

FACHBEREICHSARBEIT

zur Erlangung des Diploms im
gehobenen Dienst
für Gesundheits- und Krankenpflege

an der Schule für allgemeine Gesundheits-
und Krankenpflege des
Österreichischen Bundesheeres

Van Swieten-Kaserne
Brünner Strasse 238, 1210 WIEN

PFLEGE BEI CHRONISCHEN HAUTERKRANKUNGEN

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE
UND KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG BEI
SCHUPPENFLECHTE

verfasst von:
DEUTSCHMANN Albin, Vzlt
Lehrgang 2000 - 2003

Betreuung:
PLAUKOVITS Christian, OStv
Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege

WIEN, Jänner 2003

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	5
1 EINLEITUNG	6
2 WAS DIE ANATOMEN SAGEN	8
2.1 Der Aufbau der Haut	8
2.1.1 Die Oberfläche der Haut	9
2.1.2 Die Oberhaut (Epidermis)	9
2.1.3 Die Lederhaut (Korium)	10
2.1.4 Das Unterhautfett- und Bindegewebe (Subcutis)	11
2.1.5 Die Anhangsgebilde der Haut	11
3 WAS DIE HISTOLOGEN SAGEN	12
3.1 Psoriasis	12
3.2 Geschichtlicher Hintergrund zur Psoriasis	12
3.3 Veränderungen der Haut bei Psoriasis	13
3.4 Vererbung	14
3.5 Verlauf	14
3.6 Erstmanifestation	14
3.7 Auslösefaktoren für Psoriasis	15
3.7.1 Infektionen	15
3.7.2 Medikamente	15
3.7.3 Stress	15
3.8 Klinische Erscheinungsformen	16
3.8.1 Psoriasis vulgaris	16
3.8.2 Psoriasis guttata	17
3.8.3 Psoriasis Arthritis	17
3.8.4 Erythrodermie	17
3.9 Erkennen der Psoriasis durch den Arzt	17
3.9.1 Auspitz-Phänomen	18
3.10 Verlauf und Prognose der Psoriasis	18
4 WAS DIE DERMATOLOGEN SAGEN	19
4.1 Behandlungskomponenten der Psoriasis	19
4.2 Lokalbehandlung	20
4.2.1 Cignolin	20
4.2.2 Teer	20
4.2.3 Vitamin-D ₃ -Präparate	21
4.2.4 Steroide	21
4.3 Systemische Behandlung	21
4.3.1 Fumarsäureester	22
4.3.2 Retinoide	22
4.3.3 Methotrexat	22
4.3.4 Immunsuppressive Substanzen	22
4.4 Licht-Therapie	23
4.4.1 UVB-Therapie	23
4.4.2 PUVA	23

5 NICHTMEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNGSMETHODEN	25
5.1 Klimabehandlung und Badekuren	25
5.2 Entspannungstraining, Gesprächs- und Psychotherapie	25
6 ANDERE BEHANDLUNGSMETHODEN	26
7 WAS MANCHE PSYCHOANALYTIKER SAGEN	27
7.1 Psychosomatische Aspekte der Psoriasis	27
7.2 Erkenntnisse, die für „chronisch krank“ gelten	28
7.3 Hautkrankheiten und seelische Befindlichkeit	28
7.4 Seelische Faktoren bei chronisch Hautkranken	29
7.4.1 Stigmatisierung	30
7.5 Behandlungsmöglichkeiten von chron. Hautkrankheiten	31
7.6 Information	32
7.7 Entspannung	32
7.8 Sexualität	33
7.9 Streicheln entfällt bei Psoriasis	34
8 KRANKHEITSVERARBEITUNG: WAS IST DAS ?	35
8.1 Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	35
8.2 Ziel der Krankheitsverarbeitung	36
8.2.1 Gut leben mit Psoriasis	36
9 PFLEGERISCHE ASPEKTE	38
9.1 Spezielle Pflege- und Verhaltensempfehlungen	38
9.1.1 Pflege	38
9.1.2 Kleidung	39
9.1.3 Sport	39
9.1.4 Sonne	40
9.1.5 Sauna- und Schwimmbadbesuche	40
9.1.6 Reisen	40
9.1.7 Diät	40
9.1.8 Alkohol	41
9.1.9 Rauchen	42
SCHLUSSFOLGERUNGEN	43
LITERATURVERZEICHNIS	45
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	46

MEINEM VATER

Mein Dank gilt allen, die zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben

Vorwort

Im Zuge meiner dreijährigen Ausbildung an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des ÖBH (Österreichisches Bundesheer) absolvierte ich mein erstes internes Praktikum an der Universitätsklinik für Dermatologie, Abteilung für spezielle Dermatologie und Umweltdermatosen des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien. Dort konnte ich Erfahrungen mit Psoriasis-Patienten machen, die mich tief beeindruckten: Einerseits verfügten manche über ein grosses Wissen über ihre Erkrankung, andererseits aber reagierten andere mit vollkommener Ablehnung und Ignoranz.

Mein “dermatologisches” Interesse wurde nicht zuletzt durch die liebevolle und wertschätzende Aufnahme ins Pflorgeteam unter der Leitung von Frau DGKS Witwer Christine sowie dem ärztlichen Leiter Herrn a.o. Prof. Dr. Trautinger Franz geweckt.

Die Herausforderung an die Pflege bedeutet für mich, dass zusätzlich zur professionell pflegerischen Tätigkeit vor allem psychologisches Einfühlungsvermögen und Intuition von grossem Nutzen ist. Eine chronische Erkrankung verändert die Persönlichkeit eines Menschen: Die einen werden demütig, andere aber reagieren mit Aggression oder kindischem Trotz. All das muss in den gesamten Pflegeprozess einfließen.

In jedem Fall bedeutet die Diagnose Psoriasis einen tiefen Einschnitt in das Leben des betroffenen Menschen: Alles ändert sich.

1 Einleitung

"Psoriasis hält einen in Atem, Geheimhaltungsstrategien schiessen ins Kraut, und die Selbstprüfung nimmt kein Ende. Man wird vor den Spiegel gezwungen, wieder und wieder. (...) Bei bestimmter Beleuchtung findet man sein Gesicht ganz passabel, bei anderer nicht. Rasierspiegel und Autorückspiegel sind erbarmungslos, das rauchige Spiegelglas in Flugzeugtoiletten dagegen ist besonders schmeichelhaft und beschwichtigend: man sieht darin so ebenmässig braun aus wie ein Filmstar¹".

So beschreibt J. Updike, ein amerikanischer Schriftsteller das Verhältnis zu seiner Erkrankung.

Die Zahl der Hauterkrankungen nimmt zu. Vermutlich nicht nur wegen allergischer Symptome, sondern weil Stress und Umweltbelastungen immer stärker werden. Das Aussehen der Haut ist für die allgemeine Befindlichkeit des Menschen von nicht zu unterschätzender Bedeutung, und Störungen des Hautbildes können den Menschen erheblich beeinträchtigen.

Die Haut ist flächen- und gewichtsmässig das grösste aller Sinnesorgane. Darüber hinaus ist sie das einzige Sinnesorgan, das für den Menschen lebensnotwendig ist. Ein Mensch kann leben, wenn er blind und taub ist, weder hören noch schmecken kann, aber ohne die Funktionen der Haut ist er nicht lebensfähig.

Auch als Ausdrucksorgan wird über die Haut gesprochen: Aggressionen, Schmerzen, Freude können über die Haut ausgedrückt werden. Straffheit, Glätte und Geschmeidigkeit informieren über den Gesundheitszustand; die Farbe, Anordnung des Haarkleides, Lippenrot, Augenbrauen signalisieren anderen Menschen im Zusammenspiel mit der Mimik über Launen, Gefühle und Stimmungen.

¹ siehe Schuppenflechte, cit. Updike, J. S. 51

Das Kuscheln des Kindes ist ein Suchen und Tasten, das auf die Bestätigung durch die Berührung mit den Lippen und das Saugen an der Brustwarze abzielt. Es vermittelt dem Kind, dass es ein anderes Wesen gibt, das ihm Sicherheit gibt. Denn wir glauben an die Realität der Dinge nur, wenn sie für uns greifbar sind.

Das bloße Gefühl der Berührung ist als Anregung lebensnotwendig für das physische Dasein des Organismus. Selbstbewusstsein ist weitgehend eine Sache taktiler Erfahrung. Ob wir gehen, stehen, sitzen, liegen, die erste Botschaft kommt über die Haut.

Hauterkrankungen können das Gefühl auslösen, abstossend auf andere zu wirken. Das Selbstwertgefühl wird herabgesetzt. Es entsteht ein Teufelskreis, der zu Vereinsamung führen kann. Der moderne Mensch wird stark über das Aussehen definiert. Entspricht man diesem Ideal nicht, unreine Haut bestimmt natürlich nicht den Wert eines Menschen, aber der Betroffene selbst hat dieses Gefühl, kapselt sich ab und wird zum Aussenseiter.

2 Was die Anatomen sagen²

2.1 Der Aufbau der Haut

Die Haut ist das grösste Organ des menschlichen Organismus, sie umhüllt den Körper völlig. Ausbreitet würde ihre Grösse immerhin 1,5 bis 2 Quadratmeter betragen. Sie fungiert also als Verbindungsorgan zur

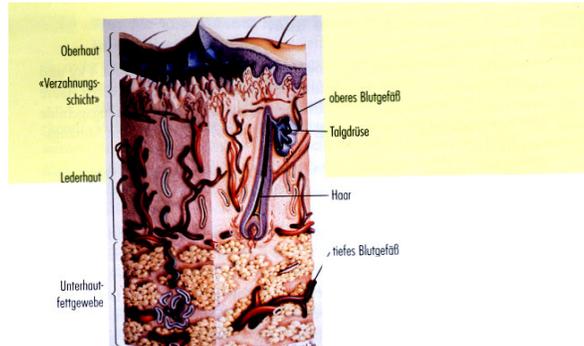


Abb. 1: Aufbau der Haut

Umwelt und hat als solches verschiedene Leistungen zu erbringen. Als Schutzorgan verhindert sie das Eindringen von Schadstoffen aus der Umwelt, seien es Schmutzteilchen, Bakterien, feste, flüssige oder gasförmige Stoffe. Andererseits verhindert die von fetthaltigen Substanzen durchzogene Hornhaut die Abgabe von allzuviel Wasser. Die Lederhaut, die derbelastisch und schmiegsam ist, gibt einen gewissen Schutz vor mechanischen Einflüssen wie Druck oder auch Zug. Die Verdunstung des sauren Schweißes hinterlässt auf der Haut einen Säuremantel, der das Wachstum von Pilzen und Bakterien beeinträchtigen kann. All diese Schutzfunktionen sind nach aussen gerichtet, aber es gibt noch andere nach innen gerichtete. Das Absonderungsorgan Haut unterstützt die Niere, indem Kochsalz, Kohlensäure, Wasser und Harnstoff ausgeschieden werden können. Täglich werden auf diese Weise fünf- bis sechshundert Milliliter Flüssigkeit abgegeben, was sich beim Schwitzen freilich ohne weiteres auf das bis zu drei- bis vierfache steigern kann. Das Wärmeregulationsorgan Haut wird durch den Füllungsgrad der Gefässe bestimmt. Ein weites Lumen, also ein grosser Füllungsgrad, gibt Wärme an die Umgebung ab, was durch zusätzliche Schweißsekretion verstärkt werden kann. Umgekehrt bedeutet die Engstellung der Gefässe eine Senkung der Wärmeabgabe.

² vgl. dazu Biologie, Anatomie und Psychologie, S. 135-140, National Geographic, S. 50-69, Pschyrembel, S. 461

Eine Gänsehaut verstärkt die Wirkung, indem sich die Haut zusammenzieht und gleichzeitig Fett aus Talgdrüsen ausgeschüttet wird.

Anatomisch sind drei Schichten der Haut zu unterscheiden: die Oberhaut oder *Epidermis*, die Lederhaut oder *Korium* und das Unterhautfett- und Bindegewebe oder *Subcutis*.

2.1.1 Die Oberfläche der Haut

Schon mit freiem Auge kann man am Handrücken kleine viereckige Felder erkennen, deren Längsachse senkrecht zur Beanspruchungsrichtung steht. Sie verstärken sich bei Extension (Streckung), vermindern sich bei Flexion (Beugung) und verschwinden bei Schwellung der Haut. Deshalb glaubt man auch, dass diese Felder Reservefalten darstellen. In der Nähe der Gelenke und im Gesicht finden sich gröbere Bewegungs- und Stauchungsfalten. Ein Leben lang gleich und bei jedem Menschen einzigartig sind die Papillarleisten und -furchen der Handfläche, der Finger, der Fußsohle und der Zehen.

2.1.2 Die Oberhaut (Epidermis)

Die Oberhaut besteht aus mehreren Zelllagen, ständig durch Teilung neugebildet von der untersten Zelllage, der Keim- oder Basalzellschicht. Die Epidermis regeneriert sich also ständig neu. Die vorkommenden Zellarten sind Keratinozyten, Melanozyten, Langerhans'sche Zellen und die Merkelzellen. Die Keratinozyten bilden den Hauptanteil der Zellen, aus ihrer Differenzierung ergibt sich der unter dem Mikroskop sichtbar werdende Schichtaufbau der Epidermis. Beginnend von aussen unterscheidet man das *Stratum corneum* (Hornschicht), das *Stratum lucidum* (Glanzschicht), das *Stratum granulosum* (Körnerzellschicht), das *Stratum spinosum* (Stachelzellschicht) und die innerste Schicht, das *Stratum basale* (Basalzellschicht).

Die Besonderheit der Melanozyten ist die Bildung und Abgabe von Melanin. Dieses liegt in Form von gelblich bis schwarzbraunen Pigmentkörperchen, durch eine Einheitsmembran zu Melanosomen zusammengefasst, in der Epidermis eingelagert.

Bei den Langerhans'schen Zellen handelt es sich um aus dem Korium eingewanderte Zellen, die ursprünglich vermutlich aus dem Knochenmark stammen. Das Stratum basale verankert mit Hilfe von sogenannten

“Wurzelfüsschen” die Epidermis mit dem Korium. Zusätzliche Befestigung der beiden Schichten wird erreicht durch die Verzahnung der zapfen- oder höckerartigen Epithel- und Koriumpapillen.

Die Erneuerung der Oberhautzellen von der untersten Zelllage (Erneuerungsschicht) bis zur Ablösung als Hornzelle dauert bei einem gesunden Menschen etwa 28 Tage.

2.1.3 Die Lederhaut (Korium)

Das bindegewebige Korium lässt zwei Schichten erkennen: *Stratum papillare*, ein lockeres Bindegewebe zur Verzahnung mit dem *Stratum basale* der Epidermis, und das tiefer gelegene, zellarme *Stratum texticulare*.

Die Dehnfähigkeit und Elastizität der Haut ist vor allem durch diese Schicht gegeben, hervorgerufen durch dicke, stark ineinander verflochtene Kollagenfaserbündel. Diese besondere Struktur allein garantiert schon die Elastizität, darüber hinaus wird eine Verbesserung noch durch eingelagerte elastische Fasern erreicht. Zusätzlich findet man zahlreiche grössere und kleinere Blut- und Lymphgefässe, Nerven, stellenweise glatte Muskelzellen und Drüsen. Diese Talgdrüsen (*Glandulae sebaceae* der beharrten Haut) fetten die Körperoberfläche ein, indem sie ihr fettiges Sekret in den Haarbalg ergiessen. Dadurch entsteht ein “Mantel”, der die Haut geschmeidig und wasserabstossend macht und gleichzeitig die Resistenz gegenüber ätzenden Flüssigkeiten und Infektionen erhöht. Auch an einigen Stellen der unbeharrten Haut kommen Talgdrüsen vor. Beispiel dafür sind der Lippensaum, die Glans penis, das Labium minus und der Anus. Besonders grosse freie Talgdrüsen sind die Meibon’schen Drüsen des Augenlides, welche die Lidkanten einfetten. Die Schweissdrüsen, befeuchten durch die Sekretion des Schweisses die Haut, kühlen sie durch Verdunstung und bilden eine zusätzliche Abwehrschicht durch den Gehalt an Enzymen und Immunglobulinen. Man spricht vom “Säuremantel” der Haut. Besonders häufig kommen sie im Bereich der Leistenhaut vor. Im Gegensatz dazu münden die grossen Schweissdrüsen stets oberhalb von Talgdrüsen in den Haarbalg und kommen nur an bestimmten Körperstellen vor. Diese Stellen befinden sich in der Achselhöhle, der Leistenbeuge, der Hodenhaut, dem Venushügel und der grossen Schamlippen, dem Anus und dem Brustwarzenhof, im Augenlid, im Vestibulum nasi und im äusseren Gehörgang.

Für die Ober- und Lederhaut ist noch ein weiterer, gemeinsamer Name in Verwendung, die *Cutis*. Es sind dies die Schichten, die nach einer Gerbung das Leder ergeben.

2.1.4 Das Unterhautfett- und bindegewebe (Subcutis)

Das Unterhautfett- und bindegewebe, die *Subcutis*, besteht im wesentlichen aus einem System fast vollständig geschlossener Kammern gefüllt mit Fettzellen, variabel in der Zahl je nach Ernährungszustand des Individuums und ist individuellen, geschlechts-, konstitutions- und rassenbedingten Schwankungen unterworfen. Auch hormonelle Einflüsse spielen eine Rolle. Diese Schicht stellt die Verbindung zur Unterlage (Faszie, Muskel oder Knochen) her. Im allgemeinen ist die Form und Grösse dieser Kammern von der Lokalisation am Körper und von der Beanspruchung abhängig. Diese Kammern wirken wie ein Druckpolster und ermöglichen eine Verschiebung der Haut gegen die Unterlage. Eine weitere Aufgabe der Subcutis ist das Speichern von Fett. Da Fett ein schlechter Wärmeleiter ist, hilft es auch bei der Erhaltung der Körpertemperatur mit.

2.1.5 Die Anhangsgebilde der Haut

In diesem Zusammenhang sind auch Haare und Nägel zu erwähnen, die beide zu den Anhangsgebilden der Haut, gemeinsam mit den Drüsen, zu zählen sind. Haare gibt es überall am Körper, in unterschiedlicher Länge und Form. Man unterscheidet das Langhaar am Kopf, die Barthaare, *Vibrissae* in der Nase, die *Tragi* am Ohr, die Wimpern oder *Zilien*, die Augenbrauen oder *Superzilien*, die *Hirci* oder das Kraushaar der Achsel oder die *Pubes* oder Schamhaar.

Bei Männern kann das Wollhaarkleid von dicken Körperhaaren durchzogen sein, die *Terminalhaare* genannt werden. Die Nägel (oder *Ungues*), verhornende Abkömmlinge der Epidermis, dienen dem Schutz der Endglieder an Hand und Fuss und als wichtige Widerlager für den Tastapparat der Fingerbeere.

3 Was die Histologen sagen³

3.1 Psoriasis

Psoriasis ist eine Erkrankung, die Haut und Gelenke betrifft, die chronisch-schubweise verläuft und deren Ursache bis heute ungeklärt ist.

Bedingt durch die vielfältige Natur der

Psoriasis, den Einfluss erblicher Faktoren und Auslösefaktoren gilt die Erkrankung als nicht heilbar. Nach heutigem wissenschaftlichen Kenntnisstand sind auch sogenannte Gentherapien zur Behandlung der Psoriasis nicht möglich. Daher ist das Wissen über diese Krankheit für die betroffenen Patienten von grösster Wichtigkeit.

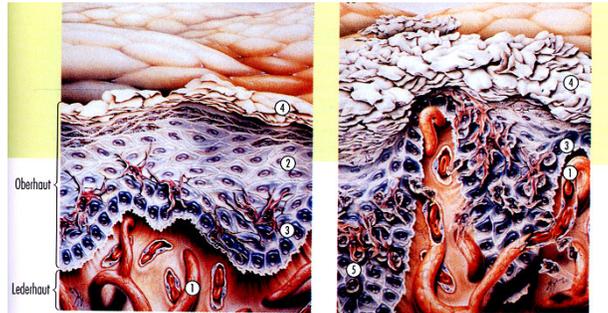


Abb. 2: Gegenüberstellung gesunde Haut sowie die eines Psoriasis-Patienten während eines akuten Schubes

3.2 Geschichtlicher Hintergrund zur Psoriasis

Die frühesten Beschreibungen die man als Psoriasis diagnostizieren könnte, wurde im *Corpus Hippocratium* gegeben. Diese Arbeit wurde in Alexandria 100 Jahre nach dem Tod HIPPOKRATES (460-377 v. Chr.) - wahrscheinlich der Autor - herausgegeben.

HIPPOKRATES verwendete die Begriffe Psora und Lepra für Krankheitsbilder, die als Psoriasis bezeichnet werden könnte. Später beschrieb CELSUS (ca. 25 v. Chr.) der die Schriften v. Tiberius Claudius MENEKRATES (dem Leibarzt v. Kaiser TIBERIUS) ins griechische übersetzte, unter 40 verschiedenen Dermatosen eine Form v. Impetigo, die von R. WILLIAN (1757-1812) als Psoriasis interpretiert wurde.

³ vgl. Dermatology in General Medicine, S. 489-500

WILLIAN unterschied zwei Erkrankungen als Psoriasisforme, eine *Lepra Greacorum* und eine *Psora leprosa*, die später Psoriasis genannt wurde.

1841 bewies der Wiener Dermatologe Ferdinand v. HEBRA (1816-1880) unwiderlegbar, dass es sich bei der *Lepra Greacorum* sowie der *Psora leprosa* um ein und dieselbe Erkrankung handelt.

Ferdinand v. HEBRA hat damit viel Verwirrung gelöst, die es wegen der Unterschiede in Grösse, Verteilung und Wachstum der Läsionen in diesem Krankheitsbild gab.

3.3 Veränderungen der Haut bei Psoriasis

Die wichtigsten Kennzeichen des Psoriasisherdes sind Rötung und Schuppung. Schaut man mit einem Mikroskop in die erkrankte Haut hinein, so fallen dickere und verlängerte Blutgefässe in der obersten Lage der Unterhaut auf,

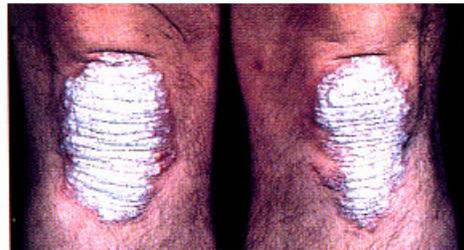


Abb. 3: Prädilektionsstellen

durch die vermehrt Blut strömt und für die von aussen sichtbare Rötung verantwortlich sind. Auch zeigen sich Ansammlungen von weissen Blutkörperchen vor allem in der Oberhaut bis in die Hornschicht hinein.

Bei der Betrachtung der Hornschicht bei Psoriasis fällt auf, dass die Haftung der Hornzellen untereinander vermindert ist und dass in den Hornzellen noch Zellkernreste vorhanden sind, was auf eine zu schnelle Erneuerung der Oberhaut hinweist. Tatsächlich beträgt die Erneuerungszeit in Psoriasisherden nur 8 Tage - gegenüber einer Erneuerungsrate von 28 Tagen in der gesunden Haut. Das gleichzeitige Auftreten einer gestörten Erneuerung der Oberhautzellen zusammen mit ausgeprägter Entzündung in Ober- und Unterhaut ist ein typisches Merkmal der Psoriasisherde.

3.4 Vererbung

Über den Vererbungsmodus besteht keine Einigkeit. Er wurde ursprünglich als autosomal dominant mit unregelmässiger Häufigkeit angenommen. Jüngste Populationsstudien deuten auf eine autosomal rezessive Vererbung. Sicher ist, dass das Erkrankungsrisiko steigt, je mehr Blutsverwandte erkrankt sind.

Es liegt bei bis zu 20 %, wenn ein Elternteil, und bei bis zu 75 %, wenn beide Elternteile betroffen sind. Reinerbige Zwillinge sind in ca. 70 % übereinstimmend, mischerbige in ca. 20 % betroffen. Im Schnitt hat jeder Psoriatiker mindestens einen Verwandten ersten Grades, der gleichfalls an Psoriasis erkrankt ist.

3.5 Verlauf

Psoriasis verläuft chronisch und schubartig. Sie kann schleichend in Form chronischer Plaques an den bevorzugten Stellen (siehe Punkt 2.8.1), oder als akuter exanthemischer Schub einsetzen bzw. später rezidivieren und sich ausdehnen. Exanthematische Schübe sind punkt- bis tropfenförmige psoriatische Herde, die sich durch peripheres Wachstum vergrössern und sich später entweder spontan zurückbilden oder in die chronisch-stabile Plaueform übergehen. Häufigkeit, Dauer und Intensität der Schübe sind sehr unterschiedlich (von einem einzigen bis zu zahllosen), Verlauf und Ausprägung der Psoriasis daher individuell verschieden, und kaum voraussagbar.

Die Bereitschaft Betroffener psoriatische Herde auszubilden (Krankheitsdruck) ist nicht immer gleich und wird offenbar sowohl von erworbenen als auch von Umweltfaktoren bestimmt.

3.6 Erstmanifestation

Die Erstmanifestation kann während des gesamten Menschenlebens auftreten, man hat sowohl von einem Auftreten bei der Geburt berichtet als auch bei Menschen in einem Alter von 108.

Wie mehrere Studien gezeigt haben, entwickeln die meisten männlichen Patienten Erstläsionen im Alter von 29, weibliche Patientinnen mit 27 Jahren.

Tritt die Erstmanifestation früh auf (vor dem Erreichen des 15 Lbj.), lässt ein ernster Verlauf pro befallener Körperoberfläche eine schlechte Therapieantwort erwarten.

3.7 Auslösefaktoren für Psoriasis

Die erbliche Empfänglichkeit für Psoriasis reicht für das Auftreten der Erkrankung nicht aus. Dies gilt sowohl für die allererste Entwicklung von Herden als auch für später auftretende Verschlechterungen. Sogenannte Auslöse- oder Provokationsfaktoren müssen hinzukommen, damit sich Psoriasisherde ausbilden können.

Auch wenn noch lange nicht alle möglichen Gründe bekannt sind, so sind heute doch eine Reihe wichtiger Auslösefaktoren bekannt.

3.7.1 Infektionen

Erste Psoriasisherde bei Kindern und Jugendlichen treten besonders während oder nach einer eitrigen Mandelentzündung oder nach Infektionen des Nasen-Rachenraumes auf. Verantwortlich für diese Infektionen sind meist Streptokokken.

3.7.2 Medikamente

Besonders ist dies bei *Beta-Blockern* der Fall, die zur Behandlung von Bluthochdruck verwendet werden. Bekannt sind weiterhin die Substanz *Lithium* (Behandlung von Depressionen) sowie *Chloroquin* (Vorbeugung und Behandlung der Malaria bzw. Behandlung von Rheuma-Erkrankungen).

Seltener können auch *ACE-Hemmer* (Bluthochdruckhemmer) und Medikamente aus der Gruppe der *nicht-steroidalen Antiphlogistika* (Diclofenac®) verschlechternd auf die Psoriasis wirken.

3.7.3 Stress

Durch hohe Anforderungen in der leistungsorientierten Gesellschaft kommt es immer wieder zu Enttäuschungen und Frustrationen. Viele Menschen sind äusserst ehrgeizig oder im Strudel des Konkurrenzkampfes gefangen.

All dies frisst Kraft und Energie und kann zur Ausbildung von psychosomatischen Krankheitsbildern führen.

Im Zusammenhang mit der Entstehung oder Verschlimmerung der Psoriasis ist häufig von "Stress" die Rede. Zwei Arten von Stress lassen sich unterscheiden: "*Eustress*" (guter, positiver Stress) und "*Distress*" (schlechter, negativer Stress).

Eustress wird als anregend erlebt, z.B. im Rahmen von sportlichen Aktivitäten, schönen Gefühlen, wie Verliebtsein, oder Herausforderungen, denen man sich gewachsen fühlt. Distress beschreibt eine Form des Stresses, welche den Betroffenen belastet oder gar überlastet: Er ist mit seinen eigenen Möglichkeiten, mit dem inneren oder äusseren Druck fertig zu werden, überfordert bzw. er hat zu wenig Unterstützung von anderen. Im Rahmen der negativen Beeinflussung der Psoriasis durch Stress ist also in der Regel Distress gemeint, der einen ungünstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben kann.

Stress ist jedoch kein Faktor, den der Patient hinnehmen muss. Die Verarbeitung von Stress kann verbessert werden, z.B. indem man lernt, sich häufiger und besser zu entspannen oder andere einem bei der Bewältigung der entsprechenden Situationen mehr zur Seite stehen.

3.8 Klinische Erscheinungsformen

Psoriasis ist eine sehr vielgestaltige Hauterkrankung. Obwohl die Herde selbst typisch sind, kommt es bei den betroffenen Patienten zu sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Dies betrifft nicht nur die Ausdehnung der Herde, sondern auch die betroffenen Körperstellen und begleitende Erscheinungen wie Juckreiz.

3.8.1 Psoriasis vulgaris ("Gewöhnliche Schuppenflechte")

Sie ist die Psoriasis im eigentlichen Sinne mit dem häufigsten Vorkommen. Ihr Kennzeichen ist der rote, scharf von der befallenen Haut abgegrenzte Herd mit einer silbrigen, gelegentlich gelblichen Schuppung, die im Gegensatz zu Ekzemerkrankungen wie z.B. der Neurodermitis als "groblättrig" beschrieben wird.

Es gibt Körperstellen, die bevorzugt von Schuppenflechte betroffen sind. Hierzu zählen die Aussenseiten der Ellenbogen, beide Knie (siehe Abb. 3), die Kreuz- und Steissbeinregion, der Bauchnabel und der behaarte Kopf.

Auch in der Analfalte kommt die Schuppenflechte häufig vor. Zusätzlich können auch die Nägel verändert sein, an den Schleimhäuten jedoch kommt die Schuppenflechte nicht vor.

3.8.2 Psoriasis guttata (tropfenförmige Schuppenflechte)

Bei dieser Form treten meist am gesunden Körper kleine, nur bis zu pfenniggrosse, flache rötliche Flecken auf mit häufig nur sehr geringer Schuppung.

Sind keine Auslöser mehr vorhanden, kann die Psoriasis guttata sich zurückbilden, oder es entwickeln sich weitere typische Herde einer gewöhnlichen Psoriasis.

3.8.3 Psoriasis Arthritis (Gelenksbeteiligung bei Psoriasis)

Auch die Gelenke können erkranken. Hiervon abzugrenzen sind Gelenksbeschwerden bei Patienten mit Psoriasis, wie sie auch bei anderen Menschen ohne diese Grunderkrankung vorkommen (Arthrose).

Häufig sind die Fingergelenke betroffen, schwellen an, schmerzen und versteifen sich langsam. Typisch für diese Form der Psoriasis ist der Befall aller Gelenke eines Fingers.

3.8.4 Erythrodermie (Psoriasis am ganzen Körper)

Bei diesem Krankheitsbild verändert sich die gesamte Haut, ist gerötet und entzündet. Ausserdem schwellen Lymphknoten an, vor allem axillär oder inguinal. Diese Patienten sind schwer krank, haben meist Fieber und müssen stationär in einer Hautklinik versorgt werden.

3.9 Erkennen der Psoriasis durch den Arzt

Primär wird die Diagnose durch die Klinik gestellt. Schwierigkeiten können sich durch veränderte Herde infolge von Vorbehandlungen oder bei wenigen nur sehr kleinen Stellen ergeben. Gelegentlich hilft die Entnahme einer kleinen Hautprobe (Hautbiopsie) bei der Erkennung der Psoriasis.

3.9.1 Auspitz-Phänomen

Ende des 19. Jahrhunderts erkannte der Dermatologe H. Auspitz, dass sich ein Schuppenflechtenherd durch Reiben in besonderer Weise verändern lässt. Das nach ihm benannte "Auspitz-Phänomen" kann typischerweise nur bei Psoriasispatienten ausgelöst werden.

Es setzt sich aus drei einzelnen Erscheinungen an der betroffenen Haut zusammen, die nacheinander ausgelöst werden können:

+ Kerzenwachs-Phänomen

Mittels Reibung durch einen Holzspatel wird die normalerweise gelblich aussehende Schuppung weisslich und wachstartig.

+ Phänomen des letzten Häutchens

Wird jetzt durch verstärktes Schaben mit dem Spatel die Schuppenauflagerung vollständig entfernt, so erscheint eine durchscheinend glänzende hauchdünne Hautschicht.

+ Phänomen des blutigen Tau

Weiteres Schaben lässt punktförmige Blutungen entstehen.

3.10 Verlauf und Prognose der Psoriasis

Wie bereits dargestellt ist die Ursache der Psoriasis unbekannt. Die Ausprägung an der Haut ist bei den betroffenen Patienten vielgestaltig. Der Verlauf der Erkrankung ist für den Einzelnen nicht vorhersagbar. Typischerweise verläuft die Erkrankung schubartig. Das bedeutet, es gibt Zeiten mit Befall der Haut und Zeiten, in denen die Haut äusserlich gesund aussieht.

Wie lange diese Zeiträume dauern und wie ausgedehnt der Befall sein wird, kann nie vorhergesagt werden. Alle denkbaren Verläufe der Psoriasis sind möglich, auch viele Jahre völliger Erscheinungsfreiheit. Etwa 20% aller Menschen, die an Psoriasis leiden, haben ständig Hautveränderungen. Lediglich ein kleiner Teil dieser Patienten ist schwer von der Erkrankung betroffen.

4 Was die Dermatologen sagen⁴

4.1 Behandlungskomponenten der Psoriasis

Die Behandlung der Schuppenflechte verläuft häufig in mehreren Schritten. Zunächst versucht man, die Psoriasisplaques durch eine Behandlung von aussen (topische Therapie) verschwinden zu lassen. Vorteilhaft ist hier die niedrige Nebenwirkungsrate, nachteilig der zeitliche Aufwand, den das Auftragen der Salben oder Cremes erfordert.

Ist der Erfolg einer äusserlichen Behandlung nicht oder nicht mehr ausreichend, folgt häufig als nächster Schritt eine Lichttherapie, bei der meist der gesamte Körper bestrahlt wird. Diese kann wenn nötig auch in Kombination mit einer topischen Therapie durchgeführt werden. Von Vorteil ist auch hier die relativ seltenen Nebenwirkungen (z.B. Lichtschäden), nachteilig der grössere Zeitaufwand, da die Lichttherapie in der Regel in einer Arztpraxis durchgeführt werden muss.

Ist auch diese Behandlung nicht mehr ausreichend, folgt die wirkungsvollste Variante der Psoriasistherapie, die Systemtherapie mittels oraler Medikamente oder intramuskulärer (i.m.) Injektionen. Hierbei sind allerdings besonders strenge Voraussetzungen seitens des Patienten zu erfüllen, da der Gesamtorganismus durch die Wirkstoffe des Medikaments beeinflusst wird. Deshalb ist die systemische Behandlung der Schuppenflechte den schweren und schwersten Formen der Erkrankung vorbehalten. Diese Systemtherapien haben zahlreiche nicht unerhebliche Nebenwirkungen, beeinflussen aber nicht die Lebensdauer des Patienten.

Zur Risikoreduktion sollte der Patient zudem regelmässig untersucht werden sowie das medizinische Personal mit der Wirkungsweise und den möglichen Nebenwirkungen des verwendeten Medikamentes bestens vertraut sein.

⁴ vgl. dazu Dermatologie und Venerologie, S. 342-345, Schuppenflechte, S. 25-34

Weiters sollte die Dauer der systemischen Therapie stets hinterfragt werden, damit die Behandlung so kurz wie möglich, jedoch so lange wie nötig durchgeführt wird.

4.2 Lokalbehandlung (topische Therapie)

4.2.1 Cignolin® (Anthralin/Dithranol)

Diese zu den Zytostatika zählende Substanz zum Einreiben ist eines der am längsten bekannten Medikamente bei Psoriasis. Die wirkungsvolle Behandlung hat aber auch einige Nebeneffekte: Dithranol-Salben sollten ausschliesslich auf Psoriasis-Plaques angewandt werden, Reizungen der gesunden Haut wären sonst möglich. Die Schleimhäute, besonders die Augen, dürfen auf keinen Fall in Kontakt mit dem Wirkstoff geraten. Die Handwäsche nach der Anwendung ist eine unbedingte Notwendigkeit. Dithranol färbt intensiv, besonders die Kleidung. Die Hautverfärbungen durch Dithranol verblassen nach rund zwei Wochen wieder und sind völlig harmlos. Dithranolsalben können nicht auf stark entzündeter Psoriasis-Haut angewendet werden, da es zu starkem Brennen und Schmerzen kommen kann. Dithranol wird bei akuten Schüben der Erkrankung in Verbindung mit UVB-Licht eingesetzt. Im Verlauf der Behandlung müssen steigende Konzentrationen des Medikamentes angewendet werden.

4.2.2 Teer (Steinkohlenteerpräparate, Exorex®)

Dieses Antipruritikum (juckreizstillend) besitzt desinfizierende Eigenschaften und ist eines der ältesten Mittel der Psoriasis-Therapie, hat aber neben dem Verfärbungseffekt auch einen unangenehmen Geruch. Bis auf eine Steigerung der Sonnenempfindlichkeit haben Teerpräparate kaum Nebenwirkungen.

Sie stehen als Salbe, Paste, Shampoo oder Badezusatz zur Verfügung. Selbst reiner Teer kann auf die Haut gestrichen werden. Wichtig bei Teerpräparaten ist die regelmässige Anwendung während eines akuten Schubes. Heutzutage findet es kaum mehr Verwendung.

4.2.3 Vitamin-D₃-Präparate (Calciprotil, Psorcutan®)

Wesentlich moderner sind Antipsoriatika (in alkoholischer Lösung), die eine Differenzierung von Keratinozyten fördern und die Proliferation epidermaler Zellen hemmen.

Ihr Vorteil liegt darin, dass eine hohe Wirksamkeit bei guter Verträglichkeit mit einfacher Handhabung erreicht wird. Gleichzeitig werden sie von den meisten Patienten als kosmetisch akzeptabel empfunden, denn diese Präparate färben nicht und haben keinen unangenehmen Geruch. Sie haben sich auch in der Kombination mit Lichttherapie und allen medikamentösen Behandlungsformen bewährt.

4.2.4 Steroide (Betamethason, Diproderm®)

Diese dem Cortison ähnliche Substanz wird meist lokal bei allergischen und entzündlichen Hautkrankheiten mit Juckreiz, Brennen und Schmerzen angewendet.

Die Wirksamkeit dieser topischen Corticosteroide beruht auf ihrer entzündungshemmenden, juckreizstillenden und gefäßverengenden Eigenschaft. Je nach gewünschtem Anwendungsgebiet gibt es sie in Form von Salben, Cremes, Gels oder auch als Lösung zum Aufpinseln.

Eine Dauerbehandlung ist kontraindiziert, da Kortisonpräparate (lokal wie auch systemisch) in der langfristigen Anwendung zu schweren Nebenwirkungen (Diabetes mellitus, Fettsucht, Magengeschwür, Osteoporose und Augenerkrankungen) führen können. Kurzfristig werden diese Medikamente jedoch bei heftigen Schüben einer hochentzündlichen Psoriasis eingesetzt. Ein vorübergehendes Aufflammen aller psoriatischen Beschwerden kann beim plötzlichen Absetzen einer solchen Therapie vorkommen.

4.3 Systemische Behandlung

Die systemische Therapie, in Form von Tabletten oder Injektionen, bleibt der Behandlung von schweren Formen der Psoriasis vorbehalten.

4.3.1 Fumarsäureester (Fumaderm®)

Fumarsäureester sind die zur Zeit am häufigsten angewendeten Wirkstoffe zur systemischen Behandlung der Schuppenflechte. Die Ester der Fumarsäure regulieren die übersteigerte Wachstumsrate der betroffenen Hautzellen, verringern die entzündlichen Reaktionen der Haut und normalisieren das gestörte Verhältnis der verschiedenen Lymphozyten.

Nebenwirkungen: Magen-Darm-Probleme, Hitzewallungen (Flush), Blutbildveränderungen, starke Nierenbelastung.

4.3.2 Retinoide (Acitretin, Neotigason® "Roche")

Der Wirkstoff Acitretin ähnelt dem Vitamin A und vermindert schnell die Schuppung der Haut. Bereits seit 1970 werden Retinoide in der Systemtherapie der Psoriasis eingesetzt. Die besten Erfolge werden bei der pustulösen Psoriasis oder bei grossflächig geröteter Haut (Erythrodermie) erzielt.

Nebenwirkung: Acitretin ist in hohem Masse fruchtschädigend !!

4.3.3 Methotrexat (Lantarel®)

Methotrexat (MTX) wurde ursprünglich für die Chemotherapie entwickelt und bereits 1958 in die Psoriasis-therapie eingeführt. MTX hemmt die Bildung von Bausteinen der Erbmasse (Desoxyribonukleinsäure, DNS) und damit die Zellteilung. MTX hat eine gesicherte hohe Wirksamkeit bei schweren, hoch entzündlichen Psoriasisformen sowie der arthrogenen Form.

Nebenwirkung: Aufgrund der schädigenden Wirkung auf die Leber muss der Genuss von Alkohol während einer MTX-Therapie strikt ausgeschlossen werden.

4.3.4 Immunsuppressive Substanzen (Sandimmun Optoral®)

Ciclosporin A hemmt die Aktivität der am Entzündungsgeschehen der Schuppenflechte beteiligten Zellen (Hautzellen, Blutzellen, Abwehrzellen). Seine besondere Wirksamkeit entfaltet es bei der schweren Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung, sofern diese auf keine andere Behandlung anspricht.

Nebenwirkung: Ciclosporin A wirkt nierenschädigend (bei bestehendem Alkoholmissbrauch ist eine Therapie mit Sandimmun Optoral nicht zu empfehlen), weiters können Störungen des Nervensystems und der Sinnensorgane, der Leber sowie des Magen-Darm-Traktes auftreten.

4.4 Licht-Therapie

Der positive Einfluss von Licht auf Psoriasis ist seit langem bekannt. Es werden dabei bestimmte Lichtarten gezielt angewendet, die wie ein Medikament wirken.

Nebenwirkung: Menschen mit einer hellen Hautfarbe, Sommersprossen, blonden oder roten Haaren sowie blauen Augen (das entspricht Hauttyp I, die sehr viel empfindlicher auf eine UV-Therapie reagieren als solche mit brauner Hautfarbe).

Dies gilt nicht nur für akute Nebenwirkungen (Sonnenbrand) sondern auch für Langzeitschäden wie Hautalterung oder die Entwicklung von lichtabhängigen Hauttumoren.

4.4.1 UVB-Therapie

In speziell konstruierten Kabinen wird der Körper gleichmässig bestrahlt. Anfänglich ist die Bestrahlungszeit kurz, je nach Ansprechen auf die Therapie und unter Beachtung der individuellen Lichtempfindlichkeit werden die Bestrahlungszeiten später verlängert.

Nebenwirkung: Bei UVB-Bestrahlung kann vor allem Sonnenbrand auftreten sowie bei langjähriger Behandlung gehäuft Hauttumore (Basaliome, Spinaliome) und lichtverursachte Verhornungsstörungen.

4.4.2 PUVA (Psoralen und UVA)

Die Balneophotochemotherapie der Psoriasis mit Psoralen, (einer Substanz, die eine gesteigerte Sonnenempfindlichkeit durch Behinderung der epidermalen DNA-Synthese und dadurch Hemmung von hyperproliferativen Zuständen hervorruft) und langwelligen Lichtstrahlen (UVA) kann sowohl lokal wie auch systemisch durchgeführt werden. Sie hat ihren festen Stellenwert in der Psoriasisbehandlung. Vorteil dieser Therapie ist ihre geringe Nebenwirkungsrate.

Allerdings ist bei hellhäutigen Menschen mit langdauernder Bestrahlungsbehandlung ein dauerhafter Lichtschaden zu erwarten; auch ist ein erhöhtes Hautkrebsrisiko nicht auszuschliessen. Bei dieser häufig eingesetzten Therapie muss der Patient mindestens eine Stunde vor der Behandlung die Substanz Psoralen in Tablettenform einnehmen.

Normalerweise reichen rund 30 Behandlungen im Abstand von jeweils 2-3 Tagen aus, um eine vollständige Abheilung der Psoriasis zu bewirken. Die PUVA-Therapie muss mit einiger Vorsicht durchgeführt werden, da es leicht zu Verbrennungen der Haut kommen kann.

Zudem hat Psoralen manchmal unangenehme Nebenwirkungen, wie Übelkeit und Erbrechen. Heutzutage jedoch gibt es Psoralen auch als Creme oder Badezusatz, so gelangt es ohne Umwege in die Haut.

5 Nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden

5.1 Klimabehandlung und Badekuren

Die berühmt gewordenen Klimabehandlungen am Toten Meer in Israel oder kombinierte Salz-Licht-Therapien, welche die dortigen Bedingungen nachahmen, wirken wahrscheinlich über zwei Wege: Zum einen ist der natürliche UVA-Anteil des südlichen Sonnenlichtes wesentlich höher, zum anderen soll der hohe Salzgehalt des Toten Meeres für die Besserung der Psoriasisbeschwerden mitverantwortlich sein. Viele Patienten berichten nach vierwöchiger Kur von einer völligen Abheilung der Hauterscheinungen.

Ein Grossteil der Patienten entwickelt allerdings nach der Kur in der gewohnten Umgebung schnell wieder die alte Symptomatik. Eine Übernahme der Kosten solcher Kuren wird von den Krankenkassen unterschiedlich gehandhabt.

5.2 Entspannungstraining, Gesprächs- und Psychotherapie

Stress kann eine Verschlechterung oder Wiederkehr von Psoriasisbeschwerden auslösen. Entspannungsverfahren wie Autogenes Training oder Yoga können helfen, innerliche Ruhe zu finden und Stress abzubauen.

Wenn die Hautbeschwerden besonders belastend sind und stark ins Auge fallen, verzweifeln manche Patienten an ihrer Erkrankung. In solchen Situationen ist es sehr hilfreich, Gespräche entweder mit ebenfalls Betroffenen (Selbsthilfegruppen) oder mit Menschen zu führen, die Patienten mit chronischen Erkrankungen eine stützende Hilfe geben können, beispielsweise Ärzte mit speziellen psychosomatischen Kenntnissen, Psychologen oder in manchen Fällen auch der behandelnde Arzt.

Solche beratende und klärende Gespräche können verzweifelte Psoriasisikranken oft den Lebensmut wieder zurückgeben.

6 Andere Behandlungswege⁵

Alle bisher vorgestellten Therapien gehören zu den medizinisch anerkannten Behandlungsverfahren. Das heisst, ihre Wirksamkeit ist bei einer grossen Zahl von Patienten als sicher erwiesen. Dies ist bei anderen Therapieansätzen, die von Psoriasis-Kranken auch wahrgenommen werden, nicht immer der Fall.

Eine Ernährungsumstellung beispielweise hat nur bei einigen wenigen Menschen eine Besserung der Beschwerden zur Folge. Das gleiche gilt auch für die Behandlung mit pflanzlichen und homöopathischen Medikamenten. Im Einzelfall kann ein solches Vorgehen zu einer Besserung führen, aber leider nicht im Regelfall.

Da es beim Menschen, wie die psychosomatische Medizin herausgefunden hat, einige Wechselwirkungen zwischen körperlichem und seelischem Befinden gibt, kann eine Störung des Gleichgewichtes zwischen Körper und Seele auch eine Psoriasis verschlechtern. Oder umgekehrt: Ein gut funktionierendes Zusammenspiel von Körper und Seele wird oftmals die Beschwerden einer Psoriasis lindern. Dennoch: Anders als bei typischen psychosomatischen Erkrankungen (z.B. Herzneurose) ist Psoriasis an erster Stelle eine Hautkrankheit und keine psychisch bedingte Störung.

⁵ vgl. Schuppenflechte, S. 67

7 Was manche Pschoanalytiker sagen⁶

7.1 Psychosomatische Aspekte der Psoriasis

Die Psoriasis ist eine chronische Hautkrankheit, die durch eine besonders intensive Stigmatisierung gekennzeichnet ist. Der Inhalt dieser Aussage ist gleichzeitig die Basis für wesentliche psychosomatische Aspekte der Psoriasis. Deshalb sollen die Eigenschaften "chronisch krank" und "stigmatisierend" zunächst näher betrachtet werden.

"Chronisch" (griechisch *chronos*, die Zeit oder lange dauernd) bedeutet langwierig, schleichend und wurde von Paracelsus in den deutschen Sprachgebrauch eingeführt. "Krank" steht eigentlich für schwach (lateinisch, *infirmus*). "Chronisch krank" heisst demzufolge anhaltend schwach, dauerhaft hinfällig (krank wurzelt im Althochdeutschen kränken - kriechen). Wenn wir die Faktoren Zeit und Kraft, um deren Beschreibung es bei "chronisch krank" offenbar geht, in Bezug zum Individuum setzen, können wir definieren:

Chronisch - dauernd - "einen wesentlichen Teil der individuellen Lebenszeit eines Menschen betreffend", krank – "schwach im Vergleich zu gesunden Menschen".

Somit kann ein "chronisch kranker" Mensch definiert werden als jemand, der "einen grossen/wesentlichen Teil seines Lebens schwach/beeinträchtigt" ist. Mit dieser Definition kann eindeutig festgelegt werden, wer "chronisch krank" ist und wer nicht: Chronisch krank ist offenbar ein Mensch, der an einem Typ I Diabetes leidet, nicht unbedingt jedoch ein Mensch, der an einem Typ II Diabetes leidet. Eine Krankheit, die nach der statistisch zu erwartenden Hälfte des Lebens auftritt, kann also nur als beschränkt "chronisch" angesehen werden⁷.

⁶ vgl. Psoriasis, S. 331-335

⁷ siehe Psoriasis S. 331

Menschen, die wegen erster Symptome einer chronischen Krankheit einen Arzt aufsuchen, werden häufig von diesem mit "wohlmeinend" gedachten Ratschlägen wie "Das werden Sie nicht mehr los", "Da kann man nichts machen" oder "Damit müssen Sie leben" bedacht.

7.2 Erkenntnisse, die für "chronisch krank" gelten

1. Nach Meinung vieler professioneller Helfer bedeutet chronisch krank in erster Linie "nicht heilbar".
2. Chronisch krank löst bei den Helfern vielfach Hilflosigkeit aus.

Die Hintergründe für den beschriebenen Umgang vieler professioneller Helfer mit chronisch Kranken entstehen auch aus den Erwartungen der Patienten nach einer möglichst umgehenden "Reparatur", durch die Anwendung von schnellwirkenden medizinischen Therapien.

7.3 Hautkrankheiten und seelische Befindlichkeit

Aus dieser Aufstellung wird deutlich, dass bei einer psychosomatischen Hautkrankheit sowohl organische wie auch seelische Faktoren eine Rolle spielen, deren relative Bedeutung aber im Verlauf des Lebens eines Individuums (intraindividuell) stark schwankt und bei verschiedenen Menschen (interindividuell) sehr verschieden sein kann.

Diese dynamische Beziehung zwischen organischer Veränderung der Haut und seelischer Befindlichkeit ist das wesentliche Merkmal einer psychosomatischen Hautkrankheit.

Sie wird deutlich in der folgenden Beschreibung: "Eben weil sie kam und ging, fand ich mich nie ab mit meiner Psoriasis, nahm ich sie nie als unvermeidlichen Teil meiner selbst an. Sie war vorübergehend und gewissermassen unwirklich...- ein Zauberbann der über mich verhängt war, eine Probe, die es zu bestehen gab...."

7.4 Seelische Faktoren bei chronisch Hautkranken

Vielfach wird Stress als möglicher Auslöser bzw. Verstärker für chronische Hautkrankheiten angeführt, wobei hier in erster Linie Stress als eine Kraft auf den Patienten wirkt, die den Betroffenen zerreißen möchte. Diese Ambivalenz zeigt sich in typischen Gegensatzpaaren bei vielen Patienten, die an chronischen Hautkrankheiten leiden. Ein solches Gegensatzpaar ist z.B. Nähe und Abstand. Speziell Hautkranke mit sichtbaren Veränderungen fühlen sich häufig hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch nach Nähe (“sei mir nahe, streichle mich, gib mir Unterstützung, hilf mir”) einerseits und dem Wunsch nach Abstand (“ich will mich zurückziehen, bleib mir vom Leibe”) andererseits. Solche gegensätzlichen Emotionen spüren chronisch Hautkranke häufig:

Nähe – Abstand

Zuwendung – Ablehnung

Euphorie – Niedergeschlagenheit

also sozusagen “Schwarz-Weiss-Zustände”. Diese spaltenden Einflüsse sind häufig so stark wirksam, dass sie die integrativen Kräfte des Individuums beeinträchtigen. Integrative Kräfte bedeuten “bei sich bleiben”, mit sich als Individuum im Einklang sein.

Hautkranke denken demgegenüber viel darüber nach was die anderen denken, bleiben also nicht bei sich. Sie fragen beispielsweise: “Wie reagiert jemand, wenn er meine Hautveränderungen sieht?” „Was kann ich tun, um zu vermeiden, dass jemand negativ auf mich reagiert?“.

Die Hautkranken versuchen also sehr häufig in Gedanken herauszufinden, was andere wohl über sie denken könnten. Sie grenzen sich also nicht hinreichend ab. Die beschriebene Ambivalenz stellt einen wesentlichen seelischen Faktor dar, der zu einer kontinuierlichen Belastung der chronisch Hautkranken führt.

Meist sind sich die chronisch Hautkranken dieser besonderen Belastung nicht bewusst, sondern halten die ihnen eigene Ambivalenz für eine bei allen Menschen anzutreffende “Grundausstattung”.

7.4.1 Stigmatisierung

Ein weiterer seelischer Faktor von besonders grosser Bedeutung gerade bei chronisch Hautkranken ist die Stigmatisierung. Hierbei handelt es sich um eine innere Überzeugung, mit einem Makel versehen zu sein und deswegen von anderen abgelehnt zu werden. Wir wollen uns kurz mit dem sprachlichen Hintergrund dieses Wortes befassen. Das griechische Wort *Stigma* bedeutet zunächst wörtlich Stich, dann im übertragenen Sinn ein - sichtbares oder unsichtbares - Mal, ein Makel. Der Gebrauch des Wortes im übertragenen Sinn war schon bei den Griechen üblich.

Stigmatisierung ist die Zuweisung von negativen Eigenschaften, wodurch die so angesehenen Personen von voller sozialer Akzeptanz ausgeschlossen werden, was ganz real sein kann (“Aussatz”) oder von der betroffenen Person vermutet wird.

Die Schuppenflechte ist, vermutlich infolge ihrer Tendenz zu sehr hartnäckigen panzerartig wirkenden Herden, die ohne adäquate Behandlung lebenslang bestehen könnten, besonders stigmatisierungsträchtig. Menschen mit solchen Hautveränderungen sind seit Menschengedenken ausgesetzt worden, weil man annahm, dass sie innerlich korrupt und insoweit “ansteckend” waren, d.h. einen üblen Einfluss “auf Gesunde” ausüben konnten.

“Es genügte, wenn jemand auffallende Hautveränderungen aufwies, um ihn als aussätzig zu erklären. In einer Zeit, als sogar der Hochadel in Schmutze lebte und selten badete, waren Infektionen und entstellende Hauterscheinungen sehr häufig, mit dem Ergebnis, dass die Diagnose “Aussatz” ebenfalls sehr häufig vorkam. Es gab kaum ein Unglück, was im mittelalterlichen Leben so gefürchtet wurde wie eine solche Diagnose. Es war eine Vorgabe von Entstellung und Tod und - vielleicht am schlimmsten - es setzte Individuen aus der Gesellschaft der Menschen aus, wegen ihrer äusserlichen Infektion und ihres daraus geschlossenen innerlichen moralischen “Verfalls”.

Beispielhaft sei eine Patientin erwähnt, die an ihrem Arbeitsplatz in einem Grossraumbüro ihre herabgefallenen Schuppen über Jahre hinweg aufklaubte, bis sie eines Tages entschied, nunmehr die Schuppen einfach liegen zu lassen. Dies zeigt, dass Patienten zwischen defensiven und offensivem Umgang mit ihrem Stigma wanken können.

In der wissenschaftlichen Literatur über psychosomatische Aspekte der Psoriasis finden sich überwiegend anekdotische Beobachtungen und wenig harte Daten. Es lässt sich eine statistisch signifikante Verbindung zwischen dem "täglichen Ärger" und der Anzahl von frischen psoriatischen Hautveränderungen feststellen. Darüber hinaus gibt es Hinweise über die Bedeutung der individuellen Wahrnehmung: Es zeigte sich eine Verbindung zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Schwere des Leidens und der Art der Lebensführung, ob Patienten ärztliche Hilfe suchten oder statt dessen Alkohol zu sich nahmen.

7.5 Behandlungsmöglichkeiten von chron. Hautkrankheiten

Hier steht im Zentrum und an erster Stelle die Bereitschaft des Individuums, seine chronisch psychosomatische Hautkrankheit als einen Teil seiner Selbst anzunehmen und damit der Begriff Akzeptanz.

Die oft gestellte Frage: "Was können wir gegen die Schuppenflechte tun?" verdeutlicht den bei vielen Psoriatikern, bestehenden Mangel an Akzeptanz "ihrer" Krankheit.

Ein Kampf des Psoriatikers gegen seine Schuppenflechte heisst ein Kampf gegen sich selbst. Die Krankheit ist innig und untrennbar mit der Person, dem Wesen des Psoriatikers verwoben. In der Tat denken leider viele Psoriatiker negativ und abwertend über sich selbst.

An Stelle einer Verstärkung dieses Kampfes könnte sich der Psoriatiker also die Frage stellen: "Was kann ich für mich tun?" Die Antwort heisst: "Akzeptanz". Sie bedeutet, mit sich in Einklang zu kommen, um die eigenen Ressourcen und integrativen Kräfte zu stärken. Dazu gehört, seine Einstellung zu sich zu ändern, sich selbst mit "Vorzügen" und "Fehlern" zu akzeptieren.

7.6 Information

Information heisst wörtlich übersetzt das "Hineingestalten". Der Informant, z.B. der Arzt oder der Pfleger, verändert also gleichsam den Menschen, indem er ihn über Wichtiges informiert. Die Information ist also das wichtigste an Fähigkeiten und Möglichkeiten, die Psoriatiker erwerben können, um Experten ihrer eigenen Krankheit zu werden.

Die Psoriatiker sollten also die von ihnen konsultierten Ärzte mit der Erwartung konfrontieren, von diesen ausreichend informiert zu werden. Machen hingegen Psoriatiker ihr Recht auf Information nicht geltend, liegt es mindestens teilweise auch an ihnen, dass die Information durch die Ärzte oft zu wünschen übrig lässt. Psoriatiker tun deshalb gut daran, bei den von ihnen konsultierten Ärzten nachzufragen, ob diese an der "Psychosomatischen Grundversorgung" teilnehmen.

Zusammenfassend gilt, dass informierte Psoriatiker fähig sind Nutzen, Risiko und Schaden von Behandlungsmassnahmen abzuwägen und für sich die Therapie zu wählen, die den höchsten Effekt mit den geringsten Nebenwirkungen vereint. Auf diese Weise sind sie in der Lage, etwas für ihre Schuppenflechte und für sich zu tun.

7.7 Entspannung

Es gibt verschiedene Methoden, sich zu entspannen, wie Autogenes Training, funktionelle Entspannung, progressive Muskelentspannung, Imagination und Musiktherapie. Als Grundregel lässt sich festhalten, dass keines der genannten Entspannungsverfahren für alle Patienten geeignet ist: Psoriatiker können sich z.B. mit autogenem Training gut entspannen. In der Entspannung besteht die Möglichkeit, die integrativen Kräfte zu stärken, also "mit sich eins" zu werden. Dieses Ziel ist für Psoriatiker von besonders grosser Bedeutung, da sie sich vielfach innerlich ablehnen.

Die beispielsweise im autogenem Training gefundene Entspannung erleichtert also den Psoriatikern, sich selbst zu akzeptieren:

- Ich fühle mich wohl in meiner Haut
- Meine Haut ist angenehm geschmeidig und kühl
- Ich nehme meinen Körper an
- Mein Körper nimmt mich an

7.8 Sexualität

Die Sexualität ist oftmals ein Bereich in einer Partnerschaft, der besonders schwer angesprochen werden kann. Um so mehr für Menschen, die an Psoriasis erkrankt sind, vor allem, wenn die Geschlechtsorgane betroffen sind. Auffallend ist, dass sich bezüglich der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs Hautkranke nicht von hautgesunden Personen unterscheiden. Offensichtlich kommt es auf der Ebene der reinen Triebbefriedigung nur zu geringen Einschränkungen, denn auch hinsichtlich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr zeigten sich keine Unterschiede.

Womöglich versuchen Hautkranke ihr Defizit an Zärtlichkeiten genitalsexuell zu befriedigen. Wünsche nach Berührung und Zärtlichkeit können zugleich als bedrohlich, die eigenen Grenzen gefährdend erlebt werden und daher möglicherweise sexualisiert

Individuell müssen bei sexuellen Problemen folgende Fragen geklärt werden:

- + *Welche Hemmungen sind vorhanden, über sexuelle Schwierigkeiten zu sprechen ?*
- + *Empfindet der (hautgesunde) Partner die sexuelle Beziehung tatsächlich durch die Psoriasis herde als beeinträchtigt oder ist dies eher eine unbegründete Befürchtung ?*
- + *Ist die Partnerschaft wegen sexueller Probleme oder aus anderen Gründen gefährdet ?*

Auch hier können die Schwierigkeiten nur geklärt werden, wenn sie möglichst offen angesprochen werden. Falls Probleme alleine nicht gelöst werden können, ist es bei Partnerschaftsproblemen ratsam, die Unterstützung von Freunden in Anspruch zu nehmen. Diese Möglichkeit der "Beratung" ist jedoch häufig sehr begrenzt, weil Freunde einem zwar vertraut, letztlich aber oft voreingenommen sind. Ihre Ratschläge sind zudem möglicherweise von ihrer eigenen Lebenssituation geprägt, z.B. ob sie gerade in einer glücklichen Beziehung leben oder sich vor kurzem von dem Partner oder der Partnerin getrennt haben. Bei lange dauernden oder sehr belastenden Problemen in Beziehungen kann es ratsam sein, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, z.B. durch psychosoziale Beratungsstellen oder psychologische Psychotherapeuten, die in Bezug auf diagnostische und therapeutische Gesichtspunkte in der Sexualmedizin erfahren sein sollten.

7.9 Streicheln entfällt bei Psoriasis

Es zeigt sich, dass die Hautkranken bzw. die Psoriatiker in ihrer Sexualität deutlich beeinträchtigt sind. Der Austausch von Zärtlichkeiten ist bei beiden Geschlechtern gleich, die Orgasmusfähigkeit bei Frauen hochsignifikant reduziert. Psoriatiker fühlen sich im Vergleich zu Patienten mit Neurodermitis aber stärker beeinträchtigt.

8 **Krankheitsverarbeitung: Was ist das ?⁸**

Bei einer chronischen oder häufig wiederkehrenden Erkrankung wie der Psoriasis sind die Betroffenen immer wieder von neuem aufgefordert, die körperlichen und seelischen Folgen der Krankheit zu bewältigen.

Diese Belastungen werden vor allem erlebt

- + *als Schaden oder Verlust mit körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen, einer Einschränkung der Lebensqualität, die einen z.B. daran hindert, selbst gesteckte Ziele zu erreichen.*
- + *als Bedrohung, es besteht Sorge wegen zukünftiger krankheitsbedingter Schäden oder Einschränkungen oder*
- + *zum Teil auch als Herausforderung, man sieht die Möglichkeit, die Krankheit erfolgreich bewältigen zu können und z.B. mehr Gelassenheit zu erreichen.*

8.1 **Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung**

Wissenschaftler sprechen von einer Krankheitsbewältigung (englisch *< coping >*), die mehr oder weniger erfolgreich verlaufen kann. Es hat sich gezeigt, dass einige Formen der Krankheitsverarbeitung in der Regel "erfolgreicher" sind als andere, d.h., der Patient kommt besser zurecht, wenn er sie anwendet. Es können also geeignete oder ungeeignete Bewältigungsformen gegenübergestellt werden.

⁸ vgl. dazu Schuppenflechte, S. 58-62, Psoriasis, S. 332-334

Geeignete Bewältigungsformen	Ungeeignete Bewältigungsformen
<i>Aktives Zupacken (<Die Entwicklung der Krankheit hängt vor allem davon ab, was ich jetzt unternehme>)</i>	<i>Ohnmächtiges Annehmen der Krankheit (<Ich kann machen was ich will, es nützt alles nichts>)</i>
<i>Zuwendung (<Ich habe immer jemand, dem ich mich anvertrauen kann>)</i>	<i>Sich selbst beschuldigen (<Ich bin selbst schuld daran, wie es mir geht>)</i>
<i>Situationsverständnis (<Ich versuche, genau zu verstehen was die Ursachen sein könnten>)</i>	<i>Mitmachen, ohne selbst viel nachzudenken (<Die Fachleute wissen schon, was für mich gut ist>)</i>
<i>Gelassenes Annehmen der Erkrankung (<Ich kann es nicht ändern, ich muss versuchen, eine Lösung für meine Probleme zu finden>)</i>	<i>Aufgeben (<Ich glaube, es hat alles sowieso keinen Sinn>)</i>
<i>Gefühlsmässige Entlastung (<Ich fühle mich elend, aber wenn ich weinen kann, erleichtert mich das etwas>)</i>	<i>Sich "negative" Gefühle nicht zugestehen (<So etwas kann mich nicht beunruhigen>)</i>

8.2 Ziel der Krankheitsverarbeitung

8.2.1 Gut leben mit Psoriasis

Bei einigen Menschen besteht die Gefahr, dass sie zeitweise von ihrer Psoriasis überwältigt werden, sie die Krankheit dann nicht verarbeiten können und diese ihr Leben bestimmt. Sei es, dass sie immer wieder an mögliche Verschlimmerungen denken oder daran, wie ihr Leben vor Beginn der Psoriasis war. Wenn sie medizinisch nicht gesicherte Behandlungen ausprobieren, riskieren sie unerwünschte Nebenwirkungen, ausserdem kostet sie dies nicht nur Zeit, sondern auch Geld.

Obwohl diese Verhaltensweisen bei Menschen, die an einer chron. Krankheit leiden, verständlich sind, bergen sie neben den genannten Punkten noch ein weiteres Risiko: Nichts existiert neben der Psoriasis in ihrem Leben. Es ist nur noch wenig Platz für Freizeitaktivitäten übrig, oder diese stehen unter dem Motto <Wie bessere ich meine Krankheit?>.

Nimmt die Krankheit einen zu hohen Stellenwert ein, reduziert alleine das die Lebensqualität. Diese Menschen leben, ohne es zu wollen, vor allem *über* die Erkrankung.

Menschen, die ihre Psoriasis insgesamt gut verarbeiten, leben mit der Erkrankung. Ihre Einstellung steht unter dem Motto *<Soviel wie nötig, aber insgesamt so wenig wie möglich gegen die Psoriasis tun>*. Die Erkrankung wird als chronische oder immer wiederkehrende Belastung anerkannt, die zwar Aufmerksamkeit erfordert, aber im Ganzen gesehen das Leben nicht völlig bestimmen darf.

Leben über die Erkrankung	Leben mit der Erkrankung
<i>Die Psoriasis bekommt -oft ungewollt- immer wieder einen grossen Platz im Leben. Die Gedanken und Gefühle werden wesentlich durch die Krankheit mitbestimmt.</i>	<i>Die Erkrankung bekommt im Leben einen angemessenen, aber möglichst kleinen Platz.</i>
<i>Die Betroffenen versuchen, sich immer Gewissheit über ihre Erkrankung durch das Aufsuchen (verschiedener) Ärzte zu verschaffen.</i>	<i>Die Betroffenen interessieren sich selbst für Behandlungsmöglichkeiten. Sie fällen selbständig Entscheidungen, nachdem sie sich bei dem behandelten Arzt über verschiedene Therapien informiert haben.</i>
<i>Die Betroffenen verbleiben meistens in der Phase des Haderns mit einem übermächtigen Wunsch nach Heilung.</i>	<i>Nach einiger Zeit des Haderns gelingt es, die Krankheit die meiste Zeit anzunehmen. Arztbesuche werden seltener.</i>
<i>Die Krankheit führt immer wieder zur Interessen-, Antriebs- oder Lustlosigkeit.</i>	<i>Es wird versucht, z.B. in der Freizeit viel zu unternehmen. Dabei besteht allerdings die Gefahr der Überforderung.</i>
<i><Ohne Psoriasis wäre alles besser>. Die Ursache für die meisten Probleme wird in der Krankheit gesehen.</i>	<i><Ohne Psoriasis ginge es mir wohl besser. Es gibt aber auch andere Gründe für meine Probleme>.</i>
<i><Andere können sich überhaupt nicht vorstellen, welche Probleme mit der Erkrankung verbunden sind>.</i>	<i><Ich versuche, weniger wichtig zu nehmen, was andere über mich und meine Psoriasis denken.</i>
<i>Die Betroffenen versuchen, die Erkrankung nur mit äusseren Mitteln zu <bekämpfen> (etwa immer neue heilversprechende Behandlungen).</i>	<i>Der Kampf gegen die Erkrankung wird auch mit inneren Mitteln geführt (indem Einstellung bzw. Verhalten geändert werden, z.B. indem ein Entspannungsverfahren erlernt und regelmässig ausgeübt wird).</i>

9 Pflegerische Aspekte⁹

9.1 Spezielle Pflege- und Verhaltensempfehlungen

9.1.1 Pflege

Zu den sogenannten "Grundbedürfnissen", darunter ist Hunger, Durst, Wärme u.a. zu rechnen, sollte auch die Pflege der Haut zählen. Mangelnde Hautpflege kann zu genau so gravierenden Schäden führen wie mangelnde Ernährung. Deshalb ist Pflege bei Menschen, bei denen eine chronische Krankheit der Haut besteht, ganz besonders wichtig. Dies steht aber der Erfahrung gegenüber, dass viele chronisch Hautkranke die Pflege ihrer Haut unter unerfreulichen Verhältnissen vorzunehmen versuchen:

in Kälte, in Enge, in unzureichenden öffentlichen oder privaten sanitären Einrichtungen, wo andere bereits vor der Tür stehen und Einlass begehren usw.

Unter solchen Umständen kann eine ausreichende Zeit für die Pflege natürlich nicht gewährleistet sein, ganz zu schweigen von adäquaten Bedingungen wie Wärme und entsprechender Umgebung. Psoriatiker aber haben nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, sich hinreichend Zeit für ihre Pflege zu nehmen und diesen Anspruch auch gegenüber ihren Angehörigen oder Arbeitgeber zu vertreten.

Ungenügende Pflege der Haut bedeutet bei chronisch Hautkranken einen erhöhten Bedarf an Medikamenten (Kostenfaktor). Deshalb ist auch im Sinne der Selbsthilfe eine absolute Forderung, dass Pflegemittel chronisch Hautkranken von der Allgemeinheit kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Eigentlich können Patienten mit Psoriasis genau so leben wie andere Menschen auch. Im Gegensatz zu anderen chronischen Kranken, die der regelmässigen Anwendung von Medikamenten bedürfen (z.B. Patienten mit Diabetes Mellitus), sind Menschen mit Psoriasis nicht von derartigen Faktoren abhängig.

⁹ vgl. Schuppenflechte, S. 63-70

Dennoch gibt es eine Reihe von äusseren Zwängen, die vor allem das soziale Leben einschränken können. Folgendes sollten Psoriasis-Patienten beachten.

9.1.2 Kleidung

Bei Schuppenbildung am behaarten Kopf und im Gesichts- Halsbereich kommt es beim Tragen dunkler Kleidung (z.B. Anzug oder Kostüm) rasch zur sichtbaren Ablagerung solcher Schuppen auf der Kleidung vor allem im Schulterbereich, die unangenehm auffallen kann. Deshalb sollten betroffene Patienten helle, beigefarbene Kleidung bevorzugen und dunkle nur nach sorgfältiger Beseitigung der Schuppen tragen.

Da zu eng sitzende Kleidung Reizungen der Haut hervorrufen kann, sollte dies beim Kauf berücksichtigt werden. Naturfasern (z.B. 100% Baumwolle) werden in der Regel besser vertragen als reine Kunstfaserprodukte. Jedoch hat die moderne Mikrofasertechnik den Tragekomfort hier wesentlich verbessert. Auf eine unkomplizierte Waschbarkeit der Produkte sowie Echtheit der Farben sollte im Hinblick auf die Anwendung von äusserlichen Medikamenten und Pflegeprodukten geachtet werden.

9.1.3 Sport

Sport jeder Art kann von Menschen mit Psoriasis betrieben werden. Bei Einzelnen kann starkes Schwitzen vermehrt Juckreiz verursachen und die Herde reizen. In diesen Fällen sollte die Sportart vorübergehend so lange nicht betrieben werden, bis durch geeignete Behandlung ein entsprechend guter Hautzustand erreicht ist.

Bei Sportarten, die mit Hautreizungen einher gehen können (z.B. intensiver Schwimmsport), muss eine entsprechende Hautpflege vorbeugend angewendet werden. Gelegentlich kann z.B. bei der Verwendung von Sportgeräten durch mechanische Belastung einzelner Hautstellen Psoriasis ausgelöst werden. Bei Krafttraining wird das Tragen von Sporthandschuhen empfohlen.

9.1.4 Sonne

Der Genuss von Sonnenlicht stellt für Patienten mit Psoriasis eher eine Behandlung dar als ein reines Vergnügen! Trotzdem sollten nicht nur Sonnenbäder für den ganzen Körper sondern auch die natürliche Bestrahlung einzelner Körperregionen (z.B. Gesicht, Arme oder Beine) so genossen werden, dass ein Sonnenbrand unbedingt vermieden wird. Auf die Einnahme von Medikamenten, welche die Haut lichtempfindlich machen können, ist besonders zu achten um eine "Überdosierung" zu vermeiden.

9.1.5 Sauna- und Schwimmbadbesuche

Ähnlich wie für bestimmte Sportarten gilt auch für Saunabesuche, dass starkes Schwitzen Juckreiz verursachen und die Haut reizen kann. Bei der Benutzung öffentlicher Saunen und Schwimmbäder ist zu beachten, dass viele Mitbürger nur unzureichend über die nichtansteckende Natur der Psoriasis aufgeklärt sind, dies bedingt eine vorherige Abklärung mit dem Saunabetreiber bzw. mit Saunagästen (Aufklärung).

9.1.6 Reisen

Prinzipiell bestehen bei Patienten mit Psoriasis keinerlei Beschränkungen für Reisen ins In- und Ausland. Bei sehr stark ausgeprägten Herden empfiehlt es sich jedoch zuvor durch entsprechende Therapie eine Verbesserung des Hautzustandes zu erreichen. Bei Fernreisen insbesondere in Länder der dritten Welt muss der dortige, oftmals unzureichende Hygienestandard bedacht werden. Erlittene Infektionskrankheiten (z.B. Erkältungen, Bronchitis, Magen-Darm-Infekte) können zu einer Verschlechterung der Psoriasis (Auslösung eines Schubes) führen.

Lange Flugreisen können aufgrund der sehr trockenen Luft im Flugzeug zu Reizungen der Haut führen und Juckreiz verursachen. Dagegen hilft das Einreiben mit entsprechenden Pflegeprodukten oder auch die kurzfristige Anwendung kortikoidhaltiger Salben und Cremes.

Vor Impfungen, die für viele Fernreisen erforderlich sind, sollten Patienten mit Psoriasis mit ihrem Arzt sprechen.

Am besten ist es, Impfungen möglichst lange vorher zu planen, damit eventuell auftretende Verschlechterungen des Hautzustandes noch vor Reiseantritt behandelt werden können.

9.1.7 Diät

Gerade bei chronischen Erkrankungen werden oft Faktoren in der Ernährung zur Erklärung der Krankheitsaktivität herangezogen. Psoriasis lässt sich durch keine noch so speziell gestaltete Diät beeinflussen, auch wenn dies immer wieder durch die Presse geht.

Wie für viele andere Erkrankungen auch gilt für die Psoriasis, dass eine ausgewogene Ernährung die wichtigste Diätempfehlung ist.

Besonders abzuraten ist von Diäten, die zu einer einseitigen Ernährung führen. Leider werden vor allem Diäten, die im täglichen Leben nicht durchzuführen sind, dazu missbraucht, den Patienten ein schlechtes Gewissen zu machen. Denn wenn die hilfeschuchenden Patienten diese Diäten nicht konsequent durchhalten können, liegt die Schuld natürlich bei ihnen selbst, dass sich die Erkrankung nicht bessert.

9.1.8 Alkohol

In kleinen Mengen genossen haben alkoholische Getränke meist keinen negativen Einfluss auf die Psoriasis. Jedoch ist übermässiger Alkoholkonsum mit einer stärkeren Ausprägung und häufigeren Schüben verbunden. Besonders problematisch ist die Alkoholkrankheit, also die Abhängigkeit von einer (in der Regel täglichen) meist grösseren Menge alkoholischer Getränke.

Neben den direkten Folgen zu starkem Alkoholgenusses auf die Psoriasis herde und den Verlauf der Erkrankung gibt es zahlreiche andere Folgen für die Patienten. Zu diesen gehört, dass sich die Betroffenen vernachlässigen, also die Psoriasis nicht mehr wie verordnet behandeln und die entsprechende Körperpflege vernachlässigen. Ferner kann starker und langandauernder Alkoholkonsum zu Leberschäden führen. Da viele systemisch wirkende Medikamente über die Leber abgebaut werden, können sie bei Patienten mit alkoholbedingtem Leberschaden nicht verordnet werden.

Bestehen Alkoholprobleme, sollten sich die betroffenen Patienten an ihren Arzt wenden. Zusätzlich sollten Beratungsstellen aufgesucht werden, die weitere Wege zur Hilfe aufzeigen können.

9.1.9 Rauchen

Einen gesicherten Zusammenhang zwischen Rauchen und einer Verschlechterung der Psoriasis gibt es nicht. Eine Ausnahme stellt die Sonderform der pustulösen Psoriasis an Handflächen und Fußsohlen dar.

Hier ist durch mehrere Untersuchungen belegt, dass Rauchen den Hautzustand verschlechtern kann. Manche Medikamente verlieren ihre Wirkung, wenn die behandelten Patienten weiter rauchen. Dagegen kommt es bei Patienten mit dieser Form der Psoriasis, die mit dem Rauchen aufgehört haben, zu deutlich milderem Krankheitsverläufen, besserem Ansprechen auf die Behandlungen und einer geringeren Rückfallneigung.

Schlussfolgerungen

Es gibt kein Geheimrezept für die erfolgreiche Behandlung von Psoriasis, es gibt nur ein gezieltes, konsequentes und pflegerisch richtiges Behandeln vor allem während der akuten Schübe. In der “schubfreien” Zeit bedarf es vermehrt der richtigen Einstellung des Patienten bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Compliance (Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit) mit dem Arzt bzw. pflegerischen Personal ist wesentlich mit entscheidend für den Erfolg der Therapie. Diese Compliance ist u.a. abhängig von Persönlichkeit, Krankheitsverständnis und Leidensdruck des Patienten, Art der Therapie und evtl. erforderlichen Verhaltensänderungen. Darüber hinaus sind Psoriasis-Patienten mit steigenden finanziellen Ausgaben konfrontiert, zugleich aber auch mit sinkenden Zuschüssen. Obwohl sich die monatlichen Kosten der Hautpflege auf ca. 110 Euro belaufen, wurde eine alte Forderung der Psoriasis-Patienten nach Befreiung der Rezeptgebühr bis heute nicht erfüllt.

Ähnliches gilt für Kuraufenthalte am Toten Meer: “Doch die Krankenkassen übernehmen nur die Kosten für gewisse Kuraufenthalte im Inland”, kritisiert Mayer Christa, Obfrau PSO Austria, (Psoriatiker Verein Österreich) anlässlich einer Pressekonferenz. Dabei wird übersehen, dass gerade bei chronischen Hauterkrankungen durch Meeraufenthalte, befallfreie Intervalle enorm ausgeweitet und in der Folge die Kosten für Arzneimittel oder die stationäre Behandlung eines akuten Schubes erheblich reduziert werden können.

Es sollte gelingen, für die rund 250.000 Betroffenen in Österreich mehr Gleichberechtigung und Unterstützung zu erlangen: Seien es Zuschüsse von Bund, Länder und Gemeinden sowie von den Kassen für die laufende Hautreinigung und -pflege. Die tägliche Säuberung der betroffenen Hautstellen und/oder die vorbeugenden Pflegemassnahmen dauern durchschnittlich morgens und abends je eine Stunde. Auch die Einrichtung von Psoriasisambulanzen, die abends besetzt sind und nach Arbeitsschluss kontaktiert werden können, steht auf der Liste des PSO Austria.

Es gilt, einerseits die Psoriasis-Patienten zu einer guten Compliance zu ermutigen, andererseits eine klare Forderung an die Verantwortlichen im Gesundheitswesen zu stellen, um die bestmöglichen finanziellen sowie medizinischen Voraussetzungen zur Verfügung zu stellen. Es sollte dadurch den Psoriasis-Patienten ein erträglicher Umgang mit ihrer Erkrankung möglich sein.

Literaturverzeichnis

BIOLOGIE, ANATOMIE UND PSYCHOLOGIE, Lehrbuch für die Pflegeberufe,
3. Auflage, Schäffler, A., Schmidt, S. (Hrsg.)
Urban & Fischer Verlag, München 1998

DERMATOLOGIE UND VENEROLOGIE, Lehrbuch und Atlas, FRITSCH, P.,
Springer Verlag, 1998

DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE, 4th ed., Volume I
FITZPATRICK, Thomas B., EISEN, Arthur Z., WOLFF, K., FREEDBERG,
Irwin M., AUSTEN, K.
McGraw-Hill, Inc., New York, 1993

PSCHYREMBEL- Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, PSCHYREMBEL, W.,
Walter de Gruyter, Berlin, 2002

PSORIASIS: Pathogenese, Klinik und Therapie, GOLLNICK, H., BONNEKOH, B.,
Univ. Med. Verlag Bremen, 2001

SCHUPPENFLECHTE: Was sie schon immer über Psoriasis wissen wollten,
Med. Ratgeber
MROWIETZ, U., SCHMID-OTT, G.,
Karger Verlag, 2002

NATIONAL GEOGRAPHIC, Wunderwerk Haut, SWERDLOW, Joel L.,
Ausgabe November 2002

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1

(aus Schuppenflechte, S. 7)

Aufbau der Haut

Besonders dargestellt ist die Verbindung zwischen Oberhaut und Lederhaut, die durch die zahlreichen aus der Lederhaut ragenden >Noppen< zu einer sehr festen Verzahnung beider Schichten führt. Dadurch wird eine hohe mechanische Festigkeit erreicht.

Abbildung 2

(aus Schuppenflechte, S. 12)

Gegenüberstellung gesunde Haut sowie die eines Psoriasis-Patienten während eines akuten Schubes

Lederhaut mit Blutgefäßen (1), Oberhaut mit Stachelzellschicht (2), Erneuerungszellschicht (3) und Hornschicht (4): linke Abb. eines gesunden Menschen, rechte Abb. bei Schuppenflechte. Hier fallen besonders die erweiterten Gefäße, die Veränderung der Verzahnungszone, viele Entzündungszellen (5) und eine aufgelockerte, verdickte Hornschicht auf.

Abbildung 3

(aus DERMATOLOGY IN
GENERAL MEDICINE 4th ed.,
Volume I, S. 758)

Prädilektionsstellen

(bevorzugte Stellen bei Psoriasis)