

Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung

Stefan Brunhoeber

Ein Therapiemanual

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung

Stefan Brunhoeber

Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung

Ein Therapiemanual

2., überarbeitete und erweiterte Auflage



Dipl.-Psych. Stefan Brunhoeber, geb. 1974. 1997–2003 Studium der Psychologie in Trier. 2004–2008 Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bei der DGVT in Bonn. 2004–2006 psychotherapeutische Tätigkeit in den Rheinischen Landeskliniken Bonn. 2005–2007 ehrenamtliche Beratung von Betroffenen im Internetforum www.dysmorphophobie.de. Seit 2007 Aufbau des Behandlungsschwerpunkts „Körperdysmorphie Störung“ am Klinikum Staffelstein.

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 Manuskriptherstellung 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: Matthias Lenke, Weimar
Format: PDF

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2019
© 2009 und 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2859-8; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2859-9)
ISBN 978-3-8017-2859-5
<http://doi.org/10.1026/02859-000>

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

Vorwort	9
Kapitel 1: Beschreibung der Störung	10
1.1 Historie der Körperdysmorphen Störung (KDS)	11
1.2 Diagnostische Kriterien	11
1.3 Unterformen der Körperdysmorphen Störung	12
Kapitel 2: Klinische Symptomatik	15
2.1 Von Sorgen betroffene Körperteile	17
2.2 Gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen	17
2.3 Sicherheitsverhaltensweisen	19
2.3.1 Kontrollieren	20
2.3.2 Kaschieren	27
2.3.3 Manipulieren	30
2.3.4 Vermeiden	32
2.4 Aufsuchen und Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe	35
2.5 Psychosoziale Auswirkungen	37
2.6 KDS-spezifische Emotionen	40
Kapitel 3: Epidemiologie	44
Kapitel 4: Verlauf und Prognose	46
Kapitel 5: Differenzialdiagnose und Komorbidität	48
5.1 Zwangsstörung	48
5.2 Soziale Phobie	49
5.3 Depression	50
5.4 Essstörung	51
5.5 Hypochondrische Störung	52
5.6 Schizophrenie	52
5.7 Body Integrity Identity Disorder (BIID)	53
5.8 Excoriation Disorder	53
5.9 Wahnhafte Störung	54
5.10 Persönlichkeitsstörungen	55

Kapitel 6: Diagnostische Untersuchungsinstrumente	57
6.1 Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDDDM)	57
6.2 Body Dysmorphic Disorder Modification of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD-YBOCS)	57
6.3 Körperdysmorpher Störungsfragebogen (KDS-F)	57
6.4 Fragebogen Körperdysmorpher Symptome (FKS)	58
6.5 Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)	58
6.6 Schwierigkeiten bei der Diagnostik der KDS	58
Kapitel 7: Störungstheorien und Erklärungsmodelle	59
7.1 Genetische und neurobiologische Hypothesen	59
7.2 Psychologische Erklärungsansätze	61
7.2.1 Familiäre Einflüsse	62
7.2.2 Hänseleien	62
7.2.3 Missbrauch	63
7.2.4 Medien- und Kultureinflüsse	63
7.2.5 Sonstige Lernerfahrungen	64
7.2.6 Psychodynamische Erklärungsansätze	65
7.2.7 Kognitiv-behaviorale Erklärungsansätze	66
7.2.8 Vergleichende Modellbetrachtung und Darstellung eines integrativen Störungsmodells	66
Kapitel 8: Behandlung	70
8.1 Pharmakologische Behandlung	70
8.2 Sonstige psychiatrische Behandlungsansätze	73
8.3 Nicht psychiatrische medizinische Behandlungsformen	73
8.4 Psychologische Behandlungsansätze	76
8.4.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	76
8.4.2 Psychodynamisch orientierte Therapieverfahren	77
Kapitel 9: Kognitive Verhaltenstherapie	78
9.1 Aufbau der therapeutischen Beziehung	78
9.2 Feststellung der Veränderungsmotivation	81
9.3 Aufbau von Veränderungsmotivation	82
9.3.1 Psychoedukation	83
9.3.2 Bearbeitung von Metakognitionen	98
9.4 Entwicklung eines individuellen Störungsmodells	100
9.5 Säule I: Funktionalität	106
9.5.1 Gefühlsregulationsfunktion	107
9.5.2 Verbesserung des Selbstwertgefühls	107
9.5.3 Ablenkungsfunktion	109
9.5.4 Verbesserung der Selbstakzeptanz	111
9.5.5 Schutzfunktion	112
9.5.6 Wunsch nach Zuneigung	114
9.5.7 Regulierung von Nähe und Distanz	117
9.5.8 Stabilisierung zwischenmenschlicher Beziehungen	118
9.6 Säule II: Korrigierende Erfahrungen	119
9.6.1 Expositionsübungen	121
9.6.2 Schwäche zeigen	126
9.7 Säule III: Reduktion der aussehensbezogenen Beschäftigung	127
9.7.1 Reduktion der Körperpflege	128
9.7.2 Reduktion des zwanghaften Betrachtens im Spiegel	129
9.7.3 Reduktion von Rückversicherungen	131
9.7.4 Reduktion der Informationssuche zur Verbesserung des Aussehens	132
9.7.5 Reduktion von körperbezogenen Angewohnheiten	132

9.8	Säule IV: Reduktion der gedanklichen Beschäftigung mit dem Aussehen	135
9.8.1	Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und Grundannahmen	135
9.8.2	Umgang mit Zwangsgedanken	142
9.8.3	Vermeidungsdenken	143
9.8.4	Komplimente annehmen	145
9.9	Säule V: Aufbau vom Körper unabhängiger Identitäten	146
9.9.1	Modifikation interner Standards	148
9.9.2	Zwei-Stuhl-Übung	150
9.10	Säule VI: Veränderung der Wahrnehmung	153
9.10.1	Videofeedback	153
9.10.2	Spiegelkonfrontation	156
9.10.3	Fototherapie	157
9.10.4	Reduktion der Selbstaufmerksamkeit	157
9.11	Säule VII: Verbesserung von Bewältigungskompetenzen	160
9.12	Therapeutischer Umgang mit geplanten kosmetischen und chirurgischen Eingriffen	163
9.13	Umgang mit Rückfällen	166
9.14	Erste Befunde zur Wirksamkeit	167
Literatur		169
Anhang		181

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die zur Durchführung des Gruppenprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Mit der ersten Auflage dieses Therapiemanuals im Jahre 2009 habe ich damals das weltweit erste Therapiemanual zur Behandlung der Körperdysmorphen Störung (KDS) veröffentlichen können. Zum damaligen Zeitpunkt war die KDS eine noch recht wenig erforschte Störung. Seitdem hat sich das Interesse an der KDS merklich vergrößert, was sich unter anderem in einer steigenden Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen zeigt. Nach nunmehr fast zehn Jahren habe ich es daher für notwendig erachtet, dieses Manual zu überarbeiten, zumal sich die diagnostischen Kriterien im Zuge des DSM-5 verändert haben, mehr wissenschaftliche Studien vorliegen und sich auch mein Erfahrungsschatz bei der Behandlung der KDS erweitert hat.

Während meiner Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten habe ich genau wie meine Kommilitonen vor allem von den Seminaren profitiert, die sehr praxisorientiert durchgeführt wurden. Meist waren dies Dozenten, die sich als Praktiker in Vollzeit der Behandlung ihrer Patienten widmeten und sich hierbei auf bestimmte Störungen spezialisiert hatten. Diese Seminare zeichneten sich durch eine Vielzahl an praktischen Beispielen, gute therapeutische Modelle, einen enormen erfahrungsbasierten Wissensschatz sowie kompetente Vermittlung im Umgang mit schwierigen Therapiesituationen aus. Aus den Seminaren, die ich an einigen Fortbildungsinstituten gebe, erhalte ich gerade zur Wichtigkeit der Weitergabe von Erfahrungen und Beispielen ähnliche Rückmeldungen. Ich möchte daher in diesem Manual zusätzlich zur Wissensvermittlung bzgl. der Anwendung und Durchführung von Therapiebausteinen einige praktische Erfahrungen (Kästen: „Erfahrungen aus der Praxis“) mit einfließen lassen, in der Hoffnung, dass diese Erfahrungen bei der Durchführung einer KDS-Therapie eine zusätzliche Hilfe darstellen. Die

eigenen Erfahrungen stellen für die Anwendung und Durchführung der Interventionen keine notwendigen Grundlagen dar, bieten aber hoffentlich weitere hilfreiche Anregungen für die Durchführung. Auch wenn in einem Therapiemanual wie diesem nie alle Erfahrungen und komplexen Zusammenhänge dargestellt werden können, hoffe ich, Ihnen mit diesem Manual einen Leitfaden mit an die Hand zu geben, mit dem Sie die KDS erfolgreich behandeln können.

Bislang gibt es nur sehr wenige Therapeuten, die sich mit der genauen Behandlung einer KDS auskennen und hierbei viel Erfahrung haben. Fast täglich bekomme ich von Patienten oder Angehörigen Anfragen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum, die bei sich vor Ort nach Therapeuten suchen, die die Erfahrung haben, eine KDS erfolgreich zu behandeln. In den allermeisten Fällen muss ich sie dahingehend enttäuschen, keine Kontaktdaten nennen zu können. Mich würde es freuen, wenn ich mit diesem Manual bei dem ein oder anderen Leser soviel Interesse wecken würde, sich mit diesem interessanten und vielseitigen Störungsbild näher zu befassen. Sollten sie in Zukunft die Behandlung der KDS zu einem ihrer Therapieschwerpunkte machen wollen, würde es mich freuen, wenn sie mich hierüber informieren würden, damit ich zukünftig bei Anfragen von Betroffenen häufiger als heute in der Lage bin, sie an Kollegen weiterverweisen zu können.

Nun wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Ich widme dieses Buch meiner Tochter und meinen Söhnen in der Hoffnung, dass ich sie ausreichend auf das Leben vorbereite und sie niemals unter einer KDS oder sonst einer psychischen Erkrankung leiden müssen.

Bonn, November 2018

Stefan Brunhoeber

Kapitel 1

Beschreibung der Störung

Wer kann schon von sich behaupten, makellos schön zu sein? Nach einer Umfrage der Zeitschrift *Psychology Today* (Garner, 1997) sind lediglich 18 % der Männer und 7 % der Frauen rundum zufrieden mit ihrem Aussehen und unternehmen nur wenig, um ihr Erscheinungsbild zu verbessern. Die große Mehrheit der Bevölkerung dagegen versucht auf vielfältigste Weise, das eigene Aussehen zu verbessern, und das aus gutem Grund: Verschiedene Studien konnten zeigen, dass attraktive Menschen sowohl partnerschaftlich, gesellschaftlich als auch beruflich bessere Chancen im Leben haben (z.B. Reis et al., 1982; Vagt, 1994; Clifford & Walster, 1973; Efran, 1974; Dion, 1972; Dion & Berscheid, 1974).

Auch andere Studien bestätigen die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung des Aussehens. In der Dove-Studie (Etoff, Orbach, Scott & D'Agostino, 2004) wurden weltweit 3.300 Mädchen und Frauen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren zu ihrem Aussehen befragt. Rund 92 % der Studienteilnehmerinnen gaben an, zumindest einen Aspekt an ihrem Aussehen verändern zu wollen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten. Neben dem Gewicht und der Form ihres Körpers waren die Befragten vor allem mit ihrer Körpergröße, ihren Haaren, ihrer Haut sowie ihrem Gesicht unzufrieden. Jede vierte Frau zieht nach dieser Studie zur Verbesserung des eigenen Aussehens sogar Schönheitsoperationen in Betracht. Als besonders alarmierend sind jedoch die alltäglicheren Folgen dieses Schönheitskults, wie z.B. ein geringeres Selbstwertgefühl, zu bewerten. Rund 70 % der befragten Mädchen gaben an, bestimmte Aktivitäten zu meiden (z.B. in die Schule gehen, die eigene Meinung äußern), wenn sie aktuell mit ihrem Aussehen unzufrieden seien. 13 % der befragten Mädchen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren erfüllten die Kriterien für eine Essstörung.

Die Ergebnisse der Dove-Studie zeigen deutlich, welchen Stellenwert das eigene Aussehen heute einnimmt. Neben Essstörungen wie Anorexie und Bulimie, die eng mit dem Streben nach einem schlanken und wohlgeformten Körper verbunden sind, findet in den letzten Jahren eine weitere psychische Störung immer mehr Beachtung: Die Körperdysmorphie Störung (KDS), auch unter dem Namen Dysmorphophobie bekannt. Diese bezeichnet ein subjektives Gefühl der Hässlichkeit oder der körperlichen Missgestaltung trotz normalen Aussehens. Die betroffenen Personen haben die Überzeugung, von anderen Personen in gleicher Weise als deformiert wahrgenommen zu werden. Anders als bei den Essstörungen bezieht sich die Sorge bei dieser Erkrankung nicht in erster Linie auf das Gewicht bzw. die Figur, sondern auf alle möglichen Aspekte des Körpers, vor allem aber auf das Gesicht. Betroffen von einer überkritischen Betrachtung sind Nase, Mund, Wangen, Kinn, Lippen, Zunge, Zähne, Kiefer und Ohren sowie die Haare, insbesondere die Gesichtsbehaarung und der Bartwuchs. Auf den weiteren Körper bezogen sind es insbesondere die Größe und das Gewicht, Hände und Beine, Genitalien, Gesäß, Bauch, Schultern und Hüften. Die Störung beginnt meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter und ist gekennzeichnet durch eine starke Beschäftigung mit den ungeliebten und als unansehnlich bewerteten Körperteilen, die das permanente Überprüfen der „Entstellung“, ein extremes Pflegeverhalten sowie einen häufigen Wechsel zwischen intensivem Prüfverhalten und totaler Vermeidung des eigenen Anblicks umfasst. Bei der KDS handelt es sich um eine weit verbreitete Störung, von der beide Geschlechter in etwa gleich betroffen sind und welche unbehandelt in der Regel chronisch verläuft (Morschitzky, 2000; Stangier, 2002; Stangier & Hungerbühler, 2001).

1.1 Historie der Körperdysmorphen Störung (KDS)

Erstmals wurde die KDS 1886 von dem italienischen Psychiater Morselli unter dem Begriff „Dysmorphophobie“ erwähnt (Morselli, 1886). Der Begriff Dysmorphophobie ist aus dem Altgriechischen (*dys* = schlecht, *morphé* = Gestalt, äußere Erscheinung, *phóbos* = Furcht, Angst) abgeleitet und bedeutet übersetzt so viel wie „Missgestaltungsfurcht“.

1903 berichtete Janet über Personen mit „l'obsession des la honte du corps“ (Besessenheit von körperbezogener Scham), und Kraepelin beschrieb 1909 ein dysmorphophobisches Syndrom, welches er als eine zwanghafte Neurose klassifizierte. Freud (1918) schilderte den Fall eines Wolfsmannes, der von seiner Nase so besessen war, dass er darüber alles andere vergaß. Er bezeichnete dieses Phänomen als „hypochondrische Paranoia“. Jahrreiss (1930) beschrieb in seiner Monographie über hypochondrische Denkstrukturen das dysmorphophobische Syndrom als „Schönheitshypochondrie“.

In den 1960er Jahren fand die Symptomatik der Dysmorphophobie erstmals auch im Bereich der Dermatologie bzw. der kosmetischen Chirurgie Beachtung (Edgerton, Jacobson & Meyer, 1960; Knorr, Edgerton & Hoopes, 1967). Die Patienten fielen dadurch auf, dass sie multiple Operationen und Behandlungen zur Korrektur eines nicht vorhandenen oder aber minimalen Makels anstrebten. Trotz guter Behandlungsergebnisse waren viele der Patienten unzufrieden mit den Resultaten der Eingriffe (Edgerton et al., 1960).

In den diagnostischen Klassifikationssystemen tauchte die KDS erstmals 1980 im DSM-III auf und wurde dort als ein Beispiel für eine atypische Somatoforme Störung aufgeführt (American Psychiatric Association, 1980). 1987 wurde die Körperdysmorphie Störung im DSM-III-R zu einer separaten diagnostischen Entität (American Psychiatric Association, 1987), wobei eine wahnhaft und eine nicht wahnhaft Ausprägung unterschieden wurden. Mit der Veröffentlichung des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wurde diese strikte Trennung revidiert und es wurde bei einer wahnhaften Ausprägung der KDS eine Doppeldiagnose von wahnhafter Störung und KDS vergeben. Im internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen (ICD) wird die KDS bislang unter den hypochondrischen Störungen (ICD-10: F45.21) subklassifiziert, die wahnhafte Variante hingegen unter den sonstigen anhaltenden wahnhaften Störungen (F22.8) (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015).

1.2 Diagnostische Kriterien

Seit dem Erscheinen des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) wird die KDS nun nicht mehr als Somatoforme Störung sondern als eigenständiges Störungsbild unter den Zwangsstörungen geführt. Um diesem Umstand gerecht zu werden, wurde zu den bislang bestehenden drei Kriterien des DSM-IV (heute A, C und D) das Kriterium B hinzugenommen.

Körperdysmorphie Störung

Diagnostische Kriterien nach DSM-5¹

A. Übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren wahrgenommenen Mängeln oder Defekten im äußeren Erscheinungsbild, die für andere nicht erkennbar sind oder geringfügig erscheinen.

B. Im Verlauf der Störung hat die Person in Reaktion auf die Befürchtungen bezüglich des Aussehens sich wiederholende Verhaltensweisen (z.B. Überprüfung im Spiegel, übermäßige Körperpflege, Hautzupfen/-quetschen, Rückversicherungsverhalten) oder mentale Handlungen (z.B. Vergleich des Aussehens mit dem von anderen) ausgeführt.

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

D. Die übermäßige Beschäftigung mit dem äußeren Erscheinungsbild kann nicht besser durch Befürchtungen in Bezug auf Körperfett oder -gewicht erklärt werden, wie sie bei Personen auftreten, deren Symptomatik die diagnostischen Kriterien für eine Essstörung erfüllt.

Bestimme, ob:

Mit Muskeldysmorphie: Die Person ist übermäßig beschäftigt mit der Vorstellung, dass ihr Körper zu klein oder nicht ausreichend muskulös gebaut ist. Diese Zusatzcodierung kann auch genutzt werden, wenn die Person sich übermäßig mit anderen Körperbereichen beschäftigt, was häufig der Fall ist.

Bestimme, ob:

Gebe das Ausmaß der Einsicht in Bezug auf die mit der Körperdysmorphie verbundenen Annahmen (z.B. „Ich sehe hässlich aus“ oder „Ich sehe entstellt aus“) an.

¹ Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

Mit Guter oder Angemessener Einsicht: Die Person erkennt, dass die mit der Körperdysmorphen Störung verbundenen Überzeugungen definitiv nicht, wahrscheinlich nicht oder möglicherweise nicht der Realität entsprechen.

Mit Wenig Einsicht: Die Person denkt, dass die mit der Körperdysmorphen Störung verbundenen Überzeugungen wahrscheinlich der Realität entsprechen.

Mit fehlender Einsicht/Wahnhaften Überzeugungen: Die Person ist vollkommen davon überzeugt, dass die mit der Körperdysmorphen Störung verbundenen Überzeugungen der Realität entsprechen.

Seit dem DSM-5 lässt sich der Grad der Einsichtsfähigkeit in den pathologischen Charakter der aussehensbezogenen Beschäftigung einschätzen. Hier wird zwischen Betroffenen mit guter oder ausreichender Einsicht, mit wenig Einsicht oder mit fehlender Einsicht/Wahn unterschieden. Mit dieser veränderten diagnostischen Klassifikationsmöglichkeit wird nun der Tatsache Rechnung getragen, dass bei den Betroffenen der Grad der Einsichtsfähigkeit im Verlauf ihrer Störung schwanken kann und es keine bedeutsamen Unterscheidungsmerkmale zwischen einer KDS mit guter Einsicht und einer wahnhaft ausgeprägten KDS hinsichtlich Symptomatik, Epidemiologie, dem Ansprechen auf Psychotherapie und Medikamente gibt.

Des Weiteren lässt sich im DSM-5 eine Unterform der KDS, die Muskeldysmorphophobie, diagnostizieren (s. Kap. 1.3).

In der ICD-10 wird die KDS immer noch unter F45.21 als Unterform der Hypochondrie innerhalb der Somatoformen Störungen und die wahnhaft ausgeprägte einer KDS unter den anhaltenden wahnhaften Störungen unter F22.8 klassifiziert. Dies wird sich vermutlich in einer Neuauflage der ICD ändern, sodass sich die ICD-11 in ihrer diagnostischen Einschätzung der KDS höchstwahrscheinlich der des DSM-5 angleichen wird.

1.3 Unterformen der Körperdysmorphen Störung

In der westlichen Welt vermutet man zwei Unterformen der KDS, zum einen die *Muskeldysmorphophobie* und die seltenere *Stellvertretende Körperdysmorphie Störung*. Im asiatischen und afrikanischen Raum sind zwei weitere Störungen beschrieben worden, die eine

nahe Verwandtschaft zur KDS vermuten lassen. Dabei handelt es sich um die *Koro-Krankheit* sowie um die in Japan vorkommende *Taijin kyofusho-Krankheit*.

Muskeldysmorphophobie

In den letzten Jahren wird immer häufiger über eine Unterform der KDS berichtet, die mehrheitlich bei Männern aufzutreten scheint. Die Betroffenen sorgen sich nicht speziell um ein bestimmtes Körperteil, wie es für die KDS typisch ist, sondern befürchten, dass ihr Körper an sich zu klein oder zu wenig muskulös sein könnte. Um ihren Makel zu beheben, versuchen die Betroffenen durch stundenlanges, intensives Gewichtstraining, ihren Körper in eine bessere Form zu bringen. Sie verwenden oft viel Zeit und Geld darauf, muskelaufbauförderliche Nahrung zu sich zu nehmen. Neben Nahrungsergänzungsmitteln werden auch Anabolika eingesetzt, um die vermeintlich „mickrigen“ Muskeln noch weiter aufzubauen (Choi, Pope & Olivardia, 2002). Ebenso wie bei der KDS versuchen die Betroffenen, sozialen Situationen aus dem Weg zu gehen, in denen ihr Makel, ein „kleiner und schwacher“ Körper, für andere sichtbar sein könnte. Ist dies nicht möglich, versuchen sie ihren Körper unter dicker Kleidung, die sie beispielsweise auch an warmen Sommertagen tragen, vor den Blicken anderer zu verstecken. In der Fachliteratur wird diese Symptomatik als Muskeldysmorphophobie bezeichnet (Choi, Pope & Olivardia, 2002; Pope, Katz & Hudson, 1993; Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Leit, Gray & Pope, 2002). Andere Bezeichnungen für dasselbe Phänomen lauten „umgedrehte Anorexie“ (Reverse anorexia), Bigorexia oder Machismo nervosa (Tod, Edwards & Cranswick, 2016). Die Muskeldysmorphophobie wird seit dem Erscheinen des DSM-5 als eine Unterform der Körperdysmorphen Störung gewertet (vgl. Kap. 1.2), auch wenn andere Autoren eher eine engere Verwandtschaft zu Essstörungen, im Speziellen zur Anorexie postulieren (Murray, Rieger, Touyz & de la Garza Garcia, 2010).

Als diagnostische Kriterien für eine Muskeldysmorphophobie schlagen Pope und Kollegen (1997) die im Kasten aufgeführten Merkmale vor.

Definitionskriterien einer Muskeldysmorphophobie (nach Pope et al., 1997)

- 1) Die Person ist in ständiger Sorge, dass der eigene Körper nicht stark oder muskulös genug sein könnte. Typische Verhaltensweisen sind ein ausgedehntes Training mit Gewichten und strenges Einhalten spezieller Diäten.

- 2) Die ständige Sorge verursacht bedeutsame Leidenszustände oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Mindestens zwei der nachfolgenden vier Kriterien müssen dabei erfüllt sein:
- a) Die ständige Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen, das Durchführen von Trainingseinheiten sowie das Diätverhalten führen dazu, dass die Person wichtige berufliche, soziale oder andere Aktivitäten vernachlässigt.
 - b) Die Person vermeidet es, den eigenen Körper in der Öffentlichkeit zu zeigen, ist dies jedoch nicht möglich, treten starke Angstgefühle und Verzweiflung auf.
 - c) Die ständige Sorge über die eigene Statur oder den Umfang an Muskeln verursacht bedeutsame Leidenszustände oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 - d) Potenziell schädliche physische oder psychische Konsequenzen halten die Person trotz besseren Wissens nicht davon ab, das Training, Diätverhalten oder die Einnahme leistungssteigernder Mittel weiter fortzuführen.
- 3) Im Gegensatz zu Anorexia nervosa, bei der die Betroffenen Angst vor Übergewicht haben, und der Körperdysmorphen Störung, bei der sich die Sorge auf spezielle Körperteile bezieht, befürchten Personen mit Muskeldysmorphophobie, dass ihr Körper zu klein oder zu wenig muskulös sein könnte.

Stellvertretende Körperdysmorphie Störung

Die stellvertretende Körperdysmorphie Störung, im Englischen als „Body dysmorphic disorder by proxy“ bezeichnet, beschreibt die Sorge von Eltern, dass ihr Kind entstellt sein könnte bzw. entstellt ist. Dieses Phänomen ist bisher nur für verwandtschaftliche Verhältnisse beschrieben worden, findet sich aber auch in partnerschaftlichen Beziehungen, in denen sich der eine Partner starke Sorgen um das Aussehen des Anderen macht. Es ist zurzeit noch unklar, inwiefern die sich sorgende Person auch selber Probleme mit dem eigenen Aussehen hat (Persaud, 1998). Das Phänomen der stellvertretenden KDS taucht in der Literatur bislang nur als Randphänomen auf, eine genaue Auftretenshäufigkeit ist derzeit nicht bekannt. Es existieren nur wenige Einzelfallbeschreibungen, von denen hier einige zur Illustration kurz dargestellt werden sollen.

Phillips (2001) beschreibt einen 63 Jahre alten Mann, der unter der Überzeugung litt, dass das Haar seiner Tochter zu dünn sei. Seine Gedanken drehten sich zwanghaft um das Aussehen seiner Tochter, sodass es ihm zeitweise unmöglich war, zu schlafen oder seinen sozialen Aktivitäten nachzugehen. Seine Beschäftigung mit dem Haar seiner Tochter wurde für ihn so belastend, dass er über Selbstmord nachdachte. Während eines Klinikaufenthaltes zeigte er dem Pflegepersonal Fotos von seiner Tochter und fragte immer wieder, ob er daran Schuld sei, dass er seiner Tochter das dünne Haar vererbt habe. Er selber gab an, sich um sein eigenes Aussehen keine Sorgen zu machen. In der Vergangenheit sei er jedoch sehr unzufrieden mit seinem Aussehen gewesen und habe sich daher einer kosmetischen Operation unterzogen.

Laugharne, Upex und Palazidou (1998) berichteten von einer Frau Mitte 20, die im Alter von 19 Jahren schwanger geworden war, jedoch ihr Baby vor dem dritten Monat abtrieb, da sie sich starke Sorgen machte, dass ihr Kind die geringe Körpergröße ihres Freundes erben könnte. Im darauffolgenden Jahr wurde sie von einem anderen Mann schwanger. Sie begann sich erneut Gedanken darüber zu machen, dass ihr Baby womöglich die Augenfarbe des Vaters bekommen könnte. Daher entschied sie sich zu einem erneuten Schwangerschaftsabbruch. Bei ihrer dritten Schwangerschaft machte sie sich starke Sorgen darüber, dass der Mund ihres Kindes, ähnlich wie beim Vater (wieder ein anderer Mann), zu groß ausfallen könnte. Die Frau entschloss sich erneut, das Kind abzutreiben.

Aus meiner eigenen Praxis ist mir ein 36 Jahre alter Mann bekannt, der sich in erheblichem Maße an der Brille seiner Freundin störte. Der Mann gab in überzeugender Weise an, seine Freundin zu lieben und nur mit dem Aussehen seiner Freundin Probleme zu haben, wenn diese ihre Brille aufsetzte. Er selber war auch Brillenträger, trug diese jedoch aus Eitelkeit nie. Im Laufe der Zeit beschäftigte er sich zunehmend häufiger und intensiver mit der Brille seiner Freundin. In der Öffentlichkeit schämte er sich für seine Freundin, wenn diese ihre Brille trug. Während er seine Freundin ansonsten als attraktiv bewertete, kam sie ihm mit Brille immer extrem hässlich vor. Ihn überkamen beim Anblick der Brille starke Angst- und Ekelgefühle. Daher verhielt er sich ihr gegenüber zunehmend aggressiv und abweisend. Die Tatsache, dass er seine Freundin liebte und sie mit Brille so abstoßend hässlich fand, ließ ihn verzweifeln, da er seine Bewertung für unangemessen hielt. Ihm war es nicht möglich, sich gegen seine Gedanken und Gefühle in ausreichendem Maße zu wehren. Aufgrund seiner Verzweiflung überlegte er, sich von seiner Freundin zu trennen, obwohl er diese liebte.

Koro

Koro ist eine Unterform der KDS, die vor allem im südostasiatischen Bereich verbreitet ist. Die zentrale Befürchtung, der Penis schrumpfe und ziehe sich in den Körper zurück, wird häufig begleitet von Panikattacken und Todesangst. Koro geht mit dem Glauben einher, dass ungesunde oder abnormale sexuelle Handlungen wie etwa Sex mit Prostituierten, Masturbation oder sogar nächtlicher Samenerguss das Yin-Yang-Gleichgewicht stören könnte, das angeblich vorherrscht, wenn ein Mann mit seiner Ehefrau Geschlechtsverkehr hat (Bartholomew, 1998, 2000, 2001). Die Störung beginnt unerwartet, plötzlich und intensiv. Die Reaktionen darauf sind unterschiedlich: Die meisten Betroffenen versuchen ihre äußeren Geschlechtsmerkmale regelrecht festzuhalten, insbesondere den Penis. Um die Schrumpfung des Penis zu verhindern, bitten die betroffenen Männer Ärzte und ihre Familienmitglieder, ihnen zu helfen und sie zu retten, indem diese an ihrem Penis ziehen. Des Weiteren werden verschiedene Hilfsmittel wie Schienen oder Geräte zur Verhinderung des Rückzugs des Penis eingesetzt (Faust, 2006a). Seltener können auch Frauen unter dieser Störung leiden. Sie befürchten dann, ihre Brüste, Vulva oder

Schamlippen könnten schrumpfen (Phillips, 2005c). Ein ähnliches Phänomen wird in Indien *Dhat* und in Ägypten *Rabt* genannt. Aber auch außerhalb Asiens lässt sich das Phänomen von Koro finden. In einigen Teilen Afrikas wird Koro gewöhnlich den Fähigkeiten von Hexenmeistern oder schwarzer Magie zugeschrieben und beinhaltet angeblich eher den Diebstahl des Penis als die Angst, dass sich dieser zurückzieht.

Taijin kyofusho

Taijin kyofusho ist eine in Japan kulturell bedingte Phobie, die der Sozialen Phobie nach DSM-5 in mancher Hinsicht ähnelt. Dieses Syndrom bezieht sich auf die intensive Angst einer Person, dass ihr Körper, seine Teile oder seine Funktionen so wie das äußere Erscheinungsbild, der Geruch, der Gesichtsausdruck oder die Bewegung anderer Personen nicht gefallen könnten und daher bei diesen Unbehagen und negative Gefühle auslösen könnten. Weiterhin typisch sind perfektionistische bis zwanghafte Tendenzen. Dieses Störungsbild wurde in Japan in das offizielle Diagnosesystem psychischer Störungen aufgenommen (Faust, 2006a).

Kapitel 2

Klinische Symptomatik

Die beiden folgenden Beispiele eines Manns und einer Frau sollen die vielfältige Symptomatik einer KDS illustrieren, bevor dann im Anschluss die einzelnen Symptome ausführlich beschrieben werden.

Beispiel: Jürgen L., 25 Jahre

Ich weiß, wenn ich jetzt sage was mein Problem ist, werden ein paar Leute lachen und sich denken „Und deswegen will er sich das Leben nehmen?“ Mein Problem ist, dass ich mich einfach nur hässlich finde. Ich kann mich nicht mehr sehen und ich habe auch schon oft deswegen geweint. Ich glaube, ich bin schon psychisch krank, da ich letztes Mal in meinen Spiegel gehauen habe, bis der kaputt gegangen ist. Ich wollte auch schon Mal ein Messer nehmen und mir das Gesicht aufschneiden, aber dafür war ich dann doch zu feige. Die Leute sagen zu mir, ich sei hübsch, aber die wissen gar nichts. Ich bin nicht hübsch! Ich stehe morgens auf und könnte schon kotzen. Ich kann an nichts anderes denken, als an mein hässliches Aussehen. Das hat mich krank gemacht. Ich bin so wütend. Ich schlage mir deswegen ins Gesicht. ... Wenn ich in die Stadt gehe und mir die Leute angucke, wie hübsch sie sind, dann schäme ich mich für mein Aussehen! Ich pflege mich extrem und habe auch keine Pickel im Gesicht, aber es ist so komisch. Ich bin einfach hässlich. Wenn ich jemand Neues kennen lerne, dann habe ich immer Angst, die Person würde mich hässlich finden. Wenn ich rausgehe und mich Leute angucken, denke ich mir immer „Die gucken mich bestimmt gerade an, weil ich so hässlich bin.“ Egal was ich mache, ich werde diesen Gedanken nicht los.

Ich weiß nicht genau, was Schönheit ist, aber es gibt Leute ... Topmodels ... die haben alles, schöne Augen, schöne Lippen, schöne Wangen, schöne Wimpern, eine schöne Nase, einfach alles und

was habe ich? Gar nichts davon und das tut mir so weh. Ich habe mal gehört, dass Menschen einen immer anders sehen als man sich selber, aber das wurde bestimmt nur erfunden, damit eine so hässliche Person wie ich nicht verzweifeln muss. Es vergeht nicht ein Tag, an dem ich nicht an mein Aussehen denke. Wenn ich mich auf Fotos sehe, zerreiße ich sie oft. Ich habe mich schon häufig mit Freunden gestritten, weil sie Fotos von mir mit dem Handy gemacht haben.

Heute habe ich den ganzen Tag damit verbracht, mich stundenlang vorm Spiegel zu beobachten. Ich habe festgestellt, dass meine Unterlippe ein wenig dicker ist als meine Oberlippe. Vielleicht ist das nicht schlimm, aber komisch finde ich es schon. Dann sind mir meine Augen aufgefallen. Ich habe ganz viele kleine Äderchen im Auge. Ist das normal? Meine Augenränder sind auch schlimm. Meine Haut gefällt mir sowieso nicht, sie schaut einfach nicht gesund aus. Es ist verrückt, aber ich kann's nicht lassen. Ich hasse den Spiegel, aber ohne ihn kann ich auch nicht. Der Spiegel ist mein Freund und gleichzeitig mein Feind. Ohne ihn könnte ich mich z.B. nicht vergewissern, ob alles in Ordnung ist, und schauen, ob ich nicht doch was finde, was mir nicht gefällt. Und wenn ich dann was finde, hasse ich ihn. Ich hasse ihn jeden Tag, weil ich jeden Tag irgendwas finde, was mir nicht passt. Das macht mich krank. Ich möchte einmal in den Spiegel sehen und mir sagen: „Heute siehst du gut aus“, aber ich glaube, dazu wird es, so wie es aussieht, nie kommen.

Beispiel: Karin Z., 28 Jahre

Ich habe eigentlich überhaupt keinen Grund, mich zu beschweren, da ich ziemlich hübsch bin. Das sagen mir viele, und ich sehe es an vielen Reaktionen von anderen Männern und Frauen.

Aber ich selber mag mich überhaupt nicht und fühle mich zeitweise abgrundtief hässlich. Da es aber optisch keinen sichtbaren Makel für andere gibt, kann ich mit niemanden darüber sprechen, weil mich keiner versteht und mir immer gesagt wird, dass ich absolut keinen Grund dafür habe. Es geht bei mir im Speziellen um mein Gesicht. Es ist immer wieder etwas anderes, das mich stört, manchmal sind es die Zähne, dann wieder mein Mund. Ich denke, mein Mund sieht total seltsam aus und ich möchte nicht, dass, wenn ich rede, mir jemand auf meinen Mund guckt. Des Weiteren finde ich meine Augen viel zu groß und ausdruckslos. Meine Nase sieht auch seltsam aus. Ich versuche aus mir etwas zu machen und schminke mich daher, aber manchmal reicht das nicht aus und ich fühle mich so hässlich, dass ich fast den ganzen Tag brauche, um mich zurechtzumachen, bevor ich das Haus verlasse. Die längste Zeit, die ich fast nur zu Hause verbracht habe, waren elf Monate. Als ich in der langen Zeit nicht rausgegangen bin, war ich davon überzeugt, dass alle Menschen mich anstarren, weil ich so auffällig hässlich bin. Wenn ich durch die Stadt laufe, gehe ich immer irgendwie am Rand von den Geschäften, weil ich nicht im Mittelpunkt stehen will. Andererseits möchte ich nicht ungeschminkt oder ungepflegt herumlaufen, aber wenn ich mich etwas zurecht mache, gucken wieder alle. Mache ich mich aber nicht zurecht, dann fühle ich mich noch viel unwohler. Das ist eine richtige Zwickmühle. Wenn mich irgendwo Männer anstarren, dann kriege ich immer totale Hassgefühle und denke: „Guck weg, du doofe Sau“. Erst später nach ein paar Stunden wird mir oft bewusst, dass der mich vielleicht nur nett fand oder flirten wollte. Das kann ich mir aber nur über den Verstand sagen, fühlen kann ich das nicht. Ich beobachte mich auch oft im Spiegel und schwanke dann zwischen „du siehst hübsch aus“ (das ist, wenn in meinem sozialen Umfeld alles stimmt) bis hin, dass ich mich so hässlich fühle und ich zehntausendmal aus allen Blickwinkeln in den Spiegel gucken muss, bis ich das Haus verlasse. Das kann manchmal Stunden dauern.

Die Symptomatik der KDS lässt sich am besten in zwei Bereiche einteilen: Eine übermäßige Beschäftigung und innere Beherrschtheit von einem imaginären Makel (Kriterium A) sowie den daraus resultierenden Beeinträchtigungen (Kriterium C).

Als Untergliederungshilfe wird im weiteren Text das Kriterium A durch die *gedankliche Beschäftigung mit*

dem eigenen Aussehen, die angewandten *Sicherheitsverhaltensweisen* sowie das *Aufsuchen und die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe* beschrieben. Das Kriterium C wird durch die Punkte *psychosoziale Auswirkungen* und *KDS-spezifische Emotionen* näher spezifiziert.

Kriterium A:

Gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen. Von einer KDS betroffene Personen beschäftigen sich gedanklich viele Stunden am Tag mit ihrem Aussehen. Bei vielen gilt morgens bereits der erste Gedanke dem eigenen Aussehen, abends grübeln sie vor dem Einschlafen über ihr Erscheinungsbild und nicht selten träumen sie nachts davon (siehe dazu Kap. 2.2).

Sicherheitsverhaltensweisen. Um mit ihrem „hässlichen“ Äußeren leben zu können, setzen die Betroffenen zahlreiche Sicherheitsverhaltensweisen, wie z. B. verschiedenste Kontrollrituale, Methoden der Aussehensbeeinflussung und -manipulation sowie Vermeidungsverhalten, als Bewältigungsstrategien ein (s. Kap. 2.3).

Aufsuchen und Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Um das eigene verhasste Aussehen zu verändern, suchen die unter einer KDS leidenden Personen häufig plastisch-chirurgische, kosmetische, dermatologische oder zahnärztliche Hilfe auf. Von diesen Behandlungsangeboten versprechen sie sich eine wirksame Hilfe, um zu lernen, besser mit dem eigenen Aussehen umzugehen. Sollte für Behandlungen kein Geld vorhanden sein bzw. sollten sie von ärztlicher Seite abgelehnt werden, behandeln oder operieren sich einige Betroffene eigeninitiativ (s. Kap. 2.4).

Kriterium C:

Psychosoziale Auswirkungen. Die Symptome der KDS führen häufig zu erheblichen Einschränkungen in der Lebensführung der betroffenen Personen. In Zeiten, in denen der Defekt als besonders schlimm erlebt wird, werden aufgrund der Entstellungsempfindungen häufig soziale Situationen gemieden. Diese Vermeidung bezieht sich nicht nur auf öffentliche Situationen, sondern auch auf private, wie etwa Treffen mit Freunden und Bekannten. Einige Betroffene verlassen aus Angst vor negativen, auf ihr Aussehen bezogenen Reaktionen erst nach Einbruch der Dunkelheit ihre Wohnung. Viele Personen mit KDS berichtet davon, dass sie aufgrund ihres Makels zeitweise nicht in der Lage gewesen seien, ihrer Arbeit nachzugehen, bzw. dass sie die Schule geschwänzt hätten (Phillips, 2005c). Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen ist bei

der Mehrheit der Betroffenen so massiv, dass sie zu Suizidgedanken führt. Bei rund einem Viertel kommt es zu Suizidversuchen (Phillips, Coles, Menard, Yen, Fay & Weisberg, 2005; Veale, Boocock, Gournay, et al., 1996) (s. Kap. 2.5).

KDS-spezifische Emotionen. Scham ist der Leitaffekt einer KDS. Die Betroffenen schämen sich sowohl für ihr Aussehen, als auch für ihre Unzulänglichkeiten in anderen Bereichen. Angst tritt zeitlich gesehen in der Regel vor den Schamgefühlen auf und dient somit als Hinweisreiz, frühzeitig diejenigen Situationen zu erkennen, die möglicherweise Schamgefühle auslösen können. Somit fungiert die Angst als eine Art Schutz vor der Scham. Weitere häufig beteiligte Emotionen sind Ekel, Schuld und Wut. Starke Aggressionen führen bei einem Teil der Betroffenen zu gewalttätigem Verhalten, das sich dann gegen sich selbst oder gegen andere richtet (s. Kap. 2.6).

Bevor die Symptombereiche der KDS im Einzelnen dargestellt werden (Kap. 2.2 bis 2.6), wird vorab auf die Körperteile eingegangen, die bei einer KDS von der Sorge betroffen sein können.

2.1 Von Sorgen betroffene Körperteile

Die Sorgen von Personen mit KDS beziehen sich häufig auf mehrere Körperbereiche gleichzeitig. Phillips (2005c) gibt an, dass sich die Betroffenen im Verlauf

der Erkrankung im Durchschnitt über fünf Körperteile bzw. Bereiche ihres Körpers Sorgen machen. Nur bei rund 4% der Betroffenen bezieht sich die Sorge auf einen einzigen Makel. Bei manchen Betroffenen werden hingegen fast alle Körperteile abgelehnt. Aus der Tabelle 1 lassen sich die prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Körperteile entnehmen, die von der Sorge betroffen sind. Dabei zeigen sich leichte geschlechterspezifische Unterschiede. Während sich Männer eher Sorgen um ihren Kopf und die Größe der Genitalien machen, beschäftigen sich Frauen häufiger mit ihrer Körperform, ihren Extremitäten, Augen und Gewicht. Bei Körperbereichen wie Haut, Nase, Zähne oder Gesichtsform ist das Geschlechterverhältnis jedoch annähernd ausgeglichen.

2.2 Gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen

Die innere Beherrschtheit und Beschäftigung mit einem imaginären Makel (Kriterium A) drückt sich sowohl durch eine qualitative als auch durch eine quantitative Komponente aus (Phillips, 2005c). Qualitativ äußert sich dies in einer unerschütterlichen Überzeugung, körperlich entstellt zu sein. Alles wird unter dem Blickwinkel der eigenen „Entstellung“ betrachtet. Jede Zurückweisung, jede negative Reaktion anderer führt der Betroffene fast ausschließlich auf seine Makel zurück. Das eigene Selbstwertgefühl, aber auch das Treffen wichtiger Entscheidungen wird oftmals vom aktuellen Zustand des Makels (z. B. Akne) bzw. von dessen Wahrnehmung abhängig gemacht.

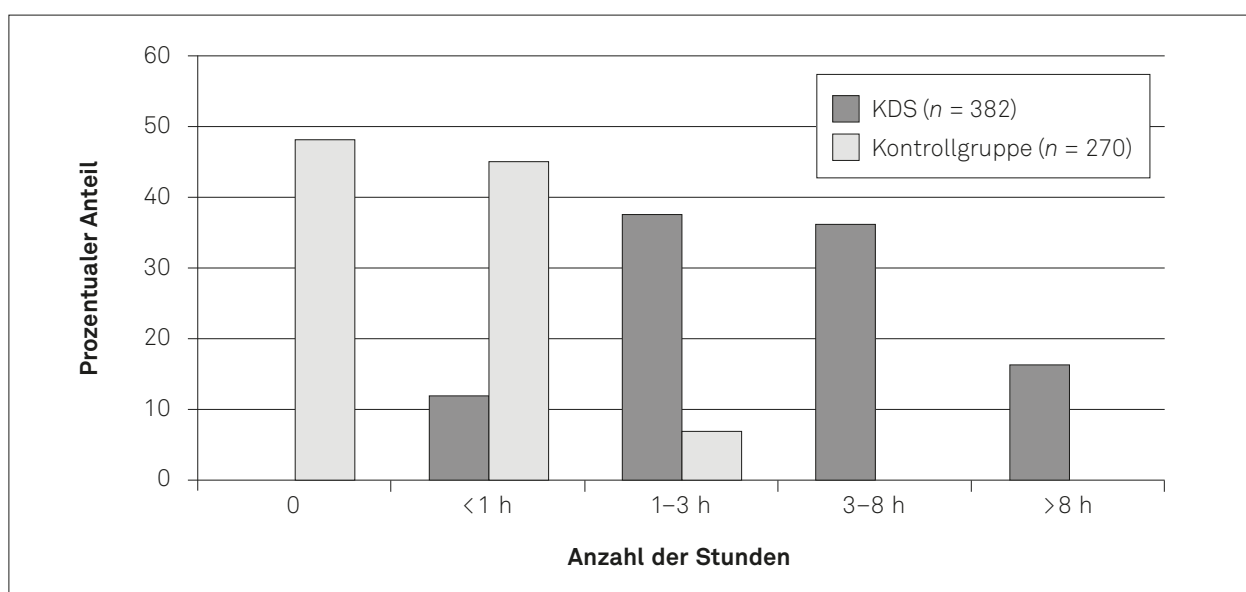


Abbildung 1: Gedankliche Beschäftigung mit dem Aussehen (Dargestellt ist die durchschnittliche Anzahl der Stunden am Tag, die sich Personen mit und ohne KDS – Kontrollgruppe – gedanklich mit ihrem Aussehen beschäftigen. Die Häufigkeitsverteilungen sind in Prozent angegeben; eigene, unveröffentlichte Daten, vgl. Kap. 9.14)

Tabelle 1: Prozentuale Häufigkeiten der einzelnen Körperteile, auf die sich die Sorgen der Betroffenen hauptsächlich beziehen (Die Körperteile sind für die Gesamtstichprobe absteigend nach der Auftretenshäufigkeit sortiert. Mehrfachnennungen waren möglich; $N = 373$, eigene, unveröffentlichte Daten, vgl. Kap. 9.14)

Körperteile	Prozentuale Häufigkeit der betroffenen Körperteile		
	Männer ($n = 129$)	Frauen ($n = 244$)	Gesamt ($n = 373$)
Haut	61	67	65
Nase	48	54	52
Gewicht	32	58	49
Bauch/Taille	33	56	48
Gesichtsform	51	45	47
Zähne	37	45	42
Po	23	53	42
Haare	44	41	42
Brust/Brustwarzen	26	50	41
Körperform	25	45	38
Beine/Knie	12	45	34
Gesichtsfarbe	28	30	29
Kinn/Kiefer	34	25	28
Kopfform	39	18	26
Körperbehaarung	22	26	24
Augen	16	28	24
Stirn	26	18	21
Schwitzen	21	21	21
Lippen	17	24	21
Körpergröße	17	20	19
Augenbrauen	17	21	19
Wange/Wangenknochen	19	20	19
Kopfgröße	25	20	18
Finger/Zehen	15	21	18
Füße	12	18	17
Rücken	17	18	17
Mund	12	19	17
Ohren	22	11	15
Arme/Handgelenke	16	13	14
Harrausfall	22	10	14
Form der Genitalien	13	13	13
Größe der Genitalien	26	4	12
Schultern	12	11	12
Brille	9	12	11
Hals	8	11	10
Gesichtsmuskeln	11	7	9