

Der interessante Patient – Teil V:

Körperdysmorphophobie – Schönheitsfehler, die keiner sieht

Autorin_Dr. Lea Höfel

_Der engagierte Zahnarzt in der ästhetisch-kosmetischen Zahnheilkunde freut sich über Patienten, die an ihrem Aussehen positive Veränderungen wünschen. Der optimale Patient hat einen klar erkennbaren Makel, welchen man mit zahnmedizinischen Maßnahmen beseitigen kann. Der Patient ist danach schöner und zufrieden. Doch gerade im Bereich der ästhetischen Chirurgie tummelt sich eine Vielzahl von Personen, die unaufhörlich an ihrem Aussehen zweifeln und feilen, ohne dass ein Grund dafür vorhanden ist. Wenn das Verhalten krankhafte Züge annimmt und für den Betroffenen selbst und die Umgebung belastend wird, handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine körperdysmorphophobe Störung (KDS). Der Zahnarzt sollte informiert sein, wie er solche Patienten erkennt und behandelt. Damit kann er Folgeprobleme wie Unzufriedenheit oder Klagen umgehen (Agbelusi & Famuyiwa, 2008).

_Merkmale

Es gibt eine Reihe von psychischen Auffälligkeiten, die zur Unzufriedenheit mit der ästhetischen Maß-

nahme führen können (Honigman, Jackson & Dowling, 2010). Ängstlichkeit, Depression, geringes Selbstwertgefühl und allgemeine negative ästhetische Selbsteinschätzung gelten als psychologische Risikofaktoren. Die KDS geht aber über eine negative Selbsteinschätzung hinaus – sie nimmt fast wahrhaftige Züge an.

Nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10) gehört die KDS zu den hypochondrischen Störungen. Vorherrschend ist bei der Körperdysmorphophobie eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einem oder mehreren fortschreitend ästhetischen Makeln zu leiden.

Die Missbildung ist in den meisten Fällen gar nicht oder nur geringfügig vorhanden. Die Besorgnis bezogen auf das eigene Aussehen steigert sich in manchen Fällen zu krankhaften körperbezogenen Wahnvorstellungen. Meist sind mehrere Körperteile betroffen. Der Patient hat in seiner Laufbahn schon verschiedene Ärzte besucht, um etwas am Körper, im Gesicht oder an den Zähnen zu verändern. Auffällig ist dabei, dass das Leben durch die angeblichen Miss-

bildungen stark eingeschränkt ist und der Patient der Meinung ist, andere machen sich über sein Aussehen lustig. Problematisch ist hier für den Zahnarzt, dass die Missbildung meist nicht erkennbar ist, sodass er sie auch nicht verbessern kann. Wird doch etwas geändert, so findet der Patient auch am veränderten Aussehen Fehler.

In einer Studie von Buhlmann et al. (2008) zeigte sich, dass KDS-Patienten die eigene Attraktivität als signifikant gering einschätzen. Die Attraktivität von anderen wird im Gegenzug extrem überbewertet und als positiv empfunden. Dies zeigt, dass die gesamte Wahrnehmung von sich selbst und anderen Personen gestört ist. Auch stellte sich heraus, dass die Betroffenen in allen Lebensbereichen einen übersteigerten Perfektionismus an den Tag legen.

_KDS in der Zahnheilkunde

KDS-Patienten, die sich einem ästhetischen Eingriff unterziehen, sind häufig in der Zahnmedizin anzutreffen. 20 % aller Betroffenen geben an, Probleme mit dem Aussehen ihrer Zähne zu haben (Naini & Gill, 2008). Der Zahnarzt ist einer der ersten Ansprechpartner, da der Eingriff relativ gering eingeschätzt wird – der Nutzen als umso größer (Herren, Armentrout & Higgins, 2003). Für den Zahnarzt ist es nun wichtig, die Anzeichen zu erkennen. Er kann dem Patienten nur wirklich weiterhelfen, indem er ihn nicht behandelt und an einen zuständigen Psychologen empfiehlt. Im Falle einer ästhetischen Maßnahme riskiert er, dass der Patient depressiv wird und die Symptome verstärkt auftreten. Zusätzlich schützt er sich mit einer Nichtbehandlung selbst, da die Patienten ihren Ärger nicht nur an sich selbst, sondern auch am Zahnarzt auslassen. Extreme Reaktionen wie Rufmord, ständige Belästigung oder gar Mordanschläge sind in der Literatur einschlägig vorhanden (Lyne, Ephros & Bolding, 2010).

_Diagnose

Ausgehend von den Symptomen sollte der Zahnarzt wachsame Ohren und Augen auf den Patienten richten. Wenn ihm auffällt, dass der Patient von Missbildungen redet, die nicht vorhanden sind, ist Vorsicht geboten.

Attraktivität

Die Frage nach der Einschätzung der eigenen Attraktivität im Zusammenhang mit ästhetischen Eingriffen ist unverfänglich. Sie kann aber schon eine große Aussagekraft haben. Schätzt sich der Patient auf einer Skala von 1–10 im unteren negativen Bereich bis zur 5 ein, sollte weitergefragt werden. Ein Patient, der sich selbst als unterdurchschnittlich hässlich empfindet, hat (zu) hohe Erwartungen an den Zahnarzt. Fragen Sie in dem Zusammenhang weiter, wo

sich der Patient nach dem Eingriff sieht. Ein Sprung um mehr als 2 Punkte ist fragwürdig.

Doktor-Shopping

Erkundigen Sie sich weiter, ob der Patient schon bei anderen (Zahn-)Ärzten war. Doktor-Shopping gehört bei KDS-Patienten zur Normalität. Verfallen Sie hier nicht den Vergötterungen der Betroffenen. Oft sagen sie, dass die anderen Ärzte nicht so gut sind wie nun ausgerechnet Sie. Diese Aussagen schmeicheln und verführen schnell einmal zu unüberlegten Behandlungen.

Zukunftsvisionen

Fragen Sie den Patienten weiterhin, was er sich jenseits der Attraktivität von dem verbesserten Aussehen erhofft. Wünsche wie „Beliebtheit“, „ganz neue Perspektiven“, „Glück“ oder „Reichtum“ sollten die Alarmglocken läuten lassen. Die Patienten sind durchaus in der Lage, mitreißend und facettenreich zu überzeugen – sie haben es bei mehreren Ärzten trainiert.

Bei einem sich verhärtenden Verdacht sollten Sie spezifische Details erfragen (angelehnt an Morschitzky, 2000).

Beschäftigung mit dem Aussehen

- Überprüfen Sie häufig Ihr Äußeres im Spiegel oder auf glatten Oberflächen?
- Vermeiden Sie Spiegel absichtlich?
- Welche Empfindungen ruft der Blick in den Spiegel hervor (Panik)?
- Wie viel Zeit verbringen Sie täglich mit der Körperpflege?
- „Verstecken“ Sie Ihre Zähne absichtlich?

Reaktion anderer

- Sind Sie der Meinung, dass andere Personen Sie anstarren?
- Was glauben Sie, denken andere Menschen, wenn sie Sie anschauen (lustig machen, Entsetzen)?

Bisherige Maßnahmen

- Haben Sie schon kosmetische Eingriffe hinter sich?
- Welches Ziel haben Sie damit verfolgt?
- Stimmt die Meinung des behandelnden Arztes mit der Ihren überein?

Stimmung

- Fühlen Sie sich aufgrund der äußeren Erscheinung depressiv oder ängstlich?
- Wie weit beeinträchtigt die Erscheinung Ihre Psyche (Selbstmordgedanken)?

Sonstige Einschränkungen

- Verlassen Sie gerne das Haus?



- _ Gehen Sie gerne unter Menschen?
- _ Verwenden Sie viel Zeit auf die Informationssuche über Ästhetik?
- _ Gab oder gibt es Probleme in der Partnerschaft aufgrund Ihres äußeren Erscheinungsbilds?

Hat sich herausgestellt, dass der Patient eher ein psychisches als ein physisches Problem hat, sollte der Zahnarzt Abstand von weiteren Maßnahmen nehmen. Vermitteln Sie dem Patienten, dass seine Vorstellungen und Ihre nicht übereinstimmen. Verdeutlichen Sie, dass die Ziele und Wünsche des Patienten nicht auf zahnmedizinischem Weg lösbar sind. Damit riskieren Sie natürlich, dass er sich abwendet und zum nächsten Zahnarzt wandert. Vielleicht denkt er aber auch darüber nach und sucht einen Psychologen auf.

_Fazit

Patienten mit einer körperdysmorphophoben Störung profitieren in den seltensten Fällen von einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff. Sie sind oft begradete Redner und schaffen es im Gespräch, den Zahnarzt von ihren Sorgen zu überzeugen. Weiterhin können Sie sehr gut schmeicheln, sodass eine Absage hinsichtlich der Behandlung schwierig ist. Der Zahnarzt ist aber auf kosmetischem Weg nicht

in der Lage, dem Patienten zu helfen. Im Gegenteil, er verstärkt eventuell die Symptome und gerät selbst ins Visier der Betroffenen. Soll dem Patienten geholfen werden, heißt die beste Behandlungsmöglichkeit bei einer körperdysmorphophoben Störung „keine Behandlung“.

Referenzen

- Agbelusi, G.A. & Famuyiwa, O.O. (2008). A case report of body dysmorphic disorder and literature review. *West Afr J Med.*, 27(3), 178–181.
- Buhlmann, U., Etcoff, N.L. & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.*, 22(3), Epub.
- Herren, C., Armentrout, T. & Higgins, M. (2003). Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment. *Gen Dent.*, 51(2), 164–166.
- Honigman, R.J., Jackson, A.C. & Dowling N.A. (2010). The PreFACE: A Preoperative Psychosocial Screen for Elective Facial Cosmetic Surgery and Cosmetic Dentistry Patients. *Ann Plast Surg.*, Epub.
- Lyne, J., Ephros, H. & Bolding, S. (2010). The need for preoperative psychological risk assessment. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.*, 22(4), 431–437.
- Morschitzky, H. (2000). Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Wien: Springer.
- Naini, F.B. & Gill, D.S. (2008). Body dysmorphic disorder: a growing problem? *Prim Dent Care.* 15(2), 62–64.

i Weitere interessante Beiträge zum Thema Psychologie finden Sie unter der Rubrik Wirtschaft und Recht auf: www.zwp-online.info