



# Die körpermorphe Störung: Diagnostik, Behandlung und Herausforderungen in der haus- ärztlichen Praxis

## Body Dysmorphic Disorder: Diagnosis, Treatment and Challenges in the General Practice

Birgit Watzke<sup>1</sup>, Michael Rufer<sup>2</sup> und Marie Drüge<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Lehrstuhl für Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung, Psychologisches Institut, Universität Zürich

<sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Universität Zürich

**Zusammenfassung:** Die körpermorphe Störung (KDS) (Punktprävalenz: 1,7–2,4 %) ist durch eine übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren subjektiv wahrgenommenen Makel(n) des Aussehens gekennzeichnet, durch die Betroffene aufgrund von Vermeidungsverhalten und zeitaufwändigen Ritualen eine hohe Krankheitslast sowie häufig Sekundärproblematiken (u.a. Depression, Suizidalität) aufweisen. Das Störungsbild geht oftmals mit ausgeprägter Scham einher und ist somit mit Herausforderungen in der Diagnostik verbunden, weshalb Indikationsstellung und Fachbehandlung (First-line-Behandlung: Kognitive Verhaltenstherapie) meist erst mit grosser Latenz erfolgen. Hausärztinnen und Hausärzte können aufgrund des oft langjährigen Vertrauensverhältnisses zu ihren Patientinnen und Patienten bei der Diagnostik und Behandlung eine Schlüsselrolle einnehmen. Ein gezieltes Screening, eine aktive und gleichzeitig umsichtige Gesprächsführung sowie das Wissen um Behandlungsoptionen und Besonderheiten des Erkrankungsbildes (u.a. schwankende Krankheitseinsicht, Wunsch nach plastisch-chirurgischen Massnahmen) ist notwendig. Der Beitrag gibt vor diesem Hintergrund einen Überblick zu Klinik, Diagnostik und Therapie und schliesst mit spezifischen Herausforderungen sowie praktischen Empfehlungen für die hausärztliche Praxis.

**Schlüsselwörter:** Körpermorphe Störung, Screening, Diagnostik, Behandlung, hausärztliche Praxis

**Abstract:** Body dysmorphic disorder (point prevalence: 1.7–2.4 %) is characterized by excessive preoccupation with one or more subjectively perceived blemishes of the appearance, as a result of which those affected show a high burden of disease due to avoidance behavior and time-consuming rituals, and often secondary problems (including depression, suicidal tendencies). The disorder is often accompanied by pronounced shame and is therefore associated with challenges in diagnostics, which is why the indication and specialist treatment (first-line treatment: cognitive-behavioural therapy) are usually only carried out with great latency. Family doctors can play a key role in diagnosis and treatment because of the often long-standing relationship of trust with their patients. Targeted screening, active and at the same time prudent discussion, as well as knowledge of treatment options and special features of the disease pattern (e.g. fluctuating understanding of the disease, desire for plastic surgery measures) are necessary. Against this background, the article provides an overview of the clinic, diagnostics and therapy and concludes with specific challenges and practical recommendations for family practice.

**Keywords:** Body dysmorphic disorder, screening, diagnostics, treatment, general practice

**Résumé:** Le trouble dysmorphique corporel (prévalence: 1,7–2,4 %) se caractérise par une préoccupation excessive pour un ou plusieurs défauts d'apparence physique perçus subjectivement, ce qui fait que les personnes touchées présentent un lourd fardeau de maladie dû à un comportement d'évitement et à des rituels qui prennent du temps, et souvent des problèmes secondaires (y compris la dépression, les tendances suicidaires). Ce trouble s'accompagne souvent d'une honte prononcée et est donc associé à des difficultés de diagnostic. C'est pourquoi l'indication et le traitement spécialisé (traitement de première ligne: thérapie cognitivo-comportementale) ne sont généralement réalisés qu'avec une grande latence. Les médecins de famille peuvent jouer un rôle clé dans le diagnostic et le traitement en raison de la relation de confiance, souvent de longue date, qu'ils entretiennent avec leurs patients. Un dépistage ciblé, une discussion active et en même temps prudente, ainsi que la connaissance des options de traitement et des caractéristiques particulières du schéma de la maladie (par exemple, com-

préhension fluctuante de la maladie, désir de mesures de chirurgie plastique) sont nécessaires. Dans ce contexte, l'article donne un aperçu de la clinique, des diagnostics et de la thérapie et se termine par des défis spécifiques et des recommandations pratiques pour le médecin de famille.

**Mots-clés:** Trouble dysmorphique corporel, dépistage, diagnostic, traitement, médecine générale

## Einleitung und Überblick

Aussehen und körperliche Attraktivität sind heutzutage mehr denn je wichtige Bereiche menschlichen Lebens und Erlebens, welche mit eigenen und fremden Bewertungsprozessen verbunden sind – mit direkten Auswirkungen auf Selbstwert sowie emotionales und soziales Wohlbefinden. Der persönliche Stellenwert von Aussehen variiert zwischen Menschen, aber auch innerhalb eines Menschen über die Lebensspanne hinweg, z.B. mit entwicklungsbedingt hoher Relevanz in der Phase der Adoleszenz. Die körperl dysmorphie Erkrankung bzw. körperl dysmorphie Störung (KDS) bildet bei dieser Variabilität eine Extremform ab, bei der Menschen durch eine rigide negative Einschätzung eigener Körpermerkmale und deren Absolutsetzung massive Beeinträchtigungen in Wohlbefinden und Lebensqualität erfahren.

Bei der KDS handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die durch eine übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren wahrgenommenen Defiziten bzw. Merkmalen des äusseren Erscheinungsbildes (z.B. unregelmässiges Hautbild, wenig Muskelmasse), die von Dritten nicht oder nur geringfügig erkennbar sind, charakterisiert ist. Die Betroffenen erleben sich als entstellt, empfinden dauerhaft z.T. Anspannung bis hin zu Ekel vor sich selbst und schämen sich für den Makel. Dies führt verstärkt zu kompensatorischen Handlungen (z.B. exzessive Körperpflege, kaschierende Bekleidung) oder mentalen Handlungen (z.B. fortdauernder Abgleich mit dem Aussehen anderer). Die Erkrankung ist in der Regel mit einem hohen Leidensdruck und starker Beeinträchtigung in sozialen sowie beruflichen Funktionsbereichen verbunden. Trotzdem bleibt die KDS oftmals unerkannt – und daher auch unbehandelt. Ein Teil der Betroffenen unterzieht sich kosmetischen oder plastisch-chirurgischen Eingriffen, um den vermeintlichen Makel zu beseitigen [1], was jedoch meistens ohne Besserung der Störung einhergeht [2].

Hausärztinnen und Hausärzte<sup>1</sup> nehmen für Menschen mit KDS oft eine Schlüsselrolle ein. Vor allem aufgrund der oft schon jahrelangen Begleitung eines Patienten und des daraus resultierenden Vertrauensverhältnisses sowie der Gesamtkenntnis der Kranken- und Behandlungsgeschichte kann sich im hausärztlichen Setting die Möglichkeit bieten, die spezifische KDS-Problemlage des Patienten zu erkennen, seine Krankheitseinsicht sowie Behandlungsmotivation zu fördern sowie – im opti-

malen Fall – eine wirksame weiterführende Behandlung einzuleiten.

Vor diesem Hintergrund enthält der vorliegende Beitrag einen Überblick zum klinischen Bild, zu Screening und Diagnostik sowie zu State-of-the-Art-Behandlungen der KDS. Er schliesst mit spezifischen Empfehlungen für die hausärztliche Praxis.

## Klinisches Bild

Im ICD-10 noch unter F45 Somatoformen Störungen resp. der hypochondrischen Störung zu finden, wird die KDS im aktuell nur als englische Version vorliegenden ICD-11 als eigenständige Diagnose der Gruppe der Zwangs- und Zwangsspektrumsstörungen zugeordnet. Ähnlichkeiten zu Zwangsstörungen finden sich in den wiederholenden Verhaltensweisen (Überprüfen des Spiegelbildes oder eines korrigierenden Make-ups) oder mentalen Handlungen (z.B. gedankliches Vergleichen mit anderen Personen), die kurzfristig zu einer Reduktion der ausschendbezogenen Sorgen (z.B. aufgrund des Make-ups) und dadurch zu einer kurzen emotionalen Entlastung führen, langfristig allerdings das Störungsbild mit aufrechterhalten können.

Das in der Einleitung beschriebene klinische Bild spiegelt sich auch in den diagnostischen Kriterien gemäss DSM 5 [3] wider:

- Eine starke Beschäftigung mit mindestens einem oder mehreren wahrgenommenen Makeln der eigenen Erscheinung, den dritte Personen nicht sehen können bzw. der anderen weniger stark erscheint
- Wiederholende Verhaltensweisen (z.B. verstecken) oder mentale Handlungen (z.B. vergleichen) als Versuch, das eigene Aussehen zu kontrollieren
- Ein dadurch verursachtes erhebliches Leiden oder Beeinträchtigungen bei der Arbeit, im Sozialleben oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.
- Die Symptomatik lässt sich nicht besser durch eine Essstörung beschreiben.

### Im Artikel verwendete Abkürzungen

KDS	Körperdysmorphie Störung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

<sup>1</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form bei Sammelbezeichnungen schliesst sämtliche Geschlechter gleichberechtigt ein.

Der Fallbericht in Kasten 1 veranschaulicht diese KDS-Kriterien.

#### Kasten 1: Fallbericht

Maria K., 31 Jahre alt, ist langjährige Patientin bei ihrer Hausärztin. Die Patientin wird bei insgesamt guter körperlicher Gesundheit in grösseren Abständen vorstellig, unter anderem aufgrund grippaler Infekte und zu Routineuntersuchungen. In den letzten Monaten wirkt die Patientin zunehmend belastet, was sie mit «Stress» begründet. Der Hausärztin fällt auf, dass die Patientin jeweils mit Kopfbedeckungen, z.T. modischen Hüten, die Praxis betrifft und diese erst im Sprechzimmer abnimmt. Auch ist im Gespräch augenfällig, dass sie dort oft angespannt und in Motorik von Oberkörper und Kopf unnatürlich starr wirkt. Als die Patientin sich bei ihrem letzten Besuch nach guten Chirurgen in der Stadt und den Erfolgsquoten und Risiken von Nasen-OPs erkundigt, wird die Hausärztin hellhörig und fragt nach (die Patientin hat keine auffälligen Gesichtsmerkmale). Im daraus resultierenden Gespräch eröffnet die Patientin ihr, dass sie sich grosse Sorgen um das Aussehen ihrer Nase mache. Sie empfände die Form als «schnabelartig» und zu gross, insbesondere, wenn Personen von der Seite drauf schauen. Sie ist davon überzeugt, dass andere sie deshalb anstarren, und versucht, so gut sie kann, ihr Profil von der Seite zu verbergen, wenn sie sich mit anderen unterhält, oder auch ihre Hüte tief ins Gesicht zu ziehen. Frau K. beschreibt weiter, sich ständig mit anderen Personen respektive deren Nasen zu vergleichen. Sie verbringe täglich mehrere Stunden vor dem Spiegel, um auf eine ritualisierte Art und Weise Make-up aufzutragen, sodass die Nase kleiner aussehe, sei jedoch niemals damit zufrieden und fühle sich häufig hoffnungslos. Manchmal könne sie in diesen Situationen keine Kraft aufbringen, um zur Arbeit zu gehen und verbringen dann den Tag im Bett. Dann fühle sie sich erst recht traurig und denke, dass ihre hässliche Nase ihr Leben ruinert habe. Insgesamt habe sich die Lage über die letzten Monate deutlich verschlechtert, besonders, seit ihr Lebensgefährte sie aufgrund der dauerhaft angespannten Situation verlassen habe.

## Psychische Komorbiditäten und Krankheitsfolgen

KDS geht in der Regel mit einer hohen Ausprägung von u.a. sozialen Ängsten (aufgrund der wahrgenommenen körperlichen Entstellung fürchten Menschen mit KDS die Abwertung durch andere) sowie emotionaler Destabilisation und niedrigem Selbstvertrauen einher [3]. Entsprechend sind neben schambesetztem sozialem Rückzug als weitere zentrale Krankheitsfolgen unbehandelter KDS u.a. ein stark ausgeprägtes Depressionsrisiko und deutlich erhöhte Suizidraten zu nennen [4]. Verschiedene Studien berichten einen (methodisch bedingt: grossen) Range von

19 bis 58 % in suizidalen Gedanken und 2,6 bis 22,2 % in Suizidversuchen. Wie oben erwähnt kommt es zur inadäquaten Inanspruchnahme kosmetischer und chirurgischer Eingriffe, welche mit Risiken und zum Teil hohen Kosten verbunden sind [5], in der Regel aber zu keiner Besserung führen: Gemäss Crerand et al. [2, 6] entwickeln 82 % der Patienten nach einem solchen Eingriff neue Sorgen und begeben sich wiederum in Behandlung.

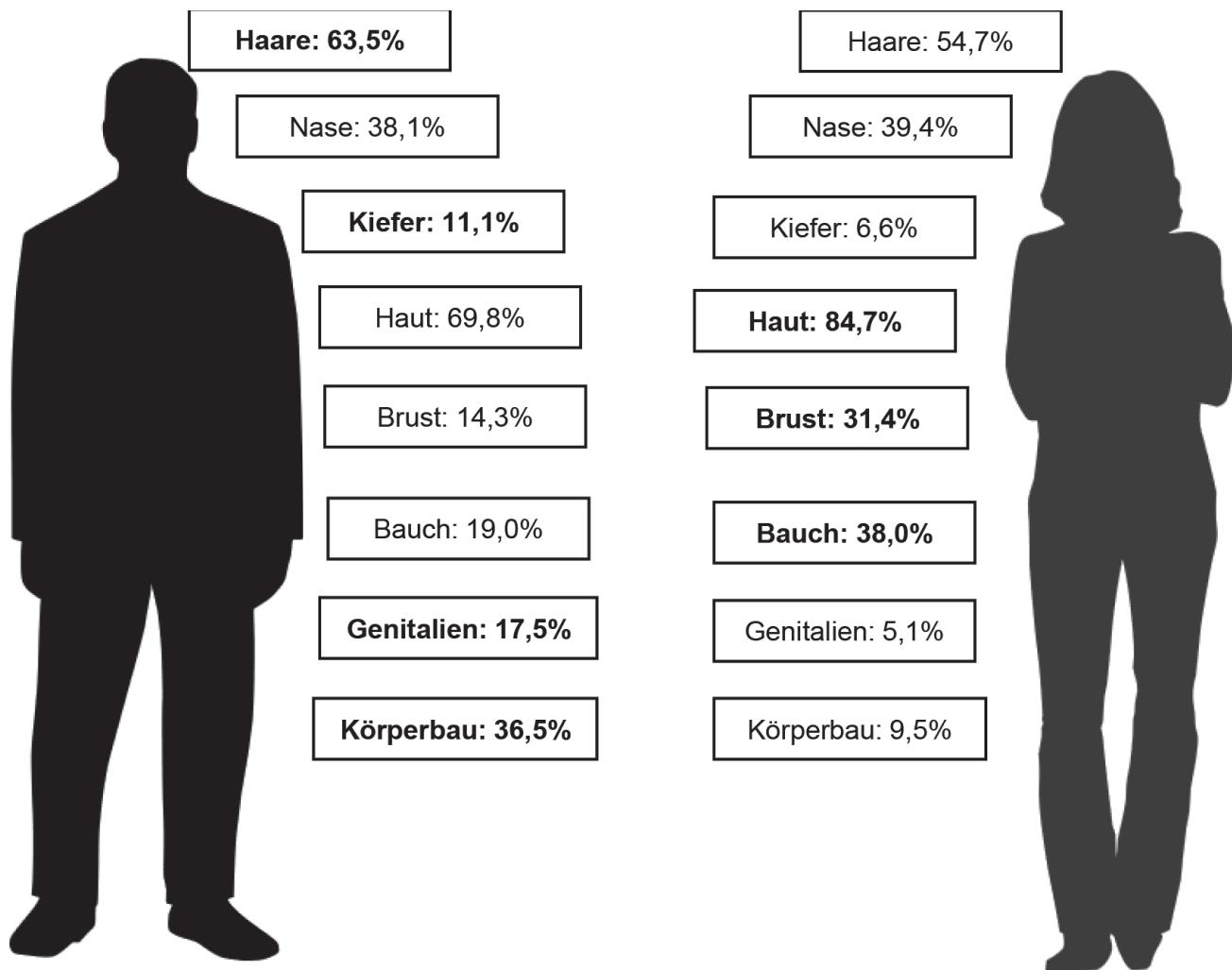
**Epidemiologie.** Epidemiologisch ergeben sich Punktprävalenzen zwischen 1,7 % und 2,4 % der Allgemeinbevölkerung weltweit, eine hohe Dunkelziffer wird angenommen [7, 8, 25]. Dabei variieren Prävalenzen je nach Setting, mit ca. 11 % in dermatologischen und ca. 13 %: in plastisch-chirurgischen Einrichtungen [9]. Die am häufigsten betroffenen Körperbereiche sind Haut, Haare oder Nase [3]. Sowohl Männer (2,2 %) als auch Frauen (2,4 %) sind betroffen, wobei die Häufigkeit der Körperbereiche, auf die sich die KDS richtet, zwischen den Geschlechtern variiert (Abb. 1). Epidemiologische Studien für die Schweiz fehlen aktuell noch. Generell wurde die KDS bisher, trotz hoher klinischer Relevanz und beeinträchtigenden Krankheitsfolgen, in der nationalen und internationalen Forschung vernachlässigt [11].

## Screening und Diagnostik

Patienten mit KDS sprechen ihre Problematik in der Regel nicht von selbst an; vor allem die Scham hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen Makel verhindert dies. Betroffene fallen eher aufgrund von psychischen Komorbiditäten und Sekundärproblematiken (z.B. depressive Symptomatik) auf. Ebenfalls kann das häufige Aufsuchen anderer Fachärzte wie Dermatologen und Chirurgen – bzw. Erkundigungen danach – Hinweise auf eine vorliegende KDS-Problematik geben, zusammen mit ggf. auffälligem Verhalten zum Kaschieren des angeblichen Makels, z.B. Auffälligkeiten in der Körperhaltung, Make-up, Haarschnitt, Accessoires oder Kleidung. Gemäss Letztgenanntem stellt die Beobachtung von Aussehen, Auftreten und Verhaltensweisen eine wichtige erste Informationsquelle dar.

Da Patienten selten von selbst die KDS-Problematik thematisieren, kommt einem gezielten Screening auf KDS eine besondere Bedeutung zu. Ein Ansprechen setzt dabei ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Behandler und Patient sowie eine hohe Sensibilität für die Situation des Patienten voraus. Folgende Screening-Fragen können hilfreich sein [12]:

1. Machen Sie sich Sorgen um Ihr Aussehen? Falls JA: Um welchen Körperbereich machen Sie sich Sorgen?
2. Haben Sie diese Sorgen zu irgendeiner Zeit beunruhigt, sodass sie sich beispielsweise gewünscht haben, sich weniger mit Ihrem Aussehen beschäftigen zu müssen?
3. Beeinträchtigen die Sorgen Ihren Alltag, z.B. im beruflichen Leben und im Kontakt mit anderen Menschen? Falls JA: Wie stark belasten Sie die Sorgen um Ihr Aussehen?



**Abbildung 1.** Häufigkeiten der betroffenen Körperbereiche nach Geschlecht. Eigene Abbildung gemäss Befunden von [10].

Bei positivem Screening erfolgt die Abklärung der Diagnose durch das klinische Urteil, basierend auf einer vertieften Exploration, bei der auch die diagnostischen Kriterien (siehe Abschnitt «Klinisches Bild») erfragt werden. Einen strukturierten Rahmen dafür bietet die sich aktuell in der Validierung befindliche KDS-YBOCS [13, 14], die den «Goldstandard» zur KDS-Erfassung darstellt, allerdings auch mit einem relativ hohen zeitlichen Aufwand (zwölf Items im halbstandardisierten Interview) verbunden ist.

Zusätzlich zur Fremdexploration kann auf gut validierte Fragebogenverfahren zurückgegriffen werden, die über den Patientenselbstbericht umfassend und effizient die Symptomatik erheben und so für die klinische Diagnosefindung eine zusätzliche Informationsgrundlage liefern. Hier stehen als deutschsprachige Verfahren zur Verfügung:

- Fragebogen körperdysmorpher Symptome [15], Bereiche: Ausmass und Belastung durch die bestehenden KDS-Symptome, 18 Items.
- Körperf dysmorphie Störung Fragebogen [16]; Bereiche: 1. Screeningfragen zur KDS-Symptomatik (KDS-K; 5 Items), 2. Skala «Aussehensbeeinflussung» (14 Items) 3. Skala «Hoffnungslosigkeit» (24 Items). Teil 1 kann als Kurzscreening einzeln verwendet werden. Wichtig ist, bei der Ausgabe der Fragebogen an die Patienten diese

gut einzuführen und zu begründen. Hierbei könnten Formulierungen gewählt werden im Sinne von: «In unserem bisherigen Gespräch ist ja deutlich geworden, dass Ihr Aussehen und die Beschäftigung damit mit einigen Belastungen für Sie verbunden sind. Könnten Sie bitte dazu noch diesen weiterführenden Fragebogen ausfüllen?» Er erfasst systematisch aussehensbezogene Belastungen und gehört in unserer Praxis für diesen Bereich zur Standardabklärung.

Aufgrund hoher Komorbiditäten ist zusätzlich abzuklären, ob weitere psychische Erkrankungen vorliegen. Besonders relevant ist die aktive Exploration von Suizidalität.

Wenn eine KDS diagnostiziert wurde, sollten dem Patienten Behandlungsoptionen aufgezeigt werden. Häufig wird ein schrittweises Vorgehen notwendig sein, da die Motivation und Bereitschaft für eine der empfohlenen Behandlungen initial oft nicht oder nur teilweise vorhanden ist. Hierbei ist es wichtig, das Gespräch mit dem Patienten einfühlsam zu führen und durch patientenzentrierte Gesprächstechniken seine Sichtweisen und Krankheitskonzepte zu explorieren und einzubeziehen. Sowohl die funktionalen als auch die dysfunktionalen Anteile des Patientenkonzeptes sollten besprochen werden, um nach-

folgend ein gemeinsames Konzept und Vorgehen erarbeiten zu können (vgl. auch: [17]).

## Behandlung

Grundsätzlich stehen psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungsansätze als Hauptverfahren zur Verfügung. Trotz der insgesamt noch – im Vergleich zu anderen Erkrankungsgruppen – geringen Forschungstätigkeit liegen mittlerweile eine Reihe von Wirksamkeitsstudien vor, in denen sich insbesondere für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) eine hohe Effektivität zeigt. Basierend auf metaanalytischen Befunden [18, 19] weist die aktuelle Studienlage darauf hin, dass eine KVT nicht nur wirksamer als inaktive Kontrollgruppen, sondern auch wirksamer als eine psychopharmakologische Behandlung ist, sodass KVT aktuell als First-line-Behandlung anzusehen ist [20]. Bei der KVT stellen psychoedukative Elemente, kognitive Umstrukturierung sowie vor allem Expositionen mit Reaktionsverhinderung zentrale Bestandteile dar [11]. Die Exposition mit Reaktionsverhinderung sah im Fallbeispiel von Frau K. (siehe Kasten 1) so aus, dass diese sich wiederholt ohne das spezielle Nasen-Make-up ihrem Spiegelbild und dem Alltag stellte und hierbei ihre auftreffenden Gefühle und Gedanken beobachtete und lernte, diese zu regulieren.

Wenn eine KVT durch den Patienten abgelehnt wird oder in bestimmten Fällen (z.B. bei einer schweren komorbidem Depression) in Kombination mit einer KVT behandelt werden sollte, kann als psychopharmakologische Behandlung die Gabe von SSRIs unter sorgfältigem Monitoring von Symptomverlauf sowie Nebenwirkungen empfohlen werden [20]. Die Einnahme des SSRI sollte wenigstens zwölf Wochen lang erfolgen; zeigt sich das SSRI als effektiv, sollte es weitere zwölf Monate eingenommen werden, um Rückfälle zu vermeiden [20]. Parallel sollte immer versucht werden, die Motivation für eine KVT zu stärken bzw. diese intensiv weiterzuführen, vor allem, um langfristig stabile Effekte (auch nach Absetzen der Medikation) zu erzielen.

Ergänzend stehen mittlerweile internetgestützte Ansätze als psychologische Unterstützungsangebote zur Selbsthilfe (guided self-help) auch bei KDS zur Verfügung, deren Effektivität in ersten Studien gezeigt werden konnte (mit hohen Effektstärken im Vergleich zur Treatment-as-usual-Bedingung zum 3-Monats-Follow-up, [21–23]). Deutschsprachige Angebote sind in Entwicklung. E-Mental-Health-Angebote stellen eine gute Möglichkeit gerade für ansonsten schwierig zu erreichende Patientengruppen (z.B. bei Scham) dar. Aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit sind sie eine vielversprechende Option auch für Menschen mit KDS, den Zugang zu einer (ersten) Behandlung zu erleichtern – auch vor dem Hintergrund, dass im Moment nur ein geringer Anteil von Betroffenen eine fachgerechte Behandlung erhält [8].

## Praktische Empfehlungen für das primärärztliche Setting

Was sind besondere Merkmale dieser Patientengruppe und welche praktischen Empfehlungen können für das hausärztliche Setting gegeben werden (für ausführlichere Darstellungen vgl. [12])?

A) Ambivalenzen bei der Krankheitseinsicht sind krankheitsimmanent.

→ Psychoedukation stellt vor diesem Hintergrund einen zentralen Behandlungsbestandteil dar, auch schon im primärärztlichen Setting. Hierbei sollte vermittelt werden, dass die Problematik des Patienten in der Wahrnehmung seines Körperbildes liegt und dass diese Körperbildstörung als so genannte KDS bekannt ist. Eine weitere wichtige Information ist, dass auch andere Menschen unter diesen typischen Symptomen der KDS leiden, und vor allem, dass die KDS gut behandelbar ist.

Die explizite Nennung der Erkrankung kann für den Patienten verstörend und auch zunächst schlecht zu akzeptieren sein. Sie gibt ihm allerdings die Möglichkeit, sich mit der Diagnose auseinanderzusetzen und weitere Informationen einzuholen bzw. sich anzulesen. Zugleich kann die Vermittlung, dass es eine bekannte und behandelbare Problematik ist, unter der auch andere Menschen leiden, auch vor dem Hintergrund der hohen Schambesetztheit, entlastend wirken.

B) Patienten haben einen oft schon langen Leidensweg hinter sich und die Erfahrung gemacht, dass – wenn sie überhaupt darüber gesprochen haben – ihre Umgebung mit Unverständnis auf ihre Sorgen und Belastungen reagiert.

→ Psychoedukation sollte daher einhergehen mit einer Anerkennung (Validierung) der starken Belastung, unter der der Patient durch die Symptomatik und die Krankheitsfolgen leidet.

→ Ein Herunterspielen der Sorgen des Patienten ist nicht zielführend oder hilfreich für den Patienten, ebenso wenig wie die Aussage, dass er sich den Makel «einbildet». Im besseren Fall wertet der Patient dies als Höflichkeit oder Freundlichkeit des Gegenübers, im schlechteren Fall als fehlendes Verständnis, was das Arzt-Patient-Verhältnis belasten kann.

C) Resultierend aus dem Problemverständnis halten Patienten oft an dem vermeintlichen Lösungsweg fest, den wahrgenommenen Makel operativ oder kosmetisch korrigieren zu lassen.

→ Da dies zu keiner Verbesserung der Problematik im mittel- oder langfristigen Verlauf führt, wird empfohlen, dass der Hausarzt hier klar Stellung bezieht und versucht, den Patienten über zusätzliche Informationen dazu zu motivieren, hiervon Abstand zu nehmen bzw. «zuvor» andere Behandlungsoptionen zu erwägen. Dabei ist es als Ausdruck der Erkrankung zu werten, wenn Patienten sich nicht darauf einlassen können und auch gegen hausärztlichen Rat chirurgische oder kosmetische Eingriffe durchführen lassen.

D) Für die First-line-Behandlung, die kognitive Verhaltenstherapie, ist eine Überweisung an einen entsprechend ausgebildeten psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten, möglichst mit Erfahrungen mit KDS-Patienten, erforderlich.

→ Dies bedeutet für Patienten einen grossen Schritt – neben den Ambivalenzen hinsichtlich Problemverständnis («Der Makel muss operativ korrigiert werden, was soll da eine Psychotherapie helfen?») [4] ist dies für den Patienten mit weiteren Barrieren verbunden, z.B. Angst vor Stigmatisierung, Zugeständnis, nicht mehr alleine weiterzukommen oder auch antizipierter Kontrollverlust [8, 24]. Ebenfalls kommen organisatorische Hürden hinzu, den richtigen Behandler mit freien Kapazitäten zu finden. Entscheidend ist, den Patienten zu begleiten, bis (bzw. ob) er diesen Schritt zur Weiterbehandlung machen kann. Eine Möglichkeit, Motivation aufzubauen, ohne in ein Tauziehen um die Problemdefinition zu geraten, ist dabei, mit dem Patienten dessen Belastung an sich in den Mittelpunkt zu stellen – ohne zu definieren, woher die Belastung kommt, i.e durch die Entstellung vs. durch die KDS. Um mit dieser Belastung besser umgehen zu können, können ein Orientierungsgespräch mit dem Psychotherapeuten oder Psychiater oder auch andere psychosoziale Unterstützungsangebote (z.B. Beratungsstelle) vorgeschlagen werden.

E) Es kann gut sein, dass KDS-Patienten eine Überweisung an einen Psychotherapeuten oder Psychiater vollständig ablehnen.

→ Eine Option besteht dann darin, dem Patienten eine psychopharmakologische Behandlung mit einem SSRI im primärärztlichen Setting anzubieten. Wie oben beschrieben sollte die hausärztliche Begleitung hierbei genutzt werden, um die Motivation für eine KVT aufzubauen bzw. zu stärken. Andere Möglichkeiten bieten sich im Bereich der niedrigschwellingen Selbsthilfe an – dort werden vor allem Internet-gestützte Optionen entwickelt, die Patienten einen niedrigschwellingen und anonymen Zugang zu Unterstützung bieten können (siehe Abschnitt «Behandlungen») – insbesondere solchen Patienten, für die der Schritt in eine weiterführende Behandlung (noch) zu gross ist. Auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann,

### Key messages

- Aufgrund der relativ hohen Prävalenz ist es wahrscheinlich, dass jeder Hausarzt Personen behandelt, die von der körperl dysmorphen Störung betroffen sind.
- Aufgrund vielfältiger Behandlungsbarrieren nehmen Betroffene eine fachgerechte Behandlung oft erst nach Jahren in Anspruch.
- Die körperl dysmorphen Störung geht oftmals mit starker Scham und schwankender Krankheitseinsicht einher, weshalb dem sensiblen Screening und der Diagnostik eine hohe Bedeutung zukommt.
- Die First-line-Behandlung ist die kognitive Verhaltenstherapie, in besonderen Fällen kann zusätzlich die Gabe von SSRI unter sorgfältigem Monitoring erfolgen.

durch den Austausch mit anderen Betroffenen, das Leiden der Betroffenen vermindern und die Motivation für eine adäquate Behandlung stärken.

## Bibliografie

1. Phillips KA, Dufresne RG Jr., Wilkel CS, Vittorio C: (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*; 42: 436–441.
2. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C: Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 549–555.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC; APA: 2013.
4. Schieber K, Martin A: Die körperl dysmorphen Störung: aktuelle Entwicklungen zu Diagnostik, Störungswissen und Therapie. *PSYCH up2date* 2016; 10: 31–42.
5. Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D, Veale D, Monzani B: A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2016; 19: 1–8.
6. Crerand CE, Menard W, Phillips KA: Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Ann Plast Surg* 2010; 65, 11–16.
7. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E: The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 2006; 36: 877–885.
8. Buhlmann U: Treatment barriers for individuals with body dysmorphic disorder: An internet survey. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 268 – 271.
9. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J: Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image* 2016; 18: 168–186.
10. Phillips KA, Menard W, Fay C: Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 77–78.
11. Veale D, Neziroglu F: *Body Dysmorphic Disorder. A Treatment Manual*. Singapore; Wiley: 2010.
12. Phillips KA, Dufresne RG: Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. *Prim Care* 2002; 29: 99–111.
13. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK: A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull*, 1997; 33: 17–22.
14. Stangier U, Hungerbühler R, Meyer A, Wolter M: Diagnostische Erfassung der Körperl dysmorphen Störung – Eine Pilotstudie. *Nervenarzt* 2000; 71: 876–884,
15. Buhlmann U, Wilhelm S, Glaesmer H, Brähler E, Rief W: Fragebogen körperl dysmorpher Symptome (FKS): Ein Screening-Instrument. *Verhaltenstherapie* 2009; 19: 237–242.
16. Brunhoeber S, Maes J: Die Diagnostik der Körperl dysmorphen Störung. *Diagnostica* 2007; 53: 17–32. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.1.17>
17. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Kommunikation im medizinischen Alltag: Ein Leitfaden für die Praxis. Bern; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: 2013. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden-fuer-die-Praxis.html>; letzter Zugriff: 15.03.2020.
18. Harrison A, Fernández de la Cruz L, Enander J, Radua J, Mataix-Cols D: Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2016; 48: 43–51.
19. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D: A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther* 2006; 44: 99–111.
20. National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic

- disorder: treatment. Clinical guideline [CG31]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>; letzter Zugriff: 15.11.2019.
21. Enander J, Ivanov VZ, Andersson E, Mataix-Cols D, Ljótsson B, Rück C (2014). Therapist-guided, internet-based cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder (BDD-NET): a feasibility study. *BMJ Open* 2014; 4:e005923.
22. Enander J, Andersson E, Mataix-Cols D, et al.: Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2016; 352:i241.
23. Gentile AJ, La Lima C, Flygare O, et al.: Internet-based, therapist-guided, cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder with global eligibility for inclusion: an uncontrolled pilot study. *BMJ Open* 2019; 9:e024693.
24. Watzke B, Braun M, Haller E, Machmutow K, Ceynowa M: Zugang und Nachsorge bei Psychotherapie: Herausforderungen im Behandlungspfad von Menschen mit psychischen Erkrankungen. *Psychotherapie im Dialog* 2015 4, 20–25, doi: 10.1055/s-0041-doi105245
25. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, et al.: Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Res* 2010; 178: 171–175.

Manuskript akzeptiert: 11.02.2020

Interessenskonflikt: Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

**Prof. Dr. Birgit Watzke**

Lehrstuhl für Klinische Psychologie  
mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung  
Psychologisches Institut  
Universität Zürich  
Binzmühlestrasse 14/16  
8050 Zürich

b.watzke@psychologie.uzh.ch