

## Mechanismen und Therapien *Mécanismes et traitements*

# Pruritus und die Psyche

## *Prurit et psychisme*

Marc Fouradoulas, Zürich

- **Pruritus ist eine multidimensionale Erfahrung, welche nebst sensorischen auch affektive, kognitive und Verhaltensaspekte beinhaltet und sich durch Placebo- und Nocebo-Effekte auslösen und modulieren lässt.**
- **Chronischer Pruritus ist gehäuft assoziiert mit psychosozialen Stress und affektiven Störungen wie Angst und Depression und sollte dahingehend abgeklärt werden.**
- **Die psychologische Behandlung sollte nach eingehender Aufklärung der psychosomatischen Zusammenhänge auf die zugrundeliegende Problematik (Stressbelastung, psychische Komorbidität, Juckreizkontrolle) abgestimmt werden.**
- *Le prurit est une expérience multidimensionnelle, qui outre les aspects sensoriels, comporte également des aspects affectifs, cognitifs et comportementaux et qui peut être déclenché et modulé par les effets placebo et nocebo.*
- *Le prurit chronique est fréquemment associé au stress psychosocial et aux troubles affectifs tels que l'anxiété et la dépression et doit être évalué en conséquence.*
- *Le traitement psychologique doit être déterminé une fois réalisé un examen approfondi des corrélations psychosomatiques par rapport à la problématique sous-jacente (niveau de stress, comorbidité psychique, contrôle des démangeaisons).*

■ Chronischer Pruritus ist eine häufige Begleiterscheinung von Hauterkrankungen und kann durch seinen quälenden Charakter die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Umgekehrt kann er Ausdruck oder Teilaspekt einer psychischen Störung sein. Die Erforschung dieser psychosomatischen Zusammenhänge konnte in den letzten Jahren deutliche Zusammenhänge nachweisen und psychotherapeutische Behandlungsoptionen aufzeigen. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über psychische Einflussfaktoren, psychoneuroimmunologische Mechanismen und Therapieformen.

Psychosomatische Aspekte von Hauterkrankungen sind bereits seit vielen Jahren bekannt. Im Sinne des biopsychosozialen Modells wird hierunter der Einfluss psychosozialer Belastungen auf Dermatosen verstanden sowie umgekehrt die Auswirkung der Dermatose auf die Psyche. Genauer betrachtet gehören hierzu Auswirkungen von Stressbelastungen auf die Entzündungsmodulation, die Verarbeitung negativer Affekte und Kognitionen (Bsp. Erwartungsängste) sowie die Bewältigung und Integration des Krankheitszustands in die aktuelle Lebenssituation.

### **Suggestion, Placebo- und Nocebo-Effekte**

Bei Pruritus handelt es sich, ähnlich wie beim Schmerz, um ein komplexes sensorisches Phänomen, welches diskriminative, kognitiv-bewertende, motivationale und affektive Komponenten beinhaltet. Entsprechend konnten zahlreiche Studien nachweisen, dass im Gehirn während des Auftretens von Pruritus nebst sensorischen auch motorische und affektive Areale (zentrale Angstzentren, Amygdala, Hippocampus) aktiviert werden. Sogar ohne Vorhandensein einer Dermatose lässt sich Pruritus subtil provozieren. So konnten experimentelle Studien an gesunden Probanden durch Darbietung pruritusbezogener visueller Stimuli (Bilder von krabbelnden Insekten, sich kratzende Personen) zuverlässiges Jucken und Kratzverhalten induzieren [1,2]. Nebst dieser mentalen Induktion lassen sich aber auch Placebo- und Nocebo-Effekte nachweisen. In einer experimentellen Studie gelang es, bei Gesunden durch verbale Suggestionen zur Erhöhung der Erwartungsangst die Pruritusintensität nach mechanischen, elektrischen und Histaminstimuli signifikant erhöhen [3]. Umgekehrt liess sich bei Gesunden die subjektive Pruritusintensität nach Histaminapplikation durch verbale Verharmlosung signifikant ver-

mindern [4]. Interessanterweise lassen sich diese Placeboeffekte langfristig therapeutisch zunutze machen durch eine Kombination aus verbaler Suggestion und Konditionierung [5,6].

### Stress und psychische Komorbiditäten

Der negative Einfluss von Stress auf den Verlauf chronischer Hauterkrankungen wie Neurodermitis und Psoriasis ist seit Jahren bekannt. Aber auch in der Allgemeinbevölkerung korrelieren Auftreten und Ausmass von Pruritus mit psychosozialen Stress [7,8]. Zu den hierbei untersuchten Formen von Stress gehörten Alltagswidrigkeiten, belastende Lebenserfahrungen und Traumatisierungen («life events») sowie gewisse Persönlichkeitszüge (Perfektionismus, geringe Verträglichkeit).

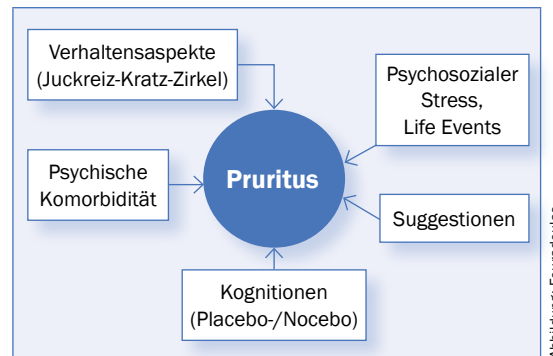
Passend hierzu finden sich bei chronischem Pruritus gehäuft psychische Erkrankungen wie Ängste und Depressionen. Hauterkrankungen gehen generell mit einer erhöhten Komorbidität für psychische Erkrankungen einher, wobei Hauterkrankte eine knapp doppelt so hohe Prävalenz (29%) für affektive Störungen wie Angst oder Depression im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufweisen [9]. Auch Patienten mit chronischem Pruritus scheinen häufiger an psychischen Erkrankungen zu leiden. In einer psychiatrischen Evaluation dieser Subgruppe (n=109) liess sich bei über 70% der Betroffenen eine psychiatrische Diagnose stellen und bei über 60% eine psychotherapeutische Behandlung empfehlen [10]. Wie eingangs erwähnt überlappen sich die neurofunktionellen Mechanismen dieser Störungen. Vereinfacht kann hier von einer erhöhten ängstlichen Anspannung gesprochen werden, die einen pruritus-fördernden Einfluss ausübt.

Durch das Kratzen kommt es kurzfristig zu einer Entspannung, langfristig aber zu Hautschädigung und konditioniertem Verhalten. Das Kratzen wird unmittelbar als Erleichterung und Spannungsreduktion erlebt, verschlechtert jedoch i.d.R. den Hautzustand. Wenn bei psychischer Anspannung keine anderen Entspannungsformen vorhanden sind, aktiviert das Gedächtnis automatisch den Juckreiz-Kratz-Zirkel. Diesen Teufelskreis zu durchbrechen ist für viele Patienten schwierig, denn ein selbst auferlegtes Kratzverbot gelingt meist nicht. Strukturierte Verhaltensprogramme wie das Habit-Reversal-Training können hier besser Abhilfe schaffen.

### Wie der Stress in die Haut kommt

Nebst der bereits erwähnten neurofunktionellen Überlappung existieren auch psychoneuroimmunologische Interaktionen auf zellulärer Ebene [11]. Grundsätzlich reagiert das Immunsystem bei jeder Stressreaktion mit. So sind Rezeptoren für Stressmediatoren auf jeder hautständigen oder hautinfiltrierenden Zelle des Immunsystems zu finden. Über die drei Stressachsen Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA), sympathische und cholinerge Achse sowie Neuropeptid-Neurothrophin-Achse wirken Cortisol, Noradrenalin, Acetylcholin und Neuropeptide auf das humorale Milieu der Haut. Chronischer Stress bewirkt so eine periphere humorale

**Abb. 1:** Psychische Faktoren mit Einfluss auf den Pruritus



Entzündung und wirkt pro-allergen und pro-autoimmun. Dabei stehen Mastzellen in engem Kontakt mit signalvermittelnden Nervenfasern und können durch psychosozialen Stress aktiviert werden. Jene Neurone sind in der Lage über die Freisetzung von Neuropeptiden wie Substanz P (SP) efferent zu wirken und eine neurogene periphere Entzündung zu vermitteln. SP modifiziert systemisch die Stressreaktion durch Hemmung der HPA-Achse und Steigerung der sensiblen Wahrnehmung und des Juckreizes in der Haut. Im Tiermodell führt Stress so zu vermehrten Kontakten zwischen jenen Neuronen und Mastzellen mit nachfolgender Mastzelldegranulation und damit Histaminfreisetzung. Dabei sensibilisiert die stress-induzierte SP-Freisetzung die Mastzellen auch für weitere Reize. Entsprechend dieser Zusammenhänge zwischen Pruritus und psychischen Faktoren (**Abb. 1**) ist es naheliegend, dass neben dermatologischen Therapien auch Psychopharmaka und psychologische Interventionen eingesetzt werden sollten und sich diese als effektiv erwiesen haben.

### Therapie

Die psychosomatische Behandlung richtet sich nach dem biopsychosozialen Profil der Betroffenen und sollte nicht nur symptombezogen erfolgen. Am Anfang steht eine erweiterte psychosoziale Anamnese. Darin sollten das Belastungsprofil sowie Hinweise auf psychische Erkrankungen und psychiatrischer Vorgeschichte erfasst werden.

**Psychoedukation:** In einem zweiten Schritt sollten die Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Pruritus bzw. Hauterkrankung aufgezeigt werden. Dadurch kann ein erweitertes Krankheitsverständnis aufgebaut werden, wodurch eine psychologische Behandlung erst möglich wird.

**Pharmakotherapie:** Auf Basis der erwähnten affektiven Beteiligung bei chronischem Pruritus lässt sich ein psychopharmakologischer Ansatzpunkt ableiten. Am besten untersucht und am häufigsten eingesetzt sind Antidepressiva wie SSRIs (Paroxetin, Sertralin, Escitalopram) [12]. Weiter eignen sich Trizyklika wie Doxepin und Amitriptylin oral und sogar topisch eingesetzt, da sie einen antihistaminergen Effekt ausüben [13]. Seit kurzer Zeit werden auch GABA-Analoga wie Gabapentin und Pregabalin aufgrund ihres anxiolytischen Effekts eingesetzt [14].

**Entspannungsverfahren:** Ist der Pruritus mit einer erhöhten Stressbelastung assoziiert, eignen sich spezifische Entspannungsverfahren, welche täglich über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen geübt werden sollten. Zu den am besten untersuchten Methoden mit ähnlicher Wirksamkeit zur Pruritusreduktion gehören autogenes Training (AT) und Progressive Muskelrelaxation (PMR) [15]. Bei PMR wird die Entspannung durch konsekutives An- und Entspannen von Muskelgruppen erreicht. Der Anwender ist also aktiv und behält ein körperliches Kontrollgefühl. Es gibt Varianten unterschiedlicher Dauer, wichtiger aber ist das tägliche Üben, welches ein Trainieren dieser Entspannungsreaktion ermöglicht. Beim AT steht die auto-suggestive Beeinflussung der willkürlichen und glatten Muskulatur im Vordergrund. Der Anwender konzentriert sich auf spezifische Körperregionen und imaginiert Wahrnehmungen wie Schwere, Wärme oder Atemtiefe, wodurch sich mit der Zeit eine Entspannung einstellt. Betreffend Pruritus lassen sich überdies auch hautspezifische Suggestionen wie «die Haut ist entspannt und kühl» einbauen.

**Juckreizkontrolle, Habit-Reversal-Training (HRT):** HRT wird besonders dann empfohlen, wenn das schädigende Kratzverhalten den Pruritus noch verstärkt oder das Hauptproblem darstellt (Juckreiz-Kratz-Zirkel). Dieses Verfahren wurde ursprünglich bei Zwangsstörungen angewendet und zielt auf eine Veränderung des bereits konditionierten Juckreiz-Kratz-Verhaltens ab. HRT besteht aus den drei Schritten Wahrnehmungstraining, Einüben einer Ersatzhandlung und positives soziales Feedback. Die Wahrnehmung wird durch eine detaillierte Beschreibung der Juckreizwahrnehmung und Kratzreaktion vertieft. Anschliessend wird eine Ersatzhandlung wie z.B. Faustschluss oder ein Objekt ergreifen eingeübt. Schliesslich wird das soziale Umfeld einbezogen, welches erfolgreiches Verhalten positiv rückmeldet.

### Schlussfolgerung

Die Haut ist funktionell ein vielseitiges Organ. Nebst ihren klassischen Funktionen wie Abgrenzung, Wahrnehmung und Schutz ist sie auch ein Ausdrucks- und Begegnungsorgan. Im erweiterten Sinn kommen innere – und damit auch psychische – Prozesse an die Oberfläche. Juckreiz kann so eine erhöhte innere Spannung signalisieren und Aufmerksamkeit für diesen Prozess induzieren. Idealerweise folgt ein Erforschen der zugrundeliegenden Prozesse. Was drückt der Körper aus, was dem Betroffenen nicht zugänglich ist? Was kommuniziert er über die Haut, worüber er nicht sprechen kann? Das Kratzen symbolisiert eine kurzfristige Erleichterungshandlung zum Spannungsabbau, welche langfristig eher schadet. Im übertragenen Sinn steht sie für sämtliche der kurzfristigen Reaktionsmuster auf unentdeckte dysfunktionale innere Prozesse. Der Körper fordert so vom bewussten Menschen Aufmerksamkeit und Introspektion mit Bereitschaft zum Perspektivwechsel, Reflexion und Veränderung.



### Dr. med. Marc Fouradoulas

Praxis für Psychosomatik und langfristige Gesundheit  
St. Jakobstrasse 57

8004 Zürich

[mfouradoulas@hin.ch](mailto:mfouradoulas@hin.ch)

[www.drmmf.ch](http://www.drmmf.ch)

### Literatur:

1. Lloyd DM, et al.: British Journal of Dermatology 2013; 168(1): 106–111.
2. Niemeier V, Gieler U: Dermatol Psychosom 2000; 1(Suppl 1): 15–18.
3. van Laarhoven AI, et al.: Pain 2011; 152(7): 1486–1494.
4. Darragh M, et al.: Journal of Psychosomatic Research 2015; 78(5): 489–494.
5. Bartels DJ, et al.: PloS One 2014; 9(3): e91727.
6. Sölle A, et al.: Zeitschrift für Psychologie 2014; 222(3): 140–147.
7. Dalgard F, et al.: Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2007; 21(9): 1215–1219.
8. Yamamoto Y, et al.: Archives of Dermatology 2009; 145(12): 1384–1388.
9. Dalgard FJ, et al.: Journal of Investigative Dermatology 2015; 135(4): 984–991.
10. Schneider G, et al.: Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology 2006; 31(6): 762–767.
11. Peters EMJ: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2016; 14(3): 233–254.
12. Sanders KM, Akiyama T: Neuroscience Biobehavioral Reviews 2018; 87: 17–26.
13. Lee HG, et al.: Journal of the American Academy of Dermatology 2017; 76(4): 760–761.
14. Matsuda KM, et al.: Journal of the American Academy of Dermatology 2016; 75(3): 619–625.
15. Schut C, et al.: Acta Derm Venereol 2016; 96(2): 157–161.