



Stefan Brunhoeber

Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung

Ein Therapiemanual



HOGREFE



Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung

Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung

Ein Therapiemanual

von

Stefan Brunhoeber

unter Mitarbeit von

Melanie Brunhoeber

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dipl.-Psych. Stefan Brunhoeber, geb. 1974. 1997–2003 Studium der Psychologie in Trier. 2004–2008 Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bei der DGVT in Bonn. 2004–2006 psychotherapeutische Tätigkeit in den Rheinischen Landeskliniken Bonn. 2005–2007 ehrenamtliche Beratung von Betroffenen im Internetforum www.dysmorphophobie.de. Seit 2007 Aufbau des Behandlungsschwerpunkts „Körperdysmorphie Störung“ am Klinikum Staffelstein.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2009 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Gesamtherstellung: Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2213-5

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Danksagung	9
Kapitel 1: Beschreibung der Störung	11
1.1 Historie der Körperdysmorphen Störung (KDS)	11
1.2 Diagnostische Kriterien	12
1.3 Unterformen der Körperdysmorphen Störung	13
Kapitel 2: Klinische Symptomatik	16
2.1 Von Sorgen betroffene Körperteile	18
2.2 Gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen	19
2.3 Sicherheitsverhaltensweisen	20
2.3.1 Kontrollieren	22
2.3.2 Kaschieren	29
2.3.3 Manipulieren	33
2.3.4 Vermeiden	35
2.4 Aufsuchen und Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe	38
2.5 Psychosoziale Auswirkungen	41
2.6 KDS-spezifische Emotionen	45
Kapitel 3: Epidemiologie	49
Kapitel 4: Verlauf und Prognose	51
Kapitel 5: Differenzialdiagnose und Komorbidität	53
5.1 Zwangsstörung	53
5.2 Soziale Phobie	54
5.3 Depression	55
5.4 Essstörung	56
5.5 Hypochondrische Störung	57
5.6 Schizophrenie	57
5.7 Wahnhafte Störung: Die wahnhafte und nicht wahnhafte Form der Körperdysmorphen Störung	58
5.8 Persönlichkeitsstörungen	62
Kapitel 6: Diagnostische Untersuchungsinstrumente	64
6.1 Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDDDM)	64
6.2 Body Dysmorphic Disorder Modification of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD-YBOCS)	64
6.3 Körperdysmorpher Störungsfragebogen (KDS-F)	64
6.4 Schwierigkeiten bei der Diagnostik der KDS	65

Kapitel 7: Störungstheorien und Erklärungsmodelle	66
7.1 Genetische und neurobiologische Hypothesen	66
7.2 Psychologische Erklärungsansätze	68
7.2.1 Familiäre Einflüsse	68
7.2.2 Hänseleien	69
7.2.3 Missbrauch	69
7.2.4 Medien- und Kultureinflüsse	70
7.2.5 Sonstige Lernerfahrungen	71
7.2.6 Psychodynamische Erklärungsansätze	72
7.2.7 Kognitiv-behaviorale Erklärungsansätze	73
7.2.8 Vergleichende Modellbetrachtung und Darstellung eines integrativen Störungsmodells	74
 Kapitel 8: Behandlung	 77
8.1 Pharmakologische Behandlung	77
8.2 Sonstige psychiatrische Behandlungsansätze	80
8.3 Nicht psychiatrische medizinische Behandlungsformen	80
8.4 Psychologische Behandlungsansätze	82
8.4.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	82
8.4.2 Psychodynamisch orientierte Therapieverfahren	83
 Kapitel 9: Kognitive Verhaltenstherapie	 85
9.1 Erstkontakt und therapeutische Beziehung	86
9.2 Feststellung der Veränderungsmotivation	89
9.3 Strategien zum Aufbau von Veränderungsmotivation	90
9.3.1 Problembeschreibung	91
9.3.2 Psychoedukation	91
9.4 Entwicklung eines individuellen Störungsmodells	98
9.5 Funktionale Aspekte der KDS	101
9.5.1 Intrapsychische Funktionalitäten	102
9.5.2 Interaktionelle Funktionalitäten	104
9.6 Veränderung des negativen Körperbildes	111
9.6.1 Therapieelemente zur Veränderung der Wahrnehmung	111
9.6.2 Therapieelemente zur Veränderung des Verhaltens	116
9.6.2.1 Schwäche zeigen – stark werden	117
9.6.2.2 Sich abgrenzen und sich zur Wehr setzen	121
9.6.2.3 Exposition in vivo	121
9.6.2.4 Veränderung körperbildbezogener Angewohnheiten	123
9.6.3 Therapieelemente zur Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und Grundannahmen	127
9.6.3.1 Negative automatische Gedanken	128
9.6.3.2 Bedingte Annahmen und Schemata	130
9.6.3.3 Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen	131
9.6.3.4 Modifikation interner Standards	133
9.6.4 Therapieelemente zur Veränderung von Schamgefühlen	135
9.7 Bearbeitung der hinter der KDS-Symptomatik stehenden Probleme	141
9.8 Umgang mit Rückfällen	141
 Literatur	 143

Anhang	153
Arbeitsblatt 1: KDS-F	155
Arbeitsblatt 2: Liste der Sicherheitsverhaltensweisen	159
Arbeitsblatt 3: Makelliste	161
Arbeitsblatt 4: Liste dysfunktionaler Schemata	164
Arbeitsblatt 5: Wochenprotokoll	166
Arbeitsblatt 6: Die vier Säulen des Selbstwerts (aus Potreck-Rose & Jacob, 2006)	167
Arbeitsblatt 7: Verlaufskurve der aussehensbezogenen Sorgen	168
Arbeitsblatt 8: Wichtige Erfahrungen, die ich im Zusammenhang mit meinem Aussehen gemacht habe	169
Arbeitsblatt 9: Auslösende Situationen und Gefühle	170
Arbeitsblatt 10: Beobachtungsprotokoll spezifischer Angewohnheiten	171
Arbeitsblatt 11: Vor- und Nachteile, Gewohnheiten zu ändern	172
Arbeitsblatt 12: Kognitive Verzerrungen/Gedankenfehler	173
Arbeitsblatt 13: Identifikation von frühen Schamerfahrungen	175

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien von Materialien, die im Anhang des Buches abgedruckt sind. Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Dies ist das erste Buch in deutscher Sprache, das sich ausschließlich und eingehend mit dem Störungsbild der Körperdysmorphen Störung (KDS) beschäftigt. Aus diesem Grund ist es mein Anliegen, die Störung ausführlich darzustellen, um einen möglichst guten Überblick über das immer noch recht unbekanntes Störungsbild zu vermitteln.

Der Inhalt dieses Buches gründet sich auf meine mehr als fünfjährige intensive Beschäftigung mit der Phänomenologie und der Behandlung der KDS sowie den größten Teil der bis heute publizierten wissenschaftlichen Schriften zu diesem Thema. Während meiner zweijährigen ehrenamtlichen Tätigkeit in dem bislang einzigen deutschsprachigen Forum zur KDS (www.dysmorphophobie.de) hatte ich die Möglichkeit, eine umfangreiche Fragebogenstudie an insgesamt 414 KDS-Betroffenen durchzuführen. Zahlreiche Ergebnisse der Studie, die bislang keine Veröffentlichung gefunden haben, sind in dieses Buch mit eingearbeitet (im Buch als „eigene, bislang unveröffentlichte Daten“ gekennzeichnet).

Die Fragebogenstudie bestand aus einem 193 Items langen Fragebogen, der von den Forenusern über das Internet ausgefüllt wurde. Da keine klinische Diagnostik vorgenommen werden konnte, wurde zur Validitätssicherung der Körperdysmorphie Störungsfragebogen (KDS-F) (siehe hierzu auch Kapitel 6; Brunhoeber & Maes, 2007) als Screeninginstrument eingesetzt. In die Studie wurden nur Teilnehmer aufgenommen, die in einer der beiden Skalen über dem entsprechenden Cut-off-Wert lagen. Bei einer Trefferquote von 95 % bei gemeinsamem Einsatz beider Skalen erscheint die Validität der Daten vor dem Hintergrund der Probandenselektion durch das themenspezifische Forum als befriedigend. Der Fragebogen wurde von 341 Probanden mit allen 193 Items vollständig und von weiteren 73 teilweise ausgefüllt. Es wurden nur Probanden in die Studie aufgenommen, die alle Fragen des KDS-F ausgefüllt hat-

ten. 34,2 % der Studienteilnehmer waren Männer, 65,8 % Frauen. Die jüngste Studienteilnehmerin war 12 und die älteste 59 Jahre alt (Durchschnittsalter 24,0 Jahre).

Der verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz, der im Kapitel 9 dargestellt ist, beruht auf meiner klinischen Erfahrung und hat sich bei zahlreichen KDS-Patienten als äußerst effektiv erwiesen. Studien zum Nachweis der Wirksamkeit laufen aktuell am Klinikum Staffelstein. Die bisherigen Therapieergebnisse bestätigen die gute Wirksamkeit des hier beschriebenen therapeutischen Vorgehens. Bei rund 90 % der bislang behandelten Patienten konnte in einem Behandlungszeitraum von durchschnittlich sieben bis acht Wochen eine weitgehende oder vollständige Remission der KDS-Symptomatik erzielt werden.

Viele der aufgeführten Behandlungselemente wurden von mir selber entwickelt, andere wurden wiederum aus bereits bestehenden Behandlungsstrategien anderer Störungen auf die Behandlung der KDS adaptiert. Im Zuge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse bei der immer noch recht schlecht erforschten KDS werden die hier dargestellten Behandlungsansätze in Zukunft weiter ergänzt und optimiert werden. Derzeit jedoch bietet die vorgestellte Behandlungsstrategie den meines Erachtens besten Therapieansatz zur Behandlung einer KDS.

Danksagung

Ich danke von ganzem Herzen meiner Frau Dipl.-Psych. Melanie Brunhoeber für ihre wertvolle und kompetente Mitarbeit. Ein weiterer herzlicher Dank gilt Frau Dipl.-Psych. Stephanie Volmer und Herrn Dipl.-Psych. Volker Teichmann für die fachkundige Unterstützung bei der Überarbeitung dieses Buches.

Staffelstein, August 2008 Stefan Brunhoeber

Kapitel 1

Beschreibung der Störung

Wer kann schon von sich behaupten, makellos schön zu sein? Nach einer Umfrage der Zeitschrift *Psychology Today* (Garner, 1997) sind lediglich 18 % der Männer und 7 % der Frauen rundum zufrieden mit ihrem Aussehen und unternehmen nur wenig, um ihr Erscheinungsbild zu verbessern. Die große Mehrheit der Bevölkerung dagegen versucht auf vielfältigste Weise das eigene Aussehen zu verbessern, und das aus gutem Grund: Verschiedene Studien konnten zeigen, dass attraktive Menschen sowohl partnerschaftlich, gesellschaftlich als auch beruflich bessere Chancen im Leben haben (z. B. Reis et al., 1982; Vagt, 1994; Chlifford & Walster, 1973; Efran, 1974; Dion, 1972; Dion & Berscheid, 1974).

Auch neuere Studien bestätigen die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung des Aussehens. In der Dove-Studie (2006) wurden weltweit 3.300 Mädchen und Frauen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren zu ihrem Aussehen befragt. Rund 92 % der Studienteilnehmerinnen gaben an, zumindest einen Aspekt an ihrem Aussehen verändern zu wollen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten. Neben dem Gewicht und der Form ihres Körpers waren die Befragten vor allem mit ihrer Körpergröße, ihren Haaren, ihrer Haut sowie ihrem Gesicht unzufrieden. Jede vierte Frau zieht nach dieser Studie zur Verbesserung des eigenen Aussehens sogar Schönheitsoperationen in Betracht. Als besonders alarmierend sind jedoch die alltäglicheren Folgen dieses Schönheitskults, wie z. B. ein geringeres Selbstwertgefühl, zu bewerten. Rund 70 % der befragten Mädchen gaben an, bestimmte Aktivitäten zu meiden (z. B. in die Schule gehen, die eigene Meinung äußern), wenn sie aktuell mit ihrem Aussehen unzufrieden seien. 13 % der befragten Mädchen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren erfüllten die Kriterien für eine Essstörung.

Die Ergebnisse der Dove-Studie zeigen deutlich, welchen Stellenwert das eigene Aussehen heute einnimmt. Neben Essstörungen wie Anorexie und Bulimie, die eng mit dem Streben nach einem schlanken und wohlgeformten Körper verbunden sind, findet in den letzten Jahren eine weitere

psychische Störung immer mehr Beachtung: Die Körperdysmorphie Störung (KDS), auch unter dem Namen Dymorphophobie bekannt. Diese bezeichnet ein subjektives Gefühl der Hässlichkeit oder der körperlichen Missgestaltung trotz normalen Aussehens. Die betroffenen Personen haben die Überzeugung, von anderen Personen in gleicher Weise als deformiert wahrgenommen zu werden. Anders als bei den Essstörungen bezieht sich die Sorge bei dieser Erkrankung nicht in erster Linie auf das Gewicht bzw. die Figur, sondern auf alle möglichen Aspekte des Körpers, vor allem aber auf das Gesicht. Betroffen von einer überkritischen Betrachtung sind Nase, Mund, Wangen, Kinn, Lippen, Zunge, Zähne, Kiefer und Ohren sowie die Haare, insbesondere die Gesichtsbehaarung und der Bartwuchs. Auf den weiteren Körper bezogen sind es insbesondere die Größe und das Gewicht, Hände und Beine, Genitalien, Gesäß, Bauch, Schultern und Hüften. Die Störung beginnt meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter und ist gekennzeichnet durch eine starke Beschäftigung mit den ungeliebten und als unansehnlich bewerteten Körperteilen, die das permanente Überprüfen der „Entstellung“, ein extremes Pflegeverhalten sowie einen häufigen Wechsel zwischen intensivem Prüfverhalten und totaler Vermeidung des eigenen Anblicks umfasst. Bei der KDS handelt es sich um eine weitverbreitete Störung, von der beide Geschlechter in etwa gleich betroffen sind und welche unbehandelt in der Regel chronisch verläuft (Morschitzky, 2000; Stangier, 2002; Stangier & Hungerbühler, 2001).

1.1 Historie der Körperdysmorphen Störung (KDS)

Erstmals wurde die KDS 1886 von dem italienischen Psychiater Morselli unter dem Begriff „Dymorphophobie“ erwähnt (Morselli, 1886). Der Begriff Dymorphophobie ist aus dem Altgriechischen (*dys* = schlecht, *morphé* = Gestalt, äußere Erscheinung, *phóbos* = Furcht, Angst) abgeleitet und bedeutet übersetzt so viel wie Missgestaltungsangst.

1903 berichtete Janet über Personen mit „l’obsession des la honte du corps“ (Besessenheit von körperbezogener Scham), und Kraeplin beschrieb 1909 ein dysmorphophobisches Syndrom, welches er als eine zwanghafte Neurose klassifizierte. Freud (1918) schilderte den Fall eines Wolfsmannes, der von seiner Nase so besessen war, dass er darüber alles andere vergaß. Er bezeichnete dieses Phänomen als „hypochondrische Paranoia“. Jahrreiss (1930) beschrieb in seiner Monographie über hypochondrische Denkstrukturen das dysmorphophobische Syndrom als „Schönheits-hypochondrie“.

In den 1960er Jahren fand die Symptomatik der Dysmorphophobie erstmals auch im Bereich der Dermatologie bzw. der kosmetischen Chirurgie Beachtung (Edgerton, Jacobson & Meyer, 1960; Knorr, Edgerton & Hoopes, 1967). Die Patienten fielen dadurch auf, dass sie multiple Operationen und Behandlungen zur Korrektur eines nicht vorhandenen oder aber minimalen Makels anstrebten. Trotz guter Behandlungsergebnisse waren viele der Patienten unzufrieden mit den Resultaten der Eingriffe (Edgerton et al., 1960).

In den diagnostischen Klassifikationssystemen tauchte die KDS erstmals 1980 im DSM-III auf und wurde dort als ein Beispiel für eine atypische Somatoforme Störung aufgeführt (American Psychiatric Association, 1980). 1987 wurde die Körperdysmorphie Störung im DSM-III-R zu einer separaten diagnostischen Entität (American Psychiatric Association, 1987), wobei eine wahnhaftige und eine nicht wahnhaftige Ausprägung unterschieden wurden. Mit der Veröffentlichung des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wurde diese strikte Trennung revidiert, so dass seitdem bei einer wahnhaften Ausprägung der KDS eine Doppeldiagnose von wahnhafter Störung und KDS vergeben wird. Im internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen (ICD) wird die KDS bislang unter den hypochondrischen Störungen (F45.21) subklassifiziert, die wahnhaftige Variante hingegen unter den sonstigen anhaltenden wahnhaften Störungen (F22.8) (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993).

1.2 Diagnostische Kriterien

Bis heute wird darüber diskutiert, ob es sich bei der KDS um ein eigenständiges Syndrom handelt oder vielmehr als Vorläufer oder Symptom ande-

rer Störungen zu sehen ist (Stangier & Hungerbühler; 2001, Morschitzky, 2000). Im ICD-10 wird die hypochondrische Störung wie folgt beschrieben:

Hypochondrische Störung nach ICD-10:

A: Entweder 1. oder 2.:

1. Eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung, an höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (von denen mindestens eine speziell von den Patienten benannt sein muss) zu leiden.
2. Anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobe Störung).

B: Die ständige Sorge um diese Überzeugung und um die Symptome verursacht andauerndes Leiden oder eine Störung des alltäglichen Lebens und veranlasst die Patienten, um medizinische Behandlungen oder Untersuchungen (oder entsprechende Hilfe von Laienheilern) nachzusuchen.

C: Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome bzw. Entstellungen vorliegt. Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung.

D: Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F20–F29), insbesondere F22 oder einer affektiven Störung (F30–F39) auf.

Im DSM-IV wird dieselbe Symptomatik unter der Bezeichnung „Körperdysmorphie Störung“ (früher Dysmorphophobie) bei 300.7 unter den somatoformen Störungen klassifiziert. Sie wird hier als eigenständige nicht wahnhaftige somatoforme Störung aufgefasst.

Diagnostische Kriterien des DSM-IV:

Kriterium A: Es besteht eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung. Bei einer eventuell vorhandenen leichten Anomalie ist die Besorgnis stark übertrieben.

Kriterium B: Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leidenszustände oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Kriterium C: Die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung (z. B. Unzufriedenheit mit dem Körper bei Anorexia Nervosa) besser erklärt.

Im weiteren Teil dieses Buches finden die Kriterien des DSM-IV Anwendung, da sie aus klinischer und wissenschaftlicher Sicht denen des ICD-10 überlegen sind.

1.3 Unterformen der Körperdysmorphen Störung

In der westlichen Welt vermutet man zwei Unterformen der KDS, zum einen die weit verbreitete Muskeldysmorphophobie, und zum anderen die weniger verbreitete Stellvertretende Körperdysmorphie Störung. Im asiatischen und afrikanischen Raum sind zwei weitere Störungen beschrieben worden, die eine nahe Verwandtschaft zur KDS vermuten lassen. Dabei handelt es sich um die Koro-Krankheit sowie um die in Japan vorkommende Taijin Kyofusho-Krankheit.

Muskeldysmorphophobie

In den letzten Jahren wird immer häufiger über eine Unterform der KDS berichtet, die fast ausschließlich bei Männern aufzutreten scheint. Die Betroffenen sorgen sich nicht speziell um ein bestimmtes Körperteil, wie es für die KDS typisch ist, sondern befürchten, dass ihr Körper an sich zu klein oder zu wenig muskulös sein könnte. In der Fachliteratur wird diese Symptomatik als Muskeldysmorphophobie bezeichnet (Choi, Pope & Olivardia, 2002; Pope, Katz & Hudson, 1993; Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Leit, Gray & Pope, 2002). Um ihren Makel zu beheben, versuchen die Betroffenen durch stundenlanges, intensives Gewichtstraining, ihren Körper in eine bessere Form zu bringen. Sie verwenden oft viel Zeit und Geld darauf, muskelaufbauförderliche Nahrung zu sich zu nehmen. Neben Nahrungsergänzungsmitteln werden auch Anabolika eingesetzt, um die vermeintlich „mickrigen“ Muskeln noch weiter aufzubauen (Choi,

Pope & Olivardia, 2002). Ebenso wie bei der KDS versuchen die Betroffenen, sozialen Situationen aus dem Weg zu gehen, in denen ihr Makel, ein „kleiner und schwacher“ Körper, für andere sichtbar sein könnte. Ist dies nicht möglich, versuchen sie ihren Körper unter dicker Kleidung, die sie beispielsweise auch an warmen Sommertagen tragen, vor den Blicken anderer zu verstecken. Pope et al. (1993) geben an, dass diese Männer alles andere als klein und schwächlich seien, sondern vielmehr groß und muskulös. Pope et al. (1997) schlagen die im Kasten aufgeführten Definitionskriterien für eine Muskeldysmorphophobie vor.

Definitionskriterien einer Muskeldysmorphophobie (nach Pope et al., 1997)

1. Die Person ist in ständiger Sorge, dass der eigene Körper nicht stark oder muskulös genug sein könnte. Typische Verhaltensweisen sind ein ausgedehntes Training mit Gewichten und strenges Einhalten spezieller Diäten.
2. Die ständige Sorge verursacht bedeutsame Leidenszustände oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Mindestens zwei der nachfolgenden vier Kriterien müssen dabei erfüllt sein:
 - a) Die ständige Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen, das Durchführen von Trainingseinheiten sowie das Diätverhalten führen dazu, dass die Person wichtige berufliche, soziale oder andere Aktivitäten vernachlässigt.
 - b) Die Person vermeidet es, den eigenen Körper in der Öffentlichkeit zu zeigen, ist dies jedoch nicht möglich, treten starke Angstgefühle und Verzweiflung auf.
 - c) Die ständige Sorge über die eigene Statur oder den Umfang an Muskeln verursacht bedeutsame Leidenszustände oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 - d) Potenziell schädliche physische oder psychische Konsequenzen halten die Person trotz besseren Wissen nicht davon ab, das Training, Diätverhalten oder die Einnahme leistungssteigernder Mittel weiter fortzuführen.
3. Im Gegensatz zu Anorexia nervosa, bei der die Betroffenen Angst vor Übergewicht haben und der Körperdysmorphen Störung,