



Rundbrief 2020

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

Im Internet: www.psychodermatologie.eu

Jahrgang 2020

Inhaltsverzeichnis

Grußworte des Vorstands	S. 4
Nachruf auf Klaus Bosse	S. 5
Rechenschaftsbericht des Schatzmeisters	S. 6
Schön, Sein und Sinn	S. 7
Psychodermatologisch begleitende Kurzeitschematherapie	S. 15
Arzt-Patient-Verhältnis im Wandel	S. 21
Vitos Klinik Giessen	S. 25
Stationäre Behandlung in einer Akutpsychosomatik/Psorisol	S. 27
Stress und Covid-19	S. 37
Leaflet Skin Picking der ESDaP	S. 51
Bericht ESDaP-Aktivitäten	S. 55
Ankündigung Jahrestagung	S. 58
Beitrittserklärung	S. 59

IMPRESSUM:

Herausgeber:

Vorstand des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:

Prof. Dr. Christian Stierle

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

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:

Prof. 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 Mitglieder des Arbeitskreises, liebe Freunde, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir blicken auf ein ungewöhnliches und oft auch anstrengendes, teils beunruhigendes Jahr 2020 zurück. Die erheblichen Einschränkungen in unserem beruflichen und privaten Leben haben uns vor Augen geführt, wie zerbrechlich der Fortschritt und unsere Gesundheit sind. Gut auch zu wissen, wenn sich Viele auf fast vergessene Werte besinnen, ein längeres persönliches Telefonat führen oder gar einen Brief schreiben. Im APD Vorstand haben wir entdeckt, dass eine digitale Besprechung bzw. ein Zoom Meeting doch ganz nützlich sein kann.

Die Tagungen 2020, die im letzten Rundbrief aufgeführt sind, fanden digital statt. Hier möchte ich zunächst auf unseren Workshop Psychodermatologie anlässlich der 27. Münchner Fortbildungswoche eingehen, bei dem eine rege Beteiligung stattfand, was auch an der lebhaften Diskussion sichtbar wurde. Mein Eindruck, auch bei anderen Veranstaltungen, ist, dass vielleicht die digitale Frage weniger Hürden als der Gang zum Mikrofon im Hörsaal darstellt. Im Rundbrief haben wir etwas von der Tagung aufgenommen.

Unsere zunächst geplante Jahrestagung bei Christian Stierle in Selent und Hamburg wurde zu unserem neuen APD Mitglied, Frau Dr. Andrea Eisenberg, umgeleitet, in der Hoffnung in Hersbruck eine Lanze für die Psychodermatologie brechen und den APD näher bekannt machen zu können. Der allgemeinen Infektionssituation geschuldet wurde nun alles um ein Jahr verschoben. Wir werden im laufenden Jahr darüber berichten.

Uwe Gieler hat auch in diesem Jahr beim internationalen Workshop für das Psychodermatologie Diplom in Brüssel unterrichtet, was stets durch junge Dermatologinnen und Dermatologen mit großem Zuspruch aufgenommen wird (Info: www.psychodermatology.net).

Unseren langjährigen Vorstandsmitgliedern, Veronika Seipp, Kurt Seikowski und Wolfgang Harth, danken wir, für die wertvolle Arbeit und ihre Freundschaft. Unserem verstorbenen Vorstandsmitglied der ersten Stunde, Klaus Bosse, gedenken wir mit einem Beitrag.

Wir hoffen, Ihnen mit dem neuen Rundbrief wieder einige interessante Informationen zu geben, sind wie immer dankbar für Hinweise und Anregungen und wünschen Ihnen und uns allen ein etwas ruhigeres neues Jahr.

Im Namen des gesamten Vorstandes

Klaus-Michael Taube

im Januar 2021

Nachruf auf Klaus Bosse

Prof. Dr.med. Dr.med.vet. Klaus Andreas Bosse oder Klaus Bosse, wie er sich im kollegialen Umgang nannte, wurde am 11.März 1928 in Tübingen geboren. Nach dem Schulbesuch und einem Medizin- sowie einem Tiermedizinstudium begann er seine Ausbildung am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenkrankheiten in Hamburg. Danach wechselte er an die Dermatologische Klinik der Ludwigs-Maximilians-Universität in München, wo er 1967 habilitierte.

Die nächste Station war die Universitäts-Hautklinik in Göttingen. Er wurde hier zunächst Oberarzt und seit 1969 Leiter der Abteilung Allergologie und experimentelle Dermatologie.

1974 übernahmen in einem Triumvirat Prof. Hellmut Ippen (1925-1998), Prof. H. Berger (Dermatohistologie) und Prof. Bosse gemeinsam die Leitung der Universitäts-Hautklinik Göttingen.

Hauptarbeitsgebiete von Klaus Bosse waren in dieser Zeit die experimentelle und vergleichende Dermatologie sowie die Psychosomatik in der Dermatologie. Ohne eine spezielle Ausbildung in Psychiatrie oder Psychosomatik vermochte Klaus Bosse bei seinen Patienten deren psychische Bedrückungen, die Stigmatisierung und damit verbundene Ängste zu erkennen und zu berücksichtigen. Die langjährige Zusammenarbeit mit Dr. Dipl.-Psychologe Peter Hünecke stellte seine Arbeit auf bahnbrechende neue Sichtweisen in der Dermatologie. Gemeinsam übersetzten sie das Buch von F. Whitlock über Psychophysiologische Aspekte von Hautkrankheiten. Viele weitere Publikationen, später mit Uwe Gieler, folgten, darunter die beiden Bände zu „Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten“.

1983 erfolgte durch Klaus Bosse die Gründung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie gemeinsam und auf Initiative von Dr.med. Idamarie Eichert sowie Frau Prof. Dr.med. Ilse Rechenberger.

Klaus Bosse war ein kluger und kreativer Wissenschaftler, der sich erst zögerlich, aber dann mit Nachdruck in die Diskussion einbrachte. Seine Vorträge im APD und seine Beiträge waren geprägt von großem Einfühlungsvermögen und konnten die Zuhörer mitreißen. In den letzten Jahren war es um ihn still geworden, und er zog sich in den privaten Bereich zurück. Hier widmete er sich seinem Klavierspiel, das er zuletzt selbst im Seniorenheim zum Besten gab. Er verstarb am 21.07.2020 in Göttingen, die Beisetzung fand am 31.07.2020 im Friedwald Bovenden statt. Er hinterlässt eine Frau, vier Kinder und eine große Familie.

Der APD ist Klaus Bosse zu großem Dank verpflichtet und gedenkt seiner in Ehren.

Klaus-Michael Taube, im Januar 2021

Konto-Abschluss 2020
(vom 01.01.2020 bis 31.12.2020)

Kontostand am 02.01.2020	€	3967,98
 <u>Einnahmen:</u>		
Mitgliedsbeiträge	€	2060,00
	€	6027,98
 <u>Ausgaben:</u>		
APD-Tagungen (Referentenhonorare, Einladungen)	€	-
Vorstand (Reise-/Verpflegungskosten)	€	-
Kontogebühren + Freibetrag	€	120,46
Druckkosten Rundbrief 2019 + Porto	€	406,82
EDV-Homepage	€	277,90
	€	805,18
 Kontostand am 04.01.2021	 €	 5222,80
 =====		
Festgeld-Kto. – Stand 06.01.2020:	€	12.745,65 =====

Durch die spezielle Situation im Coronajahr 2020 mussten wir Präsenzveranstaltungen wie Tagungen oder Vorstandstreffen absagen bzw. digital gestalten. Dadurch reduzierten sich die Ausgaben erheblich.

Für das Jahr 2021 ist eine Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen geplant und vorgesehen. Diese soll im Rahmen der Jahrestagung am 18.9.2021 stattfinden.

Schön, Sein und Sinn

Prof. Dr. Wolfgang Harth/ Berlin

Einleitung

Die ästhetische Medizin ist integraler Bestandteil und festes Teilgebiet der Humanmedizin. Entgegen der evidenzbasierten medizinischen Heilkunst stehen bei der ästhetischen Wunschmedizin emotional sinnliche und kulturelle Aspekte des Zeitgeistes im Vordergrund. Das unhinterfragte technische Erbringen von scheinbar allem Machbaren einer gewünschten ärztlichen Dienstleistung wird der Frage nach Ästhetik nicht gerecht. Dies bedingt ein großes Risiko des Scheiterns, vergleichbar mit dem Blindflug eines Piloten. Die Frage „Was ist Schönheit“ erfordert eine übergeordnete Interpretation und Stellungnahme zur ästhetischen Theorie und Praxis.

Definition Ästhetik

Unter Ästhetik wird die erweiterte Theorie des Schönen und der Kunst verstanden. Abgeleitet aus dem griechischen bedeutet Ästhetik Wahrnehmung, Empfindung und Gefühl. Das Schöne als zentraler Begriff der Ästhetik bezeichnet ein subjektives Wohlgefallen an sinnlich wahrnehmbaren Gegenständen oder Objekten. Zwei Bedingungen müssen dafür erfüllt sein: Erstens, dass es einen Gegenstand gibt und zweitens eine subjektive Wahrnehmung dessen. Hieraus wird ersichtlich: „das Schöne“ entsteht in der Begegnung und Beziehung zwischen Objekt und Subjekt somit Körper und Geist.

Äußere Schönheit

Schönheit basiert nach Ergebnissen der Attraktivitätsforschung von Rikowski und Grammer körperlich auf vier Hauptmerkmalen: Geruch, Stimme, Gang und Aussehen (Tabelle 1). Dazu gibt es in der Literatur viele unterschiedliche Interpretationen. Stand früher die olfaktorische Ästhetik im Mittelpunkt der Begegnung, hat diese im Laufe der Evolution an Bedeutung verloren. Als archaisches Überbleibsel sei der ansprechende Duft von Neugeborenen genannt, mit dem Ziel von den Eltern angenommen zu werden. Weiteres Beispiel ist die Aktivierung von Duftdrüsen bei der sexuellen Stimulation. Geruch kann jedoch auch Ablehnung bedingen, wenn man jemanden „nicht riechen“ kann. Seit der reproduzierbaren Portraitmalerei und zunehmend mit dem Zeitalter von Photographie, Film und Werbung steht vermehrt die visuelle Ästhetik im Fokus. Zentrale Regionen sind Gesicht, Brust und Po. Speziell im Gesicht stehen

eine glatte Haut sowie voluminöse Lippen und große, kindliche Kulleraugen im Mittelpunkt der ästhetischen Wahrnehmung.

Übersicht Schönheits- Entitäten	
A. Körper	B. Geist /Seele
<ul style="list-style-type: none"> • Aussehen: Gesicht (Augen, Lippen, glatte Haut) Brust, Po • Geruch • Stimme • Gang 	<ul style="list-style-type: none"> • Historisch-traditionelle Ästhetik (Antike, Renaissance): Jugendlichkeit, Harmonie, Mimesis (Schönheit der Natur nachempfunden) • Sinnlich-emotionale Ästhetik: Romantischer Idealismus: innere und äußere Schönheit, Anmut und Erhabenheit, Selbst werden • Techno-logische Ästhetik: Mathematischer Gesichtsaufbau: Goldener Schnitt, Kindsgesicht, Y- Face, Herzform • Postmodern-modische Ästhetik (Aufklärung, Globalisierung): Ständig wechselnde Trends, freie naturfremde Ästhetik • Aktuell-illusorische Ästhetik (künstliche Massenkultur): oberflächliche digital-manipulierte Ästhetik (Beauty Bluff), gleichzeitige Kopier-Idole ohne Original, Celebrities (Auffallen egal wie), Jemand Anderes werden

Tabelle 1: Übersicht Schönheits- Entitäten

Innere Schönheit

Seit der Antike wird das schöne Gesicht als Abbild der Seele gesehen und damit die Verbindung von Körper und Geist zu charakterschönen Lebewesen hergestellt. Selbstbewusste innere und äußere Schönheit verbindet und entfaltet sich in einer Aura von Anmut und Erhabenheit. Heute lässt sich die erweiterte Schönheit exemplarisch anhand der Dualität von

Partnerschaftsbörsen überprüfen. Ein visuell ansprechendes Äußeres wird prinzipiell in Kombination mit inneren Werten dargestellt. Kommunikationsfähigkeit, Bildung, gehobener Beruf und Freizeitinteressen wie Theater-, Vernissage- oder Konzertbesuche zeichnen einen kultivierten und schönen Charakter aus.

Philosophische Ästhetik

Zu den ewigen großen Kernfragen der Philosophie gehört die Auseinandersetzung mit Wahrheit, dem ästhetisch Schönen, Moral, die Identität von Charakterwesen sowie Glück und Sinn des Lebens. Die Wunschmedizin ist der Versuch, die Illusion einer Glücksmedizin zu realisieren. Spezifiziert stellt sich die Frage: „Brauchen glückliche Menschen wirklich ästhetische Medizin oder ist die Wunschmedizin nur ein ästhetischer Trost der Unglücklichen?“

Laut Epikur ist die wahre Schönheit im subjektiven Glück oder Hedonismus zu finden. Für Platon sind Streben nach Gelassenheit und die Suche nach der Weisheit der Sinn des Lebens. Höchstes Ziel ist dabei die Vollkommenheit von Körper und Geist. Locke hat die sinnliche Erfahrung als Empirismus bezeichnet und Rationalität in den Mittelpunkt seiner Ausführungen zur Schönheit gestellt. Seit der Aufklärung und französischen Revolution kommen vermehrt erweiterte Aspekte einer freiheitlichen Ästhetik hinzu. Losgelöst vom Jahrhunderte geltenden Schönheitsideal der Mimesis war für Kant das Schöne ein Gegenstand mit interesselosem Wohlgefallen seiner selbst willen, also reiner Selbstzweck. Erweiternd stellt Adorno die komplexe gesellschaftliche Bezugnahme zur Schönheit dar. Aktuell stellt die philosophische Neuroästhetik einen Zusammenhang zwischen regionalen Hirnaktivitätssignalen und ästhetischem Wohlgefallen her. Alle exemplarisch aufgeführten Beispiele zeigen, dass verschiedene philosophische Schulen und historische Theorien völlig unterschiedliche Antworten und Interpretationen entfalten. Dies belegt die Schwierigkeit, die Aura der Schönheit mit Sprache sinnvoll und sinnlich auszudrücken. Hier könnte das berühmte Zitat von Wittgenstein „Worüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen“ zutreffen und eine theoretische Antwort geben. So kann jedoch in der praktischen ästhetischen Medizin nicht vorgegangen werden. Im Vorgespräch müssen Ziele, Indikation und Aufklärung hinsichtlich artifizierlicher Eingriffe klar ausgesprochen und schriftlich in der Aufklärung dokumentiert werden. Gibt es dabei normative Rahmenbedingungen?

Moral und Schönheit

Besonders Grenzüberschreitungen des guten Geschmacks in der Kunst und ästhetischen Körpermodifikation haben zu langwierigen Moraldiskussionen geführt. „Was darf man und was nicht in der Wunschmedizin?“. Eine Vielzahl von Körpermodifikationen hat einen kulturellen oder religiösen Hintergrund wie genitale Beschneidung oder Ohrstecker bei Mädchen im Vorschulalter, die selbst noch nicht einwilligungsfähig sind. Ästhetik ist an den jeweiligen individuellen Kulturraum und deren unterschiedliche Rechtsauffassungen gebunden. Schon frühe und traditionelle Eingriffe einer ästhetischen Medizin wurden beispielsweise bei Naturvölkern mit der Zufügung von Keloiden als Schmucknarben oder der Einbringung von Fremdkörpern seit Jahrtausenden praktiziert. Spätere Rituale einer gewünschten Stigmatisierung umfassen die Mensur bei schlagenden deutschen Studentenverbindungen sowie moderne Trends mit Branding, Piercings oder das Einbringung von Nervengiften (Botox) und Brustimplantaten. Ob man sich einen Teller in die Unterlippe einbringt (Naturvölker), ein drittes Ohr an den Unterarm anbringen lässt (Künstler Stelarc), sich zu einem Tiger (Dennis Avner) oder zukünftig zu einer Erdbeere umoperieren lässt, zeigt vom ethischen Standpunkt aus, dass Schönheit keine Moral und keine Tabus kennt. Die ästhetische Medizin ist abhängig vom eigenen Schönheitskonzept und gesellschaftlichen Modeströmungen.

Ästhetische Praxis

Wie gehe ich nun als Arzt in der ästhetischen Medizin praktisch vor, wenn wie dargelegt Schönheit subjektiv und alles erlaubt ist? Wie kann aufgrund der unklaren Prämissen, Moralvorstellungen und beliebigen theoretischen Interpretationen eine Leitlinie zur Durchführung von Schönheitseingriffen gefunden werden, wenn selbst der Begriff Schönheit in den Geisteswissenschaften unklar ist? Zunächst muss sich der Arzt seiner eigenen Rolle bewusst und speziell dem eigenen Schönheitsempfinden sowie Idealvorstellungen sicher sein. Ärzten kommt ein grundlegender Einfluss in der Gestaltung von Angebot, Nachfrage sowie der Realisierung von medizinischen Wunscheingriffen zu.

Techno-Mathematische Schönheit

Grundlage allen ärztlichen Handelns sind fundierte anatomische Kenntnisse. Im Bereich der ästhetischen Medizin gehört hierzu besonders das spezifische Wissen über den Verlauf der Hautspaltlinien sowie Gesichtseinheiten und entsprechende Schnittführung oder auch Kenntnisse adäquater Injektionstechniken (Botox-Punkte). Weiterführende ästhetische

Konzepte umfassen die Berechnung des goldenen Schnitts, Erfassung komplexer ästhetischer Linien wie Herzformen und Y-Face, welche herangezogen werden, um einen idealen Gesichtsaufbau zu beschreiben. Diese rein technisch anatomisch berechnete Ästhetik erschafft jedoch eine kühle rationale, mathematische Schönheit. Die weiterführende Frage ist, wie kann man sinnliche Schönheit schaffen?

Harmonische Schönheit

Werden ästhetische Eingriffe durchgeführt, muss immer auf die Harmonie verschiedener Regionen innerhalb einer Person geachtet werden. So sollen nicht Teile zu einem Ganzen zusammengepuzzelt oder addiert, sondern Verbindungen hergestellt werden. Ein jugendlich glatt verändertes Gesicht kann bei gleichzeitig gealtertem Dekolleté und Händen einen überzeichneten Gegensatz bilden. Ebenso kann die Überbetonung einer Region, wie beispielsweise Schlauchbootlippen ein groteskes und absurdes Zerrbild schaffen. Im Rahmen weiterführender Attraktivitätsforschung zur Harmonie wird vom Betrachter, an erster Stelle, das durchschnittliche Gesicht positiv bewertet. Attraktiv sind durchschnittliche Größe und Form der Nase sowie regelrechter Augenabstand zur Mittellinie. Absolut symmetrische Gesichter, beispielsweise bei Spiegelung einer Gesichtshälfte, führen jedoch nicht automatisch zu mehr Schönheit. Austauschbare perfekt durchschnittliche Schönheitsideale sind ohne Wiedererkennungswert und werden als ausdruckslos langweilig eingeschätzt. Erfolgt die Planung ästhetischer Eingriffe auf Basis rein technischer Methoden oder zurecht gestutzter Harmonie, stehen diese Konstruktionen immer als „gemacht“ der Aura und zurückhaltenden Erhabenheit einer Naturschönheit mit Brüchen gegenüber.

Natürliche Schönheit

In Konsensus Publikationen heben Experten der ästhetischen Medizin als höchstes Ziel den „natural look“ hervor, um optimale Ergebniszufriedenheit in der Wunschmedizin zu erreichen. Aber auch hier können, wie in der Kunst, Übertreibungen der Natürlichkeit (Mimesis) mit idealistischer Überzeichnung und reinster Harmonie in minderwertigen Kitsch umschlagen. Hauptthema der ästhetischen Idee ist immer schon die Suche nach ewiger Jugend und Schönheit. Jugendliche Gesichter werden als attraktiver eingeschätzt. Die Vorstellung eines ewigen Lebens findet symbolisch ihre vollendete Erfüllung durch die gelungene Entfernung und Glättung von Altersspuren mittels der ästhetischen Medizin.

Ewige Schönheit

Das ästhetische Wohlgefallen muss in der Zeit bestehen und mit Nachhaltigkeit wechselnde Modetrends überdauern. Nur herausragende ästhetische Kunstwerke und wahre Schönheit sind zeitlos. Körpermodifikationen, wie beispielsweise kunstvolle Tattoobilder können zum Zeitpunkt der Realisierung dem Zeitgeschmack entsprechen, jedoch mit Eintritt des Trägers in eine neue Mode- oder Lebensphase an Ausstrahlung verlieren und als Entfremdung empfunden werden. Bei der Planung und Durchführung ästhetischer Eingriffe muss im Vorfeld deren zukünftiger ästhetischer Bestand und Aura reflektiert werden.

Ästhetische Charaktermedizin

Sinnvolle ästhetische Eingriffe müssen zur Identität passen und den selbstbewussten Charakter der Person unterstreichen. Der Charakter ist das individuelle Gepräge eines Menschen mit seiner speziellen Eigenart, Temperament, Wünschen und Persönlichkeit. Unterschiedliche Kulturkreise sind durch unterschiedliche Werte und Schönheitsideale gekennzeichnet. In der ästhetischen Charaktermedizin muss Schönheit individuell gesucht und als Erkenntnis ergründet werden. Primäres Ziel eines ästhetischen Eingriffes ist die Herstellung des Gleichgewichts, Verbindung, Zusammenhang und Kohärenz zwischen innen und außen.

Praktische Sprechstunde Ästhetische Charaktermedizin

Die Meisten wissen was sie wollen und delegieren diese Idee zur praktischen Durchführung an den Arzt. Der Arzt reguliert in der Begegnung die Realisierung der wunschmedizinischen Vorstellung, auch unter finanziellen Aspekten. Voraussetzungen sind, dass der Arzt handwerklich sicher und sich seines eigenen ästhetischen Geschmacks bewusst ist. Die Begegnung muss wahrhaft erfolgen, damit möglichst wahre Schönheit entstehen kann. Am Ende sollte für beide das Ergebnis Sinn machen und beide sollten zufrieden sein. Die subjektive Erörterung der Schönheit und Festlegung zweckrationaler ästhetischer Eingriffe entsteht im Diskurs von Arzt und Patient. Voraussetzung ist das Zuhören des kommunikativen empathischen Arztes mit seinen Antennen auf Empfang. Die Hinzunahme von Jugendbildern bei der Planung von Eingriffen kann hilfreich sein, um aktuelle Veränderungswünsche zu erfassen und zu visualisieren.

In einer offenen Kommunikation müssen die individuellen Wesenszüge der Personen erfasst und Eingriffe erarbeitet werden.

Zentral ist ein minimal invasives Vorgehen zur Unterstreichung der individuellen Persönlichkeit. Das Herausheben der bestehenden Schönheit und Korrektur von Zeitspuren

zielt auf eine frische harmonische Lebendigkeit. Die Dynamik besonders der tieferliegenden Muskulatur muss erhalten bleiben. Die Ausdrucksstärke des Gesichtes sollte nicht gelähmt oder weggestraft werden. Besser wäre ein dynamisches Training der Gesichtsmuskulatur beispielsweise durch Lachen als Charakterfitness. Einen großen Stellenwert der Hautkultur nimmt die Prävention ein. Ein gelungenes Beispiel stellt die asiatische Faltenprävention durch gesunde Hauternährung, Meidung von Licht und Nikotin dar.

Bei diffusen Vorstellungen und Wünschen zur Veränderung der äußeren Erscheinung ist eine strukturierte Priorisierung erforderlich. Dabei sollte die Qualität im Vordergrund stehen und realistische Erwartungen diskutiert, aber auch Grenzen aufgezeigt werden (Tabelle 2). Es hat sich bewährt ggf. zu zögern und die Entscheidung eine Nacht zu überschlafen. Vor größeren elektiven operativen Eingriffen muss nach der OP-Aufklärung ein Zeitraum von 24 Stunden gewahrt bleiben. Wenn kein Einvernehmen zu finden ist, sollte ein zweiter Termin vereinbart werden. Hilfreich kann die Einholung einer zweiten Meinung sein sowie bei Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung die Hinzuziehung eines Psychotherapeuten. Im Zweifel sollte immer die Selbstbeschränkung gewählt werden. Das heißt, kleinere Probeareale behandeln (Probelasern), minimalinvasive Eingriffe durchzuführen oder nur schonende kosmetische Verfahren anzuwenden. Als Ultima ratio sollte im Zweifelsfall die Wunschbehandlung abgelehnt werden, entsprechend der alten Chirurgen-Weisheit „In keiner Hinsicht schaden“ (Primum non nocere). Dies stellt keine unangenehme Katastrophe dar, sondern das „Nein“ kann als wahres Glück die Befreiung von einer Illusion und Rückkehr zum wahren Leben bedeuten.

Sinn und Ziele würdevoller ästhetischer Charaktermedizin		
Übergeordnete Ziele		
<ul style="list-style-type: none"> • Natural Look als Understatement der Hautkultur • Würdevolles Altern, erfolgreiches Altern, niveauvolle Eingriffe • Innere und äußere Charakterschönheit angleichen oder wiederherstellen • Aura: geheimnisvoll, unaufdringlich, nachstrahlend 		
Spezifische Ziele		
1. Reparaturmedizin - Angeborene Missbildung - Anlagebedingte Zornesfalte: unterdrückte Positivität entfalten - Traumata: erworbene Stigmatisierung - Risikoverhalten: Sonnenurlaub, Nikotin - Ärgerspurten verwischen (Arbeits- und Alltagsüberforderung)	2. Jugendlichkeit konservieren - Prävention Sonne und Nikotinkarenz - Hautreifung kosmetisch begleiten - Unbeschädigtheit der Jugend restaurieren (unverlebt) - Altersspuren beseitigen oder neutralisieren (Peeling, Laser) - Traurige Erschlaffung straffen (herabhängende Mundwinkel) - Frische Natürlichkeit, Lachfalten erhalten - Hautbild verfeinern, Poren verkleinern	3. Schönheit aktiv gestalten - Harmonisieren - Schönheit unterstreichen/Hässlichkeit neutralisieren - Positiven freundlichen Charakter hervorheben - Neu erschaffen (Cave: Entfremdung, andere Person werden)

Tabelle 2: Sinn und Ziele würdevoller ästhetischer Charaktermedizin

Fazit:

Schönheit ist eine Geisteshaltung sowie Kulturausdruck, die jeder anders empfindet. Wahre Schönheit existiert nur in der Vorstellung von Subjekt und Objekt und muss in der Begegnung der ästhetischen Medizin vor jedem Eingriff individuell zum Charakter der Person passend erarbeitet werden. Demnach sollte das Fachgebiet ästhetische Medizin in ästhetische Charaktermedizin umbenannt werden und die Ärzte danach handeln. Je tiefer sich in der ästhetischen Charaktermedizin auf Sinnlichkeit eingelassen wird, desto triumphierender ist die Ausstrahlung der hohen Schönheit.

Psychodermatologisch begleitende Kurzzeitschematherapie im ambulanten Kontext des Zentrums für entzündliche Hauterkrankungen der Klinik für Dermatologie am UKSH, Campus Kiel

Dr. Regina von Sreckelsen und PD Dr. Sascha Gerdes/ Kiel

Psoriasis ist eine chronisch entzündliche Hauterkrankung mit einer Prävalenz von etwa 2-3 % [1]. Die häufigste klinische Form ist dabei die Psoriasis vulgaris, die sich durch erythematöse, plaque-förmige und schuppige Hautareale kennzeichnet. Viele Patienten berichten zusätzlich über einen belastenden Juckreiz, der mit der Erkrankung verbunden ist. Die Diagnose einer Psoriasis wird in der Regel klinisch gestellt, selten ist eine Biopsie zur Diagnosesicherung nötig. Der PASI (Psoriasis Area and Severity Index) und die Bestimmung des Anteils der erkrankten Körperoberfläche (Body Surface Area, BSA) sind die in Europa am häufigsten angewendeten Parameter zur objektiven Bestimmung des klinischen Schweregrades der Psoriasis vulgaris [2]. Um die Beeinflussung der Lebensqualität des Patienten durch die Erkrankung zu berücksichtigen, wird der Dermatologische Lebensqualitätsindex (DLQI) genutzt. Es handelt sich dabei um einen Fragebogen mit 10 Fragen, den der Patient selbst ausfüllt. Die Schweregradeinteilung einer Schuppenflechte erfolgt in eine leichte und eine mittelschwere bis schwere Form. Wenn alle drei Parameter (PASI, BSA und DLQI) einen Wert ≤ 10 ergeben, spricht man von einer leichten Psoriasis, eine mittelschwere bis schwere Form liegt vor, wenn die BSA und/oder der PASI als >10 und der DLQI als >10 bewertet wird.

Die Basistherapie sowohl einer leichten wie auch einer mittelschweren bis schweren Form erfolgt mittels topischer Anwendung von wirkstofffreien Pflegeprodukten. Die medikamentöse Therapie einer leichten Psoriasis erfolgt primär mit topischen Arzneimitteln, die vorwiegend Kortikosteroide der Wirkstoffklassen II bis IV enthalten oder Vitamin D3-Analoga. Etwa 2/3 der Patienten mit Psoriasis zeigen eine eher leichte Verlaufsform, die mit topischen Therapien suffizient behandelt werden können [3]. Allerdings empfinden Patienten das häufige Eincremen als zeitaufwendig und oftmals können Verzweiflung und Stigmatisierung bei Betroffenen zu einer Nichteinhaltung der Behandlung führen und möglicherweise den Status der Psoriasis verschlechtern [4]. Neben den dermatologischen Symptomen treten auch psychische Symptome bei Psoriasis Patienten auf. Die Sichtbarkeit von Hautveränderungen führt zu Vorurteilen und kann in der sozialen Umwelt Gefühle der Abscheu oder Angst vor möglichen Infektionen hervorrufen, die bei den Betroffenen selber zu Diskriminierung und Isolation führt [5]. Als Folge einer solch erfahrenen Diskriminierung neigen Patienten dazu, diese Vorurteile

zu akzeptieren und derart zu verinnerlichen, dass das eigene Selbstwertgefühl sowie die Selbstwirksamkeit beeinträchtigt werden und so die Isolation fördern [6, 7]. Die Psoriasis hat einen enormen Einfluss auf das Leben der Patienten und wird häufig mit Depressionen in Verbindung gebracht. Depressionen, Angstgefühle und Suizidalität treten bei Patienten mit schwerer Psoriasis vermehrt auf [8]. Inwiefern die Lebensqualität durch die Hauterkrankung bei Psoriasispatienten beeinträchtigt wird, wird häufig anhand des DLQI bestimmt. Dabei berücksichtigt der DLQI die subjektiven Auswirkungen der Psoriasis auf die Psyche und die Lebensqualität, sowie die Beeinträchtigung im Alltag. Ein hoher DLQI steht demnach für eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Krankheit [9]. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass das gleichzeitige Vorhandensein von hohen PASI -und hohen DLQI Scores nicht notwendigerweise eine additive Wirkung auf das Risiko für eine depressive Symptomatik hat. Es zeigt sich eine Untergruppe von Patienten mit einem geringeren Schweregrad ($\text{PASI} \leq 5$), aber mit stark beeinträchtigter Lebensqualität ($\text{DLQI} > 10$) und gleichzeitiger depressiver Symptomatik [10].

Um dieser Untergruppe gerecht zu werden, wurden Patienten in der Psoriasis-Sprechstunde, die einen niedrigen PASI aber einen hohen DLQI aufweisen mittels Einsatz des Zwei Fragen Tests nach Woolly herausgefiltert [11]. Ihnen wurde zunächst ein psychosomatisches Gespräch und in der Folge eine adaptierte intensivierete Ultrakurztherapie angeboten. Ein Fallbericht dazu konnte bereits publiziert werden [12].

Einsatz adaptierter Schematherapeutischer Kurzintervention (ISTST)

Eine Metaanalyse von Qureshi et al. analysierte bis 2008 veröffentlichte Studien zum Thema Psychotherapie bei Psoriasispatienten und kam nach vergleichender Analyse zu dem Schluss, dass die wirkungsvollste Therapie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist [13]. Eine Sonderform der KVT ist die Schematherapie (ST), die ursprünglich von Jeffrey als Weiterentwicklung der KVT bei Nonrespondern entwickelt wurde [14]. Obwohl sich die ST als wirkungsvolle Therapieoption herausgestellt hat, ist der Nachteil der klassischen ST die Länge des Behandlungszeitraumes. Begleitend zu der leitliniengerechten dermatologischen Therapie konnte den entsprechenden Patienten in der Spezialambulanz demnach eine adaptierte und intensivierete Kurzzeitschematherapie (intensive short time schema therapy ISTST) angeboten werden. Die hier adaptierte Intervention ist demnach eine Ultrakurzform der Schematherapie und sollte im Sinne der Psychoedukation mit Vorstellung und Durchführung emotionsfokussierender Techniken zur Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus verstanden werden. Konzeptionell ist diese Intervention auf insgesamt 10 Sitzungen ausgerichtet. Jede

Sitzung ist strukturiert und manualisiert. Die letzte Sitzung ist als Booster–Sitzung zu verstehen. Der Fokus bezieht sich auf das Erstellen der eigenen Fallkonzeption und der Stärkung vorhandener Ressourcen seitens des Patienten. Das therapeutische Vorgehen wird zur besseren Übersicht bewusst auf das Moduskonzept bezogen. Zur Anwendung kommen wie bei der Schematherapie üblich konzeptionelle Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der Bindungstherapie, der Bedürfnisorientierung humanistischer Verfahren, der Fokussierung biografischer Aspekte und der Interaktion verschiedener Selbstanteile der Person. Auf der konkreten Interventionsebene werden zu den üblichen kognitiven Methoden emotionsfokussierende Techniken wie das imaginäre Überschreiben und der Einbezug der Stuhl-Dialoge beispielhaft eingesetzt.

Grundansatz der Schematherapie

Unter Schema definiert Young ein zusammengesetztes Muster aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen sowie Empfindungen, welches sich in der Kindheit ausgebildet hat und im Laufe des Lebens weiter ausprägt[14]. Kommt es in der individuellen Entwicklung zur Frustration der universellen Kernbedürfnisse, können sich daraus maladaptive Schemata herausbilden und diese zeigen sich in der Ausbildung von individuellen Bewältigungsmustern[15].

Wenn sich aus den Bewältigungsreaktionen Probleme in der Funktion mit Bildung von psychopathologischen Symptomen und einem gestörten emotionalen Erleben ergeben, kann sich daraus eine psychische Störung entwickeln.

Werden Schemata bei einem Patienten aktiv, so können funktionale, aber auch dysfunktionale aktuell nicht angepasste überschießende Emotionen hervorgerufen werden und in der Folge zu sozial ungünstigen Interaktionen und Handlungen in Form von Bewältigungsreaktionen mit sich selber und den Mitmenschen führen. Mögliche dysfunktionale Bewältigungs/ Copingstile können sich in unterwerfenden, in vermeidenden und/oder überkompensierenden Verhalten zeigen, die dazu dienen sollen sich vor negativen Emotionen zu schützen.

Bei der Auseinandersetzung der jeweiligen vorliegenden aktuellen Aktivierungszustände erfolgt mit Hilfe des Therapeuten die individuelle Modus-Arbeit durch Erstellen einer individuellen Fallkonzeption und daraus konkreten therapeutischen Ableitung alternativer Reaktionsmuster. Mit Hilfe des Moduskonzeptes werden die individuell entwickelten maladaptive Bewältigungsformen und übergeordnete Schemata zusammengefasst, gemeinsam bearbeitet und für den Patienten nachvollziehbar veranschaulicht. Der Vorteil dieser Herangehensweise liegt in der Reduktion der Komplexität, die schnelle Adaption und den flexiblen Einsatz geeigneter Interventionen.

Das übergeordnete Ziel der schematherapeutischen Arbeit ist zu dem nachvollziehbaren Erklärungsansatz die Stärkung und Stabilisierung des kompetenten und ressourcenhaltigen Erwachsenen-Anteils im Sinne einer gesunden Ich-Funktion (psychodynamischer Ansatz) durch Betonung der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

Aufbau der intensivierten adaptierten Schematherapie (ISTST) bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen

Am Anfang der ISTST wird das Konzept der Schematherapie dem Patienten vorgestellt. Nach Aufbau einer tragfähigen Beziehung kann die gemeinsame Erstellung der individuellen schematherapeutischen Fallkonzeption erfolgen. Hier sollen die individuellen (psychosozialen) belastenden Symptome, spezifische Interaktionsmuster und der Einbau zentraler biografischer Ereignisse grafisch in dem eigens erstellten Fallmoduskonzept dargestellt werden. In einem weiteren Schritt werden diese dem entsprechenden Modus zugeteilt. Die Betonung der therapeutischen Beziehungsgestaltung im Sinne des „limited-reparenting“ (der therapeutischen Nachbeelterung) erfolgt auch in diesem Ultrakurzkonzept. Es soll jedoch frühestmöglich an die vorhandenen kompetenten erwachsenen Anteile der Patientin appelliert und diese gestärkt werden. Damit soll erreicht werden, dass die Patienten in Eigenregie die emotionsfokussierenden Techniken anwenden und im eigenen Alltag umsetzen. Therapeutische Hausaufgaben werden in Form der Selbstbeobachtung, je nach Fortschritt in Form von kleinen Verhaltensexperimenten und durch die eigene Umsetzung der emotionsfokussierenden Techniken nach jeder Sitzung eingesetzt.

Kindmodi

Die Internalisierung stigmatisierender Elemente, möglicherweise auch real erlebten traumatischen Erfahrungen hinsichtlich der Sichtbarkeit der Psoriasis, kann das Gefühl minderwertig zu sein bestärken und bildet sich in der Fallkonzeption in verletzten Kindmodi ab. Im kindlichen Modus fühlen sich die Betroffenen minderwertig, unterlegen und nicht liebenswert[16]. Die biografisch als fehlend wahrgenommenen universellen Grundbedürfnisse (Kernbedürfnisse) werden erlebnisorientiert mit Hilfe imaginativer Techniken befriedigt.

Bewältigungsmodi

Ein weiterer Fokus gilt der Benennung, dem Erkennen und der kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Bewältigungsmodus, wie zum Beispiel der Vermeidung. Ein Aspekt des Stigmas, das verinnerlichte Stigma, ist das Gefühl der eigens wahrgenommenen Stigmatisierung, die der Einzelne erlebt. Negative Stereotypen und Urteile der Gesellschaft über die Krankheit werden demnach eingeräumt und auf sich bezogen. Der Betroffene mit

vermindertem Selbstwertgefühl zieht sich schließlich aus dem sozialen Leben zurück. Dies kann zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Krankheit bis hin zur depressiven Symptomatik führen [7, 17].

Dysfunktionale (Eltern-)botschaften

Stigmatisierende und abwertende Botschaften können gemeinsam mit den Patienten dem Strafen-Modus zugeordnet werden. Mittels Stühlechniken sollen selbstabwertende und selbststrafende Anteile sowie innerer Druck und Schuldzuschreibung hinterfragt, begrenzt und bekämpft werden.

Schließlich werden die funktionalen Modi verstärkt und weiter ausgebaut.

Fazit:

Mit Hilfe des 'Zwei Fragen Tests' können bedürftige Patienten im ambulanten Kontext erkannt werden. Die hier vorgestellte ISTST ist eine effektive und ökonomische Intervention, die spezifisch für Patienten mit chronischen Hauterkrankungen angepasst wurde. Eine schematherapeutisch adaptierte Kurzzeitintervention kann bei betroffenen Patienten die depressive Symptomatik reduzieren und das Selbstwirksamkeitserleben stärken und somit einen positiven Einfluss auf die Behandlung haben.

Literatur

1. Christophers, E., *Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum*. Clin Exp Dermatol, 2001. 26(4): p. 314-20.
2. Schmitt, J. and G. Wozel, *The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis*. Dermatology, 2005. 210(3): p. 194-9.
3. Schon, M.P. and W.H. Boehncke, *Psoriasis*. N Engl J Med, 2005. 352(18): p. 1899-912.
4. Ginsburg, I.H. and B.G. Link, *Feelings of stigmatization in patients with psoriasis*. J Am Acad Dermatol, 1989. 20(1): p. 53-63.
5. Hrehorow, E., et al., *Patients with psoriasis feel stigmatized*. Acta Derm Venereol, 2012. 92(1): p. 67-72.
6. Alpsy, E., et al., *Internalized stigma in psoriasis: A multicenter study*. J Dermatol, 2017. 44(8): p. 885-891.
7. Corrigan, P.W., J.E. Larson, and N. Rusch, *Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices*. World Psychiatry, 2009. 8(2): p. 75-81.
8. Kurd, S.K., et al., *The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study*. Arch Dermatol, 2010. 146(8): p. 891-5.
9. Finlay, A.Y. and G.K. Khan, *Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use*. Clin Exp Dermatol, 1994. 19(3): p. 210-6.
10. Gerdes, S., et al., *Two questions may be enough - screening for depression in patients with psoriasis: a multicenter study*. J Dtsch Dermatol Ges, 2020.
11. Whooley, M.A., et al., *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many*. J Gen Intern Med, 1997. 12(7): p. 439-45.

12. von Spreckelsen, R., U. Mrowietz, and H. Emmert, *Intensive short-term schema therapy intervention in a patient with psoriasis - case report and clinical management*. J Dtsch Dermatol Ges, 2020.
13. Qureshi, A.A., et al., *Psychological Therapies in Management of Psoriatic Skin Disease: A Systematic Review*. Am J Clin Dermatol, 2019. 20(5): p. 607-624.
14. Young, J.E., J.S. Klosko, and M.E. Weishaar, *Schematherapie : ein praxisorientiertes Handbuch*2008, Paderborn: Junfermann.
15. Grawe, K., *Psychologische Therapie*2000.
16. Faßbinder, E., G. Jacob, and U. Schweiger, *Therapie-Tools Schematherapie : Mit Online-Materialien*2011, Weinheim, Bergstr: Beltz, J.
17. Zieciak, T., et al., *Stigmatization feelings and depression symptoms in psoriasis patients*. Psychiatr Pol, 2017. 51(6): p. 1153-1163.

Arzt-Patienten-Verhältnis im Wandel: Dienstleistung, Seelsorge, Wunsch nach Makellosigkeit – Überlegungen in der dermatologischen Praxis

Prof. Dr. Klaus-Michael Taube/ Halle

Einleitung

So wie viele soziale Beziehungen im gesellschaftlichen und persönlichen Wandel sind, verändert sich auch das Arzt-Patienten-Verhältnis (APV). Wenn wir bisher von Compliance sprachen, meinten wir die Bereitschaft des Patienten, eine medizinische Empfehlung hinsichtlich von diagnostischen und /oder therapeutischen Maßnahmen zu befolgen, ein paternalistisches Modell bzw. ein asymmetrischer Prozess. Heute wünschen wir uns das APV auf „Augenhöhe“, einen kommunikativen Vorgang und wir sprechen von Adherence oder sogar von Concordance. Wir meinen damit, dass – aus ärztlicher Sicht - vorgesehene diagnostische oder therapeutische Maßnahmen dem Patienten nicht verordnet, sondern vielmehr angeboten werden mit dem Ziel, eine gemeinsame Strategie gegen die Erkrankung zu finden. Dabei sollen im besonderen Maße die Wünsche des Patienten Berücksichtigung finden.

Ähnlich wie in Gesellschaftsmodellen einer Diktatur und einer Demokratie lassen sich für beide Modelle Vor- und Nachteile finden. Was könnte dafür und was gegen die Concordance sprechen und damit den Patienten in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen?

dafür	dagegen
Patienten mit einbeziehen	Patientenpersönlichkeit
Patient wird stärker motiviert	Sprachbarriere
...übernimmt eigene Verantwortung	Bildungsgrad
Dialog mit dem Arzt	Komplexe Therapie
Gemeinsamer Prozess/ - Weg	Zeitfaktor
Krankheitserleben/ Coping	

Die Nachteile für den Therapeuten durch einem größeren Erklärungs- und damit Zeitaufwand werden belohnt durch eine höhere Motivation, das Gefühl der Eigenverantwortung und letztendlich das größere Vertrauen des Patienten in die ärztlichen Entscheidungen.

Der Begriff der intersubjektiven Wende entwickelte sich in dem letzten 20 Jahren in der Psychologie und Psychoanalyse und wurde bisher in der Psychodermatologie wenig diskutiert. Dabei verlässt der Analytiker (und letztendlich Therapeut) die Beobachtungsposition und tritt in einen emotionalen Austausch und Prozess mit dem Patienten.

Vor diesem Denkansatz der Psychoanalyse hat sich auch der Wandel der Auffassungen in der Arzt-Patienten-Beziehung vollzogen: von einer neutralen und oft bestimmenden Haltung (Compliance) hin zu einer gemeinsamen Strategie gegen die Erkrankung des Patienten (Concordance).

Facetten im Arzt-Patienten-Verhältnis

Dieses Verhältnis ist geprägt durch den Arzt, den Patienten, die ärztlichen Instruktionen, der Art der Behandlung und schließlich durch die Krankheit selbst.

Die ärztlichen Entscheidungen sind im starken Maß abhängig von persönlichen Präferenzen und Wertmaßstäben und korrelieren nicht immer mit dem aktuellen Forschungs- und Erkenntnisstand, da es für viele in der Schulmedizin etablierte Methoden keinen ausreichend begründeten wissenschaftlichen Nachweis gibt. Untersuchungen haben gezeigt, dass Ärzte nur in 36% die Patienten nach dem Grund ihres Besuches fragen und wenn sie danach fragten, wurden die Patienten im Durchschnitt nach 11 Sekunden unterbrochen. Nicht unterbrochene Patienten benötigten maximal 1,5 Minuten zur Erklärung. Das scheint wenig, würde aber bei 60 Patienten am Tag (was sehr gering angesetzt ist) die Sprechstundenzeit um 1,5 Stunden verlängern.

Der Patient sieht sich einer Informationsflut durch das Internet gegenüber, die er schwer werten kann und die ihn oft beunruhigt. Werden in der Sprechstunde Patientenfragen und -wünsche ausreichend berücksichtigt und die Patienten in die Entscheidungen einbezogen, führt das meist zu einer erhöhten Effektivität in Diagnostik und Therapie, zu einem erhöhten Vertrauen zum Arzt und zu größerer Patientenzufriedenheit. Als überraschender Nebeneffekt sind meist Kostenreduktionen damit verbunden.

Empfehlungen für die Praxis

Bei berechtigter, aber auch oft unberechtigter Unzufriedenheit des Patienten sollte man sich immer wieder vor Augen halten: Hautkranke sind psychosozial beeinträchtigt (Juckreiz, Schlafstörungen, Stigmatisierung, Scham – um nur einiges zu nennen). Daher sollten schwierige Entscheidungen möglichst nicht unter Zeitdruck gefällt werden, sondern beispielsweise dem Patienten ein weiterer Termin angeboten werden. Es hat sich bewährt, sich mit Team-Mitgliedern oder Kollegen zu beraten. Auch die Teilnahme an einer Balint-Gruppe oder Supervision ist hilfreich. Eine möglichst gute Dokumentation ist in jedem Fall ratsam.

Wie lässt sich die Compliance optimieren? Bestellzettel für Terminvereinbarungen, schriftliche Behandlungsanweisungen und emphatische Zuwendung bauen ein gutes Vertrauensverhältnis auf und stärken die Eigenkompetenz des Patienten. Bei eingeschränkter Compliance kann versucht werden, Angehörige in die Behandlungsstrategie einzubeziehen.

Umgang mit chronisch Hautkranken (Neurodermitis/ Psoriasis)

Ob im Praxisgespräch oder in speziellen Schulungen sollte über Stigmatisierung (besonders wenn Gesicht oder Hände betroffen sind), über mögliche Kränkungen und Zurückweisungen (Selbstrücknahme, Depressionen), über tägliche Erfahrungen bei: Schwimmbad, Sauna, Sport, Partnerschaft und subjektive Beschwerden wie Juckreiz, Schmerzen, Schlafstörungen gesprochen werden. Der Zeitaufwand kann dabei gering gehalten werden, aber die Patienten werden es zu schätzen wissen. In besonderen Fällen kann der Patient zur Stärkung der Krankheits- und Alltagsbewältigung zu einer Gruppen- oder Psychotherapie/ Psychopharmaka (nach dominierender Komorbidität, besonders Depressionen) eingestellt bzw. überwiesen werden.

Zu bedenken ist auch, dass der Arzt/ Ärztin nicht die alleinigen Ansprechpartner für den Patienten darstellen, sondern ein wesentlich größerer Personenkreis: Pflegepersonal, Sozialdienst, Psychologen, Seelsorger sowie das soziale Umfeld mit Familie, Arbeitsstelle, Freunde. Die teils unerklärlichen Differenzen entstehen aus den „unterschiedlichen Wirklichkeiten“, einem Phänomen, das in einem „Rollenspiel“ Arzt-Patient oder in einer Balint-Gruppe erklärt werden kann.

Rolle des Therapeuten

Was soll der Arzt/ die Ärztin denn heute sein? Dienstleister? Für manche Patienten schon, den meisten aber ist das zu wenig, Sie erwarten eine Beratung. Seelsorger? Wie nahe darf/ sollte der Arzt dem Patienten kommen? und dürfen?

Auf jeden Fall sollte zunächst Vertrauen geschaffen werden, der Arzt kann nicht die fehlenden sozialen Kontakte ersetzen, sollte aber über die Hautkrankheit hinaus persönliche Probleme ansprechen, Ängste erkennen und verbalisieren und Lösungen anbieten („welche Lösung würden Sie bevorzugen?“ und „wie könnten Schwierigkeiten dabei überwunden werden?“).

Jeder Mensch und damit auch Patient lebt in seiner eigenen Welt mit individuellen Wünschen. Das sollten wir herausfinden, denn das Miteinander (Adherence-Prinzip) ist nicht immer anwendbar und geeignet und richtet sich nach dem Patiententyp und wir sollten stets ausloten, wie weit sich der Patient in diagnostische und therapeutische Strategien einbeziehen lässt.

Zusammenfassung

- das enge, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis ist die Grundlage für eine erfolgreichen Behandlung und eine dauerhafte Zufriedenheit des Patienten
- der Strukturwandel in der Gesellschaft und, dadurch beeinflusst, die sich wandelnde Arzt-Patientenbeziehung sorgt einerseits für eine bessere Transparenz, andererseits aber auch für Einfluss auf das subjektive Vertrauen des Patienten
- diesen Spagat zu überwinden erfordert vom Arzt große Empathie, Geduld und dynamisches Einfühlvermögen

Artikel nach einem Vortrag auf der Münchner FOBIWO vom 8.07. – 11.07.2020 online, Session Psychodermatologie

Infos zur Vitos Klinik Giessen für Psychodermatologie

Prof. Dr. Uwe Gieler/ Giessen

Zur Information für alle APD-Mitglieder möchte ich den Rundbrief als Gelegenheit nutzen und auf die in Giessen nunmehr etablierte Klinik für Psychosomatik hinweisen, in der ich dabei bin, eine vollstationäre Einheit für Psychodermatologie mit 24 Betten aufzubauen.

Nachdem sich bereits in der Psorisol-Klinik Hersbruck eine Abteilung für Dermatopsychosomatik etabliert hat und seit Januar 2019 Patienten zur Behandlung aufnimmt, konnte nunmehr auch in Giessen ein solcher Schwerpunkt festgelegt werden. Es wird hier möglich sein, konsequent dermatologische Behandlungen und auch psychosomatisch-multimodale Therapie anzubieten. Den Strukturaufbau sieht man in der Abb. und dem Foto 1.

Strukturaufbau Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Vitos Giessen





**Strukturaufbau der Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie in der Vitos Klinik Giessen
hier: 24-Betten-Bereich Psychodermatologie**



Gruppe 1: 12 - 14 Patienten
(Patienten mit psychosomatischen
Erkrankungen und komorbider Haut-
symptomatik (Artefakte, Skin-Picking,
Körperdysmorphie Störung,
somatoforme Hautreaktion wie
Juckreiz etc.)



Gruppe 2: 12-14 Patienten
(Patienten mit primär chronisch –
entzündlichen Hauterkrankungen
(Psoriasis, Neurodermitis etc.) und
psychosomatischer Komorbidität
(Depression, sozialer Phobie,
Angststörungen, Zwängen)

In der Abb. 2 ist der Strukturaufbau speziell in der Psychodermatologie dargestellt. Ich würde mich freuen, wenn interessierte Patienten, die die Indikation für eine stationäre Behandlung mit einer dermatologischen Erkrankung und einer psychischen Erkrankung erfüllen sich auch bei uns melden könnten.

Infos: Sekretariat Chefarzt Prof. Dr. Gieler (Frau Peter): 0641-403-378 oder über die Homepage:

www.vitos.de/gesellschaften/vitos-giessen-marburg/einrichtungen/vitos-klinik-fuer-psychosomatik-giessen

Stationäre Behandlung in einer Akutklinik für Dermatopsychosomatik: Vorstellung des Therapiekonzeptes von der Indikationsstellung bis zur Behandlungsdurchführung (Erfahrungsbericht)

Andrea Eisenberg/Hersbruck

Die Häufigkeit von psychischen Problemen bei stationär dermatologisch behandelten Patienten ist hoch. Von den stat. behandelnden Ärzten wird geschätzt, dass für 21,67% dieser Patienten ein psychosomatisches Behandlungsangebot hilfreich wäre, die Pflege schätzt den Anteil dieser Patienten sogar noch höher - auf im Mittel 33,55%.

Die Vielfalt der psychosomatischen Hauterkrankungen

Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich zum einen mit den sogenannten somato-psychischen Krankheitsaspekten. Dabei kann es sich z. B. um eine Verbesserung im Umgang mit körperlichen belastenden Symptomen handeln – wie zum Beispiel dem Umgang mit Juckreiz oder Schmerzen. Aber es kann auch zum Auftreten von sekundären psychischen Störungen als Folge einer dermatologischen Krankheit kommen: Drei häufige Beispiele hierfür sind die ausgeprägte soziale Angst und das resultierende Vermeidungsverhalten (soziale Phobie) bei stigmatisierenden Hautveränderungen wie der Psoriasis, oder die depressive Erschöpfung im Sinne eines „Hautpflege-Burnouts“, falls die Krankheitsversorgung und die Alltagsanforderungen gemeinsam das individuelle Belastungsmaß überschreiten. Das kann z. B. bei einer schweren Neurodermitis mit komorbiden Allergien der Fall sein, wenn zusätzlich zum kalkulierten Pflegeaufwand für die Gesundheit überraschend weitere Belastungsfaktoren auftreten, die dann zur Überlastung führen. Auch kann es bei einer sehr belastenden Krankheitsdiagnose – häufig bei Karzinomerkrankungen – zu einer Anpassungsstörung kommen, die sich zum Vollbild einer Depression oder Angststörung entwickeln kann.

Bei multifaktorieller Genese mit psychischen Einflussfaktoren auf das dermatologische Krankheitsbild findet sich bei Chronifizierung meist eine Wechselwirkung; dahingehend, dass der durch die Krankheit erzeugte psychische Stress sich wiederum negativ auf das dermatologische Krankheitsbild auswirkt und ein sogenannter „Teufelskreis“ oder eine allmähliche „Abwärtsspirale“ entstehen kann. Aufschaukelungsprozesse finden sich sowohl auf der vegetativen Ebene, wie bei der Hyperhidrosis, bei der die evtl. Angst davor, durch die übermäßige Transpiration unangenehm aufzufallen, stressinduziert zusätzlich zu einer Steigerung derselben führt. Solche Kreisläufe gibt es ebenso auf der immunologischen Ebene,

z. B. bei der atopischen Dermatitis, bei der es stressinduziert zu einer Zunahme der Inflammation kommen kann. Diese vermehrte Inflammation setzt ihrerseits Entzündungsbotenstoffe frei, die eine Symptomatik etwa ähnlich einer Depression erzeugen. Zu dieser psycho-biologischen Interaktion kommen häufig soziale Faktoren hinzu, die primärer Auslöser solcher Prozesse sein können oder erst später reaktiv eintreten können (Arbeitsplatzprobleme, sozialer Rückzug) und ihrerseits auf den Krankheitsprozess negativ einwirken. Der Psychosomatiker berücksichtigt deshalb bei seiner Anamnese immer sowohl die somatischen als auch die psychischen sowie die sozialen Bedingungen und analysiert ihre wechselseitigen Einflüsse (das sogenannte bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. (Gieler: Der psychische Marsch der Neurodermitis)

Es können aber auch psychische oder psychiatrische Störungen eher primär auftreten, die dann mit einer dermatologischen Symptomatik einhergehen – psycho-somatische Störungen im wörtlichen Sinn. Dazu zählen alle Somatisierungsstörungen, wie die somatoformen Störungen – Pseudoallergien/Pseudounverträglichkeiten - und die auf die Haut bezogenen hypochondrischen Störungen, wie die körperdysmorphe Störung. Bei diesen Krankheitsbildern ist der Patient auf die dermatologische Genese seiner Beschwerden fixiert und sucht deshalb Hilfe beim Dermatologen – ist in der Regel nur schwer zu einer psychosomatischen Behandlung zu motivieren. Bei den somatoformen Störungen gibt es einen fließenden Übergang zur wahnhaften Störung (Dermatozoenwahn). Auch bei den Zwangskrankheiten (Waschzwang mit Handekzem) oder dem Zwangsspektrum verwandten Krankheiten (Skin Picking, Trichotillomanie) ist die primäre Störung psychischer Art mit sekundärer Hautschädigung.

Schließlich kann es sich beim Vorliegen von dermatologischer und psychischer Krankheit auch um eine zufällige Komorbidität handeln. Dabei kann es auch durchaus zu einer wechselseitigen Beeinflussung kommen. Dann ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine dermatopsychosomatische Behandlung indiziert ist. Es gibt jedoch auch Konstellationen, bei denen ein spezielles psychotherapeutisches Setting erforderlich ist – so dass eine parallel bestehende dermatologische Krankheit gesondert behandelt werden muss - je nach Schweregrad zuvor oder im Anschluss: ein Beispiel dafür ist das gleichzeitige Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit und einer Psoriasis oder einer Anorexie und einer Neurodermitis. Suchtkrankheiten benötigen in der Regel ein so spezialisiertes Behandlungssetting, dass die zusätzliche Kombination mit einem dermatologischen Behandlungsansatz nicht realistisch ist.

Indikations- und Kontraindikationskriterien für eine stationäre dermatopsychosomatische Behandlung

Die Kombination des Vorliegens einer psychischen Krankheit mit einer dermatologischen Erkrankung oder, wie bei den somatoformen Störungen, mit einem dermatologischen Bezug macht auch eine kombinierte psycho-dermatologische Behandlung erforderlich. Dafür gibt es in Deutschland ein sehr differenziertes Behandlungsangebot: Ambulant besteht die Möglichkeit der psychosomatischen Grundversorgung in der dermatologischen Praxis oder der parallel durchgeführten dermatologischen und fachpsychotherapeutischen Behandlung. Stationär kann die schwere dermatologische Krankheit mit psychischen Faktoren, wie Problemen der Krankheitsbewältigung, im Rahmen einer stationären dermatologischen Behandlung mit zusätzlicher Betreuung durch einen psychosomatischen Konsildienst versorgt werden. Sollte die psychische Symptomatik einen eigenen Krankheitswert haben, ist eine spezielle dermatopsychosomatische vollstationären Behandlung indiziert, je nach Versorgungsauftrag im Rahmen einer Reha- oder Akut-Behandlung. Bei der Wahl des geeigneten Behandlungssettings sind die Schwere und Komplexität des Krankheitsbildes, die bisherige Therapie, die Behandlungsmöglichkeiten vor Ort und die sozialen Verhältnisse zu berücksichtigen. Eine vollstationäre dermatopsychosomatische Behandlung ist notwendig, wenn eine schwere psychosomatische Störung* mit Bezug zur Dermatologie oder eine schwere psychische Störung* in Kombination mit einem dermatologischen Krankheitsbild vorliegt und ...

- ... die ambulanten Behandlungsalternativen ausgeschöpft worden sind. Alternativ:
- ... keine ambulante Behandlungsmöglichkeit (in zumutbarer Nähe) gegeben ist. Alternativ:
- ... der Erfolg der Behandlung die Herausnahme des Patienten aus dem häuslichen Milieu voraussetzt (das häusliche Milieu kann dabei entweder eine Belastung (*pflegebedürftige Angehörige*) bzw. ein Konfliktbereich (*aggressiver Partner*) sein – oder das pathologische Verhalten des Patienten unterstützen und dadurch eine Veränderung unmöglich machen (*erschwerte Ablösung aus der Familie bei überprotektiven Eltern*))

* als „schwere“ psychosomatische bzw. psychische Störungen gelten z.B. depressive Störungen, Angststörungen (z. B. soziale Phobie), Zwangsstörungen, alle somatoformen Störungen (Somatisierungsstörung, erhöhte Krankheitsangst, Dysmorphophobie), chronische Schmerzstörungen, Trichotillomanie, Skin Picking, ...

Eine psychosomatische Behandlung setzt immer die Bereitschaft zur Mitarbeit voraus (zumindest die Bereitschaft, „*es mal zu versuchen*“); besser und mit mehr Behandlungserfolg einhergehend ist eine bereits vorliegende Veränderungsmotivation beim Patienten.

Beim Vorliegen von somatoformen Störungen sollte die Diagnostik möglichst im Vorfeld so abgeschlossen sein, dass aus dermatologisch-allergologischer Sicht keine weitere Diagnostik erforderlich ist. (*Einmalige aber vollständige Abklärung.*)

Der Patient muss körperlich, sprachlich und kognitiv in der Lage sein, am Behandlungsangebot teilnehmen zu können. Körperlich muss die Fähigkeit gegeben sein, an den Gruppentherapien teilnehmen zu können und sich selbstständig hinsichtlich der Grundpflege zu versorgen. Auch die Gehfähigkeit sollte im Alltagsumfang gegeben sein. (*Ausgeprägte Fußekzeme plantar; Stauungsödeme mit Ulcera sind relative Kontraindikationen; auch ein stark exazerbiertes Ekzem mit vielleicht ödematöser Schwellung der Haut und Störung des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushaltes sowie der Temperaturregulation ist eher eine Kontraindikation, da der Patient somatisch zu krank ist, um noch psychotherapeutisch mitarbeiten zu können.*) Kognitiv sollte eine Aufmerksamkeitsspanne über mind. 50 min gegeben sein, um an den Gruppentherapien teilnehmen zu können. Da Psychotherapie viel über Sprache arbeitet, sollte der Patient (mit Migrationshintergrund) ausreichende sprachliche Fähigkeiten haben, um auch seine Gefühle beschreiben zu können. Bei älteren Pat. ist es wichtig, darauf zu achten, dass sie ausreichendes Hörvermögen bzw. eine entsprechende Versorgung haben, um einem Gespräch in einer Gruppe folgen zu können. Durch die Pandemiesituation, die das Tragen eines Mundschutzes aller Patienten erfordert, bekommt das Thema aktuell gerade eine neue Bedeutung.

Neben den aufgeführten somatischen Einschränkungen gibt es auch psychische Komorbiditäten, die als Kontraindikation zu sehen sind. Dazu zählen alle stoffgebundenen Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Tranquilizer) mit aktueller Abhängigkeit. Bei diesen ist eine psychiatrische Entwöhnungsbehandlung vorrangig, ggfls. kann danach eine dermatopsychosomatische Behandlung erfolgen. Cannabis ist individuell zu beurteilen, da es auch legal verordnet wird – trotzdem durch sein Suchtpotential das therapeutische Arbeiten meist dtl. einschränkt. Essstörungen und andere nicht stoffgebundene Süchte sind relative Kontraindikationen – je nach Schweregrad sollte ihre Behandlung vor- oder nachgeschaltet werden und gesondert in dafür spezialisierten Settings erfolgen. Bei chronischen, trotz Therapie persistierenden Anorexien ist ein Mindest-BMI von 19 kg/m² für eine intensive aufdeckend arbeitende Psychotherapie erforderlich.

Grundsätzlich sollte ein Patient zur Mitarbeit in einer Gruppe in der Lage sein, sollte den gemeinsamen Aufenthalt mit anderen Menschen in einem Raum tolerieren können und andere nicht durch Verhaltensexzesse stören. Beim Vorliegen ausgeprägter Persönlichkeitsstörungen oder starken Verhaltensauffälligkeiten ist gelegentlich ein Scheitern der Behandlung möglich (*Pat. ist so ängstlich, dass er auch nach mehreren Tagen mit Unterstützung des Personals nicht in der Lage ist, sein Zimmer zu verlassen*). Nicht immer zeigt sich dies schon im Vorgespräch so dtl., dass es als Kontraindikation eingestuft wird. Auch traumatisierte Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung benötigen häufig zunächst eine traumaspezifische Behandlung, da sie ein normales Behandlungssetting kaum tolerieren.

Akute Suizidalität stellt eine Indikation zur sofortigen psychiatrischen Behandlung dar, ist eine absolute Kontraindikation für eine psychosomatische Behandlung. Wahnhafte oder psychotische Störungen sind einer Psychotherapie nicht zugänglich und somit keine Behandlungsindikation, sollten entsprechend mit Antipsychotika behandelt werden. Sie sind aber gelegentlich schlecht von schweren Somatisierungsstörungen abzugrenzen, so dass es einer längeren Beobachtung bedarf, um zur genauen Diagnose zu gelangen.

Die Abklärung all dieser Faktoren ist in der dermatologischen Praxis in der Regel nicht durchführbar, so dass Patienten von dort bei Verdacht einer erheblichen psychischen Belastung prästationär zur Diagnostik in der Klinik vorgestellt werden können. Dort erfolgen eine diagnostische Einschätzung anhand der klinischen Untersuchung und der psycholog. Testdiagnostik, eine Anamnese der vorangegangenen dermatologischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen, eine aktuelle Sozialanamnese, die Exploration des subjektiven Krankheitsmodells und die Auftragsklärung mit dem Patienten. Dies bildet die Basis für eine differenzierte Therapieempfehlung.

Das stationäre Behandlungsangebot

umfasst gleichermaßen eine dermatologische wie auch eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung.

Die Behandlung erfolgt im Rahmen von 2 festen Patientengruppen zu 9 Patienten, die in halboffenem Setting geführt werden. Das hat den Vorteil, dass jeder Patient die für ihn individuell erforderliche Behandlungszeit bekommt. Im Gruppenprozess begegnen neu aufgenommene Patienten anderen, die bereits länger in Behandlung sind und Fortschritte gemacht haben, die die Neuen ermutigen. Der Nachteil dieses Settings ist, dass sich länger aufbauende Schulungseinheiten/Trainings nicht möglich sind, da immer wieder neue Patienten in die Gruppen kommen.

Zudem gibt es gruppenübergreifend krankheitsspezifische Schulungsgruppen.

Die Zuteilung in beide Gruppen erfolgt unabhängig vom dermatologischen oder psychischen Störungsbild, sondern orientiert sich eher am Behandlungsauftrag des Pat., der im Rahmen des Vorgesprächs erfragt wird.

Beide Behandlungsgruppen haben einen unterschiedlichen Schwerpunkt: eine Gruppe arbeitet eher verhaltenstherapeutisch und dtl. symptombezogen mit dem Ziel, den Patienten ein Basisverständnis für bio-psycho-soziale Zusammenhänge zu vermitteln, ihnen ihr individuelles bio-psycho-soziales Krankheitsmodell verständlich zu machen, Informationen zu ihrer dermatolog. Erkrankung und zu ihrer psychischen Symptomatik zu geben. Der Fokus in den Gruppentherapien liegt neben der Informationsvermittlung stark auf der Ressourcenaktivierung und auf der Verbesserung des Symptomcopings, der Förderung der Resilienz, also auf Entlastung und Stabilisierung. Der Körper, der durch das geschädigte Organ Haut oft überwiegend als Quelle von Schmerz und Juckreiz erlebt wird, darf auch wieder mit positiven Seiten wahrgenommen werden. Die Behandlungszeit liegt in der Regel bei 3 bis 6 Wochen, variiert je nach Behandlungsziel. Für etliche der Patienten ist diese Behandlung eine erste Begegnung mit der Psychosomatik – manche sind noch sehr unsicher und ambivalent, inwieweit sie sich auf eine Behandlung einlassen möchten.

Die zweite Gruppe arbeitet eher psychodynamisch mit Patienten, die mit dem Wunsch nach einer intensiven psychotherapeutischen Arbeit an ihren inneren Konflikten/Schemata zur Behandlung kommen und häufig bereits eine oder mehrere ambulante und/oder stationäre Psychotherapien durchgeführt haben. Entsprechend liegt der Fokus in vielen Gruppentherapien - insbesondere in den sogenannten „Spezialtherapeutischen“ Gruppen, wie Kunsttherapie oder Tanztherapie - eher im aufdeckenden Arbeiten. Die Behandlungszeit liegt zwischen 6 bis 9 Wochen, ebenfalls abhängig von der individuellen Zielsetzung und dem Verlauf.

Inhaltliche Aspekte der Behandlung

Für die Behandlung steht eine fachärztliche Versorgung sowohl dermatologisch als auch psychosomatisch-psychotherapeutisch zur Verfügung, letztere mit verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Ausrichtung. Aufgabe der Fachärzte ist es, die Indikation zur Behandlung bei Aufnahme des Patienten zu prüfen, und in beiden Fachrichtungen wöchentlich durch Visiten den Behandlungsverlauf zu überprüfen und zu steuern. Psychosomatisch-psychotherapeutisch findet zusätzlich wöchentlich eine einstündige interdisziplinäre Fallbesprechung mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen statt, in der die konkrete Behandlungsplanung („Wochenziel“) erfolgt. Zudem findet mit allen Patienten der

eher aufdeckend arbeitenden Gruppe ein sogenanntes „Therapieplanungsgespräch“ unter fachärztlicher Leitung statt. Im Rahmen dieses Gespräches wird ein Therapiefokus gebildet, die Behandlungsziele werden in ihrer Gesamtheit festgelegt ebenso wie eine ungefähre Zeitdauer für die geplante Behandlung.

Ein Stationsarzt übernimmt unter Anleitung des dermatologischen Oberarztes die dermatologische Betreuung der Patienten.

Der dermatologische Behandlungsansatz wird fakultativ ergänzt durch eine physikalische Mitbehandlung (Lichttherapie und Bäder), die sich auf den dermatologischen Schwerpunkt konzentriert.

Ggfls. erfolgt eine ernährungswissenschaftliche Beratung – bzw. diätetische Behandlung

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung der Patienten erfolgt durch Psychologen bzw. Ärzte in psychosomatischer Weiterbildung unter Anleitung des psychosomatischen Oberarztes und Chefarztes. Der Bezugstherapeut erfasst den psychopathologischen Befund bei Aufnahme, wertet die psychologische Test-Diagnostik aus, erhebt die ausführliche Biografische Anamnese und erarbeitet ein individuelles Krankheitsmodell. Im weiteren Verlauf wird dann entsprechend den individuellen Behandlungszielen und den Themen/Bedürfnissen des jeweiligen Patienten gearbeitet. Die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten führen auch Gruppenpsychotherapien mit unterschiedlichen Schwerpunkten durch: Problemlöse-Gruppe, themenzentrierte Gruppe, interaktionelle Gruppe, soziales Kompetenztraining, Imaginationsübungsgruppe.

Spezialtherapeutische Behandlungen ergänzen das gruppentherapeutische Angebot: Tanztherapie und Kunsttherapie. Je nach Behandlungsgruppe erfolgt die Arbeit entweder ressourcenaktivierend oder aufdeckend. Durch die unterschiedlichen Angebote, kann den Patienten beide Bereiche, Kunst und Tanz, Ressourcenarbeit vorgestellt werden, die dann - abhängig von der persönlichen Affinität - fortgesetzt werden können. Im Rahmen der aufdeckenden Arbeit erreichen die beiden Verfahren andere Erinnerungen beim Patienten, die dann thematisch auch über die anderen therapeutischen Techniken aufgegriffen und bearbeitet werden können.

Sporttherapie, die begleitend durchgeführt wird, unterstützt speziell beim Vorliegen von Depression durch die morgendliche Aktivierung. Die Sportstunde hat die Funktion, die eigene Fitness zu verbessern, Spaß an und in der Bewegung zu erleben und die Gruppenkohäsion zu fördern. Mit Yoga und PMR werden zwei unterschiedliche Verfahren vorgestellt, die Entspannungsfähigkeit und Wohlbefinden fördern.

Die fachpflegerische Versorgung erfolgt durch das Pflorgeteam, das hälftig aus dermatologisch versierten Pflegekräften und hälftig aus psychosomatisch-psychiatrisch erfahrenen Pflegekräften besteht. Die Pflegekräfte führen mit den Patienten im Einzelkontakt Pflegebezugsgespräche bzw. eine Pflegebegleitung durch, die sich auf die Vermittlung/Vertiefung praktischer Techniken beziehen kann: psychosomatisch umfasst das z. B. Skills-Training zur Spannungskontrolle, Entspannungsübungen, Expositionsbegleitung, Vorbesprechung der Umsetzung von Veränderungen im Alltag. Dermatologische Fachkompetenz beim Verbinden von Verletzungen, Hilfe beim Cremes oder Informationsvermittlung zur individuellen Körperpflege. Zudem leitet die Pflege tagesstrukturierende Gruppen an, ebenso wie Achtsamkeitstraining und Genussstraining. Die Sozialtherapie bietet fakultativ ihre Hilfe an, unterstützt bei Antragsstellungen, bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz, vermittelt Selbsthilfegruppen, informiert bzw. hilft bei der Klärung von innerfamiliären und beruflichen Problemen, vermittelt Hilfen für die Zeit nach Entlassung.

Zeitlicher Ablauf einer Behandlung:

Die Therapie gliedert sich vom zeitlichen Ablauf her in der Regel in drei Phasen:

Diagnostikphase (1/2 -2 Wochen):

Erhebung von dermatologischem und psychischem Befund einschließlich psycholog. Testung und Erhebung der biografischen Anamnese

Einleitung Dermatologische Behandlung mit Verordnung von Interna, Externa und physikalischer Therapie (Bäder, Licht); ggfls. diätetische Behandlung

Psychosomatisch-psychotherapeutisch: Beobachtung der Symptomatik und des Verhaltens im Stationsalltag mit Analyse der intra- und interpersonellen Fertigkeiten

Ggfls. Ansetzen, Verändern einer Medikation mit Psychopharmaka

Erarbeitung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells

Informationsvermittlung zu Behandlungsmöglichkeiten und Outcome

Teilnahme an den Gruppentherapien – in den Gesprächsgruppen meist passiv

(Evtl. Therapieplanungsgespräch)

Vereinbarung von individuellen Behandlungszielen und Erstellen eines individuellen Behandlungskonzeptes. (Ggfls. Klärung von Rahmendbedingungen für die Behandlung) – ggfls. Therapieverträge/-vereinbarungen

Therapiephase

Jetzt werden – entsprechend dem Auftrag des Patienten – seine individuellen Themen bearbeitet. Dies geschieht teils im 1:1-Setting mit dem psychotherapeutischen psychologischen oder ärztlichen „Bezugstherapeuten“.

Die einzelnen Themen können auch in die Gruppentherapien eingebracht werden und werden dort aufgegriffen.

Ggfls. entsteht nach Erreichung eines primären Zieles (z. B.: *„Ich möchte mich selbstbewusster abgrenzen können und mich besser um meine Gesundheit kümmern.“*) ein weiteres Neues, das sich aus dem ersten ergibt. Dann muss geprüft werden, ob dafür weiterhin die Arbeit im stat. Multimodalen Setting erforderlich ist, oder ob eine ambulante Psychotherapie dafür voraussichtlich ausreichend ist. Ggfls. können mehrere Themen parallel oder nacheinander abgearbeitet werden.

Die Entlassung des Patienten sollte rechtzeitig vorbereitet werden, dies fällt unter den Begriff der

Transferphase

Psychotherapie bedeutet in der Regel nicht nur, mehr über sich und die belastenden Krankheiten zu erfahren, sondern aktiv Veränderungen anzugehen. Das kann sich auf den Umgang mit der Krankheit beziehen, auf das eigene Verhalten oder die eigenen Einstellungen. Da die meisten Menschen in einem sozialen Umfeld leben, wird dieses auf die Veränderungen des Patienten reagieren: teilweise positiv, weil die Symptomatik die Beziehungen in irgendeiner Weise belastet hat. Teilweise gibt es aber auch „Nachteile“ für das soziale Umfeld; z. B. wenn ein Patient sich vornimmt, sich mehr auf seine Bedürfnisse zu konzentrieren und sich von Anforderungen anderer eher abzugrenzen. In dem Fall wird er mit Widerstand rechnen müssen. Hinzu kommt, dass Gewohnheiten und Rituale oft nur schwer zu verändern sind und es eine hohe „Rückfallquote“ gibt. Vor Entlassung sollte auch darauf eingegangen werden, ebenso wird mit dem Patienten gemeinsam geplant, welche Unterstützungsmöglichkeiten nach Entlassung notwendig sind, damit die Veränderungen gut in den Alltag integriert werden können und er den positiven Effekt der Behandlung lange beibehalten bzw. noch ausweiten kann.

Im Anhang finden Sie einen exemplarischen Wochenplan über die Gruppentherapiestunden und Visitenzeiten. In den freien Zeiten werden die psychotherapeutischen Einzelgespräche (mind. 50 min/Woche) und die Pflegebegleitung (mind. 30 min /Woche) jede Woche zusätzlich bei allen Patienten eingeplant.

Bei Bedarf finden in diesen Zeiten außerdem die physikalische Mitbehandlung (auch an den Wochenendtagen), die sozialtherapeutische Beratung, Einzeltermine mit der Bewegungstherapie, der Sozialberatung und die ernährungswissenschaftliche Beratung statt. Dadurch ergibt sich ein Behandlungsansatz von rel. hoher Dichte, was eine gewisse Belastbarkeit des Patienten erfordert.

 Wochenplan vom XX.XX.-XX.XX.2021		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
08:00	Vitalzeichenkontrolle 08:15 - 08:40 Uhr	Frühsport 08:15 - 08:40 Uhr	Morgengruppe 08:15 - 08:40 Uhr	Frühsport 08:15 - 08:40 Uhr	Morgengruppe 08:15 - 08:40 Uhr	Morgengruppe 08:15 - 08:40 Uhr		
09:00	Dermatologische Visite 09:00 - 10:20 Uhr	CA - Visite 10:00 - 11:30 Uhr (ca. 10 Min./Pat.)	Kunsttherapie (II) 09:00 - 10:40 Uhr	Tanztherapie 09:00 - 10:30 Uhr	Problemlösegruppe 09:00 - 10:15 Uhr	Morgengruppe 09:00-09:30 Uhr		
10:00								
11:00	Achtsamkeit 10:30 - 11:20 Uhr							
11:30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13:00	Ggf. TPG 13:00 - 14:00 Uhr	Sport aktiv 13:10 - 14:00 Uhr	Dermato. OA- Visite 13:15 - 14:00 Uhr	Ggf. TPG 13:00 - 14:00 Uhr		Bedarfsvisite ab 13:30 Uhr		
14:00	PMR 14:05 - 14:50 Uhr	Problemlösegruppe 14:45 - 16:25 Uhr	Yoga 14:10 - 15:00 Uhr	Imagination 14:15 - 15:05 Uhr	PMR 14:00 - 14:50 Uhr			
15:00	Kunsttherapie (I) 15:00 - 16:15 Uhr				Psychoedukation 15:30 - 16:20 Uhr			
16:00								
16:30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
		Abendgruppe 17:30 - 18:00 Uhr		Abendgruppe 17:30 - 18:00 Uhr	Wochenendausblick 18:00 - 18:30 Uhr			Abendgruppe 18:00-18:30 Uhr

Stress und Covid-19: Ein narrativer Review über neuroendokrin-immune Mechanismen, die eine Abwehr von SARS-CoV-2 verbessern könnten

Eva M.J. Peters^{1*}, Manfred Schedlowski², Carsten Watzl³, Ulrike Gimsa^{4*}

*Sprecherinnen des Arbeitskreises „NeuroEndokrinoImmunologie“ der Deutschen Gesellschaft für Immunologie

¹ Psychoneuroimmunologie Labor, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Justus-Liebig Universität Giessen, Giessen und Universitätsmedizin-Charité, Berlin

² Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie, Universitätsklinik Essen, Essen und Department of Clinical Neuroscience, Osher Center for Integrative Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

³ Fachbereich Immunologie, Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfADo), Dortmund

⁴ Institut für Verhaltensphysiologie, Leibniz-Institut für Nutztierbiologie, Dummerstorf

Zusammenfassung

Ziel des Reviews: Die COVID-19 Pandemie ist auf dem Vormarsch, die Sorgen und Ängste in der Bevölkerung wachsen, ebenso wie im medizinischen System. Aus der Perspektive der Stressforschung steht jetzt auf der einen Seite die Frage, wie diese psychosozialen Belastungen bewältigt werden können. Auf der anderen Seite entsteht die Frage, ob bestimmte Formen von Stress zu einer Häufung von Infektionen und kritischen Krankheitsverläufen beitragen können.

Methodik: In einem narrativen Review wird vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes zu Stressbelastungen und Immunantwort dargelegt, wie Stress die Immunabwehr von Viruserkrankungen beeinflussen kann.

Ergebnisse: Übermäßiger Stress kann die Funktion der Barriere von Atemwegen kompromittieren und über eine Fehlanpassung der neuroendokrinen Stressreaktionssysteme zu einer Virus-permissiven Immunantwort beitragen.

Diskussion: Da bestimmte Formen von Stress für eine erfolgreiche Immunabwehr von viral bedingten Atemwegserkrankungen eine Rolle spielen können, ist es wichtig Menschen mit hoher psychosozialer Belastung frühzeitig zu identifizieren und mit geeigneten Stress-reduzierenden Interventionen zu versorgen.

Schlussfolgerung: Von Verhaltensänderungen und psychosozialen Maßnahmen, die zu einem verbesserten Umgang mit Stress beitragen, kann eine positive Wirkung auf die Immunantwort bei viralen Atemwegsinfekten erwartet werden.

Hintergrund

Die Coronaviruserkrankung COVID-19 hat ausgehend von Wuhan in China in nur wenigen Monaten globale Ausbreitung erreicht, auch und vor allem in vielen Ländern, in denen Infektionskrankheiten als weitgehend unter Kontrolle galten. Nachdem anfänglich die Hoffnung bestand, die Pandemie könne verhindert werden, gehen Experten international nun davon aus, dass mit einem Abebben der Infektionswellen möglicherweise erst nach Monaten zu rechnen ist, ein Eingeständnis, das bei vielen Menschen für hohe Beunruhigung und Stress sorgt und das die Identifikation von Prädiktoren für neue Ansteckungen und schwere Verläufe erforderlich macht.

Stress ist jedoch nicht nur als mögliche Folge in diesem Zusammenhang zu diskutieren, sondern auch als potentieller mitverursachender Faktor bei respiratorischen Virusinfektionen. Intensiver und persistierender Stress ist in den industriell-geprägten Gesellschaften in den letzten beiden Jahrzehnten z.B. in Metaanalysen und Reviews als Mitverursacher der stetig steigenden Zahlen von chronischen, nicht-infektiösen Erkrankungen, im englischen „non-communicable diseases“ (NCD), diskutiert worden [1-4]. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass gerade Menschen mit NCD durch COVID-19 besonders gefährdet sind. Dies betrifft insbesondere Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Krebs oder Diabetes mellitus. Weitere Risikofaktoren, wie z.B. Adipositas und höheres Alter sowie Nikotinkonsum, sind in westlichen Gesellschaften ebenfalls häufig anzutreffen [5]. Auch die WHO und das ICD11 gehen mit neuen Untersuchungen und Definitionen, vor allem von Arbeitsplatz-bezogenem Stress und komplexer Traumatisierung, verstärkt von einem gesundheitlichen Risiko gerade von intensivem und lang-andauerndem Stress aus [6-8].

Infobox 1: Der Stress-Begriff

Stress kann viele Qualitäten haben und entsprechend viele unterschiedliche Anpassungsreaktionen hervorrufen. Hans Selyes ursprüngliche Definition beschrieb Stress als jede Herausforderung, die eine Anpassungsreaktion des Organismus erforderlich macht [13], eine Definition, die zunächst ohne Gewichtung krankmachender Aspekte erfolgte. Als biologisches Korrelat der Stressreaktion untersuchte er in erster Linie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA). Sein Konzept gewann über die Jahre jedoch zunehmend Gewicht als Erklärung für pathologische Stressfolgen, insbesondere durch die Entdeckung, dass Cortisol und weitere Stressbotenstoffe einen negativen Einfluss auf die körpereigene Abwehr von Infekten, die Immunantwort, haben kann [10, 14]. Nachfolgende Forscher ergänzten das Stress-Konzept schließlich um Begriffe wie Resilienz und Coping als Gegengewichte zum Stress [15] und unterschieden schließlich zwischen Allostasis und allostatischer Überlastung [12] um eine Anpassungsreaktion und ihr Einbrechen zu beschreiben. Die eingehende Beschreibung dieser Konzepte findet sich in Reviews wie den hier zitierten. Entsprechend dieser Entwicklung des psychoneuroimmunologischen Forschungsfeldes finden sich heute viele dichotomisierende Adjektivpaare für die Beschreibung von Stress, die deutlich machen, dass Stress in jedem Kontext, in dem der Begriff verwendet werden kann, immer mindestens zwei Gesichter zeigt: z.B. physikalischer versus psychischer Stress, Eu- versus Dysstress, akuter versus chronischer Stress, milder versus starker Stress etc. Wir wollen uns hier auf die Differenzierung von gesundheitsförderlichem versus krankmachendem Stress im Sinne von psychosozialer Belastung fokussieren, die die Anpassungskapazität neuroendokrin-immuner Reaktionen überschreitet. Dabei wird krankmachender Stress als Faktor verstanden, der die Kapazitäten einer physiologischen neuroendokrin-immunen Anpassungsreaktion sprengt und zur Entwicklung bzw. zum negativen Verlauf von Erkrankungen beitragen kann [16].

Ein möglicher direkter Einfluss von Stress auf Virusinfektionen ist ebenfalls zu diskutieren, da insbesondere persistierende Stressbelastungen Einfluss auf Virusinfektionen haben können, indem sie die Funktion des Immunsystems bei der Virusabwehr unterdrücken. Seit George Freeman Solomon erstmalig den Begriff Psychoneuroimmunologie prägte [9, 10] wird in diesem Forschungszweig davon ausgegangen, dass psychosoziale Belastung vermittelt durch Stressbotenstoffe und ihre Wirkung auf das Immunsystem für die Entwicklung und Eskalation von Erkrankungen mitverantwortlich sein können, insbesondere wenn Stresslevel toxische

Intensität erreichen [11, 12]. Verschiedene, in der Stressforschung bekannte, neuroendokrino-immunologische Mechanismen können in diesem Zusammenhang Schlüsselrollen übernehmen. Über welche Mechanismen der Stress in das Krankheitsgeschehen bei viralen Atemwegserkrankungen eingreifen kann, ist daher eine entscheidende Frage, da diese Mechanismen mögliche Interventionsziele darstellen können. Eine Diskussion von möglichen Stress-Effekten auf das Immunsystem und somit auf die Kontrolle von Virus-Infektionen der Atemwege ist also dringend angezeigt (Abbildung 1).

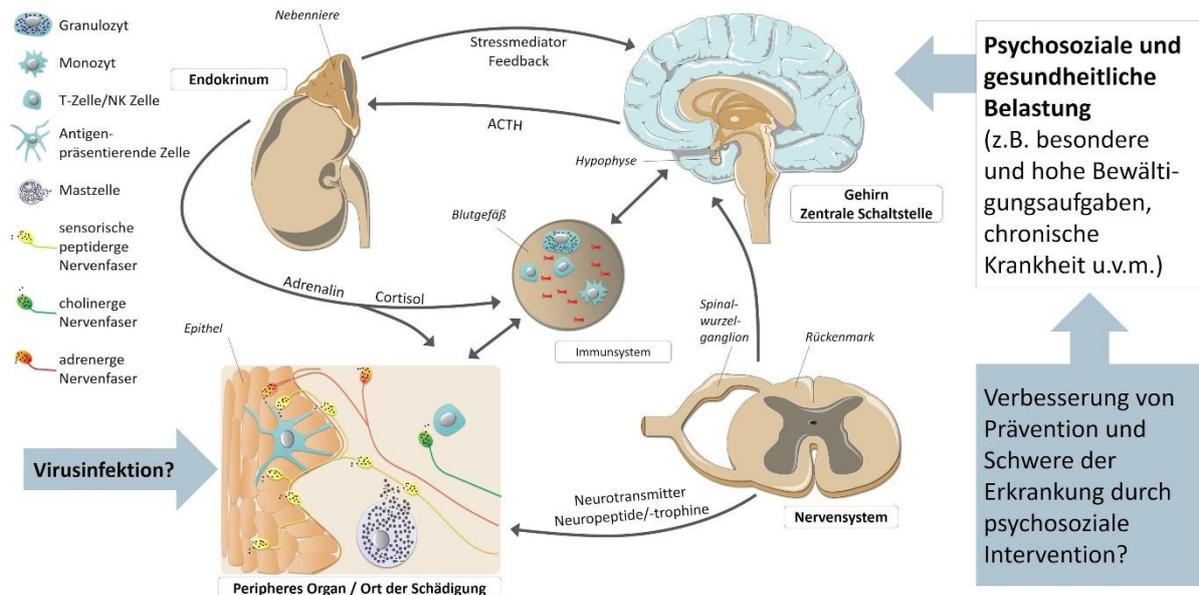


Abbildung 1: Hirn und Häute stehen in enger psychoneuroimmunologischer Interaktion mit möglichen Implikationen für die Kontrolle von respiratorischen Virusinfektionen.

Die Abbildung zeigt die neuroanatomischen und neuroendokrinen Strukturen der Stressreaktion und ihre Interaktionsorte mit dem Immunsystem und Organfunktionen, wobei Stressmediatoren über die Innervation und das Blutgefäßsystem periphere Gewebe erreichen und die Funktion von Zellen des Immunsystems modifizieren, sowie ihre Einwanderung in Gewebe beeinflussen können.

Infobox 2: Das Psychoneuroimmunologie-Experiment

Dass gerade länger andauernde, chronische psychosoziale Belastungen zu einer veränderten Immunantwort beitragen, die Viruserkrankungen begünstigt, ist gewissermaßen das Urexperiment einer noch recht jungen Forschungsrichtung und Behandlungsdisziplin in Medizin und Psychologie, der Psychoneuroimmunologie. In den 1960er Jahren wurden die ersten Experimente dieser Forschungsrichtung an Labornagern durchgeführt und mit ihnen gezeigt, dass Säugetiere unter starkem und lang anhaltendem Stresseinfluss besonders anfällig für Virusinfektionen sind, die über die Schleimhäute in den Körper eindringen, z.B. mit Coxsackieviren [17]. Jahre später konnte dies auch für Menschen nachgewiesen werden und schloss Rhinoviren und Coronaviren mit ein [18, 19].

Kompromittierung der Haut- und Schleimhautbarriere durch Stress kann Virus-anfälliger machen

Für ein Eindringen von Viren in den Körper müssen sie zunächst die Haut- bzw. Schleimhautbarriere überwinden. Eine gute Barrierefunktion von Haut und Schleimhäuten wird z.B. durch eine rasche Abwehr von Viren an den Grenzflächen des Körpers gegenüber der Umwelt der Atemwege und des Darms ermöglicht. Dafür formiert die Haut inklusive der Schleimhäute von Atemwegen und Darm, unter anderem mit Hilfe von sogenannten Tight Junction Molekülen, eine dynamische physikalische und biochemische Barriere gegen Eindringlinge von außen [20, 21]. Funktioniert diese Barriere nicht, können Viren leichter Epithelzellen infizieren [22]. Diese Abwehrlinie kann durch Stress und seine Mediatoren kompromittiert werden [23-25]. So ist bei Menschen mit hohem Stresslevel eine längere Heilungszeit nach Störung der epidermalen Barriere beobachtet worden [23, 26, 27], die in zahlreichen Arbeiten in einem Zusammenhang mit einer dysfunktionalen sympathischen Stressachse [26, 28] und HHNA gesehen wurde [24]. Entsprechend wird in der Schleimhaut bei Stress vermehrt Cortisol produziert [29] was eine anti-virale Immunantwort reduzieren kann [30, 31]. Eine besondere Rolle für die Stabilität der Barriere scheint außerdem das cholinerge System der Haut und der Schleimhäute zu spielen, denn chronische, lang andauernde psychosoziale Belastungen können genauso wie chronischer Nikotinkonsum über die Modulation von Nikotin-Rezeptoren die Barrierefunktion der Haut kompromittieren [32]. Stress kann im Tiermodell außerdem zum Absterben epithelialer Zellen, vermittelt durch inflammatorische Zytokine, führen [33, 34] und eine Störung der für den Zusammenhalt

epithelialer Zellen verantwortlichen Tight Junction Moleküle bewirken [35]. Eine Stress-induzierte Störung der Barriere könnte daher wahrscheinlich ein Eindringen von Viren wie SARS-CoV2 und ein Andocken der Viren an ihre Wirtszellen erleichtern [36, 37].

SARS-CoV-2 nutzt barriererelevante Zellen um Zutritt zum Organismus zu erlangen.

Interessant in diesem Kontext ist vor allem, dass das Virus zum Überwinden der Barriere und Andocken an Wirtszellen das Angiotensin-Converting Enzyme 2 (ACE2) nutzt, ein Membran-gebundenes Enzym, das in den Atemwegen auf Typ II-Pneumozyten lokalisiert ist. Diese Zellen sitzen in den Lungenbläschen und sind dort für die Surfactantproduktion entscheidend und damit für die Barrierefunktion der Alveolen [38]. Weitere barriererelevante Zellen, die ACE2 exprimieren, sind Endothelzellen in Herz und Niere sowie im Darm [39]. Ist das Virus in ACE2-positive Zellen eingedrungen, reguliert es die Expression des Enzyms herunter, was eine pro-inflammatorische Wirkung hat, denn im Anschluss an eine Aktivierung von Angiotensinrezeptoren macht ACE2 aus dem pro-inflammatorischen Angiotensin II das anti-inflammatorische Angiotensin 1-7. Eine erhöhte Produktion von Angiotensin 1-7 wirkt daher protektiv an den endothelialen Barrieren von Lunge, Niere, Herz und Darm [40, 41], wovon Patienten mit schwerwiegenden Entzündungsverläufen nach viraler Atemwegsinfektion profitieren könnten. Eine Relevanz dieser Beobachtung im Kontext von Stress ist gegeben, da ACE2 eine Rolle für die neuro-immune Interaktion bei Stress spielt und am Herzen und an der Magen-Darmbarriere Angiotensin 1-7 bei Stress einen protektiven Effekt ausübt [42, 43]. Zudem kann die pro-inflammatorische Wirkung von Stress an der Darmbarriere durch Blockade der Angiotensin-Rezeptoren Ia und II gefördert werden [44]. Gleichzeitig steigert eine Angiotensin-Rezeptor-Blockade die Expression von Angiotensin 1-7 im kardialen Gewebe und Gehirn gestresster Versuchstiere und verhindert so mikrovaskuläre Fibrose und Stress-induzierte Herzfrequenzerhöhung [45].

Lang andauernde Stressexposition beeinflusst Immunreaktionen negativ

Eine funktionierende Immunantwort ist kritisch, wenn ein Virus, der durch verminderte Barrierefunktion in den Körper eindringen konnte, wieder abgewehrt werden soll. Dies kann durch Stress negativ beeinflusst werden [16]. So ist z.B. bei adipösen Menschen im Kontext von Stress die angeborene Immunität abgeschwächt [46]. Hierbei scheint Cortisol eine wichtige Rolle zu spielen. Organismen, die chronischem Stress ausgesetzt sind, zeigen eine veränderte Reaktivität ihrer HHNA, als deren Endprodukt Cortisol ausgeschüttet wird (Abbildung 2). Damit muss gerade der chronische Stress in der Prävention und bei der Behandlung von viralen Atemwegserkrankungen berücksichtigt werden.

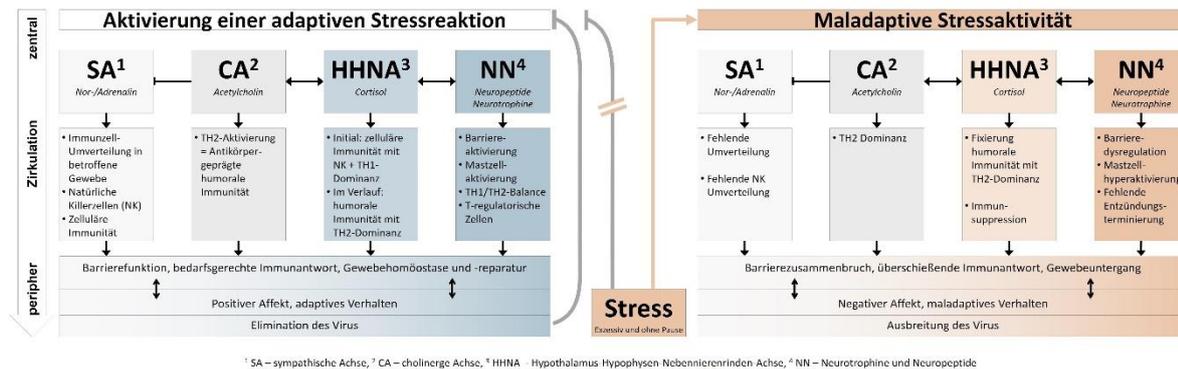


Abbildung 2: Adaptives Ineinandergreifen neuroendokrin-immuner Interaktionen wird durch chronischen Stress maladaptiv. Die Abbildung zeigt auf der linken Seite die spezifischen Adressaten der Immunantwort der bekanntesten Stressachsen und ihrer Mediatoren sowie die Bedingungen, die eine adaptive Stressreaktion erlauben und deren Ergebnisse. Auf der rechten Seite sind die Stressachsen und ihre immunologischen Effekte unter starker Stresseinwirkung gezeigt sowie ihre maladaptiven Folgen, d.h. welche Folgen für die Gesundheit durch eine fehlgeleitete Anpassungsreaktion hervorgerufen werden können. Abkürzungen: TH – T-Helferzellantwort.

Cortisol kann zu einer erhöhten Infektanfälligkeit führen, insbesondere für Atemwegsinfektionen durch Viren [47]. Außerdem kann es zu einer Glukokortikoid-Resistenz durch negatives Feedback und Herunterregulation der Glukokortikoid-Rezeptoren kommen, was wiederum zu einer Mehrproduktion von Zytokinen im Verlauf einer viralen Entzündung und möglicherweise zu einer verlängerten Periode von hoher Zytokinproduktion führen kann [47]. Zusätzlich führen bestimmte Formen von Stress zu einer Anreicherung von unreifen myeloiden Zellen (myeloid-derived suppressor cells), die u.a. die Aktivität Natürlicher Killerzellen (NK-Zellen) unterdrücken [48], unserer ersten Abwehrlinie gegen virale Infektionen. Schließlich könnte sich chronischer Stress sogar negativ auf die Entwicklung von Antikörpern gegen Viren auswirken [49].

Wie können chronisch gestresste Individuen frühzeitig erkannt werden?

Wer prä-morbide durch chronischen Stress beeinträchtigt ist und woran man eine solche Beeinträchtigung erkennen kann, ist somit eine entscheidende Frage im Kontext einer möglichen Virus-bedingten Atemwegserkrankung, um Betroffene entsprechend frühzeitig intensiver betreuen zu können. Gerade die rechtzeitige Intervention scheint ein kritisches Moment zum Vermeiden einer erhöhten Letalität zu sein [50]. In diesem Zusammenhang muss der sozioökonomische Status und die Wahrnehmung von Stress erfasst und berücksichtigt werden, denn vor allem epidemiologische Studien der letzten Jahrzehnte haben

immer wieder den starken Einfluss von niedrigem Einkommen, niedrigem Bildungsstand, Partnerlosigkeit, Arbeitslosigkeit, engen Wohnverhältnissen und Leben in der Großstadt in Zusammenhang mit mangelhafter Ernährung und körperlicher Aktivität sowie hohem Nikotinkonsum als Ursachen hoher Stressbelastung und hoher Krankheitsanfälligkeit für NCD gesehen [51-60]. Fatalerweise wird hier nun auch ein Bezug zu COVID-19 berichtet [61, 62]. Zum anderen ist eine erhöhte Wahrnehmung von Stress bei Patienten ein Indikator für erhöhte Stressbelastung.

Ein mögliches Mittel zur Erfassung einer erhöhten Stressbelastung bietet eine umfassende Anamnese sowie der Einsatz von Fragebögen zum Gesundheitszustand. Instrumente wie z.B. der *Short Form Health Survey* (SF-12) dienen der Selbst-Einschätzung des prämorbidem Gesundheitszustandes und präzisieren in verschiedenen Arbeiten gut den Verlauf einer viralen Atemwegserkrankung. Fällt dieser Wert niedrig aus, zeigt er möglicherweise frühzeitig auch eine prämorbid bestehende Immunkonstellation an, die einen negativen Krankheitsverlauf begünstigt [63]. Damit könnten also Individuen identifiziert werden, die einen besonderen Schutz und frühzeitige Intervention brauchen. Weitere mögliche Kriterien einer hohen psychosozialen Belastung sind Depressivität, Angstsymptome und hohe Anspannung, die durch validierte Selbstauskunftsfragebögen wie z.B. den Patient Health Questionnaire (PHQ), den State and Trait Anxiety Index (STAI) oder den Perceived Stress Questionnaire (PSQ) erfasst werden können. Diese Fragebögen korrelieren außerdem gut mit einfachen Lickertskalen für diese Konstrukte, die ggf. Zeit sparend alternativ eingesetzt werden können und bieten sich an, um mehr über die prädiktiven Qualitäten von Stress zu lernen und zu klären, welche neuroendokrin-immunen Mechanismen hinter einer höheren Infektanfälligkeit für virale Atemwegserkrankungen stehen können.

Was sind geeignete Stress-Interventionen für virale Atemwegserkrankungen?

Verschiedene Aspekte des westlichen Lebensstils stehen im Fokus von Stress-Interventionen, denn sie scheinen maßgeblich an einer Virusinfektions-begünstigenden Immunantwort beteiligt zu sein, darunter - und mit ihnen interagierend - der chronische Stress. Interessanterweise können diese Aspekte direkt und indirekt gut durch Verhaltensänderungen von körperlicher Aktivität, Schlaf, Entspannungs- und Ernährungsverhalten sowie durch psychosoziale Maßnahmen – von Entspannungsübungen über Schulungen und Verhaltenstherapie bis zur Tiefenpsychologie und verwandten Verfahren - adressiert werden. Dabei können verschiedene Verfahren und Methoden zur Veränderung des Lebensstils, des Verhaltens und belastender psychodynamischer Prozesse in die

somatische Behandlung integriert werden [64]. Zur Stabilisierung der Barriere sind z.B. geeignete Externa zur Barrierestabilisierung, der Verzicht auf chronischen Nikotinkonsum und Maßnahmen zur Stresskontrolle ein mögliches multi-modales Vorgehen, um zur Prävention von viralen Atemwegserkrankungen beizutragen (Abbildung 3). Zusätzlich sind Maßnahmen, die chronischen Stress reduzieren, geeignet, um die Empfänglichkeit für viral bedingte Atemwegsinfektionen zu reduzieren und einen Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen. Antivirale Effekte konnten z.B. für *mindfulness-based stress reduction* [65] und Progressive Muskelrelaxation [66] gezeigt werden. Ebenso konnten für entsprechende Techniken stressreduzierende Wirkungen bei COVID-19 Patienten gezeigt werden [67]. Das heißt auch, dass eine Verminderung chronischer Stressbelastung in der Behandlung von Patienten mit viralen Atemwegserkrankungen positive Effekte auf den Behandlungserfolg haben könnte.

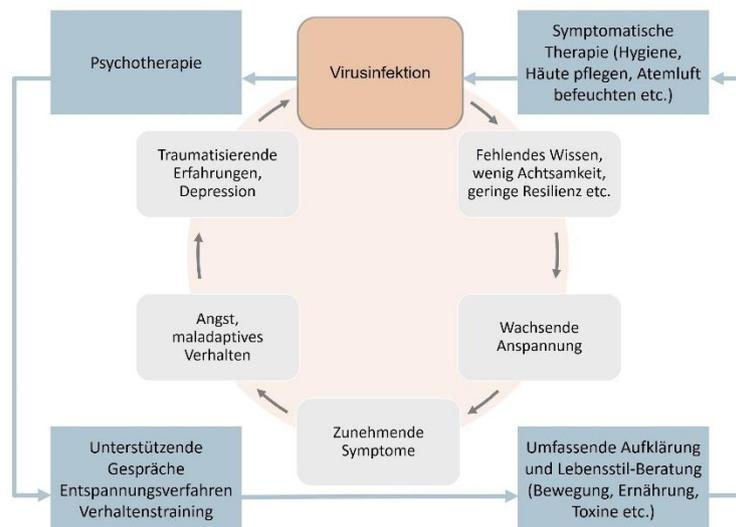


Abbildung 3: Hypothetisches Szenario psychosozialer Interventionen zur Unterstützung von Prävention und benignem Verlauf von Virusinfektionen. Die Abbildung zeigt als Kreisdiagramm die mögliche Eskalation psychosozialer Folgen einer Virusinfektion angefangen von möglichen Voraussetzungen einer maladaptiven Stressreaktion bis hin zur möglichen Traumatisierung durch eine schwere Erkrankungserfahrung. Gleichzeitig sind mögliche Deeskalationsschritte angezeigt, die wesentliche aktuell verfügbare Interventionsmöglichkeiten für eine Stressreduktion benennen.

Beispiele für eine gesundheitsfördernde Wirkung von Maßnahmen zur Reduktion chronischer Stressoren

Chronischen Stress reduzierend wirken z.B. gute psychosoziale Einbindung im Sinne z.B. einer Partnerschaft, einer Berufstätigkeit und eines guten sozioökonomischen

Lebensstandards, sowie gutes Stress-Coping und hohe Stress-Resilienz. Veränderungen der Lebenssituation und Behandlungen, die auf eine Verbesserung dieser Parameter abzielen, reichen von sozialen Interventionen zur Verbesserung der Lebensverhältnisse über das Erlernen von Entspannungsverfahren bis zur Psychotherapie, wobei eine Psychotherapie Stress indirekt durch eine Verbesserung der psychischen Gesundheit reduziert und hier je nach Konstellation der zu behandelnden psychischen Erkrankung davon auszugehen ist, dass sowohl Verhaltenstherapie als auch psychodynamische Verfahren erfolgversprechend sein können. Betrachten wir einige Beispiele genauer:

- Gute soziale Einbindung ist ein wirksames Moment im Kampf des Immunsystems gegen virale Atemwegserkrankungen. Zum einen kann eine gute soziale Einbindung die Empfänglichkeit für virale Atemwegserkrankungen reduzieren. Zum anderen kann gute soziale Unterstützung negative langfristige Stresseffekte puffern [68]. Dieser Zusammenhang wurde bereits in Zusammenhang mit Quarantäne [69] und bei Versorgern von COVID-19 Patienten beobachtet [70]. Der Abbau seelischer Anspannung durch soziale Defizite scheint also wichtig zu sein, gerade in Zeiten erzwungener sozialer Isolation, wie *social distancing* und die Quarantäne sie letztlich darstellen [69, 71]. Dies ist nicht nur wichtig, um das allgemeine Wohlbefinden der Patienten zu verbessern, sondern auch um der Entwicklung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung vorzubeugen, wie sie bei Patienten mit COVID-19 beobachtet werden konnten [72, 73].
- Ein gesunder Schlaf: ausreichender und regelmäßiger ungestörter Schlaf wirkt der Entwicklung von gesundheitsschädlichem Stress entgegen und sichert die antivirale Immunabwehr. Tatsächlich zeigen eine Reihe von Studien eine Verminderung der NK-Zellaktivität durch Schlafdeprivation [74]. Umgekehrt ist ein Schlafmangel mit einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber respiratorischen Infektionen assoziiert [75]. Ein Grund dafür könnte auch eine geringgradige chronische Entzündung sein, die mit Schlafstörungen einhergeht [74].
- Mit gutem Coping und hoher Resilienz sind zum einen das Bemühen einer Person um das Meistern überfordernder und belastender Lebenssituationen und zum anderen ihre psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Krisen und Belastungen angesprochen. Beide Faktoren können chronischer Stressentwicklung entgegenwirken [76] und sind durch geeignete verhaltenstherapeutische Interventionen modifizierbar. Langfristige anti-viral wirksame Stressreduktion versprechen z.B. *mindfulness-based stress reduction* [77, 78], die

durch das Üben einer Wahrnehmung, die absichtsvoll und nicht wertend im gegenwärtigen Moment bleibt, eine Erhöhung der Achtsamkeit anstrebt, und damit zur Fähigkeit beitragen kann, eine nicht durch Stress gestörte Wahrnehmung der unmittelbaren Umwelt, des aktuellen Körpergefühls oder der momentanen Gemütslage zu entwickeln [79-81]. Erfolgreiche Stressreduktion mit immunologischer Wirksamkeit verspricht außerdem die Verhaltenstherapie [82]. Neben einem Anstieg der NK-Zellaktivität wird bei ausreichender Übung in solchen Verfahren auch eine Normalisierung der HHNA-Aktivität u.Ä. gefunden [83]. Gerade die Aktivität von NK-Zellen scheint dabei vor allem im Alter relevant für eine gute Abwehr von viralen Infekten zu sein [84]. Auch konnte im Kontext einer Kurzzeitpsychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung eine Verbesserung des Verhältnisses von Angiotensin II zu Angiotensin 1-7 beobachtet werden [85].

- Nachhaltige Veränderungen der biologischen Stressreagibilität bestehen bei Menschen, die bereits in der frühen Entwicklung nachteiligen Einflüssen durch z.B. Vernachlässigung oder Traumatisierung ausgesetzt waren oder die in ihrer Jugend entscheidende Konfliktsituationen erlebt haben und nicht auflösen konnten. Sie sind im späteren Leben u.a. geprägt durch eine chronisch veränderte biologische Stressreagibilität sowie durch Verhaltens- und Erlebensweisen, die chronischen Stress weiter aufrechterhalten [86-92], wodurch sich mindestens bivariat ein pathogenetisch hochwirksamer Kreis kurzschließt, bei dem eine veränderte Stressreagibilität mit vermehrter Stresserzeugung und –wahrnehmung interagiert. Vor dem Hintergrund des Nachweises ihrer klinischen Wirksamkeit sowohl auf psychischer als auch auf biologischer Ebene haben hier vor allem Therapieansätze eine mögliche Wirkung, die Stress-erhöhende Verhaltensweisen verändern können oder die es vermögen, durch die Bearbeitung von Entwicklungsdefiziten oder nachhaltig wirkenden Konflikten das Anforderungs- und Stress-Erleben zu reduzieren. Solche Therapien stehen in Deutschland im Rahmen der Richtlinienverfahren mit Krankenkassenfinanzierung zur Verfügung. Entsprechende therapeutische Verfahren kennt man als Verhaltenstherapie z.B. die Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) oder sie werden unter dem Begriff psychodynamische Therapie zusammengefasst, was die klassische Psychoanalyse, die Tiefenpsychologie und moderne manualisierte psychodynamische Kurzzeittherapien einschließt [93, 94]. Aktuell wird dieses Spektrum um die Systemische Therapie erweitert [95]. Hier ist umfassende zukünftige Forschung gefragt, die aufklärt, wie potent solche Therapieansätze auch auf der biologischen Ebene sind und inwieweit sie zur theoretisch konzipierbaren Optimierung der neuroendokrin-immunologischen Stressreagibilität beitragen können.

Akuter Stress kann stimulierend auf das Immunsystem wirken

im Kontrast zu den oben beschriebenen potentiell krank-machenden Effekten von chronischem Stress. So kann akuter, kurzfristiger Stress endogene Faktoren mobilisieren, die Effekte an Nikotin-Rezeptoren neutralisieren [96] und somit die Barrierefunktion der Haut stabilisieren. Bei der Abwehr von Viren ist das Typ I Interferon-System für eine frühe Abwehrreaktion in Virus-befallenen Zellen wichtig. Atemwegs-Viren unterlaufen jedoch gerade diesen Abwehrmechanismus [97]. Die Aktivierung akuter Stressreaktivität kann dem jedoch entgegenwirken, wofür vor allem die adrenerge Stressachse und Neuropeptide über die Mobilisierung von Zytokinen wie Interleukin-6 und Tumor Nekrose Faktor-alpha eine Rolle spielen könnten [98, 99]. Kurz wirkende, mit Abstand und Erholungsphasen immer mal wieder einwirkende Stressoren können also ggf. eine Abwehr-begünstigende Immunkonstellation bewirken.

Beispiele für eine gesundheitsfördernde Wirkung von Stress-Training

Verschiedene akute Stressoren können Abwehr-aktivierend wirken. Üblicherweise wird mit Stress-reduzierender Therapie Stressbewältigungstraining oder Stress-abbauende Behandlung assoziiert [100-104]. Gerade die Forschung der letzten 10-20 Jahre zeigt jedoch auch, dass ein gezieltes Trainieren der Stressreaktivität einen positiven Einfluss auf eine adaptive neuroendokrin-immune Stressantwort haben kann [99, 105-107]. In diesen Jahren sind auch zahlreiche immunologische Pharmakotherapien entwickelt worden, aus deren Effekten man für die Auswahl möglicher Stress-Interventionen lernen kann. Die Immun-Pharmakotherapie von Viruserkrankungen mit Typ-I-Interferon ist aktuell ein gutes Beispiel für die gezielte aktivierende Immunintervention. Sie zielt auf die Stimulation der angeborenen Immunität ab [108] und erscheint gerade im Frühstadium einer SARS-CoV-2-Infektion besonders erfolgversprechend, da das Virus die körpereigene Typ-I-Interferon-Produktion unterdrückt [109]. Typ-I-Interferone unterstützen die NK-Zellaktivierung und fördern die Präsentation von viralen Antigenen an T-Lymphozyten. Das Trainieren dieser angeborenen Immunantwort durch geeignete psychosoziale Interventionen im Sinne eines Stress-Trainings kann ggf. auch zur Prävention und erfolgreicher Begrenzung von Viruserkrankungen in einem frühen Stadium der Erkrankung beitragen. Insbesondere akute Stressreize, die regelmäßig erlebt zu einer flexiblen adaptiven Immunität beitragen, wenn ausreichend Erholungsphasen vorhanden sind, weisen hier einen interessanten Weg [1, 110, 111];Dhabhar, 2018 #30482;Peters, 2020 #34648}.

Ein positives Beispiel für gesundheitsfördernde akute Stress-Achsen-Aktivierungen ist regelmäßiger Ausdauersport. Zu empfehlen sind z.B.:

- Spaziergehen oder regelmäßiges Fahrradfahren [112], gerne auch in der Natur [100], wobei darauf zu achten ist, dass der Puls in einem gesunden Rahmen bleibt, denn moderate körperliche Aktivität wirkt aktivierend auf die angeborene Immunität und damit protektiv gegen Atemwegserkrankungen.
- Tägliche Gymnastik und moderater Sport, denn dieser steigert die NK-Zellaktivität [113] und reguliert immunprotektives Angiotensin 1-7 hoch [114]. In stärkerem Umfang kann er jedoch auch suppressiv auf die angeborene Immunität wirken [115].

Die Entwicklung und Untersuchung standardisierte Programme zur dosierten, gesundheitsfördernden Stress-Achsen-Aktivierung fehlen aktuell jedoch im Wesentlichen noch. Solche Programme könnten z.B. kurzzeitig Stress-Achsen-aktivierende Alltagstätigkeiten gezielt adressieren, wie z.B.:

- Lachen, denn das Sprichwort „Lachen ist die beste Medizin“ wurde in zahlreichen Studien überprüft. Analog zu moderatem Sport, bewirkt auch Lachen eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems, eine Steigerung der Herz- und Atemfrequenz und des Sauerstoffverbrauchs [116]. Eine Reihe von Studien fand eine Erhöhung der NK-Zellaktivität durch Lachen [117]. Diese Erhöhung der NK-Zellaktivität kann ein direkter Effekt sein, aber auch ein indirekter über die Senkung des Cortisolspiegels durch Abbau von chronischen Stresseffekten [118]. Tatsächlich scheint sich z.B. das Anschauen lustiger Filme positiv auf psychische wie physische Erkrankungen auszuwirken [119].
- Singen, denn es erhöht nicht nur das persönliche Wohlbefinden sondern reduziert auch Cortisol [120, 121]. Es erhöht außerdem die Serumkonzentration an Oxytocin [122], ein Neuropeptid, dass die Immunabwehr über verschiedene direkte und indirekte Wege fördert [123, 124]. Darüber hinaus und vielleicht noch wichtiger, steigert regelmäßiges Singen die Lungenkapazität. Singen ist also möglicherweise eine wirkungsvolle Übung für eine gesunde Stressreaktivität und ist im digitalen Zeitalter auch bei räumlicher Isolation möglich.

Fazit für die Praxis

Stress gilt allgemein durch einen negativen Effekt auf Verhalten und seelische Gesundheit, die eine Störung der neuroendokrin-immunen Balance bewirken, als krankmachend. Der Aufbau von Ressourcen durch geeignete therapeutische Interventionen kann jedoch möglicherweise eine flexiblere Immunantwort fördern und damit die Abwehr von Virusinfektionen verbessern. Ein Antidot für eine Virus-begünstigende Immunkonstellation kann dabei eine gut trainierte Stressantwort sein. Damit ist eine neuroendokrine Stressantwort gemeint, die durch eine rasche Aktivierung der angeborenen Immunität gekennzeichnet ist sowie durch eine zeitgerechte Beendigung der Stressreaktion. Eine solche Stressreaktivität kann durch ein ausgewogenes Maß an Aktivierung im Wechsel mit Entspannung gefördert werden. Außerdem kann eine adaptive Stressantwort und damit ein Gelingen von Virusabwehr durch die Therapie negativer chronischer Stresseffekte gefördert werden. So kann Stress-Training und Stress-Reduktion zur Infektprävention und zu mildereren Verläufen von viralen Atemwegserkrankungen beitragen und neuen infektiologischen Herausforderungen besonders gut begegnet werden.

Literatur bei der Autorin.

Leaflet Skin Picking/ESDaP

zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. Uwe Gieler/Giessen

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 (Exkorationen), ohne eine bekannte Hauterkrankung wie Ekzem zu haben.
Es sind einige oder zahlreiche Läsionen oder Narben auf Ihrer Haut. Körperstellen die schlecht erreichbar sind, 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 Ursache 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 vor mit Kenntnissen in der Psychodermatologie.

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) sind das Management und die Genesung 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.

Mitteilungen über psychodermatologische Entwicklungen

Prof. Dr. Uwe Gieler

ESDaP

Die europäische Sektion der Psychodermatologie (European Society of Dermatology and Psychiatry) ist weiterhin sehr aktiv und wird durch ein engagiertes Executive Committee gemanagt.

Es konnten folgende Projekte in diesem Jahr umgesetzt werden:

1. Mitglieder der ESDaP haben erfolgreich die von der EADV ausgeschriebenen Forschungsförderung erhalten, bisher laufen hier folgende von der EADV auch finanziell geförderte Projekte:
 - a) Quality of life in psychodermatological skin diseases
(Projektleiter: Pavel Chernystov; Ukraine)
 - b) Classification in Psychodermatology (Projektleiter: Antony Bewely; London;UK)
 - c) Stigmatisierung-Auswertung des ESDaP -Projekts 2.0 in 13 europäischen Ländern
(Projektleitung: Florence Dalgard; Oslo; Norway and Francesca Sampogna Rom, Italy)

2. ESDaP Diploma Education School:

Nachdem in den letzten Jahren die ESDaP Summer School erfolgreich etabliert werden konnte und unter der Leitung von Francoise Poot (Belgien) und Lucia Tomas (Spanien) mit zahlreichen Teilnehmern stattfanden (ca. 25), wurde in diesem Jahr durch die aktuelle Corona-Situation eine virtuelle Education School durchgeführt mit auch in diesem Jahr wieder 28 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus aller Welt. Das neue Konzept sah vor, einen Basis-Kurs anzubieten und einen Advanced Kurs, die jeweils mit einem Diplom endeten, wenn die Teilnehmer jeweils einen eigenen Fall vorgestellt hatten, selbst eine Präsentation zu einem psychodermatologischen Thema präsentiert hatten und schließlich auch die MC-Fragen erfolgreich beantwortet hatten. Das Konzept sieht vor, dass es Dermatologen mit einem Basiswissen in Psychodermatologie gibt und dass es Fortgeschrittene gibt, die sich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt haben. Das System hat unter „Moodle“ sehr gut funktioniert und sogar die Communication Skills konnten über dieses System in kleinen Gruppen mit jeweils 3 Teilnehmern durchgeführt werden!

Informationen zu den Kursen sind auf der ESDaP Homepage zu finden, wo man sich auch für den nächsten Kurs anmelden kann, der vermutlich im Oktober / November 2021 stattfinden wird:

www.psychodermatology.net

3. ESDaP Studie 2.0: Die inzwischen mit der Rekrutierung abgeschlossene ESDaP Studie in 15 verschiedenen europäischen Ländern mit einer epidemiologischen Erhebung zum Thema Stigmatisierung befindet sich jetzt in der statistischen Analyse und Auswertung durch Jörg Kupfer und sein Team, und die Ergebnisse sind in Kürze zu erwarten.

4. ESDaP Kongress 2021 in London 11. - 13.Juni 2021:

Es wurde gerade beschlossen, dass der nächste geplante ESDaP Kongress 2021 (der alle 2 Jahre stattfindet) in London als Hybrid-Kongress durchgeführt werden soll. Anmeldungen und Infos sind ab sofort möglich und können unter der Homepage: www.esdap21.com sowie für Anmeldungen für Abstracts unter der E-Mail: conference@bad.org.uk durchgeführt werden.



5. Patienten-Informationen:

ESDaP hat u.a. auch ein Leaflet zur Information für Patienten entwickelt und im Rahmen der EADV als Patienten-Leaflet erstellt, das ebenfalls in der Homepage von ESDaP zu finden ist. Es handelt sich um das Info-Leaflet zum Skin-Picking Syndrom, das dort in vielen Sprachen (u.a. auch in Deutsch) abgerufen werden kann und für Patienten genutzt werden kann.

Leider sind innerhalb der ESDaP nur sehr wenige deutsche Mitglieder zu finden und der deutsche Vertreter in dem Executive committee Jörg Kupfer hat immer wieder Mühe, interessierte Deutsche zu finden, die sich auch in der ESDaP aktivieren und Mitglieder werden. Es wäre wünschenswert, dass wir auch aus Deutschland mehr Vertreter in der ESDaP hätten, die sich wie Jörg Kupfer und Christine Schut aktiv beteiligen.

Vorankündigung/ Save the Date

Jahrestagung 2021

Die **Jahrestagung** des Arbeitskreises Psychodermatologie wird **2021 online** stattfinden.

Der Termin ist **Samstag der 18.9.2021**.

Nähere Informationen zum Programm und Anmeldeprozess folgen in Kürze.

Bitte verfolgen Sie die aktuellen Informationen auch unter www.psychodermatologie.eu .
Es erwartet Sie ein spannendes und vielseitiges Programm!

Im Rahmen der Jahrestagung wird es auch eine Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen geben.

Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme!

Organisation:
Prof. Dr. Christian Stierle
IUBH Internationale Hochschule
VT Falkenried/Hamburg
c.stierle@iubh-fernstudium.de
Tel. 01637757426

**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