

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2017

Rundbrief des
Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Im Internet: www.akpsychderm.de

Jahrgang 2017

Inhaltsverzeichnis

Grußworte des Vorstands	S. 3
Tagungsbericht der 24. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie am 30.09.2017	S. 4
Rechenschaftsbericht des Schatzmeisters	S. 8
Fallbeispiel Artefakte: was sind Alarmzeichen?	S. 9
Bericht vom 27. Deutschen Hautkongress Der ADO 09/17 in Mainz	S. 15
Vorprogramm APD-Tagung 10.-12.05.2018	S. 16
Beitrittserklärung	S. 17

IMPRESSUM:

Herausgeber:
Vorstand des Arbeitskreises
Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:
Dr. Gabriele Rapp

Vorstand

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Taube
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
Ernst-Kromayer-Straße 5
06112 Halle/ Saale
e-Mail: klaus-michael.taube@uk-halle.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Kristina Fronhoffs
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn
e-Mail: kristina.fronhoffs@ukb.uni-bonn.de

Beisitzer:

PD Dr. med. Eva Peters
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstr. 33
35392 Gießen

Dr. Gabriele Rapp
Hautklinik Bad Cannstatt
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart

Prof. Dr. med. Wolfgang Harth
Chefarzt Klinik für Dermatologie
Neue Bergstraße 6
13585 Berlin-Spandau

Schatzmeister:

Dr. med. Jochen Wehrmann
HELIOS-Rehazentrum, Rothaarklinik
Arnikaweg 1
57319 Bad Berleburg

Schriftführer:

Aktuell offen

Sonderreferent des Berufsverbandes:

Dr. med. Steffen Gass, Günzburg

Kooptierte Mitglieder:

Dr. med. Veronika Seipp, Darmstadt
Dipl. Psych. PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski,
Leipzig
Dipl. Psych. Dr. med. Johannes Hockmann,
Oelde

Grußworte

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir haben in der Vorstandssitzung am 30.09.2017 den bisherigen Vorsitz bestätigt. Somit hält Klaus-Michael Taube weiterhin den 1. Vorsitz inne.

Frau Kristina Fronhoffs, die Ihnen bislang insbesondere als Schriftführerin bekannt war und zum zweiten mal in Bonn die Jahrestagung des APD im September 2017 ausgerichtet hat, behält den 2. Vorsitz bei.

In diesem Grußwort möchten wir die Gelegenheit nutzen, uns Ihnen kurz vorzustellen. Klaus-Michael Taube ist Ihnen vermutlich bestens bekannt, war er doch seit Jahren stellvertretender Vorsitzender des Arbeitskreises und hatte auch früher schon den 1. Vorsitz inne. Vor seiner Emeritierung war er leitender Oberarzt an der Universitäts-Hautklinik Halle (Saale) und hat dort die psychosomatische Sprechstunde geleitet.

Kristina Fronhoffs ist Ihnen bislang insbesondere als Schriftführerin bekannt. Sie ist Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Bonner Universitäts-Hautklinik. Daneben befindet sie sich bei der Köln Bonner Akademie für Psychotherapie in Ausbildung zur Fachgebundenen Psychotherapie. Sie richtet 2017 zum 2. Mal in Bonn die Jahrestagung des APD aus.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien ein frohes, gesegnetes Weihnachtsfest und das Beste für das neue Jahr.

Prof. Dr. Klaus-Michael Taube

1. Vorsitzender

Dr. Kristina Fronhoffs

Stellvertretende Vorsitzende

Wir möchten auch auf unseren Internetauftritt www.psychodermatologie.eu hinweisen, auf der Sie aktuelle Informationen einschließlich Kongresshinweisen, Literaturtipps und auch diesen Rundbrief finden.

Tagungsbericht der Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie am 30.09.2017 in Bonn

Am 30.09.2017 fand im Rahmen des 7. Bonner Symposiums für Praktische Dermatologie mit Erich-Hoffmann-Gedächtnisvorlesung die Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD) unter Leitung und Organisation von der stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Kristina Fronhoffs in Bonn statt. Nach einer Begrüßung durch den Hausherrn und Direktor der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Universität Bonn Prof. Dr. Dr. Thomas Bieber, MDRA sowie durch den 1. Vorsitzenden des APD Prof. Dr. Klaus Taube (Halle/Saale) entspann sich ein vielseitiges und angeregt diskutiertes Programm. Zum Auftakt referierte Prof. Bieber zur spannenden Frage „Was ist Neuro an der Dermatitis?“. Er berichtete, dass die atopische Dermatitis, im Volksmund meist als Neurodermitis bezeichnet, abhängig einerseits vom sich im Laufe der Geschichte ändernden Pathogenesekonzept, andererseits aber auch vom sprachlich-kulturellen Kontext unter vielen Namen bekannt sei. Brocq und Jacquet prägten den Begriff „Nevrodermite“, also Neurodermitis, da sie in ihren histologischen Beobachtungen dendritische Langerhanszellen in der Haut als Nervenzellen fehlinterpretierten und somit diesen eine wichtige pathogenetische Bedeutung zumaßen. Mit Aufdecken dieses Irrtums und zunehmender Aufklärung immunologischer Prozesse bei dem Krankheitsbild und der Einsicht, dass nicht der Juckreiz, sondern die Entzündung am Anfang stehe, wurde die Bezeichnung Neurodermitis unter Fachleuten regelrecht verpönt. Anschaulich zeigte Prof. Bieber anhand neuerer Forschungsergebnisse, dass inzwischen aber dennoch eine neuronale Komponente in der Pathogenese der atopischen Dermatitis zu sehen sei. Die Blockierung des IL-31-Rezeptors führe z. B. zu einer deutlichen Reduktion des Juckreizes. Auch seien mittlerweile Mechanismen bekannt, wie psychischer Stress über Aktivierung der „Hirn-Haut-Achse“ zu einer Exazerbation von atopischer Dermatitis und Asthma bronchiale führten, so dass der Begriff „Neuro“dermitis inzwischen doch wieder zu einer wissenschaftlich anerkannten Berechtigung gekommen sei.

Anschließend erfrischte Dr. Ambra Marx aus der Bonner Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die Zuhörer mit ihrem lebendigen Vortrag zum Thema „Wie bekomme ich meinen „schwierigen“ Patienten in eine Psychotherapie – und wer profitiert überhaupt von einer solchen?“. Zunächst stellte sie sich und dem Auditorium die Frage, ob ein Patient überhaupt „schwierig“ sein könne, und ob wir damit dem Patienten nicht eine Etikette aufdrückten, um dann näher in die Überlegung einzusteigen, wann dem Arzt ein Patient als „schwierig“ erscheint. Dazu zähle z. B. dass ein Patient zeitaufwendig sei und viel rede, viele Fragen stelle oder sich mit unerklärlichen Symptomen vorstelle. Ein weiterer Faktor sei der „widerspenstige“ Patient, der sich nicht an Vereinbarungen halte und die Therapie in Frage stelle. Dann gebe es die Patienten, die sich regelhaft außer der Reihe als (vermeintliche) Notfälle vorstellten sowie Patienten, bei denen dem Arzt die Kommunikation als schwierig vorkomme, weil Patienten z. B. sehr fordernd oder gar wütend auftreten oder Fragen auswichen. Für jede dieser Patientengruppen arbeitete Frau Dr. Marx anschaulich heraus, welche Gefühle in der Gegenübertragung beim Behandler hervorgerufen werden, wie z. B. Genervtheit beim zeitaufwendigen Patienten oder Enttäuschung und Wut beim Widerspenstigen über Unverständnis und Ärger dem gegenüber, der das Gesundheitssystem ständig außer der Reihe in Anspruch nehme bis hin zu Gefühlen der Überforderung und Hilflosigkeit bei schwieriger Kommunikation. Umgekehrt erklärte sie aber auch, dass es in

der Arzt-Patienten-Beziehung immer auch zu Übertragungsphänomenen (Erinnerungen an alte Beziehungserfahrungen) beim Patienten komme. So beeinflussten immer Übertragung und Gegenübertragung die interpersonelle Beziehung zwischen Arzt und Patienten, die auf Grund ihres besonderen Charakters grundsätzlich eine asymmetrische sei. So habe der Arzt die Chance, sich seine unbewussten Gegenübertragungsgefühle bewusst zu machen, während dies dem Patienten begründet durch seine hilfeschuchende, „unterlegene“ Rolle kaum möglich sei. Im Fazit schloss Frau Dr. Marx, dass es wenige wirklich schwierige Patienten, aber jede Menge schwieriger Kommunikationssituationen gebe, denen mit Empathie und Kommunikationstraining häufig beizukommen sei. Bezüglich der Frage nach der Psychotherapie definierte die Referentin zunächst die Art dieser beziehungsorientierten Behandlung, die einen Konsens zwischen Behandler und Patient bzgl. der Therapie und deren Ziele erfordere. Grundsätzlich profitiere jeder von einer solchen Behandlung, der sich darauf einlasse, allerdings sei diese nur dann eine Kassenleistung, wenn eine entsprechende Indikation gemäß der Psychotherapierichtlinie bestehe. Die Motivation eines Patienten zur Psychotherapie lasse sich fördern, indem man dem Patienten gut erklären könne, was eine solche Therapie überhaupt sei und die Hoffnung auf Heilung wecke. Zudem seien gute Kommunikationsskills und die Berücksichtigung der Gefühle des Patienten unabdingbar und es sollte darauf geachtet werden, eine Stigmatisierung des Patienten zu vermeiden. Den Höhepunkt des Tages stellte die in Bonn traditionelle Erich-Hoffman-Gedächtnisvorlesung dar. Als Gastredner war Prof. Dr. Uwe Gieler, Gießen, geladen, der zum Thema „Psychodermatologie – gestern und heute“ referierte. Nach einem kurzen Rückblick über das Leben und Schaffen Erich Hoffmanns, den Mitentdecker von *Treponema pallidum* als Erreger der Syphilis, führte Prof. Bieber als Vertreter der Erich-Hoffmann-Gesellschaft e. V. den Gastredner ein.

Zur Überraschung des Auditoriums zeigte Prof. Gieler zu Beginn seines Vortrags einen Artikel aus dem Jahr 1932, in dem es um den Effekt psychischer Faktoren auf die Haut geht. Zu der Zeit hatte die Psychodermatologie allerdings sicher nicht den selbstverständlichen Stellenwert, der ihr heute gerechtfertigter Weise zugerechnet wird. So haben doch in der dermatologischen Sprechstunde körperdysmorphe Störungen einen Anteil von etwa 5 – 8 %, das Skin Picking-Syndrom einen Anteil von etwa 2 – 3 %, somatoforme Schmerzstörungen einen Anteil von etwa 5 % und Dermatozoenwahn einen Anteil von etwa 0,2 %. Dem klinisch tätigen Dermatologen gab Prof. Gieler in seinem Vortrag 5 Fragen an die Hand, um Patienten in der Sprechstunde herauszufiltern, die evtl. einer weitergehenden Unterstützung von psychotherapeutischer / psychiatrischer / psychopharmakologischer Seite bedürfen:

1. Psyche assoziiert?
2. Stigmatisierung? Soziale Phobie?
3. Depression? Angst?
4. Körperdysmorphe Störung?
5. Psychose?

Aus diesen Fragen ergeben sich dann ggf. eine weiterführende Diagnostik, stationäre oder ambulante psychotherapeutische Behandlung oder eine psychiatrische Mitbetreuung bzw. der Einsatz von Neuroleptika primär über den Dermatologen. Anhand neuerer Studienergebnisse der European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP) zeigte Prof. Gieler, dass Depressionen und Angststörungen bei dermatologischen Patienten überproportional häufig diagnostiziert werden können. Schließlich demonstrierte der Referent am Beispiel Stress, wie Emotionen über neuronale, endokrinologische und immunologische Phänomene tatsächlich „in die Haut“ gelangen und dort zu Hautkrankheiten und Entzündungen führten. Zum Abschluss berichtete er über Schulungsprogramme bei Neurodermitis, mit denen über Aufklärung und Einbeziehung des Patienten eine deutliche Besserung des Schweregrades der Neurodermitis

zu erzielen sei. Am Ende seines Vortrags lud Prof. Gieler die Gäste zum nächsten ESDaP-Kongress vom 20. – 22.06.2019 nach Gießen ein.

Den Nachmittag eröffnete Dipl.-Psych. Dr. med. Johannes Hockmann (niedergelassener Dermatologe aus Oelde) mit dem Thema „Psoriasis: Ballast Schuppe oder Schuppe bei Ballast?“. Zu Beginn seines Vortrags stellte der Referent anhand verschiedener wissenschaftlicher und populärwissenschaftlicher Publikationen dar, dass die Haut – oft an dem Beispiel der Schuppenflechte - als „Spiegel der Seele“ verstanden werde und fragte, ob man nicht genauso umgekehrt, die Seele als Spiegel der Haut betrachten könne. Zunächst führte er in verschiedene psychologische Persönlichkeitstypologien ein. Dann stellte er eine „typische Psoriatiker-Persönlichkeit“ einer „typischen Neurodermitiker-Persönlichkeit“ mit der Frage gegenüber, ob eine solche Dichotomie in den Köpfen vieler Psychodermatologen besteht. Hierbei hatte sicherlich ein Großteil des Auditoriums den einen oder anderen eigenen Patienten vor dem inneren Auge. Im Weiteren berichtete Dr. Hockmann über Einflüsse und Erfahrungen von Entspannungsverfahren und Achtsamkeitsübungen auf die Schuppenflechte. So habe z. B. Ron Kabat-Zinn, ein wichtiger Vertreter der Achtsamkeitslehre, festgestellt, dass Psoriasis-Patienten, die während der Lichttherapie meditierten, ein besseres Outcome hatten als solche, die nur die Lichttherapie ohne Meditation wahrnahmen. Er konkludierte seinen Vortrag mit dem Fazit: Psoriasis: Ballast Schuppe UND Schuppe bei Ballast. Dem Krankheitsbild der Schuppenflechte folgend referierte im Anschluss Dr. Jochen Wehrmann (Helios Rehakliniken Bad Berleburg Rotharklinik) zum Thema „Psoriasis – Depression und Suizidalität“. Er berichtete, dass Depressionen eine typische Komorbidität bei der Psoriasis darstellten und dabei etwa doppelt so häufig als in der Normalbevölkerung vorkämen. Interessanterweise sei das Zytokinmuster bei Psoriasis und Depression ähnlich. Juckreiz bei Psoriasis sei häufig mit der Komorbidität Depression vergesellschaftet und solle daher immer hellhörig machen. Ferner zeigte der Referent, dass eine Typ-D-Persönlichkeit (fehlendes Selbstvertrauen, sozial isoliert, unglücklich, Rückzug von anderen Menschen) bei Psoriatikern deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung vorkomme. Diese gehe mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko und bei Psoriatikern mit vermehrten Angststörungen einher. Hier könne eine Psychotherapie die Lebensqualität und möglicherweise auch die Lebensdauer erhöhen. Dr. Wehrmann empfahl, bei Psoriatikern mit einem sog. Komorbiditätsscreening auch „psychologischen Stress“ abzufragen, da ein Depressionsscreening somatischer Patienten keinen Nutzen gezeigt habe. Insbesondere wies er auf Risikofaktoren für Suizidalität wie schwere Verlaufsformen der Schuppenflechte, ältere Männer, junge Frauen, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenabusus sowie eine Depression in der Vorgeschichte hin. Es sollte daher immer eine genaue Anamnese auch hinsichtlich psychischer Vorerkrankungen sowie entsprechender Medikationen gemacht werden. Zudem sollte ein besonderes Augenmerk auch den Faktoren Juckreiz und Schlafstörungen gelten. Generell seien Alleinstehende eher gefährdet. Lebensqualität, Depression und Suizidalität sollten offen angesprochen werden.

Im nächsten Vortrag zum Thema „Stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung der Körperdysmorphen Störung“ stellte Dipl.-Psych. Christian Stierle (Schön-Klinik, Bad Bramstedt) zunächst anhand von Fallbeispielen und den Diagnosekriterien nach ICD-10 sowie DSM-V eindrücklich das Krankheitsbild der Körperdysmorphen Störung dar. Dieses durchschnittlich im Alter von bereits 16 Jahren erstmals auftretende Krankheitsbild gehe insbesondere bei frühem Beginn mit einer erhöhten Suizidrate und einer schwierigen Sozialprognose einher und betreffe sehr häufig die Haut, so dass entsprechende Patienten gehäuft primär beim Dermatologen vorstellig werden. Die häufigsten Komorbiditäten seien Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen sowie Substanzmissbrauch, aber auch Persönlichkeitsstörungen, soziale Phobien oder Essstörungen seien nicht selten. Typisches Verhalten zeige sich in zwanghaftem Vergleichen oder Kontrollieren eines vermeintlichen Makels, welcher zu kaschieren oder gar zu manipulieren versucht werde, wobei es teilweise

zu eigenhändigen „Schönheits-OPs“ wie Straffziehen und Festtackern der Haut komme. Zudem komme ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten mit Meiden von Spiegeln, aber auch der Öffentlichkeit sowie intimer Beziehungen. Der Leitaffekt des Krankheitsbildes sei Scham. Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes mit selbstverletzendem Charakter sowie der Komorbiditäten bestehe meist die Indikation für eine stationäre Therapie. In Bad Bramstedt habe man ein standardisiertes Therapiekonzept entwickelt, nachdem in einer ersten Phase die Therapiemotivation aufgebaut werde sowie v.a. psychoedukativ gearbeitet werde. Dem schließe sich eine Phase hochfrequenter Exposition an, in der die Gruppentherapie einen wichtigen Stellenwert habe. Zum Abschluss folge eine Phase, in der zum einen an einer Rückfallprophylaxe gearbeitet werde, zum anderen auch der Transfer ins häusliche Umfeld vorbereitet werde. Erste Auswertungen dieses Therapiekonzepts zeigten bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 8 Wochen eine deutliche Reduktion der Krankheitssymptome.

Den Abschluss des wissenschaftlichen Teils der Tagung machte Dr. Béatrice Zahn (Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Rechts der Isar, München) mit dem Thema „Stigmatisierung bei Hauterkrankungen“. Der Begriff des Stigmas komme aus dem Griechischen und bedeute Stich oder Brandmal. Ursprünglich verstand man unter Stigmatisierung Leibesstrafen zum Zweck der öffentlichen Ächtung (Bsp. Brandmarkung, Abschlagen der Hand...), heute verstehe man darunter eine Kategorisierung und Diskriminierung aufgrund von meist sichtbaren Eigenschaften. In der Dermatologie führten v.a. sichtbare Hauterkrankungen wie die psychisch beeinflussbaren (psychosomatischen) Dermatosen (Bsp. Psoriasis, Neurodermitis, Akne...) sowie somatopsychische Erkrankungen, bei denen die psychischen Symptome Folge der Hauterkrankung sind (Bsp. Malignes Melanom, entstellende Dermatosen), zu Stigmatisierung. Frau Dr. Zahn bemängelt, dass der einzige Fragebogen zum Messen von Stigmatisierung bei Hauterkrankungen (Questionnaire on Experience with Skin Complaints von Schmid-Ott 1996) lediglich für Vitiligo, Psoriasis und atopische Dermatitis validiert sei. Weitere Fragebögen wie der Skindex 16 oder 29 sowie der Impact of Chronic Skin Disease on Daily Life Questionnaire (ISDL) beinhalteten nur untergeordnet Fragen zur Stigmatisierung, so dass es kaum Publikationen zum Thema der Stigmatisierung in der Dermatologie gebe. Bei Psoriasis-Patienten fühlten sich 73 % der Patienten stigmatisiert, wobei Stigmatisierung u.a. mit größeren Schwierigkeiten im Alltag, sozialer Hemmung, geringerer Bildung, Partnerlosigkeit und dem Ausmaß der Sichtbarkeit der Erkrankung, dem Schweregrad der Erkrankung sowie der Erkrankungsdauer assoziiert sei. Herde auf dem Handrücken erhöhten die Stigmatisierung. Diese führe zu Arbeitsunfähigkeit, Depression und reduzierter Lebensqualität, welche wiederum als Stressoren im Sinne eines Teufelskreises Krankheitsschwere und Stigmatisierung beeinflussten. In Bezug auf mögliche Interventionen bei Stigmatisierung gebe es kaum Studien. Für Vitiligo und Psoriasis bestehen Hinweise, dass Psychotherapie helfen kann, das Coping zu verbessern. Wichtig sei, dass Dermatologen das Stigmatisierungserleben ihrer Patienten im Blick haben und berücksichtigen, dass mit Reduktion der Symptome nicht zwangsläufig auch eine Reduktion von psychischer Komorbidität erfolgt.

Im Anschluss an den wissenschaftlichen Teil blieb etwas Zeit, eigene Fallbeispiele zu diskutieren bevor die Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen erfolgte. Nach einer gelungenen Tagung bleibt die Einladung zur nächsten APD-Jahrestagung am 10.05.2018 im Rahmen des 13. Dermatologischen Alpanseminars in Grainau. Wir freuen uns auf eine rege Beteiligung bei einem spannenden Tagungsprogramm.

Rechenschaftsbericht des Schatzmeisters 2017

Anfang 2017 erfolgte eine Überprüfung der steuerlichen Gemeinnützigkeit durch das Finanzamt Gießen, die dem APD wieder erteilt wurde.

Wie bereits im letzten Rundbrief mitgeteilt wurde, war die geplante Jahrestagung des APD 2016 in Berlin leider ausgefallen. Daraufhin hatte der Vorstand beschlossen, in 2017 für die Altmitglieder keinen Jahresbeitrag zu erheben.

Da der Wissenschaftspreis auch in diesem Jahr nicht verliehen wurde und die ADP-Jahrestagung in Bonn von Kristina Fronhoffs sehr erfolgreich organisiert wurde, stehen für 2017 als wesentliche Ausgaben der Rundbrief und die Buchgabe an.

Mit Blick auf die gute Kassenlage beschloss daraufhin die Mitgliederversammlung am 30.09.2017 auf Vorschlag des Vorstandes, den jährlichen Mitgliedsbeitrag auf 20 € zu senken. Damit sind in den nächsten Jahren die abzusehenden Ausgaben bei Rückgriff auf unsere Rücklagen gedeckt.

gez. Dr. Jochen Wehrmann (Schatzmeister)

Fallbeispiel Artefakte: was sind Alarmzeichen

Gabriele Rapp

Einleitung/Anamnese

Eine 16 jährige Patientin stellte sich erstmalig am 22.06.2016 in der Ambulanz unserer Hautklinik vor. Seit 6 Tagen sei es zu zunehmenden Rötungen und zur Blasenbildung gekommen. Sie habe in der letzten Zeit immer wieder Infekte mit Husten gehabt. Keine Gewichtsabnahme, keine B-Symptomatik, kein Schüttelfrost. Sie habe zu dem starke Schmerzen am Bein. Des Weiteren leide sie an Kopfschmerzen und Schwindel. Herpesanamnese negativ. Regelmäßige Medikation: L-Thyroxin.

Die ursprüngliche Arbeitsdiagnose bei Erstvorstellung lautete bullöses Erythema exsudativum multiforme. Bei ambulanter Therapieresistenz folgte eine stationäre Behandlung vom 22.06.-30.06.2016, erneute ambulante Vorstellung am 05.07.2016, am 12.07.2016, erneut stationär vom 15.07.-22.07.2016 bei weiterhin sich immer wieder neu bildenden Blasen.

Befund

Bei der Patientin zeigten sich insbesondere am rechten Arm und am rechten Bein lediglich an der Körpervorderseite pralle Blasen. Kein Umgebungserythem, keine Atopie.

In der psychosomatischen/psychiatrischen Exploration zeigten sich keine offensichtlichen psychopathologischen Auffälligkeiten, bis auf nicht ganz adäquate emotionale Stimmung. Die Patientin wirkte eher positiv gestimmt und gut gelaunt trotz unklarer Genese ihrer Hautstörung sowie kosmetischer Beeinträchtigung durch die Hautveränderungen. Dies blieb über die gesamten Vorstellungen, auch der zweite stationäre Aufenthalt schien sie nicht zu beeinträchtigen.

Eindeutige Hinweise auf eine artifizielle Störung waren nicht gegeben. Allerdings auch nicht gänzlich auszuschließen.

Es zeigte sich ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Symptomatik und neuerlicher epileptischer Anfälle bei der Mutter, die eine Krankenhaus Behandlung verweigerte, die Patientin musste somit ihre Mutter zuhause versorgen.

Die Patientin wurde in der Kinder-Jugendpsychiatrie vorgestellt, die zur erweiterten Anamneseerhebung einen Termin mit den Eltern in ihrer Institutsambulanz vorschlugen, jedoch laut der Patientin würden dies die Eltern jedoch nicht wollen.

Histologischer Befund:

Vollständig nekrotische Epidermis mit blasiger Abhebung, welche durch physikalische Reize ausgelöst werden kann. Kein Anhalt für Erythema exsudativum multiforme oder blasenbildende Dermatose.

Selbstverletzendes Verhalten

Die Häufigkeit in Deutschland wird mit 0,7 % bis 1,5 % angegeben, was einer Anzahl von rund 600.000 bis 1,2 Millionen Menschen entspricht.

Mehrheitlich liegt der Beginn der Erkrankung zwischen dem 12. und dem 15. Lebensjahr, das am häufigsten genannte Alter ist 13. In der Zeit der Pubertät ist also meist der Auslöser zu suchen, das Verhalten tritt meist während der ohnehin emotional oft sehr angespannten Phase der Pubertät (verlorene Liebe, Aggression gegen Eltern etc.) auf. Die Ursachen bzw. Gründe werden meist in der Kindheit gesucht. Demnach würden Konflikte, die dort nicht ausgetragen werden konnten, nun hervorbrechen und von manchen als SVV „bearbeitet“ werden. Vorwiegend sind weibliche Personen von SVV betroffen. Die Angaben schwanken stark zwischen 3:1 (Frauen:Männer) und 9:1 (Frauen:Männer).

Mit selbstverletzendem Verhalten (SVV) oder autoaggressivem Verhalten oder auch Artefakthandlung beschreibt man eine ganze Reihe von Verhaltensweisen, bei denen sich betroffene Menschen absichtlich Verletzungen oder Wunden zufügen. Differenziert werden kann zwischen offener Selbstverletzung (der Betroffene weiß, dass er selbst sich die Verletzungen beigebracht hat, wie z. B. beim skin picking, und kann es einer Vertrauensperson gegenüber zugeben, zumeist dienen die Handlungen der Affekt- bzw. Spannungsregulation), artifizieller Störung (hierbei täuschen die Betroffenen durch Manipulationen am eigenen Körper, beispielsweise durch Injektionen von toxischen Substanzen oder Schmutzwasser, Krankheitssymptome vor. Dies geschieht z. T. im Rahmen dissoziativer Zustände und ist in diesem Falle den Patientin somit nicht bewusst) und Simulation (Selbstverletzungen werden zu einem bestimmten Zweck durchgeführt, z. B. um an einer Klassenarbeit nicht teilnehmen zu müssen, um bedauert zu werden oder um eine Rente zu erreichen).

Insbesondere bei der artifiziellen Störung werden Krankheitssymptome aktiv erzeugt, aggraviert und manchmal vorgetäuscht, um auf diese Weise eine Aufnahme in ein Krankenhaus mit entsprechenden meist invasiven diagnostischen und operativen Maßnahmen zu erreichen. Die Motivation besteht – oberflächlich gesehen - scheinbar darin, die Patientenrolle anzunehmen und ist nicht von äußeren Anreizen, z. B. finanziellem Gewinn, geprägt. Die tieferen Gründe sind zunächst schwer zu verstehen. Es handelt sich um ein

zwanghaftes Verhalten, denn die Patienten können in 80% der Fälle das Verhalten nicht beenden. Die selbstschädigenden Handlungen werden verheimlicht.

Selbstverletzendes Verhalten kann unter anderem auftreten bei: Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe auch Parasuizid), fetalem Alkoholsyndrom, Depressionen, Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimie, Adipositas, Missbrauchserfahrungen, Deprivation (Entzug von Zuwendung und „Nestwärme“), Traumatisierung, während der Pubertät, Kontrollverlust, Zwangsstörungen, schweren Zurücksetzungen und Demütigungen, psychotischen oder schizophrenen Schüben und ähnlichen seelischen Störungen.

Beurteilung / Psychodynamische Überlegungen:

Ob das selbstverletzende Verhalten der Patientin im Rahmen von dissoziativen Zuständen oder bewusst passiert, ließ sich nicht eruieren. Die Patientin hat selbst verletzendes Verhalten auf explizites Nachfragen verneint. Anhand der Hautveränderungen gehen wir von einer Verletzung z. B. durch sekundenlanges Aufsprühen von Haarlack aus.

Alarmzeichen, die für selbstverletzendes Verhalten als Ursache der Hautveränderungen sprachen, waren folgende:

es zeigte sich ein untypischer Krankheitsverlauf (rezidivierende Schübe), eine ungewöhnliche Lokalisation (lediglich die Vorderseite des Körpers) sowie eine seltsame Morphologie (pralle Blasen ohne Umgebungserythem oder weitere Symptome).

Insbesondere aber zeigte sich bei der Patientin eine zum Krankheitsverlauf und –ausmaß unangepasste fröhliche Stimmung mit fehlendem Leidensdruck.

Bei den behandelnden Ärzten in der Klinik löste sie unterschiedliche Reaktionen aus. Die einen verspürten große Sorge und entwickelten eine enorme Aktivität (noch eine Probebiopsie trotz der bereits durchgeführten), im Sinne einer unbewussten Allianz mit der Autoaggression der Patientin.

Die anderen waren gleichgültig, als ob die Verleugnung und die dissoziative Abwehr der Patientin scheinbar mit gemacht wurden. Dabei wird der Arzt in das Spiel mit eingebunden.

Die letzte Gruppe verspürte den Impuls, detektivisch das Selbstverletzende Verhalten zu entlarven. Manche Patienten können zwar später eine Art Bewusstseinspaltung (Dissoziation) beschreiben, in der sie wussten, dass sie die Symptome verursachten und zugleich die Verdachte und Vorwürfe der Ärzte als zutiefst ungerecht empfanden. Somit führt ein „Vorführen“ oder „Beweisen“, dass der Patient für seine Symptome selbst verantwortlich

ist, meist zu einem Vertrauensbruch und möglicherweise zu einem Beziehungsabbruch von Seiten des Patienten, weswegen dies vermieden werden sollte.

Die Patientin in dem Fallbeispiel ist in der Pubertät. Zusätzlich scheint aktuell innerfamiliär eine schwierige Situation durch die Erkrankung der Mutter und deren Verweigerung, sich behandeln zu lassen, vorzuliegen. Somit kann von einer aktuellen Parentifizierung der Patientin ausgegangen werden (sie gab an, dass sie sich aktuell um ihre Mutter kümmern würde). Das selbstverletzende Verhalten kann u. a. dazu dienen, wieder in die Rolle des zu versorgenden Kindes zu gelangen. Sollten bei der Patientin in der Biographie traumatische Ereignisse, insbesondere Missbrauch in der Kindheit, körperliche Misshandlungen sowie emotionale Deprivation vorliegen, so können die autoaggressiven Handlungen als Reinszenierung der biographischen Traumatisierung verstanden werden. Solch aktives Aufsuchen einer Opferrolle wird auch als Viktimisierung bezeichnet.

Diskussion:

Generell kann die Morphologie der Hauterscheinungen bei selbstverletzendem Verhalten alle Dermatosen imitieren. Deshalb sollte bei untypischem Krankheitsverlauf (in unserem Fall rezidivierende Schübe der Hautveränderungen), bei ungewöhnlicher Lokalisation (in unserem Fall rechte Körpervorderseite befallen) oder Morphologie (pralle Blasen ohne weitere Primäreffloreszenzen wie z. B. Umgebungerythem) bereits von Anfang an, also parallel zur weiteren Diagnostik zum Ausschluss anderer Hauterkrankungen, an Artefakte gedacht werden.

Insbesondere aber sollte bei einer für den Behandler unpassend wirkenden emotionalen Haltung des Patienten (wie in dem Fallbeispiel: fröhliche Stimmung einer Pubertierenden trotz Blasen unklarer Genese und mehrerer ambulanter und stationärer Behandlungen) insbesondere bei Jugendlichen in der Pubertät an selbstverletzendes Verhalten gedacht werden. Ein weiterer Hinweis kann die Gegenübertragung des Behandlers sein, wenn z. B. ein solcher Patient ungewöhnliche Gleichgültigkeit oder aber übertriebene Besorgnis, ggf. sogar Wut beim behandelnden Arzt auslöst, kann dies als Hinweis für selbstverletzendes Verhalten gelten.

Literatur:

- Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter, P. L. Plener, R. Brunner, F. Resch, J. M. Fegert, G. Libal, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38 (2), 2010, 77-89
- Selbstverletzendes Verhalten: Merkmale, Diagnostik und Risikofaktoren, F. Petermann, D. Nitkowski, Psychother Psych Med 2011; 61: 6-15
- Selbstschädigendes Verhalten verkürzt Leben, H. Bergen, Lancet 2012; 380: 1568-1574
- Selbstverstümmelung bei unklarem Grundleiden – Schwierigkeiten der ambulanten Weiterversorgung, I. Gehb, J. Reuhl, S. Volk, R. Urban, Psychiat Prax 2009; 36: 398-400
- Das kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB), D. Braakmann, A. Philipp, U. Schweiger, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40 (1), 1-10
- Das Phänomen der heimlichen Automutilation im chirurgischen Alltag, F. Werdin, A. Eckhardt-Henn, Chirurg 2016, 87: 129-135
- Psychosomatische Dermatologie, W. Hart, U. Gieler, Springer, 2006
- Psychodiagnostische Verfahren für die Dermatologie, J. Kupfer, S. Schmidt, M. Augustin, Hogrefe 2006
- Psychosomatische Dermatologie, AWMF Leitlinienregister, Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 2006
- Psychosomatik in der Dermatologie, W. Hart, U. Gieler, Psychotherapeut, 2007
- Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten, U. Gieler, K. A. Bosse, Hans Huber, 1996
- Die Haut als Spiegel der Seele, A. Jacobi, ästhetische Dermatologie & Kosmetologie 2017 (04) : 27-32

Bericht vom 27. Deutschen Hautkongress der ADO September 2017 in Mainz

Durch die Initiative von Frau PD Loquai, der Leiterin der dermatologisch-onkologischen Abteilung der Universitätsklinik Mainz, gab es auf diesem Kongress 3 Sitzungen mit dem Thema psychosoziale Versorgung von Hautkrebspatienten. Hieran war der APD mit einem 3-stündigen Workshop beteiligt (Praktische Besonderheiten der dermatologischen Psychoonkologie). Den Einführungsvortrag hielt Dr. Werner aus der Psychosomatik der Universität Mainz zum Thema „Einführung in die Psychoonkologie“. Anschließend folgten 10-minütige Kurzvorträge von Wolfgang Harth zur „Organisation der psychoonkologischen Betreuung in einer Akutklinik“, wobei er insbesondere die Bedeutung eines kooperativen Netzwerkes vor Ort hervorhob. Es schloss sich ein Kurzreferat von Jochen Wehrmann an, in dem dieser Entscheidungshilfen für die Zuweisung eines onkologischen Patienten entweder in eine onkologische, eine dermatologische oder eine psychosomatische Rehabilitation darstellte. Klaus Taube berichtete aus seiner klinischen Praxis zu Hauttumorpatienten, worauf besonders im Umgang und in der Informationsvermittlung geachtet werden soll. Eva Peters stellte neueste Ergebnisse zur Psychoimmunologie des Melanoms dar und Frau Loquai, die die letzten 2 Stunden des Workshops selbst anwesend war, gab einen kurzen, aber kenntnisreichen und wichtigen Beitrag zu sozialen Hilfen beim Melanom, den ich (J.W.) in dieser Ausführlichkeit nicht von einem Arzt, sondern eher von der Sozialarbeit erwartet hätte. Insofern war dies auch für mich eine Überraschung.

Das Besondere bei unserem Workshop war diesmal das besondere Format, das wir nämlich auf längere Vorträge mit anschließender Diskussion verzichteten. Stattdessen gab es diesmal nach den Kurzbeiträgen jeweils kurze Stellungnahmen von den anderen Referenten. Wolfgang Harth fokussierte aber besonders auf die Einbeziehung der Teilnehmer, wobei er nach deren Erfahrungen, aber auch Schwierigkeiten in der Behandlung mit psychoonkologischen Patienten fragte. Ihm gelang es dabei sehr gut, das Auditorium mit einzubeziehen und so eine Diskussion und einen Austausch anzuregen. Von daher schätzten wir dies neue Format als Erfolg ein, andererseits zeigte sich mit zunehmender Dauer, dass 3 Stunden doch eher zu lang sind und dann die Teilnehmerzahl bröckelt.

Für die nächste ADO denken wir deshalb an eine Fortführung dieses Konzeptes, um das Auditorium mit einzubeziehen, dann allerdings mit verkürzter Zeitdauer.

Jochen Wehrmann

Vorprogramm

25. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie IN DER DEUTSCHEN DERMATOLOGISCHEN GESELLSCHAFT AM 10.5.2018

BEIM 13. DERMATOLOGISCHES ALPENSEMINAR,
GRAINAU, AM BADERSEE VOM 10.05.-12.05.2018

- 10:00 – 10:15 Begrüßung: 25. Jahrestagung des APD: Rückblick & Ausblick
- 10:15 – 10:45 Dr. Jochen Wehrmann, Helios Rehakliniken Bad Berleburg Rothaarklinik:
Psychodermatologie, Sozialmedizin und berufliche Aspekte
- 10:45 – 11:15 PD Dr. Eva Maria Peters, Gießen & Berlin: Der Konflikt bahnt sich in die
Haut: Psychoneuroimmunologisches Update
- 11:15 – 11:30 Pause
- 11:30 – 12:00 Prof. Dr. Klaus-Michael Taube, Halle: Problemfälle aus der
Gutachtenarbeit: Wann chronische Dermatose, wann Berufskrankheit?
- 12:00 – 12:30 Prof. Dr. Birgitta Kütting, IMPP Mainz: Krankheitsgewinn & Soziale
Erwünschtheit in der Berufsdermatologie
- 12:30 – 13:00 Dr. Béatrice Zahn, Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie,
Klinikum rechts der Isar, München: Somatoforme Störungen

Zusammenfassung und Ende

anschließend Mittagessen, Mitgliederversammlung und Vorstandswahlen

Wir weisen darauf hin, dass es sich um ein vorläufiges Programm handelt, an dem noch kleinere Änderungen erfolgen können. Ein endgültiges Programm wird Ihnen wie gewohnt mit einem Einladungsflyer im Frühsommer zugesandt.

Prof. Dr. K.-M. Taube, Halle
Vorsitzender des Arbeitskreises
Psychosomatische Dermatologie in der DDG

Dr. Johannes Hockmann, Oelde
Tagungsleiter

Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 66,00. Zur Reduzierung der Verwaltungskosten bitten wir Sie, am Lastschriftverfahren teilzunehmen.

Zahlungen bitte an:

Jochen Wehrmann-APD

Sparkasse Wittgenstein, Bad Berleburg

IBAN: DE98 4605 3480 0000 0139 12, BIC: WELADED1BEB

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:.....

Bankverbindung:.....

Kontonummer.:.....

Bankleitzahl:.....

IBAN..... BIC.....

Datum:

Unterschrift:

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

Zusendung der Einzugsermächtigung bitte an:

Herrn Dr. med. Jochen Wehrmann, Rotharklinik, Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg