

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2009

Rundbrief des
Arbeitskreis für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2009

Inhaltsverzeichnis

Seite

Grußwort	3
Tagungsbericht 2009 Berlin	9
Mitgliederversammlung Protokoll	12
Psych dermatologische Rehabilitation.....	14
Gesund trotz schwerer Krankheit	17
Wer macht was in der psychodermatologischen Forschung	24
Bücherempfehlung Veronika Seipp	29
Buchbesprechung von J Wehrmann	30
Anmeldeformular	31
Vordruck für Autoren	33
Kontaktlinks	34

Prof Harth

Vorstand

Vorsitzender:

Prof Dr. med. Wolfgang Harth
 Chefarzt Klinik für Dermatologie
 Neue Bergstraße 6
 13585 Berlin, Spandau
 Tel: +49 30 130 13 1551 FAX: +49
 30 130 13 1554 e-mail:
 wolfgang.harth@vivantes.de

Stellv. Vorsitzender:

Prof. Dr. Klaus-Michael Taube
 Universitätshautklinik Halle
 Ernst-Kromayer-Str. 5/8
 06097 Halle

Berufsverband Sonderreferent:

Dr. med. Steffen Gass, Günzburg

Kooptiertes Mitglied

Amb Fachärzte
 Veronika Seipp, Darmstadt
 Kooptierte Mitglied Psychiatrie
 Dr R Freudenmann Uni Ulm

BeisitzerInnen:

Dr. med. Christa-Maria Höring
 Schwabstr.91
 70193 Stuttgart

PD Dr. med. Volker Niemeier
 Alicenstr. 22a,35390 Giessen

Dr Kristina Wöllner
 Hautuniklinik Bonn
 Sigmund Freud Strasse 25
 53105 Bonn

Schriftführer: kommissarisch
 Prof. Dr. med. Wolfgang Harth

Schatzmeister:

Dr. med. Jochen Wehrmann
 Rothaarklinik

Impressum

Herausgeber:

Vorstand des Arbeitskreises für
 Psychosomatische Dermatologie **Redaktion:**

Am Spielacker 5
57319 Bad Berleburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Psychodermatologie scheint immer sattelfester zu werden. So finden Sie in diesem Rundbrief durchaus den erstaunlichen Hinweis von Prof. Klaus Michael Taube, dass inzwischen fast ganz selbstverständlich psychodermatologische Aspekte in allen Lehrbüchern gewürdigt werden. Sicherlich zum Teil rudimentär, wenn nur Promilleanteile den biopsychosozialen Aspekten der Medizin gewidmet werden. Aber immer hin, die Psychodermatologie ist nicht mehr weg zu denken, in wissenschaftlichen Fachpublikationen und natürlich überhaupt nicht mehr aus der täglichen Praxis.

Vielleicht müsste man aber auch noch die biopsychosozialen Aspekte um biopsychosozio-ökonomisch, also den 4. Aspekt der Herangehensweise erweitern, da doch oftmals auch diese ökonomischen Aspekte es schwierig machen, Fachkollegen für diese schöne Disziplin zu gewinnen und andererseits ökonomische Aspekte im Rahmen der Therapie immer wichtiger für unsere Patienten werden. Psychosoziale Störungen haben wirtschaftliche Schwierigkeiten für die Betroffenen zur Folge beispielsweise bei Patienten mit Acne inversa, welches auch Eingang in den Leitlinien fand. Diese aber auch manche andere Dermatosen können negative Folgen hinsichtlich der Beschäftigung (Arbeitslosigkeit, Nachteil bei Bewerbungen) und der wirtschaftlichen Situation haben: Angststörungen bei finanziellen Problemen, als Ernährer der Familie zu versagen usw.

Den aktuellen Ärztemangel haben wir zu spüren bekommen, als wir nunmehr einen ärztlichen Psychotherapeuten für unsere Klinik in Berlin gesucht haben und trotz dreier Ausschreibungsrunden, einschließlich Deutschem Ärzteblatt, nur eine Bewerbung erhielten, die sich jedoch letztendlich nicht realisieren ließ. Dieses Phänomen zeigt sich auch an universitären Hochschuleinrichtungen, so dass sich hier die Frage stellt, handelt es sich bei Psychodermatologen möglicherweise um eine bedrohte Spezies, die unter Naturschutz gestellt werden muss? Oder kommen nur die Härtesten durch in diesem Fachbereich oder gibt es gar Ängste, oder ist es eine „post 68iger“ Herangehensweise in der Medizin, die ausläuft?

Möchte man eher zurück kehren zur rein mechanistischen Medizin, welche schön kontrolliert geregelt und verstehbar ist?

Schauen wir über den Tellerrand hinaus, so gibt es auch andere Fachgebiete und

Regionen, wo inzwischen der Nachwuchsmangel um sich schlägt. So sind die Psychodermatologen aufgrund ihrer sehr langen Ausbildung mit „Doppelqualifikation“ ähnlich selten zu finden, wie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, mit vorher noch zahnärztlicher Approbation, so dass sich hier möglicherweise ein allgemeiner Trend abzeichnet.

Sollte es ambitionierte und interessierte Kollegen geben, die sich gerne dem Fach Psychodermatologie öffnen möchten, lassen Sie es den Vorstand bitte wissen, denn die Chancen waren noch nie so gut wie aktuell eine Weiterbildungsstelle im universitären Bereich oder in einer Klinik zu bekommen.

Andererseits hat es unter dem Gesichtspunkt biopsychosozio-ökonomischer Aspekte aktuell tatsächlich eine deutliche Aufwertung der Vergütung gegeben, die inzwischen auch spürbar ist. Auch die Weiterbildungsordnung, beispielsweise zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie, wurde weitgehend entschärft und leichter gemacht.

Wir jedenfalls haben uns in unserer Klinik gefreut, in einem Akutkrankenhaus den Bereich Psychodermatologie ganz normal integrieren zu können und letztendlich mit zwei Psychologen neu besetzen zu können, auch ohne ein Hinweisschild „Psychodermatologisches Naturschutzgebiet“ aufstellen zu müssen. Weiterhin in diesem Sinne herzlichen Glückwunsch an Herrn Dr. Freudemann, Preisträger des 2. Wissenschaftspreises APD.

Für den Preis 2010 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 1.3.2010.

Weiterhin sollen zukünftig Reisetstipendien/ Reisekostenzuschüsse für aktive Teilnahme (Vortrag, Poster oder Kongressbericht für den Rundbrief) an psychodermatologischen Kongressen wie beispielsweise Miami, Saragossa, oder Workshops in Brüssel (EADV Fostering Dermatology Training Course für Hautfachärzte) vergeben werden. Bewerbungen bitte auch an V Niemeier.

Herzliche Grüße

Prof. Dr. W. Harth
Berlin

Tagungsbericht APD Berlin 2009

Am 27./28.11.2009 fand in freundschaftlicher und hochprofessioneller Atmosphäre unter der Leitung des APD-Vorsitzenden Herrn Prof. W. Harth im Rathaus Berlin Spandau die überaus gut besuchte und durch exzellente Redner besetzte Jahrestagung des APD („Der besondere Patient“) statt.

Der Tagungsbericht kann nur eine subjektiv gefärbte Auswahl wichtiger Informationen und Anregungen darstellen. Einzelne Fragen werden unbeantwortet bleiben, einiges den Referenten in der Berichterstattung vielleicht fehlen. Dafür werden Sie als LeserInnen Verständnis haben.

Nach der Begrüßung durch den Bürgermeister der Stadt und Prof. Harth referierte Prof. K.-M. Taube, Halle, über „Aktuelle Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung unter den Bedingungen der Gesundheitsreform“. Diese Veränderungen seien Spiegel einer Gesellschaft, unterliegen der politischen Diskussion, werden geprägt durch die defizitäre Bilanz der Krankenkassen, die steigenden Kosten im Gesundheitssystem, ständige aber scheinbar wirkungslose Reformen und einschneidende demographische Veränderungen. Im Spannungsfeld zwischen Ordnung und Freiraum wird an die Ärzte der Wunsch nach allumfassender bester Therapie ohne Kosten gerichtet. Der Kranke erwarte eine Loyalität ohne Blick des Arztes auf eigene wirtschaftliche Interessen bzw. dessen Honorarbudgetierung. Die Wunschvorstellung der unbegrenzten Versorgung mit begrenzten Mitteln wird unmittelbar an der Schnittstelle zwischen Arzt und Patient erlebt. Zeit und Bürokratie drücken führen nicht selten zum Burnout und damit zur Zerstörung der Behandlungsbeziehung, was sich ebenso unmittelbar in der Compliance des Patienten niederschlagen kann. Verunsichernd ist auch die Differenz in der Vorstellung von Arzt und Patient, ab wann eine individuelle Gesundheitsleistung beginnt!. Eine 2007 durchgeführte Studie (Telefoninterview und Fragebögen) fand im Ergebnis, dass Ärzte eine Rollenveränderung im Spagat zwischen persönlichen und gesellschaftlichen Ansprüchen erleben, eine stärkere Rolle als Lebensberater übernommen werden muss und dass zunehmend kritische und informierte Patienten Zuwendung und Aufklärung fordern. 46% der Patienten spüren den zunehmenden Druck des Arztes und wissen wenig über die ökonomische Realität. Die zunehmende Mitnahmementalität belastet genauso wie die zunehmende Skepsis gegenüber dem Arzt und die gestiegene Konfrontation mit psychosozialen Problemen.

Frau Dr. Meryam Schoulert-Ocak, Berlin, referierte als „Migrantin“ über „Patienten mit Migrationshintergrund.“ Sie erläuterte Hintergründe wie globale Mobilität und Flucht vor Gewalt. In Deutschland leben 27,2% Migranten, davon 18,5 % in der zweiten Generation. Sie beschrieb Phasen der Migration: Vorbereitung, Migrationsakt, Überkompensation, Dekompensation und generationsübergreifende Anpassung. In der Phase der Dekompensation werden im Medizinsystem der Psychiatrie Sucht, affektive Störungen, neurotische Störungen, somatoforme Störungen, Schizophrenie und Belastungsstörungen diagnostiziert und zwar im Mittel nach 6-9 Jahren.

Protektive Faktoren seien Religion, Tradition und der Einfluss der Familien, wobei dieselben auch Risikofaktoren darstellen. Sprache und Kommunikationsfähigkeit sind entscheidend: Nur die Primärsprache ermöglicht eine differenzierte Affektdarstellung und damit affektive Resonanz und einen guten Zugang zum Patienten. In der Beziehung zum Therapeuten spiele eine Rolle, dass Migranten ein familiäres Autoritätsprinzip erwarten, der westliche Therapeut aber eine partnerschaftliche Arbeit unter Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung anbiete. Oft komme es zu einer Medikalisierung bei Somatisierung psychosozialer Probleme allein durch Verständnisschwierigkeiten („Einverständnis im Missverständnis“- beide wissen um psychosoziale Probleme, reden aber nicht miteinander)

In der Forensik und Patienten die wegen Süchten behandelt werden ist mehr als jeder 4. Migrant. Viel zu wenige tauchen Migranten in der sprechenden Medizin auf. Voraussetzungen für eine gelungene Kommunikation sind Interesse für die eigene und die fremde Kultur, Stereotypen nicht zu erliegen, sich verbal gut auszudrücken, einen guten Dolmetscher zu haben, Achtung und Blickkontakt zu zeigen. Nicht zu vergessen seien ethnisch bedingte unterschiedliche Ansprechensweisen (Metabolisierung) auf Psychopharmaka!

Herr Dr. Roland Freudenmann, Ulm, hielt im Rahmen der Preisverleihung des 2. Wissenschaftspreises des APD (Urkunde und 1500,-€) einen Vortrag mit den Inhalten der eingereichten Arbeit: „Wahnkrankheiten in der Dermatologie“. Nach einem Überblick setzte er den Akzent auf den körperbezogenen Wahn und berichtete über das Phänomen der „Morgellons (delusional infestation), der inneren Überzeugung, von Fasern und anderen nicht-organischen Partikeln befallen zu sein. (Publ. JDDG 2009, Harth, Helmes und Freudenmann). Wenn überhaupt eine

medikamentöse Behandlung akzeptiert würde, helfe Risperidon und Paroxetin vorübergehend. Er sprach auch von einer „socially transmitted disease“, da die Erkrankung sich über den Austausch im Internet verbreite. Die selbsternannte Forschungsorganisation beanspruche wissenschaftlichen Charakter.

Herr F. betont, dass die Benennung der Partikel sich der Zeit anpasse bis zum Befall mit Nanopartikeln und dass es sich letztendlich um die bekannten Wahnphänomene der psychosom. Dermatologie handle. Tatsächlich gebe es im Einzelfall nachgewiesene hirnstrukturelle Veränderungen im Bereich des Putamen und einen veränderten Dopaminstoffwechsel. Sinnvoll sei die Behandlung mit atypischen Neuroleptika. Zwar sei die Zahl der Vollremissionen niedriger als unter Pimozid, die Therapie aber deutlich sicherer bezgl. der Nebenwirkungen.

Der Abend wurde beschlossen durch den Festvortrag von Prof. Ernst G. Jung, Heidelberg, :“Kulturhistorischer Überblick der biopsychosozialen Dermatologie“. Der Homo sapiens eroberte die Welt; Schicksal und Menschenwerk wurden begriffen, klimatische Herausforderungen überstanden, eine gepflegte und geschmückte Haut spielte eine nachhaltige soziale Rolle. J. erörterte die tradierten Mythen und griff das Bild des geschundenen Marsias heraus: Das Hautabziehen bedeutete Strafe und Verlust der Person. In der Psychodermatologie werde die Haut als Spiegel der Seele betrachtet, in der Philosophie der Haut zeige sich ein anthropologischer Erfahrungsschatz, die heutige Lebensqualität werde durch Hautdekor den Ansprüchen und Vorstellungen der Menschen gespiegelt, Aging und Anti-Aging spielen als Begriff eine Rolle.

Frau Dr. Christa-Maria Höring leitete am Samstag den Vormittag zum Thema „Der besondere Patient anhand von Fallbeispielen“ ein. Besonderheit ergibt sich aus Diagnosen und vor allem aus der besonderen reichen Arzt-Patient-Beziehung, die darauf ausgerichtet ist, im Behandlungsverlauf Neues zu entdecken und auf den Gesundungsprozess hin ausgerichtete gemeinsame Momente des Erkennens und des Erfolges zu erleben. Die Fälle können an dieser Stelle nicht im einzelnen dargestellt werden.

PD Dr. Volker Niemeier, Gießen, stellte mit dem Thema „Akne und Psyche“ die Spannweite von 1/3 aller Patienten in der Hautarztpraxis dar! Er ließ den Protagonisten des Romans „der Turm“ von Tellkamp sprechen, der seine eigene Akne mit Abscheu und Ekel und Hilflosigkeit betrachtet. In 79% (!) der Behandlungsfälle komme es zu einer non-adherence bzgl. der verordneten

Präparate. Es sei deshalb enorm wichtig, klare Formulierungen zur Complianceförderung zu finden: Was glauben Sie, wie oft Sie das Präparat anwenden werden? Was tun Sie bei Problemen? Welche bereits verordneten Präparate verschlimmern den Befund eher? Welche Therapien kennen Sie, was hat sich bewährt, was sicher nicht? Was denken Sie,, in welcher Zeit Ihre Erkrankung gebessert sein wird? Es sei nachgewiesen, dass Akne sich in Examenszeiten (Stress) verschlechtere. Neuroendokrinologische Untersuchungen werden durchgeführt. Psychische Störungen treten unabhängig vom Schweregrad der Akne auf. Im Besonderen müsse man weiterhin an die Gefahr der Suizidalität vor allem bei Akne conglobata denken. Die Gabe von Isotretinoin verpflichte zur Beachtung depressiver Beschwerden, die ggf. behandelt werden müssen. Über Irrtümer über die Entstehung von Akne müsse aufgeklärt werden (Zeichen mangelnder Hygiene etc)

Prof. Marcus Maurer, Berlin, hielt einen didaktisch glänzenden Vortrag über „Der therapieresistente Patient: Bedeutung der Neuropeptide an der Schnittstelle Psychodermatologie“. Am Beispiel der Urtikaria erläuterte er die Bedeutung der Mastzellen und die Ausschüttung proinflammatorischer Mediatoren. Es gebe fast ½ Million Urtikariapatienten, die nicht auf die Primärtherapie mit H1-Blockern ansprechen. Eine Möglichkeit sei Rupatadin als nicht-sedierendes Antihistaminium und Xolair. Es bestehe keine Abhängigkeit des Nicht-Ansprechens vom Schweregrad des Symptoms. Aus seiner Sicht sei die Komorbidität mit psychischen Erkrankungen entscheidend. Die dadurch verringerte LQ führe zu mehr emotionalem Stress, den Patienten auch benennen bzgl. der Attribution der Symptomauslösung. Mastzellen und Nervenfasern liegen in der Epidermis so dicht beieinander, dass sie sich „viel zu sagen hätten“ und die Mastzelle gar nicht anders könne, als auf eine Erregung der Nerven hin mit einer Ausschüttung der Mediatoren zu reagieren. Neurogene Entzündung brauche Mastzellen, allergische Entzündung brauche Nerven und Neuropeptide. Es entstehe ein Teufelskreis. Für die Zukunft besteht Hoffnung in der Erforschung der Blockade der Neuropeptide.

Er zog ein weiteres Resumee: Patienten die mit ihrem Arzt über Emotionen sprechen, zeigen statistisch signifikant mehr Zufriedenheit und Vertrauen in der Behandlungsbeziehung und dadurch werde möglicherweise die Therapieresistenz minimiert.

Prof. Uwe Gieler referierte über somatoforme Störungen in der Dermatologie. Mit Respekt vor zahlreichen Publikationen zum Thema und der Übersicht im Buch

„Psychosomatische Dermatologie“ (Harth/Gieler) seien hier nur einige Aspekte akzentuiert: Unspezifische oder dysfunktionale periphere Reize und dysfunktionale Beziehungen führen zu unterschiedlicher Wahrnehmung von körperlichem Stress, dessen Interpretation und dem Körperbild. Komorbide depressive Störungen führen zur Aufrechterhaltung der Symptomatik wie auch dysfunktionale Beziehungsschemata. So könne es bei einer Hypertrichose zur Entwicklung einer sozialen Phobie kommen und negativer Grundüberzeugungen im Selbstbild und somit zum Selbst-Verlust-Erleben. In der Psychotherapie/Psychosomatik sei es wichtig antizipieren zu lassen, was man gern nach 1-2 Jahren über die eigene Situation sagen würde. Das mirror-checking müsse reduziert werden, es müsse ermutigt werden, andere zu befragen, wie sie es sehen. Tröstung, Beruhigung und Erklärung seien gleichermaßen notwendig wie Stimulierung, um eine bessere emotionale Verarbeitung zu erreichen. Körperliche und emotionale Abläufe müssten besser erfasst werden, körperliche Missempfindungen von Krankheitszeichen unterschieden werden. Eine „Tangentiale Gesprächsführung“ sei eine Psychotherapie, die nicht nach Psychotherapie aussieht und den Patienten besser erreicht. Zu warnen sei vor zu frühen Deutungen. Geeignet seien technisch eine „Landkarte der Beschwerden“, die Erörterung der Ursachenüberzeugung, eine Ermittlung beschwerdebezogener Beziehungsepisoden, eine Skizze der Lebenssituation, ein Protokoll kognitiver, emotionaler und körperlicher Phänomene,, die Arbeit an der Affektdifferenzierung und eine Fokusformulierung. Es gebe bei somatoforme Störungen nur 10 % Fehldiagnosen, das entspreche den Fehldiagnosen bei körperlichen Erkrankungen.

PD Andreas Hillert, Prien/Chiemsee, brachte das Burnout-Syndrom bei Ärzten und anderen Berufsgruppen zur Sprache. Es gebe 50000.000 Einträge zum Stichwort bei Google. 20-25% der Ärzte seien betroffen, das entspreche dem Durchschnitt der Bevölkerung. Der Begriff tauche erstmals 1974 in der Literatur auf, geprägt durch J. Freudenberger. „Ausgebrannt“ zu sein, postuliere die therapeutische Sackgasse, nichts tun zu können. Persönlichkeitsmerkmale des burnout-Patienten seien Einfühlsamkeit, Perfektionismus, eine geringe Kompetenzerwartung und eine externe Kontrollüberzeugung. Diskutiert wurde, ob es sich beim burnout um eine Krankheit oder um krankheitswertige Symptome handelt. Das Modell „Nur wer entflammt brennt aus“ sei lediglich medizinhistorisch zu betrachten. Burnout sei ein zukunftsweisender Anachronismus, der die Symptomatik aus der Genese erkläre und

umgekehrt, womit die Quadratur des Kreises gelungen sei. Die Falle sei, das Wort zu bildhaft zu nehmen, die Schuldfrage zu stellen, und dass sich erst die Verhältnisse ändern müssten, dass es ein Leistungsbeweis sei oder völlig normal. Hillert wies auf Parallelen zum Neurastheniekonzept aus dem vorletzten Jahrhundert hin mit der Bemerkung, dass beide schichtbezogene Phänomene seien mit fragwürdiger Stringenz und Operationalisierung.

Abschließend gab Dr. Stefan Röpke, Berlin, eine Zusammenschau über „Borderline-Patienten in der Dermatologie“. Er definierte ein abweichendes überdauerndes Verhaltens- und Erlebnismuster, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Leid führt. Der Beginn sei in der Regel in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Hauptsymptome seien: Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, eine Identitätsstörung, Instabilität in Affekten und Impulsivität, Suicidalität und Selbstverletzung als nicht hilfreiche Lösungsstrategie für Anspannungszustände, ein chronisches Leeregefühl, unangemessene heftige Wut, vorübergehende paranoide Vorstellungen und dissoziative Symptome, die von Spannung abhängig seien (im Unterschied zu Schizophrenie). Die Prävalenz sei 5,6%, die Geschlechterverteilung gleich, insgesamt 88% remittieren nach 10 Jahren. Im Alter sehe man dann eher ausgeprägte somatische Symptome. Erstgradige Verwandte haben ein 10-fach höheres Risiko, auch zu erkranken. Untersuchungen zeigten eine verminderte Serotoninantwort und veränderte Hirnstrukturen, eine Überreaktion der Amygdala und Korrelate in Hirnuntersuchungen nach Enttäuschungen in Beziehungen. Unspezifische Psychotherapien seien unwirksam. Die beste Evidenz zeigt die DBT nach Linehan, die Schematherapie, das STEPPS-Programm. In der Therapie müssen Probleme hierarchisiert werden, allem voran stehe die Notwendigkeit zu überleben. Die Vermittlung von sog. skills diene der Spannungsreduktion, die pathologischen Mustern vorausgeht. Es müsse die Stresstoleranz verbessert werden und Dissoziationen erfragt werden. Viele der Probleme seien weg, wenn die Anspannung nachlasse. In den seltensten Fällen wollten Patienten mit Borderlinestörung wirklich sterben, 95% der Selbstverletzung dienen der Anspannungsregulation. Es sei wichtig, die Patienten auf der offenen Station zu behandeln, am Ende eines erstellten Notfallplanes stehe immer die Aufnahme durch das zuständige Krankenhaus. Es solle keine explizite Zuwendung oder Strafe nach Selbstverletzung geben, sondern eher 2 Stunden Auszeit mit Aufschrieb der auslösenden Situation und der Analyse

der sozialen Interaktion. Ggf. sei die Gabe eines Antidepressivums notwendig, keinesfalls ausgeprägte Medikamentenkombinationen. Geeignet seien Lamotrigin, Topiramate und Aripiprazol (Abilify): Keinen Effekt zeigen SSRI und MAOI, einen mäßigen Effekt Olanzapin und Valproinsäure. Zur Behandlung von Alpträumen und PTBS empfahl er Prazosin bis 16mg langsam steigern.

Mit vielen Informationen verließen die Teilnehmer eine gelungene Tagung. Schon jetzt sei auf die nächste Jahrestagung des APD in Berlin 2010 hingewiesen zum Thema „Mir juckt das Fell“ !

Seien Sie dort herzlich willkommen!

Christa-Maria Höring

Protokoll der Mitgliederversammlung Berlin 2009

Mitgliederversammlung des APD

Anlässlich der APD-Tagung am 28.11.2009, 13.45-14.15, im Spandauer Rathaus in Berlin

Anwesend: Vorstand und Mitglieder des APD, n = 21 (s. Anwesenheitsliste)

1. W.Harth

Dank an die Teilnehmer der Tagung, Dank an die Mitarbeiter der Spandauer Hautklinik für die vielfältige Hilfe, Hinweis auf das neue Buch von V.Niemeier et al., Werbung um neue Mitglieder

2. J.Wehrmann

Im vergangenen Jahr 3 Austritte aus dem APD, aktuelle Mitgliederzahl n = 99, Kontostand etwa 16.000.-€ (genaue Angaben im Schatzmeister Rechenschaftsbericht), wesentliche Posten im vergangenen Jahr: Rundbrief ca. 500.-, Buch ca. 4.000.-, Website ca. 500.-, Wissenschaftspreis 1.500.-, Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen etwa 6.000.-, für geplante Zertifizierung müssen ggf. Gelder eingeplant werden

3. U.Gieler übernimmt die Leitung der Wahl, zuerst Entlastung des Schatzmeisters, dessen Bericht durch U.Gieler und Frau J.Treancker geprüft wird, einstimmige

Zustimmung zu dessen Entlastung. Danach Entlastung des bisherigen Vorstandes, einstimmig.

Bisherige und neue Zusammensetzung des Vorstandes

Position	bisher	neu
Sprecher	W.Harth	W.Harth
Stellv.Sprecher	K-M.Taube	K-M.Taube
Schatzmeister	J.Wehrmann	J.Wehrmann
Sekretät	W.Harth(kommis.)	W.Harth(kommis.)
1.Beisitzer	V.Niemeier	V.Niemeier
2.Beisitzer	C-M:Höring	C-M.Höring
3.Beisitzer	V.Seipp	K.Wöllner *
Vertr.BerufsVB	S.Gass	S.Gass

* kristina.woellner@ukb.uni-bonn.de

Einstimmige Zustimmung zum neuen Vorstand

4. W.Harth

Schlusswort, Hinweis auf die Notwendigkeit der Erstellung der neuen Leitlinien, Termin bis 10/2010 (Delphi-Konferenz), Hinweis von U.Gieler, dass möglichst noch andere Gebiete mit einbezogen werden (Psychiater, Psychologen) um S2-Richtlinie zu erreichen. Möglichkeit mitgeteilt, dass der Vorstand beschlossen hat, finanzielle Unterstützung bei aktiver (Vortrag, Poster, Tagungsbericht) Teilnahme an Tagungen zu geben.

Frage an die Mitglieder nach Wünschen, Kritik:

- wie kann man sich an Studien beteiligen? Interessenten können sich bei U.Gieler melden.
- J.Wehrmann: zukünftig Tagungszeitplan exakter einhalten, mehr Zeit für MV einplanen
- A.Bader: Möglichkeit für eine Zertifizierung sollte voran gebracht werden, es wird dafür eine AG gebildet: U.Gieler, V.Niemeier, W.Harth, K-M.Taube

Protokoll K-M.Taube, 28.11.2009

Psychosomatisch - dermatologische Rehabilitation – Indikation, Antragstellung

Dr. Jochen Wehrmann,

Einleitung:

Dieser Artikel bezieht sich auf den Vortrag vom 29.4.09, gehalten auf der Sitzung des APD während des DDG-Kongresses in Dresden. Damit soll den APD-Mitgliedern in kurzer und übersichtlicher Form eine Hilfe für die Indikation und Antragsstellung zu einer *psychosomatisch-dermatologischen stat. Rehabilitation* gegeben werden.

Indikation:

Kriterium ist nicht primär die Diagnose des Patienten, sondern dessen spezifischer Behandlungsbedarf. Da es sich meist um eine komplexe Symptomatik handelt (dermatologisch *und* psychisch), die zudem noch in eine besondere Lebenssituation eingebunden ist, soll durch eine multimodale und interdisziplinäre Behandlung eine Stabilisierung des Patienten erreicht werden. Ziel ist dabei eine längerfristige Besserung der beruflichen und sozialen *Teilhabe*. Diese Zielsetzung unterscheidet vom Ansatz und damit (meist) auch vom Kostenträger die Rehabilitation von der akut stationären Krankenhausbehandlung (z.B. bei Prof. Gieler), wo die primäre Besserung der Symptomatik im Zentrum steht.

Kostenträger:

In den meisten Fällen ist die DRV Kostenträger einer Rehabilitation. Deshalb sollte dort bzw. bei den gemeinsamen Servicestellen von DRV und GKV der Antrag gestellt werden. Die nötigen Formulare kann man bei den Kostenträgern downloaden. Die GKV ist Kostenträger, wenn die DRV nicht zuständig ist, also bei Altersrentnern, Personen, die die individuellen Voraussetzungen (Beitragszeiten) nicht erfüllen oder Kindern/Jugendlichen, sofern diese nicht eine Kinderrehabilitation der DRV erhalten. Zu den individuellen Voraussetzungen zählen die Reha-bedürftigkeit, –motivation und eine positive Reha-prognose. Die Reha muss der Versicherte selbst beantragen, er kann aber auch von der GKV dazu aufgefordert werden.

Rehabilitationsbedürftigkeit:

- Rezidivhäufigkeit trotz adäquater dermatologischer Therapie
- im Anschluss an eine akut stationäre Therapie zu Stabilisierung
- bedeutsame Kontextfaktoren, z.B. Triggerung durch psychosoziale Faktoren oder psychische Komorbidität
- Erhalt der Erwerbsfähigkeit bei belastetem Hautorgan

„Bei aus dermatologischer Sicht gegebener Rehabilitationsbedürftigkeit ist die *Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung* ausschlaggebend für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung. Insbesondere bei manifesten psychischen Störungen ist der Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung mit einem psychosomatisch-dermatologischen Therapieschwerpunkt der Vorzug zu geben.“

(Lit.. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut. DRV 2005)

Die Rehabilitation benutzt sehr häufig die Terminologie der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Hiermit können die verschiedenen Einschränkungen auf der strukturellen Ebene, wozu auch die Psyche gehört (!), der Aktivitäten und Teilhabe und die Kontextfaktoren beschrieben werden. Gerade die letzteren sind bedeutsam, wenn die Lebenssituation mit in den Fokus genommen wird. Die ICF ist eine Klassifikation und keine Krankheitstheorie.

Die *Kostenanträge der GKV* (Formular 61) beziehen sich explizit auf die ICF-Terminologie (die DRV ist da nicht so streng). Nachfolgend werden Beispiele für die Formulierung gegeben. Diese sollen nicht nur bei der Antragstellung unterstützen, sondern auch Pat. und Arzt eine Hilfestellung bezüglich der Möglichkeiten und Zielsetzungen einer Rehabilitation geben.

Schädigungen der Hautstrukturen:

- Entzündungen
- Juckreiz, Schwitzen, Schmerzen
- beeinträchtigte Sensibilität
- erhöhte Infektanfälligkeit
- allergische Reaktionen
- veränderte Reaktion auf physikalische Reize (Urtikaria)
- Narbenbildung, Sklerose
- vaskuläre Störungen/Schädigungen etc

Einschränkungen der Aktivitäten:

- Rückzug

- beeinträchtigte Greiffunktion, Steh- und Gehvermögen (z.B. Hand- und Fußekzem, Psoriasis pustulosa)
- verstärkte Körperpflege (zeitaufwändig) • Überangepasstheit etc.

Einschränkungen der Teilhabe:

- Berufswahl
- soziale Integration (Stigmatisierung)
- Mobilität
- wirtschaftliche Eigenständigkeit (Kosten von Ther. und Pflege)
- körperliche Unabhängigkeit (Notwendigkeit externer Assistenz, eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung, Urlaub) etc.

Des Weiteren können *psychische Einschränkungen* bestehen:

Mentale Funktionsstörungen:

- psychische Energie (Antrieb, Motivation)
- Schlafstörungen
- Aufmerksamkeit
- emotionale Funktionen (Affekte, Emotionen, Empathie) und deren komplexe Regulation (z.B. Frustrationstoleranz); Wahrnehmung (Verzerrung, Einengung), z.B. von Affekten und deren Differenzierung
- Denkfunktion (Wahn, Halluzination)
- höhere kognitive Funktionen (Abstraktionsvermögen, Kritikfähigkeit, Planen, Urteilsvermögen, Sender/Empfänger) etc.

Psychische Aktivitäten:

- Aufmerksamkeit fokussieren
- Entscheidungen treffen
- Aufgaben koordinieren und durchführen
- Stressverarbeitung im interaktionellen Kontext, adäquater Affektausdruck etc.

Eine große Rolle spielen die umweltbezogenen und die persönlichen **Kontextfaktoren** (KF), die sich förderlich (+) oder hemmend (-) auswirken können.

- genetische Disposition (- KF)
- psychische Stabilität (-/+ KF)
- Coping (-/+ KF)
- soziale Unterstützung (-/+ KF) • soziales Sicherungssystem (-/+ KF)
- Haut belastender Beruf (- KF) etc.

In der **psychosomatisch-dermatologischen Rehabilitation** werden die dermatologische und die psychische Symptomatik in ihrer (gegenseitigen) Auswirkung reflektiert und mit einem multimodalen, interdisziplinären Therapiekonzept behandelt, um längerfristig die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben zu fördern bzw. zu erhalten.

Rehabilitationsziele:

- Besserung der Symptomatik (Haut, Psyche)
- verbessertes Coping, Umgang mit Behinderung
- Intensivierung der Psychotherapie
- Klärung des Störungsbildes
- Förderung sozialer Kompetenzen, Stabilisierung des Selbstwertes
- Klärung des Leistungsbildes, ggf. Teilhabeleistungen etc.

Therapieelemente:

- dermatolog. Behandlung (UV, Bäder, Externa, Interna)
- Psychotherapie (Einzel-, Gruppentherapie, Entspannungsverfahren)
- Edukation, indikative Gruppen
- Sport- und Physiotherapie • Ergotherapie • Diät etc.

Dr. Jochen Wehrmann,
Rothaarklinik, 57319 Bad Berleburg jochen.wehrmann@helios-kliniken.de

„Gesund“ trotz schwerer Krankheit??**Copingstrategien bei körperlichen Erkrankungen und begleitenden psychosozialen Belastungen**

Dr. Christa-Maria Höring, Stuttgart

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieser (gekürzte) Beitrag wurde gehalten als Vortrag auf einer internistischen Fachfortbildung in den Bereichen Gastroenterologie/Onkologie.

Ich hätte ihn für unseren Rundbrief mit dermatologischen Fällen anreichern können- aber warum nicht einmal über den Tellerrand schauen. Die theoretischen Ausführungen sind allgemein gültig, und die Sichtweise soll Sie anregen, in Gedanken eigene Fälle z.B. aus der dermatologischen Onkologie hinzuzufügen.

Gesund ist, wer sich gesund fühlt?!

Gesund ist, wer frei von jeglichen körperlichen und seelischen Beschwerden ist?! „Ich habe eine schwere Krankheit, aber ich fühle mich eigentlich zur Zeit gesund, ich kann damit gut umgehen!“

Der Grad subjektiv empfundener „Gesundheit“ hängt stark von den Fähigkeiten ab, die Einschränkung zu bewältigen, die ein krankheitsbedingtes Handicap mit sich bringt. Ich habe Menschen erlebt, die ihre Knochenmetastasen mithilfe einer guten Schmerztherapie ausblenden können und sich zeitweise ganz gesund fühlen, Menschen, die sich –angemessen- durch Funktionseinschränkungen z.B. operative Folgen nicht gesund fühlen, aber ihren Alltag nahezu uneingeschränkt leben, Menschen, die trotz schwerster Invalidisierung sagen können, dass es ihnen im Moment gut geht und Menschen, die objektiv keine somatischen Einschränkungen oder Beschwerden haben, die sich aber durch die Diagnose zB eines operierten nicht metastasierten rezidivfreien Mammacarcinoms krank fühlen.

Copingstrategien sollten so beschaffen sein, dass die subjektiv empfundene

Lebensqualität und die objektiv erweiterten Möglichkeiten, Herausforderungen des Alltags aktiv zu gestalten, optimiert werden. Wichtige erste Fragen im Kontakt mit meinen Patienten sind daher solche wie: „Haben Sie schon einmal schwere Belastungen erlebt, und wie haben Sie diese damals bewältigt? Was hat Ihnen dabei geholfen? Wie war es zunächst, was haben Sie anfänglich gedacht, wie es ausgehen wird? Wie ist es dann ausgefallen? Haben Sie die Situation als Schwächung erlebt oder haben Sie sich später auch gestärkt gefühlt? Wer ist Ihnen zur Seite gestanden? Was hat Ihnen damals gut getan?“

Als Psychosomatiker bzw. in der Psychosomatischen Grundversorgung und Beratung bei neuen, das Leben verändernden Diagnosen achten wir in einem solchen Gespräch auf die Fähigkeit zur Flexibilität, auf die Vielfalt der Mechanismen, die eingesetzt wurden oder werden, auf Hinweise zur Selbstüberforderung oder unangemessenen Passivität, auf starre Bewältigungsmuster. Was meine ich damit: eine Patientin kann zum Beispiel erzählen, dass sie nach der Diagnose eines Colonicarcinoms erst einmal für sich sein musste, viel geweint hat, dass sie dann ihre beste Freundin angerufen hat, die sofort gekommen ist, dass sie erst einmal alles hat liegen lassen, aber dann sorgfältig überlegt hat, was sie für die Zeit nach der Operation vorsorglich vorbereiten wollte, dass sie später Informationen gesammelt hat über das, was landläufig als unterstützende Maßnahmen benannt wird und dass sie aber auch immer mit vorbereiteten Fragen zum Arzt gegangen ist. Hier besteht ein gesundes Wechselspiel zwischen der Fähigkeit, eine Situation allein zu meistern und der Begabung sich auch anlehnen zu können. Ein anderer Patient mag nach Diagnose eines Bronchialcarcinoms und Entfernung einer Lunge trotz schwerster körperlicher Einschränkung darauf bestehen, dass er sich schon immer allein geholfen habe, dass ihm sowieso niemand beistehen könne, dass man einfach abwarten müsse, es werde schon besser werden- dieser Patient belastet sich einseitig selbst und unterschätzt die Wirkung supportiver Maßnahmen.

Coping war vor 30 Jahren während meiner Facharztausbildungszeit kein gängiger Begriff. Mit der zunehmenden Anglikanisierung der medizinwissenschaftlichen Sprache wurde dieses Wort zusammen mit den Begriffen Compliance, adherence, shared decision making Alltagsvokabular.

Coping bezieht sich auf die Summe aller kognitiver, emotionaler und handlungsorientierter Strategien, die dazu dienen, ein Problem zu lösen, eine Situation seelisch zu verkraften, eine Situation kontrollieren zu können, das Wohlbefinden zu verbessern, Beziehungen positiv zu gestalten, den Selbstwert zu erhöhen, Selbstwirksamkeit zu erleben. Wenn das gelingt, spricht man davon, dass ein Mensch eine Konsistenz erlebt. Dazu müssen Störungsfelder reduziert werden und Ressourcen aktiviert werden. Wir unterscheiden drei fundamentale Arten: informationsfokussiertes Coping (auf das wohl die meisten medizinischen Interventionen gerichtet sind), emotionsfokussiertes Coping und problemorientiertes Coping. Coping ist ein ständig neuer Prozess. Abwehr zB Verdrängung kann durchaus ein Teilaspekt von Coping sein, im Allgemeinen meinen wir mit dem Begriff Coping aber eher das aktive und bewusst wahrgenommene Tun, Denken und Fühlen. In Copingstudien tauchen die Begriffe fighting spirit- meist, aber nicht eindeutig verbunden mit einer besseren Prognose nach Ersterkrankung- und als Gegenpol die sog. Typ-C-Persönlichkeit auf, die passiv hinnehmend, angepasst und fügsam erscheint und zu Depression, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit neigt. Neurotische Patienten und solche mit Persönlichkeitsstörungen haben viel weniger

Möglichkeiten eines aktiven Copings, sie zeigen mehr von dem, was wir in der Psychosomatik frühe Abwehrformen nennen. Im Rahmen der Krankheitsbewältigung kann ein Problem neu bewertet werden und z.B. zu einer Sinnfrage werden; Menschen können sich herausfordern, neue Ideen zu finden, wie sie mit Beschwerden umgehen, denken Sie besonders an Schmerzpatienten; Menschen können im Rahmen von Krankheit soziale Unterstützung als etwas Wichtiges neu erfahren, statt alles mit sich allein auszumachen. Aus einer Zustandsperspektive kann eine Veränderungsperspektive werden. Was heißt Ressourcenaktivierung: zunächst müssen zentrale Bedürfnisse erspürt werden, Wünsche geweckt werden, Ein Wunsch muss in eine Intention eines handlungswirksamen Ziels umgewandelt werden, d.h. aus der Zielintention-„Ich werde nächstes Mal meinem Arzt sagen, wie ich mich wirklich fühle“ muss eine Ausführungsintention werden-„Ich werde meinem Arzt sagen wie ich mich wirklich fühle, und weil ich weiß wie schwer mir das fällt, lasse ich mir im Gespräch ein wenig Zeit, wenn er mich fragt, wie es mir geht und spreche aus, dass ich oft niedergeschlagen und mutlos bin; dabei schaue ich ihn direkt an, damit er mich auch wahrnimmt und lasse mich nicht unterbrechen. Die Sachinformationen sollen an dem Tag im Hintergrund stehen.“ Solche Ausführungsintentionen können mental durch visuelle Vorstellungen geübt werden: sei es als Bildschirmtechnik, sei es als geleiteter Tagtraum in Entspannung mit geschlossenen Augen.

Voraussetzung für eine Handlungsveränderung ist das Bewusstmachen von Konflikten und ängstlich besetzten Gefühlen bzw. überdauernden Denkmustern: „Ich kann doch meinem Arzt nicht widersprechen, er wird schon wissen, was mir gut tut. Die Physiotherapie hat die Schmerzen verschlechtert, aber ich kann doch der Krankengymnastin nicht vorschreiben was sie zu machen hat. Ich habe Angst, mich mit zu vielen Fragen bei meinem Arzt unbeliebt zu machen, er hat sowieso so wenig Zeit und wird so schlecht bezahlt. Ich störe, wenn ich schon wieder Fragen habe (Kindheitserfahrung vieler Menschen!)“

Ich habe Ihnen anfangs einige hilfreiche Fragen genannt. Eine weitere Möglichkeit, die Bewältigungsstrategie eines Patienten zu erfassen, besteht in der genauen Beobachtung der Atmosphäre, die im Gespräch entsteht: fühle ich mich nach wenigen Minuten vom Patienten unter Druck gesetzt, überfallen, angestrongter als ich es sein müsste und von mir kenne, will ich ihn loswerden, empfinde ich ihn als Besserwisser? Die wahrgenommenen Gefühle können Spiegel der eigenen Gefühle des Patienten sein und Spiegelung dessen, was er mit seiner Umwelt macht. Die Anstrengung, die ich als Arzt wahrnehme, kann bedeuten, dass ein Patient zu viel agiert, um die Bedrohung, die er spürt abzuwehren, zu viel heißt, mehr als ihm gut tut, so viel, dass es ihn Kraft kostet, während er Kraft gewinnen will. Es ist dann wichtig, ihn darauf anzusprechen etwa in dem Sinn, dass er im Leben sicher immer darauf bauen konnte, dass aktives Handeln wichtig war, um mit Belastungen fertig zu werden und dass man gemeinsam überlegen könne, ob das jetzt im Moment auch gut sei.

Es macht Spaß und bedarf allerdings eines gewissen Trainings, im Gespräch mit dem Patienten zu unterscheiden zwischen Inhalten der Aussagen und der Art und Weise, wie etwas dargestellt wird und in die Behandlungsbeziehung gebracht wird! Meist ist der letztere Aspekt der Wesentliche und Aussagekräftigere!

Die Vulnerabilität eines Kranken gegenüber dem körperlich und seelisch erfahrenen Stress hängt ab von der Natur des Ereignisses, von der besonderen Bedeutung, die eine Erkrankung für ihn darstellt, von früheren biografischen Erfahrungen,

vorbestehenden Problembereichen und Konflikten und der allgemeinen Art und Weise, mit Belastungen umzugehen. Machen wir uns noch einmal klar, dass Krankheit auf verschiedenen Ebenen erlebt wird: als Verlust oder Abnormalität von anatomischen, physiologischen oder psychologischen Strukturen und Funktionen, dem sog. impairment; als daraus resultierende Einschränkung der Fähigkeiten, bestimmte Aktivitäten auszuüben, der sog. Disability; als Nachteil und Begrenzung der als normal betrachteten Rollenerwartung, das sog. Handicap, resultierend aus impairment und disability.

Der Verlust einer Brust ohne Lymphödem des Armes wird anders erlebt als mit Lymphödem nach ausgedehnter Lymphadenektomie, eine Lungenflügelresektion wird körperlich als Amputation erlebt und wirkt sich auch im Körpererleben aus, schränkt massiv in der Belastbarkeit ein und verhindert dadurch die Erfüllung bislang erfolgreich ausgeübter sozialer Rollen in Beruf und Familie! Entsprechend müssen psychosoziale Interventionen komplexer gestaltet sein und anders gewichtet werden! Ich möchte mich vor den Fallbeispielen noch einem weiteren allgemeinen Thema zuwenden, den Beobachtungen der sog. Bindungsforschung im Kontext mit Stress. Ich versuche einmal, das möglichst einfach zu beschreiben.

Die meisten von uns sind „sicher gebunden“, d.h. wir haben eine positive Erwartung an uns selbst und andere verbunden mit dem internalisierten Gefühl es wert zu sein umsorgt zu werden, sich Fürsorge holen zu können und verbunden mit der Sicherheit im Umgang mit Stressoren autonom und effizient zu sein. Die Basis dafür bietet ein sicheres Aufwachsen in einer empathischen Umgebung, warmherzig und verlässlich. Das muss man sich körperlich und seelisch vorstellen: die körperliche Aufrichtung und Stützung des Babies (handling und holding) und die einfühlsame Spiegelung mit Worten und Tonfall verschafft ein positives Körperbild und damit das Gefühl der Selbstkontrolle und lässt die Sensibilität wachsen für körperliche Bedürfnisse und angemessene Selbstkontrolle in Zeiten von gesundheitlichen Krisen. Nun gibt es aber auch viele sog. Unsicher gebundene Menschen, wo die Entwicklung nicht so optimal unterstützt worden ist: die eine Gruppe neigt dazu, von anderen das bessere Coping zu erwarten als von sich selbst (unsicher ambivalent), sucht exzessiv Hilfe, hat Trennungsängste, die Entlastung durch kontaktierte Bezugspersonen hält nicht vor (Mammaca Patientin, die, kaum ist sie aus der Tür heraus, schon wieder hereinkommen möchte um sich bestätigen zu lassen, dass nichts ist). Eine andere Gruppe wird als „dismissing“, abweisend beschrieben. Solche Menschen misstrauen sozialer Unterstützung, haben eher eine positive Sicht von sich selbst und glauben an sich, zeigen aber emotionale Kälte und Rivalität. Eine dritte Gruppe hat weder an sich noch an andere Erwartungen (fearful). Das sog. Bindungsverhalten, das ich hier beschrieben habe, ist kontextabhängig und leitet Verhalten und Affekte in konkreten Situationen. Es ist bekannt, dass sich unter den Menschen mit chronischen Erkrankungen- am besten untersucht bei Asthmakindern- eine höhere Rate an unsicher gebundenen Menschen findet. Unsichere Bindung ist assoziiert mit Störungen der Stressregulation sowie eine geringe Inanspruchnahme protektiver Verhaltensmaßnahmen. Stattdessen gibt es eine Neigung zB zu stofflichem Substanzmißbrauch. Körperliche Krankheiten sind quasi ideale Trigger, um ein überdauerndes typisches Bindungsmuster zu provozieren.

Ich möchte nur einen „link“ auf die Studien der Psychoneuroimmunologie geben, die sich besonders dem Verhältnis Th1/Th2 widmen, den Zytokinen. Die Wirkung der neuroendokrinen Stressmediatoren Cortisol und Katecholamine entspricht im Wesentlichen einer Verschiebung von Th1 (zell) zu Th2(humoral) PNI beschäftigt

sich damit, wie unter Stress diese Differenzierung verändert wird. Es gibt zu allen wichtigen komplexen Erkrankungen wie Autoimmunerkrankungen sehr widersprüchliche Befunde, dennoch sollten wir uns immer vorbehalten, grundsätzlich sehr wohl davon auszugehen, dass bei den Krankheiten, um die es in Ihrer Praxis geht (CED, Tumoren) solche Verschiebungen zum Ungünstigen eine Rolle spielen könnten.

Krankheitserfahrung kann bedeuten: Verlust, Isolation, Bedrohung, Abhängigkeit. In der Betreuung unserer schwer kranken Patienten ist es also wichtig wahrzunehmen, welches Muster herrscht in der Bewältigung genannter Faktoren vor und wie kann gezielt Unterstützung gegeben werden. Nicht übersehen werden darf, dass unsicher vermeidend gebundene Menschen nach außen hin beherrscht und angepasst wirken, innerlich aber unter hohem Stress stehen (lässt sich aus dem Profil der Stresshormone ablesen). Wir sind dann als Ärzte besonders gefordert, negative Affekte, die nicht benannt, aber vom Patienten als diffuse Spannung wahrgenommen werden, zu containen, zu benennen, nicht zu übersehen (verleugnen), aber sie auch nicht als überwältigend, d.h. uns selbst ängstigend wahrzunehmen. Ich erinnere einen Ausspruch eines Chefarztes der mir sagt: " Was glauben Sie wie es mir ginge, wenn ich mich wirklich dafür interessieren würde, wie es meinen Patienten geht". Dieser Kollege hat ein Recht sich zu schützen, hat aber vermutlich zu wenig gelernt, Gefühle seiner Patienten aus der Distanz heraus zu verdauen, ohne sich davon überwältigen zu lassen. Patienten, die spüren, dass wir ihre Ängste aushalten, identifizieren sich im Lauf der Zeit mit unserem Kompetenzgefühl. Ich möchte die Theorie nun anhand von Fallvignetten mit Ihnen nachvollziehen und zu Lösungsvorschlägen kommen. Ganz allgemein sei vorweg gestellt, verschiedenste Entspannungstechniken, die unaufwändig und wie selbstverständlich im Rahmen einer schweren körperlichen Erkrankung angeboten werden könnten, einen günstigen Effekt auf die psychophysische Gesundheit haben und vermutlich unter psychoneuroimmunologischen Aspekten zu einem gewünschten Anstieg der natürlichen Killerzellaktivität führen.

Herr A., 55 Jahre alt, wird von seiner Hausärztin überwiesen, die sich bereits intensiv um seine körperliche Stärkung und sein subjektives Erleben besorgt hat. Ca 10 Monate zuvor war ein Plattenepithelcarcinom im Bereich des zentralen rechten Bronchus diagnostiziert worden. Herr A benennt unaufgefordert eine Größe von 6,5 x 5 cm; Nach vorbereitender Chemotherapie kam es zur Resektion des rechten Lungenflügels. Kaum hat er ein wenig über die Abfolge der medizinischen Interventionen berichtet, betont er, dass er von einer Anschlußheilbehandlung nach einem Tag wieder weg gegangen sei, er habe sich da wie im Gefängnis gefühlt, die Ärzte wollten da doch nur verdienen, interessiert hätte sich niemand für ihn. Er sei total von der Rolle, ihm sei alles zuviel, er könne sich kaum konzentrieren, Lesen oder Sudoku-Spielen sei nicht möglich, am Anfang habe er absolut niemanden sehen wollen, jetzt gehe er wenigstens manchmal einkaufen. Herr A. spricht darüber, wie schwer ihm das Atmen fällt, dass er einschlafe, ohne etwas dagegen machen zu können, dass sich Nächte mit 16 Stunden Schlaf mit solchen mit schwersten Durchschlafstörungen abwechseln, dass durch die Operation alles verzogen sei, seine Speiseröhre sei wie ein Schwanenhals, der Magenpförtner schließe nicht, selbst Wasser komme ihm hoch, nach Belastungen habe er oft tagelang Schmerzen.. Körperlich ist außerdem ein ausgeprägte Eisenmangel bekannt, die Lungenfunktion

sei immerhin 65 %. All diese Angaben kommen mit Mühe, auf Nachfragen, zwischen den Sätzen scheint er wie abzudriften, mich kaum wahrzunehmen. Sein Arbeitgeber hält ihm verständnisvoll seine Stelle offen, er hat aber panische Angst, wieder an seinen Platz zu gehen; seine Frau war fast gleichzeitig mit Diagnosestellung des Tumors arbeitslos geworden und kämpft über eine kleine Selbständigkeit um ein bescheidenes Einkommen. Herr A. hat jahrzehntelang geraucht- er empfindet seine Situation trotzdem nicht schuldhaft, sondern als Schicksalsschlag. Als Hauptproblem streicht er neben der psychophysischen Erschöpfbarkeit einen Konflikt heraus, ob er ab Herbst wieder beginnen soll zu arbeiten, oder eine Rente beantragen soll. Auch in einem zweiten Gespräch erlebe ich Herrn A. wie in einem Kokon, kaum zugänglich, er signalisiert keine Wünsche, nicht einmal, dass es ihm gut tun könnte, einfach zu sprechen.

Bereits im ersten Gespräch habe ich Herrn A einen schmalen Entwurf gemacht, was ich ihm anbieten kann, Entspannungstechniken, vielleicht das AchtsamkeitsAkzeptanztraining, vielleicht Entlastung durch Antidepressiva. Im Kopf habe ich imaginative Techniken. In der Selbstwahrnehmung fällt mir auf, dass Herr A. mich dazu bringt, mich sozusagen auf therapeutische Techniken als Angebot zurückzuziehen, es kommt keine spontane Beziehung zustande. Immerhin hatte er mich mit seinen Bemerkungen über die Reha ja auch gewarnt. In einem dritten und letzten Gespräch sieht er sich in seinen Enttäuschungen bestätigt- der Vertrauensarzt habe ihm homöopathische Präparate und Thioctacid verschrieben, dann gesagt, dass er aber seine Stelle verlasse und er sich das selbst s.c. spritzen solle. Eine Anleitung sei nicht erfolgt.

Herr A.- ich weiß nichts über seine Biographie- aktiviert in seiner Not ein altes Muster; er reagiert passiv, depressiv, seine Zurücknahme wirkt wie ein Schutzpanzer; er erwartet im Sinne eines unsicheren Bindungsmusters nichts oder zu wenig von außen als Hilfe. Ein klein wenig erzählt er noch darüber, dass er sich noch nie um soziale Aktivitäten gekümmert habe. Für ihn ist eine Veränderung der bisherigen Lebensbewältigungsstrategien undenkbar. Wir verabschieden uns im Verständnis für das, was ihm bei seiner Hausärztin als Ausspruch am meisten gut getan hat: „Das Ganze ruhen und heilen lassen“. Zu würdigen ist seine Bereitschaft, überhaupt mehrfach gekommen zu sein. Hier liegt langfristig die Chance der Hausärztin, die davon ausgehen kann, dass er zuverlässig kommt und ihn damit aufmerksam beobachten kann.

Dagegen Herr B., ebenfalls Mitte 50, ihm macht nach 6 Jahren stabilen Verlaufs einer CLL eine pathologische Fraktur des Humerus Angst, die vor zwei Jahren zu einer Chemotherapie geführt hat und aktuell eine anhaltende Thrombopenie nach Parvovirusinfektion, deretwegen er Cortison bekommt. Angst macht ihm vor allem, dass er meint, dass die Krankheit Folge dessen sei, dass er sich sein ganzes Leben „in grausamer Weise unter Druck gesetzt habe und der Körper eben jetzt durchgedreht sei“. Er müsse etwas ändern, spätestens jetzt. Er sei „weich gekocht“, trage doch Verantwortung, seinen Kindern etwas anderes vorzuleben als Selbstaufgabe in der Arbeit. Herr B. hat sich bereits vor 8 Jahren aktiv die Sinnfrage gestellt; er verbalisiert seine Gefühle. Der Patient vertraut seinen behandelnden Ärzten und scheut auch keine Zweitmeinung, ohne darin misstrauisch zu wirken. Trotz vieler Lebensängste, die ihn schon immer begleitet haben, wirkt er im Kontakt gut ausbalanciert zwischen seinen eigenen Möglichkeiten, den chronischen

Krankheitszustand zu bewältigen und seiner Suche nach Unterstützung. Wäre er wegen seiner Ängste gekommen, wäre eine psychodynamische Langzeitpsychotherapie indiziert gewesen. So geht es ihm aber um für ihn auch spürbare und messbare Veränderungen, die ihm das Gefühl geben, seine Situation wirksam zu beeinflussen. Es geht um die Bewältigung der Angst- ich vermittele ihm Achtsamkeits-Akzeptanz-Übungen, die er regelmäßig mit Gewinn durchführt; er korrigiert sein Arbeitspensum bis zum erreichten Ziel, von seiner Familie eine sehr zufriedene Rückmeldung zu bekommen, viel mehr präsent zu sein, er lässt alte Träume vom dem aufkommen, was ihm auch außerhalb des erworbenen Berufes vielleicht sogar mehr Freude gemacht hätte und wie dies noch zu realisieren ist und in der Arbeit mit Tagträumen taucht spontan und für mich fast verblüffend phantasiereich ein hilfreicher Begleiter auf, der ihn im Geist begleitet und dem er vertraut als Teilaspekt seines Selbst.

Wieder anders Frau C: sie ist Anfang 60 und ist operiert mit der Abschlußdiagnose eines ausgedehnten mäßig differenzierten invasiv-duktales Mammacarcinoms II, pT2 pN0. Besonders erschrocken ist sie über die Ausdehnung von gut 4 cm. Sie gerät in eine ausgeprägte depressive Belastungsreaktion und kann formulieren: „Was mir Angst macht, dass ich es nicht mehr losbringe, dass ich mich in allem selbst blockiere“, Sie schämt sich, es anzusprechen. Frau C hat bereits dispositionell eine ausgeprägte Angstthematik, die sie aber in ihr Leben bislang ohne krankheitswertige Symptomatik integriert hatte. Sie hätte eben alles vermieden, was für sie ängstigend war und meint: „Wenn ich hätte entscheiden können, wäre ich nicht auf die Welt gekommen, ich habe keinen Mut zum Risiko“. Die Mutter war bereits auch sehr ängstlich. Eben diese Angst verhindert eine effiziente emotionale Bewältigung, da – wie sie sagt- sie ja eben kein Risiko aushalten könne. Die Strategien auf der Verhaltensebene, die sie mitbringt, sind durchaus aktiver Art; sie ist aber gelähmt durch die grübelnden Gedanken, die Hoffnungslosigkeit den Schreck. Frau C profitiert ebenfalls vom Achtsamkeits-Akzeptanztraining und im Besonderen von der Arbeit mit Imaginationen zu den Themen geschützter Ort, hilfreicher Begleiter (wiederholt) und schließlich zu dem Thema „der Angst ein Gesicht geben“: (von einem guten Ort aus) sie sieht sich im Dachstübchen, auf einem Sofa, es ist warm. Dann richtet sie sich auf, geht zum verschlossenen Fenster und nimmt in der Ferne zunächst unscharf eine Krake, einen Tintenfisch mit vielen Armen wahr, der ganz schnell auf das Fenster zukommt. Sie weint, hat Angst, der gucke so böse, dunkel. Es gelingt ihr, ihren hilfreichen Begleiter, eine Katze, auf den Arm zu nehmen und unter meiner steten Anleitung der Krake konsequent in die Augen zu gucken, bis diese ganz klein wird. Sie sagt: „Ich hab das Gefühl, ich hab gewonnen.“ Anschließend ruht sie sich auf der Couch aus. Dann assoziiert sie eine wunderbare Szene mit ihrer damals 3-j- Tochter: die habe „das böse Spent“ spielen wollen, und sie als Mutter habe das Kind dann ganz fest drücken müssen und ihr gesagt: Dir kann nichts passieren. Irgendwann habe die Tochter dann gesagt: „Spent im Kamin“- dann sei es gut gewesen. Das gemalte Bild zeigt, dass die Abgrenzung noch gefestigt werden muss, sie bekommt daher noch das Thema Schutzwall: eine gut eingewachsene Pergola im 4. Stock, ein Ausblick nach vorn und die Sicherheit, sich jederzeit ins Zimmer zurückziehen zu können Es ist wichtig, dass Frau C sich die Situation aktiv gestaltet!! Später ergänzen wir die Maßnahmen noch durch Jacobson Entspannung (selbstverständlich auch Sport) Frau C formuliert mit großem Humor und damit gesunder Distanz, dass sie sich fragt, warum in Todesanzeigen immer

steht, mit großer Geduld ertragen, da müsse eigentlich etwas von Wut und Auflehnung stehen, das stehe einem zu, und was es eigentlich heißen solle, dass man so gekämpft habe.

Was ist nun die Essenz meiner Ausführungen?

Patienten gestalten Copingstrategien unterschiedlich auf der Grundlage ihrer individuellen Bindungsmustern und Lebenserfahrungen.

Die aktuelle Belastungssituation prägt den Umgang mit der Erkrankung. Ziel ist die Balance zwischen Selbst-Hilfe und Inanspruchnahme externer Hilfsmöglichkeiten.

Voraussetzung für psychosoziale Unterstützung ist die Kenntnis der genannten Faktoren, Zeit für ein biopsychosoziales Gespräch, Reflexion der Arzt-Patient – Beziehung und ggf. Klärung des Behandlungsbedarfs durch Weiterleitung an psychotherapeutische Fachkollegen, die über ausreichend Kenntnisse in der somatischen Medizin verfügen sollten. Besonders geeignet sind verhaltensmedizinische settings und ressourcen- und progressionsorientierte psychodynamische Psychotherapien ggf. in Kombination mit körperorientierten Verfahren (KBT, QiGong,) Leicht vermittelt werden kann auch in Ihrer Fachpraxis zB das Achtsamkeits-Akzeptanztraining (diverse Bücher für Laien vom Autor Kabat-Zinn, zB Achtsamkeit für Anfänger, mit CD, auch gut geeignet zur burn-out Prophylaxe für helfende Berufe!)

Wer macht was in der psychodermatologischen Forschung?

Klaus-Michael Taube

Nach einem Vortrag auf der Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft vom 29.04.-2.05. in Dresden (Vortrag am 29.04.2009).

Die Psychosomatische Dermatologie und die damit verbundene Forschung hat sich seit knapp 100 Jahren langsam entwickelt. Bis vor etwa 10-15 Jahren waren Kapitel über dieses dermatologische Teilgebiet in den einschlägigen Lehrbüchern kaum aufgeführt.

Beiträge sind z.B. im Jadassohn`schen Handbuch von 1967 von S. Borelli oder in den mehrbändigen Lehrbuch von Gottron-Schönfeld „Psychodermatologie“ von M.E. Obermayer von 1970 zu finden. Starke Impulse in der Weiterentwicklung der Psychosomatischen Dermatologie gingen dann aus nach der Gründung des „Arbeitskreis für psychosomatische Dermatologie“ (Giessen 1985) und der „Europäischen Vereinigung für Dermatologie und Psychiatrie, ESDaP, Philadelphia 1992. Auf den Tagungen der verschiedenen Arbeitskreise sowohl auf nationaler als auch auf europäischer und internationaler Ebene werden die Forschungsergebnisse der Psychodermatologie ausgetauscht und weiterentwickelt.

Mittlerweile haben die meisten dermatologischen Lehrbücher auch ein Kapitel über Psychodermatologie aufgenommen.

Im Folgenden sollen einige für das Fachgebiet der Dermatologie wichtigen Lehrbücher, aber auch Monographien zu dem Thema vorgestellt und in ganz kurzer Form beschrieben werden.

Dabei bin ich davon ausgegangen zu sehen, ob die Psychosomatik in dem Lehrbuch mit berücksichtigt wurde, ob es ein besonderes Kapitel gibt, welchen Umfang dieses Kapitel hat auch in Beziehung zur Gesamtseitenzahl, die Inhalte, gibt es eine

Übersicht, welche ausgewählten Teilgebiete sind besprochen worden, entspricht das den aktuellen Leitlinien?

Bei der Durchsicht der Lehrbücher habe ich auch andere Teilgebiete mit berücksichtigt, wie allergologische Dermatologie, pädiatrische Dermatologie, onkologische Dermatologie und Phlebologie/Proktologie.

Hiermit komme ich zu den einzelnen Publikationen:

O. Braun Falco et al.: Dermatologie und Venerologie, Springer, 2005

Das Kapitel heißt „Psychische und neurologische Erkrankungen, umfasst 8 Seiten von insgesamt 1079 Seiten und die psychischen Erkrankungen machen lediglich 3 Seiten aus.

Angesprochene Themen: Artefakte, Dermatozoenwahn, Dymorphophobie neben den neurologischen Erkrankungen.

P. Fritsch: Dermatologie, Venerologie, Springer, 2004

Das Kapitel heißt „Haut und Psyche“ und umfaßt 7 von 779 Seiten.

Angesprochene Themen: Psychosomatische Dermatosen, psychiatrische Dermatosen, Dermatosen durch Manipulationen, psychische Störungen ohne Dermatosen. Die Einteilung differiert von der derzeit in Deutschland üblichen, es werden wenig praktische Empfehlungen gegeben.

P. Altmeyer, Th. Drischka, R. Hartwig: Klinikleitfaden Dermatologie, Urban&Fischer, 2003

Hier in dem Kapitel „Notfälle-Innere Erkrankungen-Psychische Erkrankungen“, 7 von insgesamt 161 Seiten. Das Einteilungsprinzip entspricht den derzeitigen Leitlinien, insbesondere werden Wahnerkrankungen, Artefakte, Phobien, Dermatosen wie Neurodermitis, Psoriasis, Urtikaria, Akne, Pruritus und Alopezie angesprochen. Weitere Hinweise auf somato-psychische Erkrankungen. Gut für die Praxis nutzbare Therapieempfehlung.

U. Hengge, Th. Ruzicka: Lehrbuch der Dermatologie und Venerologie, WVG, 2006

Es gibt ein Kapitel „Haut und Psyche“, das 9 von 443 Seiten umfasst. Eine sehr gute Einführung, besonders gut dargestellt psychiatrische Dermatosen. Psychosomatische Dermatosen kommen etwas zu kurz, wobei betont werden muss, dass es sich um ein Studentenlehrbuch handelt.

I. Moll: Dermatologie, Thieme, 2005:

Studentenlehrbuch übersichtlich, nach Leitlinien aufgebaut, insgesamt 592 Seiten, davon 8 Seiten Psychodermatologie. Einführung und Klassifikation der psychosomatischen Hauterkrankung, Hinweise auf chronisch-entzündliche Hautkrankheiten, psychische Belastung durch Hautkrebs. Somatisierungsstörung: Körperdysmorphie Störung, dysmorphie Phobie, Trichotillomanie, Acne excoriee u.a. Insgesamt informativ geschrieben.

F-M. Köhn, J. Ring: fallstricke und fehlerquellen in der dermatologie, Springer, 2004

Hier das Kapitel Management von „Umweltverträglichkeiten“, darin: psychosomatische/psychiatrische Aspekte, 1 Seite von 308 Seiten. Hier lediglich ein kurzer Hinweis auf psychiatrische Erkrankungen. Ein eigenes Kapitel wäre sicher sinnvoll gewesen.

H.C. Korting (Hrsg) et al.: Dermatologische Qualitätssicherung, ABWWissenschaftsverlag, 2007:

Die psychosomatischen Hautkrankheiten sind hier auf Seite 413 ff. (insges. 15 Seiten), artifizielle Störungen Seite 429 (insges. 10 Seiten), Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie, Seite 964 (insges. 6 Seiten) dargestellt. Die Artikel stammen von Mitgliedern des APD, sehr gute und detaillierte Darstellung, hohe Qualität, gute Therapieempfehlung.

J. Hunter, J. Savin, M. Dahl: Clinical Dermatology, Blackwell, 2006:

Englisches Studentenlehrbuch mit einem interessanten Kapitel „The skin and the psyche“, 6 Seiten von insgesamt 294.

Es gibt eine gute Einführung, nähere Informationen zu body image, Dysmorphophobie, Dermatitis artefacta, neurotic excoriations, Acne excoriée. Insgesamt sehr gute Qualität.

H. Traupe, H. Hamm: Pädiatrische Dermatologie, Springer, 2006:

Es gibt hier ein Kapitel über Kindesmisshandlung mit Diagnostik, Behandlung und Prävention, 12 Seiten von insges. 699 Seiten mit wichtigen Hinweisen für den Dermatologen in der Praxis. Zu kurz gekommen sind Hinweise auf Patientenführung in der Dermatologie, Juckreizstrategien, Psychoedukation, hier insbesondere bei atopischer Dermatitis. Es fehlen auch Hinweise auf Elternschulungen. Insgesamt wünscht man sich eine Komplettierung.

G. Sebastian, A. Stein: Das maligne Melanom der Haut, Uni-Med, 2000:

Auf der Seite 125 wird ein kurzer Hinweis bei Nachsorgeuntersuchung von Tumorpatienten auf eine psychosoziale Beratung gegeben, Ziel: Abbau von Ängsten und Vermittlung von dem Gefühl der Geborgenheit. Ein eigenes Kapitel zum Umgang mit onkologischen Patienten wäre sehr wünschenswert.

E. Steockfleth (Hrsg): Hautkrebs – ein Leitfaden für die Praxis, Uni-Med, 2008:

Hier gibt es keinen Hinweis auf Probleme der Psychoonkologie oder Psychoedukation. Auch Hinweise zu einer diesbezüglichen Beratung und Therapie fehlen. Man würde sich auch Hinweise dahingehend wünschen, „wie gehe ich mit Patienten mit infauster Prognose um“. Hier sehe ich noch Nachholbedarf.

Th. v. Uexküll: Psychosomatische Medizin, Urban&Schwarzenberg, 1996:

Es ist ein umfangreiches, viel verwendetes und viel verwendbares Lehrbuch. Es finden sich insbesondere Kapitel zu Artefakten, Lebensqualität sowie ein eigenes Kapitel (1087-1100), das der psychosomatischen Dermatologie gewidmet ist. Als Nachschlagewerk „unerschöpflich“.

F.A. Whitlock: Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten, perimed, 1980:

Immerhin schon 30 Jahre alt, hier findet sich eine Auflistung der bis dahin bekannten Aspekte der psychosomatischen Dermatologie. Es werden Fälle von Artefakten, atopischer Dermatitis, Urtikaria, Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen und Haarerkrankungen vorgestellt und besprochen. Behandlung (ursprünglich englisches Buch): Meist medikamentöse Empfehlung.

E. Panconesi: Stress and Skin Diseases: Psychomatic Dermatology, J.B. Lippincott, 1984:

Auch das Lehrbuch (in englischer Sprache) mittlerweile 25 Jahre alt, 280 Seiten.

Schwerpunkte sind hier: Störungen der Hautberührung, Stress, neuropsychologische Ansätze, psychosomatische Dermatologie (klassischer Dermatosen). Weitere Kapitel: psychiatrische Dermatosen, Self-image. Therapieempfehlung meist medikamentös.

C.S. Koblenzer: Psychocutaneous Disease, Grune&Stratton, 1987:

Englisches Lehrbuch, sehr logisch aufgebaut, 338 Seiten. Versuch einer Einteilung in psychiatrische, streng psychosomatische und stressbedingte Dermatosen. Hervorragend geschrieben und sehr informativ, viele Beispiele. Therapieansätze meist medikamentös.

F. Grimalt, J.A. Cotterill: Dermatologia y Psiquiatria, aula medica, 2002:

Psychosomatische Dermatologie als Lehrbuch in spanischer Sprache. 480 Seiten nach dem heute offiziellen Einteilungsprinzip, sehr informativ geschrieben, hervorragende Abbildungen.

J. Koo, C.S. Lee: Psychocutaneous Medicine, Dekker, New York Basel, 2003: Hier insgesamt Hinweise auf medikamentöse und Psychotherapie. Wenig Hinweise auf Gesprächs- und Verhaltenstherapie, wenig tiefenpsychologische Ansätze.

U. Gieler, U. Stangier, E. Brähler: Hauterkrankungen in psychologischer Sicht, Hogrefe, 1993:

Das Buch besteht aus ausgewählten Artikeln mit insg. 300 Seiten. Zunächst theoretische Ansätze wie Körpertherapie, Neurodermitisschulungen. Im zweiten Teil psychometrische Ansätze (Fragebögen) sowie schließlich experimentelle Ansätze zu psychoendokrinologischen Untersuchungen.

U. Gieler, K.A. Bosse: Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten, Hans Huber, 1995:

Ausgewählte Kapitel in 170 Seiten. Grundlagen und theoretische Ansätze wie Psychoanalyse, Untersuchung zum Entstellungsgefühl. Krankheitsbilder: Wahnsynndrome, Pruritus ani, unerfüllter Kinderwunsch. Schließlich Hinweise auf Umgang und Organisation mit den Patienten und Therapiehinweise.

W. Harth, U. Gieler: Psychosomatische Dermatologie, Springer, 2006:

Umfassendes Lehrbuch, sehr modern geschrieben, leitliniengerecht, insgesamt 310 Seiten. Informative Einführung in das Fachgebiet und Darstellung der Bedeutung der psychosomatischen Dermatologie, spezifische Krankheitsbilder nach der bekannten Dreieinteilung. Spezielle Schwerpunkte: Allergologie, Andrologie, Kosmetische Dermatologie, Operationen u.a. Weiterhin Darstellung spezieller psychosomatischer Konzepte, Praxisempfehlung, Literatur, Hinweise auf Selbsthilfegruppen u.a. Standardwerk!

W. Harth, U. Gieler, D. Kusnir, F.A. Tausk: Clinical Management in Psychodermatology, Springer, 2009:

Der deutschen Ausgabe noch eins draufgesetzt, aktuelles internationales Lehrbuch in englischer Sprache zur Psychodermatologie, großartiges Bildmaterial.

J. Kupfer, S. Schmidt, M. Augustin: Psychodiagnostische Verfahren in der Dermatologie, Hogrefe, 2006:

Hier Auflistung und Darstellung verschiedener in der psychosomatischen Dermatologie gebräuchlicher Fragebögen. Fragebögen zu einzelnen dermatologischen

Erkrankungen und zu einzelnen Beschwerden, wie Pruritus, Lebensqualität für wissenschaftliche Befragung unverzichtbar.

U. Stangier: Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störungen, Hogrefe, 2002:

Klärung der Entstehung körperdysmorpher Störungen (KDS). Hier insbesondere Hinweise auf Diagnostik, vorhandene Fragebogen, Vorgehen bei KDS, therapeutische Ansätze. Standardwerk für KDS.

S. Ständer (Hrsg.): Pruritus, Uni-Med, 2008:

Epidemiologie, Klassifikation und Diagnostik von Pruritus. Neurobiologische Ansätze der Erklärung von Pruritus. Klinisch häufige Ursachen Pruritus, Therapieleitlinien.

K. Seikowski (Hrsg.): Sexualität und neue Medien, Pabst, 2005:

Beschreibung der Möglichkeiten neuer Medien, Internet. Internetkontakte und Pornographie, Beratungsmöglichkeiten, Angebote pro familia, Darstellung von Fallberichten.

Chr. Detig: Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr?, Vandenhoeck&Ruprecht, 1989:

Psychoanalytischer Behandlungsansatz. Vorstellung eines Konzeptes zur Untersuchung hautkranker Patienten. Schlussfolgerungen: interaktionelle Prozesse bei der Patientenbefragung beachten.

Ch. Detig-Kohler: Hautnah, Psychosozial Verl., 2002:

Hier besonders Hinweise auf Psychoanalyse (PA) und PA-Behandlung von Hautkrankheiten.

Darstellung von Somatisierungsprozessen. Im dritten Kapitel Fallberichte:

Neurodermitis, Urtikaria.

D. Anzieu: Das Haut-Ich, Suhrkamp, 1991:

Psychoanalytischer Ansatz. Darstellung, dass über die Haut die verschiedenen Gefühlswelten empfunden und ausgelebt werden (können). Haut in ihren verschiedenen Funktionen: Image, Aufnahme, Ausscheidung. Psychoanalytische Schlüsse aus diesem Wissen.

A. Maguire: Hauterkrankungen als Botschaft der Seele, Walter, 1991:

Psychoanalytischer und kulturhistorischer Ansatz. Darstellung der Funktion der Haut an Fallbeispielen: Ekzem, Psoriasis, Urtikaria, Lichen ruber, Alopezie, auch: TEN, LE. Erklärungsmodell: Haut als Feuer, Schlange.

A. Lévy: Haut und Seele, K&N, 1997:

Psychoanalytisches Konzept. Darstellung von Juckreiz und Ekzem, Warzen, Akne, Psoriasis, Herpes. Weitere Hinweise auf Erythrophobie, Artefakte. Mit dem Versuch einer „tiefenpsychologischen Kulturanalyse“.

J. Ulnik: Skin in Psychoanalysis, Karnac, 2008:

Psychoanalytischer Ansatz, historische Entwicklung von Freud, Anzieu. Besondere Hinweise auf body image, Self-inflicted lesions, Psoriasis.

E. Kasten: Body-Modification, reinhardt, 2006:

Darstellung des menschlichen Körperbildes und Arten von body-modification: Bemalung, Tätowierung, Piercing, Körperstellen-Behandlung, Branding, Cutting. Nähere Hinweise zu Schönheitsoperationen und Selbstverletzungen.

Es ist ein großer Fortschritt, dass das Kapitel „Psychosomatische Dermatologie“ in die wichtigsten dermatologischen Lehrbücher Einzug gefunden hat. Die Qualität und das Einteilungsprinzip hat sich in den letzten 20 Jahren enorm entwickelt.

Diese kleine Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, soll aber für Einsteiger eine Hilfe darstellen und für den Eingeweihten den Hinweis auf Publikationen, die er nicht ständig zur Hand hat.

In den Lehrbüchern ist die psychosomatische Dermatologie weitgehend angekommen, aber leider noch nicht flächendeckend. In Büchern zu dermatologischen Teilgebieten, wie der pädiatrischen Dermatologie fehlen noch entscheidende Hinweise. Mittlerweile gibt es eine Reihe Spezial-Lehrbücher, die ausgezeichnete Übersichten und Teilaspekte darstellen.

Bücherempfehlung von Veronika Seipp

Ergänzung zur psychodermatologischen Literatur

Michael Winterhoff "Warum unsere Kinder Tyrannen werden" und "Tyrannen müssen nicht sein"

Spannend, wie man auch mit wenig glücklich sein kann

Helma Norberg-Hodge

"Faszination Ladakh" Herder Spektrum 9,90Euro

Mitch Albom "Dienstags bei Morrie" Ein Student nimmt Abschied von einem an ALS erkrankten Professor.

Luise Reddemann "Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt"

Herder Spektrum 8.90 Euro mit diesem Buch können sowohl Therapeuten und

Patienten seelische Kräfte entwickeln und fördern.

Tiziano Terzani "Noch eine Runde auf dem Karussell"- vom Leben und Sterben und eine gute Übersicht über alternative Heilmethoden, sehr gut recherchiert. Vom gleichen Autor ist auch " Mein Ende ist mein Anfang"

David Servan- Schreiber "Das Anti-Krebs Buch" eine sehr persönliche Erfahrung eines Psychiaters, der Gehirnkrebs hatte.

Irvin D.Yalom " Die Schopenhauer Kur" 10,00 Euro. Handelt von einem Psychoanalytiker, der an Melanom erkrankt und sich die wichtigsten Fragen des Lebens stellt im Rahmen einer Gruppentherapie, die er selbst leitet.

Rezension: Walter F: Baustelle Deutschland, Ed. Suhrkamp 2008

In seinem Taschenbuch untersucht Walter die politische Parteienlandschaft Deutschland hinsichtlich ihrer Entwicklung in den letzten Jahren. Er arbeitet dabei Veränderungen im inhaltlichen Profil, insbesondere den Kernaussagen bzw. Kernkompetenzen der Parteien heraus und verweist diesbezüglich auf überraschende Schnittmengen zwischen konkurrierenden Parteien (z.B. CDU und Grüne). Bei der SPD findet er das protestantische Ethos mit der Pflicht zur Chancenerfüllung, Leistung und Erfolg. Diese „moderne Chancengesellschaft, die den Kontext allchristlicher Barmherzigkeit oder altsozialdemokratischer Solidarität verlässt, wird so eine ziemlich kalte und rohe Angelegenheit“. Walter folgert, dass die Volksparteien keine Antwort haben auf die drängenden sozialen Entwicklungen mit einer zunehmenden Unterschicht, die sich teilweise aus dem gesellschaftlichen Zusammenhang resigniert und perspektivlos verabschiedet hat. Dies führt er auch auf die Fixierung auf ökonomische Parameter zurück.

Die Darstellung der Parteienlandschaft setzt er in Beziehung zu soziologischen Untersuchungen bzgl. verschiedener gesellschaftlicher Milieus. Die Charakterisierung der einzelnen Gruppen ist spannend und informativ, da sie Hintergründe zum Wahlverhalten, zu politischen und kulturellen Wertvorstellungen deutlich macht. Er wirft damit Fragen auf bzgl. der Handlungsrichtlinien politischer Prozesse in einer immer komplexeren Welt, nachdem sich die angebliche Logik und Notwendigkeit, und damit auch Dominanz ökonomischen Denkens und Handelns als einseitig und fehlerbehaftet erwiesen hat.

Jochen Wehrmann

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!

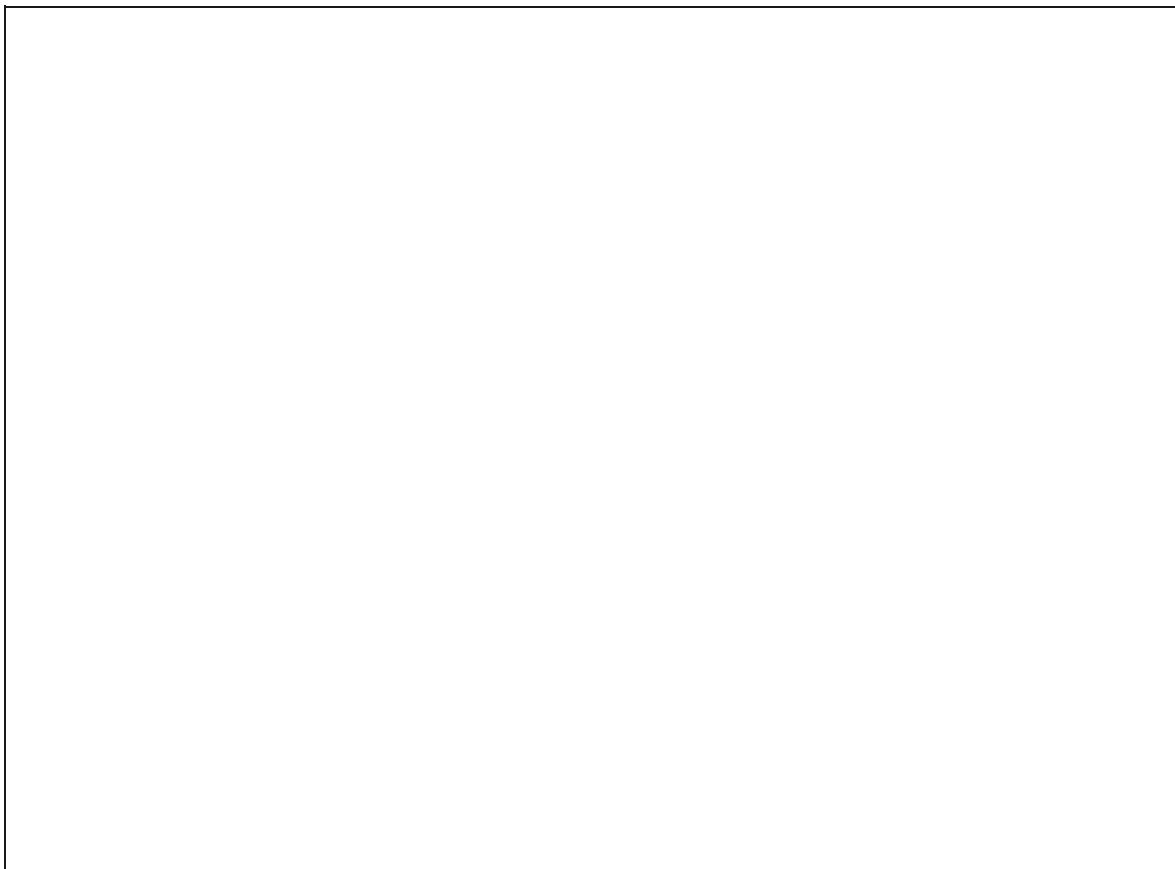
Mit diesem „unaufwendigen“ Vordruck möchten wir Sie einladen und ermutigen, eigene kleine Kasuistiken als Erfahrung beizutragen und so den Austausch unter den Mitgliedern zu fördern. Selbstverständlich können die Beiträge gern auch länger sein; es bedarf keiner „Kompliziertheit“, sondern es geht um Anregungen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

Am einfachsten ist es, den Beitrag per e-mail weiterzuleiten

(wolfgang.harth@vivantes.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.aeegp.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