



# Rundbrief 2022

*Rundbrief des  
Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie  
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*

Im Internet: [www.psychodermatologie.eu](http://www.psychodermatologie.eu)

Jahrgang 2022

## **Inhaltsverzeichnis**

Grußworte des Vorstands	S. 4
Protokoll der Mitgliederversammlung vom 10.09.2022	S. 5
Rechenschaftsbericht des Schatzmeisters	S. 8
Bericht der Jahrestagung in Hersbruck am 10.09.2022	S. 9
Vorstellung des Behandlungsangebots eines psychologischen Beratungsdienstes in einer Hautklinik	S. 11
Ambulante Psychodermatologie: Vielfältig – potentialreich und bedeutsam	S. 15
Scham und Stigmatisierung bei Hauterkrankungen	S. 22
Ankündigung Jahrestagung Bad Bentheim 22./23.09.2023	S. 34
Nachlese zur Fobi in München 2022	S. 36
Beitrittserklärung	S. 35

## **IMPRESSUM:**

Herausgeber:  
Vorstand des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:  
Dr. med. Kristina Fronhoffs

Wir möchten auf unseren Internetauftritt [www.psychodermatologie.eu](http://www.psychodermatologie.eu) hinweisen, auf der Sie aktuelle Informationen einschließlich Kongresshinweisen, Literaturtipps und diesen Rundbrief finden.

## **Vorstand**

### Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Eva Peters  
Universitätsklinikum Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Charité Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik  
e-Mail: eva.peters@eva-peters.com

### Stellvertretender Vorsitzender:

Prof. Dr. rer. medic. Christian Stierle  
IUBH Internationale Hochschule  
VT Falkenried/Hamburg  
e-Mail: christian.stierle@hs-fresenius.de

### Beisitzer:

Dr. biol. hom. Christina Schut  
Dr. med. Johannes Hockmann  
Dr. med. Gabriele Rapp

### Schatzmeisterin:

Andrea Eisenberg  
Psorisol-Klinik  
Leitende Ärztin Dermatopsychosomatik  
Mühlstraße 31  
91217 Hersbruck

### Schriftführerin:

Dr. Kristina Fronhoffs, Rheinbach

### Sonderreferent des Berufsverbandes:

Dr. med. Steffen Gasss, Günzburg

### Kooptiertes Mitglied ESDaP

PD Dr. biol. hum. Jörg Kupfer, Gießen

## Grußworte

Liebe Arbeitskreismitglieder,

wir möchten uns auch in diesem Jahr herzlich für euer Engagement für die psychosomatische Dermatologie, Euren diskussionsfreudigen Enthusiasmus, der jede Tagung mit Eurer Beteiligung zu einer Bereicherung für die eigene Entwicklung und Arbeit macht, und natürlich Eure Liebe zu diesem wichtigen interdisziplinären Thema bedanken!

Die integrierte Versorgung von Patient:innen, die sowohl an dermatologischen als auch an psychischen Krankheiten leiden, ist unser gemeinsames Ziel. Ein Ziel, dass in den vergangenen Jahren viel Unterstützung durch Forschungsergebnisse aus der Grundlagenforschung, klinischen Studien und Epidemiologie erfahren hat. Mit diesem Rückenwind werden wir aus dem Arbeitskreis heraus die AWMF Leitlinie psychosomatische Dermatologie auf einen höheren Evidenz-basierten Stand bringen und wir sind mit Eurer Unterstützung auch in zahlreichen weiteren Leitlinienarbeiten und politischen Gremien vertreten. Auch dafür einen herzlichen Dank,

Wir wünschen Euch einen gelingenden Jahreswechsel, bleibt gesund,

Eva Peters und Christian Stierle

### **Wichtige Mitteilung an unsere Mitglieder:**

**Bitte beachten Sie, dass wir ab 2023 weitgehend auf papierlose Kommunikation umsteigen werden. Dies bedeutet auch, dass dieser Rundbrief der letzte sein wird, künftig werden wir Sie mehrfach jährlich per E-Mail mit unserem neuen Newsletter noch aktueller auf dem Laufenden halten. Einladungen zu Tagungen und Mitgliederversammlungen erhalten Sie dann auch per E-Mail.**

**Sollten Sie mit der Verwendung Ihrer E-Mail für den Newsletter NICHT einverstanden sein, bitten wir um eine kurze Nachricht bis spätestens 31.01.2023 an [eisenberg@psorisol.de](mailto:eisenberg@psorisol.de). Sollten wir möglicherweise keine aktuelle E-Mail-Adresse von Ihnen haben, freuen wir uns auch auf eine Aktualisierung Ihrer Daten.**

**Protokoll**  
**der Mitgliederversammlung des APD vom 10.09.2022 in Hersbruck**

**Anwesendheitsliste:** bei Dr. Kristina Fronhoffs erfragbar (insgesamt 9 Teilnehmer)

**Protokollführer:** Dr. Kristina Fronhoffs

**Tagesordnung:**

- TOP 1 Website
- TOP 2 Leitlinie
- TOP 3 Mitgliedsbeitrag
- TOP 4 Jahresgabe
- TOP 5 Rundbrief
- TOP 6 Sonstiges

TOP 1)

Die Website befindet sich in den Endzügen der Überarbeitung durch eine externe Firma unter Regie von Christina Schut. Eva Peters wird den Vorstand per E-Mail bitten, bestimmte Bereiche nochmal inhaltlich (u.a. Literatur) zu überarbeiten. Es besteht die Idee, dass sich auch psychodermatologische Kliniken vorstellen können, bzw. dass eine wechselseitige Verlinkung sinnvoll wäre. Auch könnten Videos mit Vorträgen zu verschiedenen Themen eingestellt werden.

TOP 2)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) fördert Leitlinien finanziell. Die Leitlinienkoordinatorinnen möchten einen entsprechenden Förderantrag stellen, um mit den finanziellen Mittel Hilfspersonal einzustellen, dass die Literaturrecherche und Vorsortierung übernehmen kann. Damit kann das Ziel einer S3-Leitlinie verfolgt werden. Die beteiligten Fachgesellschaften haben dem Förderantrag zugestimmt.

Klaus Taube hat sich bereit erklärt, den Teil über Talgdrüsenenerkrankungen bei den Leitlinien zu übernehmen.

TOP 3)

Der Jahresbeitrag liegt aktuell bei 45 €. Dieser Betrag muss noch auf der Homepage und im Mitgliedsantrag angepasst werden bzw. offensichtlich findet sich ein Fehler im Programm, so dass sich automatisch ein anderer Betrag einstellt, man arbeitet daran [nachträgliche Ergänzung von J. Hockmann]. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass der online-Antrag nicht über eine sichere Verbindung übermittelt wird, obwohl dabei sensible Bankdaten übertragen werden.

TOP 4)

Die Jahresgabe für 2020/2021 steht noch aus. Dafür war der USB-Stick mit den Vorträgen von Uwe Gieler „Einführung in die Psychosomatik“ geplant. Eva Peters und Andrea Eisenberg hören hier nochmal nach. Vorschlag für die Jahresgabe 2022(/2023?) ist „Therapie-Tools: Bindung und Bindungsstörungen“ aus dem Beltz Verlag.

TOP 5)

Im Rundbrief sollten die Mitglieder informiert werden, dass es zukünftig einen E-Mail-Verteiler gibt (Widerspruchslösung) und der Rundbrief durch Newsletter ersetzt werden wird. Christian Stierle klärt, ob er seinen Artikel über Scham für den Rundbrief zur Verfügung stellen darf, ebenso wird dies für den cme-Artikel über Versorgungsformen von Christian Stierle und Eva Peters geklärt. Christian Maul fasst seinen Vortrag von der APD-Tagung zusammen, zudem sollte ein Tagungsbericht (Andrea Eisenberg?) abgedruckt werden. Frau Hanneken aus Düsseldorf wird einen Bericht zum Thema „Wie lässt sich Psychodermatologie etablieren? Ein Praxisbeispiel“ zur Verfügung stellen. Alle Artikel sollten spätestens Ende November bei Kristina Fronhoffs eingegangen sein.

TOP 6)

Die Tagung in Hersbruck verlief sehr gut. Andrea Eisenberg dankt den Mithelfern, der APD-Vorstand dankt Andrea Eisenberg für die Organisation und Durchführung. Es soll nochmal versucht werden, einen E-Mail Verteiler für den APD zu erstellen. Da es bei entsprechenden Anfragen an die Mitglieder bislang keine Reaktion gab, soll mit dem nächsten Rundbrief eine Information an die Mitglieder erfolgen, gegen die Widerspruch eingelegt werden kann. Ab 2023 soll der jährliche Rundbrief dann durch Newsletter mehrfach jährlich ersetzt werden, in denen die Mitglieder auch aktuell über neue Literatur oder Fortbildungsveranstaltungen informiert werden.

Auch wurde angeregt, außerhalb der Tagungen in halbwegs regelmäßigen Abständen Online-Vorträge für die Mitglieder anzubieten.

Die Termine für die Jahrestagungen sollten immer im Vorjahr rechtzeitig für die Urlaubsplanung veröffentlicht werden. Eine Einladung sollte aber zusätzlich in kürzerem Abstand zur Tagung erfolgen.

Die nächste Tagung findet im September 2023 in Bad Bentheim statt. Sandra Hanneken (Düsseldorf) hat sich bereiterklärt, dort als Teilnehmerin über das europäische Psychodermatologie-Diplom zu berichten.

Wolfgang Harth ist beim JDDG weiterhin für die Psychodermatologie zuständig, obwohl er schon vor Jahren aus dem APD ausgetreten ist. Hier nimmt Eva Peters Kontakt auf, um das zu klären.

Christian Stierle möchte versuchen, ein Symposium bei der DGPPN 2023 anzumelden.

Rheinbach, den 10.09.2022

Kristina Fronhoffs

## **Kassenbericht 2022**

Liebe Mitglieder!

Bitte sehen Sie uns nach, dass der Kassenbericht für 2022 erst mit dem ersten Newsletter im neuen Jahr kommen wird.



## **Tagungsbericht des Arbeitskreises Psychodermatologie vom 10.09.2022 in Hersbruck**

*Dr. med. Kristina Fronhoffs  
Rheinbach*

In der Psorisol-Klinik im malerischen Örtchen Hersbruck fand am 10.09.2022 die erste Jahrestagung des Arbeitskreises Psychodermatologie seit Pandemiebeginn statt. Die Organisatorin der Veranstaltung Andrea Eisenberg, Leiterin der Abteilung für Dermatopsychosomatik der Psorisol-Klinik sowie Prof. Eva Peters (Charité Berlin/Justus-Liebig-Universität Gießen) in ihrer Funktion als Vorsitzende des Arbeitskreises begrüßten das zahlreiche interdisziplinäre Publikum aus Dermatolog:innen, Psychosomatiker:innen, Psychiater:innen und Psycholog:innen, das sich darauf freute, dass nach der Tagung 2019 nun endlich wieder ein persönlicher Austausch möglich war.

Den Auftakt machte Dr. Franz Heppt (Psorisol-Klinik) zum Thema „Psoriasis“. Anschaulich spann er einen großen Bogen über die verschiedenen klinischen Bilder der Psoriasis, pathophysiologische Aspekte und sich daraus erschließende Therapiemöglichkeiten bis hin zu den psychischen Aspekten und der zentralen Rolle einer standardisierten Erfassung der Lebensqualität, z. B. mittels DLQI.

Im Anschluss referierte Prof. Eva Peters über die „Psychoneuroimmunologie der Haut: Wie kommt der Stress in die Haut?“. Eindrücklich zeigte sie Daten aus Studien und tierexperimentellen Arbeiten, die darstellen, über welche unterschiedlichen biomolekularen und zellulären Prozesse eine Verbindung zwischen Gehirn, peripheren Nerven, Immunzellen in der Haut und der Haut selbst bestehe und dadurch permanent eine wechselseitige Beeinflussung vorliege. Dies sei nicht nur pathogenetisch von großer Bedeutung, sondern helfe oft auch im Umgang mit Patienten, um bei diesen im Sinne des biopsychosozialen Modells ein größeres Verständnis für die Zusammenhänge ihrer Hauterkrankung mit psychischen Faktoren herzustellen.

Dr. Dipl.-Psych. Christina Gallinat (Universitätsklinikum Heidelberg) berichtete über ihre Forschungsarbeit zum Thema „Pathologisches Skin Picking: Störungsbild und aktuelle Forschungslage“. Dabei beschrieb sie die Diagnose, die bereits im DSM V abgebildet sei und auch im neuen ICD-11 abgebildet sein werde, als zwanghaftes Hautzupfen oder –reiben, das häufig erhebliche Verletzungen der Haut hervorrufen könne und zu großen psychosozialen Beeinträchtigungen führe. Im Umgang mit diesen Patienten sei eine nicht-wertende Haltung ohne Schuldzuweisungen besonders wichtig. Therapeutisch seien psychoedukative Maßnahmen neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen hilfreich. Die Referentin betonte einen weiterhin hohen Forschungsbedarf.

Ein lebhafter Vortrag zu „Ekel und Scham bei Hautkrankheiten“ von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Christian Stierle (Fresenius-Hochschule Hamburg) folgte, in dem der Referent klar zwischen dem eher kognitiv vermittelten Ekel und der sehr viel tiefer emotional verankerten Scham unterschied, die auch therapeutisch sehr unterschiedlich angegangen werden müssten. Während

bei Ekel, der evolutionär wichtig sei, um uns z. B. vor Infektionen zu schützen, oft z.B. kognitive Maßnahmen sinnvoll und hilfreich seien, folge auf Scham häufig eine massive Abwertung des eigenen Selbst. Hierbei haben sich selbstmitgefühlfördernde Therapieansätze bewährt.

Vor der Mittagspause sprach die Gastgeberin Andrea Eisenberg über „Angststörungen in der Dermatologie“. In ihrem Vortrag zeigte sie anhand verschiedener Patientenbeispiele sehr anschaulich, wie sich verschiedene Formen von Angststörungen in der Dermatologie darstellen können. Hierbei hob sie hervor, dass Angst zunächst eine sinnvolle Reaktion auf gefährliche Situationen sei, dass man aber von dieser „Real-Angst“ auch pathologische Ängste wie „neurotische Ängste“ (z. B. soziale Phobien) bis hin zu „psychotischen Ängsten“ (z.B. Körperdysmorphie Störung) abgrenzen müsse.

Während der Mittagspause wurde das Angebot von Dipl.-Psych. Christian Maul gerne angenommen, der die psychologische Betreuung der Patienten in der Psoriasis-Hautklinik vorstellte. In einem mehrstufigen Modell erhalte jeder Patient der Hautklinik einen psychoedukativen Basisvortrag, weitere Angebote wie Entspannungsverfahren bis hin zu Einzelgesprächen stünden den Patienten zur Verfügung.

Nach einem gemeinsamen Mittagessen referierte Prof. Uwe Gieler (Vitos-Klinik Gießen) zum Thema „Neurodermitis“. Analog zum atopischen Marsch stellte er einen „psychischen Marsch“ vor, bei dem es u.a. über die Stufen „Stigmatisierung“, „Nähe-Distanz-Probleme“, „Depression/Angst“ bis hin zum „Suizid“ kommen könne. Hier gelte eines frühzeitiges Ansprechen möglicher psychischer Probleme als entscheidend, um den Marsch zu unterbrechen. Hilfreich seien auch die wissenschaftlich gut evaluierten Neurodermitis-Schulungen, die auch in den Leitlinien ihren Platz gefunden hätten.

Den Abschluss des Vortragsteils der Tagung machte Prof. Thomas Kraus (Frankenalb-Klinik, Engelthal) über „Depression bei chronischer Krankheit“. Er zeigte, dass bei chronischen Erkrankungen, zu denen aus dem Spektrum der Dermatologie z.B. die Psoriasis gehöre, Depressionen überproportional häufig vorkommen und ggf. einer entsprechenden psychotherapeutischen oder pharmakologischen Mitbehandlung bedürften.

Zum Ende der Tagung konnten die Teilnehmer noch zwischen interaktiven Workshops wählen zu den Themen „Medikamentöse und Psychotherapeutische Behandlung“ (Dr. Anne Kruttschnitt, Friedrich von Bodelschwingh-Klinik, Berlin) / „Psychotherapie – ein Überblick“ (Dr. Gabriele Rapp, Hautklinik Stuttgart), „Zugang zu Ressourcen – die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell“ (Dipl.-Psych. Maryse Rothe, Hersbruck), „Deeskalierende Gesprächsführung“ (Dipl.-Psych. Simone Walter-Tittmann, Hersbruck) und „Interaktionelle Fall-Arbeitsgruppe: Handlungsfähig werden im Kontakt mit dem Patienten“ (Andrea Eisenberg, Hersbruck).

Insgesamt ein rundum befriedigendes, anregendes Treffen auf hohem klinischem und wissenschaftlichen Niveau! Wir freuen uns bereits jetzt auf die nächste Jahrestagung in Bad Bentheim am 22./23.09.2023.

## **Vorstellung des Behandlungsangebots eines psychologischen Beratungsdienstes in einer Hautklinik**

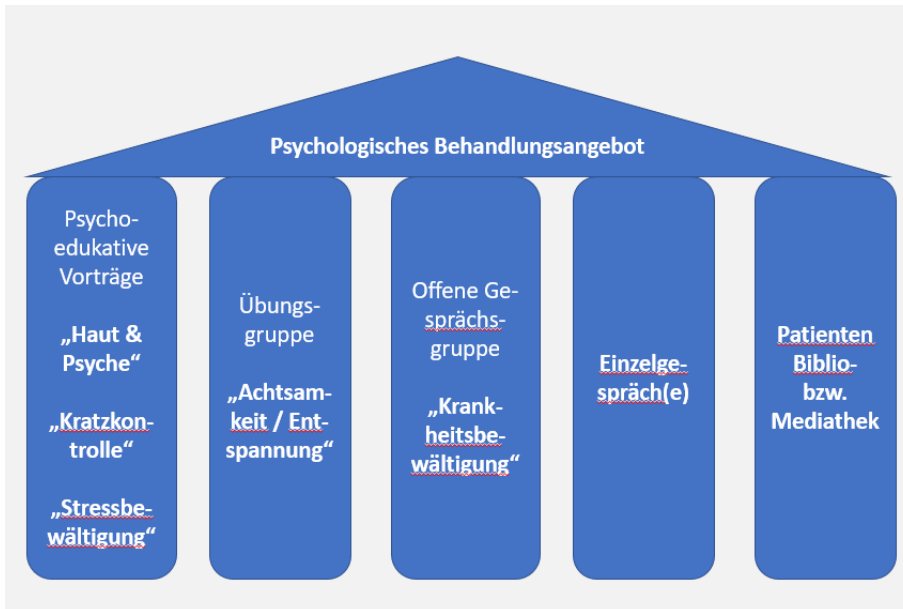
*Dipl..Psych. Christian Maul*

*Leiter des psychologischen Beratungsdienstes der PsoriSol-Hautklinik Hersbruck*

Der nachfolgende Artikel ist im Wesentlichen die verschriftlichte Form eines (Kurz-)Vortrags im Rahmen der 28. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie.

Nachdem in diversen, sehr spannenden Vorträgen eindrücklich das enge Wechselspiel zwischen Hauterkrankung und psychischen Faktoren und sich daraus ableitende begleitende psychologische Behandlungsnotwendigkeiten dargestellt wurden, war es Ziel des nachfolgenden Vortrags, über die praktische Umsetzung dieser wissenschaftlichen Implikationen am Beispiel einer stationären dermatologischen Behandlung in der PsoriSol Hautklinik in Hersbruck zu informieren.

Die Patient:innen haben hierbei die Möglichkeit, neben der medizinischen Therapie auch verschiedene therapiebegleitende psychologische Behandlungsbausteine zu wählen (siehe Abb. 1). In der Regel melden sich die Patient:innen hierfür selbständig und freiwillig an, mitunter auch auf ärztliches Anraten. Eine Ausnahme bildet der Basisvortrag „Haut & Psyche“: für diesen Vortrag werden alle Patient:innen mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen automatisch zeitnah nach Aufnahme terminiert – ca. 70% nehmen dann auch tatsächlich teil. Ziel des Vortrags ist die Vorstellung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, welches einer Vielzahl von multifaktoriellen Dermatosen zugrunde liegt. In vereinfachter Form werden hierbei psycho-neuro-immunologische Wechselwirkungen und häufige psychosoziale Konsequenzen und Folgen bei Vorliegen einer chronischen Hauterkrankung dargestellt sowie über die weiteren psychologischen Behandlungsbausteine informiert.



(Abb. 1: Die 5 Säulen des psychologischen Behandlungsangebots)

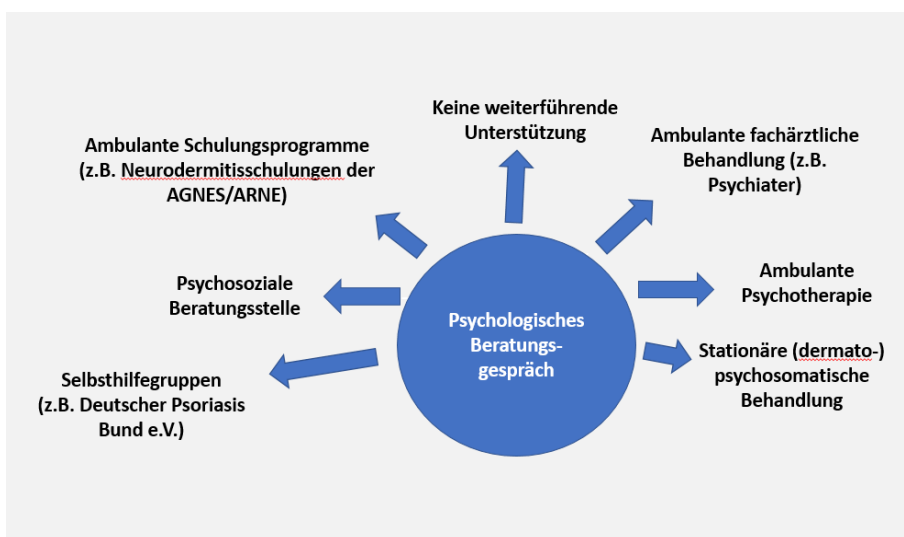
Diese bestehen zunächst in weiterführenden psychoedukativen Vorträgen zu hautrelevanten Themen. Der Vortrag „Kratzkontrolle“ fokussiert auf die Themen Juckreiz-Kratz-Zirkel und verschiedene Strategien zur Reduktion eines zu starken, hautschädigenden Kratzverhaltens (u.a. auch Habit-Reversal-Training).

Im Vortrag „Stressbewältigung“ werden eingangs Kriterien für ein „normales“, unvermeidbares und z.T. auch gesundheitsförderndes Stressgeschehen sowie für einen potentiell pathologischen Distress definiert. Des Weiteren werden verschiedene Ansätze der Stressbewältigung (in Anlehnung an Kaluza) vorgestellt: instrumentelle, mentale sowie regenerative Stresskompetenz.

Ergänzend zu diesen Vorträgen – oder auch unabhängig davon - können Patient:innen an der Übungsgruppe „Achtsamkeit / Entspannung“ teilnehmen. Drei Mal pro Woche werden hierbei in ca. 30-minütigen praktischen Übungseinheiten unterschiedliche Entspannungsmethoden (z.B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training, Imaginationsübungen) und Achtsamkeitsmeditationen für mehr Gelassenheit, Gegenwärtigkeit und Selbstmitgefühl vermittelt.

In einer offenen Gesprächsgruppe können sich die Patient:innen außerdem zu diversen Aspekten zum Thema „Krankheitsbewältigung“ austauschen: selbstsicherer Umgang mit einer sichtbaren Hauterkrankung, Schamerleben, Leben mit einer chronischen Erkrankung, Krankheitsakzeptanz usw. Moderiert wird die Gruppe durch eine/n Psychologin/en – im Vordergrund steht jedoch der Austausch und die gegenseitige Unterstützung der Betroffenen untereinander.

Neben diesen Gruppenkursen bieten wir auch die Möglichkeit zu psychologischen Einzelberatungsgesprächen, in denen individuelle Anliegen besprochen werden können. Dem Einzelgespräch kommt dabei eine wichtige Weichensteller-Funktion zu (siehe Abb. 2): viele Patient:innen berichten, dass sie bislang ausschließlich medizinisch behandelt wurden und sind sich der vielfältigen psychosozialen Unterstützungsangebote nicht bewusst.



(Abb. 2: Weichensteller-Prinzip des psychologischen Einzelberatungsgesprächs)

Je nach Anliegen kann daher zu Selbsthilfegruppen, ambulanten Patientenschulungen, psychosozialen Beratungsstellen, ambulanter fachärztlicher Behandlung oder ambulanter Psychotherapie beraten werden. Manche Patient:innen sind mit ein bis zwei Beratungsgesprächen ausreichend versorgt und haben keinen weiteren Unterstützungsbedarf.

Zuweilen lässt sich in den Einzelgesprächen aber auch eine ausgeprägtere psychische Komorbidität eruieren (z.B. depressive Episode mind. mittelgradigen Ausmaßes, soziale Phobie, pathologisches Skin Picking etc.), welche im Verlauf ggf. auch einer stationären psychosomati-

schen Behandlung bedarf. Die Patient:innen können hierzu u.a. auch über das Angebot der dermatopsychosomatischen Station in der PsoriSol Hautklinik aufgeklärt werden. Seit 2019 besteht dort eine mittlerweile 18 Behandlungsplätze umfassende Station, die ein multimodales psychosomatisches Behandlungssetting speziell für dermatologisch erkrankte Patient:innen bereithält.

Abgerundet wird das therapiebegleitende psychologische Behandlungsangebot in der dermatologischen Fachklinik durch eine Patientenbiblio- bzw. mediathek, in welcher eine Vielzahl an psychologischen Ratgebern, Selbsthilfeliteratur und diverse Entspannungsübungen zum Verleih bereitstehen.

Die Nachfrage unserer Hautpatient:innen nach einer begleitenden psychologischen Unterstützung ist anhaltend hoch: die Vorträge und Gruppenkurse sind durchgängig sehr gut besucht, die Anzahl der durchgeführten Einzelberatungsgespräche lag in den vergangenen Jahren zwischen 1500 und 2000 pro Jahr.

Zugleich ist uns aber auch bewusst, dass unter zunehmendem Kostendruck gerade solche, durch das Fallpauschalen-System nicht hinreichend gegenfinanzierte, „Zusatzangebote“ von Klinikleitungen kritisch hinterfragt werden. Umso dringlicher erscheint daher der Transfer von hinlänglich belegter wissenschaftlicher Erkenntnis zur klinischen Implementierung, sodass die psychologische Betreuung von Hautpatient:innen ein regulärer und entsprechend vergüteter Bestandteil der medizinischen Versorgung wird.

Für Fragen, Anregungen, Austausch und gerne auch Vernetzung mit anderen psychologischen Konsil- und Beratungsdiensten in Hautkliniken steht der Autor gerne zur Verfügung unter [maul@psorisol.de](mailto:maul@psorisol.de).

## **Ambulante Psychodermatologie: Vielfältig, potentialreich und bedeutsam**

*Dr. med. Sandra Hanneken  
Praxis Empoderm, Düsseldorf*

Ich möchte psychodermatologisches Arbeiten aus meiner persönlichen Sicht mit Tätigkeit in einer Einzelpraxis darstellen.

Ähnlich wie die Dermatologie mit ihren vielen Subdisziplinen äußerst vielfältig ist, gilt dies m.E. in gewisser Weise auch für die Psychodermatologie.

Die Psychodermatologie hat im ambulanten (genauso wie im stationären) Bereich Schnittstellen mit nahezu dem gesamten Spektrum der Dermatologie, Psychosomatik, Psychotherapie und (Teil-) Bereichen der Psychiatrie sowie Sozialmedizin, und zwar bezogen auf die vielfältigen Krankheitsbilder, mögliche Komorbiditäten als auch die verschiedensten Therapiemodalitäten.

Das Bereichernde am psychodermatologischen Arbeiten ist damit auch die große Breite der Möglichkeiten der Einbeziehung dieser Disziplin in die ambulante Tätigkeit, vom ‚Kleinen‘, d.h. den wenigen (aber hilfreichen und vielleicht wegweisenden) Sätzen mehr im Patientengespräch über die Möglichkeiten der Integration der psychosomatischen Grundversorgung bis hin zur Durchführung langfristiger psychotherapeutischer Sitzungen im Einzelgespräch.

Für mich persönlich ist ein wesentliches Element in der ärztlichen Haltung als Psychodermatologin die Integration einer biopsychosozialen Perspektive. Diese hat sich für mich im Laufe der Zeit u.a. bedingt durch einen Schwerpunkt in der Betreuung von Patienten mit chronischen Hauterkrankungen sowie Integration von gesundheitspädagogischen Elementen wie Gruppenschulungen als essentiell herauskristallisiert. Diesem Ansatz kommt m.E. in der (Psycho-)Dermatologie eine sehr wichtige Rolle zu.

Diese Sichtweise in die Sprechstunde zu integrieren bedeutet ganz konkret aber auch, sich teilweise bewusst in einer Art ‚achtsamen Gegenpol‘ zu unserer üblicherweise effizienzgesteuerten und ‚durchgetakteten‘ medizinischen Arbeitswelt zu befinden.

Psychodermatologisch zu arbeiten heißt für mich bezogen auf die ärztliche Haltung, den Patient:innen gegenüber offen zu sein für die möglichen Affektzustände, Begleitsymptome und /oder psychischen Komorbiditäten (wie z.B. Angststörungen und Depression), und damit für Aspekte, die nahezu jeder klinisch-dermatologischen Situation mehr oder weniger innewohnen

können, dabei aber gleichzeitig weder die rein somatische noch die psychische Seite der Hauterkrankung noch die enorme soziale Implikation von Hauterkrankungen außer Acht zu lassen. Es bedeutet, um die potentiellen Aspekte wie Stigmatisierung, Scham, Ausgrenzung und sozialen Einschränkungen verbunden teilweise mit Hilflosigkeit und Resignation zu wissen, und je nach Bedarf näher zu explorieren.

Dabei geht es nicht darum, die Dermatologie zu psychodermatologisieren, sondern die individuelle Erfordernis zu erfassen, um ggf. neben der ‚rein dermatologischen Therapie‘ weitere Unterstützungsmöglichkeiten darzustellen oder Therapieangebote zu machen.

Die gesamte Breite der Psychodermatologie zeigt sich für mich persönlich z.B. als Patiententrainerin in Gruppenschulungen.

Gruppenschulungen für an Neurodermitis Erkrankte und deren Eltern machen neben den rein ‚somatischen‘ Befunden die Auswirkungen und psychosozialen Belastungen der Erkrankung und auch den enormen Informationsbedarf deutlich, an (Psycho-)Eduktion, sowie die Auswirkungen der Erkrankung auf das gesamte System Familie (mit Juckreiz, Schlaflosigkeit sowie Folgen für das gesamte ‚System Familie‘, auch auf nicht betroffene Geschwisterkinder), die Belastung durch ständiges Cremen, die potentielle Stigmatisierung, Fragen einer möglichen Ausgrenzung in Peer Groups, und nicht zuletzt die weitere psychosoziale Entwicklung der betroffenen Patienten.

In Gruppenschulungen für Betroffene von Anaphylaxie und Eltern betroffener Kinder kommt die enorme Angst nach einem nur allzu oft traumatisch erlebten Einschnitt im Leben zum Ausdruck. Es offenbaren sich dann existentielle Fragen durch ein potentiell lebensbedrohliches und traumatisierendes Ereignis, welches auf einmal das ganze Leben auf den Kopf stellt. Angststörungen, Schlafstörungen oder Anpassungsstörungen können resultieren und sich gerade zu Beginn teils enorme Auswirkungen auf die Lebensqualität durch als einschneidend erlebte Änderungen einstellen, verbunden mit Einschränkungen im Alltag durch Allergenmeidung, notwendigen Erwerb von Kenntnis über Allergendecklaration sowie Verhalten in Kindergarten, Schule, Beruf, Freundeskreis etc..

Patientenschulungen sind m.E. von sehr großem Wert, um die für die Patienten und Angehörigen relevanten biopsychosozialen Aspekte einer Erkrankung ausreichend berücksichtigen zu können und den Umgang mit einer Erkrankung zu verbessern. Gut kann man in den Gruppen dabei auch einen der Wirkfaktoren aus der Gruppenpsychotherapie, nämlich die Universalität des Leidens, nachempfinden, welcher aus meiner Sicht von großem Wert für Patienten ist.



Die erforderliche umfangreiche Aufklärung über das Erkrankungsbild Neurodermitis und Anaphylaxie in einer üblichen rein ‚somatisch‘ ausgerichteten Sprechstunde kann diesen (und vielen weiteren (psycho-) dermatologischen) Krankheitsbildern mit ihren vielfältigen Implikationen oftmals nicht gerecht werden. Dies führt nicht selten zu weiterer Frustration im Umgang mit der Erkrankung, noch verstärkt durch bürokratische Hürden, wenn erwachsenen Patienten mit Anaphylaxie von Kostenträgern die Kostenübernahme für eine Gruppenschulung unter Hinweis, dass dies keine chronische Erkrankung sei, verweigert wird.

In der berufsdermatologischen und allergologischen Tätigkeit bei Patienten mit Berufsdermatosen zeigen sich regelmäßig die psychodermatologischen und psychosozialen Implikationen.

Eindrücklich zeigt sich beim chronischen Handekzem die psychosoziale Dimension.

Exemplarisch dargestellt sei die Altenpflegerin, die ihre Hände in den Dienst anderer stellt, und dies oftmals mit enormem Pflichtbewusstsein und Aufopferung für ihre Patienten. Gleichzeitig mangelt es an ausreichender Selbstfürsorge, so dass die Patientin dann trotz offener, rissiger Haut unter Schmerzen und Juckreiz weiterarbeitet, und eine Arbeitsunfähigkeit durch persönlichkeitsimmanente Probleme, sich abzugrenzen, und unter Hinweis auf Personalmangel am Arbeitsplatz scheut. Zudem wird die nötige Hautschutzumsetzung durch Druck am Arbeitsplatz erschwert. Die Lebensqualität ist schließlich sehr stark beeinträchtigt. Durch Überforderung, (psychische) Begleiterkrankungen und Kumulation kritischer Lebensereignisse kann dann nicht selten eine Spirale mit gravierenden psychosozialen Problemen resultieren.

Nur allzu oft zu beobachten ist auch das Phänomen, dass sich bei Patienten mit Handekzem, die an ihrem Arbeitsplatz durch die einschränkende Symptomatik des Handekzems nicht mehr so ‚leistungsfähig‘ sind, Probleme mit Vorgesetzten und Kollegen entwickeln, welche die Patienten oftmals vor schwer lösbare Herausforderungen in der Arbeitswelt stellen, und ein weiterer Kofaktor für sich entwickelnde psychische/psychosomatische Komorbiditäten sein können.

Neben den funktionalen Einschränkungen im Alltag werden immer wieder deutliche Schamgefühle durch die bloße Sichtbarkeit von Hauterscheinungen an den Händen deutlich.

Das Wissen um die Haut-Nerven-Interaktion ermöglicht bei Patienten mit Handekzem aber auch eine diagnostische Einordnung. Z.B. wird dies deutlich bei einem Patienten mit schwerem Handekzem, welches sich ursprünglich unter hautbelastender Tätigkeit als Schlosser entwickelt hat, und bei dem sich trotz eigentlich ‚gut eingestellter‘ Therapie dennoch plötzlich und scheinbar unerklärlich teils ausgeprägte Ekzemschübe an den Händen einstellen. Im Rahmen der Exploration von möglichen Triggerfaktoren sowie Fragen nach dem psychosozialen Befinden

kommen private Belastungsfaktoren zum Vorschein; bei einem heftigen Schub des Handekzems hat sich kurz vorher eine Familienangehörige suizidiert, beim nächsten Schub wird eine plötzliche und ungewollte Trennung von der Partnerin über Nacht vorgebracht, und schließlich wird bei einem weiteren Schub die starke Überlastung durch parallele häusliche Pflege eines demenzkranken Angehörigen thematisiert. Dies hat praktische Auswirkungen auf das therapeutische Prozedere: Ohne Bewusstsein für die mögliche Relevanz psychischer Auslöser würde man zunächst das übliche Therapieregime in Frage stellen, wohingegen hier eine Fokussierung auf den psychosozialen Bereichen unerlässlich scheint.

Es wird deutlich, dass hier konkret ein interdisziplinärer psychodermatologisch-berufsdermatologischer Ansatz unter Einbeziehung sozialmedizinischer Aspekte notwendig ist, dies v.a. auch, da viele Patienten sich nur allzu oft und nachvollziehbar in einem resignativen Kreislauf aus Überforderung und Hilflosigkeit befinden.

Solche Beispiele lassen sich vielfältig fortführen.

So wie die Prävention in der Berufsdermatologie einen enormen Stellenwert hat, ist dies auch in der Psychodermatologie von entscheidender Bedeutung.

Aufklärung und Psychoedukation können sehr hilfreich dabei sein, Patienten das Coping mit dem (psycho-)dermatologischen Krankheitsbild und den assoziierten Problemen bzw. Herausforderungen zu erleichtern sowie ggfs. zur Erkennung möglicher Komorbiditäten wie Depression, Somatisierungen oder auch Suizidalität beitragen.

Es braucht hierzu in der Psychodermatologie neben dem o.g. Bewusstsein für die vielen Facetten v.a. aber auch ganz konkrete, geeignete Strukturen bzw. (niedrigschwellige) Angebote, welche die optimale Versorgung dieser Patienten ermöglichen, v.a. auch, damit z.B. notwendige stabilisierende Gespräche für Behandler attraktiv sind, und nicht als ein Hemmnis im Hinblick auf die dafür erforderliche Zeit in einer durchorganisierten Praxis wahrgenommen werden.

Insbesondere das m.E. für die Psychodermatologie enorme Potential, was v.a. auch niedrigschwellige Gruppenangebote für Patienten bieten, wird in der aktuellen Versorgungslandschaft leider unterrepräsentiert.

Die Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung, aber auch eine Weiterbildung zum Psychotherapeuten (Zusatzbezeichnung oder Facharzt) ermöglichen es, die Psychodermatologie sowohl inhaltlich als auch zeitlich noch viel intensiver in der Praxis abzubilden, und damit auch, je nach Krankheitsbild bzw. dominierender Symptomatik flexibel zu sein.

Für mich persönlich bedeutet das konkret immer wieder auch eine Art Positions- und Perspektivwechsel zwischen Psychotherapie und ‚klassischer‘ Dermatologie, was ich als eine große Bereicherung wahrnehme, und ich es auch mehr als eine Integration beider denn einen tatsächlichen Wechsel zwischen Disziplinen ansehe.

Flexible organisatorische und (Termin-) Strukturen sind dafür notwendig, lassen sich aber durchaus umsetzen.

Insbesondere bei Erkrankungen primär psychischer Genese, die sich mit Symptomen am Organ Haut bzw. den angrenzenden Strukturen zeigen, wie der Dermatillomanie, der Trichotillomanie aber auch der Körperdysmorphen Störung ermöglicht der psychotherapeutische Hintergrund die therapeutische Versorgung dieser Patienten unter umfassender Berücksichtigung dermatologischer und psychischer Befunde; gerade bei diesen Krankheitsbildern, wo sich überlappende und oftmals nicht immer einfach einzuordnende Phänomene zeigen, z.B. bei der Dermatillomanie und gleichzeitiger Acne vulgaris oder dem Dermatozoenwahn und der Abgrenzung pruritischer Dermatosen steht die Psychodermatologie an einer ganz entscheidenden Schnittstelle, welche eine umfassende Annäherung und Abklärung der jeweiligen Symptome erlaubt, um vorliegende und ggf. auch wechselnde dermatologische und psychische Befunde einzuordnen, und eine erforderliche Therapie einzuleiten. Darüber hinaus sind hier auch ganz praktische Dinge von Relevanz wie Fragen der Hautpflege, teils der Wundversorgung, Therapie assoziierter Befunde sowie Abgrenzung von dermatologischen Symptomen als Folge einer primären Dermatose oder einer primär psychischen Erkrankung mit Störung der Impulskontrolle oder einer Zwangsstörung.

Der psychodermatologische Blick ermöglicht es, Diskrepanzen zwischen objektiven Befunden und subjektiver Patientenwahrnehmung wie bei der körperdysmorphen Störung zu erkennen und möglichst adäquat zu thematisieren. Auch für Patient:innen mit Skin Picking Disorder ist eine empathische Herangehensweise hilfreicher als ermahnende oder belehrende Worte. Ziel ist es, zu ermöglichen, sich dem therapeutisch herausfordernden Krankheitsbild in einem akzeptierenden und für die Patient:innen schamreduzierten Umfeld zu widmen.

Aus psychotherapeutischer Sicht haben sich in der Psychodermatologie sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamische Herangehensweisen bewährt. In der Bearbeitung der Symptomatik der Patient:innen bzw. der zugrunde liegenden Problematik/Konflikte ist es m.E. wertvoll, sich trotz einer psychotherapeutischen Fokussierung (bei mir das psychodynamische Arbeiten) eine methodische Aufgeschlossenheit zu bewahren.

Von Vorteil ist meiner Meinung nach eine schulenintegrierende bzw. schulenübergreifende Offenheit, da dies eine große Bereicherung hinsichtlich der methodischen bzw. therapeutischen

Vielfalt bieten kann. Konkret ermöglicht diese eine individualisierte Herangehensweise unter Einbeziehung von Konzepten der Dritten Welle, wie z.B. der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) und der Schematherapie. Auf Behandlerseite steht dabei die stetige und oft zeitintensive Erfordernis für Fortbildungen, was die therapeutischen Möglichkeiten aber wiederum deutlich erweitern kann.

Als ‚Handwerkszeug‘ bzw. hilfreich sind neben der Etablierung einer therapeutischen Beziehung die Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung, die Nutzung von psychoedukativen Elementen, Selbstbeobachtungstagebücher, die Genogramm-Arbeit, Imaginationsübungen, Habit-Reversal-Techniken, die Besprechung des Juckreiz-Kratzzirkels oder die Erarbeitung von Kratz- oder anderen Verhaltensalternativen, um nur Einige zu nennen.

Die Psychodermatologie bewegt sich an einer interdisziplinären Schnittstelle und hat aus meiner Sicht einen großen Stellenwert für die gesamte Dermatologie; allein die bloße Sichtbarkeit der Haut bzw. der Hauterkrankung (und der Umgang für uns als Therapeuten damit) hat schon eine innenwohnende psychodermatologische Perspektive, die es fast unmöglich macht, die psychosozialen Implikationen nicht zu sehen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang aus Irvin D. Yalom ‚Die Reise mit Paula‘ zitieren: ‚In jedem Patienten und in jeder klinischen Situation steckt die Schmetterlingspuppe eines voll entwickelten menschlichen Dramas. Die Kunst der Psychotherapie besteht darin, dieses Drama zu aktivieren‘.

Es geht, wie bereits erwähnt, nicht darum, die Dermatologie zu psychodermatologisieren, dennoch steckt im oben genannten Satz für die Psychodermatologie - auch weniger pathetisch ausgedrückt - viel Wahres und alltäglich ‚Sichtbares‘ für die Dermatologie.

Allen (psycho-)dermatologisch tätigen Kolleg:innen sind die möglichen und teils erheblichen psychosozialen Implikationen beispielsweise einer Acne vulgaris, Rosazea, Vitiligo oder Alopecia areata bewusst.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich aber auch die konkrete ‚Nähe‘ der Psychodermatologie zu gesellschaftlichen Themen von zunehmender Relevanz, wenn man die Körperdysmorphie Störung (bzw. die sog. ‚Selfie-Dysmorphie‘) bedenkt.

Die fehlende Thematisierung anderer Bereiche hier wie der Psychodermatookologie oder die psychodermatologischen Implikationen weiterer ‚größer‘ Krankheitsbilder wie der Psoriasis vulgaris (deren psychoneuroimmunologischen Wechselwirkungen sehr gut untersucht sind) soll keinen wertenden Charakter haben, sondern zeigt meines Erachtens vielmehr die große Bandbreite der Psychodermatologie; die o.g. Fallbeispiele lassen sich durch viele weitere aus der Praxis ergänzen.

Die Entfaltung der klinischen Situation bzw. der individuellen Symptomatik stellt dabei den Schlüssel zur therapeutischen Bearbeitung dar, mit dem Ziel den Umgang mit der Erkrankung ressourcenorientiert zu bewältigen, die Lebensqualität zu steigern, und letztlich Salutogenese zu ‚betreiben‘.

Es geht mir nicht um die bloße Darstellung der Krankheitsbilder, sondern wünschenswert wäre, dass das Bewusstsein für die ‚kleinen und großen‘ Implikationen von Psychodermatologie in der täglichen Praxis erweitert wird, damit sich – zusammen mit der Aufgeschlossenheit auf Seiten der Behandler- hoffentlich auch eine erforderliche Offenheit in den Versorgungssystemen etabliert werden, und eine Implementierung dafür notwendiger Strukturen erfolgen kann.

Die Psychodermatologie steht tagtäglich mit im dermatologisch- therapeutischen Raum, und als Behandler stehen wir an der Schnittstelle, diese Entfaltung der biopsychosozialen Problematik und deren Bearbeitung zu begleiten.

Für den ärztlichen Alltag ist das eine große Bereicherung.

## Scham und Stigmatisierung bei Hauterkrankungen

*Jakob Fink-Lamotte<sup>1</sup> & Christian Stierle<sup>2,3</sup>*

*<sup>1</sup>Universität Leipzig, Klinische Psychologie und Psychotherapie*

*<sup>2</sup>IU Internationale Hochschule<sup>3</sup>VT Falkenried, Hamburg*

Fink-Lamotte, J., & Stierle, C. (2022). Scham und Stigmatisierung bei Hauterkrankungen. *hautnah dermatologie*, 38(2), 34-39

### **Beispiel**

Herr F., 42 Jahre, leidet seit mehreren Jahren unter einer mittelschweren Form der Psoriasis. Diese betrifft vor allem den Rumpf, sowie Arme und Hände. Ebenso gibt es betroffene Stellen an der Kopfhaut. Herr F. leidet sehr unter den Symptomen, vor allem machen ihm die Reaktionen anderer Menschen von denen er immer wieder abwertende Äußerungen („Uh, was haben Sie denn da“) und zurückweichendes Verhalten erfährt, zu schaffen. Parallel fällt es ihm jedoch auch schwer, sich selbst im Spiegel zu betrachten und sich an den betroffenen Körperstellen zu berühren. Auch die tägliche Hautpflege geht mit vielen negativen Emotionen einher. Herr F. vermeidet Besuche im Schwimmbad, wie auch der Sauna und hat seit mehreren Jahren keine intime Beziehung mehr aufnehmen können. Er versucht die Körperstellen durch lange Kleidung und Mützen zu kaschieren und hat sich in der letzten Zeit stark zurückgezogen. Er grübelt viel und zeigt kaum noch Interesse und Freude an Dingen, die ihm früher Freude bereitet haben. Zunehmend fehlt ihm auch der Antrieb für sportliche Aktivitäten. Sein Gewicht ist in den letzten Wochen weitergestiegen, was sein Vermeidungsverhalten und die Unzufriedenheit mit seinem Körper weiter verstärkt hat. Neben der Diagnose der Psoriasis erfüllt er die Kriterien für eine mittelschwere depressive Episode.

## Hintergrund

Viele Dermatolog:innen sind täglich in Ihrer Praxis damit konfrontiert, dass Patient:innen mit Hautkrankheiten, wie im angeführten Beispiel, auch unter komorbiden psychischen Erkrankungen leiden oder diese aufgrund der Hauterkrankung entwickeln. Dementsprechend überrascht es nicht, dass über verschiedene Studien hinweg hohe Prävalenzraten komorbider psychischer Störungen von etwa 30-40 % bei dermatologischen Patient:innen gefunden werden [12,34]. Die häufigsten komorbiden psychischen Störungen bei dermatologischen Patient:innen sind Depressionen und Angststörungen. Und es mehren sich die Befunde für schwere klinisch-psychotherapeutische Verläufe mit erhöhter Suizidalität [25,29] und erhöhter Selbstmordrate bei Patient:innen mit dermatologischen Störungen [3]. Studien zeigen jedoch, dass Dermatolog:innen den psychischen Beschwerden und Belastungen ihrer Patienten während der Behandlung zu wenig oder gar keine Beachtung schenken (z.B. 20), was sich negativ auf die Therapietreue auswirkt und mit einer geringen Zufriedenheit der Behandlung zusammen zu hängen scheint [28].

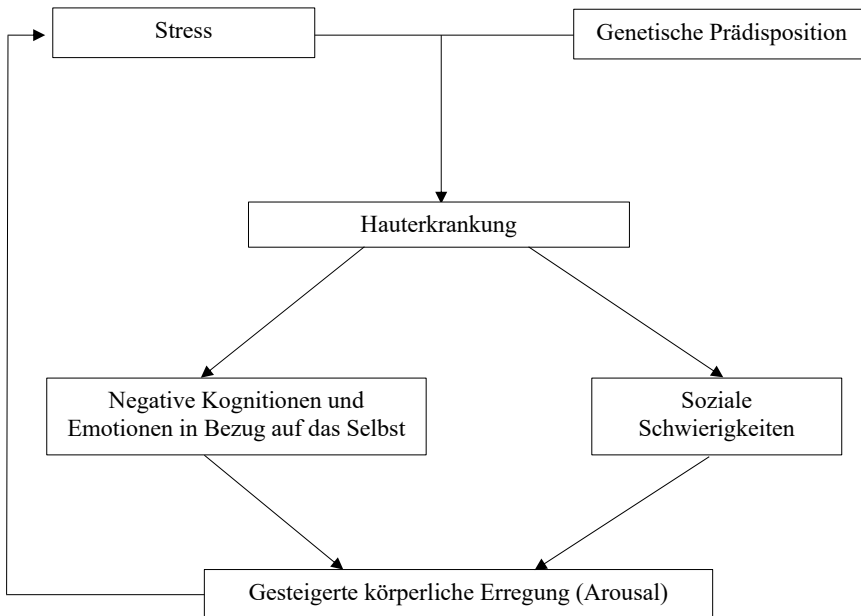


Abbildung 1. Das von 18 [18] angepasste bio-psycho-soziale Modell der Akneentwicklung und -progression.

Der Zusammenhang von psychologischen aufrechterhaltenden Faktoren und Hautkrankheiten kann beispielsweise in dem in Abbildung 1 dargestellten bio-psycho-sozialen Modell der Entstehung und des Verlaufs von Akne dargestellt werden [18]. Die Autoren gehen davon aus, dass Akne durch ein Zusammenspiel von genetischen und allgemeinen Stressfaktoren in der Pubertät entsteht. Bei einer schweren Symptomatik geht dies mit negativen Kognitionen und negativen Emotionen, sowie soziale Schwierigkeiten einher. Besonders relevant können sich hier „selbstbewusste“ Emotionen wie z.B. Scham auswirken. Bei Herrn F. beispielsweise zeigt sich die Scham in der Schwierigkeit sich selbst im Spiegel zu betrachten, die tägliche Hautpflege umzusetzen und sich an der eigenen Haut zu berühren. Dies steht wahrscheinlich im Zusammenhang mit den negativen Rückmeldungen seiner Mitmenschen und sein zunehmend selbstisolierendes Verhalten. Diese aversiven inneren Zustände und zwischenmenschlichen Probleme wirken sich negativ auf die Stimmungslage, das Verhalten und die Funktion des Immunsystems aus. Im Sinne der negativen Rückkopplung verstärkt dies wiederum das Stressniveau und damit die Akne-Symptomatik und die Entwicklung komorbider psychischer Probleme. Zentral für die Aufrechterhaltung der Hautkrankheit sind damit die „moderierenden Faktoren“: das negative emotionale Erleben und die sozialen Schwierigkeiten. Die Annahmen des bio-psycho-sozialen Modells der Akne können auch auf weitere dermatologische Krankheitsbilder wie beispielsweise Psoriasis oder das atopische Ekzem übertragen werden. Alle diese Störungsbilder gehen mit sichtbaren Hautläsionen und/oder Wunden einher, die die wahrgenommene Attraktivität beeinträchtigen und zu Schamgefühlen führen können.

### ***Psychologische Belastung durch Hautkrankheiten: Die Emotion Scham***

Einer Umfrage zufolge berichten 52 % der Patient:innen, die unter Psoriasis leiden und 30 % der Akne-Patient:innen Schamaffekte über das eigene Erscheinungsbild [32]. Mento et al. [26] konnten zeigen, dass die negativen Emotionen Angst, Ekel und Wut im Zusammenhang mit dem atopischen Ekzem und der Psoriasis bereits in einigen wenigen Studien untersucht wurden. Allerdings wird die derzeitige Studienlage der Relevanz der Emotionen für das Krankheitsbild nicht gerecht. Es wird deutlich, dass vor allem Scham (die in der dermatologischen Literatur teilweise auch als Selbststigmatisierung benannt wird) im Zusammenhang mit Hautkrankheiten bisher noch zu wenig wissenschaftliche Betrachtung findet. Gerade vor dem Hintergrund der erhöhten Stigmatisierungserfahrung Betroffener sollte die therapeutische Veränderung von Scham ein wichtiger Forschungsschwerpunkt im Hinblick auf das emotionale Erleben der Betroffenen und deren Unterstützung sein.



Scham gehört zu den so genannten „selbstbewussten“ Emotionen, da sie eine Bewertung des eigenen Selbst beinhaltet. Scham kann dabei im weitesten Sinne als eine globale Abwertung des Selbst verstanden werden und ist durch eine kritische, wertende und verurteilende Selbstverbalisierung gekennzeichnet [24]. Dies geht soweit, dass der im Fallbeispiel vorgestellte Herr F. nicht mehr in der Lage ist die eigene Haut zu berühren und im Spiegel zu betrachten und die damit einhergehenden abwertenden Gedanken sind wahrscheinlich wichtige aufrechterhaltende Faktoren der komorbiden Depression. Man geht davon aus, dass Scham eine entmündigende Emotion ist, die mit dem Gefühl einhergeht, klein und minderwertig zu sein. Das Selbst in seiner Gesamtheit wird als unzureichend, inkompetent und wertlos betrachtet [35]. Da Scham Menschen dazu bringt, sich selbst kritisch zu betrachten, motiviert die Emotion zurückhaltendes und distanzierendes Verhalten in sozialen Situationen. Häufig führt das dazu, dass Menschen soziale Situationen sogar insgesamt vermeiden. Die psychologische Funktion dieses Verhaltens (als "Abwehrmechanismus") scheint darin zu bestehen, uns vor der Ablehnung durch andere zu schützen. Als Zustand (state-Komponente) fühlt sich Scham an, als würde man in einer bestimmten Situation entlarvt, beurteilt und gedemütigt [38], während Scham als Eigenschaft (trait-Komponente) aus einer Tendenz besteht, diese Gefühle in einer Vielzahl unterschiedlicher (sozialer) Situationen zu erleben.

[18] betonen vor allem die Bedeutung des evolutionär verankerten Attraktivitätsbedürfnisses und dessen Beziehung zu Körperschamreaktionen. Hiermit ist vor allem die Scham in Bezug auf den eigenen Körper gemeint, die durch soziale Vergleiche und das Bedürfnis, von anderen als attraktiv wahrgenommen zu werden oder bei Anderen Bestätigung zu finden, hervorgerufen wird. In einer qualitativen Analyse konnten die Autoren zeigen, dass Akne potenziell belastende Körperschamreaktionen hervorruft. Kellett und Gilbert verstehen Körperscham im Zusammenhang mit Akne als wesentlichen symptomaufrechterhaltenden Faktor, da sie neben kognitiv-emotionalen auch weitreichende behaviorale Auswirkungen haben kann und damit die Teilhabemöglichkeiten und den sozialen Radius der Betroffenen beeinflusst. Soziokulturell wird die Reinheit der Haut als ein idealisierter Aspekt "begehrenswerter Menschen" (S. 10) angesehen, und eine schlechte Haut kann von anderen potentiell als Zeichen eines schlechten Gesundheitszustands interpretiert werden. Die Betroffenen befürchten daher, bei anderen Menschen negative Gefühle wie Angst, Wut oder Ekel hervorzurufen, was ihre Chancen als begehrenswert angesehen zu werden, stark verringern könnte. Der im Fallbeispiel vorgestellte Herr F. macht genau diese Erfahrung im Umgang mit anderen und lenkt die wiederkehrende Ablehnung auf sich selbst.

Die Studienlage ist hier ziemlich eindeutig: Patient:innen mit verschiedenen Hauterkrankungen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem Schamerleben unter einander, aber erleben signifikant mehr Scham [1] und Hautscham [13] als gesunde Kontrollprobanden. Dies wurde auch in einem kürzlich erschienen systematischen Review zu Patient:innen mit atopischem Ekzem gefunden [31]. Scham kann auch ein Hindernis für adäquate Behandlung sein, so zeigten 6 [6] dass Hauterkrankungen im Genitalbereich (aus Scham) häufig nicht berichtet werden.

**Merke:** Auch negative Emotionen, wie beispielsweise Scham (oder Selbststigmatisierung), können die Symptomatik verschiedener Hauterkrankungen aufrechterhalten oder sogar verstärken. Scham ist dabei eine Emotion, die durch selbstkritische, abwertende und verurteilende Selbstverbalisierung gekennzeichnet ist. Dies ist besonders schwerwiegend, wenn sich diese Selbstverbalisierungen auf den Körper bzw. das Hautbild beziehen und mit negativen sozialen Erwartungen und sozialem Rückzug verbunden ist.

### ***Psychosoziale Belastung durch Hautkrankheiten: Stigmatisierung***

Darüber hinaus sind nach dem bio-psycho-sozialen Modell Stress und soziale Schwierigkeiten wie Stigmatisierung weitere Aspekte, die neben negativen Emotionen wie (Körper-)Scham auch als wesentliche Störungsaufrechterhaltende Faktoren dienen [18]. Stigmatisierung wird definiert als ein diskreditierender Makel, der die Bildung normaler Beziehungen verhindert und zu sozialer Diskriminierung und Entfremdung führt [14]. Das altgriechische Wort Stigma bedeutet wörtlich Stich-, Punkt-, Wund- oder Brandmal, was schon im Wortstamm den direkten Hautbezug herstellt. Dieser Makel kann sichtbar (körperlich) sein, kann sich aber auch auf eine Situation oder ein vergangenes Ereignis beziehen, das in der Regel mit negativen Stereotypen verbunden ist und zu sozialer Diskriminierung führt [33]. Gesellschaftlich sind Hauterkrankungen weiterhin Stigmata. Dies zeigen die aktuellen Daten von 37 [37], wonach die Mehrheit der Befragten (69 %) angaben, dass die meisten Menschen Psoriasis als ekelhaft empfinden, Menschen mit Psoriasis nicht anfassen wollen (59 %) und der Meinung sind, dass Menschen mit Psoriasis besser auf sich achten müssen (45 %). In unserem Fallbeispiel berichtet Herr F. von negativen Reaktionen, die er auf sein Hautbild bekommt. Eindrucksvoll zeigt sich in seinem Verhalten welche stressfördernden, selbstablehnenden und selbstisolierenden Auswirkungen dies für ihn hat.

Bezogen auf Hauterkrankungen steht Stigmatisierung also für die Ausgrenzung und soziale Entwertung in Verbindung mit der sichtbaren Erkrankung der Haut sowie der nicht-sichtbaren negativen Stereotype, die mit der Hautkrankheit einhergehen. Dies kann bei Mitmenschen Angst, Ekel, Abneigung und Intoleranz und Furcht vor einer möglichen Ansteckung hervorrufen. Gerade da die Haut eine wichtige Rolle beim Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen

spielt, können die Auswirkungen der Erkrankung (auch bei Remission aufgrund von Narben) auf die Einstellung anderer Menschen erheblich sein [19]. Unbegründete Angst vor Ansteckung kann zu Vermeidungsverhalten und Diskriminierung von Menschen mit Hautkrankheiten führen [10]. In der Studie von 4 [4] zeigten die Autoren, dass wahrgenommenes Stigma bei Akne-Patient:innen über den Einfluss der anderen Variablen (Geschlecht, Schwere und Lokalisation der Akne und Benutzung von Medikamenten) hinweg signifikant zur Vorhersage der beeinträchtigten gesundheitsbezogenen Lebensqualität, psychologischer Belastung und somatischen Symptomen beitrug.

Die Studienlage zu Stigmatisierungen bei Hautkrankheiten ist recht umfangreich bei 14 [14] beschrieben: bereits 16 [16] zeigte, dass 80% der Patient:innen mit Psoriasis über problematische soziale Beziehungen im Zusammenhang mit der Erkrankung berichten. Bei 9 [9] berichteten 99 von 100 Studienpatient:innen mit Psoriasis über stigmatisierende Erlebnisse, wie z.B. dass ihre Haut angestarrt wurde. Ramsay and O'Reagan [30] fanden, dass 57% ihrer Patient:innen erlebt hatten, dass anderen die betroffene Person nicht berühren wollten oder sogar aufgefordert wurden, den Raum zu verlassen. Besonders jüngere, alleinlebende sowie unverheiratete Patient:innen scheinen stärker unter Stigmatisierung bei Hauterkrankungen zu leiden. Hier wird vermutet, dass Attraktivität in diesen Gruppen eine größere Wichtigkeit hat und die Patient:innen sensibler auf die Meinung der Anderen reagieren. Die Lokalisation der Hauterkrankung oder das Geschlecht der Patient:innen ist für die Schwere des Stigmatisierungserlebens dagegen nicht besonders relevant [14]. Auch scheint laut der Studie von 9 [9] Berufstätigkeit ein wichtiger Resilienzfaktor zu sein. So berichteten beschäftigte Patient:innen von weniger Ablehnungserwartungen, weniger Schamgefühle und waren weniger sensible bezüglich der Meinung anderer. Hier ist zu vermuten, dass eine generell bessere soziale Eingebundenheit hier als protektiver Faktor fungiert.

Es ist naheliegend, dass die Folgen von Stigmatisierung und negative Emotionen wie z. B. Scham eng miteinander zusammenhängen. Beispielsweise wurde in Analysen von Hauterkrankungsspezifische Onlineforen gezeigt, dass Themen wie Scham und psychosoziale Vermeidung besonders häufig diskutiert wurden [2]. Die Kombination aus Hauterkrankung verbunden mit Scham können einen wesentlichen Nährboden für soziale Isolation bilden [22] und damit im Sinne des vorgestellten bio-psycho-sozialen Modells von 18 [18] Stressfördernd und Symptomaufrechterhaltend für verschiedene Hauterkrankungen sein.

**Merke:** Stigma bedeutet im Wortsinn Körpermal und hat demnach schon immer einen direkten Bezug zum Erscheinungsbild der Haut. Stigmatisierung bezüglich Hauterkrankungen bedeutet

konkret die Entwertung und Ausgrenzung einer Betroffenen Person aufgrund der sichtbaren und nicht-sichtbaren Aspekte der Erkrankung. Die Studienbefunde sind hier recht eindeutig: Hauterkrankungen sind immer noch mit negativen Stigmata verbunden, unter denen die Betroffenen leiden und die einen negativen Einfluss auf die Behandlung haben.

### ***Psychotherapie bei dermatologischen Erkrankungen***

In verschiedenen Studien mit Patient:innen, die an atopischem Ekzem oder Psoriasis vulgaris leiden, wurde die Überlegenheit kombinierter dermatologischer und psychosozialer Interventionen hinsichtlich der Verbesserung des Hautzustands, der Verringerung der Kratzhäufigkeit und der psychosozialen Parameter nachgewiesen [23]. In der Regel werden zur Behandlung von Hauterkrankungen kognitive Therapien, die sich auf die dysfunktionale Bewertung von Stressereignissen konzentrieren [5], psychodynamische Therapien und Entspannungstherapien wie autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jakobsen oder Hypnose eingesetzt. Weitere in diesem Zusammenhang angewandte Psychotherapiemethoden sind z.B. die Atemtherapie, die Kunsttherapie oder die katathymische Bildwahrnehmung [39]. 11 [11] geben einen Überblick über psychotherapeutische Ansätze, die zu Behandlung von Psoriasis angewandt werden. Hierbei sind neben der Kognitiven Verhaltenstherapie auch Hypnotherapie, Systemische Familientherapie, Biofeedback und psychodynamische Therapien indiziert.

In jüngster Zeit ist in der psychotherapeutischen Praxis ein wachsendes Interesse an achtsamkeitsbasierten Therapien zu beobachten, die darauf abzielen, seelisches Leid zu lindern und das psychische Wohlbefinden des ganzen Menschen zu fördern. Ein weiteres Ziel ist es, den Einzelnen von automatischen Gedanken zu befreien und einen nichtwertenden Aufmerksamkeitsstil zu trainieren um Akzeptanz der jeweiligen Situation im gegenwärtigen Moment zu erleichtern. Eine Änderung der Stresswahrnehmung durch psychologische Interventionen, die auf maladaptive Kognitionen und Verhaltensweisen abzielen, könnte den Grad der physiologischen Erregung und damit die Auswirkungen von Stress auf die Haut verringern. Tatsächlich haben Achtsamkeitstechniken, die in der Dermatologie eingesetzt werden, zu verbessertem Hautbild bei Psoriasis-Patient:innen geführt [27]. Konkret konnte beispielsweise gezeigt werden, dass eine kurze Intervention in Form von Achtsamkeitsmeditation zur Stressreduzierung (MBSR), die während einer UV-Lichttherapie mittels Tonbandaufzeichnung durchgeführt wurde, die Rückbildungsrate der Hautläsionen erhöhte [17].

### ***Therapeutisches Vorgehen bei der Veränderung von Scham***

Ein möglicher therapeutischer Weg zur direkten Reduktion von pathologischem Schamerleben bei Hautkrankheiten ist der Aufbau und die Stärkung von Selbstmitgefühl. Während Scham mit

einer globalen negativen Abwertung des Selbst (kritisch, beurteilend und verurteilend) und einer strengen und beurteilenden emotionalen Beziehung zum Selbst verbunden ist, zeigt sich Selbstmitgefühl in einer liebevollen und einfühlsamen Beziehung zum Selbst (akzeptierend, verstehend und vergebend). Selbstmitgefühlsbasierte Interventionen (Compassion-focussed Therapy; CFT, 8) nutzen Methoden und Techniken der achtsamkeitsbasierten Verfahren. Aus diesem Grund könnten auf CFT-basierende Interventionen auf ein hervorragendes Mittel sein, um pathologische Scham im Zusammenhang mit Hautkrankheiten zu verändern.

Die CFT-Therapie zielt darauf ab die Selbst-Regulation zu verbessern und das eigene Leiden abzumindern. Es wird angenommen, dass dies einen positiven Effekt auf psychopathologische Symptome und negative Emotionen hat und dementsprechend auch Scham im Kontext von sichtbaren Hauterkrankungen reduziert. Dabei zielt die CFT-Therapie darauf ab durch geleitete Unterstützung Selbst-Mitgefühl zu entwickeln. Hierbei werden meist verschiedene Techniken eingeübt, wie z.B. achtsames Atmen, Hervorrufen von mitfühlenden mentalen Bildern und Übungen zum gütigen Umgang mit sich selbst.

Zu diesen Techniken gibt es bereits einige Evidenz: In einer Online-Studie, in der sich die Patient:innen mitfühlende mentale Bilder vorstellen sollten, berichten Teilnehmer:innen nach der CFT-Intervention mehr Fähigkeiten mit schwierigen Emotionen umzugehen [21]. In einer zweiwöchigen randomisierten kontrollierten Studie zeigten sich in der CFT-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante, moderate Verbesserungen bei Stress, Angst, Depression, Selbstmitgefühl und hautbezogener Lebensqualität [15]. Und in einer dritten Studie verbesserten sich Selbstmitgefühl und negativer Affekt in der Experimental- im Vergleich zur Kontrollbedingung (expressives Schreiben) signifikant [36]. Dabei wurden die Patient:innen in der Experimentalgruppe angeleitet, ihre Gedanken und Gefühle in Bezug auf ein negatives Ereignis, das sie im Zusammenhang mit ihrem sichtbaren Hautzustand erlebt hatten, kurz darzustellen und aufzuschreiben. Danach wurde das Geschriebene anhand von fünf spezifischen Anweisungen zum Selbstmitgefühl strukturiert.

Allerdings wurde der direkte Effekt der CFT-Therapie auf Scham noch nicht experimentell untersucht. In einer aktuellen Studie schauen wir deswegen ob eine imaginative Selbstmitgefühlsbasierte Interventionen (modifiziert nach 7) bei Patient:innen mit unterschiedlichen Hauterkrankungen hautbezogene Scham und Selbst-Ekel reduzieren kann. Dabei werden die Emotionen zunächst mithilfe von Bildern und einer Imaginationsübung induziert, um dann zu überprüfen, ob Scham und Selbst-Ekel durch eine Ablenkungsaufgabe bzw. eine imaginative Selbstmitgefühlsbasierte Intervention besser reduziert werden können. Die CFT-Intervention ist dabei

folgendermaßen aufgebaut: Nach einer kurzen Einstiegsfrequenz folgt eine Übung von Achtsamkeit bzgl. der eigenen Gedanken und des eigenen Körpers. Hiernach soll ein Gefühl von zwischenmenschlicher Verbundenheit zur Reduzierung von Isolationsgefühlen (siehe oben: Stigmatisierung) angeleitet werden um dann abschließend Selbstfreundlichkeit und weises Handeln einzuüben. Hierbei bietet sich vor allem die Übung „Self-as-a friend“ an, die folgendermaßen angeleitet wird:

*Denken Sie nun an eine Freundin, die Ihnen von einer schweren Situation erzählt, die sie quält. Wie würden Sie ihr in solch einer Situation helfen wollen? Was tun Sie typischerweise in solchen Situationen? Was sagen Sie zu Ihrer Freundin und in welchem Ton sprechen Sie mit ihr? (...)*

*Denken Sie nun an Situationen, in denen Sie sich unwohl fühlen. Wie verhalten Sie sich in diesen? Was sagen zu sich selbst und wie sagen Sie es zu sich? (...)*

*Nun schauen Sie, ob Sie einen Unterschied wahrnehmen, in der Art wie Sie mit Ihrer Freundin und wie Sie mit sich selbst umgehen. Warum sprechen Sie mit sich anders als mit einer guten Freundin? Denken Sie darüber nach, was sich ändern müsste, damit Sie sich selbst so begegnen wie einer guten Freundin. (...)*

Erste qualitative Ergebnisse zeigen, dass sich Patient:innen mit unterschiedlichen Hauterkrankungen mittleren Schweregrads gut auf die Intervention einlassen, dieser gut folgen und sie als hilfreich wahrnehmen konnten. Die vollständige Intervention kann online als Anleitung und Audiofile heruntergeladen werden (<https://osf.io/v7wy2/>). Langfristig ist geplant, dass diese Intervention zur Veränderung von idiosynkratischem Scham- und Selbst-Ekelerleben auch im Rahmen einer größeren randomisiert-kontrollierten Studie durchgeführt wird, wo die Intervention im Rahmen einer 50-minütigen psychotherapeutischen Sitzung angeleitet wird.

### **Fazit**

Die psychotherapeutische Behandlung von Dermatosen wie Akne, Psoriasis und atopischem Ekzem wird in der Literatur empfohlen, wobei Konzepte aus der Psychodynamik und der kognitiven Verhaltenstherapie bisher eine herausragende Rolle spielen. Neuere Ansätze wie achtsamkeitsbasierte oder mitgefühlsbasierte Interventionen könnten für Patient:innen eine sinnvolle und hilfreiche Ergänzung sein, insbesondere im Hinblick auf die Veränderung von Scham und auch den Umgang mit Stigmatisierungserlebnissen. Trotz einiger Forschungsarbeiten zu

mitfühlenden Interventionen bei Hautkrankheiten bleiben mehrere Fragen offen, z. B. ob gezielte Achtsamkeits- und mitfühlende Interventionen den Patient:innen helfen können, besser mit Schamgefühlen umzugehen, und ob die Lebensqualität und Stigmatisierungsgefühle durch diese Therapieansätze nachhaltig verbessert werden können. Hierfür braucht es mehr Forschung und auch mehr Bereitschaft in den dermatologischen Praxen kleinere psychotherapeutische Interventionen einzusetzen und zu evaluieren.

### ***Autoren***

**Dr. rer. nat. Jakob Fink-Lamotte, Diplom-Psychologe**

**Psychologischer Psychotherapeut (VT)**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Universität Leipzig

AG Klinische Psychologie und Psychotherapie

Neumarkt 9-19, 04109 Leipzig

E-Mail: [jakob.fink@uni-leipzig.de](mailto:jakob.fink@uni-leipzig.de)

**Prof. Dr. Christian Stierle, Diplom-Psychologe**

**Psychologischer Psychotherapeut (VT)**

IU Internationale Hochschule

Juri-Gagarin- Ring 152

99084 Erfurt

### ***Bemerkungen***

Die Autoren danken Pauline Platter, Clara Holzapfel und Sebastian Wehle für die Zuarbeit bei der Erstellung des Manuskripts.

### ***Literatur***

1. Aberer E, Hiebler-Ragger M, Zenker M et al. (2020) Facets of shame are differently expressed in dermatological disease: a prospective observational study. *Br J Dermatol* 183(1): 169–171
2. Anderson S, Clarke V (2019) Disgust, shame and the psychosocial impact of skin picking: Evidence from an online support forum. *Journal of Health Psychology* 24(13): 1773–1784
3. Bewley A, Affleck A, Bundy C et al. (2013) Psychodermatology services guidance: The report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party. *Br J Dermatol* 168(6)

4. Davern J, O'Donnell AT (2018) Stigma predicts health-related quality of life impairment, psychological distress, and somatic symptoms in acne sufferers. *PLOS ONE* 13(9): e0205009
5. de Zoysa P (2013) Psychological Interventions in Dermatology. *Indian Journal of Dermatology* 58(1): 56–60
6. Eubel J, Diepgen TL, Weisshaar E (2015) Allergien im Genitalbereich. *Hautarzt* 66(1): 45–52
7. Fink-Lamotte J, Platter P, Stierle C et al. (2021) Mechanisms and Effectiveness of Imagery Strategies in Reducing Disgust in Contamination-Related Obsessive–Compulsive Disorder: Comparing Imagery Rescripting, Imagery Self-compassion and Mood-Focused Imagery. *Cogn Ther Res*
8. Gilbert P (2013) *Compassion Focused Therapy*. Junfermann, Paderborn
9. Ginsburg IH, Link BG (1993) Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology* 32(8): 587–591
10. Green-Armytage M, Simonds LM, John M et al. (2019) Depictions of acne and psoriasis influence interpersonal aversion. *Psychology, Health & Medicine* 24(1): 94–100
11. Gruchała A, Marski K, Zalewska-Janowska A (2020) Psychotherapeutic methods in psoriasis. *Our Dermatol Online* 11(2): 113–119
12. Gupta MA, Pur DR, Vujcic B et al. (2017) Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clinics in Dermatology* 35(3): 302–311
13. Homayoon D, Hiebler-Ragger M, Zenker M et al. (2020) Relationship Between Skin Shame, Psychological Distress and Quality of Life in Patients with Psoriasis: a Pilot Study. *Acta Derm Venereol*
14. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L et al. (2012) Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 92(1): 67–72
15. Hudson MP, Thompson AR, Emerson L-M (2019) Compassion-focused self-help for psychological distress associated with skin conditions: a randomized feasibility trial. *Psychology & Health*: 1–20
16. Jobling RG (1976) Psoriasis -- a preliminary questionnaire study of sufferers' subjective experience. *Clin Exp Dermatol* 1(3): 233–236
17. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T et al. (1998) Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine* 60(5): 625–632
18. Kellett S, Gilbert P (2001) Acne: A biopsychosocial and evolutionary perspective with a focus on shame. *British Journal of Health Psychology* 6: 1–24
19. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S et al. (2005) The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 6(6): 383–392
20. Köster F-W, Kohlmann S, Loeper S et al. (2021) Screening auf psychische Komorbiditäten in der Dermatologie : Erfolgreiche Implementierung eines Screenings auf psychische Komorbiditäten im Bereich der stationären dermatologischen Versorgung. *Hautarzt* 72(3): 244–248
21. Krasuska M, Lavda AC, Thompson AR et al. (2018) The role of adult attachment orientation and coping in psychological adjustment to living with skin conditions. *Br J Dermatol* 178(6): e447-e447
22. Kurizky PS, Henrique da Mota (2012) Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis—A systematic review. *Revista Brasileira de Reumatologia* 52(6): 938–948



23. Lange S, Zschocke I, Langhardt S et al. (1999) Effekte kombinierter therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 50(11): 791–797
24. Lewis M (1992) *Shame: The exposed self*. Free Press, New York, NY, US
25. Liang SE, Cohen JM, Ho RS (2019) Psoriasis and suicidality: A review of the literature. *Dermatol Ther* 32(1): e12771
26. Mento C, Rizzo A, Muscatello MRA et al. (2020) Negative Emotions in Skin Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Psychological Research* 13(1): 71–86
27. Montgomery K, Thompson AR (2018) The potential role of mindfulness in psychosocial support for dermatology patients. *Clinics in Dermatology* 36(6): 743–747
28. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U (2006) Acne vulgaris – Psychosomatische Aspekte. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 4(12)
29. Patel KR, Lee HH, Rastogi S et al. (2020) Association between hidradenitis suppurativa, depression, anxiety, and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 83(3): 737–744
30. Ramsay B, O'Reagan M (1988) A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 118(2): 195–201
31. Rocholl M, Ludewig M, Brakemeier C et al. (2021) Illness perceptions of adults with eczematous skin diseases: a systematic mixed studies review. *Syst Rev* 10(1): 141
32. Rzepa T, Jakubowicz O, Witmanowski H et al. (2013) Disease-induced level of shame in patients with acne, psoriasis and syphilis. *Postepy Dermatol Alergol* 30(4): 233–236
33. Scambler G, Heijnders M, van Brakel WH (2006) Understanding and tackling health-related stigma. *Psychology, Health & Medicine* 11(3): 269–270
34. Schneider G, Gieler U (2001) Die Haut als Spiegel der Seele: Psychosomatische Dermatologie — aktueller Forschungsstand. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 47(4): 307–331
35. Sedighimornani N (2018) Shame and its Features: Understanding of Shame. *European Journal of Social Sciences Studies*
36. Sherman KA, Roper T, Kilby CJ (2019) Enhancing self-compassion in individuals with visible skin conditions: randomised pilot of the ‘My Changed Body’ self-compassion writing intervention. *Health Psychology and Behavioral Medicine* 7(1): 62–77
37. Sommer R, Topp J, Mrowietz U et al. (2020) Perception and determinants of stigmatization of people with psoriasis in the German population. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 34(12): 2846–2855
38. Tangney JP, Mashek D, Stuewig J (2005) Shame, guilt, and embarrassment: Will the real emotion please stand up? *Psychological Inquiry* (16): 44–48
39. Taube K-M, Seikowski K (2014) Psychodermatologie. *Aktuelle Dermatologie* 40(08/09): 363–371

**Vorankündigung/ Save the Date  
Jahrestagung 2023  
am 22./23.09.2023 in Bad Bentheim**

**Einladung!**

**Über die Haut hinaus: Psyche & Soma**

Freitag 22.09.2023 ab 16:00 Uhr Burg Bad Bentheim  
& Samstag 23.09.2023 bis 15:00 Uhr Kurhotel Kleiner Saal  
Fachklinik Bad Bentheim

10. PsoNet/InflaDerm Münsterland Tagung &

**29. Jahrestagung: Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie** in der DDG:  
40 Jahre APD

Liebe Kolleginnen & Kollegen,

wir freuen uns Sie zu einer gemeinsamen Tagung einzuladen:  
Vor 10 Jahren, also 2013, wurde in der Universitätshautklinik Münster unter der Leitung von Univ.-Prof. T. Luger das PsoNet Münsterland gemeinsam mit den niedergelassenen Hautfachärzten gegründet, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Versorgung der Psoriasispatienten zu verbessern und gemeinsame Fortbildungen abzuhalten. Angesichts der erfreulichen Therapieentwicklungen auch in den Bereichen der anderen chronisch entzündlichen Dermatosen, haben wir uns entschlossen unseren Namen zu ändern in: PsoNet/InflaDerm Münsterland!

Ein weiteres Jubiläum gilt es zu feiern: Univ.-Prof. Dr. Uwe Gieler, der als der Nestor der deutschen Psychodermatologie bezeichnet werden kann, gründete vor 40 Jahren, also 1983, auf den Lindauer Psychotherapiewochen den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD: [www.psychodermatologie.eu](http://www.psychodermatologie.eu)). Seitdem vertreten wir als Arbeitskreis innerhalb der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft ([derma.ddg.de](http://derma.ddg.de)) alle Belange in diesem wachsenden Interessensfeld.

Bad Bentheim war im Übrigen bereits 2002 mit der 5. Bad Bentheimer Psychosomatischen Herbstklausur Austragungsort einer APD Jahrestagung. All das wollen wir mit Ihnen gemeinsam feiern, wir begrüßen neu Interessierte & freuen uns auf ein Wiedersehen!

Anmeldungen unter:

[www.fk-bentheim.de/fachbereiche/dermatologie/#kontakt](http://www.fk-bentheim.de/fachbereiche/dermatologie/#kontakt)

Bitte verfolgen Sie die aktuellen Informationen auch unter [www.psychodermatologie.eu](http://www.psychodermatologie.eu) .  
Es erwartet Sie ein spannendes und vielseitiges Programm!

Im Rahmen der Jahrestagung wird es auch eine Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen geben.

**Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme!**

## **Nachlese APD Beitrag auf der Münchener Fortbildungswoche FOBI**

**Mittwoch 13. Juli 2022 16:00 - 18:00 Uhr**

*Dr. med. Dipl.-Psych. Johannes Hockmann, Oelde*

Traditionell bietet unser Arbeitskreis alternierend mit unserem psychodermatologischen Beitrag auf der ebenfalls alle zwei Jahre stattfindenden Berliner DDG-Tagung einen FOBI Beitrag unter dem Titel: „Patienten- Management und Kommunikation – Psychosomatische Probleme in der Praxis bewältigen“!

Jeweilig Vorstandsvertreter\*innen waren mit Beiträgen aus ihren Interessensgebieten dabei: „Hauterkrankung und Angst“, „Versorgungssituation von Pat. mit Körperdysmorpher Störung“, „Management Psoriasis & Neurodermitis - Was kommt nach PASI & EASI 0?“, „Stress & Haut - Was sollten Hautärzt\*innen wissen?“, „Pruritus - Management aus psychodermatologischer Sicht“ und abschließenden Infos zu Weiterbildungsfragen ergaben ein umfassendes Update zu spannenden Themen aus unserem Arbeitsgebiet! Die Veranstaltung war sehr gut besucht: Auch Pharma- & Pressevertreter waren mit einer jeweilig lebhaften Diskussion dabei.



Und wie auf der DDG in Berlin kommt auch auf der FOBI in München die Geselligkeit nicht zu kurz, München im Sommer ist immer eine Reise wert, hier ein paar APD-Mitglieder beim gepflegten Blödeln:





**Kommentiert [A1]:** Neues Logo, Adressen, Passus ergänzt, bitte überprüfen  
Alles in eine Schrifttype umformatiert

### Beitrittserklärung

Die Beitrittserklärung kann mit folgende Angaben direkt über die Homepage des AkPsychDerm (<https://www.akpsychderm.de/beitritt.php>) erfolgen:

**Kommentiert [A2]:** Wenn die Überarbeitung allgemeinen Anklang findet, müsste das so dann auch auf der Homepage vermerkt werden.

Titel:..... Nachname:.....

Vorname:.....

Anschrift:.....

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

E-Mail: .....@.....

Mit der Nutzung meiner Emailadresse für die Zusendung des Jahresrundbriefes/ Newsletters und Einladungen zu Tagungen des APD bin ich einverstanden:

Ja  Nein

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 könnten sich auch für die Aktivitäten des APD interessieren:

.....  
.....

Eine postalische Zusendung kann erfolgen an: Frau Dr. med. Andrea Eisenberg, Dermatopsychosomatik, PsoriSol Hautklinik GmbH, Mühlstraße 31, 91217 Hersbruck



Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 45,00. Zahlungen bitte an:

**Andrea Eisenberg-APD**  
**Sparkasse Wittgenstein, Bad Berleburg**  
**IBAN: DE98 4605 3480 0000 0139 12**  
**BIC: WELADED1BEB**

Zur Reduzierung der Verwaltungskosten bitten wir Sie, am Lastschriftverfahren teilzunehmen:

### **Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (AkPsychDerm) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (AkPsychDerm) auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:.....

Bankverbindung:.....

Kontonummer:.....

Bankleitzahl:.....

IBAN..... BIC.....

Datum:

Unterschrift:

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

Zusendung der Einzugsermächtigung bitte an:  
Frau Dr. med. Andrea Eisenberg, Dermatopsychosomatik, PsoriSol Hautklinik GmbH,  
Mühlstraße 31, 91217 Hersbruck