

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2007

Rundbrief des Arbeitskreis für Psychosomatische Dermatologie Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2007

| Inhaltsverzeichnis | Seite | Vorstand |
|--|-------|---|
| Grußwort | 3 | Vorsitzender: PD Dr. med. Wolfgang Harth Vivantes Klinikum Hautklinik Landsberger Allee 49 10249 Berlin |
| Tagungsbericht Pfronten | 6 | |
| Protokoll der Mitgliederversammlung | 9 | |
| Bericht des Schatzmeisters | 12 | Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. Klaus-Michael Taube Universitätshautklinik Halle Ernst-Kromayer-Str. 5/8 06097 Halle |
| Vorstellung Studie Dermatozoenwahn | 13 | |
| Literaturjournal | 17 | |
| Diffuse Alopecie | 20 | Berufsverband Sonderreferent: Dr. med. Thomas C. Roos Ärztehaus am Krankenhaus Dohuser Weg 10 26409 Wittmund |
| Psychischer Status dermatologischer Patienten und dessen Veränderung in der Reha | 23 | BeisitzerInnen: Dr. med. Christa-Maria Höring Schwabstr.91 70193 Stuttgart |
| Anmeldeformular | 25 | |
| Vordruck für Autoren | 27 | |
| Kontaktlinks | 28 | PD Dr. med. Volker Niemeier Alicenstr. 22a 35390 Giessen Dr. med. Veronika Seipp Am Haselberg 9 64297 Darmstadt Schriftführer: Dr. med. Steffen Gass Mühlbachstr. 6 87663 Lengenwang |

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,

nach langjähriger intensiver Tätigkeit verabschieden wir nunmehr Frau Dr. Höring als Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft für psychosomatische Dermatologie. Ihre erfolgreiche Tätigkeit war besonders durch Kontinuität und einen geraden Kurs durch die „Klippen und Strudel“ der Veränderungen der letzten Jahre geprägt, wobei sie dieses Ehrenamt von Uwe Gieler übernommen hatte.

So hat Frau Dr. Höring es immer verstanden, den richtigen Ton von Seiten der Dermatologin als auch von Seiten der Psychotherapeutin zu treffen, wobei die Zusammenführung der unterschiedlichen Sprachen von Psychotherapie und somatischer Therapie in einer für beide gut verständlichen Weise einer ihrer großen Verdienste ist. So versteht sie es, genau hinzuschauen und dabei detailgetreu ausgemalte Fallbeispiele als auch somatische Leitlinien in den Diskurs einzubeziehen. Erinnerung sei an die spannenden interdisziplinären Themen, die zu den Tagungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft präsentiert werden konnten, wobei dort zuletzt zwei psychodermatologische Blöcke gestaltet wurden, die rege Anteilnahme und Zuspruch fanden. Christa-Maria Höring hat in ihrer Amtszeit auf vortreffliche Weise die Psychodermatologie als Fachdisziplin vielerorts repräsentiert, und sich hierbei besonders auch der Nachwuchsarbeit gewidmet.

Wir sind sehr froh, dass Frau Dr. Höring uns als Beisitzerin im Vorstand des APD aktiv erhalten bleibt und ihre geschätzten Erfahrungen weiter einbringen wird.

Mit Wolfgang Harth übernimmt ebenfalls ein Dermatologe das Amt des Vorsitzenden, der seit sechs Jahren aktiv als Beisitzer im Vorstand des APD tätig ist.

Seine psychotherapeutische Ausbildung hat er 1995 begonnen und seitdem die Psychodermatologie in Hautkliniken besonders in Liaison-Sprechstunden vertreten.

Wolfgang Harth ist 1962 in Bonn geboren und studierte seit 1983 an den Universitäten (Florenz, Berlin) mit Abschluss in Berlin. Bereits in seiner Promotion bei Prof. Orfanos/ Prof. Gollnick wurden psychosoziale Aspekte aufgegriffen, die sich mit soziokulturellen Unterschieden von einheimischen und ausländischen dermatologischen Patienten befassten und mögliche psychische Störungen (hypochondrische Entwurzelungsdepression) im Hintergrund thematisierten.

Die ärztliche Weiterbildung und die Tätigkeit als Facharzt/ Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Erfurt (später Helios Klinikum Erfurt) beinhaltete die Integration von psycho-dermatologischen Aspekten in einer dermatologischen Akutklinik. Als wissenschaftlicher Schwerpunkt fiel in diese Zeit die damals noch

neuen Phänomene der Lifestyle- Einflüsse auf das dermatologische Fachgebiet, welches seitdem eine drastische Wandlung hin zur kosmetischen Dermatologie durchlaufen hat. Weitere Spezialgebiete sind die Psychoandrogologie, insbesondere Stress und Aspekte der Fertilität, die letztendlich auch Ausdruck in der Habilitation 2002 an der Universität in Leipzig fanden. Hier ist er bis heute als Privatdozent in der Lehre tätig.

2004 folgte ein Wechsel als leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor zunächst in die Hautklinik in Berlin, Prenzlauer Berg, später Friedrichshain. In Berlin folgte zusätzlich die Integration der Psychodermatologie in ein tagesklinisches Konzept, welches sich dort aufgrund des großen Einzugsgebietes großer Beliebtheit erfreut.

Die Berücksichtigung biopsychosozialer Aspekte in der Andrologie sowie bei Männern mit Wechseljahrbeschwerden und in der „Midlife-crisis“ führte 2006 zur Konzeption und Übertragung der Leitung des Schwerpunktes für Männermedizin der Vivantes Kliniken Berlin.

In die „Berliner Zeit“ fallen besonders auch die Autorenschaft an dem Lehrbuch Harth/Gieler „Psychosomatische Dermatologie“ sowie zahlreiche Vorträge, die immer den erweiterten Aspekt der Psychodermatologie als einen festen und „normalen“ Bestandteil der Dermatologie aufzeigten.

Mit Übernahme des Vorsitzes wird die nächste APD Tagung in Berlin sein, wozu ich Sie an dieser Stelle vom **12-13 September 2008** schon recht herzlich einladen möchte, besonders da es sich um das 25 jährige Jubiläum der Gründung des APD in der DDG handelt. Als zentraler Treffpunkt bietet die Jahrestagung die Möglichkeit des lebhaften Austausches, auf den wir uns sehr freuen. Der Vorstand möchte dabei die dermatologischen Kollegen motivieren, auch im Zeitalter der knapperen Ressourcen (Zeitdruck, Budgetierung abrechenbarer Leistungen) den Vorteil der psychodermatologischen Sichtweise bei der Therapie von anspruchsvolleren Patienten und Problempatienten oder Kommunikationsproblemen aufzugreifen. Weiterhin auch um die Freude an unserem schönen Fachgebiet und die eigene Arbeitszufriedenheit zu erhalten oder sogar Wege aus der Gefahr eines immer stärker drohenden „Burn-Out“ zu finden. Langfristig möchte der APD wieder verstärkt Seminare insbesondere für die Facharztweiterbildung und die Qualifikation Psychosomatische Grundversorgung ausrichten.

Mit dem JDDG wurde ein neues offizielles Organ für den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie gefunden, welches wir zukünftig als Sprachrohr nutzen möchten. Hierdurch besteht die wertvolle Möglichkeit, das teilweise unbewusste Pflänzchen der Psychodermatologie in der großen dermatologischen Familie mehr in das allgemeine Bewusstsein zu bringen.

Eine weitere Aufgabe ist die Stärkung der Forschungsaktivitäten. In diesem Zusammenhang soll zukünftig regelmäßig ein Wissenschaftspreis für Nachwuchsforscher und deren Arbeiten im Bereich der Psychodermatologie jährlich vergeben werden. Die Einreichungsfrist für den Preis 2009 ist der **31.11.2008** an Herrn PD. Dr. med Volker Niemeier Giessen (volker.niemeier@derma.med.uni-giessen.de).

Zusammenfassend möchte der neue Vorstand zu einem lebhaften Meinungsaustausch anregen, auch um langfristig unseren Nachwuchs zu fördern und für das schöne Fachgebiet Psychodermatologie zu begeistern.

Viele herzliche Grüße

PD Dr. Wolfgang Harth

Tagungsbericht zur Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie APD

Am 12./13.10.2007 fand in der Fachklinik Allgäu in Pfronten die Jahrestagung des APD statt, - aktuelles Thema: „Ich bin so psychosomatisch“. PD Dr. Wolfgang Harth, Berlin, vertrat mit Enthusiasmus das Thema „Männermedizin“ als umfassendes Angebot für den Mann. Männer verdrängen Krankheiten, Andrologie ohne Psychosomatik gehe nicht. Nur 10% der Berliner Andrologen sind Dermatologen, es gilt, den Bereich wieder stärker an die Dermatologie zu binden. Ein aktives Angebot ist von Nöten, da nur 5% aller Männer in der Sprechstunde andrologische Probleme von sich aus anbieten. Zur Andrologie gehören die Themen Infertilität, Hypogonadismus, erektile Dysfunktion, Senenz und Kontrazeption. Der plakative Titel einer Ärzteblattausgabe „Gibt es eine Spermienkrise?“ habe auf die Verknüpfung von Spermienmotilitätsstörungen und Stress verwiesen. Zahlreiche Komorbiditäten oder Ausdrucksformen psychischer Erkrankungen an der Haut machen Spezialwissen nötig: Hypochondrie bei Papillae coronae glandis mit der Beunruhigung, an einer schweren Erkrankung zu leiden, Krebsphobien, Pseudospermaallergien, körperdysmorphe Störungen mit Anabolikamißbrauch und entsprechenden NW an der Haut, Potenzstörungen bei selbstschädigendem Lebensstil, die Liste lässt sich fortsetzen. Bei der erektilen Dysfunktion (Erfolglosigkeit in 70 % der Versuche zum GV über 6 Monate) finden sich in 80% organische Ursachen, in 63% psychische Störungen und soziale Belastungsfaktoren. Angst vor Versagen führe zu Versagen, Versagen führe zu Erwartungsdruck und Vermeidung. Fazit: andrologische Probleme erfordern viel Zeit für die biopsychosoziale Anamnese, der Denkansatz müsse sein: „Der Mensch hinter dem Penis“. Das breite Spektrum der Wechseljahre des Mannes mit einer Symptomvielfalt wie bei der Frau erfordere einen „case-manager Männermedizin“.

Dr Matthias Kollmann, Pfronten, gab einen Überblick über somatoforme Störungen im Allgemeinen und fokussierte insbesondere auf somatoforme Störungen. Eine einfache diagnostische Frage laute: „Wie lange, glauben Sie, hält die Entlastung vor, dass die Untersuchung in Ordnung ist?“ Die Antwort: „Bis zur Tür“ mache die Diagnose deutlich. Der psychosomatisch-psychotherapeutische Ansatz, auf eine Kurzformel gebracht, lautet: Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung, Veränderung von falschen Symptombewertungen, Erkennen psychophysischer Zusammenhänge (Introjekte), Abnahme von ängstlich-körperbezogener

Selbstwahrnehmung, Abbau von Erregung durch Entspannungsverfahren, Verhinderung von ständig überprüfendem Verhalten, Aufgabe von Schonverhalten, Reduktion von doctor-hopping, Genusstraining, Verzicht auf nicht indizierte Medikamente. Hier bietet die Verhaltenstherapie zahlreiche Ansätze. PD Dr Knut Brockow, München TU, berichtete Neues zur Pathophysiologie und Therapie des atopischen Ekzems. Zur antientzündlichen Therapie kommt die Immunmodulation, zur Basispflege Spezialverbände, zur allergologischen Basisdiagnostik der Atopie-Patch Test, zur Integration des Patienten in die Behandlung das Neurodermitisschulungsprogramm. Die Wertigkeit der Nahrungsmittelallergie für das Ekzem hänge ab vom Schweregrad. Nach einer Studie von Werfel et al. verspreche die Hausstaubmilbenhyposensibilisierung Positives, für Probiotika in der Primärprävention zeige sich nicht ausreichend Effektstärke (Fazit: es lohnt sich nicht, das zu empfehlen). Stärker in den Vordergrund trete wieder die Beachtung der Barrierefunktion der Haut, für die beim Neurodermitiker vermutlich wie bei der Ichthyosis vulgaris eine gestörte Profilaggrinexpression verantwortlich sei. Eine sog, FLG-positive atopische Dermatitis sei assoziiert mit einer frühen Krankheitsmanifestation, einem persistierendem Verlauf, typischen Stigmata. Folgerung: eine adjuvante Basistherapie mit wirkstofffreien Grundlagen und Ölbädern ist nötig. Die dermatologische Seite wird im Vergleich zur immunologischen Seite wieder stärker beachtet. Es wurde deutlich, vor welche Herausforderungen die komplizierte Lokalthherapie mit Pimecrolimus, Tacrolimus, Corticoiden als Rezidivprophylaxe 2 x wöchentlich und Pflege den Patienten stellt und wie wichtig das Gebiet der Psychosomatik für die Complianceförderung ist. Ein interessanter Ansatz: Xolair als Infusion 1 x/Woche bei Patienten mit extrem hohen IgE.

Dr. Steffen Gass, Pfronten, ließ in seinem Bericht Patienten(zitate) zur Sprache kommen, 80% der Klinikpatienten geben psychische Faktoren und Stress als auslösend an! Eine gute somatischen Therapie und psychosomatisch orientierte Gespräche wie auch Psychoedukation sind notwendig. Im Einzelfall ist eine Psychotherapie zwingend: Frau Dr Höring, Stuttgart, präsentierte eine 50-stündige tiefenpsychologische Psychotherapie mit speziellen Tagtraumtechniken (KIP) bei einer Patientin mit ausgeprägten Paraartefakten im Gesicht und einer sog. Entwicklungstraumatisierung in der Biographie. Es wurden deutlich die Facetten der zugrunde liegenden Zwanghaftigkeit, der Neigung zur Autoaggression, die libidinöse Besetzung der Haut und das therapeutische Vorgehen dargestellt, auf welche Weise

genau die therapeutische Arbeit schließlich zur vollständigen Symptomfreiheit führen konnte. Für den Dermatologen, der einen Patienten zur Psychotherapie motivieren möchte, sind Kenntnisse der Verfahren, ihrer Möglichkeiten und Grenzen, von Nöten. Der letzte Vortrag von Fr. Dipl. Psych. Katja Gallenmüller befasste sich mit der Prävalenz von Angst und Depression bei Patienten mit Asthma und Neurodermitis. Sie zeigte auf, dass es hierfür bei beiden Patientengruppen eine deutlich höhere Prävalenz als in der Normalbevölkerung gibt, dass sich die beiden Patientengruppen aber untereinander kaum unterscheiden.

Der abendliche Festvortrag von Dipl. Psych. Martin Schwiersch, Bad Hindelang, war ein inhaltlicher und bildhafter Genuss: er berichtete über die Erlebnispädagogik am Berg und regte damit zur Mitdenken an unter dem Stichwort „Psychohygiene“; es gab wohl niemanden, der nicht Lust entwickelt hätte, sich unter seiner Führung einmal dem Berg-Erleben auszusetzen.

Die nächste Jahrestagung des APD findet am 12.9.2008 in Berlin unter der Leitung von PD Dr. W. Harth statt, der im Rahmen der Mitgliederversammlung zum neuen Vorsitzenden gewählt wurde, Frau Dr. Höring wurde nach 7 Jahren Tätigkeit in der Funktion der Vorsitzenden verabschiedet und steht weiterhin als Beisitzerin zur Verfügung. Zwei der nächsten wichtigen Aktivitäten des APD: ein Arbeitsgruppentreffen im Rahmen der Tagung der psychotherapeutischen Fachgesellschaften DGPM/DKPM im März in Freiburg und ein Symposium im Rahmen der Münchner Fortbildungswoche im Juli 2008 unter der Leitung von Prof. Dr. U. Gieler. Es sei herzlich eingeladen!

Christa-Maria Höring, Stuttgart

Protokoll der Mitgliederversammlung des APD vom 12.10.2007

Tagungsort: Fachklinik Allgäu, Pfronten im Rahmen der Jahrestagung des APD

Dauer der Sitzung: 18.15-19.00 Uhr

Die Einladung zu MV erfolgte termingerecht am 10.9.2007.

Anwesend waren 7 Mitglieder

Tagesordnung:

TOP 1: Bericht des Vorstandes/Rechenschaftsbericht:

Der APD zählt derzeit 107 Mitglieder. Im Jahr 2007 gab es 8 Neu-Eintritte und 5 Austritte, überwiegend aus Altersgründen/Praxisaufgabe.

Der APD war wie bisher auf zahlreichen in- und ausländischen Tagungen repräsentiert: DGPM/DKPM Tagung März 2007 in Nürnberg (Arbeitsgruppe Psychosomatische Dermatologie im DKPM, PD Dr. Schmid Ott, PD Dr. V. Niemeier), DDG-Tagung April 2007 in Dresden (Arbeitsgruppentreffen und Mittagsseminar), ESDAP, EADV, u.v.a.

Zahlreiche APD Mitglieder beteiligten sich in wissenschaftlichen Arbeitsgruppen an Universitäten, Publikationen sind in verschiedensten auch fachübergreifenden Organen zu finden, Medienarbeit über einzelne Mitglieder, Konsildienste in Universitäts- und Städtischen Kliniken; Weiterbildung für Psychosomatische Grundkompetenz und Psychosomatische Grundversorgung sowie im Rahmen des Zusatztitels Psychotherapie, enge Kooperation mit anderen Fachgesellschaften (AÄGP/DGPM/DKPM)

Bei gleich bleibenden personellen Ressourcen ist der Arbeitsanfall für den Vorstand in den letzten Jahren angeschwollen. Die Bündelung präsentierter wissenschaftlicher Arbeit, eine zeitgemäße Darstellung im Internet, Tagungsplanung und Bestückung von Tagungen sind so nicht mehr zu bewältigen. Jedes einzelne Vorstandsmitglied ist weiterhin hochaktiv. Dennoch muss ein Teil der Arbeit an entsprechend kompetente Stellen ausgegliedert werden; die Web-Seite soll in Gestaltung und Pflege abgegeben werden, einen entsprechenden Beschluss zur Finanzierung hat der Vorstand gefasst.

Der Vorstand hat weiterhin beschlossen, dass der diesjährig ausgeschriebene Forschungspreis an die Kollegin Dipl. Psych. Judith Bahmer vergeben und im Rahmen der Münchner Fortbildungswoche verliehen wird. Arbeiten für den nächsten Preis sollen bis November 2008 eingereicht werden, die Verleihung erfolgt dann im Rahmen der DDG Tagung 2009. Es sollen nur aktuelle Arbeiten gewürdigt werden. Herr PD Dr. Niemeier wurde zum Kommissionsvorsitzenden ernannt.

Für die Münchener Fortbildungswoche ist bereits ein Workshop in Planung, desgleichen für das Arbeitsgruppentreffen im Rahmen der nächsten DDG Tagung. Titel, auch für ein anzumeldendes Mittagsseminar, sind festgelegt.

Die Position der Verbindungsmannes/frau zum Berufsverband der Deutschen Dermatologen ist derzeit nach dem Ausscheiden von Herrn Hockmann, dem wir herzlich danken, vakant. Nach einer baldigen Neubesetzung wird gesucht.

Wie vorab angekündigt, wird in Kürze an die Mitglieder das neu erschienene Buch von PD Jörg Kupfer zu psychodiagnostischen Testverfahren ausgesandt, das von Gieler und Niemeier geplante Jahrbuch zur Psychosomatischen Dermatologie steht vor der Fertigstellung und wird an die Mitglieder im Jahr 2008 ausgesandt.

TOP 2: Bericht des Kassenwartes s. Anlage

TOP 3: Der Vorstand wird einstimmig entlastet

TOP 4: Der Schatzmeister wird einstimmig entlastet. Kassenprüfung korrekt bestätigt durch Herrn PD Dr. K Seikowski und Prof U. Gieler

TOP 5: Neuwahlen

Zur Wahl stehen:

PD Dr. W. Harth als Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. K.-M. Taube als vertretender Vorsitzender

Dr. J. Wehrmann als Schatzmeister

Dr. S. Gass als Schriftführer

PD Dr. V. Niemeier, Dr. C.-M. Höring und Dr. V. Seipp (in Abwesenheit) als Beisitzer

Die Wahl erfolgt für jede Funktion einzeln, aber offen abgestimmt.

Alle vorgeschlagenen Personen werden mit je einer Enthaltung gewählt und nehmen die Wahl an.

Dem alten Vorstand wird nochmals gedankt.

TOP 6 Sonstiges: In der Diskussion geht es nochmals um die Standortfrage der zunehmend schlecht besuchten Jahrestagungen. Es ist geplant, die beiden nächsten Tagungen in Berlin stattfinden zu lassen (Organisation und Leitung PD Dr. W. Harth) (nächster Termin 12.9.2008) und auszuloten, inwieweit ein Wechsel mit einem weiteren zentralen Standort, z.B. im süddeutschen Raum, möglich sein könnte, der für die Teilnehmer attraktiv ist. Fahrt- und Zeitaufwand und eine gewisse Kongressmüdigkeit müssen berücksichtigt werden.

Herr Dr. Freudenmann aus Ulm stellt ein wissenschaftliches Projekt zum Thema „Dermatozoenwahn“ vor, und wünscht sich eine Kooperation, das Projekt soll einzeln im Rundbrief vorgestellt werden.

Dr. med. Christa-Maria Höring

APD-Rechenschaftsbericht 2006, Bericht des Schatzmeisters

| | |
|--|---|
| Mitglieder gesamt bis 31.12.2005: | 92 |
| Davon zahlende Mitglieder: | 91 |
| <u>Mitgliedsaustritte:</u> | 1 (Austrittsgrund: verändertes Arbeitsfeld) |
| <u>Mitgliedseintritte:</u> | 2 |

Für das Jahr 2007 ist inzwischen eine positive Entwicklung zu vermelden mit 10 Eintritten.

Die **Einnahmen** des APD setzen sich hauptsächlich aus den Mitgliedsbeiträgen zusammen.

Auf der **Ausgabenseite** standen an erster Stelle die Kosten für die Tätigkeit des Vorstandes (Reise und Verpflegung). Desweiteren wurde der Rundbrief finanziert.

Ausgaben für eine Buchaussendung an die Mitglieder fielen in diesem Jahr nicht an, der Betrag hierfür war bereits in 2005 bezahlt worden. Die Mitglieder erhielten das Buch *Psychosomatische Dermatologie* von Harth und Gieler.

Für 2007 ist die Aussendung des Buches *Psychodiagnostische Verfahren für die Dermatologie* von Kupfer et al. bereits erfolgt.

Der **Saldo** beträgt damit 4.509,97 Euro.

Auf dem **Kongresskonto** gab es eine Einzahlung (Sponsorengeld für die 13. Jahrestagung), der weitergeleitet wurde.

Der **Saldo des Kongresskontos** betrug - 38,60 Euro (Kontogebühren).

Auf dem **APD-Festgeldkonto** befanden sich am 31.12.2006 4.297,82 Euro.

gez. Dr. Jochen Wehrmann
- Schatzmeister -

Dermatozoenwahn - eine Umfrage und eine innovative Studie

Einen Patienten mit Dermatozoenwahn (DW) vergisst man nicht... Dermatozoenwahnkranke stellen eine der größten klinischen Herausforderungen für Dermatologen wie für Psychiater dar. Sie haben eine psychiatrische Erkrankung, gehen aber in aller Regel nicht zum Psychiater. Psychiater sehen daher wenig DW-Patienten und halten die Störung oft für sehr selten. Dermatologen umgekehrt werden von den Patienten bevorzugt aufgesucht. Sie können zwar gut eine tatsächliche Infektion mit Parasiten ausschließen, haben aber wenig Erfahrung im Umgang mit wahnhaften Patienten bzw. der Therapie mit Neuroleptika und beforschen keine Wahnstörungen.

Dies alles zusammen führt dazu, dass in der klinischen Versorgung und der Forschung für DW-Patienten eine große Lücke klafft. Wie wenig wir nach heutigen Evidenzkriterien über die Behandlung des DW mit Neuroleptika wissen, hat auch ein Systematic Review unserer Arbeitsgruppe gezeigt (Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of delusional parasitosis: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 198-205). Randomisierte, placebo-kontrollierte Studien mit ausreichend großen Patientenkollektiven fehlen. Über moderne atypische Neuroleptika mit ihrer weitaus besseren Verträglichkeit beschränkt sich die Erfahrung bei DW auf Fallberichte.

Um diese Lücke zu schließen, planen wir basierend auf dem UK Dermatology Trials Clinical Network (UK DTCN, Abteilung Dermatologie der Universität Nottingham, England, Prof. Hywel Williams) eine internationale multizentrische Studie, bei der Einzelpatienten über die eine Internetplattform in verschiedene Therapiearme mit einer Kontrollbedingung randomisiert werden sollen.

In England wurden bereits mehr als 100 Dermatologen zu ihren aktuellen Erfahrungen mit DW-Patienten befragt.

Mit der **vorliegenden Umfrage** soll die **Machbarkeit** der geplanten internationalen multizentrischen Studie bei DW **vorab** überprüft werden.

Unterstützen Sie bitte unser Studienvorhaben durch Ihre Teilnahme an der Befragung und teilen Sie uns mit, wie viele Patienten mit DW Sie sehen, welche Medikamente Sie einsetzen und ob Sie an der Teilnahme an der Studie

interessiert wären. Alle weiteren Informationen zur Befragungen finden Sie auf dem Fragebogen.

Für Fragen zum Thema Dermatozoenwahn im Zusammenhang mit der Studie und auch im klinisch-psychiatrischen Kontext stehe ich gerne jederzeit zur Verfügung.

Ihr

Dr. Roland Freudenmann

Oberarzt
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Leimgrubenweg 12
89075 Ulm
FON: +49 (0)731-500-61558
FAX: +49 (0)731-500-61412
roland.freudenmann@uni-ulm.de

Dermatozoenwahn: Eine Umfrage



Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

wir bereiten gerade eine neue Studie zur Therapie des Dermatozoenwahns vor.

Dermatozoenwahn (DW) ist eine Herausforderung sowohl für Dermatologen als auch für Psychiater. Durch sein Auftreten und seine besondere Psychopathologie sind beide Fachdisziplinen schlecht gerüstet, um das Syndrom ausreichend zu untersuchen und Evidenz-basierte Therapieverfahren zu etablieren. Die Patienten konsultieren meist Dermatologen anstatt bei Psychiatern Hilfe zu suchen, so dass das Studienvorhaben eine multizentrische Studie mit Ziel ist, eindeutige Evidenz dafür zu schaffen, dass ein modernes, sog. "atypisches" Neuroleptikum wirksamer als Placebo bei dieser schwerwiegenden Störung ist.

Die Studie befindet sich in einem sehr frühen Entwurfsstadium und wir sind auf Ihre Erfahrungen und Ihre Expertise an diesem entscheidenden Punkt angewiesen, um die Machbarkeit der Studienidee zu bewerten.

Wir bitten Sie darum, den nachfolgenden kurzen Fragebogen auszufüllen, so dass wir einen besseren Eindruck von der Häufigkeit von DW in Deutschland, von der verordneten Medikation und der Bereitschaft der Patienten, Medikamente einzunehmen, bekommen.

Nehmen Sie sich bitte die Zeit, den kurzen Bogen auszufüllen. Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Mithilfe.

Bitte **faxen** Sie den ausgefüllten Bogen an

Dr. Roland Freudenmann

0731 500 61412

oder senden Sie ihn bitten **per Post** an:

Dr. Roland Freudenmann
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III
Leimgrubenweg 12
89075 Ulm

Nochmals vielen herzlichen Dank für Ihre Hilfe bei unserer Studie.

Ihre

Dr Joanne Chalmers
Clinical Trials Manager, UK DCTN

Dr. Roland Freudenmann

1. Patientenzahl

a. Wie viele Patienten mit Dermatozoenwahn (DW) haben Sie – persönlich - in den letzten 3 Jahren gesehen?

.....
b. Wie viele DW-Patienten befinden sich gegenwärtig in Ihrer Behandlung als aktive Patienten?

.....
c. Wie groß ist Ihr Patientenstamm/Ihre Karteil insgesamt (nicht nur DW)?
.....

2. Machbarkeit

a. Wären Sie daran interessiert, Ihre DW-Patienten für eine randomisierte kontrollierte Studie zur Neuroleptika-Therapie des DW zu rekrutieren? **Ja / Nein**

Falls nein, führen Sie bitte aus wieso

.....
b. Glauben Sie, Ihre DW-Patienten würden sich bereit erklären, an einer randomisierten kontrollierten Studie teilzunehmen? **Ja / Nein**

3. Behandlung

a. Wie vielen DW-Patienten haben Sie in den letzten 3 Jahren Neuroleptika bzw. Antipsychotika verschrieben?

.....
b. Welche Neuroleptika bzw. Antipsychotika haben Sie in den letzten 3 Jahren verschrieben?

.....
c. Welche anderen Therapien außer Neuroleptika bzw. Antipsychotika haben Sie bei DW-Patienten eingesetzt?
.....

Bemerkungen:
.....

Bitte faxen oder per Post senden an Dr. Roland Freudenmann **Danke**

Wenn Sie mehr zum Hintergrund der Studie wissen wollen, wenden Sie sich bitte direkt an Dr. Roland Freudenmann (roland.freudenmann@uni-ulm.de).

Literaturjournal

Bockelbrink A et al (2007) Frühe psychosoziale Lebensereignisse und die Entwicklung von atopischem Ekzem bei Kindern. Allergo J 16: 110-112

Es sollte untersucht werden, in wieweit psychosoziale Faktoren auf den Verlauf und das Auftreten eines atopischen Ekzems in den ersten Lebensjahren Einfluss nimmt. Dazu wurden die Eltern von 2.420 Kindern angeschrieben (Rücklaufquote 79,6%) und die Kinder, deren Eltern ein kritisches Lebensereignis innerhalb der ersten 2 Lebensjahre berichteten, mit den Kindern ohne das entsprechende Ereignis hinsichtlich der Ekzemhäufigkeit in den beiden Folgejahren verglichen.

Die Inzidenz des atopischen Ekzems in dieser Periode betrug in der ganzen Gruppe 6,4%. Waren die Kinder in den ersten beiden Lebensjahren von Trennung oder Scheidung der Eltern betroffen gewesen, so lag die Quote bei 18,8% versus 6% bei Kindern ohne ein derartiges Ereignis ($p < 0,01$, odds ratio 3,78). Umgekehrt wurde nur bei 2,2% der Kinder ein Ekzem berichtet, wenn in den ersten beiden Jahren eine schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes berichtet wurde (Vergleichsgruppe 7,2%, $p < 0,01$, OR 0,3). Beim Tod eines Familienmitgliedes war die Ekzemhäufigkeit tendenziell niedriger (3,0 versus 6,7%, aber nicht signifikant). Für Arbeitslosigkeit fand sich kein Zusammenhang.

Bemerkung: Die Autoren haben keinen Erklärungsansatz für die unterschiedlichen Ergebnisse. Wir können der Arbeit jedoch entnehmen, dass besondere Lebensereignisse nicht alle gleichzusetzen sind und die Stabilität der Elternbeziehung wahrscheinlich von großer Bedeutung für die Regulierung der Eltern-Kind-Beziehung und damit auch die Stabilität des psychosomatischen Zustandes des Kindes und damit der Hauterkrankung ist.

Rezension:

Knuf A und Tilly C (2006) Borderline: Das Selbsthilfebuch. Psychiatrie Verlag Bonn, 3. Aufl.; 175 Seiten; € 12,90.

Das Autorenteam besteht aus einer Betroffenen und einem Psychologen, die das Buch gemeinsam geschrieben haben und darüber hinaus auch andere Buchprojekte

veröffentlicht haben. Der Ansatz war dabei, nicht *über* das Krankheitsbild zu schreiben, sondern aus der Zusammenarbeit mit Betroffenen ein Selbsthilfebuch für Betroffene zu schreiben, welches natürlich eine Psychotherapie nicht ersetzen kann. Es soll aber Anregungen geben, wie Betroffene konkret mit Symptomen umgehen können und wie sie darüber hinaus zu einer befriedigenderen Lebensgestaltung kommen können. Neben Übungen wird auch die Funktion des Notfallkoffers beschrieben, zusätzlich werden Hinweise gegeben zu Absprachen mit sich selbst oder nahe stehenden Menschen oder Therapeuten. Weitere Themen sind Umgang mit Krankheitsfolgen (z.B. Narben), Selbsthilfegruppen, wie finde ich den passenden Therapeuten oder die passende Klinik. Der Umgang mit Traumatisierungen wird ebenfalls angesprochen. Das Büchlein schließt mit Hinweisen zu krankheitsspezifischer Literatur (incl. Romanen) und Internetadressen.

Bemerkung: Unsere Erfahrung in der Klinik war, dass das Büchlein vom Umfang und Aufbau her der Konzentration der Patientinnen angemessen ist, ihnen beim Verständnis und der diagnostischen Einschätzung der Krankheit hilft und darüber hinaus konkrete Empfehlungen bereitstellt im Umgang mit der Erkrankung (Stichworte: aktives Coping, Empowerment).

Rezension:

Sprengr B (2005) Im Kern getroffen. Kösel Verlag, München. 198 Seiten, € 17,95.

Der Autor ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und verfügt über langjährige klinische Erfahrungen im Bereich psychosomatische Medizin, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen.

Im ersten Teil des Buches beschreibt B.S. die gegenwärtige gesellschaftliche Entwicklung, die von Komplexität, Widersprüchlichkeit und einem zunehmend funktionaleren Umgang mit dem Menschen gekennzeichnet ist bis hin zur Entwürdigung. Dazu berichtet er Beispiele aus der Arbeitswelt, aber auch aus dem Unterhaltungsbereich (z.B. Talkshows). Dies setzt B.S. in Beziehung zu Störungen des Selbstwertgefühls, die sich nicht nur als Minderwertigkeitsgefühle äußern, sondern auch als übersteigerten Individualismus und nachlassendes Gemeinschaftsgefühl. Das individuelle Schicksal seiner Patienten stellt B.S. in den

Kontext eines gesamtgesellschaftlichen, ja globalen Prozesses. Thematisch kreist das Buch um die Entwertung und die narzisstische Störung, veranschaulicht durch viele kleine Vignetten.

Bemerkung: Dieses Buch wurde von Patienten mit einer Selbstwertproblematik oder auch narzisstischen Störung gut aufgenommen. Es half ihnen die Dynamik besser zu verstehen und die Diagnose einer narzisstischen Störung zu akzeptieren. Damit verbesserte es auch das Arbeitsbündnis durch ein Verständnis der Erkrankung und stellt zudem das Einzelschicksal in einen größeren gesellschaftlichen Zusammenhang, wodurch Schamgefühle verringert werden.

Dr. Jochen Wehrmann

Diffuse Alopecie Somatoforme Störung

Die Patientin kommt in die dermatologische Sprechstunde wegen diffusem Haarausfall. Im Trichogramm findet sich kein pathologischer Befund. Bei der Besprechung des Trichogrammes ergibt sich ein Gespräch, die Patientin ist auffallend , gedrückt in der Körperhaltung, aber auch auffallend „alt“ aussehend für ihr Alter, sie ist 43 Jahre und wie eine 60 jährige gekleidet, adipös mit wenig Gesichtsausdruck. Im Kontakt fällt ihr gebrochenes Deutsch auf. Sie zeigt depressive Grundstimmung mit guter Schwingungsfähigkeit. Sie wirkt insgesamt verschlossen und misstrauisch, spricht leise, bemüht sich Fragen zu beantworten und findet es schwierig ihre Probleme dar zu legen.

Mit Hilfe gezielter Fragen gelingt es einen guten Kontakt zu bekommen, und die aktuelle Problematik ihres jetzigen Lebens zu erörtern sowie weitere Termine für eine vorerst psychosomatische Sprechstunde festzulegen, die aber nach 5 Kontakten in eine psychotherapeutische Behandlung übergehen. Die Patientin nimmt Sulpirid 20mg(Dogmatil 10mg 1-o-1), bei Bedarf Migraeflux sowie Trimipramin 150mg (Stangyl 100mg ½-o-1), seit 1 Jahr vom niedergelassenen Psychiater verordnet.

Aktuelle Anamnese

Frau L. leidet seit sieben Jahren unter Kopfschmerzen sowie Schmerzen im rechten Knie und ferner seit einem Jahr an Haarausfall, welcher jedoch leicht zurückgegangen ist. Auf Grund der Knieprobleme sei sie mit 40% Behinderung eingestuft. Dies sieht sie als großes Hindernis an, um eine neue Arbeitsstelle zu finden. Sie fühlt sich stark von ihrem Ehemann unter Druck gesetzt. Ein Kind studiert und wohnt noch zu Hause, die Tochter ist schon ausgezogen, weil der Vater sie Flittchen genannt hat.

Biografische Anamnese

Frau L. wuchs als 2. Kind von 4 Kindern in Polen auf. Sie war das Lieblingskind des Vaters. Die Mutter war Hausfrau, die sich um die Kinder kümmerte. Frau L. fühlte sich in ihrer Kindheit sehr geborgen.

Nach dem Schulabschluss machte sie eine Ausbildung als Elektrikerin. Nach 6-monatiger Tätigkeit wurde Frau L. schwanger und gab ihren Beruf auf.

Nach der Geburt des Sohnes hatte sie unterschiedliche Arbeitsstellen, zuletzt in Polen als Leiterin eines Lagermagazins. In Deutschland arbeitete sie 10 Jahre in der Verpackungsabteilung einer chemischen Fabrik. Aus Rationalisierungsgründen verlor Frau L. ihre Stelle.

Der Ehemann studierte Elektrotechnik und ist auch in diesem Beruf tätig.

Sie beschreibt ihren Mann als sehr bestimmend mit Tendenz zu Wutanfällen und Handgreiflichkeiten. Die Kinder habe er auch geschlagen.

Herr L. hat eine enge Beziehung zu seinen Eltern, die in der Nähe wohnen. Nachdem Frau L. von einer außerehelichen Beziehung ihres Mannes erfuhr, kam es zum Haarausfall.

Sie dachte auch schon an Trennung.

Sie war schon beim Anwalt, weil ihr Mann sie zum Kauf einer Eigentumswohnung zwingen wollte.

Verlauf

Anfänglich fiel es ihr schwer einen Zusammenhang zwischen den starken Kopfschmerzen und der unglücklichen Situation zu Hause mit dem dominanten Ehemann und der Abhängigkeit von ihm zu sehen, Jedoch zeigte sich mit der Zeit immer mehr die Einsicht, etwas ändern zu wollen und sich selbst mehr in den Vordergrund zu stellen.

Die anfängliche Mutterübertragung blieb viele Monate erhalten. Gegenübertragungsgefühle der Lähmung, sich passiv zu verhalten, wurden gedeutet und wahrgenommen. Im sozialen Kontakt entdeckt sie ihre Cousine als tragende Freundin und sie zieht wegen sadomasochistischer Tendenzen ihres Ehemannes in das leer stehende Zimmer ihrer Tochter. Sie erhält Unterstützung von ihrem Sohn und lernt im Kontakt zu ihren Schwiegereltern mehr Selbstbehauptung.

Ein Umbruch kommt, als sie eine Computerausbildung beim Arbeitsamt beginnt und dort Menschen kennen lernt, Ausstellungen besucht, auch mal Schwimmen geht und immer mehr Eigeninitiative besitzt. Sie geht weiterhin zur Kirche und zu den Polenabenden, geht aber auch zur Kosmetikerin und färbt sich die Haare. Sie hat ein eigenes Konto, und setzt sich nicht mehr selbst unter Druck bei Erledigung des Haushaltes. „Ich muss nicht gut sein, um geliebt zu werden.“ Und lernt regelmäßig das Autogene Training auszuüben.

Am Ende der Therapie ist sie fähig, die negative internalisierte Muttererfahrung aufzuheben(sie kann mit ihr telefonieren und es akzeptieren, das sie krank und dement ist) ,und hat gegenüber ihren Eltern keine Schuldgefühle mehr.

Es gelingt ihr eine preiswerte Wohnung zu finden, sowie ein bestehendes Arbeitsverhältnis in einem Einkaufsmarkt auf 6 Stunden zu reduzieren sowie die finanzielle Situation mit ihrem Mann durch einen Anwalt zu klären.

Sie hat die Fähigkeit zum Zukunftsentwurf wiedergewonnen, der vorher total verloren war und ihr Selbst befindet sich wieder im Lebensfluss.

Auch die Medikation der oben genannten Medikamente konnte reduziert werden. Es waren keine Antidepressiva mehr notwendig.

Insgesamt ein eigentlich“ hoffnungsloser Fall“ der im Rahmen einer dermatologischen Sprechstunde für beide Seiten eher „beglückend“ verlief.

Insgesamt waren in diesem Fall 70 Psychotherapiestunden sowie ein Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik von 4 Wochen notwendig

Dr. Veronika Seipp

Psychischer Status dermatologischer Patienten und dessen Veränderung in der Reha

Hintergrund

Psychische Belastungen und behandlungsbedürftige psychische Störungen bei dermatologischen Patienten stellen häufige Begleiterscheinungen in der Rehabilitation bei Hauterkrankungen dar (vgl. Härter, 2002). Aufgrund eines damit häufig vorliegenden komplexen Bedingungsgefüges aus somatischer Grunderkrankung und psychischer Komorbidität besteht in vielen Fällen die Notwendigkeit, neben der dermatologischen Grunderkrankung auch die psychische Belastung der Rehapatienten in den Fokus der Therapie zu stellen.

Stand der Forschung

Studien belegen, dass bei ca. 23 % aller dermatologischen Patienten psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht (Gieler & Stangier, 2002). Im Rahmen stationärer dermatologischer Rehabilitation können hier einerseits psychische Faktoren mit direktem Bezug zur somatischen Grunderkrankung sowie eine Beeinträchtigung durch psychische Komorbidität als Anlass einer psychologischen Indikation gesehen werden.

Zweck der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es einerseits, psychische Komorbidität anhand eines Screening-Verfahrens für Angst und Depression bei dermatologischen Rehapatienten zu identifizieren. Zudem soll aber auch die Reliabilität der ärztlichen Indikation zur Psychotherapie überprüft werden.

Methodik, Studiendesign

Im Rahmen der Basisdokumentation der Fachklinik Allgäu wird die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Snaith & Zigmond) zu Beginn und am Ende des Rehaaufenthaltes an dermatologische Patienten ausgegeben. Es wurden die Daten von N = 140 konsekutiven Patienten, die von September 2003 bis September 2004 ihren Rehaaufenthalt absolvierten, nach deskriptiven Gesichtspunkten statistisch ausgewertet. Dann erfolgte ein Prä-Post-Vergleich der HADS-Scores (HADS-Angst, HADS-Depression, HADS Summenscore).

Ergebnisse

Die über die Gesamtstichprobe (N=140) gemittelten HADS-Scores liegen zunächst im klinisch unauffälligen Bereich (HADS-A = 6,3; HADS-D = 5,3; HADS-Summenscore = 11,6). 36,4 % der dermatologischen Patienten liegen bei einem HADS-A Cut-Off-Wert von 8 im klinisch auffälligen Bereich, wählt man das Kriterium enger (Cut-Off = 11) so erweisen sich in der Stichprobe 15,7% aller Patienten als klinisch auffällig in Bezug auf Angst. Hinsichtlich Depressivität liegen 26,4% bzw. 11,4 % der Patienten in einem klinisch auffälligen Bereich. Für den Summenscore ergeben sich ähnliche Werte. Ca. ein Drittel aller dermatologischen Patienten weisen demnach klinisch auffällige Werte bei Angst bzw. Depression auf. Die Indikation zur Psychotherapie durch die behandelnden Ärzte wurde bei 42% der Patienten gestellt. Hierbei zeigen sich schwach positive Zusammenhänge zwischen den Angst- und Depressionsscores sowie der Indikation zur Psychotherapie ($r=.39$, $p<.001$ für Angst bzw. $r=.27$, $p<.01$ für Depression). Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich zwischen den HADS-Kennwerten und der Häufigkeit der psychotherapeutischen Gespräche. Im Prä-Post-Vergleich zeigt sich eine sowohl statistisch signifikante als auch klinisch relevante Reduktion der psychischen Belastung dermatologischer Patienten im Reha-Verlauf.

Diskussion

Psychologische Therapie stellt einen notwendigen Baustein in der Rehabilitation bei dermatologischen Erkrankungen dar. Die Reduktion ängstlicher und depressiver Beschwerden kann aufgrund der zu beobachtenden Wechselwirkungen zu einer Verbesserung des Hautbefundes und somit zu einer Steigerung der Lebensqualität der Patienten beitragen.

Schlussfolgerungen / Ausblick

Eine Integration psychologischer Therapie in die dermatologische Reha sollte im Sinne eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes zum Standard werden. Zudem sollte auch die psychologische Statusdiagnostik beim Patienten zu Beginn des Aufenthaltes als Standard in jede dermatologische Rehabilitation eingehen.

Gass, S., Gallenmüller, K.

**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.

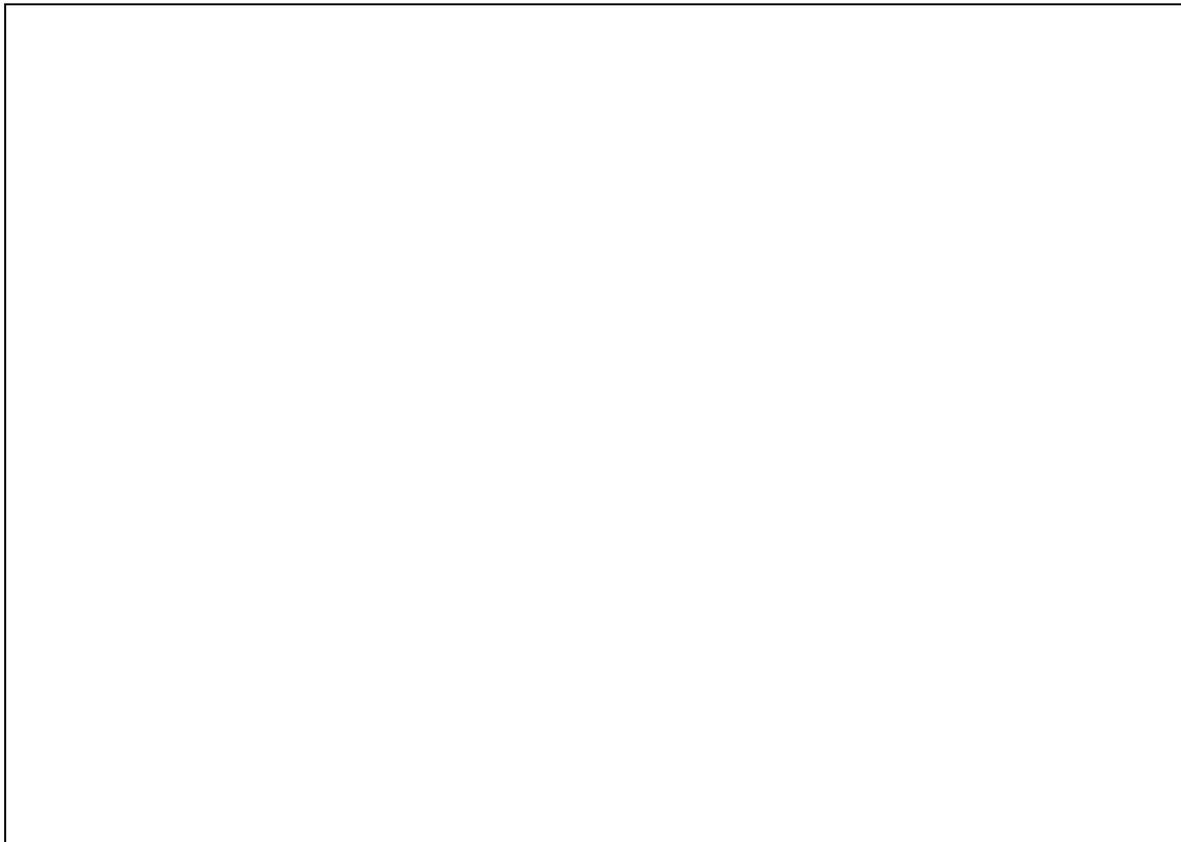
Liebe APD-Mitglieder!

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@t-online.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

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/

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) :

www.daevt.de

Deutsche Balint-Gesellschaft e.V. (DBG)

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