

# Rundbrief 2023

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

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

Jahrgang 2023

## **Inhaltsverzeichnis**

Grußwort .....	4
Protokoll der Mitgliederversammlung des AkPsychDerm.....	6
Rechenschaftsbericht der Schatzmeisterin .....	10
Tagungsbericht des Arbeitskreises Psychodermatologie vom 22./23.09.2023 in Bad Bentheim .....	11
Herausforderung für die interdisziplinäre Arbeit – Grundlagen der Körperdysmorphen Störung aus psychotherapeutischer und psychodermatologischer Sicht.....	16
Das Psychodermatologie-Diplom der European Society for Dermatology & Psychiatry (ESDaP).....	27
Zwangsstörungen und verwandte Störungen - Herausforderungen und viele Chancen .....	31
<i>Vorankündigung/ Save the Date AkPsychDerm Jahrestagung 2024 am 09.05.2024 in Murnau (Staffelsee).....</i>	<i>34</i>
<i>Vorankündigung/ Save the Date Münchener Fortbildungswoche FOBI am 10.07.2024 .....</i>	<i>35</i>
<i>Vorankündigung/ Save the Date 1st World Congress of Psychodermatology in Istanbul vom 27.-31.05.2025.....</i>	<i>36</i>
Ankündigung Jahressgabe .....	37
Beitrittserklärung.....	38

## **Anhänge (als PDF)**

2nd European Psychoneuroimmunology Network Autumn School: The Skin-Brain Axis and the Breaking of Barriers

Perceived Stigmatization among Dermatological Outpatients Compared with Controls: An Observational Multicentre Study in 17 European Countries

## **IMPRESSUM:**

Herausgeber:

Vorstand des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:

Dr. med. Sandra Hanneken

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  
Hochschule Fresenius für Wirtschaft und Medien  
VT Falkenried/Hamburg  
e-Mail: christian.stierle@hs-fresenius.de

### Beisitzer:

Dr. med. Kristina Fronhoffs, Rheinbach  
Dr. med. Johannes Hockmann, Oelde  
Dr. med. Gabriele Rapp, Bad Cannstatt

### Schatzmeisterin:

Dr. Dipl. Psych. Christina Schut  
Institut für Med. Psychologie  
Fachbereich 11 – Medizin  
Justus-Liebig-Universität  
Klinikstraße 29  
35392 Gießen

### Schriftführerin:

Dr. med. Sandra Hanneken, Düsseldorf

### Sonderreferent des Berufsverbandes:

Dr. med. Steffen Gass, Günzburg

### Kooptierte Mitglieder

Andrea Eisenberg, Hersbruck (Psychodermatologische Kliniken)  
PD Dr. biol. hum. Jörg Kupfer, Gießen (ESDaP)

## **Grußwort**

### **Liebe Arbeitskreismitglieder,**

Das Jahr 2023 neigt sich bereits dem Ende zu, und was für ein Jahr ist es gewesen. Kriege, soziale Konflikte und fortschreitender Klimawandel, der einige von Ihnen möglicherweise bereits in ersten Ansätzen betrifft. Dies alles führt zu einer zunehmenden psychischen Belastung der Menschen, so dass wir uns immer mehr mit den Themen psychische Störungen und mentaler Gesundheit insgesamt konfrontiert sehen. Wir bemerken dies natürlich auch massiv bei unseren PatientInnen mit Hauterkrankungen, die in einem besonderen Maße belastet sind und deren psychische Last in empirischen Untersuchungen, wie aber auch in der alltäglichen dermatologischen und psychotherapeutischen Praxis immer deutlicher wird. Gleichzeitig wächst das Wissen über die Wichtigkeit von Stress-Kontrolle und einem gesunden Lebensstil, und damit auch die Sorge, diesem Anspruch nicht immer gerecht zu werden.

Vor diesem Hintergrund ist eine integrative psychodermatologische Perspektive in der Dermatologie und Psychotherapie wichtiger denn je. Hier gibt es noch viel zu tun, um KollegInnen und PatientInnen für diese Themen zu sensibilisieren und niederschwellige, effektive Untersuchungsmethoden und Behandlungsoptionen zu entwickeln.

Aber wir sind auf einem guten Weg – und der Arbeitskreis psychosomatische Dermatologie tut seinen Teil dazu. Im letzten Jahr haben wir mit spannenden Veranstaltungen und vielseitigem Engagement die Psychodermatologie wieder ein kleines Stückchen vorangebracht. Unsere Mitglieder konnten Symposien und Vorträge auf wichtigen Konferenzen wie der DGPM/DKPM-Jahrestagung, der DDG-Jahrestagung, der FoBi oder internationalen Tagungen wie dem World Congress of Dermatology in Singapur, der APMNA Tagung in New Orleans, der ESDaP-Tagung in Rotterdam und dem World Congress of Itch in Miami platzieren, und so auch internationale Vernetzung und Sichtbarkeit erhöhen. Des Weiteren gab es auch vielseitiges Engagement rund um die Themen Stigmatisierung und die Initiierung von spannenden Forschungsvorhaben.

Ein absolutes Highlight stellte unsere AkPsychDerm-Jahrestagung im schönen Bad Bentheim dar, die meisterlich von Johannes Hockmann organisiert und vom Gastgeber Athanasios Tsianakas und unserer AkPsychDerm Vorsitzenden Eva Peters geleitet wurde. Neben fachspezifischen Vorträgen wurde die Psychodermatologie auch im Rahmen von spannenden Kunstprojekten thematisiert. Im Rahmen der Tagung konnten wir Uwe Gieler als Ehrenvorsitzenden, sowie Klaus-Michael Taube und Jochen Wehrmann als Ehrenmitglieder

würdigen. Es freut uns außerordentlich, dass diese Kollegen den APD so lange geprägt haben und ihm auch weiterhin erhalten bleiben.

Seit neuestem gibt es zudem eine höhere Social-Media Präsenz durch einen eigenen Instagram-Kanal und eine neu gestaltete Homepage, die in Kürze online gehen wird. Auch dieser Rundbrief erreicht Sie zum ersten Mal digital und nicht mehr in der gewohnten Printform, was sicherlich erst einmal ungewohnt ist, aber doch der Zeit und den Bedürfnissen unserer Umwelt entspricht. Ein Ziel, das wir für 2024 angehen wollen, ist eine noch stärkere Interaktion und Austausch mit unseren Mitgliedern. Auch hier können uns neben unseren Treffen und Konferenzen, soziale Medien und digitale Kommunikation sicherlich hilfreich sein.

2024 verspricht ein buntes und spannendes Jahr für die Psychodermatologie zu werden, wir werden die internationale Zusammenarbeit weiter voranbringen und versuchen, uns berufspolitisch weiter zu positionieren und einzubringen. Im nächsten Jahr wird die Überarbeitung der AWMF-Behandlungsleitlinie starten, die von Eva Peters und Christina Schut koordiniert und vom Gemeinsamen Bundesausschuss über den Innovationsfond gefördert wird. Dieses Projekt wird uns sicherlich helfen, die Sichtbarkeit der Psychodermatologie weiter zu erhöhen und wichtige, praxisnahe Behandlungsempfehlungen für Ihre alltägliche Arbeit zu liefern.

Wir freuen uns sehr, dass Sie dem APD die Treue halten und wir gemeinsam die Psychodermatologie voranbringen.

Im Namen des Vorstands wünschen wir Ihnen eine ruhige und friedliche Adventszeit und Feiertage und sehen uns in 2024.

Christian Stierle und Eva Peters

**Wichtige Mitteilung an unsere Mitglieder:**

**Sollten Sie mit der Verwendung Ihrer E-Mail für den Newsletter NICHT einverstanden sein, bitten wir um eine kurze Nachricht an [eva.peters@eva-peters.com](mailto:eva.peters@eva-peters.com). Sollten wir möglicherweise keine aktuelle Adresse von Ihnen haben, teilen Sie uns gerne Ihre aktualisierten Daten mit.**

## **Protokoll der Mitgliederversammlung des AkPsychDerm vom 23.09.2023 in Bad Bentheim**

**Anwesenheitsliste:** Bei Dr. Kristina Fronhoffs erfragbar (insgesamt 10 Teilnehmer)

**Protokollführer:** Dr. Kristina Fronhoffs

### **Tagesordnung:**

1. Bericht des Vorstandes
2. Bericht des Schatzmeisters
3. Entlastung des Vorstandes
4. Neuwahlen des Vorstandes
5. Stand Leitlinien
6. Stand Jahresgabe, Rundbrief 2022, Mitgliederbeitrag 2022/2023,
7. Stand und Pflege Homepage, Ansprechpartner Mitgliedsbeiträge, Pflege Mitgliederkartei
8. Planungsstand 30. APD Jahrestagung in Murnau an Christi Himmelfahrt Mai 2024
9. Planungsstand FOBI München Juli 2024
10. Planungsstand 31. APD Jahrestagung Gießen 2025
11. Sonstiges

### TOP 1)

Eva Peters dankt Johannes Hockmann für die Organisation der äußerst gelungenen Tagung in Bad Bentheim. Der APD ist sehr aktiv auf Tagungen, zuletzt mit der Arbeitskreissitzung bei der DDG-Tagung in Berlin. Aktuell verfügt der APD über 92 Mitglieder, dazu 2 Ehrenmitglieder und 1 Ehrenvorsitzender.

### TOP 2)

Folgt im Rundbrief

### TOP 3)

Johanna Munz stellt den Antrag auf Entlastung von Vorstand und Schatzmeister. Der Vorstand sowie die Schatzmeisterin werden in einer offenen Abstimmung einstimmig entlastet.

#### TOP 4)

Als Wahlleiterin stellt sich Johanna Munz zur Verfügung. Einer offenen Wahl des Vorstandes en Bloc wird durch die Mitglieder zugestimmt und folgender Wahlvorschlag ohne Enthaltungen oder Gegenstimmen angenommen:

1. Vorsitz: Eva Peters

2. Vorsitz: Christian Stierle

Schatzmeisterin: Christina Schut

Schriftführerin: Sandra Hanneken

Beisitzer:innen: Kristina Fronhoffs, Johannes Hockmann, Gabriele Rapp

Andrea Eisenberg wird für die Psychodermatologischen Kliniken kooptiert

Weitere Kooptierte bleiben bestehen.

#### TOP 5)

Der APD arbeitet aktuell an folgenden Leitlinien mit:

S3-Leitlinie Psychodermatologie: erstes Arbeitstreffen 12./13.01.2024

Allergologie: Gieler + Peters

Long Covid: Peters

Transgender: Peters + Schut

Steven Johnson Syndrom/toxische epidermale Nekrolyse: Schut

Vitiligo: Gieler

Funktionelle Störungen (somatoforme Störungen): Gieler

Neurodermitis (Deutschland): Gieler + Peters

European Task Force Atopic Dermatitis (ETFAD): Gieler

Allergieprävention: Gieler

Chronischer Pruritus: Schut + Kupfer

#### TOP 6)

Als ausstehende Jahresgabe der letzten Jahre ist die Neuauflage des Psychosomatik Buches von Egle/Heim et al. geplant, die spätestens Anfang 2024 erwartet wird. Im Rundbrief soll die Jahresgabe angekündigt werden. Anschließend soll zum alten Rhythmus der Jahresgaben alle 2 Jahre zurückgekehrt werden.

Der Rundbrief wird Ende des Jahres erstmals per E-Mail rausgeschickt werden, dazu fehlen von einigen Mitgliedern leider noch immer E-Mail-Adressen.

Die Mitgliedsbeiträge von 2022 wurden im Juli dieses Jahres nachträglich eingezogen, der Beitragseinzug für 2023 ist für Dezember/Januar geplant. Beitragsbescheinigungen werden nicht mehr standardmäßig verschickt, da in der Regel von den Finanzämtern die Vorlage des Kontoauszuges als ausreichend angesehen wird, sollten Belege überhaupt eingefordert werden.

TOP 7)

Die Homepage befindet sich weiter in Bearbeitung, wird aber spätestens zum Jahreswechsel wieder online gehen.

Die Mitgliederdatei wird seit diesem Jahr durch die Vorsitzende Eva Peters gepflegt, Mitgliedseinzüge 2022 sind bereits durch die neue Schatzmeisterin Christina Schut erfolgt.

TOP 8)

Die APD-Tagung 2024 findet an Himmelfahrt (09.05.2024) in Murnau in Kooperation mit dem Alpenseminar der Berufsdermatologen statt.

TOP 9)

Eine Teilnahme an der Münchener Fortbildungswoche wird wieder angestrebt.

TOP 10)

Die APD-Tagung 2025 wird in Gießen stattfinden, über das genaue Datum wird noch informiert.

TOP 11)

Christian Stierle regte vergünstigte Mitgliedsbeiträge für Studenten an. Dies fand einerseits großen Beiklang unter den anwesenden Mitgliedern, andererseits gab es Bedenken bzgl. der Umsetzbarkeit, insb. der notwendigen Kontrollen und Dauern dieser Vergünstigungen. Andrea Eisenberg schlug vor, dass man vergünstigte Mitgliedsbeiträge z.B. auf 3 Jahre befristen könnte, so dass regelmäßige Kontrollen nicht notwendig wären. Bei der nächsten Mitgliederversammlung soll das Thema nochmal aufgegriffen werden.



Am 18.11.2023 findet der World-Psychodermatology-Day statt. Hierbei werden Informationen und Vorträge im Internet zur Verfügung stehen, der Link wird an die Mitglieder geschickt.

Es wurde zudem angeregt, mehr mit Selbsthilfegruppen in Kontakt zu kommen, so ist Andrea Eisenberg demnächst ohnehin bei einer Selbsthilfegruppe für Sklerodermie eingeladen und möchte die Gelegenheit nutzen, den Kontakt zum APD zu vermitteln.

Rheinbach, den 24.09.2023

Kristina Fronhoffs

## Rechenschaftsbericht der Schatzmeisterin

### Konto-Abschluss 2022 (vom 01.01.2022 bis 31.12.2022)

<b>Kontostand am 04.01.2022</b>	€	<b>5.243,38</b>
<b><u>Einnahmen:</u></b>		
Mitgliedsbeiträge	€	20,00
	€	<u>5.263,38</u>
<b><u>Ausgaben:</u></b>		
APD-Tagungen (Referentenhonorare, Einladungen)	€	0,00
Rücküberweisung Mitgliedsbeiträge	€	0,00
Vorstand (Reise-/Verpflegungskosten)	€	198,00
Kontogebühren	€	33,00
Druckkosten Rundbrief	€	404,61
EDV-Homepage	€	0,00
	€	<u>635,61</u>
<b>Kontostand am 29.12.2022</b>	€	<b>4.627,77</b>
=====		
<b>Festgeld-Kto. – Stand 29.12.2022:</b>	€	<b>12.745,65</b>
		=====
		<b>17.373,42</b>

**Tagungsbericht des Arbeitskreises  
Psychodermatologie vom  
22./23.09.2023 in Bad Bentheim**

*Dr. med. Kristina Fronhoffs  
Rheinbach*

**Tagungsbericht des Arbeitskreises Psychodermatologie (AkPsychDerm)**

Unter dem Motto „Über die Haut hinaus – Psyche und Soma“ führte der Arbeitskreis Psychodermatologie seine 29. Jahrestagung in Bad Bentheim durch. Mit der Tagung wurden auch 10 Jahre PsoNet/InflaDerm Münsterland und 40 Jahre Arbeitskreis Psychodermatologie gefeiert.

Am Freitag eröffneten die Tagungsleitung Prof. Dr. Eva Peters (1. Vorsitzende APD, Berlin/Gießen) und Dr. Johannes Hockmann (lokale Organisation APD, Oelde) gemeinsam mit PD Dr. Athanasios Tsianakas (Fachklinik Bad Bentheim, InflaDerm Münsterland) in wunderschöner Kulisse im Marstall der Burg Bad Bentheim die Tagung.

Den Auftaktvortrag hielt Prof. Oliver R. Scholz, WWU Münster, zum Thema „Über die Haut hinaus – Medizin zwischen Natur- und Geisteswissenschaften“. Er befasste sich mit der Sonderrolle der Medizin, die einerseits auf den Naturwissenschaften beruhe, andererseits aber darüber hinausgehe, weil sie sich mit individuellen Menschen befasse. Letztlich gehe dieser Geist-/Körperdualismus auf Decartes zurück. Im zweiten Teil seines Vortrages befasste er sich auch mit dem Thema der Künstlichen Intelligenz (KI) in der Medizin und dessen möglicher zukünftiger Bedeutung. Aus seiner Sicht könne KI den Arzt/die Ärztin nicht ersetzen, aber sinnvoll ergänzen, da nur ein Arzt/eine Ärztin als Mensch den Menschen als Patient:in über die reinen naturwissenschaftlichen Fakten hinaus erfassen könne.

Im Anschluss sprach die Tagungsleiterin und APD-Vorsitzende Prof. Eva Peters, Charité Berlin/JLU Gießen, über „Das bio-psycho-soziale Modell in der Psychosomatik des 21. Jahrhunderts“. Anschaulich erläuterte sie das Zusammenspiel zwischen psychischen Faktoren und der Haut sowohl über neurologische, immunologische und endokrinologische Wege. So verbessere aktivierender Stress die angeborene Immunität, wie sich auch während der Corona-Pandemie

gezeigt habe. Menschen unter kurzfristigem, aktivierendem Stress haben sich dem Corona-Virus besser entgegen stellen können als Menschen, die chronisch gestresst gewesen seien.

Den wissenschaftlichen Abschluss des ersten Kongresstages machte Prof. Uwe Gieler (Vitos-Klinik und UKGM Gießen) mit seinem sehr persönlich gefärbten Vortrag zu „40 Jahre Psychodermatologie: gestern – heute – morgen“. Er berichtete über die Gründung des Arbeitskreises bei den Lindauer Psychotherapiewochen 1983, und wie er selbst sein Interesse über die Dermatologie hinaus zur Psychosomatik entwickelte und in beiden Fachrichtungen gleichermaßen aktiv war und ist. Viele Wegbegleiter haben den APD über lange Zeiträume begleitet. Während zu Beginn die Psychodermatologie oft belächelt worden sei, habe in den letzten Jahren die Pharmaindustrie die Lebensqualität für sich entdeckt, seither sei auch die „wirtschaftliche“ Bedeutung der Psychodermatologie angewachsen, die sich auch in der Liste der offiziellen „Interessenkonflikte“ zeige. Den Ausblick in die Zukunft sehe er positiv.

Für sein Engagement für die Psychodermatologie wurde Prof. Gieler mit dem Ehrenvorsitz des Arbeitskreises Psychodermatologie ausgezeichnet.

Der Abend klang gemütlich mit einem Gitarrenkonzert von Ernie Rissmann, Münster, und einem anschließenden Gesellschaftsabend im Café Ferdinands aus, der zu einem regen fachlichen und persönlichen Austausch genutzt wurde.

Einen beeindruckenden und emotional berührenden Auftakt zum zweiten Kongresstag, diesmal im wunderschön restaurierten Kurhaus, lieferte die Designerin und Fotografin Kim Oppermann über ihre Bachelor-Arbeit „Ein Teil von mir“, einem Fotoprojekt über Menschen mit „bemerkenswerter Haut“. Sie habe Menschen fotografiert, die sich oftmals aufgrund ihrer besonderen Haut versteckt und im Rahmen des Projektes erstmals getraut hätten, ihre Haut zu zeigen. Sie zitiert in ihrer Arbeit das Erleben dieser Menschen, bei dieser Aktion, das durchweg positiv gewesen sei. Ihr Werk werde in der Fachklinik noch für einige Wochen ausgestellt.

Im Anschluss sprach der Gastgeber PD Dr. Athanasios Tsianakas über ein „Therapieupdate bei chronisch inflammatorischen Dermatosen“. Aufgrund der laufend zunehmenden Therapiemöglichkeiten auch für weitere inflammatorische Dermatosen habe sich das PsoNet Münsterland in das PsoNet/InflaDerm Münsterland umbenannt. Jak-Inhibitoren gelten als „das Kortison von

morgen“, oft seien sie auch im off label-Bereich erfolgreich, allerdings sei die Kostenübernahme aufgrund der hohen Therapiekosten schwierig. Aufgrund der vielen Überschneidungen zu rheumatischen Erkrankungen, sei man über die gute Zusammenarbeit zwischen Dermatologen und Rheumatologen in der Fachklinik Bad Bentheim sehr dankbar.

PD Dr. Rachel Sommer, UKE Hamburg, berichtete über die Entwicklung von „Online Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei Patienten mit chronisch entzündlichen Hautkrankheiten“ am Beispiel des „HautKompass“. 2018 habe eine Forsa-Umfrage zu Stigmatisierungen bei Hautkrankheiten stattgefunden, und man habe gesehen, dass es insbesondere zur Selbststigmatisierung wenig Therapieangebote gebe. Ziele der online Intervention seien u.a. die Verbesserung von Selbstmitgefühl und -akzeptanz. Die Online Intervention, die noch in Entwicklung sei, solle keine Psychotherapie ersetzen, könne aber ggf. Zeiten bis zum Beginn einer solchen überbrücken bzw. insbesondere unterstützend für Hautpatienten ohne manifeste psychische Erkrankungen sein.

Im Anschluss war PD Dr. Gloria-Beatrice Wintermann aus der Universitätsklinik der Carl-Gustav-Carus-Universität Dresden online zugeschaltet, die über „Einfluss von kindlichen Traumata und psychosozialen Stress auf das Behandlungsergebnis von Psoriasis“ sprach. Sie berichtete, dass es etwa bei 66 % der Patient:innen zu einer Verschlechterung der Psoriasis nach einem Stressereignis gekommen sei, bei 35 % sei es sogar zu einem Erstauftreten der Psoriasis nach einem entsprechenden Ereignis gekommen. Traumata veränderten die Stressachse nachhaltig und führten zu einer erhöhten Vulnerabilität für andere psychische Störungen. Zudem sei die erhöhte Stressreaktivität assoziiert mit einem schlechteren therapeutischen Outcome bei Psoriasispatient:innen.

Prof. Dr. Markus Böhm, UKM Münster, verknüpfte in seinem Vortrag „Visual Literacy in der dermatologischen Lehre“ sein Interesse an der Kunst mit deren Nutzen für die Medizin, insbesondere für die Dermatologie. Studien zeigten, dass Beschäftigung mit Kunst sowohl klinische als auch kommunikative Fertigkeiten sowie Empathie erhöhen kann. In der Dermatologie (ebenso wie in der Dermatohistologie) beruht die Diagnosestellung oft auf einer Mustererkennung, wobei intuitives Denken und analytisches Herangehen zusammenkommen. In manchen Ländern sei visuelle Beschäftigung mit fachfremden Elementen, z.B. Gemälden, bereits Bestandteil des Curriculums.

Prof. Dr. Christian Stierle, Fresenius Hochschule Hamburg, sprach über „Mitgefühl als Faktor einer erfolgreichen Praxisführung“. Er erläuterte, dass etwa 50 – 80 % der Allgemeinbevölkerung in ihrem Leben eine psychische Erkrankung erlebten. *Compassion fatigue* sei mit einer erhöhten Depressivität und erhöhtem Stresserleben assoziiert, daher sei es wichtig, Mitgefühl anderen gegenüber, aber auch sich selbst gegenüber zu verbessern. Als Voraussetzungen für die Entstehung von Mitgefühl nannte er interpersonelle Bindungen, Vertrauen, Emotionsregulation und Selbstberuhigung. Er grenzte ein handlungsorientiertes Mitgefühl vom lageorientierten Mitleid ab.

Dr. Christina Schut, Justus Liebig Universität Gießen, schloss sich mit ihrem Vortrag zum Thema „Juckreiz besser verstehen: die psychologische Perspektive“ an. Juckreiz sei ein häufiges Symptom bei dermatologischen Erkrankungen, aber auch in der Allgemeinbevölkerung mit 8 % (akuter Juckreiz) nicht selten. Ausgeprägter Stress verstärke den Juckreiz, aber auch die Erwartungshaltung spiele eine Rolle bei der Intensität des erlebten Juckreizes. Juckreiz sei mit negativen Kognitionen verknüpft und ein Prädiktor für Stigmatisierung. Psychologische Interventionen können das Juckreizerleben beeinflussen, so seien die besten Kurzeiteffekte durch Hypnotherapie, die besten Langzeiteffekte durch kognitive Verhaltenstherapie durch wissenschaftliche Untersuchungen nachgewiesen.

Die leitende Psychologin Kaija Troost von der Fachklinik Bad Bentheim stellte das psychologische Angebot für Hautpatienten in der Fachklinik dar. In einem besonders runden Zusammenspiel zwischen Einzel- und Gruppentherapieangeboten mit Körper-, Entspannungs- und Kunsttherapieangeboten, darunter das Waldbaden, seien Patient:innen insbesondere mit Hauterkrankungen in ihrem engagierten Team sehr gut aufgehoben und die Klinik könne entsprechend auf hervorragende Behandlungserfolge schauen.

Im Anschluss führte Dr. Daniela Mergenthaler, Lüdinghausen, in eine „Kleine Psychopharmakotherapie für Dermatolog:innen“ ein. Bei steigenden Prävalenzen psychischer Erkrankungen und langen Fehlzeiten aufgrund solcher Diagnosen sollten auch nicht primär psychiatrisch tätige Ärzt:innen eine medikamentöse Behandlung einleiten können. Sie beschrieb in ihrem Vortrag die häufigsten Indikationen mit den wichtigsten Psychopharmaka, wobei sie auf relevante Nebenwirkungen hinwies.

Dr. Sandra Hanneken, Düsseldorf, stellte das „Psychodermatologiediplom der European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP)“ vor. Hierbei handele es sich um eine internationale Online-Weiterbildung für Dermatologen, Psychologen und Psychiater, die ihr psychodermatologisches Wissen vertiefen möchten. In insgesamt 4 Kursen, die sich in Basis- und Fortgeschrittenenwissen teilen, werden gemeinsam psychodermatologische Themen erarbeitet, wobei es zu einer spannenden globalen Vernetzung mit gutem Erfahrungsaustausch komme. Auch wenn die Kursteilnahme mit Vor- und Nachbereitungen zeitintensiv seien, empfand Frau Dr. Hanneken die Teilnahme als äußerst lohnenswert.

Den Abschluss des wissenschaftlichen Teils der Tagung machte Dr. Falko Seegel, Bad Hersfeld, zum Thema „Humor als Faktor einer erfolgreichen Praxisführung“. Psychische Erkrankungen, aber auch generell jede chronische Erkrankung führe zu Hilflosigkeit, Angst und rigiden Denk- und Verhaltensmustern. Humor könne Leichtigkeit in die Kommunikation bringen, wobei sorgfältig darauf geachtet werden müsse, dass man gemeinsam heiter sei und niemand sich ausgelacht fühlen sollte. Hierfür sei essenziell, dass empathisch erfasst werde, welche „Dosis“ Humor ein Patient vertrage, und welche Themen geeignet seien. Humor verstehe er als Grundhaltung, die zu einer „heiteren Gelassenheit“ dem Leben gegenüber beitragen kann.

Zum Abschluss der äußerst erfolgreichen und anregenden Tagung ehrte der AkPsychDerm Dr. Jochen Wehrmann, ehemals Rothaarklinik Bad Berleburg, und Prof. Dr. Klaus-Michael Taube, Universitätshautklinik Halle, für ihr langjähriges Engagement im Vorstand des APD mit der Ehrenmitgliedschaft.

Am Ende steht eine herzliche Einladung zur **nächsten Jahrestagung in Murnau (Staffelsee) am 09.05.2024** im Rahmen des Dermatologischen Alpenseminars.

## Herausforderung für die interdisziplinäre Arbeit – Grundlagen der Körperdysmorphen Störung aus psychotherapeutischer und psychodermatologischer Sicht



Prof. Dr. Christian Stierle  
Hochschule Fresenius  
Psychology School  
Alte Rabenstr. 1  
20149 Hamburg

und

Stradins University  
Department Health Psychology and Paedagogic  
16 Dzirciema iela  
Riga/Lettland

Publikation erschienen in *ästhetische dermatologie & kosmetologie*, 03/23

Herausforderung für die interdisziplinäre Arbeit – Grundlagen der Körperdysmorphen Störung  
aus psychotherapeutischer und psychodermatologischer Sicht.

Keywords Körperdysmorphie Störung – Zwangsstörungen und verwandte Störungen –  
Psychodermatologie

### Fallbeispiel

*Pascal, 27 Student der Sinologie, ist seit seiner frühen Pubertät mit seinem Aussehen unzufrieden, früher hat er sich als zu schwächig und wenig athletisch/muskulös im Vergleich zu seinen Klassenkameraden gefühlt, im weiteren Verlauf seiner Adoleszenz war er zunehmend unsicher bzgl. seines Aussehens. Das Thema Schönheit und Ästhetik beschäftigte ihn auch während seiner ersten Partnerschaft sehr. Als seine damalige Freundin für ihn unvorhersehbar die Beziehung beendete, begann er mehr und mehr über sein Aussehen zu grübeln. Besonders unzufrieden war er zunehmend mit seiner Gesichtshaut, vor allem um die Nasenregion. Diese*



*empfand er als „schwitzig, unrein und grobporig“. In sowohl der dermatologischen als auch der psychologischen Untersuchung, konnte kein pathologischer Hautbefund festgestellt werden. In seiner Vorgeschichte litt er unter einer moderaten Pubertätsakne, die jedoch sehr gut verheilte. Pascal begann sich zunehmend sozial zurückzuziehen und massiv vor Abwertungen von anderen Menschen zu fürchten, so dass er vor Aufnahme der Psychotherapie kaum noch das Haus verlassen konnte. Er verbringt ca. 2-3 h/die damit seine Nasenpartie im Spiegel zu kontrollieren und immer wieder drückt und quetscht er an der Nasenpartie herum um vermeintliche Mitesser zu entfernen und die Haut auszureinigen. Dermatologische und kosmetische Behandlungen in der Vergangenheit haben nicht dauerhaft zu befriedigendem Erfolg geführt. Pascal schämt sich sehr für seine unreine Haut und vor allem für die Wunden und Narben, die er sich selbst durch die Manipulation seiner Haut zufügt.*

Schönheit, körperliche Attraktivität, Ästhetik – seit jeher sind dies zentrale Attribute in der Wahrnehmung und der Interaktion des Menschen. In unserem digitalen Zeitalter mit seinen sozialen Netzwerken hat dies eine weitere Dimension erreicht: nicht wenige Menschen verwenden beträchtliche Zeit darauf, sich z.B. mithilfe von Grafikfiltern ins rechte Licht zu rücken und vermeintliche Makel zu retuschieren, um ihren sozialen Status positiv zu beeinflussen. Denn nicht nur die Zugehörigkeit zur eigenen Spezies wird über das Aussehen validiert. Evolutionspsychologisch betrachtet werden darüber auch Rückschlüsse über die individuelle Gesundheit und mögliche vorteilhafte genetische Veranlagungen gezogen, was wiederum für das Individuum Vorteile hinsichtlich Partnersuche und Fortpflanzung ergeben kann (z.B. Veale & Gilbert, 2014). Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass sich die meisten Menschen – vornehmlich im jungen Alter - Gedanken um ihr Aussehen machen. Subklinisch ist dies in der Allgemeinbevölkerung recht häufig verbreitet (Rief et al., 2006). Bei Menschen mit einer Körperdysmorphen Störung nehmen diese Aussehenssorgen und korrespondierende Verhaltensweisen jedoch ein zwanghaftes Ausmaß an: sie beanspruchen z.T. viele Stunden Zeit am Tag und schränken die psychosoziale Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen enorm ein. Nicht selten ist das Phänomen der Körperdysmorphen Störung auch in der dermatologischen Versorgungspraxis eine Herausforderung, wobei die DermatologInnen hier oft Erstansprechpartner für Betroffene sind (z.B. Stierle & Taube, 2022). Erfolgsversprechender als eine rein dermatologische Behandlung dieser PatientInnen ist dabei eine enge Kooperation zwischen Dermatologie und Psychotherapie/Psychiatrie (z.B. Herbst & Jemec, 2020).

### **Diagnostische Einordnung**

Die Körperdysmorphie Störung ist in der DSM-V wie auch der ICD-11 eine Unterkategorie der Zwangsstörungen und verwandten Störungen. Historisch betrachtet gab es hinsichtlich der Klassifikation der Symptomatik einige Herausforderungen und wechselnde Perspektiven. Erstmals wurde das Phänomen bereits 1881 vom italienischen Psychiater Enrico Morselli unter der Bezeichnung „Dysmorphophobie“ beschrieben. In der Folge lassen sich jedoch auch entsprechende Falldarstellungen bei namhaften Psychiatern wie Freud, Kraepelin, Janet oder Jahreis finden (Veale & Neziroglu, 2010).

Kernmerkmal der Körperdysmorphen Störung ist die intensive, übermäßige Beschäftigung mit (vermeintlichen) Makeln im Aussehen, die von anderen Personen nicht oder nur leicht wahrgenommen werden können.

In der ICD-10 ist die Körperdysmorphie Störung mit dem Code F45.21 eine Unterkategorie der Somatoformen Störungen. Die Einordnung als Subform der Hypochondrischen Störung wird dadurch begründet, dass Betroffene nicht fähig sind medizinische Fachmeinungen bzgl. ihrer subjektiven Makel zu akzeptieren und an ihrer übermäßigen Sorge festhalten, auch wenn diese von ärztlicher Seite entkräftet wird.

Der Fokus in den Kriterien des DSM V (APA, 2013) und ICD 11 (WHO, 2023) ist anders gewählt. Zentrales Kriterium sind hier zwanghaft-repetitive Verhaltensweisen (wie Checkingverhalten, exzessives Pflegeverhalten, zwanghaftes Vergleichen oder mentale Rituale etc.), die zu mind. einem Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung aufgetreten sind. Weiterhin wird das klinisch signifikante Leid und/ oder die starken psychosozialen Einschränkungen durch die übermäßige Beschäftigung mit dem Äußeren betont. Die Sorge bzgl. des eigenen Körpers ist dabei nicht nur auf Aspekte des Gewichts oder des Körperfettanteils ausgerichtet. Nach den neuen DSM V Kriterien lässt sich außerdem der Subtyp der Muskeldysmorphie sowie der Grad der Einsicht differenziert werden. Die KDS wird im DSM V als eigenständige Diagnose den Zwangsstörungen und verwandten Störungen zugeordnet. Analog dazu erfolgt die Einordnung der KDS in der ICD-11 in die Kategorie Zwangsstörungen und verwandte Störungen (Code: 6B21, WHO, 2023).

DSM V – Diagnosekriterien	
A. Übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren wahrgenommenen Mängeln oder Defekten im äußeren Erscheinungsbild, die für andere nicht erkennbar sind oder geringfügig erscheinen.	B. Im Verlauf der Störung hat die Person in Reaktion auf die Befürchtungen bezüglich des Aussehens wiederholende Verhaltensweisen ausgeführt (z.B. Überprüfung im Spiegel, übermäßige Körperpflege, Hautzupfen/-quetschen, Rückversicherungsverhalten) oder mentale Handlungen (z.B. Vergleich des Aussehens mit dem von anderen) durchgeführt.
C. Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	D. Die übermäßige Beschäftigung mit dem äußeren Erscheinungsbild kann nicht besser durch Befürchtungen in Bezug auf Körperfett oder -gewicht erklärt werden, wie sie bei Personen auftreten, deren Symptomatik die diagnostischen Kriterien für eine Essstörung erfüllt.

Abb. 1: Diagnostische Kriterien nach DSM V

### **Klinische Merkmale der Körperdysmorphen Störung**

Zentral für die Körperdysmorphie Störung ist die oft zeitintensive Beschäftigung mit einem oder mehreren (vermeintlichen) Makeln im Aussehen. Dabei empfinden die meisten PatientInnen mehrere Bereiche ihres Körpers als makelbehaftet (Phillips et al., 2005).

Grundsätzlich können diese Makel jedes Körperteil und jeden Körperbereich betreffen. Studien belegen jedoch, dass sich die Aussehenssorgen am häufigsten auf die Körpermerkmale Haut, Nase, Haare und Gesicht beziehen (vgl. Kollai & Martin, 2010; Grochowski & Stierle, 2015; Philipps, 2005), auch wenn sich kulturelle Unterschiede andeuten (Hartmann et al. 2019). Als klinischer Indikator für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung wurde ein zeitlicher Umfang der Beschäftigung mit dem Aussehen von über einer Stunde pro Tag festgelegt (z.B. Brunhoeber 2009). Charakteristisch für viele PatientInnen ist auch, dass sie eine enorm hohe Selbstaufmerksamkeit ausbilden.

Die Symptomatik der KDS zeigt sich auf behavioraler, emotionaler und kognitiver Ebene. Auch die Interaktions- und Beziehungsfähigkeit der Betroffenen ist häufig massiv beeinträchtigt.

### **Behaviorale Ebene**

Die Körperdysmorphie Störung drückt sich in einigen charakteristischen Verhaltensweisen aus. Kennzeichnend ist repetitives, zwanghaftes Verhalten, vornehmlich Kontroll- und

Checkingverhalten. Dazu gehört u.a. Spiegel-Checking (z.B. auch im Schaufenster oder mithilfe von Handyfotos/-videos). Weiterhin typisch ist ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, Rückversicherungsverhalten sowie intensives Pflegeverhalten („Grooming“). Betroffene versuchen häufig die subjektiven Makel durch Kleidung, Make-up und Ähnliches zu kaschieren bzw. zu verdecken. Damit zeigen sich gewisse Ähnlichkeiten zu Essstörungen und sozialen Angststörungen. Als besonders problematisch erweisen sich Verhaltensweisen, mithilfe derer Makel aktiv korrigiert und verändert werden sollen. Dazu gehört beispielsweise exzessives Muskeltraining bei der Muskeldysmorphie, Manipulation der Haut durch Ausreinigen, Drücken oder Quetschen (Skin Picking, vgl. z.B. Stierle & Schult, 2015) oder auch orthorektisches Essverhalten. In besonders schweren Verläufen kann es durch Selbstmanipulationen und/ oder Selbstoperationen zu massiven Selbstschädigungen und -verletzungen kommen. Auf der Suche nach medizinischer Abhilfe konsultieren KDS-Patienten teilweise exzessiv somatische Fachärzte und tendieren zur Inanspruchnahme von plastisch-chirurgischen oder dermatologischen Eingriffen.

### **Emotionale Ebene**

Die zentrale Emotion von KDS-PatientInnen ist Scham aufgrund des Aussehens des eigenen Körpers (z.B. Kollei & Martin, 2010). Weitere charakteristische Emotionen sind Ekel vor der eigenen körperlichen Erscheinung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit sowie Angst in sozialen Situationen und Interaktionen. Auch starke Ärger- und Wutgefühle können entstehen, die sich sowohl gegen sich selbst als auch gegen andere Personen richten. Nicht selten erleben schwerer Betroffene sogar Selbsthass.

### **Kognitive Ebene**

Ein weiteres Leitsymptom der KDS ist die deutlich erhöhte Selbstaufmerksamkeit und die damit verbundene z.T. über Stunden andauernde kognitive Beschäftigung (engl. „preoccupation“) mit dem eigenen Aussehen und den wahrgenommenen Makeln (z.B. Philipps, 2005). Typische gedankliche Inhalte des Grübelns sind hohe Selbstkritik mit massiven Selbstabwertungen. Formale sind die Gedankengänge häufig stark auf das Thema Aussehen und die damit assoziierten Sorgen eingeeengt und umfassen eine Vielzahl kognitiver Fehler und Verzerrungen (Wilhelm et al., 2013).

Eine häufige Herausforderung für die Behandlung ist die immer wieder schwankende, manchmal kaum gegebene Einsicht in das Vorhandensein der KDS (z.B. Schulte et al., 2020), da dadurch die notwendige Distanzierungsfähigkeit von der Symptomatik erschwert wird. Gleichzeitig ist es wichtig, dies von einer „klassischen“ wahnhaften Störung abzugrenzen.

## **Epidemiologie und Verlauf**

Die Körperdysmorphie Störung gehört mit einer Punktprävalenz von 1,9% bei Erwachsenen und 2,2% bei Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung (Veale, 2016) zu den häufigen psychischen Erkrankungen. In spezifischen dermatologischen Behandlungssettings sind die Prävalenzen bis zu fünffach erhöht (z.B. Schut et al., 2022). Dabei scheint eine erhöhte Vulnerabilität für KDS für solche PatientInnen zu bestehen, die unter Hyperhidrosis, Alopecia Areata oder Vitiligo leiden. Das mittlere Erkrankungsalter für KDS liegt bei ca. 16 Jahren (Veale & Neziroglu, 2010), es gibt jedoch Hinweise, dass einige Symptome häufig schon früher in der Kindheit beginnen (Bjornsson, et al., 2013). Die geschlechtsspezifische Prävalenz ist für Frauen etwas höher als für Männer (ca. 60% zu 40%; Wilhelm et al., 2013). Inhaltlich sorgen sich Männer häufig um ihre Genitalien, Körperstatur und Haaransatz, während Frauen deutlich häufiger ihre Haut als makelbehaftet erleben (vgl. Philipps et al., 2006). Gleichzeitig variieren die Körperbereiche, mit denen sich die PatientInnen sorgenvoll beschäftigen, stark (Veale & Neziroglu, 2010). Ohne spezifische Behandlung ist die körperdysmorphie Störung eine tendenziell chronisch verlaufende Erkrankung mit geringen Spontanremissionsraten (z.B. Philipps, 2002).

## **Komorbiditäten**

Die große Mehrheit der PatientInnen mit KDS leidet unter weiteren psychischen Erkrankungen (Wilhelm et al., 2013). So ist bei bis zu 75% der Betroffenen eine Lebenszeitprävalenz für eine Major Depression zu verzeichnen (Gunstad & Philipps, 2003). Die depressive Erkrankung scheint zumeist sekundär zur Körperdysmorphie Störung aufzutreten. Weitere häufige Komorbiditäten sind Soziale Phobie (38%), Zwangsstörungen (33%), Essstörungen (ca. 30%) sowie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit mit bis zu 40%. Ebenfalls treten komorbide Persönlichkeitsstörungen überdurchschnittlich häufig auf (40-72%), insbesondere die unsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung (z.B. Philipps & McElroy, 2000). Zusätzliche komorbide Erkrankungen bedingen abermals vermehrte Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau der PatientInnen (Schieber & Martin, 2016).

## **Diagnostik**

Im klinischen Behandlungsalltag erfolgt die Diagnostik der Körperdysmorphie Störung in der Regel multimethodal unter Verwendung klinischer Anamnese und Beobachtung sowie der Verwendung verschiedener Interview- und Selbstberichtsverfahren. Als diagnostischer Goldstandard gilt z.Zt. die Verwendung des BDDDM (Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module; Philipps, 2005) sowie zur Einschätzung des Schweregrades der Symptomatik die

adaptierte Y-BOCS-Version (Yale Brown-Obsessive-Compulsive Scale BDD; Philipps et al., 1997). Beide Instrumente sind standardisierte, teilstrukturierte klinische Interviews. Das gängigste Selbstberichtsverfahren im deutschsprachigen Raum ist der KDS-F von Brunhoeber (2007), im englischsprachigen Raum z.B. der DCQ (Dysmorphic Concern Questionnaire; Oosthuizen et al., 1998) oder der AAI (Appearance Anxiety Inventory; Veale et al., 2014). Um die Einsichtsfähigkeit des Patienten in die Körperdysmorphie Störung einzuschätzen, wird der BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale; Buhlmann, 2014) eingesetzt. Zur Erfassung des Körperbilds findet u.a. der ASI (Appearance Schema Inventory; Grochowski et al., 2011) Verwendung.

## **Behandlung der Körperdysmorphen Störung**

### **Plastisch-Chirurgische Eingriffe/ Dermatologische Behandlung**

PatientInnen mit Körperdysmorpher Störung begeben sich häufig (zunächst) in somatomedizinische Behandlung in Form von plastisch-chirurgischen Eingriffen oder auch z.B. speziellen dermatologischen oder dentalmedizinischen Interventionen. Jedoch gibt es klare empirische Hinweise, dass diese Patientengruppe sehr häufig gar nicht oder nur unzureichend von diesen Interventionen profitiert (Sweis et al., 2017; Bower et al., 2016). Daher sollte die medizinische Indikation für einen derartigen Eingriff kritisch geprüft werden (z.B. Pikoos et al., 2021).

### **Pharmakologische Behandlung**

Bis dato liegen nur wenige randomisiert-kontrollierte Studien zur pharmakologischen Behandlung der KDS vor (Ipser et al., 2009). Der aktuelle Wissenstand legt den Einsatz von SSRI's nahe (z.B. Veale & Neziroglu, 2010). Analog zur Zwangsstörung wird diese Medikation auch bei der KDS hochdosiert eingesetzt (Philipps & Hollander, 2008).

### **Psychotherapeutische Behandlung**

Die empirisch am besten belegte Wirksamkeit hat die Kognitive Verhaltenstherapie inne. Metaanalysen belegen die z.T. hohen Effekte in der Reduzierung der störungsspezifischen Symptomatik sowie allgemeiner psychopathologischer Symptomatik wie z.B. Depressivität (vgl. Williams et al., 2006; Harrison et al., 2016).

Vor dem Hintergrund der häufigen Negativ-Erlebnisse im somatomedizinischen Behandlungskontext sowie des interpersonellen Misstrauens und starken Schamerlebens in sozialen Situationen ist ein behutsamer Aufbau der Therapiebeziehung besonders wichtig.

Die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie umfasst klassischerweise folgende Behandlungselemente (z.B. Wilhelm et al., 2013):

- Psychoedukation mit Erarbeitung eines Störungsmodells und Behandlungsrationalis
- Veränderung dysfunktionaler kognitiver Strategien und Schemata
- Wahrnehmungstraining mit Veränderung ungünstiger Selbstaufmerksamkeitsprozesse
- Verhaltensexperimente/ Exposition in vivo mit Reaktionsverhinderung

Initiale Interventionen zielen auf den Abbau selbstschädigender Verhaltensweisen ab. Dazu gehört ggf. auch die Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit starkem Selbsthass und suizidalen Gedanken. Gleichsam sind der Abbau von Vermeidungsverhalten sowie störungsaufrechterhaltenden Sicherheitsstrategien sehr wichtig. Im Verlauf wird sukzessive an der Ausweitung des sozialen Radius und an Interaktionen mit anderen gearbeitet. Hier erweisen sich insbesondere gezielte Verhaltensexperimente als hilfreich, um dysfunktionale Hypothesen und Befürchtungen in sozialen Situationen zu überprüfen und zu entkräften. Weiterhin wird im Rahmen von Expositionsübungen mit Reaktionsverhinderung ein akzeptierender Umgang mit unangenehmen Emotionen eingeübt, um zu erlernen diese Situationen und Emotionen ohne den Einsatz ungünstiger zwanghafter Sicherheits- und Kontrollstrategien zu bewältigen. Der spezifische Fokus in der Therapie der KDS ist die Entwicklung eines ganzheitlichen, bewertungsfreien Körperbilds. Mithilfe von Spiegelkonfrontation sowie Foto- und Videoübungen wird das Betrachten des gesamten Körpers und dessen bewertungsfreie Beschreibung geübt und Hyperfokussierungen auf potentielle Makel verändert (z.B. Veale & Riley, 2001). Als ebenfalls hilfreich hat sich die Förderung von Selbstmitgefühl und selbstfürsorglichem Verhalten erwiesen (z.B. Veale & Gilbert, 2014).

Jüngere Studien zeigen die Nützlichkeit von Therapieansätzen auf, die neueren Entwicklungen in der Verhaltenstherapie entsprechen. Dazu gehören u.a. die Acceptance and Commitment Therapy, die Inferenzbasierte Therapie und die Metakognitive Therapie (vgl. Hartmann et al. 2019).

Ergänzend kann sich der therapeutische Ansatz des Imagery rescriptings erweisen, da viele PatientInnen massiv belastende Mobbing-Erfahrungen, teils auch traumatische Erfahrungen und diesbezüglich teilweise Symptome intrusiven Wiedererlebens berichten (Ritter & Stangier, 2016).

### **Behandlungssetting**

Bislang stehen nur wenige Forschungsergebnisse hinsichtlich der Indikation für verschiedene Behandlungssettings zur Verfügung. Die Erfahrung zeigt, dass KDS-PatientInnen häufig eine stationäre Behandlung erhalten, die dann jedoch meist störungsunspezifisch ist.

Insbesondere erscheint in solchen Fällen eine stationäre Behandlung dringend indiziert, in denen eine schwere Symptomlast, stark selbstschädigendes Verhalten und akute/ latente Suizidalität besteht. Ein weiteres Kriterium wäre ein störungsaufrechterhaltendes Umfeld, das notwendige Therapieschritte wie Verhaltensexperimente unmöglich macht (vgl. Stierle & Taube, 2022). Hier ist eine systematische Hilfestellung unerlässlich, um frühzeitig die Indikation für spezialisierte stationäre Therapie stellen zu können.

Insgesamt betrachtet ist die Körperdysmorphie Störung eine häufige und oft schwerwiegende psychische Erkrankung, die in vielen Fällen lange Zeit unerkannt bleibt. Oft erhalten betroffene PatientInnen erst spät spezifische Therapie, da in der Regel zunächst andere FachärztInnen konsultiert werden. Dabei ist eine spezialisierte Verhaltenstherapie eine effektive Behandlungsoption für Betroffene. Da sich ein beträchtlicher Anteil der PatientInnen zunächst in hautärztliche Behandlung begibt, kann die Dermatologie bei der Körperdysmorphie Störung eine Schlüsselposition einnehmen. Insbesondere ambulant tätige DermatologInnen sollten diesbezüglich mit hilfreichen Screeningtools und Schulungsmöglichkeiten bestmöglich unterstützt werden. Die weitere erkrankungsspezifische Behandlung erfordert eine enge Zusammenarbeit mit Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie.

## **Literatur**

American Psychiatric Association (Eds.) (2013). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bowe, W. P., Leyden, J. J., Crerand, C. E., Sarwer, D. B., & Margolis, D. J. (2007). Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57, 222-230.

Bower, L.; Krebs, G.; Mataix-Cols, D.; Veale, D. & Monzani, B. (2016). A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image*, DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.07.001.

Brunhoeber, S. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie bei körperdysmorpher Störung. Göttingen: Hogrefe.

Brunhoeber, S. & Maes, J. (2007). Diagnostik der Körperdysmorphie Störung: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Diagnostica*, 53, 17-32.

Buhlmann, U. (2014). The German version of the Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS): Development and evaluation of its psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1968-1971.

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J.M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research*, 178, 171–175.

Grocholewski, A. & Stierle, C. (2015). Die Körperdysmorphie Störung. *Z-Aktuell*, 2, 6-9.

Grocholoewski, A., Tuschen-Caffier, B., Margraf, J. & Heinrichs, N. (2011). Überzeugungen über das Erscheinungsbild. Eine Fragebogenvalidierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 85-93.



- Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J. & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychological Review*, 48, 43-51.
- Hartmann, A., Grochowski, A. & Buhlmann, U. (2019). Körperdysmorphie Störung – Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Herbst, I., & Jemec, G. B. E. (2020). Body Dysmorphic Disorder in Dermatology: a Systematic Review. *The Psychiatric quarterly*, 91(4), 1003–1010. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09757-y>
- Ipsier JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005332. DOI: 10.1002/14651858.CD005332.pub2.
- Kollei, I. & Martin, A. (2010). Körperdysmorphie Störung, Symptome, Diagnose und Therapie. *Psychotherapeut*. 55: 153-166.
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Revised and Expanded Edition. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Grant, J. E., Siniscalchi, J. M., Stout, R., & Price, L. H. (2005). A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 315-321.
- Phillips, K. A. & Hollander, E. (2008). Treating Body Dysmorphic Disorder with Medication: Evidence, Misconceptions, and a Suggested Approach. *Body Image*, 5, doi: 10.1016/j.bodyim.2007.12.003.
- Phillips, K. A. & Hollander, E., Rasmussen S.A. Aronowitz, B.R., DeCaria, C. & Goodman, W.K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 33, 17-22.
- Pikoos, T. D., Rossell, S. L., Tzimas, N., & Buzwell, S. (2021). Is the needle as risky as the knife? The prevalence and risks of body dysmorphic disorder in women undertaking minor cosmetic procedures. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 55(12), 1191–1201. <https://doi.org/10.1177/0004867421998753>
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877-886.
- Schieber, K. & Martin, A. (2016). Die körperdysmorphie Störung: aktuelle Entwicklungen zu Diagnostik, Störungswissen und Therapie. *Psych up2date*. 10, doi <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-105934/VNR2760512016149754909>.
- Schulte, J., Dietel, F. & Buhlmann, U. (2020).
- Schut, C., Dalgard, F.J., Bewley, A., Evers, A.W.M., Gieler, U., Lien, L., Sampogna, F., Ständer, S., Tomás-Aragónés, L., Vulink, N., Finlay, A.Y., Legat, F.J., Titeca, G., Jemec, G.B., Misery, L., Szabó, C., Grivcheva-Panovska, V., Spillekom-van Koulil, S., Balieva, F., Szepletowski, J.C., Reich, A., Roque Ferreira, B., Lvov, A., Romanov, D., Marron, S.E., Gracia-Cazaña, T., Svensson, A., Altunay, I.K., Thompson, A.R., Zeidler, C., Kupfer, J. and (2022), Body dysmorphia in common skin diseases: results of an observational, cross-sectional multicentre study among dermatological outpatients in 17 European countries\*. *Br J Dermatol*, 187: 115-125. <https://doi.org/10.1111/bjd.21021>
- Stierle, C. & Schult, J. (2015). Kratzen, Kaschieren, Kontrollieren. *Psychotherapeut*, 6, 1-4.
- Stierle, C. M. G., & Taube, K. M. (2022). In or out?-Suggested criteria to systematically offer different treatment options to patients with body dysmorphic disorder. *Frontiers in medicine*, 9, 986781. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.986781>
- Sweis, I. E., Spitz, J., Barry, D. R. & Cohen, M. (2017). A Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications. *Aesthetic Plastic Surgery*, doi:10.1007/s00266-017-0819-x.
- Veale, D. & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind. *Journal of Obsessive-Compulsive and related disorders*, 3, 150-160.
- Veale, D., Eshkevari, E., Kanakam, N., Ellison, N., Costa, A., & Werner, T. (2014). The Appearance Anxiety Inventory: Validation of a Process Measure in the Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(5), 605-616. 10.1017/S1352465813000556.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder. A Treatment Manual*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J (2016) Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image* 18:168–186

Veale, D. & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? *Behavior Research and Therapy*, 65, 11-16.

WHO: ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision. The global standard for diagnostic health information, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/731724655>. Letzter Zugriff am 4.4.2023.

Wilhelm, S., Philipps, K.A. & Steketee, G. (2013). Wilhelm, S., Philipps, K.A. & Steketee, G. (2013). *Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder*, New York: The Guildford Press.

Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 44, 99-111.

# **Das Psychodermatologie-Diplom der European Society for Dermatology & Psychiatry (ESDaP)**

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

Dieser Artikel stellt eine Zusammenfassung des Vortrags vom 23.09.2023 in der Fachklinik Bad Bentheim im Rahmen der 29. Jahrestagung der APD dar.

## **Organisation**

Der Psychodermatologie-Diplomkurs der European Society for Dermatology & Psychiatry (ESDaP) bietet eine umfassende Weiterbildungsmöglichkeit im Bereich Psychodermatologie.

Der jährlich stattfindende Kurs wird von der ESDaP, federführend von Frau Prof. Françoise Poot, Belgien, organisiert und geleitet.

Der Kurs wird im Wesentlichen über die digitale Lernplattform Moodle abgehalten. Die Plattform bietet den Teilnehmern Zugang zu Lehrinhalten, Vorträgen, Meetings und Chats mit internationalen Dozent:innen der ESDaP und Mitteilnehmern. Zugleich ist es die Plattform für Präsentation und Besprechung eigener psychodermatologischer Fälle sowie Raum für interaktive Übungen zwischen Teilnehmer:innen und Dozent:innen. Der Kurs zieht weltweit Interessierte aus dem Bereich der Psychodermatologie an.

## **Struktur des Kurses**

Der Diplomkurs ist in zwei Level mit jeweils zwei Kursen unterteilt.

Das erste Level bietet grundlegende Informationen für (angehende) Dermatologen, Psychologen, Psychiater, Psychotherapeuten bzw. Psychosomatiker, die mit Patient:innen mit psychodermatologischen Krankheitsbildern arbeiten.

Das zweite Level stellt eine Möglichkeit der vertiefenden Weiterbildung für Fachleute dar, die Psychodermatologen oder Hautpsychologen/-psychiater /-psychotherapeuten werden möchten.

Alle vier Level finden jährlich statt.

Empfohlen wird die Teilnahme an ein bis zwei Kursen pro Jahr im selben Level, wobei die Kosten von 300-550 € pro Kurs abhängig von der ESDaP-Mitgliedschaft und der Anmeldung als "early" oder "late registration" sind.

### **Inhalte und Themen des Diplomkurses**

Die Kursinhalte sind vielfältig und umfassen u.a. folgende Themenbereiche:

#### **Level 1 - Teil 1**

<b>Das neuro-immuno-endokrine System</b>
<b>Klassifikation und Klinik</b>
<b>Kommunikationsfähigkeiten</b>
<b>Beziehung zwischen Gesundheitsfachkraft und Patient:in</b>
<b>Der Patient und seine Familie</b>
<b>Psychopharmakologie</b>
<b>Psychotherapie</b>

#### **Level 1 - Teil 2**

<b>Grundlagen der Neurobiologie</b>
<b>Alexithymie</b>
<b>Entwicklungspsychologie</b>
<b>Kommunikationsfähigkeiten</b>
<b>Beziehung zwischen Gesundheitsfachkraft und Patient:in</b>
<b>Körperdysmorphie Störungen</b>
<b>Suizidalität und Suizidversuch</b>
<b>Bindungstheorie</b>
<b>Durchführung von Studien</b>

#### **Level 2 - Teil 1**

<b>Burn-out-Syndrom</b>
<b>Stress und Psychosomatik</b>
<b>Somatoforme Störungen</b>
<b>Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung</b>
<b>Kommunikationsfähigkeiten</b>
<b>Beziehung zwischen Gesundheitsfachkraft und Patient:in</b>
<b>Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>

#### **Level 2 - Teil 2**

<b>Post-Covid-Syndrom</b>
<b>Geschlecht und Geschlechtsidentität</b>

<b>PTBS, Trauma, sexueller und physischer Missbrauch</b>
<b>Essstörungen</b>
<b>Nahrungsmittelallergien</b>
<b>Kommunikationsfähigkeiten: "Train the Trainers"</b>
<b>Beziehung zwischen Gesundheitsfachkraft und Patient</b>

In allen vier Teilen sind Fallpräsentationen von den Teilnehmer:innen zu eigenen psychodermatologischen Fällen sowie Fachvorträge zu den o.g. Themengebieten erforderlich.

Die Themen der Fachvorträge werden vor Beginn des Kurses mitgeteilt, und dann in Teams vorbereitet und im Verlauf des Kurses präsentiert.

Einen großen Stellenwert nimmt das Thema Kommunikation mit Patient:innen ein, dazu werden u.a. Kommunikationstrainings zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten /- und fertigkeiten durchgeführt. Auch die Rolle der Familie bzw. systemische Aspekte sowie das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell werden immer wieder konkret besprochen.

### **Anforderungen zur Erlangung des Psychodermatologie-Diploms**

Um das Psychodermatologie-Diplom zu erhalten, sind neben der Teilnahme an allen vier Kursen, den Fallvorstellungen und zugewiesenen Fachvorträgen auch zwei bestandene Multiple-Choice-Prüfungen erforderlich.

Die Teilnehmer:innen brauchen zudem 30 Stunden Supervision und sollten an zwei ESDaP-Kongressen teilnehmen.

Außerdem sind abschließend drei schriftliche Fallberichte und eine Präsentation auf einem ESDaP-Kongress Teil der Anforderungen des Diploms.

### **Persönliches Fazit**

Der Diplomkurs der ESDaP bietet eine umfassende und interaktive Weiterbildungsmöglichkeit rund um die Psychodermatologie verbunden mit der Möglichkeit einer engen Vernetzung und einem wertvollen Erfahrungsaustausch auf globaler Ebene.

Die Teilnahme ist lohnenswert, insgesamt allerdings auch recht zeitintensiv, weshalb die empfohlene stufenweise Absolvierung der einzelnen Teilabschnitte sinnvoll ist.

Unter Leitung von erfahrenen internationalen Dozenten und Experten bietet dieser Kurs die Möglichkeit psychodermatologisches Wissen zu akquirieren und zu vertiefen sowie eigene Fälle vorzustellen und zu diskutieren. Darüber hinaus ermöglicht die Kursteilnahme, sich kritisch und intensiv mit Krankheitsbildern an der Schnittstelle zwischen Dermatologie und Psychiatrie bzw. Psychosomatik auseinanderzusetzen, was den Diplomkurs zu einer besonderen

Qualifikationsmöglichkeit für Fachleute, die sich für die Schnittstelle von Dermatologie und Psychiatrie interessieren, macht.

Weitere Informationen finden Sie auf der offiziellen Website der ESDaP: [www.psychodermatology.net](http://www.psychodermatology.net).

## Zwangsstörungen und verwandte Störungen - **Herausforderungen und viele Chancen**

*Christian Stierle – Psychology School/Hochschule Fresenius Hamburg*

Zwangsstörungen und verwandte Störungen sind häufige Erkrankungen. Sie gehen mit massivem Leidensdruck für Betroffene einher und haben eine hohe Bedeutung für unsere psychotherapeutische und psychiatrische Alltagsversorgung. Die betroffenen Patient:innen benötigen häufig intensive, teils langfristige Behandlung, was unser Versorgungssystem aktuell stark herausfordert. Vielfach wurde bereits beschrieben, dass die Versorgung von Betroffenen oft unzulänglich ist. Wartezeiten sind extrem lang und häufig erhalten Betroffene nicht die spezialisierte Therapie, wie sie von Leitlinien und Fachgesellschaften empfohlen wird. Insbesondere Expositionsbehandlung, Home-treatment und eine hohe Behandlungsintensität zu gewährleisten, sind hier weiterhin große Schwachstellen in der Behandlungspraxis.

Mit der Einführung der ICD-11, die grob der Einteilung des DSM V folgt, werden die Zwangsstörungen unter einem eigenen Kapitel der *Zwangsstörungen und verwandten Störungen* konzeptualisiert. Hinter dieser Neuordnung verbirgt sich eine jahrelanger und kontroverser Abstimmungsprozess mit dem Grundgedanken sich stärker an den klinischen Symptomen und psychopathologischen Prozessen zu orientieren, um so Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Erkrankungsbildern klarer herauszustellen und so Beforschung, Diagnostik und Behandlung dieser Erkrankungsbilder verbessern zu können.

Folgende Argumente spielten für die Neuklassifikation und die Neuordnung u.a. eine zentrale Rolle (e.g. Hollander et al.,2005, Abramowitz & Jacoby, 2015, Stein et al. 2016):

- Zwangsstörungen und verwandte Störungen teilen die Kardinalsymptome von intrusiven, ungewünschten repetitiven Gedanken, Verhaltensweisen und Schwierigkeiten in der Verhaltenshemmung (behavioral inhibition) bzw. Unterlassung der Gedanken und Handlungen.
- Zwangsstörungen und verwandte Störungen überschneiden sich in Hinblick auf Erkrankungsalter, Komorbiditäten und familiäre Beteiligung und Muster.
- Zwangsstörungen und verwandte Störungen weisen ähnliche neuronale Regelkreise und Abweichungen im Neurotransmitterhaushalt auf.

- Zwangsstörungen und verwandte Störungen zeigen Gemeinsamkeiten in Therapieansprache auf.

Das neue Kapitel der ICD 11 umfasst neben den „klassischen“ Zwangsstörungen nun die folgenden weiteren „verwandten“ Störungen (z.B. Zaudig, 2022):

- Körperdysmorphie Störung
- Skin Picking Disorder/Excoriation Disorder (Dermatillomanie)
- Trichotillomanie
- Pathologisches Horten (Hoarding Disorder)
- Olfaktorisches Referenzsyndrom (ORS)
- Hypochondrie
- Tourette-Syndrom

Neben den oben genannten Gemeinsamkeiten dieser Störungen weisen diese jedoch teilweise auch deutliche Unterschiede mit den klassischen Zwangsstörungen auf, was durchaus zu Konflikten und Diskurs führte/führt. Hier wären u.a. Wahrnehmungsverzerrungen bei der *Körperdysmorphen Störung*, tlw. Impulsivität und verschiedene Verstärkungsmechanismen bei *Dermatillomanie und Trichotillomanie* oder den tlw. persönlichkeitsstörungsnahen Besonderheiten beim *Pathologischen Horten* zu nennen. Hier ergeben sich Ansätze für weitere Forschung und diagnostische Nachschärfung.

Die „neuen verwandten“ Störungen bergen unterschiedliche Herausforderungen, so zeigen Patient:innen mit *Körperdysmorpher Störung* z.B. oft einen komplexen und schwergradigen Krankheitsverlauf mit tlw. Selbstmanipulationen und wiederkehrender Suizidalität (Stierle, 2023). Für diese häufig schwererkrankten Patient:innen gibt es eine besonders unzureichende Versorgungslandschaft mit wenig spezialisierten Anlaufstellen. Die Behandlung von *Tricho- und Dermatillomanie* verlangt manchmal die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dermatologischen Kolleg:innen (Peters & Stierle, 2022) und steht vor der therapeutischen Herausforderung Techniken wie die Habit Reversal Technique mit motivationalen Strategien und weiteren therapeutischen Ansätzen wie der Acceptance and Commitment oder der Dialektisch Behavioralen Therapie sinnvoll zu ergänzen. In den letzten Jahren haben außerdem die sog. „körpernahen“ Zwänge oder auch *Body Focused Repetitive Behaviors (BFRBs)* zunehmend Aufmerksamkeit erhalten. Hier zeigen sich vielfältige Symptombilder, wie Trichotemnomanie, Lippenbeissen, Nägelkauen u.a., die es diagnostisch sauber zu erheben und



zu behandeln gilt. Das Olfaktorische Referenzsyndrom ist vielen Behandler:innen noch sehr unbekannt und eine diagnostische Erfragung etwaiger, meist extrem schambesetzter, Symptomatik noch ungewohnt und selten, während das *Tourette-Syndrom* lange Zeit therapeutisch eher neurologischen Kolleg:innen überlassen wurde und nur wenige Therapeut:innen sich psychotherapeutisch mit diesen Störungen beschäftigen.

Es ist davon auszugehen, dass den *Zwangsstörungen und verwandten Störungen* durch die Schaffung einer eigenen Kategorie in DSM V und ICD 11 langfristig insgesamt eine höhere Aufmerksamkeit zuteilwird und eine präzisere Diagnostik und elaboriertere therapeutische Ansätze ermöglichen werden. Die „verwandten“ Störungen werden davon hoffentlich profitieren und mehr professionelle, psychotherapeutische Aufmerksamkeit erhalten, wodurch Betroffene eine verbesserte Versorgung erhalten werden. Die Erweiterung des Störungshorizonts muss eine noch stärkere Zusammenarbeit mit angrenzenden medizinischen Fachkolleg:innen wie den Dermatolog:innen, plastischen Chirurg:innen oder Zahnärzt:innen stimulieren und die psychotherapeutische Arbeit muss noch mehr an zugrundeliegenden psychopathologischen Prozessen und der Lebensrealität der Patient:innen ausgerichtet werden.

#### Literatur

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annual review of clinical psychology, 11*, 165–186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>

Hollander, E., Friedberg, J.P., Wassermann, S., Yeh, C.C. & Iyengar, R. (2005). The case for the OCD spectrum. In *Concepts and Controversies in Obsessive Compulsive Disorder*, ed. J.S. Abramowitz & A.C. Houts, pp. 95-118. New York: Springer.

Peters, E. & Stierle, C. (2022). Psychodermatologie: Grundlagen für den Aufbruch zu neuen Versorgungsformen. *PPmP, 72*, 155-168.

Stein, D. J., Kogan, C. S., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Grant, J. E., Matsunaga, H., Reddy, Y. C. J., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Reed, G. M. (2016). The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *Journal of affective disorders, 190*, 663–674. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.061>

Stierle, C. (2023). Die Körperdysmorphie Störung als Herausforderung im Behandlungsalltag. *ästhetische dermatologie und kosmetologie, 15*(3), 26-29.

Zaudig M. (2022). Zwangsspektrumsstörungen nach ICD-11 und DSM-5: Mit kurzer Betrachtung der neuen Zwangsspektrumsstörungen „olfactory reference disorder“ und Hypochondrie. *Der Nervenarzt, 93*(7), 661–669. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01341-y>

***Vorankündigung/ Save the Date***  
**AkPsychDerm Jahrestagung 2024**  
**am 09.05.2024 in Murnau**  
**(Staffelsee)**

**Einladung!**

**30. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie**  
**im Rahmen des Dermatologischen Alpenseminars**

am Donnerstag, 09.05.2024 in Murnau

Liebe Kolleginnen & Kollegen,

wir freuen uns, Sie zur 30. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie einzuladen, die am 09.05.2024 im Rahmen des Dermatologischen Alpenseminars, traditionell am Donnerstagvormittag, stattfindet.

Es erwarten Sie spannende und vielseitige Themen aus dem Bereich der Psychodermatologie, von gesundheitspädagogischen über hochaktuelle Themen aus dem Bereich der Nachhaltigkeit und den Auswirkungen auf die Psyche bis hin zu Fallbeispielen aus der Praxis sowie der Kunsttherapie.

Wir freuen uns über eine rege Teilnahme & kollegialen Austausch in malerischer Bergkulisse im Herzen des Blauen Landes!

Anmeldung unter [www.alpenseminar.de](http://www.alpenseminar.de)

***Vorankündigung/ Save the Date***  
**Münchener Fortbildungswoche**  
**FOBI am 10.07.2024**

**Workshop ‚Praktisches Krankheitsmanagement‘**

Liebe Kolleginnen & Kollegen,

am 10.07.2024 findet im Rahmen der FOBI wieder ein psychodermatologischer Workshop statt:

*Praktisches Krankheitsmanagement:*

*Psychosomatik und Dermatologie - Kommunikation und Compliance verbessern*

Dabei wird es um Herausforderungen im Management von psychisch alterierten Patient:innen in der täglichen dermatologischen Praxis gehen. Speziell werden Möglichkeiten des Managements und Kommunikationsaspekte im Umgang mit Problempatientinnen dargestellt. Der Kurs kann für den Erwerb der psychosomatischen Grundversorgung angerechnet werden und wird vom Kursleiter (Prof. Dr. Uwe Gieler) zertifiziert.

Anmeldung unter [www.fortbildungswoche.de](http://www.fortbildungswoche.de)

***Vorankündigung/ Save the Date***  
**1st World Congress of**  
**Psychodermatology in Istanbul**  
**vom 27.-31.05.2025**

Die Tagung wird von ESDaP und APMNA ausgerichtet. Weitere Informationen folgen, sobald sie zur Verfügung stehen.

## **Ankündigung Jahresgabe**

Als ausstehende Jahresgabe der letzten Jahre ist die Neuauflage des Psychosomatik Buches von Egle/Heim et al. geplant, die spätestens Anfang 2024 erwartet wird.



# DDDG

**Arbeitskreis**  
Psychosomatische  
Dermatologie e.V.

## Beitrittserklärung

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

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: Dr. Dipl. Psych. Christina Schut, Institut für Med. Psychologie, Fachbereich 11 – Medizin, Justus-Liebig-Universität, Klinikstraße 29, 35392 Gießen



**DDDG**

**Arbeitskreis**  
*Psychosomatische  
Dermatologie e.V.*

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

**Christina Schut-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:

Dr. Dipl. Psych. Christina Schut, Institut für Med. Psychologie, Fachbereich 11 – Medizin, Justus-Liebig-Universität, Klinikstraße 29, 35392 Gießen