

Hautunreinheiten?



Abbildung 1: Linke Gesichtshälfte – erbsengroße, selbsterbeigeführte tiefe Hautläsion der linken Wange, sowie ältere narbige Hautveränderungen.



Abbildung 2: Linker Unterschenkel – haselnussgroße, selbsterbeigeführte Hautläsion, mit freiliegendem Unterhautfettgewebe sowie Muskelfaszie.

Anamnese

Ein 48-jähriger Zimmerer kam auf Vermittlung seines Dermatologen zur psychiatrischen Mitbeurteilung. Er berichtete, seine Gesichtshaut täglich mehrere Stunden vor dem Spiegel auf Hautunreinheiten zu mustern und diese zunächst mit den Fingernägeln, dann mit einer Pinzette oder Nadel zu bearbeiten. Dabei treten nicht selten Komplikationen auf, wie zum Beispiel die akzidentelle Eröffnung von Blutgefäßen oder eine klaffende Wunde, die dann dermatologisch oder chirurgisch versorgt werden müsse. Im Anschluss an die Hautmanipulationen trete eine vorübergehende Erleichterung ein, meist begleitet von Scham oder Schuldgefühlen. Es waren keine psychischen Vorerkrankungen bekannt, psychiatrische oder psychotherapeutische Kontakte wurden verneint.

Klinischer Untersuchungsbefund

Die psychiatrische Exploration ergab neben einer leichten depressiven Symptomatik keine weiteren Auffälligkeiten. Es bestanden insbesondere keine Hinweise auf selbstverletzendes Verhalten mit emotionaler Instabilität, keine Körpermissempfindungen oder wahnhaft Vorstellungen eines Parasitenbefalls. Es wurde eine Art Zwang zur Bearbeitung der Haut geschildert, mit zunehmender Anspannung bei Unterlassen der Manipulation. Im Gesichtsbereich und am linken Unterschenkel waren narbige Hautveränderungen sowie vereinzelte Verkrustungen auffällig. Eine klaffende Wunde auf der linken Wange und im Bereich der Wade (Abbildungen 1 und 2) wurde zum Zeitpunkt der Vorstellung bereits dermatologisch behandelt. Die Basisdiagnostik (EKG, EEG, cMRT, Laboruntersuchung) ergab keinen wegweisenden Befund.

Diagnose

Auf Grundlage von Anamnese und Symptomkonstellation wurde die Diagnose einer „Skin Picking Disorder“ gestellt. Im deutschsprachigen Raum ist die Erkrankung auch unter Dermatillomanie bekannt und wird dem Bereich der Zwangsspektrum-Störungen zugeordnet. Sie betrifft bevorzugt junge Frauen, ist mit einer geschätzten Prävalenz von 1,4 bis 5,4 Prozent relativ häufig, aber wenig erforscht.

Zentral ist das wiederholte Drücken, Quetschen und Manipulieren der Haut mit Fingernägeln oder Instrumenten wie zum Beispiel Pinzetten, Nadeln oder Ähnliches. Den Hautmanipulationen gehen meistens negative Emotionen wie zum Beispiel Aufregung, Angst, Anspannung oder Langeweile voraus und werden oft im Nachhinein mit Scham oder Schuldgefühlen besetzt. Differenzialdiagnostisch sollte bei selbstverletzendem Verhalten und gleichzeitigem Vorliegen emotionaler Instabilität oder einem anhaltenden Gefühl der inneren Leere eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen werden.

Therapie und Verlauf

Da bisher kaum kontrollierte Therapiestudien vorliegen, orientiert sich die Behandlung aufgrund der Zuordnung zu den Zwangsspektrum-Störungen an deren Therapie.

Psychopharmakologisch wurden SSRI (zum Beispiel Sertralin, Citalopram) mit ersten Wirksamkeitshinweisen im Off-Label-Gebrauch eingesetzt. Als geeignete psychotherapeutische Verfahren erscheinen die Kognitive Ver-

haltenstherapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie sowie Habit-Reversal-Training vielversprechend.

Unser Patient profitierte von einer psychopharmakologischen Behandlung mit Sertralin und einer begleitenden Psychotherapie. Eine Remission konnte nach sechsmonatiger Therapie zwar nicht erzielt werden, aber eine deutliche Reduktion der Frequenz und Tiefe der Hautmanipulationen sowie Besserung der begleitenden Depression.

Fazit

Patienten mit Skin Picking Disorder stellen sich meist primär dermatologisch vor. Bei Verdacht auf artifizielle Hautläsionen sollte zur weiteren differenzialdiagnostischen Einordnung eine psychiatrische Mitbeurteilung erfolgen.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autoren

David Schneider, Assistenzarzt,
Psychiatrische Institutsambulanz der Klinik,

Professor Dr. Oliver Pogarell, Oberarzt,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,

Ludwig-Maximilians-Universität (LMU)
München, Nußbaumstraße 7, 80336 München