

Aus der Nervenklinik der Universität München
(Direktor: Prof. Dr. KURT KOLLE)

Über Dysmorphophobie (Mißgestaltfurcht)

Von

HEINZ DIETRICH

(Eingegangen am 8. August 1962)

Furcht beruht auf der Erwartung einer Beeinträchtigung der persönlichen Existenz. Die Erwartung einer Gefahr für Leib und Leben liegt den Phobien vor unberechenbaren *Situationen*, der Gewitterfurcht, Schlangenfurcht, Wasserfurcht, dem Höhenschwindel und Brückenschwindel zu Grunde; bei den *Topophobien*, wie der Agoraphobie und Claustrophobie, löst die Gefahr momentaner Hilfslosigkeit ängstliche Befürchtungen aus. Sorgen um die Gesundheit des Körpers und Geistes bedingen die Gruppe der *Nosophobien*.

Normale Furcht, wie und ob man solchen Gefahren enttrinnen kann oder entronnen ist, wird zur krankhaften *Phobie*, wenn das Bild derartiger Gefahren oder Beeinträchtigungen übermächtig im Bewußtsein herrscht. Übermächtig wird die Furcht, wenn die Fähigkeit zur Hemmung interkurrierender ängstlicher Assoziationen entweder *vorübergehend* bei nervöser Erschöpfung oder depressiver Verstimmung vermindert ist, oder wenn das Selbstvertrauen „von Haus aus“ herabgesetzt ist.

Wenn auch die Mehrzahl der Phobien der Beeinträchtigung des *eigenen* leiblichen und seelischen Wohlbefindens gilt, so gibt es doch eine Anzahl von Ängsten und Zwangsbefürchtungen, die sich auf andere oder auf das Verhältnis des Ich zum Anderen, zur Familie oder auch zur weiteren Gesellschaft mit ihren Normen und Werten erstrecken. KAAHNS nennt sie *altruistische* Phobien. Allerdings wird sich die Teilnahme am Schicksal des anderen meist nach der Förderung bemessen, welche dieser unseren persönlichen Interessen angedeihen läßt. Wie manche übertriebene Verantwortlichkeit nur auf der Vorsicht beruht, sich vor eigenem Schaden zu schützen, so dehnen manche Phobiker ihre Befürchtungen auf die Familienangehörigen, ja auf die ganze Gesellschaft aus, um sich vor späteren Zweifeln zu sichern.

Zu den altruistischen Phobien gehören etwa die krankhafte Eifersucht von Zwangsvorstellungen ehelicher Untreue beherrschter Patienten sowie die Zwangsbefürchtungen depressiver Patientinnen, dem Ehemann, den Kindern oder anderen Personen Schaden zuzufügen.

Nach der Angst, einzelne Mitglieder der Gesellschaft direkt zu schädigen, ist eine weitere wichtige altruistische Phobie zu erwähnen:

nämlich die Furcht, der gesamten Gesellschaft *Ärgernis in ästhetischer Beziehung* zu bereiten. Hierzu gehört auch die Dymorphophobie. Auch bei diesen Phobien ist ein gewichtiger egoistischer Faktor im Spiel, nämlich die *Furcht vor Lächerlichkeit*. So fürchtet der Erythrophobe, durch sein Erröten den Verdacht zu erregen, etwas Unanständiges gedacht oder begangen zu haben. Die Erythrophobie (oder besser Erythrophobie, denn der Patient fürchtet nicht die Farbe „rot“, sondern das Erröten) ist wohl die häufigste Form einer Angst, durch eine lächerliche Veränderung der äußeren Erscheinung in der Gesellschaft Aufsehen zu erregen. Sie basiert auf der natürlichen *Schamröte*, die sich auf Gesichts-, Hals- und Nackengegend beschränkt.

L. MEYER hat sich bei der Erläuterung des von ihm beschriebenen Phänomens des „künstlichen Errötens“ der Darwinschen Erklärung der Schamröte bedient (DARWIN: *The Expression of the Emotions*, 1872), die für das Verstehen der Errötungsneigung Erythrophober wie für das Verstehen der Mißgestaltfurcht nach wie vor aktuell ist. Nach DARWIN ist das wesentliche psychische Element der Scham die *Aufmerksamkeit*, welche auf die eigene Person gerichtet ist (self-attention). Diese beschränkt sich nach DARWIN vorwiegend auf die Teile des menschlichen Körpers, welche auch die Aufmerksamkeit des fremden Beobachters am meisten erregen.

„Von allen Teilen unseres Körpers ist aber das Gesicht der zumeist beachtete. Hauptsächlich in ihm gewinnen unsere Gemütsbewegungen ihren Ausdruck, von ihm geht die Stimme aus, hier ist der Sitz von Schönheit und Häßlichkeit, und überall in der Welt wird vorzugsweise das Gesicht (und seine Umgebung) geschmückt und geziert. Das Gesicht wird daher manche Generationen hindurch einer innigeren und ernsteren Selbstbeobachtung unterworfen gewesen sein, und in Übereinstimmung mit dem eben erwähnten Gesetze wird es verständlich, weshalb es so leicht zum Erröten neigt.“ (Im Referat von MEYER apostrophiert.)

Patienten mit Erythrophobie sind in der Klinik sehr selten. Es erregten aber einige Patienten mit Phobie, überwertiger Idee und Trugwahrnehmung des eigenen Körpers unsere Aufmerksamkeit, die wir unter dem von MORSELLI (1886) geprägten Begriff der *Dymorphophobie* (Mißgestaltfurcht) diagnostisch einordnen möchten. Soweit das Deutsche Zentralblatt für Psychiatrie und Neurologie Gewähr bietet, hat in den letzten 20 Jahren lediglich der Russe KOSKINA auf die klinische Bedeutung der Dymorphophobie hingewiesen. Die Abneigung gegen den nosologischen Begriff der Dymorphophobie entspringt nicht nur der Tendenz, psychopathologische Syndrome — noch dazu wenn sie schwierig auszusprechen sind — in dem großen Topf der Neurose zu verrühren. Die Mißgestaltfurcht wird wegen ihrer häufigen *psychotischen* Entwicklung, der Neigung zu hypochondrischen Klagen, zum Suicid und zu paranoischer Entwicklung nicht einmal als Phobie und Neurose, sondern als Paraphrenie, Hebephrenie oder endogene Depression diagnostiziert.

In jüngerer Zeit findet die Diagnose „pseudoneurotische Schizophrenie“ für diese Krankheit zunehmend Verwendung. Ausgangspunkt der „psychotischen“ Entwicklungen sind aber Wahrnehmung, Furcht und überwertige Idee, durch eine äußerlich sichtbare Mißgestalt Aufsehen zu erregen und ihretwegen von der Gesellschaft mißachtet zu werden. Dabei ist die äußere Veränderung oft nur sehr geringfügig. MORSELLI beschrieb einen Kranken, „der in einer Narbe einer sonst wohlgestalteten Nase Parästhesien empfand; diese erzeugten in ihm die Zwangsvorstellung, daß seine Nase eine *Kugelform* habe, und er scheute sich deswegen auszugehen; sekundär entwickelte sich hieraus die Vermutung, daß alle Leute ihn anschauen. Der Arme verfiel schließlich in Beachtungswahn“ (zitiert nach KAAH). In der schönen Literatur sind Phobien dieser Art bei Buckligen, Kleinwüchsigen, Häßlichen oft beschrieben; das bekannteste Beispiel ist „Cyrano de Bergerac“ von EDMOND ROSTAND.

Wir beobachteten jüngst in der Klinik ein junges Mädchen, das Aufsehen wegen der Länge ihrer Nase befürchtete und dem Patienten von MORSELLI auch in manchen anderen Beziehungen entspricht.

Fall 1. Eva Maria N., ein 16jähriges Mädchen, das stark geschminkt und extravagant frisiert und gekleidet ist, wird uns von der jugend-psychiatrischen Beratungsstelle wegen Verdacht auf Schizophrenie überwiesen. Als sie 12 Jahre alt war, wies eine Klassenkameradin sie darauf hin, daß ihre Nase ganz anders sei als bei anderen Mädchen. Seitdem kommt sie von dem Gedanken nicht los, eine „verunstaltete“ (dysmorphe) Nase zu haben, die nicht in ihr Gesicht paßt. Der Gedanke, jemand könne sie von der Seite sehen, peinigt sie; auch von den Ärzten läßt sie sich nicht im Profil ansehen; gegen eine Photoaufnahme im Profil sträubt sie sich mit aller Gewalt. Im Aufenthaltsraum der Station sitzt sie in der Ecke und wendet jedem Vorübergehenden ihr Gesicht en face zu. Auf der Straße hat sie das Gefühl, die Menschen würden hinter ihrem Rücken über ihr Aussehen sprechen. Die Krankheit dauerte mit Schwankungen 4 Jahre. Von auslösenden sexuellen Attacken oder Erlebnissen wird nichts berichtet. — Eva Maria ist auffallend hübsch; ihre Nase ist groß, paßt aber zu den großen Augen und zu dem breiten Mund. Sie möchte Mannequin oder Schlagersängerin werden; aber erst müsse ihre Nase korrigiert werden. Persönlichkeit und Verhalten der Patientin entsprechen — von der überwertigen Idee über die Mißgestalt ihrer Nase und von leichten paranoischen Reaktionsmustern abgesehen — einem etwas törichten modernen Teenager. Ihr Vorbild ist Brigitte Bardot; auch Eva Maria möchte schön und reich sein und einen Mann mit einem großen Wagen und viel Geld heiraten. Ihre Eltern hält sie für ungebildet und einfach. Ihr leiblicher Vater ist ein unbekannter amerikanischer Soldat, der Stiefvater Maurer, sie selbst Friseurlehrling. Sie ist mimosenhaft scheu, etwas schnippisch und sehr mißtrauisch. Die Intelligenz ist durchschnittlich. Schizophrene Symptome konnten wir nicht beobachten; über abnorme Empfindungen an der Nase klagte sie nie.

Daß die Dysmorphophobie dieses jungen Mädchens Symptom einer schweren Neurose und Reifungskrise war, schien uns außer jedem Zweifel zu sein.

Bedenken gegen die neurotische Art der Krankheit hatten wir dagegen bei einer zweiten Patientin mit Dysmorphophobie, die im Verlauf

der Krankheit, besonders nach zwei Korrekturoperationen an ihren angeblich mißgestalteten Brüsten über eine Fülle von leib-hypochondrischen Sensationen klagte.

Fall 2. Die 31jährige, mit einem USA-Oberfeldwebel verheiratete Pat. wurde uns nach einem Suicidversuch überwiesen. Sie hatte als junges Mädchen daran gedacht, sich ihre Stupsnase korrigieren zu lassen. Während der Stationierung ihres Mannes in Neapel wurde sie von der Vorstellung befallen, daß ihre Brüste im Vergleich zu den vollbusigen Italienerinnen mager und häßlich seien. Über die Zeitschrift „Film und Frau“ wurde sie mit plastischen Operationen bekannt gemacht und erfuhr auch eine Klinik, in der ihre Brust mit schwammigen Kunststoffeinlagen korrigiert wurde. Obwohl die Operation zufriedenstellend ausfiel, bemerkte die Pat. seitdem ein merkwürdiges Veränderungsgefühl; die stärker gewordene Brust zieht nach unten, sie erschien ihr nun viel zu groß. Die Schultern stehen nicht mehr gerade und gleichmäßig; der re. Arm habe sich nach vorne verzogen, als ob sie einen Buckel trage; die Rückenhaut spanne auf der einen Seite, sei auf der anderen zu locker. Eine erneute Operation am Busen verschaffte ihr keine Beruhigung. 8 Tage vor dem Suicidversuch äußerte sie: „Ich werde nie mehr gesund, ich bin ein Krüppel, das Leben lohnt sich nicht mehr.“

Der objektive ästhetische Befund ergab im Gegensatz zu den Klagen über Verzerrung und Schiefsetzen der Brüste einen wohlgeformten Busen, der zu dem schlankwüchsigen Habitus sehr gut paßte. Die Narben unter der Brust waren reizlos. — Der weitere Verlauf in der Klinik brachte keine Besonderheiten. Schizophrene Denkstörungen traten nicht in Erscheinung, ebenso fehlte ein vitaler depressiver Affekt. Dagegen ließen die überwertigen Ideen, die sich auf Form und Empfindungen der Brüste konzentrierten, nicht nach. Nach der Entlassung aus der Klinik folgte sie ihrem Ehemann nach Italien. Wir haben nichts mehr von ihr gehört.

Dysaesthesien, ja leibhalluzinatorische Wahrnehmungsstörungen gehören aber zum Syndrom der Dymorphophobie; MORSELLI hat bereits darauf hingewiesen. Sie sind nicht wie bei den hypochondrischen Schizophrenien und der coenästhetischen Unterform HUBERS diffus, sondern streng an das mißgestaltete Organ gebunden. Die Mißempfindungen sind auch nicht primär und beherrschen nicht das Krankheitsbild, sondern folgen zeitlich und an Bedeutung der Phobie und überwertigen Idee, häßlich und verunstaltet zu sein. Diese Rangordnung der Symptome sahen wir auch bei unserem dritten Patienten.

Fall 3. Ein 18jähriger Oberschüler, Hanno S., wurde nach einem ernsthaften Suicidversuch mit schweren Erfrierungen zu uns gebracht. Die Mutter leidet an Cyclothymie und hat den Pat. in einer manischen Phase außerordentlich empfangen. Seinen 1. Suicidversuch beging Hanno 16jährig mit der Motivierung: „Ich bin so häßlich, daß ich keine Frau finde.“ Der Entschluß zu dem 2. Versuch fiel ihm ganz leicht, „weil ich mir durch den Tod eine Wiedergeburt erwartet habe und mir vorstellte, schon unmittelbar nach dem Tod in einen wohlgestalteten Jüngling meines Alters verwandelt zu werden“.

Ausgangspunkt und Endpunkt seiner phobischen und depressiven Gedanken ist eine kaum dysplastisch wirkende Schädelkonfiguration, in der Art eines *Caput quadratum*. Die Eltern versuchten ihn über sein Äußeres zu trösten; es seien aber nur „unglaubliche Bagatellisierungen“ gewesen. Er wisse genügend von Anatomie, um sich über seine Anomalie ein Urteil zu bilden. Manchmal kommt ihm sein Gesicht maskenhaft starr vor; mit dem Ansatz der mimischen Muskeln müsse etwas nicht stimmen, jedenfalls könne er seinen Gefühlen keinen Ausdruck ver-

leihen; sogar richtig zu lachen sei ihm verwehrt. Der Pat. behauptet, durch seine Verunstaltung Spott und Hänseleien bei den Schulkameraden und Verachtung bei den Mädchen zu ernten. „Gipskopf“, „Affe“ seien noch die mildesten Schimpfworte, die er zu hören bekomme. Das Gefühl, ein Mensch zweiter Klasse zu sein und nicht in diese Welt zu passen, reiche bei ihm schon weit bis in die Kindheit zurück. Der Selbstmordversuch (er legte sich 4 Tage in den Schnee) sei ihm weder unerklärlich noch etwas Schreckliches gewesen. — An der Dymorphophobie änderte sich im Verlauf der Beobachtung nichts. Die schweren Erfrierungen an den Beinen heilten ab. Schizophrenie Symptome boten sich nie. — 14 Tage nach der Entlassung hängte er sich auf.

Die mütterliche Belastung mit Cyclothymie, ein dreimaliger Suicidversuch, der beim dritten Mal das Leben des jungen Kranken beendete, fordern geradezu, das Syndrom der Dymorphophobie hier in eine jugendliche endogene Depression aufgehen zu lassen. Suicidversuche unternahmen aber 3 unserer 4 Kranken. Der Junge war auch keineswegs melancholisch. Die überwertige Idee seiner Mißgestalt und sein Wunsch als „wohlgestalteter Jüngling“ wiedergeboren zu werden, nicht der depressive Affekt trieben ihn zum Suicid. Die Mißempfindungen in der mimischen Muskulatur, die dem alten Begriff der Muskel-Halluzination von CRAMER entsprechen, sind bei manisch-depressiven Erkrankungen ganz ungewöhnlich, während sie bei Dymorphophobie nur selten (Fall 1) vermißt werden. Auch bei unserem dritten Patienten lag wohl eine Reifungskrise und nicht eine Cyclothymie der Krankheit zugrunde.

Unser vierter Patient mit Dymorphophobie, den wir mit einer kurzen Unterbrechung 1 Jahr in der Klinik stationär beobachteten, machte uns die meisten diagnostischen Schwierigkeiten.

Fall 4. Bei der Aufnahme war Franz R. 17 Jahre alt. Mit 12 Jahren kam er in die Pubertät. Mit 15 Jahren traten bei dem selbstunsicheren und schüchternen Jungen Mißempfindungen am Glied auf. Er unterzog sich einer Phimoseoperation, hatte aber danach den Eindruck, als ob das Glied im Wachstum stehen bliebe. Dagegen war er überzeugt, daß sein Kinn ungebührlich in die Länge wachse. Er sprach nur noch von seinem Kinn und empfand das Wachsen des Kinns als Mißempfindung: „Es ist so ein ziehendes Gefühl im Kinn . . . man merkt im Gefühl, daß das Kinn wächst . . . ich weiß es nicht nur, wenn ich in den Spiegel schaue, sondern im Gefühl selbst ist das Wachsen schon enthalten.“ Um Kinn und Penis kreisten seine Gedanken. Franz ließ in seinen Schulleistungen nach, mußte repetieren und kam in ein Schülerheim. Von der Umwelt fühlte er sich wegen seiner Mißgestalt „wie ein unschuldig Verurteilter“ ausgeschlossen. Er identifizierte sich mit dem Sexualverbrecher Chessman, dem er einen Hausaltar errichtete, und dem er auch entfernt ähnlich sah. Eine 2. Phimoseoperation 1 Jahr vor der klinischen Aufnahme beruhigte ihn nicht. Wegen der „Ausweglosigkeit seines körperlichen Zustands“ unternahm er einen Suicidversuch mit Tabletten, der durch das Dazwischenkommen der Eltern vereitelt wurde. — Unter unserer Beobachtung kam es zu einer paranoischen Entwicklung der Phobie: „Das Ziehen am Kinn, als ob es wächst, das kann ja nicht anders sein, als daß es jemand bewirkt . . . ich kann es nicht behaupten, ich weiß nicht, wer es ist, aber es muß eine überirdische Macht sein; ich soll irgendwie verunstaltet werden.“ „Ich habe so das Gefühl, als ob jeder feindlich gegen mich eingestellt ist . . . wenn jemand hinter mir geht, habe ich das Gefühl, daß ich angeschaut werde . . . wenn ich im Café sitze und höre etwas, dann beziehe ich es auf mich, dabei sind es nur Gesprächsfetzen.“ „Die Operationsnarbe

am Glied ist so empfindlich, man merkt einfach, daß es nicht mitwächst; ich muß immer daran denken, vielleicht wollten die Ärzte mich meines schönen Gliedes berauben.“ — Es traten Entfremdungserlebnisse auf und ein zwanghaftes sakrilegisches Kontrastdenken. Während einer Insulinkur mit 40 Komata wurden die Mißempfindungen am Kinn und Glied immer stärker, und bei der nachfolgenden Serpasilkur brach ein massiver paranoider Wahn durch. Der Kranke fühlte sich verfolgt, in allen Sälen beobachtet, von den Schwestern photographiert und von Gott verflucht. Er lebte in einer magischen Welt und bat wiederholt um den Gnadentod. — Nach Gaben von Randolectyl und Mephenamin setzte dann die Remission ein. Bestehen blieb das phobische Syndrom und die lokalisierten Mißempfindungen; die paranoische Entwicklung hatte sich bei Entlassung weitgehend zurückgebildet. — 1 Jahr ist seitdem vergangen. Auf eine katamnestiche Anfrage hat der Pat. nicht geantwortet.

Während Patienten mit Situations- und Topophobien häufig *hysterische* Züge aufweisen, und nur für diese Phobie scheint mir der Freudsche Terminus „Angsthysterie“ am Platz, sind die Nosophobien mit der *Hypochondrie* eng verwandt; LEONHARD nennt diese daher „ideohypochondrisch“ im Gegensatz zu den „sensohypochondrischen“ Neurosen, bei welchen die subjektiven Mißempfindungen im Vordergrund stehen. Bei den Eifersüchtigen, den depressiven Anankasten und Zwangsneurotikern herrscht die *anankastische* Struktur der Patienten vor. Die Dymorphophobie hat nun offenbar die Tendenz, eine *paranoische* Entwicklung zu nehmen. Ja, diese Phobie kann als Paradeffall einer Neurose angesehen werden, welche in eine andere Krankheitsform, nämlich die Schizophrenie, übergeht oder von vornherein zur Schizophrenie gehört.

Aber läßt sich diese Behauptung begründen oder gar beweisen? Die Furcht, unangenehm aufzufallen, die überwertige Idee der Gestaltänderung, sind zwar paranoische, aber noch keine schizophrenen Zeichen. Nur der vierte Kranke behauptete, wie ein Paranoider, daß seine körperlichen Veränderungen von anderen gemacht wurden. Das Paranoide trat bei ihm im Laufe einer konzentrierten Insulinschock- und Serpasilkur auf. Der Wahn imponierte als Erklärungswahn der leibhaftigen Mißempfindungen an Kinn und Penis; der Wahn wurde korrigiert, die Mißempfindungen blieben bestehen. Die anderen Patienten fürchteten im Gegensatz dazu, die Mitmenschen durch ihre Mißgestalt in ihrem ästhetischen Empfinden zu verletzen. Der Dymorphophobe zieht sich von der Gesellschaft autistisch zurück; er meidet wie jeder Phobiker die Situation, die ihm Angst verursacht, und das ist für den Dymorphophoben die Gesellschaft.

Unsere Kranken boten aber keine *primären* schizophrenen Symptome. Dieser negative Befund schließt darum auch die Diagnose „pseudoneurotische Schizophrenie“ aus; fordern doch HOCH und seine Mitarbeiter für ihre Schizophrenieform nicht in erster Linie den neurotischen Überbau („pan-anxiety, pan-neurosis, and pan-sexuality“), sondern primäre Störungen des Denkens, Fühlens und Wahrnehmens im Sinne

von BLEULER u. SCHNEIDER. Wenn wir die Diagnose Schizophrenie bei unseren Kranken nicht auf intuitiver Basis, auf Grund der Schwere des Krankheitsverlaufs und der Schwere der Beeinträchtigung der Persönlichkeit stellen wollen, dann bleibt nur *ein* Symptom, das den Verdacht einer schizophrenen Störung nahelegt, nämlich die Störung der *proprioceptiven Wahrnehmung*.

Unsere zweite Patientin hatte vor der Schönheitsoperation schlaffe, häßliche Brüste; sie klagte aber nach der gut gelungenen Operation über Größen- und Lageveränderungen der Brüste, über Verzerrungen, die objektiv nicht den Tatsachen entsprachen. Unser dritter Patient hatte eine im Spiegel wahrnehmbare, reale Dysplasie des Schädels; er empfand aber außerdem eine „maskenhafte Starre seiner Gesichtszüge“, mit dem „Ansatz seiner mimischen Muskeln“ könne etwas nicht stimmen, er konnte seinen „Gefühlen keinen Ausdruck verleihen“. Unser vierter Patient hatte ein langes Kinn und eine Phimoseoperationsnarbe, aber er spürte das Wachsen seines Kinns und die Schrumpfung seines Gliedes.

Die Bekanntschaft mit dem Krankheitsbild der pseudo-neurotischen Schizophrenie hat RADO dazu veranlaßt, in der proprioceptiven Wahrnehmungsstörung ein Kardinalsymptom der Schizophrenie zu sehen: „In my view, without proprioceptive impairment there is no schizotype, hence no schizophrenia.“ Unsere dysmorphophoben Patienten wären also im Sinne RADOS Musterbeispiele für Schizophrenie, im engeren Sinne, für pseudoneurotische Schizophrenie. Der Überbau ist phobisch, paranoisch und sexual-neurotisch, die proprioceptiven Sinnestäuschungen im Bereich des Kopfes, der Brüste und des Genitale sind dagegen halluzinatorische Störungen der proprioceptiven Wahrnehmung, also schizophren.

Ich kann mich dieser nosologischen Zuordnung nicht anschließen, und zwar auf Grund der psychologischen Zusammenhänge, die ich bereits bei der Pathogenese der Erythrophobie erwähnte. Bei Sinnestäuschungen des Tastsinnes und des proprioceptiven Systems läßt sich ein halluzinatorischer Charakter schwer nachweisen. Schon beim Gesunden können auf den eigenen Körper gerichtete Vorstellungen abnorme Sensationen erzeugen; von hier aus führen zahlreiche Übergänge ins krankhafte Geschehen, zur Phobie, Hypochondrie und Hysterie. Je mehr Aufmerksamkeit dem angeblich kranken oder mißgestalteten Organ zugewandt wird, um so abnormer werden die Mißempfindungen. So entsteht ein krankhafter Zirkel, indem die Sinnestäuschungen durch die überwertige Idee und diese durch die Sensationen immer neue Nahrung erhalten. Dieser Psychomechanismus reicht auch zur Erklärung der Sinnestäuschungen unserer Patienten, die sich schon seit vielen Jahren mit ihrer angeblichen Mißgestalt beschäftigt haben, hin. Körperliche Sensationen spielen bei den Dysmorphophobien eine bedeutende Rolle,

die schizophrene Natur dieser Sinnestäuschungen läßt sich aber nicht begründen.

Die Dysmorphophobie ist eine *Neurose*, eine Phobie, die zu hypochondrischer und paranoischer Entwicklung tendiert, deren schizophrene, pseudoneurotische Natur sich aber an unseren oben beschriebenen Patienten (ohne deren weiteren Verlauf zu kennen) nicht begründen läßt.

Zusammenfassung

Es wird über vier Patienten mit Dysmorphophobie berichtet. Es wurde versucht, vom klinisch-nosologischen Standpunkt aus das Syndrom in die großen Krankheitsgruppen *Neurose*, *Cyclothymie* und *Schizophrenie* einzuordnen; insbesondere wurde die Differentialdiagnose zwischen Mißgestaltfurcht und pseudoneurotischer Schizophrenie besprochen. Das Syndrom der Dysmorphophobie ist gekennzeichnet durch die Furcht, der Gesellschaft Ärgernis in ästhetischer Beziehung zu bereiten, durch die überwertige Idee, einen mißgestalteten Körperteil (Kopf, Nase, Kinn, Brust, Penis) zu besitzen, und durch proprioceptive Wahrnehmungsstörungen an diesem Körperteil. Die Wahrnehmungsstörung wird nicht als Halluzination, sondern als Folge der gesteigerten Zuwendung auf das mißgestaltete Organ (*self-attention*) angesehen. Die Dysmorphophobie neigt zur paranoischen Entwicklung; sie grenzt an den sensitiven Beziehungswahn und das Paranoid. Das Fehlen primärer schizophrener Symptome bei unseren Patienten spricht dafür, daß das Syndrom vorwiegend im Rahmen einer schweren *Neurose* und Entwicklungskrise auftritt; die Beibehaltung des diagnostischen Begriffs „Dysmorphophobie“ wird jedoch empfohlen.

Literatur

- HOCH, P. H., and J. P. CATTELL: The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiat. Quart.* **33**, 17 (1959).
 HOCH, P. H., and P. DOLATIN: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiat. Quart.* **23**, 248 (1949).
 KAAH, H.: Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. Wien und Leipzig: Deuticke 1892.
 KOSKINA, M. V.: La portée du syndrome de dysmorphophobie. *Z. nevropat. Psichiat. (russ.)* **59**, 994—1000 (1959).
 LEONHARD, K.: Individualtherapie und Prophylaxe der hysterischen, anankastischen und senohypochondrischen Neurosen. Jena: VEB Gustav Fischer 1959.
 MEYER, L.: Über künstliches Erröthen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **4**, 450 (1864).
 MORSELLI: Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll. Accad. med. (Genova)* **VI** (1886).
 RADO, S.: Obsessive behavior. In: *American handbook of psychiatry*. Editor: S. Arieti. New York: Basic Books 1949.
 RADO, S., B. BUCHENHOLZ, H. D. DUNTON, S. H. KARLIN and R. A. SENESCU: Schizotypal organisation. In: *Changing concepts of psychoanalytic medicine*. Hrsg.: S. RADO u. G. E. DANIELS. New York: Grune und Stratton 1956.

Professor Dr. H. DIETRICH, Univ.-Nervenklinik, 8 München 15, Nußbaumstraße 7