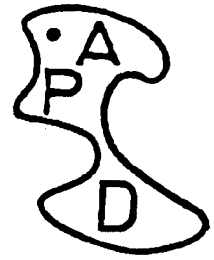


**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2008

Rundbrief des Arbeitskreis für Psychosomatische Dermatologie Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2008

Inhaltsverzeichnis	Seite	Vorstand
Grußwort	3	Vorsitzender: PD Dr. med. Wolfgang Harth Vivantes Klinikum Hautklinik Landsberger Allee 49 10249 Berlin
Tagungsbericht Berlin	4	
Protokoll der Mitgliederversammlung	7	
Das Koryphäen-Killer-Syndrom	8	Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. Klaus-Michael Taube Universitätshautklinik Halle Ernst-Kromayer-Str. 5/8 06097 Halle
Psychoonkologie	13	
Midlife-Crisis bei Männern?	16	
Die Meike-Salbe	20	Berufsverband Sonderreferent: Dr. med. Steffen Gass Marktplatz 7 89312 Günzburg
Buchbesprechung Rehabilitation in der Psychosomatik	24	
Anmeldeformular	26	BeisitzerInnen: Dr. med. Christa-Maria Höring Schwabstr.91 70193 Stuttgart
Vordruck für Autoren	28	
Kontaktlinks	29	PD Dr. med. Volker Niemeier Alicenstr. 22a 35390 Giessen
Ein persönliches Wort zum Schluss	30	Dr. med. Veronika Seipp Jahnstr. 83 64285 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
HELIOS-Rehazentrum
Bad Berleburg, Rothaarklinik
Am Spielacker 5
57319 Bad Berleburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein ereignisreiches Jahr liegt nunmehr hinter uns, welches gekennzeichnet ist durch das 25-jährige Jubiläum der Gründung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie. Denkt man selbst zurück an das Alter von 25 Jahren, so werden die meisten von uns im Studium gesteckt oder kurz vor dessen Abschluss gestanden haben, jedoch insgesamt am Ende der Zeit des Lernens, womit in das Zeitalter des Erwachsenwerdens eingetreten wird.

Zum 25-jährigen Jubiläum der Gründung der Arbeitsgemeinschaft kann man nunmehr feststellen, dass die psychosomatische Dermatologie auch erwachsen geworden ist.

So haben wir uns besonders gefreut, erstmalig einen Workshop auf der Fortbildungswoche in München ausrichten zu können, der „ausgebucht“ war und eine Warteliste bestand. Es gibt eine neue Website, um in modernen Zeiten einen repräsentativen Internetauftritt zur externen Kommunikation sicher zustellen und wir haben u. a. auch mit dem JDDG als offiziellem Organ einen festen Platz in der dermatologischen Familie eingenommen. Überhaupt sind psychodermatologische Vorträge inzwischen auf vielen Tagungen auch rein schulmedizinische Ausrichtung eine Selbstverständlichkeit geworden. Eine der wichtigen Zukunftsaufgaben wird es weiterhin sein, die wissenschaftliche Forschung voranzutreiben, wobei wir nochmals Frau Dr. Bahmer, die den ersten Wissenschaftspreis des Arbeitskreises psychosomatische Dermatologie erhalten hat, beglückwünschen möchten. Für den Preis 2009 bitten wir um Einreichung wissenschaftlicher Publikationen im Bereich Psychodermatologie an Herrn Priv.-Doz. Dr. Volker Niemeier in Gießen (volker.niemeier@derma.med.uni-giessen.de) bis 31.12.08.

Abschließend möchte ich Ihnen stellvertretend für den gesamten Vorstand eine schöne Vorweihnachtszeit und einen besinnlichen Jahreswechsel wünschen.

PD Dr. W. Harth
Berlin

Tagungsbericht Jubiläumstagung Berlin 25 Jahre APD

Vorab ein kleiner Vorspann - es würde mir eigentlich liegen, Ihnen als Leser, die Sie nicht dabei sein konnten, zunächst mit begeisterten Worten von der Atmosphäre der sehr gelungenen Jubiläumstagung zu berichten, von der hervorragenden Organisation durch Herrn PD Dr. W. Harth, der zahlreichen Teilnahme, den hochkarätigen und lebendig vorgetragenen Referaten, vom ganz besonderen Referentenabend mit dem Blick über Berlin und den gut besuchten Seminaren, die alle stattfinden konnten. Diese Einleitung kann Sie nun nur neugierig machen, doch auch zur im nächsten Jahr ebenfalls in Berlin stattfindenden 26. Tagung zu kommen. Ich möchte Ihnen nun die Inhalte der Vorträge zusammenfassen und dabei werde ich, natürlich etwas subjektiv, wesentliche Botschaften herausarbeiten, von denen ich glaube, dass sie besonders wichtig sind.

Nach der sympathischen Einleitung durch Frau PD Dr. Hermes und Herrn PD Dr. Harth berichtete Herr Prof. Dr. K.-M. Taube, Halle, über Untersuchungen zur psychosozialen Motivation zur Entfernung von Tätowierungen. Zwei Arbeitsgruppen aus Halle und München befragten insgesamt 51 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren und deutlich mehr Männern. Die bewusste Motivation für den Wunsch nach Entfernung des Hautschmucks war das Thema „Jugendsünde“, eine Unzufriedenheit bezüglich der Qualität, Angst vor schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt, die Erfahrung aufgrund der Tätowierung abgelehnt zu werden und eine Persönlichkeitsreifung. Vom Beginn der Unzufriedenheit bis zum Entschluss, sich dermatologisch-chirurgisch behandeln zu lassen, vergehen in der Regel viele Jahre. Herr Taube unterstrich die Notwendigkeit, den Patienten in diesem Prozess mit Information zu begleiten und sorgsam die Hintergründe für die Tätowierung zu verstehen z.B. die Selbstachtungsthematik.

Frau Dr. Dipl. psych. Judith Bahmer, Münster, zündete eine rege Diskussion zur psychopathologischen Differentialdiagnose einer Mutter-Tochter-Dyade („Siamesische Zwillinge“), die über die Erkrankung Erysipel der Mutter in der Hautklinik vorstellig wurden und dadurch auffielen, dass sie zu dem Zeitpunkt bereits seit 5 Jahren mit ineinander verschränkten Händen lebten. Es gab nur sekundenweise Trennungen zum Wäschewechsel. Den Fall zu schildern würde den Rahmen sprengen. Im Diagnosespektrum, gut begründet, wurden eine anhaltende wahnhafte Störung mit Verdacht auf folie à deux und ein Münchhausen by proxy Syndrom im Sinne einer anhaltenden mentalen Verletzung der Tochter (Mitte 20) durch die Mutter als die für das Wohl des „Kindes“ verantwortliche Person präferiert, die eine Individuation nicht zuließ. Die Psychodiagnostik erfolgte u. a. über Bildvorlagen ähnlich wie zur Erfassung von Bindungssystemen. Leider entzogen sich die Patienten der weiteren Betreuung.

PD Dr. Volker Niemeier, Gießen, trug zum Thema Complianceförderung in der Dermatologie vor, ausgehend von Zahlen der WHO, nach deren Bericht 30-50 % aller medikamentösen Verordnungen nicht oder nicht richtig wahrgenommen werden und ausgehend von einer dänischen Studie an 322 Patienten in der Dermatologie, die zu 30,7 % ihr Rezept nicht auslösten, wobei die Psoriasispatienten mit 50% noch höher lagen. Herausgreifen möchte ich seine Ausführungen zur „adherence“, also der Inanspruchnahmebereitschaft von Verordnungen, denen der Patient bewusst zugestimmt hat. Für eine gelungene Abstimmung im Sinne eines shared-decision-making sei es notwendig, auch auf emotionale und wenig rationale Motive der Patienten für oder gegen eine Therapie einzugehen. Patienten, die gegen ihre Vorlieben zur Mitbestimmung einbezogen würden, zeigten die stärksten

Widerstände. 25 % aller Patienten mit diversen chronischen Erkrankungen aus dem nicht-dermatologischen Bereich wollen Entscheidungen allein dem Arzt überlassen! Non-adherence sei nicht typisch für bestimmte Erkrankungen, der non-compliant Patient komme in allen Schichten und unabhängig von verschiedenen sozialen Daten vor. Für die Entwicklung einer guten adherence spricht die Überzeugung des Patienten, allgemein krankheitsanfällig oder ernsthaft erkrankt zu sein, ein therapeutisch wirksames Produkt zu bekommen und soziale Unterstützung für die Behandlung zu bekommen. Klare Informationen garantieren noch nicht eine bessere adherence. Zu bedenken sei auch, dass die Zahl ernsthafter Nebenwirkungen von Medikamenten in den letzten Jahren um das 2,6 fache gestiegen sei. Wichtig sei es, vorab eine Übereinstimmung bei Arzt und Patient zur Schwere der Krankheitseinschätzung zu erlangen. Hilfreich sei auch, die Sprache des Patienten zu benutzen, besonders bei der Patientengruppe der jungen männlichen Aknepatienten nur die wichtigsten Infos zu geben, zusätzliche Informationen schriftlich mitzugeben und die motivationale Information zu fördern.

PD Dr. Jörg Kupfer, Gießen, gelang es, für den „nicht testgeübten“ Dermatologen wesentliche Begriffe wie Spezifität und Sensitivität und cut-off zu erklären, ohne deren Kenntnis der Wert von Fragebögen nicht beurteilbar ist. Ziel muss immer sein, möglichst viel Kranke herauszufiltern und möglichst wenig Gesunde als krank zu definieren. Empfohlen wurde für die dermatologische Praxis der HADS (Hermann et al. 1995) bezgl. Angst und Depression, der SIAS (Stangier 1999) für die soziale Phobie, und der DCQ (Stangier 2003) für die körperdysmorphe Störung—alle erhältlich über den Hogrefe-Verlag.

Prof. Dr. Uwe Gieler, Gießen, pointierte zum Thema „Psychosom. Grundversorgung im Zeitalter knapper werdender Ressourcen, dass oft 5-8 Minuten ausreichen müssen, aber eben auch vorhanden sind. Gerade schwere Erkrankungen (psychopath. Verdachtsdiagnosen) sollten zunächst möglichst kurz behandelt werden, bis ein „Andocken“ gelungen ist, mehr Zeit sei wichtig für die, die schon „mit einem psychosomatischen Problem rein stolpern“. Gieler geht in den psychoedukativ ausgerichteten kurzen Gesprächen sehr aktiv auf Themen ein wie Kratzen als Problem (z.B. bei skin picking Syndrom), das Verständnis für mögliche Probleme, eine Analyse der Auftretenswahrscheinlichkeit von Effloreszenzen, auch auf Beispiele aus den Erfahrungen mit anderen Patienten. Beim Skin-picking sei es wichtig, eine dermatologische Therapie zu installieren und zum richtigen Zeitpunkt Verhaltenstherapie und evtl. Remergil zu empfehlen. Ziel ist die Verbesserung der Therapie durch optimale Kommunikation, durch verbesserte Kenntnisse des Krankheitskonzepts und der sozialen Situation des Patienten, durch eine Vergewisserung, dass der Patient zugehört hat mit schriftlicher Niederlegung gemeinsamer Entscheidungen, Ausprobieren und Rückmeldung geben. 10 Verhaltensregeln möchte ich hier möglichst wortgetreu wiedergeben: Zeige nonverbale Aufmerksamkeit (Blickkontakt), melde nonverbal Verständnis zurück (z.B. durch Lächeln), gebe positive Rückmeldung über gelungene Aktivitäten des Patienten, stelle offene Fragen, erahne zugrunde liegende Probleme, gib spezifische Informationen, gib Behandlungsvorschläge, die familiär umsetzbar sind, mache Abmachungen über ein kurzfristiges Behandlungsziel, gib eine Perspektive für ein langfristiges Behandlungsziel, hilf dem Patienten Kriterien für eine Entscheidung zu finden. Immer wieder sei es auch wichtig, sich zu fragen, wie man selbst auf die Patienten wirkt und die Fragen an die Patienten zu modulieren: „Welche Probleme hatten Sie mit der Anwendung“ statt „Haben sie alles richtig angewendet“?

Sehr konkret waren auch die Empfehlungen zur Psychopharmakotherapie von Dr. Roland Freudenmann aus der Psychiatrie Ulm. Er klarifizierte zunächst, dass

Psychopharmaka nicht auf die Psyche, sondern auf neuronale Prozesse, prä- und postsynaptische Rezeptoren, Ionenkanäle und intraneuronale und synaptische Enzyme einwirken. Eine Neuroneogenese als Folge der Einnahme von Antidepressiva sei wahrscheinlich. Die modernen Antidepressiva bieten bei Überdosierung kaum noch ein letales Risiko. Gut verordnungsfähig auch für den Dermatologen seien die Präparate Sertralin, Citalopram und Escitalopram; nicht zu vergessen dabei die Aufklärung über mögliche NW für Potenz und Libido. Auch Duloxetin könne versucht werden bei cutanen Dysästhesien, Mirtazapin („Das neue Amitriptylin“) abends anstelle eines Benzodiazepins bei chronischen Schlafstörungen; Doxepin nur noch Mittel erster Wahl bei schwerem Pruritus. Bei der Gabe von SSRI reichen gelegentliche BB, Leber- und Nierenwert, Natrium- und EKG-Kontrollen. Unter den Neuroleptika sind Olanzapin 5-10 mg abends, Risperidon 1-3 mg abends, Quetiapin bis 600 mg beg. mit 50 mg 2 x/die mit Gabe der Hauptdosis abends zu verantworten.

Nicht referiert habe ich meinen eigenen Vortrag zum plakativen Thema „Das Koryphäen-Killer-Syndrom: Wut in der Arzt-Patient-Beziehung“, da der Text an anderer Stelle zusammengefasst wird.

Ein besonderer Genuss war auch der Festvortrag von Dr. O. Bilke, Kinder- und Jugendpsychiater Berlin, über Entwicklungspsychiatrie mit der zentralen Aussage: Entwicklungsaufgaben strengen an. Es sei wichtig, Motivationsarbeit mit den jungen Menschen zu leisten, um Perspektiven zu schaffen besonders bei gravierenden psychopathologischen Diagnosen. Die Grundhaltung bestehe darin, wachsam und ruhig zugleich zu sein und eine multimodale Therapie zu planen und auch durchzuhalten. Ich meine, seine Frage: „Warum sollte ohne Intervention oder mit einem Routinevorgehen in einem Jahr die Situation des Kindes und seiner Familie besser sein?“ ließe sich ohne Mühe und lohnenswert auf Patienten mit chronischen dermatologischen Problemen übertragen.

Im Rahmen der Tagung wurde zum ersten Mal der APD- Wissenschaftspreis vergeben: unter mehreren Einsendungen hatte sich das Auswahlkomitée für eine Arbeit der eingangs zitierten Referentin Frau Dr. Dipl. psych. J. Bahmer entschieden (How Do Personality Systems Interact In Patients with Psoriasis, Atopic dermatitis And Urticaria?; erschienen 2007 in Acta Derm Venereol). Nochmals herzlichen Glückwunsch!

Dr. med. Christa-Maria Höring

Protokoll der Mitgliederversammlung am Samstag den 13.09.08

Im Rahmen der 25. Jahrestagung des APD im Vivantesklinikum Friedrichshaim fand auch eine kurze Mitgliederversammlung statt. Anwesend waren 19 Mitglieder.

Top 1

Begrüßung durch den 1. Vorsitzenden

Top 2

Bericht des 1. Vorsitzenden über das vergangene Jahr

PD Dr. Harth schildert kurz die Situation des Vereins im vergangenen Jahr, beginnend mit der Jahrestagung im Herbst letzten Jahres in Pfronten und den dort durchgeführten Neuwahlen. Die Mitgliederzahl des Vereins ist einigermaßen stabil und zeigt auch den Beitritt neuer junger Mitglieder.

Im Vorstand des APD wird es auf jeden Fall Veränderungen geben, da S. Gass nicht mehr für den Posten als Schriftführer zur Verfügung stehen wird, sich aber in Zukunft um die Verbindung des APD zum Berufsverband kümmern wird

Top 3

Nächste Tagung

Die nächste Tagung des APD wird wieder in Berlin unter Organisation von W. Harth stattfinden, der Termin wird voraussichtlich Anfang November sein, um die Kollision mit anderen dermatologischen Veranstaltungen zu vermeiden.

Top 4

Buchaussendung

Der Vorstand des APD hat erneut beschlossen, seinen Mitgliedern als Ersatz für den Wegfall des Journals ein interessantes Buch aus dem Themenfeld der psychosomatischen Dermatologie zu übersenden

Top 5

Diskussion

Im Anschluss fand noch eine kurze Diskussion offener Fragen mit den Mitgliedern statt

Dr. S. Gass

Vortrag APD Jahrestagung 2008 Berlin
Stark gekürzte Fassung
Das Koryphäenkiller-Syndrom: Wut in der Arzt-Patient-Beziehung

Christa-Maria Höring, Stuttgart

Dieser Titel, den Herr Harth mir vorgeschlagen hat, ist entstanden aus der Schilderung der Kränkung eines Arztes durch einen Patienten im Rahmen einer kosmetischen Operation. Ich habe für den Vortrag einige Kolleginnen und Kollegen interviewt. Meine Fragen lauteten: welche Patienten machen Sie wütend? Sind es Patienten mit immer wieder gleichen Diagnosen? Wie gehen Sie mit der Wut um? Ein sehr erfahrener, reflektierter Kollege sagt:

„Wütend macht mich jemand, der mir widerspricht, weil das meiner Eitelkeit schadet - dann sag ich klar, das weiß ich besser. Oder es passiert mir, dass ich jemanden, der alles besser weiß, rausschmeiße und sage, machen Sie doch was Sie wollen. Und dann sind es die umständlichen fordernden Patienten. Eigentlich lassen sie einen alle die eigene Insuffizienz spüren, und wenn die Wut abebbt oder manchmal auch gleich, macht mich das eher traurig, nachdenklich, mutlos.“ „Oder es sind die alten Patienten, denen ich alles 10 x erklären muss und laut schreien, dann gehe ich zu den Helferinnen und klage ihnen mein Leid. „

Es tauchen also die Themen Selbstwert und Selbstwertkränkung auf, aber auch Erschöpfung, scheint es doch zum Teil um Patienten zu gehen, die den Arzt weit über seine zeitlichen Möglichkeiten in Anspruch nehmen wollen, die haben wollen statt zu kooperieren, die den Arztbesuch für das Vortragen zahlloser weiterer Beschwerden nutzen („wenn ich schon mal da bin..“)

Ein anderer Kollege formuliert ähnlich differenziert und mit Blick auf sich selbst:“ Es sind die Besserwisser, uneinsichtig, unnahbar, so Oberpinsel - das hat natürlich was mit mir zu tun. Es ist oft der Atopiker! Ich versuche humorvoll zu bleiben und mich nicht rüberziehen zu lassen“

Noch zwei weitere Kollegen stellen die klagenden Neurodermitiker heraus, die signalisieren, dass nichts besser wird, aber selbst auch wenig mit beitragen - wieder die Kränkung in der Kompetenz, das Vorführen der Hilflosigkeit.

Andere Diagnosen, die akzentuiert werden: Haarausfall, MSH-Beschwerden, Pruritus sine materia.

Oder eine Kollege in leitender Position: Ich habe erst mal gar keine Wut, weil ich mich im Griff habe, Aber dann doch, bei den Patienten, die schon bei mehreren Dermatologen waren und an mich eine hohe Erwartung haben, das wird ungut, das sind die Koryphäenkiller. Und das sind die, die einen zu was bringen und dann verklagen wollen

Affekte wie Wut sind oft intensiv und von längerer Dauer. Als sog. Kategorialer Affekt ist Wut nah bei Zorn, Ekel, Geringschätzung, Feindseligkeit, Aggression. Prof. Peter Kutter (Affekt und Körper, Neue Akzente der Psychoanalyse, Vandenhoeck & Ruprecht 2001) schreibt zum Affekt Wut/Zorn/Ärger: „ In der klinischen Praxis lassen sich diese Affekte regelmäßig auf Kränkungen, Versagungen oder Enttäuschung zurückführen. Es handelt sich insofern eindeutig um reaktive Affekte.“ Er unterscheidet konstruktiven Ärger, der als Signal genutzt wird und eine adaptive Umorientierung fördert von blinder Wut, die verhaltensschädigend wirkt. „Werden

Wut und Ärger unterdrückt, können Depressionen oder psychosom. Erkrankungen die Folge sein.“

Kutter weist auch auf subtile Möglichkeiten der Äußerung abgewehrter Aggression hin, den Sarkasmus und die Schadenfreude.

Nehmen wir also Wut vielleicht nicht wahr, weil wir uns ihrer schämen würden, übersehen aber eine Neigung zu bissigen Bemerkungen oder Gedanken wie „geschieht ihm recht“... oder eine Neigung zur Verachtung ? Wer verspürt schon gern Schadenfreude?!

Zorn und Groll sind weitere Variationen, der eine ganz urplötzlich aufwallend und wieder verrauchend, der andere unterdrückt und beharrlich. Wir nehmen dann etwa ein Ressentiment wahr oder ein Gefühl der Feindseligkeit.

Spätestens an dieser Stelle muss wahrscheinlich jeder, der zunächst gedacht hat, dass in seinen Arzt-Patient Beziehungen keine Wut auftritt, die Selbstwahrnehmung relativieren.

Grundsätzlich brauchen wir ein Quantum an Aggression, um uns selbst behaupten zu können und unsere Ziele konsequent durchzusetzen. Könnte es also auch sein, dass wir Wut als Ausdruck von Neid verspüren, wenn Patienten fordernd auf Erfüllung ihrer Wünsche bestehen, weil wir das selbst gar nicht so gut können? Wir sagen dann vielleicht: Jetzt hat er/sie mich doch wieder dazu gekriegt, das teure Medikament zu verschreiben! Und umgekehrt spüren wir auch den Neid eines Patienten, der phantasiert, dass wir alles Glück der Erde besitzen, während es ihm schlecht geht.

Wut z.B. auf sich selbst entsteht , wenn ich mir fest vorgenommen habe, das Gespräch mit dem umschweifigen Herrn X auf 10 min zu begrenzen, und dann in den Konflikt gerate, mich unmissverständlich abzugrenzen, also in gewissem Sinn aggressiv sein zu müssen und gleichzeitig das Bild des stets zugewandten aufnahmebereiten Arztes aufrecht erhalten möchte.

Also: Wut wahrzunehmen kann mit dem Innenleben des Patienten zu tun haben, mit seinen versteckten Gefühlen und Konflikten, mit eigenen Übertragungsbereitschaften und „unbearbeiteten Gefühlen“. Der Patient kann Wut auf uns signalisieren, wir eine solche auf ihn, die Wut den anderen spüren zu lassen kann Entlastungs- und kommunikative Funktion haben („versteh mich doch“ oder „spür Du die Wut, dann fühl ich mich besser“)

Wut kann auch verborgen sein in der Symptomatik der Depression -depressive Männer reagieren oft aggressiv, Frauen eher mit der Wendung gegen das eigene Selbst. Diese männlichen Patienten wirken dann gereizt, vorwurfsvoll, ungeduldig und verärgern den Behandler, der sich bemüht und vom Affekt des Patienten überrollt wird.

Aber Wut kommt ja auch noch anders in die Arzt-Patient Beziehung, nämlich über das Krankheitsbild selbst, wenn wir den Patienten vor sich selbst schützen müssen: vor der wütenden unbeherrschten Zerstörung der eigenen Haut, die zum Objekt geworden ist und an der frühe Beziehungserfahrungen agiert werden. Solche Patienten erfüllen uns mit Schrecken, Entsetzen, vielleicht Ekel, sie werden uns fremd, wenn wir dazu zu wenig theoretische Hintergrundkenntnisse haben (Borderlinestörung). Oder die Patienten lösen eine innere Kälte aus, als müssten wir uns von so etwas distanzieren, die Gefühle abspalten. Auch diese Reaktionen

beeinflussen die Arzt- Patient- Beziehung, wird uns doch unsere Unkenntnis vorgeführt, unsere Hilflosigkeit sind wir doch auf einmal nicht mehr die Koryphäe, weil wir gebietsüberschreitende Fachkenntnisse haben müssen.

Ich erinnere mich z.B. an einen Patienten, der eine erythrodermische Neurodermitis hatte, seit 50 Jahren krank war und der seine ohnehin geschundene Haut wie ferngesteuert mit einem Messer schabte, ohne jeden Affekt, unbarmherzig. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie konnte er schließlich mühsam berichten, wie ihn sein Vater, Gefängniswärter, zur Erziehung kaltherzig stundenlang in einer Zelle isolierte, in der sich jemand erhängt hatte. Seine unerträgliche Wut auf den Vater fand kein anderes Ventil als in der Zerstörung der eigenen Haut. Einem ausschließlich dermatologisch tätigen Kollegen wäre dieser Zusammenhang wohl nie erkennbar geworden.

Wut ist ein zentraler Affekt bei Patienten mit Borderlinestörungen, vor allem verbunden mit der Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren. Solch starke Affekte kontrollieren den Behandler und es kann die Gefahr eines Kampfes entstehen mit dem gefährlichen Ende, wie eingangs zitiert des „machen Sie doch was Sie wollen“ Möglich wäre stattdessen eine Intervention derart, dass man bemerkt, dass der Patient innerlich schon die Fäuste erhoben hat, bereit zu kämpfen, falls er als Arzt versuche, ihm zu helfen.

Der bekannte Psychoanalytiker Karl König schreibt in seinem Buch „Gegenübertragungsanalyse“ (Vandenhoeck 1993) zum Thema aggressive Patienten: „Wenn ein Therapeut von einem Patienten sagt, dass er ihn am liebsten umbringen möchte, ist zu fragen, was er denn real mit ihm gern tun möchte. Das ist dann oft weniger spektakulär, kann sich aber auf das tatsächliche Handeln eher auswirken als eine Tötungsphantasie. Zum Beispiel kann es der tatsächliche Wunsch des Therapeuten sein, dem Patienten einfach mal richtig die Meinung zu sagen. Ein solcher Wunsch, von dem man sich durch seine Tötungsphantasie ablenkt, kann dann unversehens Wirklichkeit werden, z.B. in einer Konfrontation, die das therapeutisch Zweckmäßige überschreiten kann und nur den Ärger und die Wut des Therapeuten transportiert“.

Wie erkenne ich denn eine heftige Gegenübertragung: am augenfälligsten in groben Abweichungen vom üblichen Behandlungsmuster, ausgeprägten und anhaltenden schwer verdaulichen Veränderungen der eigenen Stimmung, Handlungsimpulsen auch zu Bemerkungen; für die man sich hinter her schämt oder selbst anklagt, plötzliches Gewahrwerden von Wut auf den Überweiser statt auf den Patienten, eine kalte Distanzierung, Angst vor der Begegnung, ein anhaltendes Nachdenken nach der Sprechstunde (förmlich besetzt zu sein).

Es gibt keine einfachen Regeln, damit fertig zu werden, aber manchmal hilft es, sich einfach ein Stichwort in die Karteikarte u schreiben und die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, es mit einem Patienten zu tun zu haben, der eine Ich-strukturelle Störung hat.

Ich komme zu klinischem Material.

Uwe Gieler fokussiert in seinem Buch „Die Sprache der Haut“ (Walter Verlag 2006) im Kapitel „Haut und Wut“ auf das Beispiel Urtikaria (nachzulesen ebd.)

Aus meinem eigenen Krankengut auch ein Urtikariafall: Eine 36-j. junge Frau wird vom Hautarzt an mich überwiesen. In der psychosom. Sprechstunde soll sie klären lassen, ob es eine Wahrscheinlichkeit dafür gibt, dass die Urtikaria, die sie seit ca. einem Jahr quält, durch psychosoziale Belastungsfaktoren mit unterhalten wird. Frau

A. ist von verschiedenen Fachrichtungen her durch untersucht - sie sei wunderbar gesund. Bekannt ist eine atopische Diathese mit früherer Neigung zu Ekzemen. Drei Jahre zuvor hatte sie ebenfalls für einige Monate eine Urtikaria, die unter Restriktion von Milcheiweiß verschwand. Ein Provokationstest mit Additiva zur Verifizierung einer Intoleranzreaktion ist noch nicht erfolgt. Cetirizin® helfe besser als Telfast® oder Xusal®, aber nicht verlässlich.

Frau A. attribuiert selbst die Symptomatik auf eine „nervenzermürende Unterforderung“ im Job, sie sei nervlich am Ende. Obwohl mir die aparte, eher etwas forsche, selbstbewusst wirkende junge Frau sympathisch ist, entsteht nach wenigen Minuten Ärger in mir, zuvor war ich gelassen und entspannt gewesen: es ist kurz vor Quartalsende und obwohl sie in letzter Zeit viel beim Arzt war, hat sie ihre Krankenkassenskarte vergessen und den Überweisungsschein. Ich fahre innerlich unangemessen hoch- schließlich lassen sich solche Dinge lösen, ziehe meine eigene Zwanghaftigkeit davon ab. Dann werde ich noch ärgerlicher, als ich mehr psychoedukativ erkläre, dass Sport zur allgemeinen Spannungsabfuhr sinnvoll ist und sie das sofort als langweilig und zu anstrengend abtut.

Was weiß ich? Dass Urtikaria oft etwas mit Ärger zu tun hat

Was spüre ich? Einen unangemessen hohen Ärger statt neutralem Interesse

Was verstehe ich? Als ich sie aufgrund meiner Reaktion ohne diese zu benennen nochmals genauer auf die berufliche und private Situation anspreche, erfahre ich, dass sie ständig eine tiefe Wut zurückhalten muss, die sie auf den Chef hat, der nicht dafür Sorge, dass die Abteilung genug Arbeit hat, dass sie sich dort beweisen kann, dass sie andererseits aber nicht weg möchte, da sie dort sehr gut bezahlt wird. Privat hat sie eine massive Ehekrise hinter sich - will aber nicht gehen, da beide gerade ein Haus gebaut haben. Frau A. sitzt in einem goldenen Käfig. Da sie es selbst nicht gut ertragen kann, dass sie keine Lösungen weiß, erlaubt ihr erst das Symptom, sich Rat zu holen und sich noch besser verstehen zu lernen.

Ein kleiner Streifzug zum Thema skin picking/Paraartefakte-Wut hinter dem Hautsymptom:

Frau C. manipulierte seit vielen Jahren ihr Gesicht. Offene Stellen und Narben entstellen sie. Rasch verstanden wir, dass sich hinter der Manipulation Gefühle von Wut und Enttäuschung versteckten und eine extrem hohe Grundspannung bei sehr zwanghaften Verhaltensmustern. Viele Stunden erlebe ich sie fast aufreizend angepasst, brav, artig wie ein Schulkind und andererseits rasche Lösungen fordernd. Sie verführt mich damit unbewusst zu einer inneren Entwertung. Die Therapie stagniert. Erst als ich mir des Ärgers bewusst werde, ihn zulasse und verstehe, dass wir gemeinsam die Atmosphäre der Kindheit erleben, in der es nach den Regeln der Eltern verlaufen musste (es soll hier in der Therapie einerseits nach meinen Regeln verlaufen und andererseits nach ihren) geht es weiter. Sie steckt in der Wut auf die Elternimages und damit auf sich selbst und lässt mich dies über die projektive Identifizierung spüren (Täterseite der Patientin) Nun kann ich selbst ausreichend wohlwollenden Abstand gewinnen und ihr über Imaginationsmotive helfen, sich symbolisch mit der Aggression auseinanderzusetzen, die eigene Aggression nicht als Furcht erregend abzuwehren und gegen sich selbst zu richten und im Häutungsakt einer Schlange zur inneren Befreiung zu kommen.

Im therapeutischen Rahmen ist es mehr als lohnend, wenn der Affekt der Wut, der auf die Haut bezogen erlebt wird, in die Beziehung kommen kann und fruchtbar verstanden wird bzw. gedeutet werden kann. Dass ich als Therapeutin die Wut der Patientin spüren darf, hat für diese eine Entlastungs- und eine kommunikative

Funktion („nimm mich wahr und zeige mir, wie ich mit etwas umgehen kann für das ich mich schäme“)

Hören wir einen Betroffenen - John Updike in seinem Roman Selbst-Bewußtsein, Kapitel: Im Krieg mit meiner Haut:

„(S. 65) Man hasst seine anomale, vom Ausschlag blühende Haut, beobachtet sie aber ständig mit brütender, ängstlicher Wachsamkeit. Man hasst die Natur, die einem so etwas angetan hat“ Updike spricht vom „Leiden in seiner Selbstverachtung“ und „meine Haut war mein Feind, und ein schmerzender Sonnenbrand bedeutete, dass ich ihr einen Schlag versetzt hatte“.

Auch wenn sicher nicht alle Psoriatiker so leidenschaftlich ihre Haut wahrnehmen, kann ich mir nicht vorstellen, dass das persönliche Leid der Betroffenen die Arzt-Patient Beziehung nicht beeinflusst und würde eher fragen, wie Patienten es schaffen, uns zu schonen, und vielleicht müssen wir den Zorn, den sie auf komplizierte Heilungsverläufe haben, einfach aushalten, wie Eltern den Wutausbruch eines Kindes, dem etwas nicht gelingt, also einfach nur empathisch spiegeln-„ich könnte mir vorstellen, dass es Sie unendlich wütend macht, dass die Erkrankung Sie wieder einsperrt und Sie hindert zu tun, was Sie möchten“.

Abschließend Worte aus einem Interview, diesmal von einer Patientin: Frau X hat eine sehr schwere, lebenslange Neurodermitis. Sie ist sehr differenziert und hoch compliant, ausgestattet mit guten Bewältigungsstrategien und erzählt: „ Die arrogante Art einzelner Ärzte macht mich wütend. Da werde ich z.B. im Rahmen der Studie, in der ich behandelt werde, vom Arzt angerufen, dass was schief gelaufen sei, ich müsse am gleichen Tag kommen. Als ich sage, dass ich das so schnell beruflich kaum regeln kann sagt der: Dann fliegen Sie aus der Studie raus. Oder wenn dieser Arzt einfach etwas behauptet und meine Meinung nicht gelten lässt, später sich aber herausstellt, dass ich Recht hatte und er sich nicht mal entschuldigt.“

Fazit für die Praxis:

- Wut ist schwer auszuhalten und kostet Kraft.
- Wut entsteht im Patienten; er bringt sie -bewusst oder unbewusst – mit, diese Wut kann sich übertragen.
- Wut entsteht im Behandler und wirkt sich auf die Behandlung aus.
- Wut in der Behandlungsbeziehung hat oft mit Kränkung zu tun, mit Narzissmus/Selbstwert.
- Die Facetten der Wut sind vielfältig (Zorn, Ekel, Geringschätzung, Feindseligkeit, Groll, Neid u. a.)
- Wut sollte man nicht fürchten!

Auswege: Es lohnt sich zu fragen:

- Was weiß ich, was spüre ich, was verstehe ich, wie gut kenne ich mich selbst?
- Entlastung durch kleine Notizen in der Karteikarte
- Entlastung durch Teilnahme an einer Balintgruppe
- Entlastung durch gute Psychohygiene
- Im Einzelfall freundliches, aber klares Ansprechen der Atmosphäre, die im Raum steht, verbunden mit der Frage, wie beide sich eine Behandlungsbeziehung weiter vorstellen können
- Im Einzelfall Klarifikation/Konfrontation/Deutung

Psychosomatische Aspekte in der Dermatologie: Psychoonkologie

(nach einem Referat für MedReport 27 (2008) 32. Jahrgang, S. 11-12, Berlin)

Klaus-Michael Taube, Halle

Grundsätzlich stehen dabei Aspekte im Vordergrund, die sich damit beschäftigen, wie der Patient und der Arzt mit der Diagnose und der Erkrankung „Krebs“ umgehen.

Nach dem Einteilungsprinzip, das derzeit international gültig ist, gliedern sich die Schwerpunkte der psychosomatischen Dermatologie in drei Gruppen, wie sie in der Abbildung 1 dargestellt sind.

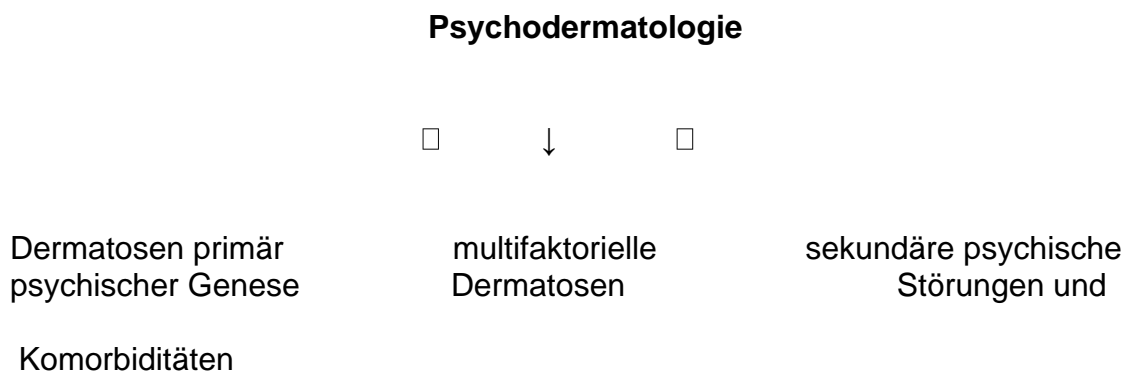


Abb. 1

Einteilungsprinzip der psychosomatischen Dermatologie

Das Einteilungsprinzip beruht darauf, welche gesundheitliche Störung **primär** vorhanden ist bzw. welche sich **reaktiv** darstellt.

Bei den **Dermatosen primär psychischer Genese** steht die psychiatrische Erkrankung im Vordergrund. Dabei haben wir es im Wesentlichen mit Artefakten (Selbstbeschädigungen), mit Wahnvorstellungen, mit somatoformen Störungen und mit Zwangsstörungen zu tun.

Bei den **Wahnvorstellungen** spielt der so genannte hypochondrische Wahn eine besondere Rolle. Hierbei handelt es sich um eine anhaltende, unkorrigierbare wahnhaft Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, an einer ernsthaften körperlichen Krankheit zu leiden. Im Falle der Psychoonkologie muss hier allgemein an eine Krebsphobie, im Besonderen an eine Melanomphobie gedacht werden.

Bei den **somatoformen Störungen** sind insbesondere hypochondrische Störungen zu nennen, die sich beispielsweise in einer Neoplasie-Phobie äußern. Neben den infektionsgeprägten Hypochondrien finden wir daher auf Neoplasie gerichtete Befürchtung wie der Krebsphobie oder der Phobie vor einem Melanom oder Basaliom.

Körperdysmorphie Störungen lassen sich so definieren, dass die Patienten sich übermäßig mit einem Mangel oder einer Entstellung im körperlichen Aussehen beschäftigen. Dieser Mangel ist entweder überhaupt nicht vorhanden oder nur äußerst gering ausgeprägt. Hinsichtlich einer Tumorangst ist beispielhaft die **Landkartenzunge** zu nennen, eine harmlose Erkrankung, bei der durch den Verlust

von Papillenverhornungen an der Zunge ein landkartenähnliches Bild entsteht. Hier ist es besonders wichtig, den Patienten von der Harmlosigkeit der Erkrankung zu überzeugen. In besonderen Fällen kann auch eine Psychotherapie hilfreich sein.

Unter **multifaktoriellen Dermatosen** werden verschiedene chronische Hautkrankheiten subsumiert wie die Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte), die atopische Dermatitis (Neurodermitis), Nesselfieber (Urtikaria) oder die Akne vulgaris. Hier können einerseits psychische Störungen die Hauterkrankung verstärken, andererseits aber auch die Hauterkrankung zu psychischen Störungen führen.

Ein typisches Beispiel ist die atopische Dermatitis.

Hier zeigt sich eine psycho-somatische Wirkung auf die Haut: Viele Patienten bemerken, dass ihre Hautveränderung durch Stress oder psychisch belastende Ereignisse deutlich rasch schlechter werden. Andererseits wirken sich entspannende, ruhige Situationen, wie Urlaub oder Entspannungstherapie fördernd auf die Abheilung der Hauterkrankung aus.

In der Praxis am häufigsten sind die **sekundären psychischen Störungen** und Komorbiditäten. Sie stellen eine psychische Störung **als Folge einer Hauterkrankung** dar. Es handelt sich dabei um somato-psychische Störungen im klassischen Sinne. Dabei sind die Problembereiche besonders durch Stigmatisierung bzw. dem Gefühl der Entstellung, durch Angstgefühle, Störung in der Krankheitsverarbeitung, Störung der Arzt-Patienten-Beziehung und eine Beeinträchtigung der Lebensqualität zu nennen.

Als Komorbiditäten (eine dermatolog. und daneben eine psychische Diagnose) werden Anpassungs- und Angststörungen sowie Depressionen beobachtet.

Bei der Betreuung von Tumorpatienten in der dermatologischen Praxis finden sich häufig Zeichen von Depression wie Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel oder erhöhte Ermüdbarkeit.

Wenig bekannt ist, dass in der dermatologischen Onkologie mit Diagnostik und Therapie von Hauttumoren bis zu 50 % der Fälle akute oder chronische Verläufe von psychosomatischen Störungen aufweisen.

Die zentralen Problemfelder, mit denen sich die Psychoonkologie sekundärer psychischer Störungen in der Dermatologie beschäftigt, ist:

1. **Mitteilung der Diagnose:** In den meisten Fällen erleben die Patienten die Mitteilung, dass sie an einer Tumorerkrankung leiden, als Schock. Auch wenn diese Reaktion für den betreuenden Arzt nicht vordergründig sichtbar wird, muss in den meisten Fällen davon ausgegangen werden. Die Prognose über den Verlauf der Tumorerkrankung sollte dem Patienten ehrlich, aber nicht schonungslos nahe gebracht werden. Es ist wichtig, dass der Arzt auch nachfragt hinsichtlich der Erwartung, Ängste des Patienten und versucht möglichst Unklarheiten frühzeitig auszuräumen.
2. **Krankheitsbewältigung und Lebensqualität:** In der ersten Phase nach Mitteilung der Diagnose sollte der betreuende Arzt für den Patienten gut ansprechbar sein, um eine aktive Krankheitsbewältigung unter Beachtung des persönlichen Bewältigungsstils zu fördern. Oftmals wird der Patient seine Lebensbereiche hinterfragen und die aktuelle Lebenssituation mit Partner, Beruf und seinem Selbst überdenken.

3. **Anpassungsstörung:** Im Verlauf der Betreuung eines Tumorpatienten können Anpassungsstörungen auftreten, die sich in vegetativen Störungen wie Schlafstörung, Libido- und Appetitsverlust oder Schmerzen äußern.
4. Der betreuende Dermato-Onkologe sollte beachten, dass es zu **Persönlichkeitsveränderung** bei dem Patienten kommen kann. Die Ursache ist einerseits darin zu sehen, dass es zu reaktiven Depressionen aber auch zu Hirnmetastasierung gekommen sein kann. Besondere Beachtung sollten auch Medikamenten-Nebenwirkungen finden. Wir kennen beispielsweise depressive oder paranoide Störungen unter der Therapie mit Interferon-Alpha oder mit Dexamethason.

5. Die **Begleitung sterbender Tumorpatienten** stellt das letzte und sehr intensive Kapitel für den betreuenden Arzt mit dem betroffenen Patienten (und oft dessen Angehörigen) dar. Von ihm sind neben hoher Einsatzbereitschaft auch emotionale Zuwendung und Trost gefordert, was nicht selten an die eigenen Grenzen der Belastbarkeit mit Schlafentzug, Verzweiflung, Mutlosigkeit und Trauer führt. Hier hat der betreuende Dermato-Onkologe im Sinne der eigenen Psychohygiene für sich Freiraum zu schaffen, um diese Ausnahmesituation psychisch und physisch bewältigen zu können.

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass in einigen speziellen Fällen psychiatrische Erkrankungen die Ursache dafür sind, dass Patienten mit mäßig oder kaum ausgeprägten Dermatosen unter der Befürchtung, es handele sich um eine Tumorerkrankung, den Dermatologen aufsuchen. Hier ist es wichtig, dass der Dermatologe die dahinter liegende psychische Störung erkennt, den Patienten versucht von der Harmlosigkeit des Befundes zu überzeugen oder im anderen Fall behutsam einer Psychotherapie zuzuführen.

Häufiger in der Praxis werden allerdings sekundäre psychische Störungen bei vorhandenem Hauttumor sein, die neben dem hohen fachlichen Wissen eine große Sensibilität und Kraft von dem betreuenden Dermato-Onkologen fordern. Fühlt der einzelne betreuende Dermatologe hier die Grenzen seiner Belastbarkeit, stellen Balintgruppen oder Supervisionen hilfreiche Entlastungen dar.

Midlife Crisis bei Männern ? ¹

Kurt Seikowski, Kristin Stöbe, Wolfgang Harth

Der Begriffe gibt es viele: Die Andropause, das Klimakterium virile, das PADAM-Syndrom (partiell Androgendefizit des alternden Mannes), die Andropenie, der Androgenmangel des älteren Mannes oder doch besser die Midlife Crisis? Selbst der Begriff „Männerdepression“ wird thematisiert [1]. Über diese Begriffe wird deshalb viel diskutiert, weil der Begriff der „Wechseljahre“ für den Mann, da er zeugungsfähig bleibt, nicht ganz zu passen scheint. Aus psychologischer Sicht trifft die „Midlife Crisis“ wohl am ehesten das, was der Mann um die „50“ erlebt. Diese Phase umfasst die Spanne vom 40. bis zum ca. 60. Lebensjahr [2]. Nachstehende Symptome treten einzeln oder in Kombination auf und können durch einen Hormonmangel ausgelöst oder verstärkt werden [3]:

- Schwächegefühl und eine Abnahme der Aktivität
- Mattigkeit und nachlassende Tatkraft
- Reizbarkeit und Gefühlsschwankungen (vermehrte Stressintoleranz [4])
- Innere Unruhe und Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit
- Nachlassen der Lust auf Sexualverkehr (Libidorückgang) und Potenzstörungen [5]
- Nachlassen der Muskelkraft, sowie Glieder und Gelenkschmerzen
- Schweißausbrüche und vermehrte Wärmeempfindlichkeit
- Schlafstörungen oder erhöhtes Schlafbedürfnis
- Gewichtszunahme ohne Veränderung der Lebensgewohnheiten (dabei ein signifikanter Rückgang der Muskelmasse bei Zunahme der Fettmasse [4])

Bei der Untersuchung von Veränderungen in der Lebensspanne bei Männern fällt jedoch auf, dass es sehr viele Studien zu körperlichen, nicht allzu viele für psychische Veränderungen gibt [5]. Diesen Aspekten nachgehend sollte in der Studie ebenso der Frage nachgegangen werden, ob eine Zunahme von Beschwerden auch zu einer sinkenden Lebensqualität führt.

¹Stark gekürzte Fassung des Artikels: SEIKOWSKI K, STÖBE K, HARTH W (2007) Midlife Crisis bei Männern? - Subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Veränderungen bei Männern zunehmenden Alters. MMW – Fortschritte der Medizin. 149 (4): 132-136.

Fragebögen: Zur Untersuchung der Thematik kamen zwei Fragebögen zum Einsatz. Die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Beschwerden wurde über das „Klimakterium-Virile-Beschwerde-Inventar“ (KLV) [7] erfasst, in welchem insgesamt 30 körperliche, psychovegetative und psychische Beschwerden zusammengefasst sind, deren aktuelle Ausprägung von den Probanden auf einer 4-stufigen Skala beurteilt wird.

Um die allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit zu erfassen, kam der „Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit“ (FLZ) [8] zum Einsatz. Er erfasst die Lebensbereiche Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit und Hobby, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den Kindern, eigene Person,

Sexualität, soziale Integration (Freunde und Bekannte), Wohnung. Auf den Einbezug des Bereichs „Beziehung zu den Kindern“ wurde verzichtet, weil nicht alle Männer Kinder hatten bzw. es ihnen schwer fiel zwischen Stiefkindern und Kindern aus verschiedenen Beziehungen zu unterscheiden. Jede der nunmehr neun Subskalen umfasst sieben Items, welche auf einer siebenstufigen Ratingskala („sehr unzufrieden“- 1 bis „sehr zufrieden“ - 7) beantwortet werden müssen (Itembeispiele: Gesundheit: „Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...“; Arbeit und Beruf: „Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...“; Ehe und Partnerschaft: „Mit dem Verständnis, das mir mein(e) (Ehe-)Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...“). *Probanden:* Diese Fragebögen wurden in frankierten Rückumschlägen über Medizin- und Psychologiestudenten an deren Eltern, Großeltern und andere Bekannte im Großraum Leipzig verteilt. In anonymisierter Form schickten die befragten Personen die Fragebögen an die Autoren zurück. Von den 120 verteilten Fragebögen gingen 85 in die Untersuchung ein. Das entspricht einer Rücklaufquote von 71%. Die männlichen Versuchspersonen waren im Alter von 40 bis 65 Jahren ($M_{\text{Alter}} = 51,00$; $SD_{\text{Alter}} = 6,42$). Ein Großteil der Stichprobe, 68 Personen (80 %) sind verheiratet, 8 (9 %) sind ledig und 9 (11 %) sind geschieden oder verwitwet. Die Stichprobe wurde für einen Vergleich nach dem Alter in drei Kategorien eingeteilt, die sich wie folgt verteilen: 40-47 Jahre – N=26, 48-55 Jahre – N=33 und 56-65 Jahre – N=26. Die Mittelwertunterschiede zwischen den drei Alterskategorien wurden zum einen mit Hilfe des parameterfreien H-Tests nach Kruskal und Wallis überprüft, da nicht alle Skalen des FLZ (Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, eigene Person und Sexualität) normalverteilt waren. Die Berechnung der anderen Gruppenunterschiede, erfolgte mittels des U-Tests nach Mann und Whitney.

Die soziodemografischen Daten sprechen dafür, dass der Anteil von Personen mit einem Hochschulabschluss bzw. einem Angestellten – und Beamtenstatus bzw. solchen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, überrepräsentiert ist [9]. Dadurch sind die Ergebnisse in ihrer Verallgemeinerbarkeit zwar eingeschränkt und gelten vordergründig für diese spezifische Personengruppe

1. Körperliche und psychische Beschwerden

Da sich die drei Altersgruppen hinsichtlich der angegebenen Beschwerden, die mit dem KLV erfasst wurden, statistisch nicht voneinander unterscheiden, erfolgt die Angabe dieser Ergebnisse gruppenunabhängig. Die häufigsten psychischen Veränderungen betrafen Konzentrationsstörungen (73 %), Müdigkeit (71 %), gesteigerte Reizbarkeit (66 %) und Nachlassen des Gedächtnisses (64 %). Bei den körperlichen Veränderungen wurden am häufigsten Gelenk- und Gliederschmerzen (78 %) genannt, gefolgt von Kreuzschmerzen (68 %), dem Nachlassen des Interesses an Sexualität (62 %) und einer Gewichtszunahme (55 %)

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Umstand, dass die meisten Männer (Mehrfachnennungen waren möglich) ihre Beschwerden nicht vordergründig in körperlichen, psychischen oder hormonelle Ursachen, sondern einfach nur im Alter sehen, wobei hormonelle Ursachen am wenigsten vermutet werden.

2. Lebenszufriedenheit

Die 40 bis 47-jährigen Männer unterscheiden sich in vielen Merkmalen nicht von den 56 bis 65-jährigen. Jedoch war die Lebenszufriedenheit in der mittleren Gruppe der 48 bis 55-jährigen bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq 0,05$ hinsichtlich der Merkmale Freizeit und Hobby, Ehe und Partnerschaft, eigene Sexualität, Unzufriedenheit mit sich selbst und soziale Integration verringert. Statistisch auffällig ist auch die Zunahme der beruflichen Zufriedenheit mit zunehmendem Alter.

Beschwerden und Alter

Ein erstes wichtiges Ergebnis besteht darin, dass die meisten Männer ihre Beschwerden weniger im Zusammenhang mit Krankheiten, sondern mit dem zunehmenden Alter in Verbindung bringen. Das bedeutet für die Beratung von Männern in der ärztlichen Sprechstunde auch immer auf die Normalität von Beschwerden hinzuweisen, die dem Alter geschuldet sind. Das Ziel sollte demnach nicht unbedingt immer nur allein eine Abklärung möglicher dahinter stehender Erkrankungen mit deren medikamentöser Beeinflussung sein. Hinweise zur Akzeptanz des Alterns und aber auch auf die Potenz eines veränderten Lebensstils werden dem Patienten genauso helfen wie die sonst üblichen Untersuchungen bzw. Vorsorgeuntersuchungen beim Mann, die in neueren Nachschlagewerken für den Allgemeinpraktiker und Internisten in kompakter Form einzusehen sind [10, 11]. Dass hinsichtlich körperlicher Beschwerden die Ernährung wie Bewegung eine wesentliche Rolle spielen, ist durch Studien ausreichend belegt [12]. Aber auch bei den psychischen Beschwerden (vor allem Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, gesteigerte Reizbarkeit und Nachlassen des Gedächtnisses) reichen oft Hinweise aus, doch häufiger einmal sich Entspannungsmomente im Tagesablauf zu gönnen – bis hin zum regelmäßigen Durchführen von Kurzschlaf oder dem Erlernen und täglichen Anwenden des Autogenen Trainings bzw. der progressiven Muskelrelaxation und anderen Formen der Entspannung. All dies wird helfen, dass der Mann zu einem realistischen und zeitgemäßen Männerbild findet [13].

Midlife-Crisis

Ein weiteres Ergebnis der Studie besteht darin, dass es bei Männern um die 50 Jahre tatsächlich zu einer eingeschränkten Lebenszufriedenheit kommt. Freizeit und Hobby bereiten mehr Probleme als sonst, mit der Partnerschaft und der eigenen Sexualität sowie insgesamt der eigenen Person sind die Männer unzufriedener als früher. Und auch die Qualität des eigenen Freundes- und Bekanntenkreis bereitet mehr Probleme als sonst. Das sind deutliche Hinweise auf das, was mit Midlife-Crisis gemeint ist. Körperliche und psychische Veränderungen in diesem Lebensabschnitt verunsichern den sonst so „starken“ Mann. Hier kann der Praktiker dem männlichen Patienten auch mit Hinweisen auf populärwissenschaftliche Literatur [14] helfen, sich selbst wieder zuerkennen, seine Veränderungen zu verstehen, um sich neu orientieren zu können. Dass Männer zu einer Neuorientierung in der Lage sind, die dann auch wieder mehr Lebenszufriedenheit bringt, zeigen die Ergebnisse der 56 bis 65-jährigen. Hinsichtlich eingeschränkter Lebensbereiche erreichen sie wieder das Niveau, das vor der „Midlife-Crisis“ bestand, das dann aber auch „altersgerecht“ ausfällt. Durch welche Bewältigungsmechanismen es diesen Männern gelungen ist. Wieder mehr Lebensqualität zu erlangen, konnte durch diese Studie nicht ermittelt werden. Zu vermuten ist, dass sie durch die eingetretenen spürbaren - i. S. von mehr belastenden Beschwerden und Unzufriedenheiten als früher – mehr über sich und ihre Situation nachdenken und auch aktiver als sonst nach Lösungen für eine bessere Zukunft suchen und dazu in der Lage sind dies umzusetzen. Einschränkend zu den Ergebnissen wird eingeräumt, dass die untersuchte Gruppe von Männern nicht sehr groß und die Studie als Querschnittsuntersuchung angelegt war. Auch ist die Interpretierbarkeit der Ergebnisse dadurch limitiert, dass sie nicht verallgemeinerbar sind, sondern vordergründig für Personen mit Hochschulabschluss gelten, die in einem Angestellten- bzw. Beamtenstatus beruflich tätig sind.

Literatur

1. Wolfersdorf, M.: Männerdepression. Blickpunkt der Mann 5 (2007), 19-20.
2. Roche Lexikon Medizin (2., neu bearbeitete Auflage). Urban & Schwarzenberg, München 1993.
3. Hohmuth, H.: Die Wechseljahre des Mannes – Was ist das? Internetpublikationen zur Testosteron – Forschung. Ulm: <http://www.drhohmuth-urologe.de>, 2005.
4. Klentze, M.: Testosteron und Alter. American Council for Education and Research in Anti-Aging Medicine. Internet-Publikationen des Klentze Institutes für Anti-Aging Medizin. München: <http://www.anti-aging-med./de>, 2005.
5. Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, D.G. Krane, R.J., McKinlay, J.J.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 151 (1994), 54-61
6. Anstey, K.J., Windsor, T.D., Luszcz, M.A., Andrews, G.R.: Predicting Driving Cessation over 5 Years in Older Adults: Psychological Well-Being and Cognitive Competence Are Stronger Predictors than Physical Health. J.Am.Geriatr.Soc., 54 (2006), 121-126.
7. Degenhardt, A. & Schmidt, H. (1994). Physische Leistungsvariablen als Indikatoren für die Diagnose „Klimakterium Virile“. In: Sexuologie, 3, 131 – 141.
8. Fahrenberg, J; Myrtek, M; Schumacher, J. & Brähler, E.: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Hogrefe, Göttingen 2000.
9. www.gbe-bund.de
10. Jacobi G.H. (Hrsg.): Praxis der Männergesundheit. Thieme, Stuttgart, New York 2003.
11. Schill, W.-B, Bretzel, R.G., Weidner, W. (Hrsg.): MännerMedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis. Urban & Fischer, München, Jena 2005.
12. Sommer, F.: Männergesundheit – Muskeln, Machos, Midlife-Krise: Welchen Stellenwert haben Sport, Ernährung und Testosterontherapie ? Blickpunkt der Mann 4 (2006), 5-10.
13. Klotz, T.: Wohin mit der Männergesundheit ? Blickpunkt der Mann 5 (2007), 10-11.
14. Wartenweiler, D.: Männer in den besten Jahren. Von der Midlife-Crisis zur gereiften Persönlichkeit. Kösel, München 2004, 4.Aufl.

Die Meikesalbe

Mutter - Kind - Interaktion als Schlüssel zum Schweregrad kindlicher Neurodermitis

Zusammenfassung

Die Kasuistik beschreibt eine eindrucksvolle Besserung der kindlichen Neurodermitis nach einmaliger paradoxer Intervention mit dem Ziel der Veränderung der Mutter-Kind-Interaktion. Die psychodynamischen Grundlagen werden praxistauglich diskutiert.

Die Behandlung der kindlichen Neurodermitis gehört zum dermatologischen Kernbereich. Einfühlsamkeit und Kompetenz des erstbehandelnden Hautarztes bestimmen den weiteren Verlauf entscheidend mit. Die Dynamik der Erkrankung mit all ihren Gefühlsverwirrungen zwischen Mitleid, Wut und Schuldgefühlen bringt Eltern ebenso wie Behandler häufig an ihre Grenzen. Ich möchte über einen erfreulich verlaufenen Fall berichten und die verwendete Technik der paradoxen Intervention zur Diskussion stellen.

Klinische Angaben

An einem ganz normalen Arbeitstag, mitten in der Pollensaison, suchte mich eine in sich ruhende, freundliche junge Mutter in Begleitung eines vierjährigen kessen kleinen Mädchens mit frechen Zöpfen und gutem Kontaktverhalten - nennen wir sie Meike - in der Sprechstunde auf.

Die Mutter berichtete, sie habe schon längere Zeit wiederkommen und berichten wollen: Ihr Kind sei gesund. Die Neurodermitis spiele im Leben der Familie keine Rolle mehr. Sie habe meine ungewohnten Ratschläge nach anfänglicher Empörung umgesetzt. Es sei gelungen, innerhalb von drei Wochen die Verhaltensmuster aller Familienangehörigen zu verändern. Sie habe dem Kind erklärt, es sei **seine** Haut, es dürfe ab sofort selbst entscheiden, ob und wann es die schwache Salbe oder die starke Salbe brauche und **dürfe** sich selbst eincremen (es gab zwei besonders schöne Töpfe mit verschiedenfarbenen Deckeln). Im Laufe der Monate sei die Steroidpaste nach der Erstbehandlung nie mehr zur Anwendung gekommen. Das indifferente Externum heiße inzwischen „Meikesalbe“ und werde freiwillig regelmäßig benutzt.

Ein Schlüsselerlebnis habe Sie auf diesem Weg bestärkt:

Meike habe bei Tisch Apfelsaft verlangt statt des gewohnten Wassers. Auf ein „Nein“ habe das Kind mit Quengeln und stetigem Kratzen an den Unterarmen und Handgelenken reagiert. Sie als Mutter habe sich bemüht, in eine andere Richtung zu gucken, vom Wetter geredet und das Kratzen ignoriert. Nach zwanzig Minuten sei Meike zu aller Erstaunen aufgestanden, habe kaltes Wasser über die Arme laufen lassen, habe sich kommentarlos an den Tisch gesetzt und ruhig weiter gegessen.

Nach diesem Erlebnis sei es ihr und ihrem Mann möglich gewesen, das Kratzen konsequent zu ignorieren. Die Haut des Kindes habe sich im Laufe der nächsten Wochen stetig verbessert. Der Kommentar der Kindergärtnerin sei gewesen „Haben sie dem Kind ein Paar neue Arme und Beine bestellt?“. Wundersamerweise sei gleichzeitig auch das Asthma verschwunden, das sonst in der Pollensaison mehrfach notfallmäßige Besuche in der Kinderklinik erforderlich gemacht habe. Bei einem Ausflug des Kindergartens während der Pollensaison habe Meike´s Ausspruch: „Ich bekomme gut Luft - cool, nicht?“ auch die Kindergärtnerin überzeugt.

Interventionen

Wie schon so viele Eltern-Kind-Paare hatte diese Mutter etwa folgende Instruktionen (Zeitaufwand ca.45 Minuten) erhalten:

1. Ich habe die Überzeugung ausgesprochen, dass es sich um einen behandelbaren Zustand handelt, Neurodermitis (Atopie) sei ein Zustand und keine Krankheit.
2. Die Versorgung mit allen schulmedizinisch erforderlichen indifferenten Externa, Steroidsalben und ggf. indizierten Anti-Asthmatika müsse optimiert werden.
3. Salbenanwendung ohne Einverständnis des Kindes sollte der Vergangenheit angehören. Im Notfall sei die **seltene** nächtliche Anwendung hochwirksamer Steroid-**Pasten** dem üblichen täglichen Ringen mit dem Kind vorzuziehen.
4. Die Autonomie des Kindes in Bezug auf seine Haut solle frühzeitig gefördert werden. Die Haut als Grenze des Individuums (1) dürfe nicht Besitz der Mutter werden, über den sie beliebig Macht habe. Die Verantwortung für seine Haut solle so früh wie möglich an das erkrankte Kind zurückgegeben werden.
5. Ich habe die Vorhersage ausgesprochen, das Kind werde vermutlich andere psychosomatische Symptome präsentieren. Wichtig sei, dass die Mutter bei Vorliegen der genetischen Veranlagung für Neurodermitis die Haut als Schlachtfeld des üblichen Machtkampfes zwischen Mutter und Kind verweigere.

Diskussion

Nach meinem klinischen Eindruck aus 22-Jahren Praxistätigkeit als Dermatologin und psychotherapeutischer Tätigkeit seit 2000 lassen sich zwei klinisch und psychodynamisch voneinander abgrenzbare Varianten der Neurodermitis beschreiben:

Pruriginöse, eher knotige Verläufe als somatischer Ausdruck einer fehlgeleiteten Autonomie-Abhängigkeitsentwicklung (5) mit bewusstseinsnaher Wut, die situativ gegen die eigene Person gerichtet wird.

Flächenhaft infiltrierte Ekzemformen mit Neigung zur Generalisierung. Hier geht es eher um Haut als Grenze. Auf Grund der unsicheren Subjekt/Objekt-Differenzierung (3) wird Nähe und Distanz konflikthaft erlebt.

Der Schweregrad der Erkrankung wird moduliert durch den Grad der erlebten Selbstwirksamkeit. Erst zu Beginn der Pubertät erfolgt die endgültige Kapitulation vor dem übermächtigen, meist mütterlichen Objekt, verbunden mit extremen Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Fazit für die Praxis

Für unseren praktischen Umgang mit Neurodermitis - Familien bedeutet dies, dass wir bis etwa zum 10. bis 12. Lebensjahr die Chance haben, die Schwere der Erkrankung zu modulieren, indem wir auf die verstrickte, meist übergriffige Mutter-Kind-Beziehung einwirken. Wenn es gelingt, die Mütter zur Mitarbeit zu gewinnen, gibt es nur Gewinner:

Das Kind wird einen leichteren Krankheitsverlauf erleben, der eher durch den Verlauf der Jahreszeiten als durch eine Beziehungsproblematik bestimmt wird, es wird sich nicht mehr so ausgeliefert und ohnmächtig fühlen, sein Erregungsniveau wird absinken (4), damit wird sich auch der Juckreiz vermindern, es wird sich als selbstwirksam erleben, hat wieder Selbstbestimmung über seine Haut als seine Grenze (3).

Die Mutter wird vielleicht anfangs empört sein, langfristig die Entlastung von dem ungeheuren Druck spüren, den die Erwartungshaltung der Umwelt ihr auferlegt. Sie wird entlastet werden von den Schuldgefühlen, die das Gefühl, als Mutter nicht zu genügen, in ihr auslöst.

Der Vater hat wieder die Chance auf die Aufmerksamkeit seiner Ehefrau, die bisher ausschließlich auf die Neurodermitis des Kindes fokussiert war. Er kann seine innere Emigration (oder Flucht in die Arbeit) aufgeben.

Nicht zuletzt der Arzt ist Gewinner: er wird von Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ärgers entlastet und erlebt in Zukunft weniger zeitaufwändige, zufriedene und selbstbestimmte Neurodermitis - Patienten.

Nach dem Konzept der Gegenübertragung (2) erleben Sie als behandelnder Dermatologe genau die unbewussten, mit Fürsorglichkeit abgewehrten Gefühle von Ärger und Hilflosigkeit, die die primäre Bezugsperson des kranken Kindes gerade bei Ihnen ablädt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der ungestörten Autonomie-Entwicklung des an Neurodermitis erkrankten Kindes eine überragende Bedeutung für den Krankheitsverlauf zukommt, sowohl im wörtlichen Sinne von Haut als Körpergrenze als auch im übertragenen Sinne eines nicht grenzverletzenden Beziehungsstils der Familie.

Literatur:

1. Anzieu D. (1991), Das Haut-Ich, Suhrkamp S.87 ff

2. Bettinghofer S (2004), Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess, Kohlhammer, S51
3. Eichinger H.J (2001), Does Specificity Exist? Report of a treatment of a Neurodermatitis Patient.
Dermatol.Psychosom.2:33-39
4. Harth W, Gieler U (2006) Psychosomatische Dermatologie, Springer Medizinverlag Heidelberg, S84 ff
5. Rechenberger I (1979) Prurigo bei Atopie. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. Universität Düsseldorf, 5:67-96

Korrespondenzadresse

**Dr.med.Monika Neumann-Justen,
Hautärztin und Psychotherapeutin,
Gemeinschaftspraxis mit Dr. med. Norbert Behnke**
Rochusstraße 180, ab 1.9.08 Am Burgweiher 54A, 53123 Bonn

Tel.0228 624901

Fax 0228 6201923

Mobil 0163 4288904

neumannjusten@t-online.de

Buchbesprechung

Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. Mit einem Geleitwort von Jochen Sturm, DGPPR (Broschiert)

Schmidt-Ott, Wiegand-Grefe, Jacobi, Paar, Meermann, Lamprecht (Hrsg.)

- Broschiert:** 488 Seiten
- Verlag:** Schattauer; Auflage: 1 (14. März 2008)
- Sprache:** Deutsch
- ISBN-10:** 3794526074
- ISBN-13:** 978-3794526079

Die psychosomatische Rehabilitation hat in erfreulichem Maße zunehmend in den somatischen Fächern zu einem mehr bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis beigetragen.

Die sechs Herausgeber und fast 70 namhaften, überwiegend aus dem Westen Deutschlands stammenden Autoren und Koautoren präsentieren auf fast 500 Seiten ein differenziertes Bild der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. Den Autoren ist es gelungen in ihren kenntnisreichen und gleichzeitig gut verständlichen Beiträgen, die jeweiligen Themen kurz und präzise darzustellen. Jedem Kapitel ist ein ausführliches, aktuelles Literaturverzeichnis angefügt, das auch wissenschaftlich Interessierten einen raschen Überblick bietet. Das Buch informiert umfassend über das Angebot der ambulanten und stationären psychosomatischen Rehabilitation. Es ist erstmals ein derart umfassendes Werk erschienen, das hilfreich sein kann, die Lücken zu schließen, die aufgrund der immer noch defizitären universitären Ausbildung in diesem Bereich bestehen. Mit den Beiträgen werden die Autoren der Bedeutung der stationären Versorgung gerecht. Immerhin etwa 85% der psychosomatischen Rehabilitation (Belegung nach §111 SGB) findet in Rehakliniken statt. Universitätsabteilungen führen häufig nur Abteilungen mit 10-maximal 30 Betten im Gegensatz zur den Rehakliniken mit häufig weit über 100 Betten. Diese Situation ist in dieser Form nur in Deutschland vorhanden und historisch erklärbar, im Ausland wird hingegen Vieles in der Psychiatrie subsummiert.

Leserinnen und Leser finden ein breites Spektrum von Themen, die auf aktuellem Wissensstand diskutiert werden, vor. Die Diskussion um die Unterscheidung von Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung wird nachvollziehbar geführt. Die Inhalte lassen deutlich werden, wie breit und differenziert das Behandlungsangebot mit seinen interdisziplinären und multimodalen Behandlungsansätzen ist. Verschiedene praktizierte Therapieansätze werden dabei gleichberechtigt vorgestellt. Viele Fragen werden dabei beantwortet: Welche Grenzen hat die ICD? Kann die ICF zu einer bessern Abbildung von Krankheiten resp. der funktionalen Gesundheit im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses beitragen? Welche Rolle spielt die Prävention und Gesundheitsförderung in einer demografisch sich wandelnden Gesellschaft? Warum ist es unabdingbar, dass in der medizinischen Rehabilitation psychosozialen Aspekten zentrale Beachtung geschenkt wird? Warum bleibt reines Funktionstraining meist erfolglos? Die Psychopharmakologische Fragen bei psychosomatischen Erkrankungen werden auch anhand konkreter Medikamentenangaben und Dosierungen beantwortet. Es

finden sich Beschreibungen konkreter krankheitsspezifischer Behandlungsansätze, beispielsweise der Adipositas, oder dem Umgang mit Mobbing-Opfern. Die Autoren beschäftigen sich mit wichtigen Themen von der Indikationsstellung zur psychosomatischen Reha bis hin zur häufig notwendigen Nachsorge. Sozialmedizinische Fragen einschließlich der Besonderheiten der Begutachtungssituation werden ausreichend und kenntnisreich beantwortet. Schließlich finden auch moderne Themen wie das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung gebührend Beachtung. In einem gesonderten Kapitel werden auch die Ergebnisqualität und die Bewertung von Wirksamkeitsstudien übersichtlich dargestellt. Für ökonomisch Interessierte wird auf die wachsende Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Gesundheitsversorgung eingegangen und der monetäre Nutzen der Reha dargestellt.

Die Kenntnis der Beiträge sind nicht nur Voraussetzung für in der Rehabilitation Tätige, auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, die im hausärztlichen, fachärztlichen oder psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich die Indikation zur Rehabilitation stellen, werden von der Lektüre profitieren. Gleichzeitig werden aber auch Diätassistentinnen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und im administrativen Bereich Tätige der Kranken- und Rentenversicherer oder des MDK einen Gewinn davontragen. Fachärzte der somatischen Bereiche in Rehakliniken können sich einen Überblick über die Vielfalt und Wirksamkeit des psychosomatischen Therapieangebotes verschaffen. Ebenso eignet sich das vorliegende Buch als Lehrbuch und Nachschlagewerk für Medizin- und Psychologiestudenten wie auch für in der Ausbildung befindliche ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

Die Inhalte des Buches machen deutlich, dass (psychosomatische) Rehabilitation, nicht nur, wie es das Umschlagbild von Claude Monet suggeriert, der wohlhabenden Schicht vorbehalten sein darf, sondern in einer alternden Gesellschaft, die voraussichtlich immer länger berufstätig sein muss, eine zunehmende wichtige gesellschaftspolitische Bedeutung bekommt. Bei der bekannten Zunahme von psychischen Erkrankungen bekommt daher die psychosomatische Reha zusätzlich einen zentralen Stellenwert, der in dem vorliegenden Buchband Bedeutung erfährt.

Korrespondenzanschriften:

Prof. Dr. med. Uwe Gieler

Kommissarischer Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der
Justus-Liebig-Universität Giessen

Priv.-Doz. Dr. med. Volker Niemeier

Ludwigstr. 76

35392 Giessen

Tel.: 0641-99-45651

FAX: 0641-9945659

E-Mail: uwe.gieler@psycho.med.uni-giessen.de

**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.

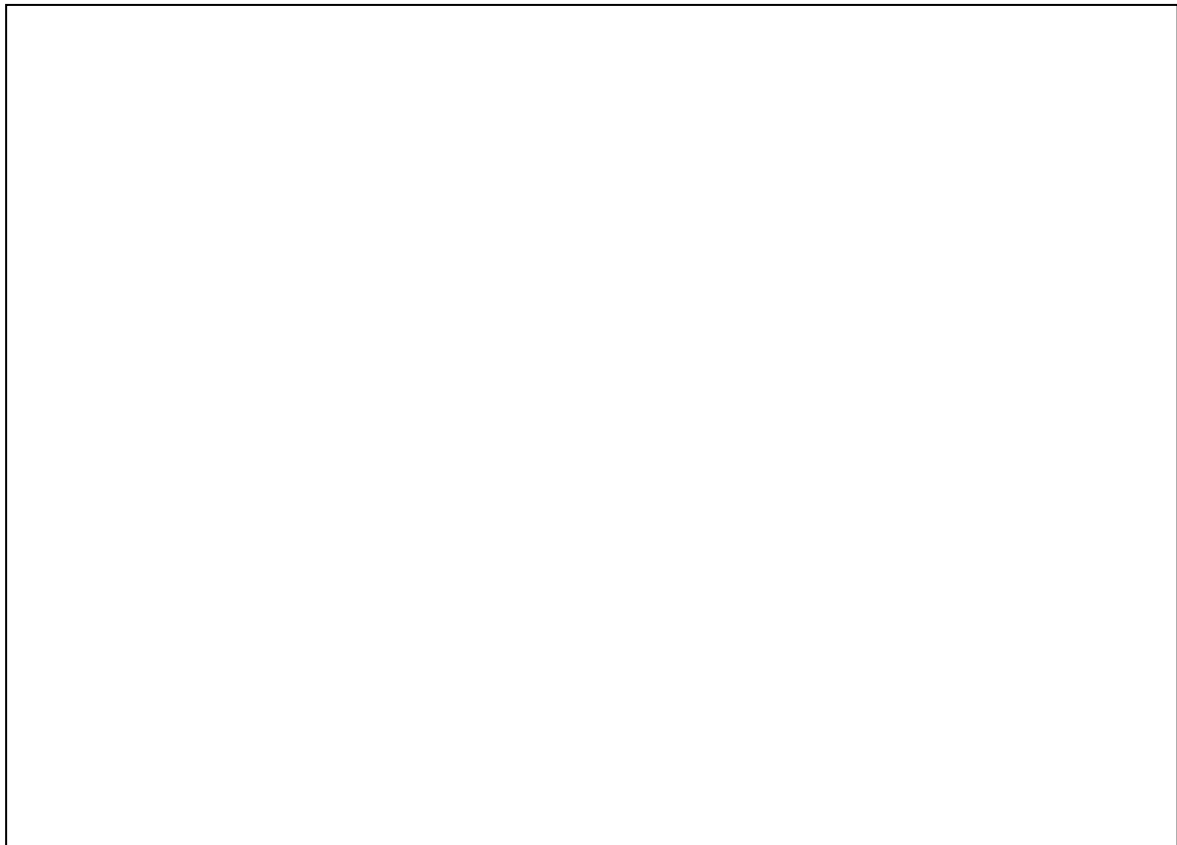
Liebe APD-Mitglieder!

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

Ein persönliches Wort zum Schluß

Liebe APD- Mitglieder,

seit dem Jahr 2000 bin ich als Schriftführer des APD tätig gewesen und habe viele Ausgaben dieses Rundbriefes gestaltet. Dies wird mein letzter Rundbrief für Sie sein, da ich mich entschieden habe, im Vorstand des APD andere Aufgaben zu übernehmen. Ich hoffe Sie hatten Freude an den bisherigen Rundbriefen und haben von diesen etwas in ihre tägliche Arbeit „mitnehmen“ können. Ich darf mich für die Zusammenarbeit mit Ihnen in den letzten Jahren bedanken.

... Falls jemand Lust hat sich um die Schriftführung des APD zu kümmern, darf ich Sie bitten sich bei mir oder einem anderen Vorstandsmitglied zu melden.

Ihr

Steffen Gass