



Klaus-Michael Taube

Psychosomatik

Wechselwirkung zwischen (vermeintlicher) Hautinfektion und Psyche

Klaus-Michael Taube, Klinik für Hautkrankheiten der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Zusammenfassung

Bei Patienten mit Selbstverletzungen, Wahnvorstellungen oder chronischen Hautkrankheiten werden psychosomatische Einflüsse erkannt und beachtet, doch bei Patienten mit Hautinfektionen ist dies bisher kaum der Fall. Zu Unrecht, denn (vermeintlich) Infizierte leiden an Angst vor Ansteckung, Schamgefühlen und an Beschwerden wie Juckreiz und Schmerzen.

Schlüsselwörter: Hautinfektionen, Psoriasis, Neurodermitis, Angststörung, Wahn, Dermatozoenwahn, Scham, Venerophobie

Abstract

In patients with deliberate self-harm, delusion, or chronic skin diseases, psychosomatic influences are recognised and considered. However, this is wrongly not yet the case in patients with skin infections. (Allegedly) infected patients suffer from fear of contagion, shame, and from symptoms like itch and pain.

Key words: skin infections, psoriasis, neurodermitis, anxiety disorder, delusion, shame, venereophobia

Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich mit der Wechselwirkung zwischen Psyche und Haut beziehungsweise zwischen Haut und Psyche. Beide Richtungen haben praktische Bedeutung: Psychische Erkrankungen können den Betroffenen zu Handlungen veranlassen, die dann sekundär zu Hautkrankheiten führen. Ein Beispiel dafür ist ein Austrocknungs- und Irritationsekzem infolge eines Waschzwangs. Psychische Störungen können auch ein Grund sein, warum Patienten die Haut- und Körperpflege unterlassen oder Therapien nicht anwenden. Auf der anderen Seite können Hautkrankheiten reaktiv zu verschiedenen psychischen Veränderungen führen. So kann eine sichtbare Dermatoze ein Entstellungsgefühl, eine reaktive Depression oder auch eine Angststörung auslösen. Aus diesem Wissen hat sich das aktuelle Einteilungsprinzip für die psychosomatische Dermatologie entwickelt:

1. Dermatosen primär psychischer Genese = **psychiatrische Dermatosen**,
2. Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, in deren Verlauf psychische Einflüsse krankheitsverstärkend oder -abschwächend hinzukommen können = **psychosomatische Dermatosen** und

3. sekundär psychische Störungen in Folge von schweren oder entstellenden Dermatosen = **somato-psychische Dermatosen**.

Psychosomatische Probleme durch Hautinfektionen sind bisher wenig beachtet worden. In der dermatologischen Praxis lassen sich aber viele Beispiele anführen, die auf eine Wechselwirkung zwischen Infektion – oder der Angst vor der Infektion – und der Haut hinweisen. Diese Informationen nehmen Ärzte am Rande mit auf, lassen die Patienten aber mit deren Unsicherheiten und Ängsten oft allein.

Psychosomatische Probleme durch Hautinfektionen sind bisher wenig beachtet worden. In der dermatologischen Praxis lassen sich aber viele Beispiele anführen, die auf eine Wechselwirkung zwischen Infektion – oder der Angst vor der Infektion – und der Haut hinweisen. Diese Informationen nehmen Ärzte am Rande mit auf, lassen die Patienten aber mit deren Unsicherheiten und Ängsten oft allein.

Psychosomatische Probleme bei (vermeintlichen) Infektionen

Infektionen nehmen in der Dermatologie einen erheblichen Platz ein: erregt durch Bakterien, Pilze oder Viren, manche übertragen durch Parasiten und Insekten, darüber hinaus das spezielle Gebiet der sexuell übertragbaren Erkrankungen, wobei die HIV-Erkrankung eine besondere Rolle spielt. Durch Migrationsbewegungen und Fernreisen sind „seltene“ Infektionen wie Tropenkrankheiten in Deutschland gar nicht mehr so selten.

Hinsichtlich psychosomatischer Probleme im Zusammenhang mit Infektionen sind zunächst Angststörungen zu nennen: Angst vor einer tatsächlichen oder vermeintlichen Infektionskrankheit. Patienten mit chronischen Hautkrankheiten wie Neurodermitis oder Psoriasis können Schamgefühle oder Angststörungen entwickeln, wenn ihr soziales oder berufliches Umfeld ihre Krankheit für ansteckend hält. Das kann dazu führen, dass sie ihre vermeintliche oder tatsächliche Infektion zu verheimlichen versuchen (Tabelle 1)^{1,2}.

Die folgenden Fallbeispiele sollen – stellvertretend für die komplexen Zusammenhänge

Subjektive Störungen und reale Ängste bei Hautinfektionen	Reaktive psychische Störungen bei (vermeintlichen) Hautinfektionen
Beschwerden in Form von Juckreiz, Schmerzen oder Brennen	Ängste vor tatsächlichen oder vermeintlichen Infektionen und deren Folgen
Verstärkung von Beschwerden durch Superinfektionen bestehender Dermatosen	Ängste davor, tatsächliche oder vermeintliche Infektionen zu übertragen
Ängste vor durch Insekten übertragene Infektionen	Angst vor unzureichender/erfolgloser Behandlung
Entstellungsgefühl nach stattgehabten Infektionen mit sekundären sichtbaren Narben	Phobien vor befürchteten Infektionen
	Manipulationen (artifizielle Hautaffektionen) zur vermeintlichen Verhinderung, Beseitigung oder Eindämmung von Infektionen
	Ekel vor sich selbst und/oder Angst vor dem Ekel anderer
	Ekel als Auslöser einer Infektion (wie Herpes simplex)
	Schamgefühle wie bei venerischen Erkrankungen

Tabelle 1: Zusammenhänge von subjektiven und psychischen Störungen mit Hautinfektionen.

zwischen psychosomatischen Störungen und Infektionen in der Dermatologie – die Wechselwirkung zwischen (vermeintlicher) Hautinfektion und Psyche verdeutlichen.

Fall 1: Venerophobie

Ein 35-jähriger Mann klagt seit nunmehr drei Jahren über chronischen Juckreiz am Harnröhrenausgang. Des Weiteren bestehen Juckreiz und Brennen am Penischaft, am Skrotum und in beiden Leisten. Der Patient ist unverheiratet, lebt noch bei seiner Mutter und ist derzeit arbeitslos. Der niedergelassene Dermatologe behandelte ihn zunächst mit verschiedenen Salben, die nach Angaben des Patienten jedoch stets wirkungslos waren.

Obwohl kaum Fluor besteht und schon gar kein eitriger Ausfluss, ist der Patient fest davon überzeugt, nach einem einmaligen Intimkontakt vor etwa dreieinhalb Jahren an einer Geschlechtskrankheit zu leiden. Er hat sich – im Wesentlichen über das Internet – informiert und befürchtet nun, dass es sich

um eine Gonorrhoe („Tripper“) handelt. Seinen niedergelassenen Hautarzt drängt er ständig zu weiterer Diagnostik.

Die mehrmals vorgenommenen Harnröhrenabstriche waren stets unauffällig. Eine Vorstellung beim Urologen brachte auch keine neuen Erkenntnisse, vielleicht ganz geringe Entzündungszeichen in der Urethra.

Der Patient gibt auf gezieltes Nachfragen hin an, die Urethra täglich „auszustreichen“, wobei er sicher erhebliche Harnröhren-Irritationen provoziert.

Der Patient lässt sich von seiner Überzeugung, dass es sich um eine spezielle Geschlechtskrankheit handelt, nicht abbringen: „Sollten Sie die Ursache nicht herausfinden, werde ich mich an einen anderen Arzt wenden.“

Diskussion

Der Patient leidet an einer Venerophobie, also an einer psychiatrischen Erkrankung mit einer Wahnvorstellung. Diese Patienten

suchen dermatologische Praxen unter einer klaren somatischen Fragestellung auf und leugnen psychopathologische Ursachen. Charakteristischerweise wird der Hautarzt mit Patienten konfrontiert, die einen monosymptomatischen Wahn zeigen. Dabei handelt es sich um eine isolierte Vorstellung, wobei die übrige Charakterstruktur und Persönlichkeit oft unverändert erscheint. Die Wahninhalte können unterschiedlich sein: etwa ein Dermatozoenwahn (die Vorstellung, von kleinen Tieren oder Insekten befallen zu sein) oder auch ein hypochondrischer Wahn – wie in unserem Falle die Überzeugung, an einer Geschlechtskrankheit erkrankt zu sein.

Wahnvorstellungen sind zwar in der Regel nicht veränderbar, jedoch heute mit Neuroleptika gut behandelbar. In der Praxis ist es oft schwierig, die Patienten von dieser Therapie zu überzeugen, da sie sich die Behandlung ihrer vermeintlichen Erkrankung wünschen. Helfen kann hier eine zusätzliche blande Lokaltherapie, die die Patienten besser akzeptieren und tolerieren können.

Fall 2: Reaktive Angststörung

Herr B. ist jetzt 29 Jahre alt. Er stellte sich im Juni 2012 ambulant bei uns vor. Er hatte im September 2002 eine Lehre als Hotelfachmann begonnen, sie jedoch im November 2002 aus persönlichen Gründen abgebrochen. Stattdessen begann er eine Ausbildung als Koch, die er 2005 erfolgreich abschloss.

Seit seinem 15. Lebensjahr ist bei ihm eine Psoriasis vulgaris bekannt, anamnestisch leidet auch die Mutter an Schuppenflechte. Bei der Ausbildung störte Herrn B. seine Krankheit zunächst nicht, da sie sich lediglich in mäßigen Kopfschuppen äußerte, die er mit Spezialshampoos erfolgreich behandelte. Im Laufe seiner Ausbildung traten aber auch



Abb. 2: Die Befürchtung, sich oder andere anzustecken, kann sich zu einer Angststörung entwickeln.

Foto: © chamillew – Fotolia

typische erythrosquamöse Hautveränderungen an den Fingern und Handrücken auf, die er meist mit Kortisonsalben behandelte (Abb.1).

Nach Beendigung der Lehre und seinem Einsatz in einer Restaurantküche hielten die Hautveränderungen – die nur an den Händen bestanden – aber weiterhin an und führten zunehmend zu Problemen am Arbeitsplatz. Zum einen fühlte sich Herr B. durch Brennen an den betroffenen Hautstellen bei Feuchtarbeiten oder beim Kontakt mit bestimmten Gemüsen und Speisen eingeschränkt. Zum anderen tolerierte der Arbeitgeber diese Hautveränderungen immer weniger und kündigte Herrn B. schließlich. Mehrfache anschließende Versuche, als Koch wieder Fuß zu fassen, scheiterten, da die oft zwar geringen, aber doch auffälligen Hautveränderungen an den Fingern persistierten. Von Arbeitgeberseite wurde immer wieder der Verdacht geäußert, dass die Hautkrankheit ansteckend sei. Herr B. war auf dem Arbeitsmarkt praktisch nicht mehr vermittelbar. De facto ist er auf Dauer berufsunfähig.

Diskussion

Hier handelt es sich um eine reaktive Angststörung, die der Betroffene aufgrund der Reaktion seines Umfeldes auf seine nicht ansteckenden, aber sichtbaren Hautveränderungen (Psoriasis an den Händen) entwickelte. Der Patient ist ständig bemüht, seine Hautkrankheit zu kaschieren oder abzudecken, er sieht sich oft mit Fragen nach der Ansteckungsgefahr konfrontiert.

Gerade in Berufen mit Lebensmittelkontakt, wie hier als Koch, ist es kaum vermeidbar, dass das Umfeld Ekelgefühle oder Angst vor Ansteckung äußert. Manche Patienten wünschen deshalb Bescheinigungen, dass



Abb. 1: Psoriasisherde an beiden Handrücken unseres Patienten.

ihre chronische Hautkrankheit nicht ansteckend ist. All dies ist mit erheblichem Schamgefühl, Einschränkung des Selbstwertgefühls und Angst verbunden.

Fazit

Die beiden Fallbeispiele machen deutlich, dass es bei (vermeintlichen) Infektionen an der Haut oder an den Schleimhäuten verschiedene psychosomatische Problemebenen gibt. Der behandelnde Arzt sollte diesen Aspekt der Infektionskrankheiten beachten, den Patienten aktiv darauf ansprechen und gegebenenfalls diese Störungen in den Therapieplan einbeziehen².

Literatur

1. Harth W, Gieler U. Psychosomatische Dermatologie, Kapitel 1: Dermatosen primär psychischer Genese, Unterkapitel Dermatozoenwahn. Springer Verlag, Heidelberg 2006.
2. Taube KM Probleme aus der Infektiologie. In: Ruzicka T. et al. Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie 2012, Springer Verlag, Heidelberg 2013, S. 539-540.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus-Michael Taube
 Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
 Ernst-Kromayer-Str. 5
 06097 Halle (Saale)
 E-Mail: klaus-michael.taube@uk-halle.de