



Psychodermatologie des Kapillitiums

TEIL 2: PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE UND ANDERE THERAPIEOPTIONEN

von Ralph M. Trüeb

Um psychodermatologische Störungen mit Auswirkung auf das Kapillitium adäquat behandeln zu können, hat sich jedes Therapiekonzept auf das Verständnis der zugrundeliegenden psychopathologischen Reaktionsmuster abzustützen. Unter diesen Voraussetzungen ist ein angemessener Umgang mit dem Patienten, die richtige Auswahl psychopharmakologischer und anderer Therapieoptionen sowie das Erkennen eigener Grenzen möglich.

Bezüglich der Therapie werden sowohl Allgemeinmassnahmen als auch Prinzipien der Pharmakotherapie beleuchtet.

Selbstverständlich sind zunächst differenzialdiagnostisch zugrunde liegende somatische Störungen sorgfältig auszuschliessen, welche die Symptomatologie des Patienten erklären würden.

Allgemeinmassnahmen

Generell ist auf eine individuell angepasste, reizarme Haar- und Haarbodenpflege unter Vermeidung jeder Art des «Overreatment» der Kopfhaut, insbesondere mit alkoholischen Skalp-Applikationen, zu achten.

Bei manipulativ bedingten Veränderungen kann bei Juckreizempfindung die zeitweise topische Anwendung von Glukokortikoiden in einer Cremegrundlage hilfreich sein. Bei einer Sekundärinfektion ist eine lokale (in Haftgel-Grundlage) oder systemische Therapie mit staphylokokkenwirksamen Antibiotika angezeigt. Ferner sollten die Fingernägel kurz gehalten werden.

Wo eher gewohnheitsmässige Manipulation vorliegt, kann der Patient darauf hingewiesen werden und eventuell unterstützt durch kognitive Verhaltenstherapie sein Fehlverhalten korrigieren lernen. Bei fehlender Einsicht können Videoaufnahmen zur Demonstration des Fehlverhaltens eingesetzt werden. Eine einfache Form der Biofeedback-Therapie ist die «Chromotherapie»: Durch die Behandlung beispielsweise eines Trichotillomanieherdes mit Pyoktanin oder einem anderen Farbstoff fällt dem Patienten und seiner Umgebung die Automanipulation an der Verfärbung der Fingerspitzen auf.

Wo zwangsneurotische Momente eine Rolle spielen, sind kognitive verhaltenstherapeutische Massnahmen in

Zusammenarbeit mit dem Psychiater oder Psychologen in Betracht zu ziehen: Eine einfache verhaltenstherapeutische Technik ist die «5-Minuten-Regel», bei der zwischen Impuls und Zwangshandlung bewusst ein Intervall von fünf Minuten eingelegt wird, das sukzessive verlängert wird.

Artefakte heilen fast ausnahmslos unter Okklusivtherapien ab. Der Erfolg derartiger Massnahmen ist diagnostisch relevant, aber therapeutisch leider nur vorübergehend von Nutzen. Nach Aufklärung des Kausalzusammenhangs ist eine psychotherapeutische Betreuung erforderlich.

Patienten mit Skalp-Dysästhesie sprechen auf eine ganze Reihe topischer und/oder systemischer Dermatotherapeutika schlecht an. Placebo ruft sogar häufig Unverträglichkeitsreaktionen hervor, die das bei diesen Patienten ohnehin off fragile Vertrauensverhältnis zum Arzt zusätzlich belasten. Unter ihnen sind immer wieder solche mit einer aggressiven Haltung gegenüber sich selbst (bis hin zum Suizid) und dem Arzt (bis hin zu konkreten Androhungen) anzutreffen. Während bei Frauen mit Skalp-Dysästhesie häufiger Depressionen im Zusammenhang mit Eheproblemen vorliegen, bringen Männer mit psychogenen Schmerzen (die im Übrigen das Genitale häufiger als den Skalp betreffen) ihre Beschwerden oft mit Problemen im sozialen Umgang mit dem weiblichen Geschlecht in Verbindung. Derartige zugrunde liegende psychosoziale Probleme müssen direkt angesprochen werden, damit gemeinsam mit dem Patienten eine Lösung erarbeitet werden kann.

Um Patienten mit psychogenem Pseudoeffluvium die unrealistische Furcht vor einer Alopezie zu nehmen, aber auch um sie von der auf das Alter und Geschlecht bezogenen «Normalität» ihres Haarzustandes zu überzeugen, ist nach sorgfältigen und umfassenden somatischen Abklärungsuntersuchungen ein ausführliches und einfühlsames Gespräch erforderlich. Dieses schafft erst die Vertrauensbasis, um überbewertete Ideen oder Fehlauffassungen in Bezug auf die Haare zu relativieren und zu korrigieren.

Therapeutisch schwieriger zu beeinflussen ist das psychogene Pseudoeffluvium als Ausdruck einer hypochondrischen Neurose. Sinnvoll sind hier analytische Gespräche bei einem entsprechend geschulten Psychotherapeuten, die sich auf interpersonelle Probleme des Kranken konzentrieren und ihn die tiefer liegende Bedeutung seiner Ängste erkennen lassen.

Patienten mit ausgeprägter Alopezie, wie bei einer Alopecia areata, sind auf die Möglichkeit von Kontakten zu Selbsthilfeorganisationen aufmerksam zu machen. Durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen kann mehr Sicherheit im Umgang mit der Krankheit gewonnen werden.

Pharmakotherapie

Der Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung psychopathologisch bedingter Veränderungen und/oder Missempfindungen am Kapillitium hat sich nach der zugrunde liegenden psychopathologischen Störung zu richten.

Bei einem *generalisierten Angstsyndrom* wie neurotischen Exkorationen kommen Tranquilizer vom Typ Alprazolam oder Buspiron zum Einsatz. Alprazolam wird zunächst in einer niedrigen Dosis gegeben (zum Beispiel 0,125 mg 4 x täglich, steigerbar jeweils um 0,125 mg bis zur optimalen Dosis zwischen 4 x 0,25 mg und maximal 4 x 0,5 mg pro Tag). Sollte eine solche Therapie länger als drei Wochen durchgeführt werden, ist wegen des Risikos einer Abhängigkeit Buspiron (3 x 5 mg bis 3 x 10 mg täglich) vorzuziehen.

Bei einer *neurotischen Depression* wie Skalp-Dysästhesie kommen Antidepressiva vom Typ Doxepin oder Desipramin zum Einsatz. Doxepin wird initial in einer

Abenddosierung von 25 mg verordnet, diese wird alle sieben Tage um 25 mg gesteigert bis zu einer erfahrungsgemäss wirksamen Zieldosis zwischen 100 und 300 mg vor dem Schlafengehen. Falls die Sedation durch Doxepin als störend empfunden wird, kann alternativ Desipramin in einer Dosis vor dem Schlafengehen eingesetzt werden: Die Initialdosis beträgt 25 mg, sie kann alle sieben Tage um wei-

tere 25 mg bis zu einer Tagesdosis von 100 mg bis maximal 150 mg gesteigert werden. Bei neurotischen Exkorationen infolge einer neurotischen Depression ist vom Einsatz von Fluoxetin eher abzuraten, da es sich hierbei meistens um eine agitierte Depression handelt und unter einer solchen Therapie die Agitiertheit zunehmen kann.

Für die Behandlung von Trichotillomanie oder Artefakten, die zwangsneurotisch bedingt sind, kommen Psychopharmaka mit der Differenzialindikation von Zwangskrankheiten zum Einsatz: Clomipramin, Fluoxetin und Fluvoxamin. Clomipramin wird für Erwachsene mit einer Initialdosis von 25 mg vor dem Schlafengehen allmählich gegen oben titriert, bis zu einer Dosis zwischen 100 und (max.) 250 mg. Die Maximaldosis Clomipramin für Kinder beträgt 3 mg/kg Körpergewicht pro Tag. Fluoxetin ist bei Erwachsenen in einer Tagesdosierung zwischen 40 mg und 60 mg meistens wirksam. Fluvoxamin wird bei Erwachsenen mit einer initialen Tagesdosis von 50 mg eingeschlichen (cave: Nausea), die 50-mg-weise allmählich gegen oben titriert wird, bis zu einer erfahrungsgemäss wirksamen Tagesdosis zwischen 100 mg und (max.) 300 mg, verteilt in zwei Dosen.

Zur Therapie des *Epizoonosenwahns* als Ausdruck einer monosymptomatischen hypochondrischen Psychose

**Die Gebildeten
unter den Ärzten
bemühen sich jedenfalls
sehr um die Kenntnis
der Seele.**

Aristoteles, Nikomachische Ethik

bewährt sich das Neuroleptikum Pimozid. Die Behandlung mit Pimozid wird zunächst in einer Tagesdosierung von 1 mg eingeleitet, die Dosis dann wöchentlich um 1 mg erhöht bis zu einer erfahrungsgemäss wirksamen Tagesdosis von 4 bis 6 mg. Bei Stabilisierung der Symptomatologie wird diese Dosierung während mindestens eines Monats beibehalten, noch ehe sie anschliessend alle zwei Wochen um 1 mg reduziert werden kann. Erfahrungsgemäss kann eine solche Therapie bedarfsweise in Episoden von jeweils etwa drei Monaten erfolgreich durchgeführt werden, bei einem minimalen Risiko der Entwicklung tardiver Dyskinesien. Einer unter einer solchen Behandlung nicht selten auftretenden Akathisie kann durch die gleichzeitige tägliche Gabe von 25 mg Diphenhydramin entgegengewirkt werden.

Bei den *chronischen kutanen sensorischen Syndromen* wird bei Skalp-Dysästhesien mit Juckreiz in erster Linie Doxepin eingesetzt, während bei Skalp-Dysästhesien mit Schmerzcharakter Amitriptylin zur Behandlung besser geeignet ist. Doxepin wird initial in einer Abenddosis von 25 mg verordnet, diese wird alle sieben Tage um 25 mg gesteigert, bis zu einer erfahrungsgemäss wirksamen Ziel-dosis um 100 mg vor dem Schlafengehen. Amitriptylin wird mit einer Initialdosis von 25 mg vor dem Schlafengehen begonnen und nach Bedarf bis 75 mg gesteigert. Häufig genügt diese Dosis für eine analgetische Wirkung, für eine antidepressive Wirkung ist eine Tagesdosierung von mindestens 100 mg notwendig. Fluoxetin wird in einer Tagesdosierung zwischen 40 mg und 60 mg verschrieben.

Bei somatopsychisch beeinträchtigten Patienten mit objektiver Haarverluststörung wie initialer androgener Alopezie, oder bei solchen mit Anzeichen einer Dysmorphophobie ist aus dermatologischer Sicht auch bei einem Minimalbefund entsprechend dem unbedingten Behandlungswunsch des Patienten die Indikation zu einer spezifischen Therapie (siehe *Kasten*), zum Beispiel mit Finasterid, frühzeitig zu stellen.

Zusammenfassung

Eine Reihe krankhafter Symptome am Kapillitium weist Beziehungen zu psychischen Störungen auf. Eine adäquate Behandlung des Patienten setzt ein Verständnis der zugrunde liegenden psychopathologischen Reaktionsmuster sowie Kenntnisse der Klassifikation und Differenzialdiagnose voraus. Während die dermatologischen Präsentationen psychischer Störungen mit Ausdruck am Kapillitium stereotypisch sind, muss unter verschiedenen Möglichkeiten eine spezifische psychopathologische Diagnose gestellt werden. Danach richtet sich die Wahl einer psychopharmakologischen Therapie. Da die psychologischen Auswirkungen von Haarverlust ebenfalls Aufmerksamkeit verlangen, ergeben sich auch für die Patientenführung bei Alopezie neue Aspekte. Bei der Therapie ergänzen sich allgemeine therapeutische und pharmakotheapeutische Massnahmen. ●

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.

Fortbildung: Anlässlich des 11. Meetings der European Hair Research Society in Zürich vom 7. bis 9. Juli 2005 findet eine Plenary Session zum Thema «Neurobiology and Psychosomatics of Hair» statt. Mehr Information unter: www.ehrs2005.ch