

# Körperdysmorphie **Störung**

Autor\_Dr. med. Holger Salge



**„Eine zu geringe Aufmerksamkeit** insbesondere in den operativ tätigen Fächern, aber auch im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie findet das Phänomen der körperdysmorphen Störung. Die Bevorzugung der Bezeichnung als körperdysmorphie Störung gegenüber der älteren Bezeichnung der Dysmorphophobie erscheint insofern gerechtfertigt, als ein klassisches Kriterium einer Phobie, nämlich die Angstfreiheit durch Vermeidung der furchterregenden Situation bei der Dysmorphophobie nicht gegeben ist.

Die Erstbeschreibung dieser Symptomatik wird dem Turiner Neurologen Enrico Morselli zugerechnet. Er bezeichnete die Trias der wahnhaften Überzeugung, von einem körperlichen Defekt betroffen zu sein in Verbindung mit einer ausgeprägten Scham den Mitmenschen gegenüber sowie einer sexuellen Hemmung 1886 als Dysmorphophobie.<sup>8</sup>

Wenn folgende Kriterien erfüllt sind, besteht nach dem DSM IV eine körperdysmorphie Störung<sup>11</sup>:

1. Es besteht eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung

in der äußeren Erscheinung. Bei einer eventuell vorhandenen leichten körperlichen Anomalie ist die Besorgnis stark übertrieben.

2. Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leidenszustände oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
3. Die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung (z. B. eine Anorexia nervosa) besser erklärt.

## **„Fallvignette**

Bei der Erstkonsultation in der psychosomatischen Fachklinik, die die junge Patientin aufgrund einer zunehmenden depressiven Problematik und erheblichen Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen aufsucht, ist die junge Frau mit einer abgeschlossenen kaufmännischen Ausbildung 20 Jahre alt. Sie ist als Einzelkind aufgewachsen. Die Eltern haben sich getrennt, als die Patientin 14 Jahre alt war. In den zurückliegenden zwei bis drei Jahren hatte sich die

Patientin einer beidseitigen Brustkorrektur, einer Nasenkorrektur und einer beidseitigen Ohrkorrektur unterzogen. In mehrmonatigen Abständen war das „Aufspritzen“ der Lippen erfolgt. Die junge Frau gab Operationskosten von mehr als 10.000 € an. Nur indirekt vermittelt sich eine andere Seite der Patientin, eine heimliche aber für sie selbst nicht tolerable Eitelkeit. Wenn sie sich für die Disko zurecht machen würde, wäre sie mit ihrem äußeren Erscheinungsbild durchaus einverstanden. Stolz und verschämt gleichermaßen zeigte sie entsprechende Fotos, erlebte sich in dieser (objektiv gar nicht besonders erscheinenden) Aufmachung als unangemessen aufreizend und verführerisch. Auch während der stationären psychotherapeutischen Behandlung musste sie immer wieder auf das starke Make-up, das ganz andere ihres Erscheinungsbildes, verweisen.

Bei der ausführlichen Erhebung der Anamnese trat rasch eine Vielzahl von Lebensschwierigkeiten zutage. Ihre Arbeit bereitete ihr überhaupt keine Freude, auch sonst konnte sie kaum etwas in ihrem Leben libidinös besetzen. Es vermittelt sich der Eindruck, dass die junge Frau kaum über eigenes Erleben zu sprechen vermochte, über keinen lebendigen Zugang zu ihrer inneren Welt verfügte. Sowohl in ihrem inneren und auch ihrem äußeren Leben schien sie lediglich zu funktionieren. Im Rahmen der längeren stationären und einer anschließenden, etwa zweijährigen ambulanten Psychotherapie war es der jungen Frau möglich, sich von ihren dysmorphophoben Ängsten zu distanzieren und auf weitere operative oder manipulative Eingriffe an ihrem Körper zu verzichten. Es gelingt ihr zwar, etwas mehr soziale Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen und auch eine erste partnerschaftliche Erfahrung zu machen. Die Erlebnisunfähigkeit im Rahmen der sexuellen Begegnungen muss von ihr aber erheblich bagatellisiert werden.

In der Vergangenheit ist immer wieder diskutiert worden, ob es sich bei dem Störungsbild der körperdysmorphen Störung um eine eigenständige Krankheitsentität handelt. Diese Diskussion ist nicht abgeschlossen.<sup>1</sup> In der Vergangenheit erfolgten sowohl Zuordnungsversuche zu den hypochondrischen Störungen<sup>3,4</sup> und zu den Zwangserkrankungen. Durch die oft fast wahnhaft anmutenden Überzeugungen der Betroffenen, aber auch ein hohes Maß an psychischer Komorbidität werden oftmals erhebliche differenzialdiagnostische Schwierigkeiten aufgeworfen.<sup>6</sup> Erkrankungsverläufe von Patienten, deren dysmorphophobe Befürchtungen in eine schizophrene Erkrankung einmünden, sind beschrieben.<sup>7</sup> Wichtig ist, zunächst festzuhalten, dass eine körperdysmorphe Störung selten isoliert auftritt, sondern in der Regel nur einen Teil einer komplexen psychischen Problematik repräsentiert.

Die zentrale Befürchtung eines Menschen mit einer körperdysmorphen Störung bezieht sich auf die

Hässlichkeit des eigenen Körpers oder, sehr viel häufiger, auf die Hässlichkeit oder Missgestaltung einzelner Körperteile (Abb. 1).

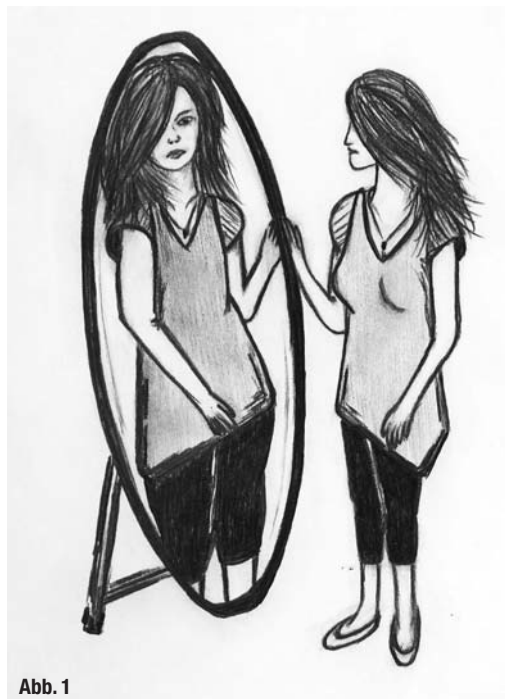


Abb. 1

Abb. 1\_ So, wie ich aussehe, kann ich unmöglich nach draußen gehen.

Diese schwer oder kaum korrigierbare Angst wird immer mehr zum Organisator des Lebens und kann mit zunehmender Erkrankungsdauer zu immer größeren Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen führen. Die körperdysmorphen Befürchtungen, die damit in Zusammenhang stehenden Phantasien über den eigenen Körper als nicht gut integrierter Teil des eigenen Selbst und letztlich die Handlungskonsequenzen verweisen auf die Komplexität der Störung. Die körperdysmorphe Problematik ruft, in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung, zunächst eine Vielzahl von Bewältigungsstrategien auf den Plan. Die Betroffenen verbringen viel Zeit mit der Überprüfung ihres äußeren Erscheinungsbildes, mit Gedanken hinsichtlich ihrer „Entstellung“ bzw. dem Versuch, durch Kleidung, Make-up oder andere Maßnahmen den vermeintlichen Makel zu beseitigen oder zumindest zu kaschieren. Im Erkrankungsverlauf werden soziale Situationen immer mehr gemieden oder erfordern ein erhebliches Maß an Vorbereitung. Die große Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung kann zu einem erheblichen subjektiven Belastungserleben beitragen. Menschen mit einer körperdysmorphen Störung erleben sich oft angestarrt und beurteilt, phantasieren Zurückweisung, Ablehnung oder gar Verachtung als Reaktion auf den vermeintlichen Makel an ihrem Äußeren. Im Zusammenhang mit der oft zugrunde liegenden Persönlichkeitsproblematik bringen die Betroffenen ihre Lebensschwierigkeiten und Probleme sehr konsequent mit ihrem Aussehen, d.h. der phantasierten

Entstellung, in einen inneren Zusammenhang. Diese fungiert gewissermaßen als „Erklärung“ für den eigenen Rückzug, Vermeidungs- und Ausweichverhalten und andere Verhaltensauffälligkeiten. Die dysmorphophoben Befürchtungen werden am häufigsten im Bereich des Gesichts und an den sekundären Geschlechtsmerkmalen lokalisiert. Dieser Sachverhalt verweist auf die enge Verbindung zum Schamaffekt.

#### Hinweise für das Vorliegen einer körperdysmorphen Störung<sup>10</sup>

- häufiges Überprüfen des äußeren Erscheinungsbildes im Spiegel
- Vermeiden von Spiegeln, weil der Anblick des eigenen Körpers unerträglich erscheint
- anhaltende Versuche, andere Menschen zu überzeugen, dass etwas am äußeren Erscheinungsbild nicht in Ordnung sei
- hoher Zeitaufwand für die Überprüfung bzw. Korrektur des eigenen Erscheinungsbildes
- Klagen der Familienmitglieder über eine ständige Nutzung des Bades
- unangemessenes Bedecken oder Verstecken von Körperteilen mit Hut, Kleidung, Make-up, Sonnenbrillen oder den eigenen Haaren
- Schwierigkeiten, mit anderen Menschen Zeit zu verbringen, wenn keine entsprechenden Vorkehrungen getroffen werden konnten
- hartnäckige Überzeugung, von anderen Menschen angeschaut und/oder negativ beurteilt zu werden
- hoher Zeitaufwand zur Beschaffung von Informationen zur Korrektur oder Verschönerung des eigenen Körpers
- hartnäckiger Wunsch nach plastisch-ästhetischer Behandlung, um das körperliche Erscheinungsbild zu korrigieren, obwohl andere Menschen dies für unnötig erachten
- Unzufriedenheit mit einem durchgeführten plastisch-ästhetischen Eingriff
- häufige Verspätungen aufgrund des hohen Aufwandes für die Korrektur des körperlichen Erscheinungsbildes
- Schwierigkeiten, Komplimente in Bezug auf das eigene Erscheinungsbild anzunehmen
- Schwierigkeiten, den Körper entblößt zu zeigen (Strand, Sauna, Schwimmbad)
- Schwierigkeiten in oder Vermeiden von sexuellen Beziehungen

Eine körperdysmorphe Störung nimmt ihren Ausgang sehr häufig in der Adoleszenz (16.–18. Lebensjahr) oder in der Spätadoleszenz (18.–21. Lebensjahr). Diese Lebensphase ist dadurch gekennzeichnet, dass der nach der Pubertät veränderte Körper neu in das Bild der eigenen Person integriert werden muss. Parallel mit dieser körperlichen Veränderung gehen innere Entwicklungen mit der Übernahme der ge-

schlechtlichen Identität, der Aufforderung und dem Wunsch nach Intimität einher. Im günstigen Fall manifestiert sich die Problematik insofern als Ausdruck einer Adoleszentenkrise und weist damit vorübergehenden Charakter auf. Entsprechend der schwierigen diagnostischen Einschätzbarkeit von psychischen Auffälligkeiten in der Lebensphase der Adoleszenz ist aber die Prognose der körperdysmorphen Störung zunächst ungewiss. Die häufige Primärmanifestation einer solchen Störung in der Adoleszenz steht somit in einem engen Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben, die in diesem Lebensabschnitt zur Bewältigung anstehen.

#### Ätiologie der körperdysmorphen Störung<sup>10</sup>

- körperdysmorphe Störung im Rahmen einer Adoleszentenkrise
- körperdysmorphe Störung im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung
- Differenzialdiagnostisch abzugrenzen ist immer eine umschriebene Wahnbildung

Ebenso unsicher wie das Schicksal einer Adoleszentenkrise ist die weitere Entwicklung einer körperdysmorphen Störung. Sie kann als passager auftretendes Phänomen wieder verschwinden, sich aber auch zu einem persistierenden Symptombild auswachsen. Von verschiedenen Autoren werden anhaltende körperdysmorphe Störungen mit schwerwiegenden Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in einen engen Zusammenhang gerückt.<sup>2,5</sup> Zumindest in diesen Fällen ist von einer schweren und unbedingt psychotherapeutisch zu behandelnden Problematik auszugehen. Über die Häufigkeit von körperdysmorphen Störungen gibt es, auch aus methodischen Gründen, kaum valide Untersuchungen. Schätzungen gehen von 0,5 bis 2,2% Erkrankten in der Gesamtbevölkerung aus. Sicherlich müssen dabei erhebliche Unterschiede in der Symptomausprägung unterstellt werden. Vermutlich ist die Störung sehr viel häufiger als sie diagnostiziert wird, da sich die Betroffenen vermutlich nur in den wenigsten Fällen an Psychotherapeuten oder Psychiater wenden. Wenn ein Psychotherapeut aufgesucht wird, geschieht dies meist aus einem anderen Motiv. Die körperdysmorphe Störung tritt dann als Nebenbefund in Erscheinung wie in der Fallvignette dargestellt.

Unter den Patienten einer Sprechstunde für Haarkrankheiten an der dermatologischen Universitätsklinik Berlin wurde bei 2–5% ein Dysmorphophobie-Syndrom diagnostiziert.<sup>9</sup>

Wichtig ist, zu betonen, dass der Betroffene von dem Vorhandensein eines Makels zutiefst überzeugt ist, die Einschätzungen seiner Umgebung, dass entweder gar kein Problem oder eine minimale Normabweichung vorliegt, nicht teilen kann. Insofern besteht in der Regel keine Krankheitseinsicht. Aufgrund der Tendenz zur Verheimlichung wird die Störung



auch von der Umgebung oft erst spät als problematisch identifiziert.

Der Versuch des Patienten, seine „Minderwertigkeit“ auf vermeintlich defizitäre Aspekte seines Äußeren zu projizieren, führt zwangsläufig zu einer Forderung nach somatischer Therapie. Insofern adressieren Betroffene ihre Wünsche nach einer Problemlösung über lange Zeit zunächst an Dermatologen, HNO-Ärzte, Plastische Chirurgen, Gynäkologen und Zahnärzte. Geht ein Arzt auf das Krankheitskonzept der Patienten ein, unterstützt er damit dessen schwerwiegende Fehlentwicklung. Die alleinige Konfrontation mit seiner Fehleinschätzung des realen Befundes ist therapeutisch ineffektiv und ist eher geeignet, einen Therapieabbruch oder einen Arztwechsel herbeizuführen. Der Adoleszenz bzw. Spätadoleszenz kommt auch in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Die Volljährigkeit ermöglicht es dem jungen Menschen, eigenverantwortlich in operative Eingriffe einzuwilligen. Die in dieser Lebensphase auch anwachsende Fähigkeit, Zugang zu finanziellen Ressourcen zu finden, ermöglicht auch, zumindest in begrenztem Umfang, entsprechende korrigierende Eingriffe zu finanzieren.

Ein sehr prominentes Beispiel für einen Menschen mit einer körperdysmorphen Störung und die Erfolglosigkeit einer Vielzahl korrigierender medizinischer, auch dermatologischer Interventionen war Michael Jackson.

#### Hinweise für die Praxis<sup>10</sup>

Die Indikation für ästhetisch-plastische Eingriffe sollte überdacht werden,

- wenn die Patientin/der Patient sich in der (Spät-) Adoleszenz befindet
- wenn der Wunsch nach einem Eingriff besonders dringlich und wenig „verhandelbar“ erscheint
- wenn der Wunsch nach einer operativen Korrektur „objektiv“ schwer nachvollziehbar erscheint
- wenn andere plastisch-ästhetische Eingriffe vorangegangen sind
- wenn der Patient mit den Ergebnissen dieser Interventionen, trotz objektiv guter Befundlage, unzufrieden ist
- wenn es Hinweise auf andere psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte gibt (Essstörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Episoden)
- wenn sich anamnestisch Hinweise für das Vorliegen einer körperdysmorphen Störung ergeben
- wenn sich irritierende Gefühle in der „Gegenübertragung“ einstellen

Wenn sich in den Anamnesegesprächen bzw. den Voruntersuchungen Hinweise auf das Vorliegen einer körperdysmorphen Störung ergeben, ist eine konsiliarische Vorstellung bei einem Facharzt für

Psychosomatische Medizin, einem klinischen Psychologen oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie dringend notwendig. Dem Wunsch des Patienten nach einem korrigierenden Eingriff ist ohne konsiliarärztliche Stellungnahme auf keinen Fall zu entsprechen. Auch wenn „kleinere“ Interventionen mit Laser oder Fruchtsäure und kleinere operative Korrekturen an der Haut als weniger invasiv einzuschätzen sind als etwa eine Brustaufbauoperation, Fettabsaugungen oder größere Korrekturen an Nase und Ohren, lösen sie die zugrunde liegende Problematik des Patienten nicht. Eine eventuell postoperativ zu beobachtende subjektive Entlastung des Betroffenen ist allenfalls von begrenzter Dauer und zieht zumeist den Wunsch nach weiteren korrigierenden Eingriffen nach sich. Strian unterstreicht sehr eindrücklich die körperdysmorphe Störung als Kontraindikation für plastisch-ästhetische operative Eingriffe.<sup>12</sup> In einigen Ländern wird die Finanzierung kosmetisch-ästhetischer Eingriffe durch die Krankenkassen an eine vorgeschaltete psychotherapeutisch-psychiatrische Diagnostik geknüpft.

*Ich danke Herrn Niklas Kröhnke für die Anfertigung der Illustration.*

Einige Aspekte dieses Beitrags wurden im vergangenen Jahr bereits in einer Arbeit in „Aktuelle Dermatologie“ veröffentlicht.

#### Literatur

- [1] Bürgy M. Dismorphophobie. *Nervenarzt* 1998; 69: 446–450.
- [2] Feldman MM. The Body Image and Object Relations: Exploration of a Method Utilizing Repertory Grid Techniques. *Brit. J. med. Psychol.* 1975; 48, 317–332.
- [3] Fuchs T. Über einen Fall von „Wachstumswahn“. Zur Genese und nosologischen Klassifikation der körperdysmorphen Störung. *Nervenarzt* 1993; 64, 199–203.
- [4] Hirsch M. Hypochondrie und Dismorphophobie. In: Hirsch M (Hrsg.) *der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens.* Berlin Heidelberg, New York, Springer 1989.
- [5] Joraschky P. *Das Körperschema und das Körper-Selbst.* München, Minerva 1983.
- [6] Joraschky P, Moesler TA. Die Dismorphophobie. In: Kaschka P, Lungerhausen E (Hrsg.) *Paranoide Störungen;* Berlin, Heidelberg, New York, Springer 1992.
- [7] Mester H. Der Wunsch einer Frau nach Veränderung der Busengröße – ein Beitrag zur Frage der Dismorphophobie. *Z. Psychosom. Med.* 1982, 28, 69–91.
- [8] Morselli E Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll Acad Med Genova VI* 1886: 110.
- [9] Orfanos CE, Grabe C. *Therapie der Hautkrankheiten;* Berlin, Heidelberg, New York, Springer 2002.
- [10] Salge H Dismorphophobie, *Aktuelle Dermatologie* 2011, 37: 458–460.
- [11] Saß H, Wittichen HU, Zaudig M. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM IV TR.* Göttingen, Hofgreffe, 2003.
- [12] Strian F Die Dismorphophobie als Kontraindikation kosmetischer Operationen. *Handchirurgie* 1984; 16: 243–245.

**\_Kontakt** | **face**

**Dr. med. Holger Salge**  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Facharzt für  
 Psychosomatische Medizin  
 und Psychotherapie,  
 Psychoanalyse  
 Sonnenberg Klinik  
 Christian-Belser-Straße 79  
 70597 Stuttgart