

Psychotherapie: Praxis

Viktoria Ritter
Ulrich Stangier

Prozessbasierte Therapie bei körperdysmorpher Störung

Ein psychotherapeutisches
Behandlungsmanual

MOREMEDIA



Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Viktoria Ritter • Ulrich Stangier

Prozessbasierte Therapie bei körperdysmorpher Störung

Ein psychotherapeutisches
Behandlungsmanual

Viktoria Ritter
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Goethe-Universität Frankfurt
Frankfurt am Main, Deutschland

Ulrich Stangier
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Goethe-Universität Frankfurt
Frankfurt am Main, Deutschland

ISSN 2570-3285
Psychotherapie: Praxis

ISSN 2570-3293 (electronic)

ISBN 978-3-662-68378-1 ISBN 978-3-662-68379-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-68379-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor*innen und die Herausgeber*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor*innen oder die Herausgeber*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Monika Radecki

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Vorwort

Unser Dank gilt den Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen des Zentrums für Psychotherapie der J.W. Goethe-Universität Frankfurt für ihre Bereitschaft, die Entwicklung und Evaluation des in diesem Buch beschriebenen prozessbasierten Behandlungsansatzes im Rahmen unserer Forschungsprojekte zu unterstützen.

Wir danken unseren Jenenser Kollegen Dr. Jürgen Kaufmann und Prof. Dr. Stefan Schweinberger für die Implementierung und Umsetzung des Forschungsprojektes „Wahrnehmung von Gesichtern bei körperdysmorpher Störung“, das beigetragen hat zum translationalen Transfer einzelner Erkenntnisse in den vorliegenden prozessbasierten Behandlungsansatz. Besonderer Dank gilt auch Prof. Dr. Bernhard Strauß für jahrelange Begleitung, Vertrauen und gemeinsame Forschungsaktivitäten im Bereich Bindung und vergleichende Psychotherapieforschung.

Der Deutschen Forschungsgemeinschaft fühlen wir uns verbunden für die Unterstützung unserer Forschungstätigkeiten im Bereich der Grundlagen- und der Psychotherapieforschung bei körperdysmorpher Störung.

Darüber hinaus möchten wir allen Therapeut*innen in Frankfurt danken für die Umsetzung dieses Behandlungsansatzes, für wertvollen Austausch und Synergien; allen Masterand*innen, mit denen wir zusammenarbeiten durften, für unschätzbare Hilfe, Unterstützung und Teamgeist in allen Phasen unserer Projekte. Sie haben zum wesentlichen Gelingen der Studien beigetragen.

Unser ganz besonderer Dank gilt allen Patient*innen, ohne die wir die Weiterentwicklung des prozessbasierten Behandlungsansatzes nicht hätten voranbringen können. Ihre Offenheit und Bereitschaft haben essenziell zum Erkenntnisgewinn beigetragen.

Frankfurt am Main, Deutschland
Mai 2024

Viktoria Ritter
Ulrich Stangier

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
	Literatur.	4
 Teil I Grundlagen und Behandlung der körperdysmorphen Störung		
2	Das Störungsbild der körperdysmorphen Störung	7
2.1	Klassifikation	8
2.2	Symptomatik	12
2.3	Epidemiologie	16
2.4	Prädisponierende Faktoren.	19
2.5	Neurobiologie	21
	Literatur.	24
3	Psychologische Erklärungsmodelle	29
3.1	Traditionell kognitiv-behaviorale Erklärungsmodelle	30
3.2	Konsistenzmodell nach Grawe.	32
3.3	Schemamodell	34
3.4	Prozessbasiertes Modell.	35
	Literatur.	38
4	Diagnostik	41
4.1	Diagnosestellung	41
4.2	Diagnostische Verfahren	43
	Literatur.	47
5	Behandlung der körperdysmorphen Störung – Stand der aktuellen Therapieforschung	49
5.1	Kognitive Verhaltenstherapie	49
5.2	Prozessbasierte Therapie	51
5.3	Psychopharmakologische Studien	52
	Literatur.	54

Teil II Prozessbasierte Therapie der körperdysomorphen Störung

6	Entwicklung der prozessbasierten Therapie	59
	Literatur.	61
7	Grundprinzipien der prozessbasierten Therapie	63
	Literatur.	67
8	Inhalte und Struktur der prozessbasierten Therapie bei körperdysomorpher Störung	69
	Literatur.	74
9	Modul 1: Beziehungsgestaltung, Anamnese, Veränderungsmotivation, prozessbasiertes Modell, persönliche Stärken	77
	9.1 Motiv- und bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung.	78
	9.2 Exploration Symptomatik, biografische Anamnese.	82
	9.3 Verbesserung der Psychotherapiemotivation (optional).	84
	9.4 Ableitung eines prozessbasierten Modells.	88
	9.5 Persönliche Stärken	91
	Literatur.	97
10	Modul 2: Distanzierung von belastenden Gefühlen, Gedanken, Vorstellungsbildern und Erinnerungen	99
	10.1 Rational zu Distanzierung	100
	10.2 Atempause	103
	Literatur.	107
11	Modul 3: Aufmerksamkeit und Wahrnehmung	109
	11.1 Aufmerksamkeitstraining.	110
	11.2 Wahrnehmungstraining mit Spiegelfeedback	116
	11.3 Spiegelübung unter Einbezug persönlicher Stärken (optional)	123
	Literatur.	125
12	Modul 4: Vorstellungsbilder und Erinnerungen	127
	12.1 Videofeedback	128
	12.2 Vorstellungsübung	136
	12.3 Imagery Rescripting.	138
	Literatur.	145
13	Modul 5: Veränderung von Kognitionen und Grundüberzeugungen	147
	13.1 Verhaltensexperimente.	148
	13.2 Kognitive Umstrukturierung	154
	Literatur.	156

14	Modul 6: Veränderung von frühen maladaptiven Schemata	159
14.1	Schemaedukation und Schemaexploration	161
14.2	Prozessbasiertes Modell unter besonderer Berücksichtigung motivationaler Schemata	166
14.3	Imagery Rescripting	168
14.4	Stuhldialog	171
14.5	Verhaltensaufgaben	174
	Literatur	178
15	Modul 7: Rückfallprophylaxe	181
15.1	Therapieevaluation und „Blaupause“	182
15.2	Therapiegeschichte	184
	Literatur	185
16	Zusatzmodule	187
16.1	Wunsch nach ästhetisch-plastischer Chirurgie	188
16.2	Muskeldysmorphie, Figur, Gewicht	193
16.3	Skin Picking	195
16.4	Werteorientierte Verhaltensaktivierung bei Depression	197
	Literatur	203

Über die Autoren

PD Dr. Viktoria Ritter Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Assistentin in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt. Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapie. Dozentin und Supervisorin in Aus- und Fortbildung. Schwerpunkte: körperdysmorphe Störung, soziale Angststörung, prozessbasierte Therapie, Schematherapie, translationale Psychotherapieforschung.

Prof. Dr. Ulrich Stangier Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Goethe-Universität Frankfurt; Leiter des Zentrums für Psychotherapie und des Ausbildungsprogramms für Psychologische Psychotherapie; approbierter Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Dozent in Ausbildungsprogrammen. Schwerpunkte: prozessbasierte kognitive Therapie von sozialer Angststörung, Depression, körperdysmorpher Störung und Traumafolgestörungen bei Geflüchteten.

- In diesem einführenden Kapitel laden wir Sie ein auf einen kurzen Streifzug in die Geschichte der körperdysmorphen Störung und führen genauer aus, warum wir eine prozessbasierte Therapie vorschlagen. Wir stellen Ihnen die Ziele des Manuals vor, geben erste Hinweise, warum ein prozessbasiertes Vorgehen bei Patient*innen mit körperdysmorpher Störung indiziert ist und welche besondere Rolle individuelle Verarbeitungs-, Veränderungs- und interpersonelle Prozesse dabei spielen. Dieses Manual wendet sich jedoch nicht nur an psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen, sondern bietet auch allen anderen Professionellen wie psychosomatisch tätigen Ärzt*innen, Dermatolog*innen und ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, die mit der körperdysmorphen Störung in Berührung kommen, einen Einstieg in Grundlagen und Behandlung dieser komplexen Störung.

Wenn Sie dieses Manual in den Händen halten, haben Sie womöglich bereits Erfahrungen mit dem Störungsbild gesammelt oder Sie sind neugierig, weil Sie bislang noch nicht mit der Störung in Berührung gekommen sind. Viele Kolleg*innen unterschiedlicher Fachbereiche haben uns in den letzten Jahren häufig über fehlende oder unzureichende Informationen, Unsicherheiten bezüglich der Behandlung oder Schwierigkeiten auf interaktioneller Ebene mit den Patient*innen berichtet. Aufgrund unserer langjährigen Expertise mit dem Störungsbild sind wir davon überzeugt, dass die prozessbasierte Behandlung der körperdysmorphen Störung unter Einbezug verschiedener psychologischer Störungsmodelle und spezifischer evidenzbasierter Behandlungsansätze und Interventionen die Behandlungsqualität dieser komplexen Störung substanziell verbessert. Unser Wirken und unsere Bemühungen, die vielfältigen Erkenntnisse aus der Grundlagenpsychologie translativ in die Psychotherapie zu integrieren, findet sich in diesem prozessbasierten Ansatz wieder, der gezeigt hat, auf welche Weise Psychotherapie ihr volles Potenzial entfalten kann.

Kurzer historischer Streifzug

Die Verehrung physischer Schönheit und Ästhetik sowie die Beschäftigung mit Makeln in der äußeren Erscheinung haben bereits das antike Griechenland geprägt. So ist das Wort „dysmorphía“ (altgriechisch *δύς* oder *δός*, zu deutsch *dys* = fehl-[miss-] von der Norm abweichend, und *μορφή*, zu deutsch *morphe* = Form, Gestalt) aus den Geschichten von Herodot (490/480–430/420 v. Chr.) abgeleitet, der über *Dysmorphía*, das hässlichste Mädchen von Sparta berichtet. Auch in Homers *Ilias* (Ende 8. Jhd. v. Chr.) finden sich im 2. Buch mannigfaltige Beschreibungen zum männlichen Pendant: *Thersites*, Krieger im Heer gegen Troja („... schielend war er, und lahm am anderen Fuß; und die Schultern höckerig, gegen die Brust ihm geengt; und oben erhob sich spitz sein Haupt, auf der Scheitel mit dünnlicher Wolle besät...“) (Schadewaldt 1975).

Der zusammenhängende Begriff „Dysmorphophobie“ wurde in der Literatur erstmalig 1886 durch den italienischen Psychiater Enrico Morselli geprägt (Morselli 1891). In Abgrenzung zu den alten Griechen verstand Morselli unter Dysmorphophobie das von den Betroffenen geschilderte subjektive Gefühl der Hässlichkeit oder der körperlichen Missgestaltung trotz normalen Aussehens, wobei der*die Patient*in glaubt, von anderen in gleicher Weise wahrgenommen zu werden. Sigmund Freud schilderte 1918 in seinem berühmten Fallbericht „Der Wolfsmann“ die Symptomatik einer körperdysmorphen Störung (Freud 2023; Gardiner et al. 1982). Freuds Analysand, der russische Aristokrat Sergej Pankejew fühlte sich durch Schwellungen und Krater seiner Nase so sehr verstümmelt, dass er seine täglichen Beschäftigungen und seine Arbeit vernachlässigte. Sein einziger Lebensmittelpunkt war ein kleiner Taschenspiegel, in dem er sich ständig betrachtete. Sein Schicksal hing davon ab, was er ihm zeigen werde. Kraepelin ordnete die „Dysmorphophobie“ den Zwangsstörungen zu. Janet sprach von einer „obsessiven Scham bezüglich des Körpers“, der als „hässlich und lächerlich“ erlebt wird (Janet 1903, zitiert nach Phillips 1991).

Seitdem wurden für das Störungsbild historisch und synonym verschiedene Begriffe verwendet. Jahreis bezeichnete die Störung als „Schönheitshypochondrie“ und beschrieb die Betroffenen als „Hässlichkeitskümmerer“. Von „dermatologischer Hypochondrie“ wurde gesprochen, wenn die Sorge „Defekte“ der Haut oder der Haare betraf. Nahm die Sorge wahnhaften Charakter an, wurde sie als „monosymptomatische hypochondrische Psychose“ klassifiziert (Jahreis 1930, Zaidens 1950, Bishop 1980, zitiert nach Phillips 1991). Brosig prägte 2000 den Begriff des „Dorian-Gray-Syndroms“ (Brosig und Gieler 2000). Dieses bezeichnet den starken Wunsch nach Bewahrung der Jugendlichkeit bei gleichzeitiger seelischer Unfähigkeit zu altern und damit auch seelisch zu reifen. Typisch für das Syndrom ist der exzessive Gebrauch von sog. Lifestyle-Medikamenten (s. Abschn. 16.1).

Eingang in die Klassifikationssysteme psychischer Störungen fand die „Dysmorphophobie“ in der 3. Auflage des DSM-III als Beispiel einer atypischen somatoformen Störung. Der Bezeichnung „körperdysmorphe Störung“ (KDS) wurde 1987 der Vorzug gegeben im revidierten Klassifikationssystem DSM-III-R. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Einordnung des Störungsbildes in den Klassifikationssystemen verändert. Lange Zeit wurde die KDS als somatoforme Störung

angesehen. Im DSM-5 wurde die Störung aufgrund enger Parallelen zu Zwangsstörungen dem Zwangsspektrum zugeordnet, im ICD-11 ist sie ebenfalls dort zu finden (APA 2013; WHO 2022).

Komplexe Störungen erfordern ein prozessbasiertes Vorgehen in der Behandlung

Die unterschiedliche diagnostische Kategorisierung und die vielen Facetten der Symptome verdeutlichen, welche eine komplexe Störung die KDS darstellt. Die Fixierung der Aufmerksamkeit auf den Körper, die Verbindung unterschiedlicher Emotionen wie Ekel und Angst, das zwanghafte Persistieren der Spiegelrituale und das fluktuierende Auf und Ab der Einsicht in die Fehlwahrnehmung ergeben ein psychopathologisches Muster, das in sich sehr heterogen ist und bei Patient*innen in individuell unterschiedlicher Ausprägung somatoforme, zwanghafte, psychotische oder Züge einer Angststörung hervorhebt. Dies erfordert eine intensive, individualisierte Diagnostik, die die an dem gestörten Körpererleben beteiligten psychologischen Prozesse identifiziert und sich hierbei nicht an einer uniform definierten latenten Krankheit orientiert, sondern das individuelle Muster von pathologischem Erleben und Verhalten als ein dynamisches Netzwerk von wechselseitig sich beeinflussenden Symptomen erklärt (s. Kap. 6). Zudem macht es ein differenziertes therapeutisches Vorgehen notwendig, das angesichts einer komplexen Pathogenese an solchen Prozessen ansetzt, die den größten Anteil an der Aufrechterhaltung des Störungsnetzwerkes haben. Die individualisierte Diagnostik von Störungsprozessen und die Orientierung der Therapieplanung an den sog. zentralen Störungsknoten stellen die Grundprinzipien der prozessbasierten Therapie dar, durch die die unterschiedlichen Module des Manuals zu einer präziseren Diagnostik und Therapie beitragen sollen als es konventionelle Manuale vorsehen, die eine Behandlungsstruktur vorgeben. Bei der Wahl der Interventionen werden deren empirisch belegte Wirkmechanismen berücksichtigt; angestrebt wird eine möglichst große Passung von Störungsprozess und den nachgewiesenen Veränderungsprozessen, die eine Intervention hervorruft.

Ziele und Struktur der Therapie – Ein kurzer Abriss

Die Herstellung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die Schaffung von Veränderungsmotivation sowie die gemeinsame Ableitung eines individuellen prozessbasierten Modells, das dem Patienten eine Erklärung für sein Problem vermittelt, stellen den Ausgangspunkt der Therapie dar.

Der nächste Schritt besteht in der Veränderung von Verarbeitungsprozessen. Nur durch die Veränderung maladaptiver Verarbeitungsprozesse wird es dem Patient*in möglich sein, Erlebens- und Verhaltensmuster zu ändern, neue Erfahrungen zu sammeln und Fähigkeiten aufzubauen, die es ihm ermöglichen, psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität wiederzuerlangen. Die Veränderung von Verarbeitungsprozessen wie auch die Entwicklung neuer Verhaltenskompetenzen und Erfahrungen ermöglichen es, negative Grundüberzeugungen, ungünstige motivationale Schemata und maladaptive Beziehungsmuster zu verändern. Dieser Prozess kann nicht durch eine rigide Abfolge von Interventionen erreicht werden, die nacheinander

„abgearbeitet“ werden sollen. Vielmehr sollte das therapeutische Vorgehen in flexibler Weise an den Therapie- und Veränderungsprozess angepasst werden. Zu den kognitiv-behavioralen Techniken, die bei der Veränderung von maladaptiven Verarbeitungsprozessen zur Anwendung kommen, zählen Distanzierungsübungen, Aufmerksamkeitstraining, Wahrnehmungstraining, Videofeedback, Vorstellungsübungen und Imagery Rescripting.

Die Veränderung von grundlegenden Überzeugungen bezüglich des eigenen Aussehens und der eigenen Person stellt eine weitere Phase dar. In dieser Phase werden vor allem behaviorale Techniken (Verhaltensaktivierung und Verhaltensexperimente bzw. Verhaltensaufgaben) eingesetzt. Begleitend hierzu werden Stuhldialoge sowie andere schematherapeutische Interventionen angewendet, um chronifizierte maladaptive Verarbeitungsprozesse zu aktivieren und zu verändern, die auf tiefgreifenden, belastenden Kindheitserfahrungen beruhen und den Veränderungsprozess behindern.

Darüber hinaus werden Vorschläge zur Gestaltung des Therapieendes gemacht, die als wichtige Komponente auch Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe enthält. Den Abschluss bilden Strategien im Umgang mit zusätzlichen Problemen, die im Zusammenhang mit KDS auch auftreten können, d. h. den Umgang mit Wünschen nach ästhetisch-plastischer Korrektur sowie Muskeldysmorphie und Manipulationen an der Haut („skin picking“).

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. American Psychiatric Association Press, Washington. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Brosig B, Gieler U (2000) Das Dorian-Gray-Syndrom. Haarwuchsmittel und andere Jungbrunnen. Hessisches Ärzteblatt 61(11):470–472
- Freud S (2023) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Culturea, Berlin
- Gardiner M, Freud S, Freud A, Brunswick RM (1982) Der Wolfsmann vom Wolfsmann. Siegmund Freuds berühmtester Fall: Erinnerungen, Berichte, Diagnosen. Fischer Verlag, Frankfurt
- Morselli E (1891) Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Bollettino della Regia Accademia delle Scienze Mediche di Genova 6:110–119
- Phillips KA (1991) Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 148(9):1138–1149. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.9.1138>
- Schadewaldt W (1975) Homer. Ilias, Insel, Frankfurt
- World Health Organization (WHO) (2022) International statistical classification of diseases for mortality and morbidity statistics, 11th revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en> (Zugriff: 02.01.2022)

Teil I

Grundlagen und Behandlung der körperdysmorphen Störung

Das Störungsbild der körperdysmorphen Störung

2

- Dieses Kapitel gibt eine Einführung in das Störungsbild der körperdysmorphen Störung zu den Aspekten Klassifikation, Symptomatik, Epidemiologie, Verlauf, Prognose, Geschlechterverteilung, Komorbiditäten sowie prädisponierenden Faktoren und Neurobiologie im Rahmen der Ätiologie. Diese Aspekte sind wichtig für das Verständnis und eine erste Einordnung dieser teilweise noch unbekannten Störung.

Die körperdysmorphe Störung (KDS) gilt trotz weltweiter intensiver Forschungsbemühungen im Grundlagenbereich und der Psychotherapieforschung insbesondere in der Praxis weiterhin als unterdiagnostizierte und unterbehandelte Störung. Dies resultiert aus einem Informationsdefizit bei den Behandler*innen aus verschiedenen Fachbereichen, aber auch aus schwierigen differenzialdiagnostischen Abgrenzungen und Überlappungen, hohen Komorbiditäten, Schamgefühlen, Angst vor Offenbarung und einer geringen Krankheitseinsicht bei den Betroffenen (Schulte et al. 2020; Marques et al. 2010). Es soll mit diesem Kapitel ein Versuch unternommen werden, Informationslücken zum Erscheinungsbild weitestgehend zu schließen.

Inhalte des Kap. 2

- Klassifikation
- Symptomatik
- Epidemiologie
- Prädisponierende Faktoren
- Neurobiologie

2.1 Klassifikation

Im Zuge der Revisionen der beiden großen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-11 wurde die körperdysmorphe Störung erstmalig als eigenständige Kategorie dem Spektrum der Zwangsstörungen zugeordnet (APA 2013; WHO 2022). Dies resultierte aus den engen Parallelen zu Zwangsstörungen hinsichtlich klinischer Charakteristika, Symptomatik, Krankheitsverlauf, Familiengeschichte, Heritabilität, neuropsychologischen Aspekten oder Ansprechbarkeit auf selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (z. B. Schieber et al. 2015; Phillips et al. 2007, 2010; Monzani et al. 2012, 2014; Bienvenu et al. 2000; Rauch et al. 2003; Chen et al. 2023; Castle et al. 2021).

Diagnostische Kriterien der KDS nach DSM-5 (Diagnoseschlüssel: 300.7)

- Übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren wahrgenommenen Makeln oder Defekten im Aussehen, die für andere nicht oder allenfalls minimal erkennbar sind
- Repetitive Verhaltensweisen (z. B. Kontroll- und Spiegelrituale, Rückversicherungsverhalten) und mentale Beschäftigung (z. B. Vergleich des eigenen Aussehens mit dem anderer)
- Klinisch bedeutsamer Leidensdruck und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- Ausschluss von Essstörungen (z. B. Sorge um gesamte Körperform, Körperfett oder Körpergewicht)

Es kann darüber hinaus bestimmt werden, ob eine *Muskeldysmorphie* vorliegt:

- *Muskeldysmorphie*: übermäßige Beschäftigung mit der Vorstellung, dass der Körper zu klein oder nicht ausreichend muskulös gebaut ist. Die Zusatzkodierung kann auch genutzt werden, wenn die Person auch mit anderen Körperarealen beschäftigt ist, was häufig zutrifft.

Darüber hinaus kann der *Grad der Einsichtsfähigkeit* in die Übertriebenheit der körperdysmorphen Überzeugungen („hässlich, unattraktiv, entstellt sein“) bestimmt werden:

- *Gute oder mäßige Einsicht*: Person erkennt, dass die körperdysmorphen Gedanken und Überzeugungen definitiv oder wahrscheinlich übertrieben sind, scheint aber nicht vollkommen überzeugt
- *Geringe Einsicht*: Person denkt, dass die körperdysmorphen Gedanken und Überzeugungen wahrscheinlich wahr sind
- *Fehlende Einsicht/wahnhafte Überzeugung*: Person ist vollkommen davon überzeugt, dass die körperdysmorphen Gedanken und Überzeugungen wahr sind

Es bestehen im ICD-11 geringfügige Unterschiede in den Kriterien, da zusätzlich die Symptome „exzessive Selbstaufmerksamkeit und Beziehungsideen“ sowie „deutliche Vermeidung sozialer Situationen oder anderer Auslöser von Belastungen aufgrund des Makels“ hinzukommen.

Diagnostische Kriterien der KDS nach ICD-11 (Diagnoseschlüssel: 6B21)

- Anhaltende Beschäftigung mit einem oder mehreren wahrgenommenen Makeln oder Defekten im Aussehen, die für andere entweder nicht oder nur geringfügig erkennbar sind
- Exzessive Selbstaufmerksamkeit oder Referenzgedanken/Beziehungsideen (d. h. der Überzeugung, dass andere Menschen den wahrgenommenen Mangel oder Defekt bemerken, beurteilen oder darüber sprechen)
- Repetitive und exzessive Verhaltensweisen (z. B. wiederholte Überprüfung des Aussehens, übermäßige Versuche, den wahrgenommenen Mangel zu kaschieren oder zu verändern, Vermeidung sozialer Situationen oder Auslöser, die die Sorge über den wahrgenommenen Mangel erhöhen)
- Erheblicher Leidensdruck oder erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- Ausschluss: Anorexia nervosa (6B80), körperliche Belastungsstörung (6C20), Beschäftigung mit der körperlichen Erscheinung (QD30-QD3Z)

Es kann zudem auch der *Grad der Einsichtsfähigkeit* kodiert werden, wenn alle anderen vorgenannten Kriterien erfüllt sind.

- *KDS mit guter oder mäßiger Einsicht (Diagnoseschlüssel: 6B21.0):* Person ist die meiste Zeit in der Lage, zu erkennen, dass die körperdysmorphen Überzeugungen nicht wahr sind, und ist bereit, alternative Erklärungen zu akzeptieren. Zu bestimmten Zeiten (z. B. wenn Person sehr ängstlich ist) möglicherweise keine Einsicht.
- *KDS mit geringer oder keiner Einsicht (Diagnoseschlüssel: 6B21.1):* Person ist die meiste oder die ganze Zeit davon überzeugt, dass die körperdysmorphen Überzeugungen wahr sind, und kann keine alternativen Erklärungen akzeptieren. Der Mangel an Einsichtsfähigkeit variiert nicht bedeutsam in Abhängigkeit vom Angstniveau.
- *KDS, unspezifisch (Diagnoseschlüssel: 6B21.Z):* Bei dieser Kategorie handelt es sich um eine „nicht spezifizierte“ Restkategorie.

Zentral für die Diagnose ist, dass der *Leidensdruck* der Betroffenen und die aus der Störung *resultierenden Beeinträchtigungen im Alltag* (stundenlange erschöpfende Kontrollrituale, permanente mentale Beschäftigung etc.) und in den verschiedenen Lebensbereichen (Beruf/Studium, Partnerschaft, Freunde, Hobbies, Wohlbefinden etc.) *nicht in Relation stehen zum objektiven Befund*. Detail-

lierte Informationen zur Symptomatik finden sich im Abschn. 2.2, Informationen zur Diagnosestellung in Kap. 4.

Differenzialdiagnosen

Es besteht eine Vielzahl von Differenzialdiagnosen, die eine Abgrenzung erschweren, weil einzelne Merkmale sich ähneln bzw. überlappen oder die Störungen häufig komorbid auftreten. Auf einige Differenzialdiagnosen soll kurz eingegangen werden.

Depression

Gefühle von Hässlichkeit oder Unattraktivität stehen bei depressiven Patient*innen in Zusammenhang mit einem negativen Selbstbild und sind von geringerer Intensität. Zudem vernachlässigen depressive Patient*innen eher ihr Aussehen, anstatt es in das Zentrum ihrer Sorge zu rücken. Die Überzeugung, durch einen vermeintlichen Makel entstellt zu sein, besteht bei Personen mit KDS nicht nur in Phasen depressiver Symptomatik.

Soziale Angststörung

Patient*innen beider Störungsbilder vermeiden soziale Situationen aus Angst, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. Während Personen mit sozialer Angststörung erwarten, sich aufgrund vermeintlich peinlichen Verhaltens zu blamieren, befürchten Personen mit KDS in öffentlichen Situationen eine negative Bewertung und Zurückweisung aufgrund des vermeintlichen Makels.

Zwangsstörung

Ähnlichkeiten bestehen in den persistierenden, intrusiven Gedanken und ritualisierten Kontrollhandlungen, denen kaum Widerstand geleistet werden kann. Bei Patient*innen mit KDS beziehen sich Gedanken und Handlungen ausschließlich auf den Makel, bei Zwangspatient*innen hingegen auf verschiedene Inhalte (Kontamination u. v. a.). Die Gedanken haben bei KDS oftmals ichsyntonen, bei Zwangsstörung hingegen ichdystonen Charakter.

Dermatillomanie („Skin Picking“, ehemals Acne excoriée)

Dermatillomanie ist wie die KDS eine Zwangsspektrumstörung und ist gekennzeichnet durch das wiederkehrende Bearbeiten der eigenen Haut (Quetschen, Kratzen, Reiben, Drücken, Zupfen). Dieses geht mit Hautverletzungen einher (Wunden, Narben, offene Stellen) und wird von stundenlangen Ritualen begleitet, die nicht unterbunden werden können. Skin Picking kann Teil der KDS-Symptomatik sein, wird jedoch als *eigenständige Diagnose* vergeben, wenn das Bearbeiten der Haut primär ausgelöst wird durch Anspannung oder andere emotionale Zustände und die Manipulationen an der Haut nicht ausschließlich der Veränderung des Aussehens der Haut („hässlich, entstellt“) dienen. Ausführlichere Informationen dazu finden sich in Abschn. 16.3.

Essstörungen

Patient*innen beider Störungsbilder weisen ein negatives Körperbild und eine starke Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen auf. Allerdings steht bei den Essstörungen die Gesamtheit des Körpers und die Figur bzw. das Körpergewicht im Mittelpunkt der Sorge, bei KDS bezieht sich die Sorge ausschließlich auf einzelne Körperregionen.

Wahnhafte Störung mit körperbezogenem Wahn (wahnhafte Dysmorphophobie)

Im ICD-10-GM 2024 kann die wahnhafte Dysmorphophobie noch unter dem Diagnoseschlüssel F22.8 (nicht näher) spezifiziert werden, wenn die Person nie Einsicht in die Übertriebenheit ihrer Sorgen hat. Im ICD-11 hingegen erfolgt die Beschränkung der Kodierung wahnhafter „Zwangs- und verwandter Störungen“ (körperdysmorphie Störung, 6B2) ausschließlich unter den Zwangsstörungen.

Olfaktorische Referenzstörung

Es besteht eine anhaltende Beschäftigung mit vermeintlich übelriechendem Körper- oder Mundgeruch, der für andere nicht oder nur in geringem Ausmaß wahrnehmbar ist. Hierzu zählen wiederholte und exzessive Verhaltensweisen (z. B. Kontrolle des Körpergeruchs). Im Unterschied zur KDS bezieht sich die Sorge primär auf den eigenen Geruch, nicht auf das eigene Aussehen.

Body Integrity Dysphoria (Körperintegritätsdysphorie)

Es besteht das dauerhafte Gefühl, dass einzelne Körperteile (z. B. Arm) oder Körperfunktionen (z. B. Sehsinn) nicht Teil der eigenen Identität, sondern „fremd“ sind. Es bestehen Fantasien über ein Leben ohne diese Körperteile und die Folgen einer potenziellen Behinderung werden nachgeahmt. Bei einem Teil der Betroffenen bestehen konkrete Amputationswünsche bezüglich einzelner Körperteile, weil diese als nicht dem eigenen Körper zugehörig empfunden werden.

Geschlechtsdysphorie

Es besteht eine deutliche und anhaltende Inkongruenz zwischen gewünschter Geschlechtsidentität und zugewiesenem Geschlecht sowie primären/sekundären körperlichen Geschlechtsmerkmalen. Es existiert häufig ein Transitionswunsch, als Person des gewünschten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden. Dies wird mittels Hormonbehandlung sowie plastisch-chirurgischer und/oder anderer medizinischer Interventionen erreicht. Ähnlichkeiten zu KDS bestehen lediglich im Wunsch nach ästhetisch-plastischer Chirurgie und differenziellen Behandlungen.