

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2010

Rundbrief des
Arbeitskreis für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2010

Inhaltsverzeichnis	Seite	Vorstand
Grußwort	3	Vorsitzender: Prof Dr. med. Wolfgang Harth Chefarzt Klinik für Dermatologie Neue Bergstraße 6 13585 Berlin, Spandau Tel: +49 30 130 13 1551 FAX: +49 30 130 13 1554 e-mail: wolfgang.harth@vivantes.de
Tagungsbericht 2010 Berlin	5	Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. Klaus-Michael Taube Universitätshautklinik Halle Ernst-Kromayer-Str. 5/8 06097 Halle
Training Course Psychodermatology der EADV	12	Berufsverband Sonderreferent: Dr. med. Steffen Gass, Günzburg
European Society of Dermatology and Psychiatry (ESDaP)	15	Kooptiertes Mitglied Amb Fachärzte Veronika Seipp, Darmstadt
Buchbesprechung von J Wehrmann	18	Kooptierte Mitglied Psychiatrie Dr R Freudenmann Uni Ulm
Rezension Christa-Maria Höring (Hrsg.) Psychosomatische Dermatologie	19	BeisitzerInnen: Dr. med. Christa-Maria Höring
Urticaria und Psyche	22	Schwabstr.91 70193 Stuttgart PD Dr. med. Volker Niemeier Alicenstr. 22a,35390 Giessen
Zur Diskussion Artefakte	27	
APD Beitrittsformular	44	Dr Kristina Wöllner Hautuniklinik Bonn Sigmund Freud Strasse 25 53105 Bonn
		Schriftführer: kommissarisch Prof. Dr. med. Wolfgang Harth
Impressum		
Herausgeber: Vorstand des Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie		Schatzmeister: Dr. med. Jochen Wehrmann Rothaarklinik Am Spielacker 5 57319 Bad Berleburg
Redaktion: Prof Harth		

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun haben wir gerade eine erfolgreiche Jahrestagung des APD in Berlin erlebt, wo wir uns in die Mitte Berlins in den großen Vortragssaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung vorgewagt haben. Es hat uns gefreut zahlreiche nationale und internationale Gäste begrüßen zu dürfen. Getreu dem Motto „Wenn es am schönsten ist, soll man aufhören“, verlassen wir Berlin als Tagungsort. So wird 2011 die Jahrestagung in der alten Bundes-Hauptstadt Bonn stattfinden und möglicherweise danach in München sein. Diese beiden Standorte waren noch nie Austragungsort der Jahrestagung. Es soll somit den im Umkreis wohnenden interessierten Kollegen eine kurze Anreise ermöglicht werden.

Andererseits möchten wir den psychodermatologischen Nachwuchs in den entsprechenden Universitätskliniken fördern und die Chance geben, biopsychosoziale Konzepte in alterwürdigen schulmedizinischen Leuchttürmen zu etablieren und dort ein neues Lichtlein zu entfachen.

Immer wieder sind psychodermatologische Tagungen ein Moment des Innehaltens in einer freundlich familiären Atmosphäre, die einen voranbringen und wachsen lassen. Dies sieht zunehmend im ärztlichen Alltag anders aus.

Die Diskussionen um Gesundheitsreform, Versorgung, Strategien werden fast nur noch monitär geführt. Die Ökonomisierung der gesamten Medizin ist weit voran geschritten und hat uns im Griff.

In eigenen Gesprächen zur Unternehmensplanung fielen immer wieder die Worte Marktchancen, Marktausschöpfung, wofür oftmals zur Marktanalyse Beraterfirmen von Extern herangezogen wurden.

Seien es nun die Swot-Analysen (Stärke Schwächen-Analysen) oder Konzepte wie bei Tankstellen:

wo Benzin -entsprechend Gesundheit- immer verkauft wird und die Add on`s, wie Brötchen, Zeitungen, Getränke - entsprechend individuelle Gesundheitsleistungen- als zentrale Gewinnmarge im Zeitalter der Budgets angesehen werden.

So sind wir alle früher oder später konfrontiert mit Produkt – Preis - Platzierung und in der Situation weiterführende strategische Konzepte zu entwickeln, die auch ein Benchmarking beinhaltet.

Beispiel: Zur Krankenhaus- Parkraumbewirtschaftung kommentierte unser Betriebsrat „Umwandlung des Krankenhauses in Parkplatz mit Krankenversorgung“.

Willkommen im Zeitalter der Ökonomisierung.

Wir haben uns vielleicht daran gewöhnt, und sollten im weiteren Verlauf immer wieder nachdenken, wo wir ärztlicher und psychotherapeutischer seits stehen.

Ich glaube, da haben wir alle keinen Zweifel. Wir sind Ärzte und/oder Psychotherapeuten.

Weiterhin wird es auch 2011 einen Wissenschaftspreis im Bereich der Psychodermatologie geben, um entsprechende Manuskripteinreichung bitten wir auch, wie auch die letzten beiden Jahre, diese an Herrn Priv.-Doz. Dr. Volker Niemeier in Giessen (volker.niemer@derma.med.uni-giessen.de) bis zur DDG-Tagung zu senden. Einsendeschluss ist damit der 28.02.2011.

Über rege Zusendungen würden wir uns freuen.

Herzliche Grüße Ihr

W. Harth

Tagungsbericht
der Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie am
29./30.10.2010 in Berlin
„Mir juckt das Fell“

Am 29. und 30. Oktober 2010 fand die Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD) mit großer Resonanz im Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin statt. Die unter dem Motto „Mir juckt das Fell“ stehende Tagung wurde auch in diesem Jahr von APD-Vorsitzendem Prof. Dr. W. Harth organisiert, der mit hochkarätigen Rednern ein spannendes und zu Diskussionen anregendes Programm zusammenstellte.

In seiner Begrüßung führte Prof. Harth die Gäste in das diesjährige Programm ein, in dem gleich zu Beginn ein Freiraum für „Freie Vorträge“ gelassen wurde, um unter anderem jungen Kollegen die Möglichkeit zu geben, ihre Arbeit im Rahmen der Tagung zu präsentieren.

Den Auftakt im Bereich dieser „Freien Vorträge“ machte Dr. B. Frederich, Internist und Familientherapeut, unter dem Titel „Ja, aber! – Die Angst vor Du musst“. Er referierte über seine langjährigen Erfahrungen mit Neurodermitis-Patienten, bei denen er festgestellt habe, dass dies überwiegend „Freiheits-Menschen“ seien, die „allergisch“ reagierten, wenn man sie unter Druck setze. In solchen Situationen komme es regelmäßig zu einer Zunahme von Juckreiz und Ekzem. In diesem Zusammenhang betonte er, eine besondere Bedeutung einer „liebvollen Konsequenz“ bei der Erziehung von Neurodermitits-Kindern.

Frau PD Dr. B. Hermes, Chefärztin der Dermatologie des Vivantes-Klinikum Friedrichshain, beschäftigte sich im folgenden Vortrag mit dem Thema „Vulvodynie“. Nach Erläuterung möglicher Differentialdiagnosen im infektiösen, entzündlichen, neoplastischen oder neurologischen Bereich, wurde der Begriff „(essentielle) Vulvodynie“ als chronische Schmerzen im Vulvabereich bei unauffälligem klinischen Befund und unauffälliger Diagnostik definiert. Hierbei betonte die Rednerin, dass regelmäßige Überprüfungen der Diagnose unabdingbar seien. Die Pathogenese der Vulvodynie sei nach wie vor unbekannt, allerdings seien gehäuft psychosomatische

Komorbiditäten bei entsprechenden Patientinnen nachgewiesen worden. Frau PD Dr. Hermes betont daher die Notwendigkeit eines interdisziplinären Vorgehens bei solchen Patientinnen.

Frau Dr. K. Wöllner, Assistenzärztin der Hautklinik der Universität Bonn, berichtete über „Spannende Fälle aus der Urticaria-Sprechstunde“. Anhand dreier ausgewählter Fälle untermalte sie, was die aktuelle Literatur zeigt: Bei Urticaria-Patienten spielen signifikant häufig psychiatrische Komorbiditäten eine Rolle und nehmen Einfluss sowohl auf den Verlauf der Urticaria als auch auf die Lebensqualität. Frau Dr. Wöllner betonte, wie wichtig es sei, eine ausführliche Anamnese bei solchen Patienten zu erheben, um eben solche Triggerfaktoren aufzudecken.

Als letzte Rednerin im Rahmen der „Freien Vorträge“ stellte Frau Dr. M. Brenner, Assistenzärztin der Hautklinik der LMU München, den spannenden Fall einer Patientin mit Skin picking aus ihrer psychodermatologischen Sprechstunde vor. Diese Patientin habe auf ihr einengendes häusliches Umfeld mit entsprechenden selbstverletzenden Handlungen reagiert. Bereits wenige supportive Gespräche, die die Ressourcen der Patientin herausgearbeitet haben, sowie erste verhaltenstherapeutische Interventionen haben zu einem Abheilen der Läsionen geführt.

Im Anschluss an die „Freien Vorträge“ folgte der Vortrag des APD-Wissenschaftspreisträgers Dr. J. Dieris-Hirche, Psychosomatik, Klinikum Lüdenscheid, der seine, im Rahmen der Promotion entstandene, Arbeit zum Thema „Suizidgedanken, Angst und Depression bei erwachsenen Neurodermitikern“ vorstellte. In dieser sehr umfassenden Arbeit konnte der Redner zeigen, dass es bei Neurodermitis-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen vermehrt zu Suizidgedanken komme. Diese vermehrten Suizidideen seien geschlechtsunabhängig.

Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang, ob die Depression einem erneuten Neurodermitis-Schub vorangehen und diesen triggerten, oder infolge eines solchen auftreten. Konsens herrschte jedoch über die notwendige Mitbeurteilung der

psychischen Verfassung dieser Patienten und eine daraus resultierende, eventuell nötige psychosomatische oder psychiatrische Mitbetreuung.

Prof. Harth überreichte dem Preisträger im Anschluss an seinen Vortrag eine Urkunde über den mit 1500 € dotierten Preis.

Als letztes Highlight des wissenschaftlichen Teils am Freitag Abend folgte der Festvortrag zum Thema „Compliance oder warum wir nicht das tun, was wir tun sollten?“. Prof. Dr. J. Staedt, Chefarzt Psychiatrie/Psychosomatik, Vivantes Klinikum Spandau, ging sehr bildlich und mit viel Witz auf die Problematik der Non-Compliance ein. Studien zeigten, dass Compliance häufig sehr schwankend sei und im Schnitt nur um die 50 % betrage (WHO 2003). Dadurch treten hohe Kosten im Gesundheitssystem, bedingt u.a. durch Krankenhaus-Aufnahmen, auf.

Er lud die Gäste zur Selbstreflexion ein und zeigte dem schmunzelnden Publikum, dass auch Ärzte sich meist nicht an Empfehlungen zu gesundheitsförderndem Verhalten halten, selber z. B. nicht ausreichend sportlich aktiv oder gar übergewichtig seien...

Um Compliance zu fördern, betonte Prof. Staedt die Notwendigkeit, mit dem Patienten in Dialog zu treten, ihm zu erklären, warum er welches Medikament einnehmen sollte, mögliche Nebenwirkungen offen anzusprechen, Einnahmezeitpunkte in „Ritualen“ zu verpacken und so bei dem Patienten ein Einverständnis zu erzielen, um ihn in Entscheidungsprozesse zu integrieren. Daher bevorzugte er auch den Begriff der „Concordance“ gegenüber dem der „Compliance“ oder der „Adherence“. Besser man einige sich auf die Einnahme des Medikamentes einmal täglich, als dass der Patient das Medikament gar nicht oder nur sehr unregelmäßig einnehme.

Die sehr angeregte Diskussion ging fließend in den gesellschaftlichen Teil des Abends über: eine Bootsfahrt auf der Spree durch das abendliche Berlin lud zum Kennenlernen und zum Gedankenaustausch der Teilnehmer untereinander ein.

Am Samstag Morgen führte Prof. Harth in seiner Begrüßung die Gäste in das eigentliche Thema der Veranstaltung „Mir juckt das Fell“ ein. So berichtete er, dass bei etwa 16 % der dermatologischen Patienten Juckreiz bestehe, bei älteren Patienten sogar bei über 20 %.

Erster Vortragender an diesem Morgen war PD Dr. V. Niemeier, Arzt für Dermatologie und Psychotherapeutische Medizin, Gießen, der den Vortrag „Pruritus sine Materia: Phänomen oder Aussage?“ von Frau Dr. Christa Maria Höring, Ärztin für Dermatologie und Psychotherapeutischer Medizin, Stuttgart, übernahm, die leider erkrankt war.

Zunächst betonte PD Dr. Niemeier, dass es sich bei der Diagnose „somatoformer Juckreiz“ um eine Arbeitshypothese handele, die von Zeit zu Zeit der Überprüfung bedürfe. Zur Diagnosestellung hilfreich sei die Erstellung eines Beschwerdetagebuchs über drei Wochen, in der der Patient anführe, wann welche Beschwerden aufgetreten seien, in welchen Situationen und welche Gefühle oder Gedanken er in dieser Situation gehabt habe. Wichtig zur Abgrenzung gegenüber neurogenem Pruritus sei auch die Frage, ob der Pruritus zu nächtlichem Erwachen führe, was gegen eine rein psychogene Ursache spreche.

Im folgenden führte der Redner aus, dass Pruritus sine materia gehäuft mit Angststörungen oder Depressionen assoziiert auftrete und oft in höherem Lebensalter auftrete. Nach Frau Dr. Hörings Erfahrung seien häufig Abgrenzungswünsche ein Thema, dass im Gespräch aufkomme.

In manchen Situationen habe Frau Dr. Höring gute Erfahrungen mit dem Einsatz von „Patientenbriefen“ gemacht, in denen sie den Patienten ihre Eindrücke aus den Gesprächen schildere. So gehe sie in diesen Briefen auf die Eingangsszene, Symptomatik und mögliche Einflussfaktoren, bisherige Behandlungsversuchen, Diagnose und Differentialdiagnosen ein und gebe am Ende Hinweise auf das besprochene weitere Procedere und Behandlungsoptionen.

Im folgenden sprach Frau Prof. Dr. Sonja Ständer, Neurodermatologie, Universitätsklinikum Münster über die „Pathogenese und Diagnostik von juckenden

Dermatosen“. Die Rednerin führte aus, dass Pruritus als Symptom verschiedenster Erkrankungen auftrete und daher klinisch in drei Kategorien eingeteilt werden sollte: Pruritus auf primär normaler Haut, Pruritus auf primär entzündlicher Haut und Pruritus bei chronischen Kratzläsionen. Den Begriff „Pruritus sine materia“ lehne sie ab, da ein das Fehlen von Hautveränderungen nicht gleichbedeutend mit einem fehlenden medizinischen Korrelat für den Juckreiz sei. Zur Abklärung eines chronischen Pruritus empfehle sie eine schrittweise Diagnostik zum Ausschluss von Differentialdiagnosen entsprechend der S2-Leitlinie zum Pruritus.

Frau Prof. Ständer berichtet über neuere Erkenntnisse aus der Pruritus-Forschung, die zeigen konnten, dass Stress im Tiermodell eine Degranulation von Mastzellen triggere. Zudem sei tierexperimentell eine erhöhte Anzahl Substanz P-positiver Neurone in der Haut nach einem Stressreiz nachgewiesen worden.

Bei Pruritus und Prurigo habe sich eine erhöhte Dichte von Substanz P-positiven Neuronen in der Dermis gezeigt. Substanz P führe u.a. zum Freisetzen proinflammatorischer Zytokine und zur Mastzelldegranulation.

Im weiteren ging Frau Prof. Ständer kurz auf die Bedeutung von IL-31 und H4-Rezeptoren für die Pruritus-Entstehung ein und zeigte dabei mögliche zukünftige therapeutische Interventionsmöglichkeiten auf Grundlage dieser neueren Erkenntnisse auf.

Im Rahmen der Diskussion dieses Vortrags lag eine besondere Betonung auf der interdisziplinären Betreuung und Diagnostik von Patienten mit chronischem Pruritus.

Auch Frau Prof. Dr. E. Weisshaar, Klinische Sozialmedizin, Berufs- und Umweltdermatologie, Universität Heidelberg, legte in ihrem Vortrage „Rationale Therapie von juckenden Dermatosen“ einen besonderen Wert auf ein interdisziplinäres Vorgehen. Sie geht ebenfalls auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnostik bei chronischem Pruritus ein, nennt aber auch einen häufigen dermatologischen Ko-Faktor, der zu Juckreiz führe, nämlich die Xerosis cutis. Diese spiele insbesondere bei älteren Patienten nicht selten eine Rolle. Bei ebendiesen

Patienten bestehe aber auch gehäuft eine systemische oder sogar multifaktorielle Ursache für den Pruritus.

Jeglicher Therapie gehe eine gründliche Aufklärung des Patienten über das Krankheitsbild voraus. Sie empfehle entsprechend der nationalen und der europäischen Pruritus-Leitlinie ein stufenweises symptomatisch-therapeutisches Vorgehen, das zunächst eine topische Therapie mit topischen Immunmodulatoren und Lichttherapie heranzieht. Im weiteren Verlauf kann u.a. über systemische Therapien mit Naltrexon, Gabapentin oder Paroxetin nachgedacht werden. Sie sehe zudem große Chancen in der Entwicklung neuer Rezeptor-Blockaden, die vor dem Hintergrund der aktuellen Pruritus-Forschung entwickelt werden.

Als letzter Redner der Tagung spricht Prof. Dr. U. Gieler, Psychosomatik, Universität Gießen, zum Thema „Somatoformer Juckreiz, Forschungsperspektive, Therapieoptionen“. Er beschreibt Juckreiz als eine größtenteils unbewusste Sensation im Gehirn, die u.a. mental auslösbar sei und sich durch Suggestion wie auch durch Stress verschlechtern lasse. Es komme zu Konditionierungsvorgängen, die eine Verstärkung des Juckreizes bewirkten und zu Angst und Hilfslosigkeit führten.

So lösten bereits alltägliche Stressereignisse eine neuroendokrine Reaktion aus, die über die Ausschüttung von Corticotropin Releasing Hormon (CRH) eine Mastzelldegranulation bewirke, die zu Juckreiz führe. Kratzen und die durch den Juckreiz ausgelöste Frustration wirkten wiederum als Stressoren, die den Kreislauf in Gang hielten und zu weiterer Stimulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse führten. In seinen weiteren Ausführungen ging der Redner auch auf eine erhöhte, von der Stärke des Pruritus abhängigen, Suizidalität bei Pruritus-Patienten ein, wobei bei männlichen Patienten eine höhere Suizidalität als bei weiblichen bestehe.

Er empfahl daher, im Patientengespräch auf Lebensereignisse einzugehen, die in zeitlichem Zusammenhang zum Pruritus stehen. Zudem sollten die Patienten gezielt darauf angesprochen werden, welchen Einfluss der Pruritus auf ihr Leben nehme.

Auch von therapeutischer Seite lasse sich die mentale Beeinflussbarkeit des Pruritus nutzen. Als mögliche psychotherapeutische Therapieverfahren wurden u.a. Habit-Reversal-Techniken, psychodynamische Psychotherapie oder Entspannungsverfahren genannt. Aber auch Schulungsprogramme (wie z.B. die Neurodermitis-Schulung) oder Stress-Management-Programme können einen positiven Einfluss nehmen.

Zum Abschluss des thematischen Vormittags fand ein Roundtable mit allen Experten unter dem Motto „Juckreiz, zukünftige Herausforderungen und Therapieoptionen“ statt, in dem dem Auditorium eine erneute Möglichkeit zur Diskussion und zum Einbringen eigener Erfahrungen gegeben wurde. Ein wichtiges Fazit dieser Diskussion war, dass eine psychosomatische Abklärung bei chronischem Pruritus gleichberechtigt in einer interdisziplinären Abklärung ihren Platz haben sollte. Ein Abschluss der Diagnostik mit der Aussage „wir finden keine Ursache, also muss es wohl psychisch sein“ komme für den Patienten einem „Abschieben“ gleich, was auf jeden Fall vermieden werden müsse.

Im Anschluss an das Vormittagsprogramm bestand für die Gäste die Möglichkeit zur Teilnahme an einem der beiden Seminare: „Der schwierige Patient – Strategien im Umgang in der Praxis“ von Prof. Dr. K.-M. Taube, Hautklinik der Universität Halle, oder „Entspannungsverfahren bei Pruritus einschließlich Beurteilung von Pruritus“ von PD Dr. K. Seikowski, Psychodermatologie, Universität Leipzig. Beide Seminare ließen den Teilnehmern viel Spielraum zum Einbringen eigener Erfahrungen und wurden von den Teilnehmern als Bereicherung empfunden.

Nach der Tagung waren alle Teilnehmer eingeladen, an der Mitgliederversammlung des APD sowie an der Diskussion zur Überarbeitung der Leitlinie „Psychosomatische Dermatologie“ (Delphi-Konferenz) unter Moderation von Prof. Dr. K.-M. Taube teilzunehmen.

Im Anschluss an eine gelungene Tagung mit regem Austausch zwischen Rednern und Gästen bleibt die herzliche Einladung zur nächsten Jahrestagung des APD am 28. und 29. Oktober 2011 in Bonn!

Dr. K. Wöllner, Hautklinik der Universität Bonn

Bericht über den Training Course Psychodermatology der EADV
15.07.- 18.7.10 in Brüssel

Achzehn eingeschworene Teilnehmer des Training Course Psychodermatology aus aller Herren Länder (Dänemark, Deutschland, Estland, Großbritannien, Israel, den Niederlanden, Portugal, Rumänien, Spanien, USA) trafen sich in der Europahauptstadt für einen intensiven viertägigen Austausch, flankiert und geleitet von vier erfahrenen Sherpas der Psychodermatologie, Uwe Gieler (Deutschland), Françoise Poot (Belgien), Jacek Szepietowski (Polen) und John de Korte (Niederlande). Vom ersten Moment an herrschte eine Atmosphäre der gegenseitigen Wertschätzung, des Interesses und eines Gemeinschaftsgefühls. Für einen Überraschungsmoment sorgte die Vorstellungsrunde: Jeder Teilnehmer sollte nicht sich selbst, sondern stattdessen seinen Nachbarn präsentieren; dies sorgte für viel Heiterkeit. Die Sitzordnung wurde täglich gewechselt, um jedem die Möglichkeit zu geben, mit möglichst vielen anderen Teilnehmern ins Gespräch zu kommen. Das Kursprogramm deckte alle zentralen Bereiche der Psychodermatologie ab: Uwe Gieler gab am ersten Tag unter dem Thema "Wie kommt das Gefühl in die Haut?" einen Überblick über psycho-neuro-immunologische Zusammenhänge. Unter der Schirmherrschaft von Françoise Poot und Uwe Gieler erfolgte in interaktiver Zusammenarbeit aller Teilnehmer die Einordnung verschiedener dermatologischer Diagnosen in die Klassifikation biopsychosozialer Störungen (psychophysiologische - primär psychische - sekundär psychische Störungen sowie Komorbidität dermatologischer Erkrankungen), was zu einer angeregten Diskussion führte. Uwe Gieler wies darauf hin, dass die Einteilung der Erkrankungen in einigen Fällen diskutiert werden könnte, jedoch bedacht werden müsse, dass die Einteilung therapeutische Konsequenzen habe. John de Korte berichtete über Health-related quality of life und verriet seine persönlichen Kniffe (elektronische Version inklusive automatischer Auswertung des Skindex-29 bei ihm erhältlich) für den Einsatz von Fragebögen.

Françoise Poots Thema (Communication skills) beschäftigte sich mit dem Umgang mit Emotionen im Patientengespräch. In Workshop-Atmosphäre (Kleingruppen à 2-4 Teilnehmern) konnten die Teilnehmer ihre Intuition bei der Wahrnehmung von Emotionen in ihrem Gegenüber nach eindrucksvoller Demonstration durch die

Kursleiter trainieren. Auf Wunsch der Teilnehmer vermittelte sie das Protokoll einer Survival-Rule bezüglich des Vorgehens bei der Überbringung schlechter Nachrichten. Später am Tag wurde dann in Kleingruppen anhand von Videodemonstrationen (Uwe Gieler stellte seine schauspielerischen Fähigkeiten eindrucksvoll unter Beweis) die Arzt-Patienten-Interaktion analysiert und Vorgehensweisen erarbeitet. Mittels verschiedener Rollenspielen in Kleingruppen unter der kundigen Anleitung der vier Kursleiter wurde der Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen eingeübt und die neu erlernten Kommunikationstechniken angewendet. John de Korte berichtete zum Thema Adherence (frühere Bezeichnung Compliance) über neue Erkenntnisse in diesem relevanten Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung. Bei einem gemeinsamen Abendessen in dem gemütlichen Restaurant Le Choux de Bruxelles lernten sich die Teilnehmer bei „Pâté Ardennes style“, „Chicken waterzooi“ und Spekulatius-Eiscreme noch besser kennen.

Der Samstag begann mit einem interessanten Einblick in systemische Therapie unter der erfahrenen Anleitung von Françoise Poot. Die Teilnehmer erstellten gegenseitig ihr Genogramm und konnten sich so von der Wirksamkeit einer indirekten Herangehensweise an schwierige Themen überzeugen. Im Anschluß berichtete John de Korte über Diagnostik und Behandlung von Mood Disorders. Am Nachmittag hielt Uwe Gieler einen Vortrag über körperdysmorphe Störungen mit vielen hilfreichen Praxishinweisen. Jacek Szepietowski ergänzte die Thematik bezüglich artifizierlicher Störungen. Später präsentierten die Teilnehmer in Kleingruppen, jeweils betreut von einem Kursleiter, ihre mitgebrachten Fallberichte und diskutierten mögliche Vorgehensweisen für die weitere Behandlung. Als schönen Abschluss jeden Tages wurden einige Minuten der „Reflection on the day“ gewidmet. Der letzte Tag war dem Thema Balintgruppe gewidmet. Anhand einer Fallschilderung und anschließender Diskussion in der Gruppe konnte gut nachvollzogen werden, wie die Gefühle, die in der geschilderten Arzt-Patienten-Interaktion aufgetreten waren, sich bei der Beschäftigung mit dem Thema innerhalb der Gruppe widerspiegeln. Für die Teilnehmer, die in den meisten Fällen bisher keine Erfahrungen mit Balintgruppenarbeit gemacht hatten, war das eine spannende und eindrucksvolle Sitzung. Besonders interessant waren die national unterschiedlichen Herangehensweisen und bisherigen psychodermatologische Erfahrungen der Teilnehmer, jedoch eingebunden in ein gemeinschaftliches Gefühl, dass die Psychodermatologie eine zentrale Aufgabe innerhalb der Dermatologie hat und in

Zukunft eine noch wichtigere Rolle einnehmen sollte. Die Verabschiedung nach diesen vier Tagen, die für alle ein äußerst intensives Erlebnis war, gestaltete sich sehr herzlich. Man konnte sich des Eindrucks nicht erwehren, dass in diesen Tagen bereits der Grundstein für lebenslange Freundschaften und zukünftige fruchtbare Zusammenarbeit gelegt wurde.

Michaela Brenner

Der nächste Trainingskurs der EADV – ESDaP findet für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung oder kurz nach dem Facharzt vom 19.-22.7.2011 wieder in Brüssel im Haus der EADV statt. Anmeldung über die Homepage der EADV: www.eadv.org

Informationen von der European Society of Dermatology and Psychiatry (ESDaP) – eine „Sister Society“ der EADV

Die ESDaP wurde 1983 gegründet und arbeitet als Tochter-Society der European Academy of Dermatology and Venereology seit dieser Zeit zu europäischen Fragen der Psychodermatologie. Die derzeitige Präsidentin ist Dr. Francoise Poot aus Brüssel und der President elect ist Prof. Dr. John de Korte aus Amsterdam, Schriftführer ist Dr. Dennis Linder aus Venedig/Padua, außerdem sind noch Prof. Dr. Klaus-Michael Taube aus Halle als Schatzmeister und die weiteren Beisitzer: Dr. Sylvie Consoli aus Paris, Prof. Dr. Andrew Finlay aus Cardiff-Great-Britain, Prof. Dr. Uwe Gieler aus Giessen-Deutschland, Prof. Dr. Gregor Jemec aus Kopenhagen-Dänemark, Prof. Dr. Andrew Lvov aus Moskau, Prof. Dr. Jacek Sczepietowski aus Breslau-Polen, Dr. Dipl.-Psych. Lucia Tomas aus Zaragoza im Vorstand gewählt.

Das Journal „Acta Dermatovenerologica“ hat die ESDaP als Publikationsorgan akzeptiert und dort eine Sektion „Psychodermatology“ eingerichtet, so dass hier Publikationen mit diesem Schwerpunkt eingereicht werden können. Der zuständige Section Editor ist: Prof. Dr. Jacek Sczepietowski aus Breslau-Polen.

Es werden alle 2 Jahre in wechselnden Ländern Europas ein 3-tätiger Kongress ausgerichtet, der wesentliche Inhalte der Psychodermatologie vermittelt und auf neue Entwicklungen in Forschung und klinischer Praxis eingeht. Die nächsten Tagungen werden sein:

- ▶ 17.-19.3.2011 in Zaragoza-Spanien (Infos siehe: www.bocemtium.com/ESDaP2011 oder www.psychodermatology.com)
- ▶ 2013 in Kopenhagen – Dänemark
- ▶ 2015 in Moskau – Russland

Neben den Tagungen der ESDaP selbst werden im Rahmen der EADV-Tagungen jeweils Symposien und Arbeitskreis-Tagungen durchgeführt:

Sub-specialty meeting: W – 13 at the EADV Spring Symposium in Carlsbad / Czech Republic - Self Inflicted Skin Lesions

8th EADV Spring Symposium, 14-17 April 2011

Fax +420 284 682 672

President@eadvcarlsbad2011.org

Subspeciality Society: European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP)

Speakers	Topic	Contact (e-mail or fax number)
Chair J.C.Szepietowski (Poland)	Onychophagia and Onychotillomania	jszepiet@derm.am.wroc.pl
Co-chair U.Gieler (Germany)	Skin Picking – A new diagnostic tool leading to specific therapy interventions	Uwe.Gieler@psycho.med.uni-giessen.de
Co-chair M.Selerova (Czech Republic)	Self-inflicted skin lesions in atopic dermatitis	marie.selerova@nspnj.cz
Speaker A.Lvov (Russia)	Pathominia in dermatological practice	alvov@mail.ru
Speaker D.Linder (Italy)	Trichotillomania	michael.dennis.linder@gmail.com
Speaker W. Harth (Germany)	Life Style drugs and Self inflicted behaviour – a challenge to psychotherapy	Wolfgang.Harth@vivantes.de

- 27.5.2011 – World Congress of Dermatology – Seoul/Süd-Korea
8:15- 9:45 Symposium 40

Speaker List (In order of presentation)		
Time	Speakers Name(Country)	Presentation Topic
8:15 – 8:40	F. Poot (Brussels / Belgium)	The difficult patient in dermatological practice and how to become a happy dermatologist?
8:40 – 9:05	F. Tausk (Rochester / USA)	Psychoimmunology and Stress in Skin Disorders - Update
9:05 – 9:30	M. Hashiro (Osaka / Japan)	Psychodermatological Management in chronich inflammatory skin diseases (atopic dermatitis, psoriasis, acne)
9:30 – 9:55	J. Koo (San Francisco / USA)	Psychotropic drugs in Skin Disorders - Update 2011
9:55 – 10:20	U. Gieler (Giessen/Germany)	Factitious Disorders and Body Dysmorphic Disorders in Dermatology
10:20 – 10:45	J. Ulnik (Buenos Aires/Argentina)	Psychotherapy with Skin patients

Außerdem bietet die ESDaP in Zusammenarbeit mit der EADV in deren Haus in Brüssel jeweils eine “Summer School” zur Weiterbildung in Psychodermatologie an: Informationen über die Homepage der EADV: www.eadv.org

- 19.-22.7.2011 Fostering Course for Psychodermatology der EADV / ESDaP in Brüssel / Belgien

Prof. U Gieler

**Rezension: Alexa Franke: Modelle von Gesundheit und Krankheit, 2 Aufl. 2010.
Huber Verlag, Bern**

Das Buch von Frau Franke wurde 2010 in 2. Auflage aufgelegt. Frau Franke ist Rehabilitationspsychologin an der Universität Dortmund. In ihrem Buch stellt sie verschiedene Modelle von Krankheit und Gesundheit dar mit sozialpsychologischen Implikationen, der Genderperspektive, ergänzt durch sozialegpidemiologische Untersuchungen. Hier besonders interessant die Untersuchungen von Wilkinson und Pickett (2010), die in einer großen Übersicht überzeugend darlegen, dass Einkommensgleichheit einen entscheidenden Einfluss auf den gesundheitlichen und sozialen Zustand einer Gesellschaft hat, während größerer materieller Reichtum und Wachstum nicht zwangsläufig zu besserem Wohlergehen führt.

Die Darstellung des biomedizinischen Krankheitsmodells ist der Autorin leider etwas simplifizierend geraten und ignoriert neueste Forschungsergebnisse zu Umwelteinflüssen aus der genetischen und immunologischen Forschung. Interessant ist die Darstellung der subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit sowie des daraus folgenden Verhaltens. Leider fehlt die Lebensqualitätsforschung völlig, genauso wie die vielfältigen Untersuchungen zum Krankheitsverlauf und Patientenverhalten aus dem Bereich der Rehabilitation und Rehabilitationsforschung. Das Buch (29 Euro) bietet eine gute Einführung in die theoretischen Modelle von Gesundheit und Krankheit und will „zur Reflexion der eigenen Position anregen“. Bei der Größe des betrachteten Gebietes ist es wahrscheinlich unumgänglich, dass Aspekte fehlen.

Literatur:

Wilkinson R, Pickett K (2010) The Spirit Level. Why Equality is Better für Everyone. 2 Aufl., Penguin Books, London

J Wehrmann

Rezension

Christa-Maria Höring (Hrsg.)

Psychosomatische Dermatologie – aus der Praxis für die Praxis

Pabst Science Publishers 2010

Zehn namhafte Autoren und Koautoren bringen den Leser auf sehr unterschiedliche Art in Kontakt mit psychosomatischen Aspekten der Dermatologie. Die Autoren kommen aus verschiedenen Bereichen, die sich mit Hautpatienten beschäftigen. Es finden sich Beiträge aus dem forschend-universitären oder dem Reha-Bereich, aber auch erfreulich viele Darstellungen aus der Praxis.

Die meisten Autoren zeigen in veranschaulichenden und nahegehenden Fallkasuistiken die Wichtigkeit, aber auch den Erfolg einer psycho-somatisch orientierten Behandlung, bei der das auch Somatische nicht außer Acht gelassen wird. So zeigt die Herausgeberin C.-M Höring, dass durch ein psycho-somatische Herangehensweise erst eine wirksame Behandlung mit einem Immunsuppressivum für ihre Patientin ermöglicht werden konnte.

J. Wehrmann macht in seinem Kapitel über die psychosomatisch-dermatologisch stationäre Rehabilitation deutlich, dass erst durch die Möglichkeiten des stationären Settings mit multi-modalen Elementen ein psychosomatisches Störungsmodell gerade bei somatisch fixierten Patienten entwickelt werden kann. Anhand von Fallbeispielen bekommt der Leser einen guten Einblick in die Arbeit der psychosomatisch orientierten Rehabilitation bei Hauterkrankten.

Wie eingeschränkt Patienten mit Berufsdermatosen sind, macht der Artikel von Breuer und Schmidt-Ott deutlich. Sie zeigen sehr differenziert die große psychosomatische Bedeutung von beruflich verursachten Handekzemen auf.

Für den Dermatologen finden sich eindrucksvolle Beschreibungen von K. Taube von oft verkannten Erkrankungen, wie dem artifiziellen Lymphödem, das – unerkannt seiner psychischen Genese – bis zur Amputation von Gliedmaßen führen kann.

Die Grenzen der psychosomatischen Medizin zeigt W. Harth auf, in dem er sich mit nahezu unbehandelbaren Psychodermatosen, wie dem Gardner-Diamond-Syndrom, sogenannten Lichtdermatosen oder dem Münchhausen-Syndrom beschäftigt. Wenn die Patienten auch nicht für ein psychosomatisches Krankheitsmodell gewonnen

werden können, kann ein psychosomatisches Verständnis dem Behandler helfen, wenigstens Schaden vom Patienten abzuwenden.

Die meisten Beiträge geben einen Einblick in die Arbeit von psychotherapeutisch Tätigen, die in ihrer Arbeit das katathyme Bilderleben einsetzen. Bei allen Autoren, allein die Herausgeberin hat 5 Beiträge zu verschiedensten Krankheitsbildern verfasst, wird deutlich, wie identifiziert sie mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) sind. Dabei handelt es sich um eine auf Basis der Tiefenpsychologie arbeitende Imaginationsmethode, die besonders für psychosomatische Patienten, die nicht selten einen erschwerten Zugang zum symbolhaften Denken aufweisen, hilfreich ist. Dabei handelt es sich um eine therapeutisch begleitete und geführte Tagtraumimagination. Auch Leser, die nicht mit dieser Methode vertraut sind, erhalten durch die zahlreichen Fallbeispiele aus der Behandlung mit Hautpatienten, einen Zugang zur KIP und werden dabei für das Katathyme Bilderleben begeistert und erhalten einen eigenen Zugang zu der reichhaltig geschilderten Bilderwelt. Auch wenn man selbst in seiner Arbeit mit Hautpatienten nicht mit dieser Methode arbeitet, helfen die „heilenden“ Bilder einen anderen Zugang und Verständnis zu seinen Patienten zu finden. Der vorliegende Band ist reich bebildert, so dass der Leser sich gut in die Arbeit der KIP hinein versetzen kann.

H. Ullman beschreibt in seinem Beitrag sehr anschaulich die KIP von ihrer Entstehung bis zur Anwendung und Leitlinienentwicklung. R. Sannwald, Kinderärztin und Kinder- und Jugendlichentherapeutin, lässt die Methode lebendig werden, in dem sie die psychosomatische (Mit-)Behandlung eines 16-jährigen mit einer schweren Acne conglobata eindrucksvoll beschreibt und lädt den Leser ein, einer Behandlung mit fundiertem tiefenpsychologischem Verständnis für das Unbewusste zu folgen.

Dass somatoformer Juckreiz auch die Kriterien für eine Konversionsneurose erfüllen kann, zeigt R. Wilke anschaulich in seinem Beitrag.

C.-M. Höring bereichert mit Ihrer reichhaltigen Erfahrung als Dermatologin und Fachärztin für psychosomatische Medizin in zahlreichen, lebendigen Fallbeispielen den Buchband und weckt das Interesse für ein psychodynamisches Verständnis.

Alle Leser, ob Hautärzte, Kinderärzte, Allgemeinmediziner, Psychologen, ärztliche Psychotherapeuten oder in anderen Bereichen mit Hautkranken in Kontakt

Kommende, aber auch betroffene Hautpatienten, werden nach Lektüre des Buches einen anderen Zugang zu Ihren Patienten oder ihrer eigenen Hauterkrankung finden.

Leider finden sich im Buch keine Hinweise für auf das Katathyme Bilderleben neugierig Gewordene, wo entsprechende Therapeuten praktizieren und zu finden sind.

Der Herausgeberin ist es mit ihren Autoren gelungen, dem Leser zu zeigen, wie vielfältig und fundiert inzwischen das Angebot in der psychosomatisch-dermatologischen Arbeit geworden ist und dem Buch ist eine weite Verbreitung zu wünschen.

Priv.-Doz. Dr. med. Volker Niemeier

Urticaria und Psyche

Unter Urticaria wird eine heterogene Gruppe von Erkrankungen zusammengefasst, die alle durch ein plötzliches Auftreten von Quaddeln und / oder Angioödemem charakterisiert sind (1). Man unterscheidet spontane Formen von solchen, die zum Beispiel durch physikalische Stimuli wie Druck oder Wärme bzw. durch Anstrengung induziert werden. Dauert die Urticaria länger als 6 Wochen an, spricht man von einer chronischen Urticaria. Nicht selten kommen mehrere Formen der Urticaria beim selben Patienten vor: so leidet ein Patient z. B. unter spontaner Quaddelbildung und zusätzlich unter durch Druck ausgelösten Quaddeln.

Als Ursache der chronisch spontanen Urticaria werden akute oder chronische Infektionen, Autoimmunphänomene sowie allergische und pseudoallergische Reaktionen diskutiert (1). Die Praxis zeigt jedoch häufig, dass trotz umfassender Untersuchungen kein Focus gefunden wird. Quälender Juckreiz, aber auch die Stigmatisierung durch die oft sichtbaren Hautveränderungen schränken die Lebensqualität der Patienten häufig in erheblichem Ausmaß ein.

In den aktuellen Leitlinien zur Behandlung der chronischen Urticaria ist in einem kurzen Abschnitt die Rede davon, dass chronische Urticaria auch stressgetriggert auftreten bzw. verschlimmert sein kann (2). Im weiteren heißt es dort, dass zumindest bei einem Teil der Patienten auch psychologische Faktoren beim Management der Urticaria in Betracht gezogen werden müssen. Leider geht diese Leitlinie hinsichtlich der Therapie nicht näher auf diesen Punkt ein. Antidepressiva werden wegen der niedrigen Evidenz abgelehnt.

Eine systematische Recherche der in den vergangenen 5 Jahren zum Thema Urticaria und Psyche (Suchbegriffe: „urticaria“ und entweder „psychological“ oder „psychotherapy“ oder „depression“) veröffentlichten, in PubMed gelisteten Arbeiten erklärt dieses Defizit teilweise: zwar wurde sich während der letzten Jahre intensiv mit psychischen Komponenten bei der Urticaria beschäftigt, aber Studien, die diese Überlegungen auch in Therapieempfehlungen mit einbeziehen, wurden nicht durchgeführt oder zumindest nicht entsprechend veröffentlicht.

Außer Frage steht, dass die Lebensqualität von Patienten mit Urticaria stark eingeschränkt ist. So konnte eine Befragung von 379 Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 – 16 Jahren, von denen 17 an chronischer Urticaria litten, zeigen, dass chronische Urticaria an fünfter Stelle der Lebensqualität einschränkende Erkrankungen bei dieser Kohorte stand (3). Damit steht die Urticaria an höherer Stelle als z. B. Epilepsie oder Diabetes mellitus. Bereits 1997 zeigten O'Donnell et al. (4), dass die Lebensqualität von Patienten mit chronischer Urticaria vergleichbar eingeschränkt ist, wie die von Patienten mit schwerer koronarer Herzkrankheit.

Neuere Studien legen dar, dass insbesondere psychiatrische Begleiterkrankungen bei Urticaria-Patienten Einfluss auf die Lebensqualität nehmen. So untersuchten Staubach et al. (5) in ihrer Studie 100 Patienten mit chronischer Urticaria mittels standardisierter Fragebögen sowie dermatologischer und psychiatrischer Untersuchung und stellten dabei fest, dass bei 48 dieser Patienten zumindest eine psychiatrische Diagnose gestellt werden konnte. Die Patienten, bei denen eine psychiatrische Begleiterkrankung festgestellt wurde, hatten gegenüber den nicht psychiatrisch Erkrankten eine signifikant stärker eingeschränkte Lebensqualität.

Auch Engin et al. (6) und Özkan et al. (7) unterstützen diese Befunde. In ihren Studien konnten sie demonstrieren, dass die Lebensqualität von Patienten mit chronischer idiopathischer Urticaria durch eine zusätzlich vorhandene Depression oder Angststörung negativ beeinflusst wird, nicht aber durch die Stärke oder Erkrankungsdauer der Urticaria selbst.

Generell ist der Anteil psychiatrischer Erkrankungen bei Patienten mit chronischer Urticaria gegenüber der Normalbevölkerung erhöht. So konnten Uguz et al. (8) mithilfe strukturierter Interviews bei 89 Patienten mit chronischer spontaner Urticaria und 64 Kontrollen zeigen, dass bei 49,4 % der Patienten eine Achse I-, bei 44,9 % eine Achse II-Erkrankung besteht. Bei den gesunden Kontrollen kamen solche Erkrankungen nur bei 12,5 bzw. 14,1 % vor.

Özkan et al. (7) wiesen in ihrer Untersuchung sogar noch einen höheren Anteil (60 %) von psychiatrischen Komorbiditäten bei Patienten mit chronischer Urticaria nach. Anders als bei Uguz et al. (8), wo Zwangsstörungen, gefolgt von depressiven

Erkrankungen diagnostiziert wurden, steht hier insbesondere die Depression im Vordergrund. Über 80 % der Urticaria-Patienten in dieser Studie beobachteten eine Auslösung oder Triggerung ihrer Erkrankung durch emotionalen Stress.

Kürzlich zeigte eine kontrollierte Studie, dass posttraumatische Belastungsstörungen bei Patienten mit chronisch idiopathischer Urticaria fast doppelt so häufig vorkommen wie bei Patienten mit Typ I-Allergien (9). Alexithymie und dissoziative Störungen werden vermehrt bei dermatologischen Patienten beobachtet (10, 11), wobei die Haut als „Zielorgan zum Spannungsabbau“ und als „Kommunikationsorgan für emotionalen Stress“ interpretiert wird. So wird in der Literatur das Auftreten von Urticaria und Angioödemem im Bereich von anamnestisch traumatisierten Körperregionen beschrieben (10).

Dennoch herrscht keine Klarheit darüber, was Ursache und was Wirkung ist, da Urticaria sowohl im Verlauf nach emotionalem Stress bzw. bei Vorliegen von psychiatrischen Grunderkrankungen beobachtet wurde als auch andersherum. Sicherlich sind hierzu weitere longitudinal angelegte Studien notwendig. Außerdem hilfreich für die Aufklärung dieser pathophysiologischen Beziehungen sind experimentelle Untersuchungen zu den endokrinen und immunmodulatorischen Funktionen des Hautorgans.

Bei Stress wird zum Beispiel über eine Aktivierung des Sympathikus Substanz P und der neuronale Wachstumsfaktor NGF freigesetzt, die u.a. zu einer Mastzellaktivierung führen (12). Die Degranulation von Mastzellen bewirkt wiederum durch ihre proinflammatorischen und vasodilatatorischen Mediatoren eine lokale Entzündung mit Herabsetzung der pruritogenen Schwelle.

Zur Therapie der chronischen Urticaria steht die o.g. Leitlinie (2) zur Verfügung. Allerdings geht diese, wie oben bereits angesprochen, nur marginal auf die vorhandenen psychiatrischen Komorbiditäten ein. Die klinische Erfahrung zeigt, dass nicht jeder Patient auf eine leitliniengerechte Therapie anspricht, aber sie zeigt auch, dass ein Teil der Patienten durchaus von einer antidepressiven oder neuroleptischen Begleitmedikation profitiert. Dies ist eventuell durch die Behandlung der psychiatrischen Komorbidität und ein dadurch ermöglichtes Ansteigen der

Lebensqualität zu erklären. Es gibt in der durchsuchten Literatur aktuell keine Studien, die sich mit dem Einsatz von Psychopharmaka bei chronischer Urticaria beschäftigen. Allerdings können vielleicht zu einem gewissen Maß Rückschlüsse aus Untersuchungen mit Pruritus-Patienten gezogen werden: Ständer et al. (13) konnten in einer offenen Studie einen Juckreiz lindernden Effekt von selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (SSRI) zeigen, der in Abhängigkeit von der Ursache des Juckreizes unterschiedlich stark ausgeprägt war. Urticaria-Patienten waren in diese Studie nicht einbezogen. Eine Studie, die bei Patienten mit durch Senfgas ausgelöstem chronischen Pruritus die Juckreiz lindernde Wirkung von Doxepin mit der durch die Antihistaminika Cetirizin und Hydroxyzin verglichen, zeigte, dass Doxepin in dieser Kohorte einen vergleichbaren Effekt wie Hydroxyzin und einen besseren Effekt als Cetirizin hatte (14).

Es fehlen dringend randomisierte, doppelblinde Studien, die sich mit dem Effekt von Psychopharmaka auf eine chronische Urticaria auseinandersetzen. Ebenfalls zu untersuchen ist der klinische Effekt von psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen auf die chronische Urticaria. Außerdem sollte wissenschaftlich geklärt werden, inwieweit die psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung von psychiatrischen Komorbiditäten bei der chronischen Urticaria sich zum einen auf die Lebensqualität dieser Patienten auswirkt, zum anderen auf die Urticaria an sich.

Lit

- Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau AM, Grattan CE, Kapp A, Merk HF, Rogala B, Saini S, Sánchez-Borges M, Schmid-Grendelmeier P, Schünemann H, Staubach P, Vena GA, Wedi B, Maurer M: Dermatology Section of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology; Global Allergy and Asthma European Network; European Dermatology Forum; World Allergy Organization: EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009; 64:1417-1426
- 2) Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau AM, Grattan CE, Kapp A, Maurer M, Merk HF, Rogala B, Saini S, Sánchez-Borges M, Schmid-Grendelmeier P, Schünemann H, Staubach P, Vena GA, Wedi B; Dermatology Section of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology; Global Allergy and Asthma European Network; European Dermatology Forum; World Allergy Organization: EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy* 2009; 64:1427-1443
- 3) Beattie PE, Lewis-Jones MS: A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol* 2006. 155: 145-151
- 4) O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW: The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997. 136:197-101
- 5) Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, Vonend A, Metz M, Magerl M, Breuer P, Maurer M: Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *Br J Dermatol* 2006. 154:294-298

- 6) Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Özdemir M, Mevlitoglu I: The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *JEADV* 2008. 22:36-40
- 7) Özkan M, Oflaz SB, Kocaman N, Özşeker F, Gelincik A, Büyükoztürk S, Özkan S, Çolakoğlu B: Psychiatric morbidity and quality of life in patients with chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007.99:29-33
- 8) Uguz F, Engin B, Yilmaz E: Axis I and Axis II diagnoses in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Psychosom Res* 2008; 64:225-229
- 9) Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski ER: The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. *Compr Psychiatry* 2010. 51:55-63
- 10) Gupta MA: Somatization disorders in dermatology. *Int Rev Psychiatry* 2006. 18:41-47
- 11) Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J: Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 2008. 47:903-910
- 12) Arck P, Paus R: From the Brain-Skin Connection: The Neuroendocrine-Immune Misalliance of Stress and Itch. *Neuroimmunomodulation* 2006. 13:347-356
- 13) Ständer S, Böckenholt B, Schürmeyer-Horst F, Weishaupt C, Heuft G, Luger TA, Schneider G: Treatment of Chronic Pruritus with the Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors Paroxetine and Fluvoxamine: Results of an Open-labelled, Two-arm Proof-of-concept Study. *Acta Derm Venereol* 2009. 89:45-51
- 14) Shohrati M, Davoudi SM, Keshavarz S, Sadr B, Tajik A: Cetirizine, Doxepine, and Hydroxyzine treatment of pruritus due to sulphur mustard: a randomized clinical trial. *Cutan Ocul Toxicol* 2007. 26:249-255

Kristina Wöllner

Zur Mitgliederdiskussion

Rundbriefthema: Artefakte

Liebe APD Mitglieder. Die Einteilung der Artefakte ist ein weiterhin offenes Thema. Aus dem Bereich der Psychosomatik/ Psychiatrie besteht seit Jahren keine Leitlinie mehr zu diesem Thema. Aus dermatologischer Sicht ist die Einteilung aus klinischer Sicht klar, jedoch die psychosoziale Einteilung (zB. Paraartefakte , Skin Picking) ungelöst.

Wir möchten Ihnen im Folgenden das Thema zu Diskussion stellen und um Ihre Meinung -Diskussionsbeiträge bitten.

Wie würden Sie das Thema sehen?

Artefakte aus Sicht der Dermatologie

Harth W

Klinik für Dermatologie und Allergologie, Vivantes Klinikum Berlin Spandau

Artefakte sind selbstinduzierte Hautveränderungen und umfassen das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher oder psychischer Symptome an sich selbst oder anderen Bezugspersonen. Dabei sind vorrangig die Haut aber auch alle anderen Organsysteme betroffen. In der Dermatologie findet man häufig mechanische Verletzungen durch Drücken, Reiben, Abschnürung, Beißen, Schneiden, Stechen, Verbrennen oder selbstbeigebrachte Infektionen mit Wundheilungsstörungen, Abszesse, Verbrühungen, Verstümmelungen, Verätzungen und weitere toxische Schädigungen der Haut. Die aktuelle Einteilung unterscheidet 4 Gruppen: 1. Artefakte im engeren Sinne als unbewusste dissoziative Selbstverletzung, 2. Skin Picking-Syndrome oder auch -Paraartefakte: genannt meist als Störungen der Impulskontrolle oftmals mit Manipulation einer vorbestehenden spezifischen Dermatose (halbbewusste –zugegebene- Selbstverletzungen), 3. Simulation: bewusst vorgetäuschte Verletzungen und Erkrankungen zwecks Vorteilserlangung, 4 Sonderformen wie das Gardner Diamond Syndrom, Münchhausen-Syndrom und Münchhausen by proxy Syndrom.

Diese Einteilung (Tab.1) ist hilfreich zum Verständnis der unterschiedlichen pathogenetischen Mechanismen sowie der jeweiligen Psychodynamik und Prognose und erfordert unterschiedliche Therapiekonzeption.

Tabelle 1: Einteilung Artefakte

<p>A. Artefakte im engeren Sinne als unbewusste Selbstverletzung.</p> <p>B. Skin Picking-Syndrome / Paraartefakte: Störungen der Impulskontrolle oftmals als Manipulation einer vorbestehenden spezifischen Dermatose (oftmals halb-bewusste – zugegebene- Selbstverletzungen).</p> <p>C. Simulation: bewusst vorgetäuschte Verletzungen und Erkrankungen zwecks Vorteilserlangung.</p> <p>D. Sonderformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Münchhausen Syndrom - Münchhausen by proxy Syndrom - Gardner Diamond Syndrom
--

Die Häufigkeit der Artefakte wird auf 0,05 und 0,4% in der Bevölkerung geschätzt. Obwohl Artefakte in allen klinisch-medizinischen Disziplinen zu finden sind, ist in der Dermatologie die Prävalenz offenbar am höchsten. Eine Umfrage bei Ärzten verschiedener Fachrichtungen zeigte in der Dermatologie eine geschätzte durchschnittliche Häufigkeit von 2% aller Patienten in Hautkliniken (Fliege et al 2007). Selbstverletzendes Verhalten findet sich 3-8 mal häufiger bei Frauen; mit Ausnahme der Simulationen, die bei Männern häufiger anzutreffen sind. Simulationen sind oftmals im Rahmen von Begutachtungen oder dem Wunsch einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung festzustellen ebenso bei Versicherungsbetrug. Die Genese der Artefakte ist sehr variabel und auf mechanische Verletzungen durch Drücken, Reiben, Beißen, Schneiden, Stechen, Verbrennen oder selbstbeigebrachte Infektionen mit Wundheilungsstörungen, Abszesse, Verbrühungen, Verstümmelungen, Verätzungen und weitere toxische Schädigungen der Haut zurückzuführen. Hämostaseologische Symptome können durch Stauen von Extremitäten, Erzeugen von Petechien und durch zusätzliche heimliche Einnahme von Pharmaka sowie Heparininjektionen auftreten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Genese Artefakte

Mechanisch

Drücken, Reiben, Stauen, Beißen, Schneiden, Stechen, hämostaseologische Genese, Verstümmelungen

Toxische Schädigungen

Säuren, Laugen, Thermisch (Verbrennungen, Verbrühungen)

Selbstbeigebrachte Infektionen

Wundheilungsstörungen, Abszesse

Medikamente (Heimliche Einnahme von Pharmaka)

Heparininjektionen, Insulin

Artefakte im engeren Sinne

Das klinische Erscheinungsbild der Artefakte oder auch Dermatitis factitia (ICD-10 F 68.1, unbeabsichtigt L98.1) hängt von der Selbstmanipulation ab. Prinzipiell kann die Morphologie der Artefakte alle Dermatosen imitieren.

„Typisch ist dabei das Untypische“ das heißt klinische Bilder mit untypischer Lokalisation, Morphologie, Histologie oder unklar rezidivierenden Therapieverläufen. Der Nachweis von körperfremden Materialien, toxischen Substanzen und infektiösem Material sollte versucht werden. Folgeschwer ist die Delegation der körperschädigenden Handlung an den Arzt, wenn vorgetäuschte Beschwerden invasive oder schädigende medizinische Behandlungsmaßnahmen nach sich ziehen (Münchhausen/ Münchhausen by proxy Syndrom, Operationssucht).

Psychische Symptomatik

Artefakte im engeren Sinne als unbewusste Selbstverletzung sind überwiegend auf dem Boden einer schweren emotionalen Störung in der Biografie, eine Reaktivierung von in der Kindheit erlittenen Verletzungen/ Traumatisierungen zu verstehen und enthalten eine nonverbale Appellfunktion.

Die schädigende Handlung geschieht meist im Verborgenen, oft auch in dissoziativen Zuständen, ohne dass der Vorgang dem Patienten anschließend erinnerlich oder emotional nachvollziehbar sein muss.

Die sogenannte „Hollow History“ (van Moffart in Koo) wird charakteristischer Weise häufig bei der Anamneseerhebung von Patienten mit Artefakten gefunden. Dabei handelt es sich um die Tatsache, dass unklare vage Angaben zur Entstehung der Erkrankung gemacht werden, die plötzlich wie von selbst ohne Vorzeichen oder Symptome aufgetreten seien.

Typischerweise sind die Patienten selbst erstaunt über die aufgetretenen Hautveränderungen und nicht fähig, klare Angaben und Details zu deren Erstauftreten oder Erscheinen und Entwicklungsverlauf anzugeben. Die Anamnese bleibt unklar. Die Patienten sind während der Erzählung der Krankengeschichte dabei auffallend wenig emotional beteiligt, als wenn sie nicht selbst betroffen wären, wenn die Einzelheiten der oftmals entstellenden Artefakte geschildert werden. Auch aus ärztlicher Sicht zu erwartende Schmerzen durch die vorhandenen Läsionen werden oftmals nicht angegeben. Die Familie hingegen ist häufig wütend und anklagend und bezeichnet die behandelnden Ärzte als inkompetent. Ein weiterführender diagnostischer Hinweis kann eine inadäquate Situation der Kontaktaufnahme mit dem Arzt sein.

Bei den Patienten mit Artefakten besteht ein heterogenes psychopathologisches Spektrum. Häufig sind schwere Persönlichkeitsstörungen (vorwiegend Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F 60.31) oder auch narzisstische, histrionische und dissoziale sowie abhängige Persönlichkeitsstörungen.

Mehr als zwei Drittel der Patienten geben traumatisierende Erlebnisse wie sexuelle und körperliche Misshandlungen und Deprivationssituationen in der Anamnese an.

Tabelle 3: Häufige psychische Störungen bei Artefakten

Frühe Persönlichkeitsstörungen:
 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ
 Narzisstische Persönlichkeitsstörung,
 Histrionische Persönlichkeitsstörung,
 Dissoziale Persönlichkeitsstörung,
 Abhängige Persönlichkeitsstörung.
 Depressive Störungen,
 Angststörungen,
 Zwangsstörungen
 Posttraumatische Belastungsstörungen

Leichtere Formen von artifiziellen Störungen kommen als Adoleszenzkonflikte vor und auch bei Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen.

Hinzu kommen Artefakte als Komorbiditäten bei depressiven Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen sowie bei posttraumatischen Belastungsstörungen. Dissoziative Amnesien und schwere Depersonalisationszustände können im Zusammenhang mit dem selbstverletzenden Verhalten auftreten.

Beim autoaggressiven Verhalten von Artefaktpatienten wird immer wieder der Zusammenhang zwischen Artefakten und Suizidhandlungen betont. Viele Hinweise auf Suizidhandlungen in der Literatur machen deutlich, dass eine enge Verbindung zwischen Selbstverletzungen und Selbstmordhandlungen besteht.

Auch offen selbstbeschädigende Verhaltensweisen kommen vor. Diese werden auch als offene oder bewusste Artefakte bezeichnet, und können einen appellativen Charakter haben sowie als Hintergrund den Wunsch eines sekundären Krankheitsgewinns oder auch fließende Übergänge zu den Paraaartefakten aufzeigen.

Differenzialdiagnose der Gruppe artifizieller Dermatosen

Zum Zeitpunkt der selbstschädigenden Handlungen können manifeste psychotische Erkrankungen im Vordergrund stehen, in deren Rahmen die Selbstverletzungen begleitend auftreten. Hierzu gehören: Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen, affektive Störungen mit psychotischen Symptomen hypochondrischer Wahn, Dermatozoenwahn, monosymptomatische Psychose, akute Intoxikationen, sowie psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Intoxikationen, psychotrope Substanzen, einschließlich der Entzugssyndrome, bei Hirnorganischem Psychosyndrom, Anfallsleiden, kulturell-religiösen Handlungen, sexuellen Handlungen, in suizidaler Absicht und als Komorbidität bei Wahnerkrankungen: Schizophrenie, agitierte affektiven Störungen (Depression) sowie kindlicher Autismus.

Bei allen Formen von Dermatozoenwahn (Befallswahn) werden sekundär selbst zugefügte Hautschäden bei bis zu zwei Drittel der Patienten beobachtet. Die vermeintlichen Parasiten sollen durch Manipulationen entfernen werden, wobei durch eine Selbstschädigung Artefakte erzeugt werden.

Selbstverletzendes Verhalten kann als Begleiterscheinung anderer organischer Erkrankungen auftreten: z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom, Cornelia de Lange-Syndrom, Rett-Syndrom, chronische Enzephalitis, Neuroleues, Temporallappenepilepsie, Neuroakantozytose, Chromosomenaberrationen (z.B. 45XXXY-Syndrom, 47XYY-Syndrom). Hirnorganische Störungen (Oligophrenie, demenzielle Syndrome F00-F04).

Paraartefakte / Skin Picking Syndrome

Häufiger und mit breiter klinischer Variabilität finden sich im Bereich der Dermatologie sogenannte Paraartefakte, die auch als Skin Picking Syndrome bezeichnet werden.

Meist liegt eine Störung der Impulskontrolle (ICD-10 F 63.8) oder andere verschiedene psychische Störungen wie Zwangsstörungen vor.

Oftmals wird auch eine minimale Primäreffloreszenz exzessiv manipuliert, welches erst dadurch zu einem ausgeprägt schweren Befund führt, wobei die schlecht erreichbaren Hautareale (interscapular Region) oft frei sind.

Typischerweise finden sich folgende klinische Bilder Tab 4 .

Tabelle 4: Skin picking/ Paraartefakte in der Dermatologie

Haut/ Schleimhaut

Skin picking Syndrom im eigentlichen Sinne

Acne excoriée

Pseudo- knuckle- pads

Morsicatio buccarum

Cheilitis factitia

Hautanhangsgebilde

Onychophagie, Onychotillomanie, Onychotemnomanie

Trichotillomanie, Trichotemnomanie, Trichoteiromanie

Skin picking Syndrom im eigentlichen Sinne

Skin Picking Syndrom wurden früher auch als „neurotischen Exkorationen“ (ICD-10: F 68.1, L98.1, F63.9) bezeichnet. Die klinischen Befunde umfassen Exkorationen, Erosionen sowie weiterhin Krusten und daneben atrophisch abheilende Narben und Hyperpigmentierungen die durch wiederholtes ausgeprägtes Kratzen entstehen. Die Lokalisation ist vorwiegend im Bereich der Arme und Unterschenkel, kann aber auch im Gesicht auftreten und wird dann aber meist aus historischen Gründen noch Acne excoriée genannt.

Psychisch ist diese Störung der Impulskontrolle durch eine wiederholte Unfähigkeit Kratzimpulsen zu widerstehen charakterisiert . Dabei erfolgt oftmals eine konflikthafte Spannungsabfuhr der Patienten über die Haut. Als Komorbiditäten finden sich gehäuft depressive und Angststörungen. Differenzialdiagnostisch zur Störung der Impulskontrolle können Zwangsstörungen vorliegen

Acne excoriée

Eine Sonderform des Skin Picking im Gesicht ist die Acne excoriée (ICD-10: F68.1L70.5), die durch ihre Lokalisation im Gesicht gekennzeichnet und definiert ist. Bei der klassischen Acne excoriée bestehen anfänglich in der Regel minimale Akneeffloreszenzen, die typischerweise durch ausgedehntes Quetschen, Drücken, meist mit den Fingernägeln manipuliert werden. Durch die Manipulation entstehen dann Exkoriationen, Erosionen oder auch Ulzerationen, die unter sternförmigen Narbenbildungen und Pigmentierungsstörungen abheilen können. Die Patienten können oftmals dem Impuls zum Quetschen und Drücken nicht widerstehen, aber die Manipulation thematisieren. Insbesondere die besondere Situation vor dem Spiegel stellt ein typisches Verhaltensmuster dar, das sinnvollerweise bereits bei der Anamnese erfragt werden sollte.

Morsicatio buccarum

Morsicatio buccarum (ICD-10: F68.1, K13.1) sind weißliche strangförmige Mundschleimhautverdickungen oder auch Schwielen im Bereich des Zahnschlusses. Die Schleimhautveränderungen können durch ständiges Einsaugen und Kauen auf der Mundschleimhaut entstehen und müssen differentialdiagnostisch gegenüber Lichen ruber der Mundschleimhaut und Präcancerosen/Leukoplakien abgegrenzt werden.

Cheilitis factitia

Bei der Cheilitis factitia (ICD-10: F68.1, K13.0) ist ein Leckekzem und damit chronisch kumulativ toxische Schädigung der Haut durch eine mechanische Belastung und Speichel einschließlich irritativer Nassbelastung die Grundlage der Pathogenese. Dies führt letztendlich zu ekzematösen Hautveränderungen. Eine Prädisposition zur sekundären Impetigenisierung ist damit gegeben. Die Automanipulation betrifft meist umschriebene, über das Lippenrot hinausgehende scharf begrenzte Areale. Auch beim Einsaugen und Belecken mit der Zunge können die Automanipulationen symmetrisch angeordnet sein. Bei der Cheilitis artefacta kommt zusätzlich ein traumatisierendes Lippenkauen hinzu.

Pseudo- knuckle- Pads

Pseudo- Knuckle- Pads (ICD-10: F 68.1, M72.1) entstehen durch Reiben, Massieren, Kauen, Saugen, meist im Bereich der Fingerknöchel und sind klinisch durch verdickte polsterartige rauhe, leicht schuppige Hauteffloreszenzen gekennzeichnet.

Weiterhin kann eine geistige Retardierung im Vordergrund der Pathogenese stehen.

Die echten Fingerknöchelpolster kommen nur bei Genodermatosen vor und entstehen ohne mechanische Traumatisierung und sind durch eine zellreiche Fibrose charakterisiert. Aufklärende Gespräche bei den Pseudo-knuckle- pads im Sinne einer Psychoedukation mit den besorgten Eltern, anschließende Beobachtung und vermehrte Aufmerksamkeit können den Mechanismus aufdecken, und nach Unterlassung mit unterstützenden Hautpflegemaßnahmen als Ersatzhandlung eine Abheilung einleiten.

Onychophagie, Onychotillomanie, Onychotemnomanie

Onychophagie

Die Onychophagie (ICD-10: F68.1, F98.8) ist das Nagelbeißen oder Nagelkauen meist mit Verschlucken der Nagelanteile. Auch eine Kombination mit Daumenlutschen ist häufig. Durch die ständige Traumatisierung mit Verkürzung der distalen Nagelplatte können Entzündungen bakterieller oder viraler Genese, Blutungen und Fehlbildungen auftreten oder getriggert werden. Die Onychophagie tritt meistens im Rahmen ungelöster Konflikte oder Anspannungssituationen auf und wird besonders in der Kindheit, Pubertät und Adoleszenz beobachtet.

Die Häufigkeit wird mit bis zu 45% bei Heranwachsenden angegeben, so dass sicherlich nicht jeder Patient mit Onychophagie eine schwere Persönlichkeitsstörung aufzeigt oder die dringende Notwendigkeit einer Psychotherapie indiziert ist.

Zentraler Kausalitätsfaktor ist der fehlerhafte Umgang mit Stress und Anspannungssituationen.

Onychotillomanie

Bei der Onychotillomanie wird die ständige Manipulation, „Knibbeln“, und Entfernung von dem Hautanhangsgebilde Nagel oder auch Traumatisierung im Bereich des Paronychiums als Auslöser für selbstinduzierte Nagelerkrankungen gesehen. Dies kann von der Onychodystrophie bis hin zu schweren Paronychien reichen.

Onychotemnomanie:

Das zu kurze Abschneiden der Nägel führt zu Traumatisierungen im Bereich der Nagelplatte oder Nagelpfalz.

Trichotillomanie, Trichotemnomanie, Trichoteiromanie

Trichotillomanie

Der Trichotillomanie (ICD-10: F63.3, F68.1) liegt ein Ausreißen der Haare zugrunde, wobei das wiederholte Ausreißen des eigenen Haars mit deutlichem Haarausfall verbunden ist.

Klinisch findet sich ein typischer dreiphasiger Zonenaufbau mit:

Zone: 1. lange Haare – (regelrechte nicht betroffene normale Haare/Haarschnitt)

Zone: 2. fehlende Haare (frische Alopezie durch das Ausreißen)

Zone: 3. nachwachsende Haare, kürzer und unregelmäßiger als das normale Haarkleid

Ursächlich ist der dreizonige Aufbau damit zu erklären, dass die normal gesunden langen Haare (Zone 1) zum Zupfen gut gegriffen werden können und dann ausgerissen werden.

Im Bereich der ausgerissenen Haare entsteht dann aktuell die haarlose Zone 2 wobei sich vereinzelt Hämorrhagien im Bereich der ausgerissenen Haare der frischen Zupfherde finden lassen.

Daneben zeigen die älteren Areale bereits ein erneutes Haarwachstum auf (3. Zone).

Die nachwachsenden Haare sind kürzer und können somit anfänglich nicht gut zum Zupfen ergriffen werden, womit sich die 3. Zone kürzerer Haare erklären lässt.

Liegt klinisch ein solcher dreizoniger Aufbau vor, besteht an der Diagnose Trichotillomanie kein Zweifel.

Sollte differentialdiagnostisch eine Alopecia areata in Betracht gezogen werden, kann das Trichogramm weiterführen, da sich bei der Alopecia areata in den befallenen Arealen vermehrt Telogonhaare finden, während die Telegonhaare bei der Trichotillomanie überwiegend herausgezogen wurden und sich deshalb ein nahezu reines Anagen-Muster findet!

Sehr selten kommt es nach dem Herausreißen der Haare zu einem Verschlucken, die dann einen Trichobenzoar mit Ileus-Symptomatik auslösen kann. Hier sind jedoch nur Einzelfälle in der Literatur beschrieben!

Trichotemnomanie

Die Trichotemnomanie ist die seltene Form der Haarschädigung wobei die Haare vorsätzlich selbst abgeschnitten werden. Diese Form der Haarschädigung ist als Artefakt/ Simulation aufzufassen.

Trichoteiromanie

Bei dieser Variante des selbst zugefügten Haarverlustes handelt es sich um eine physikalische Schädigung der Haare durch Scheuern und Kratzen am Capillitium, wodurch es zur mehr oder minder starken Pseudoalopezie kommt. Bei der Trichoteiromanie (teiro: griech.: ich kratze) finden sich makroskopisch weißliche Haarspitzen mit ausgefranst imponierenden Haarenden, welche lichtmikroskopisch pinselartigen Haarbrüchen, der Trichoptilose entsprechen.

Tabelle 5: Trichotillomanie, Trichotemnomanie, Trichoteiromanie (nach Reich und Trüeb 2003)

	Trichotillomanie	Trichotemnomanie	Trichoteiromanie
Schädigungsmuster	Ausreißen der Haare	Abschneiden der Haare	Abbrechen der Haare durch Scheuern und Kratzen
Klinischer Befund	Typischer dreiphasiger Aufbau mit langen, fehlenden und nachwachsenden Haaren	Pseudoalopezie mit rasiert erscheinenden Haarstoppeln	Pseudopalopezie mit abgebrochenen Haaren normaler Dichte, Haarstoppeln mit weißlich erscheinenden, ausgefranst Enden
Trichogramm	Telogenrate vermindert	Normales Haarwurzelmuster	Dystrophes Haarwurzelmuster, teilweise verringerter Telogenanteil

Psychische Symptomatik Paraartefakte / Skin Picking Syndrome

Das Hauptmerkmal von Skin Picking syndrom/ Paraartefakten ist eine Störung der Impulskontrolle und damit das Versagen, dem Impulstrieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine wiederholte Handlung ohne vernünftige Motivation auszuführen, die für die Person selbst oder für andere schädlich ist. Bei Nachfrage kann Patient die Manipulation häufig zugeben, so dass eine halbbewusste Störung vorliegt.

Ursächlich können psychische Anspannungssituation oder nicht bewältigte Konflikte und ein nicht beherrschbarer Drang zur Selbstmanipulation vorliegen.

Tabelle 6: Diagnostischen Kriterien von Paraartefakten umfassen (DSM IV):

- A) Wiederholte Unfähigkeit, Impulsen zu widerstehen,
- B) Zunehmendes Spannungsgefühl vor der Handlung,
- C) Vergnügen, Befriedigung oder Gefühl der Entspannung während der Handlung,
- D) Keine ursächliche Beziehung zu anderen somatischen oder psychiatrischen Erkrankungen,
- E) Die Störung bedeutet ein klinisch signifikantes Leiden

Bei einer Trichotillomanie drehen und spielen die Patienten oftmals auch aufgrund erhöhter Ängstlichkeit oder in Belastungssituationen mit verstärkter Konzentration an den Haaren.

Differenzialdiagnostisch sind Zwangsstörungen zu diskutieren und es muss weiterhin das Haare-Ausreißen als Stereotypie (ICD-10: F98.4) abgegrenzt werden, wobei es sich um eine psychiatrische Erkrankung mit Hautbezug handelt.

Simulationen

Simulationen (ICD-10: Z 76.5) sind definiert als ein absichtlich und bewusstes Erzeugen und Hervorrufen von körperlichen oder auch psychischen Symptomen. Auch bei den Simulationen stehen mechanische Verletzungen durch Drücken, Reiben, Beißen, Schneiden, Stechen, Verbrennen oder selbstbeigebrachte Infektionen mit Wundheilungsstörungen, Abszessen, Verbrühungen, Verstümmelungen, Verätzungen und weitere toxische Schädigungen der Haut im Vordergrund. Hämostaseologische Symptome können durch Stauen von Extremitäten, Erzeugen von Petechien und durch zusätzliche heimliche Einnahme von Pharmaka sowie Heparininjektionen auftreten.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Dermatologie stellen Simulationen im Rahmen der Begutachtung von Berufskrankheiten und Berentungsverfahren dar. Hinzu kommen Manipulationen von Epikutantestungen im Rahmen von Begutachtungsverfahren sowie Vortäuschung von schweren Symptomen zwecks Erlangung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Bei vorsätzlicher Provokation von Kontaktallergien ist meist das auslösende Allergen dem Patient bekannt, wird aber dem Arzt verschwiegen.

Psychische Symptomatik

Simulationen sind bewusste absichtliche Automanipulationen der Patienten zwecks Erlangung eines offensichtlichen materiellen Vorteils durch die Erkrankung, oder

durch einen anderen sozialen Vorteil wie beispielsweise einen sekundären Krankheitsgewinn mit Zuwendung und Versorgung in der Familie charakterisiert. Der Arzt wird dabei mit krimineller Absicht betrogen und getäuscht.

Zur psychosozialen Motivation von Simulationen gehören die Vermeidung von Strafverfolgung, Erlangung von Betäubungsmitteln, Vermeidung des Militärdienstes oder Erlangung von finanziellen Vorteilen. Dieser Vorteil kann in hohen Renten-, Krankenhaustagegeld oder der Auszahlung von Reiserücktrittversicherungen bestehen.

Absichtliche und bewusste Simulationen sind psychotherapeutischen Maßnahmen kaum zugänglich, da hierfür keine Patientenmotivation besteht. In der Regel ist ein psychotherapeutischer Zugang erst möglich wenn laufende Gerichtsverfahren abgeschlossen sind.

Sonderformen

Gardner-Diamond-Syndrom

Das Gardner-Diamond-Syndrom ist ein dermatologisches Spezialsyndrom und gekennzeichnet durch schubhaft auftretende schmerzhafte blaue Maculae, vielfältige körperliche Beschwerden und eine charakteristische psychische Symptomatik.

- Synonyme: schmerzhaftes Ekchymosen-Syndrom, psychogene Purpura, Syndrom der blauen Flecken, Painful-Bruising-Syndrom (Ivanov et al 2009).

Anfänglich wurde von den Erstbeschreibern durch Injektion autologer Erythrozyten die Annahme eines Autoimmunprozesses postuliert im Sinne eines autoerythrozytären Sensibilisierungssyndroms. Aktuell wird am ehesten eine artifizielle Genese diskutiert.

Als Prodromi treten zunächst Jucken, Spannungsgefühl oder brennende Schmerzen meist im Bereich der Extremitäten, am häufigsten im Bereich der Beine auf.

Anschließend zeigen sich ödematöse Erytheme mit Ekchymosen mit Abheilung innerhalb von 1 - 2 Wochen. Charakteristischerweise ist der Verlauf in Schüben auftretend und ohne Residuen abheilend.

Als Allgemeinsymptomatik bestehen Anfälle von Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoen, Gewichtsverlust, Kopfschmerzattacken, Sehstörungen, Parästhesien und andere neurologische Symptome sowie Hämaturie, Hämatemesis, Metorrhagien und Amenorrhoe. Betroffen sind fast ausnahmslos Frauen.

Psychische Symptomatik:

Die Persönlichkeitsstruktur der Patienten weist klassische Züge der dissoziativen Störungen einschließlich Konversionsstörungen, Masochismus, Depressivität, Ängstlichkeit und Hemmung von Gefühlsäußerungen (Aggressionshemmung) auf. Die Differenzialdiagnose umfasst das Spektrum der Artefakterkrankungen.

Münchhausen Syndrom

Das Münchhausen-Syndrom ist eine Sonderform artifizieller Störungen (ICD10: F68.1) und gekennzeichnet durch die Trias: Krankenhauswandern, Pseudologia phantastica und Selbstverletzung (Oostendorp und Rakoski 1993).

Namensträger des Syndroms, über das hier berichtet wird, ist Freiherr Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen (1720 – 1797), der allgemein als Lügenbaron bekannt ist. Im ursprünglichen Sinn bedeutet die Erkrankung eine Vortäuschung akuter Krankheiten mit demonstrativen dramatischen Beschwerdeschilderungen und falschen Angaben zur Anamnese. Charakteristisch sind eine Vielzahl von Krankenhausaufenthalten und operative Eingriffe, zum Teil mit sichtbaren multiplen Narben. In Einzelfällen liegt eine Manie oder eine schwere Persönlichkeitsstörung wie die antisoziale Persönlichkeit- oder Borderline-Störung vor.

Münchhausen by proxy Syndrom

Beim Münchhausen-Syndrom by proxy Syndrom (ICD-10: F74.8) werden meist Kinder von ihren Bezugspersonen verletzt, um einen Kontakt mit medizinischen Behandlern herzustellen. Damit handelt es sich beim Münchhausen- by proxy Syndrom um eine spezielle Form des Missbrauchs von Kindern.

Erstmals 1977 wurden zwei Fälle vom Münchhausen-by-proxy-Syndrom von einem englischen Kinderarzt (Meadow 1977) publiziert, und als das o.g. Syndrom inauguriert. Die Namensgebung erfolgte, weil die Mutter systematisch den Arzt mit frei erfundenen Geschichten über die Krankheiten täuschte, aber nicht den eigenen Körper, sondern gleichsam in Vertretung (by-Proxy) den Körper des Kindes missbrauchte.

Therapie der Artefakte

Die Therapie der Artefakte stellt eine der größten Herausforderung für den Dermatologen dar, besonders wenn sich die Patienten primär beim Hautfacharzt mit rein somatischen Konzepten und Erwartungshaltungen vorstellen. So müssen einerseits klare Grenzen bei den Simulationen aufgezeigt werden und die Erlangung von erstrebten Vorteilen verhindert werden, andererseits kann eine zu frühe Konfrontation bei Patienten mit unbewusster artifizierter Genese zum Abbruch der Arzt- Patientenbeziehung führen, und sogar in einem Suizid oder Suizidversuch enden.

Tabelle 7: Übersicht: Psychotherapie der Artefakt- Patienten

Therapie	Artefakte	Skin Picking	Simulationen
Psychosomatische Grundversorgung (Beschwerdetagebuch)	+++	+++	+
Psychoedukation	+++	+++	+
Verhaltenstherapie	+	+++	-
Tiefenpsychologisch/ Analytische Psychotherapie	+++	+	-
Psychopharmaka	++	+	-
Konfrontation	---	+/-	+++

+++ sehr häufige Indikation

++ häufige Indikation

+ seltene Indikation

+/- fragliche Indikation

- möglicherweise Kontraindikation

--- absolute Kontraindikation

Artefakte im engeren Sinne

Am Anfang der Therapie steht der vorsichtige (nicht anklagende) Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Dies kann zunächst über eine schonende Lokalthherapie zur Wundheilung mit symptomatischer und blander Behandlung der artifizell induzierten Läsionen beginnen, wie beispielsweise Excoriationen der Unterschenkel mit Zinkleimverbänden angewendet werden können.

Bei den Artefaktkrankheiten im engeren Sinne können die Patienten die unbewussten Selbstmanipulationen nicht wahrnehmen und thematisieren, da die Selbstmanipulation oft mit einer dissoziativen Amnesie einhergeht und so dem Patienten die Handlung nicht bewusst ist. Eine vorzeitige Konfrontation ärztlicherseits und Bloßstellung durch kriminalistische Überführung ist kontraindiziert, und führt oft fast immer zum Abbruch der Arzt- Patienten Beziehung, erneuten autoaggressiven Handlungen bis hin zu suizidalen Impulsen oder bedingt eine Ärzte Odyssee.

Eine Psychotherapie ist meist indiziert. Bewährt haben sich psycho-dynamische

Therapieansätze zur Stabilisierung der Persönlichkeit, die in der Regel eine stationäre Langzeittherapie darstellen. Eine Konfrontation des Patienten mit der Notwendigkeit einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Therapie sollte erst nach dem Aufbau einer stabilen Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient erfolgen.

Der behandelnde Arzt sollte den Patienten so lange in der Therapie begleiten, bis er für eine spezifische Therapie beispielsweise ambulant oder in einer psychosomatischen Klinik oder auch zur medikamentösen Psychopharmakotherapie motiviert werden kann. Suizidalität muss besonders beachtet werden.

Skin Picking Syndrome / Paraartefakte

Die Prognose bei Skin Picking /Paraartefakten ist insgesamt besser, da hier eine „halbbewusste“ Störung vorliegt. Vorrangig sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Impulskontrolle einschließlich Methoden zur Verbesserung des Selbstmanagements mit Förderung der Selbstbeobachtung, kognitiven Umstrukturierung und Entspannungsverfahren.

So kann bereits ein aufklärendes Gespräch (Psychoedukation) der erste Schritt einer Bewusstmachung des Mechanismus sein, und Grundstein zur Wiedererlangung der Impulskontrolle darstellen. Besonders bei der Trichotillomanie im Kindesalter ist ein aufklärendes Gespräch mit den Eltern oft erfolgreich. Die anschließende Eigen- oder Fremdbeobachtung und Kontrolle der Handlung im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung kann oftmals eine Heilung erzielen. Reicht dies nicht, so kann durch Führen eines Tagebuches (Zupftagebuch bei Trichotillomanie) oder Manipulationstagebuches eine bessere Analyse und Kontrolle ermöglicht werden. Dabei sollte außer dem Datum, Zeitpunkt und Dauer der Manipulationen auch Ort, Situation und emotionale Situation sowie Besonderheiten vermerkt werden. Maßnahmen zur Spannungsabfuhr mit Ersetzen des Haarezupfens oder Skin pickings durch andere motorische Handlungen wie einen Ball kneten können im nächsten Schritt erfolgreich eingesetzt werden, und werden von den Patienten gut angenommen ebenso wie Entspannungsmaßnahmen.

Bei langjährigem Verlauf, hochgradiger Konditionierung der Handlungen oder zusätzlich schweren Persönlichkeits- Störungen ist ggf. auch eine stationäre Psychotherapie sowie der Einsatz von Neuroleptika oder Antidepressiva (SSRI) indiziert.

Grundlage des therapeutischen Zugangs stellt jedoch immer die einführend-verstehende Interaktion mit dem Patienten dar, damit die Patientin/der Patient sich in ihren psychischen Konflikten verstanden und angenommen fühlt.

Simulationen

Aufgrund der fehlenden Therapiemotivation sind Simulationen psychotherapeutisch nicht oder kaum behandelbar. An erster Stelle kommt die Strukturierung der Arzt-Patienten Beziehung mit klaren, oftmals allein somatischen Vorgaben und Grenzsetzungen (Konfrontation) auch in Kooperation mit den Kostenträgern. Besondere Beachtung sollte aber auch depressiven oder suizidalen Tendenzen geschenkt werden, die bei psychisch auffälligen Patienten mit Simulationen im Vordergrund stehen können..

Psychopharmakotherapie der Artefakte

Psychopharmaka haben sich zur Begleitung und der Führung sowie zur Stabilisierung der meist massiven Affekte bewährt und müssen mit entsprechender Fachkenntnis oder Kooperation eingesetzt werden. Aufgrund fehlender Studien bzw. Zulassung handelt es sich meist um einen off-label use. Eine symptomatische Therapie mit niedrig-potenten Neuroleptika zur Linderung von Spannungszuständen oder Antidepressiva zur Linderung begleitender psychopathologischer Symptome wie z.B. depressiver Störungen und Zwangssymptome kann sinnvoll sein. Bei Impulskontrollstörungen wie beispielsweise der Trichotillomanie kann unter dem Aspekt einer Störung der Impulskontrolle eine Therapie mit SSRIs indiziert sein. Bei unbewussten Artefakten sind niedrigpotente Neuroleptika meist wirksamer und sollten bevorzugt werden.

Literatur:

- Behrendt C, Goos M, Thiel H, Hengge UR (2001) Painful-Bruising-Syndrom. *Hautarzt* 52: 634-637.
- Fliege H, Grimm A, Eckhard-Henn A, Gieler U, Martin K, Klapp BF (2007) Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics*. 48:60-64.
- Fruensgaard, K.: Psychotherapeutic strategy and neurotic excoriations. *Int. J. Dermatol.* 20(3), 1991, 198-203
- Gieler, U., Effendy, I.; Stangier, U. (1987) Kutane Artefakte: Möglichkeiten der Behandlung und ihre Grenzen. *Z. Hautkr.* 62(11); 882-890
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., Haberman, H.F.: Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. *Compr. Psychiatry* 27, 1986, 381-386
- Harth W, Seikowski K, Gieler U, Niemeier V, Hillert A. (2007) Psychopharmakologische Behandlung dermatologischer Patienten - wenn reden allein nicht hilft. *J Dtsch Dermatol Ges.*5(12): 1101-1106
- Ivanov OL, Lvov AN, Michenko AV, Künzel J, Mayser P, Gieler U (2009) Autoerythrocyte sensitization syndrome (Gardner–Diamond syndrome): review of the literature. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 23:499 – 504.
- Koblentz CS. (2000) Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol.* 1:47-55.
- Leonhard, H.L., Lenane, M.C., Swedo, S.E., Rettew, D.C., Rapoport, J.L. (1991) A double-blind comparison of clomipramin and desipramin treatment of severe onychophagia. *Arch. Gen. Psychiatry* 48(9); 821-827
- Oostendorp I, Rakoski J. (1993): Münchhausen`s Syndrom. Artefakte in der Dermatologie. *Hautarzt.*44:86-90.
- Paar GH, Eckhardt A (1987): Chronic factitious disorders with physical symptoms--review of the literature *Psychother Psychosom Med Psychol* 37(6):197-204.
- Janus L (1972): Personality structure and psychodynamics in dermatological artefacts] *Z Psychosom Med Psychoanal* 18(1):21-8.
- Van Moffaert M. The Spectrum of dermatological self mutilation and self destruction including dermatitis artefacta and neurotic excoriations. In:Koo John, Lee Chai-Sue: *Psychocutaneous medicine* Dekker Verlag New York, Basel 2003
- Reich, S., Trüeb (2003). Trichoteiromanie, *JDDG*, 1: 22-28.
- Swedo, S.E., Leonhard, H.L., Rapoport, J.L. (1989) A double-blind comparison of clomopramin and desipramin in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England J. Med.* 321; 497-501
- Wichel, R.M., Jones, J.S., Stanley, B., Molcho, A., Stanley, M. (1992) Clinical characteristics of trichotillomania and ist response to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry* 53; 304-308

Kommentare zu den Artefakten bitte an

Prof. Dr. med. Wolfgang Harth

Klinik für Dermatologie und Allergologie

Vivantes Klinikum Spandau

Neue Bergstraße 6

13585 Berlin

e-mail: wolfgang.harth@vivantes.de

Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Der Jahresbeitrag beträgt 66,- Euro. Zur Reduzierung der Verwaltungskosten bitten wir Sie am Lastschriftverfahren teilzunehmen.

Jochen Wehrmann-APD

Sparkasse Wittgenstein, Bad Berleburg

BLZ: 460 534 80

Konto: 13 912

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) bis auf Widerruf den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber:.....

Bankverbindung:.....

Konto-Nr.:.....

Bankleitzahl:.....

Datum:

Unterschrift:

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung des Geldinstitutes die Lastschrift auszuführen. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.