

# Patientenauswahl

*H. J. Grabe*

- 2.1 Das Problem des unangemessenen Behandlungswunsches – 20**
- 2.2 Symptomatik und Epidemiologie – 20**
  - 2.2.1 Symptomatik – 20
  - 2.2.2 Epidemiologie – 21
- 2.3 Ursachen – 21**
- 2.4 Psychiatrische Komorbidität und Differenzialdiagnose – 21**
  - 2.4.1 Zwangsstörung – 22
  - 2.4.2 Essstörungen – 22
  - 2.4.3 Trichotillomanie – 22
  - 2.4.4 Hypochondrie – 22
  - 2.4.5 Wahnhafte Erkrankungen – 22
- 2.5 Therapie der Dysmorphophobie – 22**
  - 2.5.1 Diagnostisch-therapeutisches Gespräch – 22
  - 2.5.2 Psychodynamische Therapie – 23
  - 2.5.3 Verhaltenstherapie – 23
  - 2.5.4 Pharmakotherapie – 23
- 2.6 »Take Home Messages« – 24**
  - Literatur – 24**

Die emotionale Indikation, die den Patientenwunsch in der Ästhetischen Chirurgie in den Mittelpunkt stellt, ist ein extrem anspruchsvoller Behandlungsauftrag, wird aber nicht selten von Selbstwahrnehmungsstörungen beeinflusst, die bei der Patientenauswahl Berücksichtigung finden müssen. Patienten mit Dysmorphophobien oder ähnlichen psychiatrischen Störungen häufen sich in der Praxis von ästhetisch tätigen Chirurgen und Dermatologen und werden dort häufiger gesehen als bei Psychiatern. Wenn einige verdächtige Symptome zusammenkommen, sollte man sich etwas Zeit nehmen mit einer orientierenden Exploration, damit man dann u. U. viel Zeit sparen kann, falls die Verdachtsdiagnose sich erhärtet. Vor größeren Operationen der Ästhetischen Gesichtschirurgie wird gewarnt, weil sie lediglich die somatische Oberfläche der psychosomatischen Erkrankung beeinflussen und nahezu immer unzufriedene Patienten hinterlassen, die schnell den Weg zum Anwalt suchen. Psychiater raten, dem Patienten nur mit kleinschrittigen Operationsmaßnahmen und geringem Risiko entgegenzukommen, wenn der Patient sich dafür parallel dazu in eine Psychotherapie begibt.

## 2.1 Das Problem des unangemessenen Behandlungswunsches

Die emotionale Indikation ist bei den meisten Patienten die primäre Motivation für ihren Wunsch nach ästhetischer Chirurgie. Hierbei ist es offensichtlich, dass die emotionale Indikation von vielen persönlichen und gesellschaftlichen Einflüssen abhängt, aber auch von der seelischen und emotionalen Gesundheit des Betroffenen. Am sinnvollsten ist es, von einem Kontinuum zwischen »objektiv indiziert«, »subjektiv angemessen« und »subjektiv unangemessen« auszugehen. »Objektiv indiziert« bezieht sich hierbei auf eine medizinische Indikation die tatsächlich eine Anomalie oder Traumafolgen beseitigen soll. »Subjektiv angemessen« bezeichnet den Wunsch nach größerer Schönheit oder der Beseitigung von Alterserscheinungen – ein Wunsch, der in Abhängigkeit von den körperlichen Voraussetzungen vom Chirurgen und vermutlich auch von den meisten anderen Menschen mit vergleichbaren sozialen Normen und Einstellungen nachvollzogen werden kann. »Subjektiv unangemessen« bezieht sich auf das psychopathologische Ende des Kontinuums, bei dem weder Chirurg noch Menschen mit vergleichbaren sozialen Normen und Einstellungen den Wunsch nach dem ästhetischen Eingriff nachvollziehen können. Es ist allerdings oft schwierig, im individuellen Falle scharfe Grenzen zu ziehen. Die Pathologie des emotionalen Wunsches kann entweder sofort bei der ersten Konsultation deutlich werden oder möglicherweise nur als ein »Anfangsverdacht« bestehen. Auch kann sich die emotionale Pathologie erst

in der Folge nach dem ersten oder nach mehrfachen ästhetischen Eingriffen zeigen. Diese Situation kann den Operateur natürlich in intensive Verstrickungen mit dem zunehmend unzufriedenen Patienten verwickeln.

Die psychische Erkrankung, bei der typischerweise der eigene Körper pathologisch verzerrt wahrgenommen wird, ist die Dysmorphophobie bzw. die Körperdysmorphie Störung.

In diesem Kapitel sollen die Symptomatik, die diagnostischen Möglichkeiten, die Komorbidität, die Differenzialdiagnose, die Ursachen und potenzielle Behandlungen der Dysmorphophobie dargestellt werden. Die Kenntnis dieser Störung sensibilisiert den ästhetischen Chirurgen für die möglicherweise vorliegenden Symptome, vereinfacht eine weitere gezielte Exploration und kann im Zweifelsfall zu einer sinnvollen psychologischen oder psychiatrischen Mitbehandlung des Patienten führen.

## 2.2 Symptomatik und Epidemiologie

### 2.2.1 Symptomatik

Typischerweise leidet der Patient unter der Überzeugung, ein Körperteil sei derart verunstaltet, dass subjektiv das Gefühl eines schweren ästhetischen Mangels und somit das Gefühl der Hässlichkeit besteht. Objektiv finden sich keine oder allenfalls geringe ästhetische Auffälligkeiten. Häufig betroffene Körperregionen sind das Gesicht mit vermeintlichen Asymmetrien, auffälligen Mund- oder Nasenpartien, entstellende Hautveränderungen, die weibliche Brust bezüglich Größe und Form sowie das männliche Genitale mit schambesetzten Auffälligkeiten. Typischerweise beschränkt sich die Symptomatik nur auf einen Körperteil oder wenige Körperpartien. Generalisierte Störungen des Körperbildes sind eher selten. In erheblicher Diskrepanz zu den objektiven Merkmalen fürchtet der Patient, Gegenstand von Spott und Verachtung durch andere zu werden.

Patienten mit Dysmorphophobie neigen folglich zu einem sozialen Rückzug, der wiederum weitere Probleme mit sich bringt: Zunehmende Vereinsamung, Vermeidung sexueller Beziehungen und oft eine zunehmende depressive Verstimmung. Somit entfaltet diese schwere Störung des Körperbildes eine erhebliche interpersonelle Dimension, die sicherlich nicht durch einen oder mehrere operative Eingriffe beseitigt werden kann (Sonnenmoser 2007).

Im Rahmen der Diagnostik sind situative Symptomenfragen, wie sie z. B. durch Phillips (1996) entwickelt wurden, hilfreich (nach Kapfhammer 2008):

- Überprüfen Sie Ihr Körperäußeres oft in Spiegeln oder auf glatten Oberflächen wie z. B. Fenstern?
- Vermeiden Sie Spiegel, weil Sie Ihr Aussehen nicht mögen?

- Vergleichen Sie sich oft mit anderen und fürchten Sie, dass Sie schlechter aussehen als diese?
- Versuchen Sie andere davon zu überzeugen, dass irgendetwas an Ihrem Erscheinungsbild nicht in Ordnung ist und betrachten diese aber das Problem für nichtexistent oder minimal?
- Zupfen Sie an Ihrer Haut in der Hoffnung, dadurch besser auszusehen?
- Versuchen Sie Teile Ihres Körpers zu bedecken bzw. zu verstecken z. B. mit einem Hut, einer Sonnenbrille, Make-up, mit Ihrem Haar, Ihrer Hand oder anderen Dingen? Ist es für Sie schwierig mit anderen zusammen zu sein, wenn Sie diese Vorkehrungen nicht getroffen haben?
- Versuchen Sie bestimmte Aspekte Ihres Erscheinungsbilds zu verstecken, indem Sie eine bestimmte Körperhaltung einnehmen, z. B. indem Sie Ihr Gesicht von anderen abwenden? Fühlen Sie sich unbehaglich, wenn Sie nicht eine Ihrer bevorzugten Haltungen eingenommen haben?
- Denken Sie, dass andere Personen Sie in besonderer Weise wegen Ihres Körperäußeren kritisch betrachten? Zum Beispiel wenn Sie spazieren gehen, denken Sie, dass andere feststellen, was an Ihnen unattraktiv ist?
- Glauben Sie, andere denken negativ von Ihnen oder machen sich lustig über Ihr Erscheinungsbild? Ist das bei Ihnen zur »fixen Idee« geworden?
- Ist es schwierig für Sie, von zu Hause wegzugehen, oder fühlen Sie sich gar ans Haus gebunden wegen Ihres Erscheinungsbilds?
- Messen Sie häufig Teile Ihres Körpers in der Hoffnung, diese seien so klein, groß oder symmetrisch, wie Sie es gerne hätten?
- Hatten Sie schon den Wunsch nach kosmetisch-chirurgischer, dermatologischer oder anderer medizinischer Behandlung, um Ihr Erscheinungsbild zu korrigieren, während andere Personen (z. B. Freunde, Ärzte) der Meinung waren, dass dies nicht notwendig sei?
- Arbeiten Sie exzessiv daran, Ihr Erscheinungsbild zu verbessern?
- Sind Sie schon mal mit einem kosmetisch-chirurgischen Eingriff unzufrieden gewesen? Hatten Sie schon mehrfach Operationen in der Hoffnung, der nächste Eingriff werde Ihr Erscheinungsproblem endlich lösen?
- Kommen Sie öfter zu spät, weil Sie sich Sorgen machen, Ihr Erscheinungsbild sei nicht in Ordnung und weil Sie zeitraubend versuchen, Ihr Erscheinungsbild zu korrigieren?
- Werden Sie ängstlich oder depressiv wegen Ihres Erscheinungsbilds?
- Haben Sie schon einmal gedacht, das Leben sei wegen Ihres Erscheinungsbilds nicht lebenswert?

- Gehen Sie lieber am Abend aus, wenn es dunkel ist, oder halten Sie sich bevorzugt in einem dunklen Raum auf, weil dann die Mängel Ihres Körperäußeren weniger sichtbar sind?

### 2.2.2 Epidemiologie

Die aktuelle Prävalenz der Dysmorphophobie in der deutschen Allgemeinbevölkerung wird mit 1,7 % angegeben (Rief et al. 2006). Demgegenüber zeigen sich erwartungsgemäß deutliche Häufungen des Krankheitsbilds in dermatologischen und ästhetisch-chirurgischen Praxen. Nach Altamura et al. (2001) zeigten sich hier Prävalenzraten von 6 % für die voll ausgeprägte Störung sowie 18 % für die unterschwellige Störung. Der Krankheitsbeginn liegt typischerweise in der Adoleszenz. Ein erster Häufungsgipfel findet sich im jungen Erwachsenenalter, ein zweiter in der Zeit der Menopause. Dieser zweite Häufungsgipfel ist oft mit affektiven Störungen wie z. B. Depressionen assoziiert (De Leon et al. 1989).

### 2.3 Ursachen

Heute geht man von einem multifaktoriellen Ursachenmodell aus. Zweifelsohne interagieren Persönlichkeitsfacetten, kognitive Schemata, verinnerlichte gesellschaftliche Normen und konflikthafte Auslösesituation miteinander. Reifungs- und Entwicklungsprobleme in der Adoleszenz können in Verbindung mit interpersonellen Störungen und Störungen der Selbstwertregulation zu Störungen des Körperbilds führen. Hierbei besteht eine pathogen wirkende Diskrepanz zwischen dem erwünschten Körperbild und dem wahrgenommenen Körperbild. Typische Auslösesituationen für den Beginn oder die symptomatische Verstärkung einer Dysmorphophobie können z. B. psychische und sexuelle Traumatisierungen sein sowie Selbstwertkränkungen, Zurückweisungen von Beziehungswünschen, partnerschaftliche Konflikte, sexuelle Störungen, ungewollte Kinderlosigkeit und Fehlgeburten.

### 2.4 Psychiatrische Komorbidität und Differenzialdiagnose

Affektive Erkrankungen wie z. B. Depressionen können aufgrund des Selbstzweifels, des negativen Selbstbildes und des geringen Selbstwertgefühls die Entstehung einer Dysmorphophobie begünstigen. Umgekehrt kann auch eine bestehende Dysmorphophobie die Entstehung einer depressiven Symptomatik begünstigen, sodass von einer wechselseitigen Verstärkung ausgegangen werden kann.

### 2.4.1 Zwangsstörung

Eine wichtige konzeptuelle Einordnung der Dysmorphophobie wird im Rahmen der Zwangsspektrumstörungen vorgenommen (Grabe u. Freyberger 2011). Zu diesen Störungen besteht eine erhöhte Komorbidität, wobei hier auch differenzialdiagnostische Abgrenzungen relevant sind. Dieses Spektrum ist an dem einen Ende durch einen impulsiven Pol (z. B. Kleptomanie, Bulimie, Trichotillomanie) und am anderen Ende durch einen kompulsiven, also zwanghaften Pol (z. B. Zwangsstörung, Anorexie) gekennzeichnet. Kognitiv-emotional sind die Patienten mit Dysmorphophobie ständig von Befürchtungen geplagt, unter einem schwerwiegenden ästhetischen Mangel zu leiden. Durch das daraus resultierende immer wiederkehrende, übertriebene Kontrollverhalten (»checking«) ihres befürchteten körperlichen Mangels zeigt sich auf der Verhaltensebene eine große symptomatologische Nähe zur Zwangsstörung. Auch hier werden Ängste und Befürchtungen durch Kontrollrituale und andere Formen ritualisierten Verhaltens (z. B. Zählen, Waschen, Putzen) »neutralisiert«. Oft kommt es zu einer Generalisierung der Zwangsbefürchtungen mit extremer zeitlicher Ausdehnung der Zwangshandlungen. Häufig liegen bei Patienten mit Dysmorphophobie komorbid typische Zwänge vor, die eine eigenständige Diagnose einer Zwangsstörung rechtfertigen.

### 2.4.2 Essstörungen

Bei der Anorexie, die wiederum eine klare Komorbidität zur Zwangsstörung aufweist, liegt auf der Persönlichkeitsebene oft ein Perfektionismus vor, der mit einem erhöhten Kontrollbedürfnis einhergeht. In gravierendem Ausmaß besteht eine Körperschemastörung, die ebenfalls bei der Dysmorphophobie mit etwas anderer inhaltlicher Ausrichtung vorliegt. Die Bulimie repräsentiert den impulsiven Teil der Essstörungen, die mit Essattacken und mit selbstinduziertem Erbrechen sowie anderen Störungen der Impulskontrolle assoziiert sind.

### 2.4.3 Trichotillomanie

Die Trichotillomanie umfasst ein lustvoll-impulsives Zupfen der Haare, das der Patient oft als dranghaft erlebt und dem er schwer widerstehen kann. Ebenso bekannt ist die »skin-picking disease«, bei der es durch zwanghaft-impulsives Manipulieren an Wunden oder Pickeln zu Hautveränderungen und Narbenbildungen kommen kann.

### 2.4.4 Hypochondrie

Die Hypochondrie ist durch die Befürchtung gekennzeichnet, an einer schwer heilbaren oder sogar tödlich verlaufenden Erkrankung zu leiden. Typischerweise stehen zwar nicht ästhetische Befürchtungen im Mittelpunkt, jedoch können schon mehr oder weniger deutliche Hautveränderungen als angstbesetzte Hinweise auf die befürchteten Erkrankungen gedeutet werden.

### 2.4.5 Wahnhafte Erkrankungen

Der hohe Überzeugungsgrad, an einem ästhetischen Mangel zu leiden, kann sich in manchen Fällen von Dysmorphophobie bis hin zu einem regelrechten Wahn steigern, der dann eine Beseitigung dieser Überzeugung, z. B. durch ein ärztliches Gespräch, nicht mehr zulässt. In manchen Fällen besteht tatsächlich eine anhaltende wahnhafte Störung oder sogar eine Schizophrenie. Bei der Schizophrenie können weitere Symptome wie akustische oder taktile Halluzinationen hinzutreten. Oft besteht auch ein Verfolgungswahn oder Fremdbeeinflussungserleben. Auch Patienten mit einem Dermatozoenwahn leiden unkorrigierbar an der Überzeugung, dass Parasiten, Würmer oder anderes Ungeziefer die Haut befallen haben und entsprechende Hautveränderungen oder andere Erscheinungen verursachen. Auch hier können Patienten den ästhetischen Chirurgen um Korrektur dieser Folgeerscheinungen des vermeintlichen Parasitenbefalls bitten. Dabei kann das Drängen der Patienten außerordentlich intensiv werden. Oft sind auch die Partner mit in diese Symptomatik eingebunden, und es kann sich eine sog. folie à deux entwickeln, bei der auch der Partner die wahnhafte Überzeugung des Erkrankten übernimmt.

Bei all diesen Erkrankungen wäre die ästhetische Chirurgie allein keine nachhaltige Behandlung, um die zugrunde liegende psychische Erkrankung des Patienten zu erreichen oder zu heilen. Hier wäre eine vorausgehende fachpsychiatrische Diagnostik und ggf. eine entsprechende Mitbehandlung unabdingbar.

## 2.5 Therapie der Dysmorphophobie

### 2.5.1 Diagnostisch-therapeutisches Gespräch

In der ästhetisch-chirurgischen Praxis ist die Erhebung der Verdachtsdiagnose »Dysmorphophobie« ein entscheidender Schritt in der weiteren Therapie. Es können sich gezielte Symptomexplorationen anschließen oder auf

Grundlage der »Hinweisreize« weitere Fragen gestellt werden. Dies ist zur Festigung der Vertrauensbasis mit dem Patienten von großer Bedeutung. Sie zeigen als Chirurg Interesse und Fachwissen und sind bereit, sich über den rein chirurgischen Blick hinaus um das Wohlergehen und die Gesundheit des Patienten zu kümmern. Das Ziel dieses Gesprächs sollte z. B. die Überweisung an einen Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater zur Diagnosesicherung und zur weiteren Therapie sein. Sie können auch von einer fachärztlichen Mitbehandlung sprechen und dass Sie die gewünschten chirurgischen Eingriffe nicht ohne Vor- und Nachbehandlung durch einen Spezialisten vornehmen werden, weil Sie sonst die subjektive Behandlungszufriedenheit des Patienten ernsthaft bedroht sehen.

Die Therapie kann generell psychodynamisch orientiert sein, verhaltenstherapeutisch und/oder medikamentös durchgeführt werden.

### 2.5.2 Psychodynamische Therapie

In der psychodynamischen Therapie wird generell versucht, die Symptomatik vor dem biographischen Hintergrund und den relevanten Beziehungserfahrungen des Patienten zu verstehen. Durch die Einsicht in die mögliche Entstehung und die Bearbeitung von tiefen Ängsten, Sorgen und Wünschen des Patienten gelingt eine emotionale Entlastung. Die vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten führt zu einer Selbstwertstabilisierung. Durch die Einbeziehung aktueller Konflikte und Lebensziele können neue Verhaltens- und Sichtweisen entstehen.

### 2.5.3 Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) fokussiert von Anfang an direkt auf die Störungssymptomatik.

Hier steht zu Beginn die sog. Psychoedukation im Vordergrund. Der Patient erhält ausführliche Informationen über das Störungsbild, über kognitiv-behaviorale Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der körperdysmorphen Symptome. So wird z. B. der Einfluss negativer Bewertungen und Interpretationen auf Gefühle sowie die Rolle von Vermeidungsverhalten und Ritualen bei der Aufrechterhaltung von Krankheitssymptomen erläutert.

Ein wichtiger Schritt in der KVT stellt die Selbstexploration bzw. die Selbstbeobachtung des Patienten dar. Hier kann der Patient die zunächst theoretisch besprochenen Zusammenhänge in der Praxis gewissermaßen »an sich selbst« beobachten und protokollieren. So lernen die Patienten, ihre negativen, auf das Aussehen bezogenen Gedanken und Interpretationen und ihre assoziierten

Verhaltensweisen zu beobachten, z. B. das Vermeiden von sozialen Situationen oder Blickkontakten, das Vermeiden oder häufige Überprüfen des Aussehens in Spiegeln, exzessive Pflegerituelle, das Zupfen der Haut oder der Haare und das Vergleichen des eigenen Aussehens mit dem Aussehen anderer Personen. Therapeut und Patient werten anschließend die Ergebnisse der Selbstbeobachtung gemeinsam aus.

In intensiven Sitzungen werden festgefügte Kognitionen und Interpretation des Patienten gemeinsam überprüft und alternative Strategien erarbeitet.

Typische negative Interpretationen (z. B. »Die Leute machen sich gerade über mich lustig, weil ich so große Ohren habe«) werden auf ihren Realitätsgehalt, den Grad an Gewissheit sowie ihre Nützlichkeit überprüft. Die Patienten lernen, relevante kognitive Fehler zu identifizieren (z. B. Alles-oder-Nichts-Denken, Gedankenlesen, Generalisierung) und ihre negativen Interpretationen zu korrigieren (z. B. »Es gibt keinen sicheren Hinweis, dass sich die Leute gerade über mich lustig gemacht haben. Vielleicht haben sie gar nicht über mich gelacht, sondern über ganz andere Dinge«).

Wichtig ist es, nach der Bearbeitung der kognitiven Muster tatsächlich neues Verhalten zu erproben und stabil aufzubauen. Pathologische Verhaltensmuster wie z. B. Vermeidungsverhalten, Kontrollrituale vor dem Spiegel, sozialer Rückzug sollen systematisch abgebaut und funktionales Verhalten systematisch aufgebaut werden. Angstbesetzte Verhaltensweisen oder Vermeidungsstrategien werden hierbei am wirkungsvollsten durch Expositionsübungen, also meistens graduierte Konfrontationen durch Habituation, abgebaut. Dies kann z. B. mit der bewussten »Zurschaustellung« vermeintlicher körperlicher Mängel geschehen. Hier hat die jeweilige Exposition so lange zu dauern, bis das pathologische Erregungsniveau sowie Angst und Schamgefühle sich wieder normalisiert haben. Der Verzicht auf ritualisierte Verhaltensweisen wirkt am Anfang angstausslösend und muss daher systematisch erlernt werden. Globale Neubewertungen ihres Aussehens (»the big picture«) anstelle selektiver Aufmerksamkeit auf die »negativen« Aspekte ihres Aussehens können dazu beitragen, dass die Patienten zu einem angemesseneren Körperbild gelangen.

### 2.5.4 Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie hat ihren Stellenwert v. a. in der Therapie begleitender depressiver Symptome. Darüber hinaus ist, vergleichbar zur Zwangsstörung, eine therapeutische Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Selective Serotonin-Reuptake-Inhibitor, SSRI) bei der Behandlung von Patienten mit einer

Dysmorphophobie beschrieben worden (Phillips et al. 1998; Hollander et al. 1999; Phillips u. Najjar 2003). Da nach Absetzen der SSRI ein großes Rückfallrisiko besteht, sollte man eine Pharmakotherapie idealerweise mit einer Psychotherapie kombinieren.

## 2.6 »Take Home Messages«

1. Der Patientenwunsch in der Ästhetischen Chirurgie wird nicht selten von Selbstwahrnehmungsstörungen beeinflusst, die bei der Auswahl für eine Behandlung geeigneter Patientinnen und Patienten Berücksichtigung finden müssen. Menschen mit Dysmorphophobien oder ähnlichen psychiatrischen Störungen häufen sich in der Praxis von ästhetisch tätigen Chirurgen und Dermatologen und werden dort häufiger gesehen als bei Psychiatern.
2. Wenn einige verdächtige Symptome zusammenkommen, sollte man sich mit einer orientierenden Exploration etwas Zeit nehmen, damit man später u. U. viel Zeit sparen kann. Falls die Verdachtsdiagnose sich erhärtet, sei vor größeren Operationen der Ästhetischen Medizin gewarnt, denn sie beeinflussen lediglich die somatische Oberfläche der psychosomatischen Erkrankung und hinterlassen nahezu immer unzufriedene Patienten. Psychiater raten, dem Patienten nur mit kleinschrittigen Operationsmaßnahmen und geringem Risiko entgegenzukommen, wenn der Patient sich dafür parallel dazu in eine Psychotherapie begibt.

## Literatur

- Altamura C, Paluella MW, Mundo E et al. (2001) Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251: 105–108
- De Leon J, Bott A, Simpsen GM et al. (1989) Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Compr Psychiatry* 30: 457–472
- Grabe HJ, Freyberger HJ (2011) Zwangsstörungen. In: Freyberger HJ, Stieglitz RD, Schneider W (Hrsg) *Kompodium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*, 11. Aufl. Karger, S 235–248
- Hollander E, Leibowitz MR, Winchel R et al. (1999) Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry* 146: 768–770
- Kapfhammer HP (2008) Körperdysmorphie Störung. *Psychiatrie und Psychotherapie*. In Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie & Psychotherapie*, 3. Aufl. Springer, Heidelberg, S 869–878
- Metelmann HR (2014) Ästhetische und Rekonstruktive Gesichtschirurgie. *MKGupdate 2014– Handbuch MKG*, med publico GmbH
- Phillips KA (1996) *The broken mirror. Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, Oxford

Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL (1998) Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 59: 165–171

Phillips KA, Najjar F (2003) An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 64: 715–720

Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S et al. (2006) The prevalence of body dysmorphic disorder. A population-based survey. *Psychol Med* 36: 877–885

Sonnenmoser M (2007) Körperdysmorphie Störungen: Der eingebildete Mangel. *Dt Ärztebl* 1: 29–31



<http://www.springer.com/978-3-642-34935-5>

Lasermmedizin in der Ästhetischen Chirurgie

Metelmann, H.-R.; Hammes, S. (Hrsg.)

2015, XIX, 234 S. 191 Abb., 190 Abb. in Farbe.,

Hardcover

ISBN: 978-3-642-34935-5