

müssen, arrogant und abwertend behandelt zu werden. Die Patienten sind darüber hinaus selbstdestruktiv und neigen zum Abbruch von Beziehungen und zu Suizidversuchen. Sie verdrängen Abhängigkeitsbedürfnisse, erschweren den Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses und zeigen dissoziale Züge. Außerdem betrachten sie ihr Verhalten oft als angemessen und sind daher nur schwer zu Veränderungen zu motivieren. Dies stellt Therapeuten vor besondere Herausforderungen.

Es gibt eine Vielzahl an therapeutischen Ansätzen (zum Beispiel psychoanalytische oder dialektisch-behaviorale), um die narzisstische Persönlichkeitsstörung zu behandeln. Allerdings wurden bislang keine empirisch-wissenschaftlichen Studien zur Psychotherapie narzisstischer Patienten publiziert, daher meint die Psychologin Vater: „Die Grundlagen einer spezifischen Psychotherapie sind aus wissenschaftlicher Sicht nicht geklärt.“ Schulenübergreifend lassen sich in der Literatur dennoch verschiedene Therapieziele finden, so zum Beispiel eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und Flexibilität, eine Reduktion narzisstischer Verhaltensweisen oder die Aktivierung hilfreicher Ressourcen. Auch Techniken, die die Einsicht des Patienten in die Funktion der narzisstischen Verhaltensweisen sowie eine realistische Selbstwahrnehmung fördern, oder die zum Aufbau stabiler sozialer Bindungen oder zur Emotionsregulation beitragen, sollten vermittelt werden. Darüber hinaus sollte der Therapeut nicht mit Gegenwehr und Rückzug, sondern wertfrei und wertschätzend reagieren. Die erhöhte Suizidgefährdung der Patienten sollte bei jeder Behandlung berücksichtigt werden. ■

*Dr. phil. Marion Sonnenmoser*

#### LITERATUR

1. Ronningstam E: Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice* 2011; 17(2): 89–99.
2. Vater A, Roepke S, Ritter K, Lammers CH: Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Forschung, Diagnose und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2013; 58(6): 599–615.

#### DERMATILLOMANIE

## Ventil für negative Gefühlszustände

Die Dermatillomanie oder „Skin-Picking-Disorder“ wird den Impulskontrollstörungen zugeordnet. Auch sind Ähnlichkeiten zu Zwangs- und Substanzmissbrauchstörungen sowie zur Borderline-Störung vorhanden.

**M**it ihrer Haut beschäftigen sich alle Menschen täglich, etwa beim Waschen oder Pflegen. Auch die Haut gelegentlich zu kratzen, zu drücken oder mit den Fingern abzutasten, gehört zu den unbedenklichen und weit verbreiteten Verhaltensweisen. Etwa zwei bis fünf Prozent der Bevölkerung gehen jedoch wesentlich brachialer mit ihrer Haut um: Sie ziehen, quetschen, drücken, reiben und kratzen heftig daran, schneiden sich oder ziehen kleine Hautstücke ab. Dazu werden Fingernägel und Zähne, aber auch Werkzeuge wie Pinzetten, Nadeln, Scheren und Messer eingesetzt. Meistens fließt Blut, und es entstehen starke Rötungen, vereiterte Stellen, offene Wunden und Narben. Schmerzen verspüren die Betroffenen während ihrer Prozeduren offenbar keine, da sie automatisch und wie in Trance ihrem zwanghaften Drang nachgehen, die Haut zu „bearbeiten“.

#### Teufelskreis

Besonders häufig wird die Haut in Gesicht und Hals, an Schultern, Brust oder an den Händen malträtiiert, aber auch an schwieriger zugänglichen Körperstellen. Obwohl die Betroffenen wissen, welche negativen Konsequenzen mit dieser „Zerstörungsarbeit“ einhergehen, können sie sie nicht verhindern und hören oft nur damit auf, weil der Drang nachlässt oder weil sie erschöpft sind. Das Bearbeiten der Haut wird kurzfristig als spannend, angenehm und stimulierend empfunden, dann aber stellen sich Reue und Schuldgefühle ein. Anschließend wird die Haut gepflegt und versteckt, bis erneut der

Drang einsetzt, sie als Ventil für negative Gefühlszustände zu nutzen. Noch nicht verheilte Wunden werden erneut aufgerissen, sodass es zu schmerzhaften Komplikationen kommen kann. Darüber hinaus wird der Hautbearbeitung übermäßig viel Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet, sodass andere Tätigkeiten vernachlässigt werden. Hinzu kommt Scham wegen der offensichtlichen Verletzungen, die dazu führt, dass sich die Betroffenen zurückziehen und das Haus eine Zeit lang nicht mehr verlassen. Sie fürchten Fragen, Kritik und soziale Zurückweisung und isolieren sich, sodass ihr Leben durch die Erkrankung immer stärker eingeschränkt wird. Dies erhöht jedoch den inneren Leidensdruck, der wiederum durch eine Traktierung der Haut abgebaut wird – ein Teufelskreis entsteht.

Die hier beschriebenen Symptome gehören zum Krankheitsbild „Dermatillomanie“, auch „Skin Picking Disorder“ genannt. Sie tritt besonders häufig in der späten Kindheit oder frühen Jugend auf, kann aber auch später ausbrechen, vor allem zwischen dem 30. und 45. Lebensjahr. Sie verläuft phasenhaft und chronifiziert meistens, wenn sie nicht behandelt wird. Der Frauenanteil beträgt circa 60 bis 90 Prozent, wobei die Dunkelziffer bei Männern hoch ist. Als Ursachen werden verschiedene Faktoren diskutiert, allerdings fehlen bislang aussagefähige empirische Befunde. Ausgelöst wird das schädigende Verhalten oft durch eine Kruste, einen Sonnenbrand, einen Mückenstich, einen Hautausschlag oder einen Pickel in Verbindung mit indi-

viduellen Stresssituationen (etwa Streit, Leistungsdruck, Trauer) oder einem Trauma. Die Häufigkeit und die Situationen, in denen die Haut drangsaliert wird, sind vielfältig: Manche Betroffene schreiten eher gedankenverloren zur Tat, etwa wenn sie sich langweilen oder unter Druck stehen, während sie lesen, fernsehen oder am Computer sitzen; andere vollziehen wiederum aufwendige selbsterdachte Rituale.

Die Dermatillomanie wird den Impulskontrollstörungen zugeordnet und ist eine anerkannte psychische Erkrankung, deren Existenz in Fach- und Laienkreisen allerdings noch kaum bekannt ist. Darüber hinaus sind Ähnlichkeiten zu Zwangs- und Substanzmissbrauchstörungen sowie zur Borderline-Störung vorhanden.

In ihrem Umfeld stoßen die Betroffenen oft auf Unverständnis, denn die Wunden ziehen die Blicke auf sich und lösen Abscheu aus. Zudem wird den Betroffenen vorgeworfen, sich nicht von schlechten

Angewohnheiten lösen zu können. Dabei wird jedoch übersehen, dass es sich um ein ernstes Problem handelt. Mit dem Vorsatz, „sich zu beherrschen und die Haut einfach in Ruhe zu lassen“, ist es also nicht getan. Die Dermatillomanie bedarf vielmehr einer fachgerechten Behandlung, die beispielsweise kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze, Psychopharmaka (zum Beispiel SSRIs) und Entspannungsverfahren kombiniert. Bewährt hat sich hier unter anderem das Habit-Reversal-Training (Gewohnheitsumkehr), bei dem das problematische Verhalten durch andere Verhaltensweisen ersetzt wird, die mit dem Hautschädigen nicht vereinbar sind. „Das alte Problemverhalten wird quasi unterdrückt und auf diese Weise verlernt“, erklärt die Hamburger Psychotherapeutin Dr. Susanne Fricke. Solche alternativen Verhaltensweisen bestehen beispielsweise darin, die Hände zu falten oder zu Fäusten zu ballen oder sich auf die Hände zu

setzen. Darüber hinaus ist es hilfreich, soziale Kompetenzen (zum Beispiel „Nein“ sagen, offen über Gefühle sprechen) und Techniken der Emotionsregulation einzuüben, das Selbstwertgefühl und die Selbstakzeptanz zu stärken und die eigenen Bedürfnisse mehr zu berücksichtigen, um allgemein ein besseres Lebensgefühl zu entwickeln. ■

*Dr. phil. Marion Sonnenmoser*

#### LITERATUR

1. Fricke S: Dermatillomanie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2013; 61(3): 175–9.
2. Lochner C, Grant J, Odlaug B, Stein D: DSM-5 field survey: Skin picking disorder. Annals of Clinical Psychiatry 2012; 24(4): 300–4.
3. Odlaug B, Lust K, Schreiber L, Christenson G, Derbyshire K, Grant J: Skin picking disorder in university students. General Hospital Psychiatry 2013; 35(2): 168–73.
4. Vollmeyer K, Fricke S: Die eigene Haut retten. Köln: Balance 2012.

 Die Selbsthilfegruppe Skin-picking in Köln im Internet: [www.skin-picking.in](http://www.skin-picking.in)

## REFERIERT

### MENSCHEN MIT SCHIZOPHRENIE

#### Hohe kardiovaskuläre Risiken

Menschen mit einer Schizophrenie haben bereits zu Beginn ihrer Psychose ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, das sich durch die medikamentöse Therapie weiter verschlechtern kann. Dies zeigen erste Ergebnisse einer Langzeitstudie in JAMA Psychiatry. Das „Recovery After an Initial Schizophrenia Episode“ oder RAISE-Projekt will die Versorgung von Patienten mit Psychosen aus dem Spektrum der Schizophrenie verbessern. Eine Gruppe von Patienten soll möglichst frühzeitig und intensiv betreut werden. Das Ziel ist eine weitgehende Rehabilitierung der Patienten, die vor den langfristigen Folgen der Erkrankung auf das Sozial- und Berufsleben geschützt werden sollen.

Eine Behandlung soll dabei nicht nur aus der Verordnung von Medikamenten bestehen. Die Patienten nehmen an psychosozialen Therapiesitzungen teil. Das National Institute of

Mental Health führt ein wissenschaftliches Begleitprogramm durch.

Schon eine der ersten Publikationen zeigt, dass die Ziele des RAISE-Projekts nicht so einfach zu erreichen sein werden. Die 394 Teilnehmer, über die Christoph Correll vom Zucker Hillside Hospital in Glen Oaks/New York berichtet, wiesen bereits zu Beginn der Behandlung erhebliche Gesundheitsstörungen auf. Obwohl das Durchschnittsalter bei erst 24 Jahren lag, waren 48,3 Prozent der Patienten übergewichtig oder fettleibig, 50,8 Prozent rauchten, 56,5 Prozent hatten eine Dyslipidämie, 39,9 Prozent eine Prähypertonie und 10,0 Prozent eine Hypertonie. Bei 13,2 Prozent stellten die Ärzte die Diagnose eines metabolischen Syndroms, das normalerweise erst im höheren Lebensalter auftritt.

Für Correll sind diese Veränderungen die Folge eines extrem ungesunden Lebensstils, da die Patienten zu Beginn

der Behandlung noch keine Medikamente erhalten hatten. Nach dem Beginn der Therapie verschlechterte sich das kardiovaskuläre Risikoprofil weiter. Unter der Behandlung mit Olanzapin kam es bereits nach kurzer Zeit zu einem Anstieg der Triglyzeride und zu einer zunehmenden Insulinresistenz.

Der Wirkstoff Quetiapin verschlechterte das Konzentrationsverhältnis von Triglyzeriden zu HDL-Cholesterin. Die Patienten müssten intensiver als bisher über die Notwendigkeit eines gesunden Lebensstils aufgeklärt werden, findet Correll. Sie müssten mehr auf ihre körperliche Gesundheit achten, wenn sie spätere Gesundheitsschäden vermeiden wollen. In der Therapie sollten, wenn möglich, Medikamente bevorzugt werden, die das kardiovaskuläre Risiko nicht noch weiter erhöhen. *rme*

Christoph U. Correll MD, Delbert G, et al.: Cardio-metabolic Risk in Patients With First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders: Baseline Results From the RAISE-ETP Study. JAMA Psychiatry. Published online October 08, 2014. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.1314