

ZOOM: KÖRPERDYSMORPHE STÖRUNG

Autorinnen/Autoren: Alexander Maier¹, Raphael J. Dressle¹, Miriam A. Schiele¹, Katharina Domschke^{1,2}, Ulrich Voderholzer^{1,3,4}, Dominique Endres¹
¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland
² Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Standort Berlin, Berlin/Potsdam, Deutschland
³ Schön Klinik Rosenneck, Prien am Chiemsee, Deutschland
⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

HINTERGRUND

- Punktprevalenz ca. **0,7–2,4 %**, Frauen etwas häufiger betroffen, **Muskeldysmorphie** eher bei Männern [1]
- Erstmanifestation meist in **zweiter Lebensdekade**, Verlauf ohne Therapie oft chronisch [2]
- Eingeschränkte **Lebensqualität** und **erhöhtes Risiko für Suizidversuche** [2]
- Keine dt. Leitlinie, die dargestellten Empfehlungen orientieren sich an NICE-Guidelines [3] und einer Konsensarbeit [4]

NEUROPSYCHOLOGISCHE/-BIOLOGISCHE ERKENNTNISSE

- Laut Bildgebungsstudien verarbeiten Betroffene visuelle Informationen weniger holistisch und detailorientierter [2]
- Pat. scheinen in Gesichtern andere Bereiche zu fokussieren (eher „unattraktiv“ bewertete Körperteile) [5]
- Neutrale Gesichtsausdrücke von Betroffenen eher als „abwertend“ interpretiert [6]

DIAGNOSTIK

- **Multidisziplinäre** Zusammenarbeit [7]
- Pat. berichten eher von komorbiden Störungen [1,2]
- **Screeningfragen:** „Body Dysmorphic Disorder Questionnaire“ (**BDD-Q**) [2]
- **Psychometrie:** „Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale für KDS“ (**Y-BOCS-BDD**) [8]

KOMORBIDITÄTEN UND DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

- **Komorbiditäten:**
 - **Psychisch:** **Depressionen** (26–73 %), Angststörungen (32–52 %), Substanzmissbrauch/-abhängigkeit (2–49 %), Zwangsstörungen (6–34 %) und Essstörungen (4–15 %) [2]
 - **Somatisch:** **Komplikationen** durch OPs, Hautschäden durch Skin-Picking, etc.
- **Differentialdiagnosen:** Essstörungen, Zwangsstörung, Tricho-/Dermatillomanie, soziale Phobie, Depression, psychotische Störungen, Geschlechtsdysphorie [2]

BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- **Störungsspezifische KVT** mit Expositionen und Reaktionsmanagement und/oder Pharmakotherapie primär mit **SSRIs**
- **Besonderheit kosmetisch-chirurgische Eingriffe:**
 - Über **Risiken** aufklären, oft Wechsel des Hauptfokus auf anderes Körperteil nach Eingriff [7]

→ Kosmetisch-chirurgische Eingriffe sollen laut Konsensus-Empfehlung **unterlassen oder zumindest hinausgezögert** werden, bis KVT und Pharmakotherapie über adäquaten Zeitraum versucht wurden (6–12 Mon.) [4,7]

Referenzen: 1. Veale et al. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. Body Image. 2016 Sep;18:168–86. 2. Rück et al. Body dysmorphic disorder. Nat Rev Dis Primer. 2024 Dec 5;10(1):92. 3. NICE. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. 2005, Online verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31> (abgerufen am 01.08.2025). 4. Castle et al. Body dysmorphic disorder: a treatment synthesis and consensus on behalf of the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders and the Obsessive Compulsive and Related Disorders Network of the European College of Neuropsychopharmacology. Int Clin Psychopharmacol. 2021 Mar 1;36(2):61–75. 5. Greenberg et al. Visual hot spots: an eye tracking study of attention bias in body dysmorphic disorder. J Psychiatr Res. 2014 Oct;57:125–32. 6. Buhlmann et al. Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. J Psychiatr Res. 2006 Mar;40(2):105–11. 7. Phillips et al. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 2001;42(6):504–10. 8. Kollei et al. Psychometric evaluation of the German version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS). J Obsessive-Compuls Relat Disord. 2023 Apr 1;37:100790. 9. Phillips et al. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Psychiatr Res. 2012 Oct;46(10):1293–9. 10. WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Online verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#731724655> (abgerufen am 01.08.2025). 11. Wilhelm et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual. New York: Guilford Press, 2013. 12. Wilhelm et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. Behav Ther. 2014 May;45(3):314–27. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.12.007>.

KLINISCHE MANIFESTATION UND ICD-11 KRITERIEN

- **Häufig geringe Einsichtsfähigkeit**, eher als „kosmetisches“ und nicht als „psychisches Problem“ erlebt [9]
- **Kosmetische und plastisch-chirurgische Eingriffe** scheinen selten zu längerfristiger Besserung und oft gar zur Verschlechterung zu führen [7]
- **Jedes Körperteil** kann betroffen sein (Abb. 1), meist **mehrere „Makel“** wahrgenommen
- Körperregionen als z. B. „asymmetrisch“, „größenverändert“ oder „unproportioniert“ erlebt; Haut z. B. als „faltig“, „blass“ oder „verfärbt“ beschrieben; manchmal allgemeine Wahrnehmung von „Hässlichkeit“ [10]
- Regelmäßig repetitive Verhaltensweisen, z. B. zwanghaftes Vergleichen mit Anderen, Überprüfen im Spiegel, Verdecken oder Kaschieren des „Makels“ oder exzessive Körperpflege [2]
- In ICD-11 im **Kapitel „Zwangsstörung und verwandte Störungen“** [10], in ICD-10 unter **„Hypochondrische Störung“** oder unter **„Sonstige anhaltende wahnhaftige Störungen“** kodierbar

- ICD-11 Kriterien (angepasst und gekürzt) [10]:**
- Anhaltende **Beschäftigung mit Mängeln/Fehlern** im Aussehen oder mit **„allg. Hässlichkeit“**, für Andere nicht/nur geringfügig wahrnehmbar
 - Annahme, dass Mängel/Fehler **von Anderen wahrgenommen/beurteilt** werden bzw. dass diese darüber sprechen
 - Begleitet wird die Symptomatik von
 - **wiederholten und exzessiven Verhaltensweisen**, z. B. wiederholtem Überprüfen des „Makels“ im Spiegel oder **Vergleich mit Anderen** oder
 - **übermäßigen Versuchen, den „Makel“ zu kaschieren bzw. zu verändern** oder
 - **Vermeidung sozialer Situationen**, die Ängste/Scham über „Makel“ verstärken
 - **Einsichtsfähigkeit** muss zusätzlich kodiert werden von „gute bis mittlere Einsicht“ bis „schlechte bis fehlende Einsicht“; zusätzlicher „Specifier“ **„mit Muskeldysmorphie“** [10]

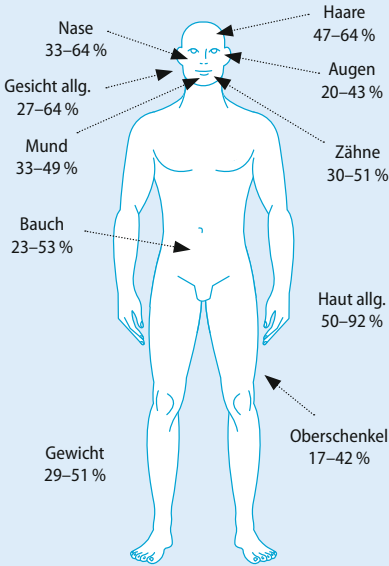


Abb. 1 ▲ Als „Makel“ wahrgenommene Körperregionen [2]

PHARMAKOTHERAPIE

- **1. Wahl: SSRIs**, bei guter Verträglichkeit hoch dosieren, **Fluoxetin** (CAVE: längste Halbwertszeit unter SSRIs) in älteren NICE-Guidelines empfohlen [3], in einem Konsensusartikel wird auf neue, erfolgreiche open-label Studien für Escitalopram und Fluvoxamin verwiesen [4]
- **Bei ungenügendem Ansprechen:** Wechsel auf einen anderen SSRI oder **Clomipramin** (CAVE: häufiger anticholinerge Nebenwirkungen) möglich [2,3], Prüfung **Pseudotherapieresistenz** inkl. Plasmaspiegelkontrolle
- **Wirkeintritt:** Später als bei Depressionen, Behandlungsversuche **mind. 12 w** [3,4]
- **Augmentation:** In der Konsensarbeit werden **atypische Antipsychotika**, insbes. **Aripiprazol**, als aus klinischer Erfahrung wirksam diskutiert; aussagekräftige Studien fehlen bisher (4)
- **CAVE:** Bisher keine für KDS zugelassenen Präparate
 - **Immer Aufklärung über off-label Gebrauch** [3,4]

STÖRUNGSSPEZIFISCHE KVT UND ANLAUFSTELLEN

- **Praktisches Vorgehen:** Psychoedukation, ggf. motivierende Gesprächsführung bei ambivalenten Pat., kognitive Umstrukturierung selbsterstörerischer Gedanken und kognitiver Verzerrungen, Expositionshierarchie, Expositionen (Wahrnehmung des „Makels“ durch Andere), Expositionen mit „Ritualprävention“ (z. B. soziale Situation aufsuchen, ohne „Makel“ zu kaschieren), „Spiegeltraining“ (z. B. neutrale Beschreibung des gesamten Körpers anstatt Fokus auf „Makel“) [2,3,11,12]
- **Für Betroffene:** **„Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V. (DGZ)“** (<https://www.zwaenge.de>) und **„KDS-Net“** (<https://kds-net.com>) bieten wertvolle Hilfestellungen

Korrespondenzadresse

Dr. med. Alexander Maier
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg, Deutschland
alexander.maier.psy@uniklinik-freiburg.de