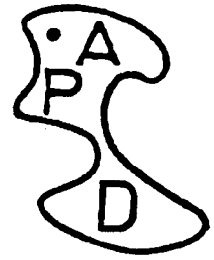


**Arbeitskreis  
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



---

---

# Rundbrief 2006

# Rundbrief Nr. 1

## Arbeitskreis für Psychosomatische Dermatologie

### Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2006

Inhaltsverzeichnis	Seite	Vorstand
Grußwort	3	Vorsitzende: Dr. med. Christa-Maria Höring Schwabstr. 91 70193 Stuttgart
Tagungsbericht Neuharlingersiel	5	
Protokoll der Mitgliederversammlung am 18.09.2006	6	
Schreiben an den Ärztetag	8	Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. Klaus-Michael Taube Universitätshautklinik Halle Ernst-Kromayer-Str. 5/8 06097 Halle
Gesprächsführung bei Patienten mit körperdysmorpher Störung	10	
Info zum JDDG	12	
Forschungspreis des APD	12	Berufsverband Sonderreferent: Hr. Hockmann Tannenbergr. 29 Oelde
Tagungsbericht San Fransisco	13	
Buchbesprechung	14	BeisitzerInnen: PD Dr. med. Wolfgang Harth Vivantes Klinikum Hautklinik Landsberger Allee 49 10249 Berlin
Zeitschriftenrevue	15	
Last news	17	
Anmeldeformular	18	PD Dr. med. Volker Niemeier Alicenstr. 22a 35390 Giessen
Vordruck für Autoren	20	
Kontaktlinks	21	Fr. Veronika Seipp Am Haselberg 9 64297 Darmstadt
		Schriftführer: Dr. med. Steffen Gass Fachklinik Allgäu Peter-Heel-Str. 29 87459 Pfronten

## Impressum

Herausgeber:  
Vorstand des Arbeitskreises für  
Psychosomatische Dermatologie  
Redaktion:  
Dr. med. S. Gass

Schatzmeister:  
Dr. med. Jochen Wehrmann  
Rothaarklinik  
Am Spielacker 5  
57319 Bad Berleburg

## **Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

das vergangene Jahr seit Erscheinen des letzten Rundbriefes war weniger von großen Ereignissen geprägt als von der steten und konsequenten Arbeit unserer aktiven KollegInnen, Arbeit, die ihren Niederschlag findet in Publikationen, Vorträgen, Buchplanungen, Präsenz im europäischen und außereuropäischen Ausland, in der Berufspolitik, und der, so meine ich, doch zunehmend größeren Selbstverständlichkeit, mit der Dermatologen und Patienten eine biopsychosoziale Sichtweise in die Behandlungsüberlegungen einbinden.

Dennoch darf nicht übersehen werden, dass die Abrechnung psychotherapeutischer und psychosomatischer Leistungen außerhalb der 90%-Regelung der Richtlinienpsychotherapie denkbar schlecht honoriert wird, was bei einzelnen Kollegen zu relevanten Einkommenseinbußen führte.

Als Vorstand bieten wir Ihnen weiterhin gern an, sich ggf. für eine Stellungnahme gegenüber KV-en an uns zu wenden. Sie werden in diesem Heft auch ein Votum zur Vorlage beim Ärztetag finden- wir hoffen, offene Ohren für unsere Überlegungen und Forderungen zu finden.

Inzwischen nutzt sicher jeder von Ihnen das Fachbuch zur Psychosomatischen Dermatologie von W. Harth und U. Gieler, das wir Ihnen mit der Beitragsbestätigung für die Jahre 2005/2006 ausgesandt hatten, nachdem die Fachzeitschrift Psychosomatics/Dermatology ja leider eingestellt werden musste. Seitens des Vorstandes sind wir voll kreativer Ideen, Sie mit hochkarätigen Publikationen zu „verwöhnen“. In Vorbereitung ist für 2007 ein Jahreshaft zum Thema Sexualität (Hrsg. Seikowski/Taube), in Planung ein Jahrbuch 2008.

Besonders freut es mich, dass wir auf der nächsten DDG-Tagung vom 25.-28 April 2007 in Dresden sowohl ein Mittagsseminar als auch unser Arbeitsgruppentreffen am Mittwochvormittag unterbringen konnten. Es sind Vorträge zum Thema „Komorbidität von psychischen und dermatologischen Erkrankungen“ geplant (Gieler, Harth, Mosbacher, Taube) sowie ein Werkstattseminar mit zahlreichen Inputvorträgen zum Thema „Der Mensch hinter dem Haarausfall“. Bitte fordern Sie rechtzeitig wegen der Anmeldeformalitäten ein Programm an!

Ich möchte dieses Vorwort dazu nutzen, unseren beiden Ehrenvorsitzenden Frau Dr Idamarie Eichert und Herrn Prof, Klaus Bosse zu danken. Beide dürften seit vielen Jahren ihren Ruhestand genießen und sind dennoch stets rührig in unserer Vorstandstätigkeit, in Teamgesprächen und auf Kongressen—ad multos annos!!

Ob der Rundbrief in dieser Form erhalten bleibt, sollte auf der nächsten MV diskutiert werden. Hintergrund ist die Tatsache, dass Herr Dr Harth sich erfolgreich dafür eingesetzt hat, dass der APD offiziell das JDDG für seine Mitteilungen und Beiträge nutzen kann, und ich darf Sie gern auch zu ebensolchen aufrufen. Es spricht sicher viel dafür, beide Mitteilungsmöglichkeiten parallel zu nutzen, da nicht alle APD – Mitglieder das Journal beziehen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie alle wissen, dass wir in den letzten Jahren einige im Wesentlichen altersbedingte Austritte und kaum Eintritte in unseren rührigen Arbeitskreis hatten. Das versetzt uns in – milde Sorge. Ich möchte deshalb – um Sie aufzurufen, für neue Mitglieder zu werben- mit einem literarischen Exkurs enden. Seit Jahren lese ich mit Vergnügen die intelligenten und eloquenten Bücher des psychoanalytischen Kollegen I.D.Yalom (die rote Couch, Die Liebe und ihr Henker, Die Reise mit Paula, und –sehr zu empfehlen- das jüngste Buch Die

Schopenhauerkur,) in denen er in für uns ungewohnter Form Einblick gewährt in den psychotherapeutischen Alltag. In seinem Werk „Der Panamahut“ oder „Was einen guten Therapeuten ausmacht“ beginnt er mit einem Patiententraum: „ Es ist dunkel. Ich betrete Ihre Praxis, kann Sie dort jedoch nirgends finden. Die Praxis ist leer. Ich sehe mich um. Das Einzige was ich entdecke, ist Ihr Panamahut. Und der ist voller Spinnweben“ Ich zitiere einige Sätze, in dem Bewusstsein, den Zusammenhang zu zerreißen: „ Meine Patienten lassen mich nie vergessen, dass ich alt werde. ... Sogar potentielle neue Patienten stimmen in den Chor ein und begrüßen mich unweigerlich mit der Frage „Nehmen Sie immer noch Patienten an?“ ...Und so wird mir mit Schrecken klar, dass ich in eine Spätphase meines Lebens eintrete....Ich möchte weitergeben was ich gelernt habe und zwar so bald wie möglich. Der nächsten Generation von Psychotherapeuten Anleitung und Inspiration zu geben, wird heute jedoch immer problematischer....ein von wirtschaftlichen Überlegungen gesteuertes Gesundheitssystem schreibt eine radikale Veränderung der psychologischen Behandlung vor....“ Yalom führt seine Gedanken voller Leidenschaft aus, voller Tatendrang, voller Lust andere zu inspirieren. In diesem Sinn wünsche ich Ihnen und uns „alten“ APD Mitgliedern, die wir von der Geburtsstunde an dabei waren, offene Augen und Ohren für aufgeschlossene junge Kollegen, die sich gern bei uns einbinden würden und die gleiche Freude wie Yalom, die persönlichen „Entdeckungen“ und bewährten Interventionen weiter zutragen.

Mit besten Grüßen, Ihre Christa-Maria Höring

## **„Psycho-Hygiene“-Psychosomatische Interventionen für die Haut APD-Jahrestagung 17.09.2006**

Am 16.9.2006 fand im Wohlfühlklima der Nordsee und bei schönstem Spätsommerwetter in der Reha-Klinik Neuharlingersiel unter der Organisation von Dr. Th. Roos die Jahrestagung der Sektion Psychosomatische Dermatologie statt. Hinter dem attraktiven Thema- wer sucht nicht innere und äußere Balance und Wohlbefinden?- verbargen sich vier spannende Vorträge zur angewandten Psychologie/Psychosomatik bei akut und chronisch Hautkranken. Frau Dipl. psych. J. Bahmer (Osnabrück) warb für ein Schulungsprogramm für Psoriatiker im jungen bis mittleren Erwachsenenalter, das sich von der bisherigen Anlehnung der Psoriasis-schulung an die Neurodermitis-schulung unterscheidet. Der Akzent liegt dabei auf den Komorbiditäten Depressivität sowie ggf. einer Alkoholproblematik und zugrunde liegenden Erfahrungen von Hilflosigkeit und einer sog. Motiv-Bedürfnis-Diskrepanz („Warum bewegen sich Menschen an den eigenen Bedürfnissen vorbei“?). Ein von den meisten Patienten benannter Wunsch nach Kontakt stehe in Diskrepanz zu einem Bedürfnis nach Abgrenzung (Analytiker würden hier wohl von dem bekannten Nähe-Distanz-Konflikt sprechen), auf der affektiven Ebene würden Ärger und Lustlosigkeit stark unterschätzt. Eine sog. persönlichkeitsadaptierte Sekundärprävention mit einem Gruppenschulungstag und Einzeltraining zu den Themen Selbstmotivierung (selbstkongruente Zielsetzung) und Selbstberuhigung (Regulation negativer Affekte) erhöhe die Souveränität und Handhabbarkeit im Umgang mit der Erkrankung. Mit kritischer Sicht auf einen sehr hohen drop-out im Rahmen der ambulanten Schulung liege der Königsweg wohl in der Integration der Schulungsinhalte in das Setting einer Reha-Einrichtung.

Ein weiterer Vortrag von Frau Bahmer in Vertretung von Prof. Petermann bezog sich auf Stress und Psyche bei Kindern und Jugendlichen allgemein. Als Empfehlung herauszugreifen ist der Hinweis auf diverse Entspannungsverfahren mit einfachen Merksätzen („Nur ruhig Blut, dann wird alles gut“) und Phantasiereisen (Kapitän Nemo Geschichten, U. Petermann 2001), die vielleicht Eltern hautkranker Kinder als Anregung empfohlen werden können.

W. Harth, Berlin, stellte ein Konzept einer psychodermatologischen Tagesklinik vor. Auf der 5-Betten-Station lassen sich im Zweischichtsystem Behandlungszeiträume bis zu mehreren Wochen finanzieren. Dadurch wird es möglich, in die klassisch dermatologische Behandlung mehrere psychosomatisch orientierte Einzelgespräche, Entspannungsverfahren und Gruppengespräche zu integrieren. Das Konzept wird vom gesamten Team getragen und für die Patienten damit zu einer Selbstverständlichkeit. Möglich sind im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit testpsychologische Untersuchungen, eine Erläuterung biopsychosozialer Sachverhalte, eine Diagnosestellung nach ICD / F-Diagnose (psychopathol. Diagnose), eine individuelle biopsychosoziale Konzeption und die Einleitung einer adäquaten Psychotherapie oder Medikation mit Psychopharmaka.

Herr Th. Roos, Neuharlingersiel, berichtete über das Spektrum des Schulungsprogramms für Eltern und neurodermitiskranke Kinder. Neben den bekannten Inhalten der AGNES-Schulung steht das offene Gespräch über Stigmatisierung, Angst vor Ansteckung, Ekel, Einüben von Abgrenzung, Einsicht in Affekte („Kratzt das eigene Kind, steigt die Angst; Unruhe, Nervosität und Angst sind normale Reaktionen“). Der Satz „Kratzen ist erlaubt“ vermindere Schuldgefühle, Ablenkungsstrategien werden eingeübt. Die Belastung der Eltern wird thematisiert (Pflege, Stress durch Frustration, Schlafstörung, Schuldgefühle, Angst vor Grenzsetzung, Ekel und Abwehr desselben, Neigung zur over-protection). Im

Rahmen der Schulung wird geklärt, was Eltern zum Stressabbau für sich selbst tun können und ein Stressmanagement für das Kind erarbeitet. Großer Wert wird auf Compliance- Förderung für eine funktionelle und neutrale Lokalthherapie gelegt (Zuwendung und Eincremen sind unterschiedliche Anliegen)

Wie auch das Tagesklinikmodell von Harth beeindruckt das Konzept durch seine Stringenz, mit der ein mehrwöchiger (teil-)stationärer Aufenthalt genutzt wird. Das nächste Arbeitsgruppentreffen des APD findet in Dresden während der DDG Tagung zum Thema „Der Mensch hinter dem Haarausfall“ statt, das dortige Mittagsseminar trägt den Titel „Psychische Komorbidität bei hautkranken Patienten“. Die nächste Jahrestagung ist für den Herbst 2007 in Pfronten/Allgäu geplant.

Dr. Chr.-M. Höring

### **Protokoll der Mitgliederversammlung des Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie (Herbst 2006)**

**Teilnehmer:** insgesamt 7 Mitglieder

**Leitung:** Frau Dr. Christa-Maria Höring

Frau Dr. Höring begrüßt die Teilnehmer und gibt einen kurzen Überblick über die stattgehabten Aktivitäten des Arbeitskreises.

1. Hierbei wird angesprochen, wie die Mitgliederanzahl derzeit ist und welche Aus- und Eintritte es in dem Arbeitskreis APD gegeben hat. Dazu berichtet Dr. Wehrmann, dass lediglich ein Austritt zu verzeichnen ist. Bei der Gelegenheit werden die Mitglieder gebeten, den Arbeitskreis auch weiter bekannt zu machen und um neue Mitglieder zu werben.
2. Es wird kurz über die vergangene Jahrestagung an der Dermatologischen Klinik in Bochum gesprochen: Es war eine sehr gute Veranstaltung, leider waren nur wenige Teilnehmer zu verzeichnen.
3. Thema Rundbrief: Es wird bemängelt, dass er noch nicht fertig ist in diesem Jahr. Es wird aber eindeutig festgestellt, dass die Mitglieder den Rundbrief weiterhin wünschen. Das sei ein wichtiges verbindendes Glied für alle APD-Mitglieder, einmal im Jahr Personalien, wissenschaftliche Informationen und Artikel zu bekommen. Es wird vereinbart, dass der Rundbrief von Dr. Gass jetzt rasch fertig gestellt wird. Wer noch Zuarbeiten noch leisten kann, sollte das in den nächsten Tagen erledigen.
4. Die Leitlinien-Überarbeitung ist von Dr. Hardt vorgenommen worden. Hier sind besonders drei Veränderungen zu der vorigen Fassung zu nennen:

Die Einteilung in drei Rubriken, wobei die Punkte 1. Psychiatrische Dermatosen und 2. Psychosomatische Dermatosen in etwa gleich geblieben sind, der 3. Pkt. anlehnend an das Lehrbuch Hardt/Gieler jetzt so formuliert ist: „sekundäre psychische Störung und Komorbiditäten“, das heißt die Komorbiditäten werden stärker als früher hervorgehoben.

Zum anderen wurden die ICD10-Codierungen konsequent eingearbeitet und schließlich ist ein neuer Punkt (Punkt 9) entstanden, der sich mit „speziellen Problembereichen in der Psychodermatologie“ beschäftigt.

Über die Leitlinien wird in der Mitgliederversammlung diskutiert. Dr. Wehrmann u. a. haben weitere Veränderungsvorschläge. Kleinere Veränderungen können noch in den nächsten 8 Tagen eingearbeitet werden, größere Veränderungen werden langfristig für die nächste Überarbeitung vorgesehen. (Kommentar : inzwischen wurde die überarbeitete Version von der 2+2 Kommission der DDG akzeptiert und geht an die AWMF)

5. Diskussion zum Mitgliederbeitrag:

Der Beitrag soll in der gleichen Höhe beibehalten werden. Dafür wird den Mitgliedern des APD 2007 und auch 2008 ein Fachbuch zur Verfügung gestellt.

In der Planung sind:

- das Buch Niemeyer, Stangier, Gieler: Hauterkrankungen-Ergebnisse psychologischer Forschungs- und Anwendungsperspektiven und
- Taube, Seikowski: Psychosomatische Aspekte bei Sexualerkrankungen und ausgewählten Dermatosen

6. Finanzbericht:

Dr. Wehrmann teilt mit, dass die Finanzen stabil sind und die Beiträge regelmäßig bezahlt worden sind.

7. Jugendforschungspreis:

Die Mitgliederversammlung wünscht die Auslobung eines Jugendforschungspreises, vielleicht schon ab dem Jahre 2007. Der Preis sollte mindestens 1.500 € betragen. Dafür sollen Sponsoren gesucht werden. Klaus Taube und Wolfgang Hardt wollen sich zunächst darum kümmern und werden berichten.

8. Die nächste Jahres-(Herbst-)Tagung des APD wird wie geplant in Pfronten bei Steffen Gass stattfinden. Frau Hellermann hatte angefragt, ob die Tagung in Schwelm stattfinden könnte, da im nächsten Jahr die Feier zum 20jährigen Bestehen begangen wird. Die Planung für Pfronten ist aber so weit fortgeschritten, dass das nicht mehr geändert werden kann.

Halle, den 18.9.2006

Prof. Dr. K.-M. Taube

Stellvertretender Sprecher des APD

**Betr.: Vorbereitung des 109. Deutschen Ärztetages Magdeburg 2006;  
TOP Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen  
Erkrankungen: gegen Stigmatisierung, für Stärkung der ärztlichen  
Psychotherapie**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD/Sektion der DDG) möchte zu Ihrer Anfrage und Ihren Fragen wie folgt Stellung nehmen:

Bekannte Zahlen und Fakten zur Notwendigkeit psychotherapeutischer Versorgung der Bevölkerung sollen an dieser Stelle nicht wiederholt werden.

Der APD setzt sich als Arbeitskreis der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) seit über 10 Jahren in Abstimmung mit den anderen ärztlichen Fachgruppen wie DKPM, frühere AÄGP, Sektion Psychosomatische Gynäkologie für die Implementierung eines 80-stündigen Curriculums in die dermatologische Facharztweiterbildung ein, die auch von der DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin) als Dachverband der ärztlich tätigen Psychotherapeuten entsprechend vorgeschlagen wird.

Theorieinhalte, Training verbaler Interventionstechniken und die Stundenzahl für die Balintgruppen sind im Detail definiert und innerhalb der DDG bekannt und sämtlich Qualitätsstandards unterworfen. Eine entsprechende Leitlinie ist als S 2 Leitlinie bei der AWMF aufgenommen worden.

Alle ausbildenden Kliniken und Abteilungen sind im Jahr 2002 mit dem Hinweis angeschrieben worden, dass der APD personell bundesweit ausreichend Referenten zur Verfügung stellen kann, um regionale Weiterbildungsveranstaltungen/Curricula zu unterstützen.

Das gilt gleichermaßen für die fachgebundene Psychotherapie. Die Resonanz der Kliniken war durchweg positiv und in höchstem Maße interessiert .

Wesentlich erscheint uns, dass die Durchführungsbestimmungen für die vorhandenen curricularen Inhalte im WB-Katalog exakt definiert werden und die Durchführung weiterbildungsermächtigten Kollegen überstellt wird und nicht pauschal von Klinikleitungen bescheinigt wird.

Damit wäre eine ausreichend gute Grundlage für eine psychosomatische Grundkompetenz geschaffen.

Eine fortlaufende Weiterbildung und Training der Reflexion der Arzt- Patient-Beziehung kann hervorragend durch den kontinuierlichen Besuch von Balintgruppen gewährleistet werden. Eine Möglichkeit der Sicherung dieser Weiterbildung wäre der zertifizierte Nachweis des regelmäßigen Besuches von Balintgruppen als Voraussetzung zur Abrechnung der Ziffern der psychosomatischen Grundversorgung.

Da viele hautkranke Patienten ihren Facharzt in hausärztlicher Funktion sehen, ist es eine dringende Aufgabe, dass durch die Dermatologen selbst sowohl die psychosomatische Grundversorgung als auch die fachgebundene Psychotherapie ausreichend d.h. auch flächendeckend angeboten werden kann. Gerade damit wird die Psychosomatik zur Selbstverständlichkeit und wirkt einer Stigmatisierung entgegen. Patienten, die zu zügig zum Psychiater weiter verwiesen werden, assoziieren allzu schnell Makel und Ausgrenzung; gleichzeitig ist nachgewiesen, dass eine zu späte Berücksichtigung psychischer Anteile an der Erkrankung oder



auch sekundäre Krankheitsfolgen zu einer unnötigen Chronifizierung mit schlechter Prognose führen.

Der APD vermittelt die WB- Inhalte regional über verschiedene Mitglieder und zentral während der Jahrestagungen, alle Referenten haben eine Weiterbildungsermächtigung.

Studierenden sollte frühzeitig die Möglichkeit gegeben werden, sich über die Fachbereiche gebündelte Informationen zu den entsprechenden Weiterbildungsveranstaltungen einzuholen und kostengünstig an diesen teilzunehmen. Dazu kann auch die geregelte hospitierende Teilnahme am psychosomatischen Konsildienst gehören, in dem der/die Studierende ein Gesprächsprotokoll anfertigen und abzeichnen lassen kann. Der Unterricht am Krankenbett sollte mindestens 10 biographische Anamnesen unter psychosozialen Aspekten möglich machen (in schriftlicher Form). Die Rückmeldung über die Qualität der Anamnesen kann über die psychiatrisch/psychosomatischen Fachbereiche erfolgen. Zu überlegen ist, ob nicht auch weiterbildungsermächtigte, niedergelassene Psychosomatiker in einen speziellen universitären Lehrauftrag einbezogen werden (personelle Entlastung)

Die Entstigmatisierung psychosomatisch/psychisch Kranker wird umso eindeutiger erfolgen, je besser der Weiterbildungsstand der Ärzte ist und je selbstverständlicher das psychosomatische Gespräch einbezogen wird.

Dies setzt allerdings eine ausreichend gute Honorierung voraus- am Punktwertverfall psychotherapeutischer Leistungen scheitert vielerorts der engagierte Einsatz der Kollegen, und dies hat in der Regel eine Minderversorgung und Chronifizierung von Krankheiten zur Folge, die sich an den bekannten epidemiologischen Daten bereits abzeichnet.

Mit besten Grüßen und allen guten Wünschen für die anstehende Arbeit

Dr. Chr.-M. Höring  
Vorsitzende APD/DDG

## **„Ich habe ein Problem mit meiner Haut“- Gesprächsführung bei Patienten mit körperdysmorpher Störung**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Gesprächsführung bei Patienten mit körperdysmorpher Störung bestimmt ganz entscheidend den Kontakt und damit die Bereitschaft, Behandlungsempfehlungen anzunehmen. Ich habe im Folgenden einen Gesprächsausschnitt aus den ersten Kontakten mit einem 24-jährigen Patienten ausgewählt, der vom Hautarzt bereits unter der Diagnose Dismorphophobie überwiesen wurde. Herr A. bringt Offenheit für das Gespräch mit, da er bereits Erfahrungen mit Verhaltenstherapie gemacht hat. Das Protokoll ist ein Vorschlag - man kann sicherlich auch andere Wege finden, um einen guten Zugang zum Patienten zu schaffen.

P= Patient

T= Therapeutin

P: Ich habe ein Problem mit meiner Haut

T: Was meinen Sie damit genau?

P: Das ist seit 1 ½ Jahren, da war ich im Solarium, 15 min lang bei starker Bestrahlung (wird ausgeführt), dann hab ich in den Spiegel geschaut, und da sah ich 2-3 Jahre älter aus (entsetzter Gesichtsausdruck); ich hab später gehört, dass die Röhren kaputt waren, da hat es angefangen; dann hab ich Eucerin benutzt, das sollte die obere Hautschicht schälen, da war es noch schlimmer.

T: Was genau haben Sie wahrgenommen?

P: der Hautton hat sich geändert, keine schöne Bräune mehr, ich sehe älter aus, ich bin nicht mehr attraktiv. Ich hab nicht gewusst, dass Haut Menschen so verändern kann (ist sehr betroffen)

T: Bekommen Sie Rückmeldungen?

P: Die Leute sagen, Du siehst nicht mehr aus wie früher.

T: Was meinen Sie damit, haben das Ihre Freunde gesagt?

P: Meine Freundin

T: Ihre Freundin? Wie lang kennen Sie sich?

P: 4 Monate

T: Die kennt Sie nicht so richtig von früher?

P: Stimmt, die vielleicht nicht, aber Bekannte.

T: Und dann fällt Ihre Aufmerksamkeit immer mehr auf die Haut, und Sie kommen gar nicht mehr aus dem Denken raus?

P: Ja

T: Ich habe den Eindruck, Sie sind ganz verzweifelt, und ich könnte mir auch vorstellen, dass das so ist, weil die Ärzte sagen, wir sehen nichts!?

P: (Blick erhellt sich), Ja, genauso; ich benutze nur milde Cremes

T: Ich glaube, das ist vernünftig. Da passen Sie gut auf sich auf.

P: schweigt

T: Und das bezieht sich vor allem auf das Gesicht?

P: Okay, am Po., Da ist es auch so faltenmäßig, warum verändert sich das von heute auf morgen?

T: Was hatte Sie eigentlich veranlasst, ins Solarium zu gehen?

P: Na das war so 'ne Mode unter Freunden.

T: Wie ist denn sonst so Ihre Lebenssituation?

Herr A schildert dann, dass er bei seinem Vater in einem kleinen Geschenkartikelladen arbeitet, dass er sich aus allen Hobbies und sozialen Bezügen

zurückzieht; er hat einen Hauptschulabschluss, hat bei einer Gebäudereinigungsfirma gearbeitet, ist als Kind mit 4 Jahren aus der Türkei hergekommen.

Dann erlaube ich mir, das Gesicht genauer anzuschauen; er fühlt sich sehr ernst genommen. Auf einer Skala von 0-6 bezgl. krankhafter HV gebe ich ihm die Einschätzung 0, er sich die 6.

Dann gebe ich ihm ein neuropsychotherapeutisches Denkmodell, das sich eher auf die depressive Folgereaktion, die Vermeidung und das Grübeln bezieht und wie wichtig es ist, erst einmal wieder gut für sich zu sorgen, erzähle etwas über SSRI, lasse das ganz offen. Wir vereinbaren einen neuen Termin.

Herr A erzählt in einem zweiten Gespräch über Ängste, sich zu infizieren, wenn er aus einer Flasche trinkt, die schon andere benutzt haben und dass er ständig darüber nachdenken müsse, was er mit den Salben angerichtet habe.

T: Der Satz in Ihrem Kopf ist, hab ich mir geschadet?

P: Ja, wie komme ich da raus, ich mach mich schön, wenn ich rausgeh´, mein Gesicht ist aber nicht frisch, nach der Creme hab ich auch weniger Kontakt mit Mädchen gehabt.

Er erzählt dann, dass er aber zulassen kann, wenn seine Freundin ihn küsst, und ich nehme eine Chance wahr:

T: Da vergessen Sie es für einen Moment? Da ist das positive Gefühl stärker als das negative? Das gibt doch Hoffnung, dass es in anderen Situationen vielleicht auch geht!?

P: Aber es regt mich einfach auf.

Der übrige Körper gefalle ihm, er habe früher viel Sport gemacht.

T: Beim Sport fühlen Sie sich wohl?

P: Ich bin wie zwei Menschen, mal schüchtern, dann geht es auch wieder, meine Eltern machen sich viel Sorgen um mich.

T: Die leiden mit?

P: Ja, früher war ich ganz fröhlich; aber wenn man merkt, dass gar kein Mädchen mehr rüberschaut.

T: Könnte es sein, dass Mädchen nicht rüberschauen, weil Sie so belastet aussehen?

P: Ja, kann ich mir schon vorstellen, dass ich so was ausstrahle, Hunde spüren ja auch, wenn man Angst hat.

P: Sagen Sie, sehen Sie etwas an meiner Haut?

T: Herr A, ich sehe tatsächlich nichts Auffälliges, aber das ist nur eine Seite. Es gibt Menschen, die einen sehr hohen Wert für Ästhetik haben, die sehen alles unter sehr ästhetischen Aspekten. Da gibt es so ein Experiment, da hat man Menschen, die so fühlen wie Sie, eine Reihe Dias ganz extrem schnell gezeigt und die gleichen Dias auch Menschen ohne Hautprobleme. Und die, die so empfindsam sind wie Sie, die sahen auf allen Bildern trotz der Schnelligkeit kleinste Abweichungen, was die anderen erst sehen konnten, als sie die Bilder nochmals ganz langsam gesehen haben.

Herr A hört sehr aufmerksam zu. Ich nutze die Situation und erkläre ihm „beiläufig“ das Expositionstraining.

Es kommt zum Therapiekontrakt.

Dr. Chr.-M. Höring

## **1. JDDG**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit August 2006 ist das JDDG nunmehr auch offizielles Organ der Arbeitsgemeinschaft für psychosomatische Dermatologie. Neben dem jährlich erscheinenden Rundbrief ist es nunmehr möglich, interessante Tagesnotizen aus dem Bereich der Psychodermatologie einem größerem Leserkreis bzw. allen Dermatologen zugänglich zu machen. Sollte ihrerseits eine interessante Mitteilung oder Neuigkeit in diesem Rahmen berücksichtigt werden, bitten wir Sie freundlich um Information an: Prof. Taube/PD Harth.

Wir würden uns freuen, wenn wir regelmäßig die Möglichkeit zur Publikation von interessanten Neuigkeiten aus der Psychodermatologie im JDDG nutzen könnten.

### ***Forschungspreis Psychodermatologie***

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Rahmen der Vorstandssitzung in Neuharlingersiel am 15.9.2006 wurde die Erstauflage eines psychodermatologischen Forschungs- bzw. Publikationspreises beschlossen. Wir möchten hiermit ankündigen, dass in Kürze Arbeiten oder Untersuchungen an den Vorstand eingereicht werden können und dann einmal jährlich die Auslobung nach Begutachtung durch eine Kommission erfolgt.

Abgabetermin ist erstmals 31. Mai 2007.

Wir freuen uns auf Ihre Zusendungen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Arbeitskreis  
Psychosomatische Dermatologie

## **Tagungsbericht San Francisco 2.3.2006**

Im März 2006 fand die Jahrestagung der Association for psychocutaneous medicine north america in San Francisco statt.

Hierzu trafen sich im Vorfeld der Amerikanischen Akademie Dermatologen aus allen Kontinenten, um neue Untersuchungsergebnisse vorzustellen.

Professor Szepletowski machte den Auftakt zu Psoriasis und Stress und zeigte, dass in seinen Untersuchungen 16,9 % der Patienten eine depressive Störung aufwiesen und es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Psoriasis-Depression und erhöhtem Stress gibt. Ebenso zeigte es sich, dass Patienten mit vermehrtem Juckreiz auch höhere Stress-Scores aufzeigten.

Luciano Conrado aus Sao Paulo, Brasilien, stellte die Notwendigkeit des interdisziplinären Dialogs unter Beachtung von symbolischen Ausdrucksformen oder symbolischen Konfliktlösungsmodellen, Fehleinstellungen, in den Vordergrund ihres Vortrages.

D. Mutasim, Cincinnati, USA, diskutiert ausführlich über die Fragestellung der adäquaten Klassifikation: Neurotische Exkorationen oder Skin picking oder zwanghaftes Skin picking, Acne excorieé, Dermatotillomanie oder psychogene Exkorationen. Die bisher bestehenden Klassifikationssysteme geben hierzu zwar eine deutliche Antwort, jedoch entspricht dies selten der praktischen Erfahrung. Hier sollten Neuklassifikationen überlegt werden.

Iona Ginsberg aus New York zeigte, dass in dermatologischen Ambulanzen etwa 12 % der Patienten körperdysmorphe Störungen aufzeigen und psychodermatologischen Behandlungsstrategien gegenüber sehr resistent sind. Oftmals ist eine Einleitung der Psychotherapie alleine nicht effektiv. Besonders Wahnformen zeigen sich als behandlungsresistent. Das Spektrum der dahinter stehenden Störungen kann von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen bis hin zu Zwangsstörungen oder Störungen der Alexithymie reichen.

Weitere Vorträge beschäftigten sich mit dem Europäischen Zertifikat für Psychotherapie (Francoise Poot) und wie man eine psychodermatologische Konsultation aufbauen kann sowie weiterführende Ausbildung und Wissenszuwachs erreichen kann. Im Anschluss an die Tagung erfolgte eine lebhafte Diskussion. Es zeigte sich, dass die praktische Vorgehensweise in der Psychodermatologie über alle Kontinente vergleichbar ist, jedoch aufgrund der unterschiedlichen Klassifikationssysteme häufig Unterschiede in der Namensgebung der Psychodermatosen bestehen.

PD Dr. med. W. Harth, Berlin

**Bahmer, Judith**

**Diagnostik und Förderung Integrativer Kompetenz bei Psoriasis**

**Shaker Verlag Aachen 2006, 29.80 €**

527 Literaturstellen am Ende des Werkes belegen die umfangreiche Arbeit von Frau Bahmer zu einem sekundärpräventiven Schulungsprogramm für Jugendliche und junge erwachsene Psoriatiker.

Für das Verständnis des Lesers ist es zunächst einmal wichtig zu wissen, dass es sich um den Abdruck einer Dissertationsarbeit handelt, d.h. man muss sehr viel durchaus interessante Details lesen, bevor die Praxisrelevanz erkennbar wird. Die Autorin versteht unter Integrativer Kompetenz die Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Aufgaben, welche voraussetzt, eigene Werte, Bedürfnisse, Ziele und Erlebnisse einzuschätzen (Selbstzugang), die Fähigkeit zur Regulation positiver Affekte (Selbstmotivierung) und die Fähigkeit zur Regulation negativer Affekte (Selbstberuhigung). Benannte Ziele des Schulungsprogramms sind eine individuelle patientenorientierte psychologische Intervention in Kombination mit fundierter Wissensvermittlung. Frau B. führt aus, dass in der relativ kleinen Patientengruppe katamnestisch eine höhere Gelassenheit, eine höhere Zufriedenheit und eine Reduktion der Krankheits schwere am Ende der Maßnahme zu verzeichnen war und dass ein Synergieeffekt zu verzeichnen war, wenn die Schulung in Kombination mit Maßnahmen in einer stationären Psoriasisereinheit durchgeführt wurde. Ausführliche Vorbemerkungen zu medizinischen Aspekten sind für den nichtärztlichen Leser wichtig, interessant sind konkrete Zahlen zur sozialökonomischen Bedeutung der Psoriasis (Appell an die Verantwortung der Dermatologen, Kostenfragen); eine schulungsprogrammunterstützte aktive Krankheitsbewältigung soll zur Therapiekostensenkung führen, Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu geringerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Leider gehen interessante Informationen z.B. zur Verbindung von depressiver Verstimmtheit und Psoriasis in der Fülle der Literaturzitate unter- es wäre schön gewesen, wenn der Verlag ein Layout vorgelegt hätte, in dem praxisrelevante Feststellungen unterlegt hervorgehoben werden.

Frau B unterscheidet den Schwerpunkt bisher bekannter Schulungsprogramme, nämlich das Symptommanagement, vom Fokus der Persönlichkeits-System-Interaktion in ihrem Schulungsprogramm. Es wird logisch abgeleitet, dass das Ausmaß an Befindlichkeitsstörung, Lebensqualitätseinschränkung und der Stigmatisierungsängste frühzeitig eine Schulung rechtfertigen, um selbst als Patient als Experte der eigenen Erkrankung mehr Handlungs- und Gestaltungsspielraum zu gewinnen. Es geht der Autorin um die Darstellung der Einzelvariablen integrativer Kompetenz, um gezielt Unterstützung für Selbst-Steuerung und Erkennen eigener Ressourcen geben zu können.

Es wird abgeleitet, dass eine gemeinsame Schulungsmaßnahme, also die Nutzung bereits erprobter Neurodermitisschulungsprogramme wegen der unterschiedlichen Psychodynamik beider Gruppen nicht nur wirkungslos, sondern schädlich sein könne. Für Patienten mit Psoriasis stehen z.B. die Suchtprävention, die Verstärkung des Selbstzugangs und die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Vordergrund. Die detaillierte Darstellung der genutzten Testverfahren interessiert sicher nur den in der Forschung tätigen Leser. Die Idee, aus den Testergebnissen ein Behandlungsmodul für Patientengruppen abzuleiten, ist aber sicher interessant unter wirtschaftlichen Aspekten und im Rahmen eines störungsspezifischen Gesamtbehandlungskonzeptes, in dem z.B. auf die Vermittlung von Entspannungstechniken bei Psoriatikern verzichtet wird, weil es für die Personengruppe keinen Hinweis auf Agitiertheit gebe.

Etwas unangestregter liest sich das letzte Drittel des Buches, in dem die Inhalte der Einzelinterventionsstunden nachvollziehbar abgedruckt werden. Bei aller Würdigung der sorgfältigen und aufwändigen Untersuchung muss man dennoch sagen, dass die Lektüre des gesamten Buches wohl nur für Forschungsgruppen interessant ist, im besonderen auch unter dem Aspekt, die wirtschaftliche und inhaltliche Notwendigkeit einer Psoriasispatientenschulung mit den Krankenkassen zu diskutieren. Es wäre zu

wünschen, dass die Inhalte in komprimierter Form an anderer Stelle publiziert werden, da wohl kaum ein Hautarzt die Fülle der Dissertationsarbeit verdauen kann. Das unvertraute psychologische Vokabular stellt eine zusätzliche Überforderung dar.

Dr. Christa-Maria Höring, Hautärztin, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin  
Schwabstr.91, 70193 Stuttgart

## **ZEITSCHRIFTENREVUE**

Liebe KollegInnen,

Die Wiedergabe, schon allein die Auswahl, von Artikeln aus Fachzeitschriften ist subjektiv geprägt. Ich stieß in den letzten Wochen auf einige interessante und diskussionswürdige Beiträge aus der Zeitschrift für Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, erschienen im Brandes und Apsel Verlag und möchte Ihnen mit den anschließenden Zusammenfassungen einen kleinen Einblick geben:

### **Rainer Krause, Der „eklige Körper“ in der Analyse AKJP, Heft 129, 1/200675-91**

Krause unterstreicht die Bedeutung des Ekels in der Phylogenese: Geschmacks- und Geruchssinn als mit dem Ekel verbundene Sinnessysteme dienen der Nahrungs- und Umweltkontrolle, die Bindung an das Emotionale sei unmittelbar und direkt.

Beobachtbar wird der Ekel im mimischen Affektausdruck als prompte Reaktion auf Gerüche unterhalb einer Reaktionszeitschwelle, innerhalb derer eine wie auch immer geartete kognitive Reaktion auftauchen kann. Diese einfache Prozessierung gelte auch schon für Säuglinge unmittelbar nach der Geburt. Ekel werde häufig nicht bewusst erlebt, wenn man Leute fragt, ob sie sich in Gesprächen geekelt haben, empfinden sie dies als Zumutung. Für unser Fach ist besonders sein Hinweis von Bedeutung, dass Ekel evoziert wird, wenn etwas Spezifisches des menschlichen Körpers verloren geht.

Ekel hat eine Schutzfunktion gegenüber schädigenden Einflüssen von außen wie auch im interpersonellen und moralischen Bereich. Krause führt nun dahin, dass das Geruchs- und Geschmacksmilieu das ideale Umfeld für die Schaffung von unbewussten Gegenübertragungen sei. („Wenn Sie also in der Praxis negative Übertragungen steigern wollen, stellen Sie bloß keinen Blumenstrauß auf“). Die Hirnareale, die bei Ekelreaktionen aktiviert werden, seien bekannt (orbitale, mediale und präfrontale Netzwerke), sie werden auch aktiviert, wenn es um moralische Formen von Empörung und Übelkeit geht, also durch kognitive Stimuli. Krause schildert dann eine Analyse eines erwachsenen Menschen, der als Teilsymptom darstellte, dass ihm seine Frau durch einen (nicht existenten) Mundgeruch eklig sei. Er selbst hatte eine Mutter, die von der Idee besessen war, ihr Kind hätte etwas an sich, das die Kundschaft vertreibe, diese Mutter des Patienten erlebte ihn als ekelerregend und toxisch. Der Therapeut hingegen nimmt wahr, dass er sich von einem völlig schmutzigen Arm des Patienten in der Stunde nicht ekelte, sondern eher fasziniert lässt und dass es ihm so möglich war- er bezeichnet das später als „Prüfung“ durch den Patienten-, genauer nachzufragen, so dass er die wirklich „ekligen“ Anteile darauf folgender Erzählungen um Perversionen aushalten,

aufnehmen und damit umgehen konnte. Mit seiner Mundgeruchsobsession hielt der Patient die Beziehung zu seiner Frau aufrecht,, d.h. er regulierte die symbiotischen Anteile der Beziehung. Im dritten Jahr der Analyse habe sein Patient selbst einen furchtbaren Geruch verbreitet, den der Therapeut schließlich habe ansprechen können. Er führt die Bedeutung der „Geruchszaubertechnik“ aus, mit deren Hilfe der Patient Kastrationsängste abwehrte. Krause interpretiert Geruchsinszenierungen als hochbedeutsam, weil sie als „now moments“ im Sinne Sterns über den Verlauf der Geruchs- und Körperhülle, die den Prozess trägt und steuert, befinden.

**Ingeborg Goebel-Ahnert, „Ich wünsche mir eine handfeste Krankheit“ Zum Munchausen by proxy Syndrom anhand der Fallgeschichte einer Mutter  
AKJP Heft 130, 2/2006 185-207**

Die Autorin schildert einen Fall einer Patientin mit einer schweren narzisstischen Persönlichkeitsstörung, deren kleines Kind beständig von schwersten Fieberanfällen belastet war. Sie berichtet zunächst, dass ihre konkreten Manipulationen der Mutter nicht in den Sinn kamen, sondern sie vermutete, dass das Kind auf die extreme Spannung der Mutter mit Fieber reagierte. Die Analysandin selbst litt Zeit ihres Lebens unter organisch nicht erklärbaren Erkrankungen, sie scheint in desolatem Zustand inmitten eines aus den Fugen geratenen Lebens. Rasch treten heftige Aggressionen und Angst, kontrolliert zu werden, zutage, die Analytikerin kommt sich instrumentalisiert vor. Die Biographie der Patientin sei von der Versagung geprägt, für die Mutter nur in einem Bild existent gewesen zu sein, das diese sich von ihr gemacht habe, der Vater sei nicht präsent gewesen. Frau G.A. beschreibt frühe Abwehrmechanismen, eine unempathische Art, über die einjährige Tochter zu sprechen, die Akzeptanz einer Deutung, wie schwer es sein könne für das Kind offen zu sein, wenn sie es doch selbst bei der Mutter vermisst habe. Während einer Therapiepause kommt es zu einem hochdramatischen Fieberanfall bei der kleinen Tochter, dies wiederholt sich. Die Therapeutin äußert den Verdacht, dass es ihr so vorkomme, als müsse sie den Ärzten beweisen, dass ihr Kind krank ist, wenn sie selbst schon nicht als krank anerkannt werde, als brauche sie das Fieber des Kindes, um selbst zur Ruhe zu kommen. Dabei reflektiert die Autorin selbstkritisch, dass sie auch zu dem Zeitpunkt noch nicht sehen und denken konnte, dass die Patientin das Kind wirklich krank macht. Die Situation spitzt sich zu, die Therapeutin spürt die Feindseligkeit gegenüber dem Kind. Die Autorin bezieht sich in ihren Überlegungen zur Psychodynamik auf Frau Plassmann. Der Körper des Kindes werde als Objekt benutzt, über das beliebig verfügt werden kann. Sie sieht ihre Patientin beherrscht von der Vorstellung, dass ihr Kind, so wie sie selbst, krank sei. Gesundheit könne sie nicht ertragen, sie sei süchtig gewesen nach der Existenz eines ihr auf Leben und Tod ausgelieferten Kindes. Plassmann versteht solche Inszenierungen als Versuch, passiv erlebte destruktive Erfahrung zu wiederholen.

In unserem Fachbereich sind Manipulationen einer Mutter an ihrem Kind in Form von Artefakten augenfälliger, mögen vielleicht nicht so spät verstanden werden. Dennoch halte ich die Lektüre des ausführlichen Artikels für sehr sinnvoll, um sich mit der Psychodynamik des Munchausen by proxy Syndroms bekannt zu machen.



## **Last news**

Besonders hinweisen möchte ich noch auf die Arbeitsgruppenveranstaltungen während der DDG-Tagung:

Am Mittwoch, 25.4.2006 findet von 10.00-13.00 Uhr eine Veranstaltung/Werkstattgespräch zum Thema „Der Mensch hinter dem Haarausfall“ statt. Es berichten die Kollegen Harth, Taube, Gieler, Höring, Gass zu typischen klinischen Krankheitsbildern wie Trichotillomanie, psychogenes Effluvium, Alopecia areata, zu Komorbiditäten bei Haarausfall, zu sog. somatoformem Haarausfall (körperdysmorphe Störungen, Dysästhesien) und zur Therapie unter biopsychosozialen Aspekten. Am Ende sollte eine Art Leitfaden entstanden sein, wie diesen überaus schwierigen Patienten ein Behandlungsangebot gemacht werden kann, das zu einer guten Compliance führt.

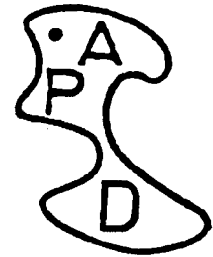
Am Freitag den 27.4. haben wir eine Stunde für ein Mittagsseminar zum Thema „Psychische Komorbidität bei Hautpatienten“ mit Vorträgen von U. Gieler (Von der Emotion zur Läsion), K Taube (Psychosom. Komorbidität bei Patienten mit Psoriasis, W. Harth (Psychopharmaka bei dermatologischen Patienten) und N.N. (Wahnsyndrome)  
Erfreulicherweise gibt es ja Tageskarten, so dass einem Besuch unserer Sitzungen auch bei eingeschränkten zeitlichen Möglichkeiten nichts im Wege steht!

Wir freuen uns auf Ihr Kommen,  
Ihre C. M. Höring



**Arbeitskreis  
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



---

Der Jahresbeitrag beträgt 66,- Euro. Zur Reduzierung der Verwaltungskosten bitten wir Sie am Lastschriftverfahren teilzunehmen.

Jochen Wehrmann-APD

Sparkasse Wittgenstein, Bad Berleburg

BLZ: 460 534 80

Konto: 13 912

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) bis auf Widerruf den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber:.....

Bankverbindung:.....

Konto-Nr.:.....

Bankleitzahl:.....

Datum:

Unterschrift:

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung des Geldinstitutes die Lastschrift auszuführen. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

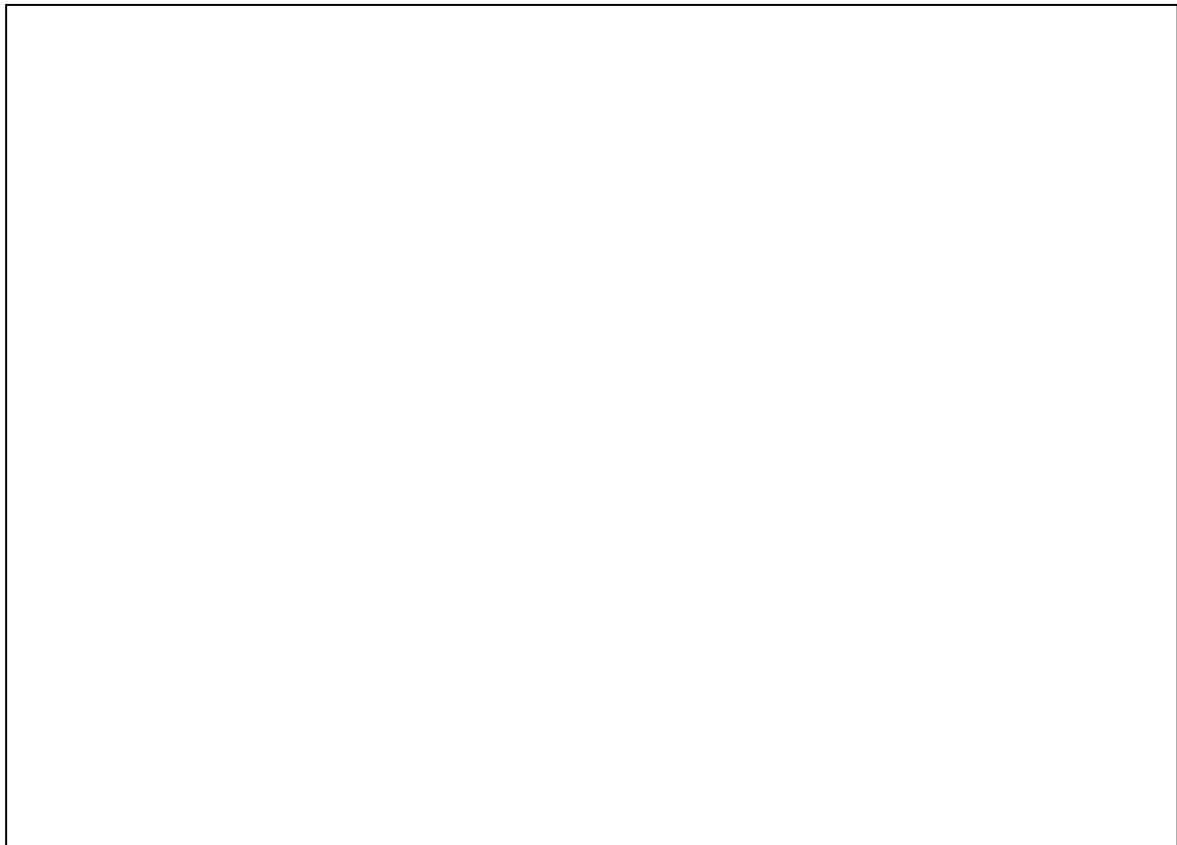
## **Liebe APD-Mitglieder!**

Mit diesem „unaufwendigen“ Vordruck möchten wir Sie einladen und ermutigen, eigene kleine Kasuistiken als Erfahrung beizutragen und so den Austausch unter den Mitgliedern zu fördern. Selbstverständlich können die Beiträge gern auch länger sein; es bedarf keiner „Kompliziertheit“, sondern es geht um Anregungen „aus der Praxis für die Praxis“, die für jeden Leser ein Gewinn sein können.

Am einfachsten ist es, den Beitrag an unseren Schriftführer Herr Dr. Gass per e-mail weiterzuleiten ([sgass@ahq.de](mailto:sgass@ahq.de)), das Fehlen dieser technischen Möglichkeit soll aber kein Hindernis sein. Viel Spaß beim Schreiben! Ihre Christa-M. Höring

### **Begegnung mit dem Patienten**

**(Situation, Gesprächsinhalt, Atmosphäre, Reaktion auf gedanklicher, emotionaler und handelnder Ebene, Ergebnis/Behandlungsabsprache etc.)**



**Fazit für die Praxis** (pers. Erfahrung, Begrenzung und Möglichkeiten in der Psychosom. Grundversorgung, Empfehlung etc.)

## Kontaktlinks

### Dermatologische Gesellschaften

Website der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

<http://www.derma.de/>

Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie Sektion der DDG

<http://www.akpsychderm.de>

European Academy of Dermatology

<http://www.eadv.org/>

American Academy of Dermatology

<http://www.aad.org/>

European Society for Dermatology and Psychiatry

<http://www.med.uni-giessen.de/psychosomatik/konsil/ESDaP/esdap.htm>

Kongresse- Tagungen

<http://www.ddg-tagung.de>

Berufsverband Dermatologie

<http://www.uptoderm.de/public/index.html>

<http://www.psoriasis-forum-berlin.de/>

### Psychologische Gesellschaften

Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie AÄGP

[www.aaegp.de/wissenbeirat/fachgesellschaften.html](http://www.aaegp.de/wissenbeirat/fachgesellschaften.html)

DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

<http://www.dkpm.de/>

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.

<http://www.dgpt.de/>

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin e.V.

[www.dgpm.de/](http://www.dgpm.de/)

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) :

[www.daevt.de](http://www.daevt.de)

Deutsche Balint-Gesellschaft e.V. (DBG)

[www.balintgesellschaft.de](http://www.balintgesellschaft.de)

Kliniken für Psychiatrie/psychiatry in Deutschland (psychopharmacology and brain research)

<http://www.psych-web.de/>

## **Publikationsorgane**

Leitlinien

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/index.html>

Dermatology Image Atlas - Johns Hopkins University

<http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm/>

DOIA Dermatologie- Atlas

<http://dermis.multimedica.de/>

## **Abrechnung**

Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

[www.kbv.de](http://www.kbv.de)