

Ich mag mich – Ich mag mich nicht

Der Kampf um das Selbst in der Beziehung
bei Körperdysmorphen Störungen

Sabine Schallmayer BA, MpsychSc

sabine.schallmayer@uni-giessen.de

Körperdysmorphie Störung

- **Klassifiziert** unter ICD 10: F45.2
Unterform somatoforme Störung / Hypochondrie
- **Definiert** als anhaltende Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Erscheinung, die von der eigenen Person als abnorm und belastend interpretiert wird

Diagnostische Kriterien

1. Übermäßige Beschäftigung mit imaginiertem Mangel oder Entstellung im äußeren Erscheinungsbild
2. Starker Leidensdruck sowie Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld
3. Ausschluß anderer ursächlicher psychischer Störungen (z.B. Körperschemastörung bei Anorexia Nervosa)

Gekennzeichnet durch

- hohe Diskrepanz zwischen vom Untersucher eingeschätzter Entstellung und vom Patienten erlebter Entstellung (VAS)
- perfektionistisches Idealbild
- gesteigerter Sinn für Ästhetik, Symmetrie, Form

Schweregrad

- Leicht: konservative Therapie (Abdeckung / Lifestylemedikamente)
- Mittelgradig: chemical Peeling, Lasertherapie, Botulinustoxin
- Schwer: invasive Operationen in Narkose, Augmentation, Straffung

Pathogenese

1. Kognitiv-behavioraler Ansatz

- Fehlerhafte Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse bzgl. der eigenen Erscheinung
- Self-Discrepancy Theory (Veale et al. 2003)
- Kontrollrituale (Spiegel), Sicherheitsverhalten, soz. Vermeidung □ Überzeugung, entstellt zu sein durch Fehlen korrigierender Informationen

2. Neurobiologischer Ansatz

KDS zugeordnet zu Zwangsstörungen wegen

- Ähnlichkeiten in Inhalt / Struktur des Denkens und Verhaltens
- Parallelen im Verlauf
- hohe Komorbidität untereinander
- Gehäuftes Auftreten in Familien
- Serotonin-Ungleichgewicht

3. Einfluß moderner Medien

- Medieninduzierte Faktoren durch Engrammierung von dargestellten Schönheitsidealen
- Verzerrung der Realität durch Manipulation
- Lifestyle-Faktoren, Trends (Schönheits-Operationen)

4. Bindungstheorie

- Unsicher-ängstliche Bindung, Mißbrauch, Traumata als Grundlage für Entwicklung (postpartale Depression)
- Sensible Phasen
 - bis 2. Lebensjahr, 6. Lebensjahr, Pubertät
 - Möglicher sozialer Einfluß durch Kindergarten, Schule, Umfeld (Hänselei, Demütigung, Ausschluß) □ frühe Schamgefühle über Selbst

5. Psychodynamischer Ansatz

- Zugrunde liegendes Konfliktmodell
- Separations-, Abhängigkeits- und Autonomiekonflikte
- Unsichere Bindung
 - => tiefgehende Störung der Ich-Identität (Selbstwert)
- + Auslösendes Aktual-Ereignis
 - => KDS

Komorbiditäten

- Depression
- Soziale Phobie
- Zwangsstörung
- Persönlichkeitsstörungen
- Suizidalität !

- Aufsuchen einer Psychotherapie wegen komorbiden Störungen („geschickter Patient“ – Motivation fraglich!)
- erst im Verlauf (bei vertrauensvoller Beziehung) Hinweise auf zugrundeliegende körperdysmorphe Störung
- Angst vor Verurteilung durch andere und tief verwurzelte Selbstablehnung: große Sensibilität erforderlich (Gefahr: Wiederholung der bereits erlebten Ablehnungserfahrung!)

Therapie

Ziel: Einstellung des Patienten zu sich selbst verändern durch korrigierende Beziehungserfahrung

Stufenplan

1. Psychosomatische Grundversorgung

- Aufbau einer Akzeptanz und verständnis-geprägten Arzt-Patient-Beziehung
- Schaffung und Förderung von Motivation
- Erfragen aktueller Lebensbedingungen und Belastungsfaktoren sowie Komorbiditäten

2. Psychoedukation

- Erarbeiten von möglichen Zusammenhängen zwischen Symptom und auslösenden emotionalen und kognitiven Reaktionsmustern

- Störungsbezogene Informationen erfragen (ggf. Fragebögen) und anbieten
- Fremdbeurteilung durch Behandler: Diskrepanz Selbst – Fremdbild, Visuelle Analog Skala (VAS) von Patient und Behandler auszufüllen, bei 4-5 Punktwerten Unterschied liegt Verdacht auf KDS vor und erfordert genauere Diagnostik!

Frage an den Patienten:

Wie stark fühlen Sie sich in Ihrem Aussehen beeinträchtigt? VAS 1-10

Frage an den Behandler:

Wie stark ist der Patient in seinem Aussehen beeinträchtigt? Vas 1-10

3. Motivation zur Psychotherapie

- Etablieren von Motivation und Vorbereitung auf intensivere Psychotherapie
- Weiterleitung des Patienten an Psychotherapeuten (Gefahr der erlebten Zurückweisung!)

4. Verhaltenstherapie

- Beziehungsaufbau und Motivation
- Formulierung eines akzeptablen Erklärungsmodells (immer wenn..., dann...)
- Psychoedukation (Verdeutlichung von Selbstaufmerksamkeit, Kognitionen, Vermeidung)
- Konfrontation und Verhinderung des Vermeidungsverhaltens
- kognitive Umstrukturierung
 1. Korrektur der Überbetonung der äußeren Erscheinung als wichtigster Maßstab für die Bewertung der eigenen Person
 2. Akzeptieren der Unsicherheit über objektive Beurteilung
 3. Umlenkung der Aufmerksamkeit nach Außen zur Verbesserung der soz. Wahrnehmung
- Videofeedback

5. Integrative psychodynamische Therapie

- Kombination von kognitiven und psychodynamischen Komponenten
- Ermöglicht Symptomreduktion und bietet Erklärungsansatz (Grundkonflikt)
- Fördert Umsetzung in den Alltag und Stabilisierung neuer Beziehungsmuster
- Bearbeitung des zugrundeliegenden unbewussten Konflikts mittels Spiegelung und Übertragung
- Erklärungsansatz für Störung gemeinsam mit Patienten erstellen
- Integration der Komorbiditäten
- Beziehungsarbeit

6. Psychopharmaka

- SSRI(Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram) ggf. zusätzlich Anxiolytika
- Bei wahnhafter Form: Neuroleptika
- Immer in Kombination mit Psychotherapie!

Literatur

- Hart, W. & Gieler, U. (2006). Psychosomatische Dermatologie. Heidelberg: Springer Verlag
- Stangier, U. (2002). Hautkrankheiten und körperdysmorphe Störung. Göttingen: Hogrefe
- Phillips, K. (2005). The broken mirror. Understanding and treating Body Dysmorphic Disorder. Oxford: University Press