

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

VERMEINTLICHE KÖRPERENTSTELLUNG

Körperdysmorphie Störung (KDS) – Dysmorphophobie – Entstellungssyndrom – exzessive Beschäftigung mit einer vermuteten körperlichen Entstellung – Hypochondrie

Es gibt nicht wenige Menschen, die sich nicht mehr sehen, ja überhaupt nicht mehr ertragen können, nur weil sie eine „unerträgliche körperliche Entstellung“ aufweisen – meinen sie. Alle anderen können das zwar nicht bestätigen, aber die Betroffenen werden einfach nicht mehr glücklich. Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sinken, ihr ganzes Denken und Handeln kreist nur noch um die scheinbare Entstellung im Gesicht oder übrigen Körperbereich. Am Schluss hilft nur noch eine plastische Operation. Doch das Leiden geht weiter. Denn bei solchen *körperdysmorphen Störungen* geht es nicht wirklich um einen körperlichen Makel, es geht um ein unverarbeitetes innerseelisches Problem, das sich lediglich auf eine (scheinbare) körperliche Entstellung „einschießt“. Die zwischenmenschlichen und beruflichen Folgen leiten nicht selten in einen Teufelskreis über, der das ganze Leben zu ruinieren vermag.

Hier hilft nur noch das, was die Betroffenen geradezu ängstlich meiden: der Rat eines Psychiaters oder Psychologen, der sich mit körperdysmorphen Störungen (auch Dysmorphophobie oder Entstellungssyndrom genannt) auskennt.

Erwähnte Fachbegriffe:

Vermeintliche Körperentstellung – Körperdysmorphie Störung (KDS) – Dysmorphophobie – Entstellungssyndrom – exzessive Beschäftigung mit einer vermuteten körperlichen Entstellung – subjektives Gefühl der Hässlichkeit – subjektives Gefühl der körperlichen Missgestaltung – Hypochondrie – hypochondrische Störung – übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten körperlichen Mangel- Unzufriedenheit mit Körperform und Körperumfang –

vermeintliche Körperentstellung: Häufigkeit, Geschlechtsverteilung, Alter, Zivilstatus, Verlauf, Ko-Morbidität u. a. – Leidensbild der körperdysmorphen Störung – die häufigsten subjektiv empfundenen „Schönheitsfehler“: in Kopf und Gesicht Akne, Falten, Narben, Gefäßzeichnungen, Blässe, Rötung, Schwellungen, Gesichts-Asymmetrie, Gesichts-Behaarung, Augen, Augenlider, Augenbrauen, Ohren, Mund, Lippen, Zähne, Kiefer, Kinn, Wangen, Nase, Haarwuchs, Bartwuchs, Schweiß- und Errötungsneigung u. a. – die häufigsten Klagen im übrigen Körperbereich: Größe, Gewicht, Figur, Hände, Arme, Beine, Füße, Brustkorb, Brustwarzen, Hüften, Schultern, Rücken, Genitalien, Fettpolsterverteilung, Oberschenkel, Unterschenkel, Gesäß u. a. – sonderbare Beschwerden bzw. Klagen – allgemeine Hässlichkeit – diffuse Hässlichkeits-Beschreibungen – charakteristische Persönlichkeitszüge bei körperdysmorpher Störung: Minderwertigkeitsgefühle, narzisstische Überschätzung, übertriebene Selbstbeobachtung, übersteigerte Normvorstellungen, idealisierter Schönheitsbegriff, Sensitivität mit depressiver Neigung, verschobene „Innenschau“, krankhafte Scheu, Kommunikationsschwäche, Beziehungsstörungen, Beschämungs-Ängste – Minderwertigkeitsgefühle, Selbst-Ekel, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Wut, Aggressivität, sinnloser Hang zur Selbst-Zerstörung u. a. – Grübel-Neigung – Gedankenkreisen – ständiges Spiegel-Kontrolle – Angst vor dem Spiegel – dauernder Wunsch nach Rückversicherung, ständiger Vergleich mit den Schönheitsfehlern anderer – Vertuschungs-Versuche: Bart, Kopftuch, Hut, Schal, Kleidung u. a. – psychosoziale Konsequenzen: Rückzug, Kontaktabbruch, Isolationsgefahr, Leistungseinbruch, partnerschaftliche, familiäre, nachbarschaftliche, berufliche Folgen usw. – entgleiste Selbstbehandlungs-Versuche – Suizidgefahr – Verlauf einer körperdysmorphen Störung – Ursachen einer körperdysmorphen Störung: prädisponierende Faktoren (im Vorfeld bahrend) wie erhöhte ästhetische Empfindsamkeit, Missbrauchs-Erlebnisse, Hänseleien in Kindheit und Jugend, entsprechende Persönlichkeitsstruktur, Neigung zu Perfektionismus, Medien- und Kultureinflüsse, Mode-Zwänge u. a. – auslösende Faktoren einer körperdysmorphen Störung: kritische Lebensereignisse – aufrecht erhaltende Faktoren einer körperdysmorphen Störung – was kann mit einer körperdysmorphen Störung verwechselt werden: Selbstwertkrisen, neurotische Entwicklung, Persönlichkeitsstörungen, Ess-Störungen, Schizophrenie, Störung der Geschlechtsidentität, Depressionen, soziale Phobie, Zwangsstörungen, wahnhaftige Störungen, Hypochondrie u. a. – Therapie der körperdysmorphen Störung: nicht-psychiatrische medizinische Behandlung, kognitive Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, Kombinationstherapie – u. a. m.

Wer hätte nicht noch Wünsche offen bezüglich Größe, Gewicht, Figur, von Einzelheiten wie Haare, Augen, Nase, Mund, Hals, Hände usw. ganz abgesehen. Die meisten Menschen sind nicht unrealistisch. Schöner müsste nicht unbedingt sein, Schönheit ist vergänglich. Aber dieser oder jener kleine körperliche Mangel, auf den würde man schon gerne verzichten – oder ihn korrigieren lassen, sofern möglich. Doch auch dazu sind die meisten nicht bereit, aus gutem Grund. Man hat sich arrangiert, seinen Frieden mit sich geschlossen. Und

irgendwie gehören ja seelische und körperliche Mängel auch zur jeweiligen Persönlichkeit und werden zum Charakteristikum, zum unverwechselbaren Merkmal und haben damit sogar eine durchaus positive Funktion.

Doch nicht jeder kann sich damit abfinden. Und es scheint so, als ob die Zahl jener wächst, die sich geradezu exzessiv bis zwanghaft mit ihrer angeblich „unerträglichen körperlichen Entstellung“ beschäftigen müssen.

Wenn dieser übermäßige bis zwanghafte Drang, sich „unausstehlich“ zu finden, das Leben prägt, und zwar negativ, dann nannte man das früher ein „*Entstellungssyndrom*“ oder eine *Dysmorphophobie* und heute eine *Körperdysmorphie Störung – KDS* (aus dem griechischen: dys = un-, miss- und morphe = Gestalt, äußere Erscheinung sowie phobos = Furcht, Angst, Scheu).

Frühere und heutige Definitionen und Klassifikationen

Die körperdysmorphie Störung war lange wissenschaftlich umstritten und tritt eigentlich erst in den letzten Jahren wieder vermehrt in die Diskussion, vor allem durch die Angebote, Möglichkeiten und Grenzen der plastischen und kosmetischen Chirurgie. Als seelische Störung mit erheblichen psychosozialen Folgen ist sie jedoch schon seit über 100 Jahren bekannt (1886): „Subjektives Gefühl der Hässlichkeit oder der körperlichen Missgestaltung trotz normalen Aussehens, wobei der Patient glaubt, von anderen in gleicher Weise wahrgenommen zu werden“.

Weil die Betroffenen die Psychiater, also jene Fachärzte meiden, die ggf. die zutreffende Diagnose stellen könnten (in den Augen dieser Patienten sie aber nur „psychiatrisieren“ wollen), gilt dieses Leiden als seltenes Krankheitsbild. In Wirklichkeit konzentrieren sich diese Patienten bei Dermatologen, HNO- und Zahnärzten, Kieferchirurgen bzw. -orthopäden, vor allem aber in der plastischen Chirurgie. Dort werden sie auch organisch und vor allem technisch gut versorgt, leider aber nur selten als seelisch gestört erkannt und psychotherapeutisch behandelt – und das Leiden und vor allem der eingeleitete Teufelskreis gehen weiter.

Heute wird die *körperdysmorphie Störung* oder *Dysmorphophobie* wie folgt definiert:

Exzessive Beschäftigung mit einem vermuteten Mangel oder einer Entstellung im körperlichen Aussehen. Dieser Mangel ist entweder eingebildet oder – wenn tatsächlich eine leichte körperliche Anomalie vorliegt – ist die Sorge der betroffenen Person deutlich übertrieben. Vor allem führt diese krankhafte Einstellung zu nachhaltigen sozialen, beruflichen und sonstigen Beeinträchtigungen.

Die Amerikanische Psychiaterische Vereinigung (APA) führt die *Körperdysmorphie Störung* in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) unter der Hauptgruppe der somatoformen Störungen als eigenständiges Leiden auf. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt sie in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) zusammen mit der Hypochondrie ab: Einzelheiten siehe nachfolgender Kasten.

Diagnose-Kriterien der körperdysmorphen Störung

ICD-10

A. Entweder

1. ein Kriterium hypochondrischer Störung oder
2. eine anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbilligung (dysmorphophobe Störung)

B. Die ständige Sorge um diese Überzeugung und um die Symptome verursacht andauerndes Leiden oder eine Störung des alltäglichen Lebens und veranlasst die Patienten, um medizinische Behandlung oder Untersuchung (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 die Diagnose.)

D. Ausschlussvorbehalt: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer wahnhaften Störung bei insbesondere affektiven Störung auf.

DSM IV

A: Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung. Wenn eine leichte körperliche Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis der betroffenen Person stark übertrieben

B: Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

C: Die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung (z. B. Unzufriedenheit mit Körperform und -umfang bei Anorexia nervosa) besser erklärt

Hinweise zu Hypochondrie (ICD-10) bzw. somatoformen Störungen (DSM-IV) siehe die speziellen Beiträge in dieser Serie.

Häufigkeit – Alter – Geschlecht

- Über die *Häufigkeit* gibt es keine exakten Untersuchungen und damit Angaben. Eines ist aber offenbar klar: Dieses Leiden trifft mehr Menschen, als allgemein bekannt und registriert. Da es sich auf verschiedene medizinische Disziplinen verteilt (siehe oben) und dort nicht immer als psychische Störung erkannt wird, gibt es keine verlässlichen Daten. Die Zahlen werden aber eher noch steigen als zurückgehen.

Ausserdem gibt es seit mehr als zehn Jahren eine Reihe von zahlenmäßig durchaus eindrucksvollen Studien (insbesondere aus dem angelsächsischen Bereich, aber auch Deutschland), die dann doch den Verdacht einer eindrucksvollen Prävalenz (Häufigkeit) nahe legen. Beispiele: Zwischen 0,7 und 2,4% in der Allgemeinbevölkerung, zwischen 4,8 und 5,5% in studentischen Stichproben, zwischen 5,8 und 13,1% bei Heranwachsenden und Erwachsenen in psychiatrischen Einrichtungen, bei rund 7,5% kieferorthopädischer Patienten, 9,1% mit plastisch-chirurgischem Operationswunsch und 11,9% beim Dermatologen.

Kurz: Es handelt sich um kein vernachlässigbares Problem, vor allem wenn man die Befürchtungen, Sorgen, Ängste, Qualen und insbesondere psychosozialen Konsequenzen für Beruf, Familie, weiteres Umfeld u. a. einbezieht.

- Auch zur *Geschlechtsverteilung* gibt es unterschiedliche Angaben: Die einen sprechen von einer Gleichverteilung betroffener Männer und Frauen, die anderen von einem – zumindest leichten – Überwiegen des weiblichen Geschlechts.

Ein interessanter Aspekt zeigt sich in einer, zudem noch sehr groß angelegten Studie, bei der die befragten Männer *älter*, häufiger *ohne Partnerschaft* und öfter *allein lebend* waren.

Betrachtet man die übrigens als Makel empfundenen *Körperregionen* gesondert, scheinen sich Männer häufiger um Körperstatur und Genitalien zu sorgen, während sich das weibliche Geschlecht eher Gedanken um Haut, Bauch, Gewicht, Brust, Gesäß, Oberschenkel, Beine, Hüfte und sogar Zehen macht.

- Der *Verlauf* ist meist chronisch, vor allem bei inadäquater oder ausbleibender gezielter Behandlung. In einer großen Studie wird davon gesprochen, dass nicht einmal jeder Zehnte eine volle Remission (Genesung) und nur etwa jeder Fünfte eine partielle Remission (also zumindest teilweiser Rückgang des Leidensbildes) erreicht.

- Und was die - ja inzwischen praktisch bei allen seelischen Leiden als bedeutsam erkannte - *Ko-Morbidität* betrifft (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt), so spricht man davon, dass mindestens jeder Zweite an einer depressiven Episode leidet und etwa jeder Dritte zusätzlich eine soziale Phobie oder Zwangsstörung zu verkräften hat.
- Vom *Alter* her finden sich eher jüngere Jahrgänge, nicht selten schon bei Jugendlichen, die sich ohnehin oft mit ihrem Körper (unzufrieden) beschäftigen. Der Beginn liegt also üblicherweise beim Heranwachsenden oder im frühen Erwachsenenalter. Doch wird das Leiden häufig erst nach mehreren Jahren diagnostiziert (wenn überhaupt), weil viele Betroffene ihr Beschwerdebild nur zögerlich zugeben und noch seltener gezielt behandeln lassen.
- *Varia*: Weitere soziodemographische Aspekte, die offenbar immer wieder auffallen, sind: Verheiratet ist offenbar der geringere Teil (nur jeder Vierte – s. o.), arbeitslos (in einer US-amerikanischen Studie) mehr als jeder Dritte.

Wie äußert sich eine körperdysmorphe Störung?

Die Betroffenen erleben sich als hässlich, abstoßend, lächerlich, obgleich sie meist unauffällig aussehen. Oder sie empfinden leichte körperliche (eigentlich markante) Veränderungen als Anomalität. Davon sind sie schier unbeirrbar überzeugt. Das kann sogar wahnhaftige Züge annehmen, wobei man jedoch inzwischen annimmt, dass sowohl die wahnhaftige als auch nicht-wahnhaftige Form als Variante ein und desselben Störungsbildes aufzufassen sei, weil sie sich ansonsten kaum unterscheiden.

Die Vorstellung der Hässlichkeit bezieht sich auf alle möglichen Aspekte, vor allem aber das Gesicht: Nase, Mund, Wangen, Kinn, Lippen (Form und Größe), Zunge, Zähne (Stellung, Form und Farbe), Kiefer und Ohren (Größe, Symmetrie, Form), ferner Haare, insbesondere Gesichtsbehaarung und Bartwuchs. Im weiteren Körperbereich Größe und Gewicht, Hände und Beine, Genitalien, Gesäß, Bauch, Schultern, Hüften u. a. Oder auf der so genannten vegetativen Ebene Schweiß- und Errötungsneigung, Fettpolsterverteilung usw.

Die häufigsten Klagen

Die häufigsten Klagen bei einer körperdysmorphen Störung beziehen sich auf eingebildete und leichte „Schönheitsfehler“ von

- *Kopf und Gesicht*: Akne, Falten, Narben, Gefäßzeichnungen, Blässe oder Rötung der Haut, Schwellungen, Gesichts-Asymmetrien, Gesichts-Behaarung, Augen, Augenlider, Augenbrauen, Ohren, Mund, Lippen, Zähne, Kiefer, Kinn, Wangen, Nase, ferner Haarwuchs, besonders Bartwuchs, übrige Körperbehaarung sowie Schweiß- und Errötungsneigung u. a.

- *Übriger Körperbereich:* Größe und Gewicht generell, Figur, Hände, Arme, Beine, Füße, Brustkorb, Brüste, Hüften, Schultern, Rücken, Genitalien, Fett-polster-Verteilung u. a.

In einer großen US-amerikanischen Studie ergab sich folgende Reihenfolge: An erster Stelle Haut, Haare, Nase, Gewicht, Bauch, Brust/Brustwarzen, Augen, Oberschenkel, Zähne, Beine generell, gefolgt von Körperstatur, Gesicht generell, Gesichtsform/Gesichtsgröße sowie Lippen, Gesäß, Kinn, Augenbrauen und Hüfte.

Die exzessive Beschäftigung kann entweder einen oder mehrere Körperteile gleichzeitig oder hintereinander betreffen. Letzteres scheint häufiger zu belasten.

Obgleich die „Beschwerden“ oft sehr speziell sind (z. B. Augen, Lippen, Nase, Ohren), können sie auch sehr vage oder zumindest unscharf vorgebracht werden („komisches“ oder „abfallendes“ Gesicht bzw. „unpassende“ Augenstellung).

Manchem Betroffenen sind die scheinbaren Entstellungssorgen auch peinlich. Deshalb vermeiden sie detaillierte Beschreibungen und beziehen sich stattdessen hartnäckig auf ihre „allgemeine Hässlichkeit“.

Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung mit dem Aussehen auf gedanklicher Ebene kann schwer beeinträchtigende, ja unfassbare Ausmaße annehmen: Etwa jeder Zehnte weniger als eine Stunde, jeweils mehr als jeder Dritte ein bis drei bzw. drei bis acht Stunden pro Tag und fast ein Fünftel mehr als acht Stunden. Hier handelt es sich zwar um Patienten, die klinisch und damit wissenschaftlich erfasst werden konnten, was sicher das Maximum an Belastung und damit Behandlungswilligkeit anbelangt. Aber es zeigt dann doch, wie „nutzlos der Tag vergeht“ (Zitat), zumal die reale Beschäftigung mit dem Aussehen auf Verhaltensebene nicht sehr viel günstiger auszufallen pflegt.

Das wird dann auch schmerzlich bewiesen durch die Beeinträchtigung verschiedener Lebensbereiche, die die Patienten nachhaltig belasten können. Beispiele: Einschränkungen im sozialen Bereich (Freunde, Familie, intime Beziehungen), Phasen, in denen beinahe alle sozialen Kontakte vermieden werden, schließlich berufliche Belastung bis hin zu Leistungsrückgang oder gar Vermeidung wichtiger Aufgaben von der Ausbildung bis zur Leitungsfunktion. Manche können sogar teilweise Haus oder Wohnung nicht mehr verlassen (siehe später).

Was fällt im Verhalten sonst noch auf?

Rein lehrbuchmäßig finden sich im Verlaufe einer solchen Erkrankung noch folgende Beeinträchtigungen (mit unterschiedlichem Schwerpunkt): übertriebene Selbstbeobachtung, übersteigerte Normvorstellungen sowie idealisierte Schönheitsbegriffe (was modisch ist oder wie „man“/„frau“ auszusehen hat – siehe später).

Ferner die Neigung zu ängstlich-depressiven Verstimmungen, zu introvertiertem (in sich gekehrtem) Verhalten, zu zunehmenden Miss-Stimmungen, zu Reizbarkeit oder gar Aggressivität (gegen andere, aber auch sich selber und damit Selbsttötungsgefahr). Schließlich auch eine krankhafte zwischenmenschliche Scheu und damit Beziehungsstörungen, Rückzug und Isolationsgefahr. Einige Experten bezeichnen diese Leidensbild sogar als „Scham-Krankheit“. Die Betroffenen schämen sich für ihr Aussehen, halten sich auf Grund ihres körperlichen Effektes für hässlich und entstellt, stufen ihre Äußeres als unzumutbar für die Allgemeinheit ein und stürzen immer häufiger in einen Strudel negativer Emotionen wie Angst, Niedergeschlagenheit, Ekel, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit und damit Wut und sinnloser (vor allem selbst-zerstörerischer) Aggressivität.

In psychosozialer Hinsicht leidet vor allem der erwähnte Kontakt zur Umwelt (sich zeigen und gesehen werden) durch Beschämungs-Ängste und Minderwertigkeitsgefühle (Teufelskreis): Die Betroffenen fühlen sich von der Umgebung stark beachtet, glauben, allein durch ihre Hässlichkeit aufdringlich und unzumutbar zu sein oder ihre Umgebung gar damit zu belästigen.

Eine Lösung sehen sie nur in entsprechenden körperlichen Eingriffen. So stellen sie sich, wenn es sich beispielsweise um Hautveränderungen handelt, erst einer Kosmetikerin, dann einem Hautarzt und schließlich einem Schönheitschirurgen mit dem Wunsch nach radikaler kosmetischer Behandlung vor. Einzelheiten siehe unten.

Charakteristische Persönlichkeitszüge bei körperdysmorphen Störungen

- tief-gehende Minderwertigkeitsgefühle
- narzisstische („selbstverliebte“) Überschätzung der eigenen Person
- übertriebene Selbstbeobachtung
- übersteigerte Normvorstellungen
- idealisierter Schönheitsbegriff
- Sensitivität mit depressiver Neigung
- überzogene Introversions-Neigung („Innenschau“)
- krankhafte Scheu
- Kommunikationsschwäche
- Beziehungsstörungen

Nach P. Joraschky und T.A. Moesler, 1992

Wenn man sich diese Belastungen einmal konkret schildern lässt, dann häufen sich folgende **Charakteristika**:

Die meisten Opfer einer körperdysmorphen Störung leiden erheblich unter ihrer vermeintlichen Deformierung, auch wenn sie ggf. nicht darüber sprechen. Die Art, wie ihr Leid (ein konkretes medizinisches Leiden an sich liegt ja nicht vor) vorgebracht wird, variiert zwischen der etwas beschönigenden „Besorgnis“ um diese scheinbaren Körperdefizite bis zu heftigen Klagen über „äußerst schmerzlich“, „quälend“ oder gar „vernichtend“.

Wie bei anderen zwanghaften seelischen Störungen auch wird es immer schwerer und am Schluss unmöglich, diese Befürchtungen zu kontrollieren oder gar abzustellen. Am Schluss versuchen die Betroffenen auch gar nicht mehr ihnen zu widerstehen. Die Folgen sind stunden- bis tagelange Grübeleien über diese „Entstellung“, bis dieses Gedankenkreisen den Alltag zu bestimmen beginnt (siehe oben).

Dazu überprüfen sich manche ständig im Spiegel oder in anderem gerade verfügbaren reflektierenden Oberflächen (z. B. Schaufenster, Autolack, Uhren gläser). Das kann Stunden in Anspruch nehmen, auch wenn es mitunter geschickt kaschiert wird. Einige verwenden sogar bestimmte Beleuchtungstechniken oder Vergrößerungsgläser, um ihre „Entstellung“ genauer zu prüfen. Andere wiederum vermeiden alles, was spiegelt und damit mit dem „unerträglichen Aussehen“ konfrontiert. Manche verdecken sogar alle Spiegel oder entfernen sie aus ihrer Umgebung. Wieder andere werden hin- und hergerissen zwischen einem intensiven bis zwanghaften Überprüfen und einem genauso zwanghaften Vermeiden.

Manche Patienten „examinieren“ nicht nur ständig ihr Äußeres, sondern pflegen sich in geradezu extremer Weise, z. B. exzessives Haarekämmen, Haar entfernen, ritualisiertes Auftragen von Make-up, intensives Bräunen oder dauerndes Zupfen, Drücken und Massieren der Haut usw. Auch das zwanghafte Vermessen von Körperteilen und das ständige Wechseln kaschierbegünstigender Kleider gehört dazu.

Das alles soll die Angst reduzieren, führt jedoch nur durch eine Art Teufelskreis in eine noch intensivere Beschäftigung mit sich und seinem „Mangel“ – und damit in eine sich ständig aufschaukelnde Resignation, Depressivität, Verzweiflung, Furcht oder gar Panikbereitschaft.

Manche Opfer wenden sich hilfeschend bis verzweifelt an ihr näheres Umfeld, bitten um entsprechende Beurteilungen und Kommentare, am liebsten natürlich beruhigende Rückversicherungen bezüglich ihrer „Entstellung“. Dabei muss der Kreis der Eingeweihten ständig erweitert werden, denn den meisten wird es langsam zuviel, pausenlos über etwas diskutieren zu müssen, das ihnen nun wirklich nicht als schicksalhafter Nachteil erscheinen will. Und außerdem führen solche Beruhigungen, wenn überhaupt, nur zu vorübergehender

Erleichterung. Man kann diesen Kranken nichts bestätigen und ihnen nichts ausreden, sie „laufen wie auf Schienen in ihrem selbst-zerstörerischen Problem-Grübeln und abnormen Selbst-Beobachten“.

Einige vergleichen auch ständig ihren „hässlichen“ Körperteil mit anderen Personen und deren „Gebrechen“. Das kann zu regelrechten Beziehungsideen (also eine übertriebene oder falsche Beziehungssetzung zur eigenen Person) im Zusammenhang mit der eingebildeten Entstellung führen, gelegentlich fast wahnhaft erscheinend.

Das Schlimmste aber ist nach Ansicht der Betroffenen, dass immer mehr und am Schluss alle anderen Menschen auf den vermeintlichen Schönheitsfehler achten und sich darüber unterhalten oder gar lustig machen. Einige Patienten versuchen deshalb diesen Mangel zu überdecken, lassen sich z.B. einen Bart wachsen, tragen Kopftuch, Hut oder Schal, stopfen ihre Kleider aus oder lassen sich entsprechende Kleider schneiden.

Einige machen sich sogar übermäßige Sorgen darüber, dass ihr Schönheitsfehler nicht nur hässlich ist, sondern auch in seiner Funktion gestört sein könnte, z. B. extrem lichtempfindlich, verwundbar, zerbrechlich, kurz: in ständiger Gefahr, beschädigt oder verletzt zu werden. Einige wollen auch eine mögliche Ansteckungs-Gefahr nicht in Abrede stellen.

Psychosoziale Folgen

Nicht wenige dieser Patienten hatten schon vor Ausbruch ihrer Erkrankung, also meist in jungen Jahren unter Selbstunsicherheit, Minderwertigkeits- und Schamgefühlen, insbesondere sexuellen Hemmungen, Angstzuständen, depressiven Verstimmungen und damit so manchen psychosozialen Folgen im zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich zu leiden. Später bremsen die krankhafte Selbstbeobachtung und die Furcht vor der Beurteilung durch andere alle Aktivitäten aus, von extremen Reaktionen ganz zu schweigen. Manche verlassen ihre Wohnung nämlich nur noch nachts, wenn sie niemand sehen kann, bleiben ansonsten im Hause, bisweilen über Jahre hinweg.

Unter diesem Aspekt können bereits Schul- und später Berufsausbildungen vorzeitig abgebrochen, Vorstellungsgespräche vermieden, Arbeitsstellen nicht angenommen werden und wenn, dann ggf. unterhalb ihres Leistungsniveaus. Einige arbeiten am Ende ihrer Leidens-Karriere überhaupt nicht (mehr).

Die meisten haben auch nur wenige Freunde und verlieren diese vielleicht noch, weil sie Verabredungen vermeiden und soziale Begegnungen scheuen. Bei wieder anderen zerbrechen die Partnerschaften und Ehen, nachdem bereits zuvor so manche Freundschaften ein unnötiges vorzeitiges Ende fanden.

Wieder andere werden krankheitsanfällig, müssen häufiger auch wegen anderer Leiden behandelt werden, kommen ggf. öfter in Krankenhausbehandlung, gefährden dadurch ihre sozialen und beruflichen Chancen – und steigen gesellschaftlich langsam, aber kontinuierlich ab.

Ein großes Problem sind auch entgleisungs-gefährliche Selbstbehandlungs-Versuche, meist mit Alkohol, aber auch Rauschdrogen und „abschottenden“ Medikamenten (meist Beruhigungsmittel). Je nach Untersuchung scheint dies zwischen sechs und fast 50% zu drohen.

Nicht wenige werden schließlich sogar lebensmüde, von einer ständigen Suizidneigung bedroht („was soll das alles noch“), planen oder versuchen heimliche Selbsttötungshandlungen – und das alles ohne die einzige adäquate Therapie je versucht zu haben, nämlich durch einen psychiatrischen Facharzt. Entsprechende Untersuchungen sprechen von jedem Fünften bis mehr als jedem Zweiten, der sich mit Suizidgedanken quält. Und zwischen drei und sieben Prozent, der sogar einen Suizidversuch unternommen hat. Das droht umso mehr, je stärker eine zusätzliche Depression zu greifen beginnt.

Wie verläuft eine körperdysmorphe Störung?

Eine körperdysmorphe Störung beginnt üblicherweise im frühen Erwachsenenalter (auch wenn sie in der Regel erst nach Jahren diagnostiziert wird – falls überhaupt). Sie kann sich zunehmend aufbauen (bzw. verschlechtern) oder abrupt, also plötzlich auftreten. Meist nimmt sie einen kontinuierlichen Verlauf, in der Regel zum Schlechteren (da die psychosozialen Konsequenzen die Gesamtsituation immer belastender ausfallen lassen). Oftmals gibt es nicht einmal kurzfristige Phasen der Beruhigung (Fachbegriff: symptomfreie Intervalle), obwohl die Intensität und sogar Zahl der Symptome wechseln, also ab- und zunehmen kann.

Auch der Körperteil, auf den sich die exzessiven Sorgen beziehen, kann entweder der Gleiche bleiben oder wechseln.

Ohne psychiatrisch-fachärztliche oder psychologische Hilfe droht aber oft eine sogenannte Chronifizierungsgefahr, d. h. der Betroffene bleibt ein Gefangener seiner krankhaften Entstellungs-Befürchtungen – lebenslang.

Daran ändern naturgemäß auch nicht-psychiatrische Arztbesuche letztlich wenig. Wie erwähnt, werden beispielsweise dermatologische, plastisch-chirurgische oder kiefer-orthopädische Arztpraxen in der Hoffnung aufgesucht, den als hässlich empfundenen Körperteil endlich normalisierend verändern zu können. Man vermutet, dass fast drei Viertel aller Betroffenen einmal eine solche nicht-psychiatrische medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben. Wie viele in ihrer Verzweiflung zu selbst-manipulierenden, ja selbst-operativen Maßnahmen gegriffen haben, bleibt natürlich ihr Geheimnis. Das geht erfahrungsge-

mäß von leichteren bis zu schweren Eingriffen, beispielsweise den Versuch, die „entstellten Körperteile“ manuell oder mit Werkzeugen in die gewünschte Form zu bringen oder Zähne mit Schmirgelpapier abzuschleifen u. a.m.

Was steckt ursächlich hinter einer körperdysmorphen Störung?

Über die psychologischen Hintergründe einer solchen Störung ist bisher wenig bekannt geworden. Der Grund wurde bereits mehrfach angesprochen: Diese Patienten suchen alle möglichen Therapeuten auf, von der Kosmetikerin bis zum plastischen Chirurgen – nur nicht diejenigen, die die psychologischen Ursachen am besten beurteilen könnten: Psychiater, Nervenärzte und Psychologen. So gibt es aus ätiologischer Sicht (also welche Gründe stecken dahinter) außer der Zusammenstellung von Fallbeispielen wenig gesichertes Wissen zur Psychologie und ggf. Gehirn-Physiologie bzw. -Pathologie der körperdysmorphen Störungen.

Aber was man bisher weiß, lässt einen gewissen Optimismus zu, auch wenn es sich um eine so genannte multifaktorielle Genese und Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes handeln dürfte, oder auf Deutsch: Mehrere Ursachen auf seelischer, psychosozialer und sogar körperlicher Grundlage. Nachfolgend eine kurze Übersicht zu prädisponierenden, auslösenden und das Krankheitsbild aufrechterhaltenden Faktoren, basierend auf dem empfehlenswerten Fachartikel *Körperdysmorphie Störung* in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 2 (2010) 153 von Frau Dipl.-Psych. Ines Kollei und Frau Prof. Dr. Alexandra Martin vom Fachbereich Psychosomatik und Psychotherapieforschung am Universitätsklinikum Erlangen. Im Einzelnen:

- **Prädisponierende Faktoren**

Zu den *prädisponierenden*, also ein Krankheitsbild schon im Vorfeld gleichsam bahnenden Faktoren gehören beispielsweise genetische, also Erb-Aspekte. Tatsächlich gibt es auch hier bestimmte Hinweise auf eine genetische Veranlagung. Das bezieht sich vor allem auf neurohormonelle Erkenntnisse (Fachbegriff: Störung des Serotonin-Gleichgewichts). Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

- Auf einer ganz anderen Ebene liegt aber das, was die Experten eine *erhöhte ästhetische Empfindsamkeit* nennen, oder allgemein verständlich: dass ein attraktives Äußeres für Menschen mit einer körperdysmorphen Störung besonders wichtig ist. Und dass die Betroffenen in ihrer Wahrnehmung und Symmetrie besonders empfindsam sind, d. h. dass Ebenmaß und harmonische Anordnung für sie einen besonderen Stellenwert haben, in diesem Fall bis hin zu verzweifelten Selbstkorrektur-Versuchen. Dies betrifft natürlich dann ästhetisch relevante Details am meisten, die sofort ins Auge springen. Beispiele:

Haut, Nase, Haare, Zähne, Lippen, Augenbrauen, Kinn, aber auch Gesichtsförm und -größe generell u. a.

- Was auch immer wieder auffällt, ist ein eher zwiespältiges Verhältnis zu den Eltern, insbesondere zu der Mutter (für die die körperliche Attraktivität ggf. einen größeren Stellenwert hat). Auf jeden Fall scheint die Bedeutung des Aussehens im Elternhaus häufig einen übermäßig starken Ausdruckswert zu haben. Auch Zurückweisung und Vernachlässigung durch einen oder beide Elternteile gelten als möglicherweise begünstigende familiäre Bedingungen.
- Daneben können – wie so oft – auch *Missbrauchs-Erlebnisse* eine Rolle spielen. Das reicht von der emotionalen (gemütsmäßigen) über die physische (körperliche) Vernachlässigung bis zum sexuellen Missbrauch. Es bleibt aber bis heute unklar, inwiefern solche Erfahrungen ein spezifischer(!) Risikofaktor für eine körperdysmorphe Störung sein könnten. Immerhin werden emotionale und sexuelle Missbrauchs-Erfahrungen von solchen Patienten etwas häufiger erinnert als beispielsweise von Zwangspatienten. Hier herrscht allerdings noch reichlich Forschungsbedarf, zumal gerade dieses Thema in letzter Zeit wissenschaftlich etwas „überstrapaziert“ erscheint, so manche Kritiker.
- Einige Studien kommen zum Ergebnis, dass solche Patienten öfter mit *Hänseleien* in Kindheit und Jugend konfrontiert waren. Auch das kann ein nachvollziehbarer Grund unter anderen sein, muss sich aber auch kontroverse wissenschaftliche Diskussionen über die reale Bedeutung bzw. Ursache oder Auslösung gefallen lassen. Hänseleien unter Kindern sind schließlich nicht selten.
- Interessant, und zwar unter jedem Aspekt und bei jeder (seelischen) Krankheit sind so genannte *Persönlichkeits-Variablen* als prädisponierende Faktoren. So wird auch hier diskutiert, ob eine entsprechende *Persönlichkeitsstruktur* mit Schüchternheit, besonderer Empfindlichkeit bezüglich Kritik und Zurückweisung, mit entsprechenden Selbstwert-Problemen, ferner Tendenz zur Introversion (verstärkten Innenschau) u. a. die Entwicklung einer dysmorphen Störung begünstigen könnte. Da stellt sich dann allerdings auch die Frage, ob diese belastenden Eigenschaften nicht vielmehr Folge als Ursache des Leidens sind.
- In diesem Zusammenhang wurde auch von einem verstärkten Wesenszug im Sinne des *Perfektionismus* gesprochen, konkret einer unglücklichen Kombination von geringem Selbstwert-Erleben und ausgeprägter Suche nach Vollkommenheit (in diesem Fall des Äußeren). Tatsächlich spielt ein so genanntes unsicheres Selbstkonzept und unsichere Bindungs-Erfahrungen in psychodynamischer Hinsicht (also zwischenmenschlich) eine nicht unwichtige Rolle, was zumindest als Teil-Aspekt erörtert werden kann.
- Deutlich nachvollziehbarer, besonders für eine kritische Allgemeinheit, sind aber die derzeit herrschenden und immer zwanghafter prägender *Medien-*

und *Kultur-Einflüsse*. Das lässt auf einen kurzen Nenner bringen: Körperliche Attraktivität hat nach wie vor und offensichtlich wachsend einen wichtigen Stellenwert in der Gesellschaft. Makelloses, und damit scheinbar eindrucksvolles Aussehen wird schließlich tagtäglich in Zeitungen, vor allem aber Zeitschriften und Fernsehen sowie vermehrt im Internet gewinnbringend vermarktet, ohne dass die Konsumenten merken, in welche psychologische Sackgasse und wirtschaftlichen Zwängen sie sich zu verfangen drohen. Und da die – vor allem über die Medien transportierten – Schönheits-Ideale für Frauen und zunehmend Männer einen nicht unerheblichen Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit entwickeln, vor allem was das äußere Aussehen anbelangt, wird man diesen Faktor zumindest als Zusatz-Auslöser nicht wegdiskutieren können.

- **Auslösende Faktoren**

- *Kritische Lebensereignisse* spielen bei vielen seelischen Störungen eine bisweilen sogar entscheidende Rolle. Vom Zeitpunkt her ist hier besonders die Pubertät betroffen. So auch hier, zumindest was einige Studien-Ergebnisse nahe legen.

In der Tat sind in dieser kritischen Lebensphase besonders hohe Anforderungen zu bewältigen, nicht zuletzt was die körperlichen Veränderungen und vor allem das Aussehen anbelangt. Bei entsprechender genetischer und charakterlicher Vorbelastung kann also eine entsprechende Vulnerabilität (seelische Verletzlichkeit) durchaus zur Auslösung einer körperdysmorphen Störung beitragen.

- **Aufrechterhaltende Faktoren**

Was führt dazu, dass eine derart belastende Störung wie die vermeintliche Körperentstellung das „halbe Leben“ zu ruinieren vermag (Zitat)? Hier diskutieren die Experten vor allem so genannte Aufmerksamkeits-Prozesse, denen in mehreren Untersuchungen eine zentrale Rolle zugesprochen wird. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur, denn bei den hier diskutierten wissenschaftlichen Aspekten muss man weiter ausholen, um das notwendige Verstehen (und damit auch Verständnis für die Betroffenen) zu ermöglichen. Entsprechende Stichworte sind Informations-Verarbeitungsprozesse, kognitive Schemata, affektive sowie behaviorale Komponenten u. a.

Ein wichtiger Aspekt ist die sogenannte selektive Aufmerksamkeit sowie die sensitive Wahrnehmung für ästhetische Abweichungen. Und damit die Gefahr einer Fehlbewertung des Wahrgenommenen als hässlich. Oder kurz: Man nimmt an, dass diese Patienten ihr wahrgenommenes Körperbild mit einem perfektionistischen Ideal vergleichen. Die Folgen kann man sich denken: „Nobody is perfect,“ ein banaler Spruch – aber mit ernstem Hintergrund, wenn man ihn bei krankhafter Weichenstellung zu Ende denkt. Denn hier droht ein Teufelskreis, der durch die begleitenden Emotionen Scham und Ekel den Pro-

zess der Fehlbewertung zementiert. Dazu kommt ein überzogenes Sicherheitsverhalten, das auch der Kontrolle oder Vermeidung dient. Und eine krankhaft verhaftete Selbstaufmerksamkeit und damit die Aufrechterhaltung des Fehlbewertungs-Prozesses, wie das die Experten ausdrücken. Ein weiterer Faktor ist ein verstärktes Vermeidungsverhalten und die Gewöhnung an eine angstbesetzte Situation - und damit die Behinderung korrigierender Informationen, von entsprechenden konsequenten Folgen bzw. Bemühungen ganz zu schweigen. Wenn sich dann noch eine affektive Störung entwickelt, von der leichteren Niedergeschlagenheit und Resignation bis zur ernsten Depression, was vor allem die Einschränkung sozialer Aktivitäten, Rückzug und Isolationsgefahr begünstigt, dann wird die Prognose noch düsterer.

Aufrecht erhaltende Faktoren sind also ein wichtiger Aspekt, der vor allem in der Therapie große Bedeutung hat (siehe später).

Was kann mit einer körperdysmorphen Störung verwechselt werden?

Körperdysmorphie Störungen sind nicht so selten, wie man bisher annahm, heißt es in Expertenkreisen. Aber man darf auch nicht alles für eine solche Störung halten. Es gibt auch seelische Beeinträchtigungen, die – zumindest in Teilbereichen – lediglich so aussehen. Das setzt dann doppelt einen entsprechenden Experten, nämlich einen damit vertrauten Psychiater oder Psychologen voraus. Auf was muss dieser achten?

- Zum einen gibt es verschiedene Übergänge von der „alltäglichen Unzufriedenheit“ mit dem eigenen Äußeren über entsprechende Selbstwertkrisen bis hin zu „neurotischen“ Entwicklungen oder Persönlichkeitsstörungen mit sensitiven, schizoiden, zwanghaften, depressiven oder narzisstischen Zügen, wie dies in der Fachsprache lautet. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.
- Im Gegensatz zu einer vielleicht überzogenen, aber immer noch *normalen Beschäftigung* mit der eigenen Erscheinung nimmt die gedankliche Absorbierung über das eigene Aussehen bei der körperdysmorphen Störung ungewöhnlich viel Zeit in Anspruch. Und sie lässt sich vor allem willentlich nicht korrigieren und führt zu starkem Leidensdruck und deutlichen Beeinträchtigungen im psychosozialen, insbesondere partnerschaftlichen, familiären und beruflichen Bereich.
- Wenn die exzessive Beschäftigung beispielsweise ausschließlich um die Figur bzw. das „Dicksein“ kreist, wird man am ehesten an eine *Ess-Störung* denken müssen. In der Tat stehen auch hier neben dem Gewicht insbesondere figur-bezogene Körper-Regionen bzw. -Probleme im Vordergrund (z. B. Hüfte, Bauch, Gesäß, Oberschenkel).

Bei der körperdysmorphen Störung erstreckt sich die Sorge auch auf gewichts-unabhängige „Problem-Zonen“ wie Haut, Nase, Haare, Augen, Zähne, Lippen, Kinn, Augenbrauen u. a. – Da die Ess-Störungen aber in der Tat mit am häufigsten zum differentialdiagnostischen Thema werden können, nachfolgend einige konkrete Einzelheiten dazu im Kasten.

- **Anorexie**

Magersucht, Ess-Störung im Sinne einer verminderten Nahrungsaufnahme.

Beschwerdebild:

- gewollter und provoziertes Gewichtsverlust
- Essverhaltensstörung (zeitweilige Nahrungsverweigerung, strikte Nahrungsbegrenzung, bewusste Störung der Nahrungsverwertung)
- gelegentliche Ess-Durchbrüche oder Fressanfälle
- unangenehme Empfindungen im Magen-Darm-Bereich, selbst nach kleinen Mahlzeiten
- Erbrechen und Abführmittel-Missbrauch
- Ausbleiben der Monatsblutung vor, während oder nach Beginn der Abmagerung
- verzerrte Körperwahrnehmung („zu dick“, selbst wenn das Gewicht bereits bedrohlich abgenommen hat und die unschöne Magersucht jedem auffällt)
- Verleugnung des Krankheitswertes von Auszehrung, Ess-Fehlverhalten, Darmverstopfung
- krankhafte Einengung der Interessen
- sozialer Rückzug
- spannungsreiche familiären Beziehungen
- körperliche Folgeerscheinungen der Auszehrung

- **Bulimie**

Ess-Störung mit anfallsartigem Heißhunger (Fressanfall) und impulsiven Verzehr großer Mengen (meist) hochkalorischer Esswaren innerhalb von Stunden oder gar Minuten, nachfolgend mit Erbrechen und/oder Abführmittel-Missbrauch zur Gewichtsregulation.

Weitere seelische Krankheiten, die bei einer körperdysmorphen Störung ausgeschlossen werden müssen, weil zumindest einzelne Symptome daran erinnern können, sind

- *Störung der Geschlechtsidentität*: Hier geht es vor allem um Probleme bezüglich der sogenannten primären und sekundären Geschlechtsmerkmale wie Bartwuchs, Stimme, Brust, Penis, Fettpolsterverteilung u. a., die auf ihre wahre Ursache hin geprüft werden müssen. Man erinnere sich: Männer sollen in puncto Genitalien häufiger betroffen sein.
- *Depressiver Zustand*: Hier sollte besonders ein sogenanntes Problem-Grübeln aufhorchen lassen, das um immer die gleichen negativen Auslöser kreist, allerdings herabgestimmt (Fachausdruck: stimmungskongruent) und mit einer Vielzahl von depressions-typischen Symptomen kombiniert. Die Bewertung der eigenen Person als hässlich und unattraktiv ist zwar in dezenter Form nicht selten, erreicht aber in der Regel nicht das zermürbende Ausmaß einer körperdysmorphen Störung. Was die Körperpflege anbelangt, so kann sie ja bei der körperdysmorphen Störung extreme Ausmaße annehmen, während Depressive ihr Äußeres eher zu vernachlässigen drohen.
- *Persönlichkeitsstörungen*, vor allem die so genannten selbstunsicheren, emotional instabilen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen: ständige gewohnheitsmäßige Befangenheit, Gefühle von Unsicherheit und Minderwertigkeit, überempfindlich gegenüber Zurückweisung und Kritik, Überbetonung potentieller Gefahren, Risiken oder negativer Aspekte, die auch das eigene Aussehen betreffen können u. a.
- *Soziale Phobie*: Krankhafte Schüchternheit oder krankhafte Angst vor dem anderen schlechthin, was bis zu Rückzug und Isolationsgefahr gehen kann. Dies besonders dann, wenn man unter einem realen und peinlichen Mangel der äußeren Erscheinung zu leiden hat oder diesen zumindest so empfindet bzw. entsprechend aufbauscht. Ansonsten drehen sich die Befürchtungen bei der sozialen Phobie vor allem um peinliches Verhalten und eine daraus resultierende Blamage in der Öffentlichkeit – ohne nachvollziehbaren Grund. Außerdem finden sich hier viel seltener entsprechend zwanghafte Kontrollhandlungen, wie z. B. dauernd in den Spiegel schauen u. a.
- *Zwangsstörungen*, was sich in Zwangsgedanken, Zwangsimpulsen und Zwangshandlungen äußern kann (z. B. auch in ständigen Überprüfungen durch den Spiegel), wobei sich die Zwänge meist nicht nur auf Sorgen um das äußere Aussehen beschränken, zumal dieser Punkt ohnehin nicht im Vordergrund des Leidens zu stehen pflegt. Außerdem empfinden Zwangskranke ihre Zwangsgedanken und -handlungen als dyston, d. h. ihrem eigentlichen emotionalen Empfinden nicht entsprechend. Diese Einsichtsfähigkeit ist Patienten mit körperdysmorpher Störung oft nicht gegeben.

- *Wahnhaft*e Störungen mit körperbezogenem Wahn: Auch hier kann ein reales oder vermeintliches Defizit im Aussehen eine zentrale Rolle spielen, jedoch eingebettet in einen Wahn, der alles andere dominiert – sofern man konkret nachfasst.
- Bei einer *schizophrenen Psychose* dominieren in der Regel vor allem Halluzinationen (Sinnestäuschungen), formale Denkstörungen und ein eher schwer nachvollziehbares Verhalten mit allen Konsequenzen.
- *Hypochondrie*: Hier dominieren vielfältige Sorgen um mögliche Erkrankungen, zumindest aber Symptome auf praktisch allen Gebieten der Medizin. Bei der körperdysmorphen Störung geht es vorrangig um die äußere Erscheinung bzw. entsprechende Makel.
- Ein kulturspezifisches Syndrom, das hauptsächlich in Südostasien auftritt, und mit der körperdysmorphen Störung in Beziehung stehen könnte, ist das *Koro*: Die Befürchtung, dass (ausschließlich) der Penis schrumpfe und im Unterbauch verschwinde, was nicht nur peinlich wäre, sondern in diesem soziokulturellen Zusammenhang zum Tode führen müsse. Koro dauert jedoch nur kurz und ist vor allem durch akute Angst, ja Todesangst charakterisiert, lässt sich durch Zuspruch zumindest mildern und tritt in Südostasien nicht selten als regelrechte Epidemie auf.

Was kann man gegen eine körperdysmorphe Störung tun?

Einer körperdysmorphen Störung schon vorbeugend entgegenwirken, ist nicht einfach. Lange Zeit hält man die entsprechende Befürchtung für eine „Marotte“, einen „Tic“, einen „Spleen“, einen „Vogel“, den man nicht ernst nehmen sollte und der sich wieder geben wird. Dies vor allem dann, wenn das Ganze in jungen Jahren beginnt, wo man krankhafte Entwicklungen ohnehin (noch) nicht vermutet bzw. nicht so ernst nimmt.

Wenn es sich dabei noch um eine selbstunsichere, gehemmte, ängstliche, von Minderwertigkeitsgefühlen geplagte Person handelt, die in ihrem Umfeld ohnehin wenig gilt, vielleicht auch noch irgend einen kleinen Makel hat (den eine seelisch „robustere Natur“ aber problemlos wegstecken würde), dann ist nicht mit viel Zuwendung und konkreter Hilfe zu rechnen. Und damit letztlich auch mit keiner rechtzeitigen Diagnose und Therapie, die ja oft nur auf Anregung der Angehörigen oder Freunde zustande kommt.

Die Betroffenen selber jedenfalls tragen dazu wenig bei, ein Psychologe oder gar Psychiater („Irrenarzt, bin ich geisteskrank?“) kommt für sie nicht in Frage. Ein Facharzt für den entsprechenden Mangel, also Ohren, Nase u. a. schon eher. Doch der hilft in der Regel kaum weiter, was das zugrunde liegende psychologische Problem anbelangt. Und bis zu einer radikalen kosmetischen Be-

handlung, wenn nicht gar einem kleinen schönheits-chirurgischen Eingriff lässt es ohnehin nur ein gewisser Teil kommen.

Auch muss man zugeben, dass sich das Arzt-Patient-Verhältnis, wenn es je mit einem nicht-psychiatrischen Arzt zustande kommt, nicht immer komplikationslos entfaltet. Patienten mit einer körperdysmorphen Störung fühlen sich von ihren Ärzten häufig nicht ernst genommen. Und der minimale oder gar nicht vorhandene „krankhafte Befund“, kombiniert mit einem unerklärlich hohen Leidensdruck sowie einem mitunter schwer erträglichen Verhalten (ängstlich-deprimiert, aber auch reizbar-aggressiv, ggf. entsprechende Manipulations- oder Selbstbehandlungsversuche), vor allem aber das beharrliche negative Körperbild, die Furcht vor Abwertung, die ständige Beschäftigung mit dem scheinbaren Mangel, die zwanghaften Kontrollen, die Angst, sich zu zeigen und damit Rückzug und Isolationsneigung, die partnerschaftlichen, familiären und beruflichen Folgen, kurz: ein überaus komplexes bis unerfreuliches Leidensbild, gelten als ungünstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie. Häufiger Vorwurf, ausgesprochen oder nur gedacht: „Wie viele Opfer müssen mit wirklich schweren Entstellungen leben, und dann kommt so eine(r)...!“

Doch hier kann man nur durch einfühlsames Verstehen und geduldiges Eingehen auf die scheinbar skurrile Problematik den Boden bereiten für eine unerlässliche psychotherapeutische Behandlung (gesprächspsychotherapeutisch, insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch-analytisch). Konkrete Einzelheiten siehe unten. Und dies ergänzt durch soziotherapeutische Korrekturen und Hilfen (zwischenmenschlich, familiär, beruflich).

Zum Thema unterstützende Psychopharmaka, also am sinnvollsten bestimmte Antidepressiva, zeitlich begrenzt ggf. auch einmal Benzodiazepin-Tranquilizer (Beruhigungsmittel) oder mittelfristig sogenannte Phasen-Prophylaktika wie die Lithiumsalze ebenfalls siehe unten.

• **Nicht-psychiatrische medizinische Behandlung**

Wie bereits erwähnt, wird – je nach Lokalisation des körperlichen Mangels – die Hilfe vor allem von Dermatologen, plastischen Chirurgen und Kieferorthopäden in Anspruch genommen. Doch hier zeigt die zusammenfassende Literatur-Übersicht von Frau Diplom-Psychologin Ines Kollei und Frau Professor Dr. Alexandra Martin von der Psychosomatik und Psychotherapieforschung der Universität Erlangen in ihrem Artikel über *Körperdysmorphie Störung* in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 2/2010 die begrenzten Möglichkeiten und engen Grenzen eines solchen Wunsches bzw. seiner auch nur mittelfristig befriedigenden Realisierung. Man spricht davon, dass nur wenige Prozent eine Verbesserung ihres Leidens erreichen, wobei allerdings, das muss man zugeben, hier noch Forschungsbedarf besteht.

Kosmetische Operationen im Rahmen der plastischen Chirurgie oder andere Eingriffe sind am ehesten dann erfolgreich, wenn die Betroffenen die Gründe für ihre Unzufriedenheit relativ deutlich beschreiben können und auch realistische Erwartungen hinsichtlich des therapeutisch Erreichbaren haben. Wenig aussichtsreich oder sogar kontraindiziert (Gegen-Heilanzeigen) sind sie dann, wenn die Patienten zwar hohe Ansprüche oder irrealen Hoffnungen äußern („mein zukünftiges Leben hängt vom Verlauf dieser Operation ab“), und/oder nur vage, diffuse oder gar noch wechselnde Beschwerden äußern sowie über Symptome in mehreren Bereichen des Körpers klagen. Oder wenn ihre Krankengeschichte bereits gescheiterte Behandlungsversuche aufweist.

In manchen Ländern wird die Bezahlung kosmetischer Operationen durch die Kassen von einer vorangegangenen Psychodiagnostik abhängig gemacht. Das hat sich bewährt. In der Regel fühlen sich nämlich die nicht-psychiatrischen Ärzte bei der Beurteilung der mutmaßlichen Selbstwertproblematik, die auch sie hinter manchen dieser Operationswünschen erkennen, letztlich überfordert. Denn wenn es sich weniger um ein echtes kosmetisches, mehr um ein unverarbeitetes seelisches oder psychosoziales Problem handelt, ist selbst die perfektste plastische Operation auf Dauer nicht erfolgreich. Das ahnen auch die Operateure und wären in vielen Fällen froh, ein dazwischen geschalteter Psychiater oder Psychologe würde ihnen die Heilungsaussichten ihrer operativen Möglichkeiten konkreter abschätzen helfen.

• **Kognitive Verhaltenstherapie**

Dabei gibt es inzwischen ausführliche Konzepte durchaus erfolgreicher verhaltenstherapeutischer Behandlungs-Angebote, wie die Expertinnen I. Kellei und A. Martin versichern:

- Es beginnt mit dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die vor allem die intensiven Scham-Gefühle zu berücksichtigen haben.
- Danach kommt die Feststellung und Verstärkung der Veränderungsmotivation. Sie nimmt einen wichtigen Raum ein. Natürlich wird die Frage, wozu der Patient motiviert ist, wesentlich von seiner Einsichtsfähigkeit abhängen. Denn in vielen Fällen wünschen die Betroffenen eine körperliche Veränderung ihres Aussehens, nur diese könne ihrem Leiden Abhilfe verschaffen. Das pflegt aber der Therapeut so nicht zu sehen. Was kann er also tun?

Die wie auch immer gearteten Versuche, den Patienten zu überzeugen, dass er nicht hässlich oder entstellt sei, sind – überraschend für den Laien – *nicht* zu empfehlen. Dagegen bietet es sich im Rahmen einer gemeinsamen Problem-Definition an, die gerade in diesem Fall enorme Bedeutung des Aussehens in sämtlichen Lebensbereichen konkret herauszuarbeiten. Ziel der Therapie wäre also, die Belastungen, die durch das Erleben (und nicht die Realität) von Entstellung und der großen Bedeutung des Aussehens entstanden sind, besser zu

bewältigen. Oder kurz und allgemein verständlich: „Ja, wenn sie es so sehen, aber man muss damit leben lernen, wie andere auch“.

- In der Interventions-Phase geht es vor allem um die Exposition mit Reaktionsverhinderung und der kognitiven Umstrukturierung, wie es die Experten nennen. Oder konkret: nicht flüchten, sondern standhalten. Also die bisher vermiedenen Situationen gezielt aufsuchen und nicht vermeiden (Stichwort: Exposition) und das bisher praktizierte Sicherheits-Verhalten zurückdämmen (Reaktions-Verhinderung). Dadurch wird natürlich auch der Bewegungsspielraum des Patienten erweitert, den er nach und nach selber verengt hat.

Der Therapeut hilft ihm dabei, indem er eine Hierarchie der angst- bzw. scham-auslösenden Situationen erarbeitet. Dabei wird man nicht gleich gegen die „schlimmsten“ Ursachen vorgehen, sondern einen tragbaren Stufen-Plan erarbeiten. Anfangs kann das auch therapeuten-geleitet durchgeführt werden, um den Betroffenen die schwierigen Situationen bewusst und bewältigbar zu machen. Beispiele: Schwimmbad-Besuch, kein Abdecken des scheinbaren Makels u. a.

Hier spielen auch korrigierende Informationen eine große Rolle, ähnlich wie in der Therapie der sozialen Phobie. Es gilt, die Aufmerksamkeit *nach außen* zu lenken und sich nicht dauernd nach innen „zergrübelnd und resigniert-beschämend“ zu verbeißen. Beispiel: Bei einer Spiegel-Exposition die Aufmerksamkeit gezielt auf das äußerlich beobachtete Spiegelbild zu richten und vom inneren Abbild des eigenen Gemütszustandes in Kombination mit dem negativ empfundenen Spiegelbild abzulenken.

- Schließlich sollen mit Hilfe kognitiver Umstrukturierungs-Methoden entsprechende Fehl-Bewertungen verändert werden. Beispiele: typische dysfunktionale Gedanken, wie „alle starren immer auf meine Entstellung“ oder „ich muss perfekt aussehen“. Oder entsprechende Grund-Annahmen: „Nur schöne Menschen werden bedingungslos geliebt“ oder „mein Leben ist nicht lebenswert, wenn ich nicht attraktiv bin“ u. a.

Sie können vor allem mit der Methode der sokratischen Dialog-Führung hinterfragt werden. Dabei handelt es sich um eine Technik der Gesprächsführung, bei der mit offenen, nicht wertenden Fragen der Einsichts-Prozess des Patienten gefördert wird. Grundlage ist die selbst-formulierte Bedeutung von Ereignissen, das Hinterfragen und damit verändern dysfunktionaler Denk- und Verhaltensmuster, das Bewerten möglicher Alternativen u. a. Damit können Autonomie und Selbstwirksamkeit, d.h. „ich kann es selber bewältigen“ gestärkt und gefördert werden.

- Gerade auf dem Gebiet der kognitiven Verhaltenstherapie scheint sich für die Zukunft am meisten zu tun – offensichtlich mit erfreulichem Erfolg. In den nächsten Jahren dürften sich die Daten für eine aussagekräftigere Befundlage verbessern, nicht nur was die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung,

sondern auch die interpersonelle Therapie sowie die Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie anbelangt. Das leitet zum nächsten Kapitel über, nämlich

- **Pharmakologische Therapie**

Auch Arzneimittel können – wie erwähnt – zu einer Milderung des Beschwerdebildes beitragen wie eine Reihe von Einzelfall- und so genannten „Open-Label“-Studien nahelegen, kontrollierte Studien ziehen offenbar nach.

Am erfolgreichsten sind die auch für Angst- und Zwangsstörungen indizierten *selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer-SSRI*. Dies gilt auch für wahnhaft-körperdysmorphe Störungen, zumal hier Neuroleptika (also antipsychotisch wirkende Psychopharmaka) nicht den erhofften Erfolg aufzuweisen scheinen.

Wenn auch die psychologische Therapie nach bisherigem Kenntnisstand wirksamer als die alleinige psychopharmakologische Behandlung sein soll, wird jedoch auch hier eines deutlich: Die Kombination bei entsprechend motivierten und damit zuverlässigen Patienten, insbesondere von Verhaltenstherapie und SSRI-Antidepressiva, hat einen guten Erfolgs-Standard, auch wenn es noch erheblichen Forschungsbedarf gibt.

Schlussfolgerung

So bleibt nur zu hoffen, dass nicht nur die Zahl der verheimlichten körperdysmorphen Störungen, sondern auch die Einsicht der Betroffenen wächst, durch eine vorgeschaltete psychologische oder psychiatrische Abklärung die Aussichten auf einen langfristigen Erfolg zu steigern. Und nicht die verzweifelten, manchmal sogar panischen Operations- oder sonstigen Korrekturwünsche, die nur auf den scheinbaren Mangel und nicht auf die dahinter verborgenen seelischen Beeinträchtigungen zielen. Deshalb Aufklärung → Einsicht → adäquate Reaktion bzw. Entscheidung → größtmögliche Erfolgs-Aussichten.

LITERATUR

So spektakulär und interessant die körperdysmorphen Störungen auch sein mögen, es gibt zumindest im deutschsprachigen Bereich nur wenig Fachliteratur dazu, und in allgemeinverständlicher Form noch weniger. Nachfolgend einige Hinweise:

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Bronhoeber, S.: **Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2009

Eckhardt-Henn, A., S. O. Hoffmann: **Dissoziative Bewusstseinsstörungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

Faust, V., Elke Faust: **Seelischen Störungen. Kleines Psychiatrie-ABC für den Alltag.** Teil II: D-E. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1995

Fiedler, P.: **Persönlichkeitsstörungen.** Beltz-Verlag, Weinheim 1995

Fiedler, P.: **Dissoziative Störungen und Konversion.** PsychologieVerlags-Union, Weinheim 2001

Helmchen, H. et al. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Joraschky, P, T. A. Moesler: **Die Dysmorphophobie.** In: W. P. Kaschka, E. Lingershausen (Hrsg.): **Paranoide Störungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1992 (dort ausführliches weiterführendes Literaturverzeichnis für frühere Publikationen, meist englischsprachig)

Jungbluth, B.: **Zur Psychopathologie der Dysmorphophobie.** Med. Diss., Aachen 1979

Mentzos, S. (Hrsg.): **Lehrbuch der Psychodynamik.** Verlag van den Hoeck & Rupprecht, Göttingen 2009

Stangier, U.: **Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2002

Uexküll, Th. v. (Hrsg.): **Psychosomatische Medizin.** Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1996

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1993

Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungs-Verfahren

Die Diagnose lässt sich also halbwegs schnell und sicher stellen, sofern der Patient nicht furcht- und scham-besetzt sein erst einmal unklares Leidensbild dissimuliert und damit den Arzt oder Psychologen auf die falsche Fährte lockt. Wie aber lässt sie sich dann konkretisieren, wissenschaftlich so genau wie möglich objektivieren. Dafür gibt es selbst bei diesem dann doch ungewöhnlichen Krankheitsbild eine Reihe von Selbst- und Fremdbeurteilungs-Verfahren,

zumeist aus dem angelsächsischen Bereich und damit in englischer Sprache. In dem erwähnten Fachbeitrag von Frau Diplom-Psychologin Ines Kollel und Frau Professor Dr. Alexandra Martin von der Psychosomatik und Psychotherapieforschung der Universität Erlangen über *körperdysmorphe Störungen* (Psychotherapeut 2/2010), findet sich eine nützliche Übersicht, die hier nur kurz angedeutet werden soll. Beispiele:

- *Selbstbeurteilungs-Verfahren*: Dysmorphic Concern Questionnaire - DCQ, Body Dysmorphic Disorder Questionnaire-BDDQ, Körperdysmorphie Störung-Fragebogen-KDS-F, Fragebogen körperdysmorpher Symptome-FKS, Body Dysmorphic Disorder Examination Self Report-BDDE-SR
- *Fremdbeurteilungs-Verfahren*: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – SKID-I, Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module-BDDDM, Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder-BDD-YBOCS, Body Dysmorphic Disorder Examination-BDDE, Rating-Skala zur Einschätzung der Entstellung.

Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur (z. B. aus dem Literatur-Verzeichnis einschließlich html-Version dieses Beitrags im Online-Archiv von [www. Psychotherapeut-springer.de](http://www.Psychotherapeut-springer.de)