

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2018

Rundbrief des
Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Im Internet: www.psychodermatologie.eu

Jahrgang 2018

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-------|
| Grußworte des Vorstands | S. 3 |
| Tagungsbericht der 25. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie am 10.05.2018 | S. 4 |
| Rechenschaftsbericht des Schatzmeisters | S. 6 |
| Fallbeispiel „Die nicht behandelbare Patientin“ | S. 8 |
| Viel Leiden mit der Haut, aber keine Ursache - ein Blick in die neue Leitlinie hilft | S. 16 |
| Faszination Pickel ausdrücken | S. 21 |
| Warum Männer selten zum Arzt gehen | S. 25 |
| Ankündigung APD-Tagung 2019 | S. 26 |
| Artefakte in der Dermatologie - Erkennen und dann? | S. 27 |
| Beitrittserklärung | S. 34 |

IMPRESSUM:

Herausgeber:
Vorstand des Arbeitskreises
Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:
Dr. Kristina Fronhoffs

Vorstand

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Taube
Hautarzt-Praxis mit Dr.Zarzor
Große Steinstraße 12
06108 Halle
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:

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

Dipl.-Psych. Christian Stierle
Schön Klinik Bad Bramstedt
Birkenweg 10
24576 Bad Bramstedt

Dr. Gabriele Rapp
Hautklinik Bad Cannstatt
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart

Schatzmeister:

Dr. med. Jochen Wehrmann
HELIOS-Rehakliniken Bad Berleburg
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, liebe APDler!

Wir haben wieder den Rundbrief vorbereitet und freuen uns, Ihnen von den Aktivitäten unseres Arbeitskreises berichten zu können. Allen, die direkt oder indirekt einen Beitrag dazu geleistet haben, möchte ich an der Stelle herzlich dafür danken.

Sie werden zunächst einen Bericht über die APD Jahrestagung im Mai in Grainau finden. In diesem Jahr hatten wir uns dem Arbeitskreis der Berufsdermatologen anschließen dürfen, was in jeder Hinsicht ein großer Erfolg für uns war. Die Vorträge des APD waren so gut besucht, wie schon lange nicht mehr, die Berufsdermatologen kamen nicht nur zu den Sitzungen, sondern beteiligten sich auch rege an den Diskussionen. Höhepunkt der gemeinsamen Veranstaltung war schließlich das Angebot an den APD, solch eine gemeinsame Veranstaltung zu wiederholen.

Jochen Wehrmann hat sich wieder viel Mühe gegeben und uns den Rechenschaftsbericht und die Ein- und Ausgaben des APD offengelegt. Es ist eine mühevoll und trockene Arbeit und wir sind sehr dankbar, dass das unser Schatzmeister seit Jahren und – soweit uns bekannt ist – auch noch klaglos und perfekt übernimmt.

Wir finden weiterhin sehr lesenswerte Beiträge von Wolfgang Harth und Uwe Gieler, die zeigen, wie aktuell und praxisnah die Psychodermatologie sein kann. Wir haben diese Beiträge mit großem Interesse gelesen und möchten alle Mitglieder anregen, uns vielleicht die eine oder andere Reaktion oder selbst erlebte Erfahrung dazu zukommen zu lassen. Wir freuen uns über jeden Beitrag von Ihnen.

Schließlich dürfen wir darauf hinweisen, dass unsere Leitlinien Psychosomatische Dermatologie in diesem Jahr wieder in aktueller Fassung vom AWMF angenommen wurden. Kommentar J. Wehrmann: Dank an Klaus Taube und Wolfgang Harth.

Wir würden uns sehr freuen, Sie möglichst in großer Zahl im nächsten Jahr bei der Jahrestagung des APD im Juni in Gießen begrüßen zu können.

Ihnen allen eine gesegnete Advents- und Weihnachtszeit und beste Grüße vom gesamten APD Vorstand

Ihre Kristina Fronhoffs und Ihr Klaus-Michael Taube

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

**Bericht über die
25. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie
im Rahmen des 13. Dermatologischen Alpenseminars in Grainau
am 10.05.2018**

Dipl.-Psych. Christian Stierle, Bad Bramstedt

Umrahmt von der dramatischen Natur der Alpen und mit Blick direkt auf die Zugspitze fand die 25. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie im Rahmen des 13. Dermatologischen Alpenseminars für Allergologie, Berufs- und Umweltmedizin statt. Im Rahmen des wissenschaftlichen Programms wurden spannende Schnittstellen zum Feld der Berufsdermatologie und vielseitige fachliche Gespräche und Vernetzungen möglich. Mit ca. 70 TeilnehmerInnen waren die Vorträge der „PsychodermatologInnen“ gut besucht, und so fanden sich zahlreiche interessierte KollegInnen aus angrenzenden Bereichen der Dermatologie zu dem abwechslungsreichen Programm ein.

Die Veranstaltung wurde vom 1. Vorsitzenden Prof. Dr. Klaus-Michael Taube eröffnet. Dieser betonte die besinnliche und inspirierende Lage der Tagung und dankte den Veranstaltern und dem Tagungsorganisator Dr. Johannes Hockmann, Oelde, der ebenfalls die Anwesenden begrüßte und den wissenschaftlichen Vortragsteil eröffnete. Die Vorträge wurden abwechselnd moderiert von Prof. Dr. Uwe Gieler, Gießen, sowie von Dr. Béatrice Zahn, München.

Den Auftakt machte Frau Dr. Julia Rahe vom Institut für Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) der Universität Osnabrück. In ihrem Referat zu *Berufsdermatologischer Gesundheitspsychologie in der stationären tertiären Individual-Prävention (TIP)* betonte sie die Bedeutung psychischer Komorbiditäten bei dermatologischen und insbesondere berufsdermatologischen Patienten. Folglich rückte sie die Bedeutung gesundheitspsychologischer Faktoren wie mangelnde Stressbewältigungsmechanismen, aber auch depressive und Angstsymptomatik in den Fokus. Folgen waren für Betroffene häufig Beschäftigungsinstabilität bis hin zu Frühberentung. Im Rahmen der TIP (tertiären Individual-Prävention) wurde ein 3-wöchiges stationäres Behandlungsprogramm zur Unterstützung Betroffener entwickelt und vorgestellt. Dieses beinhaltete neben einem Seminarteil mit Elementen zu Krankheitsbewältigung, Juckreizmanagement, Tabakentwöhnung, Stressbewältigung und Entspannungseinheiten auch Einzelberatungen als zentralen Teil des Programms. In einer inhaltsanalytischen Auswertung der bisherigen Beratungen fanden sich u.a. Arbeitsplatzprobleme sowie mangelnde Abgrenzung und Distanzierung von der Arbeit als häufige Gesprächsanlässe. Zuletzt wurden erste Evaluationsdaten des erfolgreichen Programms vorgestellt.

Der zweite Vortrag wurde von Frau PD Dr. Eva Peters aus Berlin/Giessen gestaltet. Sie legte den Schwerpunkt auf den psychoneuroimmunologischen Zusammenhang zwischen Stress und Haut. Sie begann mit einem Zitat der jährlichen DAK-Studie, bei der 60 % der Befragten als wichtigstes Ziel für das neue Jahr die Reduktion von Stress im Alltag angaben. Anschließend gab sie einen historischen Überblick über die Psychoneuroimmunologie von Bernard bis ins Heute. Dabei wird in der aktuellen Forschung neben der klassischen Beeinflussung der Haut durch Stressreaktionen (z.B. über die HHNA -Achse) auch zunehmend die Wechselseitigkeit der Beziehung zwischen Stress und Dermatosen herausgestellt. Frau Peters illustrierte diese Befunde anhand des Anwendungsfelds „Hautkrebs“ und gab Beispiele für

Untersuchungsparadigmen und relevante klinische Messgrößen wie den Brain-derived neurotrophic-factor“ (BDNF).

Es folgte Dipl.-Psych. Christian Stierle aus Bad Bramstedt, der zum Auftreten des Handekzems bei Waschwängen referierte. Dabei ging er auf die Phänomenologie der Zwangsstörungen und deren zentrale Behandlungskonzepte ein. Ferner verdeutlichte er anhand von Fallbeispielen das Zusammenspiel aus dermatologischen und psychotherapeutischen Interventionen bei schwerbeeinträchtigten Patienten.

Den Abschluss übernahm Dr. Jochen Wehrmann aus der Helios Klinik Bad Berleburg. Aufbauend auf dem biopsychosozialen Störungsmodell illustrierte er verschiedene praktische Anwendungsfelder der psychodermatologischen Behandlung insbesondere aus der Perspektive der Rehabilitation. Dabei beleuchtete er anhand von praktischen Beispielen besonders zentrale Fragestellungen und Herausforderung und konnte so das Symposium mit einer integrierenden Sichtweise beenden.

Insgesamt zeigte das Symposium einen spannenden Einblick in das Feld der Psychodermatologie und bot im Anschluss die Gelegenheit für den Austausch mit angrenzenden Disziplinen der Dermatologie.

Rechenschaftsbericht mit Kontoabschluss bis 02.11.2018

Im letzten Jahr wurde kein Beitrag erhoben, weil der Kongress in Berlin 2016 ausgefallen war. Für dieses Jahr wurde der Beitrag durch die Mitgliederversammlung auf 20 Euro pro Jahr reduziert, weil wir recht hohe Rücklagen haben.

Entsprechend niedrig waren dann die Einnahmen und die Zahl der Mitglieder ist leider leicht rückläufig.

Die Ausgaben waren dieses Jahr hoch durch den Kongress in Grainau und die Ausgaben für die Jahresgaben 2017 und 2018/19.

Die Vorstandskosten sind dagegen niedrig, weil auch ein Teil des Vorstandes als Referenten bei der Tagung in Grainau dabei war.

gez. Dr. Jochen Wehrmann (Schatzmeister)

APD Konto-Abschluss 2018
(vom 01.01.2018 bis 02.11.2018)

Kontostand am 01.01.2018 € **9.872,59**

Einnahmen:

Mitgliedsbeiträge € 1.720,00

plus Fr. Zahn 20 €, verrechnet mit Reisekosten (Kto.Auszug 5.1)

Zinsen f. Guthaben (Konto, Freibetrag) € 6,05

€ 1.726,05

Ausgaben:

APD-Tagung (Grainau)
(Referentenhonorare, Reise-/ Verpfleg. Kosten) € 2.545,44

Vorstand (Reise-/Verpflegungskosten) € 199,30

Kontogebühren € 63,48

Druckkosten Rundbrief 2018 + Porto € steht noch aus

Jahresgabe 2017 „Umweltmedizin“ € 2.898,48

Jahresgabe 2018/19 „Schematherapie“ € 2.574,40

EDV-Homepage € 199,56

€ 8.480,66

Kontostand am 02.11.2018 € **3.117,98**

=====

Festgeld-Kto. – Stand 30.10.2018: € **12.745,65**

=====

Fallbeispiel

Die „Nicht behandelbare Patientin“

Prof. Wolfgang Harth, Berlin

Patientin geboren 1945

1. Behandlungsumfeld

Die Behandlung der Patientin fand in der psychodermatologischen Ambulanzsprechstunde und stationär in der Hautklinik Spandau statt.

2. Angaben zum Erstkontakt

Die Patientin wurde von einer internistischen Kollegin in die psychoonkologische Sprechstunde überwiesen. Die internistische Kollegin schilderte am Telefon die Problematik, dass die Patientin über einen längeren Zeitraum jegliche Operation eines sichtbaren bösartigen Tumors mit Größenzunahme abgelehnt habe. Und das obwohl sie von der Ärztin bei jeder hausärztlichen Konsultation intensiv dazu motiviert worden sei.

Die Kollegin möchte noch mal in der Hautklinik Spandau probieren, ob wir weiter kommen. Am Telefon wurde sich zunächst darauf geeinigt, ein ambulantes psychoonkologisches Gespräch durchzuführen, um mögliche Ängste zu besprechen. Der Erstkontakt fand am 06.10.2017 statt.

3. Demographische Angaben und lebensgeschichtliche Entwicklung

Patientin habe mehrere Enkelkinder.

Seitens der Patientin nur geringe Introspektionsfähigkeit, fehlende Motivation zu erweiterten Gesprächsinhalten.

4. Krankheitsanamnese

Schon 2016 habe die klinische Verdachtsdiagnose einer bösartigen Erkrankung im Mittelpunkt von zahlreichen Gesprächen bei der internistischen Kollegin gestanden. Bei der Vorstellung an der Uniklinik sei der Verdacht bestätigt und eine OP-Indikation gestellt worden. Es sollte auch der Lymphknoten entfernt werden, die Patientin habe dies jedoch abgelehnt. Im weiteren Verlauf habe dieser bösartige Tumor nunmehr angefangen zu bluten, was die Patientin störte.

5. Befinden und Diagnostik zu Beginn der Interaktion

Im Erstgespräch wurde relativ zügig auf die Überweisungssituation und Bedeutung eines blutenden Tumors eingegangen. Es erfolgte eine Psychoedukation, wobei die Operation unter Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren angeboten wurde. Es wurde die Themen Ängste, auch vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund des

Wunsches nach Selbstbestimmung, Schicksal und Fortschritt in der Medizin mit Lebensverlängerung sowie Verbesserung der Lebensqualität besprochen.

Die Patientin verharret in der Vorstellung, ihren Krebs nicht behandeln lassen zu wollen, sondern sich dem Schicksal zu ergeben. Andererseits störe sie der blutende Tumor, welcher weg solle. Es wird im Weiteren die gegenläufige Fehleinstellung des störenden blutenden Tumors und nicht gewünschter Behandlung heraus gearbeitet.

Letztendlich erfolgt die gemeinsame Vereinbarung einer knappen Exzision des blutenden Tumors unter psychotherapeutischer Begleitung.

Fazit Erstkontakt:

Die Interaktion war geprägt durch maximale Abwehr der Patientin und dem Versuch des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung.

6. Krankheitsverarbeitung

Massive Abwehr der Patientin

7. Planung und Zielsetzung der Interaktion

Gemeinsame Verabredung zur stationären Behandlung unter erweiterten psychosozialen Gesichtspunkten. Zunächst somatische Behandlung.

8. Behandlungsverlauf

Die Patientin wurde stationär vom 09.10. bis 11.10.2017 aufgenommen. Lt. Vereinbarung wurde vom psychoonkologisch betreuenden Arzt auch die Operation durchgeführt. Während der Operation, die in Lokalanästhesie erfolgte, fanden gleichzeitig beruhigende und Sicherheit schaffende Gespräche statt. Die Themen waren schöne Gebiete, die die Patientin im Laufe des Lebens kennengelernt hat und wo sie sich wohlfühlte.

Die Operation erfolgte komplikationslos und wie verabredet mit Entfernung des blutenden Tumors. Der stationäre Verlauf war regelrecht und unkompliziert.

Alle weiterführenden notwendigen Maßnahmen insbesondere CT, MRT, Sentinel LK-OP und Nachexzision mit Sicherheitsabstand wurden abgelehnt.

Diagnosen im Arztbrief

- Noduläres malignes Melanom Schulter rechts dorsal, TD 3,6 mm, Tumorstadium pT3b NX MX, mind. Stadium II B nach AJCC 2017, BRAF positiv
- Hypertonie
- Angststörung

Auf Wunsch erfolgten nach regelrechter Entlassung die Verbandswechsel bei der Hausärztin und eine Vereinbarung eines erneuten Treffens nach Abschluss der Behandlung zur Auswertung.

Das letzte psychoonkologische Gespräch fand am 20.10.2017 statt. Zu dem Treffen kam die Patientin in das Gesprächszimmer und baute sofort ein Aufnahmegerät auf. Sie installierte ein Mikrofon und einen Aufnahmerekorder auf dem Tisch. Sie bat, das Gespräch aufzeichnen zu dürfen und händigte mir zehn Fragen aus, die sie von mir beantwortet haben möchte (siehe Anlage). Der Behandler sah sich mit einer Patientin konfrontiert, die die Gesprächssituation versuchte umzudrehen. Der ärztliche Psychotherapeut sollte befragt werden und antworten, ohne dass die Patientin zur eigenen Situation Auskunft gibt.

Es folgte zunächst eine Klärung des Settings. Es folgte eine ausführliche Erläuterung, dass ein vertrauensvolles Gespräch nicht mit einer Tonbandaufnahme erfolgen kann, da sich der Behandler unwohl fühlt, insbesondere weil unklar ist, was mit den Aufnahmen geschieht, in welchem Kontext sie verwendet werden sollen. Zudem ist das Gespräch so kontrolliert und kann nicht frei gefasst, einfühlsam, emotional stattfinden.

Es wurde sich darauf geeinigt, das Aufnahmegerät wieder abzubauen und die zehn Fragen zu bearbeiten. Es wurden alle zehn Fragen an den Behandler abgearbeitet, in der Hoffnung, danach eine Basis für weiterführende Gespräche zu gewinnen. Die Tragweite des malignen Melanoms war der Patientin bewusst. Weitere Durchuntersuchungen wurden nicht gewünscht, auch Schritt für Schritt unter angstreduzierender Begleittherapie abgelehnt, ebenso auch zukünftige Gesprächsangebote. Entspannungsverfahren wurden angeraten. Es erfolgte eine freundliche Verabschiedung.

Zwei Tage nach dem Gespräch, am Sonntag, den 22.10.2017, um 22.42 Uhr erhielt der Behandler unaufgefordert eine Mail, worin noch einmal schriftlich weiterführende medizinische Behandlungsschritte abgelehnt wurden. „Sie ist sich bewusst Krebs zu haben und die Entscheidung sich nicht weiter behandeln zu lassen, nicht bereut“.

Am 08.11.2017 fand ein telefonisches Gespräch mit der Einweiserin statt, um den Stand zu reflektieren. Es wurde vereinbart die Patientin weiterhin über Gesprächsangebote zu informieren und zu motivieren.

Drei Tage vor Weihnachten rief die Tochter der Pat. an und berichtete, dass es zur Selbsttötung der Patientin am 16.12.2017 gekommen sei. Sie habe sich aus dem Fenster im 10. Stock eines Hotels in der Nähe des Hauptbahnhofes gestürzt. Der Tochter wurde ein weiterführendes Gespräch angeboten, welches wahrgenommen wurde.

Im Gespräch mit der Tochter am 28.12.2017 zeigte sich, dass die Patientin nichts von Suizidabsichten gegenüber der Tochter geäußert habe. Eine Verabschiedung habe nicht stattgefunden. Insgesamt seien sechs Enkelkinder vorhanden, die von der Oma (Patientin) bis zuletzt zweimal in der Woche betreut worden seien. Gegenüber den

Enkeln habe sich auch keine Verabschiedung oder Verhaltensänderung der Patientin feststellen lassen.

Die Tochter berichtete über die Patientin: Die drei Geschwisterkinder seien mit einem Kindermädchen aufgewachsen, da die Mutter (Patientin) sehr großen Wert auf ein freies Leben gelegt habe. Sie berichtete von unverständlichen Vorfällen in der Kindheit, wo die Mutter trotz roter Ampel über die Straße gegangen sei und den kleinen Kindern die stehen geblieben seien, hinterher gerufen habe, sie müssten selbständig sein, die Entscheidung treffen, ob sie bei Rot über die Ampel gehen wollten oder nicht. Das war im Alter von neun Jahren. Die vorstellige Tochter habe bisher einmalig im Erwachsenenalter eine tiefenpsychologische Langzeittherapie absolviert mit Fokus auf Familiengeschichte. Weitere aktuelle Gespräche wurden angeboten. Tochter wünschte Bedenkzeit und wollte es allein schaffen.

9. Kritische Auseinandersetzung mit dem Fall

Die Selbstreflexion im Nachgang fokussiert sich auf folgende Punkte:

Es wurde anfänglich ein Verdacht auf eine Angststörung im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen gestellt. Dies war aus der damaligen Sicht richtig. Angst vor Operation ist ein häufiges Phänomen und die Patientin wurde in der Stabilisierung durch die Arzt-Patienten-Beziehung geholfen, diese Ängste zu überwinden. Es erfolgten gezielte unterstützende Gespräche zum Abbau von Ängsten.

Eine komplette Ablehnung jeglicher Eingriffe war nicht gegeben, da der blutende Tumor störte. Somit wurde sich auf einen minimal möglichen Konsens geeinigt, um durch eine kleine OP die Blutung zu lindern. Die Patientin ging auch immer wieder zur Internistin, um sich dort aufgrund anderer Erkrankungen behandeln zu lassen, so dass keine absolute Ablehnung jeglicher medizinischer Maßnahmen vorlag. Bei blutendem Tumor war akut somatisches Handeln richtig.

Im Nachgang hätte man mehr auf die depressive Komponente achten und dies durch eine Fragebogenauswertung (HADS-D/BDI) verifizieren müssen. In diesem Zusammenhang wäre es auch möglich gewesen, genauer mögliche suizidale Gedanken zu erfassen.

Die Erstgesprächssituation war jedoch ebenso wie alle weiteren Kontakte immer wieder von der Schwierigkeit des Findens einer Behandlungsebene geprägt, so dass die Fragebogendiagnostik als unpassend und konfrontativ nicht im Fokus stand, auch um einen Abbruch der Gespräche durch mögliche Konfrontation zu vermeiden. Übertragung und Gegenübertragung zentrierten sich auf Angst. Die berechnende Kühle der Pat. verursachte Gänsehaut in der Gegenübertragung.

Im Nachgang erfolgten mehrere kollegiale Gespräche mit der überweisenden behandelnden Internistin, im gesamten Behandlungsteam, und es wurde die Patientin in unserer Mortalitäts-/Morbiditätskonferenz vorgestellt. Im Fokus der Bearbeitung wurde die Schwierigkeit herausgearbeitet, die wechselnde Ambivalenz von Autonomie und Behandlungswunsch auszuhalten und sich dabei als Behandler mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert zu sehen, die im frühen Stadium gut

behandelbar gewesen wäre. Das Dilemma lag auch darin, dass es keine konsequente Ablehnung seitens der Patientin gab, sondern diese letztendlich in die Operation eingewilligt hat.

Der Suizid kam völlig überraschend und entsprach nicht der Krankheitsprognose. Da keine weiterführende Introspektionsfähigkeit bei der Patientin bestand, kann man über Motive wenig aussagen. Das Gefühl der Behandler bleibt, dass eine hilflose Familie und hilflos handelnde Ärzte zurück bleiben. Mitglieder der Mortalitäts-/Morbiditykonferenz berichten über ähnliche Verläufe aus der eigenen Erfahrung, welches entlastend wirksam ist.

FAZIT:

- A. Im Rahmen der Diskussion in der Mortalitäts-/Morbiditykonferenz wird herausgearbeitet, dass solche Einzelfälle immer wieder auftreten und man diesen Fällen hilflos gegenübersteht. Es wird eine Persönlichkeitsstörung vermutet, auch aufgrund der Fremdanamnese der Kinder und der außergewöhnlichen Gesprächssituation, Tonbandaufnahmen anfertigen zu wollen.
- B. Thematisiert wurden in der anschließenden psychoonkologischen Einzel-Supervision auch die Fragen von sadistischen Komponenten durch den vollzogenen Suizid, den Behandlern, eigenen Kindern und Enkelkindern gegenüber. Dieses aggressiv sadistische Vorgehen lässt auf eine schwerwiegende psychische Störung der Pat. zurückschließen, ebenso wie der Vorgang das letzte Gespräch kontrolliert führen zu wollen und als Interview mit Aufnahmegerät festzuhalten.
- C. In den Gesprächen mit der Tochter zeigte sich, dass diese bereits stellvertretend früher in eine psychosomatische Behandlung gegangen war, um die rigide autonome Mutter zu verarbeiten. Der Verlauf zeigt, dass Autonomiestreben, Machtausübung und Narzissmus bis zuletzt im Mittelpunkt standen und die nichtbehandelbare Patientin die Familie und die Behandler hilflos, besiegt und traumatisiert zurücklässt.

Geplantes Interview - erfolgtes vertrauliches Arzt- Patient-Beratungsgespräch

Professor Harth, Sie sind am 06. und 11. Oktober 2017 mit viel Geduld auf meine Vorstellungen eingegangen. Sie haben mir in meinem Sinne ärztliche Hilfe geleistet, für die ich Ihnen dankbar bin.

Nun bitte ich Sie, mir zehn Fragen in Ihrem Sinne zu beantworten.

1. Was möchten Sie auf keinen Fall gefragt werden?
2. Haben bestimmte Erfahrungen Sie zum Fachgebiet der Dermatologie geführt?
3. Welche Probleme möchten Sie als Dermatologe lösen?
4. Ich habe Ihre besondere Überzeugungsfähigkeit schätzen gelernt. Hilft sie Ihnen, medizinisch erfolgreich zu sein?
5. Meinen Sie, Entscheidungen werden de facto rational oder emotional getroffen?
6. Empfinden Sie hin und wieder Ohnmacht gegenüber unbelehrbaren Patienten?
7. Bei einem Hautproblem wie z. B. Krebs kennen Sie mögliche Heilbehandlungen. Diese führen u. U. zu weitgehendem Engagement auch seitens der Patienten. Wiegt ein statistisch möglicher Therapieerfolg den Verlust an Lebensqualität durch die Behandlung auf?
8. Ein diagnostiziertes gesundheitliches Problem sticht andere, z. B. Befindlichkeiten der Patienten aus. Können Sie die unbeschwerten Facetten auch berücksichtigen?
9. Sie sind auch Psychotherapeut. Als wie wichtig schätzen Sie die Einstellung der Patienten ein?
10. Sie führten als Argument für eine weiterführende Therapie zur Lebensverlängerung den Aspekt sozialer Verantwortung der Patienten an. Wann und wie wäre dann ihrer Meinung nach ein Ende sozial verträglich?

Herr Prof. Harth, ich danke Ihnen für die Bereitschaft, sich zu meinen Fragen zu äußern.

Kommentar von Dr. Jochen Wehrmann, Bad Berleburg:

Nach Rücksprache und Zustimmung durch Wolfgang Harth möchte ich meine Sicht auf die Melanompatientin und ihr Verhalten darlegen.

Ihr ist die Krebsdiagnose bewusst und sie hatte eine Behandlung so lange abgelehnt, bis sie sich durch die Blutung des Tumors gestört fühlte. Wie schon bei den vorbehandelnden Ärzten wünschte sie auch jetzt keine intensive Therapie der Tumorerkrankung, sondern lediglich einen palliativen Eingriff, um die Blutung zu unterbinden.

Anhaltspunkte für eine Angststörung sehe ich keine, stattdessen eine sehr bewusste Entscheidung, die Tumorerkrankung quasi schicksalsergebend anzunehmen. Dafür spricht die E-Mail vom 22.10.17, womit sie den Behandler quasi von aller Verpflichtung und möglichen Schuldgefühlen entlasten will.

Besonders spannend finde ich die Fragen der Pat. an Wolfgang Harth, der sie im Vorgespräch wohl zur intensiveren Behandlung über den palliativen Eingriff hinaus motivieren wollte. Zunächst bedankt sich die Pat. explizit für die geleistete ärztliche Hilfe, nimmt dann aber das Gesprächsangebot von Wolfgang in einer sowohl intensiven als auch selbstbestimmten Art und Weise auf. In ihren 10 Fragen an ihn hinterfragt sie seine Einstellung bezüglich der Ziele ärztlichen Handelns und inwieweit diese mehr aus der Person des Behandlers gespeist sind oder aber die individuelle Sicht und Situation des Pat. als leitend nimmt? Die Pat. thematisiert also damit ein Grundproblem ärztlichen Handelns, in dem - ich entschuldige mich, wenn ich hier generalisiere - wir geneigt sind entsprechend unserem ärztlichen Wissen die aktive Rolle zu übernehmen und uns weniger an den Vorstellungen des Pat. zu orientieren. Insofern stimmt die Aussage von Wolfgang, dass „die Kontakte immer wieder von der Schwierigkeit des Findens einer Behandlungsebene geprägt waren“. Es kam eben nicht zu einem informed consent, weil für Wolfgang die vielleicht fatalistisch zu nennende Haltung der Pat. kaum auszuhalten war.

Wie gesagt, sehe ich keine Angststörung und auch für eine depressive Störung finde ich keine klaren Hinweise. Die Familie der Pat. beobachtete keine Auffälligkeiten vor dem Suizid, sondern die Pat. beendete ihr Leben überlegt und geplant im Hinblick auf die tödliche Erkrankung.

Ich sehe auch keine sadistische Haltung, da die Pat. ihren Behandler mit ihrer Mail entlasten wollte und sie ihn zudem durch ihren Fragekatalog zu einer *Reflektion* über seine bzw. ihre Haltung anregen wollte.

Was die Patienten betrifft, sehe ich einen eher einsamen Menschen, der wahrscheinlich schon früh (geboren 1945) lebensbedrohliche Situationen meistern musste. Dafür spricht

meines Erachtens die Situation mit dem Überqueren der Straße bei roter Ampel und dem Hinweis an die Kinder, dass diese selbst entscheiden müssen, wie sie eine Gefahr einschätzen und damit umgehen. Ähnlich erging es ihr vermutlich auch in der Kindheit. Die Pat. will nicht bewusst quälen, sie gibt aber einen Hinweis auf die eigene Not und Überforderung. Sie ist auch nicht alexithym, fragt konkret Wolfgang, wie er zu seiner Berufswahl und seiner ärztlichen Haltung gekommen ist. Die Pat. hat Psychotherapieerfahrung, was die erste Frage zeigt, die häufig von Psychotherapeuten an ihre Pat. gerichtet wird. Sie tritt auch in Kontakt, einmal zu ihrer Hausärztin, die sie regelmäßig aufsucht, aber auch zu Wolfgang durch die Mail und den Fragenkatalog. Den Wunsch, das Gespräch aufzunehmen, verstehe ich als Ausdruck nach einer intensiven Auseinandersetzung, weil sie sich das Gespräch im Nachhinein noch einmal anhören möchte. Wenn mit Macht der Wunsch nach Kontrolle über das eigene Leben und auch das eigene Leiden gemeint sind, kann ich das sehr wohl nachvollziehen. Anhaltspunkte für einen überzogenen Narzissmus sehe ich nicht, ebenso wenig, dass die Pat. im Mittelpunkt stehen und wohlmöglich ihre Umgebung traumatisieren will. Interessant wäre zu wissen, ob die Pat. auch mit ihren Kindern (gibt es einen Partner?) ähnlich intensiv über ihre Erkrankung, ihr Leiden und ihre Einstellung zum Tod sprechen wollte, so wie sie es mit Wolfgang versuchte?

Ich hatte Wolfgang meine Überlegung mitgeteilt, wobei er antwortete, dass er anlässlich der Vorstellung dieses Falles verschiedene Rückmeldung erhielt und diese „auch immer viel mit den Kommentatoren zu tun haben“. Für meine Person trifft dies sicherlich zu, da meine Mutter angesichts ihres Lungenkrebses und nachdem sie noch eine Beinamputation erlitt, bewusst und eigeninitiativ aus dem Leben schied. Ich war in ihrer Todesstunde bei ihr und mein oder unser Glück war es, dass wir nach heftigen Auseinandersetzungen in meiner Jugend dann im späteren Alter wieder ins Gespräch kamen, uns verständigten und Verständnis fanden. Bei aller Trauer über ihren Tod bewunderte ich ihre Stärke, diesen Schritt zu tun. Sie tat dies nach langen Gesprächen mit meinem Vater, weil sie nicht länger leiden und auch ihre Familie nicht weiter belasten wollte. Das kann man sicher auch anders sehen, ich fand es mutig und nicht als Ausdruck einer psychischen Erkrankung.

Viel Leiden mit der Haut, aber keine Ursache - ein Blick in die neue Leitlinie hilft

Wissenstransfer zu Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F:

Management of functional somatic syndromes and bodily distress.

Psychother Psychosom 2018; 87:12–31.

Gieler U.

Karger Kompass Dermatol 2018;6:214-216

<https://doi.org/10.1159/000493080>

Link zum Originalbeitrag: <https://www.karger.com/Article/Abstract/493080>).

Hintergrund

Auch in der Dermatologie lohnt es sich, etwas über den Tellerrand zu schauen und sich Inhalte aus Leitlinien anderer Fachgesellschaften anzueignen. Nicht weniger als 34 Fachgesellschaften haben dazu beigetragen, die kürzlich verabschiedete S3-Leitlinie «Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden» auf bestem Qualitäts-niveau zu erstellen [1]. Link: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>

Der hier dargestellte Artikel bezieht sich auf die Inhalte der neuen Leitlinie und liefert konkrete klinische Handlungsanleitungen zum Umgang mit den in der Regel recht schwierigen Patienten. Dem Redaktionsteam der Psychosomatischen Klinik der Technischen Universität München ist es gelungen, dieses «Monsterwerk» zusammenzustellen und damit einen Maßstab zu setzen wie Leitlinien aussehen sollten.

Warum sollten sich Dermatologen mit somatoformen Störungen befassen? Ganz einfach, die davon Betroffenen machen ca. 10–20% aller Patienten in einer Hautarztpraxis aus und das sind die Patienten, die meist doch sehr viel mehr Zeit kosten als vorhanden ist.

Studienergebnisse

Die Arbeit von Henningsen et al. gibt eine Übersicht über die Studien der letzten 10 Jahre zum Hintergrund der von somatoformen (funktionellen) Störungen Betroffenen und zum klinischen Umgang in der Praxis. Die Autoren aktualisieren damit ein bereits 2007 im Lancet publiziertes Review [2]. Darin wird nicht nur eine Übersicht gegeben, sondern es werden auch einzelne Störungen wie das Reizdarmsyndrom, funktionelle Darmprobleme, Fibromyalgie, Rückenschmerzen, aber auch für die Dermatologie relevante Syndrome wie das orofaziale Schmerzsyndrom (Glossodynie) und Beckenbodenschmerzen (Pelvic Pain, Coccygodynie) dargestellt. Trotz der ernüchternden Ergebnisse des therapeutischen Erfolges und der in aller Regel sehr mäßigen Prognose dieser Erkrankungen ergeben sich klare Hinweise für die Praxis. Es ist beispielsweise recht gesichert, dass es hilfreicher ist, die psychischen Aspekte frühzeitig anzusprechen und nicht erst die Ergebnisse der somatischen Diagnostik abzuwarten.

Studien zu somatoformen Störungen in der Dermatologie

Somatoforme Störungen sind in der Dermatologie nicht selten [3]. Die Erfassung in einer Universitäts-Hautklinik ergab, dass diese Störungen bei 18,5% aller Patienten (n=185) vorlagen [4]. Die Anzahl von psychischen Komorbiditäten bei chronischen Erkrankungen, die auch zur Einschränkung der Lebensqualität führen, ist noch wesentlich höher [5]. Bei der Glossodynie wurde in einem Review von 24 randomisierten Studien deutlich, dass die eingesetzten Therapien (z.B. Alpha-Liponsäure als Nahrungsergänzungsmittel, Capsaicin, Clonazepam oder Psychotherapie) einen sehr mäßigen Effekt aufwiesen und methodisch meist nur mit niedrigen Fallzahlen durchgeführt wurden [6]. Es ist bekannt, dass diese Patienten sehr hohe Kosten verursachen – eine neuere Studie konnte dies auch in der Dermatologie zeigen [7]. Häufig sind auch viele Patienten mit ungesicherten Allergien und trotzdem deutlichen körperlichen Symptomen, wobei sich klinisch unterscheiden lässt, dass die Patienten mit polysymptomatischen Beschwerden eher als somatoform eingeschätzt werden können als die mit oligosymptomatischen Problemen [8]. Auch neue somatoforme Störungen wie die Cyberchondrie [9] tauchen inzwischen in der Dermatologie auf. Bisher sind sicher die wenigsten

Dermatologen im Umgang mit den Betroffenen ausgebildet, wie dies auch in England festgestellt wurde [10].

Fazit für die Praxis

Was können wir aus der neuen Leitlinie zur Behandlung von Patienten lernen? Zunächst ist klar, dass es keine schnellen Lösungen gibt. Der Ausschluss körperlich diagnostizierbarer Erkrankungen ist selbstverständlich, doch auch die Rate von Fehldiagnosen beim Überprüfen nach einigen Jahren liegt deutlich unter der bei anderen Erkrankungen [11]. Es ist hilfreich, die Hintergründe der Störungen zu kennen. So ist inzwischen hinreichend untersucht, dass eine von Selbstunsicherheit geprägte Bindung in der frühen Kindheit [12] und auch Critical Life Events in der Adoleszenz zu Somatisierungen führen können [13]. Es lohnt sich, in der Anamnese gezielt nach solchen Lebenserfahrungen zu fragen. Spannende Erklärungsversuche geben auch die neueren Studien zu epigenetischen Phänomenen. Die psychosomatische Medizin geht von einem «allostatic overload» aus. Damit ist gemeint, dass es zu einer Dysregulation von Neuromediatoren kommt, die – durch die Aktivität des Gehirns in affektiven Situationen angeregt – eine Veränderung der Methylierung von vorhandenen Genen induzieren. Diese generieren dann wiederum entsprechende Entzündungsmediatoren, die zu einer somatischen Symptomatik führen können [14].

Für die tägliche Praxis ist es wichtig zu wissen, dass pharmakologische Maßnahmen keinerlei Evidenz gezeigt haben, wie ein kürzlich publizierter Cochrane-Review zeigen konnte [15]. Es ist sicher zielführender, die Patienten an psychotherapeutische Maßnahmen heranzuführen, die sich bei der Behandlung dieser

Störungen effektiver zeigten. Zumindest wurde in den untersuchten 47 Studien eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Linderung der Angst sowie der Depression deutlich [16]. Psychotherapie zeigte sich in randomisierten Therapiestudien wirkungsvoller als die Routinetherapie [17].

- 1 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: S3-Leitlinie «Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden». Registernummer 051–001.
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>
- 2 Henningsen P, Zipfel S, Herzog W: Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369:946–955.
- 3 Gupta MA: Somatization disorders in dermatology. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18:41–47.
- 4 Stangier U, Köhnlein B, Gieler U: Somatoforme Störungen bei ambulanten dermatologischen Patienten. *Psychotherapeut* 2003; 48:321–328.
- 5 Balieva F, Kupfer J, Lien L, et al.: The burden of common skin diseases assessed with the EQ5D™: a European multicentre study in 13 countries. *Br J Dermatol* 2017; 176:1170–1178.
- 6 Kisely S, Forbes M, Sawyer E, et al: A systematic review of randomized trials for the treatment of burning mouth syndrome. *J Psychosom Res* 2016; 86:39–46.
- 7 Goulding JMR, Harper N, Kennedy L, Martin KR: Cost-effectiveness in Psychodermatology: a case series. *Acta Derm Venereol* 2017; 97:663–664.
- 8 Hausteiner C, Huber D, Bornschein S, et al.: Characteristics of oligosymptomatic versus polysymptomatic presentations of somatoform disorders in patients with suspected allergies. *J Psychosom Res* 2010; 69:259–266.
- 9 Muse K, McManus F, Leung C, et al.: Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anxiety Disord* 2012; 26:189–196.
- 10 Yon K, Habermann S, Rosenthal J, et al.: Improving teaching about medically unexplained symptoms for newly qualified doctors in the UK: findings from a questionnaire survey and expert workshop. *BMJ Open* 2017
DOI:10.1136/bmjopen-2016–014720.
- 11 Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter MM: A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics* 1995; 36:376–386.

- 12 Mauder RG, Hunter JJ, Atkinson L, et al.: An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosom Med* 2017; 79:506–513.
- 13 Bonvanie IJ, Janssens KA, Rosmalen JG, Oldehinkel AJ: Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *Br J Psychol* 2017; 108:318–333.
- 14 McEwen BS: Epigenetic interactions and the brain-body-communication. *Psychother Psychosom* 2017; 86:1–4.

Thema Faszination Pickel ausdrücken

Prof. Dr. Uwe Gieler, Giessen

Nachdruck eines Interviews für die Zeitschrift „Jolie“, Ausgabe 01.02.2019

1. Was fasziniert oder befriedigt uns am Pickel Ausdrücken?

Das Pickel Ausdrücken entspricht einem aus der Menschheitsgeschichte (Ethnobiologie) kommendem Trieb unangenehme und durch Sensationen bemerkbare Hautveränderungen zu entfernen. In der Frühgeschichte der Menschheit war es überlebenswichtig, „ekelhafte“ Veränderungen an der Haut zu entfernen, da sie sonst zu Krankheiten und Tod führen konnten.

Ein weiteres Prinzip ist emotional gesteuert, da bekanntlich das Pickel ausdrücken durchaus auch eine gewisse „Lust“ mit sich führt, vor allem wenn der Erfolg in Form von Talg oder Eiter, der herausgedrückt wird, sichtbar wird. Dies ist in beiden Geschlechtern nicht wesentlich unterschiedlich (nach klinischer Erfahrung Frauen etwas mehr als Männer). Dies führt wiederum zu einem Zwangsverhalten, bei dem Menschen mit der Anlage zur besonderen Ordentlichkeit stimuliert werden und sich dadurch in Gefahr begeben, dass es zu einem echten Zwangsverhalten ausartet.

2. Warum drücken wir sogar beim Partner Pickel aus?

Wie schon bei Punkt 1 beschrieben, handelt es sich auch hier um ein menscheitsgeschichtliches Verhalten. Es entspricht damit in etwa dem „Lausen“ der Affen. Es dient der Hygiene, der Säuberung und gleichzeitig der Kommunikation. Hier gibt es deutliche Geschlechtsunterschiede, da dieses Verhalten vor allem von Frauen bei deren Partnern und Kindern praktiziert wird und entspricht damit ebenfalls den Affen. Offenbar sind die steinzeitlichen biologischen Verhaltensweisen in diesem redundanten Sinn noch weiterhin erhalten, da auch damals vermutlich die Frauen für die Hygiene und Sauberkeit sowie die Beruhigung der Sippe zuständig waren.

3. Dr. Pimple Popper hat fast drei Millionen Follower auf Instagram: wieso müssen wir da einfach hingucken, obwohl die Videos super eklig sind?

Dies entspricht den obigen Ausführungen, die nur durch eine tiefe emotionale Stimulation erklärbar sind. Ekel ist immer auch eine ambivalente Emotion zwischen tiefer Abscheu und Faszination (siehe Dschungel-Camp) und Heu-Schrecken Essen in anderen Kulturen!

4. Wie gefährlich ist Pickel Ausdrücken? Im Internet* liest man sogar, dass es tödlich sein kann. Ist das nicht totaler Humbug?

Es ist natürlich so gut wie völlig unvorstellbar, dass Pickel ausdrücken tödlich sein könnte. Es wäre medizinisch sehr konstruiert vorstellbar, dass ein Pickel im Gesicht tatsächlich Bakterien enthält – was normalerweise gar nicht der Fall ist, da es sich nur eine Ansammlung weißer Blutkörperchen (Leukozyten) handelt – die dann in der Voraussetzung, dass diese auch noch in eine offene Wunde, die Kontakt zum Blutssystem hat, eingebracht würden. In diesem seltensten Fall wäre eine

Blutvergiftung in der Folge denkbar. Die in anderen Medien (siehe Brigitte bzw. Bild) erwähnte Möglichkeit eines Blutgerinnsels oder Hirnhautentzündung besteht zwar auch grundsätzlich, die hier tatsächlich vorhandenen Fälle gingen jedoch immer von einem Abszess aus, dies ist eine Ansammlung von vielen entzündeten Talgdrüsen und entsprechend wesentlich größer und tiefer als jeder „Pickel“. Falls ein solcher Abszess am Auge oder oberhalb des Auges entsteht ist tatsächlich Vorsicht geboten und eine intensive, in der Regel antibiotische, Behandlung notwendig, um diese Gefahr abzuwenden. Jedoch trifft dies nicht auf einfache Pusteln = Pickel zu!

Von diesem Fall habe ich weder gehört noch im wissenschaftlichen Schrifttum je etwas gefunden! Man darf es deshalb mit gutem Recht als Fake-News titulieren!

Ich habe mir mal die Mühe gemacht und die gesamte medizinisch-wissenschaftliche Literatur dahingehend nachzusehen (Pubmed Review mit verschiedenen Stichworten zum Thema) und habe eine einzige Fallbeschreibung gefunden, bei der ein absolut extremes Knibbeln, das man eigentlich als selbstverletzendes Verhalten beschreiben muss, tatsächlich zu einer fast tödlichen Situation geführt hat (siehe Anhang) . Dies ist aber auch die einzige Fallbeschreibung dieser Art. Man muss jedoch grundsätzlich zwischen „Knibbeln“, wir nennen dies Skin Picking, und den echten Selbstverletzungen die einen psychiatrischen Hintergrund mit Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen haben, klar unterscheiden!

5. Wieso ekeln wir uns eigentlich vor Pickeln und warum ist das Ausdrücken in der Gesellschaft nicht akzeptiert?

Dies entspricht der Emotionsforschung des Ekels. Hier kann nur auf das bereits beschriebene hingewiesen werden. Das Ekeln vor den Pickeln entspricht der Ambivalenz des Ekels zwischen Pickeln als „unsauber“ „infektiös“ „unhygienisch“ anzusehen und der gleichzeitigen Faszination die zum Knibbeln führt. Das Zuschauen löst bei fast jedem Menschen (es gibt Ausnahmen!) Ekel aus, da es über die Spiegel-Neuronen im Gehirn gleichzeitig den erwarteten Schmerz des Ausdrückens mit anregt und deshalb das Zuschauen als viel intensiver und ekliger erlebt wird als das Drücken selbst. Da beim Zuschauen lediglich die Ekel-Erregung und nicht die mit dem Ausdrücken verbundene „Befriedigung“ durch die „Säuberung“ vorhanden ist, hängt es dann von dem jeweiligen subjektiv und kulturell geprägten Ekel-Empfinden ab, wie stark eine Ekel-Ablehnung erlebt wird. Die wahrgenommen und „gefühlte“ Ekel-erregung entspricht also wie auch bei der Wahrnehmung von Temperaturen einer subjektiven Wahrnehmung, die durch Umgebungsbedingungen – in diesem Fall nicht von der Luftfeuchtigkeit und Wind sondern von der emotionalen Erfahrung und Einstellung abhängt.

6. Ist es für Dermatologen eigentlich auch befriedigend Pickel auszuquetschen?

Auch Dermatologen sind normale Menschen, die allen genannten Eigenschaften, die für Pickel gelten entsprechen. Insofern gibt es hier durchaus viele Dermatologinnen (ich habe in meiner langen dermatologischen Erfahrung fast noch nie einen männlichen Hautarzt getroffen dem dies Freude gemacht hat), die wie andere Frauen und Mütter auch dies als befriedigend erleben. Auch diejenigen, die sich ja beruflich und professionell mit dem Pickel-Ausdrücken beschäftigen – die Kosmetikerinnen,

sind ja so gut wie immer Frauen. Hier scheint eben ein sehr tief greifendes biologisches Erbe wirksam zu sein!

7. Kann man süchtig nach Pickel ausdrücken werden?

Wie schon erwähnt, führt das Pickel ausdrücken nicht so selten zu einer Art Sucht, die in dem echten „Skin Picking“ enden kann. Das Skin Picking ist eine medizinisch anerkannte Zwangsstörung und wurde von der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft in dem weltweit akzeptierten Standardwerk DSM-V (Diagnostik and Standardized Manual of Mental Disorders – 5. Ausgabe) als neue Entität 2013 aufgenommen und als Zwangsstörung eingeordnet. Hierzu gelten dann alle Bedingungen, die auf andere Zwangsstörungen auch zutreffen, die Suchtcharakter haben. Wenn sich jemand, der betroffen ist, also selbst anfängt, Vorwürfe zu machen das Verhalten nicht abstellen zu können, ist es höchste Zeit sich fachärztliche (Ärztliche Psychotherapeuten) oder psychologische Hilfe (approbierte psychologische Psychotherapeuten) zu holen.

8. Man kann die Finger vom Pickel nicht lassen. Was muss für Hygiene-Standards muss ich einhalten?

Wichtige Frage, hier kann man sich Rat bei den Kosmetikerinnen einholen. Bevor ein vorhandener oder vermeintlicher „Pickel“ bearbeitet wird, muss die Haut zunächst mit warmen bis heißes Wasser aufgeweicht und geschmeidig gemacht werden. In der Kosmetik wird dies meist durch Bedampfen durchgeführt. Anschließend kann eine Pustel (also nur das was wirklich gelb erscheint, alles andere führt nur zu weiteren Entzündungen und ist absolut kontraproduktiv) zunächst zentrifugal erweitert werden (d.h. nicht gleich drücken, sondern erst mal die Haut in der Umgebung ziehen damit sich die Pore noch mal erweitert) und erst dann sollte möglichst etwas tiefer gedrückt werden. Wenn der „Eiter“, der nur Talgdrüsensekret enthält, dann herausgekommen ist sollte die Haut mit antiseptischen Mitteln – im Zweifel einfacher Alkoholtupfer oder z. B. Rasierwasser – desinfiziert und gereinigt werden, damit keine weiteren Umgebungsentzündungen sich einstellen.

Mehr als 90 % aller Akne-Betroffenen „pickeln“, wie wir aus Studien wissen. Es ist also ein gewissermaßen normales Verhalten bei Akne. Es sollte jedoch in Grenzen gehalten werden und spätestens, wenn es schlecht abstellbar ist oder auch dazu führt das relativ viel Zeit vor dem Spiegel verbracht wird (mehr als 30 Minuten ist kritisch!) muss eine fachliche Hilfe gesucht werden (Hautärzte, Kosmetik etc.).

9. Ab wann sollte ich zum Dermatologen mich behandeln oder mir was verschreiben lassen?

Die Dermatologen haben in den letzten 10-20 Jahren bemerkt, dass ein sehr frühzeitiges Behandeln der Akne sehr hilfreich ist, um nicht nur das Knibbeln zu unterbinden, sondern auch um mögliche spätere Narben, die sich kaum noch wirklich entfernen lassen, zu verhindern. Insofern sollte jeder mit einer auch milden Akne den Hautarzt, wenn möglich, aufsuchen. Meist reicht eine äußerliche Behandlung dann völlig aus.

10. Kann ich bleibende Schäden davon bekommen?

Ja, es können wie beschrieben vor allem Narben entstehen, eine minimal vorhandene Akne kann sich verschlimmern dadurch das der Entzündungsprozess ständig unterhalten wird und emotional kann es zu einem Entstellungsproblem (sogenannte körperdysmorphie Störung) führen oder/und ein nicht mehr adäquater sozialer Rückzug (soziale Phobie) erfolgen. Letztere psychische Störungen sind alles andere als einfach zu behandeln und sollten frühzeitig erkannt und behandelt werden, da sonst die Chancen auf Linderung sehr schwierig werden.

11. Was halten Sie von Beauty-Tools (Mitesserentferner, Vakuum-Tool), die das Ausdrücken vereinfachen sollen?

Als Wissenschaftler und Hautarzt halte ich NICHTS davon, da sie bisher in keinerlei Studie wirklich klar erprobt wurden und nicht selten sogar eher zu einer Verschlechterung führen. Das Grundprinzip dieser Behandlungen erscheint zwar sinnvoll, jedoch führt das Entfernen von Mitessern durch kosmetische Produkte häufig zu einer starken Entfettung der Haut, die eher die Produktion von Talg anregt. Sinnvoll dagegen ist die sogenannte „Akne Toilette“ durch Kosmetik, bei der die o.g. Prinzipien des professionellen Ausdrückens beachten werden. Menschen die zum „Pickeln“ neigen, können dies dann an die jeweilige Fachkraft delegieren und somit sich selbst vor der Entwicklung einer Zwangsstörung schützen. Vakuum-Tools können nicht so intensiv ein Vakuum erzeugen, als das die tiefen Talgdrüsen erreichbar wären! Dies geht schon aus physikalischem Prinzip nicht wirklich. Es lässt sich dadurch ggf. etwas Hautfett reduzieren, jedoch steht hier der Nutzen-Kosten-Aufwand meines Erachtens in keinem Verhältnis.

12. Welche Beauty-Alternativen gibt es zum Pickel Ausdrücken? (Clear Strips, Abziehmaske etc)

Hier gibt es sehr vieles auf dem Beauty Markt, wirklich bewährt haben sich jedoch nur die schon oben erwähnten Behandlungen mit Peelings mit verschiedenen Säuren (Fruchtsäuren etc.) und der Anwendung von Medikamenten wie Tretinoin.

13. Welche Hausmittel helfen gegen Mitesser und Co., also zum Beispiel Eiweiss, Ananas etc.?

Hier kann man sicher selbst auch mal probieren, alle Anwendungen bei denen Fruchtsäuren enthalten sind, z.B. Ananas, Orangen, Zitrusfrüchte, Äpfel, Gurken, können in gewissem Ausmaß hilfreich sein. Bei den oben geschilderten Situationen empfehle ich jedoch unbedingt, entsprechend fachliche Hilfe aufzusuchen.

Warum Männer zu selten zum Arzt gehen

Dr. Kurt Seikowski: Das gesellschaftliche Rollenbild von Stärke ist schuld

■ **Wenn der Mann sich Schwächen eingestehen kann, lebt er länger. Das sagt Dr. Kurt Seikowski von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wenn er allein dem gesellschaftlichen Rollenbild folgt, wird er Krankheiten als Schwächen ansehen und Vorsorgeuntersuchungen meiden. Genau das ist aber falsch. Und obwohl die Frau die Mitschuld am alten Rollenbild trägt, rettet sie letztlich doch den Mann – wenn er mit ihr zusammenlebt.**

■ **Männer sind oft Vorsorgemuffel und gehen ungern zum Arzt. Woran liegt das?**

Dr. Kurt Seikowski: Männer sollen und wollen stark sein. Das gehört zum Rollenbild, das auch die Frauen aufbauen. Denn sie wollen sich an einer starken Schulter anlehnen, geborgen fühlen. In dieses Rollenbild passt Krankheit nicht hinein, weil sie als Schwäche empfunden wird. Auch das Ältern, das Nachlassen

der Leistungsfähigkeit in vielen Bereichen, und auch Arbeitslosigkeit wird vom Mann als Mangel betrachtet. Zudem haben Männer ein anderes Körpergefühl als Frauen.

■ **Was meinen Sie damit?**

Frauen lernen durch die Menstruation, dass der Körper zeitweise geschwächt sein kann. Der junge Mann wird damit vielleicht einmal im Jahr durch einen grippeartigen Infekt konfrontiert, die junge Frau aber Monat für Monat. Zudem reagieren Frauen viel sensibler auf Anzeichen von körperlichen Fehlfunktionen. Männer verdrängen das lange, Frauen reagieren aber meist schnell. Das hängt mit ihrer Rolle bei der Fortpflanzung zusammen. Frauen sind darauf geeicht, Vorgänge im Körper zu spüren. Denn von der Schwangerschaft bis zur glücklichen Geburt ist es ungemein wichtig, diese Vorgänge wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Auch indem



Dr. Kurt Seikowski

sie sagt: Ich kann jetzt nicht mehr.

■ **Frauen lernen also frühzeitig sich Schwächen einzugestehen?**

... und diese Schwächen auch auszusprechen. Bei Männern ist das ganz anders. Die spielen immer den starken Maxe, auch wenn es ihnen nicht gut geht. Da spielt eben eine Rolle, dass ein Mann im Normalfall über lange Jahre tatsächlich sehr gesund ist. Die Frau hat alle vier Wochen ihre Periode und vielleicht mehrere Schwangerschaften. Das macht Unterschiede.

■ **Welche Rolle spielt es, dass Frauen schon von der Jugend an regelmäßig zum Arzt gehen?**

Die Frauen lernen dadurch, dass der Arztbesuch etwas völlig Normales ist. Und sie lernen, dass ein Eindringen in den Körper nichts Schlimmes ist. Viele heterosexuelle Männer

bekommen Probleme, wenn der Urologe die Prostata abtastet. Und schon die Vorstellung, dass da ein Finger kommt, hält manchen Mann ab, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Leider.

■ **Wie kommt der Mann dann trotzdem zum Arzt?**

Wenn er eine Partnerin hat, wird sie ihn schicken. Das ist ja das Schöne am Zusammenleben von Frau und Mann: Dass sie sich ergänzen. Die Fürsorge der Frauen rettet die Männer. Aber nur, wenn sie zusammenleben. Laut einer Studie des Robert Koch-Instituts leben Männer in einer Beziehung durchschnittlich zwei Jahre länger als ein Single-Mann. Ganz einfach, weil die Partnerin die Rolle des Gesundheitsmanagers übernimmt. Wenn mit ihrer Hilfe sich der Mann Schwächen eingestehen kann, lebt er länger. Und wehe, die Frau stirbt: Viele Witwer sind ohne die Frau nur noch ein Häufchen Elend.

Interview: Uwe Niemann

... zum Vormerken:

Die nächste **Jahrestagung** des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie wird am **Samstag, den 22.06.2019 in Giessen** im Rahmen des Kongresses der ESDaP (European Society for Dermatology and Psychiatry) stattfinden.

Konkrete aktualisierte Hinweise entnehmen Sie bitte unserer Homepage. Das APD-Programm wird selbstverständlich in deutscher Sprache und eine Teilnahme unabhängig vom Besuch des ESDaP-Kongresses möglich sein.

Artefakte in der Dermatologie – erkennen und dann?

Artificial Disorders in Dermatologic Patients – Identification and then?

Autor

G. Rapp

Institut

Hautklinik Bad Cannstatt, Stuttgart

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0608-6517> |

Akt Dermatol 2018; 44: 310–315

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dr. Gabriele Rapp, Hautklinik Bad Cannstatt, Prießnitzweg
24, 70374 Stuttgart
GRapp@klinikum-stuttgart.de

ZUSAMMENFASSUNG

Selbstverletzendes Verhalten, welches verschiedene Aspekte beinhaltet, wird als nichtsuizidales, (fast immer) bewusstes Verhalten mit direktem Schaden an der Haut beschrieben. Selbstverletzungen sind ein häufiges Phänomen unter Jugendlichen, insbesondere während der Pubertät. Jedoch auch unter Erwachsenen ist die Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens höher als angenommen. Dermatologen sehen sich somit regelmäßig mit diesen Krankheitsbildern

konfrontiert und sollten sich des schweren psychologischen Leids, das meist hinter dem Verhalten steckt, bewusst sein. Eine reine Behandlung der Haut wird dem Leid nicht gerecht. Die Basis der Behandlung stellt die Arzt-Patient-Beziehung dar. Oft ist ein multidisziplinärer Ansatz für die Behandlung der verschiedenen Arten des selbstverletzenden Verhaltens notwendig.

ABSTRACT

Self-inflicted skin lesions, which include several aspects of behaviour to the skin, is described as a non-suicidal, conscious and direct damage to the skin. Self-injury is a common phenomenon among adolescents and young adults, especially in regard to patients during puberty. But also amongst adults self-inflicted skin lesions (SILS) are more prevalent than previously believed. Dermatologists are therefore regularly called upon to treat patients with symptoms of SISL and should be aware of the psychological suffering that generally underlies this behavior. Simply treating the skin lesions does not deal with the suffering. The basis is the patient-doctor relationship. Often a multidisciplinary approach is required for the management of the different types of SISL.

Selbstverletzendes Verhalten

Epidemiologie und Vorkommen

Die Häufigkeit für selbstverletzendes Verhalten (SVV) wird mit 1,4 % bis 4 % im Erwachsenenalter, im Jugendalter mit 17,2 %, angegeben [1]. Im Vergleich dazu liegt die Prävalenz der atopischen Dermatitis im Erwachsenenalter bei ca. 2 – 3 % [5].

Das Verhalten tritt also häufig und insbesondere während der ohnehin emotional oft sehr angespannten Phase der Pubertät im Alter von 12 bis 14 Jahren (verlorene Liebe, Aggression gegen Eltern etc.) auf [2]. Die Ursachen bzw. Gründe werden dennoch vorwiegend in der Kindheit gesucht. Innere Konflikte, die dort nicht ausgetragen werden konnten, bzw. Strukturen zur emotionalen Verarbeitung dieser Konflikte, die nicht entwickelt werden konnten, und körperliche wie emotionale Traumatisierungen können in der Pubertät hervorbrechen und von manchen als SVV „bearbeitet“ bzw. wiederbelebt werden. Vorwiegend sind weibliche Personen von SVV betroffen. Die Angaben schwanken stark zwischen 3:1

und 9:1 (Frauen : Männer). Lediglich in der Gruppe der Simulationen sind Männer häufiger betroffen.

Wer an SVV leidet, hat im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko, Depressionen, Suchterkrankungen oder Angststörungen zu entwickeln, ohne Arbeit zu sein oder in finanziellen Schwierigkeiten zu stecken [4].

Selbstverletzendes Verhalten ist keine eigenständige Entität [2] und kann als Symptom im Rahmen folgender Erkrankungen/Umstände auftreten: Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe auch Parasuizid), fetales Alkoholsyndrom, Depressionen, Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimie, Adipositas, Missbrauchserfahrungen, Deprivation (Entzug von Zuwendung und „Nestwärme“), Traumatisierung, während der Pubertät, Kontrollverlust, Zwangsstörungen, schwere Zurücksetzungen und Demütigungen, psychotische oder schizophrene Schübe und ähnliche seelische Störungen.

Einteilung

Mit selbstverletzendem Verhalten (SVV), autoaggressivem Verhalten oder auch Artefakthandlung beschreibt man eine ganze Reihe von Verhaltensweisen, bei denen sich betroffene Menschen absichtlich oder auch unbewusst im Rahmen dissoziativer Zustände Verletzungen oder Wunden zufügen. Differenziert werden kann zwischen folgenden Gruppierungen, die Übergänge können fließend sein:

Offene Selbstverletzung (benignes Artefaktsyndrom, Parartefakte, nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten): Der Betroffene weiß, dass er selbst sich die Verletzungen beigebracht hat.

Compulsive spectrum: Hierzu gehören Dermatosen wie z. B. das Skin Picking (früher auch als neurotische Exkoriation bezeichnet, aufgenommen in der DSM-V-Klassifikation), die Akne excoriee, Morsicatio buccarum, Cheilitis facticia, Pseudo-knuckle-Pads, Onychophagie, Onychotillomanie, Onychotemnomanie, Trichotillomanie, Trichoteiromanie [3].

Impulsive spectrum: Bei den Jugendlichen werden die Selbstverletzungen durch die Kinder- und Jugendpsychiater auch als Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSVV) bezeichnet [2]. Hierbei handelt es sich um ein Symptom und nicht um eine eigenständige Entität. Das NSVV zeigt sich vorwiegend in Ritzen, Schneiden, Verbrennen (Zigaretten) usw.

Als Hautärzte sehen wir diese Patientengruppen relativ häufig. Die Handlungen dienen meist der Affekt- bzw. Spannungsregulation. Es ist dem Patient nicht möglich, trotz besseren Wissens dem Impuls zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die schädlich für die Person selbst ist. Die Patienten beschreiben oft ein ansteigendes Gefühl von Spannung oder Erregung vor Durchführung der Handlung. Während der Handlung kann ein Erleben von Vergnügen, Befriedigung oder Entspannung auftreten. Nach der Handlung können Reue, Selbstvorwürfe oder auch Schuld- bzw. Schamgefühle sich einfinden. Personen mit selbstverletzendem Verhalten erleben unangenehme Gefühle wie Angst, Schuld oder Traurigkeit intensiver, nehmen aber positive Emotionen wie Heiterkeit weniger deutlich wahr. Diesem Erleben stehen wenige Möglichkeiten zur Selbstberuhigung und eine starke Tendenz gegenüber, sich nicht mit den Problemen, die solche Gefühle hervorrufen, auseinandersetzen zu können. Oft besteht auch ein Defizit darin, Emotionen nach außen zu zeigen oder in Worte zu fassen [1].

Der Patient kann zumeist das Verhalten einer Vertrauensperson gegenüber zugeben.

Die Erkrankung, insbesondere das NSSV, beginnt mehrheitlich zwischen dem 12. und dem 15. Lebensjahr, das am häufigsten genannte Alter ist 13. Diese leichteren Verlaufsformen (benigne Artefaktkrankheit) führen vorwiegend zu folgenlos ausheilenden Manipulationsformen. Z. T. handelt es sich auch um Gelegenheitsartefakte in umschriebenen Auslösesituationen (insbesondere Pubertät). I. d. R. besteht eine stabile Lebenssituation, eine Psychotherapie ist möglich (siehe Fallbeispiel 1).

- Artificielle Störung (Artefakte im eigentlichen Sinne) [7, 10]: Durch heimliche Manipulation bestimmter Körperteile oder Körperfunktionen werden Problembereiche eröffnet, die multiplen ärztlichen Maßnahmen ausgesetzt werden. Auf diese Weise wird eine Aufnahme in ein Krankenhaus mit entsprechenden meist invasiven diagnostischen und operativen Maßnahmen erreicht. Patienten mit einer artifiziellen Störung sind im Durchschnitt 30 – 40 Jahre alt und überwiegend in Helferberufen tätig (Krankenschwestern, Schwesterhelferinnen, in Laborberufen Beschäftigte, Medizinstudenten, fast nie Ärzte). Die Motivation besteht – oberflächlich gesehen – scheinbar darin, die Patientenrolle anzunehmen, und sie ist nicht von äußeren Anreizen, z. B. finanziellem Gewinn, geprägt. Die tieferen Gründe sind zunächst schwer zu verstehen. Es handelt sich meist um das Leiden an einer missbrauchenden Beziehung zum eigenen Körper, welche in einer sado-masochistischen Beziehung zum Arzt inszeniert wird. Dabei handelt es sich um ein zwanghaftes Verhalten, denn die Patienten können in 80 % der Fälle das Verhalten nicht beenden. Meist sind diese Patienten schwer traumatisiert. Die auto-aggressiven Handlungen können als Reinszenierung der biografischen Traumatisierung verstanden werden. Die Organ- bzw. Symptomwahl wird sowohl von äußeren, praktischen als auch von inneren, unbewussten Einflüssen bestimmt und kann eine dem Patienten unbewusste symbolische Bedeutung aufweisen. So können z. B. Harnblasenartefakte mit der Folge multipler, vom Arzt durchgeführter Zystoskopien als eine eher unbewusste sexuelle Symbolik verstanden werden. Andere Artefaktformen bleiben zunächst rätselhaft, da es für sie keine allgemein nachvollziehbaren Assoziationen gibt (z. B. artifizielle Insulinkomata, Strangulationsödeme, artifizielle Thyreotoxikosen usw.). Die oft mehrschichtige Bedeutung erschließt sich erst in der analytischen Therapie, sofern durchführbar. Z. T. findet das SVV im Rahmen dissoziativer Zustände statt und ist in diesem Falle den Patienten somit nicht bewusst. Die klinischen Erscheinungsbilder sind vielschichtig und abhängig von der Manipulationsmethode [8, 9].
 - Manipulation von Infekten: Abszesse, Wundheilungsstörungen, Fiebererzeugung durch Injektion von Bakterienkulturen, Fäkalien, Blumenwasser, Urin, Speichel, Milch ...
 - Manipulation von Blutungen: mechanische Schleimhautverletzung, Gerinnungsstörung durch Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten, Anämie durch Aderlass ...
 - Medikamentenmanipulationen: Diuretikaeneinnahme mit der Folge von Elektrolytstörungen oder Ödembildung, Thyreotoxikosen bei Einnahme von Schilddrüsenhormonen, Einnahme von Laxanzien oder Enteritis erzeugenden Chemikalien ...
 - Mechanische Manipulationen: Strangulation mit Ödembildung, trophischen Störungen, Gangrän, Klopff- und Schlagartefakte, Unfallinszenierungen, thermische Manipulationen (Verbrennungen) ...

FALLBEISPIEL 1

Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter (►Abb. 1 – 3)

16-jährige Patientin mit über mehrere Wochen immer wieder neu auftretenden, therapieresistenten Hautveränderungen, lediglich an der Körpervorderseite auftretend. In der Exploration zeigten sich keine offensichtlichen psychopathologischen Auffälligkeiten, bis auf nicht ganz adäquate emotionale Stimmung. So war die Patientin eher positiv gestimmt und gut gelaunt trotz unklarer Genese ihrer Hautstörung und mehreren Krankenhausaufenthalten. Eindeutige Hinweise auf eine artifizielle Störung waren nicht gegeben. Allerdings auch nicht gänzlich auszuschließen.

Es bestand ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Symptomatik und neuerlicher epileptischer Anfälle bei der Mutter, die eine Krankenhausbehandlung verweigerte, weswegen die Patientin sie zuhause versorgen musste.

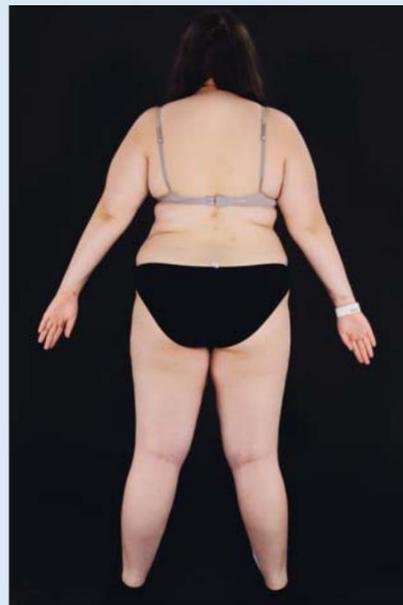
Zur erweiterten Anamneseerhebung wurde ein Termin mit den Eltern in der Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlen, laut der Patientin möchten dies die Eltern jedoch nicht. Wahrscheinlich waren die Hautveränderungen durch längere Anwendung von Deospray an der jeweiligen Stelle entstanden.



►Abb. 1 Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter.



►Abb. 2 Nahaufnahme der Läsionen, wahrscheinlich durch längeres Anwenden von Deospray entstanden.



►Abb. 3 Körperrückseite frei von Läsionen.

- Schildern alarmierender Schmerzsymptome: herzbezogene Thoraxschmerzen, akute Bauchschmerzen, Gelenkschmerzen, akute Unterbauchschmerzen an blinddarmtypischer Stelle, gynäkologische Schmerzen ...
- Beschreibung angeblich beobachteter Alarmsymptome: epileptische Anfälle, Bluthusten, Kopfschmerzattacken mit Bewusstlosigkeit, Herzrhythmusstörungen, Lähmungen, akute Halbseitensymptomatik ...
- Manipulation von Messwerten: Thermometermanipulation, Elektrodenmanipulation in der EKG-Ableitung, Blut schlucken mit der Folge scheinbarer Teerstühle ...

Die extrem schweren Krankheitsverläufe werden auch als maligne Artefaktkrankheit bezeichnet, u. a. wenn multiple, lebensbedrohliche oder verstümmelnde Manipulationen oder Manipulationsfolgen vorliegen. Zu diesen Verläufen zählen auch die Patienten, bei denen ärztliche Eingriffe wie Amputationen durchgeführt werden oder zusätzliche Be-

gleitsymptome (Unfälle, operationssüchtiges Agieren, Suchtentwicklung usw.) vorhanden sind. Bei diesen schweren Erkrankungsformen fehlen stabile Lebensepisoden und es zeigen sich eine soziale Entwurzelung mit einer Reduktion auf die Artefaktkrankheit als Lebensinhalt, ein Verlust des Arbeitsplatzes sowie der Familien- und Sozialbindungen. Meist besteht keinerlei Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (siehe Fallbeispiel 2). Simulation [8]: Selbstverletzungen werden bewusst 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. In dieser Gruppe überwiegen die Männer. Beispiel: Bauarbeiter mit Hautläsionen durch ständiges absichtliches Eintauchen der Hände in flüssigen Beton ohne Schutzmaßnahmen mit zahlreichen Arbeitsunfähigkeitszeiten von verschiedenen Ärzten und Berufsunfähigkeitsbegehren.

FALLBEISPIEL 2

Schwerstes Skin Picking im Sinne einer artifiziellen Störung (►Abb. 4 – 6) mit mehreren stationären Aufenthalten in der Hautklinik, ursprünglich zum Ausschluss eines Pyoderma gangraenosum bei bekannter Colitis ulcerosa 40-jähriger Patient, der von einer Vielzahl biografischer und aktueller Belastungen berichtet. Epilepsieerkrankung im jungen Erwachsenenalter, damals psychotherapeutische Krisenintervention. Vor 2,5 Jahren Erstdiagnose einer Colitis ulcerosa, auch im zeitlichen Zusammenhang mit einer gravierenden Erkrankung des Vaters. Aktuell wiederkehrend Frustrationen in seinem Beruf. Der Patient erlebe sich



►Abb. 4 Beispiel für eine artifizielle Störung.



►Abb. 5 Mehrere Krankenhausaufenthalte waren bisher be-reits aufgrund der schweren Verletzungen notwendig. Im Rah-men des stationären Aufenthaltes fand ein psychosomatisches Konsil statt.

beruflich gleichermaßen als unter- als auch als überfordert, hiermit assoziierte Kränkungen/Frustrationen/Ärger sehe er auch mit rezidivierenden Schüben seiner Colitis ulcerosa verknüpft. Seit einem Jahr nun auch Probleme mit einem „Manipulationsdrang“ im Bereich von Hautwunden. Der Patient benennt dies als „Spannungsventil“, schließe selbstschädigende/autoaggressive Komponenten nicht aus. Insbesondere unter Stress würde er mit den Fingern an den Hautveränderungen „knibbeln“. Auffällig war, dass der Patient invasive Eingriffe forderte (u. a. zentraler Venenzugang, Behandlung mit dem Versajet als Hydrochirurgie usw.) und die Zeit auf Station zu genießen schien. Der Patient war enttäuscht, dass im Rahmen des letzten stationären Aufenthaltes eine Wiedervorstellung erst in 4 Wochen geplant wurde, er wollte sich früher wieder in erneute stationäre Behandlung begeben. Er schien inadäquat gut gelaunt trotz des schweren Hautbefundes. Die Kürettage im Rahmen des Wunddebridements schien ihn nicht zu schmerzen, im Gegenteil, er schien es zu genießen und war enttäuscht, dass dieses lediglich auf Station und nicht im Operationssaal stattfand.



►Abb. 6 Alte wie neue Verletzungen, Schnürringe und Narben sowie tiefe, teils nekrotische Ulzerationen sichtbar als Zeichen für wiederkehrendes selbstschädigendes Verhalten.

Alarmzeichen

Alarmzeichen, die für selbstverletzendes Verhalten als Ursache von Hautveränderungen sprechen können [8]:

- 3 ein untypischer Krankheitsverlauf: z. B. Wundheilungsstörungen bei einer kerngesunden jungen Frau
 - 4 eine ungewöhnliche Lokalisation: z. B. Hautveränderungen lediglich an der gesamten Vorderseite des Körpers, Rückseite symptomfrei (siehe Fallbeispiel 1)
 - 5 eine seltsame Morphologie: z. B. parallele strichförmige Erosionen oder Schnürringe (siehe Fallbeispiel 2)
1. Therapieresistenz: trotz adäquater Therapie keine Veränderung bzw. immer wieder neu auftretende Hautveränderungen
 2. nicht zu erwartende emotionale Verfassung des Patienten: z. B. eine zum Krankheitsverlauf und -ausmaß unangepasste fröhliche Stimmung mit fehlendem Leidensdruck (bei beiden Fallbeispielen vorhanden)
 3. Auftreten der Symptome im Rahmen der Pubertät oder psychischer Erkrankungen
 4. Reaktion des Behandlers (sog. Gegenübertragung)

Reaktionen und Möglichkeiten des Umgangs mit selbstverletzendem Verhalten

Nach der Diagnosestellung einer schweren artifiziiellen Störung in der somatischen Klinik, z. B. in der Hautklinik, ist ein psychosomatisches Konsil notwendig, um dem Patienten Gelegenheit zu einem Gespräch über psychisches Leiden zu geben und die Behandlungsmotivation einzuschätzen.

Bei den Paraartefakten ist ein Ansprechen in der Praxis meist möglich und führt eher zu einer Erleichterung des Patienten, insofern es dem Arzt gelingt, die Konfrontation wertfrei zu gestalten [3]. Meist haben die Patienten schon häufig erfolglos versucht, dem Impuls der Selbstverletzung zu widerstehen. Ratschläge wie „Sie sollten aufhören sich selbst zu verletzen“ sind entsprechend kontraproduktiv.

In dem Wissen, dass das selbstverletzende Verhalten meist im Rahmen einer Zwangs- oder Impulskontrollstörung stattfindet, kann eine empathische Frage wie z. B. „Haben Sie sich kratzen müssen?“ dazu führen, den Raum zu eröffnen. Wenn auch oft scham- bzw. schuldbesetzt, so können die Patienten meist vom selbstverletzenden Verhalten berichten. In diesem Falle kann mit dem Patienten überlegt werden, ob er unabhängig von der weiteren dermatologischen Diagnose und Behandlung zusätzliche Unterstützung benötigt. Diese kann z. B. das Erlernen eines Entspannungsverfahrens oder auch eine ambulante Psychotherapie, z. B. Verhaltenstherapie sein. Wichtig für die Arzt-Patient-Beziehung mit dem Dermatologen ist, dass der Patient sich darauf verlassen kann, dass die dermatologische Behandlung weiterhin stattfindet, also kein Abschieben in die „Psycho-Ecke“, kein Beziehungsabbruch bzw. Verlassen werden von Seiten des Dermatologen, unabhängig von einer zusätzlichen psychologischen Behandlung. Patienten verweigern seltener eine psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung, so-lange sie sich nicht von ihrem Dermatologen zurückgewiesen fühlen [3].

Die Artefaktkrankheit ist dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten ihr unbewusstes, hochpathologisches Elternbild auf Ärzte übertragen. Die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung lässt sich deshalb als Reinszenierung einer traumatischen Erfahrung verstehen [7]. Die Wahl des Arztes als Übertragungsobjekt scheint gerade von dem für die Medizin typischen und einzigartigen Spannungsbogen zwischen Helfen und Verletzen herzuführen. Bei den behandelnden Ärzten können je nach Patient und abhängig von der Persönlichkeit des Arztes/der Ärztin verschiedene Reaktionen (Gegenübertragung) hervorgerufen werden.

Die einen verspüren große Sorge und entwickeln eine enorme Aktivität (noch eine Probebiopsie trotz der bereits durchgeführten, weitere invasive Diagnostik und Therapie), im Sinne einer unbewussten Allianz mit der Autoaggression des Patienten.

Andere reagieren gleichgültig, als ob die Verleugnung und die dissoziative Abwehr des Patienten scheinbar mitgemacht werden. Dabei wird der Arzt in das Spiel mit eingebunden.

Wieder andere verspüren den Impuls, detektivisch das selbstverletzende Verhalten zu entlarven, sind dabei stolz ob

ihres scharfen Verstandes mit dem Drang, den Patienten bloßzustellen und gar zu beschämen. Auch dies ist als eine Form der unbewussten Allianz mit der (Auto-) Aggression des Patienten zu verstehen.

Manche Patienten mit schwerer artifiziieller Störung können zwar später eine Art Bewusstseinsspaltung (Dissoziation) beschreiben, in der sie auf der einen Seite wussten, dass sie die Symptome verursacht hatten, aber dennoch 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 [7].

Der Arzt steht also vor der Aufgabe, die Widersprüche zwischen Symptomatik, Verlauf und angeblicher Diagnose zu erkennen und das Krankheitsbild quasi zu dechiffrieren. Es hat sich allgemein die Auffassung durchgesetzt, dass die Patienten mit ihrer verleugneten Selbstmanipulation auf eine unaggressive und das Krankhafte akzeptierende Weise konfrontiert werden sollten [10]. Für eine gelingende Konfrontation mit der wahren Natur der Erkrankung kann es deshalb erforderlich sein, zunächst sich selbst über die eigenen Gefühle sowie die innere Haltung dem Patienten gegenüber klar zu werden. Dieser Vorgang ist für den Hautarzt erst einmal ungewöhnlich und neu. Bei der Vielzahl von zu behandelnden Patienten bleibt meist keine Zeit und ist auch keine Notwendigkeit gegeben, sich über die eigenen Gefühle Gedanken zu machen, die ein Patient in einem auslöst (sog. Gegenübertragung). Im Falle einer artifiziiellen Störung kann das Reflektieren der durch den Patienten ausgelösten Emotionen sowohl zur Diagnostik als auch zur Therapie hilfreich sein. So kann eine Distanzierung gewonnen werden, die wiederum ermöglicht, empathisch mit dem Patienten weiter zu arbeiten. Bei der Reflektion kann ein Gespräch mit anderen Teammitgliedern, einem Kollegen oder auch einem Supervisor/Coach oder einer Balintgruppe hilfreich sein, um einen anderen Blickwinkel auf die Situation zu erhalten. Insbesondere sollten die eigenen Grenzen der emotionalen und beruflichen Belastbarkeit bedacht werden. Als innere Haltung und zur emotionalen Distanzierung kann es hilfreich sein, sich (ggf. mithilfe von Dritten) bewusst zu machen, dass diese Patienten emotional zutiefst erschüttert sind, massiv leiden und es ihnen nicht möglich ist, dieses Leiden anders zum Ausdruck zu bringen. Jedoch ist aufgrund der oben beschriebenen Psychodynamik (destruktive Arzt-Patient-Beziehung) eine Grenzsetzung in Bezug auf die in der Erkrankung ausgelebte Destruktivität wichtig, vor der der Behandler den Patienten, das Team, sich selbst und die Therapie schützen muss [10]. Dies kann sich konkret darin zeigen, dass mit dem Patient klare und verbindliche Vereinbarungen getroffen werden, ein Rahmen gesetzt wird. Dies kann z. B. die Häufigkeit und Dauer der Termine beinhalten, aber auch die Vereinbarung, dass nicht weiter operiert wird, keine erneute invasive Diagnostik durchgeführt wird usw.

Die Diagnosestellung und Konfrontation beenden nicht die Behandlung, sondern ändern lediglich ihre Schwerpunkte. Der Konfrontationsvorgang sollte nicht als einseitige Überführung

des Patienten, sondern als gemeinsame Rückkehr zu Authentizität gestaltet werden. Damit ist gemeint, dass das hinter den Symptomen stehende Leiden des Patienten empathisch auf- und ernstgenommen wird. Es ist wichtig, diese Realität regelmäßig vorsichtig mit einzubringen.

Somit steht dem Dermatologen eine wichtige, oft unterschätzte Rolle zu: Wenn es gelingt, eine empathische, wertfreie Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen, kann der behandelnde Arzt eine wichtige Stütze im Verlauf der Behandlung für den Patienten sein [3]. Die gemeinsame Konzentration auf die Behandlung der Hautläsionen kann sowohl für den Patienten als auch für den Behandler entlastend sein, da dies weniger bedrohlich oder auch beschämend ist, als über die Selbstverletzungen oder biografische Inhalte zu sprechen. Dennoch kann der Patient auf nichtsprachlicher Ebene z. B. durch die regelmäßigen Verbandswechsel lernen, mit seinem Körper und seiner Haut fürsorglich umzugehen. Durch Einbeziehung weiterer Fachkräfte wie z. B. Pflegepersonal werden dem Patienten zusätzliche Kontakte ermöglicht, die wiederum stützend sein können. Insbesondere auch im Falle von sexuell traumatisierten weiblichen Patienten, die zu einem männlichen Hautarzt gehen, kann die Beziehung zum weiblichen Pflegepersonal wichtig sein.

Frustration und Entmutigung treten auf beiden Seiten häufig auf. Zum einen lehnen 15 – 30 % der Patienten eine psychotherapeutische/psychiatrische Mitbehandlung ab. Des Weiteren kommt es häufig lediglich zu einer sehr langsamen Verbesserung, im Verlauf auch immer wieder zu Verschlechterungen. Diese Schwankungen beziehen sich sowohl auf den Hautzustand als auch auf das Beziehungsangebot des Patienten zum behandelnden Arzt, welches oft zwischen misstrauisch/ablehnend und unsicher/anhänglich oszillieren kann. Wenn der Patient dennoch das Gefühl bekommt, dass die Beziehung zum Dermatologen bleibt, auch wenn es immer wieder Rückfälle mit Verschlechterung des Hautbefundes gibt, so kann die Arzt-Patient-Beziehung zum Dermatologen im besten Fall eine sehr wichtige und Sicherheit gebende Funktion einnehmen. Eine längere Arzt-Patient-Beziehung kann Patienten überzeugen, ihre Meinung zu ändern und die zuvor abgelehnte psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie doch in Anspruch zu nehmen [3].

Fazit

Generell kann die Morphologie der Hauterscheinungen bei selbstverletzendem Verhalten alle Dermatosen imitieren. Deshalb sollte bei untypischem Krankheitsverlauf, bei ungewöhnlicher Lokalisation oder Morphologie, bei Therapieresistenz, zur Situation unpassender Stimmung des Patienten und/oder des Arztes selbst 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, im Speziellen 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. Die Grundhaltung gegenüber den Patienten sollte sich darin zeigen, dass der Arzt weiß, dass der Patient mit seinem schweren psychischen Leid aktuell nicht anders umgehen kann, als sich selbst zu verletzen.

Wichtig ist es, die eigenen, durch den Patienten ausgelösten Impulse und Affekte zu reflektieren, um mit dem Patienten gemeinsam empathisch die Krankheit zu verstehen. Im besten Fall ist eine Psychotherapie möglich, meist bei den Paraartefakten. Zudem kann eine stabile, wertneutrale Arzt-Patienten-Beziehung zum Dermatologen eine sehr wichtige, stützende Funktion für den Patienten einnehmen.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Petermann F, Nitkowski D. Selbstverletzendes Verhalten: Merkmale, Diagnostik und Risikofaktoren. *Psychother Psych Med* 2011; 61: 6 – 15
- Plener L, Kaess M, Schmahl C et al. Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 2018; 1125: 23 – 30
- Tomas-Aragones L, Consoli SM, Consoli SG. Self-Inflicted Lesions in Dermatology: A Management and Therapeutic Approach – A Position Paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry. *Acta Derm Venereol* 2017; 97: 159 – 172
- Borschmann R, Becker D, Coffey C et al. 20-year outcomes in adolescents who self-harm: a population-based cohort study. *The Lancet Child & Adolescent* 2017; 1: 195 – 202
- Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W et al. Leitlinie Neurodermitis: AWMF-Registernummer: 013-027; 2015
- Lenkiewicz K, Racicka E. Self-injury – placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 323 – 334
- Hoffmann SO, Hochapfel G. *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer; 2009
- Hart W, Gieler U. *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg: Springer; 2006
- Wang DL, Powsner S, Eisendrath SJ. Factitious disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 1949
- Adler RH, Herrmann JM. *Uexküll Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer; 2003

Rapp G. Artefakte in der Dermatologie – ... *Akt Dermatol* 2018; 44: 310–315

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 20,00. 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, Helios-Rehakliniken, Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg