

Häufig übersehen?! Die Körperdysmorphie Störung und die Olfaktorische Referenzstörung

Anja Grocholewski

Technische Universität Braunschweig, Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik

Zusammenfassung

Das Aussehen und der Körpergeruch sind heutzutage wichtige Themen, und Menschen investieren zunehmend in sie (z.B. durch kosmetisch-medizinische Behandlungsmaßnahmen oder den Gebrauch von Parfüm). Eine starke Investition in Aussehen oder Geruch ist nicht per se psychopathologisch auffällig, könnte aber Hinweise geben auf assoziierte psychische Störungen: die Körperdysmorphie Störung (Aussehen) oder die Olfaktorische Referenzstörung (Geruch). Beide Störungen sind sowohl in Forschung als auch klinischer Praxis unterrepräsentiert und werden im Beitrag vorgestellt. Die Punktprävalenz der Körperdysmorphie Störung in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt bei etwas mehr als 2%. Die Störung beginnt in der Adoleszenz, verläuft unbehandelt in der Regel chronisch und kann zu erhöhten Suizidraten und sozialer Isolation führen. Betroffene suchen primär nicht-psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungssettings auf und kommen erst spät in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung. Zur Behandlung haben sich besonders die Kognitive Verhaltenstherapie und Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer als wirksam erwiesen, es existieren mittlerweile deutschsprachige Behandlungsmanuale. Über die Olfaktorische Referenzstörung liegen noch keine zuverlässigen Prävalenzschätzungen vor. Vermutlich beginnt die Störung im jungen Erwachsenenalter. Es zeigt sich ein zur Chronifizierung neigender Verlauf mit erhöhten Suizidraten und starken Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Leben. Auch hier suchen Betroffene zunächst nicht-psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung auf. Die Wirksamkeit von Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie wurde bisher nur in Einzelfallstudien nachgewiesen; hier sind keine gesicherten Aussagen möglich.

Schlüsselwörter: Körperdysmorphie Störung, Dysmorphophobie, Olfaktorische Referenzstörung, Olfaktorisches Referenzsyndrom

Oftentimes overlooked?!

The Body Dysmorphic Disorder and the Olfactory Reference Disorder

Abstract

Appearance and body odour are important issues these days and people are increasingly investing in them (e.g. through cosmetic-medical treatments, or the use of perfume). A severe investment in appearance or smell is not psychopathologically conspicuous per se, but it could provide evidence of associated mental disorders: the body dysmorphic disorder (appearance) or the olfactory reference disorder (smell). Both disorders are underrepresented in both research and clinical practice and are presented in the article. The point prevalence of body dysmorphic disorder in the German general population is slightly more than 2%. The disorder begins in adolescence, is usually chronic if left untreated, and can lead to increased suicide rates and social isolation. Those affected seek primarily non-psychiatric/psychotherapeutic treatment settings and only come to psychiatric/psychotherapeutic treatment at a late stage. Cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors have proven to be particularly effective for treatment, and treatment manuals in German have now been published. Reliable estimates of the prevalence of the olfactory reference disorder are not yet available. The disorder probably begins in young adulthood. There is a tendency towards chronicity with increased suicide rates and severe impairments in social and professional life. Here too, those affected initially seek non-psychiatric/psychotherapeutic treatment. The effectiveness of psychotherapy and/or pharmacotherapy has so far only been demonstrated in individual case studies; no reliable statements can be made here.

Key words: body dysmorphic disorder, dysmorphophobia, olfactory reference disorder, olfactory reference syndrome

Einleitung

Die Bedeutung des körperlichen Erscheinungsbildes ist wichtig. Unter anderem spiegelt sich das auch darin wider, dass die Quote der kosmetisch-medizinischen Behandlungen beständig ansteigt: rechnet man die Statistiken der International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) von 2010 bis 2019 hoch, um 177,1% (ISAPS, 2021). Im Länder-Ranking der 10 Nationen mit den meisten chirurgisch und nicht-chirurgisch durchgeführten Behandlungen befand sich die BRD 2019 an sechster Position (ISAPS, 2021). Eine hohe Investition in das Aussehen durch o.g. Maßnahmen muss aber nicht zwangsläufig als Symptom einer Psychopathologie angesehen werden: bei der Mehrzahl der Patient*innen, die sich eine kosmetisch-medizinische Behandlung wünschen, finden sich keine psychischen Störungen (Sarwer, Crerand, & Didier, 2003). Im Gegenteil, in einer Studie mit 544 Personen, die sich einer ästhetischen Operation unterzogen haben (im Vergleich zu 264 Personen, die sich eine solche Operation zwar wünschen, sie aber nicht durchführen lassen haben) zeigte sich, dass bei denjenigen, die sich der Behandlung unterzogen haben, der Eingriff scheinbar zu positiven, selbstberichteten psychologischen Änderungen führte – und das noch ein Jahr nach dem Eingriff (Margraf, Meyer, & Lavallee, 2013).

Aber nicht nur das Aussehen zählt – auch der Körpergeruch. Der Eigengeruch eines Menschen erfüllt diverse nützliche Zwecke. Er ist z.B. wichtig für Sympathie und Bindung (Croy, Frackowiak, Hummel, & Sorokowska, 2017), für die Auswahl des Sexualpartners (Martins, Preti, Crabtree, Runyan, Vainius, & Wysocki, 2005) und warnt den Organismus vor Krankheiten (Olsson et al., 2014). Körpergerüche können aber auch Ekel auslösen, vermutlich mit ein Grund, warum der Mensch sich bemüht, Körpergerüche zu vermeiden oder zu verdecken (Herz, 2001). Die SPLENDID RESEARCH GmbH führte im März 2018 eine Online-Befragung an 1.016 Personen in der Altersgruppe von 18 – 69 Jahren durch (SPLENDID RESEARCH, 2018). Auf die Frage: „Wie häufig verwenden Sie selbst Parfüm/Eau de Toilette/Eau de Cologne?“ gaben 44% an, diese Produkte täglich oder fast täglich zu benutzen, 27% mehrmals pro Woche, 12% wöchentlich oder mehrmals im Monat – nur 8% berichteten, niemals diese Produkte zu verwenden (SPLENDID RESEARCH, 2018). An der Befragung zeigt sich, dass Menschen nicht nur in ihr Aussehen investieren, sondern außerdem in ihren Geruch. Leider existieren keine Befunde, ob eine hohe Investition in den Eigengeruch mit einer Psychopathologie zusammenhängen kann (oder eben nicht).

Auch wenn das Aussehen und der eigene Geruch für Menschen wichtig sind und zumindest eine Investition in das Aussehen durch kosmetisch-medizinische Maßnahmen auf den ersten Blick keinen Beleg für eine eventuelle Psychopatho-

logie liefert, können dennoch hohes Inanspruchnahmeverhalten oder hohe (gedankliche) Beschäftigung mit Aussehen oder Geruch klinisch relevante Dimensionen annehmen. Eine der Störungen, die stark mit aussehensbezogenen Sorgen assoziiert ist, ist (neben den Essstörungen) die Körperdysmorphie Störung (KDS); eine Störung, die mit geruchsbezogenen Befürchtungen assoziiert ist, ist die Olfaktorische Referenzstörung (ORS). Beide sind sowohl in Forschung und Praxis im Vergleich zu anderen Störungen deutlich unterrepräsentiert und unterdiagnostiziert. Im nachfolgenden Beitrag sollen die beiden Störungen vorgestellt und Gemeinsamkeiten und Unterschiede dargestellt werden.

1 Körperdysmorphie Störung (KDS)

1.1 Phänomenologie und Epidemiologie der KDS

Die KDS charakterisiert sich durch Sorgen über einen oder mehrere Makel im Erscheinungsbild, wobei die Makel von außen nicht oder nur wenig sichtbar sind (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th version [DSM-5]; American Psychiatric Association APA, 2013). Bei deutlich erkennbaren physischen Entstellungen (das heißt solchen, die nicht nur geringfügig sind), sollte die Diagnose nicht vergeben werden (APA, 2013). Am häufigsten werden Makel im Gesicht oder Kopfbereich (z.B. unreine Haut, eine zu krumme Nase oder Asymmetrien der Augen) empfunden (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993). Die meisten Betroffenen sorgen sich außerdem über mehrere Makel gleichzeitig (Phillips, Grant, Siniscalchi, Stout, & Price, 2005). Häufig sind die Betroffenen so stark davon überzeugt, dass die verzerrte Wahrnehmung ihres Erscheinungsbildes der Realität entspricht, dass die Überzeugungen über das Aussehen wahnhaft erscheinen (z.B. Hartmann, Thomas, Wilson, & Wilhelm, 2013). Einige Betroffene zeigen auch Beziehungsideen, das heißt, dass sie davon überzeugt sind, dass andere aufgrund ihres Aussehens negativ über sie sprechen oder sie auslachen würden (Hartmann, Grochowski & Buhlmann, 2019; Phillips, 2004).

Ein weiteres Charakteristikum sind repetitive Denk- und Verhaltensweisen (APA, 2013). Wegen der Überzeugung, durch die Makel hässlich oder entstellt zu sein, versucht die Vielzahl der Betroffenen, die Makel zu überprüfen, zu verändern oder unter Kontrolle zu bringen (z.B. Phillips et al., 2005), sie zeigen also bestimmte Sicherheitsverhaltensweisen. Ein sehr häufiges Sicherheitsverhalten ist das Überprüfen des Aussehens im Spiegel oder anderen reflektierenden Oberflächen wie Schauwandenscheiben (z.B. Phillips, 2005; Veale & Riley, 2001), andere Sicherheitsverhaltensweisen sind das

Verdecken der Makel (z.B. eine Sonnenbrille tragen bei befürchteten Augenringen), exzessives Kämmen, Make-up auftragen, Hautmanipulationen (z.B. Pickel ausdrücken) oder sich ständig bei anderen Personen über das Aussehen rückversichern (Hartmann et al., 2019). Eine Affinität findet sich zu kosmetisch-medizinischen Behandlungen: bei einer repräsentativen, deutschlandweiten Befragung berichteten signifikant mehr KDS-Betroffene als nicht Betroffene von einer Historie an ästhetischen Operationen (15,6% vs. 3%; Buhlmann et al., 2010). Es gibt aber auch mentale Handlungen, wie z.B. das Vergleichen der wahrgenommenen eigenen Makel mit den entsprechenden Körperregionen anderer Personen (Hartmann et al., 2019; Phillips, 2005). Neben Sicherheitsverhaltensweisen spielt bei KDS auch Vermeidung eine bedeutende Rolle. Die Vermeidung kann Spiegel (oder reflektierende Oberflächen) betreffen, um negative Gefühle, die durch die Exposition mit dem eigenen Spiegelbild hervorgerufen werden könnten, zu vermeiden, aber auch tagtägliche Aktivitäten wie zum Beispiel Einkaufen gehen, wenn die Gefahr besteht, dass die vermeintlichen Makel der Öffentlichkeit exponiert werden (Phillips et al., 1994). Das Sicherheits- und Vermeidungsverhalten kann so weit gehen, dass die Betroffenen komplett an das Haus gebunden sind, weil sie sich nicht mehr in soziale Situationen trauen und durch die Sicherheitsverhaltensweisen zu viel Zeit beansprucht wird (Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2005). Betroffene berichten einen niedrigen Selbstwert (Buhlmann, Wilhelm, Glaesmer, Brähler, & Rief, 2009; Hartmann et al., 2015) und zeigen, auch im Vergleich mit Menschen mit klinisch relevanter depressiver Störung, eine deutlich verminderte Lebensqualität (Phillips & Menard, 2006). Ein weiteres prominentes Merkmal der KDS sind soziale Ängste. Sowohl querschnittlich als auch prospektiv hängt ein höheres Ausmaß sozialer Angst mit einem geringeren psychosozialen Funktionsniveau zusammen (Kelly, Walters, & Phillips, 2010). In einer Studie, die KDS-Betroffene mit Personen mit sozialer Phobie verglich, zeigte sich, dass sich beide Störungen nicht bedeutsam in ihrer sozialen Angst in Leistungssituationen unterscheiden, die Personen mit sozialer Phobie aber höhere soziale Interaktionsängste aufwiesen (Grocholewski, Kliem & Heinrichs, 2013). Bei KDS-Betroffenen finden sich hohe Raten an Suizidgedanken und -versuchen. Phillips, Menard, Fay und Weisberg (2005) kamen bei der Untersuchung von 200 KDS-Patient*innen zu dem Ergebnis, dass 109 Personen (81,3%) schon einmal Suizidgedanken und 38 Personen (28,4%) mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten (Phillips et al., 2006). In zwei deutschlandweiten, repräsentativen Befragungen brachten Rief et al. (2006) und Buhlmann et al. (2010) Suizidalität mit aussehensbezogenen Befürchtungen in Verbindung. In diesen Studien berichteten 19,1% (2006) bzw. 31% (2010) der KDS-Betroffenen (im Vergleich zu nicht Betroffenen, hier

lag die Quote bei 3,4% bzw. 3,5%), derzeit Suizidgedanken wegen des Aussehens zu haben; insgesamt 7,2% (2006) bzw. 22,2% (2010) der KDS-Betroffenen gaben an, wegen ihres Aussehens mindestens einen Suizidversuch unternommen zu haben (versus 1% bzw. 2,1% der nicht Betroffenen) (Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen, & Brähler, 2006; Buhlmann et al., 2010).

Epidemiologische Studien aus den USA (Koran, Aboujaoude, Large, & Serpe, 2008) und Schweden (Brohede, Wingren, Wijma, & Wijma, 2015) ermittelten eine Punktprävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 2,4% bzw. 2,1%. In den oben bereits aufgeführten repräsentativen Studien von Rief et al. (2006) und Buhlmann et al. (2010) wurden für Deutschland Punktprävalenzen von 1,7% bzw. 1,8% gefunden. Eine neuere, ebenfalls repräsentative deutsche Studie, die die Punktprävalenz sowohl nach DSM-IV als auch nach DSM-5 erhob (veränderte Kriterien im DSM-5, s.u.), fand in der Allgemeinbevölkerung eine Punktprävalenz von 3,2% nach DSM-IV- und von 2,9% nach DSM-5-Kriterien (Schieber, Kollei, de Zwaan & Martin, 2015). In bestimmten Kontexten finden sich höhere Prävalenzraten. Im systematischen Review von Veale et al. (2016) wurden für unterschiedliche Stichproben gewichtete Prävalenzen berechnet: hier lag die gewichtete Prävalenz in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung bei 1,9%, bei Jugendlichen bei 2,2% und bei Studierenden bei 3,3% (Veale, Gledhill, Christodoulou, & Hodsoll, 2016). Bei jugendlichen und erwachsenen stationär-psychiatrischen Patient*innen fanden sich Prävalenzen von 7,4% und bei erwachsenen Patient*innen in ambulanter Behandlung 5,8% (Veale et al., 2016). Wie zu erwarten, finden sich auch höhere Prävalenzraten im Setting von kosmetisch-medizinischen Behandlungen. Das aktuellste Review mit Metaanalyse von Ribeiro (2017) fand für die Analysen 23 Publikationen mit Prävalenzangaben zu KDS in plastischer Chirurgie, 10 zu KDS in Dermatologie (Ribeiro, 2017). Hier wurde für das plastisch-chirurgische Setting eine Häufigkeit von 15% gefunden (Range= 2,21%–56,67%) und für das dermatologische Setting von 12,7% (Range= 4,52% – 35,16%) (Ribeiro, 2017). Hinsichtlich des Geschlechts ergibt sich eine annähernde Gleichverteilung mit einem leichten Übermaß an Frauen (Hartmann et al., 2019). Deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich aber bei den im Fokus stehenden Körperregionen: Während Männer sich eher Sorgen über ihre Genitalien, Statur und Haarausfall machen, sind Frauen eher besorgt über ihre Haut, Bauch, Gewicht, Brust, Po, Hüften, Beine, Zehen und Körper- und Gesichtsbehaarung (Hartmann et al., 2019). Generell scheinen Frauen sich auch über mehr Körperbereiche zu sorgen als Männer (Phillips, Menard, & Fay, 2006).

Die Störung beginnt im Durchschnitt ungefähr mit 16 Jahren (Coles et al., 2006; Fang & Wilhelm, 2013), der Modalwert scheint aber eher bei ca. 12-13 Jahren zu liegen (Bjornsson, Didie, Grant, Menard,

Stalker, & Phillips, 2013; Fang & Wilhelm, 2013). Eine prospektive Vier-Jahresstudie an Jugendlichen und Erwachsenen mit KDS zeigte, dass die Störung typischerweise chronisch verläuft, mit einer Wahrscheinlichkeit von (nur) 20% einer Vollremission und einer hohen Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls (42%) (Phillips, Menard, Quinn, Didie, & Stout, 2013).

1.2 Klassifikation der KDS

Auch wenn KDS-Symptomatiken in der Literatur bereits seit über 100 Jahren beschrieben werden, hat die KDS als distinkte Störung erst mit der Revision des DSM-III in die Klassifikationssysteme gefunden, unter dem Kapitel der Somatoformen Störungen (APA, 1987). Seitdem besteht auch die Bezeichnung „Körperdysmorphie Störung“. Auch im DSM-IV subsummierte sich die KDS weiterhin unter die Somatoformen Störungen, die geforderten diagnostischen Kriterien waren: „A. Beschäftigung mit einem imaginierten Makel im Aussehen; bei Vorliegen einer körperlichen Abweichung ist die Besorgnis deutlich übertrieben, B. die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und C. Ausschlussvorbehalt: die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung (insb. Anorexia Nervosa) erklärt.“ (APA, 1994). Eine größere Veränderung ergab sich durch die Einführung des DSM-5. Eine Neuerung ist, dass sich jetzt die KDS unter das Kapitel „Zwangsstörung und verwandte Störungen“ subsummiert, also ein konzeptioneller Wechsel stattgefunden hat (APA, 2013). Dies geschah unter anderem aufgrund der Ähnlichkeit in Phänomenologie, Epidemiologie und effektiven Behandlungsstrategien mit der Zwangsstörung (Hartmann et al., 2019). Infolge haben sich auch die Diagnostischen Kriterien leicht verändert bzw. ist noch ein „Zwangskriterium“ hinzugekommen: „[...] B. Im Verlauf der Störung hat die Person in Reaktion auf die Befürchtungen bezüglich des Aussehens sich wiederholende Verhaltensweisen (z.B. Überprüfen im Spiegel, übermäßige Körperpflege, Hautzupfen/-quetschen, Rückversicherungsverhalten) oder mentale Handlungen (z.B. Vergleich des Aussehens mit dem von anderen) ausgeführt, [...]“ (APA, 2013).

In die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) hat die KDS erst in die 10. Version Eingang gefunden, wo sie aktuell unter der Bezeichnung „Dysmorphophobie (nicht wahnhaft)“ als Unterform der Hypochondrie im Kapitel der Somatoformen Störungen klassifiziert wird (F45.22; WHO, 1992). In dem Fall, dass die Überzeugungen über die aussehensbezogenen Sorgen wahnhaft erscheinen, kann die Störung gemäß ICD-10 als sonstige anhaltende wahnhafte Störung (F22.8 – wahnhafte

Dysmorphophobie) kodiert werden. Mit der Revision der ICD findet die KDS in der ICD-11 zukünftig ebenfalls (analog DSM-5) einen Platz, subsummiert unter den Zwangsspektrumstörungen (WHO, 2019), hier wird jetzt auch die Bezeichnung „Körperdysmorphie Störung“ übernommen. Zusätzlich zu den sinngemäß übernommenen DSM-5-Kriterien finden sich nun noch zwei weitere wichtige Aspekte in der Definition: „Individuals experience excessive self-consciousness, often with ideas of reference (i.e., the conviction that people are taking notice, judging, or talking about the perceived defect or flaw)“ und zusätzlich nach dem Zwangskriterium “[...] or marked avoidance of social situations or triggers that increase distress about the perceived defect or flaw” (WHO, 2019).

1.3 Differenzialdiagnostik und Komorbiditäten der KDS

Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung der KDS zu Zwangs-, Sozialen Angst-, Ess- und Depressiven Störungen bietet sich dringend an (Hartmann et al., 2019). Mit der Zwangsstörung verbindet die KDS insbesondere die intrusiven Gedanken und die repetitiven Verhaltensweisen, hier muss zur Abgrenzung auf den Inhalt der intrusiven Gedanken geachtet werden (wird ein Ritual ausgeführt, um das Aussehen zu beeinflussen oder z.B. einer Kontamination entgegenzuwirken) (Hartmann et al., 2019). Mit der Sozialen Angststörung verbindet die KDS die Angst vor und die Vermeidung von sozialen Situationen aufgrund der Angst vor negativer Bewertung und Zurückweisung – auch hier muss zur Abgrenzung der Fokus auf den Inhalt der Befürchtungen gelegt werden (Bewertungsängste aufgrund des Aussehens versus aufgrund des Verhaltens) (Hartmann et al., 2019). Bei der Sozialen Angststörung treten regulär auch keine zwanghaften Verhaltensweisen auf (Fang & Hofmann, 2010). Die Verbindung zu den Essstörungen besteht durch das hohe Ausmaß an Unzufriedenheit mit dem Körper und ein negatives und verzerrtes Körperbild, außerdem finden sich bei beiden Störungsbildern repetitive Verhaltensweisen wie z.B. das Kontrollieren des Äußeren im Spiegel oder das Verstecken des Körpers (z.B. Hartmann, Thomas, Greenberg, Elliott, Matheny, & Wilhelm, 2015). Bei Essstörungen beziehen sich Befürchtungen jedoch primär auf Gewicht und Körperform, wohingegen sich die Befürchtungen bei KDS den ganzen Körper betreffen können, sich aber in der Regel auf das Gesicht/den Kopf beziehen (Hartmann et al., 2019). Bei der KDS-Unterform der Muskeldysmorphie (Personen, die befürchten, zu schmal oder nicht ausreichend muskulös gebaut zu sein) findet sich häufig ein Diätverhalten, das in seiner Rigidität dem Diätverhalten der Anorexia Nervosa ähnelt (Chung, 2001; Murray, Rieger, Touyz, & de la Garza García, 2010), hier geht es allerdings anders als bei den Ess-

störungen nicht darum, Gewicht zu verlieren. Depressive Störungen teilen mit der KDS einen niedrigen Selbstwert, Angst vor Zurückweisung und Gefühle von Wertlosigkeit (APA, 2013). Bei depressiven Störungen lassen sich aber keine zugrundeliegenden Zwangsgedanken und -verhaltensweisen finden (Hartmann et al., 2019).

Die o.g. Differenzialdiagnosen lassen sich häufig auch als komorbide Störungen finden: am häufigsten finden sich depressive Störungen (Punktprävalenz 8%–69%, Lebenszeitprävalenz 41%–82%), Soziale Angststörungen (Punktprävalenz 16%–69%, Lebenszeitprävalenz 12%–54%), Zwangsstörungen (Punktprävalenz 6%–38%, Lebenszeitprävalenz 14%–78%), Essstörungen, vor allem Anorexia Nervosa (Punktprävalenz 4%–19%, Lebenszeitprävalenz 4%–22%) und Substanzmissbrauch-/abhängigkeit (Punktprävalenz 2%–17%, Lebenszeitprävalenz 30%–36%) (Veale & Neziroglu, 2010). Komorbide Persönlichkeitsstörungen treten lebenszeitlich bei 39% der Betroffenen auf, insbesondere vom Cluster C (vermeidende, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung) (z.B. Ruffolo, Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2006).

1.4 Behandlung der KDS

Personen mit KDS kommen in der Regel erst spät in die psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung. Dies liegt zum einen daran, dass die Betroffenen anstelle störungsbezogener fachspezifischer Behandlungen häufig nicht-psychologische/nicht-psychiatrische Behandlungen (u.a. kosmetische oder dermatologische Behandlungen sowie ästhetisch-plastische Operationen) vorziehen, weil sie die Makel direkt verändern möchten; leider führen diese Behandlungen meistens nicht zu einer Abnahme, sondern eher zu einer Zunahme der Symptomatik (z.B. Crerand, Phillips, Menard, & Fay, 2005). Zum anderen berichten Betroffene häufig, dass sie sich für ihre Befürchtungen bzgl. des Aussehens schämen und deshalb keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung aufnehmen (Buhlmann, 2011). Demzufolge bestehen häufig im Erstgespräch bzw. in der ersten Therapiephase konkrete Schwierigkeiten (z.B. fehlende Krankheitseinsicht und mangelnde Motivation, häufig zusätzlich der Wunsch nach aussehensverändernden Maßnahmen, sowie Schamgefühle, die die Selbstöffnung des Patienten erschweren) (Hartmann et al., 2019). Diesen Schwierigkeiten kann man aber gut mit etablierten psychotherapeutischen Standardinterventionen, z.B. Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2013) zur Bearbeitung ambivalenter oder eingeschränkter Therapie-motivation begegnen (Hartmann et al., 2019).

Nach aktuellem Stand der Forschung haben sich sowohl die kognitive Verhaltenstherapie als auch medikamentöse Therapien mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) als

wirksam erwiesen (z.B. Fang & Wilhelm, 2015; Harrison, Fernandez de la Cruz, Enander, Radua, & Mataix-Cols, 2016; Ipser, Sander, & Stein, 2009; Williams, Hadjistavropoulos, & Sharpe, 2006). Insgesamt liefert der aktuelle Forschungsstand vielversprechende Hinweise auf die Effektivität kognitiv-behavioraler Therapien zur Behandlung der KDS, sowohl was die körperdysmorphie als auch eine depressive Begleitsymptomatik betrifft (Hartmann et al., 2019). Mittlerweile sind auch deutschsprachige KVT-Manuale verfügbar (Brunhoeber, 2019; Hartmann et al., 2019).

Es gibt inzwischen eine Vielzahl an Studien, die die Wirksamkeit psychopharmakologischer Behandlungen der KDS überprüft haben, insbesondere SSRIs haben sich als wirksam erwiesen (Williams et al., 2006). Es konnte gezeigt werden, dass die Einnahme von SSRIs sowohl die KDS-Symptomschwere als auch die damit verbundene Belastung und den Grad der Überzeugung über die aussehensbezogenen Annahmen reduzieren kann (z.B. Phillips, Pagano, & Menard, 2006; Phillips & Hollander, 2008). Die Wirksamkeit eines SSRI hängt aber zum einen davon ab, dass die Medikamentendosis im Durchschnitt deutlich höher liegen muss als bei einer Depressionsbehandlung (ähnlich wie bei Zwangsstörungen), z.B. liegt die durchschnittliche tägl. Dosis Citalopram für KDS-Betroffene bei 66 mg (Standardabweichung 36 mg) (Phillips, 2005). Zum anderen muss beachtet werden, dass die Wirkung des Medikamentes bei KDS-Betroffenen (im Vergleich zu depressiven Personen) erst später eintritt, die Wirkung sollte über einen Zeitraum von 12 bis 16 Wochen beobachtet werden, bevor Alternativen in Betracht gezogen werden (z.B. Phillips, 2005; Phillips, Albertini, & Rasmussen, 2002). Rückfälle können durch eine Gabe von Escitalopram (im Vergleich zu einer Placebobedingung) sechs Monate über die Akutphase hinaus vermindert werden (Phillips, Keshaviah, Dougherty, Stout, Menard, & Wilhelm, 2016). Kontrollierte Therapiestudien, die unterschiedliche Ansätze miteinander vergleichen (z.B. KVT vs. SSRIs), stehen aktuell noch aus (Hartmann et al., 2019).

2 Olfaktorische Referenzstörung (ORS)

2.1 Phänomenologie und Epidemiologie der ORS

Die ORS charakterisiert sich durch Sorgen über einen unangenehmen Eigengeruch, der verströmt wird, wobei dieser Geruch von Anderen nicht oder kaum zu riechen ist (Greenberg, Shaw, Reumann, Schwartz, & Wilhelm, 2016; Phillips & Menard, 2011). Falls tatsächlich ein Geruch vorliegt, ist die Besorgnis deutlich disproportional zum Eigengeruch (Stein et al., 2016), so dass man ableiten kann, dass die Diagnose bei deutlich erkennbarem Eigen-

geruch nicht vergeben werden sollte. Eine ORS liegt außerdem auch primär nicht vor, wenn es eine körperliche Ursache für einen starken Eigengeruch (z.B. Mundinfektionen) gibt (Lochner, 2003). Eine deutschsprachige ausführliche Übersichtsarbeit zur Olfaktorischen Referenzstörung inklusive Kasuistik wurde 2017 publiziert (Schmidt, Haiduk & Grochowski, 2017). Die Körperstellen, die angeblich den Geruch verströmen, sind vor allem die Achselhöhlen, der Intimbereich, die Füße und der Mund (Begum & McKenna, 2011; Greenberg et al., 2016; Phillips & Menard, 2011). Manchmal wird aber auch angegeben, der gesamte Körper würde einen Geruch absondern (Bishop, 1980). Die häufigsten Befürchtungen beziehen sich darauf, nach Schweiß, nach Stuhl, nach Ammoniak zu riechen oder Mundgeruch zu haben (Greenberg et al., 2016; Phillips & Menard, 2011). Ähnlich wie bei der KDS sind auch ORS-Betroffene so stark davon überzeugt, dass der befürchtete Geruch der Realität entspricht, dass die Sorgen über den Geruch wahnhaft erscheinen können (z.B. Pryse-Phillips, 1971; Schmidt et al., 2017). Phillips und Menard (2011) fanden in ihrer Untersuchung an 20 Teilnehmenden mit ORS, dass 84,6% der Teilnehmenden völlig von der Annahme überzeugt waren, schlecht zu riechen und nur 7% zumindest mäßige Einsicht in die Übertriebenheit ihrer Befürchtungen zeigten (Phillips & Menard, 2011). In einem Review von 2011, in der 84 Einzelfallvignetten (52 männlichen Geschlechts, 32 weiblichen Geschlechts) verglichen wurden, fanden die Autoren für 57% der Fälle fehlende Einsicht (Begum & McKenna, 2011). In der Online-Studie von Greenberg et al. (2016), die mit 253 Betroffenen derzeit die Studie mit der größten Stichprobe überhaupt ist, zeigten lediglich 18% wenig bis keine Einsicht (Greenberg et al., 2016). Auch Beziehungsideen sind bei Betroffenen recht häufig, z.B. in der Form, dass Betroffene denken, wenn jemand das Fenster öffnet, dann geschähe das wegen ihres Geruchs (Schmidt et al., 2017). Begum und McKenna (2011) fanden Häufigkeiten für Beziehungsideen zwischen 62%–84%, Greenberg et al. (2016) 64,2% (Begum & McKenna, 2011; Greenberg et al., 2016). Häufig wird in Fallberichten auch beschrieben, dass die Betroffenen nicht nur einen Eigengeruch befürchten, sondern ihn auch tatsächlich riechen – also olfaktorische Halluzinationen zu haben scheinen (z.B. Bizamcer, Dubin, & Hayburn, 2008; Jegede et al., 2018). Greenberg et al. (2016) fanden bei den von ihnen untersuchten Betroffenen 59,3%, die den befürchteten Geruch auch tatsächlich wahrnehmen würden (Greenberg et al., 2016). Im Review von Begum und McKenna wird eine Rate von 22% genannt (Begum & McKenna, 2011).

Ein weiteres Kernmerkmal von ORS-Betroffenen sind repetitive Verhaltensweisen, um den befürchteten Geruch zu entfernen oder zu maskieren (z.B. Phillips & Menard, 2011; Schmidt et al., 2017), es kommt also zur Anwendung bestimmter spezi-

fischer Sicherheitsverhaltensweisen. Greenberg et al. (2016) führen an, dass 99,6% ihrer Teilnehmenden angaben, Zwangsrituale auszuführen (Greenberg et al., 2016). Häufig sind dabei duschen, mehrfach die Kleidung wechseln oder (übermäßiger) Gebrauch von Deodorant oder Parfüm (z.B. Greenberg et al., 2016; Schmidt et al., 2017). Auch das Schnuppern an den betroffenen Körperregionen zur Überprüfung, ob diese riechen, oder Rückversicherung bei anderen Personen ist häufig (z.B. Greenberg et al., 2016; Schmidt et al., 2017). Vermeidungsverhalten ist ebenfalls als Regelfall zu beobachten, besonders in sozialen Situationen oder bei der Arbeit, in denen die Betroffenen befürchten ihr Körpergeruch könnte von anderen wahrgenommen werden (z.B. Greenberg et al., 2016; Schmidt et al., 2017). Greenberg et al. (2016) erwähnen Vermeidungsverhalten bei 99,2% der Stichprobe, zum Beispiel setzen sich Betroffene weiter weg von anderen oder wechseln die Straßenseite (Greenberg et al., 2016). Auch die psychosozialen Auswirkungen der ORS sind als profund einzuschätzen: 56% der Befragten berichteten, dass die geruchsbezogenen Befürchtungen eines ihrer größten oder sogar das größte Problem für sie seien (Greenberg et al., 2016). Die Teilnehmenden gaben aufgrund ihrer Befürchtungen signifikante Einschränkungen im sozialen Funktionieren und bei der Arbeit an (Greenberg et al., 2016). Zur Erhebung benutzen die Autoren die Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002), der Mittelwert der WSAS lag bei ORS-Betroffenen bei 26,88 ($SD=7,72$), und war damit höher als die in der Literatur berichteten Mittelwerte von depressiven Patient*innen ($M=24,8$, $SD=7,3$) oder Zwangspatient*innen ($M=20,4$, $SD=7,7$) (Greenberg et al., 2016). In der Studie von Phillips und Menard (2011) fühlten sich 40% der Betroffenen aufgrund der ORS-Symptomatik für mindestens eine Woche nicht in der Lage, das Haus zu verlassen (Phillips & Menard, 2011). Prazeres et al. (2010) geben an, dass 64,3% der ORS-Betroffenen Suizidgedanken haben und 21,4% einen Suizidversuch unternommen haben (Prazeres et al., 2010). Pryse-Phillips (1971), der erstmals die ORS empirisch untersuchte, fand bei 43% der Personen mit ORS Suizidgedanken oder -versuche (Pryse-Phillips, 1971).

Wie häufig die Störung vorkommt, ist bislang erst in drei Studien untersucht worden. Eine Studie aus Großbritannien erhob ORS-Symptome an Patient*innen in einem Londoner Krankenhaus, gefunden wurde eine Punktprävalenz von 0,5% (Marks & Mishan, 1988). In einer Erhebung an japanischen Studierenden ergab sich eine Punktprävalenz von 2,1% (Kasahara & Kenji, 1971). Eine neuere chinesische Studie ergab eine Punktprävalenz von ca. 2% bei chinesischen Studierenden (Zhou, Schneider, Cepeda, & Storch, 2018). Zwei eigene Online-Erhebungen im Rahmen von Bachelorarbeiten ($N=173$ und $N=309$) ergaben Punktprävalenzen von 6,4% bzw. 6,5% (Gerlach, 2013; Spanger, 2016). Die Opera-

tionalisierung dieser beiden Studien muss kritisch diskutiert werden (u.a. das Format der Online-Erhebung, das Symptomatiken abfragt, aber keine klinischen Diagnosen zulässt), so dass eher davon auszugehen ist, dass die Punktprävalenzen der beiden Bachelorarbeiten als deutlich zu hoch anzusehen sind. Dennoch zeigen diese beiden Erhebungen, dass zumindest Sorgen um den eigenen Körpergeruch nicht selten vorkommen, auch wenn evtl. kein klinisches Bild vorliegt. In Mundgeruchsprechstunden wurden Prävalenzen von 12%–27% bei den Personen gefunden, die befürchten, einen unangenehmen Mundgeruch zu verbreiten (Nagel, Lutz & Fillippi, 2006; Quirynen, Dadamio, van den Velde, et al., 2009). Über das Geschlechterverhältnis ist wenig bekannt. Greenberg et al. (2016) berichteten in ihrer Studie 66,8% männliche, 32,8% weibliche Teilnehmende und 0,4% Teilnehmende mit sonstigem Geschlecht (Greenberg et al., 2016). Bei Phillips und Menard (2011) haben mehr Frauen (60%) als Männer (40%) teilgenommen (Phillips & Menard, 2011).

Laut Greenberg et al. (2016) waren 54% ihrer Studienteilnehmenden von einem chronischen Verlauf betroffen (Greenberg et al., 2016), Phillips und Menard (2011) gaben an, dass Betroffene vor der Untersuchung im Schnitt bereits 16,6 Jahre (SD=15,5) lang an der Störung gelitten hätten (Phillips & Menard, 2011). Auch über den Beginn der Störung existieren bislang wenig gesicherte Erkenntnisse. Die Untersuchung von Greenberg et al. (2016) proklamiert, dass die Betroffenen typischerweise angegeben hätten, dass sich die Symptome während des frühen Erwachsenenalters entwickelt hätten und fanden ein mittleres Erkrankungsalter von 21,1 Jahren (Greenberg et al., 2016). In der Studie von Phillips und Menard begann ORS üblicherweise während der Adoleszenz, wobei 2/3 der Betroffenen eine Erkrankung vor dem 18. Lebensjahr angegeben haben (Phillips & Menard, 2011). Im Review von Begum und McKenna (2011) wird ein mittleres Ersterkrankungsalter von 21 Jahren berichtet, allerdings lag bei 58% der Fälle das Erkrankungsalter vor dem 20. Lebensjahr (Begum & McKenna, 2011).

2.2 Klassifikation der ORS

Auch hier handelt es sich um eine Störung, die bereits seit mehr als 100 Jahren beschrieben wird. Erstmals empirisch untersuchte Pryse-Phillips (1971) das Phänomen und betitelte es mit den Namen "Olfaktorisches Referenzssyndrom" (Pryse-Phillips, 1971). Dennoch hat die ORS bislang noch keinen Eingang in die Klassifikationssysteme als distinkte Störung gefunden. Vor der jüngsten Revision des DSM wurde gründlich diskutiert, die ORS als eigenständige Störung (noch unter der Bezeichnung "Olfaktorisches Referenzsyndrom") mit in das DSM-5 aufzunehmen. Die seinerzeit von der DSM-5 Task Force (Arbeitsgruppe „Anxiety, Obses-

sive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders“) diskutierten diagnostischen Kriterien lauteten: "A. Preoccupation with the belief that one emits a foul or offensive body odor although this odor is not perceived by others, B. At some point during the course of the disorder, the person has performed repetitive behaviors (e.g., washing body, changing clothes) or mental acts (e.g. comparing their body odor with that of others) in response to the odor concerns, C. The preoccupation causes clinically significant distress (for example, depressed mood, anxiety, shame) or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, D. The preoccupations are not due to a general medical condition, E. The preoccupations are not restricted to the symptoms of another mental disorder (e.g., the delusions of Schizophrenia or another Psychotic Disorder)" (APA, 2011). Letztendlich wurde sich aber dafür entschieden, ORS nicht in das DSM-5 aufzunehmen, es findet aber Erwähnung unter den „anderen näher bezeichneten Zwangsstörungen und verwandten Störungen“ (APA, 2013). Dort wird sie als Synonym einer kulturgebundenen Störung "Jikoshu-kyofu" benannt, eine Störung, bei der Betroffene der Überzeugung sind, einen unangenehmen Körpergeruch zu verbreiten (APA, 2013). Kulturgebunden darum, weil "Jikoshu-kyofu" eine Unterkategorie des Japanischen "Taijin Kyofusho" ist, eine Störung, die Aspekte verschiedener westlicher Störungsbilder (Soziale Angststörung, KDS und ORS) (APA, 2013; Schmidt et al., 2017; Suzuki, Takei, Kawai, Minabe, & Mori, 2003) zu einem Ganzen zusammenfasst.

Nach ICD-10 ist es bislang nur möglich, ein wahnhaftes Erscheinungsbild der ORS zu klassifizieren, und zwar (analog der wahnhaften Form der KDS) als sonstige anhaltende wahnhaftige Störung (F22.8; WHO, 1992). Nach der Verabschiedung des ICD-11 im Mai 2019 steht nun aber fest, dass die ORS Eingang in die ICD-11 erhält, subsummiert unter die Zwangsspektrumstörungen (WHO, 2019), hier wird jetzt auch die Bezeichnung „Olfaktorische Referenzstörung“ offiziell eingeführt. Die veränderte Begrifflichkeit (vom „Syndrom“ zur „Störung“) akzentuiert dabei die Annahme, dass es sich bei ORS nicht um ein bloßes Syndrom einer anderen, bereits bekannten Störung handelt (Veale & Matsunaga, 2014). Folgende Beschreibung des ORS wird für die ICD-11 gegeben: "Olfactory Reference Disorder is characterized by persistent preoccupation with the belief that one is emitting a perceived foul or offensive body odour or breath that is either unnoticeable or only slightly noticeable to others. Individuals experience excessive self-consciousness about the perceived odour, often with ideas of reference (i.e., the conviction that people are taking notice, judging, or talking about the odour). In response to their preoccupation, individuals engage in repetitive and excessive behaviours such as repeatedly checking for body odour or checking the perceived source of the smell, or repeatedly seeking

reassurance, excessive attempts to camouflage, alter, or prevent the perceived odour, or marked avoidance of social situations or triggers that increase distress about the perceived foul or offensive odour. The symptoms are sufficiently severe to result in significant distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning" (WHO, 2019). Ferner kann dann spezifiziert werden, ob eine angemessene bis gute, oder aber eine schlechte bis fehlende Einsicht vorliegt (WHO, 2019).

2.3 Differenzialdiagnostik und Komorbiditäten der ORS

Aufgrund der derzeit noch mangelnden Studienlage zur ORS existieren momentan noch keine empirisch abgesicherten Vorschläge, wie ORS von anderen Störungen abzugrenzen ist. Aber aufgrund der phänomenologischen Beschreibungen der Störung lassen sich dennoch Ableitungen treffen (Schmidt, 2019). Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung der ORS zu Psychotischen/Wahnhaften Störungen, KDS, Zwangs-, Sozialen Angst- und Hypochondrischen Störungen bietet sich an (Schmidt, 2019). Mit den Psychotischen/Wahnhaften Störungen sind Bindeglieder die feststehenden (wahnhaften) Überzeugungen, das Beziehungsdenken sowie ggf. Halluzinationen. Hier muss man die Inhalte der Überzeugungen und Halluzinationen betrachten: beim ORS beziehen sich laut dem Review von Begum und McKenna (2011) Inhalte sowohl der wahnhaften Überzeugungen als auch der Beziehungsideen und Halluzinationen ausschließlich auf den Geruch, keine Person aus den Fallvignetten bezog zum Beispiel Nachrichten aus der Zeitung oder dem Fernsehen auf sich, wie es bei den originär psychotischen Störungen häufig der Fall ist (Begum & McKenna, 2011). Im Rahmen von Schizophrenie werden (im Unterschied zur ORS) auch eher Gerüche beschrieben, die in der Umgebung des Betroffenen festzustellen sind und keinen Bezug zum eigenen Körper haben (Pryse-Phillips, 1971; Schmidt, 2019). Demzufolge finden sich bei Schizophrenien in der Regel auch keine kompensatorischen Sicherheitsverhaltensweisen, wenn der Geruch nicht dem eigenen Körper zuzuordnen ist (Pryse-Phillips, 1971, Schmidt, 2019). Lochner und Stein (2003) vermuten, dass die Einsichtsfähigkeit bei ORS in einem Kontinuum verläuft und in Zeiten einer wahnhaften Erscheinungsform auch Halluzinationen erlebt werden können (Lochner & Stein, 2003). Dass die ORS und die KDS viel zu verbinden scheint, zeigt sich u.a. daran, dass beide Störungen in der ICD-11 ähnlich konzeptualisiert sind, das einzige unterscheidende Kriterium ist die Art des Makels (Aussehen versus Geruch; WHO, 2019). Das ist auch die wichtigste differenzialdiagnostische Überlegung: wie sind die Inhalte der Überzeugungen, und

warum wird ein bestimmtes Sicherheitsverhalten ausgeführt – soll das Aussehen beeinflusst werden, oder der Körpergeruch? Intrusive Gedanken und repetitive Verhaltensweisen sind die Verbindung zu den Zwangsstörungen, hier sollte auf die Inhalte der intrusiven Gedanken fokussiert werden: soll mit bestimmten Ritualen der eigene Geruch beeinflusst werden, oder soll z.B. im Rahmen eines Waschzwanges einer Kontamination vorgebeugt werden (Schmidt, 2019)? Zusätzlich haben Zwangsbetroffene (häufig im Unterschied zu ORS-Betroffenen) in der Regel die Einsicht, dass zumindest ein Zwangsgedanke/-handlung übertrieben oder unsinnig ist (WHO, 1991). Mit der Sozialen Angststörung verbindet die ORS die Angst vor und die Vermeidung von sozialen Situationen aufgrund der Angst vor negativer Bewertung und Zurückweisung – die differenzierende Frage ist, ob Bewertungsängste aufgrund des Geruchs bestehen versus aufgrund des Verhaltens (Schmidt, 2019). Personen mit sozialer Angststörung haben dennoch u.a. auch häufig Angst, durch starkes Schwitzen aufzufallen, während ORS-Betroffene oft unter der Befürchtung leiden nach Schweiß zu riechen. (Lochner & Stein, 2003). Dennoch scheint es bei der sozialen Angststörung eher um die Sichtbarkeit des Schweißes (z.B. Flecken unter den Achseln) zu gehen (Feusner, Phillips, & Stein, 2010) und bei ORS um den Schweißgeruch an sich (Schmidt, 2019). Bei der sozialen Angststörung treten regulär auch keine repetitiven Verhaltensweisen auf (Tada & Kojima, 2002). Der Hypochondrie und der ORS ist gemein, dass bei beiden Störungen Betroffene häufig ihren Körper nach Symptomen absuchen, sich vermehrt in ärztliche Behandlung begeben, allerdings negative ärztliche Befunde die Sorgen (wenn überhaupt) nur kurzfristig bessern können (Schmidt, 2019; Schwind, Rohrmann, Bechtoldt & Weck, 2014). Bei Personen mit ORS ist jedoch zentral, dass sie all diese Dinge nicht aus Angst vor einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung tun, sondern weil sie vermuten, dass eine körperliche Abweichung vorliegt, die den Geruch erklären könnte, und diese ggf. durch ärztliche Diagnostik und Behandlung behoben werden könnte (Schmidt, 2019).

An Komorbiditäten berichten Greenberg et al. (2016), dass die Teilnehmenden signifikante Angst- und depressive Symptome angegeben haben, weitere Symptome wurden innerhalb dieser Studie nicht exploriert (Greenberg et al., 2016). In der Studie von Phillips und Menard (2011) litten 95% der Betroffenen an einer affektiven Störung, meistens an Depressionen (85%), 15% an einer psychotischen Störung, 50% an einer durch Substanzen bedingten Störung, 80% an einer Angststörung (hier am prominentesten die Soziale Angststörung mit 65%), keine Person an einer Somatoformen Störung und 5% an einer Essstörung (Phillips & Menard, 2011). Begum und McKenna kommen in ihrem Review zum Schluss, dass bei 39% der im Review eingeschlossenen Fälle depressive Stimmung vorlag und

bei 42% Ängste im weiteren Sinne (Begum & McKenna, 2011). In einer brasilianischen Studie mit 14 Betroffenen wiesen 71,4% komorbid eine Depression und 50% eine Zwangsstörung auf (Prazeres et al., 2010). Weitere häufig berichtete Komorbiditäten sind Soziale Angststörung (Lochner & Stein, 2003), Substanzmissbrauch (Luckhaus, Jacob, Zielasek, & Sand, 2009) und KDS (Phillips et al., 2005).

2.4 Behandlung der ORS

Zur Behandlung der ORS existieren bislang keine randomisiert-kontrollierten Therapiestudien, es wurden jedoch einige Kasuistiken veröffentlicht, in denen die Betroffenen medikamentöse und/oder Psychotherapie (teilweise parallel) erhielten. Wie bei KDS kommen auch die Personen mit ORS erst spät in die psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung, in der Studie von Prazeres et al. (2010) erst 14 Jahre nach Störungsbeginn. Auch hier liegt das mit daran, dass Betroffene zunächst nicht psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen favorisieren, in der Hoffnung, eine ärztliche Behandlung könnte den Geruch beseitigen (Greenberg, Berman, Braddick, Schwartz, Mothi, & Wilhelm, 2017). Nicht-psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen lindern jedoch nicht die Symptome und können auch zu einer Exazerbation führen (Miranda-Sivelo, Bajo-Del Pozo, & Fructuoso-Castellar, 2013; Phillips & Menard, 2011). Greenberg et al. (2017) haben Inanspruchnahmeverhalten und Behandlungsbarrieren bei ORS-Betroffenen näher exploriert und kamen ebenfalls zu der Erkenntnis, dass 44% der Befragten primär Fachärzt*innen aufsuchen, nur 14% suchten psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung auf (Greenberg et al., 2017). Als Behandlungsbarrieren definierten die Autor*innen 1. logistische und finanzielle Barrieren (z.B. „Ich habe mir Sorgen gemacht, was es wohl kosten würde“), 2. Barrieren aufgrund von Stigma, Scham und Benachteiligung (z.B. „Ich schämte mich wegen meiner Probleme“) und 3. Barrieren, die sich um die Einstellungen und die Zufriedenheit mit Behandlungen drehen (z.B. „Ich glaubte nicht, dass Behandlung helfen könnte“) (Greenberg et al., 2017). Von den Befragten gaben 92,1% logistische und finanzielle Barrieren an, 91,3% Barrieren aufgrund von Stigma, Scham und Benachteiligung, und 79,8% Barrieren, die mit Einstellungen und die Zufriedenheit mit Behandlungen zusammenhängen (Greenberg et al., 2016). Besonders eine erhöhte Scham (berichtet von 55,7% der Teilnehmenden) scheint eine Kontaktaufnahme zu erschweren (Greenberg et al., 2017). Es gibt leider noch keine Studien, ob auch bei ORS im Erstgespräch oder in der ersten Therapiephase mit Schwierigkeiten zu rechnen ist. Aber wenn man auf die Behandlungsbarrieren fokussiert und die Affinität der Betroffenen, primär nicht psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen,

mit in Betracht zieht, ist vermutlich eher damit zu rechnen, dass auch diese Patient*innengruppe eines besonderen Motivationsaufbaus bedarf.

Begum & McKenna (2011) konnten in ihr Review Ergebnisdaten für 76 Kasuistiken ermitteln, mit Follow-up-Perioden zwischen zwei Wochen bis zu 10 Jahren (im Schnitt 21 Monate) (Begum & McKenna, 2011). Von den Fällen wurden 30% als remittiert beschrieben, 37% als gebessert und 33% als nicht gebessert oder verschlechtert (Begum & McKenna, 2015). Im Review wird berichtet, dass 78% der Patient*innen von Psychotherapie profitierten, darunter verschiedene therapeutische Modalitäten, hauptsächlich aber kognitive Verhaltenstherapie (Begum & McKenna, 2011). Dennoch ist die Forschungslage noch nicht ausreichend, um gesicherte Aussagen treffen zu können, welche Therapieform geeignet ist (Einzel- versus Gruppentherapie), welche Therapieschule oder wie lang eine Psychotherapie dauern sollte (Thomas, du Plessis, Chiliza, Lochner, & Stein, 2015). Es existieren auch noch keinerlei Behandlungsmanuale.

Neben Psychotherapie wurde in diversen Einzelfallstudien auch untersucht, ob und ggf. welche psychopharmakologischen Behandlungen zu einer Symptomverbesserung führen können, ebenfalls zusammengefasst in zwei Reviews (Begum & McKenna, 2011; Thomas et al., 2015). Am häufigsten wurden Antidepressiva oder Neuroleptika eingesetzt, teilweise auch in Kombination (Begum & McKenna, 2011; Thomas et al., 2015). Bei den Antidepressiva finden sich Berichte über den Einsatz von Trizyklika, Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram und Sertralin – die Ergebnisse sind jedoch widersprüchlich, die Studien schwer vergleichbar, und darüber hinaus fand häufig eine Kombination mit anderen Psychopharmaka und/oder Psychotherapie statt, warum die Wirksamkeit schwer einschätzbar ist (Begum & McKenna; Thomas et al., 2015). Ein ähnliches Bild ergibt sich für Neuroleptika: Begum und McKenna (2011) fanden, dass 33% der Patient*innen nach der alleinigen Gabe von Neuroleptika gebessert waren, im Vergleich zu 55% Besserung bei der alleinigen Gabe von Antidepressiva (Begum & McKenna, 2011). Neuroleptika scheinen insgesamt weniger erfolgversprechend zu sein, als Antidepressiva, mit einer Erfolgsquote zwischen 10%–50% (Phillips & Castle, 2007; Schmidt, 2019). Aber auch in Bezug auf die Verabreichung von Psychopharmaka ist die Studienlage noch zu dünn, um belastbare Aussagen treffen zu können (Thomas et al., 2015).

3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von KDS und ORS

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Störungen leiten sich vorwiegend aus klinischen Beobachtungen ab und wurden besonders im Rahmen der Revisionen von DSM und ICD diskutiert

(z.B. Feusner et al., 2010; Veale & Matsunaga, 2014). Dass zwischen beiden Störungen phänomenologisch große Überlappungen bestehen, zeigt sich auch an der Neukonzeptualisierung in der ICD-11, wo sich beide Störungen nur durch die Art des empfundenen Makels (Aussehen versus Geruch) unterscheiden (WHO, 2019). An empirischen Studien, die beide Störungen direkt miteinander vergleichen, liegt bis heute nur eine Querschnittsuntersuchung vor, die sich auf den Vergleich sozialer Ängste, wahnhafter Symptome, körperbezogener Emotionen und interpersoneller Probleme bei je $n = 21$ Personen mit KDS, ORS und einer psychisch gesunden Vergleichsgruppe fokussiert (Schmidt & Grocholewski, 2018). In dieser Untersuchung wurden Gruppenunterschiede hinsichtlich sozialphobischer und wahnhafter Symptome, körperbezogener Emotionen und interpersoneller Probleme gefunden (Schmidt & Grocholewski, 2018). Zwischen den beiden klinischen Gruppen fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich sozialer Ängste (jedoch signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe); die KDS-Gruppe unterschied sich hinsichtlich wahnhafter Symptome bedeutsam von der Kontrollgruppe, aber nicht von der

ORS-Gruppe; diese unterschied sich hingegen nicht bedeutsam von der Kontrollgruppe (Schmidt & Grocholewski, 2018). An körperbezogenen Emotionen zeigte die KDS-Gruppe signifikant geringere Werte als die beiden anderen Gruppen für „Interesse“ und „Freude“ gegenüber ihrem Körper, und stattdessen signifikant höhere Werte bei „Trauer“, „Wut“, „Ekel“, „Verachtung“, „Angst“ und „Scham“; ORS-Gruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht in ihren auf den Körper bezogenen Emotionen (Schmidt & Grocholewski, 2018). Im Vergleich zur KDS-Gruppe berichteten ORS-Betroffene häufiger von positiven körperbezogenen Emotionen (Schmidt & Grocholewski, 2018). Bezogen auf interaktionelle Probleme konnten zwischen ORS- und Kontrollgruppe keine bedeutsamen Unterschiede festgestellt werden, die KDS-Gruppe unterschied sich jedoch signifikant von der Vergleichsgruppe hinsichtlich eines abweisend-kalten und eines introvertiert-vermeidenden Interaktionsstils (Schmidt & Grocholewski, 2018).

Tabelle 1 stellt Gemeinsamkeiten (störungsübergreifende Anteile) und Unterschiede (störungsspezifische Anteile) von KDS und ORS zusammenfassend dar.

Tabelle 1

Störungsspezifische und störungsübergreifende Anteile der Körperdysmorphie Störung und der Olfaktorischen Referenzstörung

Störungsspezifisch KDS	Störungsübergreifende Anteile	Störungsspezifisch ORS
Sorge, hässlich oder entstellt zu sein	Angst vor und/ oder Vermeidung von sozialen Situationen, Angst vor Bewertung und Zurückweisung durch Andere	Sorge, einen unangenehmen Geruch zu verbreiten
	Makel von außen nicht objektivierbar	
	Wahnhafte Überzeugungen häufig	
Nur auf aussehensrelevante Aspekte bezogen (z.B. jemand spricht abfällig über das Aussehen)	Beziehungsideen	Nur auf geruchsrelevante Aspekte bezogen (z.B. jemand öffnet das Fenster wegen des vermeintlich schlechten Geruchs)
		Olfaktorische Halluzinationen häufiger beschrieben
Aufgrund des Aussehens	Schamgefühle	Aufgrund des vermeintlichen Eigengeruchs
Manipulation/ Verbergen des Aussehens	Repetitive Denk- und Sicherheitsverhaltensweisen	Manipulation/ Überdecken des Geruchs
z.B. Spiegel/ reflektierende Oberflächen	Vermeidungsverhalten (soziale Situationen und Auslöser für erhöhten Stress wegen der Befürchtungen)	
	Hohe Rate an Suizidgedanken/ -versuchen	
	Starke soziale und berufliche Einschränkungen	
Punktprävalenz in der Allgemeinbevölkerung ca. 2%		Prävalenz unbekannt
	Chronischer Verlauf	
Störungsbeginn in der Adoleszenz		Keine gesicherten Befunde hinsichtlich Störungsbeginn, vermutlich im frühen Erwachsenenalter
Komorbidität mit Essstörungen und Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen	Komorbidität mit Depressionen, Sozialer Angststörung, Zwangsstörung, Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit	Komorbidität mit KDS
Zur Korrektur des Aussehens, z.B. medizinisch kosmetische Behandlungen	Hohe Inanspruchnahme nicht-psychiatrischer/ psychotherapeutischer Maßnahmen	Zur Abklärung von medizinischen Befunden, die den Geruch erklären und ggf. beseitigen könnten
Kognitive Verhaltenstherapie besonders gut belegt	Wirksamkeit von Psychotherapie	Bisher nur in Einzelfallstudien nachgewiesen; keine gesicherten Aussagen über Therapieart/-form möglich
Wirksamkeit von SSRI besonders gut belegt; Dosierungshinweise existent	Wirksamkeit von Antidepressiva	Bisher nur in Einzelfallstudien nachgewiesen; keine gesicherten Aussagen möglich

Anmerkung: KDS= Körperdysmorphie Störung, ORS= Olfaktorische Referenzstörung

4 Zusammenfassung und Ausblick

Wir haben es sowohl bei der KDS als auch bei der ORS mit zwei psychischen Störungen zu tun, die im Vergleich zu anderen Störungsbildern sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung unterrepräsentiert sind. Insbesondere für die ORS ist es derzeit noch kaum möglich, empirisch gesicherte Erkenntnisse abzuleiten.

Für die KDS hat sich im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte die Forschungslage glücklicherweise verdichtet, und auch in Deutschland befassen sich nun verschiedene Forschergruppen mit der KDS. 2016 wurde das wissenschaftliche Netzwerk Körperdysmorphie Störung (KDS-Net) ins Leben gerufen; in diesem Netzwerk sind sieben Forscherinnen aus Deutschland vertreten. Unter Einbezug renommierter deutscher und europäischer Forscher*innen als Gäste soll das KDS-Net zu einer stärkeren deutschen und europäischen Vernetzung des Forschungsbereichs führen. Daneben sollen bereits vorhandene Versorgungsstrukturen vereinheitlicht, gestärkt und verbessert und das bisher noch nicht ausreichend bekannte Störungsbild in den Blick der deutschen Öffentlichkeit gerückt werden. Ein erster Schritt, diese Störung mehr ins Bewusstsein von Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden zu rücken, wurde bereits unternommen; seit Oktober 2018 existiert eine Internetseite, die Informationen unter <http://www.kds-net.com/> bereitstellt. Die Unterrepräsentation der KDS in der klinischen Praxis kann durch verschiedene Faktoren erklärt werden. Zum einen sind scheinbar Behandelnde mit dieser Störung noch nicht ausreichend vertraut, zum anderen waren Fragen zur KDS in den DSM-IV-Versionen der strukturierten Diagnostischen Interviews noch nicht enthalten (in den DSM-5-Versionen sehr wohl), so dass es nicht zu routinemäßigen Abfragen kam; das heißt, die KDS wird oftmals nicht adäquat erkannt bzw. fehldiagnostiziert (Buhlmann, 2011; Hartmann et al., 2019). Hinzu kommt noch, dass die Betroffenen mit ihren Beschwerden primär nicht ins psychiatrische/psychotherapeutische Setting kommen, sondern zunächst Behandlungsmaßnahmen nachsuchen, die direkt am Makel ansetzen (z.B. Crerand et al., 2005). Scham ist auch der häufigste Grund, warum Betroffene keine fachlich adäquate Behandlung in Anspruch nehmen, gefolgt von der Überzeugung, dass niemand die aussehensbezogenen Probleme verstehen könnte oder dass sie noch nicht bereit zu einer Psychotherapie seien (Buhlmann, 2011). Hier steht noch viel Investition bevor, die Behandlungsbarrieren zu senken, damit sich mehr der Betroffenen in eine Psychotherapie engagieren können (Buhlmann, 2011). Ein erfolversprechender erster Schritt könnten zum Beispiel internetbasierte Therapien sein. In Schweden wurde eine 12-wöchige therapeut*innengeleitete, internetbasierte KVT als einfach verblindete, randomisiert-kontrollierte

Studie durchgeführt, mit dem Ergebnis, dass diese Interventionsform von den Betroffenen gut akzeptiert wurde und zu einer signifikanten Reduktion der KDS-Symptomatik führte (Enander et al., 2016). Die Forschergruppe proklamiert die Nützlichkeit der Internettherapie in einem Ansatz der stufenweisen Versorgung für Betroffene mit leichter bis mittlerer Symptomausprägung und einem geringen Suizidrisiko (Enander et al., 2016). Bei einer Zwei-Jahres-Follow-up-Untersuchung zeigten sich die durch die Internettherapie erzielten Effekte im Konsens stabil (Enander et al., 2019).

Im Bezug auf die ORS steckt die Forschung sprichwörtlich noch in den Kinderschuhen. Überwiegend besteht die Forschungslandschaft aus qualitativen Einzelfallstudien; publizierte empirische Studien, in denen mehr als 25 ORS-Betroffene (versus einzelne ORS-Symptome) untersucht wurden, sind sehr überschaubar, z.B. die erste systematische Untersuchung überhaupt mit N= 36 (Pryse-Phillips, 1971), eine japanische mit N= 38 (Yamada, Shigemoto, Kashiwamura, Nakamura, & Ota, 1977), eine nigerianische mit N= 32 (Iwu & Akpata, 1990), eine deutsche mit N= 30 (Schmidt & Grocholewski, 2019) sowie die großangelegte Online-Untersuchung mit N= 253 Teilnehmenden von Greenberg et al. aus dem Jahr 2010. Diese konnte bereits drei wertvolle Publikationen hervorbringen, die Informationen über klinische Merkmale, Behandlungsbarrieren sowie egozentrische und allozentrische Ängste anhand dieser großen Stichprobe bereitstellen konnten (Greenberg et al., 2016; Greenberg et al., 2017; Greenberg, Weingarden, & Wilhelm, 2018). Wir finden außerdem einen eklatanten Mangel an Grundlagenstudien (die sich z.B. mit den Mechanismen der Störung beschäftigen) oder (quasi-)experimentellen Untersuchungen: hierzu gibt es bislang eine einzige Publikation mit einem N = 9 (Sofko et al. 2020). Eine weitere Grundlagenstudie mit 37 ORS-Betroffenen findet derzeit in Deutschland statt, wobei Publikationen noch ausstehen. Wie bei KDS kann sich hier die Unterrepräsentation in der klinischen Praxis besonders durch die Unkenntnis über das Störungsbild begründen (Schmidt et al., 2017); bis heute wird auch weder eine ORS-Symptomatik durch strukturierte diagnostische Interviews abgefragt, noch existieren für den deutschsprachigen Raum validierte Selbstberichtsmaße. Analog der KDS finden wir die Patient*innen primär in anderen Behandlungskontexten, weil sie Hoffnung haben, sich durch gezielte medizinische Maßnahmen des Geruchs entledigen zu können (Greenberg et al., 2017). Zusammen mit den in der Empirie geschilderten Behandlungsbarrieren, insbesondere Scham (Greenberg et al., 2017), führt das dazu, dass wir die Betroffenen im psychiatrischen/psychotherapeutischen Setting wenig ausmachen können. Für Psychotherapie mit ORS-Betroffenen gibt es kaum sichere Erkenntnisse, die helfen, das therapeutische Handeln an die Bedürfnisse der ORS-Betroffenen anzupassen, Be-

handelnde sind dazu angehalten, ihr Wissen flexibel anzupassen und sensibel auf schambesetzte Themen einzugehen (Schmidt et al., 2017).

Fazit: Sowohl für die KDS als auch die ORS ist es wichtig, sowohl die Forschung zu intensivieren als auch die beiden Störungen tiefer in das Bewusstsein der Behandelnden zu bringen, damit sie im klinischen Behandlungskontext nicht „übersehen“ werden. Bei beiden Störungen handelt es sich um stark sozial und beruflich beeinträchtigende Störungen mit chronischem Verlauf und einer hohen Rate an Suizidgedanken und -handlungen, bei denen ein Übersehen negative Implikationen mit sich bringen kann. Außerdem müssen Behandlungsbarrieren noch weiter gesenkt werden, so dass Betroffene ggf. auch niedrigschwelliger psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen können.

Literatur

- American Psychiatric Association (Eds.) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, -revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (Eds.) (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (Eds.) (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2011). *DSM-5 Development*. gefunden am 30.09.2011 unter <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=400>
- Begum, M. & McKenna, P.J. (2011). Olfactory reference syndrome. A systematic review of the world literature. *Psychological Medicine*, 41 (3), 453–461.
- Bishop, E.R., JR. (1980). An olfactory reference syndrome – monosymptomatic hypochondriasis. *The Journal of clinical psychiatry*, 41 (2), 57–59.
- Bizamcer, A.N., Dubin, W.R., & Hayburn, B. (2008). Olfactory Reference Syndrome. *Psychosomatics*, 49(1), 77–81.
- Bjornsson, A.S., Didie, E.R., Grant, J.E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K.A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry* 54:893–903.
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B. & Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: A population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108–115.
- Brunhoeber, S. (2019). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung: ein Therapiemanual (2., überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Buhlmann, U. (2011). Treatment barriers for individuals with body dysmorphic disorder: An internet survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 268–271.
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J.M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2020). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research*, 178, 171–175.
- Chung, B. (2001). Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspectives in Biology and Medicine*, 44, 565–574.
- Coles, M.E., Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., et al. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety*, 23, 26–33.
- Craig Roberts, S., Little, A.C., Lyndon, A., Roberts, J., Havlicek, J. & Wright, R.L. (2009). Manipulation of body odour alters men's self-confidence and judgements of their visual attractiveness by women. *International journal of cosmetic science*, 31 (1), 47–54.
- Crerand, C.E., Phillips, K.A., Menard, W. & Fay, C. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 549–555.
- Croy, I., Frackowiak, T., Hummel, T. & Sorokowska, A. (2017). Babies smell wonderful to their parents, teenagers do not: An exploratory questionnaire study on children's age and personal odor ratings in a Polish sample. *Chemosensory perception*, 10 (3), 81–87.
- Enander, J., Ljótsson, B., Anderhell, L., Runeborg, M., Flygare, O., Cottmann, O., Andersson, E., Dahlén, S., Lichtenstein, L., Ivanov, V.Z., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2019). Long-term outcome of therapist-guided internet-based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder (BDD-NET): a naturalistic 2-year followup after a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9, e024307.
- Enander, J., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Lichtenstein, L., Alström, K., Andersson, G., Ljótsson, B., & Rück, C. (2016). Therapist-guided internet-based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: single blind randomized controlled trial. *BMJ Open*, 352, i241.
- Fang, A. & Hofmann, S.G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 1040–1048.
- Fang, A. & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 187–212.
- Feusner, J.D., Phillips, K.A. & Stein, D.J. (2010). Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27 (6), 592–599.
- Gerlach, C. (2013). *Epidemiologie des Olfaktorischen Referenzsyndroms*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Technische Universität Braunschweig.

- Greenberg, J.L., Shaw, A.M., Reuman, L., Schwartz, R. & Wilhelm, S. (2016). Clinical features of olfactory reference syndrome: An internet-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 80, 11–16.
- Greenberg, J.L., Berman, N.C., Braddick, V., Schwartz, R., Mothi, S.S., & Wilhelm, S. (2017). Treatment utilization and barriers to treatment among individuals with Olfactory Reference Syndrome (ORS). *Journal of Psychosomatic Research*, 105, 31–36.
- Greenberg, J.L., Weingarden, H., & Wilhelm, S. (2018). Egocentric and allocentric fears in olfactory reference syndrome. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16, 72–75.
- Grocholewski, A., Kliem, S. & Heinrichs, N. (2013). Möglichkeiten zur klinischen Differenzierung von körperdysmorpher Störung und sozialer Angststörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(3), 163–171.
- Harrison, A., de la Cruz, L.F., Enander, J., Radua, J. & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43–51.
- Hartmann, A. S., Grocholewski, A. & Buhlmann, U. (2019). *Körperdysmorphie Störung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, A.S., Thomas, J.J., Greenberg, J.L., Elliott, C.M., Matheny, N.L. & Wilhelm, S. (2015). Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: a comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body Image*, 14, 77–84.
- Hartmann, A.S., Thomas, J.J., Wilson A. C., & Wilhelm, S. (2013). Delusional ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 33(5), 675–685.
- Herz, R.S. (2011). Perfume. In J.A. Gottfried (Ed.). *Neurobiology of Sensation and Reward* (pp. 371–390). Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2021). ISAPS Global Statistics. Gefunden am 06.10.2021 auf <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>.
- Ipsen, J.C., Sander, C. & Stein, D.J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Gefunden am 03.09.2009 auf <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005332.pub2>
- Iwu, C.O., & Akpata, O. (1990). Delusional halitosis. Review of the literature and analysis of 32 cases. *British Dental Journal*, 168, 294–296.
- Jegade, O., Virk, I., Cherukupally, K., Germain, W., Fouron, P., Olupona, T., & Jolayemi, A. (2018). Olfactory Reference Syndrome with Suicidal Attempt Treated with Pimozide and Fluvoxamine. *Case Reports in Psychiatry*, Volume 2018 | Article ID 7876497.
- Kasahara, Y. & Kenji, S. (1971). Ereuthophobia and allied conditions: A contribution toward the psychopathological and crosscultural study of a borderline state. In: S. Arieti (Ed.) *The world biennial of psychiatry and psychotherapy* (pp. 292–311). New York: Basic Books.
- Kelly, M. M., Walters, C., & Phillips, K. A. (2010). Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 41(2), 143–153.
- Koran, L.M., Aboujaoude, E., Large, M.D. & Serpe, R.T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13, 316.
- Lochner, C. & Stein, D.J. (2003). Olfactory reference syndrome: diagnostic criteria and differential diagnosis. *Journal of postgraduate medicine*, 49 (4), 328–331.
- Luckhaus, C., Jacob, C., Zielasek, J., & Sand, P. (2009). Olfactory reference syndrome manifests in a variety of psychiatric disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 7(1), 41–44.
- Margraf, J., Meyer, A.H., & Lavalley, K.L. (2013). Well-Being from the Knife? Psychological Effects of Aesthetic Surgery. *Clinical Psychological Science*, 1(3), 239–252.
- Marks, I. & Mishan, J. (1988). Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: a pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674–678.
- Martins, Y., Preti, G., Crabtree, C.R., Runyan, T., Vainius, A.A. & Wysocki, C.J. (2005). Preference for human body odors is influenced by gender and sexual orientation. *Psychological Science*, 16(9), 694–701.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press.
- Miranda-Sivelo, A., Bajo-Del Pozo, C., & Fructuoso-Castellar, A. (2013). Unnecessary surgical treatment in a case of olfactory reference syndrome. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 35(6), 683.e3–683.e4.
- Mundt, J.C., Marks, I.M., Shear, M.K., & Geist, J.M. (2002). The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. *Brit J. Psychiat*, 180, 461–464.
- Murray, S.B., Rieger, E., Touyz, S.W. & De la Garza García, L. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 483–491.
- Nagel, D., Lutz, C. & Fillippi, A. (2006). Halitophobie – das unterschätzte Krankheitsbild. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, 116, 57–60.
- Olsson, M.J., Lundstrom, J.N., Kimball, B.A., Gordon, A.R., Karshikoff, B., Hosseini, N. et al.

- (2014). The Scent of Disease. Human body odor contains an early chemosensory cue of sickness. *Psychological Science*, 25(3), 817 – 823.
- Phillips, K.A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 63–72.
- Phillips, K.A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder (rev.ed.)*. USA: Oxford University Press.
- Phillips, K.A., Albertini, R.S. & Rasmussen, S.A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 381–388.
- Phillips, K.A. & Castle, D.J. (2007). How to help patients with olfactory reference syndrome. Delusion of body odor causes shame, social isolation. *Current Psychiatry*, 6(3), 49–65.
- Phillips, K. A., Grant, J. E., Siniscalchi, J. M., Stout, R., & Price, L. H. (2005). A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 315–321.
- Phillips, K.A., Keshaviah, A., Dougherty, D.D., Stout, R.L., Menard, W. & Wilhelm, S. (2016). Pharmacotherapy Relapse Prevention in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 887–895.
- Phillips, K.A. & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: Evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*, 5, 13–27.
- Phillips, K.A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*.
- Phillips, K.A., & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280–1282.
- Phillips, K.A. & Menard, W. (2011). Olfactory reference syndrome. Demographic and clinical features of imagined body odor. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 398–406.
- Phillips, K.A., Menard, W. & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 77–87.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317–325.
- Phillips, K.A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E.R., & Stout, R.L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 43, 1109–17.
- Phillips, K.A., Pagano, M.E. & Menard, W. (2006). Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: treatment received and illness severity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18, 251–257.
- Prazeres, A.M., Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., de Mathis, M.A., Ferrão, Y.A., de Brito, N.F.C., Diniz, J.B., Gonzales, C.H., Quarantini, L.C., Morrocos, R.P., & Miguel, E.C. (2010). Olfactory reference syndrome as a subtype of body dysmorphic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(1), 87–89.
- Pryse-Phillips, W. (1971). An olfactory reference syndrome. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 47 (4), 484–509.
- Quirynen, M., Dadamio, J., van den Velde, S., et al. (2009). Characteristics of 2000 patients who visited a halitosis clinic. *Journal of clinical periodontology*, 36(11), 970–975.
- Ribeiro, R. V. E (2017). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A systematic review with meta-analysis. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41, 964–970.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877–885.
- Ruffolo, J., Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C. & Weisberg, R.B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 11–19.
- Sarwer, D.B., Crerand, C.E., & Didie, E.R. (2003a). Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients. *Facial plastic surgery: international quarterly monographs*, 19, 7–17.
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M. & Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder — What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 223–227.
- Schmidt, R. (2019). *Immer der Nase nach? Intra- und interpersonelle Aspekte der Olfaktorischen Referenzstörung*. Dissertation, Technische Universität Braunschweig
- Schmidt, R. & Grochowski, A. (2018). Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Körperdysmorpher Störung und Olfaktorischer Referenzstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47, 101–108.
- Schmidt, R. & Grochowski, A. (2019). Ekel und die Olfaktorische Referenzstörung. *Verhaltenstherapie*, 29, 98–106.
- Schmidt, R., Haiduk, M. & Grochowski, A. (2017). Wenn man sich selbst einfach nicht riechen kann. Eine Übersichtsarbeit mit Kasuistik zur Olfaktorischen Referenzstörung. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 67, 1–9.
- Schwind, J., Rohrmann, S., Bechtoldt, M. & Weck, F. (2014). Zusammenhänge zwischen Ekelempfindlichkeit, Ekelsensitivität und hypochondri-

- schen Merkmalen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62 (2), 123–130.
- Spanger, A. (2016). *Epidemiologie des Olfaktorischen Referenzsyndroms*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Technische Universität Braunschweig.
- Sofko, C., Tremont, G., Tan, J. E., Westerveld, H., Ahern, D. C., Menard, W., et al. (2020). Olfactory and neuropsychological functioning in olfactory reference syndrome. *Psychosomatics*, 61(3), 261–267.
- SPLENDID RESEARCH (2018). *Wie häufig verwenden Sie selbst Parfüm/Eau de Toilette/Eau de Cologne?* Gefunden am 30.07.2020 auf <https://www.splendid-research.com/de/statistiken/item/studie-parfuem-verwendung-deutschland.html>
- Stein, D.J., Kogan, C.S., Atmaca, M., Fineberg, M.A., & Fontanelle, L.F., Grant, J.E., Matsunaga, H., Reddy, Y.C.J., Simpson, H.B., Thomsen, P.H., van den Heuvel, O.A., Veale, D., Woods, D.W., & Reed, G.M. (2016). The Classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, 190, 663–674.
- Suzuki, K., Takei, N., Kawai, M., Minabe, Y. & Mori, N. (2003). Is taijin kyofusho a culture-bound syndrome? *The American journal of psychiatry*, 160(7), 1358.
- Tada, K. & Kojima, T. (2002). The relationship of olfactory delusional disorder to social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (1), 45–47.
- Thomas, E., du Plessis, S., Chiliza, B., Lochner, C., & Stein, D. (2015). Olfactory Reference Disorder: Diagnosis, Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 29(12), 999–1007.
- Veale, D., Gledhill, L.J., Christodoulou, P. & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186.
- Veale, D. & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36, 14–20.
- Veale, D. & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Veale, D., & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1381–1393.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T. & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 99–111.
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of disease and related health problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019). Gefunden am 29.07.2019 auf <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f731724655>
- Yamada, M., Shigemoto, T., Kashiwamura, K.I., Nakamura, Y., & Ota, T. (1977). Fear of emitting bad odors. *Bulletin of the Yamaguchi Medical School*, 24, 141–161.
- Zhou, X., Schneider, S. C., Cepeda, S. L., & Storch, E. A. (2018). Olfactory reference syndrome symptoms in Chinese university students: Phenomenology, associated impairment, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 91–95.



Dr. rer. net. Anja Grocholewski

Technische Universität Braunschweig
Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik
Humboldtstr. 33
38126 Braunschweig
anja.grocholewski@tu-braunschweig.de