

# Körperdysmorphie Störung

**Andrea S. Hartmann**  
**Anja Grochowski**  
**Ulrike Buhlmann**

Fortschritte der  
Psychotherapie

 **hogrefe**

# Körperdysmorphie Störung

**Fortschritte der Psychotherapie**  
**Band 72**

Körperdysmorphie Störung

Jun.-Prof. Dr. Andrea S. Hartmann, Dr. Anja Grocholewski,  
Prof. Dr. Ulrike Buhlmann

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,  
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Andrea S. Hartmann  
Anja Grocholewski  
Ulrike Buhlmann

# Körperdysmorphie Störung



**Jun.-Prof. Dr. rer. nat. Andrea S. Hartmann.** Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2013 Juniorprofessorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Osnabrück.

**Dr. rer. nat. Anja Grocholewski.** Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2013 geschäftsführende Leitung der Spezialambulanz für Körperdysmorphie Störungen der Hochschulambulanz für Forschung und Lehre der TU Braunschweig und seit 2017 Leitung der Ausbildungsambulanz des WSPP.

**Prof. Dr. rer. nat. Ulrike Buhlmann.** Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2013 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie wissenschaftliche Leiterin der Hochschul- sowie Ausbildungsambulanz an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, inkl. Leitung einer Spezialambulanz für Körperdysmorphie Störungen.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: Beate Hautsch, Göttingen  
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2669-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2669-4)

ISBN 978-3-8017-2669-0

<http://doi.org/10.1026/02669-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Beschreibung der Körperdysmorphen Störung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Geschichte der Diagnose der KDS .....	5
1.2	Aktuelle diagnostische Kriterien .....	5
1.3	Epidemiologische Daten .....	7
1.4	Verlauf und Prognose .....	9
1.5	Differenzialdiagnostik .....	10
1.6	Komorbidität .....	12
<b>2</b>	<b>Entstehungs- und aufrechterhaltende Faktoren und Störungsmodelle</b> .....	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>Diagnostik und Indikation</b> .....	<b>17</b>
3.1	Diagnostische Verfahren .....	17
3.1.1	Kategoriale Diagnostik .....	17
3.1.2	Dimensionale Diagnostik .....	17
3.2	Indikation .....	19
<b>4</b>	<b>Behandlung</b> .....	<b>20</b>
4.1	Schwierigkeiten zu Behandlungsbeginn .....	20
4.2	Allgemeine Aspekte der Behandlung .....	24
4.2.1	Ziele der Behandlung .....	24
4.2.2	Planung der Behandlungssitzungen .....	25
4.2.3	Therapeutisches Setting und therapeutische Beziehung .....	25
4.3	Behandlungsrational und Erarbeiten des Modells .....	26
4.4	Kognitive Arbeit .....	27
4.5	Exposition mit Reaktionsverhinderung .....	34
4.6	Aufmerksamkeits-/Wahrnehmungsretraining .....	39
4.7	Abschluss der Behandlung und Auffrischungssitzungen .....	42
4.8	Optionale zusätzliche Behandlungsschwerpunkte .....	43
4.8.1	Suizidalität .....	43
4.8.2	Hautmanipulationen und Haarausreißen .....	44
4.8.3	Wunsch nach kosmetischen, dermatologischen oder ästhetisch-chirurgischen Behandlungen .....	46
4.8.4	Muskeldysmorphie .....	47

4.8.5	Imagery Rescripting .....	48
4.9	Psychopharmaka .....	50
4.9.1	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) .....	50
4.9.2	Sonstige Psychopharmaka .....	51
4.10	Weitere Behandlungsansätze .....	51
<b>5</b>	<b>Effektivität</b> .....	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>Fallbeispiel</b> .....	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>56</b>
<b>9</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>61</b>
	Informationsblatt für Betroffene .....	61
	Informationsblatt für Angehörige .....	63
	Arbeitsblatt 1: Störungsmodell der Körperdysmorphen Störung ....	66
	Arbeitsblatt 2: Gedankentagebuch .....	67
	Arbeitsblatt 3: Pro und Kontra .....	68
	Arbeitsblatt 4: Angstbesetzte Situationen .....	70
	Arbeitsblatt 5: Vorbereitung auf die Exposition .....	71
	Arbeitsblatt 6: Bewertung der Exposition .....	72
	Arbeitsblatt 7: Ritualltagebuch .....	73

## Karten

Differenzialdiagnostischer Prozess der Körperdysmorphen Störung (KDS)

Notfallplan bei erfolgtem Suizidversuch und geäußerten Selbsttötungsabsichten (Suizidpläne oder -vorbereitungen)



# 1 Beschreibung der Körperdysmorphen Störung<sup>1</sup>

Von der Körperdysmorphen Störung (KDS) betroffene Menschen leiden an übermäßigen Sorgen über einen oder mehrere wahrgenommene Makel ihres Körpers. Andere Personen hingegen nehmen diesen Makel in den meisten Fällen gar nicht wahr, oder er wirkt für sie nur sehr unscheinbar. Die Betroffenen finden allerdings sehr starke Worte für die Beschreibung des wahrgenommenen Makels, wie beispielsweise „hässlich“, „abscheulich“ oder „Monster“. Gewöhnlich machen sie sich über mehrere Körperteile Sorgen, und die im Fokus stehenden Körperregionen können über den Verlauf der Störung auch variieren. Durchschnittlich stehen über den Verlauf der Störung hinweg sechs bis sieben Körperregionen im Fokus. Meistens liegt der Fokus auf dem Gesicht oder Kopfbereich wie Unebenheiten der Haut, einer zu krummen Nase oder Asymmetrien der Augen (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993). Die gedankliche Beschäftigung mit dem Aussehen ist sehr zeitintensiv und wird als unkontrollierbar empfunden. Eine beträchtliche Anzahl von Betroffenen leidet an bis zu wahnhaften Überzeugungen bzgl. ihres Aussehens, das heißt, sie haben Schwierigkeiten zu erkennen, dass sie in Realität nicht entstellt oder makelhaft aussehen. Einige Betroffene leiden auch unter Beziehungsideen, das heißt, sie sind davon überzeugt, dass andere hinter ihrem Rücken aufgrund ihres Aussehens negativ über sie sprechen oder sie auslachen. Interessanterweise wurde wiederholt gezeigt, dass sich Betroffene mit wahnhafter und nicht wahnhafter Symptomatik in den meisten demografischen und klinischen Variablen (Krankheitsbeginn, Verlauf, Phänomenologie) nicht unterscheiden. Es gibt lediglich Hinweise darauf, dass wahnhaft Betroffene schwerere Symptome aufweisen. Im Verlauf der Störung kann sich das Ausmaß der Einsicht einer Person auch verändern, wobei die Ursachen, Auslöser und Häufigkeiten für diese Schwankungen bislang noch nicht bekannt sind.

Übermäßige Sorgen über einen wahrgenommenen Makel in der Erscheinung

Neben den aussehensbezogenen Sorgen sind zwanghafte, repetitive Verhaltensweisen typisch für die KDS. Diese Verhaltensweisen zielen darauf ab, den wahrgenommenen Makel zu untersuchen, zu verstecken oder zu verändern. Typisch ist hierbei für die KDS das Kontrollieren des Aussehens in Spiegeln oder anderen widerspiegelnden Oberflächen wie Schaufenstern oder Auto-

Zwanghafte, repetitive Verhaltensweisen, um Makel zu untersuchen, zu verstecken oder zu verändern

1 Alle im Folgenden genutzten Beschreibungen zu Personen sind als geschlechtsneutral zu verstehen außer es wird ausdrücklich anders vermerkt.

rückspiegeln. Einige Betroffene überprüfen ihr Aussehen bis zu mehreren Stunden täglich vor dem Spiegel, bevor sie das Haus verlassen. Weitere typische Verhaltensweisen sind das Tarnen (z. B. durch das Tragen von Hüten, Sonnenbrillen oder langen Hosen), exzessives Haare kämmen, übermäßiges Auftragen von Make-Up, Zupfen der Haut oder Rückversichern bei anderen Menschen (z. B. „Ist meine Nase schief?“). Auch mentale Handlungen wie das Vergleichen des wahrgenommenen Makels mit den entsprechenden Körperregionen bei anderen Menschen kommen häufig vor. Viele Betroffene zeigen zudem auch Vermeidungsverhalten. Dieses kann Spiegel betreffen aber auch tägliche Aktivitäten wie z. B. Einkaufen oder Situationen, in denen der mutmaßliche Makel der Öffentlichkeit exponiert wird (wie z. B. an den Strand gehen oder Kleidung kaufen). Die Vermeidung kann so schwerwiegend werden, dass die Betroffenen ihr Zuhause aufgrund starker Angst vor negativer Bewertung durch andere gar nicht mehr verlassen (z. B. nicht mehr zur Arbeit oder zur Schule gehen).

### Fallbeispiel: Frau M.

Die 37-jährige Frau M. kommt nach zwei „missglückten“ Schönheitsoperationen auf Bitten ihres Lebensgefährten in die Behandlung. Sie findet, dass ihre Nase zu lang und zu dick sei, ihre Haut unrein, und ihre Haare seien zu dünn und würden nur herunterhängen. Außerdem habe sie viel zu viel Busen, und ihr Bauch stehe vor „wie bei einer Schwangeren im 7. Monat“. Früher hätte sie gedacht, dass sie X-Beine habe, aber mittlerweile fände sie ihre Beine im Vergleich zum restlichen Körper „annehmbar“. Nun habe sie ihre Nase zweimal korrigieren lassen, und obwohl sowohl der ästhetisch-plastische Chirurg als auch ihr Partner mit dem Ergebnis sehr zufrieden seien, könne sie selbst kaum einen Unterschied zu vorher feststellen. Sie verstehe gar nicht, warum beide diesen Makel so herunterspielen, ein Blick in den Spiegel bestätige ihr doch jedes Mal wieder, dass sie mit ihren Sorgen nicht übertreibe. Außerdem sei sie sich auch sicher, dass andere Menschen sie bedauerten aufgrund ihres Aussehens und hinter ihrem Rücken über sie lachten.

Jeden Tag verbringe sie mehrere Stunden vor dem Spiegel. Da sie den Anblick ihres gesamten Körpers nicht ertrage, ziehe sie sich zunächst komplett an, so dass sie dann wenigstens „nur“ den Kopf sehen müsse. Zum Anziehen wähle sie stets weit fallende Kleidung aus, die keinerlei Körperkonturen erkennen ließe. Das eigentliche Spiegelritual beinhalte dann ein exzessives Ausreinigen der Haut, ein ausgeklügeltes Schminkritual zur optischen Verkleinerung der Nase, sowie mehrfaches waschen, föhnen, kämmen und mit Haarspray fixieren der Haare. Dabei könne es schon mal sein, dass sie fünf Stunden Zeit benötige. Wenn sie am Ende jedoch nicht einigermaßen zufrieden sei, fühle sie sich nicht in der Lage, das Haus zu verlassen. Aufgrund dessen habe sie ihre Arbeit verloren

und lebe von den Einkünften ihres Partners. Einerseits leide sie darunter, andererseits sei sie aber auch froh, dass sie nicht mehr zur Arbeit gehen müsse, denn nun müsse sie ja außer ihrem Partner kein Mensch mehr sehen. Das Haus verlasse sie nur noch, wenn es gar nicht anders gehe, z. B. für die Besuche beim ästhetisch-plastischen Chirurgen.

Die Symptome der KDS unterliegen zum Teil auch gewissen Kultur- und Geschlechterunterschieden. So betreffen die im Fokus stehenden Körperbereiche bei asiatischen Frauen (vs. Frauen europäischer Herkunft) eher das glatte Haar sowie die vermeintlich dunkle Haut und weniger die Figur. Bisher liegen jedoch noch keine Studien zu einer entsprechenden Untersuchung bei Männern vor. Generell zeigen sich Geschlechterunterschiede hinsichtlich der im Fokus stehenden Körperregionen. Während Männer sich eher Sorgen über ihre Genitalien, die Körperstatur und dünner werdendes Haar machen, sind Frauen eher besorgt über ihre Haut, Bauch, Gewicht, Brust, Po, Hüften, Beine, Zehen sowie Körper- und Gesichtsbehaarung. Generell scheinen sich Frauen insgesamt über mehr Körperbereiche Sorgen zu machen als Männer. Auch im Bereich der repetitiven Verhaltensweisen konnten Geschlechterunterschiede gezeigt werden. Während bis zu 25 % der betroffenen Männer (vs. 10 % der Frauen) exzessives Gewichtheben betreiben, zeigen Frauen vermehrt repetitive Verhaltensweisen wie Tarnen (97%), Überprüfung durch Spiegel (93%), Kleiderwechsel (53%) oder Zupfen der Haut (53%).

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich im Fokus stehender Körperteile

Eine häufiger bei Männern vorkommende Unterform der KDS ist die Muskeldysmorphie (MD), die durch die Hauptsorge charakterisiert ist, zu schmal gebaut bzw. nicht muskulös genug zu sein (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997). Die spezifischen Symptome schließen zwanghaftes und exzessives Gewichtheben sowie strenges Festhalten an speziellen Trainingsabläufen und konkreten Ernährungsplänen ein. Oftmals kommt es bei der MD auch zur Einnahme von leistungssteigernden Substanzen wie anabolen Steroiden, vermehrten Körper- und Spiegelkontrollen sowie Vermeidung von Situationen, in welchen der eigene Körper zur Schau gestellt wird.

Subtyp Muskeldysmorphie

Darüber hinaus treten vor allem im asiatischen Kulturkreis zwei kulturspezifische Störungsbilder auf, die mit der KDS in Verbindung gebracht werden. Koro ist eine überwiegend in Südostasien beschriebene Störung, während Taijin Kyofusho vor allem in Japan berichtet wird. Koro wird in der Kategorie „Andere näher bezeichnete Zwangsstörung und verwandte Störungen“ im DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) beschrieben. Die Störung kennzeichnet sich durch eine plötzliche und intensive Angst der betroffenen Männer, dass der Penis in den Körper zurücktreten und dies zum Tod führen könnte. Entsprechende Sicherheitsverhaltensweisen sind u. a. das wiederholte Ziehen am Penis. Bei den wenigen weiblichen Fällen mit Koro richtet sich die Besorgnis auf die Vulva oder die Brustwarzen.

Taijin Kyofusho, im DSM-5 im Glossar kulturell gebundener Leidenskonzepte aufgeführt, beschreibt eine Phobie, die Gemeinsamkeiten mit der Sozialen Angststörung aufweist. Betroffene sind besorgt darüber, dass ihr Körper bzw. Teile davon, ihr Geruch oder eigene Handlungen andere stören oder negative Gefühle bei anderen auslösen könnte. Taijin Kyofusho kann in vier Subtypen aufgeteilt werden, wobei zwei davon starke Ähnlichkeiten mit der KDS aufweisen. Der Subtyp Shubo-Kyufu beschreibt die Angst vor einem deformierten Körper und wird als eine der Anderen näher bezeichneten Zwangsstörungen und verwandten Störungen im DSM-5 beschrieben. Der Subtyp Jikoshu-Kyofu hingegen ist charakterisiert durch die Angst, einen sehr aufdringlichen Körpergeruch zu verbreiten. Dies wird auch als olfaktorische Referenzstörung beschrieben, die ebenfalls als Unterform der KDS im Rahmen der Revision des DSM diskutiert, aber aufgrund des mangelnden Forschungsstandes nicht aufgenommen wurde. Generell besteht der Unterschied zwischen den beiden Subtypen des Taijin Kyofusho und der KDS darin, dass im asiatischen Kulturkreis sich die Angst darauf bezieht, andere zu beleidigen oder bei diesen negative Gefühle auszulösen statt (wie in den westlichen Kulturkreisen) selbst negativ bewertet zu werden.

Die mit der KDS einhergehenden Beeinträchtigungen beziehen sich oftmals auf soziale Kontakte (z. B. das Vermeiden von Partys), partnerschaftliche Beziehungen (u. a. das Vermeiden intimer Beziehungen oder sexueller Kontakte) sowie schulischer oder beruflicher Situationen und können bis zur völligen Isolation führen. Weiterhin definiert sich die KDS durch eine hohe Rate an Suizidgedanken und -versuchen. So zeigen u. a. Phillips und Kollegen (1993), dass bis zu 81 % der Betroffenen im Laufe ihres Lebens unter Suizidgedanken leiden, und mehrere Studien weisen mittlerweile darauf hin, dass jeder vierte Betroffene irgendwann im Laufe des Lebens versucht, sich aufgrund der Sorgen um das Aussehen das Leben zu nehmen. In zwei repräsentativen deutschlandweiten Umfragen berichteten bis zu 31 % der KDS (vs. ~3,5 % der nicht-KDS) Betroffenen, derzeit Suizidgedanken wegen des Aussehens zu haben (Buhlmann et al., 2010; Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen & Brähler, 2006). 7,2 % (2006) bzw. 22,2 % (2010) gaben an, wegen des Aussehens schon mindestens einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben (im Gegensatz zu 1 % bzw. 2,1 % der nicht betroffenen Befragten).

Hohe Rate an  
Suizidgedanken  
und -versuchen

### Merke

Die Kernsymptome der KDS bestehen aus aussehensbezogenen Sorgen, die wahnhaftige Ausmaße annehmen können, sowie repetitiven Denk- und Verhaltensweisen, um das Aussehen zu verändern und/oder Situationen oder Menschen zu vermeiden, die die Sorgen auslösen könnten. Je nach Kultur oder Geschlecht des Betroffenen können die Sorgen und Verhaltensweisen unterschiedlich ausgestaltet sein.

## 1.1 Geschichte der Diagnose der KDS

Die KDS-Symptomatik wird in der Literatur bereits seit über 100 Jahren beschrieben (griechisch: *dysmorphia* = die Hässlichkeit insbesondere des Gesichts; in einem griechischen Mythos bezeichnet *Dysmorphia* das hässliche Mädchen von Sparta). In der europäischen, japanischen und russischen Literatur wurde die Symptomatik hauptsächlich unter der Bezeichnung *Dysmorphophobie* beschrieben. Sowohl Kraepelin (1909) als auch Janet (1903) beschrieben das *Dysmorphophobische Syndrom* und klassifizierten es als eine zwanghafte Neurose.

Symptome der KDS bereits seit über 100 Jahren beschrieben

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erschien das Störungsbild erstmals in der 10. Version von 1992 (ICD-10, 1992). Hier wird (vgl. Tabelle 1 für Kriterien) der Begriff *Dysmorphophobie* als andere Bezeichnung für die KDS-Unterform der Hypochondrischen Störung genannt. In der dritten Version des DSM aus dem Jahr 1980 wurde die KDS als ein Beispiel einer atypischen somatoformen Störung beschrieben, allerdings noch ohne spezifische diagnostische Kriterien und ohne wahnhaften Subtyp (APA, 1980). Zum ersten Mal wurde die KDS als distinkte Störung im Kapitel der Somatoformen Störungen in der revidierten dritten Version des DSM aufgeführt (APA, 1987).

## 1.2 Aktuelle diagnostische Kriterien

In der ICD-10 (WHO, 1992) wird die KDS aktuell als Unterform der Hypochondrie (F45.2) im Kapitel der Somatoformen Störungen klassifiziert. Die einzelnen diagnostischen Kriterien sind in Tabelle 1 ersichtlich. Im Falle wahnhafter Überzeugungen hinsichtlich des eigenen Aussehens kann die Störung gemäß ICD-10 als Anhaltende wahnhafte Störung (F22) des körperlichen Typs verortet werden.

Im DSM-5 wird die KDS unter anderem aufgrund ihrer Ähnlichkeit in Phänomenologie, Epidemiologie und effektiven Behandlungsstrategien mit der Zwangsstörung im Kapitel der Zwangs- und verwandten Störungen geführt. Im Unterschied zur gemischten Präsentation mit der hypochondrischen Störung in der ICD-10 stellt die KDS hier ein eigenständiges Störungsbild dar<sup>2</sup>. Auch werden im DSM-5 nicht nur die Sorgen und das daraus erwachsende Rückversicherungsverhalten als Kriterium aufgeführt, es wird darüber hinaus auch das Verhalten beschrieben, das zur Neutralisierung der Sorgen gezeigt wird (beispielsweise Vermeidung aber auch Versuche, das eigene Aussehen zu verbes-

2 Es sei darauf verwiesen, dass in der in Kürze erscheinenden ICD-11 die KDS ebenso wie im DSM-5 in die Kategorie Zwangs- und verwandte Störungen eingeordnet werden wird.