



Rundbrief 2019

*Rundbrief des
Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*

Im Internet: www.psychodermatologie.eu

Jahrgang 2019

Inhaltsverzeichnis

Grußworte des Vorstands	S. 4
Tagungsbericht der Jahrestagung vom 22.06.2019 in Gießen	S. 5
Protokoll der Mitgliederversammlung vom 22.06.2019 in Gießen	S. 9
Rechenschaftsbericht des Schatzmeisters	S. 12
Psychodermatologie - „Problempatienten in der dermatologischen Praxis“	S. 14
Psychotherapeutische Behandlung der Trichotillomanie	S. 30
Psoriasis – eine Systemerkrankung mit maßgeblichem Einfluss auf die Lebensqualität	S. 34
Bericht ESDaP Course Brüssel	S. 42
Bericht EDAV/Madrid	S. 48
Broschüre Skin Picking	S. 50
Compassion Focused Therapy	S. 55
Aktivitäten 2020	S. 59
Beitrittserklärung	S. 61

IMPRESSUM:

Herausgeber:
Vorstand des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:
Dr. Kristina Fronhoffs
Dr. Christian Stierle

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@ukbonn.de

Beisitzer:

Prof. Dr. med. Eva M. J. Peters
Dr. med. Veronika Seipp
Prof. Dr. med. Wolfgang Harth

Schatzmeister:

Dr. med. Jochen Wehrmann
Abteilung psychische Erkrankungen VAMED-Rehaklinik Bad Berleburg
Arnikaweg 1
57319 Bad Berleburg

Schriftführer:

Dr. Christian Stierle

Sonderreferent des Berufsverbandes:

Dr. med. Steffen Gass

Kooptierte Mitglieder:

Dr. med. Gabriele Rapp
Dipl. Psych. PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski, Leipzig
Dipl. Psych. Dr. med. Johannes Hockmann, Oelde

Kooptiertes Mitglied ESDaP

Prof. Dr. med. Uwe Gieler

Grußworte

Liebe APD- Mitglieder, liebe Freunde, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir im Vorstand versuchen eine Balance zu halten zwischen einem zu wenig und einem zu viel. Auch wenn wir nicht oft eine Rückmeldung von Ihnen bekommen, haben wir doch das Gefühl, Sie an unserer Seite zu wissen.

Wenn wir uns die Bilanz von diesem Jahr für die Psychodermatologie in Deutschland, aber auch darüber hinaus, ansehen, sind wir überrascht, wie viele Aktivitäten zusammengekommen sind. An Tagungen begann es im März mit der Psychodermatologie Arbeitsgruppe Österreich und dem Thema „Skin Picking sowie Hypnotherapie“. Im Mai folgte der Weltkongress für Dermatologie, wobei sich die Psychodermatologie rund um das Thema Juckreiz drehte. Die alle zwei Jahre stattfindende ESDaP Tagung in Gießen, auf der Uwe Gieler eine herausragende Würdigung zu Teil wurde, beinhaltete auch einen deutsch-englischen Teil unseres APD, der gut besucht war. Vielleicht noch zum Schluss der Hinweis auf den EADV-Kongress in Madrid, auf dem Themen wie Arzt-Patienten-Verhältnis, Münchhausen Syndrom oder Stigmatisierung näher beleuchtet wurden.

Diese Aktivitäten spiegeln sich auch in Artikeln wider, von denen wir ausgewählte mit freundlicher Genehmigung der Verfasser bzw. der Verlage in dem Rundbrief aufnehmen durften.

Im nächsten Jahr sind wieder eine Reihe von Tagungen zum Thema Psychodermatologie geplant, die Sie aufgelistet am Ende des Rundbriefs finden. Hinweisen möchte ich besonders auf unsere Aktivitäten im Juli auf der Münchner FOBIWO sowie auf die Jahrestagung des APD auf der Blumenburg in Selent/Schleswig-Holstein, die unser Vorstandsmitglied Dr. Christian Stierle organisiert und wir neben den Tagungsinhalten eine ganz moderne Psychotherapeutische Klinik erleben können.

Dieser Rundbrief ist mit viel Aktivitäten besonders von Kristina Fronhoffs und Christian Stierle besonders bunt und interessant gestaltet, und wir hoffen, Ihnen damit viele spannende Anregungen für unser Aufgabengebiet bereitstellen zu können.

Frohe Feiertage und ein gutes Wiedersehen 2020 wünscht Ihnen im Namen des gesamten Vorstandes

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.

Tagungsbericht der 26. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie am 22.06.2019 in Gießen

Kristina Fronhoffs

Am 22.06.2019 fand eingebettet in den Kongress der European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP) die 26. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie statt. Anlässlich des ESDaP-Kongresses war ein internationales Publikum, weit über die Grenzen Europas hinaus angereist, so dass sich auch der Zuhörerkreis bei der APD-Tagung bunt um Teilnehmer z. B. aus Russland oder den USA erweiterte und einzelne Referenten spontan ihren Vortrag auf Englisch hielten.

Den Auftakt machte die Tagungspräsidentin der ESDaP-Tagung Dr. Dipl.-Psych. Christina Schut aus Gießen, die über ihre Arbeit zum Thema „Urticaria – if no cause is known, stress is high“ berichtete. In ihre Untersuchung bezog sie 303 Urtikaria-Patienten aus dem Urtikaria-Zentrum der Charité ein, die dort alle einer umfangreichen stationären Fokussuche unterzogen waren. Sie untersuchte nun den wahrgenommenen Stress (Perceived Stress Questionnaire (PSQ)) sowie die Resilienzfaktoren (SWOP-Fragebogen (Selbstwirksamkeit, Optimismus, Pessimismus)) innerhalb der letzten 4 Wochen vor der Untersuchung und korrelierte diese mit der Krankheitsaktivität. Hierbei zeigte sich, dass einzig eine signifikante Assoziation zwischen Stress und Urtikariaschwere (gemessen mittels Urticaria Activity Score 7 (UAS7)) bestand, wenn sich keine körperliche Ursache der Urtikaria ermitteln ließ, und zwar ohne dass die Patienten über diese Tatsache informiert waren. Künftige Forschungsziele seien z. B. auch die Rolle von akuten Stressoren in der Auslösung der Urtikaria zu untersuchen oder die Effekte psychologischer Interventionen auf eine bestehende Urtikaria. Wichtig erschien auch in der anschließenden angeregten Diskussion die Identifizierung eigenständiger psychischer Triggerfaktoren.

Der nächste Redner war Dr. Jochen Wehrmann, Chefarzt der Abteilung psychische Erkrankungen mit psychodermatologischem Schwerpunkt der VAMED-Rehaklinik Bad Berleburg, zum Thema „Psoriasis is a strain“. Er leitete seinen Vortrag damit ein, dass Psoriasis von der WHO in die Liste der schweren, nicht übertragbaren Erkrankungen aufgenommen worden sei und betonte hierbei die Liste an assoziierten Komorbiditäten wie Adipositas, Depression oder kardiovaskuläre Erkrankungen. Adipöse Patienten haben ein höheres Risiko für Therapieversagen als normal- oder nur leicht übergewichtige, andersherum habe eine Studie gezeigt, dass bariatrische Eingriffe bei Hautgesunden das Risiko senkten, an Psoriasis zu erkranken. Ähnlich verhalte es sich mit der Komorbidität Depression: auch hier erhöht eine Depression bei Hautgesunden das Risiko eine Psoriasis zu entwickeln, und depressive Patienten sprächen schlechter auf eine Therapie mit Biologics an. Zudem beeinflussten psychische Faktoren die Therapietreue. Dr. Wehrmann konkludierte seinen Vortrag, indem er dafür warb, dass der Therapeut sowohl dem Patienten als auch sich selbst die verschiedenen Aspekte der Psoriasis sowie deren Komorbiditäten bewusst machen sollte, so dass man hinsichtlich der Behandlung zu einem wahren „informed consent“ gelangen könne.

Als nächste Rednerin referierte Elke Winter, Kinderkrankenschwester am Christl. Kinderhospital Osnabrück über „Patient education in children with atopic dermatitis, report from practitioners“. Sie stellte das Konzept der standardisierten Neurodermitisschulungen bei Kindern vor, die helfen, die Elternkompetenz Neurodermitis kranker Kinder zu erhöhen und damit Arztbesuche reduzieren können. In der Schulung werden durch ein multidisziplinäres Team aus Ärzten, Pädagogen/Psychologen, Diätassistenten und Pflegepersonal, abhängig vom Alter der Patienten die Eltern, die kleinen Patienten und deren Eltern oder die jugendlichen Patienten allein geschult. Inhaltlich wird über die medizinischen Grundlagen, das klinische Bild der Neurodermitis, mögliche Auslöser, den Umgang mit Juckreiz sowie über die Behandlung gesprochen.

Anschaulich berichtet die Referentin, wie sowohl die medizinischen Grundlagen, aber auch die Stufentherapie an einem kindergeeigneten Hautmodell erklärt und ausprobiert werden können. Im Rahmen der Schulung liege ein Schwerpunkt auf praktischen Aspekten der Behandlung einschließlich der Vorstellung verschiedenster Externa, dem Umgang mit Juckreiz sowie dem Erlernen von Kratzalternativen sowie auch dem Austausch unter den Betroffenen und deren Eltern.

Im Anschluss folgte der Vortrag von Prof. Dr. Eva Peters, Psychoneuroimmunologie UKGM Gießen sowie Charité Berlin, zum Thema „Psychoneuroimmunology of Skin Cancer“. Einleitend berichtet Prof. Peters darüber, dass in der Allgemeinbevölkerung, aber auch bei Patienten sowie deren Angehörigen, Stress häufig als (Mit-)Ursache von Krebserkrankungen in Erwägung gezogen wird, was in der Vergangenheit häufig von Ärzten abgetan worden sei. Mittlerweile suggerieren jedoch epidemiologische Studien durchaus psychosozialen Stress als pathogenetischen Faktor für Krebs. Für das maligne Melanom habe sich gezeigt, dass sowohl Depression als auch Angst bei den Patienten erhöht sei, wobei die Angst während des diagnostischen Prozesses am höchsten sei und auch die Lebensqualität eingeschränkt sei. Zertifizierte onkologische Zentren seien verpflichtet, ihre Patienten auf die Notwendigkeit einer psychologischen Mitbehandlung zu screenen, wobei es hierfür keine einheitlichen Standards gebe und zu beachten sei, dass es fast keine Korrelation zwischen dem Schweregrad der Krebserkrankung und dem damit einhergehenden Stressempfinden gebe. Auf zellulärer Ebene interagierten die Tumorzellen mit der Immunüberwachung. Studien im Bereich der Psychoneuroimmunologie von malignen Tumoren seien oft schwierig miteinander zu vergleichen, da man von verschiedenen Ausgangslagen ausgehe. Prof. Peters betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit neuerer Studien, deren Finanzierung sich jedoch als schwierig gestalte. Tierexperimentell habe sich gezeigt, dass die Tumormasse bei großen Stressstimuli ansteigt. Melanozyten

seien mit Rezeptoren für Cortisol, Substanz P und weitere Stressmediatoren ausgestattet, weshalb eine Beeinflussung der Zellen durch Stress naheliege.

Zum Abschluss der Tagung berichtet Dipl.-Psych. Christian Stierle (Bad Bramstedt) zum Thema „Body Dysmorphic Disorder“. Bei diesem Krankheitsbild seien die Patienten nicht in der Lage ihren Körper ganzheitlich zu empfinden, sondern nehmen typischerweise einzelne Bereiche verzerrt wahr. Dadurch seien sie massiv beeinträchtigt, verbrächten große Zeit damit diese Bereiche zu kaschieren, sich zu vergleichen oder das Aussehen immer wieder im Spiegel zu überprüfen. Es komme zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten bis hin zur sozialen Isolation, Leitaffekt sei Scham. In Studien litten bis zu 70 % der Patienten unter Suizidgedanken, 29 % hätten mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Teilweise versuchten die Patienten, an sich selbst Schönheitsoperationen durchzuführen. Körperdysmorphie Störungen seien häufig mit Komorbiditäten wie Depressionen oder Essstörungen verknüpft. Zu den Risikofaktoren gehörten u. a. Zwanghaftigkeit und Perfektionismus, aber auch eine Vorgeschichte mit Mobbing oder dermatologische Erkrankungen wie eine milde Akne in der Eigenanamnese. Firstline-Therapie werde mit SSRI in maximaler Dosierung durchgeführt, wobei ein Wirkeintritt frühestens nach 8, eher nach 12 Wochen zu erwarten sei. Ein Schwerpunkt von Herrn Stierles Arbeit sei die verhaltenstherapeutische Behandlung dieser Patienten im stationären Setting, in dessen Mittelpunkt ein Wahrnehmungstraining sowie der Abbau von Vermeidungsverhalten und Expositionstraining stünden. Mittels kognitiver Verhaltenstherapie sollten dysfunktionale kognitive Prozesse abgebaut werden sowie alternative Quellen des Selbstwertes erarbeitet werden.

Nach einer gelungenen Tagung 2019 freuen wir uns nun auf die Jahrestagung 2020 in der Blumenburg-Klinik am schönen Selenter See.

Protokoll

der Mitgliederversammlung des APD vom 22.06.2019 in Gießen

Anwesendheitsliste: bei Dr. Kristina Fronhoffs erfragbar (insgesamt 12 Teilnehmer)

Protokollführer: Dr. Kristina Fronhoffs

Tagesordnung:

- TOP 1 Bericht des Vorstandes
- TOP 2 Bericht des Schatzmeisters
- TOP 3 Entlastung des Vorstandes
- TOP 4 Neuwahlen des Vorstandes
- TOP 6 Sonstiges

TOP 1)

Der 1. Vorsitzende K. - M. Taube berichtet, dass die Jahrestagung des APD 2018 im Rahmen des Alpenseminars in Grainau unter Organisation von J. Hockmann ein großer Erfolg war.

Viele Teilnehmer des berufsdermatologischen Alpenseminars haben die Gelegenheit genutzt, an der Veranstaltung des APD teilzunehmen, so dass etwa 100 Teilnehmer zu verzeichnen waren.

Auch die Arbeitskreissitzung des APD bei der Tagung der DDG am 01.05.2019 in Berlin sei sehr gut besucht worden, sowohl von APD-Mitgliedern als auch von weiteren psychodermatologisch Interessierten.

2020 werde die Jahrestagung des APD von C. Stierle in der Asklepios Blumenburg-Klinik in der Nähe von Kiel organisiert, der genaue Termin steht noch nicht fest, jedoch wird ein Termin im Frühsommer angestrebt. Über den genauen Termin sowie über den Tagungsort werden Sie im Rundbrief informiert werden.

2021 werde die Jahrestagung in der Psorisol-Klinik Hersbruck durch die neue ärztliche Leitung Frau Dr. Eisenberg organisiert, 2022 soll die Tagung wieder an das Alpenseminar in Grainau angegliedert stattfinden.

TOP 2)

J. Wehrmann als Schatzmeister berichtet, dass die Kassenprüfung erfolgt sei, aktuell befänden sich etwa 12.700 € auf einem Festgeldkonto und 4.395,50 € auf einem Girokonto, für die genaue Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben in 2018 verweist er auf den Rundbrief 2018. Im vergangenen Jahr seien die Jahresgaben für 2017 sowie 2018/2019 abgerechnet worden, zudem Ausgaben im Rahmen der Jahrestagung in Grainau. Die übrigen Kosten, insbesondere Kosten des Vorstandes halten sich sehr gering.

Die Mitgliederzahlen haben sich im letzten Jahr bei ausgeglichenen Ein- und Austritten bei etwa 90 stabil gehalten.

Der Jahresbeitrag liege aktuell bei 20 €. J. Wehrmann regt an, den Beitrag ggf. zukünftig weiter zu senken. Es gestalte sich zunehmend schwierig Mitglieder zu finden, die sich aktiv im Vorstand engagierten, so dass nicht auszuschließen sei, dass der APD dadurch seinen Vereinsstatus verliere. Dies bedeute dann auch, dass noch vorhandene finanzielle Mittel der DDG zufließen würden.

TOP 3)

U. Gieler stellt den Antrag auf Entlastung von Vorstand und Schatzmeister. Der Vorstand wird in einer offenen Abstimmung einstimmig entlastet, der Schatzmeister mit einer Enthaltung, Gegenstimmen gab es auch hier nicht.

TOP 4)

Als Wahlleiter stellt sich U. Gieler zur Verfügung. Einer offenen Wahl des Vorstandes en Bloc wird durch die Mitglieder zugestimmt und folgender Wahlvorschlag ohne Enthaltungen oder Gegenstimmen angenommen:

1. Vorsitz: Taube

2. Vorsitz: Fronhoffs

Schatzmeister: Wehrmann

Schriftführer: Stierle

Beisitzer: Harth (in Abwesenheit), Peters

Hockmann kooptiert Niedergelassene

Gass, Sonderreferent des BVDD

Seikowski kooptiert Psychologen

Seipp kooptiert Niedergelassene

Gieler kooptiert ESDaP

Rapp kooptiert nicht universitäre dermatologische Kliniken

Laut Satzung sind DREI Beisitzer für den Vorstand notwendig. Im Nachgang der Sitzung erklärt sich V. Seipp bereit, den vakanten Beisitzer-Posten zu übernehmen. Vielen Dank dafür. Sollte es aus den Reihen der Mitglieder hierzu Bedenken geben, bitten wir herzlich um Rückmeldung.

TOP 5)

K. - M. Taube weist darauf hin, dass die Jahresgabe im vergangenen Jahr für 2018 und 2019 war und dass es für 2020 bereits Ideen gebe. Er lädt die Mitglieder explizit dazu ein, dem Vorstand Vorschläge für Bücher zu machen, die als Jahresgabe geeignet sind. Genauso lädt er dazu ein, sich auch außerhalb der Vorstandsarbeit mit Ideen, Vorschlägen und Kritik jederzeit einzubringen.

Das Feedback zur Jahresgabe durch die Mitglieder war durchweg positiv.

Rheinbach, den 23.06.2019

Kristina Fronhoffs

Rechenschaftsbericht 2019

Aktuell hat der APD 96 Mitglieder. In diesem Jahr gab es bislang einen Austritt wegen Praxisaufgabe und erfreulicherweise 5 Eintritte.

Die finanzielle Situation unserer Arbeitsgemeinschaft ist gut, wir haben Rücklagen von 12.740 €. Mit dem reduzierten Mitgliedsbeitrag von 20 € pro Jahr waren die Ausgaben gut zu finanzieren. Diese bestanden hauptsächlich in der Durchführung der APD-Tagung und der Pflege der Homepage.

Gezeichnet Dr. Wehrmann

APD Konto-Abschluss 2019
(vom 01.01.2019 bis 31.12.2019)

Kontostand am 01.01.2019	€	2793,62
 <u>Einnahmen:</u>		
Mitgliedsbeiträge	€	1900,00
Zinsen f. Guthaben (Konto, Freibetrag)	€	0,40
	€	1900,40
 <u>Ausgaben:</u>		
APD-Tagungen (Referentenhonorare, Einladungen)	€	393,58
Vorstand (Reise-/Verpflegungskosten)	€	
Kontogebühren	€	36,90
Druckkosten Rundbrief 2018 + Porto	€	offen
Jahresgabe 2018/19 „Schematherapie“	€	in 2018 abgerechnet
EDV-Homepage	€	267,36
	€	697,84
 Kontostand am 01.10.2019	 €	 3996,18
 =====		
Festgeld-Kto. – Stand 06.01.2018:	€	12.745,65
		=====

Psychodermatologie - Problempatienten in der dermatologischen Praxis

Fortbildung für BVDD

Uwe Gieler und Tanja Gieler

Einleitung

Patienten mit psychosomatischen Problemen in der täglichen Praxis stellen die Dermatologen immer wieder vor Herausforderungen in der Diagnostik und im Patientenmanagement. Grundsätzlich besteht bei allen Patienten in der Praxis ein psychosozialer Aspekt, allerdings gilt es, spezifische psychosomatische Probleme zu erkennen und einer adäquaten Therapie zuzuführen, die meist eine dermatologische Pharmakotherapie darstellt und zusätzlich ergänzende psychotherapeutische oder psychiatrische Indikationen.

Die Haut – Spiegel der Seele, diesen Ausdruck hat fast jeder Mensch schon einmal gehört. Nicht nur in der medizinischen Dimension gehören Haut und Nervensystem mit ihrem gemeinsamem Ursprung aus dem Ektoderm sehr eng zusammen. Auch die Sprachwissenschaft und die Entwicklung des Wortes „Haut“ aus dem indogermanischen „Hout“, aus dem sich sowohl „Haus“ als auch „Hülle“ ableiten. Ebenso drückt sich in der Volkssprache die Bedeutung der Haut im Zusammenhang mit der Psyche aus, es gibt zahllose sprachliche Hinweise hierfür wie: „es geht mir unter die Haut“, „dünnhäutig sein“, „da juckt das Fell“, „nicht in jmdn. Haut stecken wollen“, „Haut-Spiegel der Seele“ etc. Offenbar hat die Volksweisheit eine genaue Vorstellung davon, wie die Haut mit der Psyche reagiert.

Die psychologische Dimension der Haut und der Hautkrankheiten hat deshalb schon lange auch wissenschaftlich eine große Rolle gespielt und spiegelt sich in zahllosen Studien gerade in den letzten Jahrzehnten wider [1].

Psyche als Komorbidität oder Ursache einer Hauterkrankung

Grundsätzlich ist in der Psychosomatik der Hauterkrankungen in der klinischen Diagnostik zu unterscheiden, ob es sich bei einer vorliegenden Hauterkrankung um eine Komorbidität handelt, bei der die psychische Erkrankung und Hautsymptome unabhängig voneinander bestehen (Beispiel: Angststörung und Gürtelrose=Zoster), oder ob die bestehende und ggf. genetisch bedingte Hauterkrankung zu einer Störung der Krankheitsverarbeitung (Coping) führt (Beispiel: Psoriasis führt zu Stigmatisierung, sozialem Rückzug und Alkoholismus).

Darüber hinaus könnte auch eine bestehende psychische Problematik zur Entwicklung einer Hauterkrankung führen (Beispiel: Zwangsstörung und innere Konflikte führen zu Skin-Picking). Dies wird in der Abb. 1 dargestellt:

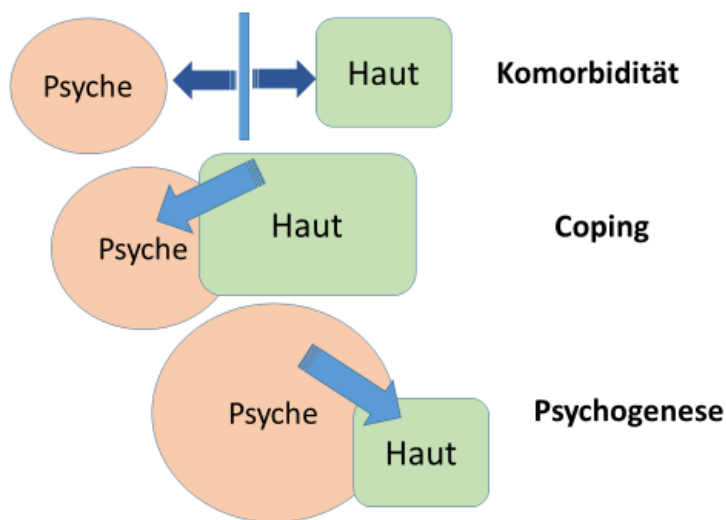


Abb.1 Klinische Konstellation des Zusammenhangs zwischen Haut und Psyche

Konsequenter Weise sollten bei einer Komorbidität die Patienten lediglich auf die Notwendigkeit einer psychosomatischen Behandlung hingewiesen werden, und die Dermato- se kann unabhängig von der psychischen Problematik behandelt werden. Sollten deutliche Probleme in der Krankheitsverarbeitung vorhanden sein, ist deren Berücksichtigung zur Verbesserung der Compliance/Adherence zwingende Voraussetzung für eine effektive dermatologische Therapie. Hier können zusätzliche Behandlungshinweise wie Ernährungsprogramme bei Psoriasis, Schulungsprogramm bei Neurodermitis oder Anaphylaxie und ergänzende Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung die dermatologische Behandlung verbessern [2].

Im Falle einer psychosomatischen Ursache des Hautleidens sind spezifische Kenntnisse der Erkrankung, deren Symptome und Verlaufs notwendig sowie auch mögliche Indikationsstellung zu einer fachpsychosomatischen oder psychiatrischen bzw. psychosomatischen Reha-Behandlung.

Psychosomatisches Modell der Beeinflussung einer Hauterkrankung

Ausgehend von dem bio-psycho-sozialen Krankheitskonzept der Psychosomatik stellen sich in der Psychodermatologie die Zusammenhänge der genetischen Anlage einer chronisch-entzündlichen Hauterkrankung (Beispiel: Neurodermitis / Psoriasis) unter dem Einfluss der Epigenetik, Stressforschung und Life-Events sowie Bindungsforschung folgendermaßen dar, siehe Abb. 2.

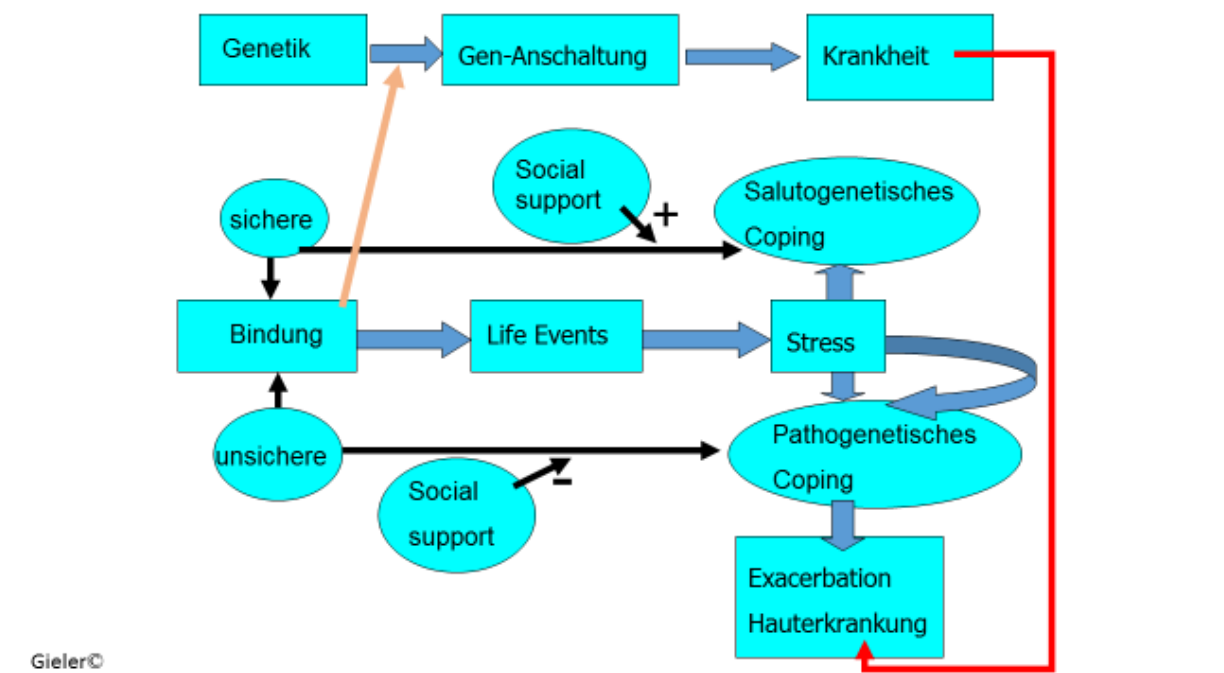


Abb. 2 Psychosomatisches Modell zur Entwicklung bzw. Verschlechterung einer Hauterkrankung

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Psychosomatik geht heute von einem multifaktoriellen Konzept aus, das die Erkenntnisse verschiedener Forschungsfelder im Sinne eines Erklärungskonzeptes zur individuellen Entwicklung einer Erkrankung berücksichtigt [3]. Bei angenommener genetischer Prädisposition einer Erkrankung (Beispiel Neurodermitis oder Psoriasis) ist eine Gen-Anschaltung notwendig, um den Phänotyp der Erkrankung darzustellen. Für diese Gen-Anschaltung zeigen epigenetische Studien, dass dies von Provokationsfaktoren abhängig ist, die durch Umweltbedingungen beeinflusst werden. Eine dieser Umweltbedingungen ist die Bindungstheorie, nach der Menschen in ihrer frühen Kindheitsentwicklung entweder eine eher sichere oder verschiedene unsichere Bindungsstile (ambivalente Bindung / unsicher-instabil oder unsicher-chaotisch) durch die Kontaktpersonen (meist Eltern) erleben. Diese Bindungserfahrungen können angelegte genetische Faktoren zur Expressivität bringen. Nach Ausbruch der Erkrankung wird auch deren Verlauf von weiteren psychosozialen Aspekten beeinflusst. Hier spielen „Life-events“, also außergewöhnliche Lebensereignisse wie Trennungen, Migration, Traumata eine spezifische Rolle, die eine bestehende Erkrankung verschlechtern können (siehe Erdbebenstudie in Japan / Kobe: [4]). Hinzu kommt eine gute oder schlechte soziale Unterstützung, die sich auch im Kindesalter bereits manifestiert. Ein Neurodermitis-Kind wird im Kindergarten mit mehreren anderen Kindern, die Allergien haben, und Betreuerinnen, die sich mit dem Krankheitsbild auskennen und adäquat reagieren können, ganz anders umgehen und verarbeiten als ein Kind, das die gegenteilige Situation mit Ablehnung, Hänkeln und Unverständnis täglich über Jahre erlebt! Hinzu kommen noch subjektiv erlebte Stress-Situationen, die wiederum von Persönlichkeitsfaktoren eines salutogenetischen, also eher positiv eingestellten Krankheitserleben mit der Annahme, dass eine Krankheit persönlich zu bewältigen ist oder eines pathogenetischen Persönlichkeitsbildes, also der Annahme, dass man der Erkrankung hilflos ausgeliefert ist und mit sozialem wie depressivem Rückzug reagiert. Diese Faktoren werden die Entstehung wie auch den Verlauf einer Hauterkrankung mit beeinflussen, und im Sinne einer sekundären und tertiären Prävention lassen sich hier frühzeitig Behandlungsmaßnahmen ergreifen, die helfen die Chronizität oder die Schwere des Verlaufs positiv zu beeinflussen [5].

Nähe-Distanz, Scham und Ekel

Bei der Beschäftigung mit Haut und Psyche wird angenommen, dass häufig Nähe-Distanz-Konflikte eine Rolle im Sinne der Konfliktdynamik spielen, während auf der Affektebene vor allem die Emotionen Scham und Ekel einen wichtigen Aspekt darstellen. Eine der häufigsten Hautkrankheiten, die Neurodermitis, eine als Anlage erblich determinierte chronisch entzündliche Hauterkrankung mit starkem Juckreiz wurde psychosomatisch intensiv untersucht. Hierbei wird das in der Psychosomatik als theoretische Grundlage angesehen Bio-Psycho-Soziale Krankheitsmodell in seinen 3 Dimensionen besonders deutlich, da sowohl die biologischen Grundlagen bis auf die Ebene multipler Gene bekannt sind, die sozialen Auswirkungen mit Problemen im persönlichen und beruflichen Umfeld sowie die psychologischen Faktoren in der Entwicklung von Krankheitsschüben gut untersucht sind. Es ist gut vorstellbar, dass Mütter oder Väter sich dem erkrankten und stark kratzendem Kind zunächst übermäßig zuwenden wegen des nicht beherrschbaren Juckreizes, darauf folgt eine spätere Erschöpfung der Bezugsperson, da es sich um eine chronisch-entzündliche meist im Verlauf kaum vorhersehbare Erkrankung handelt, die eine latente Aggressivität fördert und schließlich die Zuwendung bei Kratzattacken sich als kognitive Verstärkung des Verhaltens auswirkt (siehe Abb. 3).

Entwicklungspsychologie der Neurodermitis (Scham und Nähe-Distanz-Problem)

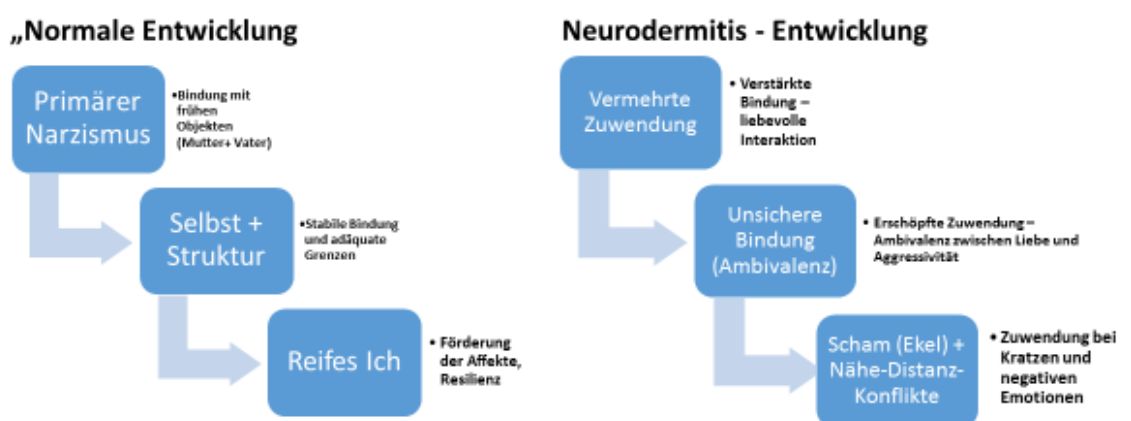


Abb. 3 Normale und Neurodermitis Entwicklung im Hinblick auf Scham und Nähe-Distanz-Probleme

Stigmatisierung durch Hautkrankheiten

Schließlich ist die Haut bei Veränderungen fast immer auch mit Stigmatisierung verbunden oder Betroffene antizipieren eine mögliche Stigmatisierung, die bei minimalen Hautveränderungen zur körperdysmorphen Störung (Entstellungsangst) führen kann. Gerade die schon jahrhundertlang gleichbleibend häufig vorhandene Hauterkrankungen wie die Psoriasis = Schuppenflechte führt häufig zu Entstellungsgefühlen und Stigmatisierung, da Hautsymptome schnell als infektiös oder zumindest als eklig angesehen werden [3].

Psychoimmunologie der Haut

Die Haut kann als das größte Immunorgan der Menschen angesehen werden und die Erklärungsmodelle für die Entstehung von Hautkrankheiten werden in aller Regel durch immunologische Mechanismen erklärt. Auch die Psychoimmunologie hat hier in den letzten Jahren gute Erklärungsansätze liefern können, wie der Stress in die Haut kommt und welche immunologischen Faktoren hierbei beteiligt sind.

Viele Patienten stellen die Frage, inwiefern der subjektiv erlebte oder auch unbewusste Stress eine Auswirkung auf die Entwicklung oder zumindest Verarbeitung einer Hauterkrankung haben kann. Zur Beantwortung der Frage, wie Emotionen in die Haut kommen, sind zwei wichtige Voraussetzungen notwendig:

1. Es muss eine anatomische Verbindung zwischen der Haut und den emotionalen Zentren im Gehirn geben
2. Es muss nachgewiesen werden, dass Stress immunologisch sich in der Haut manifestiert.

Beides konnte inzwischen in einigen Studien dargestellt werden, so dass es kaum noch Zweifel an den emotionalen Auswirkungen auf die Entzündungsreaktion der Haut bei verschiedenen Hauterkrankungen gibt. Die anatomischen Verbindungen zwischen den polyklonalen C-Fasern der Haut und immunkompetenten Zellen wurden beschrieben. Die Klärung der Frage, inwiefern Stress sich tatsächlich auch immunologisch in der Haut manifestiert, ist in Abb. 4 schematisch dargestellt.

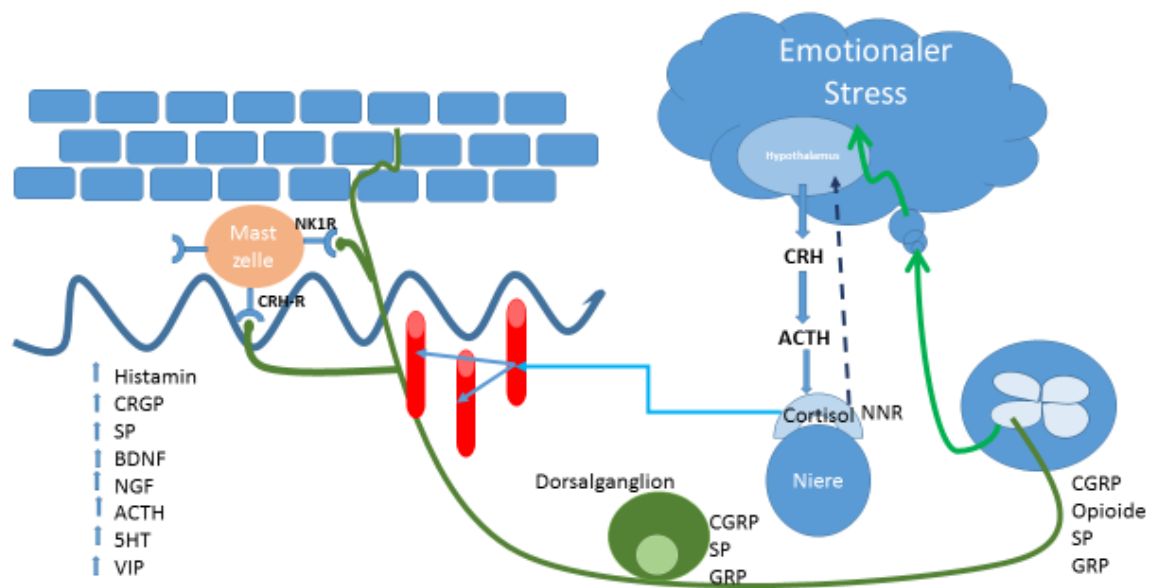


Abb. 4 Psychoimmunologie der psychosomatischen Reaktion in der Haut

Somit lässt sich die Frage, wie die Emotionen in die Haut gelangen, über psychoimmunologische und psychoendokrine Mechanismen gut erklären [7,8]

Psychodermatologische Therapie bei chronisch entzündlichen Dermatosen

Bei allen chronisch-entzündlichen Dermatosen wie Psoriasis, Neurodermitis, Urtikaria, Vitiligo, Akne, Rosazea etc. sollten folgende psychosomatischen Erkrankungen als mögliche Komorbidität diagnostisch abgeklärt werden:

- Depression
- Angst, vor allem soziale Angst und Stigmatisierung
- Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit im Umgang mit der Erkrankung

Bei ersten diagnostischen Hinweisen, die durch einfache Fragen wie „Hat die Hauterkrankung Ihren Alltag verändert?“ oder „Was können Sie in ihrem Alltag nicht tun, was Sie ohne Hautsymptome machen würden?“ zu eruieren sind, sollte eine vertiefte Diagnostik entweder in der eigenen Praxis, falls eine Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung vorliegt oder durch Überweisung in ein psychosomatisches Zentrum oder eine ambulante psychotherapeutische Praxis erfolgen (auch die Psychotherapeuten müssen inzwischen wie alle Dermatologen eine „Notfallsprechstunde“ vorhalten, die über die Vermittlungsstellen der Krankenkassen terminiert werden können).

Bei Neurodermitis und Anaphylaxie sind heute bundesweit spezifische Schulungsprogramme etabliert und auch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ohne Kosten für die Patienten durchführbar [9,10,11]. Hier sei auf die Homepage der bundesweiten Schulungsprogramme hingewiesen, dort können Patienten wie Dermatologen weitere Informationen erhalten:
www.neurodermitis-schulung.de

Zusätzlich kann bei bestehender Reha-Indikation (zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und zur sozialmedizinischen Begutachtung) eine psychosomatische Reha-Behandlung bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bzw. über die Krankenkassen von jeder Hautärztin/ jedem Hautarzt beantragt und indiziert werden, wenn es für die Behandlung einer chronisch-entzündlichen Dermatose bzw. einer psychoonkologischen Maßnahme notwendig erscheint [12].

Darüber hinaus sind Informationen zur Selbsthilfe für Patienten meist eine gute psychosomatische Unterstützung, da es bei fast allen chronischen Hauterkrankungen inzwischen meist bundesweite Selbsthilfegruppen gibt, die in aller Regel auch fachdermatologisch gut beraten und informiert sind. Der Austausch ohne Fachleute hat sich als hilfreich und effektiv bewährt und wird auch von den Krankenkassen unterstützt. Hierzu sind gezielte Informationen von Seiten der Hautarztpraxis sinnvoll und sollten vorgehalten werden.

Spezifische psychodermatologische Erkrankungen:

Die häufigsten psychodermatologischen Fragestellungen in der Praxis sind:

- Dermatozoenwahn
- Körperdysmorphie Störung
- Skin Picking Syndrom (einschl. Acne excoriée und Trichotillomanie)
- Artefakte und Simulationen
- Somatoforme Störungen (Juckreiz ohne somatische Ursache / diffuses Effluvium / Pseudo-Allergien)

Dermatozoenwahn

Patienten mit Dermatozoenwahn suchen die Dermatologen auf in der absoluten subjektiven Gewissheit, dass bei ihnen eine Infektion mit einem (meist nicht sichtbarem) Tier oder Agens (sogenannte Chemtrails bzw. Morgellons) vorliegt. Diagnostisch bereitet dies selten ein Problem [13].

Symptome und Klinik: Die Patienten sind meist erkennbar durch ihre Versuche, mittels mitgebrachtem Hautmaterial zu „beweisen“, dass eine Haut-Infektion vorliegt durch die meist schon vorherige Erfahrung, dass Ihnen scheinbar nicht geglaubt wird. Hinzu kommen meist Manipulationen an der Haut oder/ und intensive Desinfektionsmaßnahmen, Forderungen nach Behandlung mit Permethrin oder ähnlichen Substanzen. Durch inzwischen sehr intensive Internet-Recherchen werden nicht selten bisher nicht bekannte oder in völlig anderen Zusammenhängen bestehende Infektionsmöglichkeiten genannt. In der Regel werden Milben oder ähnliche Parasiten angenommen, jedoch kann dies auch variieren, und es werden Pilze, eingewachsene Haare oder Partikel wahrgenommen. Diagnostisch (und nicht aus therapeutischen Gründen) sollte durchaus der Versuch gemacht werden, die Überzeugung der Betroffenen zu hinterfragen, um eine vielleicht doch mögliche Infektion auszuschließen. Paradoxaerweise werden Patienten bei denen ggf. doch eine Infektion vorliegt, die psychosozialen Aspekte sogar akzeptieren, während dies von den Dermatozoenwahn-Patienten kategorisch abgelehnt wird und deshalb als Wahn bezeichnet werden muss, der durch die ihm eigene Unabänderlichkeit sich manifestiert.

Therapie und Management: Die Therapie der Wahl ist der Einsatz von moderaten Neuroleptika, wobei durchaus mit niedrigen Dosierungen zur Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen therapiert werden kann. Das Problem in der Kommunikation mit diesen Patienten besteht vor allem darin, dass sie eine Überweisung zu einem Psychiater fast nie akzeptieren und auf die dermatologische Behandlung bestehen. Dabei ist es schwierig, den Patienten die Notwendigkeit einer Therapie mit psychotropen Substanzen zu vermitteln, da dies ja nicht dem Konzept der Infestation entspricht. Eine Arzt-Patient Interaktion nach dem Motto „Wir können uns nicht auf eine gemeinsame Ursache ihrer Erkrankung einigen, aber wir haben beide sicher ein Interesse daran, dass ihre Symptome und ihre täglichen Einschränkungen sich bessern“ ist im Sinne von bilateralen Gesprächen sinnvoll. Als Möglichkeit der Therapie hat sich eine topische antiseptische oder rückfettende Dermatotherapie bewährt, zu besprechen, die Ursachendiskussion zu vermeiden und durch eine tangential Gesprächsführung „bei dem letzten Patienten mit ihren Problemen haben wir auch mit einem Neuroleptikum eine Besserung er-

zielt“ eine Akzeptanz zu versuchen. Ebenso ist eine Erklärung, dass eine Übererregung der peripheren Nervenendigungen vermutlich eine Ursache ist, oft hilfreich. Als Therapie der 1. Wahl hat sich in den bisherigen Studien [13] vor allem Risperidon mit 0,5 – 1mg (bis 2mg mit langsamer Steigerung) mit einer Dauer von 3-6 Monaten bewährt, da hier das Nebenwirkungspotential am geringsten erscheint. Trotzdem muss wie bei allen anderen Neuroleptika ein EKG erfolgen zum Ausschluss einer Rhythmusstörung, und die Compliance sollte überwacht werden durch häufigeres Einbestellen. Alternative Medikamente sind Quetiapin (12,5 - 800mg), Pimozid (0,5 – 1mg) (Cave kardiale Nebenwirkungen) und Olanzapin (5 – 10mg) (Cave Gewichtszunahme).

Körperdysmorphie Störung:

Die körperdysmorphie Störung, auch Entstellungsangst oder Dysmorphophobie genannt, bezeichnet ein spezifisches Krankheitsbild, bei dem betroffene Menschen einen meist minimalen Hautdefekt als völlig unakzeptabel für Ihre Attraktivität ansehen. Sie sind auf meist ein einziges Hautsymptom oder auch mehrere fixiert, aber im Gegensatz zu den Essstörungen bezieht es sich nicht auf die Körpersilhouette. Die Häufigkeit wird in repräsentativen Studien in Deutschland [14] mit ca. 1,3% angegeben und hat offensichtlich in den letzten Jahren zugenommen. In der Dermatologie, vor allem in der kosmetischen Dermatologie, wird von ca. 10% der Patienten ausgegangen. Insofern ist es für alle, die in der Dermatologie und der kosmetischen Dermatologie arbeiten, sehr wichtig, da durch die dermatologischen Therapeutika die Störung nicht zu behandeln ist und eher zu Problemen und Beschwerden seitens der Patienten führt. Die Störung beginnt im Durchschnitt in der frühen Pubertät, kann sich aber auch im späteren Erwachsenenleben manifestieren. Kennzeichnende Verhaltensweise ist die zwanghafte Kontrolle der vermeintlichen Entstellung, die nicht selten zu intensivem Betrachten im Spiegel (Mirroring) führt (mehrere Stunden täglich). Auch Selbstverletzungen und Skin Picking mit dem Ziel, das unangenehme Hautsymptom zu entfernen, kommen häufig vor. Ebenso die ständige Versicherung über das eigene Aussehen und die intensive Anwendung von Make-up (Camouflaging). Man unterscheidet eine wahnhafte Form von einer als Zwangsstörung angesehenen Form. Die Schwere der Störung ist gekennzeichnet durch häufige Suizidgedanken und auch durchgeführte Suizide [15], so dass eine möglichst frühe Diagnosestellung hilft, die insgesamt sehr mäßige Prognose hinsichtlich eines positiven Umgangs mit dem eigenen Körper zu verbessern.

In der Praxis ist deshalb ein frühzeitiges konkretes Ansprechen und der Hinweis auf spezielle Therapiemaßnahmen im Sinne einer psychosomatisch-stationären Therapie und /oder

längerfristigen ambulanten Psychotherapie sinnvoll. Therapiestudien unter Berücksichtigung der Zwangsstörung zeigen gute Effekte, wenn die Patienten bereit sind mitzuarbeiten [16].

Selbstverletzungen – Eine diagnostische Einteilung

Bei jeder Diagnostik stellt sich auch die Frage, ob die Dermatose durch eine Selbstverletzung herbeigeführt werden kann. Das Spektrum der Möglichkeiten ist so vielfältig, dass sie leicht übersehen wird und damit gerade die Weichen am Anfang der Diagnostik falsch gestellt werden. Das Symptom „Selbstverletzung“ ist dabei natürlich nur ein Ausdruck für vielfältige Konflikte, die sich hinter einem solchen Symptom verbergen können und eine Differenzierung ist schon allein wegen der sehr unterschiedlichen therapeutischen Ansätze sehr wichtig. Grundsätzlich sind Selbstverletzungen immer Hilferufe der Haut, die auf ein psychisches Problem hinweisen sollen. Natürlich möchte nicht jeder Patient darauf gerne angesprochen werden, weshalb hier in der Kommunikation nicht nur Fingerspitzengefühl, sondern auch Kenntnisse der Störung und Empathie bedeutend sind.

Cutter, Skin Picking und bewusste Artefakte

Die Formen der Selbstverletzung, die in der Sprechstunde direkt ansprechbar und auch leichter zugänglich sind, stellen die Cutter, Skin Picking-Probleme und die bewussten Artefakte dar (siehe Abbildung 5). Diese werden vom Betroffenen selbst in aller Regel als unangenehme Störung benannt und die nicht selten vorhandenen Zwangsimpulse und –handlungen sind häufig selbst bereits immer wieder versucht worden abzustellen. Die meist jugendlichen Patienten mit Ritzen der Haut (Cutting) können oft selbst über ihren „Ritzdruck“ sprechen, der fast immer in unangenehmen Situationen und Konflikten auftritt. Die Konflikte sind jedoch meist kaum vermeidbar, und schon gar nicht durch guten Willen oder gutgemeinte Ratschläge, die meist nutzlos verpuffen, zu lösen. Es ist sicher besser, zunächst nur Verständnis zu zeigen, zu signalisieren, dass das Symptom wohl bekannt ist und man auch die Hintergründe psychischer Konflikthaftigkeit in stärkerem Ausmaß erahnen kann.

Heimlich		Nicht heimlich - besprechbar		
Simulation	Dermatitis artefacta	Skin-Picking und verwandte Symptome		Body Modifying (Körperkunst)
		Zwanghaft	Impulsiv	
	Münchhausen Syndrom	Acne excoriée	Cutting Burning Reiben Vernarbung	Tattoos Piercing Komplikationen in der ästhetischen Medizin
		Trichotillomanie		
		Onychophagie		
Lichen Vidal				
Prurigo				

Abb. 5 Klassifikation der Selbstverletzungen der Haut (Self Inflicted Skin Lesions) [17]

Das Skin-Picking stellt dagegen eine große Bandbreite an Hautsymptomen dar, unter denen sich auch die Acne excoriée befindet, aber auch die als neurotischen Excoriationen bezeichneten Läsionen, wobei es meist mehr ist als eine „Neurose“, weshalb schon deshalb der Begriff unglücklich ist und verlassen werden sollte! In der Mehrzahl der Fälle sind hier Zwangshandlungen und Zwangsimpulse bedingend für das Symptom, so dass hier der Dermatologe gut daran tut, sich über diese Mechanismen beim Patienten zu informieren und ihn nach eigenen Problemlösestrategien fragen kann, die er bereits frustrierend probiert hat!

Die bewussten Artefakte sind ebenso einigermaßen leicht anzusprechen und die Patienten können ihre Handlungen oft schildern und auch die Situationen benennen. Nicht selten sind dabei so genannte „Flash Backs“ vorhanden. Dies sind impulsive, nicht abstellbare Gedanken, die sich bei Erinnerungen an heftige Problemsituationen des Lebens (meist Missbrauchserinnerungen) einstellen. Diese führen dann zu den Impulsen und den Selbstschädigungen und können auch geschildert werden, wenn die Scham und die Selbstentwertung des Patienten mitberücksichtigt werden.

In diese Gruppe werden auch die Trichotillomanie und das Nägelkauen (Onychotillomanie) gezählt, die differentialdiagnostisch in der dermatologischen Diagnostik eine wesentliche Rolle spielen in Abgrenzung zur Alopecia areata und anderen nichtnarbigen Alopezien sowie bei der Onychotillomanie vor allem zu Tinea unguium und Kollagenosen eine Rolle spielt. Auch hier

haben sich zur Behandlung vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit aversiven Reizen sowie positiver Verstärkung bei erfolgreichem Vermeiden der Zwangshandlungen neben kognitiver Umstrukturierung bewährt. Bei diesen Störungen hat sich der Einsatz von psychopharmakologischer Mitbehandlung bewährt [18].

Heimliche Selbstverletzungen

Die heimlichen Selbstverletzungen sind grundsätzlich wesentlich schlechter zugänglich, da der Patient ja die Selbstverletzung verschweigen möchte und ein kriminalistisches Nachfragen deshalb versucht zu vermeiden, teilweise auch durch Flucht aus der Behandlung. Trotzdem ist es auch bei dieser Störung entscheidend, zwischen den einzelnen Subtypen zu unterscheiden, da sie verschiedene therapeutische Implikationen nach sich ziehen [19].

Münchhausen und Münchhausen by proxy

Das Münchhausen-Syndrom ist ebenso wie das Münchhausen-by-proxy-Syndrom selten und kann meist nur indirekt erfasst werden. Der Krankenhauswanderer, der seine Symptome mit einer „Pseudologia phantastica“ genannten Schilderung darstellt, hat meist eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung, die eine dissoziale Persönlichkeitsstörung darstellt und deshalb auch keinerlei Unrechtsbewusstsein mitbringt. Beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom dagegen ist die Erkennung schon die wichtigste Diagnose, da die Kinder, die von Ihren Bezugspersonen misshandelt werden, um selbst Aufmerksamkeit durch medizinische Personen zu erhalten, vital gefährdet sind und eine zweite Attacke dieser Art nicht überleben könnten. Sie sind deshalb in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Jugendamt sofort aus dem Milieu zum Selbstschutz zu entfernen.

Simulation, Artefakt und Psychose

Bei den Simulationen ist ein erkennbarer psychosozialer Krankheitsgewinn auszumachen und sollte dazu führen, genau diesen bei den Patienten zu verhindern, um der Selbstverletzung nicht den Erfolg zu gestatten und damit die Maßnahmen zu mindern. Bei den echten heimlichen Artefakten kann fast immer von einer schweren Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden, deshalb sollten diese Patienten versucht werden in ein stationäres Setting zu bringen, damit es möglich wird, die artefiziellen Läsionen zu beobachten und mit dem Patienten Zusammenhänge zu klären. Nicht selten werden die Handlungen von den Patienten selbst dissoziiert, also unbewusst herbeigeführt und erst die sekundären Wundschmerzen lassen den Betroffenen sich motivieren, dies behandeln zu lassen. Besonders tückisch hierbei ist, dass es inzwischen

bekannt ist, dass diese Art von Selbstverletzungen einen medikamentösen Suchtersatz darstellt. Die eigene Haut ist leichter manipulierbar und viel schneller erreichbar als jedes Suchtmittel, weshalb genau darauf zur Regulation der vorhandenen Affektschwankungen zurückgegriffen wird. Hiergegen sind die Selbstverletzungen bei Psychosen und bei Demenz bzw. Oligophrenie abzugrenzen, die nur durch kognitive Umstrukturierung überhaupt erreichbar sind. Auch hier ist fast immer die Hilfe durch professionelle Teams erforderlich und in der Praxis tut man gut daran, sich selbst hier helfen zu lassen (z.B. durch Balint-Gruppe oder Supervision), um den Patienten zu einer solchen Therapie zu verhelfen.

Die Leitlinie zu artefiziellen Störungen ist über die Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften) ausführlicher nachzulesen (www.AWMF.de/Leitlinien).

Somatoforme Störungen:

Die somatoformen Störungen sind nach ICD-10 definiert als vom Patienten wahrgenommene Symptome, die jedoch mit medizinischer Diagnostik nicht zu erfassen oder zu klassifizieren sind. Kennzeichnend für die Störung ist die Fokussierung der Betroffenen auf eine medizinische Diagnostik mit meist Negierung einer möglichen psychosomatischen Ursache, so dass diese Patienten meist umfangreiche Diagnostik erhalten, ohne dass eine spezifische Erkrankung zu erfassen ist. In der Dermatologie handelt es sich am häufigsten um den psychogenen Pruritus, das diffuse Effluvium, Dysästhesien der Haut und die Pseudoallergien/Klinisches Ökosyndrom. Aber auch die Fibromyalgie, das Post-Finasterid-Syndrom und ähnliche werden aus Sicht der Psychosomatik zu den somatoformen Störungen gezählt. Das Problem in der Diagnostik und Therapie besteht darin, zunächst die notwendigen diagnostischen Maßnahmen durchzuführen, um eine ggf. versteckte dermatologische Diagnose zu stellen, wobei die Irrtumswahrscheinlichkeit bei den somatoformen Störungen mit 1 – 3% deutlich unter den sonstigen Fehldiagnosen in der Medizin steht [20]. Für die hautärztliche Praxis ist deshalb zunächst die Kenntnis dieser psychodermatologischen Störungen wichtig, in der Behandlung ist es notwendig, die Patienten auf die nicht vorhandene oder nicht mögliche somatische Klärung hinzuweisen und trotzdem ein gemeinsames therapeutisches Konzept unter Anwendung des „Shared Decision Making“ zu ermöglichen.

Hierbei werden Maßnahmen wie Symptomtagebücher mit Berücksichtigung von Stressfaktoren eingesetzt, alternative therapeutische Vorschläge wie Entspannungstrainings, Umstellung der belastenden Lebensfaktoren etc. Bei nicht selten schwereren Störungen vor allem bei der

Gefahr einer Arbeits- oder Berufsunfähigkeit ist eine stationäre psychosomatische Rehabilitation indiziert [9].

Zusammenfassung

Bei den psychodermatologischen Erkrankungen und Symptomen handelt es sich um ein breites Spektrum von Erkrankungen, deren Kenntnis in der täglichen Differentialdiagnose wichtig ist, um frühzeitig eine additive psychosomatisch/psychotherapeutische Therapie neben der topischen Dermatotherapie einzuleiten. Hiermit werden, vor allem bei der körperdysmorphen Störung, eine Chronifizierung und Verschlechterung der Prognose verhindert. Die Komplexität der psychosomatischen Störungen bei Skin Picking Syndromen, echten Artefakten und den somatoformen Störungen sollte bekannt sein und im Rahmen des Netzwerkes in der täglichen Praxis Behandlungswege der ambulanten Psychotherapie, stationären Psychodermatologie und Rehabilitation sowie im Falle des Dermatozoenwahns auch eine psychiatrische Mitbehandlung sichergestellt werden.

Literatur:

Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L et al. (2014) The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 135:984-991

Gieler U. Die Sprache der Haut. Patmos Verlag 2015

Gieler U, Taube KM, Seikowski K, Wehrmann J, Rapp G (2017) Die Haut und die Sprache der Seele – Hautkrankheiten verstehen und heilen. Fischer & Gann Verlag Wien-Austria.

Kodama A, Horikawa T, Suzuki T et al (1999) Effect of stress on atopic dermatitis: Investigation in patients after the Great Hanshin Earthquake. *J Allergy Clin Immunol* 104: 173–176.

Kupfer J, Niemeier V, Brosig B, Pauli-Pott U, Karpinski G, Küster W, Gieler U (2003) Sense of Coherence among Psoriatics as a Predictor of Symptom-Free Time Following Dermatological Inpatient Therapy. *Dermatol Psychosom* 4:200-206.

Kimball AB, U Gieler, D Linder, F Sampogna, RB Warren, M Augustin (2010) Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 24/9, 989 – 1004.

Mitschenko A, Lvov AN, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U (2008). Atopic dermatitis and stress? How do emotions come into skin? *Hautarzt* 59: 314-318.

Peters EMJ, Michenko A, Kupfer J, Kummer W, Wiegand S, Niemeier V, Potekaev N, Lvov A, Gieler U (2014) Mental Stress in Atopic Dermatitis – Neuronal Plasticity and the Cholinergic System Are Affected in Atopic Dermatitis and in Response to Acute Experimental Mental Stress in a Randomized Controlled Pilot Study *PLoS One*. 9(12): e113552. Published online 2014 Dec 2. doi: 10.1371/journal.pone.0113552. Brockow K, Schallmayer S, Beyer K, Biedermann T, Fischer J, Gebert N, Grosber M, Jakob T, Klimek L, Kugler C, Lange L, Pfaar O, Przybilla B, Rietschel E, Rueff F, Schnadt S, Szczepanski R, Worm M, Kupfer J, Gieler U, Ring J; working group on anaphylaxis training and education (AGATE) (2015) Effects of a structured educational intervention on knowledge and emergency management in patients at risk for anaphylaxis. *Allergy*; 70:227-35. doi: 10.1111/all.12548.

Heratizadeh A, Werfel T, Wollenberg A, Abraham S, Plank-Habibi S, Schnopp C, Sticherling

- M, Apfelbacher C, Biedermann T, Breuer K, Fell I, Fölster-Holst R, Heine G, Grimm J, Hennighausen L, Kugler C, Reese I, Ring J, Schäkel K, Schmitt J, Seikowski K, von Stebut E, Wagner N, Waßmann-Otto A, Wienke-Graul U, Weisshaar E, Worm M, Gieler U, Kupfer J + ARNE Group (2017) Effects of structured patient education in adults with atopic dermatitis: Multicenter randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* 140: 845-853.
- Staab D, Diepgen T, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler U (2006) Age-related, structured Education programmes improve the management of atopic dermatitis in children and adolescents: Results of the German Atopic Dermatitis Intervention Study (GADIS). *BMJ* 332: 933-938.
- Buhles N, Wehrmann J, Hinsch KD, Nürnberg W; DDG; German Society of Dermatology (DDG) and the German Dermatologists' Association (BVDD) (2011) S1 Guideline: Dermatological inpatient rehabilitation in adult atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 9(7):558-561.
- Lepping P, Baker C, Freudenmann RW (2010) Delusional infestation in dermatology in the UK: prevalence, treatment strategies, and feasibility of a randomized controlled trial. *Clin Exp Dermatol* 35:841-844
- Gieler T, Schmutzer G, Braehler E, Schut C, Peters E, Kupfer J (2016) Shadows of Beauty – Prevalence of Body Dysmorphic Concerns in Germany is increasing: Data from two representative samples from 2002 and 2013. *Acta Dermatovenereologica Suppl.* 2016; 96(217): 83-90.
- Cotterill JA, Cunliffe WJ (1997) Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol.* 137(2):246-250.
- Gieler, U. Psychodynamische Diagnostik und Therapie der körperdysmorphen Störung (2003) In: Aglaja Stirn, Oliver Decker, Elmar Brähler (Hrsg.) *Körperkunst und Körpermodifikation. Psychosozial* 26,55-64.
- Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L et al. (2013) Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification-a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol* 93:4-12
- Harth W, Seikowski K, Gieler U et al (2007) Psychopharmakologische Behandlung dermatologischer Patienten – wenn Reden allein nicht hilft. *J Deutsch Dermatol Ges* 5: 1101–1106
- Harth W, Taube KM, Gieler U (2010) Artefakte in der Dermatologie. *JDDG* 8:361-374.
- Rief W, Rojas G (2007) Stability of somatoform symptoms--implications for classification. *Psychosom Med.* 69: 864-869.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. Uwe Gieler

Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Giessen, Gaffkystrasse 14, 35392 Giessen, Mail: Uwe.Gieler@psycho.med.uni-giessen.de

Dr. Tanja Gieler

Kinder- und Jugendpsychosomatik, Univ. Kinderklinik, Feulgenstrasse 10-12, 35392 Giessen
Mail :Tanja.Gieler@uk-gm.de

Psychotherapeutische Behandlung der Trichotillomanie

Kognitive Verhaltenstherapie unter Einbezug von Techniken der Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Christian Stierle

Trichotillomanie bezeichnet den zwanghaften Drang, Kopf- und Körperhaare auszureißen und geht häufig mit deutlichem Haarverlust einher, der bei dauerhaftem und stark ausgeprägtem Reißen der Haare zu kahlen Stellen führen kann. Betroffene verspüren meist hohe Anspannung kurz vor dem Reißen der Haare oder bei dem Versuch dem Reißen der Haare zu widerstehen. Nach dem Reißen der Haare kommt es meist zunächst zu einem Gefühl von Erleichterung oder Befriedigung. Häufig geht der Haarverlust mit hohem Schamerleben, sozialem Rückzug sowie Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich einher. Dies senkt weiterhin die Lebensqualität der Betroffenen sowie das eigene Wohlbefinden und Selbstwertgefühl. Stellen, die am häufigsten vom Reißen der Haare betroffen sind, sind Kopf, Augenbrauen, Wimpern, Bart und Schamhaare. Insgesamt sind zwischen 0,6 und 3,5% der Gesamtbevölkerung betroffen. Häufig bestehen komorbid Angststörungen, Depressionen sowie Skin-Picking (o. Dermatillomanie) oder Nägelkauen. Am besten belegt scheint in der therapeutischen Arbeit die Anwendung von verhaltenstherapeutischen Methoden wie Selbstbeobachtung, Strategien zur Emotions- und Anspannungsregulation sowie dem Habit Reversal Training (HRT). Das HRT besteht aus

- Aufmerksamkeitstraining/ Selbstbeobachtung
- Förderung von Veränderungsmotivation
- dem Erlernen und Anwenden einer konkurrierenden Körperhaltung/ Bewegung („competing response“)

sowie

- Generalisierungstraining

Das Aufmerksamkeitstraining beinhaltet zunächst Selbstbeobachtungen sowie das Identifizieren von Risikosituationen, zum Beispiel automatisierte Tätigkeiten, wie Fernsehen oder Lesen. Die konkurrierende Körperhaltung/ Bewegung soll mit dem Haarereißern nicht vereinbar sein und auch in sozialen Situationen umsetzbar sein. Sie soll dem Umlernen automatisierter Bewegungsmuster dienen. Strategien zur Stimuluskontrolle sollen das Haarereißern in potentiellen Risikosituationen erschweren, wie z. B. das Tragen von Handschuhen oder das Eincremen der Hände.

Aus unserer klinischen Erfahrung in der stationären Behandlung der Trichotillomanie zeigt sich, dass ein Teil der Betroffenen zunächst das Gefühl hat, sie müssten nahezu den gesamten Tag über die konkurrierende Haltung einnehmen, da nahezu ständig Impulse auftreten. Den Betroffenen gelingt es ferner an einigen Tagen gut den „Reiß-Impulsen“ zu widerstehen, jedoch scheint es Ihnen unter auftretenden Belastungsfaktoren (wie z.B. psychosozialen Konflikten) meist deutlich schwerer, die erlernten Strategien anzuwenden und es kommt zu Rückschlägen. Studien belegen, dass bis zu 70% der Betroffenen nach zunächst erfolgreichem Ansprechen auf die Therapie in altes dysfunktionales Verhalten zurückfallen (z.B. Keijsers et. al. 2006).

Insgesamt wird deutlich, dass zum Aufrechterhalten der Motivation und Adhärenz für die behaviorale Therapie viel Disziplin und Durchhaltevermögen benötigt wird. Neben dem ausgeprägten Leidensdruck ist es für Betroffene oft schwierig, unangenehme innere Zustände und Emotionen zu tolerieren und zu akzeptieren. Dies wird durch die „klassischen“ Behandlungsmethoden jedoch nur wenig fokussiert. Ferner scheint auch vor dem Hintergrund häufig auftretender komorbider Erkrankungen und Probleme im sozialen und beruflichen Bereich eine ganzheitlichere transdiagnostische und an nachhaltigen Zielen orientierte Herangehensweise sinnvoll. Hier weisen PatientInnen mit Trichotillomanie häufig große Schwierigkeiten auf. Eine zusätzliche Arbeit an der grundlegenden Akzeptanz für unangenehme Erfahrungen und dabei die stringente Verfolgung der individuellen Lebenswerte und -ziele könnte hier eine wichtige und notwendige Ergänzung für die langfristig erfolgreiche Behandlung der Trichotillomanie sein.

Ein Therapiekonzept, welches dies durch die Kombination von klassischen verhaltenstherapeutischen Elementen des HRT mit Elementen der ACT bereits berücksichtigt, ist das Therapiemanual von Woods und Twohig (2008). Aktuell sammeln wir mit diesem vielversprechenden Therapieansatz auch Erfahrungen in der stationären Therapie. Grundlegende Idee ist dabei u.a., dass PatientInnen mit Trichotillomanie häufig in Vermeidungsverhalten („experiential avoidance“) und in einer „unwillingness“ unangenehme Gefühlszustände zu erleben „festhängen“.

Ziel ist es u.a. - neben dem Erkennen von Risikosituationen sowie dem Stoppen des Haarereißens - zunehmend die Akzeptanz für den Drang/Impuls sowie für unangenehme Gefühle und schwierige Gedanken zu steigern, sodass Betroffene nicht mehr mit diesen „in den Kampf treten“. Hierzu wird parallel zu dem klassischen HRT die Entwicklung individueller Lebenswerte durch Übungen wie die Nutzung von Metaphern (z.B. Verfassen der eigenen

Grabschrift) fokussiert. Dabei sollen Fragen wie „Was sollen die Menschen Jahrzehnte später von mir in Erinnerung behalten?“, „Wofür möchte ich stehen?“ und „Was war mir wichtig?“ beantwortet werden. Daran anschließend wird an der regelmäßigen Umsetzung konkreter Schritte hin zu einem individuellen werteorientierten Leben gearbeitet. Hierzu werden zunächst mögliche Barrieren identifiziert (z.B. typische Gedanken und Gefühle, die den Drang Haare zu reißen auslösen; Ursachen für die Vermeidung individuell schwieriger aber wichtiger Aktivitäten oder Situationen). Ziel ist es dann, die konkreten Schritte in Richtung Ziel- und Werteorientierung trotz des Drangs die Haare zu reißen auszuführen und erlernte Strategien anzuwenden, um nicht erneut in alte Verhaltensmuster zu fallen. Insgesamt ist ein werteorientiertes Leben, welches weniger durch den Drang Haare zu reißen oder durch unangenehme Gefühle oder Gedanken bestimmt wird, das Ziel. Dies stärkt ebenfalls die Motivation den beschwerlichen Weg des HRT einzuschlagen und sich immer wieder neu zur Umsetzung der konkurrierenden Körperhaltung/-bewegung zu motivieren. Zum weiteren Aufbau der Motivation wird die „Two-Games“-Metapher vorgeschlagen. In dieser Metapher geht es darum, dass die Betroffenen gegen unangenehme Gedanken, Gefühle und den Drang/Impuls zum Haare-Reißen mental „Tennis spielen“. Kurzfristig haben sie manchmal das Gefühl, das Spiel zu gewinnen, jedoch ist der Gegner deutlich stärker, sodass kein endgültiger/langfristiger Gewinn möglich ist, unabhängig davon, wie stark man sich anstrengt. Durch die Frage, „Was wäre, wenn es nicht Ihre Aufgabe ist, den Drang zu bekämpfen, sondern das Spielfeld zu verlassen und sich einem anderen Spielfeld zuzuwenden?“ soll das Austreten aus dem Kampf und das Hinwenden zu einem werteorientierten Leben angeregt werden. Der Gegner im zweiten Spiel ist fair und das Spiel steht für ein werteorientiertes Leben. Je mehr Anstrengung man dort aufwendet, desto mehr gewinnt man. Darüber hinaus wird ein neuer Umgang mit unangenehmen Gedanken, insbesondere auch in Bezug auf den Drang des Haarereißens, durch Defusionsstrategien, wie zum Beispiel sich den Drang als Fernsehwerbung, Pop-Up Meldung auf dem PC oder als quengelndes Kind im Supermarkt vorzustellen, erarbeitet. Durch eine gesteigerte Distanzierungsfähigkeit soll die handlungsbestimmende Wirkung der Gedanken, Gefühle und des Drangs/Impuls zum Haare-Reißen verringert werden.

Fazit

Eine recht aktuelle Metaanalyse (McGuire et al., 2014) legt höhere Effekte für Behandlungen, die neben klassischen verhaltenstherapeutischen Interventionen zusätzlich Elemente aus der DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie) oder ACT integrieren, nahe. Ein großangelegtes,

multizentrisches Projekt in Norwegen (The Norwegian Trichotillomania Project) konnte sowohl hohe kurzfristige als auch zufriedenstellende mittelfristige Therapieeffekte zeigen (vgl. Haaland et al., 2017). Auch hier wurden neben klassischen verhaltenstherapeutischen Behandlungen, Teile der ACT im gruppentherapeutischen Setting integriert.

Insgesamt lässt sich abschließend sagen, dass es sich bei der Trichotillomanie um ein schwerwiegendes und komplexes Erkrankungsbild handelt. Um PatientInnen eine dauerhafte Linderung ihrer Symptomatik zu ermöglichen braucht es neben der Arbeit an der konkreten Symptomatik auf der Verhaltensebene ergänzende Interventionen, die stärker den generellen Umgang mit inneren Prozessen sowie mit unangenehmen emotionalen Zuständen fokussiert. Hier bieten sich durch die Acceptance and Commitment Therapy interessante und vielversprechende Ansätze.

Literatur

Haland, A.T.; Eskeland, S.; Moen, E.M.; Vogel, P.A. et al. (2017). ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania. An effectiveness study. *Journal of Obsessive and Compulsive and Related Disorder*, 12, 109-116.

Keijsers, G.P.; v. Minnen, A., Hoogduin, C.A. et al. (2006). Behavioral Treatment of Trichotillomania: two year follow up results. *Behav Res Ther*, 44, 359-370.

McGuire, J.F.; Ung, D.; Selles, R.R.; Rahman, O.; Lewin, A.B.; Murphy, T.K. & Storch, E.A. (2014). Treating trichotillomania: A meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 76-83.

Woods, D.W. & Twohig, M. P. (2008). *Trichotillomania: An ACT-Enhanced Behavior Therapy Approach*. Oxford University Press, Oxford.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Christian Stierle, Blumenburg Mental Health Care, Leitender Psychologe, Burgstr. 1, 24238 Selent, Professur für Psychologie, IUBH Internationale Hochschule, Email: c.stierle@blumenburg.com

Psoriasis – eine Systemerkrankung mit maßgeblichem Einfluss auf die Lebensqualität

Jochen Wehrmann

Summary

Depending on population a psoriasis frequency of 0,1 % and 11,4 % has been reported. The chronic course of the disease is characterized by frequent relapses and a number of comorbidities give evidence of its systemic character (cardiovascular diseases, metabolic disease, depression a.o.). Consequently, the WHO ranks psoriasis among the severe non-communicable diseases (resolution WHA 67.9). In addition, quality of life is often dramatically compromised by stigmatization, intense pruritus or sexual difficulties.

The S3-guidelines mention numerous treatment options and the recent development of biologics allows to reduce PASI-90-rates by up to 80 % even in severe cases. Given that the primary interest of most patients is rapid clearance of their skin lesions and ideally complete remission under therapy, biologics appears to provide a satisfactory and simple solution.

Respective studies report not only improved skin but also improved mood and relationships as well as reduced social anxiety. Problematic are the still unanswered question of possible side effects of long-term use, adherence to therapy and high costs. However, the various comorbidities should not be overlooked and included in the counseling session. If there is a depression, this influences the adherence to therapy. Not infrequently, psoriatics also suffer from suicidality and then psychiatrists or psychotherapists should be consulted. To identify possible comorbidities and risks, such as excessive alcohol consumption, comorbidityscreening is recommended. Severe obesity worsens the clinical picture and the result of the therapy, so that weight loss possibly by bariatric surgery and generally physical activity should be motivated. Sexuality should also be addressed.

Keywords

Psoriasis, therapy, comorbidity, quality of life, psychosomatics.

Zusammenfassung

Die Häufigkeit der Psoriasis liegt in den verschiedenen Ländern zwischen 0,1 % und 11,4 %. Durch ihren chronisch-rezidivierenden Verlauf und ihren systemischen Charakter mit zahlreichen Komorbiditäten (kardiovaskuläre Erkrankungen, Depression, metabolische Erkrankungen) zählt die »World Health Organization« (WHO) die Schuppenflechte zu den schwerwiegenden, nicht infektiösen Erkrankungen (Resolution WHA 67.9). Zudem ist die Lebensqualität häufig durch Stigmatisierung, starken Juckreiz oder eine sexuelle Problematik gemindert.

Die S3-Leitlinie erwähnt zahlreiche Therapieoptionen, sodass auch bei schweren Verläufen durch Biologika inzwischen »Psoriasis Area and Severity Index« (PASI)-90-Raten von 80 % und mehr realistisch sind. Wenn man bedenkt, dass die meisten Betroffenen eine schnelle Verbesserung ihres Hautzustands wünschen, am besten noch davon geheilt zu sein, dann scheint mit diesen neuen Präparaten endlich eine befriedigende und einfache Lösung gefunden worden zu sein.

Die Studien berichten von einer deutlichen Besserung der Stimmung, einer Verminderung sozialer Ängste und einer entspannteren Beziehungsgestaltung. Problematisch sind die noch ungeklärte Frage der möglichen Nebenwirkungen bei Langzeitanwendung, die Therapietreue und die hohen Kosten.

Dabei sollten aber die verschiedenen Komorbiditäten nicht übersehen werden und in das Beratungsgespräch mit einbezogen werden. Besteht eine Depression, so beeinflusst dies die Therapietreue. Nicht selten leiden Psoriatiker bei starker Ausprägung auch unter Suizidalität – dann sollten Psychiater oder Psychotherapeuten hinzugezogen werden.

Zur Identifizierung möglicher Begleiterkrankungen und Risiken, wie zum Beispiel übermäßiger Alkoholkonsum, empfiehlt sich das Komorbiditätsscreening. Starke Adipositas verschlechtert das Krankheitsbild und das Therapieergebnis, sodass zu Gewichtsreduktion, gegebenenfalls auch durch bariatrische Operation, und körperlicher Aktivität motiviert werden sollte. Auch Sexualität sollte thematisiert werden.

Schlüsselwörter

Psoriasis, Therapie, Komorbidität, Lebensqualität, Psychosomatik.

Einführung

Die Psoriasis ist eine der weltweit bedeutsamsten Hauterkrankungen, die von den Betroffenen meist geduldig oder resignativ ertragen oder erlitten wurde, so wie dies der amerikanische Schriftsteller John Updike (29) mit Bezug auf seine eigene schwere Schuppenflechte beschrieb.

Aus verschiedenen Gründen ist diese schwere chronische Erkrankung in den vergangenen Jahren in den Fokus der wissenschaftlichen Forschung und der therapeutischen Innovation gerückt. Maßgeblich hierfür war die Entwicklung systemischer Therapien, beginnend mit Methotrexat (MTX), Retinoiden und Fumarsäure, aber auch die Etablierung einer aktiven und selbstbewussten Patientenorganisation (Deutscher Psoriasisbund [DPB]).

Im Zusammenhang mit der zunehmenden Bedeutung der Lebensqualität für die Einführung und Zulassung neuer Medikamente aber auch der sozioökonomischen Bedeutung dieser globalen Erkrankung wurde die Psoriasis 2014 von der WHO als schwere, nicht ansteckende Erkrankung mit der Resolution WHA 67.9 als besonders unterstützenswürdig aufgenommen. Darin werden insbesondere die Regierungen und andere maßgebliche Akteure aufgefordert, sich mit unnötigen und un- berechtigten sozialen Konsequenzen der Psoriasis zu befassen, Mythen und Verhaltensweisen in Zweifel zu ziehen, die zum Ausschluss von Patienten von der medizinischen Unterstützung und dem täglichen Leben führen. Forschungsvorhaben zur besseren Therapie sollen gefördert und Anti-Stigma-Kampagnen initiiert werden (24).

Vom DPB und der nationalen Versorgungskonferenz Psoriasis wurde daraufhin ein Forderungskatalog an die Bundesregierung gerichtet. Aus der Versorgungsforschung wissen wir, dass die Krankheitslast (»burden of disease«) doppelt so hoch liegt wie für die akute Hepatitis C (24). Die Belastung (»Disability-Adjusted Life Year« [DALY]) variiert zwischen verschiedenen Ländern, Altersgruppen und Geschlecht, und sie ist auch nur eingeschränkt mit dem klinischen Ausmaß der Hauterkrankung korreliert. So kann auch ein geringer Befall als starke subjektive Belastung erlebt werden. Objektiv schlägt sich die Einschränkung durch die Psoriasis in der geringeren Lebenserwartung nieder. In der dänischen Gesamtbevölkerung verkürzte sich diese bei leichter Psoriasis um zwei Jahre und bei schwerer Psoriasis sogar um 4,5 Jahre, wobei der spezifische Einfluss der Psoriasis-therapie nicht untersucht wurde (27).

Komorbiditäten

Die Psoriasis ist stark durch immunologische Prozesse geprägt, was auch die Grundlage der Behandlung mit Biologika ist, sowie durch veränderte Fibroblasten. Das Krankheitsgeschehen wird wesentlich durch Entzündungsprozesse beeinflusst, die über Interleukine und andere Botenstoffe mediiert werden. Hier gibt es auch ähnliche Zytokinmuster wie bei der Depression (z.B. Tumornekrosefaktor [TNF]-alpha oder Interferon [INF]-alpha). Die Hochregulierung dieser umfangreichen Zytokinpalette wird für die erhöhte Komorbidität mit metabolischem Syndrom, kardiovaskulären Erkrankungen, aber auch Depression verantwortlich gemacht (3, 4, 15, 20, 30). Empfehlenswert ist das Komorbiditätsscreening (Abb. 1), mit dem auch »psychologischer Stress« erfasst wird, aber keine spezifische definierte psychische Störung (34)

Anamnese	Verwandte 1. Grades mit schwerer KHK, pAVK schwere bzw. mittelschwere Psoriasis > 10 Jahre	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	erhöhtes Komorbiditätsrisiko	Überweisung zur Abklärung erwägen Hausarzt/Internisten/Psychiater								
Lebensweise	Inaktivität (kein Sport, kein Fahrrad, viel Auto) Nikotinabusus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja										
Blutdruck (RR)	syst. > 140 mmHg, diast. > 90 mmHg	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja										
Blutfette	nüchtern TG > 100 mg/dl LDL-Chol. > 70-100 mg/dl HDL-Chol. < 45 mg/dl	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja										
Mikroalbuminurie	zwischen 20-200 mg/d	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja										
Körpermasse	BMI: > 25 kg/m ² Taillenumfang: F > 88 cm, M > 102 cm	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja										
Glukose-SW	HbA1c: ≥ 6,5% (≥ 48 mmol/mol) oder Nüchtern-BZ: > 126mg/dl (≥ 7mmol/l) oder oGTT: > 200mg/dl (≥ 11,2mmol/l)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja										
2-Fragen-Test	Fühlen Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	2 x Ja Summe aller Punkte Männer: 4 oder mehr Frauen: 3 oder mehr									
AUDIT-C	Wie oft trinken Sie Alkohol?	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>nie</td> <td>etwa 1mal pro Monat</td> <td>2-4mal pro Monat</td> <td>2-3mal pro Woche</td> <td>4mal oder öfter pro Woche</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	nie	etwa 1mal pro Monat	2-4mal pro Monat	2-3mal pro Woche
0	1	2	3	4									
nie	etwa 1mal pro Monat	2-4mal pro Monat	2-3mal pro Woche	4mal oder öfter pro Woche									
Ein-Glas-Alkohol-entspricht:	Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann typischerweise?	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1 oder 2</td> <td>3 oder 4</td> <td>5 oder 6</td> <td>7 oder 8</td> <td>9 oder mehr</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8	9 oder mehr
0	1	2	3	4									
1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8	9 oder mehr									
Ein-Glas-Alkohol-entspricht:	Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>nie</td> <td>selbener als 1mal pro Monat</td> <td>1mal pro Monat</td> <td>1 mal pro Woche</td> <td>täglich oder fast täglich</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	nie	selbener als 1mal pro Monat	1mal pro Monat	1 mal pro Woche	täglich oder fast täglich
0	1	2	3	4									
nie	selbener als 1mal pro Monat	1mal pro Monat	1 mal pro Woche	täglich oder fast täglich									

↑ Kardiovaskuläre Erkrankung
↑ metabolisches Syndrom
↑ psychische Erkrankung

Abb. 1: Checkliste und Handlungsempfehlung zur Ermittlung des individuellen Risikos auf Komorbidität von Patienten mit schwerer oder mittelschwerer Psoriasis (34; © Lilly)

Adipositas

Große Bedeutung kommt der (schweren) Adipositas zu, da sie sowohl das Auftreten begünstigt als auch die Ausprägung der Erkrankung und das Ansprechen auf eine Therapie negativ beeinflusst (6). So haben adipöse Patienten (»Body Mass Index« [BMI] ≥ 30) ein zirka 60 % höheres Risiko für ein Therapieversagen bei TNF-Hemmern gegenüber übergewichtigen Patienten ($25 \leq \text{BMI} \leq 30$). Eine Erhöhung des BMI um 1 Punkt führte zu einem 6,5 % höheren Risiko eines Therapieversagens (12).

Ein bariatrischer Eingriff bei bislang hautgesunden, adipösen Patienten senkt das Risiko, an Psoriasis zu erkranken. Der BMI lag zu Beginn in der Operations-Gruppe bei 42, nach 10 Jahren war er um 17 % niedriger. In der Kontrollgruppe (ohne Operation) erhöhte sich der BMI nach 10 Jahren um 1,7 %.

Im Verlauf des Beobachtungszeitraums von bis zu 26 Jahren traten in der Operations-Gruppe 71 Fälle und in der Kontrollgruppe 103 Psoriasiserkrankungen auf. Am effektivsten war der Magenbypass (21). Ein Magenbypass reduziert auch Diabetes Typ II (75 % nach 5 Jahren) (8) und in einer anderen Studie (BMI durchschnittlich 44,7) sanken die Inzidenz makrovaskulärer Ereignisse (»Hazard Ratio« [HR] nach 7 Jahren: 0,58) und die Gesamtmortalität (HR: 0,34), p jeweils $< 0,001$ (13).

Eine italienische Studie fokussierte auf körperliche Aktivierung und Ernährungsberatung im Rahmen einer 20-wöchigen Intervention (Ausgangs- PASI-Wert ≥ 10 , Durchschnittsalter 53 Jahre, BMI ≈ 31). 30 % aus der Interventionsgruppe erreichten das Ziel einer Gewichtsreduktion um mindestens 5 %, was zu einem durchschnittlichen Rückgang im PASI von 48 % führte. Die Kontrollgruppe, die lediglich Informationen zum Nutzen des Abnehmens erhielt, reduzierte das Gewicht nur um 14,5% und der PASI sank um 25 %. Der BMI nahm in der aktiven Gruppe im Schnitt um 3 %, in der Vergleichsgruppe um 1,9 % ab (23).

Depression

Depression findet sich bei Psoriatikern zirka doppelt so häufig wie in der Allgemeinbevölkerung (ca. 12 % zu 6 %) (10, 11). Der Gebrauch von Antidepressiva ist drei- bis viermal so hoch. Hautgesunde Menschen mit Depression erkranken wiederum häufiger an Psoriasis (9). Einerseits korreliert die Schwere einer Psoriasis im Mittel mit der Zunahme an Depressionen – andererseits korrelieren der subjektive Leidensdruck und die Lebensqualität

nicht mit dem Ausmaß der Erkrankung. Juckreiz im Rahmen einer Psoriasis ist mit höherem Depressionsvorkommen gekoppelt (25, 32).

Da das Hauptziel der Psoriasispatienten (Abb. 2) die Erscheinungsfreiheit ist (5), hat die moderne Therapie mit Biologika und PASI-90-Raten von bis 80 % das psychische Befinden vieler Patienten eindeutig verbessert (17).

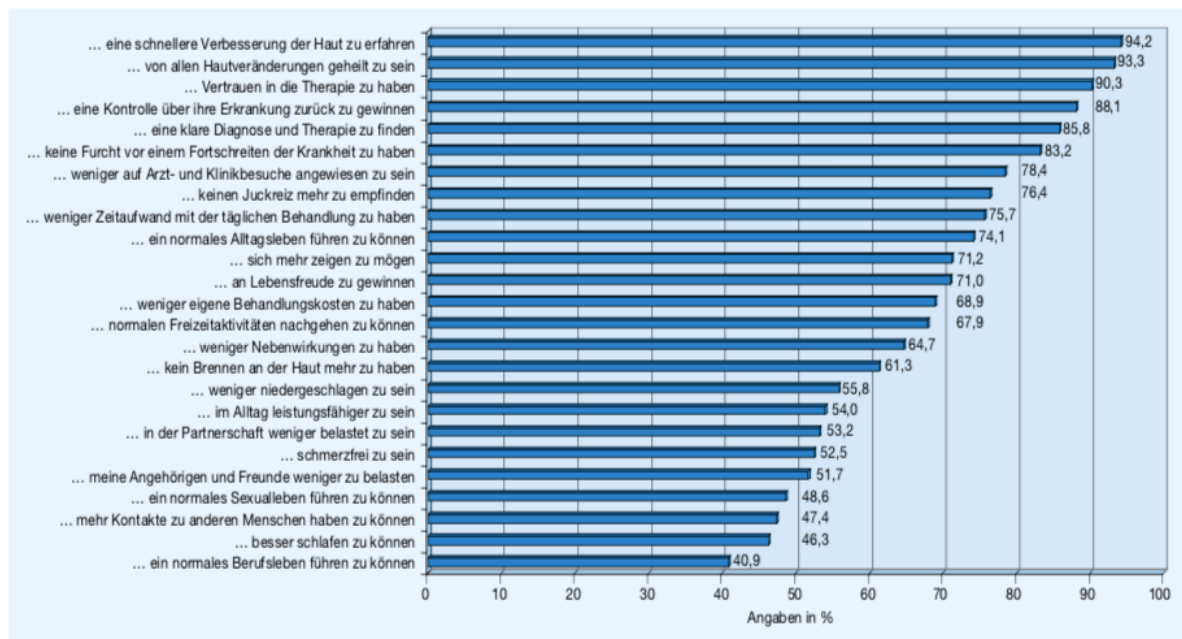


Abb. 2: Patientenbedürfnisse bei der Psoriasis-Behandlung (% Antworten) (mod. nach 5)

In einer Übersichtsarbeit aus 2018 wurden die Determinanten der bevorzugten Therapieoption und der Therapiezufriedenheit aus Patientensicht untersucht. Es zeigten sich Abhängigkeiten vom Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Erkrankungsdauer und früheren Therapien. Manche Patienten legten auch einen größeren Wert auf die Zugänglichkeit einer Behandlung gegenüber dem Behandlungsergebnis. Insgesamt war die Patientenzufriedenheit mit den existierenden Therapien eher mäßig (»modest«), wobei die mit Biologika therapierten Patienten die höchste Behandlungszufriedenheit im Vergleich zu oraler Therapie, Phototherapie und Externa zeigten (14).

Es gibt erste Studienergebnisse, die darauf hinweisen, dass eine Therapie mit einem Biologikum bei Psoriasispatienten mit Depressivität, nicht aber Ängstlichkeit (erhoben mit dem »Hospital Anxiety and Depression Scale« [HADS]-Fragebogen), schlechtere Ergebnisse zeigt (18). Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass auffällige Ergebnisse in einem Fragebogen noch nicht mit einer psychiatrischen Erkrankung gleichgesetzt werden dürfen.

Gerade bei somatischen Patienten ist die diagnostische Validität einer Fragebogenerhebung beschränkt (31) und Männer verbergen häufig eine Depression vor sich und anderen, die sie nicht selten mit exzessivem Sport, Suche nach Sex, Alkohol, Computerspiele oder auch riskantem/aggressivem Verhalten zu bekämpfen versuchen (22). Dennoch ist ein auffälliges Ergebnis im psychologischen Screening ein wichtiger Hinweis auf eine möglicherweise geringere Wirksamkeit unter Biologika-Therapie, die in das Beratung- und Aufklärungsgespräch mit dem Patienten einfließen sollte, zumal die Therapietreue bei psychischer Komorbidität schlechter ist (16).

Sexualität

Kurt Seikowski, Diplom-Psychologe an der Universität Leipzig, beriet viele Jahre dermatologische Patienten und Menschen mit Sexualstörungen. Er fasste seine Erfahrungen wie folgt zusammen: Nach dem erstmaligen Auftreten der Schuppenflechte werden vermehrt sexuelle Probleme berichtet und die Verunsicherung ist besonders groß beim Ausbruch in der Pubertät. In der Kennenlern-Phase einer Beziehung werden mehr sexuelle Unsicherheiten und Probleme berichtet sowie ein reduzierter Austausch von Zärtlichkeiten.

Andererseits sind zirka 70 % der Betroffenen mit der Sexualität zufrieden und von den Partnern der Erkrankten sogar mehr als 90 %. Ausschlaggebend hierfür ist eine stabile, akzeptierende Partnerschaft. Frauen berichten über eine geringere Orgasmusfähigkeit. Obwohl es sich um ein wichtiges Thema beziehungsweise Problem handelt, wird Sexualität nur selten von Patienten oder Ärzten angesprochen (28, 33).

Eine genitale Psoriasis ist bezüglich Sexualität besonders belastend, speziell bei Frauen durch Juckreiz und Schmerzhaftigkeit, worunter die Libido und die Sexualfrequenz leiden. Dadurch ist auch die Lebensqualität nochmals geringer (26). Bei Männern findet sich eine signifikante Erhöhung erektiler Dysfunktion, verglichen mit anderen Hauterkrankungen, und umgekehrt liegt bei Männern mit dieser Sexualstörung zirka dreimal häufiger eine Psoriasis vor, was vermutlich Folge der verschiedenen Komorbiditäten der Psoriasis ist (Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen). Erektile Dysfunktion findet sich auch bei atopischer Dermatitis, aber in geringerer Ausprägung (19).

Fazit

- Zur Therapie der Psoriasis existiert eine Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten (s. S3-Leitlinie der Psoriasis [2]).
- Mit den neuen Biologika sind auch bei ausgeprägtem Hautbefall PASI-90- Raten von 80 % möglich (aber: Langzeitbeobachtungen fehlen, hohe Therapiekosten).
- Viele Psoriasispatienten leiden zusätzlich unter internistischer und psychischer Komorbidität, die die Lebensqualität, die Lebenserwartung und die Therapietreue erheblich beeinflussen.
- Bei stark übergewichtigen Patienten kann eine Gewichtsabnahme, gegebenenfalls durch bariatrische Operation, die Psoriasis deutlich verbessern und das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse vermindern. Außerdem sollte immer eine Motivation zu körperlicher Aktivität erfolgen, mindestens zwei- mal wöchentlich à 45 Minuten.
- Depression ist eine wesentliche Komorbidität, die sich durch eine suffiziente Therapie der Psoriasis bessern, andererseits auch ein Therapiehemmnis darstellen kann.
- Bei der Behandlung von Patienten mit Psoriasis sollte man sich dieser verschiedenen Aspekte bewusst sein und sie im Gespräch mit dem Patienten evaluieren, zum Beispiel mit der Komorbiditäts-Checkliste. Der Patient sollte dann entsprechend informiert werden, nicht nur über Risiken und Chancen der dermatologischen Therapie, sondern auch in Hinblick auf die erwähnten internistischen und psychischen Aspekte. Dermatologie ist eben keine »oberflächliche« Heilkunde, sondern sie steht gerade bei der Psoriasis im Zentrum einer systemischen Betrachtungs- und Handlungsweise. Dies fördert die Behandlungsqualität, die Patientenzufriedenheit sowie die Therapietreue durch eine bessere Arzt-Patient-Beziehung und damit nicht zuletzt auch die Zufriedenheit des/der DermatologIn.
- Psychosomatiker und Psychiater sollten bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung, zum Beispiel einer Depression, möglicherweise mit Suizidalität, sowie bei schwierigen Therapieverläufen, die durch starke psychosoziale Trigger der Psoriasis oder eine auffallend belastete Arzt-Patient-Beziehung gekennzeichnet sind, hinzugezogen werden, (1, 7).

Literatur beim Autor

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jochen Wehrmann

Abteilung psychische Erkrankungen VAMED-Rehaklinik Bad Berleburg,

Arnikaweg1, 57319 Bad Berleburg, E-Mail jochen.wehrmann@vamed-gesundheit.de

24.-26.10.2019 ESDaP Psychodermatology Course Brussels

Uwe Gieler

Vom 24.-26.10.2019 fand der diesjährige ESDaP Kurs zum Thema „Psychodermatology“ in Brüssel statt. 18 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der ganzen Welt trafen sich in einem mitten in Brüssel gelegenen schönen Kloster mit einer ruhigen und produktiven Arbeitsatmosphäre. Alle waren von der Psychodermatologie begeistert und wollten die Informationen durch Vorträge, Workshops, Kommunikations-Rollenspiele und viele Falldarstellungen von allen Teilnehmern in ihre jeweiligen Länder und Einrichtungen mitnehmen. Es waren Dermatologen aus Indien, Mexiko, Singapur, USA, Moskau, London, Ukraine, Kroatien, Spanien und der Schweiz dabei (siehe Foto).



Francoise Poot, der Schatzmeisterin der ESDaP war es gelungen, ein spannendes Programm zusammenzustellen einschließlich des gemeinsamen Abendessen am vorletzten Workshop-Abend in einer großen Buchhandlung, so dass alle neben dem Essen auch in Büchern und CD's stöbern konnten.

Das Besondere dieses Workshops war, dass zum ersten Mal neben spielerischen App-Quiz zu den Vorträgen in Psychodermatologie auch eine Prüfung zum „Psychodermatology-Diploma“ stattfand mit 15 Multiple-Choice Fragen. Die Inhalte der von ESDaP vergebenem „Psychodermatology-Diploma“ sind hier dargestellt und auch die Prüfungsfragen sind in Englisch abgedruckt, damit jeder der Spaß hat, selbst prüfen kann, ob sie oder er die notwendigen 8 Fragen

von 15 richtig beantwortet hätte! Alle 5 TeilnehmerInnen, die die Voraussetzung von 2 Workshops, an denen teilgenommen werden musste, erfüllt hatten, haben diesmal bestanden!

Im nächsten Jahr wird auf dringende Bitten der Teilnehmer ein Kurs für Fortgeschrittene stattfinden und auch ein erneuter Kurs für diejenigen, die in die Psychodermatologie hineinschnuppern wollen. Infos über: www.psychodermatology.net

ESDaP Course Brussels 25/10/2019

1. The **first choice** for psychotropic drug therapy in patients with delusions of parasitosis should be:

- A Olanzepin
- B Pimozid
- C Quetiapin
- D Promethazin
- E Risperidon

2. In chronic inflammatory skin diseases like psoriasis, atopic dermatitis or urticaria psychosomatic comorbidities are frequent. Which comorbidity is rare?

- A Social Phobia
- B Stigmatization
- C Depression
- D Cyclothymic reaction
- E Helplessness

3. Which behaviour symptom in Body Dysmorphic Disorder is rare:

- A Obsessive washing procedure
- B Mirror Checking
- C Skin Picking
- D Reinsurance about own beauty
- E Camouflaging

4. The Prevalence of Body Dysmorphic Disorders after representative studies is about how many percent in the general population?

- A 0,02 %
- B 0,08 %
- C 0,5 %
- D 1 %
- E 4 %

5. Which psychoimmunologic mechanism is as explanation of increasing chronic skin inflammation mostly not important?

- A Substance P
- B CGRP
- C JAK-Inhibitor
- D Acetylcholin
- E NGF

6. Which emotions and conflicts are most rare in skin diseases?

- A Anger
- B Disgust
- C Shame
- D Near-Distance-Conflicts
- E Fear

7. Which psychosomatic therapy procedures for improving coping with skin diseases is **not** to recommend

- A Self-help groups
- B Relaxation training
- C Habit-Reversal-Technics
- D Patient Education programs
- E Family exposure after Hellinger

8. The Skin-Picking-Syndrome is mostly classified as:

- A Phobia
- B Somatoform Disorder
- C Addiction
- D Obsessive compulsive disorder
- E Dissociation

9. The most evaluated Therapy for Skin Picking Syndroms as psychotherapy is:
- A Cognitive Behaviour therapy (CBT)
 - B Mentalization based Psychotherapy
 - C Couple Therapy
 - D Gestalt Psychotherapy
 - E Psychoanalytic Psychotherapy
10. In which antidepressant for use in dermatological offices there is a possibility of weight loss obviously present:
- A Sertralin
 - B Mirtazapin
 - C Amitryptilin
 - D Fluoxetin
 - E Citalopram
11. Is depression in skin patients mostly over- or underestimated by dermatologists?
- A There is a good correlation!
 - B There is no correlation!
 - C Depression is underestimated!
 - D Depression is overestimated!
 - E Depression is underestimated and overestimated!
12. Which basic science explain the psychosomatic reactions in skin diseases best?
- A Brain Research
 - B Epigenetics
 - C Psychoimmunology
 - D Epidemiology
 - E Psychophysiology

13. Which pathway is not known as stress reaction?
- A Cortisol Pathway
 - B Neurogenic Inflammation Pathway
 - C Non-Acetylcholin Receptors Pathway
 - D Serotonin/Dopamin-Pathway
 - E Adrenalin / Noradrenalin Pathway
14. How many nerve endings are in 1 cm² in human skin in average?
- A 10
 - B 25
 - C 50
 - D 75
 - E 125
15. Which of the following psychotropic drugs has the highest potential of addiction?
- A Lorazepam
 - B Risperidon
 - C Fluoxetin
 - D Amitryptilin
 - E Gabapentin

Die richtigen Antworten sind unten auf der Seite 49 zu finden!

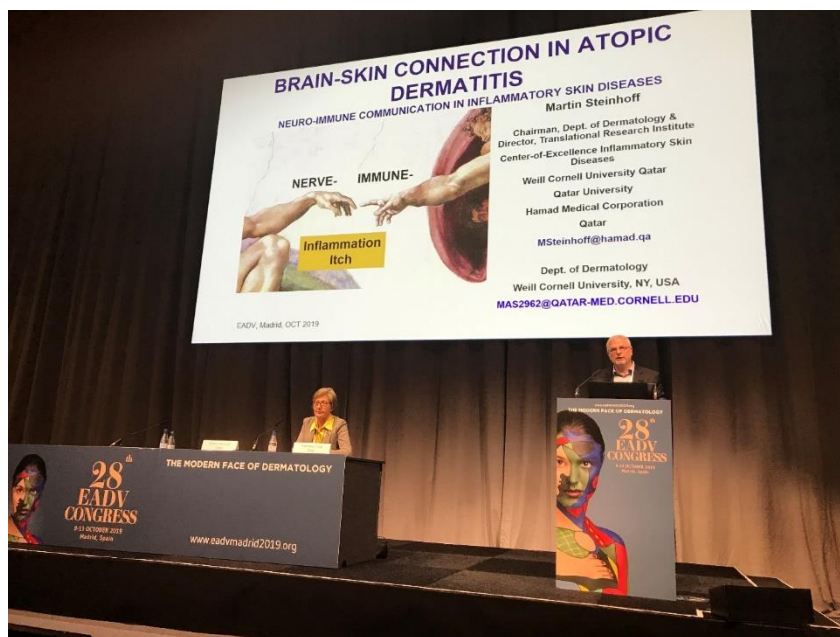
Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Uwe Gieler
Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Giessen, Gaffkystrasse 14,
35392 Giessen, Mail: Uwe.Gieler@psycho.med.uni-giessen.de

28. Kongress der EADV in Madrid mit Symposium „Psychodermatologie“

Uwe Gieler

Im Oktober trafen sich mal wieder die Dermatologen der EADV in Madrid und es gab ein recht gut besuchtes Symposium zur Psychodermatologie. Besonders spannend war aus meiner Sicht der Vortrag von Prof. Martin Steinhoff (Doha/Qatar) zu neuen Aspekten der Psychoimmunologie und Zusammenhängen zwischen Juckreiz und Gehirn.



Außerdem gelang es der Schatzmeisterin der ESDaP – Francoise Poot – eine gelungene und praxisrelevante Übersicht zum Thema „Therapie des Skin Picking“ zu präsentieren. Sie stellte das hier ein 4 Stufen-Programm der Behandlung vor, das sich inzwischen in der Behandlung dieser Störung bewährt hat!



Neben diesen beiden herausragenden Vorträgen wurden Übersichten zur Körperdysmorphen Störung, zur psychopharmakologischen Behandlung bei psychodermatologischen Erkrankungen und zum Münchhausen by proxy-Syndrom vorgestellt.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Uwe Gieler

Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Giessen, Gaffkystrasse 14,
35392 Giessen, Mail: Uwe.Gieler@psycho.med.uni-giessen.de

Richtige Antworten zu den Fragen:

1E / 2D / 3A / 4D / 5C / 6A / 7E / 8D / 9A / 10D / 11E / 12C / 13D / 14C / 15A

Patienten-Broschüre zum Skin – Picking

(auf der Homepage der ESDaP jetzt online gestellt zum Herunterladen in verschiedenen Sprachen, hier die deutsche Version)

Uwe Gieler

Skin Picking Syndrome

Bearbeiten Sie manchmal oder öfter Ihre Haut, ziehen Sie Ihre Haare aus, beißen Sie in die Haut oder schneiden Sie sich in die Haut mit verschiedenen Instrumenten und möchten darüber mehr wissen? Darum geht es hier! Schämen Sie sich nicht ein „Skin Picker“ zu sein, Sie sind zusammen mit ca. 1% der gesamten Bevölkerung!

Generelle Beschreibung / Definition

Die Skin Picking Syndrome sind Verhaltensmaßnahmen, die die eigene Haut schädigen. Es gibt verschiedene Verhaltensmuster:

1. Skin Picking führt zu aufgekratzten Reaktionen (Exkorationen), ohne dass es durch eine andere bekannte Hauterkrankung erklärbar wäre wie z.B. Ekzeme
2. Haare ausreißen (= Trichotillomanie genannt)
3. Nägelkauen (= Onychophagie oder Nail biting)
4. Selbstverletzungen (=Skin cutting oder Skarifikation)
5. Handekzeme die durch übermäßiges Waschen hervorgerufen werden
6. Nase oder Ohren Knibbeln
7. Lippen-Leck-Ekzem (=lip licking)
8. Wangenkauen

Klinische Kennzeichen / Präsentation:

Vielleicht haben Sie schon viele Male versucht dem Drang zu widerstehen. Aber es funktioniert nicht und beschämt Sie selbst oder Sie fühlen sich schuldig.

Vielleicht zwingt Sie eine Akne immer wieder, sich vor den Spiegel zu stellen und Ihr Verhalten zwingt sie sich von allem zu befreien, was man sieht. Es passiert, dass dadurch viel Zeit verloren geht.

Meist erzählt Ihnen die Allgemeinärztin/der Allgemeinarzt oder die Hautärztin / der Hautarzt, dass es keine reale Ursache gibt und man einfach das Verhalten stoppen soll. Aber das gelingt Ihnen nicht.

Wo kommt dies her?

Skin Picking ist eine übertriebene Form der Pflege, die bei Tieren und Menschen durchaus normal ist. Es gibt auch einen erblichen Hintergrund.

Es gibt 2 Möglichkeiten zu diesem Verhalten zu kommen:

1. Sie fühlen sich gezwungen wie bei einer fixen Idee. Sie haben immer wieder und wieder versucht das Verhalten zu stoppen, aber können es einfach nicht kontrollieren. Es geht Ihnen einfach nicht aus dem Kopf. Es zwingt Sie, es immer wieder zu tun. Kurz nach Beendigung fühlen Sie sich erleichtert und kurzfristig besser, aber es entstehen Schuldgefühle oder Scham. Und Sie sind sich selbst gegenüber ärgerlich!
2. Sie wenden es an, ohne vorher überhaupt daran zu denken. Es kommt, wenn irgendetwas in Ihrem Leben schief läuft. Danach fühlen Sie sich erleichtert und nicht so sehr beschämt oder schuldig. In der Medizin nennt sich dieses Verhalten impulshaftes Verhalten.

Symptome, Diagnose / Erkennung:

1. Skin Picking führt zu Aufkratzen der Haut (Exkoriationen), ohne eine bekannte Hauterkrankung wie Ekzem zu haben.

Es sind einige oder zahlreiche Läsionen oder Narben auf Ihrer Haut. Körperstellen die schlecht erreichbar sind frei von Läsionen. Es heilt ab, wenn Sie einen Verband auf der Haut anwenden und diesen für einige Tage nicht entfernen.

2. Haare ausreißen (=Trichotillomanie): Es ist an einigen Arealen des behaarten Kopfes eine geringere Dichte vorhanden. Der Hintergrund könnte das Ausziehen, Reiben oder Abschneiden sein.

3. Nägel Kauen (=Onychophagie): Es gibt Hautverletzungen in der Nähe der Nägel, die Nagelhaut oder die Nägel selbst sind verletzt. Es passiert durch Nagel kauen oder Reiben bzw. Quetschen.
4. Selbstverletzung der Haut (=Skin Cutting / Skarifikation): Es gibt Narben an der Beugeseite der Unterarme oder anderen Körperstellen, vielleicht auch im Genitalbereich. Es wird durch die Anwendung von verschiedenen Instrumenten verursacht.
5. Handläsionen durch zu häufiges Waschen: Das Waschen kommt von der Idee einer möglichen Infektion, deren Möglichkeit überall vermutet wird.
6. Nase oder Ohren Knibbeln: Verletzungen der Haut an der Nase oder den Ohren entstehen durch Quetschen, Reiben oder der Benutzung von Instrumenten an Nase oder Ohren.
7. Lippen Leckekzem (=lip-lecking): Dies ist häufig bei Babys, später im Leben hängt es mit Lippenverletzungen zusammen verursacht durch Leckverhalten oder Waschen der Lippen.
8. Wangen Kauen: Die Wangen der Mundhöhle sind auf einer oder beiden Seiten mit weißen Linien durchsetzt, die parallel zu der Zahnleiste liegen oder mit Geschwüren einhergehen. Es ist ein nervöser Tic.

Prognose / Behandlung / Therapie

Es gibt keine spezielle Creme oder Tablette die helfen könnte das Verhalten zu reduzieren. Wenn Sie eines oder mehrere der genannten Probleme haben, stellen Sie sich bei einem Dermatologen mit Kenntnissen in der Psychodermatologie vor.

Sie werden dort Vorschläge erhalten um das Problem zu managen, diese könnten sein:

1. Eine äußerliche Pflege die die Haut schützen soll.
2. Verbände oder Pflaster sind hilfreich um das selbstverletzende Verhalten zu verhindern

3. Wenn Sie eine klare Entscheidung getroffen haben, Ihr Verhalten zu ändern und eine deutliche Motivation haben, wird ein ergänzendes psychologisches Management hilfreich sein. Psychodermatologen können ein solches Vorgehen vorschlagen und über psychotherapeutische Optionen informieren.
 - a. Vermeiden Sie die Angewohnheiten durch ein Verhaltensprogramm: Ersetzen Sie das Verhalten durch eine alternative Handlung mit einer eigenen positiven Rückmeldung, um den Erfolg zu stabilisieren.
 - b. Entspannungstraining (z.B. Muskelentspannung, Achtsamkeitsübungen, Yoga oder ähnliches)
 - c. Eine psychodynamische Psychotherapie, wenn persönliche Probleme vermutet werden
 - d. Familientherapie könnte helfen, da manchmal ein besserer Einblick in die Beziehungen innerhalb Ihrer Familie weiterführt
 - e. Sonstige Psychotherapie wie z.B. Körpertherapie, Kunsttherapie, Hypnose etc.

4. Medikamente:
 - a. Psychopharmaka (Medikamente, die an Nerven oder dem Gehirn ansetzen):

Sogenannte Antidepressiva mit teils angstlösenden Effekten sind oft hilfreich. Wenn diese Antidepressiva nicht helfen, können sogenannte Neuroleptika eingesetzt werden. Letztere können mit Nebenwirkungen einhergehen – die in der Regel nicht langfristig sind – und ein Monitoring, d.h. Überwachung der Behandlung ist notwendig.
 - b. Neuere Medikamente mit verhältnismäßig wenig Nebeneffekten (z.B. Acetylcysteine, das bei verschiedenen Erkrankungen zur Behandlung eingesetzt wird und auch als Nahrungsergänzungsmittel verkauft wird, hat einige vielversprechende Ergebnisse gezeigt).

Wie oft tritt Skin Picking auf?

Skin Picking und damit einhergehende Syndrome sind nicht selten! Bitte zögern Sie nicht nach Hilfe zu fragen. Sprechen Sie mit Ihrer Hautärztin / Ihrem Hautarzt über Ihr Verhalten: Hilfe bei Skin Picking Syndromen ist möglich – in einigen Fällen (bei Kindern) das Management und

die Genesung sind einfach. Die Prognose ist oft gut, zumindest können die Symptome reduziert werden.

Quellen / Danksagung

Die Broschüre wurde vorbereitet von Mitgliedern der EADV Psychodermatology Task Force. Einige Skin Picking Patienten (z.B. von der Skin Picking Selbsthilfegruppe in Deutschland) haben Beiträge und Kommentare zur Verbesserung des Materials geliefert.

Literatur:

Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, Linder DM, Jemec GB, Poot F, Szepietowski JC, de Korte J, Taube KM, Lvov A, Consoli SM. (2013) Self-Inflicted Lesions in Dermatology: Terminology and Classification - A Position Paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol.* 93(1):4-12.

Tomas-Aragones L, Consoli SM, Consoli SG, Poot F, Taube KM, Linder MD, Jemec GB, Szepietowski JC, Korte J, Lvov AN, Gieler U (2017) Self-Inflicted Lesions in Dermatology: A Management and therapeutic Approach – A Position Paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry. *Acta Derm Venereol* 97: 159-172.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Uwe Gieler
Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Giessen, Gaffkystrasse 14,
35392 Giessen, Mail: Uwe.Gieler@psycho.med.uni-giessen.de

Compassion Focused Therapy – Beschwerden mit mehr Mitgefühl meistern?

Christian Stierle

Betroffene von psychodermatologischen Beschwerden sehen sich oft mit einer Vielzahl von Schwierigkeiten und großen Herausforderungen konfrontiert. In der therapeutischen Arbeit begegnen wir neben Belastungen durch die Kernsymptomatik häufig Prozessen wie massiver Selbstkritik, Selbstabwertung und intensivem Schamerleben. Diese verhindern häufig die Erarbeitung hilfreicher und unterstützender Emotionen, alternativen Gedanken und Handlungsmotiven. Häufig berichten Patienten darüber, dass ihnen z.B. alternative Sichtweisen auf ihre Problematik sinnvoll und logisch erscheinen, sich diese jedoch nicht „richtig“ anfühlen und es daher schwer ist, diese konstruktiv anzuwenden. Viele Patienten mit z.B. frühen traumatischen Erfahrungen, emotionalen oder körperlichen Vernachlässigungen haben nicht gut gelernt, sich selbst mit Verständnis, Güte und Mitgefühl zu begegnen. Vor diesen Hintergrunderfahrungen wurde die Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2013) entwickelt. Diese hat zum Ziel, Mitgefühl für sich und andere in einem therapeutischen Kontext zu fördern. Dabei wird Mitgefühl als „die Erfahrung von Leiden in Verbindung mit dem Wunsch, dieses zu lindern“ (Dalai Lama) verstanden. Dies beinhaltet zwei zentrale Prozesse: zum einen ist die gezielte Betrachtung, Anerkennung, Hinwendung zum eigenen Leid elementar. Zum anderen ist die Entwicklung von hilfreichen Motiven und Strategien zur Linderung dieses Leids wichtig. Dabei ist die CFT neben den buddhistischen Traditionen zu Mitgefühl und der buddhistischen Psychologie vor allem durch die Evolutionspsychologie geprägt. Die Betrachtung und Anerkennung der zentralen eigenen Schwierigkeiten und Verletzungen ist ein oft schwieriger und schmerzhafter Prozess, der viel Mut und Commitment von uns benötigt. Daher wird Mitgefühl auch als eine „wahre Stärke“ betrachtet und nicht, wie vielleicht in vielen Vorurteilen oder Mythen, als etwas für „Schwache, Selbstverliebte oder Esoteriker“. Des Weiteren unterscheidet sich Mitgefühl deutlich von reinem Mitleid (Diedrich, 2016), da Mitgefühl ein aktiver und veränderungsorientierter Prozess ist.

Um das eigene Leid zu verstehen und gezielt Mitgefühl für sich und andere aufzubauen sind im Rahmen der CFT zwei Prozesse bedeutsam. Zunächst stehen eine spezifische Psychoedukation sowie die Entwicklung eines Störungsmodells im Fokus. Dabei sind zentrale Lernerfahrungen des Pat. wie zwischenmenschliche Prägungen (z.B. ablehnende, entwertende Eltern), unzureichende Fähigkeiten zur Emotionsregulation sowie typische individuelle Verhaltensstrategien im Umgang mit Bedrohungen wichtig. Die CFT arbeitet mit einem

spezifischen Modell zur Affekt-Regulation (3-Kreise-Modell). Zentrale Botschaften sind, dass unser Gehirn uns mit vielen Fallstricken und Tricks begegnet und für uns oft schwer zu „managen“ ist. Ferner ist eine wichtige Erkenntnis, dass Leiden etwas Universelles ist, was wir alle teilen und teilen werden (Verluste, Krankheit, Krisen) und dass viele emotionale Schwierigkeiten von uns nicht gewählt wurden und somit nicht unsere „Schuld“ sind. Jedoch obliegt uns nun „heute“ die Verantwortung, alles zur Linderung unseres Leids und dessen anderer wahrzunehmen. In der CFT wird davon ausgegangen, dass hierfür ein gezieltes Arbeiten an Fertigkeiten/Fähigkeiten zur Entwicklung von Mitgefühl und deren assoziierten Attributen wichtig ist (vgl. Abbildung 1).

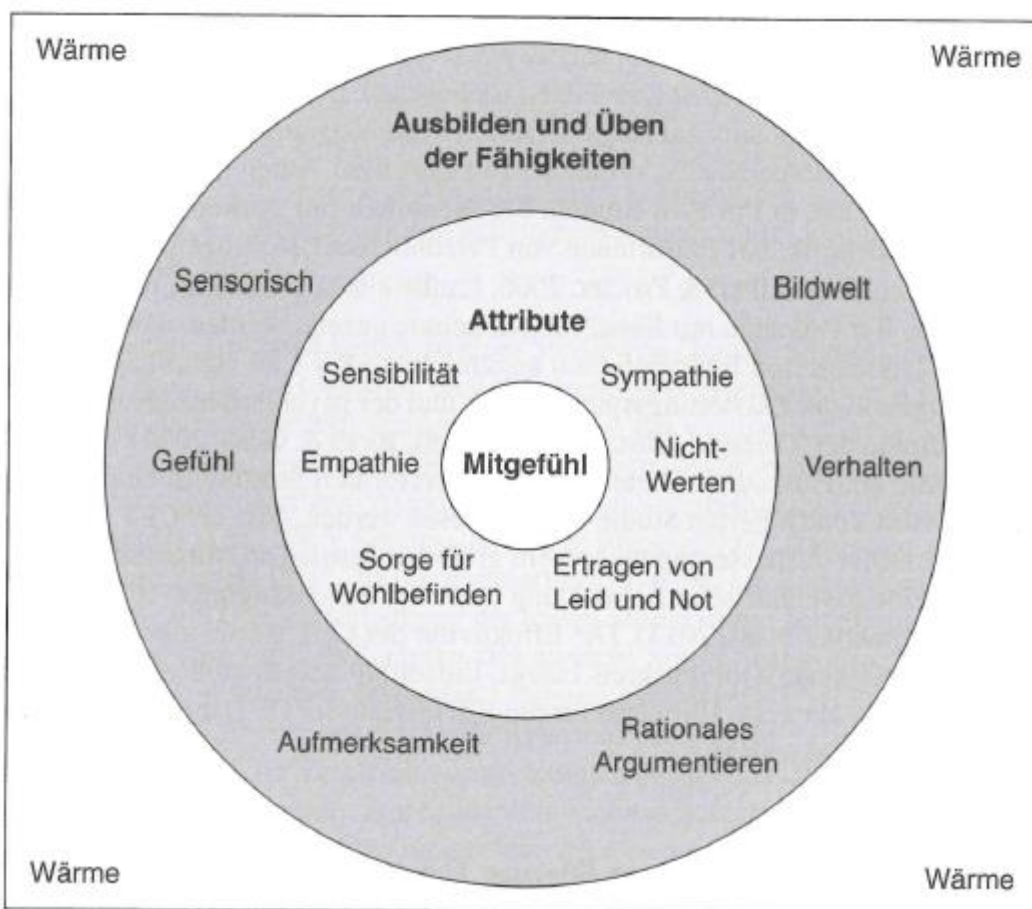


Abb. 1 Mitgefühlskreis aus Diedrich (2016)

Dies geschieht im sog. Compassionate Mind-Training. Hier werden eine Reihe von verschiedenen Interventionen eingesetzt (vgl. Abbildung 2). Basis vieler Übungen ist eine gezielte Atem-Übung, der *beruhigende Atemrhythmus* (soothing rhythm breathing). Hierbei wird zunächst die Intention und Zielsetzung der Übung fokussiert (Was will ich durch die Übung erreichen? Ziel: In Kontakt mit meinem Mitgefühlssystem zu kommen), um danach die Atemfrequenz zu verlangsamen, um eine Aktivierung des Parasympathikus zu bewirken. Dabei ist

es wichtig, zusätzlich einen freundlichen und mitfühlenden Gesichtsausdruck aufzusetzen und sich selbst mit einer warmen und wohlwollenden Stimme anzusprechen. Eine weitere Art von häufig genutzten Übungen in der CFT sind Imaginationenübungen. So werden gezielt Vorstellungsübungen wie z.B. *Mitfühlender Begleiter* (perfect nurturer), *Mitfühlende Farbe*, *Innere sicherer Ort* sowie *Mitfühlendes Selbst* genutzt. Teilweise werden Ideen aus dem Method Acting, einer speziellen Schauspieltechnik, genutzt, um zunächst nur zu „spielen“ bzw. so zu „tun als ob“ man mitfühlend mit sich umgehen könnte, um überhaupt neue Erfahrungen zu ermöglichen und zu vereinfachen. Dabei ist ferner die Reflexion und Planung von Verhaltenssituationen aus der Perspektive des *Mitfühlenden Selbst* eine wichtige Idee. Hierfür werden im Rahmen von *spezifischen Verhaltens- und Situationsanalysen* vergangene Situationen und Bedrohungsreaktionen sowie Selbstkritik analysiert und entsprechend modifiziert. In diesem Rahmen kommen auch emotionsaktivierende Techniken wie *mitgefühlsorientierte Stuhlarbeit* zum Einsatz. Eine Technik, die sich ebenfalls gut zur Begleitung psychotherapeutischer Arbeit anbietet, ist das *mitgefühlsorientierte Briefe* schreiben. Auch hier versucht man sich selbst gezielt mitfühlend zu begegnen und z.B. schwierige Situationen aus der Selbstmitfühlenden Perspektive zu betrachten. Besonderes Augenmerk wird in der CFT auf mögliche Blockaden, Widerstände und innere Prozesse gelegt, welche die Integration und Ausbildung von Mitgefühl erschweren und behindern.

Kernelemente der Compassion Focused Therapy
Spezifische Psychoedukation u.a. <ul style="list-style-type: none"> - Spezifisches Störungsmodell (evolutionspsychologische Perspektive) - Modell zur Affekt-Regulation (3-Kreise-Modell) - Metapher „Schwieriges Gehirn“ - Geteiltes, universelles Leid - „Nicht Deine Schuld“ aber Deine Verantwortung jetzt etwas zu ändern
Spezifische Interventionen u.a. <ul style="list-style-type: none"> - Beruhigender Atemrhythmus - Imaginationenübungen (Mitfühlender Begleiter, ...) - Mitfühlendes Selbst - Verhaltens- und Situationsanalysen - Mitgefühlsorientierte Stuhlarbeit - Mitgefühlsorientiertes Briefeschreiben

Abb. 2 Kernelemente der CFT

Die CFT richtet sich vor allem an Menschen, die unter stark entwertender Selbstkritik, Schamerleben und Schwierigkeiten für sich selbst hilfreiche und erleichternde Motive zu

entwickeln, leiden. Die CFT hat sich als therapeutischer Ansatz bewährt und liefert spannende und innovative Ergänzungen zu bestehenden psychotherapeutischen Methoden, Menschen darin zu unterstützen sich und anderen mit mehr Mitgefühl zu begegnen.

Literatur

Gilbert, P. (2013). *Compassion Focused Therapy*, Junfermann: Paderborn.

Diedrich, A. (2016). *Mitgefühl fokussierte Interventionen in der Psychotherapie*, Hogrefe: Göttingen.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Christian Stierle, Blumenburg Mental Health Care, Leitender Psychologe, Burgstr. 1, 24238 Selent, Professur für Psychologie, IUBH Internationale Hochschule, Email: c.stierle@blomenburg.com

Psychodermatologie Aktivitäten 2020

Infos von ESDaP und sonstige Themen für Psychodermatologie:

1. 10.-12.1.2020: Neurodermitis-Trainer-Workshop an der Univ. Hautklinik Salzburg – Trainerseminar nach AGNES. (Leitung: Neurodermitis-Schulungs-Akademie Hessen)
Info: Uwe.Gieler@psycho.med.uni-giessen.de oder www.neurodermitis-akademie-hessen.de
2. 17.1.2020: Graz / Österreich: 15. Grazer Tagung Psychiatrie und Psychosomatische Medizin
Vortrag: Die Grenze des Leibes – Psychodermatologie und Berührung (Uwe Gieler)
3. 18.-20.3.2020: DGPM – Kongress Berlin (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin) mit Psychodermatologie-Themen- Kongressthema: Mind the Gap
Info: deutscher-psychosomatik-kongress.de
4. 19.3.2020: Treffen der APMNA (Association of Psychocutaneous Medicine of North America) anl. der AAD in Denver / Colorado / USA
Info: www.psychodermatology.us
5. 25.3.2020: Heidelberger Frühjahrstagung der Univ. Hautklinik:
Thema: Skin Picking
6. 8.7.2020: 16:00 – 18:15 Uhr: Workshop Psychodermatologie anl. der Münchner Fortbildungswoche für Dermatologie (FoBi) Programm siehe Anhang.
7. 18.-19.9.2020: ADP- Jahrestagung auf der Blumenburg, Selent
8. 23.-26.9.2020: EADV – Kongress Wien mit Symposium Psychodermatology und Quality of Life
Info: www.eadv.org
9. 1.-3-10.2020 ESDaP Workshop Psychodermatology Diploma (Advanced Course)
Brüssel
Info: www.psychodermatology.net
10. 19.-21.11.2020 ESDaP Workshop Psychodermatology Basic Course
Brüssel
Info: www.psychodermatology.net

27. Fortbildungswoche Dermatologie München 2020; 7.-11.Juli

Kurs: Praktisches Krankheitsmanagement: Psychosomatik und Dermatologie -
Kommunikation und Compliance verbessern

Datum: 08.07.2020, Uhrzeit: 16:00-18:15

Kurskoordinatorin:

Dr. med. Melda Pinarci (Melda.Pinarci@med.uni-muenchen.de)

Nr.	Zeit	Titel	Dozent/in
1	16:00	Begrüßung – Einführung Kurs Krankheitsmanagement	Prof. Dr. Uwe Gieler Giessen
2	16:15	Diagnostik psychosomatischer Probleme in der Hautarztpraxis	Prof. Dr. Dennis Linder Venedig / Graz
3	16:35	Arzt-Patienten-Verhältnis im Wandel: Dienstleistung, Seelsorge, Schönheit –aktuelle Daten aus der Praxis	Prof. Dr. Klaus-Michael Taube Halle
4	16:55	Neue psychotherapeutische Entwicklungen in der Behandlung von Skin Picking Disorder und Trichotillomanie	Dr. Christian Stierle Bad Bramstedt
5	17:15	Der interessante Fall	Dr. Kristina Fronhoffs Bonn Dr. Gabriele Rapp Stuttgart
6	17:35	Von der Psychiatisierung der Hautkranken	Dr. Johannes Hockmann Oelde
7	17:55	Hautkrankheiten und Sexualität	Dr. Jochen Wehrmann Bad Berleburg
8	18:05	Diskussion und Fragen	Prof. Dr. Uwe Gieler Giessen
9	18:15	Ende des Kurses – Infos zu Weiterbildungsmöglichkeiten Evaluation	

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, Abteilung psychische Erkrankungen VAMED-Rehaklinik Bad Berleburg,
Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg