

## 8 Somatoforme Störungen

Wolfgang Harth

In der medizinischen Praxis werden nicht nur Männer mit klar definierten Symptomen vorstellig, sondern auch solche, bei denen aufgrund von fehlenden objektivierbaren Symptomen eine Zuordnung zu einer Krankheits-Entität nicht gelingt. Diese Patienten klagen über eine Vielzahl an Symptomen, die durch die fassbaren Veränderungen nicht zu erklären sind. Somatoforme Symptome äußern sich meist als Pruritus, Schmerzen oder Dysästhesien oder Entstellungsgefühl. Somatoforme Störungen sind relativ häufig anzutreffende Probleme, die den Behandler vor schwerwiegende Probleme stellen. 18,5% der Hautpatienten einer Universitäts-Routineambulanz zeigen somatoforme Störungen (Stangier u. Gieler 1997). Dabei handelt es sich besonders häufig um körperdysmorphe Störungen und psychogenen Juckreiz. In letzter Zeit kommen noch Patienten hinzu, die der Meinung sind, durch Umweltgifte oder Waschmittel Hautveränderungen erworben zu haben, die an nicht nachweisbaren Pilz-Infektionen leiden oder nicht fassbare „verdeckte“ Nahrungsmittelallergien vorweisen. Diese Gruppe von Hautpatienten werden oft mit Diagnosen wie „Nihilodermie“, „Klinisches Öko-Syndrom“ (Eberlein-König et al. 2002), „Lancet-Artikel-Syndrom“ (der Arzt denkt sofort an eine seltene Entität und würde den Fall am liebsten publizieren) oder „Dermatological Non-Disease“ (Cotterill 1996) bezeichnet.

**Per Definition ist das Charakteristikum der somatoformen Störungen (ICD-10: F45) die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholt negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind (Sass et al. 2001).**

Auf die wesentlichen somatoformen Störungen (s. Tab. 1) wird im Folgenden eingegangen.

### 8.1 Somatisierungsstörung

Somatisierungsstörungen enthalten das Auftreten eines Musters von rezidivierenden, multiplen, klinisch bedeutsamen somatischen Beschwerden, die zu einer medizinischen Behandlung führen. Häufig findet sich eine Kombination von Schmerzen und unterschiedlichen gastrointestinalen, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen.



Tab. 1 Übersicht somatoforme Störungen

ICD – Nr.	somatoforme Störung	Dermatosen
F 45.0	Somatisierungsstörung	Umweltsyndrome (Öko-Syndrom, MCS, SBS) Sonderformen amalgambezogenes Beschwerdesyndrom, Elektrosmog, Lichtallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Spermaallergie, Waschmittelallergie
F 45.2	hypochondrische Störung	hypochondrische Störung im eigentlichen Sinne Infektionen (Bakterien, Pilze, Viren, Parasiten) Neoplasie weitere Nosophobien (Umweltsyndrome s.o.) körperdysmorphe Störung ganzer Körper Region: Kopf, Brust, Genitale Sonderform Botulinophilie Dorian-Gray-Syndrom
F 45.3	somatoforme autonome Funktionsstörung	Erythrophobie Gänsehaut Hyperhidrose Sonderform undifferenzierte somatoforme idiopathische Anaphylaxie
F 45.4	anhaltende somatoforme Schmerzstörung	<b>kutane Dysästhesien</b> Glossodynie – orofaziales Schmerzsyndrom Trichodynie/Skalpdysästhesie Anodynie, Phallodynie, Vulvodynie
F 45.8	sonstige somatoforme Störung	<b>sensorische Beschwerden</b> Juckreiz: ■ lokalisierter somatoformer Juckreiz ■ generalisierter somatoformer Juckreiz (Pruritus sine materia) Kribbeln Brennen Stechen

Bei den Somatisierungsstörungen spielen beispielsweise umweltbezogene Körperbeschwerden, die sogenannten Öko-Syndrome, eine wesentliche Rolle.

Bei *umweltbezogenen Körperbeschwerden* (ICD-10: F45.0) klagen die Patienten über spezifische und unspezifische multiple Körperbeschwerden von verschiedenen Organsystemen deren vermutete Ursache in der Exposition von Umweltstoffen liegt, ohne Nachweis eines direkten toxischen Kausalzusammenhangs zwischen Exposition und Ausmaß der Beschwerden, wobei oftmals zahlreiche Ärzte aufgesucht werden.

Die Betroffenen schildern verschiedene körperliche Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Augenbrennen, Nasenlaufen, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit, Schmerzen im Bewegungsapparat, ungerichteten Schwindel, Herzrasen oder Atemnot.

Die Konzepte der umweltbezogenen Körperbeschwerden einschließlich *Multiple Chemikalien-Unverträglichkeiten* (MCS-Syndrom) sind bisher allgemeingültig noch nicht bewiesen und strittig, wobei biologisch-physiologische Erklärungsmodelle, Stressbelastungsmodelle mit Triggerfaktoren, Konditionierungsmodelle sowie rein psychisch/psychiatrische Phänomenologie bis hin zu soziokulturellem Krankheitsverhalten diskutiert werden.

So können bei einigen Patienten neben psychosomatischen Faktoren objektivierbare somatische Überempfindlichkeiten oder auch eindeutig eine IgE vermittelte Allergie nachgewiesen werden.

Biopsychosoziale Modelle gehen von einem möglicherweise konditionierten Toleranzverlust gegenüber einer chemischen Exposition mit gradueller Zunahme der Empfindlichkeit und Generalisierung auf den Gesamtorganismus aus. Schwierigkeiten bereiten allerdings Verfahren zur laborchemischen Diagnostik und die Festsetzung von Grenzwerten.

Die oftmals in den Medien breit geführte Diskussion über „Umweltgifte“ führt immer wieder zur Häufung einzelner Syndrome wie das amalgambezogene Beschwerde-Syndrom oder eine vermeintliche „Waschmittelallergie“ (Gottwald et al. 2002).

**Beim MCS-Syndrom (Multiple Chemikalien-Unverträglichkeit) (ICD-10: F45.0)** klagt der Betroffene über verschiedene körperliche Beschwerden nach geringer Exposition mit chemischen Umweltstoffen, ohne dass ein objektiver Nachweis einer erhöhten Exposition vorliegt oder ein Kausalzusammenhang zwischen Exposition und Ausmaß der Beschwerden hergestellt werden kann. Im deutschen Raum werden insbesondere Beschwerden auf die Exposition von Holzschutzmitteln, Lösungsmitteln, Insektiziden, Schwermetallen, Desinfektionsmitteln oder auch Duftstoffen (Parfüm) beschrieben. Beim Golfkrieg-Syndrom werden radioaktive Substanzen oder chemische Kampfstoffe als Auslöser von Abgeschlagenheit und weiteren unspezifischen Syndromen verantwortlich gemacht.

**Bei der elektrischen Hypersensibilität** wird Elektrosmog von beispielsweise Überlandleitungen als Ursache für Beschwerden herangezogen.

Hinzu kommen weitere Sonderformen wie das amalgambezogene Beschwerdesyndrom, wobei multiple Beschwerden auf Zahnfüllungen mit Amalgam zurückgeführt werden. Die Patienten lassen sich oftmals alle Füllungen entfernen oder führen aufwendige Entgiftungen als Selbstzahler durch.

Eine Vielzahl von Hautveränderungen wird von Patienten auf eine vermeintliche „Waschmittelallergie“ zurückgeführt. Dabei wird der Hautkontakt zu Bettwäsche, die mit einem neuen Waschmittel gewaschen wurde, oder eine Übernachtung in fremden Betten angeschuldigt.

Charakteristisch für die psychische Symptomatik der umweltbezogenen Körperbeschwerden ist die Verknüpfung der Exposition mit einem unterschiedlichen Maß an Ängsten, woraufhin die Patienten ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickeln.

Das Vermeidungsverhalten, oftmals auch die ängstliche Erwartungshaltung vor den gefürchteten Situationen schränken die normale Lebensführung, die beruflichen Leistungen, die sozialen Aktivitäten sowie die sozialen Beziehungen erheblich ein. Auch enge Kontaktpersonen oder Partner können in das Syndrom eingebunden werden. Paranoide Psychosen müssen abgegrenzt werden.

**Pseudospermaallergie:** Eine besondere Situation in der Allergologie/andrologischen Sprechstunde sind Patienten oder Paare, die sich mit Verdacht auf Spermaallergie vorstellen.

In der gesamten Literatur gibt es etwa 70 nachgewiesene Sensibilisierungen gegenüber Seminalplasma, welches bis hin zu anaphylaktoiden Reaktionen bei der Frau nach intravaginaler Deposition von Sperma führen kann.

Die Diagnostik einer Spermaallergie umfasst die allergologische Abklärungen mittels Pricktest. Eine Reexposition sollte unter Schockbereitschaft durchgeführt werden bei negativem HIV-Nachweis.

Lässt sich eine echte Spermaallergie nachweisen, kann die Beschwerdesymptomatik durch die Verwendung von Kondomen bzw. Hyposensibilisierung verbessert werden.

Viel häufiger liegt eine sogenannte Pseudospermaallergie rein psychogener Genese vor. Dabei treten multiple Beschwerden beim oder nach dem Geschlechtsverkehr auf. Meist bestehen Juckreiz, Brennen im Genitalbereich in Kombination mit Schlafstörungen, gastrointestinalen oder pseudoneurologischen Beschwerden. Ursächlich handelt es sich um eine somatoforme Störung oder Depression sowie um Angststörungen.



***Den Mann wechseln bringt nichts:** Bei einer echten Allergie handelt es sich um eine Sensibilisierung gegen Seminal-Bestandteile, die bei allen Männern zu finden sind.*

*Bei der Pseudo-Spermaallergie tritt die psychosomatische Störung bei neuer Partnerschaft oftmals erneut auf.*

## 8.2 Hypochondrische Störung

Bei den hypochondrischen Störungen werden aktuell zwei große Erkrankungsgruppen im ICD-10 unterschieden:

- hypochondrische Störung im eigentlichen Sinne
- Dysmorphophobie (körperdysmorphe Störungen)

Die traditionelle Einordnung und Klassifikation der Dysmorphophobie (körperdysmorphe Störung) an dieser Stelle wird aufgrund des heutigen Kausalitätsverständnisses zukünftig sicher zugunsten der Neuordnung in eine eigenständige Gruppe verlassen werden.

**Definition:** Hypochondrien (ICD-10: F45.2) enthalten die anhaltende übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder Überzeugung an einer oder mehreren schweren fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Bei der Beschäftigung mit einer normalen körperlichen Erscheinung wird die Empfindung von der betroffenen Per-

son oftmals als abnorm und belastend interpretiert, welche auf einer Fehlinterpretation beruht.

Einen zentralen Fokus nehmen dabei Befürchtungen an einer Infektions- bzw. Geschlechtskrankheit zu leiden und Karzinophobien ein. Die befürchtete körperliche Krankheit oder Entstellung kann von der betreffenden Person benannt werden (s.u.). Die Hypochondrien haben in den letzten Jahren auch durch den Einfluss der Medien einen Wandel erfahren. Stand vor einigen Jahrzehnten die Syphilis noch im Vordergrund, wurde dies durch eine AIDS-Phobie und später Mykophobie sowie aktuell Borrelienphobie abgelöst.

#### **Einteilung von dermato-venereologischen Hypochondrien**

##### *Infektionen (Bakterien, Pilze, Viren, Parasiten)*

- Aids-Phobie
- Borrelienphobie
- Mykophobie (meist Darm)
- Parasitophobie
- Syphilisphobie
- Venerophobie (unspezifische Form)

##### *Neoplasie*

- Krebsphobie (unspezifisch)
- Melanomphobie (spezifisch) oftmals bei Naevuszell-Nävus-Syndrom

##### *Weitere Nosophobien und differenzialdiagnostische Sonderformen*

- Amalgamphobie
- Elektrosmog
- Lichtallergie
- Nahrungsmittelallergie
- Öko-Syndrome
- Spermaallergie

## **8.3 Körperdysmorphie Störungen (Dysmorphophobie)**

Patienten mit körperdysomorphen Störungen stellen in der Praxis eine der bedeutendsten Gruppen von Problempatienten dar. Der englische Dermatologe Cotterill postulierte für die Patientengruppe mit körperdysomorphen Störungen: „I know of no more difficult patients to treat than those with body dysmorphic disorder“ (Cotterill 1996).

Andere gängige Begriffe sind Entstellungssyndrom, Hässlichkeitssyndrom und Thersites-Komplex (Thersites war der hässlichste Krieger im Heer von Odysseus nach der Sage Homers) (Altamura et al. 2001).

**Definition:** Körperdysmorphie Störung beinhaltet als zentrales Kriterium die übermäßige Beschäftigung mit einem Mangel oder einer Entstellung im körperlichen Aussehen. Dieser Mangel ist entweder überhaupt nicht vorhanden oder nur äußerst gering ausgeprägt. Die übersteigerte Beschäftigung führt zu deutlichen Einschränkungen in sozialen, beruflichen u.a. Funktionsbereichen.

Die Prävalenz der körperdysomorphen Störung nach Kriterien gemäß DSM-IV (Sass et al. 2001) wird mit ca. 1% der amerikanischen Gesamtbevölkerung und bis 4% bei ame-



rikanischen Studenten angegeben (Bohne et al. 2002; Oosthuizen et al. 1998). In Hautkliniken und in dermatologischen Praxen findet sich die körperdysmorphe Störung mit einer Inzidenz von 11,9% – 15,6% sowie in unterschiedlichen dermatologischen Kosmetologie-Sprechstunden mit bis zu 23%. Besonders Frauen zwischen dem 35. und 50. und Männer vor dem 35. Lebensjahr sind betroffen (Harth u. Linse 2001).

Verschiedene Theorien versuchen die Entstehung einer körperdysomorphen Störung verstehbar zu machen. Die „*Self-Discrepancy Theory (SDT)*“ ist ein von Veale et al. (2003) dargestellter Ansatz, wobei Patienten mit körperdysmorpher Störung vor allem im eigenen „Selbst-Ideal“ und im „Selbst-Sein-Wollen“ Unterschiede aufweisen.

Zusätzlich sollen medieninduzierte Faktoren durch die Engrammierung von dargestellten Schönheitsidealen zur körperdysomorphen Störung prädisponieren.

Der psychodynamische Erklärungsansatz geht von einem möglichen, dem Symptom zugrunde liegenden Konfliktmodell aus. Häufig liegt ein auslösendes Ereignis (wie Kränkungen) in einem psychischen Konflikt auf dem Boden eines unsicheren Bindungsmusters und Selbstwertzweifeln vor.

Die klinische Untersuchung zeigt keine pathologischen Befunde oder lediglich minimale Normvarianten auf. Das Spektrum der vermeintlichen Mängel in der äußeren Erscheinung ist unendlich variabel.

Dies betrifft Qualität und Quantität der Haut sowie Asymmetrien oder Disproportionalität von Nase, Augenlidern, Augenbrauen, Lippen, Zähnen, Brust oder Genitalen. Auch werden Haarausfall oder Hypertrichose, Pigmentstörungen, Porengröße, Gefäßzeichnungen, Blässe, Rötung der Haut oder Schweißbildung als Anomalie angegeben.

Patienten mit objektiv gesehen normalem Haar geben beispielsweise oft subjektiv entstellenden Haarausfall an und leiden subjektiv stark an ihrer vermeintlichen Erkrankung. Patienten mit Haarverlust zeigen ein geringeres Selbstwertgefühl, höhere Depressionswerte, höhere Introversion, höheren Neurotizismus und Gefühl der Unattraktivität auf (Cash 1992).

Jeder Mann beschäftigt sich im Laufe des Lebens mit seiner Penisgröße. Dies fängt bereits im jugendlichen Alter beim Vergleichen nach dem Sport unter der Dusche an und geht weiter bis ins höhere Alter. Teilweise wird durch die Medien ein vollständig verzerrtes Idealbild dargestellt, welches psychosozialen Problemen im Rahmen einer körperdysomorphen Störung und Selbstwertproblemen den Weg bereiten kann. Hinzu kommt ein breites Angebot ästhetischer Verfahren wie beispielsweise Volumenvermehrung durch Injektion oder aber auch operative Eingriffe, die einen Bedarf zur Penisvergrößerung wecken können.

Eine Indikation für operative Eingriffe ist nur bei spezifischem Small-Penis-Syndrom gegeben, wobei ein Micro-Penis unter 7,5 cm eine Voraussetzung darstellt.

Ein Charakteristikum der körperdysomorphen Störungen im Genitalbereich ist oftmals die fehlende Motivation für weiterführende Psychotherapien.

Eine Sonderform der körperdysomorphen Störung ist der Wunsch von Patienten ewig jung bleiben zu können, wofür der Begriff „*Dorian-Gray-Syndrom*“ (Brosig et al. 2001) gewählt wurde. Der Name des Syndroms wurde dabei einem Romantitel von Oscar Wilde entlehnt, in dem der Protagonist, Dorian Gray, seine Seele an den Teufel verkauft, um den Prozess des Alterns nicht am eigenen Leib erleben zu müssen. Gleich-

zeitig bedeutet das einen Anklang an die Selbstverliebtheit, Künstlichkeit und Selbstbezogenheit des Narzissten.

Das Dorian-Gray-Syndrom geht mit narzisstischer Regression, Soziophobie und dem starken Wunsch nach Bewahrung der Jugendlichkeit einher. Häufig sollen Lifestyle-Medikamente den natürlichen Alterungsprozess aufhalten.

## 8.4 Somatoforme autonome Störung (Funktionsstörungen)

Zu den somatoformen autonomen Funktionsstörungen (ICD-10: F45.3) gehören besonders die Erythrophobie, Gänsehaut und bestimmte Untergruppen der Hyperhidrose.

Das Erröten aus Scham ist ein in unserem Kulturraum weit verbreitetes Phänomen. Das Erythem ist meist im Bereich der Wangen und Hals lokalisiert. Die physiologische und prädisponierte Reaktivität beim Erythema e pudore ist jedoch meist psychisch gut kompensiert und unterscheidet sich dadurch von der Erythrophobie.

Besteht eine ausgeprägte Angst in Bezug auf ein Erythema e pudore, oder auch in einigen Fällen nur eine Angststörung ohne klinisches Erröten, liegt eine Erythrophobie vor. Die Erythrophobie kann erhebliche Beeinträchtigungen in sozialen, partnerschaftlichen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen auslösen und zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten vor bestimmten Situationen, im Umgang mit anderen Personen und zu sozialem Rückzug im privaten oder beruflichen Bereich führen.

Psychodynamisch bestehen charakteristischerweise zwei Reaktionsweisen. Einerseits das Erröten oder die Angst vor dem Erröten aus Wut und zweitens das Erröten aus Verlegenheit. Das Gefühl, „ertappt zu werden“, kann in einer Situation vertrauter Zuwendung mit gleichzeitiger Angst vor Missachtung oder Kritik auftreten.

Meist ist die Fähigkeit zur Selbstbehauptung und Selbstwahrnehmung geschädigt, und es treten Hingabeängste, verbunden mit gehemmter Aggression auf.

Die Gänsehaut entsteht durch eine Kontraktion (Zusammenziehen) eines kleinen Haarbalgmuskels in der Haut, der die überall vorhandenen teilweise fast unsichtbaren Haare – Lanugo-Haare genannt – in eine senkrechte Stellung zieht. Bei der Gänsehaut handelt es sich um ein nur selten willkürlich auslösbares Phänomen, sondern um eine eher unbewusste bzw. nur vegetative steuerbare Erscheinung, die auch durch physikalische Reize wie Kälte oder Elektrizität auslösbar und direkt durch emotionale Reaktionen beeinflussbar ist.

Weiterhin kommt es im Rahmen von bestimmten individuell unterschiedlichen Situationen mit vegetativer Labilität oft zu einer Hyperhidrose, die vornehmlich die Regionen der Hände, Füße oder auch Axillen betrifft. Diese tritt meist im Rahmen von Stressbelastungen wie Prüfungen, öffentlichen Vorträgen oder anderen angstbesetzten Situationen auf. Schon Hippokrates (um 460 – um 370 v. Chr.) berichtete, dass Angst zu Schweißausbrüchen führen könne.

Differenzialdiagnostisch muss eine sekundäre Hyperhidrose als Folge von Organerkrankungen und Stoffwechselstörungen abgegrenzt werden.

## 8.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Kutane Dysästhesien)

Bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) stehen per Definition Schmerzen im Vordergrund des Krankheitsbildes und werden von den Patienten als klinisch bedeutsam angegeben, verursachen Leiden und/oder beruflich-soziale Beeinträchtigung und sind aber weder durch eine somatische Ursache noch andere psychische Erkrankungen ausreichend erklärbar.

In der Dermatologie treten bei den somatoformen Schmerzstörungen meist regionale kutane Dysästhesien und Schleimhaut- Dysästhesien auf.

Hierzu zählen an erster Stelle

- Glossodynie (orofaziales Schmerzsyndrom),
- Vulvodynie,
- Phallodynie,
- Trichodynie und
- Anodynie.

Bei der **Glossodynie** (ICD-10: K14.6, F45.4 ggf. F22.0) bestehen Dysästhesien mit Brennschmerz oder Kribbeln im Bereich der Zunge und anderer Schleimhautpartien im Mund. Die Beschwerden im Mundbereich zeigen keine organisch nachweisbare Pathologie auf. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Etwa 50% der Patienten mit Glossodynie zeigen Persönlichkeitsstörungen auf. In 33% bis 82% können life events insbesondere der Verlust eines Partners nachgewiesen werden (Huang et al. 1996). Es findet sich eine gehäufte Assoziation mit depressiver Verstimmung und Angststörungen. Zudem gibt es Hinweise, dass Glossodyniepatienten Symptome der Alexithymie aufzeigen.

Glossodyniepatienten stellen sich in sämtlichen psychologischen Testinventaren der Selbsteinschätzung im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen eher unauffällig dar (Niemeier et al. 2002). Ärztlicherseits wird jedoch die Bedeutung psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf bei der Glossodynie am höchsten eingeschätzt. Dieser Gegensatz in der Einschätzung im Vergleich von Patient und Arzt ist psychodynamisch durch einen ausgeprägten Abwehrmechanismen (Leugnung, Verdrängung) der Patienten zu erklären.

Bei der **Skalpdyästhesie** liegen schmerzhaft Dysästhesien der Kopfhaut vor. Der häufig in der Literatur verwendete Begriff der Trichodynie erscheint dabei nicht immer präzise, da meist auch die Kopfhaut schmerzt, und der Schmerz eher auf das Haar projiziert wird (Trüeb 1997). Bei 34% der Patienten mit Haarausfall, sowohl dem chronischen Telogeneffluvium als auch der androgenetischen Alopezie, liegen schmerzhaft Kopfhautsensationen vor (Rebora et al. 1996). Aufgrund der Dysästhesien kann bei einigen Patienten ein Paraartefakt im Sinne eines Skin Picking Syndroms im Bereich des Haupthaars hinzutreten. 76% der Patienten zeigen psychische Auffälligkeiten insbesondere Depression, Zwangsstörungen und Angststörungen auf (Kivanc-Altunay et al. 2003).

**Beckenbeschwerden**, urogenitale und rektale Schmerzsyndrome sind ein häufiges psychosomatisches Syndrom. Zu diesem Symptomenkomplex gehören Phallodynia (Phallalgia, Penile pain syndrom), Orchiodynia, Urethral syndrome, Prostatodynia,



Urodynia, Perineal pain Syndrom, Coccygodynia, Anodynia, Proctodynia und Proctalgia fugax. Bei diesen Patienten liegen gehäuft depressive, Zwangs- oder hypochondrische Störungen vor. Ein Genitalschmerz betrifft beim Mann hauptsächlich die Hoden und den Damm. Seltener kommen isolierte Schmerzen im Penis vor. Meist werden ziehende Dauerschmerzen mit wechselnder Intensität angegeben. Die Patienten geben qualitativ unterschiedliche Beschwerden wie Druckgefühl im Damm, Ziehen in den Leisten, teils ausstrahlend in die Hoden, vermehrter Harndrang, Brennen der distalen Harnröhre, Nachträufeln, Druckgefühl oder Brennen hinter dem Schambein oder Spannungsgefühl im Kreuzbereich an.

Zusätzlich können Somatisierungsstörungen wie vermehrtes Schwitzen, innere Unruhe, Tachykardien, Ein- und Durchschlafstörungen, Sodbrennen und Globusgefühl hinzutreten. Differenzialdiagnostisch ist an erster Stelle eine Prostataentzündung (s. Kap. II.7) auszuschließen (Luzzi 2002). Wenn seitenbetonte Hodenschmerzen als einziges Symptom vorliegen, ist an Affektionen der Nervenwurzeln L1 und L2 zu denken.

Einem anhaltenden Penis Schmerz können ursächlich ein chronisch entzündlicher Prozess (Peniserysipel, Balanoposthitis, Cavernitis, Urethritis) oder selten auch eine Induratio penis plastica, Penis-Deviation oder „Penis-Fraktur“ zugrunde liegen.

Nach Ausschluss organischer Erkrankungen, kann von ätiologischen Komponenten wie gestörter Sexualität, körperlicher Fehlhaltung, Neurotizismus und Erschöpfungssymptomen ausgegangen werden, hinter denen wiederum eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur, sexuelle Probleme oder Partnerschaftskonflikte stehen können (Brähler et al. 2002).

Der Anogenitalbereich ist ein bevorzugter Körperbereich für den symbolischen Schmerz (Konversionsneurose). Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Psychodynamisch werden Konflikte mit Ehrgeiz, Abgrenzungs- und Autonomiebestrebungen sowie Hingabewünschen in Zusammenhang mit den genitalen Schmerzsyndromen gebracht.

Die lokalisierte Notalgia parästhetica (Goulden et al. 1998) ist eine neuroradikuläre Erkrankung, wobei psychisch triggerbare brennende Schmerzen, Parästhesien oder Pruritus in einem umschriebenen Areal am oberen Rücken, meist über der Skapula auftreten.

## 8.6 Sonstige undifferenzierte somatoforme Störungen

Juckreiz, Brennen, Kribbeln und Stechen werden auch als sonstige, undifferenzierte somatoforme Störungen (ICD-10: F45.8) bezeichnet. Diese sensorischen Störungen werden von der eigenständigen Gruppe der somatoformen Schmerzstörungen abgegrenzt. Oftmals bestehen jedoch in der Praxis qualitative Variationen und Beschreibungen der Symptome mit Mischbildern von Juckreiz und Stechen, Kribbeln und Stechen oder Brennen sowie Schmerz.

Das Symptom Juckreiz ist in der Dermatologie die von Patienten am häufigsten angegebene Beschwerdesymptomatik. Juckreiz lässt sich nicht nur durch mechanische, elektrische oder chemische Reize, sondern auch psychisch provozieren. Er tritt auffallend oft bei emotionaler Erregung (Wut, Ärger, Aufregung, seltener auch Freude) auf.



Die Diagnose eines somatoformen Juckreizes ist in der Praxis nach folgenden Zusatzkriterien möglich:

1. Psychologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle in Beginn, Schweregrad, Auslösung oder Aufrechterhaltung des Juckreizes.
2. starker Leidensdruck oder große Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Leben,
3. Präokkupation (gedanklich und durch Handlungen) mit dem Juckreiz bzw. dem Hautzustand,
4. Suche nach ärztlicher Rückversicherung (z.B. Allergie-Testung)

Beim **somatoformen Juckreiz** können zwei Gruppen unterschieden werden:

- generalisierter somatoformer Juckreiz
- lokalisierter somatoformer Juckreiz

Beim **generalisierten Pruritus sine materia** (ICD-10: F45.8) handelt es sich um das chronische Auftreten von einem meist unterschwellig psychogenen Juckreiz.

Das klinische Bild der Prurigo weist zusätzlich Exkorationen auf.

Die Diagnose eines somatoformen Pruritus (sine materia) sollte erst nach sorgfältigem Ausschluss innerer Krankheiten (z.B. Diabetes, Lymphome, hepatogener Juckreiz etc.) gestellt werden. Besonders unklarer Juckreiz bei jungen Männern ist untypisch und kann sich als erstes Vorläufersymptom bei Lymphom im Sinne eines paraneoplastischen Pruritus herausstellen.

Charakteristischerweise steht beim lokalisierten Pruritus ein quälender Juckreiz unklarer Ursache im Vordergrund, wobei besonders die genitale oder anale Region betroffen ist. Genitale Juckreizformen können eine libidinöse Bedeutung beinhalten und auf einen (nicht notwendigerweise unbewussten) sexuellen Konflikt hinweisen (Schultz-Amling u. Köhler-Weisker 1996).

Juckreiz einschließlich der generalisierten Form ist mental auslösbar (Niemeier et al. 2000). Ein enger Zusammenhang zwischen Depressivität und Juckreiz konnte sowohl in Laborstudien als auch in klinischen Untersuchungen festgestellt werden. Tierexperimentelle Studien belegen, dass die Ausschüttung von Histamin, einem der wichtigsten juckreizauslösenden Mediatorsubstanzen, klassisch konditionierbar ist. Bei Pruritus empfiehlt es sich, nach Auslösern für Juckreiz (Stress, Belastungen, Lebensveränderungen) zu fragen.

Neben dem häufigen Juckreiz werden zu den sonstigen, undifferenzierten somatoformen Störungen (ICD-10: F45.8) weiterhin auch Brennen, Kribbeln, Stechen u.a. gezählt. Am häufigsten klagen die Patienten über Brennen mit meist vagen Beschreibungen. Die Beschwerden können lokalisiert oder auch generalisiert sein und die Lebensqualität stark beeinträchtigen. In seltenen Fällen bearbeiten die Patienten beim Kribbeln oder Stechen den eigenen Körper autoaggressiv mit Werkzeugen und Geräten. Sekundär kommt es dann zu artifiziellen Läsionen. Übergänge zu taktilen Halluzinosen müssen beachtet und Wahnerkrankungen in diesen Fällen differenzialdiagnostisch abgeklärt werden.

Als Auslöser und Verstärker der Beschwerden können bei einigen Patienten Stress, Belastungen, Lebensveränderungen und aktuelle Konflikte sowie gehemmte Wut thematisiert werden. Häufig liegen Komorbiditäten mit affektiven Störungen/De-

pressivität oder Angststörungen vor. Weitere Daten liegen zu dieser Gruppe bisher nicht vor.

## 8.7 Therapie

Patienten mit einer somatoformen Störung sind durch die Diskrepanz zwischen meist hohen subjektiven Beschwerden und nicht objektivierbaren Befunden gekennzeichnet. Dabei handelt es sich in der Praxis meist um Problempatienten, da eine primär psychische Störung vorliegt, jedoch die Patienten einen psychosozialen Zusammenhang mit den geschilderten Beschwerden strikt ablehnen. Leugnung und großer Widerstand gegenüber psychosomatischen Erklärungsmodellen gehen fast immer mit der Erwartung einer rein somatischen Behandlung einher. Eine solche kann unter biopsychosozialen Aspekten jedoch nur scheitern, wenn die hinter der Beschwerdesymptomatik liegende kausal bedeutsame psychische Störung nicht in Betracht gezogen wird. Hinzu kommen Probleme der Compliance und Störungen der Krankheitsbewältigung (Coping).

Generell kann bei allen somatoformen Störungen teilweise ein psychosomatischer Zugang über eine Thematisierung der aktuellen psychosozialen Gesamtsituation, der Krankheitsverarbeitung, früherer Krankheitserfahrungen und möglicher schwerwiegender Auslösesituationen erreicht werden. In der Praxis steht als anfängliches Ziel ein Ernstnehmen und das Verständnis der Beschwerden im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung im Vordergrund. Dabei geht die Gesprächsführung weg vom Symptom in Richtung psychosozialer Aspekte.

#### **Therapie-Stufenplan: Somatoforme Störungen**

psychosomatische Grundversorgung

Beschwerdetagebuch, visuelle Analogskala

Psychoedukation

Entspannungstherapie

Motivation Psychotherapie

integrative psychodynamische Psychotherapie

- Verhaltenstherapie (kognitive Umstrukturierung, habit reversal)
- tiefenpsychologische Therapie (Analyse zurückliegender Konflikte)

Psychopharmaka

Zur Herstellung einer tragfähigen Arzt-Patientenbeziehung unter erweiterten biopsychosozialen Aspekten hat sich auch die strukturierte Psychoedukation zur Schaffung eines Arbeitsbündnisses bei Problempatienten bewährt. Grundlage der Psychoedukation ist die Vermittlung psychosomatischer Konzepte über den Weg der Informations- und Wissensvermittlung zur Erkrankung und damit Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells.

Grundsätzlich sind die von Rief und Hiller (1992) beschriebenen Prinzipien des Patientenmanagements im Rahmen der medizinischen und psychosomatischen Versorgung auch auf die somatoformen Störungen/körperdysmorphen Störungen bei Hautkrankheiten zu übertragen. Das anfängliche Patientenmanagement beinhaltet:



- Aufbau einer von Akzeptanz und Verständnis geprägten Arzt-Patient-Beziehung
- Vermittlung eines adäquaten (günstigerweise multifaktoriellen) Erklärungsmodells
- Erarbeiten von Zusammenhängen zwischen Hautstörung und auslösenden emotionalen und kognitiven sowie unbewussten Reaktionsmustern
- Vorbereitung auf eine intensivere Psychotherapie unter Berücksichtigung der Motivation des Patienten

Im Speziellen bei Schmerzsyndromen (beispielsweise ano-genital) ist die Grundlage jeder Therapie zunächst das Führen eines Beschwerdetagebuches und Bestimmung der Beschwerdestärke mittels des Scores der visuellen Analogskala (VAS). Beim nächsten Vorstellungstermin können die Eintragungen dann mit dem Patienten besprochen und strukturiert werden. Im Schmerztagebuch kann festgehalten werden, wann und in welchen Situationen die Beschwerden auftreten. Die visuelle Analogskala hilft dabei das Ausmaß von Schmerzen oder Beschwerden aus der Sicht des Patienten zu erfassen. Mit dem Score erhält man auch eine Verlaufskontrolle über den Behandlungserfolg.

Entspannungstechniken können unterstützend hilfreich sein (Krege et al. 2003). Die Frage, wann bei Schmerz-Syndromen eine Psychotherapie indiziert ist, ergibt sich aus den Komorbiditäten und vorliegenden Konflikten sowie der Motivation der Patienten.

Die Verwendung eines Beschwerdetagebuchs und der visuellen Analogskala hat sich auch beim somatoformen Pruritus bewährt. Häufig können die Patienten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung Zusammenhänge zwischen emotionaler Belastung und Juckreiz erkennen. Die Auslösung des somatoformen Pruritus kann infolge psychischer Konfliktsituationen entstehen. Pruritus-Patienten sind für ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis überdurchschnittlich aufgeschlossen.

Bereits das Durchsprechen auch im Sinne einer Psychoedukation kann zu einer besseren Bewältigung des Symptoms beitragen. Andererseits ist eine Überpsychologisierung der Symptome kontraindiziert.

Bei Somatisierungsstörungen oder auch kutanen Hypochondrien finden sich häufig depressive Störungen, Angststörungen, die stützende, verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit kognitiver Umstrukturierung, psychodynamische Therapien oder pharmakologische Behandlungsmaßnahmen erforderlich machen.

Bei umweltbezogenen Körperbeschwerden ist die alleinige Empfehlung der vollständigen Vermeidung des als schädlich angesehenen Agens oder Entfernung des Agens wie Umbau der Wohnung oder Entfernung aller Amalgam-Füllungen nach aktuellen Erfahrungen zur alleinigen Behandlung kontraindiziert. So können iatrogene Phobien oder Hypochondrien durch entsprechende explizite Empfehlungen oder Durchführung bspw. von Entgiftungskuren einschließlich der Extraktion aller Zähne entstehen, und müssen im Vorfeld vermieden werden. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Umweltmedizinern, Psychosomatikern, Allergologen und Dermatologen ist für die erfolgreiche Behandlung wegweisend.

Bei körperdysomorphen Störungen ist es wichtig frühzeitig die Verdachtsdiagnose zu stellen. Gewarnt werden muss vor kosmetischen Eingriffen bei Patienten mit körperdysmorpher Störung, die durch das Skalpell eine Scheinlösung ihrer psychischen

Störung anstreben. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr einer Fixierung der Patienten auf ein rein somatisches Krankheitsverständnis und kann zur Verfestigung und Chronifizierung der psychischen Störung beitragen.

Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie mit einer kognitiven Umstrukturierung bei körperdysmorpher Störung ist belegt. Ein als integrative psychodynamische Psychotherapie bezeichneter Ansatz wurde zum Beispiel von Kholmogorova und Garanjan (2001) als Kombination von kognitiven und psychodynamischen Komponenten speziell für die somatoformen Störungen beschrieben. Der gruppenpsychotherapeutische psychodynamische Therapieansatz ist auch für die stationäre Behandlung von somatoformen Störungen geeignet.

Der psychodynamische Therapieansatz hat den Vorteil, dass er nicht nur ein erlerntes Verhaltensmuster, sondern auch die Betrachtung eines hinter dem Symptom zugrunde liegenden Konfliktmodell gibt, das mit dem Betroffenen bearbeitet wird und durch die Bearbeitung der unbewussten Anteile mittels Spiegelung der Übertragung dem Patienten ermöglicht, einen Erklärungsansatz seiner Störung zu finden und nicht nur die erlernten Symptomreaktionen zu bearbeiten.

#### 8.7.1 Psychopharmaka

Bei somatoformen Störungen kann ein heterogenes Muster unterschiedlicher psychischer Störungen bis hin zum Übergang in psychotische Störungen wie bei der wahnhaften Form der körperdysmorphen Störung bestehen. Entsprechend ist die Zielsymptomatik von Psychopharmaka zu wählen. Eine singuläre einheitliche Medikamentengruppe ist kaum indiziert.

Bei der wahnhaften Form steht die medikamentöse Behandlung, beim nicht-wahnhaften Typ eine adäquate Psychotherapie oder medikamentöse Kombinationstherapie meist mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Serotonin-reuptake-inhibitors: SSRI) im Vordergrund der Behandlungsstrategie.

Bei der Therapie der somatoformen Störungen zeigen allgemein besonders Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin und Citalopram eine gute Wirksamkeit auf und wurden erfolgreich angewendet.

Die spezielle Therapie der körperdysmorphen Störung erfolgt heute unter Beachtung der Nebenwirkungen besonders mit Fluoxetin oder auch Fluvoxamin (Phillips et al. 2002).

Eine Behandlung mit klassischen Schmerzmitteln bleibt bei urogenitalen und rektalen Schmerz-Syndromen oft ohne deutlichen schmerzlindernden Effekt. Empirische Berichte zeigen Antidepressiva und Entspannungsverfahren als Therapie der ersten Wahl auf (Wessermann et al. 1997).

Die Therapie der kutanen Schmerzsyndrome erfolgt heute unter Beachtung der Komorbiditäten (depressive Störungen, Angststörungen) an erster Stelle mit SSRI, Doxepin oder Amitriptylin. Das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin (Saroten®) 25 bis 75 mg ist immer noch das Mittel der ersten Wahl bei schweren Schmerzzuständen. Weiterhin sind Doxepin (Aponal®) oder Carbamazepin wirksam.

Gabapentin (Neurontin®) scheint in Einzelfällen einen Erfolg zu haben, und stellt eine Alternative zum Einsatz von Antidepressiva bei Schmerzsymptomen bei der Glos-



sodynie oder Schmerzen im Ano- Genitalbereich dar (Sasaki et al. 2001). Die mittlere Dosis beträgt 900–1.200 mg/d und kann bis zu 2.400 mg/d langsam gesteigert werden.

Einzelfallberichte bei Skalpdyästhesie zeigen als Komorbidität depressive und Angststörungen auf, wobei Antidepressiva wie SSRI, Doxepin oder Alprazolam als Therapieoption favorisiert werden.

Bei sensorischen Beschwerden wie Brennen, Stechen, Beißen oder Kribbeln wird der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva (Saroten®) empfohlen. Beim somatoformen Pruritus erfolgt der Einsatz von Antihistaminika, wobei die nicht sedierenden Präparate oftmals keine ausreichende Wirksamkeit aufzeigen. Bei hartnäckigen Formen können sedierende Antihistaminika (Hydroxyzin), antihistaminisch wirkende Neuroleptika oder Antidepressiva (Doxepin) wirksam sein zur Unterbrechung des Teufelskreises aus Juckreiz und Depression oder Juckreiz und Kratzen.

## Fazit

Somatoforme Störungen stellen für den Arzt eine große Herausforderung dar. Aufgrund der oftmals klaren somatischen Behandlungserwartung der Patienten ist der Arzt der erste Ansprechpartner, dem es obliegt, frühzeitig die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung zu stellen und eine erweiterte Kombinationstherapie einzuleiten. Die Therapie der somatoformen Störung kann nur unter Beachtung biopsychosozialer Aspekte sowohl in Kausalität, Diagnostik als auch Therapie gelingen.

## Literatur

- Altamura C, Paluello M, Mundo E, Medda S, Mannu P (2001) Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251, 105–108
- Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA (2002) Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 43, 486–490
- Brähler E, Berberich H, Kupfer J (2002) Sexualität und Psychosomatik der chronischen Beckenbeschwerden des Mannes. Seikowski K, Starke K (Hrsg.) Sexualität des Mannes. Lengerich: Pabst, 81–90
- Brosig B, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U (2001) The Dorian Gray Syndrome: psychodynamic need for hair growth restorers and other fountains of youth. *Int J Clin Pharm and Therap* 39, 279–283
- Cash TF (1992) The psychological effects of androgenetic alopecia in men. *J Am Acad Dermatol* 26, 926–931
- Cotterill JA (1996) Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 14, 439–445
- Eberlein-König B, Behrendt H, Ring J (2002) Idiopathische Umweltintoleranz (MCS, Öko-Syndrom) – neue Entwicklungen. *Allergo J* 11, 434–441
- Gottwald B, Kupfer J, Traenckner I, Ganss C, Gieler U (2002) Psychological, allergic, and toxicological aspects of patients with amalgam-related complaints. *Psychother Psychosom* 71, 223–232
- Goulden V, Toomey PJ, Highet AS (1998) Successful treatment of notalgia paresthetica with a paravertebral local anesthetic block. *Journal of the American Academy of Dermatology* 38, 114–116
- Harth W, Gieler U (2006) Psychosomatische Dermatologie. Springer-Verlag Heidelberg, 54
- Harth W, Linse R (2001) Botulinophilie: contraindication for therapy with botulinum toxin. *Int J Clin Pharmacol Ther* 39, 460–463
- Huang W, Rothe MJ, Grant-Kels JM (1996) The burning mouth syndrome. *J Am Acad Dermatol* 34, 91–98
- Kholmogorova A, Garanjan N (2001) A combination of cognitive and psychodynamic components in the psychotherapy of somatoform disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 212–218
- Kivanc-Altunay I, Savas C, Gokdemir G, Koslu A, Ayaydin EB (2003) The presence of trichodynia in patients with telogen effluvium and androgenetic alopecia. *Int J Dermatol* 42, 691–693

- Krege S, Ludwig M, Kloke M, Rubben H (2003) Chronic pain syndrome in urology. *Urologe A* 42, 669–674
- Luzzi GA (2002) Chronic prostatitis and chronic pelvic pain in men: aetiology, diagnosis and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 16, 253–256
- Niemeier V, Kupfer J, Gieler U (2000) Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatol Psychosom* 1, 15–18
- Niemeier V, Kupfer J, Harth W, Brosig B, Schill WB, Gieler U (2002) Sind Patienten mit Glossodynien psychisch unauffällig? Eine psychodiagnostisch schwer fassbare Erkrankung. *Psychother Psych Med Psychologie* 52, 425–432
- Oosthuizen P, Castle DJ, Lambert T (1998) Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatry* 32, 129–132
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA (2002) A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59, 381–388
- Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC (2000) Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 42, 436–441
- Rebora A, Semino MT, Guarrera M (1996) Trichodynia. *Dermatology* 192, 292–293
- Rechenberger I (1976) Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Therapie von Hautkrankheiten. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen, 64–77
- Rief W, Hiller W (1992) Somatoforme Störungen. Huber-Verlag Bern
- Sasaki K, Smith CP, Chuang YC, Lee JY, Kim JC, Chancellor MB (2001) Oral gabapentin (neurontin) treatment of refractory genitourinary tract pain. *Tech Urol* 7, 47–49
- Sass H, Wittchen H-U, Zaudig M (2001) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Berlin Toronto Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie
- Schultz-Amling W, Köhler-Weisker A (1996) Pruritus ani. In: Gieler U, Bosse KA (Hrsg.) Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten 2. Auflage. Huber-Verlag Bern, 105–112
- Stangier U, Gieler U (1997) Somatoforme Störungen in der Dermatologie. *Psychotherapie* 2, 91–101
- Trüeb RM (1997) Trichodynie. *Hautarzt* 48, 877–880
- Veale D, Kinderman P, Riley S, Lambrou C (2003) Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *Br J Clin Psychol* 42, 157–169
- Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ (1997) The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain* 73, 269–294