

## **Somatoforme Störungen in der Andrologie**

Harth W, Hermes B

Jasch K, Seikowski K

*Blickpunkt der Mann 2007; 5 (1)*

25-28

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://www.kup.at/dermann)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH  
Verlag für Medizin und Wirtschaft  
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf  
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# Somatoforme Störungen in der Andrologie

W. Harth<sup>1</sup>, B. Hermes<sup>1</sup>, K. Jasch<sup>1</sup>, K. Seikowski<sup>2</sup>

Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung von körperlichen Symptomen ohne medizinisches Korrelat. Im Bereich der Andrologie können Somatisierungsstörungen vorliegen, die ein Muster von rezidivierenden, multiplen, sexuellen sowie gastrointestinalen Beschwerden oder auch pseudoneurologische Symptome beinhalten. Im Rahmen somatoformer Schmerzstörungen stehen urogenitale sowie rektale Schmerzsyndrome im Vordergrund. Zusätzlich lassen sich bei diesen Patienten häufig depressive Störungen oder Zwangsstörungen feststellen.

Eine weitere Hauptgruppe stellen hypochondrische Störungen dar. Hier steht die körperdysmorphe Störung im Vordergrund und es kann der Wunsch nach einer Penisaugmentation oder nach Jugendlichkeit und Schönheit als Ganzkörperstörung (Dorian-Gray-Syndrom) vorliegen.

Die Therapie somatoformer Störungen ist in allen medizinischen Fachbereichen eine Herausforderung. Stufenpläne haben sich bewährt und beinhalten eine psychosomatische Grundversorgung, Entspannungsmaßnahmen, Psychotherapie oder medikamentöse Therapien mit Psychopharmaka.

Somatoform disorders are characterised by a repeated presentation of various combined physical symptoms without a physical basis. In andrology, somatisation disorders comprise the presentation of a pattern of recurrent, multiple, somatic complaints with a combination of various gastrointestinal, sexual, and pseudoneurological symptoms. Somatoform pain disorders include urogenital and rectal pain syndromes. These patients frequently suffer from depressive or compulsive disorders.

Another relevant group are hypochondriac disorders, mainly body dysmorphic disorders, including the desire for a penis augmentation or the wish for eternal youth and beauty, also known as the „Dorian Gray Syndrome“.

The therapy of somatoform disorders is a great challenge. Step by step, the psychosomatic approach can be achieved by thematization of the psychosocial situation, relaxation techniques, psychotherapy or psychopharmacological treatment. **Blickpunkt DER MANN 2007; 5 (1): 25–8.**

In der andrologischen Praxis werden nicht nur Patienten mit klar definierten Dermatosen vorstellig, sondern auch solche, bei denen aufgrund von fehlenden objektivierbaren Symptomen eine Zuordnung zu einer somatischen Entität nicht gelingt. Diese Patienten klagen über eine Vielzahl an Symptomen, die durch die faßbaren Veränderungen nicht zu erklären sind. *Per definitionem* ist das Charakteristikum der somatoformen Störungen (ICD-10: F45) die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen (Therapien) trotz wiederholt negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind [1].

Im Bereich der Andrologie sind besonders die drei Untergruppen Somatisierungsstörung (F45.0), hypochondrische Störung und Dismorphophobie (körperdysmorphe Störungen) (F45.2) sowie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) von Bedeutung (Tab. 1).

## Hypochondrische Störung/ körperdysmorphe Störung

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

1. Hypochondrische Störung im eigentlichen Sinne
2. Dismorphophobie (körperdysmorphe Störungen)

Aus der <sup>1</sup>Klinik für Dermatologie und Phlebologie, Vivantes Klinikum Berlin Friedrichshain, und <sup>2</sup>Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universität Leipzig

Korrespondenzadresse: PD Dr. med. Wolfgang Harth, Klinik für Dermatologie und Phlebologie, Vivantes Klinikum, Berlin Friedrichshain, Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité, Universitätsmedizin Berlin, D-10249 Berlin, Landsberger Allee 49, E-Mail: wolfgang.harth@vivantes.de

**Tabelle 1:** Einteilung der somatoformen Störungen (F45) in der Andrologie (nach ICD-10)

- Hypochondrische Störung und Dismorphophobie (körperdysmorphe Störungen) (F45.2)
- Somatisierungsstörung (F45.0)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

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

Einen zentralen Fokus nehmen dabei in der Andrologie Befürchtungen ein, an einer Geschlechtskrankheit zu leiden, sowie Karzinophobien (Tab. 2). Die befürchtete körperliche Krankheit oder Entstellung kann von der betreffenden Person benannt werden. Hypochondrien haben in den letzten Jahren auch durch den Einfluß der Medien einen Wandel erfahren. Stand vor einigen Jahrzehnten die Syphilis noch im Vordergrund, so wurde diese durch eine AIDS-Phobie abgelöst.

Eine Sonderform ist die vermeintliche „Spermaallergie“ als besondere Paarproblematik. Die Patienten geben an, auf den Partner „allergisch“ zu reagieren. Der Nachweis einer spezifischen Sensibilisierung (Typ I) gegenüber Seminalplasma ist die Ausnahme. Meist ist eine psychosomatische Diagnostik notwendig [2].

**Tabelle 2:** Hypochondrien in der Andrologie

- A. – Infektionen (Bakterien, Pilze, Viren, Parasiten)
  - Venerophobie (unspezifische Form)
  - Syphilisphobie, AIDS-Phobie
- B. Neoplasien: Krebsphobie
- C. Sonderform: Pseudo-Spermaallergie

Bei einer vorwiegenden hypochondrischen Beschäftigung mit der äußeren Erscheinung können im speziellen körperdysmorphe Störungen (Dysmorphophobie) vorliegen.

### **Körperdysmorphe Störungen (Dysmorphophobie)**

Patienten mit körperdysmorphen Störungen stellen in der Praxis die bedeutendste Gruppe von Problempatienten dar. Der englische Dermatologe Cotterill postulierte für die Patientengruppe mit körperdysmorphen Störungen: „I know of no more difficult patients to treat than those with body dysmorphic disorder“ [3].

Andere gängige Begriffe sind Entstellungssyndrom, Häßlichkeitssyndrom und Thersites-Komplex (Thersites war nach der Sage Homers der häßlichste Krieger im Heer von Odysseus). Aufgrund des heutigen Kausalitätsverständnisses wird der ältere Begriff der Dysmorphophobie, wobei es sich nicht um eine reine Angststörung handelt, heute nicht mehr als zutreffend angesehen, und es sollten die im amerikanischen Sprachraum gebräuchlichen diagnostischen Kriterien (DSM-IV) der körperdysmorphen Störungen bevorzugt werden.

Die Definition der körperdysmorphen Störung (Tab. 3) 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 und anderen Funktionsbereichen [1, 4].

Wenn die anhaltende Beschäftigung mit einem vermeintlichen Defekt im Aussehen wahnhafte Ausmaße annimmt, muß differentialdiagnostisch eine paranoide Psychose oder auch eine Depression mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer psychiatrischen Diagnostik abgegrenzt werden.

Im Bereich der Andrologie besteht besonders der Wunsch nach einer Penisaugmentation oder die Leugnung normaler Alterungsprozesse auch als Ganzkörperstörung („Aging-male-Syndrom“, „Dorian-Gray-Syndrom“).

Die Prävalenz der körperdysmorphen Störung wird in der deutschen Gesamtbevölkerung mit 1,7 % [5] und in amerikanischen und deutschen Studentenkollektiven mit bis zu 4 % [6] angegeben sowie bis 15 % bei kosmetisch-chirurgischen Wunschbehandlungen.

**Tabelle 3:** Diagnostische Kriterien der körperdysmorphen Störungen (nach DSM-IV)

- A. Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung. Wenn eine leichte körperliche Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis der betroffenen Person stark übertrieben.
- B. Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt.

Eine Sonderform der körperdysmorphen Störung ist der Wunsch von Patienten, ewig jung bleiben zu können, wofür der Begriff „Dorian-Gray-Syndrom“ [7] gewählt wurde. Der Name des Syndroms wurde dabei einem Romantitel von Oscar Wilde entlehnt.

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. Dieses Syndrom sollte im Bereich der Andrologie besonders bei Patienten mit Drängen auf eine Testosteron-Wunschbehandlung ohne vorliegende Indikation als Aging-Male-Syndrom beachtet werden.

### **Somatisierungsstörung (multiple Beschwerdesymptomatik)**

Somatisierungsstörungen enthalten das Auftreten eines Musters von rezidivierenden, multiplen, somatischen Beschwerden, die zu einer medizinischen Behandlung oder Wunschoperation führen. Häufig findet sich eine Kombination von Schmerzen und unterschiedlichen gastrointestinalen, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen. Hauptsymptome affektiver Störungen sind depressive Stimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit und Antriebsmangel sowie erhöhte Ermüdbarkeit. Oftmals besteht eine depressive Störung mit multiplen wechselnden Beschwerden, Schlafstörungen, Abgeschlagenheit und Libidoverlust.

### **Somatoforme Schmerzstörungen**

Besonders chronische urogenitale Schmerzsyndrome des Mannes sind ein häufiges psychosomatisches Syndrom und umfassen die Orchiodynia, Urodynia, Urethralyndrom, Phallogynia (Phallogynia, „Penile Pain Syndrome“), Prostatodynia, Coccygodynia, „Perineal Pain Syndrome“, Anodynia und Proctodynia.

Meist werden ziehende Dauerschmerzen mit wechselnder Intensität von Hoden und Damm oder selten Penis angegeben. Zusätzlich können Somatisierungsstörungen wie vermehrtes Schwitzen, innere Unruhe, Tachykardien, Ein- und Durchschlafstörungen, Sodbrennen und Globusgefühl hinzutreten. Bei diesen Patienten liegen gehäuft depressive Störungen, Zwangs- oder hypochondrische Störungen, gestörte Sexualität, sexuelle Probleme oder Partnerschaftskonflikte vor.

### **Diskussion**

Patienten mit psychischen Störungen stellen sich oftmals primär beim Andrologen aufgrund vermeintlich somatischer Erkrankungen vor. Die Diagnostik und Therapie somatoformer Störungen stellt eine Herausforderung dar, da diese Patienten häufig keine Motivation oder Einsicht für psychosomatische Konzepte aufzeigen. Besonders die somatoformen Störungen sind durch eine große Diskrepanz zwischen der vom Untersucher eingeschätzten und der vom Patienten erlebten Entstellung (objektiv und subjektiv) gekennzeichnet. Die Diagnostik und Verlaufskontrolle kann durch die Visuelle Analogskala (VAS) erleichtert werden. Die VAS ist eine optische Skala, welche ursprünglich ent-

### Kurzdiagnostik bei Verdacht auf eine körperdysmorphe Störung

Wie stark fühlen Sie sich in Ihrem Aussehen beeinträchtigt?



Wie stark ist der Pat. in seinem Aussehen beeinträchtigt?



Differenz VAS-Patient vs. Arzt > 4 Punkte  
→ körperdysmorphe Störung wahrscheinlich

**Abbildung 1:** Visuelle Analogskala (VAS) bei körperdysmorpher Störung. Arzt und Patient beurteilen jeweils unabhängig voneinander die Entstellung und dokumentieren den Schweregrad auf der optischen VAS mit Werten von 0–10 (0 „keine Entstellung“ bis 10 „stärkste Entstellung“). Wenn die Diskrepanz mehr als 4 Einheiten auf der VAS beträgt, besteht der dringende Verdacht auf eine körperdysmorphe Störung. Nachdruck mit Genehmigung aus [8].

wickelt wurde, damit Patienten auf dieser ihr persönliches Empfinden für Schmerzen festlegen können. Der erweiterte Einsatz erfolgt zur Dokumentation und Verlaufskontrolle von somatoformen Schmerzsyndromen und hat sich in der Praxis als schnelles und dennoch präzises diagnostisches Instrument („Zweiminuten-Diagnostik“) der körperdysmorphen Störung bewährt [8] (Abb. 1). Die Skala reicht von 0 („keine Entstellung“) bis 10 („stärkste Entstellung“). Die unterschiedliche Beurteilung (objektiv und subjektiv) der vermeintlichen Anomalie durch Arzt und Patient kann mit dieser Bewertungsskala quantifiziert werden.

Die Ergebnisse der VAS sollten im Gespräch überprüft werden. Erste strukturierte Interviewmodule für die körperdysmorphe Störung wurden 1993 in den USA und Deutschland entwickelt [4, 9] (Tab. 4). Werden die ersten fünf Fragen mit „Ja“ beantwortet und sehr viel Zeit (Fragen 2–4) für die Beschäftigung damit aufgewendet, handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um Patienten mit einer körperdysmorphen Störung. Man sollte besonders vorsichtig sein, wenn beruflicher Mißerfolg oder Partnerschaftsprobleme nur auf die äußere Erscheinung zurückgeführt werden.

**Tabelle 4:** Screeningfragen zur Diagnose einer körperdysmorphen Störung

Kernfragen:	
1.	Glauben Sie, daß ein Teil Ihres Körpers nicht normal ist?
2.	Sind Sie jemals über Ihr Aussehen sehr besorgt gewesen?
3.	Mustern Sie sich oft und sorgfältig im Spiegel? Wieviel Zeit verbringen Sie damit?
4.	Versuchen Sie, Ihren Makel mit den Händen, durch Kosmetika oder Kleidung zu verdecken?
5.	Welche Auswirkungen hatte die Beschäftigung mit dem Aussehen auf Ihr Leben in den Bereichen: Beruf, soziale Kontakte, Partnerschaft? Haben Sie normale Tätigkeiten wegen des Makels vernachlässigt?
Zusatzfragen:	
6.	Erwarten Sie eine radikale Veränderung Ihres Lebens durch den chirurgischen Eingriff?
7.	Sind Sie manchmal so verzweifelt, daß Sie sich wünschen, Sie wären tot oder wollen Sie sich etwas antun?

## Therapie

Bei andrologischen Patienten mit somatoformen Störungen kann anstelle von medizinischen Maßnahmen die Therapie einer psychischen Störung indiziert sein und die Motivation zur Einleitung einer Psychotherapie im Vordergrund der Behandlungskonzeption stehen. Da ein psychosozialer Zusammenhang mit den geschilderten Beschwerden meist strikt abgelehnt wird, gelingt eine Überweisung zu einem Psychotherapeuten nur in den seltensten Fällen. Im Rahmen eines optimierten Behandlungsansatzes können diese Patienten in einer Liaisonsprechstunde mit Psychotherapeut in den Praxisräumen vor Ort betreut werden.

Wenn dies nicht möglich ist, kann ein psychosomatischer Zugang über die Thematisierung von psychosozialer Gesamtsituation, Folgeerscheinungen der vermeintlichen Entstellung, Krankheitsverarbeitung, früheren Krankheitserfahrungen, schwerwiegenden Belastungssituationen oder Auslösesituationen erreicht werden. Dabei geht die Gesprächsführung weg vom Symptom in Richtung psychosozialer Aspekte. Der Aufbau einer unterstützenden Beziehung mit Ernstnehmen und Verständnis der Beschwerden steht anfänglich im Vordergrund der psychosomatischen Grundversorgung, wobei sich auch die strukturierte Psychoedukation bewährt hat [9]. Grundlage der Psychoedukation ist die Informationsvermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells.

Die Frage, wann eine Psychotherapie indiziert ist, ergibt sich aus den Komorbiditäten und vorliegenden Konflikten sowie der Motivation des Patienten. Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie mit einer kognitiven Umstrukturierung bei körperdysmorpher Störung ist belegt. Der Erfolg von behavioralen Programmen wird in einigen Studien mit 2-Jahres-Follow-up dargestellt [10, 11].

Die Indikation einer Psychopharmakotherapie richtet sich allgemein nach der im Vordergrund stehenden psychischen Störung und damit der primären Zielsymptomatik.

Bei der wahnhaften Form der körperdysmorphen Störung, paranoiden Psychose oder auch Depression mit psychotischen Symptomen ist meist die Einleitung einer Therapie mit Neuroleptika im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitbehandlung indiziert.

Eine größere Studie mit trizyklischen Antidepressiva weist eine signifikant bessere Wirksamkeit von Clomipramin im Vergleich zu Desipramin bei der nicht wahnhaften körperdysmorphen Störung nach [12]. Eine randomisierte placebokontrollierte Studie konnte die Wirksamkeit von Fluoxetin, einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), bei der Therapie der körperdysmorphen Störung belegen [13]. Gute Ansprechraten zeigten sich in offenen Anwendungsbeobachtungen auch bei Citalopram und Escitalopram [14].

**Fazit:** Eine erfolgreiche Behandlung somatoformer Störungen in der Andrologie kann nur unter Beachtung biopsychosozialer Aspekte gelingen.

## Literatur:

1. Sass H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe Verlag für Psychologie, Berlin Toronto Seattle, 2001.
2. Harth W, Gieler U. Psychosomatische Dermatologie. Springer, Heidelberg, 2006.
3. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 1996; 14: 457–63.
4. Stangier U, Janich C, Adam-Schwebe S, Berger P, Wolter M. Screening for body dysmorphic disorder in dermatological outpatients. *Dermatol Psychosom* 2003; 4: 66–71.
5. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 2006; 36: 877–85.
6. Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002; 43: 486–90.
7. Brosig B, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U. The Dorian Gray Syndrome: psychodynamic need for hair growth restorers and other fountains of youth. *Int J Clin Pharm Therap* 2001; 39: 279–83.
8. Gieler U. Psychodynamische Diagnostik und Therapie der Körperdysmorphen Störung. In: Stirn A, Decker O, Brähler E (Hrsg). *Körperkunst und Körpermodifikationen*. *Psychozial* 2003; 26: 58.
9. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg* 2001; 27: 457–62.
10. McKay D. Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behav Modif* 1999; 23: 620–9.
11. Wilhelm S, Otto MW, Lohr B, Deckersbach T. Cognitive behavior group therapy for bodydysmorphic disorder: a case series. *Behav Res Ther* 1999; 37: 71–5.
12. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1033–9.
13. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 381–8.
14. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 177–9.