

Wenn Körperunzufriedenheit zu Scham führt - Fanny Dietel in „Die Aufwärtsspirale“

Diana:

Die Aufwärtsspirale. Ich bin zu dick. Meine Nase ist krumm. Oh, diese grauen Haare. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper kennen wir wohl alle. Doch es gibt Menschen, die sich exzessiv im Spiegel abchecken und immer wieder neue Dinge finden, mit denen sie sich unwohl fühlen und für die sie sich meist sogar schämen. In der Psychologie ist diese exzessive Körperunzufriedenheit als Körperf dysmorphie Störung, kurz KDS, bekannt. Die psychologische Psychotherapeutin Dr. Fanny Dietel behandelt Menschen, die an dieser Störung leiden, sowohl persönlich als auch digital mit dem internetbasierten Programm BDD-Net. Auch wenn du keine KDS hast, sondern dich gerade einfach nur ein bisschen unwohl in deiner eigenen Haut fühlst, könnte diese Folge spannend für dich sein. Also komm mit in die Aufwärtsspirale mit Fanny Dietel.

Moin.

Fanny:

Moin, ich freue mich sehr, hier zu sein.

Diana:

Ich freue mich total, dass Sie hier sind. Wir haben angefangen mit der Fatshaming-Folge neulich das Thema Körperunzufriedenheit und auch Körperbewertung vor allen Dingen mal zu streuen und die Körperunzufriedenheit steht jetzt sozusagen auf der anderen Seite. Nicht das, was andere über mich sagen, sondern das, was ich vielleicht auch über mich sage. Also, wenn ich mich frage: „Bin ich zu dick oder zu schlank?“

Wer bestimmt das eigentlich? Was bedeutet eigentlich Körperunzufriedenheit?

Fanny:

Also Körperunzufriedenheit ist, wenn man so die allgemeinen Definitionen einmal anguckt, meistens recht breit definiert. Wir würden dabei davon sprechen, dass jemand unzufrieden mit der eigenen Körperrepräsentation ist. Das wiederum

stützt sich so auf das eigene Körperbild, was wir haben, quasi die innere Repräsentation des Körpers, die wir auf verschiedenen Ebenen so für uns gestalten können. Einmal auf der kognitiven Ebene, der Gedanken-Ebene, was wir eben über uns denken und über unseren Körper. Wie wir den eben auch bewerten, so wie wir es gerade richtig gesagt haben. Und das spiegelt sich dann eben auch wieder auf der emotionalen Ebene. Das heißt, was wir über unseren Körper fühlen und das können einerseits natürlich im besten Fall auch positive Emotionen sein, aber bei der Körperunzufriedenheit eben auch negative Emotionen, häufig eben auch Scham und Ekel. Weiterhin finden wir das eben auch auf der Verhaltens-Ebene. Und das ist dann das, was andere häufig auch in Bezug auf den Körper an uns wahrnehmen. Also, wie viel wir in unseren Körper investieren. Das kann sich ganz verschieden äußern. Gerade in klinischen Ausprägungen sehen wir dann sehr viel auch an plastisch ästhetischen Operationen, beispielsweise auch an Schönheitskorrekturen oder eben ausgedehnte Körperpflege, ausgedehntes Spiegel-Prüfen oder eben auch auf Social Media eine eindeutig exzessive Beschäftigung mit dem Vergleichen mit anderen Körperidealen oder eben aber auch mit der Darstellung des Körpers im öffentlichen Feld. Das ist im Prinzip, wie wir Körperunzufriedenheit auch sehen würden.

Diana:

Ja, das rückt vor allen Dingen schon mal ins Licht, dass es hier auch nicht nur um zu dick oder zu dünn geht, sondern dass es noch ganz viele andere Merkmale gibt und gerade wo sie von Social Media sprechen... Wir hatten ja auch eine Folge zum Thema „Filter versus Realität“. Dabei ging es auch um Identitätsentwicklung und mir begegnen immer mehr Profilfotos auf diversen Plattformen in den sozialen Medien, wo Menschen einfach diese Filter anwenden und ja überhaupt nicht mehr so aussehen, wie sie im wahren Leben aussehen. Das heißt natürlich nur, wenn man sie schon mal live gesehen hat. Haben Sie irgendeine Vorstellung davon, wo solche Sachen herkommen und was das mit uns machen kann?

Fanny:

Also im Prinzip ist dieses Streben nach dem Angleichen an ein Ideal ja auch nichts anderes als ein Filter. Ich habe ein wahrgenommenes, vielleicht auch kulturelles Ideal, an das ich mich annähern möchte. Das gab es eigentlich schon immer. Selbst wenn wir anfangen in die Renaissance zu gucken. Beispielsweise in

damaligen Darstellungen von realen Persönlichkeiten, die sich auch in einem besseren Licht haben zeichnen oder malen lassen. Das ist dann im Prinzip ein sehr früher Filter, sage ich immer. Heute haben wir natürlich viel, viel mehr Möglichkeiten das relativ schnell anzuwenden und uns dadurch in so eine Ideal-Wirklichkeit zu begeben. Aber gerade aus dem Konflikt zwischen dem Punkt, dass ich etwas ideal darstelle, meine eigene Realität aber stark davon abweicht, kann sich Körperunzufriedenheit ergeben. Einerseits in Bezug auf mich selbst. Aber auch, wenn ich bei anderen sehr häufig diese Ideal-Wirklichkeit sehe und mich selber dazu in Beziehung setze und da eben vielleicht auch ein Stück weit versage, weil ich nicht in die Nähe dieser Ideal-Wirklichkeit komme.

Diana:

Können Sie sagen, woher das röhrt? Warum vergleichen wir uns? Warum wollen wir diesem Ideal entsprechen? Was bringt uns das?

Fanny:

Attraktivität ist eigentlich historisch immer schon ein sehr wichtiger Faktor gewesen. Auf vielen Ebenen, sei es jetzt in der Partnerwahl, sei es in beruflichen Aspekten. Da gibt es ja auch den sehr bekannten Halo-Effekt, dass schöne Menschen als klüger, netter und freundlicher wahrgenommen werden, als paarungstauglicher, könnte man jetzt ganz biologisch formulieren. Dementsprechend berührt das sehr viele Bereiche, die für uns als Menschen mit unseren Grundbedürfnissen nach Bindung und nach Zugehörigkeit eben ganz, ganz zentral sind.

Deswegen ist es für mich relativ nachvollziehbar, dass Menschen schnell versuchen, Attraktivität herzustellen, aus dem Wunsch heraus, eben diese Bedürfnisse erfüllt zu bekommen und auch in der Öffentlichkeit einen höheren Rang zu erreichen. Oder auch in der Partnerwahl beispielsweise besser dazustehen, um Erfolg zu haben. Attraktivität kann also in diesen Aspekten evolutionär, aber auch rein sozial als Erfolgskriterium gesehen werden. Dementsprechend fangen wir an, uns selbst dann auch zu idealisieren.

Diana:

Dann brennt mir natürlich die Frage, was denn eigentlich Attraktivität ist. Also gibt es eine Biologie der Attraktivität? Ich erinnere mich noch an das Kindchenschema.

Natürlich würden viele Menschen von unterschiedlichen Geschlechtern sagen: Was ist denn attraktiv bei uns? Zum Beispiel bei uns Frauen?

Fanny:

Auch eine sehr große Frage, über die man sicherlich selber noch drei Podcasts machen könnte. Kurz gesagt: Attraktivität hat natürlich bestimmte, auch kulturell übergreifende Faktoren, die Menschen aus allen Kulturen dementsprechend als attraktiv einschätzen würden. Beispielsweise eine reine Haut oder ein bestimmtes Symmetrieverhältnis im Gesicht. Symmetrische Gesichter werden oft attraktiver eingeschätzt und reine Haut wird beispielsweise als ein Gesundheitskriterium angesehen. Dementsprechend würde man diesen Menschen sozusagen im Sozialen einen höheren Rang anerkennen. Aber dann gibt es natürlich auch noch kulturelle Variationen, die eine Rolle spielen, beispielsweise wenn wir in den asiatischen Raum gucken. Da gibt es dann zum Beispiel in Südkorea sehr, sehr viele Schönheitsoperationen in Richtung einer Doppelid-Gestaltung, wie es im europäischen Raum üblich ist, da das Monolid eher als unattraktiv eingeschätzt wird. Auch versucht man dort durch Schönheitskorrekturen einer quasi mehr 3D-orientierten Gesichtsarchitektur näher zu kommen, da es im Prinzip auch der Fall ist, dass asiatische Gesichter etwas flacher im Profil sind. Auf diese Weise findet man Variationen im Prinzip kulturübergreifend über die gesamte Welt. Dementsprechend gibt es schon Dinge, auf die wir uns einigen können in Bezug auf Attraktivität. Es gibt aber auch Dinge, die kulturell unterschiedlich sind und wiederum auch, was Geschlechter anbetrifft. Das variiert dann eben als Funktion der Kultur. Bei Frauen könnte man sagen, dass hier auch neben den tatsächlichen Geschlechtsmerkmalen, die immer eine Rolle gespielt haben und Gewichtsaspekten eben auch die Gesichtsregion eine Rolle spielt, beispielsweise auch die Haut und die Haare.

Das ist aber etwas, was wir mittlerweile auch geschlechtsübergreifend bei Männern finden.

Diana:

Ja, da gibt es ja auch den einen oder anderen Fußballer mit sehr vielen Beauty- und Pflegeprodukten zum Beispiel. Hier in Hamburg haben wir auch relativ viel Schietwetter. Wir streben alle nach einem eher gebräunten Teint, während ich mitbekommen habe, dass es in asiatischen Ländern es eher als nicht so hübsch gilt, wenn man zu braun ist oder zu gebräunt viel mehr. Dann sprechen wir jetzt

allerdings ja total von etwas Alltäglichem. Also etwas, was Sie und mich beschäftigt, wo wir ab und an in den Spiegel gucken und sagen: „Och, meine Nase ist vielleicht zu groß“ oder was auch immer. Sie beschäftigen sich jetzt aber klinisch noch ein Stück weiter mit dieser Thematik. Nämlich mit der sogenannten Körperf dysmorphen Störung. Bitte erklären Sie uns das.

Fanny:

Die Körperf dysmorphie Störung oder kurz KDS geht mit einer sehr starken, gesteigerten Körperunzufriedenheit einher. Das ist erstmal die Basis dafür. Ganz wichtig dabei ist, dass Betroffene im Prinzip einen Makel oder mehrere Makel in der äußereren Erscheinung an sich wahrnehmen, also subjektiv, die andere, beispielsweise Diagnostiker, Freunde, aber auch Ärzte / Ärztinnen an ihnen nicht wahrnehmen oder nur sehr geringfügig. Das heißt, dass jemand, der beispielsweise mit äußerlich reiner Haut zu uns kommt, sagt: „Mensch, ich kann so gar nicht mehr auf die Straße gehen, weil meine Haut übersät ist von Kratern.“ Das heißt, wir haben hier einen ganz deutlichen Unterschied zwischen dem, was subjektiv wahrgenommen wird, und dem, was objektiv sichtbar ist. Und das ist das zentrale Kriterium bei der Körperf dysmorphen Störung. Die Betroffenen sorgen sich im Durchschnitt so um 3 bis 4 Dinge an ihrem Körper, die sie als problematisch empfinden, und sie beschäftigen sich sowohl gedanklich als auch im Verhalten sehr exzessiv damit. Das heißt, wir finden da immer wieder ein Grübeln über das eigene Aussehen, aber auch exzessive mentale Vergleiche mit anderen. Wir finden im Verhalten beispielsweise ein exzessives Checken im Spiegel, das beispielsweise auch sehr zeitintensiv sein kann, eine exzessive Körperpflege, Rückversicherung bei anderen („Sehe ich so okay aus?“), einhergehend mit einer deutlichen Unsicherheit, wie das eigene Aussehen eigentlich auf andere wirkt. Das geht auch häufig einher mit einer deutlichen Selbstabwertung. Also Betroffene äußern sehr, sehr exzessiv negative Gedanken in Bezug auf das äußere Erscheinungsbild. Beispielsweise: „Ich sehe aus wie ein Monster!“ oder „So kann mich niemand lieben mit diesem Aussehen!“ Und das Ganze führt eben zu deutlichem Leid. Wir wissen, dass sich ein Betroffener im Durchschnitt 3 bis 8 Stunden täglich mit seinem Aussehen beschäftigt und dementsprechend kann das eben im sozialen und beruflichen Bereich deutlich einschränken, wie man sich das gut denken kann. Wichtig ist einfach hier noch die Abgrenzung zur Essstörung, die ja auch ein bisschen in der Nähe liegt. Auch Betroffene mit einer Körperf dysmorphen Störung können sich mit dem Körperfett oder Körperf gewicht

beschäftigen, aber das sollte nicht der zentrale Faktor sein und das Essverhalten sollte dafür auch nicht problematisch verändert sein, damit wir das diagnostizieren können. Die Körperf dysmorphen Störung ist auch gar keine so seltene Störung. Viele haben wahrscheinlich noch nicht davon gehört und es ist auch im therapeutischen Alltag noch nicht so vertreten, aber es betrifft so ungefähr 2% der Bevölkerung. Das heißt, wenn man das hochrechnet, so ungefähr die ganze Stadt Hamburg, sie hatten diese ja gerade genannt, wäre in Bezug auf Deutschland aktuell von einer Körperf dysmorphen Störung betroffen.

Diana:

Gibt es da Abschwächungen bzw. Wie können Sie diagnostizieren, wann etwas extrem ist? Wenn ich jetzt von mir selbst ausgehe, ich bin ein queerer Mensch und ich fühle mich als Frau und ich mag es nicht, wenn ich an der Oberlippe Körperbehaarung habe. Das heißt, ich habe für mich damals entschieden: Ich muss das irgendwie zupfen. Irgendwann habe ich eine Lasertherapie gemacht. Jetzt ist das ganze Thema für mich auch gegessen. Das heißt, das ist für mich und viele Menschen von uns in einem total nachvollziehbaren Rahmen. Wir sind ja ganz oft subjektiv, sodass wir zum Beispiel sagen, die Nase ist irgendwie zu groß, doch jemand anderes wird es nicht wahrnehmen. Jemand anderes hat auch nicht wahrgenommen, dass ich vielleicht zwei Haare auf der Oberlippe hatte. Dann ist das aber ja nicht so extrem wie das, was Sie sagen. Ich verstehe das so, dass jemand sich quasi bei jedem Spiegel auf jeden Fall nochmal checkt und immer das Körpmerkmal betont. Wie können Sie das abgrenzen?

Fanny:

Da haben Sie es gerade eigentlich schon richtig angesprochen. Es geht um die Intensität des Leidensdrucks und es geht natürlich auch ein Stück weit um die Abweichung zwischen subjektiv und objektiv. Sie haben das gerade gut in dem Beispiel beschrieben. Dass Sie über eine Zeiten ein bestimmtes kleineres Aussehensproblem subjektiv hatten, dem Sie dann mit einer Intervention quasi begegnet sind und danach war es sozusagen vom Tisch.

Das ist durchaus etwas, was wir im nicht pathologischen Bereich sehen würden, sodass das eben auch mal schwankt, dass wir alle von Tag zu Tag vielleicht auch mal mehr oder weniger mit Aussehenssorgen zu tun haben. Bei einem Betroffenen mit einer KDS ist das sehr rigide, in einem hohen Leidensbereich, häufig über Jahre hinweg und sehr stabil in diesem schweren Bereich, bis sich jemand tatsächlich

auch Hilfe holt. Wir haben hier eben auch Einbußen im sozialen oder im beruflichen Bereich aufgrund dieser Aussehenssorgen, die also von Tag zu Tag nicht schwanken, sondern die sich ständig im hohen Bereich befinden und die auch nach Interventionen, das ist auch ein wichtiger Punkt, häufig nicht verschwinden. Das heißt, wir haben häufig Betroffene, die mehrere plastische ästhetische Eingriffe hatten, und dennoch weiterhin unzufrieden sind, einerseits aufgrund bestimmter Folgen dieser Eingriffe, die dann wiederum zu Aussehenssorgen geführt haben, aber auch, weil sich bei einer ausgeprägten KDS die Besorgnis eben häufig einfach auf einen neuen Aussehensbereich verschiebt und dementsprechend das Ganze weiter aufrechterhalten wird. Im Kern fußt die KDS damit häufig auch auf einen sehr niedrigen Selbstwert, der dem Ganzen unterliegt und der eben durch Eingriffe im Äußeren auch nicht behebbar ist, sondern wo wir tatsächlich durch psychotherapeutische Maßnahmen bessere Ansatzpunkte finden.

Diana:

Und das finde ich nochmal einen ganz spannenden Punkt. Also ich habe das ja auch sofort, wie gesagt, mit einer Intervention behoben und für mich ist das Thema damit durch. Ich habe keine weiteren Probleme sozusagen, zumindest an dieser Stelle nicht. Es gibt aber ja eben diese Menschen, die von einem Eingriff zum nächsten kommen und die dann ja auch noch die Nase machen lassen, noch den Po, noch die Brüste, noch den Bauch, was auch immer und dann den Bauch nochmal, weil trainieren irgendwie auch nicht geht und dann hatte ich ein Gespräch mit einer Frau, die zu mir sagte: „Warum denn nicht einen Eingriff machen, in dem ich mir Filler und dies und das ins Gesicht setze, damit ich mein Selbstwert irgendwie steigern kann?“. Und als Psychologin und als Mensch habe ich gedacht: „Wow! Ja klar, wenn das funktioniert, super. Aber funktioniert das denn wirklich?“ Wie würden Sie das bewerten? Begegnet Ihnen sowas öfter?

Fanny:

Absolut. Das ist ja auch etwas, womit häufig geworben wird. Also ich denke da an ein Ereignis, was ich vor einigen Jahren hatte. Dass ich in den USA im Fernsehen tatsächlich diese Werbung für Filler gesehen habe, in der selbstbewusste Frauen eben ihren Filler benutzt haben, um mehr selbstbewusst zu sein, beispielsweise im Job oder um Selbstbestimmung zu demonstrieren. Das fand ich ein sehr einschneidendes Erlebnis, in dem mir auch noch mal klar geworden ist, woher

diese Assoziation vielleicht auch aus kulturellen Bereich kommt, dass uns das eben auch immer so verkauft wird. Wir haben ja gerade auch darüber gesprochen, dass Attraktivität eben auch als kontrollierbare Möglichkeit in diesem Bereich dargestellt wird, um positiv Einfluss zu nehmen auf die eigenen Chancen bei der Partnerwahl oder im beruflichen Erfolg. Ich denke, wenn Körperunzufriedenheit ein Part von mir ist, der sich quasi sehr stark lokal konzentriert und der im Prinzip auch nicht die Kriterien einer Körpermorphischen Störung erfüllt, dann kann natürlich eine einmalige, vielleicht auch schon lang geplante Intervention eine Möglichkeit sein, seinen Selbstwert zu stärken, wenn sich dadurch mein Körperbild positiv verändern wird. Ich halte gleichzeitig diese starke Assoziation von äußerer Intervention gleich Selbstwert für gefährlich und würde eher dafür plädieren, nochmal gut zu schauen, worauf fußt mein Selbstwert eigentlich? Das ist auch etwas, was wir in der Behandlung der Körpermorphischen Störung sehr stark angehen. Die KDS hat häufig sehr sehr viel an sich gerissen, was den Selbstwert angeht. Also häufig gibt es eine einzige Assoziation zwischen meinem Aussehen und meinem Selbstwert und sobald ich daran etwas manipuliere, geht es mir besser oder schlechter. Wir helfen Menschen eigentlich zentral daran nochmal zu sehen, was sind meine Werte und was sonst in meinem Leben stützt mich innerlich und gibt mir Kraft? Worauf beruht der Begriff, den ich von mir selber habe?

Diana:

Da Sie jetzt gerade Amerika nochmal kurz ins Spiel gebracht haben, kam mir der Gedanke: Gibt es eigentlich eine Korrelation dazwischen, dass es solche Werbung dort gibt mit den Fällen und gleichzeitig ja positiv viel niedrigere Stigmatisierung, wenn man psychologische oder Coaching Hilfe in Anspruch nimmt. Das zählen die auch alle selber. Also da fehlt mir sozusagen die Verbindung zwischen beiden. Warum gibt es mehr Fäller bei mehr Selbstbewusstsein bei gleichzeitig höherer Interventionsrate auf gesprächsbasierten Interventionen? Also das nur so, um es mal in den Raum zu stellen. Sie haben es jetzt gerade schon angedeutet. Psychotherapie ist vielleicht das Mittel der Wahl, zumindest das, womit Sie sich beschäftigen. Sie sind Verhaltenstherapeutin und nutzen wahrscheinlich meistens die kognitive Verhaltenstherapie und haben in dem Zusammenhang auch geforscht und ein Programm betreut, das sich BDD-NET nennt. Erklären Sie, was es ist.

Fanny:

Wir haben dieses Programm als deutschsprachige Adaptation entwickelt, einmal auch in Zusammenarbeit mit dem Karolinska Institut in Stockholm und der Universität Zürich und das ist ein Programm, was sich eben insbesondere an Patientinnen mit Körperförmiger Störung richtet, also tatsächlich diese klinische Ausprägung. Wir haben ansonsten darüber hinaus, das sage ich nur nochmal vorab, andere Online Smartphonegestützte Programme jetzt entwickelt, eher für einen frühen Interventions- bis Präventionsbereich. BDD-NET selbst ist aber eine klinische Intervention, die komplett online abläuft und Desktop-basiert ist. Das heißt, es ist leider noch nicht, muss man dazu sagen, ein Programm, welches über das Handy zugänglich ist, sondern noch über den Computer. Wir arbeiten aber schon an einer App-Variante. Das Programm wurde zuerst in Schweden entwickelt mit sehr guten Wirksamkeitsbelegen, sowohl kurzfristig als auch in Langzeit. Es ist ein Programm, was insgesamt aus acht Modulen besteht, die verschiedene kognitive Verhaltenstherapeutische Elemente aufgreifen. Angefangen bei der Arbeit an eigenen, selbstwertenden Gedanken, die man um das Äußere haben kann. Weitergehend mit sogenannten Expositionen, die Betroffene machen können, indem sie Situationen aufsuchen, die sie vielleicht aufgrund der KDS eher vermieden hätten oder die mit sehr körperbezogenen Verhaltensweisen einhergehen. Es gibt aber eben auch die Arbeit am eigenen Selbstwert und an den eigenen Werten, die wir ebenfalls fokussieren in diesem Programm. Das Ganze ist natürlich auch eingebettet in eine anfängliche Information über das Störungsbild und eine Modellentwicklung und zugeschnitten auf den Patienten/die Patientin an sich. Das Ganze wird auch begleitet durch Therapeut:innen. Ich bin auch als eine der Studientherapeut:innen dabei, die eben auch über E-Mail stetig zur Begleitung zur Verfügung stehen und das ist häufig eine sehr intensive Arbeit, die uns allen sehr viel Enthusiasmus gibt. Dies liegt auch daran, dass es eine der ersten Studien in Deutschland ist, wo wir eben deutschlandweit Patienten rekrutieren und in einem Online-Kontext arbeiten können, der für viele Betroffene leichter zu realisieren ist als ein face-to-face-Kontakt. Denn, was wir bei der KDS auch kennen, ist, dass Betroffene häufig unter großer Scham leiden, über die eigenen Probleme zu sprechen, weil sie fürchten, als eitel verurteilt zu werden oder, dass Behandler sich vielleicht nicht genügend mit dem Stimmungsbild auskennen. Da erfahren wir eigentlich auf Patient:innen-Seite ein großes Engagement, aber auch große Dankbarkeit, dass auf dieser Ebene endlich was zur Verfügung steht.

Diana:

Das heißt also, es ist ganz bewusst als internetbasiertes Programm entwickelt worden, weil Sie um den Sachverhalt wissen, dass viele der Patientinnen möglicherweise eine zu große Scham haben, um zum Beispiel eine Psychotherapie zu machen. Dann stelle ich mir vor, dass Video-Therapie wahrscheinlich auch nicht das Mittel der Wahl an dieser Stelle ist. Wie sieht denn diese Intervention inhaltlich aus?

Fanny:

Ja, ganz gute Frage. Video-Therapie ist tatsächlich häufig auch sehr schambesetzt, weil Betroffene eben das eigene Bild auch in diesen Videokonferenzen schwer aushalten können. Dennoch muss man sagen, dass auch wir bei dieser Studie aus diagnostischen Gründen Video-Assessments machen, die dennoch von den Betroffenen wahrgenommen werden können unter Anleitung. Die sind aber nicht der Hauptfokus dieser Studie, sondern jedes Modul besteht erstmal aus einem Informationstext mit vielfältigen Übungen, eben auch erstmal mit einem Quiz, um zu prüfen, ob derjenige tatsächlich die Modulinhalte gut verstanden hat und anwenden kann auf das eigene Leben. Außerdem gibt es auch Übungen direkt im Feld. Das heißt, dass der Betroffene beispielsweise über eine bestimmte Zeit eigene Gedanken bezüglich des Körpers dokumentiert und dann identifiziert, inwiefern diese Gedankeninhalte zu bestimmten typischen Denkverzerrungen und negativen Gedankenmustern passen. Dann können anhand bestimmter Techniken, beispielsweise beim gezielten Hinterfragen, alternative Gedanken entwickelt oder aber zusammen mit dem Therapeuten der Therapeutin ganz spezifische Übungen im Feld geplant werden, um sich bestimmten Ängsten zu stellen. Ich hatte zuletzt mit einer Patientin beispielsweise den Fall, dass es darum ging, ungeschminkt wieder ins Büro zu gehen. Das war nach einer längeren Homeoffice Zeit, wo sie sich sehr stark daran gewöhnt hatte, bestimmte Rituale auch zu unterlassen, sodass danach ein höheres Angstempfinden da war, wieder in dieses Setting zu gehen, ohne Make-up. Das konnte sie dann protokollieren und mit mir zusammen auch nochmal kleine Möglichkeiten für schwierige Situationen, beispielsweise auch Meetings, finden, die jetzt wieder stattgefunden haben. Das hat auch online ganz wunderbar geklappt. Das ist etwas, wo wir am Anfang unsicher waren, inwiefern gerade diese stark verhaltensorientierten Übungen tatsächlich umsetzbar sind. Wir finden bei hoher

Motivation da eigentlich auch im Online-Kontext sehr gute Umsetzungsmöglichkeiten dafür.

Diana:

Das scheint jetzt eine Intervention zu sein, wo sie sozusagen per E-Mail nochmal anleiten oder sich vielleicht sogar im Webinterface zuschalten können und kommentieren. Ich habe mich informiert und weiß, dass es zwölf Wochen sind, die dort online gearbeitet werden und acht Module. Können Sie nochmal kurz skizzieren, was diese Module nochmal genau umfassen? Sie haben schon von Werten gesprochen, aber sind da vielleicht Videos drin?

Ist das eine edukative Einheit? Müssen die Leute dann ihre Gedanken da irgendwo in eine Maske eintragen? Wie kann ich mir das rein operativ vorstellen?

Fanny:

Es gibt insgesamt eben diese acht Module, die wir auf zwölf Wochen verteilen, richtig. Wobei pro Woche ein Modul vorgesehen ist, bis auf das Expositions-Modul. Das umfasst vier Wochen. Das ist dieses Modul, wo wir wirklich intensiv im Feld mit den Betroffenen üben und diese angstbesetzten Situationen konfrontieren. Die acht Module sind chronologisch aufgebaut und es wird immer ein Modul pro Woche freigeschaltet durch den Therapeuten/ die Therapeutin. Wie Sie richtig gesagt haben, begleitet die Therapeutin/der Therapeut die Betroffenen per E-Mail, also über diese asynchrone Kontaktmöglichkeit, über die Onlineplattform selber. Wir senden auch natürlich im Sinne des Datenschutzes keine externen E-Mails, sondern wir unterhalten uns in dem Sinne mit der Patientin/dem Patienten über die Onlineplattform selbst. Allerdings gibt es natürlich prompt für die Patient:innen, wenn auf der Onlineplattform was passiert, Benachrichtigungen.

Diana:

Prompt im Sinne von kurzer E-Mail-Information?

Fanny:

Genau, da wird quasi eine E-Mail-Information darüber gesendet, was auf der Onlineplattform passiert ist. Da steht auch nicht drin, was genau. Aber im Prinzip wird so sichergestellt, dass sich die Patient:innen an die Bearbeitung bestimmter Aufgaben erinnern oder auch an bestimmte Kontaktmöglichkeiten. Und diese acht Module bauen in dem Sinne aufeinander auf. Es beginnt mit einer

Psychoedukation, der Vorstellung des Störungsbildes. Wie häufig ist dieses Stimmungsbild? Was gehört alles zur Verursachung und zur Aufrechterhaltung dieses Störungsbildes? Und dann geht es im Prinzip in den Modulen eins und zwei sehr fokussiert um diese Aspekte, dass es eben auch weiterhin gefördert wird, dass der Patient/ die Patientin das eigene Störungsmodell entwickelt, das heißt bei sich selber versteht, wie es zur KDS gekommen ist und welche Faktoren dazu beigetragen haben, dass sie das im Prinzip ganz am Anfang entwickelt hat. Welche Faktoren tragen jetzt also im Hier und Jetzt dazu bei, dass die Störung nicht mehr weggeht? Im nächsten Schritt geht es darum, negative Gedankenmuster, die zur Aufrechterhaltung der KDS beitragen, zu identifizieren und zu verändern. Da ist es dann so, dass Betroffene auf der Onlineplattform Selbstbeobachtungsbögen nutzen mit Gedankenprotokollen, anhand derer sie tagebuchähnliche Gedanken protokollieren und mit dem Therapeuten im Feedback beispielsweise diese Gedanken hinterfragen und verändern. Es gibt darüber hinaus das KDS Tagebuch anhand dessen Patient:innen ihre Symptomatik über die gesamte Behandlung erfassen können, beispielsweise bestimmte körperbezogene Verhaltensweisen, die Sie pro Tag und Stimmung verzeichnen können und anhand derer dann auch mit dem Therapeuten / der Therapeutin geschaut werden kann in welchem Zusammenhang diese Symptomatik steht über den Tagesverlauf. Und im nächsten Schritt werden dann im Modul vier anhand bestimmter angstbesetzter Situationen eine beziehungsweise mehrere Expositionen geplant, die eben darauf fokussieren, welche Situationen besonders schwierig in Bezug auf aussehensbezogene Sorgen für die Patient:innen zu realisieren sind. Das kann beispielsweise eine Patientin sein, die wie zuvor geschildert Schwierigkeiten hat, ungeschminkt in Meetings zu gehen oder beispielsweise Spiegel-Prüf-Rituale, die reduziert werden sollen oder aber auch Betroffene, die sehr stark an der eigenen Haut zupfen oder kratzen. Das reduzieren wir dann gemeinsam und es orientiert sich sehr stark an den einzelnen Zielen des Patienten oder der Patientin. Die Übung begleiten wir dann im Feld und auch dort gibt es Protokollmöglichkeiten, die die Patient:innen nutzen sollen, um ihre eigenen Erfolge nachvollziehen zu können. Dazu ergänzend gibt es zwei Module, in denen Besonderheiten in der Exposition und Schwierigkeiten und Rückschläge geschildert werden, die auftreten können und wie Betroffene auch mit diesen Rückschlägen, die ganz normal sind in jeder psychotherapeutischen Behandlung, umgehen können. So eine Behandlung ist meistens keine gerade Linie nach oben, sondern es gibt so kleine Ditches, die auch in der Face-to-face

Behandlung absolute Normalität sind. Deswegen ist es uns wichtig, darüber auch früh aufzuklären und Bewältigungsmöglichkeiten an die Hand zu geben. In Modul sechs gibt es dann einen Abschnitt zu Werten. Da geht es dann darum, dass Betroffene lernen, was denn neben dem Aussehen noch ein wichtiger Wert ist. Was sind wichtige Werte in meinem Leben und wie kann ich mein tägliches Handeln mehr nach diesen Werten ausrichten, um letztlich zu einem erfüllten Leben zu gelangen? Da gibt es ein Werte-Tagebuch, kann man sagen, anhand dessen Betroffene bestimmen, was sie als zentral ansehen und was sie beispielsweise in den nächsten Wochen mehr in ihr Verhalten einbinden möchten. Im letzten Modul kommt es dann zur Bilanzierung der Behandlung und auch zum Festhalten von Strategien, die die Betroffenen vielleicht weiterhin umsetzen möchten und auch umsetzen sollten, um die Therapieerfolge zu sichern und um das Ganze dann eben auch langzeit mäßig zu verankern. Ganz wichtig ist, dass Betroffene im anschließenden Jahr nach der Behandlung immer noch die Möglichkeit haben, auf das Programm zuzugreifen. Sie haben dann zwar keine therapeutische Unterstützung mehr, können aber jederzeit ihre alten Übungen einsehen und auch die Materialien nutzen.

Diana:

Wow, das klingt tatsächlich nach einer ganzen Menge Stoff und ich meine wir wissen alle, wenn wir an uns arbeiten wollen, dann geht das nunmal nicht von heute auf morgen, egal an welcher Stelle wir ansetzen und wo wir Veränderungsbereitschaft haben oder etwas umsetzen wollen. Ich weiß auch, dass ungefähr 1/3 der Menschen, die internetbasierte Interventionen nutzen, tatsächlich nach absehbarer Zeit abbrechen. So ein bisschen dieser Fitnessstudio-Effekt. Wir gehen am Anfang enthusiastisch hin und dann ist es doch irgendwie nicht wichtig genug. Da steht ja auch so selten jemand mit dem Zeigefinger und triezt uns. Im Zweifel ist das bei Ihnen ein bisschen anders, weil da ja eine therapeutische Begleitung ist. Was tun Sie, um die Motivation der Patient:innen aufrechtzuerhalten?

Fanny:

Das ist eine ganz zentrale Frage. Obwohl wir die Studienrekrutierung noch nicht abgeschlossen haben, sehen wir natürlich auch ähnliche Effekte bei uns. Wir sehen ganz unterschiedliche Patient:innen, Persönlichkeiten und Fälle, in denen ein großes Engagement vorhanden ist. Aber wir haben hier auch in dieser Studie ein

sogenanntes Wartelisten-kontrolliertes Design. Da ist es so, dass Betroffene zufallsgesteuert entweder direkt am Anfang die Behandlung erhalten oder aber auf einer Warteliste landen und dann erst nach Abschluss dieser Bedingung der Behandlung zugewiesen werden. Gerade in der letzten Bedingung sehen wir jetzt schon tendenziell eher die Entwicklung, dass Betroffene, die vorher sehr lange warten mussten, dann doch mal die Motivation wieder verlieren. Oder sie weisen durch den Erwartungs-Effekt, den sie in dieser Wartebedingung haben, dann auch vielleicht schon eine Besserung auf. Das ist das, was wir sehen, doch wie gehen wir damit konkret um? Uns ist es natürlich hier wichtig, dass wir immer nah am Patienten/an der Patientin bleiben. Also aus unserer Sicht würde es sich als eher kontraindiziert erweisen, wenn wir jetzt mit dem großen Zeigefinger dem Patienten hinterherrennen würden und sagen würden: „Also Sie haben sich jetzt einmal für BDD-NET entschieden, jetzt müssen Sie es auch bis zum Ende durchführen“. Uns ist klar, dass BDD-NET ein alltags eingebundenes Programm ist und dass Patient:innen auch ihre ganz eigenen Herausforderungen im Alltag und beispielsweise durch Studienzeiten oder Prüfungszeit haben, die wir dann auch immer gern mitberücksichtigen. Wir verstehen uns als ein alltagstaugliches Programm und besprechen früh mit den Patient:innen, ob es Hürden oder Zeiten geben könnte, die für sie schwieriger zu bewältigen sind und wie wir damit umgehen wollen. Da sind wir einerseits per E-Mail nah dran. Aber im Ausnahmefall, wenn wir merken, jemand schlittert aus dem Programm raus, hat vielleicht auch eher eine Entwicklung in eine depressive oder schambesetzte Richtung oder Entwicklungen, die darauf hindeuten, dass er/sie noch nicht ganz Vertrauen fassen kann in das Programm, würden wir tatsächlich auch nochmal telefonisch in Verbindung treten. Zum Beispiel auch wenn eine Obergrenze – das wäre für uns 20 Tage nicht einloggen – erreicht wurde. Das alles sind so Maßnahmen, die wir entwickelt haben über die Zeit. Dennoch können wir es natürlich – und das kann glaube ich auch das beste Online Programm nicht ausschließen – dass jemand dann auch mal das Programm abbricht. Aber dann würde es immer noch das Ziel erfüllen, dass wir natürlich auch ein realistisches Studienabbild schaffen wollen und auch in der realen freien Wildbahn in einer Face-to-face Behandlung könnte ja nach einiger Zeit rauskommen, dass jemand vielleicht noch nicht bereit ist für die Behandlung. Das Gleiche kann auch auf Online Therapien zutreffen. Und ich denke das oberste Ziel muss nicht immer sein, das in jedem Fall zu verhindern.

Diana:

Und jetzt habe auch ich es geschnallt: BDD-NET leitet sich natürlich ab von Body Dysmorphic Disorder, also der Körperförderdysmorphen Störung nur auf Englisch, und NET wahrscheinlich für Network oder Internet. Das kommt daher, dass es im englischsprachigen Raum schon etwas weiter verbreitet ist und es da auch schon eine Reihe internationaler Studien gibt, die die Wirksamkeit erwiesen haben. Das ist ja hier in Deutschland auch ein großes Thema. Es gibt die sogenannten digitalen Gesundheitsanwendungen, die gerade auch viel zum Thema psychische Gesundheit in den Markt kommen und die natürlich eine Wirksamkeit erbringen müssen. Wo stehen Sie da und vielleicht auch - Sie haben es vorhin angesprochen - in Richtung Datenschutz bei Gesundheitsdaten. Wie kommen Sie mit den Regularien, die der deutsche Markt mitbringt, zurecht?

Fanny:

Ich finde es sehr wichtig, dass dieser Vorstoß gemacht wurde, die DiGas (= Digitale Gesundheitsangebote) einzurichten und auch auf Rezept verschreibbar zu machen. Ich finde, das ist eine sehr, sehr wichtige Möglichkeit, mehr Fairness und eben auch Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung für alle herzustellen. Und dementsprechend würden wir uns auch immer in diesem Bereich engagieren, entsprechende Apps und auch Online-Interventionen möglichst in diese Richtung zu bringen. Nun sind die Regularien da auch nachvollziehbarer Weise sehr streng und das finde ich gut. Es gibt da verschiedene Wirksamkeitsbelege, die erbracht werden müssen. Das ist ähnlich geregelt, wie wenn man auch anstreben würde, ein CME zertifiziertes Medizinprodukt werden zu wollen. Aktuell befinden wir uns jetzt erst mit BDD-NET in dieser initialen Wirksamkeitsprüfung und wir haben hier ein Wartelisten-kontrolliertes Studiendesign, wie ich gerade schon erwähnt habe, was erstmal die Wirksamkeit der Behandlung im Vergleich zum Warten testet. Das ist ein wichtiger erster Schritt, also gegen das Warten oder das Nichtstun zu testen. Das ist aber auch, wenn man mehr darüber nachdenkt, erstmal der erste recht leichte Wirksamkeitsbeleg. Für mich wäre noch spannend, das beispielsweise in einem sogenannten Head-to-Head-Trial vielleicht auch gegen eine Face-to-face Behandlung zu testen oder gegen andere Interventionen, die wir hier für sinnvoll halten. Dann fände ich es aber auch einen wichtigen Vorstoß für die bisher in der Diagnostik und Therapie leider noch unterrepräsentierte Gruppe der KDS als Störungsbild eine Intervention als DiGa zu entwickeln, die dann auch

verschreibbar wäre. Das würde auch die Scham für die Betroffenen reduzieren, das beispielsweise im Kontakt mit Behandler:innen vielleicht auch zu erfragen und auch einfach als Plattform, die für diejenigen einfacher zugänglich sind. Ich kann aber nicht sagen, dass wir uns da schon in der Nähe befinden würden. Engagieren wollen wir uns auf jeden Fall dafür.

Diana:

Falls es jetzt Hörerinnen gibt, die sagen, ich könnte mir vorstellen, dass ich da in die Kategorie reinfalle. Gibt es Möglichkeiten, am Programm teilzunehmen?

Fanny:

Absolut. Wir suchen derzeit auch noch weiterhin Studienteilnehmer:innen. Wie gesagt, deutschlandweit ist es möglich, teilzunehmen. Solange Sie unter diesen Aussehenssorgen, wie wir sie gerade beschrieben haben, leiden und sich vorstellen können, an so einem strukturierten zwölfwöchigen Programm teilzunehmen, können Sie sich gerne unter www.bdd-net.de weiter über die Studie informieren. Dort finden Sie auch unsere Kriterien zur Studienteilnahme und Sie haben auch die Möglichkeit, uns Ihre Kontaktdaten zu hinterlassen. Wir würden uns dann zu einem weiteren Telefoninterview mit Ihnen verabreden, um die Studieneignung weiter zu prüfen. Wir freuen uns über alle Interessierten, denen wir mit diesem Programm weiterhelfen können und wenn sie sich eben auch für die Studienteilnahme bei uns registrieren.

Diana:

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Aussehen ist so häufig konfliktbelastet und leider oft auch schamhaft. Das kann ins klinische Extrem fallen und dann landen wir möglicherweise bei der Körperf dysmorphen Störung. Dafür gibt es Interventionen, beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie. Weil es auch hilfreich sein kann für Menschen, die sich für ihr Aussehen schämen, nicht direkt vor einer Person zu sitzen, ist die Plattform und das Programm BDD-NET vielleicht eine sehr, sehr gute Lösung. Daran mitgearbeitet hat Dr. Fanny Dietel, die heute bei mir im Podcast war. Vielen, vielen Dank! Wenn euch die Folge gefallen hat, abonniert den Podcast und empfiehlt sie gern weiter. Die Aufwärtsspirale.