

SOMATOFORME STÖRUNGEN IN DER DERMATOLOGIE

Ulrich Stangier & Uwe Gieler

Zusammenfassung

Somatoforme Symptome der Haut und Haare stellen eine besonders verbreitete und vielfältige Störungsgruppe dar, die bisher nur wenig Beachtung in der Forschung gefunden hat. Es werden eine Klassifikation der somatoformen Beschwerdebilder und wichtige Differentialdiagnosen vorgestellt. Besonders ausführlich wird auf den Somatoformen Juckreiz und die Körperdysmorphie Störung eingegangen. Neben der Diskussion von Erklärungsansätzen, diagnostischen Leitlinien und Behandlungsansätzen werden Falldarstellungen zu den Störungsbildern vorgestellt. Intensive Forschung ist notwendig, um die ungenügende Versorgung dieser Patientengruppe in der Dermatologie zu verbessern.

Schlüsselwörter Somatoforme Störungen, Dermatologie, Somatoformer Juckreiz, Körperdysmorphie Störung.

Summary

Somatoform symptoms of the skin and hair represent a common and manifold group of disorders which has only found little attention in research. A classification of somatoform disorders and important differential diagnoses are presented. A particular focus is placed on somatoform pruritus and body dysmorphic disorder. Etiological concepts, diagnostic features and treatment approaches are discussed and illustrated in case presentations. More research is needed to improve the deficient care of this group of dermatologic patients.

Keywords Somatoform Disorders, skin disorders, hair disorders, somatoform pruritus, body dysmorphic disorder.

Einleitung

Zwischen der Haut und dem subjektivem Erleben und Verhalten bestehen vielfältige Wechselwirkungen, die sich u.a. auch in vielen prägnanten Redewendungen der Umgangssprache widerspiegeln („aus der Haut fahren“, „sich in seiner Haut nicht wohl fühlen“, „vor Wut rot anlaufen“ etc.). Die vielfältigen Bezüge der Haut - hierzu zählen auch die Haare, in der Medizin als „Hautanhangsorgane“ klassifiziert - zu psychologischen Prozessen sind u.a. auch darauf zurückzuführen, daß die Haut eine höchst differenzierte Struktur aufweist, die der Erfüllung wichtiger biologischer Funktionen dient:

1. Die Haut ist ein Sinnesorgan, das mit einem Netz von Mechanorezeptoren (Druck, Berührung und Vibration), Thermorezeptoren (Wärme und Kälte) und Nocirezeptoren (Schmerz und Juckreiz) ausgestattet ist. Diese vermitteln eine Fülle von Sinnesempfindungen, die Grundlage für das Erleben von Kontakt, Berührung, Wohlbefinden und Zärtlichkeit einerseits, Schmerz und Unbehagen andererseits sind. Sie sind damit auch von grundlegender Bedeutung für die psychische Entwicklung des Menschen (Montagu, 1974).
2. Die Haut ist ein exponiertes Grenzorgan. Als solches ist sie vielfältigen Außeneinflüssen ausgesetzt, vor denen sie den Körper durch ein eigenes, hochdifferenziertes Immunsystem schützt. Als nach außen sichtbares Körperorgan bestimmt die Haut gleichzeitig das Erscheinungsbild und ist eng mit der ästhetischen Wahrnehmung des eigenen Körpers verbunden (Gieler, 1986). Krank oder abweichend aussehende Haut beeinflusst auf subtile Weise die soziale

Wahrnehmung und Interaktion (Hünecke, 1976). Schließlich ist die Haut unmittelbar zugänglich und somit möglichen Manipulationen ausgesetzt, etwa durch Kratzen oder Einwirkung chemischer Substanzen.

3. Es besteht eine enge Beziehung der Haut zu Emotionen, die durch die Entwicklung der Haut und des ZNS aus einem gemeinsamen Keimblatt, dem Ektoderm, erklärt wird. Die Blutgefäße und Schweißdrüsen der Haut reagieren hochsensitiv auf Veränderungen des emotionalen Befindens und einer damit einhergehenden Aktivierung des vegetativen Nervensystems. Hautwiderstand und Hautdurchblutung/-temperatur stellen wichtige psychophysiologische Indikatoren für Emotionen dar. In diesem Sinne wird die Haut häufig auch als „Ausdrucksorgan“ bezeichnet.

Somatoforme dermatologische Symptome

Aufgrund der engen „psychosomatischen“ Wechselbeziehungen ist auch in neurophysiologischer Hinsicht leichter verständlich, daß an der Haut peripher-physiologische Störungen oder subjektive Beschwerden entstehen können, die nicht auf einer manifesten Organpathologie, sondern auf emotionalen, d.h. cerebralen Prozessen beruhen. Die Vielfalt der biologischen Funktionen erklärt auch, warum die Variationsbreite an somatoformen Symptomen in der Dermatologie besonders groß, mitunter verwirrend ist (Cotterill, 1981).

Zur besseren Übersicht lassen sich diese somatoformen Symptome am günstigsten danach einteilen, auf welche der genannten biologischen Funktionen sie sich beziehen, also auf

sensorische Funktionen, morphologische Eigenschaften oder Abwehrfunktionen bezogenen Beschwerden (s. Tab. 1):

1. Sensorische Mißempfindungen: Juckreiz, Brennen, Schmerzen, Dysästhesien.

Unter den auf diese Symptome bezogenen somatoformen Störungen spielt der **somatoforme Juckreiz** (Pruritus sine materia) eine besonders wichtige Rolle. Dieser kann bei Hinweis auf einen auslösenden Konflikt oder Stressor als Konversionsstörung mit sensorischen Symptomen, bei gleichzeitigem Vorliegen anderer somatoformer Symptome als Undifferenzierte Somatoforme Störung klassifiziert werden. Die Zugehörigkeit des Juckreizes zum Symptomkatalog der Somatisierungsstörung wird in den Klassifikationssystemen unterschiedlich gehandhabt: Während Juckreiz im DSM-IV nicht erwähnt wird, gehören „abnorme Hautempfindungen (wie Jucken, Brennen, Prikkeln, Taubheitsgefühl, Ausschlag und Wundsein usw.)“...“zu den häufigsten“ Beschwerden.

Die Differentialdiagnose zu somatischen Krankheiten wird dadurch erschwert, daß der Juckreiz bei einer Vielzahl dermatologischer, internistischer, neurologischer und anderer Erkrankungen ein Leitsymptom darstellt (Beare, 1976). Da für eine Diagnose „somatoformer Juckreiz“ diese Erkrankungen ausgeschlossen werden müssen oder bzw. diese nicht die Beschwerden ausreichend erklären dürfen, ist eine diagnostische Entscheidung in vielen Fällen nicht sicher zu treffen.

2. Auf die „Morphologie“, das Aussehen bezogene Beschwerden: die irrationale Überzeugung, durch Hautveränderungen oder Haarausfall im äußeren Erscheinungsbild beeinträchtigt, „entstellt“ zu werden.

Steht diese subjektive Überzeugung in einem starken Mißverhältnis zum objektivierbaren Befund, d.h. lassen sich keine oder nur geringfügige Symptome feststellen, dann liegt nach DSM-IV und ICD-10 eine **Körperdysmorphie Störung** vor. Demgegenüber werden psychische Symptome wie Angst und Depression im Zusammenhang mit einer objektiv vorliegenden Entstellung als Anpassungsstörung klassifiziert. Diese Unterscheidung ist jedoch in der Praxis nicht immer leicht zu treffen. Die Beurteilung des äußeren Erscheinungsbildes als entstellend beruht nicht auf allgemeingültigen, „objektiven“ Kriterien, die Grundlage kann immer nur das (selbst wiederum subjektive) ästhetische Urteil eines professionellen Behandlers bilden (Hünecke & Bosse, 1980).

3. Angst vor ansteckenden oder schweren Erkrankungen:

hierzu gehören hypochondrische Ängste vor AIDS und anderen Infektionen, Parasitenbefall, Melanomerkkrankungen. Zu nennen ist nicht zuletzt auch die ungerechtfertigte Fixierung auf umweltbedingte Allergien, von Ring et al. (1991) sog. „klinisches Ökologiesyndrom“ genannt. Diese im psychiatrischen Sprachgebrauch häufig auch als „Nosophobien“ bezeichnete Beschwerdebilder („Aids-

Tabelle 1
Einteilung und Differentialdiagnose somatoformer dermatologischer Symptome

Somatoforme dermatologische Symptome	Diagnosen	DSM-IV	ICD	Differentialdiagnosen	DSM-IV	ICD
Sensorische Beschwerden o.B. Somatoformer Juckreiz Somatoformes Brennen Somatoformer Schmerz	Undifferenzierte somatoforme Störung Konversionsstörung	300.81 300.11	F45.1 F45.3	Erythrophobie, Angst vor Schwitzen: Soziale Phobie Psychische Faktoren mit Einfluß auf den körperlichen Zustand bei Vorliegen einer Dermatose	300.23 316.00 *	F40.1 F54
Entstellungssyndrom	Körperdysmorphie Störung	300.70	F45.2	Anpassungsstörung (mit depressiver Vestimmung) (mit ängstlicher Gestimmtheit) bei Vorliegen einer Dermatose	309.00 309.24 *	F43.2 F43.22
„AIDS“-Phobie“ „Parasitenphobie“ „Melanomphobie“	Hypochondrie	300.70	F 45.2	Wahnhaftige Störungen: - Dermatozoenwahn - Körperbezogener Wahn (z.B. Eigengeruchswahn) - Wahnhaftige Hypochondrien	297.10	F22.0
				Störungen der Impulskontrolle: (z.B.: - Acne excoriee, - exzessives Kratzen) - Trichotillomanie Chronische vorgetäuschte Störung mit körperlichen Symptomen	312.30 312.39 300.19	F63.8 F63.3 F68.1

Phobie“, „Parasitophobie“, „Melanomphobie“) müssen in psychopathologischer Hinsicht als **Hypochondrien** eingestuft werden. Zentrales Kriterium ist die anhaltende Beschäftigung mit der Möglichkeit, sich eine ernsthafte Erkrankung zuzuziehen oder an dieser bereits erkrankt zu sein.

Einen Sonderfall im Rahmen dermatologischer Symptome stellen Erröten und Schwitzen dar: diese können im ICD-10 als somatoforme autonome Funktionsstörungen bezeichnet werden, wenn sie mit einer intensiven Beschäftigung mit einer ernsthaften Erkrankung einhergehen.

Bei der Sozialen Phobie stellen phobische Ängste vor Schwitzen oder Erröten ein Leitsymptom dar; im Vordergrund steht hier jedoch die soziale Bedeutung der Symptome als „peinlich“.

Zur Prävalenz somatoformer dermatologischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung liegen bisher keine gesicherten Angaben vor. Eine Studie zur Häufigkeit dieser Störungen bei dermatologischen Patienten ergab, daß ca. 10 % somatoformen Juckreiz, 8 % somatoforme Schmerzen und 11 % Symptome eines Entstellungssyndroms (bezogen auf Haut und Haare) aufweisen (Gieler et al., i.V.). Dieser relativ hohe Anteil unterstreicht die Bedeutung einer gezielten Psychodiagnostik im Rahmen der dermatologischen Versorgung, um parallel zur dermatologischen Betreuung frühzeitig eine integrierte psychosomatische Versorgung oder psychotherapeutische Behandlung vorzubereiten.

Im Hinblick auf eine differentialdiagnostische Abgrenzung von somatoformen dermatologischen Symptomen müssen vor allem folgende Störungsbereiche berücksichtigt werden (Wessley, 1990; Stangier, 1996):

- 1. Dermatosen, „bei denen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen“;** psychische Belastungen können zur Aggravation oder Aufrechterhaltung von Krankheits-symptomen unterschiedlicher Symptome beitragen. Im Unterschied zu somatoformen Störungen handelt es sich um organmedizinisch nachweisbare Krankheiten. Jedoch kann gelegentlich auch bei nachweisbarem dermatologischen Befund ein Mißverhältnis zwischen subjektiven Beschwerden und medizinischem Befund bestehen (z.B. extremer Juckreiz bei minimal ausgeprägter Neurodermitis) und eine Abgrenzung zu somatoformen Störungen schwierig sein.
- 2. Manipulationen an der Haut, die artifizielle Haut-symptome hervorrufen:** hierzu gehören einerseits Störungen der Impulskontrolle wie exzessives Kratzen bei fehlendem oder minimalem Juckreiz, häufig im Zusammenhang mit Akne auftretende Exkoriationen (auch als „Acne excoriée des jeunes filles“ bezeichnet) sowie Trichotilomanie (Gupta et al., 1986); andererseits Kutane Artefakte i.S. einer „Chronischen Vorgetäuschten Störung mit körperlichen Symptomen“ (Gieler, 1995). Von den somatoformen Störungen abzugrenzen sind diese Störungsbilder aufgrund der Schädigung der Haut durch eine aktive Handlung (wenn auch diese durch somatoforme Beschwerden ausgelöst werden können).

3. Psychosen, die sich auf die Haut beziehen: Zu nennen sind vor allem der Dermatozoenwahn, der häufig auch mit sensorischen, vor allem mit taktilen Halluzinationen einhergehen kann, der körperbezogene Wahn (z.B. Eigen-geruchswahn) und wahnhaftes Hypochondrien (z.B. Aids-Wahn) (Koblenzer, 1993; Musalek, 1996). Charakteristisch ist die Fixierung auf ein spezifisch ausgestaltetes, wahnhaftes Überzeugungssystem, wobei sich im Hinblick auf die mangelnde Korrigierbarkeit fließende Übergänge zu somatoformen Störungen ergeben können.

In der Regel läßt sich die Diagnose nach den in DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Kriterien aus einer gezielten Exploration ableiten (s. Tab. 1). Als Strukturierungshilfe können zusätzlich störungsspezifische Interviewleitfäden (s.u.) herangezogen werden.

Testpsychologische Informationen sind zur Identifikation der Problemschwerpunkte und zur Beurteilung des Schweregrades der Beeinträchtigung hilfreich. Als Screening-Instrumente eignen sich die Symptom-Check-List (SCL-90; Franke, 1995) für die Erfassung von psychopathologischen Symptomen und der Fragebogen Screening für Somatoforme Störungen (SOMS; Rief et al., 1992) für die Erfassung von anderen somatoformen Symptomen. Zur diagnoseunabhängigen Beurteilung von Depressivität ist das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger et al., 1991) und zur Erfassung sozialer Ängste Social Phobia Scale und Social Interaction Anxiety Scale (SPS und SIAS; Heimberg et al., 1992) geeignet. Stärker auf spezifische Probleme im Umgang mit Juckreiz und Entstellungsgefühl bezogen sind der Marburger Haut-Fragebogen (MHF) und der Juckreiz-Kognitions-Fragebogen (JKF) (Stangier et al., 1996a).

Tagebücher eignen sich zur Ermittlung von Symptom-schwankungen und zeitlicher Zusammenhänge zu auslösenden Situationen und Kognitionen (Brähler & Wilz, 1997). Wegen des die Selbstaufmerksamkeit steigernden Effektes ist der Einsatz jedoch nur eingeschränkt zu empfehlen. Vor allem Patienten mit geringer Einsicht in die psychologischen Zusammenhänge der Beschwerden neigen zudem zu einem selektiven Registrieren von Informationen, die ihre dysfunktionalen Überzeugungen (eine „richtige“ Krankheit mit körperlichen Ursachen zu haben, „wirklich häßlich“ zu sein) bestätigen. Von zentraler Bedeutung ist daher die gründliche gemeinsame Auswertung und Diskussion in überschaubaren Zeitintervallen, um die Verarbeitung der gewonnenen Informationen auf therapeutische Ziele auszurichten. Eine unreflektierte und unsystematische Verwendung von Tagebüchern ist dagegen häufig kontraproduktiv.

Somatoformer Juckreiz

Diagnose:

Nach unseren Erfahrungen ist die Diagnose eines somatoformen Juckreizes in der Praxis nach folgenden Kriterien grundsätzlich möglich (Stangier, 1996a):

1. Starker Leidensdruck oder große Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Leben
2. Psychologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle in

Beginn, Schweregrad, Auslösung oder Aufrechterhaltung des Juckreizes

3. Präokkupation (gedanklich und durch Handlungen) mit dem Juckreiz bzw. dem Hautzustand
4. Suche nach ärztlicher Rückversicherung (z.B. Allergietestung)

Analog der Somatoformen Schmerzstörung sollte ebenfalls unterschieden werden, ob es sich um einen akuten oder chronischen (>6 Mon.) Verlauf handelt und ob neben psychologischen Faktoren auch eine körperliche Erkrankung vorliegt, die eine wichtige Rolle in Beginn, Schweregrad, Auslösung oder Aufrechterhaltung des Juckreizes spielt. Zu beachten ist, daß die Feststellung somatischer Faktoren per se nicht die Diagnose somatoforme Störung (und vice versa) ausschließt. Im DSM-IV kann der somatoforme Juckreiz vor allem als Undifferenzierte somatoforme Störung und Konversionsstörung klassifiziert werden. Hierbei sollte nach unserer Erfahrung auch die Lokalisation des Juckreizes berücksichtigt werden. Der lokalisierte genitale oder anale Juckreiz ist nach Schultz-Ameling & Köhler-Weisker (1996) häufig als Ausdruck eines (nicht notwendigerweise unbewußten) sexuellen Konfliktes zu interpretieren und stellt somit eine Konversionsstörung dar. Eine solche Spezifizierung ist jedoch bei generalisiertem Juckreiz weitaus weniger häufig möglich, hier ist vor allem die Diagnose Undifferenzierte somatoforme Störung zu überprüfen.

Erklärungsansätze

Ursprünglich als unterschwelliger Schmerz aufgefaßt, wird Juckreiz heute neben dem Schmerz als eigenständige Empfindungsqualität der Haut zur Nocizeption gezählt, wobei in neurophysiologischer Hinsicht enge Analogien zum Schmerz bestehen (Magerl, 1991; Handwerker, 1993). Zwar wird die Juckreizempfindung in der Regel durch direkte mechanische Reizung, physikalische oder chemische Stimulation (Freisetzung von Mediatorsubstanzen wie z.B. Histamin) an sensiblen Nervenendigungen ausgelöst. Jedoch sind zentralnervöse Wahrnehmung und Verarbeitung, ähnlich wie beim Schmerz, auch von emotionalen und kognitiven Faktoren abhängig:

1. Die Intensität von Juckreiz ist abhängig von der Aufmerksamkeitszuwendung und subjektiven Kontrollierbarkeit (Hermanns & Scholz, 1992; Scholz & Hermanns, 1994). Sogar die bloße Vorstellung von Juckreiz oder entsprechender Empfindungen kann diesen auslösen; Bethune & Kidd schlugen 1961 für dieses bekannte Phänomen den Begriff „ideosensorischer Juckreiz“ vor.
2. Einen engen Zusammenhang zwischen Depressivität und Juckreiz konnte sowohl in Laborstudien (Arnetz und Fjellner, 1985) als auch in klinischen Untersuchungen mit dermatologischen Patienten (Gupta et al., 1989; Gupta et al., 1994; Stangier & Gieler, 1994) festgestellt werden.
3. Tierexperimentelle Studien belegen, daß die Ausschüttung von Histamin, einem der wichtigsten juckreizauslösenden Mediatorsubstanzen, klassisch konditionierbar ist (Russell et al., 1984). Diese psychoimmunologischen Befunde weisen auf die prinzipielle Möglichkeit hin, daß Juckreiz-

reaktionen einer zentralnervösen Steuerung unterliegen und prinzipiell durch Lern- und Gedächtnisprozesse auf nicht-organische Stimuli übertragbar sind.

Trotz der engen Analogien zum Schmerz und des nicht seltenen Auftretens ist der somatoforme Juckreiz im Gegensatz zum Juckreiz bei Neurodermitis - allerdings noch wenig erforscht. Möglicherweise liegen die Ursachen hierfür in Problemen, eine angemessene Definition von somatoformem Juckreiz aufzustellen. So liegt z.B. ein prinzipielles Hindernis in der Subjektivität des Erlebens von Juckreiz, das ein valides Urteil über die Angemessenheit oder Unangemessenheit in bezug auf objektivierbare Ursachen kaum zuläßt. Bereits hingewiesen wurde auf die Problematik von Diagnosekriterien, in denen der Ausschluß von organischen Ursachen gefordert wird. Zudem stellt intensiver Juckreiz aufgrund der höchst aversiven Erlebnisqualität selbst auch einen psychischen Belastungsfaktor dar (Droge et al., 1986), so daß bei gleichzeitig vorliegenden psychischen Symptomen die Gefahr von zirkulären Schlußfolgerungen besteht: Z.B. werden somatoforme Symptome häufig als sekundäre Folge einer depressiven Störung angesehen (Katon et al., 1982), gleichzeitig können depressive Symptome aber auch die Folge einer fehlgeschlagenen Bewältigung sein (Morrison & Herbst, 1988), in diesem Fall von chronischem Juckreiz. So ist bei chronischen Dermatosen, insbesondere bei Neurodermitis, das subjektive Wohlbefinden durch den extrem intensiven Juckreiz sehr stark beeinträchtigt (Stangier et al., 1997a).

Eine mögliche Erklärung für die Entstehung von somatoformem Juckreiz läßt sich aus der Interozeptionsforschung ableiten (Hermanns, 1991). Danach können wahrgenommene unterschwellige bzw. minimale internale Stimuli aufgrund einer gesteigerten Aufmerksamkeitsausrichtung, Fehlattritionen („Hautauschlag“) und negativen emotionalen Reaktionen (Angst, Ärger) in einem Circulus vitiosus sich gegenseitig aufschaukeln. Ein solcher positiver Feedback-Mechanismus von physiologischen Reaktionen und Aufmerksamkeit wurde bereits zur Erklärung der Entwicklung von Panikattacken (Ehlers & Margraf, 1989) und hypochondrischer Reaktionen (Warwick & Salkovskis, 1990) herangezogen.

Demgegenüber stellen psychodynamisch orientierte Autoren, vorwiegend aufgrund klinischer Beobachtungen, heraus, daß der sog. psychogene Juckreiz häufig eine Konversionsstörung darstellt, die einen unbewußten Konflikt auf symbolischer Ebene ausdrückt (Musaph, 1983; Schultz-Ameling & Köhler-Weisker, 1996).

Behandlung

Grundsätzlich sind die von Rief & Hiller (1992, S. 136f.) beschriebenen Prinzipien des Patientenmanagements im Rahmen der medizinischen und psychosomatischen Versorgung auch auf den somatoformen Juckreiz zu übertragen. Hierzu gehören:

- der Aufbau einer von Akzeptanz und Verständnis geprägten Arzt-Patient-Beziehung
- die Vermittlung eines adäquaten (günstigerweise multifaktoriellen) Erklärungsmodells

- das Erarbeiten von Zusammenhängen zwischen Juckreiz und auslösenden emotionalen und kognitiven Reaktionsmustern
- die Vorbereitung auf eine intensivere Psychotherapie unter Berücksichtigung der Motivation des Patienten

Da der Ausschluß einer organmedizinischen Ursache grundsätzlich nicht möglich ist, erscheint es sinnvoll, in der psychotherapeutischen Behandlung vom Coping-Modell auszugehen und Diskussionen um somatische vs. psychische Ursachen zu vermeiden. Symptomorientierte Interventionen stellen einen günstigen Ausgangspunkt dar, da diese vom Patienten eher akzeptiert werden als die Konzentration auf zugrundeliegende Problembereiche. Ein bei Neurodermitis häufig mit Erfolg angewendeter Ansatz zur spezifischen Behandlung von Juckreiz sind Entspannungs- und Imaginationsmethoden mit Kühle-Suggestionen (Luthe und Schultz, 1969, S.157-159; Stangier et al., 1996b). Beispiele für solche suggestive Formeln sind: „Haut angenehm kühl“, „Oberfläche ganz glatt und ruhig“. Zusätzlich können kognitive Umstrukturierung und aus der Schmerzbehandlung übertragbare suggestiven Techniken (Ablenkung, Selbstverbalisation, Reattribution) zur Anwendung kommen (Revenstorf, 1988), wie sie etwa in Hypnose-Studien bei Neurodermitis berichtet wurden (Kline, 1953; Twerski & Naar, 1974). Daneben sollten aktuelle belastende Problembereiche identifiziert und bearbeitet werden, zunächst ohne einen direkten Zusammenhang mit der Symptomatik herzustellen.

Zu beachten ist, daß ggf. auch die Behandlung komorbider psychischer Störungen, insbesondere affektiver Störungen, erforderlich ist. Eine gezielte kognitiv-behaviorale Behandlung des problematischen Krankheitsverhaltens, das zur Chronifizierung beiträgt (Warwick & Salkovskis, 1990), ist in der Regel erst im weiteren Verlauf der Therapie möglich.

Falldarstellung Die Frau mit dem Fächer

Die 28jährige Patientin wurde in eine Univ.-Hautklinik zur stationären Behandlung mit der Diagnose überwiesen: „Erythrodermie und Hyperthermie im Bereich des Gesichtes i.S. einer psychovegetativen Störung“. Hautbefund: zur Aufnahme und während des stationären Aufenthaltes unauffällig. In den letzten 4 J. mehrfach stationäre psychiatrische Behandlungen mit unterschiedlicher Dauer von wenigen Tagen bis fünf Monaten. Behandlungsversuche mit einer großen Zahl von Psychopharmaka; die Liste der Patientin umfaßte 26 verschiedene Neuroleptika, Antidepressiva und Hypnotika.

Psychischer Befund

Die Patientin zeigte ein bizarr erscheinendes Verhalten: Sie benutzte einen Fächer, mit dem sie fortlaufend ihr Gesicht hektisch anwedelte. Damit versuche sie, ein Erröten des Gesichtes („hektische Flecken“, die sie als peinlich empfinden würde), Hitzewallungen und ein unangenehmes Brennen zu verhindern. Die Symptome würden seit 4 J. bestehen. Zu dem Fächer habe man ihr in einer anderen Hautklinik geraten; ohne ihn würde ihre Angst unerträglich, weshalb sie zuletzt den Fächer immer mit sich führte. Um eine Erwärmung der Haut zu verhindern, würde sie lieber stehen als sitzen und das Fenster geöffnet haben. Keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen, Suizidalität verneint.

Anamnese

Die Patientin ist bei den Eltern aufgewachsen. Ihr Vater, gehbehinderter Frührentner, war ein launischer Alkoholiker, sei oft nachts betrunken in ihr Zimmer gekommen und habe sie beschimpft, jedoch angeblich nicht körperlich bedrängt. Ihre Mutter hatte sich oft mit dem Vater gestritten. Selbst psychisch labil, war sie wegen eines „depressiven Erschöpfungssyndroms“ gemeinsam mit der Patientin in stationärer psychosomatischer Behandlung gewesen.

Erstmaliges Auftreten der Hautsymptome vor vierjährigen. nach dem Tod des ersten Freundes wegen einer „unentdeckten chronischen Nierenkrankheit“ (in den Berichten der Vorbehandler war jedoch von einem Verkehrsunfall die Rede). Verschlechterung der Beschwerden vor 3 J. nach einer kurzzeitigen Beziehung zu einem 40j. verheirateten Mann. Dieser sei pervers gewesen und habe mit ihr immer Geschlechtsverkehr im Beisein anderer, auch z.B. seiner eigenen dreijährigen Tochter, haben wollen. Die Hautsymptome waren ausgebrochen, als dieser sie gegen ihren Willen auf einem Feldweg in seinem Auto zum Geschlechtsverkehr gezwungen hatte. Er hatte sie danach immer wieder mit Besuchen oder in Briefen belästigt, auch noch nachdem sie die Beziehung beendet hätte, wobei die Mutter offenbar gegen den Willen der Pat. den Kontakt aufrechterhielt. Sie sei ein halbes Jahr nicht mehr aus dem Haus gegangen und habe dann nach einem „Nervenzusammenbruch“ einen Nervenarzt aufgesucht.

Diagnose und differentialdiagnostische Abgrenzung

Entlassungsdiagnose: Konversionsstörung (ICD: F45.3). Die Hitzewallungen und das Brennen wurden als Ausdruck eines mit Wut und Scham verbundenen Konfliktes interpretiert, der auf die von traumatischen Übergriffen gekennzeichneten Beziehungen zu Männern (Vergewaltigung, physische Bedrohung durch den Vater) zurückgeführt wurde.

Die Symptome sind auch als Hinweis auf eine Posttraumatische Belastungsstörung nach Vergewaltigung i.S. einer intensiven Angst und Hilflosigkeit interpretierbar, ein Wiedererleben des Ereignisses und die Vermeidung von assoziierten Stimuli waren jedoch nicht explorierbar. Die phobische Angst vor dem Erröten sprach zunächst auch für eine Erythrophobie im Rahmen einer Sozialen Phobie, diese wurde wegen der Betonung der körperlichen Beschwerden jedoch wieder verworfen. Der nicht objektivierbare Organbefund legt auch eine Undifferenzierte somatoforme Störung nahe, aufgrund des Zusammenhangs zu einem belastenden psychischen Konflikt erscheint die Diagnose einer Konversionsstörung jedoch angemessener.

Therapie im Rahmen des stationären Aufenthaltes

Nach Exploration und Diskussion eines Erklärungsmodells und möglicher Behandlungsansätze graduierte Reizkonfrontation in angstauslösenden Situationen: Verzicht auf den Fächer, Provokation von Durchblutungsreaktionen durch extreme Temperaturwechsel (Spaziergänge im winterlichen Klima, Aufenthalt in aufgeheizten Räumen), Exposition mit gerötetem Gesicht (mit Lippenstift hergestellter, künstlicher „Fleck“, mit dem sich die Patientin 2 Tage auf Station zeigte). Unter Exposition traten keine pathologischen Hautsymptome auf. Die Patientin konnte ihre Angst schrittweise überwinden, zeigte eine deutliche Abnahme des Vermeidungsverhaltens und bewegte sich gegen Ende des stationären Aufenthaltes auch ohne Fächer außerhalb der Klinik. Zur Verarbeitung ihrer traumatisierenden Erfahrungen wurde die Wiederaufnahme der ambulanten Psychotherapie bei einer weiblichen Therapeutin empfohlen, bei erneuter Destabilisierung Möglichkeit einer stationären Psychotherapie.

Körperdysmorphie Störung

Diagnose

Obwohl Unzufriedenheit mit körperlichen Mängeln ein alltägliches Phänomen ist, kann ein gestörtes Körperbild zu erheblichen psychischen Belastungen führen. Die Körperdysmorphie Störung wird nach DSM-IV (300.7) folgendermaßen definiert:

1. Beschäftigung mit einem imaginierten Mangel im Aussehen; bei Vorliegen einer körperlichen Abweichung ist die Besorgnis übertrieben
2. Starker Leidensdruck oder große Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Leben
3. Ausschluß anderer psychischer Störungen (insbesondere Anorexia nervosa)

Gegenüber DSM-III-R wurde der Ausschluß einer wahnhaften Überzeugung fallengelassen, da sich im Einzelfall häufig fließende Übergänge zwischen Phasen der Einsicht und der wahnhaften Fixierung finden. Die Abgrenzung vom Körperbezogenen Wahn ist problematisch, da prinzipiell bei hoher Wahnintensität beide Diagnosen gegeben werden können und diese Unterscheidung für die Behandlung von größter Bedeutung ist.

In der Dermatologie ist die Körperdysmorphie Störung zusätzlich abzugrenzen von „objektiv“ (d.h. nachvollziehbar) das Aussehen beeinträchtigenden entstellenden körperlichen Dermatosen, wie z.B. schwere Formen der Psoriasis oder Akne. In diesen Fällen ist die Diagnose einer Anpassungsstörung angemessener (s. Tab. 1).

Klinisches Bild

Die Beschwerden können sich auf die Größe oder Asymmetrie von Körperteilen (insbesondere Nase, Augen, Ohren) beziehen, in der Mehrheit der Fälle stehen Haut (insbesondere im Gesicht) und Haare im Vordergrund (Philipps et al., 1993). Beispiele sind Besorgnisse über Falten, Flecken, Gefäßzeichnungen, Narben, Komedonen, blasse oder gerötete Gesichtsfarbe, übermäßige Behaarung, oder (als zunehmend häufiges Symptom) Haarausfall. Nicht immer sind die Beschwerden konkret, mitunter werden sie auch sehr vage beschrieben. Es besteht jedoch die Überzeugung, daß die Anormalität anderen offensichtlich ist.

Charakteristische Merkmale des Verhaltens sind Versuche, den angenommenen Defekt zu überdecken (z.B. mit Make-up), zwanghafte Kontrollrituale (insbesondere vor dem Spiegel), sog. safety behaviours zur Vermeidung von Aufmerksamkeit durch andere (z.B. Helligkeit meiden) und sozialer Rückzug aus Situationen, in denen andere den Makel wahrnehmen könnten (Veale et al., 1995). Häufig wird bei anderen die Bestätigung dafür gesucht, daß der Defekt gründlich abgedeckt oder „nicht so schlimm“ ist. In der dermatologischen Praxis können die Patienten durch einen exzessiven Gebrauch von Substanzen oder Medikamenten (Cortison!) oder durch die unangemessene Forderung nach aggressiven, z.B. operativen Behandlungsmaßnahmen auffallen.

Unter den komorbiden Störungen sind affektive Störungen die häufigsten (77%), gefolgt von Angststörungen (70%), insbesondere Soziale Phobie, bei 40% bestehen Suizidintendenzen

(Philipps et al., 1993). Es sind große Überlappungen zur Zwangsstörung zu beobachten (Hollander et al., 1993).

Die Prävalenz von körperdysmorphen Störungen in der Bevölkerung wurde bisher wohl eher unterschätzt. Die Angaben schwanken zwischen 4% bei Frauen und 1% bei Männern (Rosen et al., 1995) und 28% in einer College-Stichprobe (Selbsteinschätzung nach DSM-III-R; Fitts et al., 1989). Wegen der großen Hemmungen der Patienten, anderen ihr Problem mitzuteilen, und des Informationsdefizits in der medizinischen Versorgung hinsichtlich der Diagnose sind nur ungenaue Schätzungen möglich. Danach beginnt die Störung am häufigsten in der Adoleszenz (Philipps et al., 1993).

Erklärungsansätze

Kognitiv-behaviorale Modelle erklären die irrationale Überzeugung, durch einen körperlichen Defekt entsteht zu sein, durch Fehler in der Informationsverarbeitung (Veale et al., 1995). Das Zusammenwirken dieser Faktoren eines kognitiv-behavioralen Modells veranschaulicht Abb. 1.

Die kognitiven Verarbeitungsmechanismen betreffen Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Kognitionen. Danach entsteht die übermäßige Beschäftigung mit dem eingebildeten bzw. minimalen Defekt auf der Grundlage von dysfunktionalen kognitiven Schemata, die unrealistische Schönheitsideale und ein negatives Körperbild beinhalten, und der Tendenz zu erhöhter öffentlicher Selbstaufmerksamkeit (Ausrichtung auf Aspekte, die anderen zugänglich sind).

Eine vorhandene körperliche Abweichung könnte dabei auf zweierlei Weise eine biologische Prädisposition bilden: sie könnte als objektivierbare, aber für andere subtile Abnormalität der Ausgangspunkt für selektive Verarbeitungsmechanismen darstellen oder eine per se „normale“ Veränderung könnte aufgrund einer erhöhten Sensitivität wahrgenommen werden.

Aus den Kognitionen resultieren Gefühle der Abneigung und des Ekels bezüglich des eigenen Körpers und die Angst, daß andere den „häßlichen“ Defekt wahrnehmen könnten. Auf der Verhaltensebene zeigt sich ein charakteristisches Muster von Vermeidung, zwanghaften Kontrollritualen und der Suche nach medizinischer Korrektur des Defektes. Die Vermeidung kann von der visuellen Exposition des entstellenden Defektes auf physische oder soziale Kontaktsituationen generalisieren und aufgrund der sozialen Isolation die depressiven Symptome noch weiter verstärken.

Die mangelnde Korrigierbarkeit der kognitiven Fehlverarbeitung und hartnäckige Aufrechterhaltung der geschilderten Verhaltensmuster kann durch verschiedene positive Rückkopplungsmechanismen erklärt werden (in der Abbildung als graue aufwärtsgerichtete Pfeile symbolisiert): Auf kognitiver Ebene werden durch die selektive Aufmerksamkeit für Abweichungen und selektive Vermeidung der Wahrnehmung des übrigen Körpers korrigierende Informationen nicht aufgenommen. Auf emotionaler Ebene werden subjektive Gefühle der Abneigung und des Ekels als Beweis für die „objektive“ Häßlichkeit des eigenen Körpers herangezogen (sog. emotional reasoning). Die Präokkupation mit dem Aussehen und die Überzeugung, entsteht zu sein, werden zusätz-

Abbildung 1
Kognitiv-behaviorales Modell der Körperdysmorphen Störung

lich durch Kontrollrituale, sog. safety behaviours (Kontrolle des Aussehens) und Vermeidungsverhalten aufrechterhalten. Die depressiven Affekte wiederum verstärken die kognitive Fehlverarbeitung.

Behandlung

Die Psychotherapiemotivation ist in der Regel sehr begrenzt. Die psychotherapeutische Arbeit wird häufig durch die Fixierung auf eine körperliche Attribution und eine dysphorisch-depressive Stimmung erheblich erschwert. Ihr sollte, u.U. im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung, eine intensive Motivierungsphase vorausgehen, in der ein akzeptables psychologisches Erklärungsmodell für die Therapie vorsichtig eingeführt wird (Stangier et al., 1997b).

Im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätze ist die konkrete Analyse charakteristischer Kognitionen und Verhaltensweisen zentrale Grundlage; eine wichtige Hilfe zur Exploration von Problemschwerpunkten stellen das strukturierte Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module von Philipps (1991) und die von Hollander (1991) in Anlehnung an Zwangsstörungen adaptierte Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (YBOCS) for Body Dysmorphic Disorder dar.

Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen sind vor allem die Vermeidung von Situationen, in denen andere Personen den vermeintlichen körperlichen Defekt sehen könnten, und die dysfunktionalen Kognitionen. Die Behandlungsprinzipien umfassen:

- Konfrontation und Verhinderung des Vermeidungsverhaltens (Marks, Mishan, 1988; Veale et al., 1995): Aufsuchen von vermiedenen Situationen, ohne den vermuteten Makel abzudecken, Verhinderung der Suche nach Rückmeldung zum Defekt, Unterlassen von Kontrollritualen, etc.; Umlenkung der Aufmerksamkeit in den Situationen nach außen; ggf. auch systematische Desensibilisierung (Munjack, 1978);
- Rückmeldung dynamischer (statt statischer) Aspekte des Erscheinungsbildes im strukturierten Videofeedback (Hünecke, 1993);
- Kognitive Umstrukturierung der Übergeneralisierung (Fixierung auf äußerliches Erscheinungsbild als Maßstab für Bewertung einer Person statt differenzierter Kriterien); keine Überprüfung irrationaler Gedanken hinsichtlich des Defektes (da sie nicht aufgrund von Logik oder Erfahrung, sondern von Emotionen abgeleitet sind); der Schwerpunkt liegt statt auf der Korrektur der äußeren Erscheinung auf der Korrektur der Selbsteinschätzung (Veale et al., 1995).

Als kontraindiziert müssen im Regelfall Maßnahmen der kosmetischen Chirurgie oder eine differentielle dermatologische Behandlung eingestuft werden, außer bei objektivierbaren Defekten und realistischen Behandlungserwartungen unter der Voraussetzung, daß eine sorgfältige psychologische Diagnostik durchgeführt wird (Birtchnell, 1988). Eine blande topische Therapie kann ggf. zur Herstellung einer stabilen Beziehung sinnvoll sein.

Das nachfolgende Fallbeispiel veranschaulicht, daß in der Praxis häufig aufgrund von Komorbidität mit anderen psy-

chischen Störungen eine umfassendere Therapiestrategie notwendig wird.

Falldarstellung

„Haarausfall“

Eine 37 J. alte Patientin, Unternehmensberaterin, verheiratet, wurde von einer Univ.-Hautklinik an den Psychotherapeuten überwiesen. Sie gab an, seit 15 J. unter starkem Haarausfall zu leiden, dieser habe sich jedoch seit ca. 2 J. verstärkt. Konsultation von vielen Fachärzten für Dermatologie, Gynäkologie und Innere Medizin „ohne Erfolg“. Kurz vor Therapiebeginn Suizidversuch mit Tabletten (bei „ungefährlicher“ Dosis) nach erneutem „Haarausfall-Schub“. Subjektive Beschwerden: „panische Angst“ vor weiteren „Schüben“, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Übergewicht sowie erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum.

Nach Auskunft des behandelnden Dermatologen war nur ein diskreter, umgrenzter Haarverlust feststellbar, der nicht die Diagnose einer Alopecia areata rechtfertigt. Aufgrund des aggressiven Beharrens der Patientin Empfehlung einer Psychotherapie mit der Begründung, durch die Ausschaltung psychosomatischer Faktoren sei eine Besserung möglich.

Psychischer Befund

Äußeres Erscheinungsbild gepflegt, teilweise in auffälligen Farben gekleidet, bei leichtem Übergewicht. In der Interaktion sehr kontrolliertes und passives Verhalten: Patientin reagierte auf Fragen des Therapeuten häufig mit Rückfragen, insistierte auf möglichst genauen und objektiven Informationen über das therapeutische Vorgehen und gab nur sehr zurückhaltend Auskunft über die eigene Person. dysphorische und latent feindselige Affekte werden spürbar. Akute Suizidabsichten wurden glaubhaft verneint, grundsätzlich jedoch fortbestehende latente Suizidalität: Die Bereitschaft zum Suizid als letzte Lösungsmöglichkeit wurde bejaht.

Anamnese

Die Patientin machte über ihre biographische Entwicklung nur zurückhaltend Angaben. Sie hätte eine glückliche Kindheit und Jugend ohne herausragende Ereignisse erlebt. Ihr Vater sei liebevoll und geduldig gewesen und habe sich immer sehr um sie und ihre beiden Geschwister gekümmert. Ihre Mutter sei dagegen autoritär und ängstlich-besorgt gewesen. Nach dem Studienbeginn Auszug aus dem Elternhaus und erste feste Freundschaften mit Männern. Zum Studienabschluß Zuspitzung von Belastungen: Tod des Vaters an Herzinfarkt, plötzliche Trennung nach kurzer und intensiver Beziehung zu einem Mann, erste Berufstätigkeit. Kurz danach erstes Auftreten körperlicher Symptome: zunächst vorübergehend eine Trübung der Sehkraft und Angst vor Erblindung, dann Haarausfall, der sich jedoch ebenfalls zeitweise wieder gebessert habe. In der Folgezeit kurzzeitige, Beziehungen zu Männern, u.a. mit zwei Schwangerschaftsunterbrechungen. Vor 7 J. lernte sie ihren Mann kennen, den sie vor 4 J. heiratete. In der Beziehung gäbe es Gemeinsamkeiten hinsichtlich „Sex und Politik“, nicht jedoch hinsichtlich der Lebensziele.

Vor zwei J. starb ihre Mutter nach langjähriger Krebserkrankung; diese hatte sich bis zuletzt gegen ihren Tod gewehrt und die Patientin angefleht, ihr zu helfen. Die Patientin hätte sich häufig mit den Ärzten gestritten, die „alle kalt und gleichgültig“ seien. Sie war die einzige aus der Familie, die sich um die Mutter kümmerte, und organisierte auch alleine die Beerdigung. Wenige Monate nach dem Tod der Mutter sei der Haarausfall wieder stärker geworden.

Diagnose und differentialdiagnostische Abgrenzung

Da der Leidensdruck der Patientin nicht in angemessener Relation zum objektivierbaren, jedoch diskreten Befund steht und sich die Beschwerden auf Sorgen um das äußere Erscheinungsbild richteten,

wurde die Diagnose einer Körperdysmorphen Störung (ICD F45.2) gestellt.

Das Fehlen sensorischer Symptome sprach gegen eine Undifferenzierte somatoforme Störung; auch die Überzeugung einer schweren Erkrankung i.S. einer Hypochondrie traf nicht zu.

Die seit weit mehr als 2 J. bestehende depressive (vorwiegend reiz-dysphorische) Grundstimmung sowie Störungen von Appetit, Schlaf und Antrieb erfüllten die Kriterien einer dysthymen Störung (ICD F34.1).

Die deutlichen Störungen im Sozialverhalten legten eine Persönlichkeitsstörung nahe. Soziales Unbehagen und Verslossenheit sowie Angst vor negativer Beurteilung und Ablehnung durch andere sprachen für eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. Die Suizidtendenzen, die affektive Instabilität und die zumindest in der Vergangenheit bestehende Instabilität in den sozialen Beziehungen stellten Hinweise auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung dar. Allerdings waren die Kriterien zu Behandlungsbeginn für beide Diagnosen nicht ausreichend erfüllt (der Therapieverlauf rechtfertigte jedoch die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Therapie

In der Anfangsphase verhinderte das extreme Kontrollbedürfnis der Patientin eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung. Der Versuch, angstauslösende Kognitionen zu identifizieren, erbrachte nur vage Informationen, so daß eine kognitive Umstrukturierung nicht möglich war. Da keine Einsicht in die Übertriebenheit der Angst vor Haarausfall bestand, konzentrierte sich die Therapie zunächst auf mögliche „psychosomatische“ Auslöser und deren Beseitigung. Lediglich Entspannungstraining (Autogenes Training mit Zusatzformeln bezüglich des Haarwachstums) wurde akzeptiert; im Beisein des Therapeuten konnte sich die Pat. zwar nur mit großer Überwindung einlassen, zu Hause übte sie jedoch täglich und machte Fortschritte. Mit zunehmendem Vertrauen und Offenheit konnten auch Zusammenhänge zwischen „Haarausfall“, verdrängter Trauer über den Tod der Mutter und Wut über die Gleichgültigkeit der Ärzte herausgearbeitet werden.

Erstmals sprach die Patientin an, die Scheidung von ihrem Mann an, wöber sie jedoch nicht in der Therapie reden wollte, um nicht als „schwach und unfähig“ bewertet zu werden. Sie deutete an, daß die Angst vor Haarausfall auf Kindheitserlebnisse mit ihrer Mutter zurückgehen würde sie habe jedoch zu große Angst, hierüber zu reden. In der Folgezeit verstärkten sich die latent vorhandenen Suizidgedanken wieder.

Vor einer Sitzung meldete sich die Pat. telefonisch und berichtete, daß sich der Haarausfall drastisch verstärkt habe und sie nun große Angst habe. Sie deutete ihre Suizidabsichten mit den Worten an, daß für sie nun kein Ausweg mehr erkennbar und nur noch die „letzte Lösungsmöglichkeit“ übrig sei. Daraufhin brach sie den Kontakt ab. Da der Ehemann wegen einer mehrtägigen Geschäftsreise unterwegs war, benachrichtigte der Therapeut einen Verwandten, der die Pat. aufsuchte. Die Patientin stritt jedoch jegliche Gefährdung ab und brach wegen „des Vertrauensbruchs“ des Therapeuten die Therapie ab.

Schlußfolgerungen

Auch wenn somatoforme Störungen nicht immer mit einem extremen psychopathologischen Hintergrund verbunden sind, wie in den beiden Fallbeispielen dargestellt, so kann doch in der klinischen Erfahrung ein Zusammenhang somatoformer Symptome mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen in der Regel festgestellt werden (Fydrich & Schmitz,

1994). Während sich die bisherige psychosomatische Forschung in der Dermatologie vor allem auf die Auslösung von Dermatosen durch psychische Faktoren oder deren Bewältigung konzentriert hat, besteht jedoch ein erheblicher Nachholbedarf hinsichtlich der Erforschung somatoformer Störungsbilder in diesem Bereich. Die in einer Universitäts-hautklinik gefundenen hohen Prävalenzen insbesondere des somatoformen Juckreizes und der Körperdysmorphen Störung bei dermatologischen Patienten (Gieler et al., i.V.) lassen vermuten, daß in der Praxis zahlreiche diagnostische Untersuchungen und unangemessene Behandlungen hohe Kosten verursachen, eine frühzeitige psychologische Diagnosestellung und Einleitung einer angemesseneren Behandlung jedoch eher die Ausnahme sind. Aber auch für ausgebildete Psychotherapeuten stellen diese Problembereiche aufgrund der geringen Psychotherapiemotivation der Betroffenen eine hohe Anforderung dar, die nur in enger Zusammenarbeit mit dem zumeist parallel weiterbehandelnden Dermatologen möglich ist (Stangier et al., 1997b).

Angesichts der geringen Forschungsaktivitäten sind dermatologische Symptome bei somatoformen Störungen im DSM-IV bisher nicht berücksichtigt worden. Dies erscheint angesichts der Verbreitung und des großen Leidensdrucks, den die Beschwerden für die Betroffenen verursachen, nicht angemessen. Eine Übertragung der in anderen Bereichen entwickelten experimentellen und klinischen Untersuchungsmethoden könnte jedoch dazu beitragen, vor allem den somatoformen Juckreiz in die diagnostischen Leitlinien sowohl für psychologische als auch dermatologische Diagnostik aufzunehmen.

Literatur

- Arnetz, B., Fjellner, B.B. (1985). Psychological predictors of pruritus during mental stress. *Acta Dermatologica et Venereologica*, 65, 504-508.
- Beare, J.M. (1976). Generalized pruritus. A study of 43 cases. *Clinical and Experimental Dermatology*, 1, 343-342
- Bethune, H.J., Kidd, C.B. (1961). Psychophysiological mechanisms in skin diseases. *Lancet*, 12, 1419-1422.
- Birtchnell, S. (1988). Dysmorphophobia - a centenary discussion. *British Journal of Psychiatry*, 153(suppl. 2), 41-43.
- Brähler, E., Wilz, G. (Hrsg.) (1997). *Tagebücher in der Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe (im Druck).
- Cotterill, J.A. (1981). Dermatological Non-Disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *British Journal of Dermatology*, 104, 611-619.
- Droge, U., Mautner, V., Holting, E. (1986). Differenzierung von Pruritusqualitäten. *Der Deutsche Dermatologe*, 34, 919-932.
- Ehlers, A., Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In: Emmelkamp, P.M.G., Everaerd, A.M., Kraimaat, F. Van Son, M.J.M. (Hrsg.). *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Fitts, S.N., Gibson, P., Redding, C.A., Deiter, P.J. (1989). Body Dysmorphic Disorder: implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychological Reports*, 64, 655-658.
- Franke, G. (1995). SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Hogrefe, Göttingen.

- Fydrich, T., Schmitz, B. (1994). Komorbidität bei Personen mit somatoformen Störungen. Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Hamburg.
- Gieler, U., Köhnlein, B., Stangier, U. (i.V.). Prävalenz dermatologischer somatoformer Symptome in einer Universitäts-Hautklinik. Publikation in Vorbereitung.
- Gieler, U. (1986). Haut und Körpererleben. In: Brähler, E. (Hrsg.). Körpererleben (pp. 62-73). Berlin: Springer.
- Gieler, U. (1994). Factitious Disease in the Field of Dermatology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62, 48-55.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., Schork, N.J., Ellis, C.N. (1994). Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*, 56, 36-40.
- Gupta, M.A., Gupta, M.K., Kirkby, S., Weiner, H.K., Mace, T.M., Schorck, N.J., Johnson, E.H., Ellis, C.N., Vorhees, J.J. (1989). Pruritus in psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Archives of Dermatology*, 124, 1052-1057.
- Gupta, M.A., Gupta, M.K., Haberman, H. (1986). Neurotic excoriations: a review and some more perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 381-386.
- Handwerker, H. (1993). Neurophysiologische Mechanismen des Juckens. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 68, 730-735.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1991). Das Beck-Depressionsinventar - (BDI). Huber, Bern.
- Heimberg, R.G., Mueller, G., Holt, C.S., Hope, D.A., Liebowitz, M.R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The social interaction anxiety scale and the social phobia scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73. Deutsch: Stangier, U., Heidenreich, T. (1995). Deutsche Bearbeitung der Social Phobia Scale (SPS) und Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) von Mattick und Clarke. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt, J.W.Goethe-Universität.
- Hermanns, N. (1991). Kognitive Wirkfaktoren auf Juckreiz und Hautreagibilität bei der atopischen Dermatitis. Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Hermanns, N., Scholz, O.B. (1992). Kognitive Einflüsse auf einen histamininduzierten Juckreiz, Quaddelbildung bei der atopischen Dermatitis. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 171-194.
- Hollander, E. (1991). Body dysmorphic disorder questionnaires. Unpublished manuscripts, 1991. Deutsch: Stangier, U., Hungerbühler, R., Meyer, A. (1996). Deutsche Übersetzung des YBOCS für Körperdysmorphie Störung. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt, J.W. Goethe-Universität.
- Hollander, E., Cohen, L.J., Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359-364.
- Hünecke, P. (1976). Variabilität in der sozialen Beurteilung von Hautkranken. *Medizinische Psychologie*, 2, 121-144.
- Hünecke, P. (1993). Entstellungsgefühle und strukturiertes Video-Feedback - Orientierende Befunde und Überlegungen für einen neuen psychotherapeutischen Ansatz. In: Gieler, U., Stangier, U., Brähler, E. (Hrsg.). *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Jahrbuch der medizinischen Psychologie (Bd. 9)*. Hogrefe, Göttingen.
- Hünecke, P., Bosse, K. (1980). Entstellung - Erleben und Verarbeitung der äußeren Erscheinung. In: Whitlock, F.A. (Ed.). *Psychophysiologische Aspekte bei Hauterkrankungen*. Perimed, Erlangen.
- Katon, W., Kleinmann, A., Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review. Part I. *American Journal of Medicine*, 72, 127-135.
- Kline, M.V. (1953). Delimited hypnotherapy: the acceptance of resistance in the treatment of a long-standing neurodermatitis with a sensory imagery technique. *Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 4, 18-22.
- Koblenzer, C.S. (1993). Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. *International Journal of Dermatology*, 32, 82-88.
- Luthe, W., Schultz, J.H. (1969). *Autogenic therapy (Vol II)*. Medical applications. New York: Grune and Stratton.
- Magerl, W. (1991). Neurophysiologie des Juckens. *Allergologie*, 14, 395-405.
- Marks, I., Mishan, J. (1988). Dysmorphophobic Avoidance with Disturbed Bodily Perception. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674-678.
- Morrison, J., Herbstein, J. (1988). Secondary affective disorder in women with somatization disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 433-440.
- Munjack, D.J. (1978). The behavioral treatment of dysmorphophobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 53-56.
- Musalek, M. (1996). Wahnsynndrome in der Dermatologie. In: Gieler, U., Bosse, K.A. (Hrsg.). *Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten*. Huber, Bern.
- Musaph, H. (1983). Psychogenic Pruritus. *Seminars in Dermatology*, 2, 217-222.
- Philipps, K.A. (1991). Diagnostic module for body dysmorphic disorder. Unpublished Manuscript. Deutsch: Stangier, U., Hungerbühler, R., Meyer, A. (1996). Deutsche Übersetzung des Moduls Körperdysmorphie Störung für Strukturierte Diagnostische Interviews. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt, J.W.Goethe-Universität.
- Philipps, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Pope, H.G., Hudson, J.I. (1993). Body Dysmorphic Disorder: 30 Cases of Imagined Ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Revenstorf, D. (1988). Hypnose: Grundlagen und anwendung bei Schmerz. In: Miltner, W., Larbig, W., Brengelmann, J.C. (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie. IFT-Texte 20*. Röttger, München.
- Rief, W., Hiller, W. (1992). Somatoforme Störungen. Huber, Bern
- Rief, W., Schäfer, S., Fichter, M.M. (1992). SOMS - eine Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica* 38, 228-241.
- Ring, J., Gabriel, G., Vieluf, D., Przybilla, B. (1991). „Das klinische Ökologie Syndrom“ („Öko-Syndrom“): polysomatische Beschwerden bei vermuteter Allergie gegen Umweltschadstoffe. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 133, 50-55.
- Rosen, J.C., Reiter, J., Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 263-269.
- Russell, M., Dark, K.A., Cummins, R.W., Eelman, G., Callaway, E., Peeke, H.V.S. (1984). Learned histamine release. *Science*, 225, 733-734.
- Scholz, O.B., Hermanns, N. (1994). Krankheitsverhalten und Kognitionen beeinflussen die Juckreiz-Wahrnehmung von Patienten mit Neurodermitis! *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 127-135.
- Schultz-Ameling, W., Köhler-Weisker, A. (1996). Pruritus ani. In: Gieler, U., Bosse, K.A. (Hrsg.). *Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten*. Huber, Bern.
- Stangier U, Gieler U (1994). Somatoforme Störungen in der Dermatologie. Abstract-Band des 12. Symposiums für Klinisch-Psychologische Forschung, Fribourg 12.-14.5.94

- Stangier, U. (1996). Verhaltenstherapie bei Hautkrankheiten. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie - Lehrbuch der Psychotherapeutische Medizin und Psychologische Psychotherapie. Stuttgart: Thieme (S. 436-444).
- Stangier, U., Ehlers, A., Gieler, U. (1996a). Fragebogen zur Bewältigung von Hautkrankheiten (FBH). Hogrefe, Göttingen.
- Stangier, U., Gieler, U., Ehlers, A. (1996b). Neurodermitis bewältigen. Verhaltenstherapie, Dermatologische Schulung, Autogenes Training. Springer, Berlin.
- Stangier, U., Gieler, U., Ehlers, A. (1997a). Entwicklung eines Fragebogens zur Krankheitsbewältigung bei Hauterkrankungen (Marburger Haut-Fragebogen, MHF). Diagnostica, 43 (4), (im Druck).
- Stangier, U., Heidenreich, T., Gieler, U. (1997b). Stadien der Psychotherapiemotivation in der psychosomatischen Versorgung von Hautkranken. Der Hautarzt, 72, 341-348.
- Twerski, A.J., Naar, R. (1974). Hypnotherapy in a case of refractory dermatitis. American Journal of Clinical Hypnosis, 16, 202-205.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., Walburn, J. (1995). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 34, 717-729.
- Warwick, H.M., Salkovskis, P. (1990). Hypochondriasis. Behaviour Research & Therapy, 28, 105-117.
- Wessley, S.C. (1990). Dermatologic complaints. In: Bass, C.M. (ed.). Somatization. Physical symptoms and psychological illness. Blackwell Scientific Publications, Oxford (pp. 276-299).

Dr. Ulrich Stangier

Psychologisches Institut der
J.W.Goethe-Universität Frankfurt
Robert-Mayer-St. 1, 60054 Frankfurt

Prof. Dr. Uwe Gieler

Zentrum für Psychosomatische Medizin
der Universität Gießen
Ludwigstr. 76, 35392 Gießen