

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2012

Rundbrief des
Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2012

Inhaltsverzeichnis

Grußwort des Vorsitzenden S. 3

Tagungsbericht

APD-Tagung 2012, Halle S.
5

Protokoll

Mitgliederversammlung 2012 S.
10

Vortrag anlässlich der Sommer-
universität Psychoanalyse 2012

der Deutschen
Psychoanalytischen

Vereinigung (DPV) an der
Universität Frankfurt S.
13

Psychotrichologie S.
25

Dermatozoenwahn S.
29

Probleme aus der Infektiologie
S. 32

APD – Wie geht es weiter? S.
35

1. Forschungspreis des APD

Ausschreibung S. 37

Ankündigung ESDaP-
Konferenz 2013 S. 38

Beitrittserklärung S. 40

IMPRESSUM:

Herausgeber:
Vorstand des Arbeitskreises
Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:
Dr. Kristina Fronhoffs

Vorstand

Vorsitzender:
Prof Dr. med. Wolfgang Harth
Chefarzt Klinik für Dermatologie
Neue Bergstraße 6
13585 Berlin-Spandau
Tel: ++49/(0)30/1 30 13 15 51 Fax:
++49/(0)30/1 30 13 15 54 e-mail:
wolfgang.harth@vivantes.de

Stellvertretender Vorsitzender:
Prof. Dr. med. Klaus-Michael Taube
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Venerologie

Ernst-Kromayer-Straße 5
06112 Halle/ Saale

Beisitzer:

Dr. med. Christa Maria Höring
Sonnenbühl 26
70597 Stuttgart

PD Dr. med. Volker Niemeier
Alicenstr. 22a
35390 Gießen

PD Dr. med. Eva Peters
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Friedrichstr. 33
35392 Gießen

Schatzmeister:

Dr. med. Jochen Wehrmann

HELIOS-Rehazentrum, Rotharklinik
Amikaweg 1
57319 Bad Berleburg

Schriftführer:

Dr. med. Kristina Fronhoffs (ehemals Wöllner)
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Sonderreferent des Berufsverbandes:

Dr. med. Steffen Gass, Günzburg

Kooptierte Mitglieder:

Dr. med. Veronika Seipp, Darmstadt
Dipl. Psych. PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski,
Leipzig
PD Dr. med. Roland Freudenmann, Ulm

Vorwort

Dermatologie im Wandel
Psychodermatologie im Wandel
Gesellschaft im Wandel...

Die Dermatologie hat in den letzten Jahren einen enormen Wandel mit Zunahme ästhetischer medizinischer Konzepte erlebt. Für viele Praxen war es eine Möglichkeit, ein zweites Standbein neben der kassenärztlichen Tätigkeit aufzubauen und bestimmte Leistungen privat abzurechnen. In Berlin trennen sich in letzter Zeit immer mehr Praxen von einer kassenärztlichen Tätigkeit und bieten nur noch „Privatleistungen“ an.

Schauen wir uns den Bereich Psychodermatologie an:

Meistens werden längere Gespräche im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder Psychoedukation durchgeführt, wenn es denn aufgrund der Situation des Patienten notwendig ist. Bis vor einiger Zeit musste man sich entscheiden, ob man einen Kassensitz Psychotherapie oder Dermatologie wählt und dann vorwiegend psychotherapeutisch oder somatisch tätig ist. Entweder - oder.

Theoretisch war die Möglichkeit gegeben, ein zweites psychosomatisches Standbein neben der kassenärztlichen Hautarztpraxis aufzubauen und psychotherapeutische Leistungen privat anzubieten. Weiterführende PrivatLeistungen wie Entspannungstraining, Anti-Stress-Training, Anti-Burn-out oder Partnerschaftsberatung wurden jedoch kaum nachgefragt oder angeboten. Auch die kostengünstigere Zusammenstellung von Kursen auf Selbstzahlerbasis war schwierig. Von einer reinen psychodermatologischen Privatpraxis sind wir in Deutschland weit entfernt.

Wie wird der Zukunftstrend in der Psychodermatologie sein?

Sind die Entwicklungen im Mutterfach maßgeblich für die Subdisziplin Psychodermatologie?

Wie geht es weiter im Bereich der Psychodermatologie, und wie kann diese in der täglichen Praxis einen angemessenen Platz finden?

Die Organisationsformen in der täglichen Praxis werden immer komplexer, besonders durch Zeitdruck, ökonomischen Druck und Verwaltungsvorgaben.

Wie schaffe ich es, bei vollem Wartezimmer psychosomatische Behandlungen durchzuführen, ohne den Rahmen zu sprengen?

Wie kann die spezialisierte psychodermatologische Praxis oder Liaisonsprechstunde gestaltet werden, um sich psychosomatischen Patienten anzunehmen?

Welchen Stellenwert hat Psychodermatologie als Selbstzahlerleistung in der Zukunft?

Diese Diskussion würden wir gerne unter den Mitgliedern des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie anregen und Sie zum Austausch einladen, sei es per Post oder e-Mail, bei den Mitgliederversammlungen und Kongressen.

Der Vorstand hat hierzu bereits eine lebhafte Diskussion geführt, die Sie im Anhang finden.

Herzliche Grüße

Ihr

Wolfgang Harth
Vorsitzender APD

Tagungsbericht der Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie am 19./20.10.2010 in Halle (Saale) „Psychosomatische Dermatologie bei Kindern und Jugendlichen“

Kristina Fronhoffs, Bonn

Am 19. und 20. Oktober 2012 fand die Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD) zum Thema „Psychosomatische Dermatologie bei Kindern und Jugendlichen“ unter der Leitung und Organisation des stellvertretenden Vorsitzenden Prof. Klaus Taube in Halle (Saale) statt.

Nach einer kurzen Begrüßung der interdisziplinären Zuhörerschaft (Dermatologen, Pädiater, Psychotherapeuten) durch die Gastgeber Prof. Taube (Tagungsleiter), Prof. Marsch (Direktor Hautklinik Halle) und Prof. Harth (1. Vorsitzender APD) entspann sich ein vielseitiges und angeregt diskutiertes Programm.

Als erster Redner sprach Prof. Gieler (Gießen) über Erfahrungen und Stand der Wissenschaft zum Thema „Neurodermitis-Schulung bei Kindern – wann, wer, wie?“ Er berichtete, dass es bei der Neurodermitis zu deutlichen Wechselwirkungen zwischen dem Coping mit der Erkrankung einerseits und dem Einfluss von emotionalen Spannungen auf die Erkrankung andererseits komme. In der GADIS-Studie konnte gezeigt werden, dass Neurodermitis-Schulungen zu einer deutlichen Besserung von Coping und Juckreiz führen, selbst wenn sich der Schweregrad der Neurodermitis nicht bessert.

Spannend war, dass sich das Konzept „Neurodermitis-Schulung“ weltweit durchzusetzen scheint, dass aber vor dem Hintergrund kultureller Unterschiede solche Schulungen sehr unterschiedlich ablaufen können. Während in Deutschland und Frankreich die Gruppe mit ihrer eigenen Dynamik ein wichtiges Element der Schulung darstellt, so verlaufen die Schulungen z. B. in asiatischen Ländern im „Lecture-Modell“.

In der Diskussion stellte sich die Frage, ob es die Patienten selber oder nicht eher die Eltern sein müssten, die geschult werden. Prof. Gieler stellt den Patienten in

den Mittelpunkt. Gerade bei den Kindern im Grundschulalter zeige sich oft eine große Lernbegeisterung. Ein besonderes Anliegen war Prof. Gieler im Rahmen der Diskussion, die Erklärung des Juckreiz-Kratz-Zirkels ins Zentrum der Schulung zu rücken.

Im Anschluss berichtete Frau Dr. Rapp (Stuttgart) eindrücklich über ihre Erfahrungen im psychosomatischen Konsildienst („Unter die Haut gehen – der psychosomatische Konsildienst am Klinikum Stuttgart“). Als Fachärztin für Dermatologie und Psychosomatische Medizin führt sie einmal wöchentlich eine Konsil-Sprechstunde in der Hautklinik Bad Cannstatt durch. Ihrer Erfahrung nach liegen bei den ihr vorgestellten Patienten in hohem Maße psychosomatische Komorbiditäten vor, so dass sie bei 8 % der von ihr konsiliarisch gesehenen Patienten die Indikation zur stationären Therapie in der Psychosomatischen Abteilung stelle. Durch ihre dermatologische Kompetenz sei es ihr zudem möglich, auch in der Psychosomatischen Abteilung im Rahmen einer wöchentlichen Sprechstunde die Patienten mit Hauterkrankungen auch intensiv dermatologisch weiterzubetreuen.

Sie schließt ihren Vortrag mit dem zusammenfassenden Statement, dass die Zahl der Konsilanfragen an die Psychosomatik beständig ansteige und unterstreicht so die große Notwendigkeit für ein solches Angebot.

Weiter im Zeichen der Interdisziplinarität schließt sich der Vortrag von Frau Dipl. reha. päd. Hentschel (Halle) zum Thema „Multiprofessionelle Betreuung des chronisch kranken Kindes im Krankenhaus“ an. Frau Hentschel, die in der Kinderonkologie tätig ist, schildert anschaulich ihre Erfahrungen aus dem täglichen Alltag mit schwer chronisch erkrankten Kindern. So beschreibt sie, wie wichtig es sein kann, mit Eltern und Kindern Diagnosen und Therapien getrennt zu besprechen, um Eltern die Möglichkeit zu geben, ihre Sorgen und Ängste zu benennen und um bei den jungen Patienten auf altersgerechte Krankheitsvorstellungen (z.B. Krankheit als Bestrafung für Ungehorsam, Krankheit als Synonym für ansteckend Sein...) einzugehen. Auch betont sie die Wichtigkeit, auf Schuld- und Schamgefühle der Eltern im Zusammenhang der Erkrankung des Kindes einzugehen und diese zu bearbeiten.

Den Abschluss des wissenschaftlichen Teils des Abends bestritt Prof. Rujescu (Halle) mit dem Festvortrag zum Thema „Bedeutung von Erbfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen am Beispiel der Psychiatrie“. Gut verständlich beschrieb er zum Einstieg ins Thema die historische Entwicklung der genetischen Forschung der letzten 2 – 3 Jahrzehnte, in der man über Kopplungsanalysen jetzt im Rahmen von genomweiten Assoziationsstudien Kohorten von mehr als 50 000 Patienten untersucht, um seltenen genetischen

Veränderungen auf die Spur zu kommen. Durch Entdeckung dieser seltenen genetischen Varianten kann es zukünftig möglich werden, mehr und mehr im Sinne einer individualisierten Therapie dem einzelnen Patienten gerecht zu werden.

Im Anschluss konnten die Teilnehmer im Rahmen einer Stadtführung Einblicke in die schöne Altstadt von Halle gewinnen, bevor man beim wohlverdienten Abendessen im „Dompfaff“ angeregt weiter diskutierte.

Den Auftakt am Samstag Morgen bildete Frau Dipl.-Psych. Schut (Gießen), die das Thema Neurodermitis-Schulung mit ihrem Vortrag „Patientenschulungen bei kindlicher Neurodermitis: wer zeigt Interesse?“ erneut aufgriff. Im Rahmen einer Fragebogenstudie an Kindergärten im Raum Gießen konnte die Rednerin zeigen, dass das Interesse an Schulungen mit einer geringen Versorgungszufriedenheit, hohen Werten für „aktives Problemlösen“ und niedrigen Werten für „soziale Unterstützung“ korreliert. Kein Zusammenhang bestehe zum Schweregrad der Neurodermitis. Besonders erwähnenswert ist dabei, dass ein bekundetes Interesse an einer Schulung nur in einem erstaunlich niedrigen Prozentsatz wirklich in einer Schulungsteilnahme mündet. Hier bleibt die Frage offen, was von der tatsächlichen Teilnahme abhält und ob eine Schulung vielleicht einen zusätzlichen Belastungsfaktor für ohnehin stark belastete Eltern darstellen könnte, wie dies im Anschluss an den Vortrag diskutiert wurde.

PD Dr. Nürnberg (Leipzig) schließt sich hier mit seinem Vortrag „Klinische und sozialmedizinische Besonderheiten bei der Rehabilitation von Kindern“ an. Er betont, dass zum Erreichen eines nachhaltigen Rehaerfolges multiple Faktoren von Bedeutung seien. Aufgrund von Kollisionen zwischen dem Rehabedarf des Kindes und dem sozioökonomischen Status der Familie habe es in letzter Zeit entscheidende Gesetzesänderungen gegeben: so führt eine Reha des Kindes nicht mehr bei den

Eltern zu einer Leistungskürzung des Arbeitslosengeldes II. Auch sei es möglich geworden, zur Gewährleistung der Versorgung von Geschwisterkindern, diese als Begleitkinder mit in die Reha-Einrichtung zu bringen oder eine Haushaltshilfe zu beantragen. Auch kann der Verdienstausschluss der Eltern erstattet werden.

PD Dr. Nürnberg betont die Wichtigkeit der Mitaufnahme einer Bezugsperson, damit diese als „Ko-Therapeut“ mit zur Verfügung steht. Im Rahmen einer dermatologischen Kinder-Reha sei es sogar möglich, behandlungsbedürftige Eltern mitzubehandeln. Hier sei wichtig, dass auch in einem solchen Fall eine Kinder-Reha, keine Mutter/Vater-Kind-Reha beantragt werde, um dem Kind gerecht zu werden. Bei Kindern bis 8 Jahren werde die Aufnahme der

Bezugsperson immer genehmigt, aber auch bei älteren Kindern lohne sich ein entsprechender Antrag.

Er betont zudem, dass entscheidend für die Genehmigung einer Reha nicht die Diagnose als solche sei, sondern vielmehr Funktionseinschränkungen für die Rehabedürftigkeit entscheidend seien. Abschließend weist er auf die Schwierigkeit zunehmender Komorbiditäten auch im Kindesalter hin, die im Rahmen der Rehamaßnahme Berücksichtigung finden müssen.

Der nächste Vortragsblock befasste sich mit den schwierigen Themen Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch. Herrn Dr. Clauß (Halle) ist es in seinem Vortrag „Hautbefunde bei Kindesmisshandlungen: Vorgehen aus Sicht des medizinischen Kinderschutzes“ ein besonderes Anliegen, bei V.a. Kindesmisshandlung nicht nur die Hautbefunde festzustellen, sondern immer auch nach „unsichtbaren“ Verletzungen wie Frakturen oder Augenhintergrundblutungen zu suchen. Dabei sollten z.B. bei Hämatomen Differentialdiagnosen wie Gerinnungsstörungen ausgeschlossen werden bevor unüberlegt ein Verdacht geäußert wird, der ebenfalls dem Kindeswohl schaden kann. Dr. Clauß weist aber darauf hin, dass ein Normalbefund einen Missbrauch nicht ausschließt! Er betont die Notwendigkeit einer ausführlichen Dokumentation, u.a. durch Fotos, auf denen ein Maßstab zum Größenvergleich nicht fehlen sollte.

PD Dr. Seikowski (Leipzig) unterstreicht in seinem Vortrag „Sexueller Missbrauch und Hauterkrankungen“ ebenfalls die Wichtigkeit eines sehr sensiblen Umgangs beim Thema sexueller Missbrauch. Da der Haut nach Borelli und Anzieu verschiedene Funktionen zugerechnet werden wie Schutz, aber auch Selbstzerstörungsmechanismen, ist die Haut für Missbrauchte häufig Ausdrucksorgan. So können nicht nur Verletzungen oder sexuell übertragbare Erkrankungen Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch sein, sondern auch psychosomatische Beschwerden wie Juckreiz, urticarielle Hautveränderungen oder auch Dermatitis artefacta, Trichotillomanie oder neurotische Exkorationen. Besonders aufmerksam machen sollten solche Veränderungen, wenn sie sehr plötzlich auftreten. Allerdings können diese auch aus anderen Ursachen entstehen, so dass eine vorzeitige, unüberlegte, andere Ursachen ausschließende Verurteilung vermieden werden muss.

Den Abschluss der Vortragsreihe bildet der Tagungsleiter Prof. Taube mit dem Thema „Nationale Versorgungsziele bei Psoriasis, besonders bei Jugendlichen, Früherkennung und Lebensqualität“. Auch wenn sich die Versorgung von Psoriasis-Patienten seit Erstellung der S3-Leitlinie 2006 deutlich gebessert habe, so bestehen weiterhin Defizite. Da zunehmend auch Faktoren wie die

Lebensqualität in der Versorgungsforschung eine Rolle spielen, sehe er hier gute Möglichkeiten für die Psychodermatologie, sich in ihrer besonderen Fachkompetenz, die über das Auswerten von Lebensqualitätsfragebögen hinausgeht, einzubringen.

Nach der anschließenden Mitgliedsversammlung mit einer regen Diskussion über die Möglichkeiten, ein Spagat zwischen somatischer und psychosomatischer Dermatologie unter dem zunehmenden Druck von Sparmaßnahmen und Prozessoptimierung aufrechtzuerhalten, bestand die Möglichkeit zur Teilnahme an den Seminaren „Suggestive Therapie bei vulgären Warzen im Kindesalter“ (PD Dr. Seikowski, Leipzig) oder „Imaginative Körperpsychotherapie – komplementäre Verfahren für körperliche Erkrankungen“ (Dr. Hoffmann, Halle).

Im Anschluss an eine gelungene Tagung mit regem Austausch zwischen Rednern und Gästen bleibt die herzliche Einladung zur nächsten Jahrestagung des APD 2013 in Gießen!

Protokoll der Mitgliederversammlung des APD vom 20.10.2012 in Halle

Anwesend: Klaus Bosse, Annegritt Cyrulies, Caroline Fix, Kristina Fronhoffs, Uwe Gieler, Wolfgang Harth, Mechthild Hellermann, Johannes Hockmann, C. Kästner, Volker Niemeier, Gabriele Rapp, Kurt Seikowski, Veronika Seipp, Klaus-Michael Taube

Protokollführer: Dr. Kristina Fronhoffs **Tagesordnung:**

1. Bericht des Vorstandes
2. Bericht des Schatzmeisters
3. Gemeinsame Diskussion zu brennenden Themen zur Psychodermatologie

Ad 1)

Die Mitgliedsversammlung wurde von Prof. Dr. Harth (1. Vorsitzender) mit einem großen Dank an Prof. Dr. Taube für die Organisation der diesjährigen APD-Tagung eingeleitet. Doch zeigt der APD nicht nur in seinen jährlichen Tagungen, dass die Psychodermatologie einen fundierten Platz in der Dermatologie gefunden hat, auch auf allen großen Tagungen wie der Münchener Fortbildungswoche oder der DDG-Tagung in Dresden ist der APD mit Veranstaltungen vertreten. Zudem werden die Mitglieder jährlich mit einem Rundbrief über Wichtiges und Aktuelles informiert und bekommen jährlich ein aktuelles psychodermatologisches Buch zur Verfügung gestellt.

Ad 2)

In Vertretung des Schatzmeisters Dr. Wehrmann zog Prof. Dr. Harth auch in diesem Jahr eine positive Kassenbilanz. Der aktuelle Kontostand liegt bei ca. 9900,- €. Zudem befinden sich auf einem Festgeldkonto gut 12.000,- €. Der Vorstand habe ebenfalls sehr wirtschaftlich gearbeitet, so seien im vergangenen Jahr nur Reisekosten in Höhe von 124,- € abgerechnet worden.

Ad 3)

Im dritten Tagesordnungspunkt bestand für die Mitglieder die Möglichkeit, Wünsche an den APD zu richten sowie sich untereinander und mit den Vorstandsmitgliedern über den Arbeitskreis und generell die Psychodermatologie als Solche auszutauschen.

Dabei wurde der Wunsch um eine erneute Thematisierung der medikamentösen Pruritus-therapie geäußert. Pruritus war zentrales Thema der APD-Tagung 2010 unter dem Motto „Mir juckt das Fell“. Seitdem haben sich bereits wieder Neuerungen in der Pruritus-Forschung ergeben. Es wurde angeregt, zukünftig (z.B. 2014) bei überschneidenden Themen eine gemeinsame Tagung mit dem Arbeitskreis Pruritus durchzuführen.

Es wurde zudem nach einer Statistik der APD-Mitglieder gefragt, da bei den Tagungen insbesondere universitär gebundene Mitglieder aktiv im Vordergrund stehen. Tatsächlich sind jedoch geschätzt mindestens 80 % der Mitglieder im niedergelassenen Bereich tätig. Es wäre schön, auch diese Mitglieder mehr „ins Boot zu holen“ und aktiver zusammenzuarbeiten. Aus diesem Grund war auch in den letzten Jahren die Rubrik „Freie Vorträge“ in die APD-Tagungen aufgenommen worden, wo auch nicht primär wissenschaftlich tätigen Kollegen die Möglichkeit gegeben ist, Fälle aus der täglichen Arbeit vorzustellen und zu diskutieren. Jedoch wurde davon bisher wenig von den Niedergelassenen Gebrauch gemacht.

Die hohe Bedeutung der Psychodermatologie auch im niedergelassenen hautfachärztlichen Bereich zeigt sich auch in den Beobachtungen von Mitgliedern, dass vermehrt Dermatologen an Balintgruppen teilnehmen. Es wurde angeregt, bei einer zukünftigen Tagung eine Art „SchnupperBalintgruppe“ anzubieten, um weiteren Dermatologen die Balintgruppenarbeit nahe zu bringen.

Aus diesem Thema war es ein fließender Übergang zu einem Bereich, der im Vorstand in den letzten Monaten engagiert diskutiert wird und wurde, nämlich wie die Zukunft der Psychodermatologie unter einem wachsenden Druck nach Prozessoptimierung und Zeitersparnis aussehen könnte und wie sie sich weiter in der Praxis implementieren lässt. Zu dieser Diskussion lädt der Vorstand die Mitglieder im diesjährigen Rundbrief ein und hofft auf eine rege Teilnahme. Die APD-Tagung 2013 wird unter der Leitung von Prof. Dr. Gieler in Gießen stattfinden, der genaue Termin steht noch nicht fest, möglicherweise wird es sich um das 3. Wochenende im September handeln. Prof. Gieler bittet die APDMitglieder als Multiplikatoren im Sinne der Psychodermatologie und der entsprechenden Veranstaltungen und Interessen zu wirken. So werde z.B. ein Curriculum erarbeitet, mit dem die psychosomatische Grundversorgung in das Weiterbildungscurriculum des Facharztes Dermatologie und Venerologie aufgenommen werden soll.

Zudem wirbt Prof. Dr. Gieler für zwei Veranstaltungen auf europäischer Ebene, nämlich die nächste ESDaP-Tagung (European Society for Dermatology and Psychiatry), die vom 06. – 08. Juni 2013 in Roskilde bei Kopenhagen (Dänemark) stattfinden wird, sowie für den Fostering Course Psychodermatology der EADV, der das nächste Mal 2014 in Brüssel stattfinden wird. Der Fostering Course richtet sich insbesondere an junge Kollegen in der Facharztausbildung und bietet zum einen ein Heranführen dieser Kollegen an die Themen der Psychodermatologie, zum anderen auch eine Plattform zum Erfahrungsaustausch mit anderen Weiterbildungsassistenten aus ganz Europa.

PD Dr. Niemeier informiert darüber, dass die Internetpräsenz des APD (www.akpsychderm.de) wieder aktiv ist und bittet um Prüfung der Inhalte und Anregungen zur Gestaltung.

Zum Schluss ruft der Vorstand seine Mitglieder zu einer aktiven Mitgestaltung des Arbeitskreises auf und weist auf die Möglichkeit der Mitarbeit im Vorstand als kooptiertes Mitglied hin.

Bonn, den 20.10.2012

Kristina Fronhoffs

**Vortrag anlässlich der Sommeruniversität Psychoanalyse 2012 der
Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) an der Universität
Frankfurt**

(www.sommeruni.dpv-psa.de)

**Haut und Psychosomatik –
Konzeptualisierung und (Mit-)Behandlung von
Autoimmunerkrankungen aus
psychoanalytischpsychosomatischer Perspektive**

Volker Niemeier, Giessen

Die Haut spielt entwicklungspsychologisch eine wichtige Rolle für die Konstitution des Selbst. Die Bedeutung der Haut als Abgrenzungsorgan ist evident. Sie stellt die äußere Körpergrenze dar und dient damit auch der Abgrenzung zum Anderen, zum Objekt (Ausdruck in der psychoanalytischen Terminologie für einen bedeutsamen Anderen, in der Regel zunächst die Mutter). Über die Hautwahrnehmungen – neben den hoch besetzten Zonen der Körperöffnungen – entwickeln sich die Beziehungen zu den Objekten (Eichinger 2000). **Anzieu** hat daraus den bereits eingeführten Begriff des „**Haut-Ich**“ entwickelt (1985).

Zum Verständnis von psychosomatischen Erkrankungen haben auch die Konzepte der Alexithymie beigetragen: **Alexithymie**, zu deutsch **Gefühlsblindheit**. Der Begriff wurde 1973 von den US-amerikanischen Psychiatern [John Case Nemiah](#) (1918–2009) und [Peter Emanuel Sifneos](#) (1920–2008) etabliert und benennt die Unfähigkeit, die eigenen **Gefühle** wahrzunehmen, sie in Worten zu beschreiben und dafür **somatisierte Beschwerden** zu entwickeln. Der Begriff geht auf Konzepte von **Marty** und **de M'Uzan** zurück, die ein sogenanntes „Pensée opératoire“ mit charakteristischem Phantasiemangel und Konkretismus beschrieben. Im Interview erschienen die Betroffenen phantasiarm und funktional, hielten ihre Beschwerden für rein körperlich und schwiegen zu seelischen Fragen. Menschen, die alexithym wirken, könnten z. B. äußern: „Alle, die mich kennen, sagen, dass ich ein Mensch bin, der sehr logikorientiert ist. Für sie bin ich Realist und tue das, was objektiv das Richtige ist, wenn man es analytisch und ohne Gefühle betrachtet.“ Ihre Schilderungen wirken konkretistisch und ohne Affekt vorgetragen. Solche Beziehungen werden vom Analytiker dann oft als

„relation blanche“ – als leere Beziehung – erlebt, während der Patient den Analytiker ganz funktionalistisch wahrnimmt. Hier ein Beispiel einer solchen Kommunikation:

Patient: Heute hatte ich das Gefühl, dass es länger gedauert hat, bis Sie mir die Tür öffneten. Ich dachte schon, es könnte Ihnen etwas passiert sein und Sie könnten gestorben sein.

Therapeut: Wie wäre das für Sie gewesen?

Patient: Na ja, es wäre schon schade gewesen, denn ich hätte mir dann einen neuen Therapeuten suchen müssen!

(Zitiert aus www.dpg-psa.de/an_ps_historie_08.ht)

Betroffene haben wenig Zugang zu ihren Gefühlen, jedoch grundsätzlich nicht weniger Gefühle als andere. Gefühlsblinde finden selbst diese Eigenschaft oft gar nicht so schlecht. Es gibt Alexithyme, die finden es ganz gut, dass sie nicht so schnell überreagieren, dass sie sich im Griff haben und nicht so emotional sind wie andere Menschen. Aber manchmal sagt der Partner dann, dass es schön wäre, wenn sie offener wären und sich besser einfühlen könnten. Bei Menschen, deren Gefühlsblindheit stark ausgeprägt ist, kann die Schwierigkeit, Gefühle zu erkennen und mitzuteilen aber ihre Gesundheit gefährden. Weil Alexithyme ihre körperlichen Reaktionen auf Gefühle zwar nicht gut zuordnen, aber sehr wohl spüren können, deuten sie Herzrasen nicht als Signal von Angst, sondern als Symptom einer Herzerkrankung, und Grummeln im Bauch nicht als Nervosität, sondern als Bauchschmerzen.

Neben dem Alexithymie-Modell und dem Haut-Ich von Anzieu sind die Modelle von **Bion** und **Bick** hilfreich für das Verständnis des Zusammenspiels von Körper und Psyche. Angelika **Staehe** hat in einem Vortrag auf der Jahrestagung der Psychosomatischen Dermatologie im letzten Jahr das sehr anschaulich dargestellt, so dass ich mich freue mit ihrer Erlaubnis einige Auszüge dazu wiedergeben zu dürfen:

Bion geht davon aus, dass sich die Denkfähigkeit nur im Rahmen einer genügend guten Beziehung zu den ersten Bezugspersonen entwickeln kann.

Der Säugling kommt nach der Zäsur der Geburt mit einer angeborenen Erwartung auf die Welt: dass es eine Brust geben wird. Bion nennt es Präkonzept. Er kommt in die „Arme und Augen“ einer Mutter, die mit einem träumerischen Einfühlungsvermögen, der sog. *Rèverie*, seine durch Gesten, Bewegungen und Schreien ausgedrückten Empfindungen und Bedürfnisse psychisch aufnimmt und durch Handeln und Worte beantwortet. Diese Interaktionen wiederholen sich viele

Male und führen dazu, dass der Säugling allmählich selbst seine Empfindungen einordnen und als zu sich gehörig wahrnehmen kann. Er verinnerlicht schließlich diese Funktion und entwickelt dabei eine Vorstellung von seinem eigenen inneren Raum und davon, dass seine

Mutter auch einen Innenraum hat, der etwas aufnehmen kann. So kann allmählich auch die Abwesenheit der Mutter ausgehalten werden. Diese wird erträglich durch die Möglichkeit einen Gedanken, ein Bild von ihr, innerlich präsent zu halten. So wird symbolisches Denken möglich.

Es entwickelt sich eine **Kontaktschranke**, eine semipermeable Haut die die Funktionen des Unbewussten vom Bewussten trennt. Das Unbewusste bleibt geschützt, eine Voraussetzung für bewusste Aufmerksamkeit auf die aktuelle Realität. Erst durch die Kontaktschranke entsteht die Fähigkeit zwischen Innerem und Äußerem unterscheiden zu können.

Bick hat für den ganz frühen Bereich der menschlichen Entwicklung, kurz nach der Geburt, eher die körperliche Seite des von **Bion** beschriebenen Prozesses dargestellt. Erst die sinnlich-körperlichen Erfahrungen über die Haut durch Berührt- und Gehaltenwerden führen beim Säugling zu einem Gefühl des psychischen Zusammenhalts. Durch die Erfahrung der Brustwarze im Mund des Säuglings zusammen mit der vertrauten Stimme der Mutter, ihrem Geruch und ihrem „stillenden Verstehen“ entsteht eine Atmosphäre des körperlichseelischen Gehaltenseins. Die psychische Haut wird in einer Beziehung, die das Kind mit einer Erfahrung verbindet, internalisiert.

Eine Störung der ursprünglichen Haut-Behälter-Funktion der Mutter kann zu einem unangemessenen Gebrauch solcher stabilisierender Erfahrungen führen.

Bick hat dies als „**Zweithaut-Bildungen**“ bezeichnet. Diese versuchen einem psychischen Auseinanderfallen entgegenzuwirken. Die Beziehung zu anderen Menschen hat dann die Funktion, die eigene Psyche zusammenzuhalten. Dies geschieht durch ein Kleben am Objekt, am anderen Menschen. Es gibt keine Vorstellung von oder eine massive Angst vor dem Innenraum des andern. Tiefe in der Beziehung wird extrem bedrohlich erlebt. Dieses Phänomen wird als **adhäsive Identifizierung** bezeichnet (**Bick & Meltzer**). Auf dieser sehr primitiven Ebene des Denkens gibt es nur eine zwei-dimensionale Welt, keine Vorstellung von drei-dimensionalen, geschlossenen Räumen.

Unerträgliche, bedrohliche seelische Inhalte bezeichnet **Bion** als „**betaElemente**“. Für die Funktion des „Aufnehmens“ und „Verwandeln“ dieser Elemente prägt er den Begriff des **Containing**. **Bick** beschrieb Patienten, von denen sie annahm, dass sie als Säuglinge einen frühen Mangel an Gehaltenwerden und dem Containing hatten. Diese aktivierten eine „zweite Haut“, bestehend aus z. B. muskulärer Anspannung oder verbalen Aktivitäten.

Das schlechte Funktionieren der „ersten Haut“ kann dann das Baby zur Bildung einer „zweiten Haut“ veranlassen, eine schützende Prothese, einen Ersatz aus Muskeln. Die normale Abhängigkeit vom haltenden, containenden Objekt wird durch eine Pseudoabhängigkeit ersetzt. Die Zweithaut dient nach **Anzieu** als Ersatz für ein **Haut-Ich**, das ungenügend entwickelt ist, um seine Funktionen – Herstellung von Kontakten, Differenzierung beim Austausch und Speicherung von Kommunikation – erfüllen zu können.

Diese Kinder werden zu „Plaudertaschen“, um sich durch Sprechen ihres Selbstgefühls und Selbstzusammenhalts zu versichern. Alternativ stürzten sie sich in körperliche Aktivitäten oder leiden als Erwachsene unter Muskelanspannungen. Viele der von Bick beschriebenen Patienten hatten Hauterkrankungen.

In einer später vorgestellten Kasuistik eines Patienten mit einer schweren systemischen Autoimmunerkrankung möchte ich versuchen diese Bildung einer „zweiten Haut“ im analytischen Prozess darzustellen.

Psoriasis

In seinem literarischem Werk „Selbstbewusstsein“ mit deutlichen autobiografischen Zügen beschreibt der zeitgenössische Autor John **Updike** eindrucksvoll die psychischen Auswirkungen seiner eigenen Psoriasis:

„Psoriasis hält einen in Atem. Geheimhaltungsstrategien schießen ins Kraut, und die Selbstprüfung nimmt kein Ende. Man wird vor den Spiegel gezwungen, wieder und wieder [...]. Mein Krieg mit meiner Haut hatte mit Eigenliebe zu tun, ich wollte mich selbst akzeptabel finden, einerlei, ob andere es taten oder nicht [...]“.

Shafii und Shafii berichten über die Therapie - aus heutiger Sicht würde man sagen bio-psycho-soziale Therapie - eines Falles von Psoriasis aus dem Jahre 802 in Bagdad, mehr als 1000 Jahre bevor die Psoriasis von Willan in Europa 1809 als einheitliches Krankheitsbild beschrieben wurde. In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts sowie in einer 2011 erschienenen Publikation greift **Stephanos** den beschriebenen Fall auf und hebt heraus, dass der damals behandelnde Arzt die Erkrankung sowohl bereits differenzialdiagnostisch von der Lepra zu unterscheiden wusste als auch in seinem Therapiekonzept den Patienten in seiner Ganzheit erfasste. Seine Aufmerksamkeit ist von Anfang an auf den Körper des Kranken, sein Innenleben und seine familiären Interaktionen gerichtet:

Erst als ein seit langem bestehender Konflikt zwischen Vater und Sohn (Patient), unter Hilfestellung des Arztes gelöst werden konnte, hatte die Therapie sichtlichen Erfolg. Somit erfasste die Therapie Körper, Seele und psychosoziales Umfeld des Patienten. Stephanos kann darüber hinaus zeigen, dass neben der Lösung des – vordergründigen - Konfliktes mit dem Vater, die Ablösung aus einem symbiotisch verwöhnenden Verhältnis zur Mutter zur Heilung notwendig war. Erst in einer (politischen) Krisensituation, in dem der Sohn Loyalität mit seinem Vater zeigen musste, die den Patienten aufwühlte und seine Abwehrmechanismen schwächte, war der Leidensdruck so groß, dass eine ausreichende Motivation zu psychischen Veränderungen bestand. Stephanos beschrieb bereits in den 1970er Jahren komplexe Konflikte psychosomatisch behandelter Psoriatiker mit deren mütterlichen Bezugspersonen.

Viele der Patienten fielen durch hoch ambivalente Einstellungen zu Abhängigkeitswünschen auf, im Grunde genau wie zu ihren Hautläsionen. Sie waren sich meist ihres Bedürfnisses nach Stützung bewusst, litten aber gerade unter dem Gefühl, einen anderen nötig zu haben.

In ihrem Erleben kämpfen sie demnach zeitlebens gegen ein übermächtiges und besitzergreifendes (omnipotentes) Objekt. Stephanos dazu: „In dieser Phantasie

des omnipotenten Objektes (meist die Mutter) drückt der Patient seine Grundambivalenz aus: Zuneigung und Aggression zugleich gegenüber der mütterlichen Instanz, und er drückt auch seine Ohnmacht aus, sein Leben selbst zu gestalten [...]. Wir beobachten, dass der Patient solche Phantasien auch auf seine Hautläsionen projiziert. So erhält die Haut in der Fantasie Züge eines eigenständigen bösen Objektes, im Grenzbereich zwischen Innen- und Außenwelt gelegen. Sie wird als Materialisierung der Angewiesenheit auf die mütterliche Bezugsperson erlebt. Man behandelt diesen Hautpartner äußerst aufmerksam, besänftigend, sogar liebevoll, oder man vergreift sich an der eigenen Haut aggressiv brutal, als sei sie die eigentliche Ursache der empfundenen Ausweglosigkeit.“ Die Psoriasis imponiert aus dieser Sicht als ein Problem der erotisch geprägten, ausweglosen Verschmelzung und der zugleich aggressiv gehemmten, verzweifelten Abgrenzung.

(Zitiert nach eigenem Beitrag in: *Haut; Psoriasis – Psychosoziale Aspekte*.
Band XV /8 1/2004)

Fallvignette Systemischer Lupus Erythematoses

Erstinterview

Der 29-jährige Patient schildert im Erstinterview eindrucksvoll seine Beschwerden.

„Ich habe seit 2000 mit Studienbeginn in einer von meiner Heimatstadt weit entfernten Universitätsstadt einen systemischen Lupus erythematoses bekommen. Zunächst hat es geheißen, es sei Rheuma. Als ich dann die wahre Diagnose erfahren habe, habe ich sofort im Pschyrembel nachgeschaut, wie die Überlebensrate ist: durchschnittlich 12 Jahre (er stellt sich nach 12 Jahren auch bei mir vor) stand dort, aber es tut sich ja Einiges in der Erforschung neuer Medikamente. 2003 ist der Lupus erstmals ausgebrochen. Damals mit einer Hirnbeteiligung, später mit einer Herzbeteiligung, vor 3 Jahren mit einer toxischen Nierenschwäche. Ich habe inzwischen einen Kontrollzwang entwickelt, muss jede Woche meine Laborwerte kontrollieren, obwohl ich weiß, dass das aus medizinischer Sicht nicht notwendig ist. Wenn mir meine Eltern sagen, dass ich mich ausruhen soll, sage ich mir: „Ich kann immer!“. Ich renne solange gegen die Wand, bis ich durch komme. Ich fühle mich wie ein LKW, der immer 100 km/h fahren muss, egal was kommt und wie schwer er beladen ist. Nur auf der Fahrt zu Prof. S. weine ich für 30 Minuten auf der Autofahrt. Wenn ich einmal nicht mehr können soll, weiß ich ganz genau wie ich mich umbringe: Insulin, Vodka und Diazepam!“

Ihn belaste es sehr, dass hinter jedem Symptom der Lupus, der Wolf, der große Imitator in der Medizin, stecken könne und in ihm sofort ein Programm ablaufe, was alles zu untersuchen sei, wenn er einmal einen Schwindel oder nach dem Essen eine erhöhte Herzfrequenz bemerke. Er habe oft starke Nackenschmerzen und nehme deshalb starke morphinhaltige Tropfen ein. Um das Gefühl zu haben, seine Krankheit kontrollieren zu können, entwickle er ein immer größer werdendes Kontrollbedürfnis mit zum Teil magischen Ritualen.

Biografie

Herr S. erinnert seine Kindheit als „glücklich“. Sein 11 Jahre älterer Halbbruder aus der ersten Beziehung der Mutter sei wohl gestillt worden. Dieser leide ebenfalls an einer Autoimmunerkrankung, einer Psoriasis. Ob er selbst gestillt worden sei, wisse er nicht. Er sei von einem „Kindermädchen“, einer Rentnerin groß gezogen worden, die er sehr gemocht habe. Er habe nichts vermisst. Diese habe auch gekocht und den Haushalt versorgt. Seinen Vater bewundere er und wünsche sich seine Bestätigung. Seine erste Kindheitserinnerung sei die, dass er den Vater auf der Arbeit besucht habe und dieser ihm einen Kakao gegeben habe. Seine Mutter erwähnt er im Erstgespräch überhaupt nicht. Später erwähnt er seine

Mutter, als er seine empfundene Belastung äußern kann, seine Mutter nun auch noch trösten zu müssen, besonders wenn er einen Schub habe. Diese behandle ihn noch heute manchmal wie ein kleines Kind, kontrolliere seine Kleidung bevor er aus dem Haus gehe.

Psychodynamik:

Es entsteht in mir der Eindruck, wenn er seine versorgenden, stillenden, lebensspendenden primären Objekte erreichen will, muss er durch die Wand, muss Mauern überwinden, bis er die Mutter erreichen könnte. Er wurde in seiner Bedürftigkeit möglicherweise zu wenig erkannt und in der Auseinandersetzung mit seinen frühen, Angst machenden Gefühlen (und Partialobjekten) allein gelassen.

Herr S. versucht sich durch Kontrollzwänge, magisches und hypochondrisch anmutendes Denken psychisch zu stabilisieren, bleibt anal fixiert. Er bemerkt jedoch, dass seine Abwehrmechanismen zu versagen drohen. Trauer über den narzisstischen Verlust der körperlichen Integrität kann er nur dosiert auf den Autofahrten zu den Kontrollen beim idealisierten Professor-Arzt-Übervater, von dem er sich Hilfe verspricht, zulassen. In seiner frühen Entwicklung fehlte vermutlich ein zulängliches mütterliches Containment und man bekommt die Fantasie, dass unverdaute Beta-Elemente, wie die nicht assimilierten Autoantikörper, ihn überschwemmen und er durch verspürte *namenlose Angst* zu dekompensieren droht. Bisher war eine Abwehr durch Leistung möglich. Wenn auch diese Abwehr zusammenbrechen sollte, sieht der Pat. nur einen Ausweg in seiner völligen Zerstörung, dem Suizid.

Man könnte formulieren, dass er erst durch eine Mauer muss, sonst ist Triangulierung und sekundärprozesshaftes Denken nicht möglich. Insofern ist die Erkrankung als dyadische Erkrankung zu sehen. Auf Seiten der Mutter ist eine unzureichende Fähigkeit, die Projektionen des Kindes aufzunehmen und angemessen zu verarbeiten und auf Seiten des Kindes eine unzulängliche Toleranz für ein unvollkommenes Verstehen durch die Mutter zu vermuten. Den unzureichenden frühkindlichen Kontakt der Mutter verarbeitete er mit einer Affektabwehr in Form von Idealisierung und Rationalisierung und wandte sich später in – man könnte sagen - homoerotischer Liebe dem idealisierten Vater zu, von dem er hoffte, dass er seine Wunden heilen könne. Seine aggressiven Affekte mussten massiv abgewehrt werden. Die Psychodynamik lässt die Hypothese zu, dass diese (Auto-) Aggressionen sich nun wolfsartig gegen das Selbst wenden. Sein Immunsystem richtet sich nun weniger gegen äußere Feinde, sondern in zerstörerischer Weise gegen den eigenen Körper.

80. Stunde

Zu Beginn der Stunde appelliert Herr S. an mich:

„Nehmen Sie mir nicht die Wut!“ A:

Was fürchten Sie passiert dann?

P: Es wird langweilig, es entsteht Leere, ich werde antriebslos, die Wut lässt mich in action bleiben. Wenn ich agrotec höre, eine aggressive Musik, dann wirkt das Sirenengeheul auf mich beruhigend.

A: Ich nehme auf und sage: Sie brauchen noch die Wut, sonst drohen die schwarzen Löcher der Depression?

P: Ich habe ein Bild wie ich mich fühle. Mein Haus wird durch ganz viele Rohre und Stangen, die die Decke abstützen, gehalten. Wände sind nicht viele da. Es ist einsturzgefährdet. Bei Einsturzgefahr sind immer neue Streben hinzu gekommen. Das ganze Haus ist voll davon. Wenn ich etwas verdränge, kommen wieder Streben rein. Das ist stabil bei Sturm, aber es ist kein schönes Wohnen.

A: Eine Notkonstruktion

P: Ja, man darf die Streben nicht in falscher Reihenfolge herausnehmen, sonst ist das Haus gefährdet. Wenn ich früher zu Ihnen gekommen wäre, wären nicht so viele Streben notwendig geworden.

A: Sie möchten mich aber auch warnen: „Nehmen Sie nicht alle Streben gleich weg!“?

P: Ja, dann denke ich einerseits, so schlecht geht es Dir doch eigentlich nicht. Ein Kommilitone von mir ist mit einer Psychose auf die Geschlossene gekommen. Er war suizidal. Ich habe das Gefühl, ich müsste wie ein Puzzle alles zusammenhalten.

A: Sie haben Angst, es könnte alles auseinanderfallen?

Ich beende hier den Ausschnitt aus der Stunde. Herr S. hat ein Bild von einem Haus, seinem Inneren, dass nur durch Streben zusammen gehalten wird. Er fühlt sich psychisch behindert, ist angewiesen auf Schonräume und Zufuhr von außen, auf „Handwerker“, die alles instandhalten. Die Verstreungen verstehe ich nach Esther Bick auch als Zweithautbildungen.

In „Gefängnis-Träumen“ (78) beschäftigt ihn seine kalte Wut, gegen alle gerichtet, die sich gegen ihn stellen.

Seine Wut verstehe ich als narzisstische Wut, die durch ein ungenügendes Containment, eine mangelnde Aufnahme und Verdauung seiner frühkindlichen Spannungen, entstanden ist. Er blieb auf seinen Spannungen sitzen. Am Rande der Vernichtungsdrohung wusste er sich nur durch eine enorme Wut zu helfen. In der Analyse beginnt er sich sicherer zu fühlen, beginnt weniger misstrauisch zu werden, muss nicht ständig alert sein mit Blick auf mögliche Gefahren. Früher war er hypervigilant, entwickelte nahezu paranoide Tendenzen, weil er zu früh weggegeben wurde. Allmählich mildern sich seine hypochondrischen Ängste. So

muss er seine Nierenwerte nun nicht mehr wöchentlich, sondern nur noch jeden Monat kontrollieren, was bei seiner Erkrankung auch dem zeitlichen Rahmen näher kommt, der medizinisch indiziert ist.

Er trauert nach einem unverschuldeten Unfall um sein Auto, das verschrottet werden muss. Ich spüre dahinter seine Angst, ob er hier vielleicht auch wegegeben wird, wenn er nichts mehr einbringt und er sich in seiner unbewussten Fantasie fragt, wie haltbar denn unsere Beziehung eigentlich ist. Darf er sich hier in eine abhängige Beziehung begeben oder wird er dann wieder weggegeben?

In vielen Stunden klagt er über stärkste Rücken- und Nackenbeschwerden. In der ersten Zeit der Analyse redet der Patient fast ununterbrochen, kommt von einem zum anderen. Ich sehe darin auch einen sekundären

Kompensationsversuch, die Beschädigung der psychischen Hülle, die durch eine frühe dysfunktionale Mutterkind-Beziehung ohne ausreichendes holding entstanden ist, zu kompensieren. Das Kind, der Patient, versucht diese Funktion selbst zu übernehmen. Einmal beginnt er eine Stunde (83), in dem er den Titel von einem Plakat, welches im Warteraum hängt, mitbringt und bemerkt:

„Frühkindliche Trennungserfahrungen in der Krippe – Ich fand den Titel abstrus!“
Der Titel spricht ihn an, ist aber noch ich-fremd.

Der Pat. wurde von einer Kinderfrau groß gezogen, die Mutter hatte in den ersten Jahren nur Zeit für kurze Kontakte. Die verfrühte Trennung von der Mutter führt zu Verkrampfungen, die auch im Sinne einer „Zweithautbildung“ verstanden werden können, ein Ersatz für die bewahrende Funktion der Haut, die Abhängigkeit von dem Objekt durch eine Pseudoabhängigkeit ersetzt. Der anfängliche Redefluss des Pat. dient auch der Vermeidung von echtem Kontakt und stellt eine Art autistoide Hülle da. Er hat sich arrangiert, möchte nicht erneut ein Risiko wegen des frühen Trennungstraumas eingehen.

Sein Haus bekommt Risse, die er sich aber als eigenes Versagen anlastet. Wenn er seine Wut gegen sich selbst mildern würde, würde er die Risse verstärken. Anhand eines befreundeten narzisstisch geprägten Anwaltes mit intaktem Haus und vielen Autos zeigt er mir wie allein er sich in Anwesenheit von Menschen mit festem Haus fühlt. Ich frage mich, ob er sich hier in der Übertragungsbeziehung auch latent gekränkt und gedemütigt fühlt, in der Annahme, dass ich ein intaktes Haus bewohne, entscheide mich aber gegen eine verfrühte Deutung und belasse es in der Nebenübertragung, da ich fürchte, dass es bei verfrühter Deutung erneut zu Rissen in seiner Haut(-hülle) kommen könnte.

Ich hoffe, dass ich Ihnen einen Einblick geben konnte, wie psychosomatanalytische Konzeptualisierungen zum Verständnis von Autoimmunerkrankungen, die sich oft auch an der Haut manifestieren, beitragen und eine Hilfe in der Behandlung sein können.

Wesentliche **Literatur** (kann beim Verfasser angefordert werden):

Anzieu
Bick
Bion
Brosig
De M'Uzan
Gieler
Eichinger
Marty
Meltzer
Nemiah
Sifneos
Staehle
Stephanos
Updike

Anhang

Die neun Funktionen des Haut-Ichs nach Anzieu

(s. bitte auch angehängte Abbildung)

1. So wie die Haut eine Stützfunktion für das Skelett und die Muskulatur hat, dient das Haut-Ich dem Zusammenhalt der Psyche.
2. Der Haut, die die ganze Körperoberfläche bedeckt und in die alle äußeren Sinnesorgane eingebettet sind, entspricht die umfassende Funktion des Haut-Ichs.
3. Die oberflächliche Schicht der Epidermis schützt ihre sensible Schicht mit Nervenendigungen und Tastkörperchen sowie ganz allgemein den Organismus gegen physische Aggression, Strahlen und Reizüberflutung.
4. Durch die Beschaffenheit ihrer Oberfläche, durch Farbe, Struktur, Geruch zeigt die menschliche Haut starke individuelle Unterschiede. In gleicher Weise übernimmt das Haut-Ich eine Individuationsfunktion für das Selbst, die diesem das Gefühl gibt, ein einzigartiges Wesen zu sein.
5. Die Haut ist eine Oberfläche mit Taschen und Vertiefungen, in denen sich die übrigen Sinnesorgane befinden. Das Haut-Ich ist eine psychische Oberfläche, die Empfindungen verschiedener Art miteinander verbindet.

6. Die Haut des Babys wird von der Mutter libidinös besetzt. Das Füttern und die Pflege sind in der Regel von angenehmen Hautkontakten begleitet. Diese bereiten den Autoerotismus vor und führen dazu, dass die die Hautlust normalerweise den Hintergrund für die sexuelle Lust darstellt. Das Haut-Ich stellt demnach die Grundlage der sexuellen Erregung dar.
7. Sieben ist eine Erweiterung Vertiefung von Punkt 6 (s. auch Dia).
8. S. Dia
9. Alle bisher erwähnten Funktionen stehen nach Anzieu im Dienste des Anklammerungstriebes, später der Libido. Daneben scheint es eine negative Funktion des Haut-Ichs zu geben, sozusagen eine Anti-Funktion, im Dienste des Thanatos, die die Selbstzerstörung der Haut und des Ichs zum Ziel hat. Bei zahlreichen Krankheiten wird das Immunsystem angeregt, wahllos irgendein Organ des eigenen Körpers anzugreifen, als ob es sich um ein fremdes Transplantat handelt. Die Folge sind Autoimmunerkrankungen.

Haut-Ich – Die psychische Hülle (n. D.

Anzieu)

Insgesamt werden 9 Funktionen

des Haut-Ichs beschrieben:

Haut

- ✓ 1. Haut – Stützfunktion für Skelett
- ✓ 2. Haut – ganze Körperoberfläche
- ✓ 3. Reizschuttschicht
- ✓ 4. Individualität der Haut
- ✓ 5. Haut – Oberfläche in Verbindung mit anderen Sinnen
- ✓ 6. Grundlage der sexuellen Erregung
- ✓ 7. Sensomotorischer Tonus der Haut
- ✓ 8. Direkte Sinnesinformationen durch Berührung
- ✓ 9. Auto-Immundefunktion gegen die Haut (Nicht-Selbst – Selbst)

Haut – Ich

- ✓ 1. Zusammenhalt der Psyche
- ✓ 2. Umfassende Funktion des Haut-Ichs
- ✓ 3. Das Ich als Reizschuttschicht
- ✓ 4. Individuationsfunktion des Selbst
- ✓ 5. Intersensorialität
- ✓ 6. Libidinöse Funktion des Haut-Ichs
- ✓ 7. Libidinöse Aufladefunktion des Haut-Ichs durch Reize (Kontaktschranke Freuds)
- ✓ 8. Einschreibefunktion des Haut-Ichs – taktile Spuren der Realität
- ✓ 9. Selbstzerstörung des Haut-Ichs (Selbst – Nicht-Selbst; me/ not me)

Psychotrichologie

Wolfgang Harth, Berlin

*Aus dem Kursskript der 23. Fortbildungswoche für Dermatologie und praktische Venerologie vom 22. bis 27.07.2012 in München
Kurs: Psychosomatik und Dermatologie, 26.07.2012*

In der dermatologischen Haarsprechstunde werden überproportional häufig „problematische“ Patienten mit biopsychosozialen Störungen vorstellig, die in 30% keine objektivierbaren Befunde, jedoch eine starke Einschränkung der Lebensqualität aufzeigen.

Das Spektrum zu erwartender psychischer Störungen im Zusammenhang mit Haarkrankheiten ist sehr heterogen und reicht von leichten Anpassungsstörungen bis hin zu schweren psychiatrischen Erkrankungen (Tabelle 1).

Zu den typischen psychischen Krankheitsbildern des Haarausfalles gehört das telogene Effluvium.

Differenzialdiagnose zum telogenen Effluvium

Zeigt die klinische Untersuchung einen normalen Haarausfallkalender mit Haarverlust unter 100 Haare pro Tag, physiologischem Haarzyklus, gleichmäßigem Haarwuchs, negativen Zupftest und ein unauffälliges Trichogramm, so liegt bei anhaltendem hohen Leidensdruck der begründete Verdacht auf eine psychische Störung vor. Spezielle Krankheiten wie Autoimmunerkrankungen, Eisenmangel, Chemotherapien, Syphilis und Haarstrukturanomalien wie Pseudoeffluvium durch Abbrechen der Haare müssen ausgeschlossen werden.

Die Thematisierung eines noch normwertigen Haarausfalls betrifft besonders mode- und kosmetikbewusste Frauen, wobei eine Diskrepanz zwischen dem Istzustand und den hohen Idealvorstellungen bestehen kann. Weiterhin wird das im Laufe der Jahre Dünnerwerden der Terminalhaare am Capillitium durch Verkürzung der Anagenphasen mit Volumenabnahme und Ergrauen stellvertretend dazu benutzt, sich mit der Kränkung des Alterns auseinanderzusetzen.

Die Differenzialdiagnostik umfasst hypochondrische Störungen und Ängste im Rahmen eines komplexen Ökosyndroms, Somatisierungsstörungen, körperdysmorphe Störungen bis hin zu körperdysomorphen Wahnstörungen. Weiterführende Untersuchungen zeigten, dass bei diesen Patienten als psychische Komorbidität besonders depressive Störungen (27 von 29 Pat) im

Vordergrund stehen. Hinzu kommen Angst- oder Belastungs- und Anpassungsstörungen.

Alopecia areata

Der Alopecia areata liegt eine multifaktorielle Pathogenese zugrunde, wobei wie in keinem anderen Bereich der Psychotrichologie primär als auch sekundär psychosomatische Faktoren berücksichtigt werden müssen.

Psychosomatische Komorbidität liegt bei 66 % der Patienten mit Alopecia areata vor. Die Alopecia areata geht dabei mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einher. Charakteristisch ist das Vermeidungsverhalten von Patienten insbesondere wenn eine Störung der Krankheitsbewältigung besteht. Zweifelsfrei führt die Krankheitsverarbeitung der Alopezie häufig zu ängstlichen und depressiven Reaktionen sowie sozialen Phobien, verbunden mit geringerem Selbstwertgefühl.

Aufgrund der wissenschaftlichen Daten müssen bei der Alopecia areata nicht nur Folgeerscheinungen sondern primär auch biopsychosoziale Aspekte in der Pathogenese berücksichtigt werden. Vor Auftreten einer Alopecia areata haben bereits 74 % aller Patienten eine psychiatrische Vordiagnose. Vor allem Depressionen sind gehäuft nachweisbar und deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

In mehreren Studien ist das Auftreten einer Alopecia areata nach stressvollen Lebensereignissen oder im Zusammenhang mit deutlichen Stressfaktoren im sozialen Umfeld nachgewiesen worden. Psychoneuroimmunologische Stressfaktoren scheinen primär in der Genese eine entscheidende Rolle zu spielen. Die Freisetzung von Neuropeptiden im Zusammenhang mit Life-Events scheint dabei ein mögliches Erklärungsmodell, welches den Einfluss von psychosozialen Störungen plausibel macht.

Aufgrund der vorliegenden Datenlage steht bei der Alopecia areata neben der effektiven medizinischen Behandlung die Identifizierung, Diagnostik und Therapie von stressvulnerablen und depressiven Störungen sowie Anpassungsstörungen im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung an erster Stelle.

Diskussion

In der Haarsprechstunde stellen sich jedoch auch oftmals Patienten mit regelrechtem Haarbefund oder altersbedingten Haarveränderungen oder Normvarianten vor. Besonders problematisch sind Patienten mit somatoformen Störungen und vermeintlichem Haarausfall, die meist wenig motiviert sind, eine psychosomatische Diagnostik und Therapie durchführen zu lassen. Wenn ein subjektiver Haarausfall in der weiterführenden Diagnostik medizinisch nicht objektivierbar ist oder nur Symptome ohne Krankheitswert vorliegen, kann es dadurch zu Diskrepanzen und Spannungen im Arzt-Patienten-Verhältnis kommen.

Problempatienten mit vermeintlichem Haarausfall tragen dabei oftmals vehement, fordernd ihre Beschwerden vor und müssen unter biopsychosozialen Aspekten betrachtet und behandelt werden (Tabelle 2). Eine alleinige Überweisung zum Psychologen wird nur selten wahrgenommen. Bewährt hat sich auch die Betreuung der Patienten in einer sogenannten Liaisonsprechstunde.

Lit.

Trüeb RM, Gieler U. Psychocutaneous Disorders of Hair and Scalp. In: BlumePeytavi U, Tosti A, Whiting D, Trüeb RM. Hair Growth and Disorders. New York. Springer, 2008: 407-426.

Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. *Clinical management of psychodermatology*, 1 edn. New York: Springer, 2009.

Cash TF. Attitudes, behaviours, and expectations of men seeking medical treatment for male pattern hair loss: results of a multinational survey. *Curr Med Res Opin* 2009; 25: 1811-20.

Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003; 42: 4347.

Matzer F, Egger JW, Kopera D. Psychosocial stress and coping in alopecia areata: a questionnaire survey and qualitative study among 45 patients. *Acta Derm Venereol* 2011; 91: 318-27.

Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 388-93.

TABELLEN

Tabelle 1. Psychische Störungen in der Psychotrichologie

1. Primär rein psychische Störung (psychische / psychiatrische Störungen)
--

Selbst induzierte Läsionen	Trichotillomanie (F68.1) Trichotemnomanie Trichoteiromanie Trichodaganomania / Trichodaknomanie by proxy Trichorrhizophagia Trichobezoar Skin Picking Syndrom
Somatoforme Störungen (F45)	Somatisierungsstörung (F 45.0) multiple Beschwerdesymptomatik Hypochondrische Störung (F45.2) Körperdysmorphie Störung (F45.2) (Wahnhafte Form) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) (Trichodynie)
Soziale Phobie (Angststörungen F40)	
Zwangsstörungen (F42)	
Persönlichkeitsstörung (F60)	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5) Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8)
2. Sekundäre psychische Störung und Komorbidität	
Reaktionen auf Belastungen (F43)	Akute Belastung (F43.0) Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) Anpassungsstörung (F43.20) - Kurze depressive Reaktion (F43.20) - Längere depressive Reaktion (F43.21) - Angst und depressive Reaktion (F43.22) - Störung des Sozialverhaltens (F43.24)
Komorbidität	Depressive Störung (F30-39) Angststörung/Störung des Sozialverhaltens (F40)

Tabelle 2: Praktische Interventionstechniken

1. Empathie und Herstellung eines Arbeitsbündnisses auch mit schwierigen Patienten
2. Exploration der subjektiven Krankheitstheorie, Lebenssituation (Stress, life events)
3. Korrektur irrationaler Erwartungen
4. Psychoedukation: Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, Informations- und Wissensvermittlung zur Erkrankung
5. Compliancesicherung und Klärung einzelner Therapieziele (Hilfe zur Selbsthilfe)
6. Förderung der Krankheitsbewältigung
7. Gemeinsame Entwicklung biopsychosozialer Behandlungskonzepte
8. Thematisierung ggf. weiterführende Motivation, Indikation, Einleitung spezieller Behandlungsverfahren einschl. Entspannungsverfahren, Differenzialindikation zur Psychotherapie und oder Psychopharmakatherapie

Dermatozoenwahn

Kristina Fronhoffs, Bonn

Aus dem Kursskript der 23. Fortbildungswoche für Dermatologie und praktische Venerologie vom 22. bis 27.07.2012 in München

Kurs: Psychosomatik und Dermatologie, 26.07.2012

Fallbericht:

Anamnese:

Es stellt sich eine 72-jährige, aber jünger wirkende, sportlich-elegant gekleidete Patientin in unserer Ambulanz vor, die im ersten Kontakt offen und freundlich wirkt. Frau X sei Gymnasiallehrerin u.a. für Geographie, habe aber nach einer „Familienpause“ (verheiratet, 2 Kinder) eine Ausbildung zur Ehe-, Familien- und Lebensberaterin absolviert und dann bis zum Ruhestand in einer Ehe/Familienberatungsstelle gearbeitet.

Sie berichtet, dass sie seit 1993 unter einer „Prurigo“ leide und bereits verschiedene Ärzte deswegen aufgesucht, sich sogar schon in stationäre Behandlung begeben habe, aber jedes Mal enttäuscht gewesen sei, da ihr niemand habe helfen können. Deswegen nehme sie jetzt zu uns einen Anfahrtsweg von fast 1,5 Stunden in Kauf. Zur Erstvorstellung bringt sie einen gut sortierten Ordner mit Arztberichten, Verlaufsphotos aus 19 Jahren Krankheitsgeschichte und einem handschriftlichen Erfahrungsbericht mit, in dem sie ihre Vorgeschichte schildert, aber auch Zeichnungen zu ihrem Pathogenese-Verständnis angefertigt hat.

In den Wintermonaten komme es regelmäßig zu einer Verschlechterung des Beschwerdebildes. Nachdem sie die Erfahrung gemacht habe, dass alle aufgesuchten Experten ihr nicht helfen konnten, habe sie nun selbst ein Vorgehen entwickelt, das ihr helfe: Sie untersuche morgens und abends mit den Fingerspitzen ihre Haut nach Knötchen und anderen Stellen, von denen Missempfindungen ausgehen und hebe diese Stellen vorsichtig mit den Fingernägeln ab. NUR so komme es zu einem, wenn auch narbigen, Abheilen.

Befund:

Betont an den Armen und dem Rumpf mit Aussparung der mittleren Rückenpartie, weniger auch an den Beinen streifige und runde Ulzerationen und Exkorationen in allen Stadien der Abheilung bis zu reizlosen Narben.

Die Fingernägel sind dolchartig spitz gefeilt.

Zusätzliche Details:

Beim Begrüßen und auch bei der Verabschiedung lehnt die Patienten einen Händedruck ab. Sie legt ihre Kleidungsstücke beim Entkleiden auf einer eigens dafür mitgebrachten Plastiktüte fein säuberlich ab, um uns und die Räumlichkeiten nicht zu kontaminieren. Zudem bittet sie darum, weitere mitgebrachte Unterlagen mit dem Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Parasitologie besprechen zu dürfen und packt einen Zip-Beutel aus, in dem sie mehr als 10 Pappkarten mitbringt, auf denen sie Probenmaterial sauber aufgereiht und beschriftet hat. Außerdem befindet sich in einem Beutel ein Tütchen mit einem Blatt Küchenrolle, in dem sie „Darmschleim“ eingepackt habe.

Sie habe alle diese Proben mit einer 8-fach Lupe untersucht und mit Bildern in einem parasitologischen Fachbuch verglichen. Davon eigens angefertigte Zeichnungen zeigt sie nun im Vergleich zu den Abbildungen im ebenfalls mitgebrachten Buch.

Aufgrund dieser Befunde und auf ihre Bitte hin sei sie zuletzt mit Mebendazol p.o. behandelt worden, worunter keine Besserung ihrer Beschwerden eingetreten sei.

Diagnostik:

Wir sandten die mitgebrachten Proben zur weiteren Beurteilung an das Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Parasitologie. Dort konnten nur Hautschuppen und hämorrhagische Krusten nachgewiesen werden, es gab in keiner der Proben einen Hinweis auf Parasiten oder Parasitenbestandteile.

Eine ausführliche Laboruntersuchung entsprechend der Prurigo-Leitlinie zeigte im Blut weitgehend unauffällige Werte.

Wir baten die Patientin aufgrund des langen Anfahrtsweges, über ihren Hausarzt eine MRT-Untersuchung des Hirns organisieren zu lassen (Ausschluss hirnorganischer Ursachen), die bislang noch aussteht.

Diagnose und Procedere:

Aufgrund der Anamnese, des klinischen Bildes und der vorliegenden Befunde stellten wir die Diagnose eines Dermatozoenwahns unter dem klinischen Bild einer Prurigo simplex subacuta. Wir leiteten zunächst blande, desinfizierende

Lokalmaßnahmen ein und begannen in mehreren längeren Gesprächen, in denen wir insbesondere betonten, dass uns das Krankheitsbild der Patienten durchaus bekannt ist und die Therapie zwar schwierig und langwierig, aber nicht unmöglich ist, einen schrittweisen Vertrauensaufbau. Zudem vereinbarten wir mit der Patientin, zukünftig Manipulationen an der Haut zu vermeiden und die Fingernägel rund zu feilen, um unbewusste Verletzungen zu vermeiden.

Im weiteren Verlauf möchten wir eine neuroleptische Behandlung mit Risperidon einleiten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt steht die Patientin einer solchen Therapie mit Skepsis gegenüber, hat sich jedoch bereiterklärt, sich im kommenden Herbst/Winter auf einen Therapieversuch einzulassen, falls es dann, wie jedes Jahr, wieder zu einer Verschlechterung ihres Krankheitsbild kommen sollte.

Dermatozoenwahn ist eine äußerst schwierig zu behandelnde psychiatrische Erkrankung. Aufgrund der wahnhaften Überzeugung der Patienten, dass ihre Haut von Parasiten befallen ist, stellen Betroffene sich primär dermatologisch vor oder senden eigenmotiviert Proben an parasitologische Labore.

Wie oben geschilderter Fall zeigt, fühlen sich die Patienten häufig von den aufgesuchten Ärzten unverstanden und zwischen den verschiedenen Fachrichtungen hin- und hergeschoben. Selten gelingt eine suffiziente Behandlung aufgrund von häufigen Arztwechseln und mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patienten in dieses primär psychiatrische Krankheitsbild. Aus diesem Grund sollte auch der aufgesuchte Dermatologe in der Lage sein, einen solchen Patienten „aufzufangen“ und, ggf. in Rücksprache mit einem Psychiater und dem Hausarzt, eine neuroleptische Therapie einzuleiten. Hierzu sind viel Fingerspitzengefühl und eine ausreichende Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patienten notwendig.

Weiterführende Literatur:

- Harth W, Gieler U: Psychosomatische Dermatologie, Kapitel 1: Dermatosen primär psychischer Genese, Unterkapitel Dermatozoenwahn. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006.
- Koo J, Lee CS: Delusions of parasitosis A dermatologist's guide to diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol 2001. 2:285-92
- Lepping P, Baker C, Freudenmann RW: Delusional infestation in dermatology in the UK: prevalence, treatment strategies, and feasibility of a randomized controlled trial. Clin Exp Dermatol 2010. 35:841-44
- Lepping P, Freudenmann RW: Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. Clin Exp Dermatol 2008. 33:113-7
- Robles DT, Olson JM, Combs H, Romm S, Kirby P: Morgellons Disease and Delusion of Parasitosis. Am J Clin Dermatol 2011. 12:1-6.

Probleme aus der Infektiologie

Klaus-Michael Taube, Halle

Aus dem Kursskript der 23. Fortbildungswoche für Dermatologie und praktische Venerologie vom 22. bis 27.07.2012 in München

Kurs: Psychosomatik und Dermatologie, 26.07.2012

In der Dermatologie und besonders auch in der Venerologie haben wir es mit einer Vielfalt von Infektionen zu tun. Welche Zusammenhänge bestehen aber zur Psychosomatik?

Infektionen an der Haut oder an (hautnahen) Schleimhäuten können dafür folgende Zusammenhänge bieten:

- subjektive Beschwerden in Form von Juckreiz, Schmerzen oder Brennen
- Verstärkung von Beschwerden durch Superinfektionen vorbestehender Dermatosen
- Ängste vor tatsächlichen oder angenommenen Infektionen und deren Folgen
- Ängste davor, tatsächliche oder angenommene Infektionen zu übertragen - Angst vor unzureichender/ erfolgloser Behandlung
- Ängste bei immunsuppressiver oder zytostatischer Behandlung vor drohenden Infektionen
- Ängste vor durch Insekten übertragene Infektionen
- Phobien vor befürchteten Infektionen
- Manipulationen (artifizielle Hautaffektionen) zur vermeintlichen Verhinderung, Beseitigung oder Eindämmung von Infektionen
- Ekel vor sich selbst und/oder Befürchtung vor Ekel Anderer
- Ekel als Auslöser/ Trigger einer Infektion
- Schamgefühle wie bei Venerischen Erkrankungen
- Entstellungsgefühl nach stattgehabten Infektionen mit sichtbaren Narben

Fallbeschreibungen

Fall 1

Es handelt sich um einen 37-jährigen Mann, der seit 3 Jahren über chronischen Juckreiz im Meatus urethrae sowie am Skrotum und inguinal klagt. Der Patient lebt bei seiner Mutter und ist zurzeit arbeitslos.

Die Behandlung erfolgte zunächst extern mit verschiedenen Salben, die allerdings keinerlei Erfolg zeigten. Obwohl kaum Fluor besteht, schon gar nicht eitrig

Ausfluss, vermutet der Patient nach einem einmaligen Intimkontakt vor über 3 Jahren, geschlechtskrank zu sein. Er hat sich im Internet informiert und befürchtet nun, dass es sich um eine Tripper-Infektion handelt. In letzter Zeit gibt er auch oft quälenden Harndrang an.

Den niedergelassenen Hautarzt drängt er zur Diagnostik. Die mehrfach vorgenommenen Abstriche waren stets negativ. Die Vorstellung bei einem Urologen brachte keine neuen Erkenntnisse, kaum Entzündungszeichen in der Urethra.

Weitere Informationen:

Herr L. kann es sich nicht vorstellen, dass bei den Abstrichen nichts heraus kommt. Er zweifelt die Kompetenz des niedergelassenen Hautarztes an. „Da muss doch was sein, woher kommen sonst die Beschwerden!?“ Auch wir werden zu weiterer Diagnostik gedrängt. Der Abstrich ist negativ, die „FluorPalette“ zeigt keine Auffälligkeiten.

Fazit:

Es handelt sich bei dem Patienten um eine Somatisierungsstörung. Somatisierungsstörungen kommen in der täglichen Hautarztpraxis gar nicht so selten vor und können den somatisch orientierten Arzt oft vor schwerwiegende Probleme stellen. Verbunden damit sind oftmals umfangreiche unnötige Untersuchungen und Behandlungen. Die dermatologischen Symptome bestehen meist aus Juckreiz, Dysästhesien oder Schmerzen.

Fall 2

Die 74-jährige Frau leidet nach ihrer eigenen Auffassung an den Folgen einer Besiedelung der Haut mit Fliegenlarven. Sie ist schon bei vielen Ärzten gewesen, hat Hautschuppen mitgebracht, in Tütchen oder kleinen Schachteln und bittet, diese zu untersuchen. Bisher ist nichts gefunden worden. Es ist sogar so, dass die konsultierten Ärzte ihr nicht glauben, dass es eine Hautkrankheit durch Fliegenlarven ist. Man will ihr einreden, dass sie sich das nur einbildet. Daher ist sie auf der Suche nach einem Arzt, der die Ursache nun endlich bestätigt und diese auch behandelt. Ihre Tochter, die Ärztin ist und ihr leider ebenfalls nicht glaubt, hat ein Kind bekommen. Die Tochter vertraut ihrer Mutter auch gern einmal das Enkelkind zur Pflege und zur Betreuung an. Die größte Sorge unserer Patientin ist nun, diese Larven - Infektion auf das Enkelkind zu übertragen. Sie zieht immer frische Schlauchbinden über die Arme und Hände und lässt nur die Finger frei. Sie bürstet sich vor jedem Kontakt zu der Enkelin gründlich die Fingernägel.

In dem Fall handelt es sich um einen Dermatozoenwahn. Das zeigt die Anamnese mit dem Beibringen von umfangreichem, oft gut geordnetem Untersuchungsmaterial, der unkorrigierbaren Annahme der Ursache und ihrer Selbstmanipulationen, die Larven von und aus der Haut zu entfernen. Die größte Sorge unserer Patientin ist aber, bei sozialem Kontakt zu dem Ehemann und besonders zur Enkeltochter, die Infektion zu übertragen.

Die Therapie ist heute bei einem stufenartigen Vorgehen nicht mehr so erfolglos, wie es noch vor 20 Jahren erschien.

Stufenvorgehen:

1. Blande dermatologische Lokaltherapie mit wundheilenden und/ oder desinfizierenden Zusätzen. Bei stärkeren Entzündungen oder drohender großflächiger Gewebsentzündung kann auch internes Antibiotikum hilfreich sein.
2. Nicht „Festbeißen“ an ausführlichen Gesprächen über eine mögliche psychische Genese der Erkrankung oder den stets negativen Befunden.
3. Im Vordergrund sollte die Einleitung einer psychopharmakologischen Behandlung stehen: entweder bei eigener Kompetenz oder in Zusammenarbeit mit einem Psychiater. Die Einsicht des Patienten in diese Form der Behandlung kann Probleme bereiten.
4. Mittel der Wahl sind Neuroleptika, wie Risperidon (Risperdal), einschleichend: Anfangsdosierung 1mg/Tag (später bis 4-6mg/Tag). Weitere Neuroleptika sind Olanzapin, Quetiapin oder Pimozid.
5. Neuroleptika können im Einzelfall auch kombiniert werden mit Antidepressiva wie Fluoxetin oder Anxiolytika (z.B. Aponal)
6. Das Behandlungsziel sollte keine Erscheinungsfreiheit sein, sondern eine Besserung der Beschwerden, eine Verminderung der Manipulation und somit eine verbesserte psychosoziale Integration.

Zusammenfassung

Haut- und Schleimhaut-Infektionen haben offenbar mehrere Anknüpfungspunkte zu psychosomatischen Aspekten. Wir sollten die Hinweise und Ängste unserer Patienten dazu beachten und mit ihnen darüber sprechen und ggf. eine entsprechende Psychotherapie mit in das Behandlungskonzept integrieren.

Literatur

1. Koblenzer CS (2001) The use of psychotropic drugs in dermatology. *Dermatol. Psychosom* 2: 167-176
2. Harth W et al.: *Clinical management in Psychodermatology*, Springer Berlin, 2009

„APD - Wie geht es weiter?“

Zusammengefasst von Florian Fronhoffs, Bonn

Zwei aktuelle Entwicklungen beobachtet **Jochen Wehrmann**: Zum einen priorisiere zunehmend ökonomisches Denken die klinische Realität. Zum anderen betonten ästhetische Aspekte mehr und mehr das Selbstbild und Auftreten der Patienten.

Niedrige Fallwerte führten dazu, dass viele Kollegen im Alltag gezwungen seien, Patienten regelrecht „durchzuschleusen“ und die ökonomische Existenz durch IGEL-Leistungen abzusichern. Viele verspürten hierbei Skrupel: Die Realitäten des praktischen Alltags führten zu Konflikten hinsichtlich des persönlichen medizinischen Anspruches an eine umfangreiche, jedoch nur schwer zu verwirklichende, psychosomatische Behandlung.

Auch die Erwartungen der Patienten an ihren Dermatologen änderten sich. So reiche es nicht mehr aus, einfach gesund zu sein: „Schön soll man sein“ (Tätowierung, Body-Remodelling etc.).

Den ästhetischen und ökonomischen Veränderungen müsse der APD Rechnung tragen und versuchen, diese in ihre Handlungspraxis miteinzubeziehen.

Bei der schwierigen Frage, wie psychosomatisches und ethisches Handeln heute in (Gemeinschafts)Praxis, MVZ oder Klinik umgesetzt werden kann schlägt **Jochen Wehrman** vor, das Gespräch nicht nur mit Vertretern anderer Fachgebiete wie Kinder- und Jugendmedizin oder Gynäkologie zu suchen, sondern auch mit Nicht-Medizinerinnen wie Künstlern, Betriebswirten, Steuerberatern, Inhabern von Tattoo- oder Nagelstudios oder Theaterleuten. Er regt an, das Adjektiv „psychosomatisch“ im APD zu „psychosomatisch-soziale“ Dermatologie zu erweitern, um den gesellschaftlichen und ökonomischen Einfluss auf die Arbeit des psychodermatologisch tätigen Mediziners zu betonen.

Christa-Maria Hoering betont, dass es letztlich immer um die Frage ginge, was dem Patienten wirklich hilft. Dies sei vor allem das empathische Gespräch und die Psychoedukation. Auch gebe es zahlreiche Patienten, welche „die Nase voll von kosmetisch ausgerichteten Praxen“ hätten. Es spiele auch eine Rolle, wo sich die einzelne Praxis befände. Schließlich bestünde eher in finanziell besser gestellten Kreisen eine Nachfrage nach dermatologisch-kosmetischen Angeboten. **Christa-Mara Hoering** regt an, sich auf Tagungen sowohl an im ursprünglichen Sinne psychosomatisch denkende Kollegen, als auch explizit an die übrigen Dermatologen zu wenden. Es sei jedoch ausdrücklich nicht die Aufgabe des APD,

die klassischen Dermatologen in ihren pekuniären Anliegen zu unterstützen. Psychosomatik dürfe „ruhig eine seltene Orchidee neben hochgezüchteten, schnell verblühten Rosen sein“.

Hier widerspricht **Jochen Wehrmann**: Psychosomatik solle seiner Ansicht nach eben keine Orchidee sein und der APD sich nicht nur an eine kleine Gruppe psychotherapeutisch tätiger Dermatologen wenden. Die Situation der aktuellen Dermatologie solle vielmehr reflektiert werden und Antworten suchen, die über das Pekuniäre zwar hinausgingen, die finanziellen Aspekte jedoch nicht ausblenden sollen.

Zu diskutieren sei laut **Wolfgang Harth** die Idee eines Workshops für Vorstandsmitglieder in Rauschholzhausen. Eine gute Gelegenheit für eine Diskussion des APD wäre die Jahrestagung in Gießen im Frühjahr 2013. Jeder Teilnehmer könne ein Inputreferat seiner Sichtweise verfassen.

Inhaltlich stünden Psychodermatologen in der wissenschaftlichen Familie besser da denn je. Psychodermatologie habe Eingang in Lehrbücher gefunden und sei fester Bestandteil der ambulanten dermatologischen Tätigkeit geworden. In Kliniken sei sie seit mehr als 20 Jahren vertreten. Zum Beispiel ist eine Einschränkung der Lebensqualität bei Psoriasis inzwischen ein unabhängiges Kriterium zur Einleitung einer systemischen Therapie.

Die berufliche und private Situation für Jungmediziner sei heute eine andere als früher, so **Wolfgang Harth**. Für sie ginge es heute nicht mehr um Revolte und Alternativen, sondern um den „Status quo“. Ihre Vorgesetzte werden zunehmend liberaler, fürsorglicher und sozial kompetenter. Die Entwicklung des APD sei eingebettet in die gesellschaftliche Umformung und keineswegs besorgniserregend. Die psychosomatische Grundversorgung sei für die breite Ärzteschaft derzeit durchaus ausreichend. Die Stellung der Psychodermatologie in Deutschland sei deutlich besser als etwa in den USA, allerdings spiele sie noch eine geringere Rolle als z.B. in einigen osteuropäischen Ländern. Strategie der Zukunft müsse das Angebot einer klassischen Psychodermatologie in moderner, zeitgerechter Form sein. Allerdings: Zwar nehme die nachwachsende, „frische“ Facharztgeneration Einrichtungen wie Derma-Update sehr positiv auf. Doch bliebe festzuhalten, dass diese Form von „Mundverköstigung“ im Falle der Psychodermatologie eher kritisch zu betrachten sei: „Man muss sehr viele psychodermatologische Patienten sehen, um genügend Erfahrungen zu sammeln, um Spezialist zu werden. Botox lernt man schneller.“

Volker Niemeier berichtet von der Schwierigkeit, nach 5 Jahren der Niederlassung die dermatologische Identität zu wahren. Man könne sich nicht mehr ausreichend in beiden Fachgebieten „up-to-date“ halten.

Jochen Wehrmann stellt die Frage, wie sich psychosomatisches Handeln in der täglichen Praxis implementieren und verbreiten lasse. Er beobachtet unter den rein dermatologisch tätigen Kollegen eine Haltung, die sich wie folgt zusammenfassen lassen könnte: „Psychodermatologie gibt es und ist irgendwie wichtig“.

Allerdings müsse vorrangig die Frage geklärt werden, wie im Alltag was in kurzer Zeit thematisiert werden kann – und wie man am Ball bleibt.

1. Forschungspreis des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD)

Erstmalig wird 2013 ein **Forschungspreis** für ein wissenschaftliches Projekt in Planung ausgeschrieben. Das Projekt soll sich mit Grundlagenfragen aus dem Bereich der **psychosomatischen Dermatologie** beschäftigen. Dabei sind ausdrücklich Projektvorschläge aus dem Gebiet der Psycho-Neuro-Immunologie der Haut erwünscht.

Eingereicht werden kann ein Kurzprojektentwurf (3 - 6 Seiten, gegliedert nach Kurzzusammenfassung, Wissenschaftlicher Hintergrund, Antragsrelevante Kompetenzen des Antragstellers / der Antragstellerin, Lebenslauf, Ziel der Arbeit, Arbeitsplan, Erwartete Ergebnisse, Kostenaufstellung, Literatur; 3-fache Ausfertigung in deutsch oder englisch), der auf die Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse auf dem Gebiet der Psychodermatologie abzielt. Eine unabhängige Jury wird die eingereichten Forschungsarbeiten bewerten und den Gewinner nominieren.

Der Forschungspreis des APD wird anlässlich der Jahrestagung des APD in Giessen im September 2013 verliehen werden.

Der Preis ist mit 3000,- € dotiert.

Einsendeschluss ist der 30.06.2013.

Die Bewerbung ist in 3-facher Ausfertigung in deutscher oder englischer Sprache zu senden an:

PD Dr. med. Volker Niemeier

Leihgesterner Weg 20 35390

Giessen

volker.niemeier@derma.med.uni-giessen.de

GENERAL INFORMATION

VENUE

Roskilde Congress Centre
Roskilde (35 km from Copenhagen)

IMPORTANT DATES

Registration and abstract submission open
November 2012

Deadline for abstracts
1 February 2013

Early registration deadline
15 March 2013

ABSTRACT SUBMISSION

All abstracts should be submitted online at
www.esdap2013.org.

Detailed information and guidelines can be found
on the conference website.

REGISTRATION

Participants are kindly requested to register at
www.esdap2013.org

OFFICIAL LANGUAGE

English



European Society for
Dermatology and Psychiatry
www.esdap2013.org

1st Announcement

ESDAP 2013

15th Annual Conference
of the European Society for Dermatology and Psychiatry

June 6 - 8 · 2013

Roskilde near Copenhagen Denmark



European Society for
Dermatology and Psychiatry
www.esdap2013.org

ORGANIZATION

ESDAP ORGANIZATION (by January 2013)

Fransjoel Frøel, (President ESDAP)
Hospital Roskilde, Roskilde
University of Roskilde

John de Korte, President Elect (The Netherlands)
Academic Medical Center,
University of Amsterdam

Dennis Lindqvist, Secretary General (Italy)
University Dermatology Clinic, Pavia

Klaus-Michael Tacke, Treasurer (Germany)
Merckel-Labor, Ulm/Heidelberg, Heide

MEMBERS

Sylvie Cornil (France)
Hopital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

Andrew Frisley (UK)
University of Cardiff

Ulmer Gahler (Germany)
Zentrum für Psychosomatische Medizin, Gießen

Gregor Jennek (Germany)
Department of Dermatology, Roskilde Hospital
University of Copenhagen, Roskilde

Andrey L'vov (Russia)
Dermatological Department,
Sechenov First Moscow State Medical University

Jacob Szepietowski (Poland)
University of Medicine,
Department of Dermatology, Wrocław

Lucia Tomalia (Spain)
Department of Psychology, University of Zaragoza,
Aragon Health Sciences Institute

LOCAL ORGANISING COMMITTEE (Denmark)

Gregor Jennek, Chair
Dept. of Dermatology
Roskilde Hospital (University of Copenhagen)

Susanne Burmann
Dept. of Dermatology

Roskilde Hospital (University of Copenhagen)

Michael Hvidt-Hansen
Dept. of Dermatology

Roskilde Hospital (University of Copenhagen)

Hennette Brogaard
Dept. of Dermatology

Roskilde Hospital (University of Copenhagen)

Jane Huang
Dept. of Dermatology

Roskilde Hospital (University of Copenhagen)

Diana Nielsen
Dept. of Dermatology

Roskilde Hospital (University of Copenhagen)

Morten Birkedal-Smith
Dept. of Psychiatry

Roskilde Hospital (University of Copenhagen)

Erik Strømgaard
Dept. of Psychiatry, Roskilde

Roskilde Hospital (University of Copenhagen) and University of Roskilde

www.esdap2013.org

INVITATION

We are pleased to announce the 15th Annual Meeting of European Society for Dermatology and Psychiatry which will take place in Roskilde, a beautiful town 35 km from Copenhagen, Denmark.

Roskilde is an ancient city dating from the Viking age. The most important historical sights are the Viking Museum and Roskilde Cathedral.

Roskilde is offering a refreshing, unpretentious atmosphere with its market, galleries, museums and beautiful water front. The city has a flourishing cultural life as well as an ancient historical environment with its stunning UNESCO world heritage Cathedral and other places such as the famous Viking Museum. Roskilde is easy to reach using Copenhagen Airport with numerous international flights. The train ride from Copenhagen to Roskilde is approximately 20 minutes.

The conference will be held at the Roskilde Congress Centre. ESDAP 2013 will deal with many aspects of the challenging interface between the skin and the mind, from neuroimmunology to the psychosocial and cultural aspects of appearance. The varied programme is aimed at attracting participants from numerous backgrounds, while maintaining a focus on the clinical consequences of psychodermatological problems.

We hope to provide an inspirational multifaceted setting in which different specialties will be able to contribute, and create an active networking environment. We hope that you will join us for three days of high level scientific presentations and knowledge sharing, creating a platform for future collaboration.

We look forward to welcoming you in Denmark

On behalf of the organizing committee,
Gregor Jennek, Chair of the Local Organizing Committee

Beitrittserklärung

Name:.....

Vorname:.....

Titel:.....

Anschrift:.....

Telefon:...../..... Fax:...../.....

Mail: @

Zusätzliche Angaben:

Mit der Veröffentlichung meiner Adresse innerhalb des APD bin ich einverstanden

Ja Nein

Mit der Weitergabe meiner Adresse an Patienten bin ich einverstanden

Ja Nein

Arbeitsschwerpunkte:

Folgende KollegInnen sollten auch über die Aktivitäten des APD informiert werden:

.....
.....
.....
.....

**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.