

BEHANDLUNGSGRUNDLAGEN DER KÖRPERDYSMORPHEN STÖRUNG

CHRISTIAN STIERLE

27.9.2025



Einführung

Eine kleine Übung zu Beginn:

Überlegen Sie kurz:

- Welches ist das Körperteil, das ich an mir am liebsten mag? Was gefällt mir daran besonders?
- Mit welchem Körperteil bin ich am unzufriedensten? Was stört mich am meisten daran?
- Was könnte ich mir vorstellen an meinem Körper zu verändern?

Austausch in 2er Gruppen für 10 Minuten.

KDS - Historie

1891: Dymorphophobie: benannt von Morselli (ital. Psychiater)
Dys = schlecht, morphé = Gestalt, äußere Erscheinung,
phóbos= Furcht, Angst)

1903: „Besessenheit von körperbezogener Scham“; Janet (franz.
Psychiater)

1909: „dymorphophobisches Syndrom“/zwanghafte Neurose;
Kraepelin

1918: Fallschilderung „Wolfsmann“/hypochondrische Paranoia;
Freud

1930: „Schönheitshypochondrie“; Jahrreiss

1960er: vermehrt Patienten, die mit mehreren plastischen
Operationen bzgl. keiner/minimaler Makel (z.B. Edgerton et al.,
1960) medizinisch vorstellig

KDS - Historie

1980: DSM III „atypische somatoforme Störung“

1987: DSM III-R „Dysmorphophobie“

1994: DSM IV „Körperdysmorphie Störung“

1998: ICD-10 „Dysmorphophobie“

2013: DSM V „Body Dysmorphic Disorder“ (OCD and Related Disorders)

für das ICD-11 analoge Zuordnung

Aktueller Stand:

ICD 10
Somatoforme Störungen
Substörung der Hypochondrie
F45.21

DSM V
Zwangsspektrumsstörung
300.7

Diagnosekriterien

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 wiederholende Verhaltensweisen ausgeführt (z.B. Überprüfung im Spiegel, übermäßige Körperpflege, Hautzupfen/-quetschen, Rückversicherungsverhalten) oder mentale Handlungen (z.B. Vergleich des Aussehens mit dem von anderen) durchgeführt..

Diagnosekriterien (DSM-V, 300.7)

C.)

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

D.)

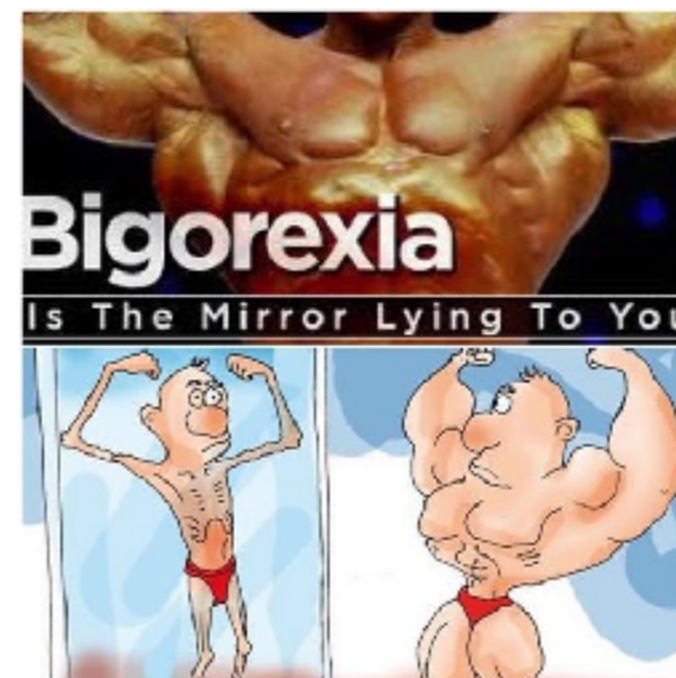
Die übermäßige Beschäftigung mit dem äußeren Erscheinungsbild kann nicht besser durch Befürchtungen in Bezug auf Körperfett oder -gewicht erklärt werden, wie sie bei Personen auftreten, deren Symptomatik die diagnostischen Kriterien für eine Essstörung erfüllt.

Diagnosekriterien

In den neuen Diagnosekriterien gibt es die Möglichkeit die Diagnose weiter zu spezifizieren:

Zusatz:

mit Muskeldysmorphie



Zusatz:

Grad der Einsicht für Körperdysmorphie Gedanken (Grad der Distanzierung)

- mit guter oder mäßiger Einsicht: Einsicht, dass Gedanken nicht der Realität entsprechen
- mit fehlende Einsicht/wahnhaftige Überzeugungen: Überzeugung, dass Körperdysmorphie Gedanken wahr sind.

Wenn Betroffene wahnhaftige Überzeugungen über ihr Aussehen haben, müsste dies eigentlich als wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.8) klassifiziert werden.

Aber:

- Einsicht scheint zu oszillieren
- keine weiteren Unterschiede zwischen nicht- wahnhaft und wahnhaft erkrankten Personen!
- Antipsychotika allein sind für die KDS Symptomatik kaum hilfreich (Philipps & Hollander, 2008)

Idee: Grad der Einsicht wie in DSM V einschätzen.

Subformen der KDS



Muskeldysmorphie

Koro



Taijin kyofusho

KDS by proxy





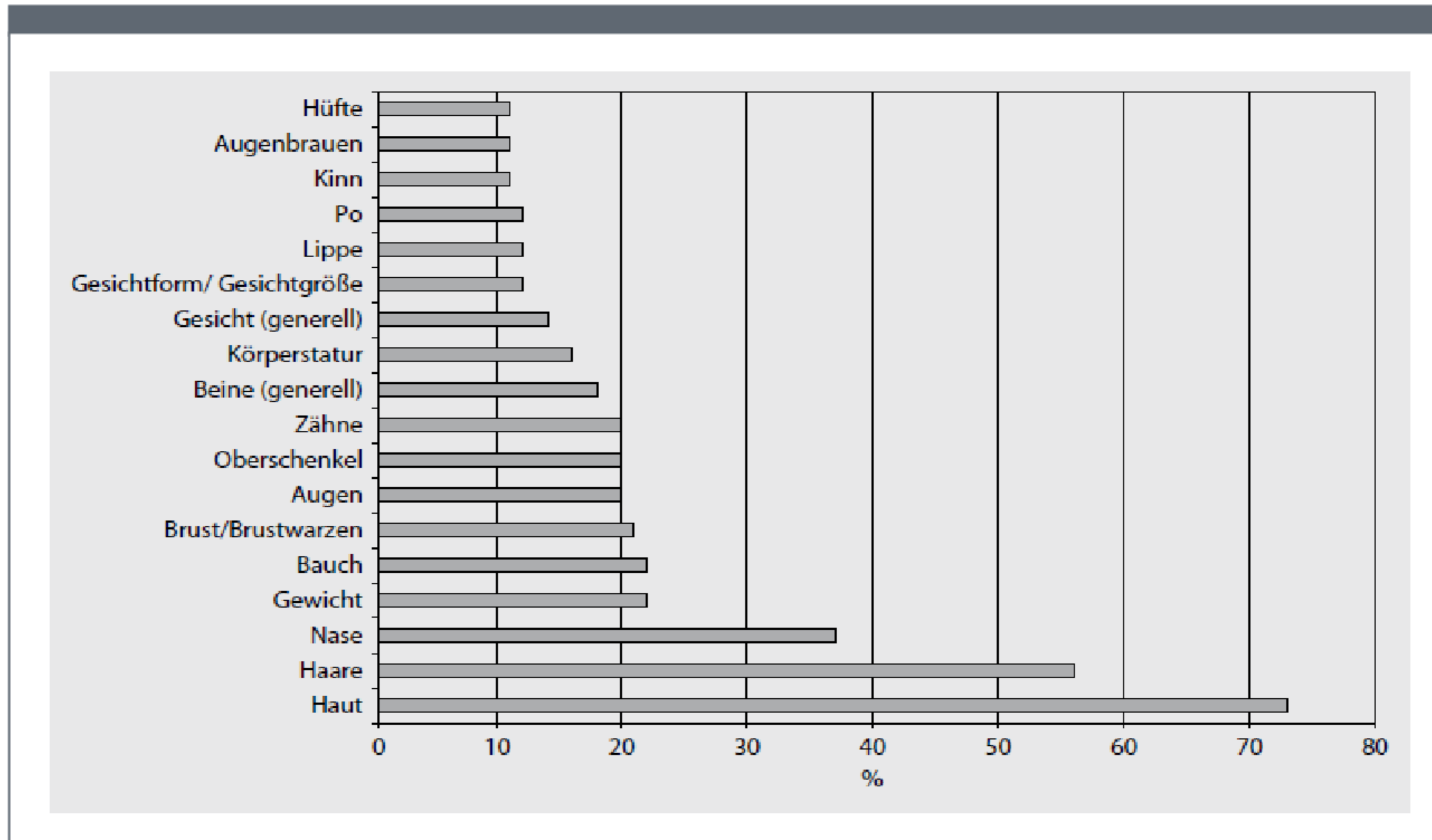
- in der Allgemeinbevölkerung in der BRD: 1-2%
- Punktprävalenz (2007 deutschlandweite Befragung an 2500 Personen): 1,8% (Buhlmann et al., 2010)
- Studien zu gewichteten Prävalenzen: 1,9% (Veale et al., 2016)
- Punktprävalenz USA: 2,4%
- 8% der Patienten mit Depressionen und bis zu 12% der Patienten, die sich in ambulanter Psychotherapie befinden (Phillips 2005)
- 11% der Patienten mit einer Sozialphobie (Philipps, 2005)
- 8%-37% der Zwangspatienten (Philipps, 2005)
- Häufig anzutreffen bei Dermatologen,(ca. 11%), Zahnärzten, bei ästhetisch-plastischen Chirurgen (5-13,2%), Kosmetikerinnen...

Prävalenz vermutlich deutlich unterschätzt, da:

- Dissimulation der Patienten
- Probleme der differenzialdiagnostischen Abgrenzung, hohe Komorbidität zu anderen psychischen Störungen.
- Informationsdefizit bezüglich des Störungsbildes in der medizinischen Versorgung
- Diagnoseinstrumente lange Zeit nicht hinreichend
- häufige Behandlungssuche im nicht-psychiatrischen Kontext

- Geschlechterverhältnis 60% w vs. 40 % m
- Geschlechtsspezifisch= Stelle/ Beschaffenheit des Makels
- Durchschnittliches Alter bei Störungsbeginn= 16 Jahre. Beginn jedoch oft früher – meist schleichend
- Bei Erwachsenen auch „akut“ onset
- Jahre vor der ersten psychiatrischen/ psychologischen Konsultation = 6-10.
- Zunehmende Anzahl von Erstauftritten im Alter 12-13 (Bjornsson et al., 2013)
- bislang kaum verlässliche Daten bei Kindern

Betroffene Körperbereiche



(aus Kollei & Martin, 2010, Philipps, 2005)

Philipps 2005

MAKELBEREICHE KINDER UND JUGENDLICHE (KREBS ET AL. , 2024)

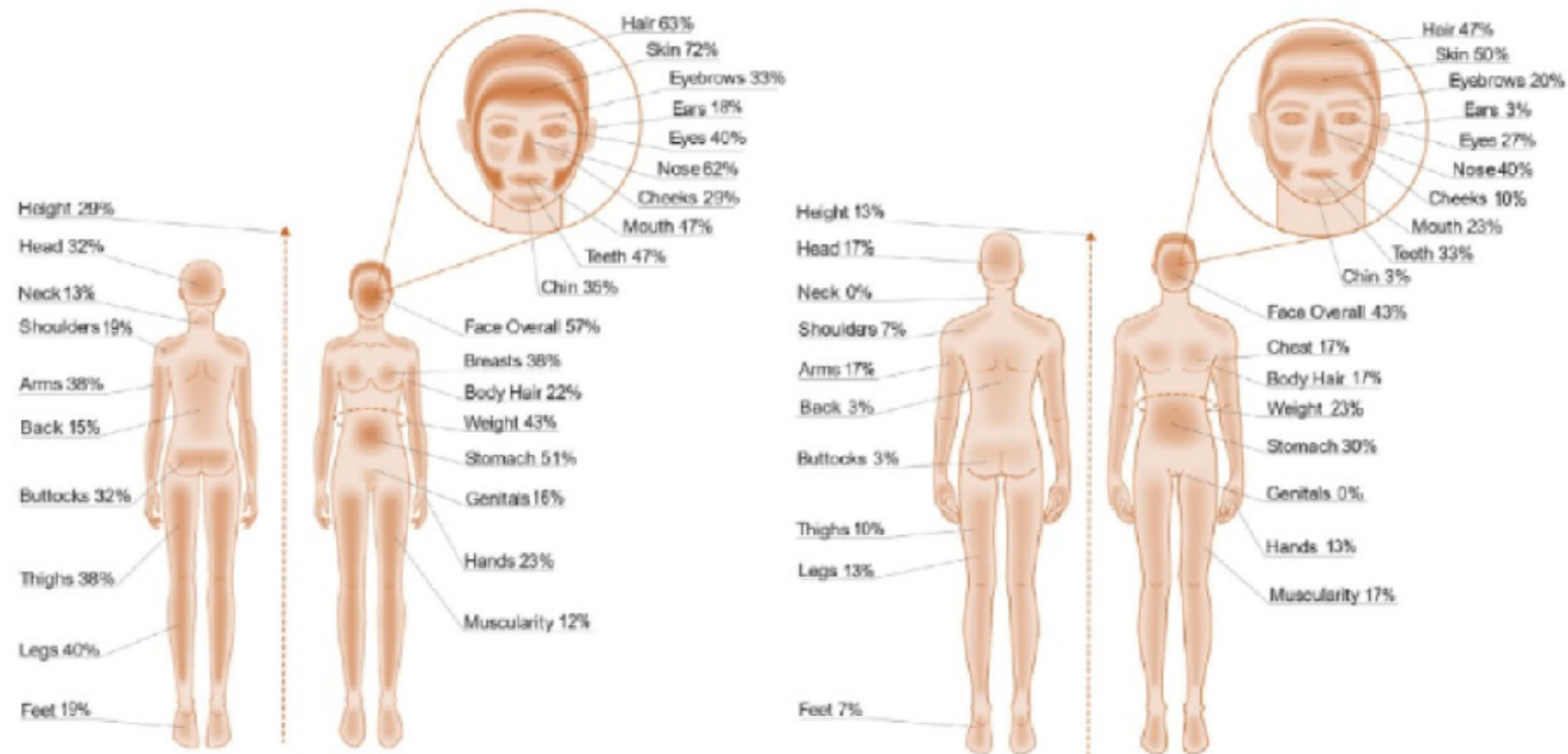
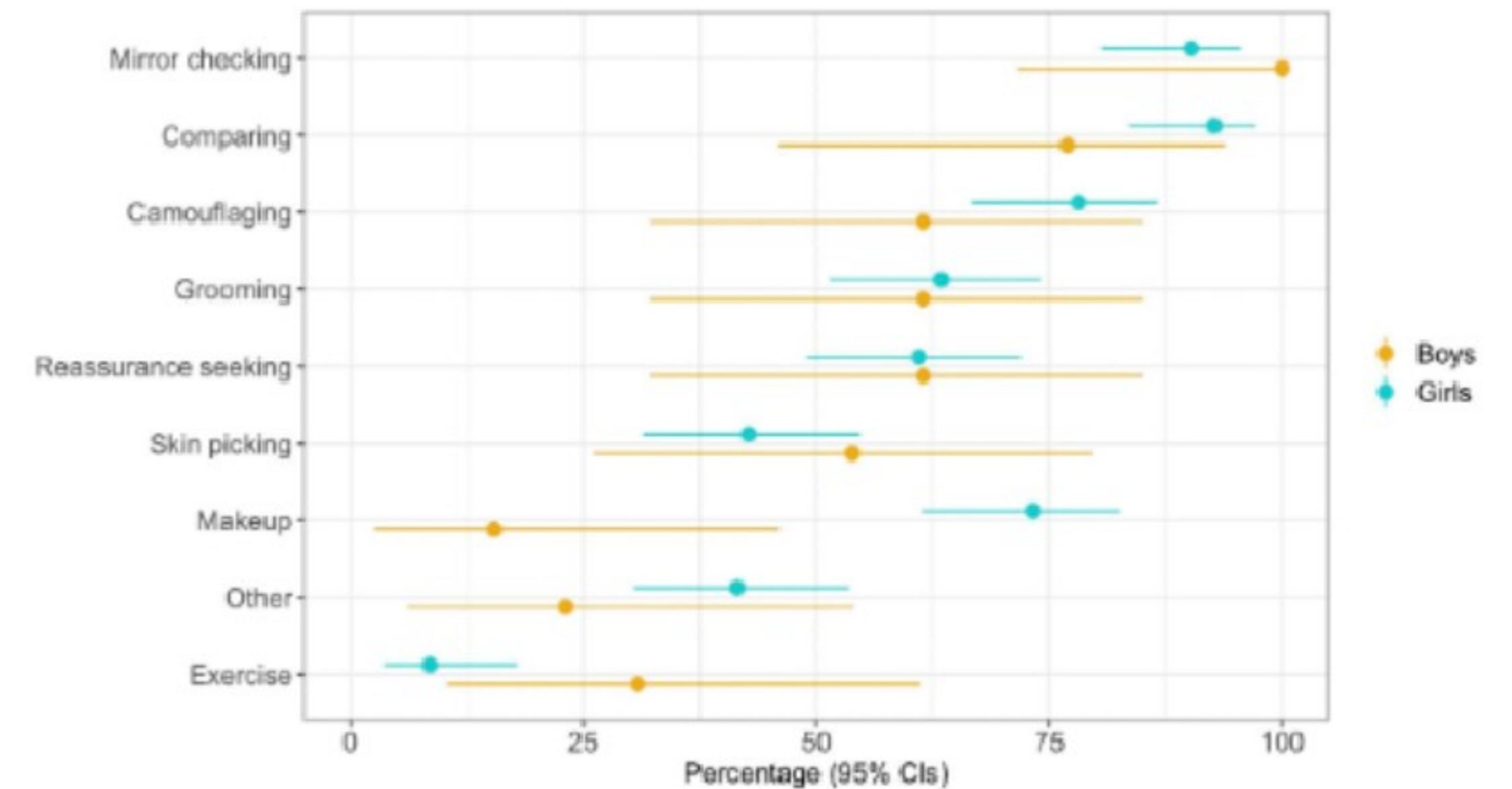
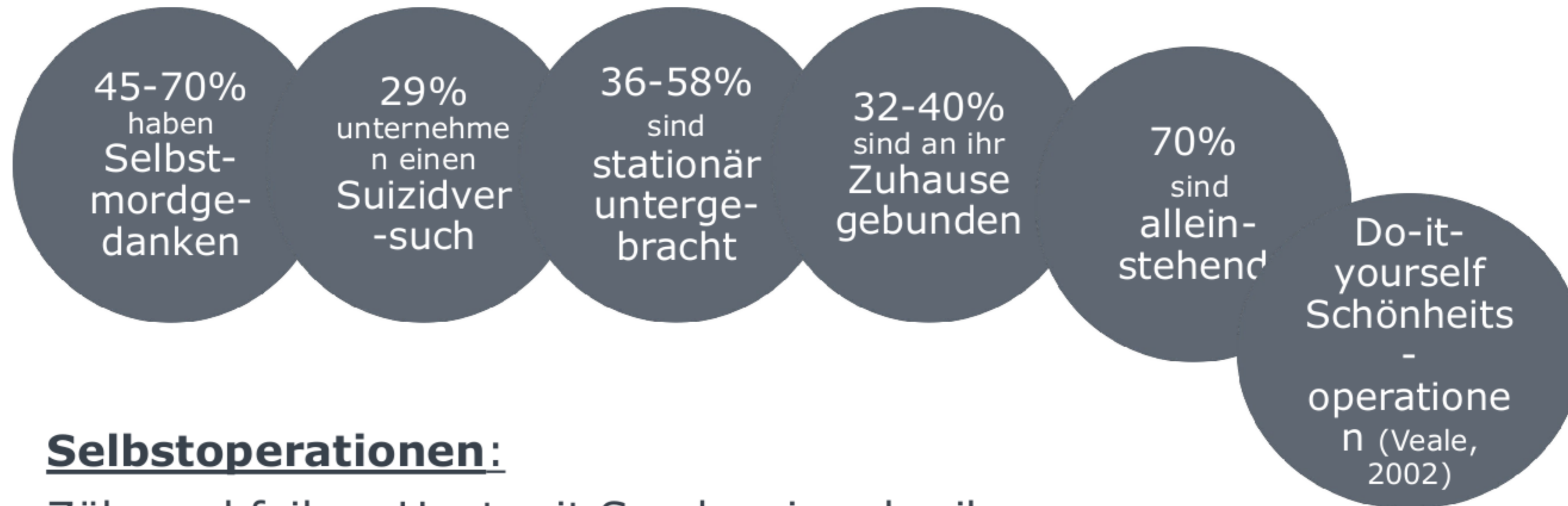


Figure 1 Focus of preoccupation among girls ($n = 129$) versus boys ($n = 30$) with body dysmorphic disorder. Data are taken from: Rau Jassi, et al. (2022). Four young people who identified as non-binary were excluded from this figure



KDS – gravierende Störung

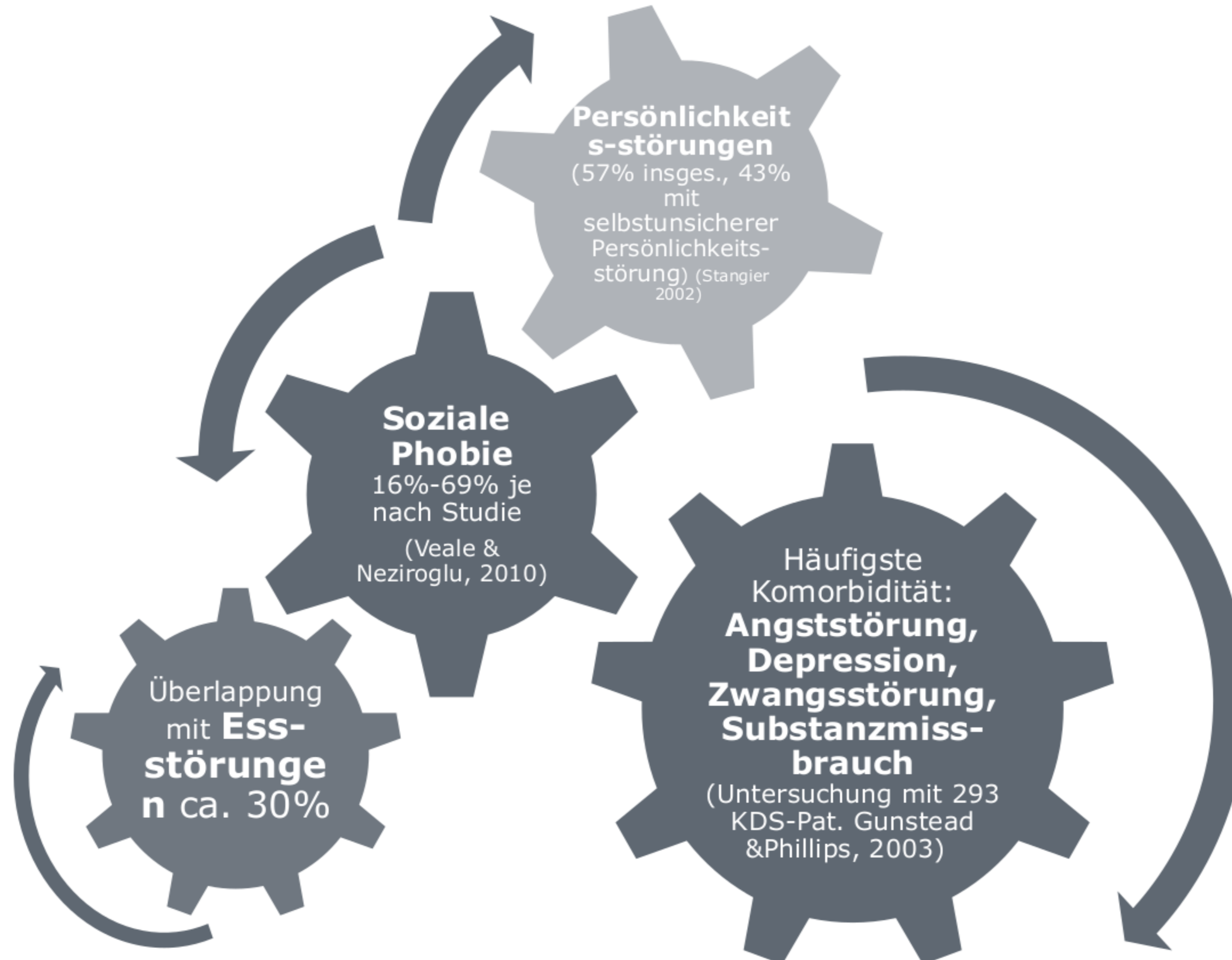


Selbstoperationen:

Zähne abfeilen, Haut mit Sandpapier abreiben,
Ohren mit Sekundenkleber an den Kopf kleben.

Haut straffziehen und festtackern, zur Ader lassen, um blasser auszusehen,
Versuche, sich selbst Fett abzusaugen/abzuschneiden.

Komorbiditäten



Typisches Verhalten

Kontrollieren

Zwanghaftes Vergleichen mit Anderen, zwanghaftes Betrachten im Spiegel, auf Fotos, zwanghaftes Befühlen des Makels, Rückversicherungen einholen, Messen von Körperteilen

Kaschieren

Intensives Pflegen („grooming“), häufige Kleidungswechsel, Makel verdecken, „camouflaging“

Manipulieren

Haut zwanghaft ausreinigen, Skin Picking, intensiv bräunen, dicke Make-up-Schichten, Diät, Training mit Gewichten, Schönheits-Operationen...

Vermeiden

Spiegel, Tageslicht, Öffentlichkeit...

Emotionale Erfahrungen

Scham	Leitaffekt! Charakteristisch ist Scham darüber, wie man aussieht (externale Scham), oft auch Scham bzgl. des Verhaltens oder bestimmter Eigenschaften (internale Scham).
Angst und Panik	Maskieren oft die Scham. Warnfunktion für potenziell selbstwertbedrohliche Situationen. Ablehnung, Bloßstellung (Bewertungssituationen), Veränderung des Aussehens, Zukunft....
Ekel	Emotional Reasoning. Oft Trigger für Vermeidung.
Schuldgefühle	Eigene Schwächen, selbstinduzierte Verschlechterung des Aussehens, Anderen gegenüber.
Wut und Aggression	Oft Folge erlebter Hilflosigkeit. Gegenüber sich selbst bis zu Selbstverletzungen. Gegenüber Anderen z.B. aus Eifersucht.

- Störung des Serotoningleichgewichts (ähnlich wie Zwangsstörungen)
- Vorausgegangene Zwangsspektrumsstörungen
- „Preparedness“= Bedürfnis nach Symmetrie, Größe oder Proportionalität bestimmter Körperteile evolutionär verankert.
- Persönlichkeitsmerkmale, insbesondere zwanghafte/ perfektionistische Struktur. Hoher Neurotizismus
- Mobbing/Bullying wegen des Aussehens im Vorfeld.
- Dermatologische Historie/ tatsächliche leichte Abweichung des Aussehens bzw. dermatologische Erkrankungen
- Bei Männern= Homosexualität (höherer Druck, gut auszusehen)
- Soziokulturelle Faktoren
- kognitiv-behaviorale Erklärungsansätze= fehlerhafte Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse bezüglich des eigenen Aussehens.

Soziokulturelle Faktoren

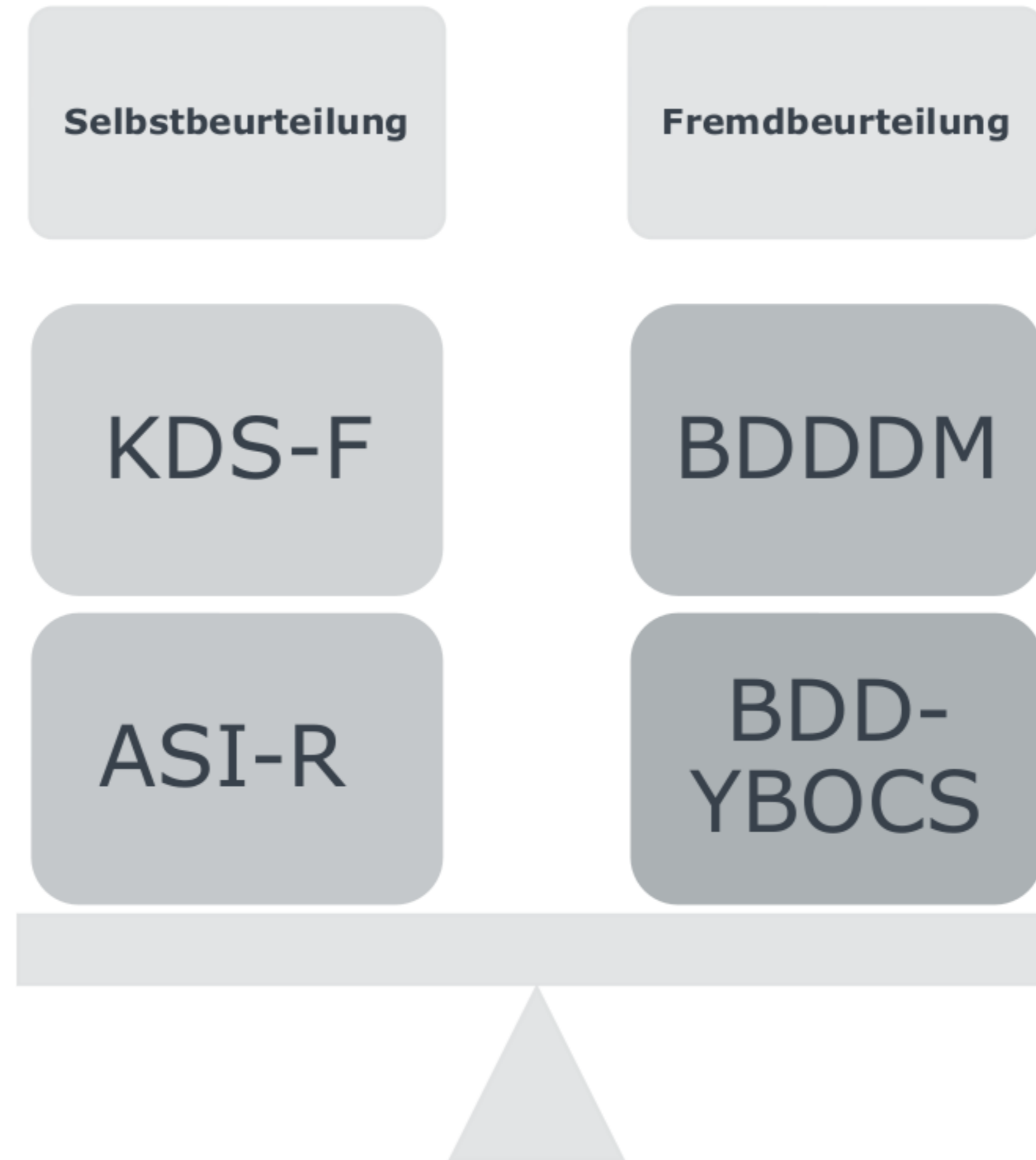


Exkurs Body Shaming

Body Shaming: Menschen aufgrund von körperlichen Merkmalen zu diskreditieren und öffentlich zu diffamiert. Dabei werden die betroffenen Personen auf körperliche Merkmale reduziert.



Diagnostik der KDS



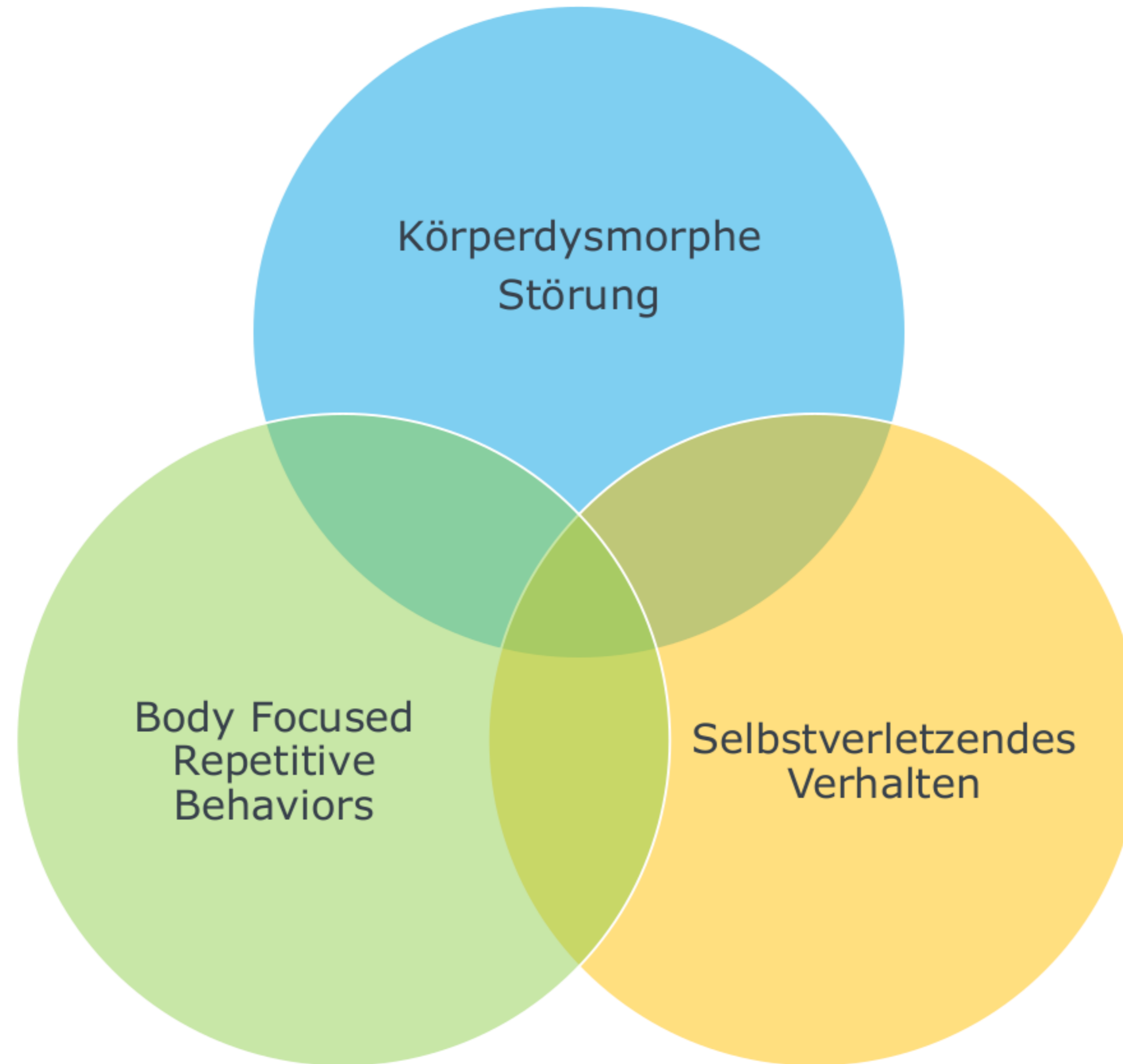
Diagnostik der KDS

- **BDDDM** (Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module; Philipps, 2005)
- **BDD-Y-BOCS** (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale BDD-Version; Philipps et al., 1997)
- **KDS-F** (Körperdysmorphie Störungs-Fragebogen; Brunhoeber, 2009)
- **FKS** (Fragebogen Körperdysmorpher Symptome; Buhlmann et al., 2009)
- **DCQ** (Dysmorphic Concern Questionnaire; Oosthuizen et al., 1998)
- **AAI** (Appearance Anxiety Inventory; Veale et al., 2014)
- **COPS** (Cosmetic Procedure Screening Questionnaire; Veale et al., 2012)
- **ASI-R** (Appearance Schema Inventory; Grochowski et al., 2011)
- **BABS** (Brown Assessment of Beliefs Scale; Buhlmann, 2014)

Einbau von Screening-Fragen ist wichtig für die allgemeine Anamnese:

z.B.

- Sind Sie mit Ihrem Aussehen sehr unzufrieden?
- Verbringen Sie viel Zeit damit, sich über Ihr Aussehen zu sorgen?
- Sind Sie durch Sorgen um Ihr Aussehen eingeschränkt und belastet?
- Nehmen Sie an sich Makel im Aussehen wahr, die andere Menschen nicht wahrnehmen?



Gemeinsamkeiten (u.a.)

- (oft) selbstschädigendes Verhalten
- tlw. hohe Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen
- hohes Schamerleben
- hohe Selbstkritik
- tlw. zwanghaftes, repetitives Verhalten
- Probleme in der Emotionsregulation
- tlw. Probleme in der Impulskontrolle



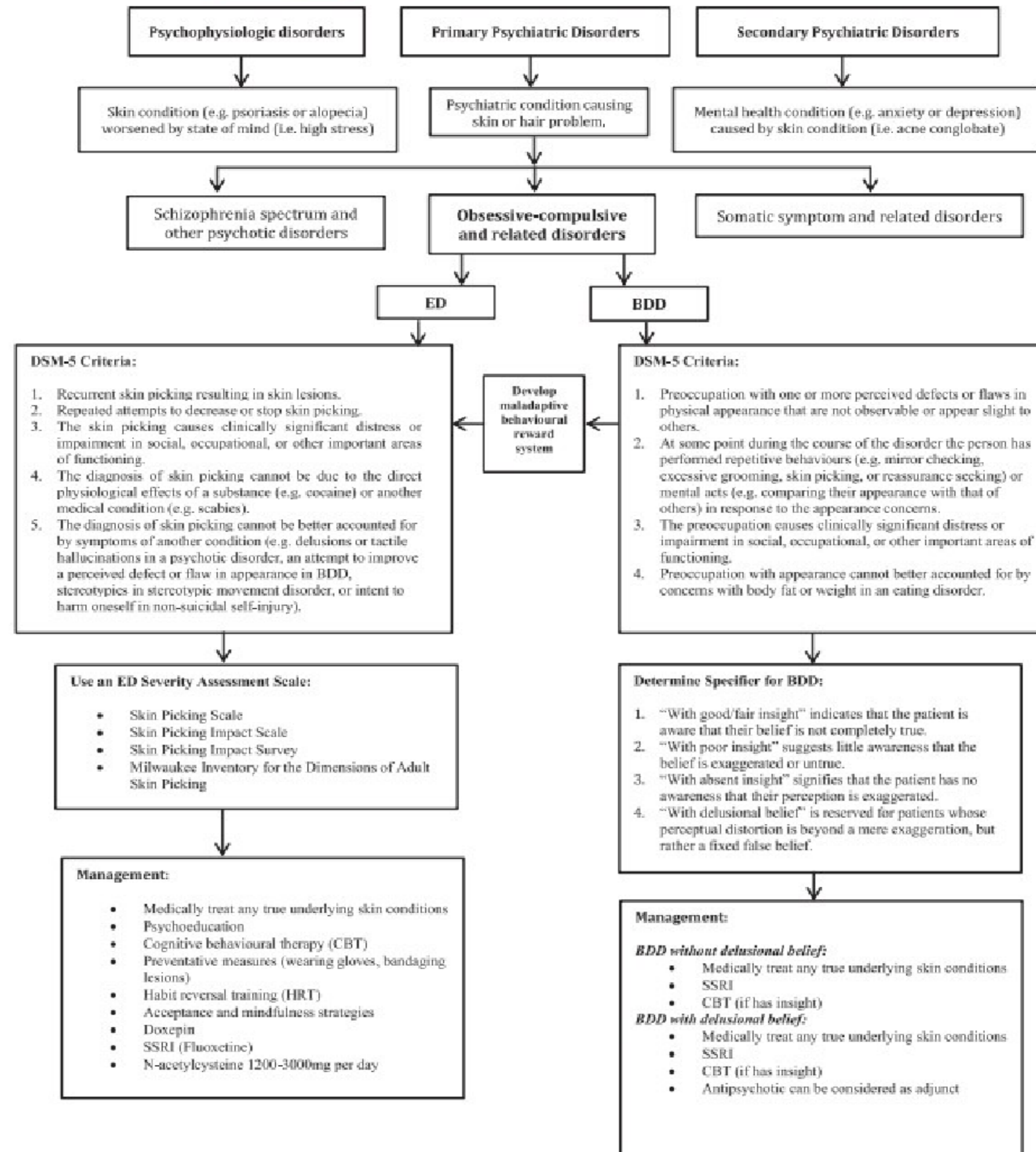
Warum sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede überhaupt relevant?

Forschung:

- Identifikation von übergreifenden psychopathologischen Prozessen, Nutzung von Synergien, ggf. differentielle Merkmale und Prozesse erkennen

Behandlung:

- personenzentrierte, evidenzbasierte Therapiemethoden
- KVT vs. reine HRT vs. HRT + ACT vs. DBT vs. Entkopplungstherapie...



Body Focused Repetitive Behaviors (BFRBs)

Definition:

- repetitive (sich wiederholende) körperbezogene (zwanghafte) Verhaltensweisen
- Bisläng gelten nur Trichotillomanie und Skin Picking Disorder (Dermatillomanie) als eigenständige Diagnosen/ „offizielle“ Krankheitsbilder.
- Typisch ist ein intensiver Drang die jeweiligen Verhaltensweisen auszuführen.
- Häufig gehen Impulse mit einem starken Anspannungsgefühl einher, das durch Ausführen der jeweiligen Handlung gemindert wird (negative Verstärkung) aber nicht nur....

Body-Focused Repetitive Behaviors (BFRBs)

- Skin Picking Disorder/Dermatillomanie/Excoriation Disorder
Punktprävalenz: 1,2-5,4 % (eg. Hayes et al., 2009, Keuthen et al., 2010, Monzani et. al. 2012)
Pat. mit dermatologischen Erkrankungen: 22% (Dixon & Snorrasson, 2019)
- Trichotillomanie/Trichotemnomanie
Prävalenz: 0,5-2,5% (Christenson et al., 1999)
- Nägelkauen, Trichophagie, Dermatophagie...

Insgesamt zeigen Pat. hohe Komorbiditäten mit anderen BFRBs. (Grant et al., 2016)

Im Klassifikationssystem der American Psychiatric Association DSM V und ICD 11:
Teil der **Zwangsstörungen und verwandten Störungen**

Hohe Komorbiditäten

Trichotemnomanie und Skin Picking

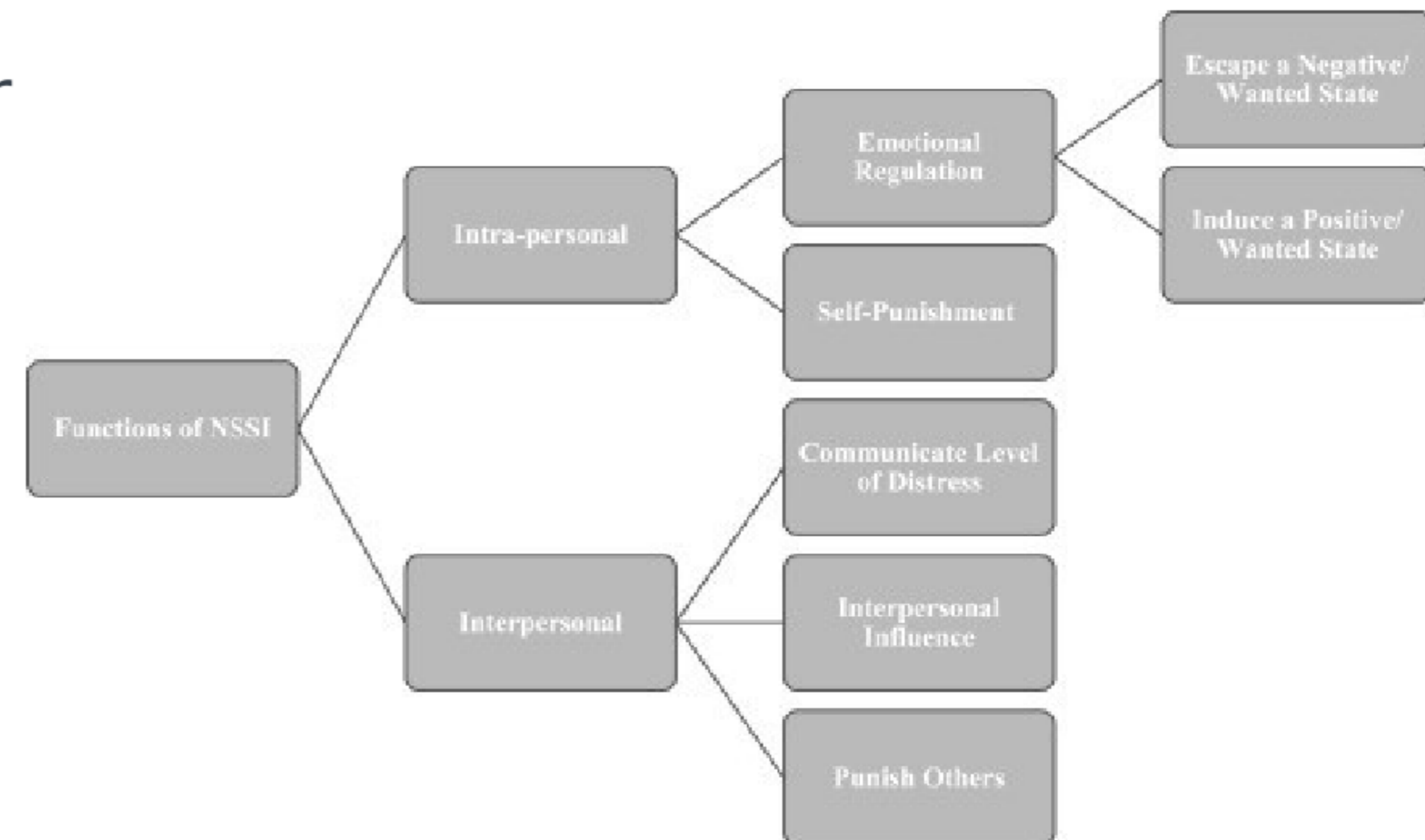


(aus Adil et al., 2020)



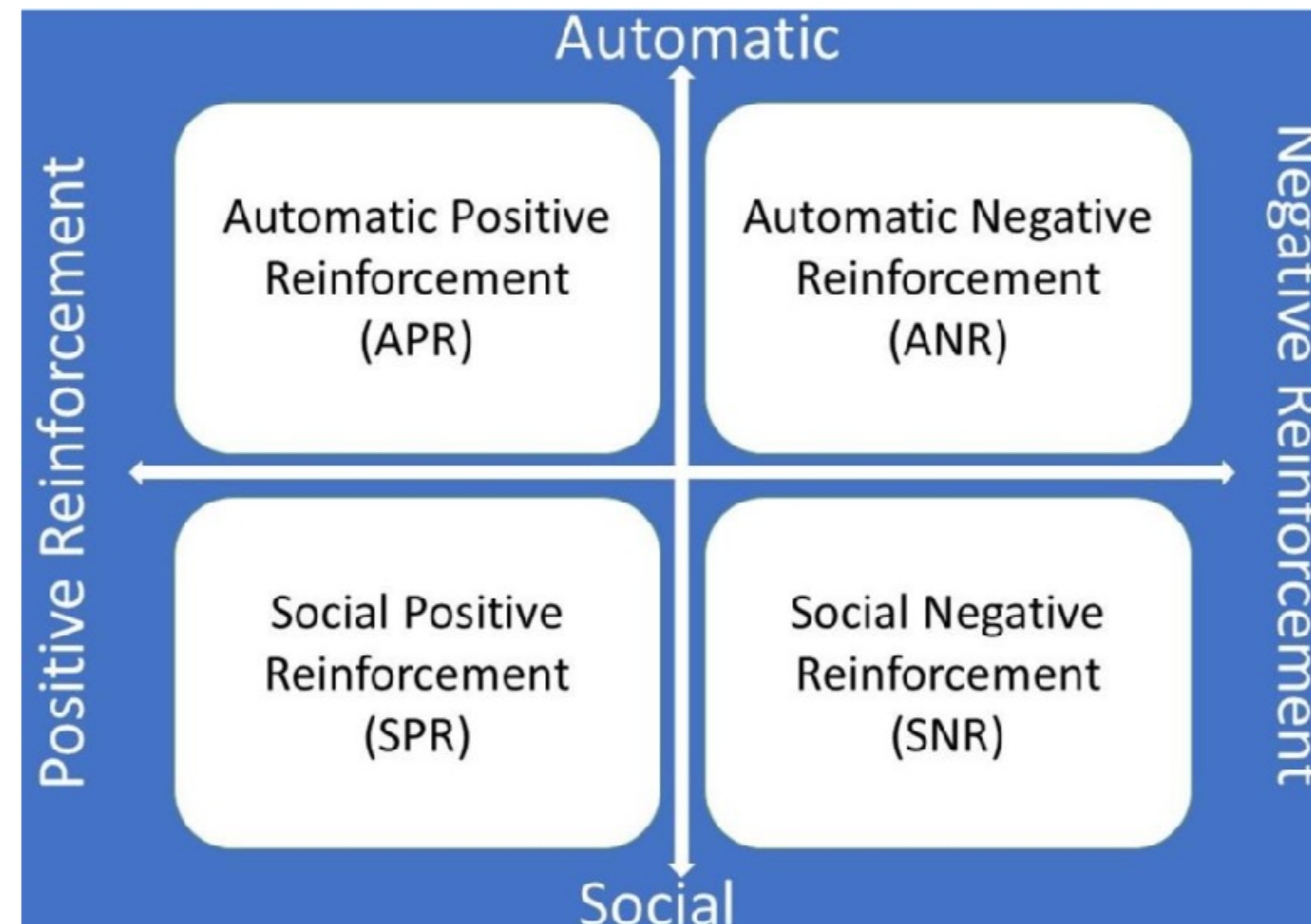
Nicht Suizidales – Selbstverletzendes Verhalten (NSSI)

- Intentionales körperlich schädigendes Verhalten ohne suizidale Absicht
- Häufig Ritzen, Verbrennen, aber auch Kratzen...
- Prävalenz: 17,2% bei Jugendlichen, 13,4% bei jungen Erwachsenen, 5,5% bei Erwachsenen (Schwanell et al., 2014)
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer
- Verschiedene Funktionen und Intentionen (vgl. Taylor et al., 2018)
- am häufigsten finden sich intrapersonelle Funktionen



Nicht Suizidales – Selbstverletzendes Verhalten (NSSI)

4 –Faktoren Modell (Nock & Prinstein, 2004)



Dennoch scheinen Unterschiede zu dominieren:

NSSI

Emotionale Trigger:

- Hochanspannung, Selbsthass, eskalierendes Krisenerleben, intensive Leeregefühle. (Nederkoorn et al., 2016)

Motive/Funktionalität:

- Affektregulation
- Anti-Dissoziation
- Anti-Suizidal
- Interpersonelle Grenzen
- Interpersoneller Einfluss
- Selbstbesstrafung
- Sensation Seeking (Klonsky, 2007)

BFRBs

Niedrigeres Bewusstseinslevel (Pacan et al., 2014)

Emotionale Trigger:

- „Alltagsemotionen“, Alltagsstress, Langeweile, Ängstlichkeit (Nederkoorn et al., 2016)

Motive/Funktionalität:

- Emotionsregulation (z.B. Unruhe, Ängstlichkeit, Anspannung)
- Selbst-Stimulation (z.B. gegen Langeweile)(Houazene et al., 2020)

03.03.2026

KDS

Exzessive Eingenommenheit von wahrgenommenen Makeln der Haut

Motive/Funktionalität

- Verbesserung/Veränderung des Aussehens (Veale et al., 2016)

NSSI & BFRBS & KDS

- Differentialdiagnostik erfordert sorgfältige Anamnese inkl. längerfristige Symptombeobachtung und Analyse von externalen und internalen Auslösereizen sowie visuellen Wahrnehmungsprozessen und deren Verarbeitung (inkl. Motive und Intentionen, Kognitionen etc.).

KDS

Therapeutische Empfehlung

KVT + SSRI (Goldstandard)

NSSI

Therapeutische Empfehlung

DBT, KVT, ggf. atypische Neuroleptika (e.g. Aripiprazol), ggf. Naltrexon, SSRI

BFRBs

Therapeutische Empfehlung

Relativ wenig empirische Evidenz, KVT, COMB, HRT, HRT + ACT, Hypnotherapeutische Interventionen..

Orientierung an den NICE-Guidelines

- Spezifische Behandlungsbausteine notwendig
- CBT mit ERP als 1.line-Treatment
- Bei schwerer KDS pot. inkl. SSRIs (Fluoxetin), min. 12 Monate bei Ansprechen auf Medikation
- Keine Empfehlung für Antipsychotika als Monotherapie, ggf. eher SSRI + Buspiron

- **KVT**: Wirksamkeit gilt mittlerweile als erwiesen und am Besten gesichert. MA ergibt sehr große Effekte von 1.78 (Williams et al., 2006, Harrison et al., 2016). Verbesserung der KDS-Kernsymptomatik wie auch z.B. Depressivität
- EMDR: Könnte eine hilfreiche Methode sein. Erste Studien deuten auf gute Effekte hin. (z.B. Brown et al., 1997): sechs von sieben behandelten Personen waren nach der Behandlung symptomfrei.
- Erste Hinweise für wirkungsvollen Einsatz von **Imagery Rescripting Techniques** im Rahmen von KVT (z.B. Ritter & Stangier, 2016)
- Psychodynamisch orientierte Therapieverfahren: Bislang nur Einzelfallbeschreibungen mit uneinheitlichen Ergebnissen.
- Als eher kontraindiziert gelten: plastische Operationen, dermatologische, zahnärztliche Behandlungen sowie die Behandlung mit Lifestyle-Medikamente.

- **SSRI:** mittlerweile durch eine Reihe von Studien belegt, Erfolgsraten zwischen 53 und 73%. Effektstärke .94 (Williams et al., 2006)
- Antipsychotika: bislang fehlen wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise (obwohl sie besonders oft verordnet werden!).
 - Für die Monotherapie bzgl. der KDS-Symptomatik nicht geeignet.
 - Pat. mit fehlender Einsicht profitieren ebenfalls von SSRI's.
 - Ggf. im Rahmen von Augmentierung
- Schwierigkeiten in der Behandlung mit SSRI
 - > Dosishöhe:
 - Die durchschnittliche Dosis liegt deutlich höher als bei der Depressionsbehandlung (Philipps, 2005; Philipps & Hollander, 2008).
 - z.B. Citalopram $\bar{\emptyset}$ Dosis = 66mg (SD 36mg),
 - Fluoxetin $\bar{\emptyset}$ Dosis = 67mg (SD 24mg)
 - > Behandlungsdauer:
 - Wirkung erst nach 8-12 Wochen (Philipps, 2002, 2005)

Störungsmodell (Veale & Neziroglu, 2010)

D. Veale / Body Image 1 (2004) 113–125

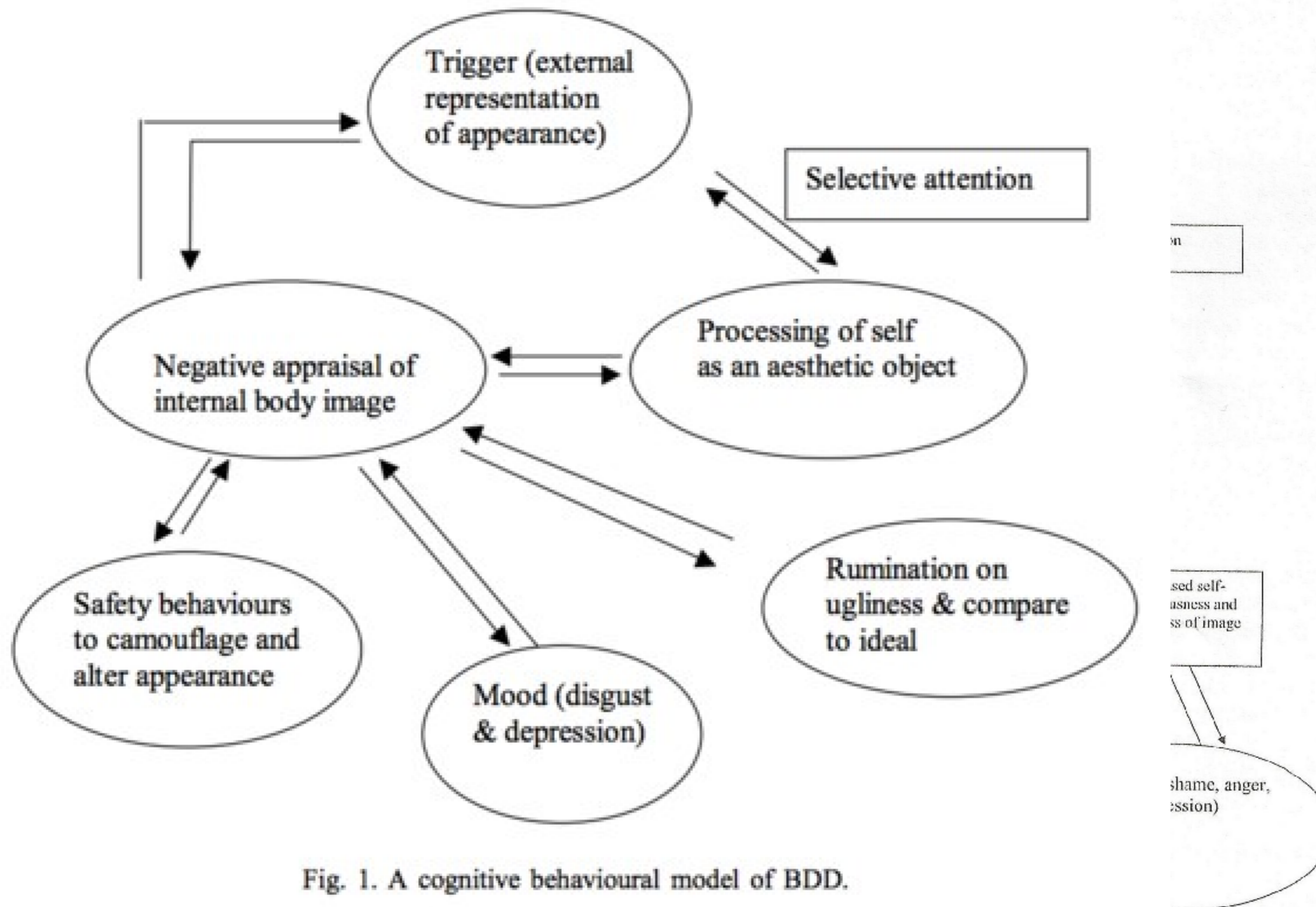


Fig. 1. A cognitive behavioural model of BDD.

Patientenbeispiele

Einige Bsp. für PatientInnen:

- Parfümerieverkäuferin, 36 Jahre alt. Makel: Gesicht: Form, Haut. Bis zu 800 Euro im Monat Ausgaben für Kosmetik. Hohes Rückversicherungsverhalten, Störung des Interaktionsverhaltens
- Einzelhandelskauffrau, 29 Jahre alt. Makel: Brust, Bauch. Massive Abwertung und schädlicher Umgang mit dem eigenen Körper (Restriktives Essen, exzessiver Sport, Essattacken), Selbstbestrafung
- Schüler, 20 Jahre alt. Makel: Haut, Akne, Haare. Starker sozialer Rückzug und begleitende Soziale Phobie und depressive Symptomatik
- Friseurin, 54 Jahre alt. Makel: Haare. Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten und ritualisiertes Pflegeverhalten. Intaktes soziales Umfeld.

Therapeutische Ansätze

- **Wahrnehmungstraining/Aufmerksamkeitstraining**
 - Fehlbewertungen korrigieren/achtsames Beschreiben
 - Den ganzen Körper wahrnehmen
- **Abbau von Sicherheits-Kontroll Vermeidungs- und selbstschädigendem Verhalten** (ggf. Habit Reversal-Training; Skills-Training)
- **Exposition in vivo/Verhaltensexperimente**
- **Kognitive Therapie** dysfunktionaler, kognitiver Prozesse und selbstabwertender Kognitionen
- **Erarbeitung alternativer Selbstwertquellen**

Bislang als zentral hat sich erwiesen:

- Aufbau einer sicheren therapeutischen Beziehung, im Rahmen derer Schamgefühle thematisiert und bearbeitet werden können.
- Arbeit an einem gemeinsamen Störungsverständnis
 - > Warum ist der Stellenwert des Aussehens so hoch?
 - > Welche dysfunktionalen Prozesse halten die Beschwerden aufrecht?
- Ableitung der therapeutischen Methoden basierend auf dem gemeinsam erarbeiteten Therapierational

Therapiegrundlagen

Eine sinnvolle Therapie der KDS:

- ist symptomorientiert
- behandelt die Funktionalitäten

Intrapsychische
Funktionalitäten
Gefühlsregulation
Verbesserung des
Selbstwertgefühls
Ablenkung von Problemen
Schutz vor depressiver
Entwicklung

Interaktionelle
Funktionalitäten
Perfektionismus/Schutz-
funktion
Regulierung von Nähe
und Distanz

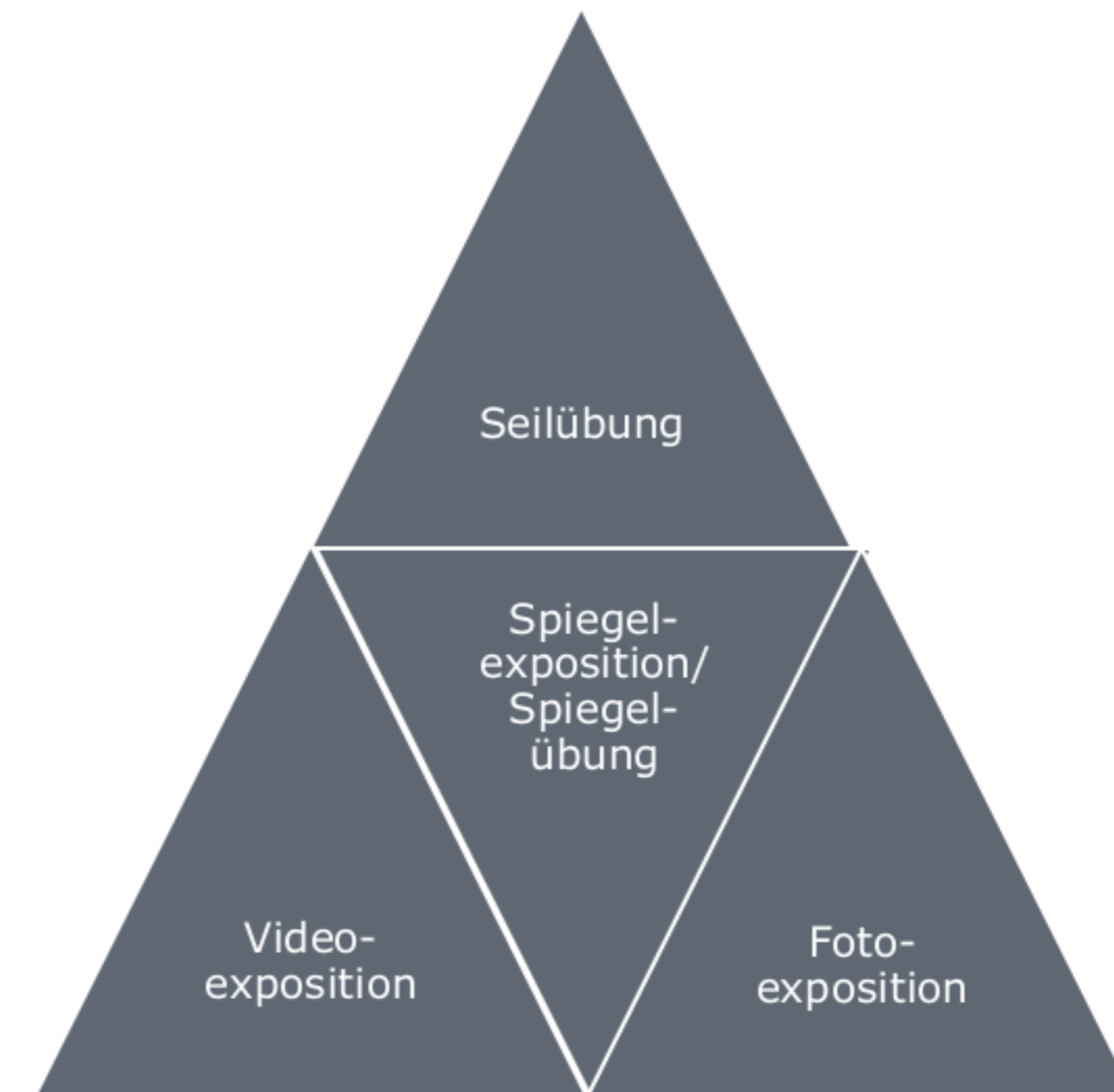
Verhalten verändern

- Konstruktiverer Umgang mit unangenehmen Gefühlen/Erweiterung des sozialen Radius/ **Verzicht auf Sicherheitsverhaltensweisen**
- Verzicht auf **Manipulationsverhalten bzw. selbstverletzendes Verhalten**
 - Ggf. **Habit Reversal Technique**
 - Bewusstmachen des Problemverhaltens
 - Aufbau von Veränderungsmotivation
 - Competing Response Training
 - Generalisierungstraining
 - Ggf. Skills-Training bei stark selbstschädigendem Verhalten und starken Anspannungszuständen

- **Expositionstherapie** mit Reaktionsverhinderung/
Verhaltensexperimente
 - Wirkmechanismus: weniger Habituation, mehr soziales Umlernen/neue Erfahrungen machen/Hypothesen überprüfen
 - Trennen von Angst- und Schamemotion wichtig
 - Eher graduiertes Vorgehen indiziert
 - Übungen z.T. ähnlich denen in der Sozial Phobie Therapie (inkl. Variation von Selbstaufmerksamkeit)

Körperwahrnehmung

- weg vom imaginierten Makel, **ganzheitlichere Wahrnehmung** (z.B. ganzen Körper im Spiegel betrachten, konstruktive Entfernung vom Spiegel)
- Lenkung der **Aufmerksamkeit nach Außen, Trennung vom internalen Image** (Äußere Achtsamkeit : z.B. Sehen/Hören/Riechen/Spüren kann)
- Methoden zur Veränderung/ Korrektur der Wahrnehmungsverzerrungen:



Fotoübung

- Patient zeichnet sein Gesicht aus dem Gedächtnis auf Klarsichtfolie o.ä.
- danach wird Zeichnung über ein zu größennormiertes Foto gelegt.
- Vergleich der „beiden Fotos“
- Therapeutische Nachbesprechung
- Jedoch eignen sich häufig Fotos prima als Expositionsmaterial
- Jedoch ist hier bei Pat. die viel Checkingverhalten zeigen, Vorsicht geboten und therapeutische Begleitung essentiell.





Videoexposition

- Gut als Vorstufe zur Spiegelexposition: durch veränderte Größenrelation kann sich Patient leichter von seinem Aussehen distanzieren und damit objektiver einschätzen.

Therapie:

- Zunächst kurzen Film drehen (5-10 Minuten).
- Erst der ganze Körper aus verschiedenen Perspektiven, danach wird auf einzelne Körperteile fokussiert.
- Erst die makelbehafteten Teile (um Expositionszeit hinaus zu ziehen), dann neutrale, zum Schluss positive.
- Jedes Körperteil neutral und wertfrei beschreiben.

„Spiegelexposition“

- Wird meistens als intensiver und belastender wahrgenommen, als Videoexposition.

Therapie:

- Makel soll gut sichtbar sein! Achtung: Vermeidung!
- Zunächst Reihenfolge der Körperteile festlegen, erst die makelbehafteten Teile (um Expositionszeit und mgl. Habituation zu verlängern), dann neutrale, zum Schluss positive.
- Jedes Körperteil neutral und wertfrei beschreiben (sensu Achtsamkeit).
- Falls belastende frühe Erinnerungen auftauchen: diese bearbeiten bzw. nachbesprechen.
- Veale et al. (1996) empfehlen mindestens 5 Durchgänge



- **Ziel:**

- Veränderung des negativen Körperbilds
- Veränderung von negativen assoziierten Kognitionen von „Was ich sehe, bin ich“ zu „Was ich sehe, ist ein Bild von mir“.

- **Vorbereitung:**

- Beziehungsaufbau
- Achtsamkeitstraining. Wertfreies Beschreiben üben (mitunter zuerst an anderen Personen)

- **Durchführung:**

- Ausreichend großer Spiegel
- Fokus auf Spiegelbild und nicht auf „inneres Bild“
- „Nicht hängen bleiben“, zügig Körper beschreiben
- Vorsicht vor Perfektionismus!

- **Nachbereitung:**

- Zusammenfassen lassen. Was habe ich gelernt? Welche neuen Erfahrungen konnte ich machen?
- Loben, Validieren, Anleiten zur Selbstbelohnung

- **Task Concentration Training** (Bögels, 2006)
- 3 Phasen
- Einsicht in die Rolle von hoher Selbstaufmerksamkeit
- Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach außen in unkritischen Situationen
- Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach außen in kritischen Situationen
- Verwendung von Sprech- und Zuhörübungen

- **Detached Mindfulness** (Wells, 2005)
- Rosa Kaninchen –Paradigma
- Verkehr-Analogie

- **Aufmerksamkeits-Training** (Wells, 2009)
- Training der Variation der Aufmerksamkeitslenkung
- Weitere Methoden
- Achtsamkeitsübungen (äußere Achtsamkeit)
- 5-4-3-2-1 Übung

Spiegel-Training

- leichte Entfernung, möglichst viel von (Ober-)Körper sichtbar
- Aufmerksamkeit gezielt Spiegelreflexionen und nicht inneres Erleben
- Spiegel nur für bestimmte Tätigkeiten (Schminken, Rasieren etc.) benutzen
- Verschiedene Spiegel bei unterschiedlichem Licht benutzen
- Keine Vergrößerungsspiegel sowie andere reflektierende Gegenstände (z.B. CDs) benutzen
- Achtsames Beschreiben des Spiegelbildes
- Keine Verwendung zur Rückversicherung



Beispiele für KDS-spezifische Kognitionen

- Wenn sich mein Körperteil hässlich anfühlt, dann bedeutet das, dass es so ist.
- Wenn mein Körperteil nicht schön ist, ist es hässlich.
- Wenn ich besser aussehen würde, wäre mein Leben besser.
- Glück bedeutet, gut auszusehen.
- Aussehen ist alles.
- Ich will nicht atemberaubend schön sein, sondern nur mit anderen Menschen mithalten können.
- Mein Aussehen muss perfekt sein.
- Ich muss mit meinem Aussehen zufrieden sein bevor ich etwas anderes anfrage.
- Ich kann mit meinem Aussehen nie ganz zufrieden sein. (VEALE & NEZIROGLU, 2010)

Kognitive Therapie

- Automatisch negative Kognitionen und Denkfehler sind typische kognitive Muster für Menschen mit KDS

Denkfehler	
Übergeneralisieren	Selektive Abstraktion
Gedankenlesen	Schwarz-Weiß-Denken
Wahrsagen	Unerfüllbare Annahmen
Katastrophisieren	Sollte-Sätze
Personalisierung	Emotional Reasoning

- Veränderung verzerrter Denkschemata, unrealistischer Gedanken, Denkfehler
 - z.B. „Ich bin nur etwas wert, wenn ich gut aussehe!“
 - Überprüfung des Gedanken und ggf. Modifikation
 - Veränderung der Wichtigkeit/ Gewichtung von Äußerlichkeiten
 - Sich Fehler erlauben lernen
 - Techniken zur Veränderung von Grübeln
 - Metakognitive Ansätze
 - Pfeil abwärts-Technik, Sokratischer Dialog etc.

- Basis-Methoden: Monitoring negativer Gedanken, Spalten-Technik, ABC-Schema

Rückfallmanagement

- Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von inneren und äußeren Belastungen und der Beschäftigung mit dem Aussehen nochmal verdeutlichen.
- Führen von Wochenprotokollen
- Konstruktives und zielorientiertes Problemlösen hat Einfluss auf Befindlichkeit.
- „High risks“ für persönliche Rückfallsituationen erarbeiten und antizipatorisch vorweg nehmen.
- Warnsignale und Notfallpläne bei ihrem Auftrete
- Bahnung für ambulante Therapie ist zentral
- Einbau und Information von Angehörigen



Fazit

- z.T. hoch komorbid erkrankte Patienten
- Patienten mit hohem Leidensdruck!
- Traumatische Erfahrungen sowie stark somatisch orientiertes Störungsverständnis erschweren die Behandlung
- Häufige Rückfälle und z.T. ambivalente Veränderungsmotivation
- Patienten sprechen auf Behandlung meist gut an. Deutliche Reduktion von selbstschädigendem Verhalten und Ausbau der sozialen Aktivitäten und Kontakte
- Compliance für Expositionsübungen ist nach guter Vorbereitung gegeben.
- Stationäres Setting erscheint notwendig und sehr sinnvoll!
- Gutes Monitoring von Risikoverhalten und Suizidalität ist extrem wichtig.

- Brunhoeber, S. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Brunhoeber, S. (2013). *Keine Angst vor dem Spiegel: Der Weg zur Körperakzeptanz*. Stillwasser.
- Phillips, K.A. (2005). *The broken mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. Revised and Expanded Edition*. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K.A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder. An Essential Guide*. New York: Oxford University Press.
- Ritter, V. & Stangier, U. (2010). *Wenn das Spiegelbild zur Qual wird. Ein Ratgeber zur Körperdysmorphen Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U. (2002). *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung. Fortschritte der Psychotherapie: Manuale für die Praxis, 15*. Göttingen: Hogrefe.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder. A treatment manual*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Wilhelm, S., Philipps, K.A. & Steketee, G. (2013). *CBT for Body Dysmorphic Disorder*. New York: The Guilford Press.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!