

Der Hautarzt

Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete

Elektronischer Sonderdruck für

V. Niemeier

Ein Service von Springer Medizin

Hautarzt 2013 · 64:429–434 · DOI 10.1007/s00105-012-2497-6

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

V. Niemeier · C.M. Höring

Somtoformer Pruritus in der hautärztlichen Praxis

Wie kann ein psychosomatisch orientiertes Krankheitsmodell integriert werden?

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Somatoformer Pruritus in der hautärztlichen Praxis

Wie kann ein psychosomatisch orientiertes Krankheitsmodell integriert werden?

Pruritus ist ein interdisziplinäres Symptom und stellt hohe Anforderungen an Diagnostik und Therapie. Wenn es keine Hinweise auf eine organische Ursache gibt, sind sowohl Patient wie auch Arzt herausgefordert. Es handelt sich dann um Pruritus auf primär nicht entzündeter, unauffälliger Haut, der häufig als somatoformer Juckreiz klassifiziert wird. Bei interdisziplinären Behandlungen mit Psychosomatikern werden dabei gehäuft für den Patienten noch unbewusste innerpsychische Konflikte deutlich. Gleichzeitig muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Pruritus einer Grunderkrankung lange Zeit vorausgehen kann und daher eine regelmäßige Überprüfung der Diagnose erforderlich ist.

Pruritus ist ein interdisziplinäres Symptom und stellt eine Herausforderung hinsichtlich Diagnostik und Therapie dar. Chronischer Pruritus ist dabei definiert als Juckreiz, der länger als 6 Wochen anhält. Bezüglich Inzidenz und Prävalenz von chronischem Pruritus belegen neuere Studien eine hohe Inzidenz von ca. 7% und eine Punktprävalenz von 13,9–16,9% (zit. nach [24]) bei Erwachsenen. Juckreiz tritt als für den Patienten meist quälendes Symptom bei zahlreichen Grunderkrankungen auf. Starker Pruritus kann zu einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung führen. Der behandelnde Arzt sollte die psychischen Auswirkungen des Pruritus nicht unterschätzen, diese in der Ana-

mnese gezielt abfragen und auf den individuellen Leidensdruck des Patienten eingehen.

Die aktualisierte SK-2-Leitlinie zum chronischen Pruritus [24] schlägt folgende Nomenklatur vor:

- Pruritus auf primär nicht entzündeter, unauffälliger Haut: ohne initiales Vorliegen von Hautveränderungen (vorher: Pruritus sine materia, heute meist als somatoformer Juckreiz bezeichnet),
- Pruritus auf primär entzündlich veränderter Haut: bei Vorliegen einer Hauterkrankung (vorher: Pruritus cum materia),
- Pruritus mit chronischen Kratzläsionen: Vorherrschen von sekundären Kratzläsionen (z. B. Prurigo, Lichen simplex), die eine Einteilung in die erste oder zweite Gruppe nicht ermöglichen.

Psychosomatische und psychische Faktoren können die Stärke der Juckempfindung bei bestehenden Hauterkrankungen (insbesondere Neurodermitis, Psoriasis vulgaris, Urtikaria) erheblich beeinflussen oder als alleinige Ursache infrage kommen [7, 8, 9, 11, 16, 21, 26, 29]. Bei Hautgesunden kann Pruritus bereits durch mentale Reize induziert werden [20]. Aus Fragebogenuntersuchungen und Einzelfallbeschreibungen ist dokumentiert, dass auch – meist unbewusste – Konflikte Pruritus auslösen oder aufrechterhalten können [5, 13, 19, 27]. Entsprechend konnte bei einer gesunden,

konsekutiven Stichprobe gezeigt werden, dass „major life events“ dermatologische Symptome wie Pruritus auslösen können; die häufigste Lokalisation ist dabei die Kopfhaut [11]. Diese werden gehäuft bei Patienten mit unklarem generalisiertem Pruritus [22] und lokalisiertem, genitoanalem Pruritus diagnostiziert [18]. Bei Patienten mit neurotischen Exkorationen werden in bis zu 58% der Fälle Major-Depressionen und in 45% Zwangsstörungen gefunden [3].

Pruritus auf primär nicht entzündeter, unauffälliger Haut, der früher auch Pruritus sine materia und später somatoformer Juckreiz genannt wurde, ist als Juckreiz ohne sichtbare oder anderweitig zu benennende Grunderkrankung definiert. Im neuen, allerdings noch nicht endgültigen ICD-11 (<http://apps.who.int/classifications/icd11>) wird vorgeschlagen, diese Form des Pruritus als Pruritus unbekannter Ursache zu bezeichnen. Er ist oft besonders belastend, weil der Patient besonders darunter leidet, keine Erklärung für die Wahrnehmung finden zu können, die ursächlich zu bekämpfen ist.

Somatoformer Pruritus

Aus didaktischen Gründen soll hier an der Diagnose „Somatoformer Pruritus“ (früher syn. mit Pruritus sine materia) festgehalten werden. Eine somatoforme

Große Teile dieses Beitrags wurden in einem Vortrag auf der APD-Jahrestagung am 30.10.2010 in Berlin vorgestellt.



Abb. 1 ◀ Patient mit chronischem Pruritus an den Händen, dessen zwanghafte Züge ihn sämtliche von zahlreichen Ärzten verschriebenen In- und Externa aufbewahren ließen

Störung ist dabei nach ICD-10 wie folgt definiert: Ein anhaltendes oder wiederholtes Auftreten von körperlichen Symptomen, für die keine ausreichenden organischen Befunde nachweisbar sind, bei denen aber in der Pathogenese seelische Belastungssituationen und Konflikte eine wesentliche Rolle spielen.

Somatoforme Störungen an der Haut treten dabei als eine kutane sensorische Störung (Brennen, Juckreiz, Kribbeln, Stechen) auf, die sowohl lokalisiert als auch generalisiert auftreten kann.

Die Verschlüsselung nach ICD-10-Kriterien erfolgt mit F45.3 (somatoforme autonome Funktionsstörung).

Therapie des somatoformen Pruritus

Neben der symptomatischen Therapie des Pruritus sollten bei Verdacht auf ein automatisiertes Kratzverhalten auch eine psychosomatische Therapie, z. B. Verhaltenstherapie zum Vermeiden des Kratzens (bewusste Kontrolle des Reflexes durch starke Konzentration, Ablenkung oder alternative Kratztechniken, z. B. „habit reversal“), oder psychodynamische Therapien (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) eingeleitet werden, wenn es Hinweise auf biografische Auslöser oder innerpsychische Konflikte gibt [21]. Bei Patienten mit Prurigo nodularis liegt nach eigener Erfahrung oft unbewusstes automatisiertes Kratzverhalten vor.

Die besten Ergebnisse zur Effektivität von adjuvanten psychosozialen Maßnahmen liegen für Neurodermitis vor [6, 23, 25]. Die Arbeitsgemeinschaft Neuroder-

mitis-Schulung (AGNES) mit standardisierten Neurodermitisschulungen zeigte, dass adjuvante Schulungen effektiver sind als eine alleinige dermatologische Routinetherapie [4, 23, 28]. Diese beinhalten Strategien zur Bewältigung des Teufelskreises aus Jucken und Kratzen, Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken sowie Strategien zum Umgang mit Rückfällen und damit der Bewältigung des chronisch rezidivierenden Krankheitsprozesses. Eine solche Schulung ist auch bei Patienten mit chronischem Pruritus sinnvoll und wird in Kliniken, die stationäre und ambulante Patienten mit chronischem Pruritus psychosomatisch integrativ behandeln, als verhaltensmedizinischer Therapiebestandteil eingesetzt [1, 2, 15, 17]. Allerdings scheinen zu kurze und reine edukative Schulungen keinen nachweisbaren zusätzlichen Effekt erzielen zu können [2].

Bei einer gleichzeitig oder reaktiv bestehenden Depression kann bei chronischem Pruritus unterschiedlicher Genese eine Psychotherapie in Kombination mit einer psychopharmakologischen Therapie indiziert und hilfreich sein [12]. Bei durch Juckreiz bedingten Schlafstörungen und nicht möglicher kausaler Therapie, sollten mit dem Patienten besprochen werden, inwieweit ein Behandlungsversuch mit sedierenden H1-Antihistaminika, trizyklischen Antidepressiva oder Neuroleptika sinnvoll ist. Tranquilizer sollten aufgrund ihres Suchtpotenzials allenfalls für sehr kurze Zeit – in der Regel nur einige Tage – eingesetzt werden.

➤ Es wird empfohlen, dass sich der Dermatologe mit einigen wenigen Psychopharmaka vertraut macht und mit diesen Erfahrung sammelt.

Vorgehen in der Praxis bei somatoformem Pruritus

Im psychosomatischen Konsil- und Liaisondienst oder in der hautärztlichen Praxis ist tatsächlich bei diesen Patienten nichts mit dem bloßen Auge zu erkennen – oder aber es sind Patienten, die berichten, dass sie zunächst über lange Zeit nur den Juckreiz verspürt haben, ohne Hautsymptome vorzeigen zu können, und dass sich erst später und häufig sekundär durch Kratzen sichtbare Effloreszenzen entwickelt haben. Hier beginnen die ersten, diagnostischen Schwierigkeiten:

- Wie lange muss man warten, bis eindeutig eine Diagnose gestellt werden kann?
- Wie lange ist Pruritus als Prodromalstadium einer erst später gestellten Diagnose einzuordnen?

Wichtig erscheinen diese Fragen, weil Patienten, die sich nicht ausreichend untersucht erleben, häufig unzufrieden sind und bei denen es deshalb zu einem „doctor-hopping“ (▣ Abb. 1) kommen kann.

Fallbeispiel: psychodynamischer Hintergrund. Der 60-jährige mit seiner fast 90-jährigen Mutter lebende Patient hatte das Geschäft seiner betagten Mutter übernommen, die weiterhin hinten im Laden saß und den Sohn kontrollierte. Ein abgewehrter aggressiver Impuls gegen die kontrollierende Mutter kann vermutet werden, der jedoch so ängstigend war, dass der Patient einer psychotherapeutischen Behandlung nicht zugänglich war. Durch die Kenntnis des psychodynamischen Hintergrundes konnte jedoch zusätzlicher Schaden durch unnötige Therapien vermieden werden. *Primum non nocere!*

Nicht nur der Patient bleibt unzufrieden zurück, sondern auch der Arzt, der keine organmedizinische Diagnose stellen kann. Häufig regen uns diese Patienten auf, weil sie – aus durchaus nachvollziehbaren Gründen – nach immer aufwendiger werdender Diagnostik fragen. Und nicht selten kommt es in der Praxis auch

vor, dass Patienten später eben doch Hautveränderungen entwickeln oder eine erklärbare Grunderkrankung auftritt. Umgekehrt kommt stärkster, quälender Juckreiz bei schwerwiegenden Grunderkrankungen (z. B. bei endokrinen und metabolischen Erkrankungen sowie bei hämatologischen und lymphoproliferativen Erkrankungen) vor, der dann als nicht lebensbedrohliches Symptom von den behandelnden Fachkollegen zu wenig beachtet und nicht selten unzureichend behandelt wird.

Die Diagnose somatoformer Pruritus ist eine Arbeitshypothese, die von Zeit zu Zeit überprüft werden sollte.

Eine gewisse Zurückhaltung ist daher mit der überdauernden Diagnose einer somatoformen Störung angebracht. Den Patienten sollte eine Formulierung angeboten werden, die beinhaltet, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine andere Benennung gefunden werden kann und deshalb keine eindeutigen Behandlungskonsequenzen zur Verfügung stehen, dass es aber wichtig ist, regelmäßige Kontrolluntersuchungen durchzuführen. Dieses Vorgehen entspricht der Empfehlung der psychosomatischen Grundversorgung für jede Praxis, in der sich Patienten mit Somatisierungsstörungen und somatoformen Beschwerden finden. Somatoforme Störungen im Bereich der Dermatologie insgesamt werden mit bis zu 18,5% angegeben [14].

Psychodynamische Hintergründe

Aus der Auswertung von eigenen Berichten aus der Praxis und Konsultitätigkeit an dermatologischen Kliniken kann für die Gruppe der Prurigopatienten zusammengefasst werden, dass es psychodynamisch bei diesen Patienten häufig um das Thema Abgrenzung und konflikthafte Überlegungen geht, ob Abgrenzung erlaubt ist. Man könnte zusammenfassend sagen, Prurigo hat mehr Aussage, Pruritus scheint mehr ein Phänomen zu sein.

Für ein nicht ausschließlich somatisch ausgerichtetes Behandlungsangebot ist die Frage wichtig, wie viel Raum die Beschäftigung mit dem Juckreiz im Alltag einnimmt und wann er besonders auf-

Hautarzt 2013 · 64:429–434 DOI 10.1007/s00105-012-2497-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

V. Niemeier · C.M. Höring
Somtoformer Pruritus in der hautärztlichen Praxis. Wie kann ein psychosomatisch orientiertes Krankheitsmodell integriert werden?

Zusammenfassung

Pruritus ist ein interdisziplinäres Symptom und stellt hohe Anforderungen an Diagnostik und Therapie. Wenn es keine Hinweise auf eine organische Ursache gibt, sind sowohl Patient als auch Arzt herausgefordert. Es handelt sich dann um Pruritus auf primär nicht entzündeter, unauffälliger Haut, der häufig als somatoformer Juckreiz klassifiziert wird. Bei interdisziplinären Behandlungen mit Psychosomatikern werden dabei gehäuft für den Patienten noch unbewusste innerpsychische Konflikte deutlich. Gleichzeitig muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Pruritus einer Grunderkrankung lange Zeit vorausge-

hen kann und daher eine regelmäßige Überprüfung der Diagnose erforderlich ist. Für Dermatologen sind eine psychosomatische Grundkompetenz und Erfahrung in der Gabe von Psychopharmaka empfehlenswert. Durch Berücksichtigung eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes kann die Patientenzufriedenheit, die Adhärenz, verbessert sowie „doctor-hopping“ vermieden werden.

Schlüsselwörter

Psychosomatik · Unbewusster Konflikt · Therapie · Juckreiz · Psychopharmaka

Somatoform pruritus. A psychosomatic disease model

Abstract

Pruritus is an interdisciplinary symptom that is difficult to diagnose and treat. When there is no evidence of an organic cause, it is challenge for both the patient and the doctor. Itching affecting non-inflamed and otherwise normal skin is often classified as somatoform pruritus. When treated in an interdisciplinary manner with psychosomatic specialists, the patient increasingly becomes aware of still-unrecognized inner-emotional conflicts. At the same time, however, it must be taken into account that the pruritus may precede an underlying disease by a long time and that

the diagnosis must be checked regularly. Basic psychosomatic competence and experience in the administration of psychopharmaceuticals is recommended for dermatologists. Taking a psychosomatic concept of disease into account may improve patient satisfaction and compliance, and help to avoid doctor-hopping.

Keywords

Psychosomatics · Unconscious conflict · Therapy · Pruritus · Psychotherapeutic agents

fällt. Um dies zu erkennen, sollte der Patient über mindestens 3 Wochen eine Beschwerdetagebuch (Tab. 1) führen.

In der Literatur wird deutlich ein Zusammenhang zwischen Juckreiz und Depression oder Angst beschrieben [22]. Depressive Symptome können sogar das spätere Auftreten von starkem Juckreiz bei Hämodialysepatienten voraussagen [30]. Schlafstörungen durch Juckreiz sind quälend und können depressive Symptome verstärken [10].

In einer Fragebogenstudie an mehr als 4000 Patienten einer Hautklinikambulanz mit gleichzeitig bestehenden psychiatrischen Komorbiditäten fand sich bei 30% dieser Patienten Pruritus als Symptom (zit. nach [7]). Gupta und Gupta [11] wei-

sen auf die Bedeutung von „life-events“ für die Auslösung von Juckreiz hin.

Musaph [19] sieht im Pruritus ein Symptom, über das Gefühle wie Wut und Verzweiflung, Ungeduld und sexuelle Erregung ausgedrückt werden können. Auch unterdrückter Ärger bei Liebesverlustängsten oder Hilflosigkeit in unabänderbaren Situationen – Gefühle, die eine Grundspannung zur Folge haben – können dahinter versteckt sein. Die unbewusste Bedeutung des Symptoms Pruritus lässt sich dabei meist erst in tiefenpsychologisch fundierten oder psychoanalytischen Psychotherapien bearbeiten.

Differenzialdiagnostisch sollte immer eine detaillierte Medikamentenanamnese erfolgen, da zahlreiche Medikamente Juckreiz auslösen können [24]. Auch die

Tab. 1 Beschwerdetagebuch

Wie und wann haben sich heute meine Beschwerden verändert?					
Datum/Zeit	Situation/ Ereignis	Juckreiz von 0–10	Körperreak- tion	Gedanken, Überlegung	Gefühl, Emp- findung

„Bedarfsmedikation“ muss erfragt werden, da der Patient diese häufig nicht erwähnt.

» Es sollte eine detaillierte Medikamentenanamnese erhoben werden

Abschließend soll an dieser Stelle als „Variante“ differenzialdiagnostischer psychotherapeutisch/psychodynamischer Überlegungen etwas vorgestellt werden, das sich in der Praxis bewährt hat. Es wird ein etwas ausführlicherer Bericht an die Patienten geschickt, der auch ein psychosomatisches Krankheitsmodell mit einbezieht und die Adhärenz (früher: Compliance) fördern soll.

Welcher Patient bekommt einen Brief? Der Patient erhält einen Brief:

- auf Wunsch,
- wenn es so kompliziert ist, dass der Eindruck entsteht, er sollte in Ruhe eine Art Stundenprotokoll nachlesen, um „compliant“ zu sein und selbst noch mal die Themen in Angriff zu nehmen,
- bei interessanten Fällen, die in Vorträgen oder Publikationen verwandt werden könnten,
- wenn sich eine anregende (professionelle) Beziehung zum Patienten entwickelt und das als Basis für eine gelungene Therapie betrachten werden könnte.

Fallvignette und daraus folgender Brief an den Patienten

Im Vorfeld des nun folgenden Fallberichtes fiel auf, dass der Patient von seiner Ehefrau angemeldet wurde. Als ich am Telefon darauf hinwies, dass ich gern mit dem Patienten selbst die Termine ausmache, weil sich das bewährt habe, hörte ich ein Seufzen im Hintergrund, und die Ehefrau erklärte mir, dass ihr Mann sich durch seine Symptome so belastet fühle

und an dem Tag durch seine Medikation zu „matschig“ sei. Er kam dann aber doch, und wir vereinbarten einen kurzfristigen Termin. Er erschien mit seiner Frau, sichtbar erschöpft, und brachte überschaubare Unterlagen mit, um die ich ihn gebeten hatte.

Der Verlauf des Gesprächs wurde in einem Brief an den Patienten und auf Wunsch an seinen behandelnden Dermatologen zusammengefasst und ist hier beispielhaft dargestellt.

Sehr geehrter Herr X.,

ich möchte Ihnen unsere Überlegungen anlässlich Ihrer Erstvorstellung zusammenfassen.

Sie hatten bereits im Vorfeld der Anmeldung erkennen lassen, wie sehr Sie Ihre Symptomatik erschöpft und beeinträchtigt und kamen in Begleitung Ihrer Frau, die ebenfalls in Ihrem Betrieb tätig ist. Nachdem Sie sich einen Hund aus dem Ausland geholt hatten, quält Sie ein an Intensität zunehmendes Jucken und Brennen der Haut. Da Sie anfänglich auch Kopfschmerzen und Brechreiz hatten, dachten Sie an eine Vergiftung durch Flohmittel, zumal Sie bereits als Kind einmal ähnliche Symptome im Rahmen einer Exposition mit dem Anstrich einer Holzhütte, Kontakt mit einem Flohband und frisch imprägnierten Teppichen entwickelt haben.

Zunächst entschlossen Sie sich, einige Wochen abzuwarten.

Bereits bekannt ist bei Ihnen ein Heuschnupfen, weswegen Sie aktuell Antihistaminika einnehmen.

Die Symptomatik beschreiben Sie als Brennen und Jucken mit relativ scharfer Begrenzung auf die Unterarme, das Gesicht und den Rücken. Die Intensität ist derart stark, dass Sie oft lange Zeit brauchen, sich morgens ein Oberteil anzuziehen; ein T-Shirt ohne Kragen ist eher möglich als ein Polo-Shirt. Bettwäsche störe, wenn sie frisch aufgezogen sei, im Hotel können Sie zwar den Bademantel

überziehen, die Hotelbettwäsche sei aber beschwerdeauslösend.

Aufgefallen ist Ihnen, dass die Symptome bei arbeitsplatzbezogenem Stress stärker werden und Sie deshalb auch schon seit 5 Monaten keinen am Arbeitsplatz erforderlichen Mundschutz mehr tragen können. Günstig wirkt sich Entspannung am Wochenende aus, auch bei einer dreistündigen Wanderung traten keine Symptome auf.

Besonders belastend ist zusätzlich eine paroxysmale Tachykardie, die es Ihnen etwa alle 3 Monate für Stunden unmöglich macht, aktiv zu sein. Eine Katheterablation ist bereits erfolgt, Sie meinen, eine Besserung wahrzunehmen. Das kardiale Beschwerdebild hat in zeitlicher Nähe zur Niederlassung begonnen.

Zum Thema Stress fassten Sie zusammen, dass sich die Zahl der Patienten ins Unfassbare gesteigert habe und Sie zu gutmütig seien, so dass Sie auch ausgenutzt würden, was Sie ärgerlich machen könne.

Wir konnten insbesondere herausarbeiten, dass Sie nachts nicht durch die Missempfindungen aufwachen!

Es sind bereits zahlreiche *Behandlungsversuche* gemacht worden: Pregabalin scheint eine leichte Linderung zu bringen, Sie möchten es vorläufig deswegen nicht absetzen. Citalopram sei ohne Effekt, desgleichen Antihistaminika.

Verschiedene Laboruntersuchungen waren unauffällig, ebenso eine dermatologische Untersuchung.

Die Symptomatik sei bisher als *somatoforme Störung* eingeordnet worden, nachdem keine andere Erklärung gefunden werden konnte, insbesondere ist auch eine breite internistische Abklärung erfolgt.

Ich habe Sie darüber *informiert*, dass bei einem anfallsweisen Pruritus vor allem auch ein neurogener Pruritus ausgeschlossen werden muss. Neurogene und psychogene Pruritusformen sind im Besonderen bei den anfallsartig auftretenden Juckreizphänomenen zu bedenken. Eine grobe Unterscheidung kann dadurch erfolgen, dass der psychogene Pruritus nachts selten auftritt, die Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer somatoformen Störung erhöht sich damit.

Zum *Ausschluss eines neurogenen Pruritus* sollte noch eine neurologische

Untersuchung (MRT Kopf, Ausschluss eines Brachioradialis-Syndroms) erfolgen.

Verbleibt man bei der benannten Diagnose, wäre die *Konsequenz* eine Entlastung durch geeignete Pharmaka und eine Psychotherapie mit der Frage der Auslösebedingungen und der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für ggf. zugrunde liegende Ängste und Konflikte resp. Stressmanagement.

Wir haben vereinbart, dass Sie sich ein zweites Mal vorstellen, um eben diese Hintergründe näher zu beleuchten.

Eine *medikamentöse Behandlung* über das hinaus, was Sie bereits getan haben, wäre folgende:

Bei Vorherrschen von Angst Fluoxetin 20–40 mg statt Citalopram; alternativ Doxepin oder Amitriptylin.

Gegebenenfalls Alprazolam nach Rücksprache mit einem psychiatrischen Kollegen.

Nach Literaturempfehlung bei Therapieresistenz Carbamazepin oder Phenytoin ebenfalls in Koordination mit einem Neurologen.

Im Off-label-Use sind in der Literatur Naltrexon oder Zofran (Ondansetron) benannt; darüber müsste – auch mit Blick auf die besonderen Konditionen der Off-label-Therapie – noch ausführlich gesprochen werden.

Mit ist nicht bekannt, ob auch Gabapentin bei Ihnen bereits eingesetzt wurde.

Meine erste Einschätzung ist die einer somatoformen Störung bei Burn-out-Syndrom, Ängsten und innerer Bedrohung insbesondere auch durch die kardialen Beschwerden. Die Erkrankung erlaubt Ihnen eine dringend nötige Auszeit.

Ich hatte auch mit Ihnen besprochen, dass Menschen, die sich wie Sie gern primär auf sich selbst und die eigenen Strategien verlassen, für Stressreaktionen und psychosomatische Beschwerden besonders disponiert sind und sich dann ggf. im zweiten Schritt ängstlich an andere wenden müssen. So wie Ihre Frau Ihnen jetzt guttut, wenn Sie sie begleitet.

Mit freundlichen Grüßen

Nicht mitgeteilt wurden dem Patienten die folgenden Überlegungen, um ihn in dem kurzen Kontakt nicht zu überfordern: Es besteht eine Plausibilität dafür, dass sich der Patient den Anweisungen

seiner Frau fügt und zunehmend in einen Autonomie-Abhängigkeit-Konflikt gerät. Er beendete die Stunde mit dem Wunsch, dass ich diesen Bericht verfasse „wie meine Frau es gern hätte“.

➤ Mithilfe eines „Patientenbriefes“ kann Verständnis für ein biopsychosoziales Krankheitsmodell geweckt und ein Verstehen des Symptoms angeregt werden.

Ziele der Patientenbriefe (etwa 10% der Patienten aus dem psychosomatischen Konsildienst erhalten einen Brief) sind:

- Herstellung eines Vertrauensverhältnisses,
- Verbesserung der Adhärenz,
- Herstellung eines Arbeitsbündnisses.

Fazit für die Praxis

- Für Dermatologen ist eine psychosomatische Grundkompetenz und Erfahrung in der Gabe von Psychopharmaka empfehlenswert.
- Durch Berücksichtigung eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes können die Patientenzufriedenheit, die Adhärenz, verbessert sowie „doctor-hopping“ vermieden werden.

Korrespondenzadresse



PD Dr. V. Niemeier

Hautarzt – Allergologie, Psychoanalyse (DPV/IPV/DGPT) – Psychotherapie
Leihgesterner Weg 20,
35392 Gießen
volker.niemeier@
derma.med.uni-giessen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist für sich und seinen Koautor auf folgende Beziehungen hin: In den letzten 3 Jahren Referententätigkeit für die Firmen biogen idec und Intendis. Es erfolgte fachliche Beratung für die Fa. GlaxoSmithKline. Aus diesen Tätigkeiten ist kein Interessenkonflikt entstanden.

Literatur

1. Bathe A, Mattered U, Dewald M et al (2009) Educational multidisciplinary training program for patients with chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 89(5):498–501

2. Bosecker P, Ständer S, Heuft G et al (2011) Conception and evaluation of an 1-hour psychoeducational group intervention for patients with chronic pruritus. *Z Psychosom Med Psychother* 57(4):377–386
3. Calikusu C, Yucel B, Polat A, Baykal C (2003) The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. *Compr Psychiatry* 44:256–261
4. Diepgen TL, Fartasch M, Ring J et al (2003) Neurodermitisschulung. Konzept und aktueller Stand der German Randomized Intervention Multicentre Study. *Hautarzt* 54:946–951
5. Doucet P (1988) Pruritus ani. *Int J Psychoanal* 69:409–417
6. Gieler U, Kupfer J, Niemeier V et al (2000) Atopic eczema prevention programs – a new therapeutic concept for secondary prevention. *Dermatol Psychosom* 1:138–147
7. Gieler U, Niemeier V, Brosig B, Kupfer J (2002) Psychosomatic aspects of pruritus. *Dermatol Psychosom* 3:6–13
8. Gieler U, Niemeier V, Kupfer J (2010) Allergie und Psychosomatik. In: Heppt W, Bachert C (Hrsg) *Praktische Allergologie*, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart New York, S 282–289
9. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S et al (1988) Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol* 124:1052–1057
10. Gupta MA, Gupta AK (2013) Sleep-wake disorders and dermatology. *Clin Dermatol* 31(1):118–126
11. Gupta MA, Gupta AK (2004) Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 18:560–565
12. Gupta MA (1995) Evaluation and treatment of „psychogenic“ pruritus and self-excoriation. *J Am Acad Dermatol* 32:532–533
13. Hansen O, Küchler T, Lotz GR et al (1981) Es juckt mich in den Fingern, aber mir sind die Hände gebunden. *Z Psychosom Med Psychoanal* 27:275–290
14. Harth W, Hermes B, Niemeier V, Gieler U (2006) Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. *Eur J Dermatol* 16(6):607–614
15. Hoegl L, Fichter M, Plewig G (1998) Stationäre Verhaltensmedizin bei chronischen Hautkrankheiten. *Hautarzt* 49:270–275
16. Kodama A, Horikawa T, Suzuki T et al (1999) Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol* 104:173–176
17. Lange S, Zschocke I, Langhardt S et al (1999) Effekte kombinierter therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 50:791–797
18. Laurent A, Boucharlat J, Bosson JL et al (1997) Psychological assessment of patients with idiopathic pruritus ani. *Psychother Psychosom* 66:163–166
19. Musaph H (1967) Psychogenic pruritus. *Dermatologica* 135:126–130
20. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U (2000) Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatol Psychosom* 1(Suppl 1):15–18
21. Niemeier V, Richter R, Gieler U (2011) Psychosomatische Therapieansätze bei allergologischen Krankheitsbildern. In: Saloga J, Klimek L, Buhl R et al (Hrsg) *Allergologie-Handbuch*, Kap. 35, 2. Aufl., Neubeurteilung. Schattauer, Stuttgart, S 519–543

22. Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA (1990) Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 123:769–774
23. Staab D, Diepgen TL, Fartasch M et al (2006) Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 332:933–938
24. Ständer S, Darsov U, Mettang T et al (2012) S2k – Leitlinie – Chronischer Pruritus. *J Dtsch Dermatol Ges* 10(Suppl 4):S1–S27
25. Stangier U, Ehlers A, Gieler U (2004) Predicting long-term outcome in group treatment of atopic dermatitis. *Psychother Psychosom* 73:293–301
26. Stangier U, Gieler U (1997) Somatoforme Störungen in der Dermatologie. *Psychotherapie* 2:91–101
27. Thomä H (1980) Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche (Stuttg)* 34:589–624
28. Weisshaar E, Diepgen TL, Bruckner T et al (2008) Itch intensity evaluated in the German Atopic Dermatitis Intervention Study (GADIS): correlations with quality of life, coping behaviour and SCORAD severity in 823 children. *Acta Derm Venereol* 88:234–239
29. Weisshaar E (2002) Pruritus and psoriasis: an important but frequently underestimated relation. *Hautarzt* 63(7):547–552
30. Yamamoto Y, Hayashino Y, Yamazaki S et al (2009) Depressive symptoms predict the future risk of severe pruritus in haemodialysis patients: Japan dialysis outcomes and practice patterns study. *Br J Dermatol* 161(2):384–389

Online-Schwerpunkt „Haut & Psyche“

Die menschliche Psyche hat einen besonders großen Einfluss auf die Gesundheit der Haut. Um diesem interessanten Themenschwerpunkt besonderes Gewicht zu verleihen, hat Springermedizin.de die neue Plattform „Haut & Psyche“ eingerichtet.

Die psychologische Betreuung chronisch kranker Patienten oder Menschen, die nach Krankheiten oder Unfällen durch Narben gezeichnet sind, hält mehr und mehr Einzug in die dermatologische Praxis. Im Gegenzug können sich auch primär psychosomatische Erkrankungen besonders im Bereich der Haut manifestieren.

Der Bereich der Dermatologie wird hier sinnvoll durch Beiträge aus Bereichen wie der Pädiatrie, Onkologie oder ästhetischen Chirurgie ergänzt. Die Artikelsammlung soll einen Überblick über das weite Feld der psychosomatischen Dermatologie bieten. Ergebnisse aktueller Forschung finden auf der Plattform genauso Raum wie aktuelle Weiterbildungen und News zum Thema psychokutaner Erkrankungen. Besuchen Sie den Bereich „Haut & Psyche“ auf www.springermedizin.de/derma-haut-psyche und verschaffen Sie sich selbst einen Einblick.

Quelle: www.springermedizin.de

Neuer Ansatz bei Schmerztherapien

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Berlin und Paris konnten zeigen, dass eine Schmerzbehandlung insbesondere dann erfolgreich ist, wenn Immunzellen und Nervenzellen außerhalb des Gehirns oder des Rückenmarks in die Therapie mit einbezogen werden.

Durch die Aktivierung von Opiat-Rezeptoren in Nervenzellen außerhalb des Gehirns oder des Rückenmarks besteht die Möglichkeit, Schmerzen zu lindern, ohne die typischen und oft schweren Nebenwirkungen von Schmerzmitteln berücksichtigen zu müssen. Dabei werden die Rezeptoren mit synthetischen Opiaten oder körpereigenen opiatähnlichen Peptiden behandelt. Diese Peptide werden durch enzymatischen Abbau schnell inaktiviert, so dass die schmerzlindernde Wirkung nicht anhält.

Dieser Abbau konnte verhindert werden, wenn die Präparate zuvor mit den Enzymhemmern Bestatin, Thiorpan oder P8B versehen wurden. In der Folge war das Schmerzempfinden deutlich reduziert oder es entwickelte sich sogar völlige Schmerzunempfindlichkeit. Eine Schmerzbehandlung, die den Schmerz am Ort seiner Entstehung durch körpereigene Peptide bekämpft, kann selektiver und möglicherweise ohne Nebenwirkungen vorgenommen werden. Darüber hinaus könnte eine solche Behandlung Folgeeffekte des Nervensystems verhindern, die zur Entwicklung chronischer Schmerzen führen.

Literatur: Schreier A, Gore C, Labuz D et al (2012) Pain inhibition by blocking leukocytic and neuronal opioid peptidases in peripheral inflamed tissue. *FASEB J*. (epub ahead of print) doi:10.1096/fj.12-208678

Quelle: www.charite.de



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.