapie
- c) Psychodynamisch orientierte individuelle Psychotherapie
- d) Autogenes Training und andere Entspannungsverfahren
- e) Schulungsprogramme

4 Welches der folgenden Forschungsfächer kann den Zusammenhang zwischen Stress und Hautsymptomen am besten erklären?

- a) Psychoendokrinologie
- b) Psychoimmunologie
- c) Psychophysiologie
- d) Stressforschung
- e) Hirnforschung

5 Welche Strategie sollten Ärzte zu „falschen Vorstellungen“ der Patienten eher bevorzugen?

- a) „Falsche Vorstellungen“ sofort schroff und autoritär korrigieren.
- b) Sich nach diesen Vorstellungen bei der Therapie richten, weil sonst die Compliance beeinträchtigt wird.
- c) Versuchen, diese Vorstellungen und das geltende „wissenschaftliche Modell“ zu integrieren.
- d) Die Vorstellungen ignorieren.
- e) Es gibt dazu grundsätzlich keine gute Strategie.

6 Bei der Anwendung von Lebensqualitätsfragebögen zeigt sich oft Folgendes?

- a) Sie werden selten in Anwesenheit des behandelnden Arztes ausgefüllt, so dass dieser die Auswertung bei der Therapiewahl berücksichtigen kann
- b) Lebensqualitätsbögen sind zu vereinfachend, als dass sie eine Aussage hinsichtlich der Compliance machen können.
- c) Sie vermeiden es, tabuisierte Aspekte der Krankheit wie Einfluss auf Sexualeben ins Gespräch zu bringen.
- d) Es gibt sehr viele, aber meistens schlecht validierte Fragebögen, so dass die Auswahl sehr schwer ist.
- e) Lebensqualität ist ein veraltetes Instrument und wird heute eher durch spezifische Fragebögen zur Krankheitsverarbeitung ersetzt.

7 Wieviel Prozent der bei der multizentrischen europaweiten Studie in 13 europäischen Ländern zur Bedeutung der Stigmatisierung und Erfassung der Häufigkeit von Depression und Angst erfassten Patienten hatten suizidale Ideen?

- a) ca. 4 %
- b) ca. 13 %
- c) ca. 25 %
- d) weniger als 0,5 %
- e) ca. 9 %

8 Für welche psychosoziale Intervention gibt es die beste Evidenz bei der atopischen Dermatitis?

- a) Katathymes Bilderleben
- b) Kognitive Verhaltenstherapie
- c) Psychodynamisch orientierte individuelle Psychotherapie
- d) Autogenes Training und andere Entspannungsverfahren
- e) Schulungsprogramme

9 Welche Erkrankungen konnten in der *Copenhagen City Heart*-Studie als deutliche Stress-assoziiert nachgewiesen werden?

- a) Migräne, Arthritis
- b) Epilepsie, ADHS
- c) Urtikaria, Psoriasis
- d) Allergische Rhinitis, Neurodermitis, Asthma
- e) Akne, Rosazea, Hidradenitis suppurativa

10 Was trifft bei der Diagnose *Skin Picking* zu?

- a) Es liegt immer eine schwere psychiatrische Krankheit vor, die die Symptomatik gut erklärt.
- b) Die Hautmanipulationen erfolgen meist zur selben Uhrzeit am Tag.
- c) Patienten haben sich bereits oft selbst bemüht, ihr hautschädigendes Verhalten einzustellen oder zumindest zu reduzieren.
- d) Das Manipulieren der Haut hat kaum Auswirkungen auf den beruflichen beziehungsweise sozialen Aspekt des Lebens der Patienten.

- e) Bei den Patienten lässt sich als Auslöser häufig eine Hautinfestation (beispielsweise Skabies) feststellen, worauf die Hautmanipulation zurückgeführt werden könnte.

Liebe Leserinnen und Leser,
der Einsendeschluss an die DDA für diese Ausgabe ist der 29. Januar 2021.
Die richtige Lösung zum Thema „Hautveränderungen bei internen Neoplasien“ in Heft 8 (August 2020) ist:
(1e, 2c, 3c, 4b, 5d, 6e, 7a, 8e, 9e, 10d).

Bitte verwenden Sie für Ihre Einsendung das aktuelle Formblatt auf der folgenden Seite oder aber geben Sie Ihre Lösung online unter <http://jddg.akademie-dda.de> ein.
