



HAUT UND PSYCHE

Psychodermatologie des Kapillitiums

TEIL 1: KLASSIFIKATION DER PSYCHODERMATOLOGISCHEN STÖRUNGEN MIT AUSWIRKUNG AUF DAS KAPILLITIUM

von Ralph M. Trüeb

Eine Reihe von Symptomen vonseiten des Kapillitiums stehen in engem Zusammenhang mit der Psyche. Um den oft anspruchsvollen Problemen der Betroffenen gerecht zu werden, sind Kenntnisse über die Klassifikation und Differenzialdiagnose psychischer Störungen mit Ausdruck am Kapillitium wichtig. Der Inhalt von Teil 1 und 2 dieses Beitrags wurde vom Autor in einem Vortrag am 11th International Congress, European Society for Dermatology and Psychiatry präsentiert, der vom 5. bis 7. Mai in Giessen stattfand.

Jedes Therapiekonzept setzt das Verständnis zugrunde liegender psychopathologischer Reaktionsmuster sowie Kenntnisse der Klassifikation und Differenzialdiagnose psychischer Störungen mit Ausdruck am Kapillitium voraus.

1. Psychische Faktoren mit Einfluss auf den körperlichen Zustand

Eine Reihe von Dermatosen mit nachweisbarem pathologischem Organbefund kann durch psychisch bedeutsame Umweltreize (Stressereignisse oder «Stressoren») ausgelöst oder exazerbiert werden. Beispiele für Zustände, welche die Kopfhaut betreffen, sind Hyperhidrose, Lichen simplex chronicus, atopische Dermatitis, Psoriasis und seborrhoische Dermatitis. Betroffene zeigen eine interindividuell unterschiedliche Reaktionsbereitschaft auf die Stressoren. Entsprechend unterscheidet man zwischen *Stress responders* und *Non-Stress responders*. Bei Ersteren erfolgt die Reaktion auf die Stressoren innert Sekunden oder Tagen, während dies bei Letzteren nicht der Fall ist. Die einzelnen Krankheitszustände zeigen unterschiedliche Häufigkeiten für Stress responders: Der Anteil bei Hyperhidrose beträgt 100, bei Lichen simplex chronicus 98, bei atopischer Dermatitis 70, bei Psoriasis 62 und bei seborrhoischer Dermatitis 42 Prozent.

Zur ersten Kategorie gehören auch die *psychosomatischen Störungen*, bei denen definitionsgemäss eine psychische Konflikt- oder Dauerspannung über vegetative und (neuro)humorale Zwischenglieder zunächst zu funktionellen Organstörungen und dann zur psychosomatischen Organläsion führen. Wahrscheinlich spielt dabei für die psychosomatische Organwahl eine erbbedingte oder früherworbene Vulnerabilität eines bestimmten Organsystems (Kopfhaut, Haare) eine wichtige Rolle. Dazu kommen

Die meisten psychodermatologischen Störungen mit Auswirkung auf das Kapillitium können in eine der folgenden vier Kategorien eingeteilt werden:

1. Psychische Faktoren mit Einfluss auf den körperlichen Zustand
2. Primäre psychische Störungen
3. Chronische kutane sensorische Störungen
4. Somatopsychische Beziehungen.

spezifische psychosomatische Korrelationen zwischen bestimmten Antriebsbereichen und einzelnen Organsystemen, so zum Beispiel die Beziehung zwischen körpernahen emotionalen Kontaktwünschen und dem Hautorgan.

Differenzialdiagnostisch sind die Konversionsneurose und die Simulation abzugrenzen:

Bei der *Konversionsneurose* besteht die vorherrschende Beeinträchtigung in der Veränderung einer körperlichen Funktion, die eine körperliche Erkrankung vermuten lässt. Es besteht ebenfalls ein zeitlicher Zusammenhang zwischen einem äusseren Reiz, der offensichtlich in Beziehung zu einem

psychischen Konflikt steht, und der Reaktion. Im Unterschied zur psychosomatischen Störung liegt aber keine Organläsion vor. Das Konversionssymptom (zum Beispiel psychogene Sensibilitätsstörungen) hat unmittelbaren Ausdruckscharakter, steht allerdings nicht unter der willkürlichen Kontrolle des Patienten, sondern verschafft dem Betroffenen eine Unterstützung von der Umgebung.

Bei der *Simulation* liegt demgegenüber eine willkürliche Erzeugung stark übertriebener körperlicher Symptome zugrunde. Damit verfolgt der Betroffene ein Ziel, das eher auf die äusseren Umstände zurückzuführen ist (zum Beispiel Entwicklung von Kopfhautpsoriasis zur Umgehung der Militärdienstpflicht) als auf die individuelle psychische Verfassung.

2. Primäre psychische Störungen

Diese Kategorie umfasst einerseits Haut- und Haarveränderungen, denen keine eigentliche Dermato­se zugrunde liegt, sondern die sich Betroffene aufgrund einer psychischen Störung selbst zufügen: Beispiele sind Trichoillomanie, neurotische Exkoriationen und Dermatitis artefacta. Andererseits umfasst sie subjektiv empfundene Störungen mit somatisch nicht objektivierbarer Symptomatologie, wie Missempfindungen der Kopfhaut (Skalp-Dysästhesie) und subjektiv empfundener vermehrter Haarausfall (psychogenes Pseudoeffluvium).

Da die dermatologische Präsentation stereotypisch erscheint, muss durch eine sorgfältige psychische Untersuchung der Beschwerden die zugrunde liegende spezifische psychopathologische Störung diagnostiziert werden:

- Generalisiertes Angstsyndrom
- Neurotische Depression
- Zwangssyndrom
- Wahn.

Für das *generalisierte Angstsyndrom* ist eine anhaltende, gesteigerte, frei flottierende Angst kennzeichnend, die sich auf kein bestimmtes Objekt und keine bestimmte Situation



Abbildung 1

richtet. Sie drückt sich als Erwartungsangst und Überwachtheit mit motorischer Spannung und den physiologischen Angstkorrelaten in der Form einer vegetativen Hyperreaktivität aus. Typische Symptome sind Ängstlichkeit, Unruhe, Reizbarkeit, das Gefühl, «ständig auf dem Sprung zu sein», Anspannung, Benommenheit, Aufgeregtheit, Unfähigkeit, sich zu entspannen, Muskelspannung, Schwitzen, Kurzatmigkeit, Mundtrockenheit, erhöhter Ruhepuls, Herzklopfen, empfindlicher Magen, Diarrhö, häufige Miktion. Der ungehemmte Durchbruch starker Angst zeigt, dass bei den Betroffenen die Angstabwehr versagt. Angstanlässe werden zwar verdrängt, der weiter

bestehenden Erregung und Angst ist der Kranke aber hilflos ausgeliefert. Dieser tritt anklammernd-hilflos auf und lässt sich lieber führen und helfen. Die Fixierung auf Zuwendung und Angst vor Liebesverlust führt auch dazu, dass er Anlehnung bei starken «Schutzfiguren», wie auch dem Arzt, sucht. Arztwechsel kann starke Trennungsangst hervorrufen und deshalb unerträglich sein.

Bei der *neurotischen Depression* leidet der Betroffene unter Symptomen eines depressiven Syndroms, das relativ beständig oder von kürzeren Perioden mit normaler Stimmung unterbrochen sein kann. Während depressiver Perioden besteht eine deutlich ausgeprägte traurige Grundstimmung und/oder ein Verlust von Interesse und Freude an üblichen Aktivitäten. Typische Symptome sind depressive Verstimmung, Energielosigkeit und Interessesever­lust, Agitation oder Gehemtheit, frühmorgendliches Erwachen und abendliche Besserung, sozialer Rückzug und suizidale Gedankeninhalte. Der Betroffene zeigt sich als anspruchslos und aufopfernd. An sich selbst stellt er dabei hohe Ansprüche, ohne anderen nahe treten zu wollen. Lieber gibt er seinen Eigensinn auf, ist unselbstständig und erwartet dafür von den anderen Zuwendung und Anerkennung für sein Opfer. Dadurch kommt es bei anderen Menschen leicht zu einem feindseligen Sichabgrenzen. Besonders belastend ist diese Situation in einer Partnerschaft, wenn Sichaufopfern und gleichzeitiger Anspruch, geliebt zu werden, den Partner überfordern. Grosse Enttäuschungen bleiben deshalb nicht aus.

Am Kapillitium können sich sowohl das generalisierte Angstsyndrom als auch die neurotische Depression als *neurotische Exkoriationen* oder als *Skalp-Dysästhesie* äussern. Im ersten Fall fügen sich Betroffene ohne primäre Hautveränderung vor dem Hintergrund eines psychischen Spannungszustandes Kratz-Exkoriationen der Kopfhaut zu (siehe *Abbildung 1*).

Beim *Zwangssyndrom* liegen entweder wiederholte, länger andauernde Gedanken (Zwangsgedanken) vor, die



Abbildung 2



Abbildung 3

als Gedanken erlebt werden, die unfreiwillig in das Bewusstsein eindringen und als sinnlos und störend empfunden werden, oder wiederholte und scheinbar zweckmässige Verhaltensweisen, die stereotyp ausgeführt werden (Zwangshandlungen). Letztere werden gleichzeitig mit dem Wunsch, dem Zwang zu widerstehen, ausgeübt, da die Betroffenen im Allgemeinen die Sinnlosigkeit ihres Verhaltens erkennen. Aus der Handlung wird kein Lustempfinden gewonnen, obwohl sie zu einer Spannungsminderung führt. Der Zwanghafte erscheint meist als fügsam und überangepasst, wirkt in seiner ganzen Erscheinung willentlich beherrscht und kontrolliert, in der Körperhaltung oft unfrei. Untergründig machen sich jedoch eine aggressive Haltung, rächende Genugtuung und Neigung zu Willkür und Eigensinn bemerkbar. Diese zwanghafte Charakterstörung ist allerdings bei der Zwangneurose sehr unterschiedlich ausgeprägt: Es gibt Kranke, bei denen das Zwangssymptom überwiegt, und andere, bei denen der Zwangscharakter vorherrschend ist.

Am Kapillitium kann sich das Zwangssyndrom als *Trichotillomanie*, *neurotische Exkoriationen* oder als *Dermatitis artefacta* äussern.

Bei der Trichotillomanie liegt eine gewohnheitsmässige (Tic d'épilation) oder zwanghafte Eigenmanipulation am Haar durch Ziehen, Drehen und Zupfen vor, wodurch es in den betroffenen Arealen durch Epilation und/oder Haarbruch zu einer umschriebenen, inkompletten Alopezie kommt (siehe *Abbildung 2*).

Bei der *Dermatitis artefacta* werden Hautveränderungen durch Selbstschädigung hervorgerufen (siehe *Abbildung 3*), die unter der willentlichen Kontrolle des Betroffenen steht. Die Beweggründe einer solchen Störung sind schwierig zu erfassen. Im Gegensatz zur Simulation sind sie definitionsgemäss nicht im Lichte der persönlichen Lebensumstände zu verstehen (zum Beispiel Rentenbegehren, Arbeitsbefreiung). Das Ziel solcher Handlungen

besteht eher darin, aufgrund unterschiedlicher Motive (Protest gegen die Umwelt, Wunsch nach Ausserordentlichkeit, Selbstbestrafung usw.) die Aufmerksamkeit auf die eigene Person zu lenken beziehungsweise eine Patientenrolle zu erlangen.

Der *Wahn* gilt als psychotisches Grundphänomen, bei dem die objektive Falschheit und Unmöglichkeit des Wahnhaltiges meist leicht erkennbar sind. Wahnhafte Überzeugungen sind kein blosser Irrglaube, sondern es handelt sich um ein eigenständiges abnormes Erleben der Umwelt beziehungsweise Erfahren der Ich-Umwelt-Beziehung. Der Wahn ist nichts vom Kranken Ausgedachtes, sondern beruht auf primär psychotischen Erlebnissen.

Psychodynamisch betrachtet ist er als eine besondere Konsequenz einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen. Das Wahnbedürfnis geht dabei aus der psychotischen Spannung hervor, die durch den Widerspruch zwischen Umwelt- und Ich-Erfahrung entsteht. Im Wahngedanken sucht der Kranke nach neuer Sicherheit. Trotz der Unvereinbarkeit des Wahnhaltiges mit der Realität hält der Kranke durch subjektive Gewissheit an seinem Wahn fest und lässt sich weder durch gegenteilige Erfahrung noch durch rationale Argumentation beeinflussen.

Beispiele für Wahnerkrankungen mit Ausdruck am Kapillitium sind *Epizoonosenwahn* und *Dysmorphophobie*. Beim *Epizoonosenwahn* liegt eine wahnhaftige Überzeugung vor, mit Ungeziefer befallen zu sein, die im Rahmen unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen auftreten kann und zu sekundär artefiziellen Hautschädigungen führt. Der Wahn ist keine Krankheitsentität, sondern ein Symptom verschiedener Arten psychotischen Erlebens. Dies kann zum Beispiel im Rahmen einer hypochondrischen Psychose, Schizophrenie oder psychotischen Depression sein oder als Symptom eines hirnganischen Psychosyndroms infolge Intoxikation (Kokain, Alkohol) oder Zerebralsklerose.

Bei der *Dysmorphophobie* liegt eine Beeinträchtigung aufgrund eingebildeter Mängel der körperlichen Erscheinung vor, die durch keinerlei tatsächlich vorhandene körperliche Missbildungen gerechtfertigt ist. Häufiger sind Jugendliche in einer «Reifungskrise», wenn neue Lebensanforderungen bewältigt werden müssen, oder Frauen mittleren Alters mit Partnerschaftsproblemen betroffen. Die Bezeichnung «Phobie» ist insofern nicht treffend, als die Störung nicht den phobischen Störungen zuzuordnen ist. (Gleiches gilt für den Epizoonosenwahn, der unzutreffenderweise oft auch als «Akarophobie» bezeichnet wird). Auf das Kapillitium bezogen besteht die wahnhaftige Überzeugung, an einem krankhaften Haarverlust bezie-

hungsweise einer entstellenden Alopezie zu leiden, wobei der Kranke an seiner Überzeugung unbeirrbar festhält.

Beim *psychogenen Pseudoeffluvium* besteht bei fehlendem Objektivbefund ein vom Betroffenen subjektiv als krankhaft verstärkt empfundener Haarausfall, der nicht wahnhaft zu sein braucht. Häufiger sind mode- und kosmetikbewusste Frauen betroffen, bei denen eine Diskrepanz zwischen dem Istzustand und einer Idealvorstellung des Kopfhaares besteht. Diese Patientinnen benutzen später oft auch das altersbedingte Dünnerwerden des Kapillitiums dazu, sich mit dem allgemeineren Problem des Älterwerdens anderweitig auseinander zu setzen. Ätiopathogenetisch liegt ein Spektrum abnormer psychischer Reaktionsmuster vor, die von einer psychischen Fixierung auf tatsächliche dermatologische Symptome, wie den normalen täglichen Haarausfall, bis zur eigentlichen hypochondrischen Neurose und Dysmorphophobie reichen kann. Die herausragende Beeinträchtigung liegt in einer unrealistischen Interpretation von körperlichen Zeichen als abnormal, sodass es zu einer intensiven Beschäftigung mit der Furcht oder der Überzeugung kommt, eine schwere Alopezie zu entwickeln.

3. Chronische kutane sensorische Störungen

Unter chronischen kutanen sensorischen Störungen werden starke, anhaltende kutane Dysästhesien in der Form brennender oder stechender Schmerzen oder von Juckreiz verstanden, bei denen nach gründlicher Untersuchung kein Organbefund oder pathophysiologischer Mechanismus gefunden werden können, die für die Missempfindungen verantwortlich wären. Derartige Missempfindungen werden auch als *somatoforme Störung* bezeichnet. Je nach betroffenem Organ werden sie beispielsweise als «Glossodynie» und «Vulvodynie» bezeichnet.

Für schmerzhaft empfundene Empfindungen der Kopfhaut wurde von Reborna die Bezeichnung *Trichodynie* geprägt, in der zu den vorgenannten Störungen immerhin eine bemerkenswerte Analogie anklingt: Den erwähnten Schmerzsyndromen fehlt ein morphologisches Substrat, während ihnen Chronizitätsneigung und notorische Therapierefraktärität gemeinsam sind. Reborna hat in einer Serie an 222 Frauen mit angeblichem Haarausfall bei 34,2 Prozent eine Häufigkeit derartiger Schmerzempfindungen der Kopfhaut festgestellt, und Hordinsky und Mitautoren haben eine vermehrte Expression von Substanz P in der Kopfhaut von Trichodynie-Patienten nachgewiesen. Somit stellt sich die Frage, wieweit die Auffassung von Rebornas Trichodynie der nosologischen Einordnung als somatoforme Störung standhält, da mit diesen Befunden immerhin ein pathophysiologischer Mechanismus der Schmerzempfindung aufgedeckt worden ist. Dementsprechend finden sich sowohl Fälle von Trichodynie ohne psychische Auffälligkeiten als auch solche, bei denen psychische Faktoren am Schmerz ätiologisch beteiligt sind und die deshalb den psychogenen Schmerzsyndromen zuzuordnen sind.

Beim *psychogenen Schmerzsyndrom* sind psychische Faktoren ätiologisch an den Dysästhesien beteiligt, nachgewiesen durch einen zeitlichen Zusammenhang zwischen einem äusseren Reiz, der eine offensichtliche Beziehung zu einem psychischen Konflikt hat, und dem Beginn oder der Intensivierung der Schmerzen. Der Schmerz kann dem Betroffenen dazu verhelfen, von seiner Umgebung Unterstützung zu bekommen, die er sonst nicht erwarten dürfte. Häufig liegt deshalb schmerzhaften Sensationen des Skalps ein generalisiertes Angstsyndrom oder eine depressive Neurose zugrunde.

4. Somatopsychische Beziehungen

Die psychologischen Auswirkungen des Haarverlustes haben unlängst die Aufmerksamkeit der medizinischen Literatur gewonnen. Dadurch ergeben sich für die Betreuung trichologischer Patienten neue Aufgaben. Das subjektive Erleben des Haarverlustes, beispielsweise durch eine Alopecia areata oder eine androgenetische Alopezie, hat vielfältige Auswirkungen auf die Befindlichkeit des Betroffenen, seine psychosoziale Anpassung und auf sein Krankheitsverhalten, speziell auch seine Mitwirkung in der Diagnostik und Therapie. Die äusserlich sichtbare Entstellung ist meist emotional ausserordentlich belastend, erschüttert das Selbstwertgefühl und beeinträchtigt die normale Lebensqualität. Diese Faktoren, aber auch unangepasste Reaktionen auf die psychosoziale Belastung, können zur Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungen Betroffener führen: Mögliche Folgen sind *Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung, mit ängstlicher Stimmung, mit gemischt emotionalen Zügen, mit Verhaltensbeeinträchtigung oder mit gemischten emotionalen und Verhaltensbeeinträchtigungen*. Mit dem Rückzug aus der Alltagsaktivität und den normalen Umweltbezügen kann es zur egozentrischen Einengung kommen, die oft mit einer «passiven Resignation» verbunden ist, wenn die Erfahrung der Nichtkontrolle gemacht wird. Wenn hingegen der Versuch unternommen wird, die eigene Kontrolle und Entscheidungsfreiheit wiederherzustellen, so ist häufig «Reaktanz» als Abwehrverhalten zu beobachten, die sich als aggressives Aufbegehren, Unterlaufen der Therapie und/oder Zuwendung zu irrationalen Praktiken äussern kann. ●

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb

Leitender Oberarzt

Dermatologische Klinik und Haarsprechstunde

UniversitätsSpital Zürich

Gloriastrasse 31, 8091 Zürich

E-Mail: Ralph.trueeb@usz.ch

Literatur:

Trüeb R.M.: Psychodermatologie des Haarbodens.

In: Trüeb R.M.: Haare. Praxis der Trichologie. Steinkopff Darmstadt 2003: 395–415.