

Körperdysmorphe Störung

Theresa Lahousen-Luxenberger

Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische
Medizin Graz



Historie und Synonyma

- 1886 Morselli
- 1987 DSM-III-R
- Dysmorphophobie
- Hässlichkeitskummer
- Schönheitshypochondrie
- Dermatologische Non-disease
- Thersites-Komplex
- Dorian-Gray-Syndrom

DSM-4

Körperdysmorphe Störung 300.7 (Somatoforme Störungen)

- A. **Übermässige Beschäftigung** mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äusseren Erscheinung. Wenn eine leichte Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis der betroffenen Person stark übertrieben.
- B. Die übermässige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsame Weise Leiden oder **Beeinträchtigungen** in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Die übermässige Beschäftigung wird **nicht durch eine andere psychische Störung (wie ZB AN) besser erklärt.**

DSM-5 Zwangsstörung und Verwandte Störungen

- A. Übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren vermeintlichen
 - Mängeln oder Defekten im äußeren Erscheinungsbild, die für andere nicht erkennbar sind oder geringfügig erscheinen
- B. NEU: Im Verlauf der Störung hat die Person in Reaktion auf die Befürchtungen bezüglich des Aussehens, sich wiederholende Verhaltensweisen – *repetitiv-* (z.B. Überprüfung im Spiegel, übermäßige Körperpflege, Skin Picking, Rückversicherungsverhalten) oder gedankliche Handlungen (z.B. Vergleich des Aussehens mit 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 wird
 - nicht besser durch die Diagnose einer Essstörung erklärt (z.B. bei Befürchtungen in Bezug auf Körperfett oder –gewicht)

DSM-5 Zwangsstörung und Verwandte Störungen

- *Bestimme ob:*
- **Mit Muskeldysmorphie:** Die Person ist übermäßig beschäftigt mit der Vorstellung, dass sein oder ihr Körper zu klein oder nicht ausreichend muskulös gebaut ist. Dieses Bestimmungsmerkmal trifft auch zu, wenn die Person sich übermäßig mit anderen Körperbereichen beschäftigt, was sehr häufig der Fall ist.
- *Bestimme ob:*
- Gebe das Ausmaß der Einsicht in Bezug auf die Inhalte der körperdysmorphen Störung (z.B. „Ich sehe hässlich aus“ oder „Ich sehe entstellt aus“) an.
- **Mit guter oder ausreichender Einsicht:** Die Person erkennt, dass die Inhalte der körperdysmorphen Störung eindeutig oder wahrscheinlich nicht der Realität entsprechen.
- **Mit wenig Einsicht:** Die Person glaubt, dass die Inhalte der körperdysmorphen Störung wahrscheinlich der Realität entsprechen.
- **Mit fehlender Einsicht/ Wahn:** Die Person ist vollkommen überzeugt, dass die Inhalte der körperdysmorphen Störung der Realität entsprechen.

ICD-10

Dysmorphophobie F45.21 (F45.2 hypochondrische Störung)

- Vorherrschendes Kennzeichen ist eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Die Patienten manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende **Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen**. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von dem betreffenden Patienten oft als **abnorm** und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert. Depression und Angst finden sich häufig und können dann zusätzliche Diagnosen rechtfertigen.
- Inkl.:**Dysmorphophobie (nicht wahnhhaft),Hypochondrie,Hypochondrische Neurose,Körperdysmorphophobe Störung**
- Exkl.:Auf die körperlichen Funktionen oder die Körperform fixierte Wahnpheänomene (F22.-) **Wahnhafte Dysmorphophobie (F22.8)**

DD

- Zwangsstörung (ichdyston)
- Hypochondrische Störung (Angst, Umwelt verliert an Bedeutung)
- Essstörung (umfassende Körperschemastörung)
- Soziale Phobie (Folgeerkrankung)

Symptome der körpermorphen Störung

- Subjektiv empfundener Mangel/Entstellung
- Hoher Leidensdruck
- Starke Beeinträchtigung (berufl., sozial)
- Stunden im Badezimmer/Spiegel
- Camouflaging/checking behavior/grooming/
- skin picking
- Rückversicherung
- Vermeidung

Lokalisation der „Defekte“ bei BDD

Haut 73%

Haare 56%

Nase 38%

Augen 20%

Beine, Knie 18%

Bauch, Hüften 11%

Penis 9%

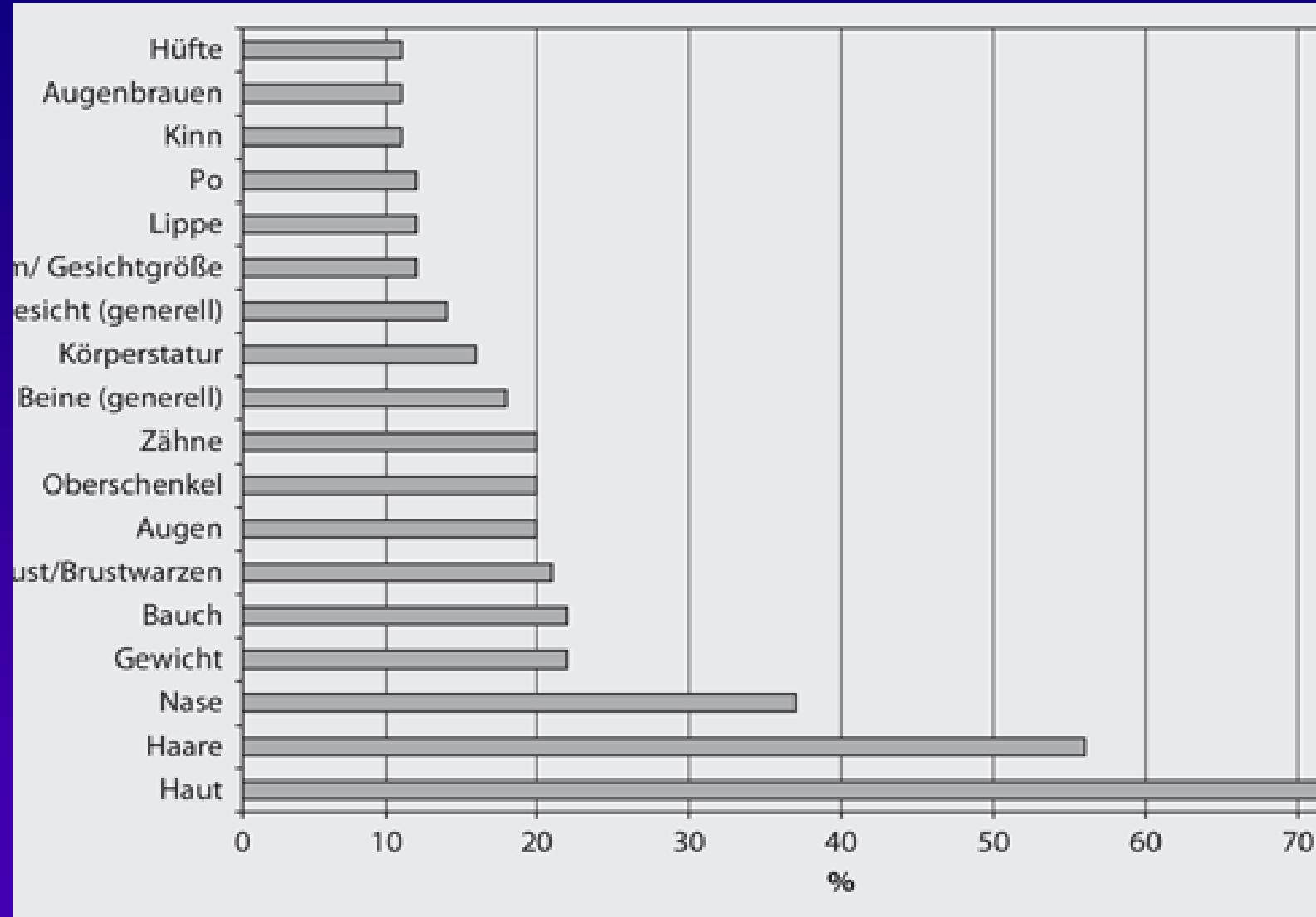
Kinn, Kiefer 13%

Lippen 11%

Zähne 7%

Brust 12%

Ohren 7%



Lokalisation der Defekte (Phillips 2005)

Soziodemographische Daten

- Prävalenz 1-2%
- Durchschnittsalter 32,0 J
- Krankheitsdauer 15,5 J
- Alter bei Erstmanifestation 16,9 J
- Geschlechtsverteilung 68% Frauen
- Verheiratet 24,5%
- Komorbidität mit Depression 73,7%
- Soziale Phobie 36,8%
- Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen 31,6%
- Phillips KA Psychosomatics, 2005

Häufige Verhaltensweisen bei BDD-Patienten

- Vergleich des eigenen Aussehens mit anderen
- **Kontrolle** des Aussehens in Spiegeln oder anderen reflektierenden Gegenständen
- Camouflage des Defektes (viele Stunden)
- Ersuchen von chirurgischer, dermatologischer oder anderer medizinischer Behandlung, **Selbstchirurgie!**
- **Rückvergewisserung** bei anderen, dass der Defekt unattraktiv sei
- Grooming (kämmen, rasieren)
- **Vermeiden** von Spiegeln und reflektierenden Flächen
- Berühren des Defektes
- Zupfen an der Haut
- Phillips KA, The broken mirror, 1986

Therapie

SSRI: Escitalopram (Cipralex®) Phillips, 2006

Citalopram (Seropram®) Phillips, 2003

Fluoxetin (Fluctine®) Phillips, 2002

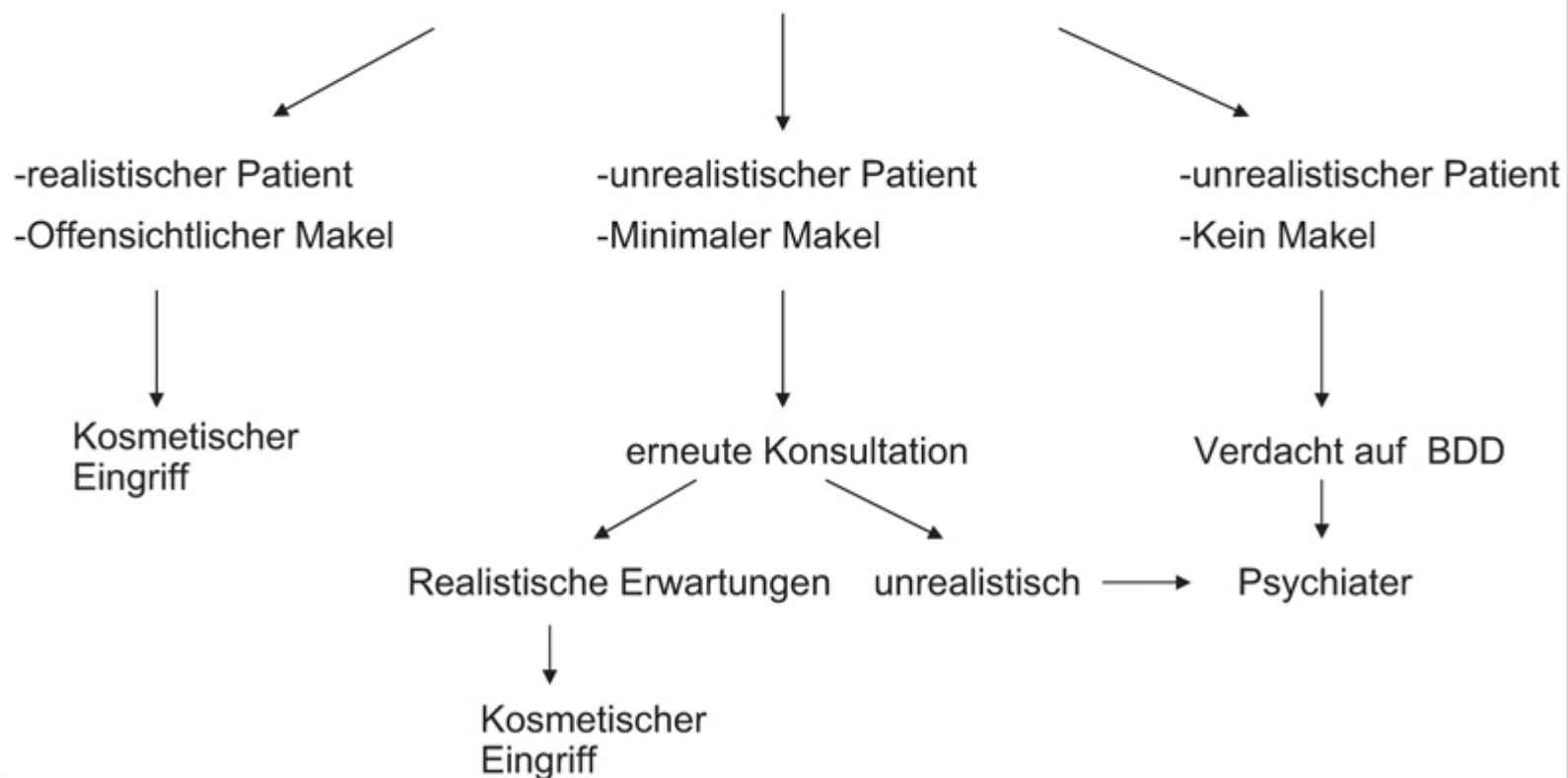
Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren

Zeichen von BDD

- ungewöhnliches, forderndes Benehmen
- starker Wunsch nach ästhetischen Eingriffen
- **Unzufriedenheit** mit vorausgegangenen Eingriffen und Chirurgen
- Erwartung, dass ein ästhetischer Eingriff alle Probleme lösen kann
- übermässige Beschäftigung mit eingebildeten Makeln
- beeinträchtigtes Sozialleben aufgrund des Makels
- Glaube, dass alle Umstehenden den Makel sehen
- Suche nach Bestätigung des Makels
- ausgefeilte Techniken zum Verstecken des Makels
- fehlende Einsicht
- Jakubietz et al, Zentralbl Chir 2007

Konsultation

- Anamnesegespräch
- Beobachtung
- Beobachtungen und Eindrücke des Personals



Jakubietz et al, Zentralbl Chir 2007

Diagnostische Untersuchungsinstrumente zur Erfassung einer BDD

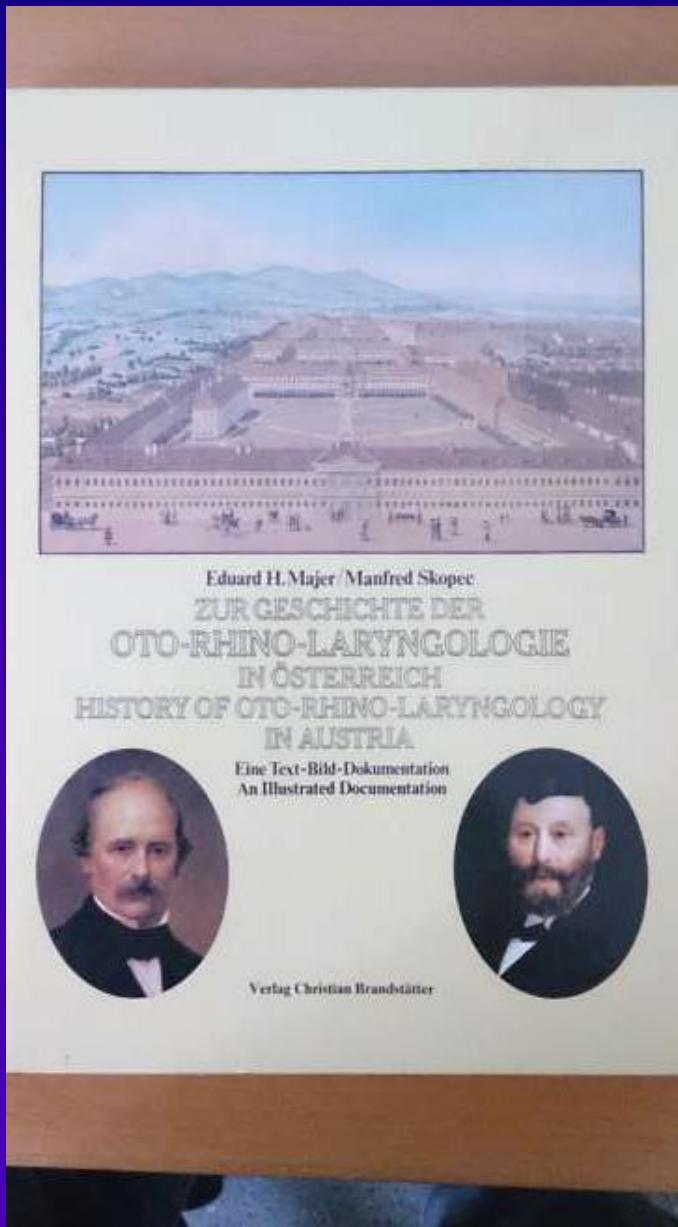
Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ): Oosthuizen 1998, deutsche Übersetzung (Stangier 2003)

Body Dysmorphic Disorder Modification of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD-YBOCS): Phillips et al 1997, deutsche Übersetzung (Stangier 2000)

Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDDDM): angelehnt an Phillips 1993, ins Deutsche von Stangier 1996

Der Körperforsymorphe Störungs- Fragebogen (KDS-F): Brunhoeber, 2007, Screening-Fragebogen

Der Fragebogen körperforsmorphe Symptome (FKS): Buhlmann 2009, Screening-Instrument, DSM-4



nen. 1905 war die Ohrheilkunde einen ungeahnten Aufschwung brachte. In der Verleihung des Nobelpreises an BÁRÁNY fand dessen wissenschaftliche Arbeit die internationale Anerkennung.⁶⁷

Am 12. April 1932 kam Gustav ALEXANDER im 58. Lebensjahr unter tragischen Umständen ums Leben: ALEXANDER hatte 1905 noch unter POLITZER bei einem Patienten mit einer Sattelnase eine Nasenplastik durchgeführt. Der Patient, mit dem Operationsresultat unzufrieden, klagte auf Schadensersatz. Nach Abweisung der Klage wurde der Patient vom Chirurgen O. FÖDERL operiert. Nach neuerlicher Klage gegen FÖDERL, dann gegen ALEXANDER, schoß 1910 der Patient auf ALEXANDER, der dem Anschlag entging. Der Patient wurde für geisteskrank erklärt, der Heilanstalt Steinhof übergeben und 1922 aus Österreich abgeschoben. 1932 kehrte der Patient nach Wien zurück und erschoß ALEXANDER.

Zum Nachfolger ALEXANDERS an der Poliklinik wurde Hans Brünner (1861–1955) ernannt, der seit 1921 Assistent bei

assumption that the sensory organs... however, the canals in humans understand a method for a long time before point BÁRÁNY worked in patients the A number of Obviously that there was no note of this of these observations was amazing some genes not understood

Verbreitung von Tätowierungen, Piercing und Körperhaarentfernung in Deutschland 2009

- Es zeigt sich eine Geschlechts- und Altersabhängigkeit.
- Junge Menschen tragen deutlich häufiger diese Formen von Körperschmuck. Männer lassen sich häufiger tätowieren, Frauen tragen häufiger Piercings und entfernen häufiger Körperhaar.
- 9 % aller Frauen und 3 % aller Männer sind gepierct.
- Vor allem bei jüngeren Frauen sind Piercings nach wie vor sehr beliebt: 35,1 % (14 bis 24 J.) und 22,5 % (25-34 J.) sind gepierct. Bei Männern trägt die Altersgruppe von 25 bis 34 Jahren (9,3 %) am häufigsten Piercings
- Zudem holen Frauen bei den Tätowierungen auf, in den jüngeren Altersgruppen ist kein Geschlechtseffekt mehr zu beobachten.
- Im Vergleich mit einer früheren Studie aus dem Jahr 2003 zeigt sich eine Zunahme bei Tätowierungen. Dagegen ist eine Abnahme von Piercings bei Männern zu beobachten.
- Körperhaarentfernung ist vor allem bei jungen Frauen sehr verbreitet (bis 81,6 % der 18 bis 25-Jährigen). Bei den Männern enthaaren sich bis zu ein Drittel (35,5 % der 26 bis 30-Jährigen).

Zusammenfassung

Tattoos und Piercing in Deutschland | Bochum | 21.05.2014

- Der Anteil Personen mit Körperschmuck beträgt in Deutschland etwa 40%.
 - Der Anteil bei Frauen liegt deutlich höher (etwa 66%) als bei Männern (etwa 15%).
 - Der Anteil Personen mit Tattoos (Piercings) hat sich im Vergleich zu 2006* nicht wesentlich verändert und beträgt 9% (Piercing, ohne Ohrlöcher etwa 7%).
 - In der Altersklasse der 25-34-jährigen befindet sich der höchste Anteil Personen mit Tattoos (22%) bzw. Piercings (52% inkl. Ohrlöcher).
 - In der Studie lässt sich kein Zusammenhang zwischen Tattoos und Schulbildung nachweisen.
 - Ein Zusammenhang zwischen bereuten Tattoos und sozialer Klasse lässt sich in der Studie ebenfalls nicht nachweisen.
-
- *Stirn et al. (2006), J PsychosomRes