Thieme

Körperdysmorphe Störung: Symptome, Erklärungsansätze und Therapie

Body Dysmorphic Disorder: Symptoms, Models and Treatment

Autoren
I. Kollei[1], A. Martin[2], Y. Erim[1]

Institute
1 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Otto-Friedrich-Universität Bamberg
2 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bergische Universität Wuppertal

Bibliografie
DOI https://doi.org/10.1055/s-0043-104848
Akt Dermatol 2017; 43: 187–194
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse
Dr. phil. Ines Kollei, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Markusplatz 3, 96047 Bamberg
ines.kollei@uni-bamberg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die KDS stellt ein klinisches Störungsbild dar, das häufig noch unerkannt bleibt. Zur Erklärung der Entstehung der Störung nimmt man ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell an, jedoch gibt es bislang wenig gesichertes Wissen über biologische und psychologische Risikofaktoren. Die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Behandlung der KDS wurde in mehreren Studien gezeigt und es stehen mittlerweile entsprechende Therapiemanuale zur Verfügung.

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder (BDD) is an underrecognized disorder. Several cognitive-behavioral models of BDD have been developed explaining its development and maintenance. However, empirical evidence regarding risk factors is still scarce. Cognitive-behavioral therapy has been shown to be an effective treatment for BDD and there are treatment manuals providing guidance for state-of-the-art cognitive-behavioral therapy.

Beschreibung des Störungsbildes

Definition

Unter der KDS versteht man eine übermäßige Beschäftigung mit einem Makel in der äußeren Erscheinung. Der Makel ist für andere Personen nicht wahrnehmbar oder so geringfügig ausgeprägt, dass die Beschäftigung damit deutlich übertrieben ist. Betroffene leiden unter der übermäßigen Beschäftigung mit dem Makel und sind in wichtigen Lebensbereichen beeinträchtigt [1]. Am häufigsten beziehen sich die Sorgen der Betroffenen auf das Aussehen der Haut, Nase und Haare. Prinzipiell kann jedoch jeder Körperbereich betroffen sein (▶ **Tab. 1**) und meist werden mehrere Makel berichtet [2].

Merke

Entscheidend für die Definition der KDS ist es, dass der Makel in der äußeren Erscheinung für andere Personen nicht wahrnehmbar oder nur geringfügig ausgeprägt ist.

Symptomatik auf verschiedenen Ebenen

Auf der **Verhaltensebene** äußert sich die KDS in vielgestaltigen und individuell ausgeprägten Verhaltensweisen, die täglich mehrere Stunden in Anspruch nehmen können (▶ **Tab. 2**). Die Verhaltensweisen werden oft als ritualisiert und repetitiv beschrieben und deshalb mit Zwangshandlungen verglichen [3]. Die auftretenden Verhaltensweisen können aber auch als Sicherheitsverhaltensweisen charakterisiert werden, die eingesetzt werden, um negative Erfahrungen zu vermeiden [4]. Viele Verhaltensweisen dienen der Kontrolle bzw. Überprüfung des subjektiven Makels („checking“). Andere Verhaltensweisen werden eingesetzt, um den Makel zu kaschieren oder zu verändern. Sehr häufig vermeiden Betroffene auch Situationen, in denen der Makel für andere Personen sichtbar sein könnte. Beispiele für häufig auftretende Verhaltensweisen sind exzessive Kontrolle des Aussehens im Spiegel („mirror checking“) oder in anderen reflektierenden Oberflächen, Einholen von Rückversicherung bei anderen Personen bezüglich des eigenen Aussehens, Kaschieren von Körperbereichen z. B. mit Kleidungsstücken, ausgeprägte Reinigungs- und Pflegerituale z. B. Auftragen von Make-up, Vermeidung sozialer Situationen. Neben

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

▶ **Tab. 1** Lokalisation der häufigsten Makel bei über 500 KDS-Patienten [2].

Körperregion	prozentuale Häufigkeit der betroffenen Körperregionen
Haut	73
Haare	56
Nase	37
Gewicht	22
Bauch	22
Brust/Brustwarzen	21
Augen	20
Oberschenkel	20
Zähne	20
Beine (generell)	18
Körperstatur	16
Gesicht (generell)	14
Gesichtsform/Gesichtsgröße	12
Lippen	12
Po	12
Kinn	11
Augenbrauen	11
Hüfte	11

▶ **Tab. 2** Symptome der KDS auf verschiedenen Ebenen.

Phänomene auf Verhaltensebene	▪ zwanghafte Verhaltensweisen (mit dem Ziel Angst/Unruhe zu neutralisieren) ▪ Sicherheitsverhaltensweisen (mit dem Ziel negative Erfahrungen zu vermeiden)
Phänomene auf kognitiver Ebene	▪ intrusive Gedanken bzgl. des Aussehens ▪ intrusive mentale Vorstellungsbilder des eigenen Aussehens ▪ repetitives negatives Denken ▪ überwertige Ideen ▪ Beziehungsideen ▪ dysfunktionale Grundannahmen
Phänomene auf emotionaler Ebene	▪ Scham ▪ Ekel ▪ depressive Stimmung ▪ Traurigkeit ▪ Hoffnungslosigkeit ▪ Wut, Frustration ▪ Schuldgefühle ▪ soziale Angst

der Kontrolle des Aussehens im Spiegel kommt es bei Betroffenen auch phasenweise zur Vermeidung von Spiegeln und reflektierenden Oberflächen.

Auf der kognitiven Ebene äußert sich die KDS oft in stundenlanger gedanklicher Beschäftigung mit dem Makel. Die Gedanken werden oft als unangenehm, persistierend und sich wiederholend beschrieben und deshalb mit intrusiven Gedanken oder Zwangsgedanken verglichen [3]. Darüber hinaus werden weitere Formen repetitiven negativen Denkens angenommen z. B. Grübeln („Warum bin gerade ich so hässlich?“), sich sorgen („Was passiert, wenn ich meinen Makel nicht verbergen kann?“) oder Selbstanschuldigungen und Selbstabwertungen („Du bist so hässlich, einfach nur hässlich!“) [4]. Die Überzeugung von der eigenen Entstellung ist oft so stark ausgeprägt, dass die aussehensbezogenen Gedanken („Meine Nase ist entstellt!“) als überwertige Ideen bezeichnet werden können [5]. Rückmeldungen durch Dritte, dass das körperliche Aussehen bzw. die Körperstelle vollkommen unauffällig ist, werden dann zu keiner veränderten Einstellung der Betroffenen führen.

Auf der emotionalen Ebene werden eine Reihe negativer Emotionen beschrieben, unter denen Personen mit einer KDS leiden [4]. Eine große Rolle spielen dabei Schamgefühle, z. B. schämen sich Betroffene, wenn sie ihr Aussehen mit dem Aussehen anderer vergleichen oder wenn andere Menschen ihren Makel sehen können. Weiterhin erleben Betroffene Angst, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, Wut, Frustration und Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Aussehen [6].

Belastung und Beeinträchtigung

Die Symptome auf verschiedenen Ebenen schränken Personen mit einer KDS in unterschiedlichem Ausmaß ein. Wichtige Lebensbereiche wie bspw. Familie, Partnerschaft, Arbeit oder soziale Aktivitäten können erheblich beeinträchtigt sein. Der Mehrheit der Betroffenen gelingt es mithilfe ihres Sicherheitsverhaltens zumindest phasenweise, ihr soziales und berufliches Leben aufrechtzuerhalten. Oft werden jedoch Phasen massiver Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen erlebt. In einer Studie an über 500 Patienten mit KDS gaben 95 % der Betroffenen an, Phasen erlebt zu haben, in denen sie beinahe alle sozialen Kontakte aufgrund der KDS vermieden hatten. 80 % der Betroffenen gaben an, dass es bereits Zeiten gegeben habe, in denen sie aufgrund ihrer Probleme mit dem Äußeren ihren Aufgaben in Beruf oder Schule nicht nachkommen konnten [2].

Merke

Wichtige Lebensbereiche können bei Betroffenen mit KDS erheblich beeinträchtigt sein.

Das Leiden unter der übermäßigen Beschäftigung mit dem Aussehen und damit verbundene psychosoziale Beeinträchtigung kann ein Ausmaß erreichen, das Suizidgedanken und Suizidversuche zur Folge hat. In einer repräsentativen Studie in Deutschland gaben 19,1 % der Betroffenen mit KDS Suizidgedanken aufgrund der Sorgen um das Aussehen an [7]. In derselben Studie berichteten 7,2 % der Betroffenen mit KDS, bereits einen Suizidversuch aufgrund der Sorgen um das Aussehen unternommen zu haben. In einer prospektiven US-amerikanischen Studie

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

über 4 Jahre berichteten jährlich im Mittel 57,8 % der Personen mit einer KDS Suizidgedanken gehabt zu haben, und 2,6 % der Betroffenen berichteten, einen Suizidversuch unternommen zu haben [8].

Merke

Suizidgedanken und Suizidversuche können bei Betroffenen mit einer KDS häufig auftreten.

Aufsuchen medizinischer Hilfe

Betroffene mit einer KDS wenden sich oft an medizinische Behandler, um den Makel in der äußeren Erscheinung verändern bzw. korrigieren zu lassen. Je nach Lokalisation des Makels werden Ärzte aus dem Bereich der plastischen Chirurgie, Dermatologie, Zahnmedizin oder eines anderen Bereichs aufgesucht. In einer der bislang größten Studien zu dieser Thematik zeigte sich, dass 71 % der 200 Befragten mit einer KDS nichtpsychiatrische medizinische Hilfe aufgesucht haben [9]. Die Studie zeigte auch, dass 64 % der Befragten eine entsprechende Behandlung erhalten haben. Am häufigsten wandten sich Betroffene an Dermatologen, gefolgt von plastischen Chirurgen.

Merke

Betroffene suchen oft Hilfe bei medizinischen Behandlern, z. B. plastischen Chirurgen, Dermatologen oder Zahnmedizinern, um das Aussehen ihres Makels korrigieren oder verbessern zu lassen.

Diagnose und Klassifikation

Diagnosekriterien und Klassifikation

Die „Internationale und statistische Klassifikation der Krankheiten und anderer Gesundheitsprobleme“ klassifiziert die körperdysmorphe Störung in ihrer aktuellen Auflage unter der Bezeichnung Dysmorphophobie (ICD-10 F45.2) als Form der hypochondrischen Störungen unter den somatoformen Störungen. Auch das „Diagnostische und Statistische Manual für Psychische Störungen“ hat die körperdysmorphe Störung (DSM-IV 300.7) bislang unter die somatoformen Störungen eingeordnet.

Die klassifikatorische Zuordnung zu den somatoformen Störungen in der ICD und im DSM wurde jedoch kontrovers diskutiert. Mit der Einführung des DSM-5 im Mai 2013 kam es zu wichtigen Veränderungen im Hinblick auf Klassifikation und Diagnosekriterien. Die KDS wird in dem DSM-5 unter den Zwangsspektrumsstörungen klassifiziert. Darüber hinaus wurden die Diagnosekriterien modifiziert und ergänzt. Bislang wurde die KDS im DSM-IV als übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Makel definiert. Im DSM-5 wird nun von einer übermäßigen Beschäftigung mit einem wahrgenommenen Makel gesprochen, da dies das Empfinden der Betroffenen besser abbildet. Es wurde ein weiteres Diagnosekriterium eingeführt, dass das Auftreten sich wiederholender Verhaltensweisen (z. B. Kontrolle des Aussehens im Spiegel) oder sog. mentaler Akte (z. B. Vergleichen des eigenen Aussehens mit dem Aussehen anderer) im Verlauf der Störung verlangt. Zudem wurde die Abgrenzung zu den Essstörungen deutlicher hervorgehoben. Als zusätzliche Spezifizierungen wurden die Einsichtsfähigkeit und die Muskeldysmorphophobie eingeführt. Bei der Einsichtsfähigkeit kann nun zwischen guter, schlechter oder fehlender Einsichtsfähigkeit unterschieden werden. Die Spezifizierung der Muskeldysmorphophobie wird vergeben wenn der Betroffene übermäßig damit beschäftigt ist, dass sein Körper zu schmal oder zu wenig muskulös ist. Diese Variante der KDS ist bspw. gehäuft bei jungen Männern anzutreffen.

Merke

Im DSM-5 ist die KDS den Zwangsspektrumsstörungen zugeordnet. In der ICD-10 ist die KDS noch den somatoformen Störungen zugeordnet.

Bei etwa 50 % der Betroffenen ist die Überzeugung von der eigenen Entstellung phasenweise als wahnhaft zu charakterisieren [5]. Personen, die wahnhaft von der eigenen Entstellung überzeugt sind, unterscheiden sich jedoch nicht von einsichtsfähigen Betroffenen im Hinblick auf demografische Charakteristika; auch sind Phänomenologie, Verlauf, Komorbidität und Ansprechen auf Behandlungen bei wahnhafter und nicht wahnhafter Form ähnlich [10]. Aufgrund des Überwiegens von Gemeinsamkeiten werden beide Formen als Varianten derselben Störung aufgefasst. Nach dem DSM-5 kann der Grad der Einsichtsfähigkeit nun zusätzlich spezifiziert werden. In der ICD-10 ist bei wahnhafter Symptomatik die Diagnose einer wahnhaften Störung (ICD-10 F22.8) anstatt der Diagnose einer Dysmorphophobie zu vergeben.

DIAGNOSEKRITERIEN DER KÖRPERDYSMORPHEN STÖRUNG (F45.2) NACH DER ICD-10

A. Entweder 1. oder 2.
   1. (Kriterium Hypochondrische Störung)
   2. Anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobe Störung).

B. Die ständige Sorge um diese Überzeugung und die Symptome verursacht andauerndes Leiden oder eine Störung des alltäglichen Lebens und veranlasst die Patienten, um medizinische Behandlung oder Untersuchungen (oder entsprechende Hilfe von Laienheilern) nachzusuchen.

C. Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome bzw. Entstellungen vorliegt. (Vorübergehende Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach der medizinischen Untersuchung spricht nicht gegen eine Diagnose.)

D. Ausschlussvorbehalt: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer wahnhaften Störung (F2, insbesondere F22) oder einer affektiven Störung (F3) auf.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Differenzialdiagnosen

Die KDS kann in ihrer Symptomatik verschiedenen anderen klinischen Störungsbildern ähneln. In der Literatur wird vor allem auf Gemeinsamkeiten zwischen KDS und depressiven Störungen, sozialen Phobien, Zwangsstörungen und Essstörungen eingegangen. Die KDS zeichnet sich gegenüber diesen Störungsbildern durch symptomatologische Besonderheiten aus und lässt sich entsprechend abgrenzen. Für wesentliche Unterschiede in der Symptomatik zwischen KDS und anderen Störungsbildern siehe [11].

Diagnostische Instrumente

Bei der KDS handelt es sich um eine Störung, die häufig übersehen und dementsprechend zu selten diagnostiziert wird. Dies mag daran liegen, dass sich Betroffene wegen ihres Aussehens schämen oder befürchten eitel zu wirken und deshalb die Sorgen um das Aussehen verschweigen. Auch versäumen es Behandler, entsprechende Screeningfragen zu stellen und sind teilweise mit Symptomatik und Diagnostik der KDS nicht vertraut.

Mittlerweile stehen in deutscher Sprache einige Instrumente zur Verfügung, die im diagnostischen Prozess genutzt werden können. Der Verdacht auf das Vorliegen einer KDS kann mit Screeningverfahren, z. B. dem „Dysmorphic Concern Questionnaire“ [12], geprüft werden. Zur formalen Diagnosestellung können Interviewverfahren eingesetzt werden, z. B. das „Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module“ [2] oder das KDS-Modul aus dem „Strukturierten Klinischen Interview für Psychische Störungen“ [13]. Für die Erfassung des Schweregrads körperdysmorpher Symptomatik hat sich die „Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modifiziert für KDS“ [14] als Interviewverfahren bewährt. Es stehen auch Selbstbeurteilungsinstrumente zur Schweregraderfassung zur Verfügung, z. B. der „Fragebogen körperdysmorpher Symptome“ [15]. Für ausführliche Hinweise zu den diagnostischen Instrumenten und deren deutsche Versionen siehe [11].

Epidemiologie, Verlauf und Nosologie

Prävalenz

Epidemiologische Studien verweisen in der Allgemeinbevölkerung auf eine Punktprävalenz der KDS von etwa 1 – 2 %. Zwei große bevölkerungsrepräsentative Studien aus Deutschland berichteten Punktprävalenzraten von 1,7 % und 1,8 % [7, 16]. Da die Prävalenzangaben auf Selbstbericht beruhen, ist davon auszugehen, dass die Prävalenz der KDS noch geringer ausfällt als in den Studien angegeben.

Merke

Die Prävalenz der KDS in der Allgemeinbevölkerung beträgt etwa 1 – 2 %.

Höhere Prävalenzraten für die KDS werden in medizinischen Settings berichtet. In der plastischen Chirurgie liegen Studien aus verschiedenen europäischen Ländern z. B. Frankreich und Italien aber auch aus den USA und Japan vor. Die Studien zeigen, dass bei Personen, die sich für einen ästhetischen Eingriff in plastisch-chirurgischen Kliniken vorstellen, die Prävalenzraten für KDS zwischen 5 und 15 % schwanken. Bei Personen, die sich speziell für eine Nasenoperation vorstellen, liegen die Prävalenzraten noch höher, und zwar zwischen 20 und 30 %. Bei Personen, die sich in dermatologischen Kliniken zur Behandlung vorstellten, berichten Studien Prävalenzraten zwischen 8 und 15 %. Weniger gut untersucht wurde bislang die Prävalenz der KDS in der Zahnmedizin. Bisherige Studien aus England und den Niederlanden verweisen auf eine Prävalenz von etwa 5 – 13 % [17]. Zusammenfassende Angaben zu Prävalenzraten der KDS finden sich in ▶ **Tab. 3**.

▶ **Tab. 3** Punktprävalenzraten der KDS in verschiedenen Settings.

Setting	Punktprävalenz der KDS
Allgemeinbevölkerung	1 – 2 %
studentische Stichproben	5 – 13 %
psychiatrische Stichproben	2 – 13 %
plastische Chirurgie	5 – 15 %
Dermatologie	8 – 15 %
Zahnmedizin	5 – 13 %

Merke

In medizinischen Settings wie der plastischen Chirurgie, Dermatologie oder Zahnmedizin werden Prävalenzraten von 5 – 15 % berichtet.

Geschlechtsunterschiede

Männer und Frauen sind in etwa gleich häufig von der KDS betroffen, wobei einige Studien eine leicht erhöhte Prävalenz für Frauen berichten [7, 16]. In der größten Studie zu Geschlechtsunterschieden bei KDS zeigte sich, dass sich Frauen häufiger um Haut, Bauch, Gewicht, Brust, Gesäß, Oberschenkel, Beine, Hüfte und Zehen sorgten. Männer dagegen sorgten sich häufiger um Genitalien, Körperstatur und Haarausfall. Frauen führten häufiger als Männer folgende Verhaltensweisen durch:

- Kaschieren
- Kontrolle im Spiegel
- Wechseln der Kleidung
- Skin picking

Männer dagegen berichteten, häufiger Gewichte zu heben und waren zudem älter, seltener verheiratet und lebten häufiger alleine als betroffene Frauen [18].

Merke

Frauen und Männer sind etwa gleich häufig von der KDS betroffen. Geschlechtsunterschiede zeigen sich in der Lokalisation des Makels und in den eingesetzten Verhaltensweisen.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Verlauf

Die KDS beginnt meist im Jugendalter, wobei subklinische Symptome oft bereits früher berichtet werden. In einer naturalistischen, prospektiven Studie aus den USA betrug die Wahrscheinlichkeit für volle Remission nach 4 Jahren 20 % und für teilweise Remission 55 %. Damit waren die Wahrscheinlichkeiten für volle und teilweise Remission geringer als bei affektiven Störungen und den meisten Angststörungen. Stärker ausgeprägte Symptomatik, längere Krankheitsdauer und Erwachsenenalter waren mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit für Voll- oder Teilremission assoziiert. Dagegen gab es keinen Zusammenhang zwischen Remissionswahrscheinlichkeit und wahnhafter Überzeugung von der eigenen Entstellung, komorbiden Störungen wie z. B. Depressionen, ethnischer Zugehörigkeit und Geschlecht [19].

Komorbidität

Betroffene mit einer KDS leiden häufig unter weiteren psychischen Störungen – und oftmals sind diese der Anlass, psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen. Die häufigsten komorbiden psychischen Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen. ▶ **Tab. 4** stellt die Prävalenzraten häufiger komorbider Störungen zusammenfassend dar. Einer retrospektiven Studie zufolge begann die KDS in der Mehrheit der Fälle vor der depressiven Störung und vor dem Substanzmissbrauch [20]. Im Zusammenhang mit der sozialen Phobie und Essstörungen war jedoch festzustellen, dass die KDS meist nach diesen Störungen auftritt [20, 21]. Prospektive Studien fehlen in diesem Bereich. Die häufigsten komorbiden Persönlichkeitsstörungen bei Betroffenen mit einer KDS sind die ängstlich-vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitsstörung [22].

▶ **Tab. 4** Häufige komorbide Achse-I-Störungen bei KDS [20].

komorbide Störung	Punktprävalenz bei Personen mit KDS
depressive Störungen	63 %
soziale Phobie	32 %
Zwangsstörung	25 %
Substanzmissbrauch	8 %
Essstörungen	4 %

Merke

Die häufigsten komorbiden Achse-I-Störungen bei der KDS sind Depressionen, soziale Phobien, Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen.

Entstehung und Aufrechterhaltung

Die Entstehung der KDS kann durch Vulnerabilitäts-Stress-Modelle am besten erklärt werden [4]. Im Folgenden werden die wichtigsten Komponenten eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modells dargestellt.

Genetische Faktoren

Studien verweisen auf eine familiäre Häufung der KDS. Bislang ist jedoch noch nicht geklärt, ob dies auf genetische Faktoren oder Faktoren der soziokulturellen Umgebung der Familie zurückgeht [23]. In einer Zwillingsstudie wurde die Erblichkeit körperdysmorpher Besorgnis untersucht [24]. Man geht davon aus, dass das Vollbild der KDS die extreme Ausprägung körperdysmorpher Besorgnis darstellt. Es zeigte sich, dass genetische Faktoren 44 % und individuell bedeutsame Umweltfaktoren 56 % der Varianz körperdysmorpher Besorgnis erklärten.

Neurokognitive und neurobiologische Faktoren

Neurochemische und psychopharmakologische Studien legen nahe, dass Serotonin bei KDS eine Rolle spielt. Bislang gibt es dafür jedoch nur indirekte Hinweise z. B. die Wirksamkeit selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bei KDS [23]. Neurokognitive Studien verweisen bei KDS auf Defizite in den exekutiven Funktionen, insbesondere im Bereich der Planung und Organisation von Informationen [23]. In mehreren Studien zeigten sich bei KDS Auffälligkeiten in der Informationsverarbeitung. Personen mit KDS wiesen bspw. größere Defizite in dem Erkennen von emotionalen Gesichtsausdrücken auf als Gesunde [25].

Mehrere Studien, die die funktionelle Bildgebung einsetzten, fanden Hinweise auf Auffälligkeiten in der visuellen Verarbeitung. Personen mit KDS zeigten bei der Betrachtung fremder Gesichter eine stärker ausgeprägte linkshemisphärische Aktivierung im lateralen präfrontalen Kortex und im lateralen Temporallappen, was auf eine detailorientiertere Verarbeitung hinweist [26]. In dieser Studie zeigten Personen mit KDS bei der Betrachtung der Bilder auch eine erhöhte Aktivität der Amygdala. Weitere Studien, die die Aktivierung von Hirnarealen bei der Betrachtung des eigenen Gesichts und von Objekten untersuchten, fanden ebenso Auffälligkeiten, was auf generelle pathologische Prozesse bei der visuellen Verarbeitung verweist [23].

Zusammenfassend folgern Li et al. in ihrer aktuellen Übersicht [23], dass die vorliegenden neurokognitiven und neurobiologischen Studien auf Auffälligkeiten bei KDS im frontostriatalen System, in der visuellen Verarbeitung von aussehensbezogenen und nicht aussehensbezogenen Stimuli und in der emotionalen Verarbeitung von Gesichtern hinweisen. Unklar ist, ob diese Faktoren Risikofaktoren darstellen oder Folgen der Störung sind. Auch ist die Spezifität der Befunde für die KDS noch nicht geklärt.

Psychosoziale Faktoren

Man nimmt an, dass aversive Lebensereignisse in der Kindheit einen Risikofaktor für die Entwicklung der KDS darstellen. Es gibt Hinweise auf höhere Raten sexuellen und emotionalen

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Missbrauchs bei KDS im Vergleich zu Zwangspatienten [27]. Zudem liegen Hinweise dafür vor, dass KDS-Betroffene im Kindesalter häufiger gehänselt wurden als Gesunde [28].

Des Weiteren geht man davon aus, dass der Erziehungsstil der Eltern [4] und weitere familiäre Einflüsse wie z. B. ein überbehütendes, konfliktvermeidendes und leistungsbetontes Elternhaus [29] Risikofaktoren darstellen. Empirische Studien hierzu stehen bei KDS noch aus.

Man nimmt auch an, dass Persönlichkeitszüge wie z. B. ausgeprägter Perfektionismus, niedriger Selbstwert und hohe Angst vor Zurückweisung als Risikofaktoren infrage kommen. Es gibt Hinweise auf stärker ausgeprägten Perfektionismus, niedrigeres Selbstbewusstsein und stärker ausgeprägte Verhaltenshemmung bei KDS im Vergleich zu Gesunden [30 – 32].

Schließlich nimmt man an, dass Medien- und Kultureinflüsse mögliche Risikofaktoren darstellen. Es gibt Hinweise, dass eine Konfrontation mit medialen Bildern, die das heutige Schlankheitsideal verkörpern, mit erhöhter Körperunzufriedenheit bei Frauen assoziiert ist [33]. Ob in den Medien dargestellte Schönheitsideale die Entwicklung einer KDS begünstigen, ist bislang noch nicht geklärt.

Als bislang einziger spezifischer Risikofaktor wird das Konzept der Ästhetikalität diskutiert, worunter eine erhöhte ästhetische Empfindsamkeit zu verstehen ist. Es gibt einige indirekte Hinweise auf erhöhte Ästhetikalität bei Personen mit KDS. Beispielsweise fand man, dass Personen mit KDS häufiger einen beruflichen Hintergrund im Bereich Kunst und Design aufweisen als Patienten mit anderen psychischen Störungen [34].

Insgesamt werden verschiedene psychosoziale Faktoren als Risikofaktoren bei KDS in Betracht gezogen. Bislang liegen jedoch lediglich retrospektive Studien vor und oft fehlen Daten an klinischen Kontrollgruppen. Die Relevanz der dargestellten Faktoren als Risikofaktoren und deren Spezifität für KDS bleiben deshalb noch offen.

Aufrechterhaltende Faktoren

Es wurden mehrere kognitiv-behaviorale Modelle entwickelt, die die Aufrechterhaltung der KDS-Symptomatik versuchen zu erklären. Die Modelle betonen die wichtige Rolle von Aufmerksamkeitsprozessen, negativen aussehensbezogenen Bewertungen und Überzeugungen, resultierenden negativen Emotionen und Sicherheitsverhaltensweisen. Beispielsweise postuliert das kognitiv-behaviorale Modell von Veale [35] [36], dass ein Trigger, z. B. ein Blick in den Spiegel, ein intern repräsentiertes, mentales Bild des eigenen Aussehens aktiviert. Verbunden damit sind Prozesse der selbstbezogenen und selektiven Aufmerksamkeit: Die Aufmerksamkeit wird selektiv auf den vermeintlichen Makel und damit einhergehende Gedanken, Gefühle und Vorstellungsbilder gerichtet. In einem weiteren Schritt werden negative Bewertungen des Aussehens und dysfunktionale Annahmen über die Wichtigkeit des Aussehens aktiviert. Dies wiederum führt zu dem Einsatz von zwanghaften Verhaltensweisen oder Sicherheitsverhaltensweisen. Es resultiert eine sich immer weiter verschlechternde Stimmung in Verbindung mit übermäßigem Grübeln. Der Grad der empirischen Absicherung für verschiedene Faktoren des Modells ist sehr unterschiedlich und wichtige Annahmen sind bislang noch nicht belegt.

Behandlung

Im Folgenden wird die auf die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsformen eingegangen. Zudem wird die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der KDS genauer beschrieben.

Nichtpsychiatrische, medizinische Behandlung

Betroffene mit KDS wenden sich oft an medizinische Behandler, um den wahrgenommenen Makel in der äußeren Erscheinung korrigieren zu lassen. Insgesamt zeigen die bisherigen zumeist retrospektiven Studien, dass medizinische Eingriffe die KDS-Symptomatik nicht verändern. In einer US-amerikanischen Studie zeigte sich, dass 27 % der durchgeführten medizinischen Behandlungen bei KDS-Betroffenen zu vermehrter Zufriedenheit mit dem Aussehen führten. Jedoch führten nur 4 % der durchgeführten Behandlungen zu einer Verbesserung der Symptomatik. In den meisten Fällen sorgten sich Betroffene mit einer KDS nach der medizinischen Behandlung über einen anderen Körperbereich, sodass die Symptome bestehen blieben [9]. Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass Daten aus den bisherigen Studien häufig an psychiatrischen Stichproben KDS-Betroffener erhoben wurden. Deshalb ist von einer Verzerrung in Richtung erfolgloser medizinischer Behandlungen auszugehen. Zudem fehlen größer angelegte prospektive Studien zur Wirksamkeit medizinischer Behandlungen.

Merke

Nach bisherigem Wissen führen nichtpsychiatrische, medizinische Behandlungen zu keiner Verbesserung der KDS-Symptome.

Psychopharmakotherapie

Einzelfallstudien, Open-Label-Studien und bislang eine kontrollierte randomisierte Studie konnten die Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) zeigen; eine weitere kontrollierte Studie verweist auf die Wirksamkeit von Clomipramin, einem trizyklischen Antidepressivum [37]. Auch bei Patienten, deren Überzeugung von der eigenen Entstellung wahnhaft ausgeprägt ist, haben sich SSRIs als wirksam bei der Reduktion der Symptomatik erwiesen [37]. Basierend auf klinischer Erfahrung empfehlen Phillips u. Hollander [37] eine Höherdosierung des SSRIs im Vergleich zu der Behandlung von Depressionen. Ein Wirkungseintritt sollte sich nach 12 Wochen einstellen [37]. Es gibt bislang weder Studien zur langfristigen Wirksamkeit von SSRIs noch zur Aufrechterhaltungstherapie mit SSRIs.

Merke

Die Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern stellt im Rahmen der Pharmakotherapie bei KDS die Methode der Wahl dar.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Psychotherapie

Es gibt mittlerweile ausführlich dargestellte Konzepte der verhaltenstherapeutischen Behandlung der KDS [4, 29, 38]. Im Folgenden wird auf einige ausgewählte Aspekte der Eingangsphase und auf wichtige Wirkprinzipien der Interventionsphase eingegangen.

Für Betroffene ist es oft schambesetzt, über den Makel in ihrem Aussehen zu besprechen. Zudem besteht häufig große Ambivalenz gegenüber psychotherapeutischen Maßnahmen. In der Eingangsphase der Therapie ist deshalb ein behutsames und empathisches Vorgehen notwendig. Außenstehende reagieren meist mit Unverständnis auf die starke Beschäftigung des Betroffenen mit dem Makel. Deshalb ist es wichtig, das Leiden und die Beeinträchtigung aufgrund der starken Beschäftigung mit dem Aussehen ernst zu nehmen. Bei vorhandener Einsichtsfähigkeit kann die Diagnose der KDS kommuniziert werden. Bei starker Überzeugung von der eigenen Entstellung sollte davon zunächst abgesehen werden. Der Aufbau von Veränderungsmotivation spielt eine große Rolle. In der Regel teilt der Therapeut bzw. die Therapeutin die Bewertung des Aussehens nicht. Dies erschwert die Erarbeitung eines gemeinsamen Problemverständnisses und gemeinsamer Ziele. Hilfreich ist es an dieser Stelle, die Belastung und Beeinträchtigung durch die übermäßige Beschäftigung mit dem Aussehen im Alltag herauszuarbeiten. Als Ziel der Therapie kann definiert werden, die Belastungen, die durch das Erleben von Entstellung und der großen Bedeutung des Aussehens entstanden sind, besser zu bewältigen.

In der Interventionsphase kommen klassischerweise Exposition mit Reaktionsverhinderung sowie Techniken der kognitiven Umstrukturierung zum Tragen. Durch das Aufsuchen vermiedener Situationen und das Unterlassen von Sicherheitsverhaltensweisen soll der Bewegungsspielraum der Betroffenen erweitert werden. Es bietet sich an, eine gestufte Hierarchie von Situationen und Aktivitäten zu erstellen, die mit Angst und Vermeidung verbunden sind. Anfangs sollte die Exposition therapeutengeleitet durchgeführt werden, um den Betroffenen zum Aufsuchen der schwierigen Situationen und zum Unterlassen der Sicherheitsverhaltensweisen zu motivieren. Ziel der kognitiven Therapie ist die Identifikation und Veränderung der individuellen Bedeutung des Aussehens für z. B. die Bewältigung einer Aufgabe, die Gestaltung sozialer Beziehungen oder den Selbstwert. Typische dysfunktionale Gedanken (z. B. „Alle starren immer auf meine Nase“) und Grundannahmen (z. B. „Nur schöne Menschen sind liebenswert“) können mithilfe der sokratischen Dialogführung hinterfragt werden. Zur Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Grundannahmen bieten sich auch Verhaltensexperimente an.

Neuere Behandlungsansätze sehen darüber hinaus Interventionen aus dem Bereich der sozialen Angststörung vor [39]. Beispielsweise werden gezielt Aufmerksamkeitstrainings eingesetzt, um selektive und selbstbezogene Aufmerksamkeitsprozesse zu verändern. Der Patient soll hierbei erlernen, die Aufmerksamkeit von innen (von Gedanken, Gefühlen, Vorstellungsbildern) nach außen (auf die Umgebung, Umwelt) zu lenken. Des Weiteren wird Imagery Rescripting eingesetzt. Hierbei sollen mentale Vorstellungsbilder und damit zusammenhängende negative Erlebnisse zunächst lebhaft erinnert und schließlich durch Stärke- und Bewältigungsbilder (z. B. Zuhilfenahme des heutigen Ichs) modifiziert werden. Eine Auswahl an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen ist im Folgenden dargestellt.

Buhlmann et al. [40] fassen den Forschungsstand zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen bei KDS zusammen. Mehrere unkontrollierte und bislang wenige kontrollierte Studien verweisen auf die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei KDS. In den Studien zeigten sich überwiegend große Prä-Post-Effektstärken hinsichtlich der KDS-Symptome und auch hinsichtlich depressiver Symptomatik. Das Behandlungsrational umfasste in den Studien als Interventionsmethoden in der Regel Exposition mit Reaktionsverhinderung und Techniken der kognitiven Umstrukturierung. Die Wirksamkeit der anderen Interventionen wie z. B. Imagery Rescripting und Aufmerksamkeitstraining wurde lediglich in Einzelfallstudien überprüft (z. B. [41]). Für andere psychotherapeutische Verfahren fehlen bislang aussagekräftige Wirksamkeitsnachweise. Auch stehen vergleichende Psychotherapiestudien noch aus.

Merke

Bisherige empirische Studien verweisen auf die Effektivität kognitiv-behavioraler Therapien zur Behandlung der KDS.

AUSWAHL AN KOGNITIV-VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN INTERVENTIONEN ZUR BEHANDLUNG DER KDS [39]

- Exposition mit Reaktionsverhinderung
- kognitive Umstrukturierung
- Aufmerksamkeitstraining
- Imagery Rescripting
- Spiegelkonfrontation, Videokonfrontation
- Verhaltensexperimente

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag wurde erstveröffentlicht in: Psychother Psych Med 2014; 64: 397 – 405.

Literatur

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000

[2] Phillips KA. The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. Oxford: Oxford University Press; 2005

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

[3] Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G et al. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1998; 59: 568 – 575

[4] Veale D, Neziroglu F. Body dysmorphic disorder: a treatment manual. Chichester: John Wiley & Sons; 2010

[5] Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. J Psychiatr Res 2004; 38: 63 – 72

[6] Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E et al. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. J Psychosom Res 2012; 72: 321 – 327

[7] Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S et al. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychol Med 2006; 36: 877 – 885

[8] Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. Am J Psychiatry 2006; 163: 1280 – 1282

[9] Crerand CE, Phillips KA, Menard W et al. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2005; 46: 549 – 555

[10] Phillips KA, Hart AS, Simpson HB et al. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. CNS spectrums 2013; 19: 10 – 20

[11] Kollei I, Martin A. Körperdysmorphe Störung: Symptome, Diagnose und Therapie. Psychotherapeut 2010; 55: 153 – 166

[12] Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32: 129 – 132

[13] Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S et al. SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Göttingen: Hogrefe; 1997

[14] Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA et al. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Psychopharmacol Bull 1997; 33: 17 – 22

[15] Buhlmann U, Wilhlem S, Glaesmer H et al. Fragebogen körperdysmorpher Symptome (FKS): Ein Screening-Instrument. Verhaltenstherapie 2009; 19: 237 – 242

[16] Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychiatry Res 2010; 178: 171 – 175

[17] Sarwer DB, Spitzer JC. Body Image Dysmorphic Disorder in Persons Who Undergo Aesthetic Medical Treatments. Aesthet Surg J 2012; 32: 999 – 1009

[18] Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2006; 47: 77 – 87

[19] Phillips KA, Menard W, Quinn E et al. A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. Psychol Med 2013; 43: 1109 – 1117

[20] Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2003; 44: 270 – 276

[21] Kollei I, Schieber K, de Zwaan M et al. Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. Int J Eat Disord 2013; 46: 52 – 59

[22] Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2000; 41: 229 – 236

[23] Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body dysmorphic disorder: neurobiological features and an updated model. Z Klin Psychol Psychother 2013; 42: 184 – 191

[24] Monzani B, Rijsdijk F, Anson M et al. A twin study of body dysmorphic concerns. Psychol Med 2011; 30: 1 – 7

[25] Buhlmann U, McNally RJ, Etcoff NL et al. Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. J Psychiatr Res 2004; 38: 201 – 206

[26] Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A et al. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 1417 – 1425

[27] Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias J A. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. Body Image 2006; 3: 189 – 193

[28] Buhlmann U, Cook LM, Fama JM et al. Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. Body Image 2007; 4: 381 – 385

[29] Brunhoeber S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung. Göttingen: Hogrefe; 2009

[30] Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord 2008; 22: 540 – 547

[31] Rosen JC, Ramirez E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. J Psychosom Res 1998; 44: 441 – 449

[32] Schieber K, Kollei I, de Zwaan M et al. Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. Psychiatry Res 2013; 210: 242 – 246

[33] Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. Psychol Bull 2008; 134: 460 – 476

[34] Veale D, Ennis M, Lambrou C. Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. Am J Psychiatry 2002; 159: 1788 – 1790

[35] Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. Body Image 2004; 1: 113 – 125

[36] Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. Body Image 2008; 5: 28 – 38

[37] Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. Body Image 2008; 5: 13 – 27

[38] Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. Behav Ther 2011; 42: 624 – 633

[39] Ritter V, Stangier U. Kognitive Therapie bei körperdysmorpher Störung. Z Klin Psychol Psychother 2013; 42: 192 – 200

[40] Buhlmann U, Martin A, Tuschen-Caffier B et al. Die körperdysmorphe Störung. Z Klin Psychol Psychother 2013; 42: 153 – 162

[41] Ritter V, Stangier U. Seeing in the mind's eye: Imagery rescripting for patients with body dysmorphic disorder. A single case series. J Behav Ther Exp Psychiatry 2016; 50: 187 – 195

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.