

Aus dem Zentrum für Chirurgie
Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Akzeptanz kosmetischer Körperkorrekturen und Prävalenz
Körperdysmorpher Störungen bei Internetnutzern**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Theresa Schedl

aus München

Magdeburg 2009

Dokumentationsblatt

Schedl, Theresa:

Akzeptanz kosmetischer Körperkorrekturen und Prävalenz Körperdysmorpher Störungen bei Internetnutzern. 2009. 88 Seiten, 10 Abb., 13 Tab., 1 Anhang

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und Krankheiten, die im Zusammenhang mit dem Körperbild stehen, stellen in Zeiten, in denen es immer schwieriger wird, das ideale Körperbild zu erreichen, ein allgegenwärtiges Problem dar.

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel dieser Arbeit die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der gesundheitlichen Beeinträchtigung innerhalb einer Gruppe von Internetnutzern zu erheben. Dabei wurde zum einen die Prävalenz der Körperdysmorphen Störung dargestellt zum anderen wurde untersucht, durch welche Faktoren, sowohl die steigende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild, als auch die Motivation zu plastisch-chirurgischen Körperkorrekturen, beeinflusst wird.

Mit Hilfe eines Onlinefragebogens konnten 190 Personen rekrutiert und die Ergebnisse den Resultaten von 55 plastisch-chirurgischen Patienten gegenübergestellt werden. Neben gut validierten und standardisierten Fragebogeninstrumenten wurde der für diese Untersuchung neuentwickelte *Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zur Veränderungen des Aussehens (FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005)*, durch den psychosoziale Aspekte der Probanden erfasst werden konnten, eingesetzt.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer der Internetbefragung eine positivere Einstellung zu ihrem Körper haben und sich auch aufgrund ihres Aussehens weniger in sozialen Bereichen eingeschränkt fühlten als plastisch-chirurgische Patienten. Die untersuchte Stichprobe verband im Gegensatz zu der Vergleichsgruppe eine Operation nicht mit der Hoffnung körperliche und seelische Beschwerden, sowie Einschränkungen des täglichen Lebens zu minimieren. Dagegen versuchte die Stichprobe das Leben aktiver und gesünder zu gestalten.

Schlüsselwörter:

Körperbild, Körperdysmorphie Störung, kosmetische Körperkorrekturen

2	Material und Methoden	25
2.1	Stichproben und Gruppendesign	25
2.2	Datenerhebung und Untersuchungsablauf	25
2.3	Instrumente	26
2.3.1	Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten (SOZIODAT; Brähler et al. 1992) .	26
2.3.2	Dysmorphic-Concern-Questionnaire (DCQ; Oosthuizen et al 1998), eigene Übersetzung.....	26
2.3.3	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ; Mühlau 2002), deutsche Version	27
2.3.4	Körperbezogener Locus-of-Control Fragebogen (KLC; Mrazek 1989)	27
2.3.5	Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005)	27
3	Ergebnisse	29
3.1	Soziodemographische und soziale Daten (SOZIODAT)	29
3.1.1	Altersstruktur.....	29
3.1.2	Bildungsstand	29
3.1.3	Berufsgruppen und Einkommen.....	30
3.1.4	Herkunft	31
3.1.5	Partnerschaftliche Situation und Familie.....	32
3.1.6	Gesundheitszustand	33
3.1.7	Gewicht, Größe und BMI	35
3.2	Körperdysmorphie Störung (DCQ)	37
3.3	Die Untersuchung des Körperbildes (Body-Image) mit Hilfe des MBSRQ	41
3.3.1	Gegenüberstellung des Körperbildes der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe auf Itemebene	41
3.3.2	Der MBSRQ auf Skalenebene.....	45
3.3.3	Vergleich des Körperbildes bei Teilnehmern einer Internetbefragung und Patienten der Plastischen Chirurgie.....	46
3.3.4	Bewertung der Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen	48
3.4	Körperbezogene Kontrollüberzeugung (KLC)	50
3.5	Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005)	52
3.5.1	Einstellung zum Aussehen	52
3.5.2	Externe Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild	54

3.5.3	Ästhetisch-chirurgische Vorbehandlungen der UG und der VG	56
3.5.4	Weitere das Aussehen verändernde Maßnahmen	57
3.5.5	Externe Einflüsse auf die Entscheidung zu plastisch-chirurgischen Eingriffen	59
3.5.6	Gegenüberstellung der Kleidungsgewohnheiten der UG mit der VG	60
3.5.7	Einstellungen zu ästhetisch-chirurgischen Eingriffen	61
3.5.8	Gegenüberstellung der Einstellung von UG und VG hinsichtlich ästhetisch-chirurgischer Eingriffe	63
4	Diskussion	65
4.1	Diskussion der Ergebnisse.....	66
4.1.1	Das untersuchte Kollektiv	66
4.1.2	Darstellung der Vergleichsgruppe	67
4.1.3	Diskussion der angewandten Testverfahren	68
4.1.3.1	Dysmorphic Concern Questionnaire (<i>DCQ; Oosthuizen et al. 1998</i>).....	68
4.1.3.2	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (<i>MBSRQ; Cash 2000</i>).....	68
4.1.3.3	Körperbezogener Locus-of-Control Fragebogen (<i>KLC; Mrazek 1989</i>).....	69
4.1.3.4	Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (<i>FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005</i>).....	70
4.2	Prävalenz der Körperdysmorphen Störung unter den Teilnehmern der Internetbefragung.....	70
4.3	Methodische Kritik.....	71
5	Zusammenfassung.....	73
6	Literaturverzeichnis.....	75
7	Abbildungsverzeichnis.....	82
8	Tabellenverzeichnis.....	83
	Danksagung	84
	Erklärung.....	85
	Curriculum vitae	86
	Anhang: CD-ROM.....	88

Abkürzungsverzeichnis

AR	Altersrange
BDDDM	Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination
BDDQ	Body Dysmorphic Disorder Questionnaire
BDD-YBOCS	Body Dysmorphic Disorder Modification of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
BMI	Body-Maß-Index
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DCQ	Dysmorphic Concern Questionnaire
FMEVA	Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens
FKABE	Fragebogen zu krankheitsspezifischen Aspekten und Behandlungserwartungen
KDS	Körperdysmorphie Störung
KLC	Körperbezogener Locus-of-Control Fragebogen
M	Mittelwert
MBSRQ	Multidimensional Body-Self-Relations Questionnaire
n	Anzahl
ns	nicht signifikant
SD	Standardabweichung
SOZIODAT	Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten
u.a.	unter anderem
UG	Untersuchungsgruppe
v.a.	vor allem
VG	Vergleichsgruppe
z.B.	zum Beispiel
%	Prozent

1 Einführung

1.1 Das Körperbild im Wandel der Zeit

Während der gesamten Geschichte versuchte die Menschheit immer wieder einen Teil des vergänglichen und unbeschreiblichen Glanzes der Schönheit einzufangen (*Didou-Manent 1998, S. 9*). Da die Schönheit aber nie eine absolute oder unveränderliche Größe war, sondern, abhängig von der jeweiligen historischen Epoche und dem Land, verschiedene Gesichter hatte (*Eco 2006, S. 14*), war keine Norm jemals in der Lage, die Schönheit einer Gesetzmäßigkeit zu unterwerfen. Die Vorstellung von dem, was „schön“ ist, unterlag im Laufe der Zeit einem ständigen Wandel und erweckte immer wieder im Menschen ein neues Bewusstsein für sein Schönheitsideal. Aufgrund ihrer mannigfaltigen Ausdrucksformen läuft jeder Versuch, der diese Vielfalt auf ein einziges allgemeingültiges Ideal reduzieren möchte, Gefahr der Schönheit ihren Glanz zu nehmen (*Didou-Manent 1998, S. 9*).

In der Vergangenheit wurde das vollkommene weibliche Körperbild vor allem durch das politische Klima und kulturelle Ideale geprägt. Die Vorstellungen bezüglich weiblicher Attraktivität waren dabei meist unrealistisch und nur schwer zu erreichen (*Derenne & Beresin 2006*). Im Folgenden soll gezeigt werden, inwieweit sich das Schönheitsideal von der Prähistorie bis in das 21. Jahrhundert verändert hat.

1.1.1 Die Prähistorie

Die an zahlreichen prähistorischen Fundstätten in Eurasien entdeckten Darstellungen von Weiblichkeit zeigen das vor rund 20000 Jahren gültige Schönheitsideal: Üppige Brüste, breite Hüften, ein großer Bauch und stämmige Oberschenkel gepaart mit zierlichen Armen. Die gleichen korpulenten Formen findet man bei der Venus von Willendorf wieder. Diese aus Kalkstein bestehende 27000 Jahre alte Figur (*Didou-Manent 1998, S. 13f.*) „stellt eine überreife, dicke Frau dar, mit großen Milchdrüsen, ansehnlichem Spitzbauch, vollen Hüften und Oberschenkeln, aber ohne eigentliche Steatopygie. [...] Das Kopfhaar ist durch einen spiralig um den größten Teil des Kopfes gelegten Wulst ausgedrückt, das Gesicht absolut vernachlässigt. [...] Die Arme sind reduziert, die Unterarme und die Hände nur in flachen, über die Brüste gelegten Reliefstreifen ausgedrückt“ (*Angeli 1989, S. 45, zit. nach Szombathy*). Solche mit derartig übertriebenen Formen dargestellten Frauen sollten die weibliche Fruchtbarkeit symbolisieren (*Thesander 1997, S. 9*).

1.1.2 Das Schönheitsideal der antiken Ägypter, Griechen und Römer

Wie Grabmalereien zeigen, spielte im alten Ägypten nicht mehr Fettleibigkeit, sondern Schlankheit eine große Rolle. So wurde Nephthys, die Schutzgöttin für Schönheit und

Gesundheit des weiblichen Geschlechts von ägyptischen Künstlern mit einer einfachen Tunika, die die schöne Form ihrer Taille und ihrer Hüften betont, dargestellt. (*Didou-Manent 1998, S. 34*). Eine schlanke Taille wurde dabei allerdings nicht, wie in späteren Epochen üblich, künstlich, z.B. mit Hilfe eines Korsetts herbeigeführt (*Thesander 1997, S. 22*). Zudem galten Schlankheit, zarte Haut, ein langer Hals und schmale Hüften als Inbegriff der Schönheit. Um solch eine ästhetische Perfektion zu erreichen, wurden von den Frauen bereits zu dieser Zeit Schönheitsprodukte verwendet. Darüberhinaus wurde im alten Ägypten auch unter den Männern sehr viel Wert auf Körperpflege und Hygiene gelegt (*Didou-Manent 1998, S. 35f.*).

Die Männer im antiken Griechenland orientierten sich hinsichtlich des idealen Aussehens an den Körpern von Zeus, Apollo oder Herkules. Unter Frauen galten ein kleines Becken und spitze Brüste als ästhetisch. Die Griechinnen sollten zudem, wie die Figuren von Artemis und Athene, schön, strahlend, elegant und athletisch sein. Ein wichtiges Kriterium der Schönheit war dabei die Ausgewogenheit der Proportionen (*Didou-Manent 1998, S. 44ff.*). Die Grundregeln dieser Proportionslehre wurden vor knapp zweieinhalb Jahrtausenden von dem griechischen Bildhauer Polyklet begründet. Er schuf im 5. Jahrhundert v. Chr. die lebensgroße Bronzestatue Doryphoros (*Hersey 1998, S. 62*), die später auch als „Kanon“ bezeichnet wurde. In ihr kann man alle Regeln der richtigen Proportion der Teile wiederfinden. So muss sich zum Beispiel der Kopf zum Körper verhalten, wie der Körper zu den Beinen (*Eco 2006, S. 73f.*).

In der römischen Kultur wurde der Begriff der Schönheit grundlegend anders definiert als im antiken Griechenland. Für die Römer war nicht ein athletischer und muskulöser Körper, sondern ein üppiger nackter Frauenkörper mit breiten Hüften und großen Brüsten anziehend, wie unter anderen Wandmalereien in Pompeji zeigen. Ein kräftiges opulentes Äußeres bot nicht nur Sicherheit, sondern verschaffte auch - als Zeichen von Reichtum - eine gewisse Autorität. Somit war es die größte Sorge, sowohl für Männer als auch für Frauen, abzumagern. Denn dies galt als ein Zeichen für Krankheit oder Armut. Anders als bei den Griechen, diente die körperliche Anstrengung nicht dazu, den Körper zu stählen, sondern um den Appetit anzuregen (*Didou-Manent 1998, S. 66ff.*).

1.1.3 Vom Mittelalter bis in das 19. Jahrhundert

Während des Mittelalters trugen sowohl Männer als auch Frauen lange und herabhängende Tuniken, die den gesamten Körper bedeckten. Ab Mitte des 13. Jahrhunderts wurde die Kleidung geschlechtsspezifischer und weibliche Formen konnten mittels eng anliegender und maßgeschneiderter Blusen mehr hervorgehoben werden. Unter diesen trugen die Frauen ein steifes Leinentuch, welches eine Vorstufe des Korsetts darstellte. Die ideale weibliche Figur des späten Mittelalters war S-förmig. Anders als im 19. Jahrhundert bildete sich diese S-Form bei

den Frauen des Mittelalters aus einem hervorstehenden Bauch und flachen Brüsten (*Thesander 1997, S. 57f.*).

Im Unterschied zum Mittelalter wandten sich die Männer der Renaissance Frauen zu, die „einen vollen, ausladenden, weißen Oberkörper haben mit zwei runden, festen Äpfeln, die wie kleine Wellen auf und ab wogen; die Arme sollen fleischig und kräftig sein;“ auch im Gesicht wurden Zeichen der Wohlgenährtheit geschätzt: „Das Kinn kurz und in der Mitte vertieft und im unteren Bereich so fleischig und fett, daß es zum Hals hin hinabhängt und ein zweites Kinn zu formen scheint“ (*Didou-Manent 1998, S. 126, zit. nach Liebault*).

Ab Mitte des 17. Jahrhunderts wurden die Körper, trotz der damit verbundenen gesundheitlichen Probleme, für beinahe 3 Jahrhunderte in Korsetts gezwungen. Dabei symbolisierte diese teure und unpraktische Art der Kleidung die soziale Position sowohl der Frau, als auch des Mannes. Ende des 19. Jahrhunderts betrug der typische Umfang einer geschnürten Taille 47 cm (*Thesander 1997, S. 81ff.*).

1.1.4 Das 20. Jahrhundert bis heute

Bis 1914 trugen die Frauen knöchellange Röcke. Während des 1. Weltkrieges wurden die Röcke zunehmend kürzer. Die durch das Korsett entstandene „Uhrglass“-Silhouette wurde von einem eher knabenhaften Aussehen abgelöst. Das bis zu dieser Zeit allgegenwärtige Korsett wurde durch lockere Damenhemden und dem BH verdrängt. Da eine schmale Figur hoch eingeschätzt wurde, begannen modern eingestellte Frauen mit Diäten und Gewichtskontrolle. Weiterhin trugen Frauen jetzt ihre Haare kurz, banden ihre Brüste hoch, benutzten Makeup und begannen für ihre Rechte zu kämpfen (*Anderson & Zinsser 2000, S. 201ff.*).

Während des 2. Weltkrieges änderte sich das Weiblichkeitsideal erneut. Die Frauen mussten nun die Rolle der Männer übernehmen. Sie begannen Lohnarbeit zu verrichten, schlossen sich in sportlichen Vereinigungen zusammen und wirkten dabei kompetent, stark und tüchtig. Nach der Rückkehr der Männer aus dem Krieg wurden die traditionellen Familien- und Geschlechterrollen wieder übernommen. In den 60er Jahren kämpften die Frauen erneut für ihre Rechte und wirkten dabei, wie schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts sehr dünn und knabenhaft, wie das Supermodel „Twiggy“ zeigt.

Heutzutage wird das äußere Erscheinungsbild in den westlichen Nationen weniger durch politische und wirtschaftliche Faktoren als vielmehr durch den immer mehr wachsenden Einfluss der Medien geprägt (*Derenne & Beresin 2006*). Die Menschen kleiden, schminken und frisieren sich nach dem Schönheitsmodell, das von Massenmedien propagiert wird. Sie folgen somit den Schönheitsidealen aus der Welt des Warenkonsums (*Eco 2006, S. 418*).

1.2 Literatur- und Forschungsstand

1.2.1 Darstellung der Körperdysmorphen Störung

Aufgrund der immer größer werdenden Bedeutung der Körperdysmorphen Störung sind in den letzten Jahren vermehrt wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Krankheitsbild durchgeführt worden (*Driesch et al. 2004*). In den späten 1980ern begann Katharine A. Phillips in den USA Publikationen zu diesem Thema zu veröffentlichen (*Phillips 2005, S. 15*). Möglicherweise wurde man hier schon früher auf diese Erkrankung aufmerksam, da in den USA mehr Wert auf Attraktivität gelegt wird und sich somit eine größere Anzahl der Bevölkerung intensiver mit ihrem Körperbild beschäftigt als beispielsweise in Deutschland (*Bohne et al. 2002^a*). Über das weite Spektrum der klinischen Merkmale und der beeinflussenden Faktoren existieren bisher allerdings nur wenige Untersuchungen. Die meisten Studien zu diesem Thema umfassen ausschließlich kleine Stichprobe. Ein weiteres Problem der bisherigen Studien ist, dass meistens klinisch auffällige Personen untersucht wurden, wodurch eine gewisse Bias besteht (*Phillips et al. 2005^b*).

1.2.1.1 Klassifikation der Körperdysmorphen Störung

Erstmalig beschrieben wurde das Krankheitsbild der Körperdysmorphen Störung bereits 1886 vom italienischen Psychiater Morselli (*Morselli 1886*), der es auch durch die Einführung des Begriffs „Dysmorphophobie“ prägte. Er verstand darunter das geschilderte subjektive Gefühl der Betroffenen, die sich trotz fehlender objektiver Anomalien für hässlich und körperlich missgestaltet hielten (*Wegner et al. 1999*). Anders als der Begriff „Phobie“ vermuten lässt, handelt es sich allerdings nicht um eine Krankheit, bei der nach ICD-10 die „Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte – außerhalb des Patienten – hervorgerufen“ (*Dilling 2005, S. 115f.*) wird. Vielmehr ist bei den Patienten die eigene Körperwahrnehmung von Scham erfüllt. Die Betroffenen haben das subjektive Gefühl aufgrund eines vermeintlichen körperlichen Defekts von ihren Mitmenschen kritisiert und gemieden zu werden, was häufig den Charakter einer überwertigen Idee oder wahnhaften Vorstellung hat. Um Missverständnisse in Zukunft zu vermeiden, sollte deshalb auf die Verwendung des Ausdrucks „Dysmorphophobie“ verzichtet werden (*Wegner et al. 1999*).

1915 erfasste der Münchner Professor Kraepelin den Begriff der Dysmorphophobie (*Kraepelin 1915, S. 1861*). Aufgrund des charakteristischen Nichtloskommens von Gedanken und Handlungen im Bezug auf das Aussehen erfolgte die Einordnung, wie 1908 bei Janet, unter die Zwangsneurosen (*Bürgy 1998*): „Manche Kranke werden den Gedanken nicht los, irgend etwas Auffallendes oder Lächerliches an sich zu tragen, durch eine merkwürdig geformte Nase,

krumme Beine, einen widerlichen Geruch die Aufmerksamkeit und den Spott der Begegnenden hervorzurufen, ihrer Umgebung unangenehm zu sein („Dysmorphophobie“)“ (*Kraepelin 1915, S. 1861*). Auch William Stekel beschrieb 1949 zwanghafte Gedanken, die den Körper betreffen (*Phillips 2005, S. 15*).

Erst hundert Jahre nach der Erstbeschreibung wurde die KDS als eigenständige psychische Erkrankung klassifiziert und fand 1987 mit dem DSM-III-R Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (*Driesch et al. 2004*). Wegen der schwierigen differenzialdiagnostischen Abgrenzung und der hohen Komorbidität mit depressiven Erkrankungen und Zwangsstörungen gibt es allerdings Zweifel an der Berechtigung einer eigenständigen Diagnose (*Daig et al. 2006*). So bestehen auch heutzutage noch unterschiedliche Auffassungen über die diagnostische Einordnung des Krankheitsbildes KDS (*Stangier et al. 2000*). In der ICD-10 wird die Symptomatik der Körperdysmorphen Störung unter dem Begriff „Dysmorphophobie“ der Hypochondrie zugeordnet. Dabei wird zwischen einer wahnhaften und einer nicht-wahnhaften Form unterschieden (*Dilling 2005, S. 187ff.*). Im Gegensatz dazu rechnet der DSM-IV die KDS den somatoformen Störungen zu, wobei in diesem Klassifikationssystem die nicht-wahnhafte und die wahnhafte Form gleichzeitig diagnostiziert werden können (*Saß et al. 1996, S. 532ff.*).

1.2.1.2 Klinik und Charakteristika

Bei der Körperdysmorphen Störung handelt es sich um eine Erkrankung, die psychopathologisch durch Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Verhaltensstörungen mit Beeinträchtigung sozialer Funktionen und Störungen des Affekts gekennzeichnet ist (*Driesch et al. 2004*). Die betroffenen Personen beschäftigen sich übermäßig mit einem scheinbaren oder geringen Defekt in ihrem Erscheinungsbild, welcher von anderen Personen nicht wahrgenommen wird (*Saß et al. 1996, S.532ff.*). Das subjektive Empfinden der Patienten steht dabei nicht in einem angemessenen Verhältnis zum körperlichen Befund (*Stangier 2002, S. 11*). Diese Wahrnehmungs- und Denkstörung kann als ichsyntone oder ichdystone Symptomatik auftreten. Bei der selteneren ichdystonen Form leiden die Betroffenen, im Gegensatz zur ichsyntonen Form, bei voller Krankheitseinsicht zum einen an der übermäßigen Beschäftigung mit ihrem scheinbar entstellten äußeren Erscheinen und zum anderen an der Sinnlosigkeit ihrer Zwangshandlungen und –gedanken (*Driesch et al. 2004*).

Laut *Phillips et al. (2005^b)* konzentrieren sich die Beschwerden der Erkrankten am häufigsten auf das Aussehen des Gesichts, insbesondere auf die Haut (80%), die Haare (58%) oder die Nase (39%). Der vermeintliche Defekt beschränkt sich dabei auf 3-4 umschriebene Körperregionen, denen vor allem kommunikative oder ästhetische Bedeutungen zukommen (*Driesch et al. 2004*). Nach *Phillips et al. (2005^b)* sorgen sich die Betroffenen sogar um 5-7

Körperregionen, wobei sich behandelte Personen mit mehr Körperregionen beschäftigen, als Unbehandelte.

Zu den charakteristischen Verhaltensweisen der Erkrankten zählen unter anderem das ständige Überprüfen des scheinbaren Defekts im Spiegel („mirror checking“) und das Bestreben diesen mit Hilfe von Kosmetik und verschiedenen Kleidungsstücken zu kaschieren („camouflaging“). Häufiges Kämmen und Rasieren („grooming“), das Berühren des vermeintlichen Makels und das Zupfen an der Haut („skin picking“) sind ebenfalls typisch. Die Betroffenen vergleichen zudem ihr Aussehen oft mit anderen und suchen ständig nach Rückversicherung im sozialen Umfeld. Einige Patienten vermeiden auch das Überprüfen im Spiegel, um der Enttäuschung, der Angst und der Frustration durch den Anblick des Defekts zu entkommen. Die beschriebenen Verhaltensweisen werden von den Betroffenen meist mit hohem zeitlichem Aufwand und als Zwangshandlung vollzogen. Mit den auf Handlungsebene unterschiedenen Kontroll- und Vermeidungsverhalten wollen die Patienten ihre Angst hässlich zu sein reduzieren, was ihnen aber meist nicht dauerhaft gelingt (*Phillips 2005, S. 83ff.*). Diese übermäßige Beschäftigung mit dem illusionären Mangel verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leidenszustände und ist mit schweren Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen bzw. schulischen und anderen wichtigen Funktionen verbunden (*Phillips 2005, S. 115ff.*). 36% der Betroffenen gehen aufgrund der Psychopathologie mindestens eine Woche pro Monat nicht zur Arbeit bzw. 32% nicht zur Schule (*Phillips et al. 2005^b*). Bei *Didie et al. (2008)* berichteten 39% der Befragten nicht zu arbeiten. Unter denjenigen, die regelmäßig einer Erwerbstätigkeit nachgingen, fühlten sich etwa 80% aufgrund ihrer Erkrankung bei der Arbeit beeinträchtigt. 74% der Betroffenen sind Singles oder geschieden. Dies spiegelt die Schwierigkeit der Patienten wieder, Beziehungen einzugehen und diese auch aufrechtzuerhalten (*Veale et al. 1996*). *Didie et al. (2006)* zeigten, dass Patienten ohne feste Partnerschaft eine deutlich geringere Lebensqualität haben, als Patienten, die sich in einer festen Beziehung befinden. Weiterhin ergab diese Untersuchung, dass Personen ohne Beziehung an einer schwereren Form der Körperdysmorphen Störung (KDS) leiden und häufiger eine depressive Symptomatik aufweisen. Zudem leiden Patienten mit Körperdysmorpher Störung an einem deutlich geringeren Selbstwertgefühl (*Buhlmann et al. 2008*). Darin übereinstimmend berichten *Buhlmann et al. (2009)* über eine signifikant niedrigere Selbstachtung bei Personen mit Körperdysmorphen Störungen.

1.2.1.3 Epidemiologie

Repräsentative Studien über die Prävalenz der KDS liegen in geringem Umfang vor (*Rief et al. 2006*). Literaturangaben zufolge geht man in der Normalbevölkerung von einer Prävalenz aus, die zwischen 0,7 und 5% liegt (*Bohne et al. 2002^a, Bohne et al. 2002^b, Otto et al. 2001, Rief et al. 2006*). Eine US-amerikanische Studie von *Otto et al. (2001)* ergab unter 976 Frauen im Alter

von 36 bis 44 Jahren eine Prävalenz von 0,7%. *Rief et al. (2006)* befragten in einer weitaus größeren Untersuchung deutschlandweit 2552 Personen im Alter von 14-99 Jahren. Nach Berücksichtigung der DSM-IV-Kriterien fand man in diesem Kollektiv eine Prävalenz von 1,7%. Hinsichtlich des geschlechtsabhängigen Prävalenz konnte, obwohl die Frauen (15,6%) im Vergleich zu den Männern (10%) in dieser Studie insgesamt unzufriedener mit ihrem Aussehen waren, nur ein geringer Unterschied festgestellt werden (Männer 1,4%; Frauen 1,9%). Allerdings zeigte sich mit 2,3% eine höhere Prävalenz unter Jugendlichen, die jünger als 21 Jahre waren. *Bohne et al. (2002^a)* verglichen die Prävalenz Körperdysmorpher Störungen zwischen US-amerikanischen und deutschen Hochschulstudenten. Obwohl die US-amerikanischen Teilnehmer mit 74% im Gegensatz zu der deutschen Vergleichsgruppe (47%) mehr Besorgnis bezüglich ihres Erscheinungsbildes äußerten und sich deutlich mehr mit ihrem Aussehen beschäftigten, erfüllten in dieser Untersuchung nur 4% der US-amerikanischen Hochschulstudenten die Diagnosekriterien für eine KDS. Dies entspricht in etwa der Prävalenz von 5% unter weiblichen Hochschulstudenten aus Deutschland (*Bohne et al. 2002^b*).

Höhere Prävalenzen findet man unter Patienten, die sich dermatokosmetisch, dermatologisch oder plastisch-chirurgisch behandeln lassen (*Driesch et al. 2004*). *Altamura et al. (2001)* zeigten, dass unter Personen, die sich in Kliniken für ästhetische Medizin befanden, mehr als 6% an Körperdysmorphen Störungen litten. Weitere Studien fanden, dass 9-12% der Patienten, die einen Dermatologen aufsuchen und 6-15% der Personen, die sich einer kosmetischen Operation unterziehen möchten, an Körperdysmorphen Störungen leiden (*Phillips et al. 2005^b*). Ebenfalls höhere Prävalenzen, verglichen mit der Normalbevölkerung, findet man unter Personen mit psychiatrischen Erkrankungen. So zeigt eine Studie von *Conroy et al. 2008* eine Prävalenz von 16,0% unter 100 befragten Patienten, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden.

Mit ihrer Studie wiesen *Phillips & Diaz (1997)* nach, dass das Geschlechterverhältnis gleich ist (Frauen 49%; Männer 51%), die Störung sich jedoch geschlechtsabhängig unterschiedlich äußert. Beide Gruppen glichen sich im Alter bei Krankheitsbeginn und im Verlauf der Erkrankung. Weiterhin beschäftigten sich Männer und Frauen mit einer ähnlichen Anzahl von Körperpartien und stimmten auch in den meisten mit dieser Krankheit vergesellschafteten Verhaltensweisen überein. Unterschiede zeigten sich bezüglich betroffene Körperteile und Komorbiditäten. Die Frauen sorgten sich vor allem um ihre Hüften und ihr Gewicht, manipulierten ihre Haut und erkrankten vermehrt an Bulimia nervosa. Die Männer beschäftigten sich dagegen hauptsächlich mit ihrem Körperbau, ihren Genitalien und ihren dünner werdenden Haaren und gelangten vor allem mit Drogen in Kontakt.

1.2.1.4 Ursache und Verlauf

Obwohl es über die Ätiologie der Körperdysmorphen Störung bislang keine einheitlichen Angaben existieren, scheint die Kombination aus neurobiologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren eine tragende Rolle zu spielen. Dabei sollen biologische bzw. genetische Faktoren die Grundlage für die Entstehung der Krankheit bilden. Aufgrund der Ansprechbarkeit auf selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) geht man von Dysbalancen im Serotoninhaushalt aus. Aber auch andere Transmitter, wie z.B. das Dopamin sollen Einfluss haben. Ebenfalls wird ein Defekt am Serotonin-Transporter-Gen diskutiert (*Phillips 2005, S. 158ff.*). Insgesamt zeigen Patienten mit KDS häufig positive Familienanamnesen hinsichtlich Essstörungen (63%), KDS (60%), Zwangsstörungen (53%), somatoformen Erkrankungen (50%) und sozialen Phobien (30%) (*Altamura et al. 2001*). So berichten auch *Bienvenu et al. (2000)*, dass KDS häufiger bei Verwandten ersten Grades von Patienten mit Zwangsstörungen auftritt, als bei Verwandten einer gesunden Kontrollgruppe. Weiterhin werden strukturelle Veränderungen im ZNS diskutiert. In einer Neuroimage-Studie von *Rauch et al. (2003)* fand man im Vergleich zu einem gesunden Kollektiv unter acht KDS-Patienten eine abnormale Asymmetrie und eine linksseitige Vergrößerung des Nucleus caudatus, sowie einen insgesamt größeren Anteil an weißer Hirnsubstanz. In mehreren Untersuchungen werden zudem Fälle von Körperdysmorphen Störungen als Folge von entzündlichen Prozessen und frontotemporalen Hirnläsionen beschrieben (*Feusner et al. 2008*). *Feusner et al. (2009)* fanden zudem einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Schweregrad Körperdysmorpher Störungen und der Größe des linken frontalen Gyrus, sowie der rechtsseitigen Amygdala.

Daneben gelten auch die übermäßige Sensibilität für Ästhetik, fehlerhafte Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse, sowie soziokulturelle Einflüsse als prädisponierende Faktoren, die bei entsprechender genetischer Grundlage die Entstehung der KDS beeinflussen können (*Stangier 2002, S. 32ff.*). Negative Kommentare bezüglich des Aussehens, einschneidende Lebensereignisse und Triggersituationen werden dagegen eher als zweitrangig eingestuft (*Sonnenmoser 2007*).

Auch über den Verlauf der Erkrankung gibt es bisher nur wenige Angaben (*Phillips et al. 2006*). In einer Untersuchung von *Veale et al. (1996)* lag das Durchschnittsalter bei Erstmanifestation mit 17,9 Jahren genau in einer Entwicklungsphase, in der sich die Individuen besonders mit ihrem Aussehen auseinandersetzen. Bei *Phillips et al. (2005^b)* hatten die Betroffenen die ersten manifesten Symptome im Durchschnitt bereits mit 16,4 Jahren. Die ersten subklinischen Anzeichen der Erkrankung traten allerdings durchschnittlich schon im Alter von 12,9 Jahren auf. Somit zeigen die genannten Untersuchungen, dass es sich bei der KDS vorrangig um eine

Erkrankung der Adoleszenz zu handeln scheint. Bestätigt werden kann dieses Ergebnis durch eine Studie von *Koran et al. (2008)*, in der die Prävalenz Körperdysmorpher Störungen mit Zunahme des Alters sank.

In einer retrospektiven Studie von *Phillips & Diaz (1997)* zeigte sich, dass die Körperdysmorphie Störung in der Mehrzahl der Fälle (82%) einen chronischen Verlauf mit einer mittleren Krankheitsdauer von 15,7 Jahren annimmt. In einer weiteren retrospektiven Untersuchung wurden KDS-Patienten, die sich in Behandlung fanden in einem vier Jahres Follow-Up alle 6 Monate auf ihre Symptome untersucht. 58% der Teilnehmer erreichten dabei eine teilweise oder volle Remission nach 6 und/oder 12 Monaten. Nach vier Jahren sind 84% an mindestens einem der Untersuchungszeitpunkte in Teil- oder Vollremission gewesen. Diese Ergebnisse zeigen wiederum, dass es sich bei der KDS um eine weniger chronische Krankheit handelt als zunächst angenommen (*Phillips et al. 2005^a*). Dadurch, dass der klinische Status der Patienten allerdings nur alle 6 Monate erhoben wurde und die Betroffenen an einem speziellen KDS-Programm teilnahmen, ist die Verallgemeinerung der Ergebnisse schwierig. In der ersten prospektiven Follow-Up Studie über den Verlauf von *Phillips et al. (2006)* erreichten innerhalb des 1-Jahres-Follow-Ups nur 21% der Teilnehmer eine partielle und lediglich 9% eine volle Remission. Die mittlere Krankheitsdauer betrug 16 Jahre. Dieses Ergebnis bestätigt die erste Annahme, dass es sich bei der KDS um eine chronische Krankheit handelt. Ein Wechsel von wahnhafter und nicht-wahnhafter Symptomatik ist im Verlauf der Krankheit typisch (*De Leon et al. 1989*).

Mehrere Studien berichten über ansteigende Suizidalitätsraten unter Patienten mit KDS. Bei *Rief et al. (2006)* gaben etwa 20% der Befragten an schon einmal Suizidgedanken gehabt zu haben. 7% hatten einen Suizidversuch unternommen. In einer früheren Studie von *Veale et al. (1996)* hatten zum Zeitpunkt der Erhebung bereit 24% der Patienten einen Suizidversuch unternommen. In einer prospektiven Studie von *Phillips & Menard (2006)* wurden 185 Personen über vier Jahre hinsichtlich ihrer Suizidalität untersucht. Im Durchschnitt berichteten jährlich 58% der Befragten über Suizidgedanken und ca. 3% über Suizidversuche. Deutlich höhere Werte fand man unter KDS-Patienten, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden. Hier gaben alle Personen an, schon einmal Suizidgedanken gehabt zu haben. Die Hälfte von ihnen machte die Symptome der KDS dafür verantwortlich. 94% aus diesem Kollektiv berichteten über Suizidversuche, wobei hier bei ungefähr einem Drittel die KDS einen Einfluss hatte (*Conroy et al. 2008*). Diese Ergebnisse spiegeln den enormen Leidensdruck, der mit dieser Krankheit vergesellschaftet ist, wieder (*Rief et al. 2006*).

1.2.1.5 Komorbidität und Abgrenzung zu anderen psychischen Krankheiten

Auch wenn in den letzten Jahren die Untersuchungen über die Körperdysmorphie Störung zugenommen haben, sind, obwohl die meisten Personen mit KDS an mindestens einer weiteren psychischen Erkrankung leiden, über die Komorbidität bisher nur wenige empirische Daten vorhanden. Die häufigste komorbide Erkrankung ist die Major Depression gefolgt von der sozialen Phobie, den Zwangsstörungen und dem Drogenmissbrauch, wobei die Mehrzahl der Betroffenen an mehr als einer zusätzlich psychischen Erkrankung leidet (*Gunstad & Phillips 2003*).

1.2.1.5.1 Depression

Depressive Symptome wurden lange Zeit als ein Merkmal der KDS beschrieben (*Phillips et al. 2007^a*). Die meisten Studien, welche das Auftreten von Major Depressionen bei Patienten mit KDS untersucht haben, zeigten hohe Prävalenzen hinsichtlich der Komorbidität. Bei *Gunstad & Phillips (2003)* fand man unter 293 Patienten mit KDS bei 76% zusätzlich eine Major Depression. Dieses Ergebnis wurde durch *Phillips et al. (2007^a)* bestätigt. Hier hatten unter 178 Patienten mit KDS 74% bereits einmal eine Major Depression. Im Durchschnitt begann diese allerdings später als die Körperdysmorphie Störung. Hinsichtlich des Schweregrades konnte bei dieser Studie eine signifikante Korrelation zwischen beiden Krankheitsbildern gezeigt werden: Je ernster die depressiven Symptome waren, umso schwerwiegender erwies sich die Körperdysmorphie Störung.

Umgekehrt ist der Anteil von Personen mit KDS unter Patienten mit Depressionen (1,9%) ebenfalls höher als unter solchen ohne Depressionen (0,3%) (*Otto et al. 2001*).

1.2.1.5.2 Soziale Phobie

Klinische Beobachtungen deuten auf einen Zusammenhang zwischen der KDS und der sozialen Phobie hin. Laut *Wilhelm et al. (1997)* leiden unter Patienten mit sozialer Phobie 12% zusätzlich an KDS. Umgekehrt wiesen bei *Veale et al. (1996)* 16% der Personen mit KDS auch eine soziale Phobie auf. In einer Studie von *Coles et al. (2006)* gaben sogar 39% der KDS-Patienten an schon einmal an einer sozialen Phobie gelitten zu haben. Dabei trat die soziale Phobie typischerweise vor der Körperdysmorphie Störung auf. Hinsichtlich demographischer Charakteristika zeigte sich in dieser Untersuchung zwischen KDS-Patienten mit und ohne sozialer Phobie keine signifikanten Unterschiede. Jedoch befanden sich Patienten, die an beiden Erkrankungen litten, deutlich seltener in einem festen Arbeitsverhältnis. Vermehrt berichteten die Personen aus dieser Gruppe über Suizidgedanken.

1.2.1.5.3 Zwangsstörungen

Die Beziehung zwischen den Zwangsstörungen und der Körperdysmorphen Störung ist unklar. Lange Zeit wurde die KDS zu der Gruppe der Zwangsstörungen gezählt bzw. als eine Variante von ihnen angesehen (*Phillips et al. 2007^b*). Im Unterschied zu Patienten mit KDS erleben aber Personen mit Zwangsstörungen ihre Symptome meist eher als ichdyston (*Stangier et al. 2000*). Sie können sich somit mit ihren Beschwerden kritisch auseinandersetzen und deren Unbegründetheit erkennen (*Bürgy 1998*). Folglich wird die KDS im DSM-IV als somatoforme Erkrankung (*Saß et al. 1996, S. 532ff.*) klassifiziert, während die Zwangsstörungen den Angsterkrankungen zugeordnet sind (*Saß et al. 1996, S. 480ff.*).

Je eine Untersuchung aus den USA (*Phillips et al. 1998*) und eine aus Italien (*Frare et al. 2004*) verglichen demographische und klinische Merkmale der KDS und der Zwangsstörung miteinander. Trotz vieler Übereinstimmungen kamen beide Studien zu dem Schluss, dass es sich bei der KDS nicht nur um eine einfache Variante der Zwangsstörungen handelt, sondern dass man aufgrund der Unterschiede beide Erkrankungen differenziert betrachten sollte. Auch eine Studie von *Phillips et al. (2007^b)* fand zahlreiche Übereinstimmungen zwischen beiden Krankheiten. Jedoch hatten in dieser Untersuchung die Patienten mit KDS eine signifikant geringere Krankheitseinsicht und zeigten häufiger wahnhaftige Züge. Zudem war in der Gruppe der KDS-Patienten der Anteil der Personen mit Suizidgedanken, Major Depressionen und Drogenmissbrauch deutlich höher, als unter Patienten mit Zwangsstörungen. Insgesamt ergaben sich in dieser Studie aber mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede, wodurch die Hypothese unterstützt wird, dass es sich um verwandte Krankheiten handelt. *Phillips et al. (2007^b)* finden es sogar ratsam die Körperdysmorphie Störung in zukünftigen Ausgaben des DSM neben den Zwangsstörungen den Angsterkrankungen zuzuordnen.

1.2.1.5.4 Hypochondrie

In der ICD-10 wird die Körperdysmorphie Störung der hypochondrischen Erkrankungen zugeordnet (*Dilling et al. 2005, S. 202f.*). Beiden Krankheitsbildern ist die überwertige Idee einen äußeren (KDS) oder inneren (Hypochondrie) Defekt zu haben gemeinsam (*McKenna 1984*). Sowohl bei der Hypochondrie, als auch bei der KDS überprüfen die Betroffenen ständig ihren Körper und suchen aufgrund ihrer Ängste häufig Ärzte auf (*Phillips 2005, S. 326*). Im Gegensatz zur Hypochondrie steht bei der KDS aber nicht die Befürchtung an einer Krankheit zu leiden im Mittelpunkt. Vielmehr leiden die Betroffenen am subjektiven Empfinden, dass einzelne, vor allem für die Kommunikation wichtige, Körperregionen entstellt sind (*Wegner et al. 1999*). Insgesamt scheint es also, dass die KDS nicht identisch mit der Hypochondrie ist bzw. eine Variante von dieser darstellt (*Phillips 2005, S. 327*).

1.2.1.5.5 Essstörungen

Laut DSM-IV schließt das Vorliegen einer Anorexia nervosa die Diagnose der KDS aus (*Saß et al. 1996, S. 532ff.*). In einigen Bereichen überlappen sich die Symptome der Körperdysmorphie Störung und der Essstörungen allerdings und machen somit eine Differenzierung schwierig. Bei beiden Krankheiten beschäftigen sich die Betroffenen übermäßig mit ihrem Aussehen und leiden an einem gestörten Körperbild, sowie an einem verminderten Selbstwertgefühl. Sowohl bei der KDS, als auch bei Essstörungen spielen zudem zwanghafte Verhaltensweisen, wie ständiges Überprüfen des Aussehens im Spiegel oder Gewichtskontrollen, eine wichtige Rolle. Die KDS und Essstörungen treten oft auch gemeinsam auf (*Phillips 2005, S. 321*). So diagnostizierten *Grant et al. (2002)* unter 41 Patienten mit Anorexia nervosa bei 39%, unabhängig von ihren Gewichtsproblemen, gleichzeitig eine KDS. Im Vergleich zu Personen mit Essstörungen, liegt der Fokus bei Patienten mit KDS allerdings nicht auf dem Körpergewicht, sondern auf spezifischen Körperteilen. Weiterhin unterscheiden sich beide Krankheitsgruppen hinsichtlich der Geschlechtsverteilung und der Behandlung (*Phillips 2005, S. 321f.*). *Rosen & Ramirez (1998)* zeigten zudem, dass sich Personen mit KDS bezüglich ihres Aussehens negativer einschätzen und Aktivitäten aufgrund ihres niedrigen Selbstbewusstseins wegen ihres scheinbaren Defekts eher vermeiden.

1.2.1.5.6 Drogenmissbrauch

Der Anteil von Patienten mit KDS, die schon einmal mit Drogen in Kontakt gekommen sind, hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Bei *Veale et al. (1996)* wiesen lediglich 2% unter 50 Personen eine Drogenproblematik auf. Bei *Gunstad & Phillips (2003)* betrug der Anteil bei den Teilnehmern einer pharmakotherapeutischen Studie bereits 25% und unter 175 Teilnehmern einer Phänomenologie-Studie 30%. In einer Untersuchung von *Grant et al. (2005)* hatten insgesamt 48,9% der Befragten schon Kontakt mit Drogen. Unter ihnen diagnostizierte man bei 29,5% einen Drogenmissbrauch, bei 35,8% sogar eine Drogenabhängigkeit. Die Mehrzahl (69%) der Betroffenen berichtet, dass die ersten Symptome der KDS vor dem Drogenmissbrauch aufgetreten sind. Dabei glauben 68%, dass die Körperdysmorphie Störung zu ihrer Drogenproblematik beigetragen habe. In einer Untersuchung von *Conroy et al. (2008)* berichteten 75% über Drogenmissbrauch. Dabei gaben 41,6% an, dass der Drogenmissbrauch im Zusammenhang mit ihrer KDS-Symptomatik steht.

Insgesamt stellt sich somit die Frage, ob solche psychiatrischen Symptome die Voraussetzung für Sorgen hinsichtlich des Körperbildes oder die Konsequenz daraus sind. Allerdings scheint es auch möglich, dass zwischen Erkrankungen, die mit der Sorge um das Aussehen

vergesellschaftet sind und anderen psychischen Symptomen kein Zusammenhang besteht und diese unabhängig voneinander auftreten (*Bohne et al. 2002^a*).

1.2.1.6 Diagnose

Im Gegensatz zu bekannten psychischen Erkrankungen gestaltet sich die Diagnose KDS häufig schwierig. Da sich die Symptome der Körperdysmorphen Störung zum Teil mit denen der Hypochondrie oder der Zwangsstörung überlappen, ist die Abgrenzung von anderen psychischen Erkrankungen, trotz Aufnahme in die diagnostischen Klassifikationssysteme, oft nicht eindeutig (*Stangier et al. 2000*). Auch die typische Scham der betroffenen Patienten behindert eine frühzeitige Diagnosestellung und hat oft eine Fehldiagnose zur Folge (*Driesch et al. 2004*). So geben 31,3% der Betroffenen an, aus Verlegenheit ihre Beschwerden verheimlicht zu haben (*Conroy et al. 2008*). Unerfahrene Ärzte trivialisieren die Beschwerden dieser Erkrankung häufig, was zu einer eklatanten Unterschätzung des Schweregrades der Symptome führen kann (*Driesch et al. 2004*). Um krankheitsspezifische Aspekte der KDS zu erfassen existieren bisher nur wenige diagnostische Hilfsmittel. Die Feststellung der Diagnose ist somit in der klinischen Praxis mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden (*Stangier et al. 2000*). Nach DSM-IV kann die Diagnose „KDS“ gestellt werden, wenn sich die Betroffenen übermäßig mit einem scheinbaren oder geringen Defekt in ihrem äußeren Erscheinungsbild beschäftigen (Kriterium A), die übermäßige Beschäftigung zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt (Kriterium B), und diese Verhaltensweise nicht durch andere psychische Erkrankungen erklärt werden kann (Kriterium C) (*Saß et al. 1996, S. 532*). Entsprechend dem heutigen Forschungsstand sind zur eindeutigen Diagnosestellung mehrere Instrumente erforderlich.

Im Folgenden werden zur Übersicht gängige publizierte Messinstrumente zur Diagnosestellung bzw. Schweregraderfassung der Körperdysmorphen Störung dargestellt.

1.2.1.6.1 Ratingskalen zur Einschätzung der Entstellung (Stangier et al. 2000)

Mit den Ratingskalen zur Einschätzung der Entstellung kann die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung unter Personen mit Körperdysmorphen Beschwerden bewertet werden. Hierbei geben sowohl der Patient als auch der behandelnde Arzt ihre Einschätzung zur Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes ab. Die Schwere der Beeinträchtigung wird mit Hilfe einer elfstufigen Skala, die von „gar nicht beeinträchtigt“ (= 0) bis „sehr stark beeinträchtigt“ (= 10) reicht, bewertet. Aus der Abweichung zwischen Selbst- und Fremdrating kann die Übertriebenheit der Überzeugung, entstellt zu sein, quantitativ ermittelt werden. Hinsichtlich der Fremdeinschätzung des Defekts zeigt sich eine hohe Interrater-Reliabilität ($r = .95$).

1.2.1.6.2 Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDDDM; Phillips 1993; dt. Stangier et al. 1996 zit. in Stangier et al. 2000)

Das BDDDM stellt ein teilstrukturiertes Interview dar, das zur Feststellung der Diagnose KDS eingesetzt wird. Dieses Instrument ist angelehnt an das Strukturierte Klinische Interview (*Wittchen et al. 1997*) und deckt mit seinen Fragen die 3 diagnostischen Kriterien des DSM-IV ab. Die Interrater-Reliabilität ($r = .96$) ist sehr zufriedenstellend. Aufgrund der offenen Formulierung der Fragen bedarf es ein hohes Maß an klinischer Erfahrung, um beurteilen zu können, inwieweit die diagnostischen Kriterien erfüllt sind (*Phillips 2005, S. 375 ff.*). Eine deutsche Übersetzung dieses Fragebogens liegt vor (*Stangier et al. 1996 zit. in Stangier et al. 2000*).

1.2.1.6.3 Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE; Rosen & Reiter 1996)

Beim BDDE handelt es sich um ein halbstrukturiertes klinisches Instrument, mit dem sowohl die Diagnose KDS gestellt, als auch der Schweregrad der Erkrankung differenziert beurteilt werden kann (*Phillips 2005, S. 387*). Mit Hilfe von 34 Items werden charakteristische Merkmale dieser Krankheit erfasst. Hierbei beziehen sich die Fragen auf die Bereiche Beschäftigung mit dem Aussehen, negative Bewertung des Aussehens, Selbstbewusstsein und Leidensdruck, Bedeutung der äußeren Erscheinung in der Selbsteinschätzung, Vermeidungsverhalten und Kaschieren bzw. Überprüfen der betroffenen Körperregionen. Die Beurteilung zu jeder Frage erfolgt auf einer siebenstufigen Skala, wobei null die Abwesenheit und sechs die extreme Ausprägung eines Symptoms bedeutet. Am Ende kann über einen Summenscore der Schweregrad ermittelt werden. Je höher die Gesamtsumme ist, desto ausgeprägter sind die Symptome. Der Nachteil dieses Messinstruments zeigt sich in einem hohen Zeitaufwand und der Notwendigkeit eines erfahrenen Interviewers. Aus diesem Grund eignet sich der BDDE nicht als Screeningverfahren (*Rosen & Reiter 1996*).

1.2.1.6.4 Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ; Phillips et al. 1995)

Beim BDDQ handelt es sich um ein Screeninginstrument mit offenen Fragen, das von den Patienten selbst ausgefüllt wird. Angelehnt an die Kriterien des DSM-IV erhebt der BDDQ, ob sich der Betroffene verstärkt um ein oder mehrere Körperteile sorgt und inwieweit dies den täglichen Lebensablauf beeinträchtigt. Zudem wird der durchschnittliche Zeitaufwand erfragt (*Phillips et al. 1995*). Damit die Diagnose KDS gestellt werden kann, müssen alle Kriterien des DSM-IV erfüllt sein. Dies setzt das Vorliegen keines oder nur eines minimalen Defekts voraus. Andere psychiatrische Störungen, die ebenfalls mit einer übermäßigen Besorgnis bezüglich des Aussehens einhergehen können, müssen ausgeschlossen werden (*Grant et al. 2002*). Nach aktuellem Kenntnisstand ist der Fragebogen bisher nicht in deutscher Sprache erschienen.

1.2.1.6.5 Body Dysmorphic Disorder Modifikation of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Skale (BDD-YBOCS; *Phillips et al. 1997*)

Die BDD-YBOCS basiert auf der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) für Zwangserkrankungen. Aufgrund zahlreicher Ähnlichkeiten zwischen BDD und Zwangsstörungen wurde dieses Instrument von *Phillips et al. (1997)* geringfügig modifiziert und an das Krankheitsbild KDS angepasst. Die BDD-YBOCS stellt ein halbstrukturiertes klinisches Interview dar, das mit Hilfe von 12 Fragen den Schweregrad Körperdysmorpher Störungen anhand des Auftretens von Zwangshandlungen und –gedanken während der letzten Wochen erfassen soll. Auf einer Skala von 0 (entspricht „keine Symptomatik“) bis 4 (entspricht „Symptomatik extrem ausgeprägt“) sollen die Befragten das Ausmaß des Schweregrades beurteilen. Dabei beziehen sich die Items 1-5 auf die zwanghaften Gedanken, die Items 6-10 auf das zwanghafte Verhalten. Die Summenwerte aus diesen beiden Subskalen geben schließlich Auskunft über die Ausprägung von Zwangsgedanken und –handlungen und stellen somit ein Maß für den Schweregrad der Zwangssymptomatik dar. Mit zwei zusätzlichen Fragen, die gesondert ausgewertet werden, wird die Einsicht in die übertriebene Sorge um das Aussehen (Item 11) sowie das Ausmaß der Vermeidung (Item 12) beurteilt. Dieses Messinstrument eignet sich nicht zum Screening bzw. zur Diagnosestellung Körperdysmorpher Störungen, sondern dient vor allem der Erfassung des Schweregrades im Hinblick auf eine Zwangssymptomatik (*Phillips 2005, S. 381ff.*).

1.2.1.7 Therapie

Als Therapie der Wahl bei Körperdysmorphen Störungen gelten die selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI). Mit dieser am besten untersuchten medikamentösen Behandlung erzielte man in allen bisherigen Studien bei der Mehrheit der Patienten eine Verbesserung der Krankheitssymptomatik (*Phillips & Hollander 2008*). So zeigten unter anderem Untersuchungen mit Fluoxetin (*Phillips & Rasmussen 2004*) und Escitalopram (*Phillips 2006*) neben einer Symptomverbesserung auch eine deutliche Steigerung der Lebensqualität in psychosozialen Bereichen. Die Ergebnisse einer weiteren Studie deuten darauf hin, dass die Behandlung mit dem selektiven Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor Venlafaxin ebenfalls effizient ist (*Allen et al. 2008*). Ferner werden zur psychopharmakologischen Behandlung MAO-Inhibitoren und Antipsychotika eingesetzt. Für MAO-Hemmer konnte immerhin eine Ansprechrage von 30 % nachgewiesen werden, Antipsychotika gelten dagegen als unwirksam (*Driesch et al. 2004*). Darüber hinaus wiesen *Phillips & Menard (2009)* erstmalig in einer Pilotstudie positive Effekte für das Antiepileptikum Levetiractam nach.

Als weitere Behandlungsmethode wird die kognitiv-behavioraler Psychotherapie eingesetzt. Durch den Einsatz von Exposition und Reaktionsverhinderung sollen beispielsweise neben dem

Vermeiden von sozialen Situationen, auch ritualisierte Verhaltensmuster reduziert werden. In kontrollierten Therapiestudien konnte diesbezüglich eine gute Wirksamkeit nachgewiesen werden (*Sonnemoser 2007*).

Aufgrund der zum Teil bis ins Wahnhafte reichenden Realitätsüberzeugung suchen Patienten mit Körperdysmorphen Störungen allerdings primär Dermatologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Zahnärzte und plastische Chirurgen und erst in zweiter Linie Psychiater oder Psychotherapeuten auf (*Bürgy 1998*). In einer Studie von *Crerand et al. (2005)* erkrankten von 200 erkrankten Personen 71% eine nicht-psychiatrische Therapie für ihren scheinbaren Defekt und 64% erhielten diese auch. Dabei handelte es sich v.a. um dermatologische (50%) und chirurgische (32%) Behandlungsverfahren. Durchschnittlich erhielt jeder Patient, der eine nicht-psychiatrische Behandlung wünschte, 3,3 Behandlungsmethoden. Allerdings erlangten die Erkrankten in 91% der Fälle mit derartigen Therapiemethoden keine Verbesserung ihrer Beschwerden. Ein Großteil derjenigen Personen, die nach einer nicht-psychiatrischen Behandlung dennoch eine Verbesserung ihres vermeintlichen Defekts feststellte, sorgte sich anschließend über andere Körperregionen. Diese Ergebnisse bestätigen die Resultate einer früheren Untersuchung von *Phillips et al. (2001)*, in der sich in der Mehrzahl der Fälle (72%) mit nicht-psychiatrischen Therapieverfahren auch keine Veränderung hinsichtlich des Schweregrades erzielen ließen. Auch hier kam es bei zahlreichen Patienten (69%), die einen Beschwerderückgang bezüglich des behandelten Körperteiles empfanden, nicht zu einer generellen Verbesserung der KDS-Symptomatik, sondern zum Teil sogar zu einer Verschlechterung, da sich die Besorgnis auf andere Körperpartien verschob.

1.2.2 Das Körperbild

1.2.2.1 Definition des Körperbildes

Das Studium des Körperbildes geht auf den Beginn des 20. Jahrhunderts zurück, als Psychologen, Ärzte und Philosophen versuchten die Gründe für bestimmte neurologische Erkrankungen und seltsame körperliche Empfindungen zu verstehen (*Cash 2006*). Dabei entstanden über die Jahre hinsichtlich dieses komplexen Begriffs verschiedene Definitionen. Paul Schilder charakterisierte das Körperbild als ein Bild unseres eigenen Körpers, welches wir in unserem Geist formen (*Phillips 2005, S. 191*). Zur gleichen Zeit erweiterten erfahrene Psychoanalytiker die psychosexuelle Theorie Freuds, um die Körperwahrnehmung der Patienten als Grenze zwischen sich selbst und ihrer Umwelt zu verstehen. Unter anderem verbrachte Seymour Fisher einen großen Teil seiner Karriere damit, das Körperbild aus psychoanalytischer Sicht zu untersuchen. Franklin Shontz stand dieser psychodynamischen Sichtweise eher kritisch gegenüber. Er beschrieb die Körpererfahrung als multidimensionales Konstrukt und wandte bisherige Forschungsergebnisse an, um Menschen mit körperlicher Behinderung zu verstehen

und ihnen zu helfen (Cash 2006). Cash & Pruzinsky (2002) beschreiben das Körperbild als ein vielschichtiges Konstrukt, welches sich sowohl auf die subjektive Körperwahrnehmung, als auch auf die körperbezogenen Einstellungen und Erfahrungen bezieht. Es ist dabei ein wesentlicher Bestandteil des Selbstkonzepts und beeinflusst die Lebensqualität weitreichend. Insgesamt stellt die Bezeichnung „Körperbild“ einen Überbegriff für eine große Anzahl an Ausdrücken dar. Es besteht aus vielen Dimensionen und schließt verschiedene Ideen über die Körperposition im Raum, das Körperempfinden und Attraktivität ein. Weiter definiert beinhaltet der Begriff „Körperbild“ zudem das Körper-Ich, das Körper-Schema und das Selbst-Konzept (Phillips 2005, S. 191).

In den letzten Jahrzehnten ist das klinische und empirische Interesse am bzgl. des Körperbildes ständig gewachsen. Dies mag größtenteils an der zunehmenden Prävalenz und der Bedeutung der Essstörungen liegen (Cash 2006).

1.2.2.2 Der Einfluss der Medien auf das Körperbild

Viele soziale Einflüsse, einschließlich Familie, Peergruppe, Schule, Sportler, Beruf und das Gesundheitswesen, fördern und bestätigen das Schönheitsideal. Den größten Einfluss auf das Körperbild und das idealerweise dünne Erscheinen haben allerdings zunehmend die Massenmedien. Sie verbreiten und verstärken die von der Gesellschaft anerkannten Schönheitsideale im hohen Maße. Der Begriff „Massenmedien“ verweist dabei auf eine Vielfalt von Technologien, die von der Reklametafel über das Radio bis zu Magazinen und Fernsehen reichen. Um Produkte zu verkaufen konstruieren die Medien eine Traumwelt aus Hoffnung und hohen Standards, die vor allem die Glorifizierung von Schlankheit einschließen (Groesz et al. 2002). Die ständige Präsenz von Models in den Medien vermittelt vor allem Frauen den Eindruck nicht schön bzw. schlank genug zu sein (Derenne et Beresin 2006) und fördert damit die Entwicklung von dysfunktionalen kognitiven Schemata über Körpermaße und Attraktivität. Dies kann zu Unsicherheit und Besorgnis über das eigene Aussehen führen und somit das Körperselbstwertgefühl beeinträchtigen (Tiggemann 2002). Laut Groesz et al. (2002) beeinflussen schlanke Models in Anzeigen und TV-Werbespots die Zufriedenheit von Frauen sowohl hinsichtlich ihres Körpers und Gewichts als auch im Hinblick auf ihre generelle Attraktivität negativ. So zeigt eine Studie von Petersen (2005), dass Frauen, denen Werbeinserate mit Models präsentiert wurden, anschließend eine größere Diskrepanz zwischen ihrem aktuellen und erwünschten Körperselbstbild angeben als Frauen, die Werbeinserate ohne Model betrachtet hatten. Weiterhin deutet eine Untersuchung von Tiggemann & Pickering (1996) darauf hin, dass auch das Anschauen von Soaps, Filmen und Musikvideos im Zusammenhang mit Körperunzufriedenheit und dem Streben nach Schlankheit steht. Diese Erkenntnis bestätigt eine Studie von Tiggemann & Slater (2004), in der 84 Frauen Musikvideos,

sowohl mit, als auch ohne dünne Sängerinnen gezeigt wurden. Nach dem Anschauen der Musikvideos mit dünnen Akteuren fühlten sich die teilnehmenden Frauen verhältnismäßig dicker, unsicherer und weniger attraktiv und waren zudem deutlich unzufriedener mit ihrem Körper, als nach Musikvideos, in denen schlanke Personen keine Rolle spielten. Obwohl Frauen wissen, dass das von den Medien propagierte Idealbild nicht der Realität entspricht, können sie sich dem Wunsch, diesem Bild nachzueifern, nur schwer entziehen. Viele Zeitschriften bestärken diesen Wunsch mit Veröffentlichung neuer Methoden zum Erreichen der Idealfigur noch zusätzlich (*Holzwarth 2004*).

Nicht nur Frauen, sondern auch immer mehr Männer beschäftigen sich aufgrund des zunehmenden Mediendrucks mit ihrem Körper und dem perfekten Erscheinungsbild (*Derenne et Beresin 2006*). Obwohl Männer, verglichen mit Frauen, zufriedener mit ihrem Körper sind, weisen mehrere Studien darauf hin, dass sich Männer den kulturellen Normen männlicher Attraktivität bewusst sind und sich zunehmend mit ihrem äußeren Erscheinungsbild, ihrer Stärke und ihrem körperlichen Befinden befassen (*Ogden & Munday 1996*).

Im Vergleich zum weiblichen Schönheitsideal, das in den vergangenen Jahren immer dünner wurde, gewinnt bei Männern das muskulöse Körperbild zunehmend an Bedeutung (*Leit et al. 2001*). Dies stimmt mit der Beobachtung überein, dass sich in Männermagazinen, anders als in Zeitschriften für Frauen, Anzeigen und Artikel weniger mit Gewichtsabnahme als vielmehr mit der Veränderung der Körperform und Fitness beschäftigen (*Andersen & DiDomenico 1992*).

Schlankheit wird als Standard weiblicher Schönheit angepriesen (*Tiggemann & Slater 2004*). Kinder und Jugendliche sind für derartige Meinungen, die durch die Medien dargestellt werden, besonders anfällig und gewöhnen sich bereits in jungen Jahren an die ihnen vermittelten Bilder. Durch die ständige Einflussnahme der Massenmedien während der Kindheit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind mit seinem Aussehen unzufrieden ist, wenn es von der propagierten Norm abweicht (*Lawrie et al. 2006*). Eine Studie von *Field et al. (1999)* ergab, dass vor allem Bilder aus Magazinen eine starke Auswirkung auf die Wahrnehmung von Körpergewicht und -form bei Mädchen haben. So berichteten 69% der Mädchen, dass Bilder in Magazinen ihre Vorstellung von der idealen Körperform beeinflussen, 47 % wollten sogar aufgrund dieser Bilder ihr Gewicht reduzieren. Auch unter weiblichen Highschool-Studentinnen im Alter von 15 bis 18 Jahren wurde beobachtet, dass das Lesen von Schönheits- und Fashionmagazinen mit der Reduktion von Kalorien und sogar mit der Einnahme von Diätpillen assoziiert wird (*Thomsen et al. 2002*). Unter Jungen nimmt vor allem die Gewichtszunahme bzw. der Muskelaufbau eine bedeutende Stellung ein. So ergab eine weitere Untersuchung, dass Jungen, die Fashion- oder Fitnessmagazine lesen, aber auch Mädchen, die versuchen das Aussehen von Persönlichkeiten aus den Medien zu imitieren, bereits im Alter von 9 bis 14

Jahren Produkte wie Kreatinin, Aminosäuren und Wachstumshormone bzw. anabole Steroide verwenden, um ihr Äußeres oder ihre Kraft zu verbessern (*Field et al. 2005*).

Insgesamt zeigt sich also, dass die heutigen Medien durch ihre ständige Präsenz einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung von Körperbildern nehmen (*Derenne & Beresin 2006*).

1.2.2.3 Die Rolle des Körperbildes bei Körperdysmorphen Beschwerden

Trotz der langen Untersuchungsgeschichte des Körperbildes, steht die Erforschung seines Einflusses auf Körperdysmorphie Störungen erst am Anfang (*Phillips 2005, S. 191*). Laut *Daig et al. (2006)* wird ein Zusammenhang zwischen der Diskrepanz im Ideal- und Realkörperbild und der Ausprägung der Körperdysmorphen Beschwerden angenommen. Bereits 1982 berichtete *Hardy*, dass Personen mit KDS unglücklicher mit ihrem Körperbild und ihrer Selbsteinschätzung sind. So zeigten in seiner Untersuchung Patienten mit KDS eine signifikant geringere Übereinstimmung hinsichtlich Körperselbst- und Idealbild als Personen einer Kontrollgruppe. Auch *Phillips (2005)* untersuchte die Zufriedenheit bezüglich des Körperbildes bei KDS-Patienten. In einer Untersuchung bewertete sie das Körperbild von Menschen mit Körperdysmorphen Störungen mit Hilfe des multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ). Verglichen mit den Werten einer US-amerikanischen Umfrage bestätigte sich die Vermutung, dass sich Personen mit KDS signifikant unattraktiver finden und unglücklicher über ihre Gesamterscheinung sind. Gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe sorgten sich die Betroffenen deutlich mehr um dezente Körpermerkmale. In einer weiteren Studie befragte *Phillips* die Teilnehmer mittel Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). Die Auswertung ergab, dass Patienten mit KDS sowohl mit ihrem wahrgenommenen Defekt als auch mit ihrem gesamten Aussehen unzufrieden waren. Allerdings lag der Schwerpunkt der Unzufriedenheit auf dem scheinbaren Defekt. Die gesammelten Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Menschen mit KDS ihren Makel sehr negativ wahrnehmen, andere Aspekte ihres Aussehens sehr sorgfältig beurteilen und mehr Wert auf den scheinbaren Defekt legen als auf den Rest ihres Aussehens (*Phillips 2005, S.192ff.*). Übereinstimmend mit dieser Schlussfolgerung antworteten bei *Veale et al. (1996)* 82% der befragten 50 Teilnehmer, dass sie attraktiv wären, wenn sie ihren Makel nicht hätten. Ferner fanden *Veale et al. (2003)* unter Personen mit KDS eine signifikant höhere Diskrepanz zwischen dem aktuellen und dem gewünschten Aussehen. Diese Untersuchungsergebnisse unterstützen Thompson's „self-ideal discrepancy“-Hypothese, in der Unzufriedenheit aus der Diskrepanz zwischen real und ideal resultiert (*Phillips 2005, S. 197*). *Daig et al. (2006)* bestätigen diesen Zusammenhang: je höher die ablehnende Körperbewertung im Ideal- und Realbild waren, umso stärker waren die Körperdysmorphen Beschwerden ausgeprägt. In einer

Studie von *Hrabosky et al. (2009)* fühlten sich Patienten mit KDS sogar mehr durch ihr Körperbild beeinträchtigt als Patienten mit Essstörungen.

Unzufriedenheit mit dem Aussehen stellt ein allgegenwärtiges Problem dar. In Zeiten, in denen auf die Menschen ein hoher gesellschaftlicher Druck bezüglich ihrer körperlichen Attraktivität besteht und Schönheit käuflich wird, werden Krankheiten, die das Körperbild betreffen, immer aktueller. So rückt auch das Krankheitsbild der Körperdysmorphen Störung immer mehr in den Vordergrund (*Sonnenmoser 2007*). Mit dieser Arbeit soll deshalb untersucht werden, inwieweit Körperdysmorphie Störungen und assoziierte Probleme und Befürchtungen, die gegebenenfalls unterhalb der Grenze der Pathophysiologie liegen, bei Nutzern des Internets auftreten und welche Faktoren die KDS bzw. die steigende Körperunzufriedenheit wie auch die Motivation zu einer plastisch-chirurgischen Körperkorrektur beeinflussen.

2 Material und Methoden

2.1 Stichproben und Gruppendesign

Im Mittelpunkt der hier vorzustellenden Studie steht die Erhebung der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der gesundheitlichen Beeinträchtigung innerhalb einer Gruppe von Internetnutzern. Dabei wird zum einen die Prävalenz der Körperdysmorphen Störungen dargestellt und zum anderen die öffentliche Meinung, die hinsichtlich kosmetischer Körperkorrekturen vorherrscht, wiedergegeben. Die Untersuchungsgruppe (UG) schließt dabei Personen ein, die im Zeitraum von Oktober 2005 bis März 2008 die Internetpräsenz der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg besucht haben und in diesem Zusammenhang einen Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens ausfüllten. Der Untersuchungsgruppe wurde, um die Wertigkeit der Ergebnisse besser einordnen zu können, eine Vergleichsgruppe gegenübergestellt.

Neben gut validierten und standardisierten Fragebogeninstrumenten wird ein, für diese Untersuchung neu entwickeltes Testinstrument eingeführt, das psychosoziale Aspekte der Probanden erfasst. Dabei wird der Untersuchungsgruppe eine Vergleichsgruppe gegenübergestellt um mögliche Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten aufzuzeigen.

2.2 Datenerhebung und Untersuchungsablauf

Im Rahmen eines Besuches auf der Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg hatten interessierte Personen die Möglichkeit an einer Studie zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körper teilzunehmen. Um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurde zudem mit Hilfe von Flyern, die in Cafés, Universitätsbibliotheken und Fitnessclubs ausgelegt, sowie auf der Straße verteilt wurden, eine vielfältige Stichprobe für die Teilnahme an der Internetbefragung rekrutiert. Insgesamt nahmen 190 Probanden an der Untersuchung teil. Die Personen der Untersuchungsgruppe wurden einer Vergleichsgruppe, bestehend aus Patienten der plastischen, ästhetischen und handchirurgischen Klinik der Universität Magdeburg, gegenübergestellt. Insgesamt füllten 55 Personen, die den Fragebogen im Rahmen ihrer Erstvorstellung in der plastisch-chirurgischen Ambulanz der Klinik für Plastische Chirurgie, Ästhetische und Handchirurgie der Universitätsklinik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg erhielten, vollständig aus.

2.3 Instrumente

2.3.1 Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten (SOZIODAT; Brähler et al. 1992)

Der SOZIODAT dient der Erfassung zentraler soziodemographischer Merkmale. Er umfasst neben Geschlecht, Alter und Familie bzw. partnerschaftliche Situation, auch die Bereiche Einkommen, Herkunft und Bildung. Weiterhin wurden die Teilnehmer nach ihrem momentanen Gesundheitszustand, sowie nach Größe und Gewicht befragt.

2.3.2 Dysmorphic-Concern-Questionnaire (DCQ; Oosthuizen et al 1998), eigene Übersetzung

Der Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) basiert auf dem General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg 1972). Dieses als Selbstrating durchzuführende Instrument soll die Besorgnis bzgl. des Aussehens messen. Der Fragebogen fordert die Betroffenen auf, ihre Sorgen über das äußere Erscheinungsbild und ihre Versuche, den vermeintlichen Defekt zu minimieren, einzuschätzen. Zu sieben Aussagen sollen die Teilnehmer beurteilen, ob sie sich im Vergleich zu anderen Menschen „überhaupt nicht“, „wie die meisten“, „mehr als andere“ oder „sehr viel mehr“ um ihr Äußeres sorgen. Beispielsweise wird gefragt, wie viel Zeit verwendet wird, um sich mit dem scheinbaren Makel zu beschäftigen. In gleicher Weise wird geprüft, ob wegen des vermeintlichen Defekts ein plastischer Chirurg oder Dermatologe aufgesucht werden möchte bzw. bereits konsultiert wurde und inwieweit andere Personen die Besorgnis über die körperliche Erscheinung nachempfinden können. Erstmalig validiert wurde der DCQ an 63 psychiatrischen Patienten, die unter Schizophrenie oder affektiven Störungen litten. In dieser Studie gingen die Autoren davon aus, dass die Körperdysmorphie Besorgnis keine eigenständige Diagnose charakterisiert, sondern vielmehr ein Symptom verschiedener psychiatrischer Krankheiten darstellt. Der DCQ wies hierbei eine gute interne Konsistenz ($\alpha = .88$) auf (Oosthuizen et al. 1998). In einer weiteren Studie von Jorgensen et al. (2001) an 65 psychiatrischen Patienten war der DCQ ebenfalls durch eine gute interne Konsistenz ($\alpha = .81$) gekennzeichnet. In einer deutschen Untersuchung konnte die Validität des DCQ als ein sensitives und spezifisches Screeninginstrument bestätigt werden. Hierbei wurden 156 ambulante dermatologische Patienten untersucht und mit 65 Patienten, davon 22 mit KDS, 22 mit entstellenden Hautkrankheiten und 21 mit nichtentstellenden Hautkrankheiten, verglichen. Die Faktorenstruktur und die interne Konsistenz wiesen dabei ein zufriedenstellendes Ergebnis auf (Stangier et al 2003).

2.3.3 Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ; Mühlan 2002), deutsche Version

Beim MBSRQ (Cash 2000) handelt es sich um eines der am besten validierten Selbstbeurteilungsbogen zur Bewertung des Körperbildes (Thompson 1998). Die Vollversion besteht aus 10 Faktorenskalen mit insgesamt 69 Items. Dieses Instrument umfasst auf jeweils zwei Dimensionen – Bewertung und Orientierung – das äußere Erscheinungsbild, Fitness, Gesundheit und Krankheit (unidimensional). Zusätzlich zu diesen sieben Untergruppen enthält der MBSRQ drei weitere Faktorenskalen. Dabei handelt es sich um die Body Areas Satisfaction Scale (BASS), welche die Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen einschätzt, die Overweight Preoccupation Scale, die sich mit der Sorge um Übergewicht befasst, und die Self-Classified Weight Scale. Bei letztgenannter sollen die Patienten ihr selbsteingeschätztes Gewicht angeben. Auf einer fünfstufigen Skala können die Teilnehmer den Grad ihrer Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft vollkommen zu“ angeben.

Bei der hier verwendeten Version des MBSRQ handelt es sich um die deutsche Übersetzung von Mühlan (2002). Die bisherigen Gütekriterien dieser Version stimmen in etwa mit denen der Originalversion überein und sind als gut bis sehr gut zu bewerten ($\alpha = .69$ bis $.84$), Retest-Reliabilität der Originalversion: ($r_{tt} = .71$ bis $.94$).

2.3.4 Körperbezogener Locus-of-Control Fragebogen (KLC; Mrazek 1989)

Der KLC stellt ein Verfahren dar, mit dem externale und internale körperspezifische Kontrollüberzeugungen erfasst werden können. In der Originalversion besteht der Fragebogen aus 18 Items (Aussagen), mit denen die drei spezifischen Bereiche „Aussehen“, „Gesundheit“ und „Leistungsfähigkeit“ auf jeweils zwei Ebenen (Internal und External) erfasst werden. Da sich die vorliegende Arbeit vor allem mit der Einstellung zum eigenen Aussehen befasst, wurde aus der Originalfassung des KLC nur der Bereich „Aussehen“ (Item 7 bis 12) mit seinen beiden Dimensionen (Internal und External) in den Fragebogen aufgenommen. Die bisherigen Gütekriterien für diese Subskala liegen zwischen $.60$ und $.67$.

2.3.5 Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005)

Mittels dieses neuentwickelten Testinstruments wurden psychosoziale Aspekte der Probanden erfasst. Hierbei wurden Fragen hinsichtlich folgender Themenbereiche gestellt: externe Einflussfaktoren auf das Aussehen bzw. die Entscheidung zu plastisch-chirurgischen Eingriffen, Ängste vor operativen Eingriffen und plastisch-chirurgische Vorbehandlungen. Zum Teil waren Mehrfachantworten möglich. Anschließend konnten die Befragten Aspekte, die ihnen wichtig erschienen, hinzufügen. Darüberhinaus enthielt der Fragebogen 42 Aussagen bezüglich der

Einstellung zum Aussehen, weiteren das Aussehen verändernde Maßnahmen, Kleidungsgewohnheiten und Einstellungen zu ästhetisch-chirurgischen Eingriffen, die eine Positionierung der Teilnehmer auf einer fünfstufigen Skala erforderten. Die Grundlage für dieses neue Testinstrument bildet der Fragebogen zu krankheitsspezifischen Aspekten und Behandlungserwartungen (*FKABE; Preiß & Borkenhagen 2003*), welcher zur Erfassung des Körpererlebens bei Mammareduktionspatientinnen prä- und postoperativ eingesetzt wurde (*Preiß 2007*).

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische und soziale Daten (SOZIODAT)

Die untersuchte Stichprobe bestand aus 190 Personen, die im Zeitraum von Oktober 2005 bis März 2008 Fragebögen zu Motiven und Einstellungen bezüglich der Veränderungen des Aussehens im Internet ausgefüllt haben. Unter den Teilnehmern befanden sich 112 Frauen und 70 Männer. 8 Personen machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht. Die Ergebnisse wurden den Resultaten einer Vergleichsgruppe, bestehend aus 55 Patienten der Plastischen Chirurgie der Universitätsklinik Magdeburg, gegenübergestellt. Innerhalb der Vergleichsgruppe waren 48 Personen weiblich und 6 männlich. Eine Person gab keine Auskunft über ihr Geschlecht. Hinsichtlich der soziodemographischen Daten ergaben sich für die Untersuchungs- und die Vergleichsgruppe die in Tabelle 1 dargestellten Verteilungen.

3.1.1 Altersstruktur

Das durchschnittliche Alter des untersuchten Kollektivs betrug 29,5 Jahre. Der Median lag bei 26,0 Jahre. Die jüngsten Teilnehmer waren 17 (3x), die ältesten 55 Jahre (2x) alt. Im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu den Altersgruppen zeigte sich ein Altersgipfel: 50% der Personen waren 25 Jahre und jünger. Weiterhin ergab sich folgende Altersverteilung: 17% der Befragten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung im Alter zwischen 26 und 30 Jahre, 12% zwischen 31 und 35 Jahre und 8% zwischen 36 und 40 Jahre alt. In der Altersgruppe der 41 bis 45 Jährigen lag die Häufigkeit bei 7%, in der der 46 bis 50 Jährigen bei lediglich 3%. 4% befanden sich im Alter zwischen 51 und 55 Jahren.

Die Vergleichsgruppe war mit einem Mittelwert von 37,6 Jahre (Median = 37,0) im Durchschnitt deutlich älter. Bei Betrachtung der Altersgruppen ergaben sich hier zwei Häufigkeitsgipfel: 20% der Patienten waren 25 Jahre und jünger, 18% zwischen 36 und 40 Jahre alt. Im Vergleich zur UG befanden sich unter den Patienten auch Personen, die älter als 55 Jahre (12%) waren.

3.1.2 Bildungsstand

Mit Ausnahme von einer Person erwarben alle Teilnehmer der UG mindestens einen Hauptschulabschluss. 49% besaßen das Abitur bzw. die Hochschulreife, 29% wiesen ein abgeschlossenes Fachhochschul-/Hochschulstudium auf. 15% der Befragten gaben an die Realschule, 2% die Hauptschule erfolgreich absolviert zu haben.

In der VG konnten alle Patienten einen Abschluss nachweisen. Die Mehrheit (59%) besaß den Realschulabschluss. 17% der Befragten schlossen die Hauptschule erfolgreich ab. Im Gegensatz zur UG absolvierten allerdings deutlich weniger Personen das Abitur bzw. die Hochschulreife (15%) oder einen Fachhochschul-/Hochschulabschluss (9%).

3.1.3 Berufsgruppen und Einkommen

Um die Teilnehmer der Internetbefragung besser hinsichtlich ihrer sozialen Stellung in der Bevölkerung einordnen zu können, wurden sie u.a. nach ihrem derzeitigen Beschäftigungsverhältnis und ihrem Einkommen befragt.

Unter den Teilnehmern überwog die Gruppe der Angestellten (53%) gefolgt von der Gruppe der Studenten/innen (24%); 10% der Personen waren selbständig, 4% verbeamtet. Die Gruppe der Schüler/innen machte 3% aus. Jeweils 2% gaben an Arbeiter/innen bzw. Auszubildende zu sein. Unter den Befragten befanden sich zudem zwei Personen ohne ein festes Arbeitsverhältnis. Je ein Teilnehmer war Hausfrau/-mann bzw. Honorarkraft (Abbildung 1).

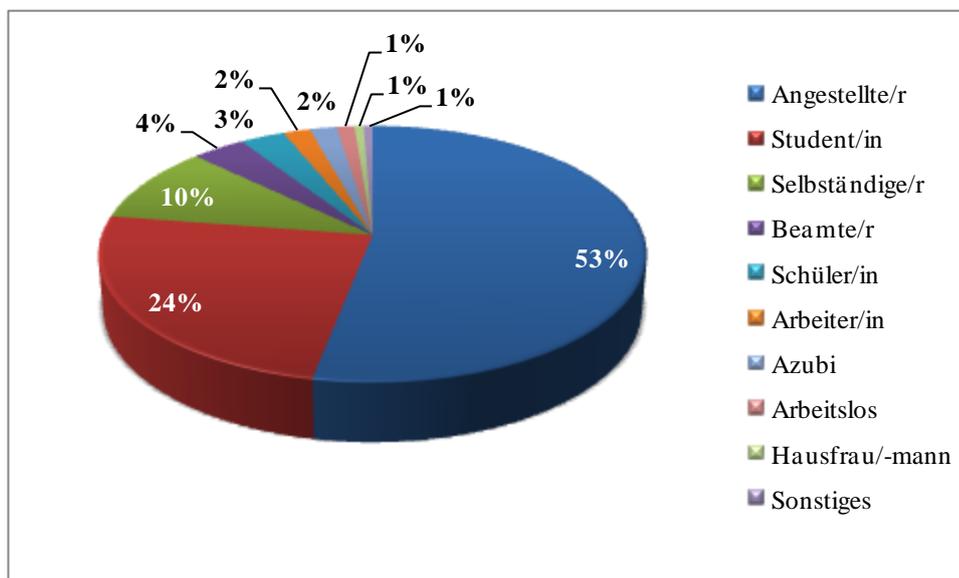


Abbildung 1: Beschäftigungsverhältnis der Untersuchungsgruppe (UG)

Innerhalb des untersuchten Kollektivs gingen 69% einer Ganztags- und 22% einer Teilzeitbeschäftigung nach. Weiterhin gaben 9% an, nur stundenweise zu arbeiten.

Das monatliche Einkommen betrug bei 48% weniger als 1000 Euro. 27% bezogen monatlich 1000 - 2000 Euro, 14% 2001 - 3000 Euro und 6% 3001 - 4000 Euro. Je 2% der Befragten hatten 4001 - 5000 Euro bzw. mehr als 5000 Euro zur monatlichen Verfügung.

Ebenso wie in der UG machte die Gruppe der Angestellten (46%) den Großteil innerhalb des Patientenkollektivs aus. Im Vergleich zur UG befanden sich innerhalb der VG allerdings keine Studenten, dafür aber deutlich mehr Hausfrauen/-männer (20%) und Arbeiter/innen (11%) (Abbildung 2). Hinsichtlich der Zeitstruktur des ausgeübten Berufes gab es keine wesentlichen Unterschiede. So ging ebenso wie in der UG die Mehrheit (73%) einer Ganztagsbeschäftigung nach. 21% arbeiteten Teilzeit, 6% stundenweise. Daten über das Einkommen wurden in der VG nicht erhoben.

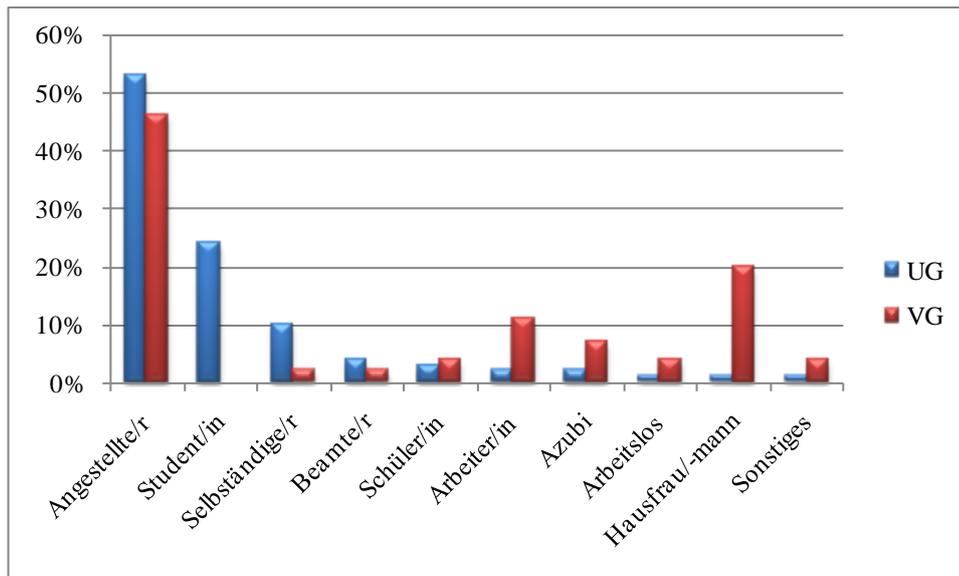


Abbildung 2: Gegenüberstellung der Beschäftigungsverhältnisse von UG und VG

3.1.4 Herkunft

Von den Befragten der UG sind 39% in den neuen und 61% in den alten Bundesländern aufgewachsen. Zum Zeitpunkt der Erhebung lebte die Mehrheit in Sachsen-Anhalt (29%), 28% in Bayern, 15% in Nordrhein-Westfalen und 13% in Berlin/Brandenburg. Weiterhin wohnten 4% in Baden-Württemberg, 3% in Hamburg und 2% in Niedersachsen. 3 Befragte kamen aus Mecklenburg-Vorpommern. Je 2 Personen wohnten in Hessen und Sachsen, je eine Person in Rheinland-Pfalz, Thüringen, Bremen und dem Saarland (Abbildung 3).

Über die Hälfte (59%) gab an in Städten mit > 100000 Einwohnern zu wohnen. 10% kamen aus Wohnorten mit 501 - 5000, 12% aus Orten mit 5001 - 20000 und 17% aus Städten mit 20001 - 100000 Bewohnern. Lediglich drei Personen (2%) lebten in Orten mit < 500 Einwohnern.

Der überwiegende Teil (85%) der VG stammte aus den neuen Bundesländern, vor allem aus Sachsen-Anhalt (80%). Dies mag vor allem daran gelegen haben, dass sich die untersuchten Patienten in der Ambulanz der Klinik für Plastische Chirurgie, Ästhetische und Handchirurgie der Universitätsklinik Magdeburg vorstellten. Im Gegensatz zur Untersuchungsgruppe kam mehr als die Hälfte (57%) aus Orten mit 20000 oder weniger Einwohnern. 35% wohnten in Städten mit > 100000 Bewohnern.

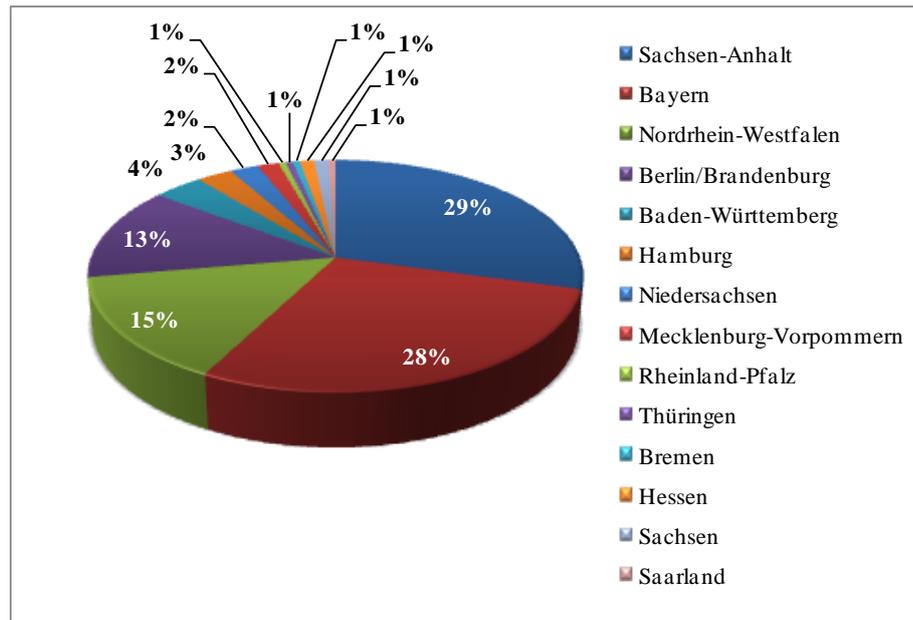


Abbildung 3: Herkunft der Untersuchungsgruppe (UG)

3.1.5 Partnerschaftliche Situation und Familie

Die Mehrheit der Teilnehmer der Internetbefragung war zum Zeitpunkt der Untersuchung ledig (78%), 14% waren verheiratet und 8% geschieden. 1% lebte in einer eingetragenen Partnerschaft. Vier Personen gaben an bereits zum zweiten Mal verheiratet zu sein.

Nach der Art des Zusammenlebens gefragt, antworteten rund zwei Drittel sich in einer festen Beziehung zu befinden: feste Beziehung – getrennte Haushalte (29%), unverheiratet mit Partner/in (26%), verheiratet mit Ehepartner/in (13%). Knapp ein Drittel (32%) waren Singles. Eine Person lebte getrennt vom Ehepartner (Abbildung 4). Mehr als drei Viertel der Befragten (79%) hatten keine, je 9% ein bzw. zwei und 4% mehr als zwei Kinder.

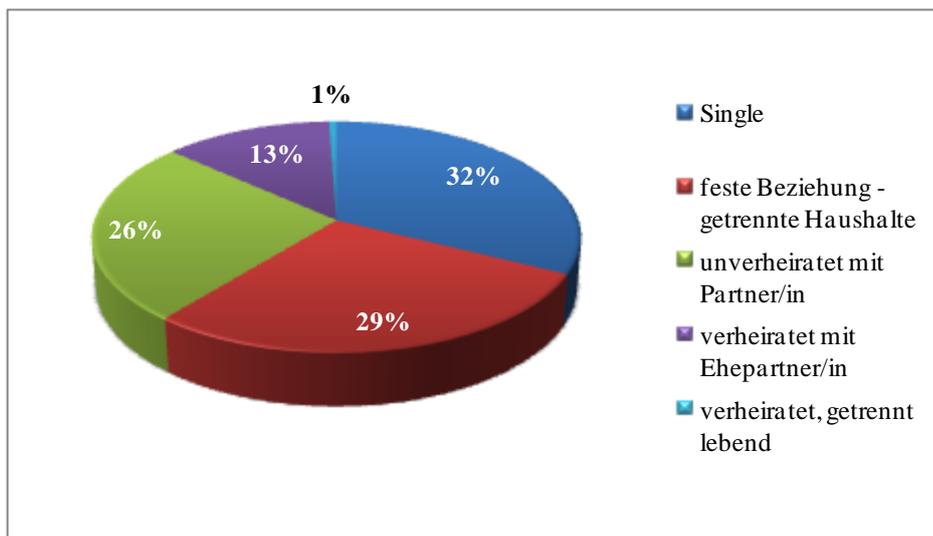


Abbildung 4: Art des Zusammenlebens der Untersuchungsgruppe (UG)

Zur Qualität der Partnerschaft machten die Befragten folgende Angaben: Die Mehrheit gab an meistens (35%) oder sehr (31%) zufrieden mit ihrer Beziehung zu sein. 13% waren weder zufrieden noch unzufrieden. 10% bzw. 11% erklärten meistens oder sehr unzufrieden mit ihrer Partnerschaft zu sein.

Unter dem Patientenkollektiv gab es hinsichtlich des Familienstandes zwei Häufigkeitsgipfel: 47% waren ledig, 40% verheiratet. Hinsichtlich der Art des Zusammenlebens gaben im Vergleich zur UG weniger Personen an Singles (21%) zu sein, dafür wohnten mehr Befragte verheiratet mit ihrem Ehepartner (26%) zusammen. Deutlicher weniger Personen (29%) waren kinderlos. Mit ihrer Beziehung war die Mehrheit sehr (30%) oder meistens zufrieden (52%). Lediglich 2% waren mit ihrer Partnerschaft meistens unzufrieden, keiner gab an sehr unzufrieden zu sein.

3.1.6 Gesundheitszustand

Die meisten Personen in der UG (89%) beschrieben ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als sehr gut (24%), gut (48%) oder zufriedenstellend (17%). 10% beurteilten ihr gesundheitliches Befinden als weniger gut. Nur eine Person stufte ihren Zustand als schlecht ein. Die Befragung der VG ergab, dass 7% der Patienten ihren momentanen Gesundheitszustand als sehr gut, 54% als gut und 26% als zufriedenstellend einschätzten. Ähnlich wie in der UG beschrieben 11% ihr Befinden als weniger gut und 2% als schlecht.

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der UG und VG

Ausprägung	UG % (n)	VG % (n)
<i>Geschlecht</i>		
weiblich	62 (112)	89 (48)
männlich	38 (70)	11 (6)
<i>Altersstruktur</i>		
Alter	M = 29,5; SD = 8,7; AR = 17-55	M = 37,6; SD = 12,7; AR = 16-65
Altersgruppen		
≤25	50 (91)	20 (10)
26-30	17 (31)	12 (6)
31-35	12 (22)	12 (6)
36-40	8 (15)	18 (9)
41-45	7 (12)	14 (7)
46-50	3 (5)	12 (6)
51-55	4 (7)	2 (1)
56-60	0 (0)	4 (2)
>60	0 (0)	8 (4)

Ausprägung	UG % (n)	VG % (n)
Ausbildung/Beruf		
Bildungsstand		
keinen Abschluss	1 (1)	0 (0)
Hauptschulabschluss	2 (4)	17 (9)
Realschulabschluss	15 (28)	59 (32)
Fachabitur	4 (8)	0 (0)
Abitur/Hochschulreife	49 (90)	15 (8)
Fach-/Hochschulabschluss	29 (54)	9 (5)
Berufsgruppe		
Angestellte/r	53 (87)	46 (25)
Student/in	24 (40)	0 (0)
Selbständige/r	10 (16)	2 (1)
Beamte/r	4 (6)	2 (1)
Schüler/in	3 (5)	4 (2)
Arbeiter/in	2 (3)	11 (6)
Azubi	2 (3)	7 (4)
Arbeitslos	1 (2)	4 (2)
Hausfrau/-mann	1 (1)	20 (11)
Sonstiges	1 (1)	4 (2)
Zeitstruktur Beruf		
ganztags	69 (117)	73 (24)
Teilzeit	22 (37)	21 (7)
Stundenweise	9 (16)	6 (2)
Herkunft		
Aufgewachsen		
neue Bundesländer	39 (72)	85 (44)
alte Bundesländer	61 (113)	15 (8)
Wohnort		
0-500	2 (3)	12 (6)
501-5000	10 (17)	31 (15)
5001-20000	12 (22)	14 (7)
20001-100000	17 (31)	8 (4)
>100000	59 (105)	35 (17)
Gesundheitszustand		
sehr gut	24 (44)	7 (4)
gut	48 (86)	54 (29)
zufriedenstellend	17 (31)	26 (14)
weniger gut	10 (18)	11 (6)
schlecht	1 (1)	2 (1)

Ausprägung	UG % (n)	VG % (n)
Familie/Partnerschaft		
Familienstand		
ledig	78 (139)	47 (25)
verheiratet	14 (25)	40 (21)
geschieden	8 (14)	6 (3)
eingetragene Partnerschaft	1 (1)	6 (3)
verwitwet	0 (0)	2 (1)
Art des Zusammenlebens		
Single	32 (58)	21 (11)
unverheiratet mit Partner/in	26 (46)	26 (14)
feste Beziehung-getrennte Haushalte	29 (51)	13 (7)
verheiratet mit Ehepartner	13 (23)	26 (14)
verheiratet-getrennt lebend	1 (1)	13 (7)
Kinder		
0	79 (108)	29 (14)
1	9 (12)	37 (18)
2	9 (12)	25 (12)
3	3 (4)	8 (4)
4	1 (1)	0 (0)
5	0 (0)	2(1)
Beziehungsqualität		
sehr zufrieden	31 (46)	30 (13)
meistens zufrieden	35 (51)	52 (23)
weder zufrieden noch unzufrieden	13 (19)	16 (7)
meistens unzufrieden	10 (15)	2 (1)
sehr unzufrieden	11 (16)	0 (0)
Legende:		
M = arithmetisches Mittel		
SD = Standardabweichung		
AR = Altersrange		

3.1.7 Gewicht, Größe und BMI

Das Gewicht der Teilnehmer in der UG lag zwischen 43 und 130 kg. Der errechnete Mittelwert betrug 70 kg (SD = 13,8; Median = 67,0). Die Angaben zur Körpergröße reichten von 156 bis 196 cm. Die durchschnittliche Körpergröße betrug in dieser Stichprobe 173 cm (SD = 8,7; Median = 172,0). Verglichen damit wogen die Patienten der VG zwischen 47 und 117 kg. Das Durchschnittsgewicht war mit 71 kg (SD = 17,8; Median = 66,0) nur geringfügig höher. Der Range der Körpergröße lag zwischen 157 und 193 cm. Der berechnete Mittelwert von 169 cm (SD = 7,5; Median = 168,0) lag unter dem der UG.

Aus dem Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (m²) konnte bei 163 Personen der Body-Maß-Index (BMI) berechnet werden. Der BMI stellt ein geschlechtsunabhängiges Gewichtskriterium dar, das nach Vorgaben des Ernährungsberichtes der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) von 1992 abhängig vom Alter klassifiziert wird (Biesalski et al. 1995). Prinzipiell gilt jedoch die Einteilung des Gewichts anhand der gebräuchlichen Körpergewichtsmaße, wie in Tabelle 2 dargestellt. Der durchschnittliche BMI der UG betrug 23 kg/m² (SD = 3,8; Median = 22,4). Der Range des BMI lag zwischen 16 kg/m²

und 48 kg/m². Unter den Teilnehmern waren 3% untergewichtig. 73% wiesen einen BMI zwischen 18,5 kg/m² und 24,9 kg/m² auf und können aus diesem Grund laut *WHO (2009)* als normalgewichtig bezeichnet werden. 20% waren übergewichtig bzw. präadipös, 5% adipös, wobei eine Person (BMI = 48 kg/m²) unter einer Adipositas Grad III (BMI > 40 kg/m²) litt. Bei 27 Teilnehmern konnte aufgrund fehlender Angaben zum Gewicht bzw. zur Körpergröße kein BMI bestimmt werden.

Unter den Patienten der VG befanden sich mit 55% weniger Normalgewichtige als in der UG. Ebenso wie unter den Internetnutzer hatten 20% Übergewicht bzw. Präadipositas. Insgesamt gab es allerdings unter den Patienten deutlich mehr Personen mit einem BMI ≥ 30 kg/m² (19%). Dies schlug sich auch im durchschnittlichen BMI nieder. Dieser betrug in der VG 25 kg/m² (SD = 5,5; Median = 23,9) und lag somit über dem der UG.

Tabelle 2: BMI-Klassifikation der *WHO (2009)* und Einordnung der UG und VG

Klassifikation	BMI (kg/m ²)	UG % (n)	VG % (n)
Untergewicht	<18,5	3 (4)	7 (4)
Normalgewicht	18,5-24,9	73 (119)	55 (30)
Übergewicht/Präadipositas	25-29,9	20 (33)	20 (11)
Adipositas Grad I	30-34,9	3 (5)	13 (7)
Adipositas Grad II	35-39,9	1 (1)	4 (2)
Adipositas Grad III	>40	1 (1)	2 (1)

3.2 Körperdysmorphie Störung (DCQ)

Die Auswertung des Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ; Oosthuizen et al. 1998) erfolgte mittels Summenwertbildung entsprechend Stangier et al. (2003). Der Fragebogen besteht aus sieben Items, die auf einer vierstufigen Ratingskala mit „überhaupt nicht“ (0), „wie die meisten anderen Menschen auch“ (1), „mehr als andere Menschen“ (2) und „viel mehr als andere Menschen“ (3) zu beantworten sind. Daraus ergeben sich Summenscores zwischen 0 und 21. Der DCQ wurde innerhalb eines Onlinefragebogens bei Internetnutzern (UG) eingesetzt und die Ergebnisse mit den Resultaten von Patienten der Plastischen Chirurgie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (VG) verglichen.

Tabelle 3: DCQ-Scores der UG, Cutoff-Wert ≥ 14

Summenscore	Häufigkeit	Prozent
0	3	1,7
1	8	4,4
2	21	11,6
3	25	13,8
4	22	12,2
5	19	10,5
6	11	6,1
7	8	4,4
8	15	8,3
9	9	5,0
10	10	5,5
11	6	3,3
12	2	1,1
13	9	5,0
14	2	1,1
15	5	2,8
17	3	1,7
19	1	0,6
21	2	1,1
Gesamt	181	100,0

Der durchschnittliche DCQ-Summenscore der UG (n = 181) betrug 6 (Median = 5,0) bei einem Minimum von 0 Punkten und einem Maximum von 21 Punkten. Der durchschnittliche Summenwert der VG (n = 50) betrug 9 (Median = 8,5), wobei hier das Minimum bei 0 Punkten und das Maximum bei 17 Punkten lag. Hinsichtlich der Summenscoredifferenz zwischen der UG und der VG zeigte sich eine sehr hohe Signifikanz ($p = .001$). Bei Betrachtung der Häufigkeiten der erreichten Summenscores erlangten 13 Personen der UG den nach Stangier et al. (2003) festgelegten Cutoff-Wert von ≥ 14 . Dies bedeutet, dass zum Zeitpunkt der Erhebung ungefähr 7% der Teilnehmer der Internetbefragung Symptome einer Körperdysmorphie Störung aufwiesen (Tabelle 3). Im Vergleich dazu erreichten in der VG 5 Personen (10%) Werte von ≥ 14 .

Betrachtet man die Ergebnisse des DCQ in Abhängigkeit des Geschlechts, so ergaben sich für die Frauen und Männer der UG durchschnittliche Summenwerte von 7 (Median = 6,0) bzw. 6 (Median = 5,0). Sie lagen somit erwartungsgemäß unter den Durchschnittswerten der VG (Frauen = 9; Männer = 7). Eine hohe Signifikanz konnte allerdings nur für die Summenscoredifferenz der Frauen ($p = .007$), nicht aber für die der Männer ($p = .575$) nachgewiesen werden. Im Hinblick auf den Cutoff-Wert von ≥ 14 zeigten 9 Frauen (8,3%) und 3 Männer (4,2%) der UG Hinweise auf eine Körperdysmorphie Störung. Eine Person, die mit einem Summenscore von 21 ebenfalls über dem Cutoff-Wert lag, machte keine Angaben zum Geschlecht (Abbildung 5). In der VG erzielten 4 Frauen (9,3%) und 1 Mann (16,7%) Werte von ≥ 14 .

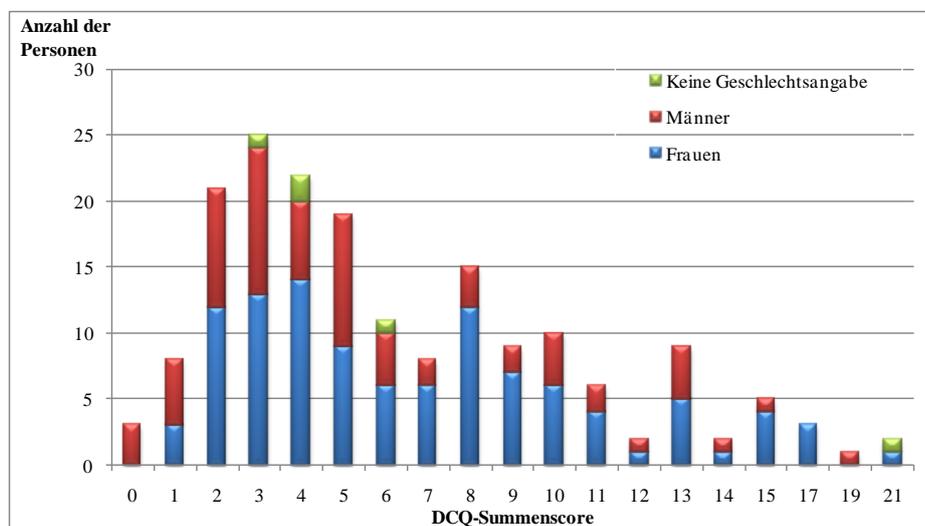


Abbildung 5: DCQ-Summenscore der UG in Abhängigkeit des Geschlechts

Bei genauerer Untersuchung der Ergebnisse auf Niveau der Einzelitems (Tabelle 4) ergaben sich zwischen der UG und der VG bei Item 4, sowie den letzten beiden Items höchst signifikante Unterschiede: So mussten die Patienten der VG im Gegensatz zur UG Item 4 (Mittlerer Rang: UG = 108,96; VG = 161,22; $p = .000$), „Haben sie irgendwann einmal wegen Ihres Aussehens einen Plastischen Chirurgen, Hausarzt oder einen anderen Arzt aufgesucht oder schon einmal daran gedacht, dies tun zu müssen?“ in jedem Fall bejahen, da sich die Patienten der VG zum Zeitpunkt der Erhebung aufgrund ihres Aussehens in der Plastischen Chirurgie ärztlich behandeln ließen. Ebenso wie Item 6 (Mittlerer Rang: UG = 110,88; VG = 147,21; $p = .000$), „Haben Sie irgendwann einmal sehr viel Zeit mit sorgvollen Gedanken wegen eines körperlichen Mangels in Ihrem äußeren Erscheinungsbild oder Ihrer Körperfunktionen verbracht?“, wurde auch Item 7 (Mittlerer Rang: UG = 109,15; VG = 151,58; $p = .000$), „Haben Sie irgendwann einmal sehr viel Zeit damit verbracht, körperliche Mängel oder Makel zu verbergen?“, von der UG im Gegensatz zu VG sehr viel niedriger bewertet. Auch bei Item 5

zeigte sich ein abweichendes Antwortverhalten zwischen der UG und der VG. So antworteten auf die Frage „Haben Sie irgendwann einmal fest daran geglaubt, dass etwas mit Ihrem Aussehen oder Ihren Körperfunktionen nicht stimmt, obwohl andere Menschen oder Ärzte Ihnen gesagt haben, dass mit Ihnen alles in Ordnung ist?“ (Mittlerer Rang: UG = 114,70; VG = 137,12; $p = .014$), 13% der UG und 22% der VG mit „mehr als andere Menschen“ oder „viel mehr als andere Menschen“.

Wie bereits angenommen erreichten die Personen der UG, mit Ausnahme von Item 3, „Haben Sie irgendwann einmal gedacht, dass Ihr Körper nicht richtig funktioniert, z.B. wegen starkem Körpergeruch, Blähungen oder Schwitzen?“, durchweg niedrigere mittlere Ränge als die VG (Mittlerer Rang: UG = 124,94; VG = 107,36; $p = .70$). Dies lässt sich dadurch erklären, dass es sich bei der VG im Gegensatz zu UG um Patienten der plastischen Chirurgie handelte, die sich aufgrund der Unzufriedenheit mit bestimmten Körperregionen einem elektiven Eingriff unterziehen wollten.

Tabelle 4: Ergebnisse des DCQ auf Niveau der Einzelitems

Haben Sie irgendwann einmal...	Gruppe	n	Mittlere Ränge	p
1. ... sich stärkere Sorgen wegen Ihres Aussehens gemacht?	UG	187	118,47	.236 (ns)
	VG	54	129,78	
2. ... gedacht, dass einzelne Teile Ihres Körpers Makel oder Mängel aufweisen (z.B. der Bauch oder auch Ihr Körper insgesamt)?	UG	187	119,44	.625 (ns)
	VG	53	124,23	
3. ... gedacht, dass Ihr Körper nicht richtig funktioniert, z.B. wegen starkem Körpergeruch, Blähungen oder Schwitzen?	UG	187	124,94	.70 (ns)
	VG	54	107,36	
4. ... wegen Ihres Aussehens einen Plastischen Chirurgen, Hausarzt oder einen anderen Arzt aufgesucht oder schon einmal daran gedacht, dies tun zu müssen?	UG	187	108,96	.000
	VG	53	161,22	
5. ... fest daran geglaubt, dass etwas mit Ihrem Aussehen oder Ihren Körperfunktionen nicht stimmt, obwohl andere Menschen oder Ärzte Ihnen gesagt haben, dass mit Ihnen alles in Ordnung ist?	UG	187	114,70	.014
	VG	51	137,12	
6. ... sehr viel Zeit mit sorgvollen Gedanken wegen eines körperlichen Mangels in Ihrem äußeren Erscheinungsbild oder Ihrer Körperfunktion verbracht?	UG	184	110,88	.000
	VG	53	147,21	
7. ... sehr viel Zeit damit verbracht, körperliche Mängel oder Makel zu verbergen?	UG	184	109,15	.000
	VG	52	151,58	
Legende: Signifikant, wenn $p \leq 0,05$ p = exakte Signifikanz (2-seitig)				

Hinsichtlich des Geschlechts zeigten sich zwischen den Frauen der UG und der VG auf Itemebene signifikante bzw. höchst signifikante Unterschiede bzgl. Aussage 3 (Mittlerer Rang:

UG = 84,69; VG = 68,83; $p = .030$), 4 (Mittlerer Rang: UG = 69,64; VG = 103,50; $p = .000$), 6 (Mittlerer Rang: UG = 71,35; VG = 95,60; $p = .001$) und 7 (Mittlerer Rang: UG = 70,54; VG = 94,37; $p = .001$). Unter den Männern der beiden Gruppen konnte bei keinem Item eine Signifikanz festgestellt werden.

Da es sich beim DCQ um ein Screeninginstrument handelt, das ausschließlich die übermäßige Besorgnis bezüglich des Aussehens beurteilt, lässt sich aus den vorliegenden Ergebnissen kein eindeutiger Rückschluss auf das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung ziehen (*Oosthuizen et al. 1998*). Insgesamt konnte aber mit dem DCQ gezeigt werden, dass es innerhalb der UG und in der VG, sowohl unter den Frauen als auch unter den Männern, Personen gab die Sorgen bzgl. ihres Aussehens hatten, wobei unter Teilnehmern der Internetbefragung der Anteil der Personen, die den Cutoff-Wert von ≥ 14 erreichten, erwartungsgemäß niedriger war als unter den Patienten der VG. Zu bedenken ist jedoch, dass in der Untersuchungsgruppe (21 Punkte) höhere Maximalwerte erreicht wurden als in der Patientengruppe (17 Punkte).

3.3 Die Untersuchung des Körperbildes (Body-Image) mit Hilfe des MBSRQ

Das Körperbild wird von *Cash und Pruzinski (2002)* als ein mehrdimensionales Konstrukt beschrieben, welches sich sowohl auf die subjektive Körperwahrnehmung, als auch auf die körperbezogenen Einstellungen und Erfahrungen bezieht. Es bildet dabei ein wichtiges Element des Selbstkonzepts, das die Lebensqualität entscheidend beeinflusst.

Der MBSRQ dient der Abbildung des Physischen-Selbst. Er schließt neben dem äußeren Erscheinungsbild auch die Bereiche körperliche Leistungsfähigkeit bzw. „Fitness“ und biologische Integrität bzw. „Gesundheit/Krankheit“ ein (*Cash 2000*).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Skalen „Bewertung des eigenen Aussehens“, „Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen“, „Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit“, „Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit“, „Bewertung der eigenen Gesundheit“, „Orientierung auf Gesundheit“ und „Krankheitsorientierung“ zunächst auf Item- und anschließend auf Skalenebene dargestellt und mit den Resultaten des Patientenkollektivs sowohl qualitativ als auch quantitativ verglichen. Um eine differenziertere Aussage hinsichtlich der Ergebnisse treffen zu können, werden die Resultate der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe, sowohl im Gesamten, als auch geschlechtsabhängig gegenübergestellt. Aufgrund der niedrigen Anzahl an Männern im Patientenkollektiv, liegt der Schwerpunkt bei der geschlechtsspezifischen Darstellung allerdings auf den Frauen.

3.3.1 Gegenüberstellung des Körperbildes der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe auf Itemebene

Bei der statistischen Gegenüberstellung der Ergebnisse der UG und der VG für zwei unabhängige Stichproben mittels U-Test nach Mann und Whitney bewerteten die Teilnehmer der Internetbefragung im Gegensatz zu den Patienten der VG (Mittlerer Rang: UG = 111,62; VG = 151,09) ihr Aussehen als deutlich weniger unattraktiv (Item 48). Die Mittelwertdifferenz war diesbezüglich höchst signifikant ($p = .000$). Mit Hilfe von Item 5, 11 und 30 konnte das Ergebnis nochmals bestätigt werden: Hierbei wurde nach der sexuellen Ausstrahlung (Mittlerer Rang: UG = 126,69; VG = 101,31; $p = .012$), der Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen im Allgemeinen (Mittlere Rang: UG = 125,66; VG = 105,25; $p = .045$) bzw. im nackten Zustand (Mittlerer Rang: UG = 125,85; VG = 99,48; $p = .011$) gefragt. Alle drei Aussagen wurden von der UG durchgehend positiver beurteilt. Weiterhin schätzte die UG ihren Körperbau bzw. ihre Konstitution (Item 42) im Durchschnitt besser ein als die VG (Mittlerer Rang: UG = 115,33; VG = 140,62; $p = .015$).

Höchst signifikante Unterschiede ($p = .000$) ergaben sich auch für die zur Skala „Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen“ gehörigen Aussagen: „Bevor ich ausgehe, nehme ich mir gewöhnlich eine Menge Zeit, mich fertig zu machen“ (Item 13) und „Ich gebe mir besondere Mühe bei der Haarpflege“ (Item 41). Die UG erreichte hier sowohl in Bezug auf Zeitaufwand

(Mittlerer Rang: UG = 109,90; VG = 160,94), als auch bei der Bedeutung der Haarpflege (Mittlerer Rang: UG = 111,51; VG = 153,85) deutlich niedrigere Werte. Die Wichtigkeit des Aussehens (Item 22) wurde von den Teilnehmern der Internetbefragung deutlich geringer eingeschätzt als von den Patienten (Mittlerer Rang: UG = 114,92; VG = 142,06; $p = .008$). Andererseits überprüften die Internetnutzer ihr Aussehen vor dem Ausgehen (Item 1) häufiger (Mittlerer Rang: UG = 125,74; VG = 107,08; $p = .038$). Überraschender Weise gab die UG an, deutlich mehr über ihr Aussehen nachzudenken (Item 49) als die VG (Mittlerer Rang: UG = 114,38; VG = 143,94; $p = .003$). Dies scheint umso mehr verwunderlich, wenn man Item 50, „Ich versuche immer mein Aussehen zu verbessern“, betrachtet. Hier erreichte wiederum die Gruppe der plastisch-chirurgischen Patienten viel höhere Werte (Mittlerer Rang: UG = 115,22; VG = 141,02, $p = .009$).

Ihre körperliche Verfassung (Item 14) schätzte die UG besser ein als die VG (Mittlerer Rang: UG = 126,56; VG = 104,30; $p = .024$). Insgesamt zeigte sich, dass Sport (Item 15, Mittlerer Rang: UG = 110,55; VG = 153,17; $p = .000$) und körperliche Fitness (Item 25, Mittlerer Rang: UG = 112,76; VG = 151,23; $p = .000$) unter den Teilnehmern der Internetbefragung einen sehr viel höheren Stellenwert hatte, als unter den plastisch-chirurgischen Patienten. So trieben in der UG mehr Personen Sport (Item 53), als in der VG (Mittlerer Rang: UG = 126,72; VG = 103,75; $p = .028$). Im Vergleich dazu führten in der Gruppe der Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung signifikant mehr Personen eine Diät durch als bei den Internetnutzern (Item 57, Mittlerer Rang: UG = 115,87; VG = 140,65; $p = .012$). Mittels Item 16, „Ich mache aktiv nichts, um mich körperlich fit zu halten“, konnte dieser Zusammenhang eindeutig bestätigt werden. Die UG schätzte sich hier durchweg aktiver ein (Mittlerer Rang: UG = 111,40; VG = 153,48; $p = .000$). Damit übereinstimmend, ergaben Item 34 und 43, dass sich die Befragten der UG mehr Gedanken über ihre athletischen Fähigkeiten machten (Mittlerer Rang: UG = 114,86; VG = 138,50; $p = .025$), bzw. sich mehr bemühten ihre Fähigkeiten bezüglich ihrer körperlichen Aktivitäten zu verbessern (Mittlerer Rang: UG = 115,82; VG = 140,83; $p = .016$). Im Gegensatz dazu entwickelte die Gruppe der plastisch-chirurgischen Patienten einen gesünderen Lebensstil (Item 9, Mittlerer Rang: UG = 116,90; VG = 137,15; $p = .049$) und versuchte schädigende Einflüsse auf die Gesundheit (Item 19) stärker zu vermeiden als die VG (Mittlerer Rang: UG = 115,49; VG = 141,95; $p = .011$). Ferner lasen die Patienten der VG vermehrt Bücher und Magazine, die sich mit Gesundheit beschäftigen (Item 29, Mittlerer Rang: UG = 115,63; VG = 137,70; $p = .034$).

Die Untersuchung des Gesundheitszustandes zeigte, dass sich die Personen der UG im Durchschnitt für sehr viel gesünder hielten (Item 54) als die VG (Mittlerer Rang: UG = 128,99; VG = 93,31). Auch bei Item 17, „Meine Gesundheit ist von unerwarteten Höhen und Tiefen gekennzeichnet“, (Mittlerer Rang: UG = 109,52; VG = 158,32) und Item 36, „Ich weiß nie genau, wie ich mich körperlich am nächsten Tag fühlen werde“, (Mittlerer Rang: UG = 112,80;

VG = 149,38) zeigte die UG eine deutlich positivere Tendenz hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Verfassung. Dieses Ergebnis konnte mit Hilfe von Item 56 noch verdeutlicht werden: Hier gab die UG an, bei ersten Anzeichen einer Krankheit nicht sofort medizinischen Rat, im Gegensatz zur VG (Mittlerer Rang: UG = 112,55; VG = 147,88), zu suchen. Die Mittelwertdifferenz dieser vier Aussagen ergab eine äußerst hohe Signifikanz ($p = .000$).

Bei Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass die Teilnehmer der Internetbefragung bzgl. ihres Körperbildes erwartungsgemäß eine positivere Einstellung gegenüber der Vergleichsgruppe haben. So wurde das eigene Aussehen, die eigene Attraktivität, die körperliche Leistungsfähigkeit und der Gesundheitszustand besser bewertet als von den Patienten der Plastischen Chirurgie.

Vergleicht man nun die Resultate der UG und VG auf Itemebene in Abhängigkeit des weiblichen Geschlechts, so findet man für die in Tabelle 5 dargestellten Aussagen signifikante Unterschiede.

Tabelle 5: Items mit signifikanten Unterschieden in Abhängigkeit des weiblichen Geschlechts zwischen UG und VG

Aussagen	Gruppe	n	Mittlerer Rang	p
Bevor ich ausgehe, überprüfe ich mein Aussehen. (Item 1)	UG	112	84,88	.026
	VG	48	70,29	
Mein Körper hat sexuelle Ausstrahlung. (Item 5)	UG	112	84,67	.034
	VG	47	68,88	
Ich habe bewusst einen gesunden Lebensstil entwickelt. (Item 9)	UG	112	75,83	.042
	VG	48	91,39	
Bevor ich ausgehe nehme ich mir gewöhnlich eine Menge Zeit, mich fertig zu machen. (Item 13)	UG	112	70,46	.000
	VG	48	103,94	
Die Teilnahme am Sport ist unwichtig für mich. (Item 15)	UG	111	71,79	.001
	VG	46	96,39	
Ich mache aktiv nichts, um mich körperlich fit zu halten. (Item 16)	UG	112	72,88	.001
	VG	48	98,27	
Meine Gesundheit ist von unerwarteten Höhen und Tiefen gekennzeichnet. (Item 17)	UG	111	70,80	.000
	VG	47	100,04	

Aussagen	Gruppe	n	Mittlerer Rang	p
Es ist wichtig, dass ich immer gut aussehe. (Item 22)	UG	112	74,65	.016
	VG	47	92,74	
Körperlich fit zu sein ist nicht besonders wichtig in meinem Leben. (Item 25)	UG	112	73,27	.002
	VG	48	97,38	
Ich lese oft Bücher und Magazine, die sich mit Gesundheit beschäftigen. (Item 29)	UG	112	75,16	.032
	VG	47	91,53	
Ich weiß nie genau, wie ich mich körperlich am nächsten Tag fühlen werde. (Item 36)	UG	112	73,14	.003
	VG	47	96,34	
Ich gebe mir besonders Mühe bei der Haarpflege. (Item 41)	UG	112	71,83	.000
	VG	47	99,47	
Ich bin körperlich unattraktiv. (Item 48)	UG	111	71,46	.000
	VG	47	98,49	
Ich denke niemals über mein Aussehen nach. (Item 49)	UG	112	73,12	.002
	VG	47	96,39	
Ich versuche immer mein Aussehen zu verbessern. (Item 50)	UG	112	75,32	.031
	VG	47	91,16	
Ich bin eine körperlich gesunde Person. (Item 54)	UG	112	86,03	.006
	VG	47	65,64	
Bei einem ersten Anzeichen von Krankheit suche ich medizinischen Rat auf. (Item 56)	UG	111	74,66	.031
	VG	47	90,94	
Ich mache gerade eine Diät, um Gewicht zu verlieren. (Item 57)	UG	112	75,67	.032
	VG	48	91,76	
Legende: Signifikant, wenn $p < 0,05$ p = exakte Signifikanz (2-seitig)				

Im Vergleich zu den bereits beschriebenen Ergebnissen des Gesamtkollektivs findet sich bei der Gegenüberstellung des Antwortverhaltens der Frauen zwischen der UG und der VG zusätzlich einen signifikanten Unterschied ($p = .031$) bzgl. Item 50, „Ich versuche immer mein Aussehen

zu verbessern“ (Mittlerer Rang: UG = 75,32; VG = 91,16). Dagegen konnte hinsichtlich Item 11, 30 und 42 (Subskala: „Bewertung des eigenen Aussehens“), sowie bei Item 14, 34, 43 und 53 (Subskala: „Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit“), und bezüglich Item 19 (Subskala: „Orientierung auf Gesundheit), die alle bei der Gesamtbeurteilung noch signifikant waren, kein Unterschied im Bezug auf das weibliche Geschlecht festgestellt werden.

3.3.2 Der MBSRQ auf Skalenebene

Im Folgenden werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppe und der Vergleichsgruppe auf Skalenebene deskriptiv dargestellt. Sowohl bei den Teilnehmern der Internetbefragung als auch unter dem Patientenkollektiv wurden die Durchschnittswerte für beide Geschlechter getrennt voneinander berechnet. Die Durchschnittswerte des männlichen Patientenkollektivs müssen dabei aufgrund der geringen Stichprobe kritisch betrachtet werden. Der Vollständigkeit wegen werden sie dennoch angeführt. Angegeben werden zum Vergleich auch die Werte der amerikanischen Einstichprobe (*Cash et al. 1986*), die in einer Repräsentativerhebung jeweils unter 1070 Frauen und 996 Männern gebildet wurden.

1. Bei der Bewertung des eigenen Aussehens (MBSRQ-AE) wurden für die Frauen und Männer der UG Mittelwerte von 3,48 (SD = .81) bzw. 3,70 (SD = .88) angegeben, für die der VG Werte von 3,20 (SD = .83) bzw. 3,36 (SD = .57). Der Normwert der amerikanischen Repräsentativerhebung (*Cash et al. 1985, 1986*) für diese Skala beträgt für Frauen 3,36 (SD = .87) und für Männer 3,49 (SD = .83). Die Mittelwerte der UG waren somit für beide Geschlechter, im Gegensatz zur VG, höher als die Normwerte.
2. Für die Skala „Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen“ (MBSRQ-AO) wurde für die Frauen der UG ein Mittelwert von 3,78 (SD = .51) und für die Männer der UG ein Mittelwert von 3,59 (SD = .56) ermittelt. Die Werte der VG waren für beide Geschlechter (Frauen: M = 3,91, SD = .49; Männer: M = 3,58, SD = .40) beinahe identisch mit den Normwerten (Frauen: M = 3,91, SD = .60; Männer: M = 3,60, SD = .68) der amerikanischen Repräsentativerhebung (*Cash et al. 1985, 1986*).
3. Die Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (MBSRQ-FE) ergab für die Frauen der UG einen Mittelwert von 3,63 (SD = .78) und für die Frauen der VG einen Mittelwert von 3,53 (SD = .81). Die Männer der UG erzielten einen Durchschnittswert von 3,91 (SD = .77), die der VG einen Wert von 3,78 (SD = .66). Der Normwert der amerikanischen Repräsentativerhebung (*Cash et al. 1985, 1986*) für diese Skala beträgt für Frauen 3,48 (SD = .97), für Männer 3,72 (SD = .91).
4. Für die Variable „Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit“ (MBSRQ-FO) ist der Normwert der amerikanischen Repräsentativerhebung (*Cash et al. 1985, 1986*) für Frauen bei 3,20 (SD = .85) und für Männer bei 3,41 (SD = .89). Verglichen hiermit lagen die Durchschnittswerte der UG, sowohl für Frauen (M = 3,45; SD = .85), als auch für Männer (M = 3,81; SD = .91), sowie der Frauen-Wert der VG (M = 3,25; SD = .70) über dem

- zugehörigen Normwert. Die Männer der VG erzielten mit 3,41 (SD = .86) den identischen Werte der amerikanischen Einstichprobe.
5. Bei der Bewertung der eigenen Gesundheit (MBSRQ-HE) ergab der Mittelwert der UG für Frauen 3,70 (SD = .79), und für Männer 3,95 (SD = .64). Die Durchschnittswerte der VG lagen bei den Frauen bei 3,29 (SD = .76) und bei den Männer bei 3,50 (SD = .75). Die Normwerte der amerikanischen Repräsentativerhebung (*Cash et al. 1985, 1986*) für Frauen und Männer betragen 3,86 (SD = .80) bzw. 3,95 (SD = .72) und liegen somit über den Frauenwerten beider Gruppen.
 6. Orientierung auf Gesundheit (MBSRQ-HO): Das Maß an Beschäftigung, um einen gesunden Lebensstil zu erreichen, ergab Mittelwerte für Frauen und Männer der UG von 3,40 (SD = .58) und von 3,30 (SD = .67). In der VG wurde für die Frauen ein Wert von 3,46 (SD = .66) und für die Männer ein Wert von 3,18 (SD = .44) berechnet. Die Normwerte der amerikanischen Repräsentativerhebung (*Cash et al. 1985, 1986*) liegen mit 3,75 (SD = .70) für Frauen und 3,61 (SD = .70) für Männer über den von Teilnehmer der Internetbefragung erzielten Mittelwerten.
 7. Die Mittelwerte der Skala „Krankheitsorientierung“ (MBSRQ-IO) lagen in der UG bei 2,97 (SD = .69) für die Frauen bzw. bei 2,83 (SD = .64) für die Männer. In der VG erzielten die Frauen einen Wert von 2,94 (SD = .77) und die Männer einen Wert von 3,57 (SD = .71). Hinsichtlich der Normwerte der amerikanischen Repräsentativerhebung (*Cash et al. 1985, 1986*) für Frauen (M = 3,21; SD = .84) und Männer (M = 3,18; SD = .83) waren die Mittelwerte der UG, sowie der Frauen-Wert der VG niedriger.

3.3.3 Vergleich des Körperbildes bei Teilnehmern einer Internetbefragung und Patienten der Plastischen Chirurgie

Höchst signifikante Gruppenunterschiede ($p = .000$) zwischen der UG und der VG ergaben sich auf der Skalenebene in der Einschätzung der eigenen Gesundheit. Während sich die Teilnehmer der Internetbefragung für körperlich gesund hielten, bestand innerhalb der Patientengruppe eine starke Verunsicherung bzgl. ihrer gesundheitlichen Verfassung (Mittlerer Rang: UG = 129,12; VG = 86,71).

Ihr Aussehen bewerteten die Befragten der UG deutlich positiver als die Patienten der VG (Mittlerer Rang: UG = 125,19; VG = 94,82; $p = .004$). Weiterhin ergaben die Ergebnisse, dass sich die Teilnehmer der Internetbefragung im Vergleich zu den Patienten der Plastischen Chirurgie weniger mit ihrem eigenen Aussehen beschäftigten (Mittlerer Rang: UG = 112,94; VG = 133,87; $p = .050$).

Bei der Bewertung der Skala „Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit“ zeigte sich, dass innerhalb der UG körperliche Fitness und athletische Komponenten einen signifikant ($p = .018$) höheren Stellenwert hatten als in der VG (Mittlerer Rang: UG = 120,79; VG = 95,43). Ihre

körperliche Leistungsfähig schätzte die UG insgesamt zwar höher ein, sie unterschied sich allerdings nicht signifikant von der VG (Mittlerer Rang: UG = 122,72; VG = 107,97; $p = .169$). In ihrer Sorge, krank zu sein bzw. krank zu werden und in ihrem Umgang mit Krankheitssymptomen (Mittlerer Rang: UG = 118,16; VG = 126,46; $p = .440$) unterschied sich die UG ebenso wie in ihrer Orientierung auf Gesundheit (Mittlerer Rang: UG = 116,78; VG = 117,79; $p = .926$) nicht signifikant von der VG.

Zusammenfassend kann die Annahme hinsichtlich Selbstbewertung und –orientierung, nach der sich die Teilnehmer der Internetbefragung in ihrem Körperbild von den Patienten der Plastischen Chirurgie unterscheiden, vorläufig als bestätigt gelten. So unterschieden sich die Befragten der Untersuchungsgruppe bezüglich der Bewertung des eigenen Aussehens und der Beschäftigung mit dem Aussehen, sowie in der Bewertung ihrer Gesundheit und der Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit signifikant von der Vergleichsgruppe (Tabelle 6).

Tabelle 6: Vergleich des Körperbildes zwischen UG und VG auf Skalenebene

MBSRQ-Subskalen	Gruppe	n	Mittlerer Rang	p
Bewertung des eigenen Aussehens (MBSRQ-AE)	UG	184	125,19	.004
	VG	52	94,82	
Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen (MBSRQ-AO)	UG	183	112,94	.050
	VG	51	133,87	
Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (MBSRQ-FE)	UG	186	122,72	.169 (ns)
	VG	52	107,97	
Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit (MBSRQ-FO)	UG	182	120,79	.018
	VG	48	95,43	
Bewertung der eigenen Gesundheit (MBSRQ-HE)	UG	184	129,12	.000
	VG	54	86,71	
Orientierung auf Gesundheit (MBSRQ-HO)	UG	183	116,78	.926 (ns)
	VG	50	117,79	
Krankheitsorientierung (MBSRQ-IO)	UG	186	118,16	.440 (ns)
	VG	53	126,46	
Legende: Signifikant, wenn $p < 0,05$ $p =$ exakte Signifikanz (2-seitig)				

Untersucht man nun die einzelnen Subskalen geschlechtsabhängig, so ergeben sich lediglich bei der Bewertung des eigenen Aussehens und der eigenen Gesundheit zwischen den Frauen der UG und der VG signifikante Unterschiede. So schätzten, wie in der Gesamtdarstellung, die Teilnehmerinnen der Internetbefragung ihr Aussehen (Mittlerer Rang: UG = 82,22; VG = 66,08; $p = .041$) positiver und ihre gesundheitliche Situation (Mittlerer Rang: UG = 85,59; VG = 62,05; $p = .003$) deutlich besser ein als die Patientinnen des Vergleichskollektivs. Unter den Männern der beiden Gruppen findet man hinsichtlich der Subskala „Krankheitsorientierung“ (Mittlerer Rang: UG = 36,91; VG = 57,08; $p = .028$) eine Signifikanz. Diese zeigt, dass sich die Patienten der VG mehr Sorge hinsichtlich einer Krankheit machen als die Männer der UG. Allerdings können auch hier wieder die Resultate in Bezug auf die Männer aufgrund der sehr kleinen Stichprobe innerhalb der VG vernachlässigt werden.

3.3.4 Bewertung der Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen

Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit mit einzelnen Körperregionen in Abbildung 6 dargestellt. Die Befragten sollten hierbei auf einer Skala von null („keine Beeinträchtigung“) bis zehn („extreme Beeinträchtigung“) einschätzen, wie stark sie die verschiedenen Körperpartien (Gesicht, Dekolleté, Schultern, Brust, Oberarme, Unterarme, Bauch, Gesäß, Oberschenkel, Unterschenkel, Füße) in ihrem Aussehen beeinträchtigen.

Im Mittel wurde der Bauch am schlechtesten bewertet ($M = 3,67$): Lediglich 31% fühlten sich durch diese Region in keinsten Weise beeinträchtigt. Allerdings gaben insgesamt 34% Werte zwischen sechs und zehn an, wobei 7% der UG eine extreme Unzufriedenheit verspürten. Hohe Mittelwerte erreichten auch die Körperpartien „Oberschenkel“ ($M = 3,27$) und „Gesäß“ ($M = 2,68$) gefolgt von den Bereichen „Brust“ ($M = 2,61$) und „Oberarme“ ($M = 2,08$). Die Unterschenkel wurden im Durchschnitt mit 1,67, das Gesicht mit 1,65 und die Füße mit 1,09 bewertet. Am zufriedensten zeigten sich die Teilnehmer der UG mit ihren Unterarmen ($M = .64$), ihrem Dekolleté ($M = .84$) und ihren Schultern ($M = .90$). Hier gaben 78%, 68 % bzw. 74% (in Bezug auf Unterarme, Dekolleté und Schultern) an durch diese Regionen überhaupt nicht in ihrem äußeren Erscheinen beeinträchtigt zu sein. Keine Person fühlte sich extrem beeinflusst.

Betrachtet man die Resultate in Abhängigkeit des Geschlechts, so zeigt sich bei den Frauen der UG eine ähnliche Verteilung hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Aussehen wie beim Gesamtkollektiv. Am unzufriedensten waren die Frauen mit ihren Oberschenkeln ($M = 4,19$), ihrem Bauch ($M = 4,09$), sowie ihrem Gesäß ($M = 3,48$). Die wenigsten Probleme hatten die Frauen mit ihren Unterarmen ($M = 0,57$), den Schultern ($M = 0,96$) und dem Dekolleté ($M = 1,07$). Von den Männern wurde im Mittel der Bauch ($M = 3,09$), die Brust ($M = 2,51$), die Oberschenkeln ($M = 1,94$) und die Oberarme ($M = 1,83$), gefolgt vom Gesicht ($M = 1,63$), dem Gesäß ($M = 1,47$) und den Unterschenkeln ($M = 1,27$) am schlechtesten bewertet. Positiver eingeschätzt wurden die Schultern ($M = 0,89$), die Unterarme ($M = 0,81$) und die Füße ($M =$

0,66), sowie das Dekolleté (M = 0,56). Insgesamt zeigt sich, dass die Männer der UG alle Körperregionen, mit Ausnahme der Unterarme, im Durchschnitt besser bewerteten als die Frauen der UG. Da die Personen des Patientenkollektivs keine Bewertung im Bezug auf die Zufriedenheit mit den verschiedenen Körperregionen abgaben, konnten die Ergebnisse der UG nicht mit denen der VG verglichen werden.

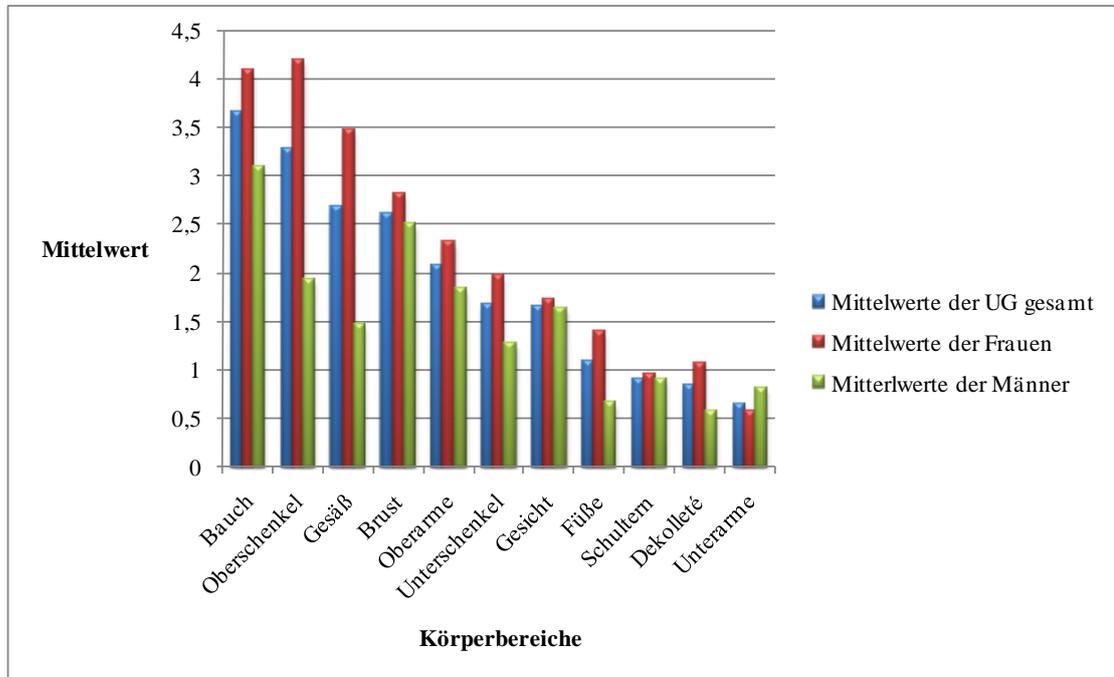


Abbildung 6: Zufriedenheit mit spezifischen Körperregionen: Durchschnittliche Mittelwerte der einzelnen Körperregionen in Abhängigkeit des Geschlechts

3.4 Körperbezogene Kontrollüberzeugung (KLC)

Mit Hilfe des „Körperbezogenen Locus-of-Control Fragebogen“ (KLC; Mrazek 1989) wurde die Selbsteinstellung zum Aussehen untersucht. Auf einer fünfstufigen Skala konnten die Befragten angeben inwieweit sie den das Aussehen betreffenden Aussagen zustimmen. Beim teststatistischen nichtparametrischen Vergleich der Ergebnisse der UG und der VG mittels U-Test nach Mann und Whitney erreichten die Internetnutzer sowohl auf externaler als auch auf internaler Ebene durchweg niedrigere Werte als die Vergleichsgruppe (Tabelle 7). Die Unterschiede waren jedoch mit Ausnahme der externalen Aussage „Wer gut aussieht, hat eben Glück“ ($p = .004$) und der internalen Aussage „Wer nicht so gut aussieht, ist überwiegend selbst schuld“ ($p = .049$) statistisch nicht signifikant.

Tabelle 7: Selbsteinstellung der UG und VG zum Aussehen auf externaler und internaler Ebene

KLC-Aussehen (External)	Gruppe	n	Mittlerer Rang	P
Wer immer gut aussieht, hat eben Glück.	UG	181	111,53	.004
	VG	54	139,69	
Gutes Aussehen ist überwiegend Zufall.	UG	182	117,23	.582 (ns)
	VG	54	122,79	
Man kann für sein Aussehen nicht viel tun.	UG	181	113,25	.054 (ns)
	VG	53	132,01	
KLC-Aussehen (Internal)	Gruppe	n	Mittlerer Rang	P
Wer nicht so gut aussieht, ist überwiegend selbst schuld.	UG	182	113,99	.049
	VG	54	133,71	
Wenn man auf sich selbst achtet, sieht man gut aus.	UG	181	116,73	.533 (ns)
	VG	54	122,25	
Jeder ist für sein Aussehen selbst verantwortlich.	UG	182	115,12	.105 (ns)
	VG	54	129,88	
Legende: Signifikant, wenn $p \leq 0,05$ p = exakte Signifikanz (2-seitig)				

Bei der geschlechtsabhängigen Betrachtung fanden sich bezüglich des Frauenkollektivs ähnliche Resultate. Ebenso wie bei der Gesamtbeurteilung der Ergebnisse zeigte sich auch bei der Aussage „Wer gut aussieht, hat eben Glück“ (Mittlerer Rang: UG = 71,00; VG = 95,90; $p = .001$) ein deutlicher Unterschied zwischen der UG und der VG. Ebenfalls wurde die internale Aussage „Wer nicht so gut aussieht, ist überwiegend selbst schuld“ (Mittlerer Rang: UG = 74,10; VG = 90,46; $p = .029$) von den Teilnehmerinnen der Internetbefragung positiver bewertet. Abweichend vom Gesamtkollektiv waren die Patientinnen zudem häufiger der Meinung, dass „Man für sein Aussehen nicht viel tun kann“ (Mittlerer Rang: UG = 74,01; VG = 88,91; $p = .040$). Insgesamt scheint es somit, dass die Frauen der VG vermehrt externe Faktoren für ihr Aussehen verantwortlich machen. In der Gruppe der Männer konnte bei keiner Aussage ein bedeutsamer Unterschied festgestellt werden.

3.5 Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (*FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005*)

In den folgenden Abschnitten werden die Angaben der Teilnehmer der Internetbefragung hinsichtlich ihrer krankheitsspezifischen Aspekte, sowie die Ergebnisse bzgl. der Einstellung zur Schönheitschirurgie und körperbezogener Selbsteinschätzung dargestellt und anschließend mit Patienten der Plastischen Chirurgie verglichen. Um die beiden Stichproben differenzierter betrachten zu können, wurde der Großteil des Fragebogens mittels folgender statistisch-biometrischer Testinstrumente ausgewertet: Zunächst wurde mit Hilfe des allgemeinen linearen Modells überprüft, inwieweit signifikante Unterschiede zwischen der UG und der VG in den untersuchten Bereichen bestehen. Anschließend wurden die Zwischensubjektwerte für jede Aussage ermittelt. Um weiterhin festzustellen, ob ein signifikanter Unterschied innerhalb einer Kategorie nur aufgrund erheblicher Unterschiede eines Items zustande gekommen ist oder ob der Unterschied auch im Mittel besteht, wurde der multivariante standardisierte Summentest nach Läueter verwendet.

3.5.1 Einstellung zum Aussehen

Hinsichtlich der Einstellung zum Aussehen zeigte sich ein höchst signifikanter Unterschied ($p_{\text{Wilks-Lambda}} = .000$) zwischen UG und VG, der mittels Läueter-Test ($p = .0002$) zusätzlich belegt wurde.

In allen zehn Aussagen erreichte die UG durchweg niedrigere Mittelwerte als die VG. Bedeutsame Unterschiede ergaben sich aber nur für die Items 1 und 3, sowie für die Items 6 bis 10 (Tabelle 8). Die Teilnehmer der Internetbefragung fühlten sich durch ihr Aussehen sehr viel weniger in ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt als die Patienten der VG ($M_{\text{UG}} = 1,63$, $SD_{\text{UG}} = .884$; $M_{\text{VG}} = 2,72$, $SD_{\text{VG}} = 1,412$; $p = .000$), die sich aufgrund ihres Aussehens auch deutlich öfter schämten ($M_{\text{UG}} = 1,99$, $SD_{\text{UG}} = .983$; $M_{\text{VG}} = 2,93$, $SD_{\text{VG}} = 1,387$; $p = .000$). In der UG versuchten, im Gegensatz zur VG ($M_{\text{UG}} = 2,41$, $SD_{\text{UG}} = 1,167$; $M_{\text{VG}} = 3,59$, $SD_{\text{VG}} = 1,427$; $p = .000$), die Befragten seltener durch Veränderung der Körperhaltung bestimmte Körperpartien zu verstecken. Insgesamt beurteilte die UG ($M_{\text{UG}} = 1,89$; $SD_{\text{UG}} = 1,075$) ihr Aussehen deutlich positiver ($p = .002$) als das Patientenkollektiv ($M_{\text{VG}} = 2,59$; $SD_{\text{VG}} = 1,427$). Darüberhinaus hatten die Teilnehmer der Internetbefragung seltener das Gefühl, dass Andere sich aufgrund ihres Aussehens lustig über sie gemacht haben ($M_{\text{UG}} = 1,78$, $SD_{\text{UG}} = .899$; $M_{\text{VG}} = 2,52$, $SD_{\text{VG}} = 1,430$; $p = .000$). Innerhalb der UG hegten sehr viel weniger Personen ($p = .000$) den Wunsch, Form oder Größe eines oder mehrerer Körperteile verändern zu lassen. Folglich war der erreichte Mittelwert niedriger ($M_{\text{UG}} = 2,02$; $SD_{\text{UG}} = 1,284$) als der Wert der VG ($M_{\text{VG}} = 3,38$; $SD_{\text{VG}} = 1,265$). Weiterhin brachten die Befragten der UG seltener negative Ereignisse ihres Lebens mit ihrem Aussehen in Zusammenhang. Somit lag auch bezüglich dieser Aussage der

Mittelwert der UG ($M_{UG} = 1,47$; $SD_{UG} = .874$) höchst signifikant ($p = .000$) unter dem Durchschnittswert der VG ($M_{VG} = 2,14$; $SD_{VG} = 1,026$).

Tabelle 8: Einstellung zum Aussehen: statistischer Vergleich mittels Allgemeinem Linearem Modell

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	UG (n = 180)		VG (n = 29)		p ≤ .005
	M	SD	M	SD	
1. Durch mein Aussehen fühle ich mich im alltäglichen Leben (beruflich und privat) sehr eingeschränkt.	1,63	.884	2,72	1,412	.000
2. Ich möchte wieder so wie früher aussehen, als ich noch jünger war.	2,27	1,245	2,59	1,570	.227 (ns)
3. Manchmal schäme ich mich wegen meines Aussehens.	1,99	.983	2,93	1,387	.000
4. Mit den Jahren hat sich mein Aussehen negativ verändert, in meiner Jugend fand ich mich schön.	1,94	1,099	2,38	1,321	.053 (ns)
5. Ich hatte schon häufiger das Gefühl, dass Andere mich nur wegen meines Aussehens anschauen.	2,19	.0969	2,72	1,306	.010 (ns)
6. Manchmal nehme ich eine bestimmte Körperhaltung ein, damit Teile meines Körpers nicht so zur Geltung kommen, mit denen ich unzufrieden bin.	2,41	1,167	3,59	1,427	.000
7. Mein Aussehen hat noch nie zu mir gepasst. Ich war diesbezüglich schon immer sehr unzufrieden.	1,89	1,075	2,59	1,427	.002
8. Ich habe es schon häufiger erlebt, dass Andere sich über mein Aussehen lustig gemacht haben oder abfällige Bemerkungen gefallen sind.	1,78	.899	2,52	1,430	.000
9. Ich hege seit meiner Jugendzeit den Wunsch, Form und Größe eines oder mehrerer Körperteile verändern zu lassen.	2,02	1,284	3,38	1,265	.000
10. In meinem Leben ist vieles schief gegangen, was sicher auch mit meinem Aussehen zusammenhängt.	1,47	.874	2,14	1,026	.000
Legende: Zwischensubjekteffekte signifikant, wenn $p \leq .005$					

Bei der Gegenüberstellung der beiden Frauenkollektive findet sich ein beinahe identisches Ergebnis. Mit Ausnahme von Aussage 7 „Mein Aussehen hat noch nie zu mir gepasst. Ich war diesbezüglich schon immer sehr unzufrieden“, zeigten sich, wie bei der Gesamtdarstellung, bedeutsame Unterschiede hinsichtlich Item 1,3,6,8,9 und 10.

Insgesamt kann man nach Betrachtung der Ergebnisse zum Schluss kommen, dass die Teilnehmer der Internetbefragung ihr Aussehen, sowohl im Gesamten, als auch geschlechtsabhängig ihr Aussehen besser bewerten als die VG und insgesamt eine positivere Einstellung zu ihrem äußeren Erscheinungsbild haben.

Um die Resultate zu komplementieren, werden die Mittelwerte der beiden Frauengruppen und der Männer der UG in Abbildung 7 dargestellt. Dabei fällt auf, dass die männlichen Teilnehmer

der Internetbefragung, mit Ausnahme von Aussage 6 und Aussage 8, ein ähnliches Antwortverhalten aufwiesen wie die Frauen der UG.

Die Ergebnisse der männlichen Patienten wurden aufgrund der niedrigen Stichprobe vernachlässigt.

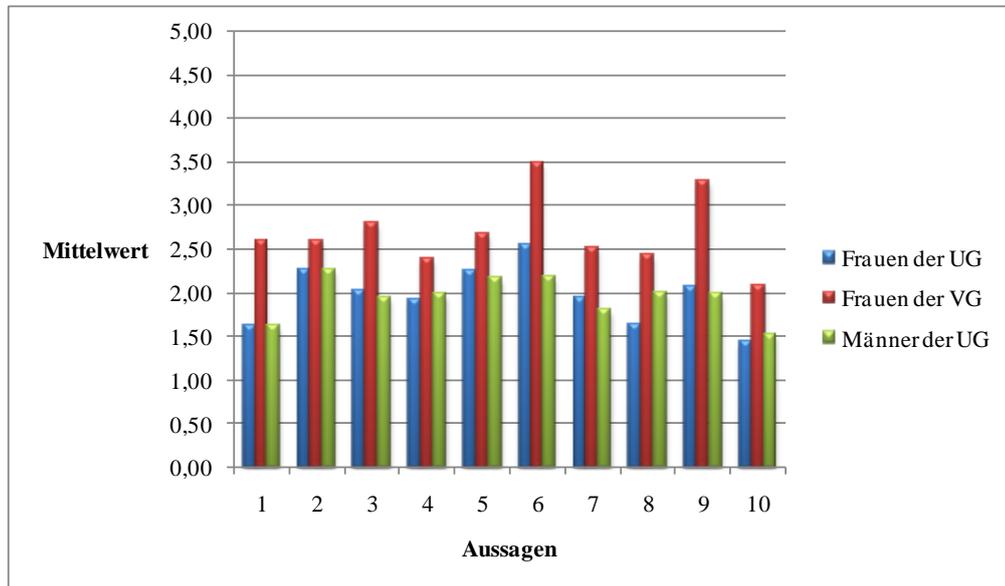


Abbildung 7: Einstellung zum Aussehen: Darstellung der Mittelwerte der Frauen (UG und VG) und der Männer (UG)

3.5.2 Externe Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild

Bezüglich der Frage „Werden Sie häufig wegen Ihres Aussehens kritisiert?“ ergab sich nach Berechnung mit Hilfe des Mann-Whitney-Testes kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden unabhängigen Stichproben (Mittlerer Rang: UG = 122,44; VG = 113,66; $p = .344$). Dies stimmte mit den Resultaten bzgl. des weiblichen Geschlechts überein (Mittlerer Rang: UG = 80,57; VG = 76,89; $p = .591$). Zur Klärung der Frage, welche Personen einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Aussehen der Teilnehmer der Internetbefragung haben (Abbildung 8), wurden acht Antwortmöglichkeiten vorgegeben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Am häufigsten wurden hier Freunde und Bekannte (71%), gefolgt vom Partner (70%), genannt. Darüber hinaus spielten die Mutter (26%), Fotomodelle in Zeitschriften (24%) und Schauspieler (17%) eine wichtige Rolle bei der Zufriedenheit mit dem Aussehen. Unter der Antwortmöglichkeit „Andere/s“, die ebenfalls 17% ausmachte, wurden die Einflussfaktoren „ich selbst“ (14x), „aktuelle Tagesform bzw. –stimmung“ (5x), „Geschwister“, „andere Menschen“ (je 2x), „Arbeitskollegen“, „Mannschaftsmitglieder“, „Sportler“, „Personen auf der Straße“ und „die Arbeit“ (je 1x) genannt. Der Vater (13%) und die Kinder (6%) beeinflussten am geringsten die Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild. Unter den Frauen der UG spielte der Partner (74%) eine größere Rolle als Freunde und Bekannte (65%). Ansonsten ergab sich die gleiche Reihenfolge wie bei der Betrachtung der gesamten UG. Bei den männlichen

Teilnehmern der Internetbefragung machten Freunde und Bekannte mit 81% den größten Anteil, gefolgt von den Partnern (69%), aus. Den geringsten Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Aussehen hatten die Kinder (4%).

In der VG bildeten hierfür ebenfalls Freunde und Bekannte (42%) den größten Anteil. An zweiter Stelle folgte die Antwortmöglichkeit „Andere/s“ (33%), wobei hier die Faktoren „eigene Stimmung“ (4x), „Haare“ (3x), „fremde Personen“, „Männer“, „ich selbst“, „Arbeitskollegen“, „Mitschüler“ (je 2x), „Verwandte“, „Schwester“, „Medien“ und „gesundheitliche Probleme“ (je 1x) genannt wurden. 31% der Patienten wurden in ihrer Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen von ihrem Partner, 29% von der Mutter und 13% von Fotomodellen in Zeitschriften beeinflusst. Bei je 9% spielten der Vater, die Kinder oder Schauspieler eine wichtige Rolle. Die Resultate der Frauen innerhalb der VG sind mit denen des gesamten Patientenkollektivs vergleichbar.

Insgesamt zeigten sich bezüglich der Einflussnahme auf die Zufriedenheit mit dem Aussehen mittels Chi²-Test innerhalb des Gesamtkollektivs höchst signifikante bzw. signifikante Unterschiede bei den Antwortmöglichkeiten „Partner“, „Freunde/Bekannte“ ($p = .000$, exakter Test nach Fisher) und „Andere/s“ ($p = .014$, exakter Test nach Fisher). Diese drei Antwortmöglichkeiten wiesen auch bei der Differenzierung hinsichtlich des weiblichen Geschlechts Signifikanzen auf (Partner: $p = .000$; Freunde/Bekannte: $p = .002$; Andere/s: $p = .030$, exakter Test nach Fisher).

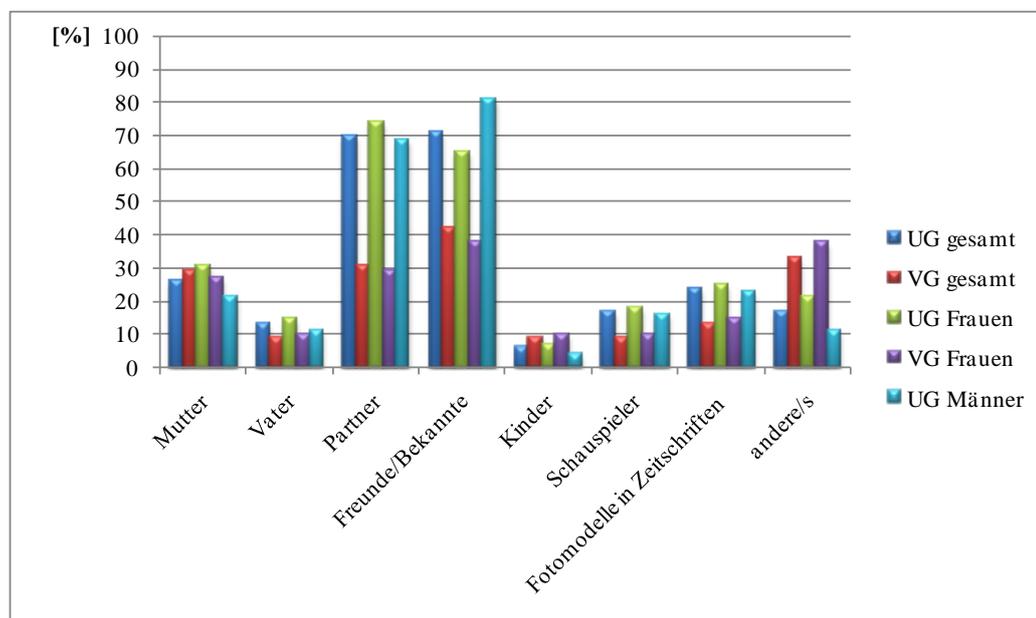


Abbildung 8: Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Aussehen

Weiterhin wurde die Bedeutung des sich Vergleichens mit anderen Menschen untersucht. Die Mehrheit (68%) der UG gab an, sich bei Betreten eines Raumes nur manchmal oder zum Teil mit Anderen zu vergleichen. Ferner verglichen sich 25% sehr oft bzw. immer mit anderen Personen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der VG. Hier antworteten 65% mit „manchmal“

oder „zum Teil“ und 26% mit „sehr oft“ bzw. „immer“. Die Aussage „Im Vergleich zu Anderen schneide ich gar nicht so schlecht ab.“ bewerteten 42% der Teilnehmer der Internetbefragung mit „sehr oft“ und 3% mit „immer“ im Gegensatz zum Patientenkollektiv, bei dem nur 28% sehr oft gut abschnitten. Dass andere Menschen zum Teil besser aussehen als sie, glaubten in der UG beinahe ebenso viele Personen (26%) wie in der VG (28%). 20% der Internetnutzer gaben sogar an, dass Andere sehr oft (17%) bzw. immer (3%) besser aussähen als sie. Dies lag unter der Einschätzung der Vergleichsgruppe, bei der 21% mit „sehr oft“ und keine Person mit „immer“ antwortete.

3.5.3 Ästhetisch-chirurgische Vorbehandlungen der UG und der VG

Innerhalb der UG gaben 8% der Befragten an, sich schon einmal einer ästhetisch-chirurgischen Behandlung unterzogen zu haben, um ihr Aussehen zu verbessern. Dies waren deutlich weniger als in der VG. Hier hatten bereits 43% der Patienten mit Hilfe eines plastisch-chirurgischen Eingriffs ihr Aussehen selten, manchmal oder oft korrigiert.

Zwei Frauen und ein Mann der UG hatten schon einmal eine Brustverkleinerung (Mammareduktionsplastik) vornehmen lassen. Jeweils eine weibliche Teilnehmerin und ein männlicher Teilnehmer der Internetbefragung ließen sich ein Magenband einsetzen. Desweiteren wurden innerhalb des Frauenkollektivs der UG folgende Eingriffe je einmal genannt: Nasenkorrektur, Liposuction, Operation nach Hundebiss, Brustvergrößerung und Melanomentfernung. Unter den Männern ließen sich zwei Personen die Ohren anlegen, eine Person gab die Kieferorthopädische Behandlung, eine andere die Leberfleckentfernung als kosmetischen Eingriff an. In der VG wurden am häufigsten Korrekturen an der Brust (36%), gefolgt von Gesichtskorrekturen (21%) und nicht-plastisch-chirurgischen Eingriffen (19%) durchgeführt. Diese Verteilung stimmt mit den Aussagen der Patientinnen überein, da lediglich 3 Männer der VG eine kosmetische Korrektur vornehmen ließen.

Einen hochsignifikanten Unterschied im statistischen Vergleich mittels Test nach Mann und Whitney (Mittlerer Rang: UG = 114,08; VG = 96,14; $p = .001$) ergab die Frage: „Ist bei Ihnen schon einmal eine kosmetische Operation durchgeführt worden, mit deren Ergebnis Sie nicht zufrieden sind?“. 2,2% der gesamten Teilnehmer der Internetbefragung antworteten hier mit „ja“; dabei lag der Anteil unter den Frauen bei 1% und der unter den Männern bei 4%. Im Gegensatz dazu waren innerhalb der VG mit 18% deutlich mehr Probanden mit dem operativen Ergebnis unzufrieden. Auch hier gab es unter den weiblichen Befragten deutlich mehr unzufriedene Personen (18%). Von den Personen der UG, die diese Frage bejaht hatten, gab ein Mann an, schon öfter operiert worden zu sein, in der Hoffnung, dass der nächste Eingriff das Problem endgültig löse. Innerhalb der VG waren es 3 weibliche Patienten.

Nach ihrer Angst vor Operationen gefragt, antwortete beinahe die Hälfte der Teilnehmer der Internetbefragung (49%) mit „ein wenig“. 35% hatten „sehr viel“ oder „ziemlich viel“ Angst vor Operationen, 17% fürchtete sich überhaupt nicht. In der VG gaben 14% der Personen an,

sich nicht vor operativen Eingriffen zu ängstigen. Insgesamt konnte aber hinsichtlich dieser Frage kein signifikanter Unterschied (Mittlerer Rang: UG = 110,52; VG = 95,50; $p = .199$) festgestellt werden. In der geschlechtsabhängigen Untersuchung fand man ebenfalls keine bedeutsame Signifikanz.

3.5.4 Weitere das Aussehen verändernde Maßnahmen

Unter Verwendung des Allgemeinen Linearen Modells wurde unter den das Aussehen verändernden Maßnahmen insgesamt ein höchst signifikanter Unterschied ($p_{\text{Wilks-Lambda}} = .000$) zwischen der UG und der VG festgestellt. Bestätigt wurde dieses Ergebnis mit Hilfe des Läuter-Testes ($p = .0057$). Dieser zeigte, dass die Gesamtabweichung zwischen UG und VG nicht nur aufgrund höchst signifikanter Unterschiede in den Items „Diäten“ ($p = .000$) und „Operationen“ ($p = .000$) zurückzuführen ist, sondern dass auch ein höchst signifikanter Unterschied im Mittel besteht. Im Einzelnen ergaben sich die im Folgenden dargestellten Verteilungen (Tabelle 9):

Tabelle 9: Das Aussehen verändernde Maßnahmen: statistischer Vergleich mittels Allgemeinem Linearem Modell

Maßnahmen	Gruppe	gar nicht % (n)	selten % (n)	manchmal % (n)	oft % (n)	ständig % (n)	$p \leq .0125$
Diäten	UG	32 (58)	23 (42)	23 (42)	15 (27)	8 (14)	.000
	VG	19 (5)	8 (2)	15 (4)	35 (9)	23 (6)	
Sport	UG	4 (7)	15 (28)	24 (45)	36 (67)	21 (40)	.466 (ns)
	VG	15 (4)	4 (1)	35 (9)	31 (8)	15 (4)	
Tabletten	UG	83 (152)	10 (18)	4 (8)	3 (5)	0 (0)	.019 (ns)
	VG	73 (19)	4 (1)	12 (3)	12 (3)	0 (0)	
Operationen	UG	92 (166)	6 (10)	2 (3)	1 (2)	0 (0)	.000
	VG	57 (16)	14 (4)	25 (7)	0 (0)	4 (1)	
Legende: Zwischensubjekteffekte signifikant, wenn $p \leq .0125$							

69% der Teilnehmer der Internetbefragung hatten zum Zeitpunkt der Erhebung versucht ihr Aussehen durch Diäten zu verändern. Je 23% machten selten bzw. manchmal, 15% oft und 8% ständig Diäten. 32% gaben an, bisher keine Diäten gemacht zu haben. In der VG hatte die Mehrheit der Patienten (81%) bereits eine Diät absolviert. Deutlich weniger Personen (19%), im Vergleich zur UG, gaben an noch keine Erfahrungen mit Diäten gemacht zu haben. Der Unterschied zur VG war in diesem Punkt höchst signifikant ($p = .000$).

Sport, als Maßnahme zur Veränderung des Aussehens, trieben in der UG 4% gar nicht, 15% selten, 24% manchmal, 36% oft und 21% ständig. Hinsichtlich dieser Maßnahme ergab sich

kein signifikanter Unterschied ($p = .466$). So gaben in der VG 15% an gar keinen Sport zu treiben, 4% machten selten, 35% manchmal 31% oft und 15% regelmäßig Sport.

Tabletten zur Gewichtskontrolle bzw. zur Verbesserung des Aussehens (Appetitzügler, Abführmittel, Anti-Aging-Hormone) wurden von 83% der UG gar nicht, von 10% selten und von 4% manchmal eingenommen. Weiterhin gaben 3% der Befragten an, Tabletten oft einzunehmen. In der VG gaben 73% an, noch nie Tabletten zur Gewichtskontrolle eingenommen zu haben. 4% waren selten und jeweils 12% manchmal oder oft in Kontakt mit Tabletten gekommen. In diesem Punkt unterschieden sich UG und VG nicht signifikant ($p = .019$). Unter den Teilnehmern der Internetbefragung hatten 9% Erfahrungen mit Operationen gemacht, davon 6% selten, 2% manchmal und 1% oft. 92% waren nicht plastisch-chirurgisch voroperiert. Im Gegensatz dazu hatten in der VG bereits 43% versucht ihr Aussehen durch Operationen zu verändern. Hier waren lediglich 57% noch nicht plastisch-chirurgisch voroperiert. Im Vergleich zum Patientenkollektiv zeigte sich ein deutlicher Unterschied ($p = .000$).

Betrachtete man nun die Mittelwerte (Abbildung 9) der beiden Stichproben miteinander, so kann man feststellen, dass die UG vor allem mit Sport ($M = 3,56$) versuchte ihr Aussehen zu verändern, gefolgt von Diäten ($M = 2,44$). In der VG zeigte sich ein umgekehrtes Resultat (Diät: $M = 3,35$; Sport: $M = 3,27$), wobei die Mittelwerte sich hinsichtlich beider Maßnahmen nur gering unterschieden: Die Maßnahmen „Tabletten“ und „Operationen“ spielten durchschnittlich unter den Teilnehmern der Internetbefragung eine geringere Rolle ($M = 1,27$ bzw. $M = 1,12$) als unter den Patienten ($M = 1,62$ bzw. $M = 1,79$). Übereinstimmend mit den Ergebnissen der Gesamtkollektive, trieben die Frauen der UG lieber Sport ($M = 3,42$), während die Patientinnen eher Diäten ($M = 3,41$) bevorzugten. Ebenso nahmen die Frauen der VG auch häufiger die Maßnahmen „Tabletten“ ($M = 1,73$) und „Operationen“ ($M = 1,85$) in Anspruch. Bei den Männern der UG spielte erwartungsgemäß Sport ($M = 3,83$) die größte Rolle bei der Veränderung des Aussehens.

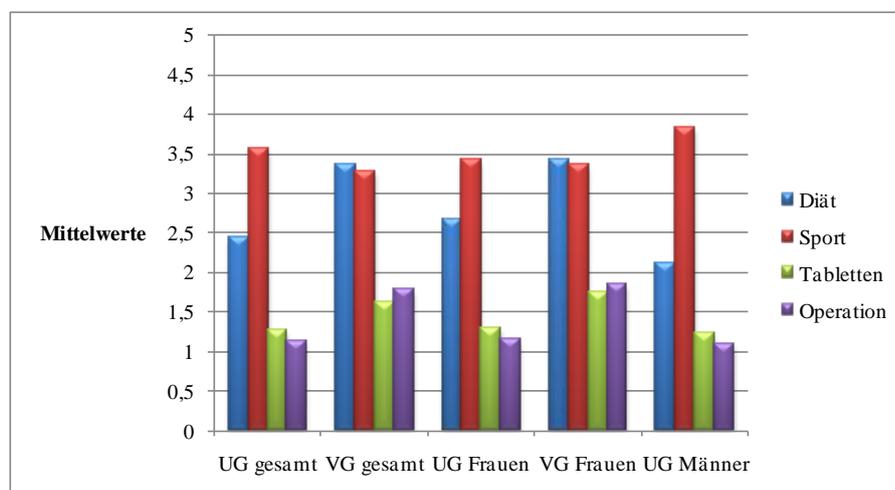


Abbildung 9: Mittelwerte, der das Aussehen verändernden Maßnahmen

3.5.5 Externe Einflüsse auf die Entscheidung zu plastisch-chirurgischen Eingriffen

In der Gruppe der Teilnehmer der Internetbefragung hatten bereits 10% der Befragten den Rat zu einem plastisch-chirurgischen Eingriff erhalten. In der VG bekamen mit 30% deutlich mehr Personen die Empfehlung zu einer operativen Körperkorrektur. Insgesamt ergab sich mittels Chi²-Test (exakter Test nach Fischer) hier ein hoch signifikanter Unterschied ($p = .001$) zwischen beiden Stichproben. 2% der Teilnehmer der UG hatten den Rat zu einer Operation von einem Arzt erhalten; in der VG waren es 11%. Auch hinsichtlich dieses Punktes zeigte sich mit Hilfe des Chi²-Tests (exakter Test nach Fischer) ein deutlicher Unterschied ($p = .005$) zwischen den beiden Gruppen. Weiterhin erhielten drei Frauen und zwei Männer der UG den Rat zu einem operativen Eingriff von Freunden und Bekannten, jeweils 4 Befragte von ihrem Partner (vier Frauen) oder ihren Eltern (drei Frauen, ein Mann) und drei weibliche Personen von ihren Arbeitskollegen. Eine Teilnehmerin der Internetbefragung gab an, von einer Apothekenangestellten auf die Möglichkeit einer OP aufmerksam gemacht worden zu sein. Im Gegensatz dazu bekamen in der VG 6 Patientinnen die Empfehlung zur Körperkorrektur von ihrem Partner, 4 Patientinnen von Freunden und Bekannten und 2 Patientinnen von ihren Kindern. Je eine weibliche Person der VG wurde von den Eltern, einem Arbeitskollegen und von „sich selbst“ hinsichtlich einer ästhetisch-chirurgischen Operation beeinflusst. Der einzige männliche Patient, der innerhalb der VG eine Antwort zu dieser Frage gab, bekam den Rat zu einer Operation vom Arzt (Abbildung 10).

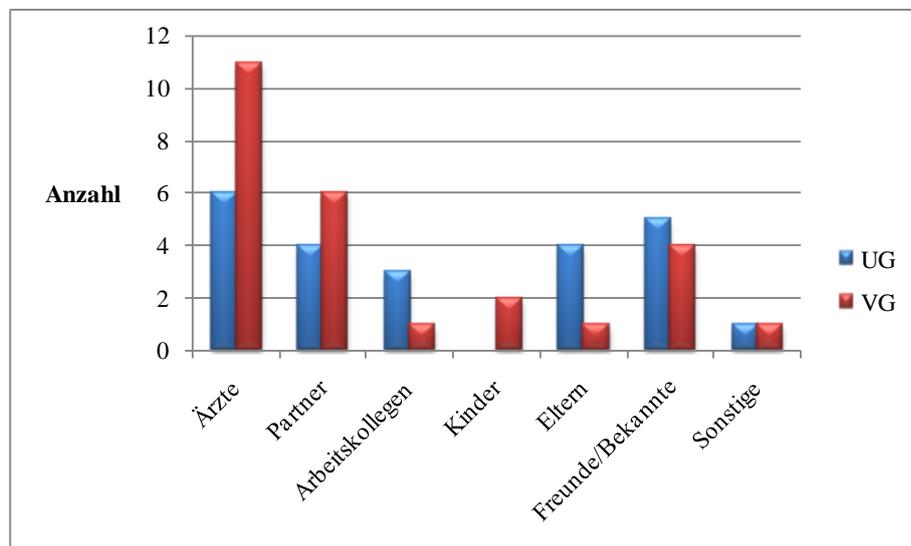


Abbildung 10: Rat zu kosmetischen Eingriffen

3.5.6 Gegenüberstellung der Kleidungsgewohnheiten der UG mit der VG

Nach Betrachtung der Ergebnisse bezüglich der Kleidungsgewohnheiten mittels dem allgemeinen linearen Modell ergab sich eine hohe Signifikanz ($p_{\text{Wilks-Lambda}} = .005$) zwischen der UG und der VG. Der Läuter-Test zeigte, dass dieser Unterschied auch im Mittel ($p = .0233$) besteht (Tabelle 10).

Tabelle 10: Kleidungsgewohnheiten der UG und VG: Vergleich der Mittelwerte

Worauf achten Sie, wenn Sie sich Kleidung kaufen?	UG (n = 186)		VG (n = 55)		p ≤ .05
	M	SD	M	SD	
Dass mir die Sachen gut stehen.	4,73	.584	8,13	25,669	.071 (ns)
Dass ich damit besonders anziehend wirke.	3,40	.949	3,51	1,136	.489 (ns)
Dass die Kleidung bequem ist.	3,97	.770	3,91	.823	.626 (ns)
Dass die Kleidung nicht eng ist und bestimmte Körperpartien, z.B. Problemzonen, verdeckt.	3.11	1,230	3,60	1,369	.012
Es gibt Sachen, die ich aufgrund meines Aussehens gar nicht tragen kann.	3,17	1,434	3,98	1,421	.000
Legende: Zwischensubjekteffekte signifikant, wenn $p \leq .05$					

Das Kaschieren von Problemzonen spielte in der UG erwartungsgemäß eine deutlich geringere Rolle ($p = .012$) als in der VG. Diesbezüglich antworteten 23% der Teilnehmer der Internetbefragung mit „trifft eher zu“ und 16% mit „trifft vollkommen zu“. Unter den Patienten achteten zwei Drittel (67%) eher (38%) bzw. vollkommen (29%) darauf, dass die gekaufte Kleidung nicht zu eng ist und unvorteilhafte Körperpartien bedeckt werden.

Weiterhin gaben die Teilnehmer der Internetbefragung sehr viel seltener ($p = .000$) an, bestimmte Sachen aufgrund des eigenen Aussehens überhaupt nicht tragen zu können. So stimmten unter den Befragten der UG 40% der entsprechenden Aussage eher (9%) oder vollkommen (31%) zu, im Gegensatz zur VG mit 13% bzw. 58% (Tabelle 11). Vergleicht man die Resultate der beiden Frauenkollektive miteinander, so kann man lediglich für Aussage 5, „Es gibt Sachen, die ich aufgrund meines Aussehens gar nicht tragen kann“ eine hohe Signifikanz ($p = .002$) feststellen. Die weiblichen Internetteilnehmer zeigten hier ein deutlich positiveres Antwortverhalten. So antworteten 9% mit „trifft eher zu“ und 36% mit „trifft vollkommen zu“, im Gegensatz zu den Patientinnen der VG, die dieser Aussage zu 13% eher bzw. zu 63% vollkommen zustimmten. Dieses Ergebnis zeigt somit erwartungsgemäß, dass sowohl die Frauen, als auch die gesamte UG hinsichtlich ihres Aussehens selbstbewusster sind, als die VG.

Tabelle 11: Gegenüberstellung der Kleidungsgewohnheiten von UG und VG auf Itemebene

Worauf achten Sie, wenn Sie sich Kleidung kaufen?	Gruppe	trifft überhaupt nicht zu % (n)	trifft eher nicht zu % (n)	trifft teilweise zu % (n)	trifft eher zu % (n)	trifft vollkommen zu % (n)
Dass mir die Sachen gut stehen.	UG	1 (1)	1 (1)	2 (4)	19 (36)	78 (145)
	VG	0 (0)	0 (0)	0 (0)	33 (18)	66 (36)
Dass ich damit besonders anziehend wirke.	UG	1 (2)	14 (27)	42 (79)	27 (51)	15 (28)
	VG	2 (1)	22 (12)	24 (13)	29 (16)	24 (13)
Dass die Kleidung bequem ist.	UG	0 (0)	2 (4)	25 (46)	47 (88)	26 (48)
	VG	0 (0)	2 (1)	33 (18)	38 (21)	27 (15)
Dass die Kleidung nicht zu eng ist und bestimmte Körperpartien, z.B. Problemzonen, verdeckt	UG	11 (21)	21 (40)	29 (54)	23 (43)	16 (29)
	VG	15 (8)	7 (4)	11 (6)	38 (21)	29 (16)
Es gibt Sachen, die ich aufgrund meines Aussehens gar nicht tragen kann.	UG	13 (24)	26 (49)	21 (40)	9 (17)	31 (57)
	VG	9 (5)	13 (7)	7 (4)	13 (7)	58 (32)

3.5.7 Einstellungen zu ästhetisch-chirurgischen Eingriffen

Mit Hilfe von 17 Items wurden die Teilnehmer der Internetbefragung zu ihrer Meinung bzgl. ästhetisch-chirurgischer Maßnahmen befragt (Tabelle 12).

Die Mehrheit der Befragten verknüpfte das Aussehen mit Erfolg. So stimmten der Aussage, „Es wird immer wichtiger, gut auszusehen, wenn man privat und beruflich erfolgreich sein will“, 37% eher und 21% vollkommen zu. Diese Tendenz konnte mit dem Item, „Wer gut aussieht, dem öffnen sich die Türen leichter“ bestätigt werden. Hier antworteten 40% mit „stimme eher zu“ und 32% mit „stimme vollkommen zu“. Lediglich 12% gaben an, dass Schönheitsideale für sie überhaupt keine Rolle spielen. Der Aussage, „Schön sein heißt vor allem schlank zu sein“, stimmten 82% der UG teilweise bis vollkommen zu; nur 18% lehnte diesen Standpunkt ab. Insgesamt stand die Gruppe der Teilnehmer der Internetbefragung ästhetisch-chirurgischen Eingriffen kritisch gegenüber. So fand mehr als die Hälfte (51%) die Möglichkeit, den Körper operativ verschönern zu lassen, besorgniserregend. 65% waren eher bzw. vollkommen der Meinung, dass nur Menschen, die wirkliche Mängel haben, sich einer Schönheitsoperation unterziehen sollten. Ferner vertraten 61% die Ansicht, dass die Menschen ihren Körper so akzeptieren sollten, wie er ist. Jedoch fanden nur 21% es moralisch nicht vertretbar, eine

Operation lediglich zur Verschönerung durchführen zu lassen. Ein Teil der Befragten (28%) zeigte sogar Verständnis für Menschen, die sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen, um leichter einen Partner zu finden. Dass eine Schönheitsoperation dazu führen kann, dass eine Frau ihre Weiblichkeit positiver erlebt, glaubten 62% der Teilnehmer.

Tabelle 12: Einstellung der UG zu ästhetisch-chirurgischen Eingriffen

Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu?	stimme gar nicht zu % (n)	stimme eher nicht zu % (n)	stimme teilweise zu % (n)	stimme eher zu % (n)	stimme vollkommen zu % (n)
Es wird immer wichtiger, gut auszusehen, wenn man privat und beruflich erfolgreich sein will.	1 (1)	9 (17)	33 (61)	37 (69)	21 (39)
Schön sein heißt vor allem, schlank zu sein.	4 (7)	14 (27)	43 (80)	31 (58)	8 (15)
Schönheitsoperationen sollten nur Menschen durchführen lassen, die wirkliche Mängel haben.	6 (11)	10 (18)	20 (37)	36 (67)	29 (53)
Die zunehmenden Möglichkeiten, den Körper operativ verschönern zu lassen, sind Besorgnis erregend.	10 (18)	17 (31)	23 (43)	26 (49)	25 (46)
Wahre Schönheit kommt von innen.	2 (4)	4 (8)	35 (65)	31 (58)	28 (52)
Schönheitsideale spielen für mich überhaupt keine Rolle.	12 (23)	42 (78)	32 (59)	11 (20)	4 (7)
In der Zukunft wird es normal sein, sich einer Schönheitsoperation zu unterziehen.	13 (24)	20 (37)	26 (49)	31 (58)	10 (18)
Die Menschen sollten eigentlich in der Lage sein, ihren Körper so zu akzeptieren, wie er ist.	1 (1)	12 (23)	26 (49)	35 (66)	26 (48)
Ich habe Verständnis dafür, wenn Menschen sich einer Schönheitsoperation unterziehen, um leichter einen Partner zu finden.	16 (29)	33 (61)	24 (44)	19 (36)	9 (17)
Menschen werden sich immer häufiger einer Schönheitsoperation unterziehen, um einen bestimmten Beruf ausüben zu können.	17 (32)	35 (66)	27 (51)	17 (31)	4 (7)
Wer nicht an seiner Figur arbeitet, ist selbst schuld, wenn er berufliche Nachteile erleidet oder Schwierigkeiten bei der Partnersuche hat.	9 (16)	26 (49)	39 (73)	18 (34)	8 (15)
Die Vorstellung, eine Operation nur zur Verschönerung durchführen zu lassen, finde ich moralisch nicht vertretbar.	22 (40)	32 (59)	25 (47)	13 (25)	8 (15)
Eine Schönheitsoperation kann dazu führen, dass eine Frau ihre Weiblichkeit positiver erlebt.	3 (6)	8 (15)	27 (51)	38 (70)	24 (44)
Weil körperliche Attraktivität das ist, wonach Menschen beurteilt werden, ist es verständlich, dass sie sich einer Schönheitsoperation unterziehen, um jünger auszusehen.	6 (11)	24 (45)	36 (67)	25 (46)	9 (17)

Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu?	stimme gar nicht zu % (n)	stimme eher nicht zu % (n)	stimme teilweise zu % (n)	stimme eher zu % (n)	stimme vollkommen zu % (n)
Wer gut aussieht, dem öffnen sich die Türen leichter.	1 (2)	5 (10)	21 (39)	40 (75)	32 (60)
Wenn jemand nicht von Natur aus schön ist, können Schönheitsoperationen ein Mittel sein, dies zu verändern.	8 (15)	19 (35)	38 (69)	23 (43)	12 (22)
Die meisten Moderatoren, die im Fernsehen gezeigt werden, sind operiert.	11 (20)	27 (51)	42 (79)	12 (23)	8 (14)

3.5.8 Gegenüberstellung der Einstellung von UG und VG hinsichtlich ästhetisch-chirurgischer Eingriffe

Insgesamt zeigte sich im statistischen Vergleich mittels allgemeinem linearem Modells ein signifikanter Unterschied ($p_{\text{Wilks-Lambda}} = .000$) bzgl. der Einstellung zu ästhetisch-chirurgischen Operationen. Dieses Ergebnis beruhte allerdings auf der Signifikanz, die lediglich bei drei der 18 Items nachgewiesen wurde (Tabelle 13). Ansonsten fand sich eine breite Übereinstimmung zwischen der UG und der VG. Bestätigt werden konnte diese Behauptung durch den Läuter-Test, der im Mittel keinen Unterschied ($p = .9658$) feststellte.

Im Vergleich zum Patientenkollektiv waren unter den Teilnehmern der Internetbefragung deutlich mehr Personen der Überzeugung, dass wahre Schönheit von innen kommt ($p = .002$). Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Patienten der VG im Gegensatz zur passiven Haltung der UG, aktiv im Rahmen einer ästhetischen Körperkorrektur versuchten ihr Aussehen zu verbessern. Übereinstimmend damit waren die Befragten der UG sehr viel häufiger der Auffassung, dass Menschen eigentlich in der Lage sein sollten, ihren Körper so zu akzeptieren, wie er ist ($p = .000$).

Tabelle 13: Einstellung der UG und VG gegenüber ästhetisch-chirurgischen Eingriffen: Darstellung der signifikanten Items

Aussagen	UG		VG		$p \leq .0029$
	M	SD	M	SD	
Wahre Schönheit kommt von innen.	3,78	.979	3,28	1,188	.002
Schönheitsideale spielen für mich überhaupt keine Rolle.	2,53	.956	3,06	1,204	.001
Die Menschen sollten eigentlich in der Lage sein, ihren Körper so zu akzeptieren, wie er ist.	3,77	.989	3,09	.957	.000
Legende: Zwischensubjekteffekte signifikant, wenn $p \leq .0029$					

Weiterhin vertraten die Teilnehmer der Internetbefragung seltener die Meinung, dass Schönheitsideale für sie keine Rolle spielen würden. Auch hinsichtlich dieser Aussage zeigte sich ein höchst signifikanter Unterschied ($p = .001$). Sehr ähnliche Ergebnisse fand man auch beim geschlechtsabhängigen Vergleich. So zeigten sich zwischen den beiden Frauenkollektiven ebenfalls bedeutsame Unterschiede bezüglich der eben beschriebenen drei Aussagen.

4 Diskussion

„Fehler im Aussehen entstehen, weil viele das tragen, was sie meinen tragen zu müssen, und nicht das, was sie tragen möchten“ (*Karl Lagerfeld*, <http://www.gutzitiert.de/zitat-autor-karl-lagerfeld-thema-aussehen-zitat-311.html>, 03.05.2009).

Anders als in früheren Zeiten, wird das äußere Erscheinungsbild heutzutage nicht durch politische und wirtschaftliche Faktoren, sondern vielmehr durch den wachsenden Einfluss der Medien geprägt (*Derenne & Beresin 2006*). Sie verbreiten die von der Gesellschaft anerkannten Schönheitsideale und beeinflussen vor allem die Zufriedenheit der Frauen hinsichtlich der generellen Attraktivität negativ (*Groesz et al. 2002*). Die daraus resultierende Diskrepanz zwischen aktuellen und erwünschten Körperbild kann zur Besorgnis über das eigene Aussehen und zur Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles führen (*Tiggemann 2002*).

Die Sorge um den eigenen Körper findet sich in den Ergebnissen dieser Untersuchung, sowohl in der UG, als auch in der VG, wieder. Allerdings konnte nachgewiesen werden, dass die Teilnehmer der Internetbefragung ihr Aussehen in allen Fragebögen deutlich besser bewerteten, und weniger unter ihrem äußeren Erscheinungsbild litten, als die plastisch-chirurgischen Patienten. Die Befragten der UG fühlten sich darüber hinaus auch weniger in Bereichen des sozialen Lebens eingeschränkt und zeigten sich sicherer im Umgang mit anderen Menschen.

So fand man unter ihnen nur wenige Personen, die zu einer das Aussehen verbessernden Operation bereit waren. Dagegen spielte Sport und damit verbunden die körperliche Fitness eine größere Rolle. Weiterhin bewertete die UG auch ihren Gesundheitszustand besser, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich die Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild positiv auf die körperliche Verfassung auswirkt.

Sowohl die Teilnehmer der Internetbefragung, als auch die Patienten der VG leben in stabilen partnerschaftlichen Verhältnissen. Daher scheint der Wunsch nach einer festen Beziehung, keinen Einfluss auf die Entscheidung für eine operative Körperkorrektur, zu haben. Ein Unterschied zeigte sich hinsichtlich des Bildungsstandes. So hatten in UG deutlich mehr Personen einen höheren Schulabschluss erreicht. Dies deutet darauf hin, dass sich Personen aus sozial höheren Schichten mit Themen, die das Aussehen betreffen kritischer auseinandersetzen, als Personen aus einfacheren Verhältnissen. Möglicherweise erhoffen sich Personen aus niedrigeren Schichten durch eine operative Körperkorrektur auch einen sozialen Aufstieg.

Laut einer Onlinestudie von ARD und ZDF (<http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/index.php?id=onlinenutzung>, 02.12.2009) stieg die Anzahl der Internetnutzer in Deutschland zwischen 1997 und 2008 von 4,1 (6,5%) auf 42,8 (65,8%) Millionen an. Diesem Ergebnis zufolge nimmt das Internet inzwischen einen festen Platz im Alltag der Bevölkerung ein.

Aufgrund der Bedeutung des Internets in der heutigen Gesellschaft war es das Ziel der vorliegenden Studie, erstmals in Deutschland Daten über die Prävalenz der Körperdysmorphen Störung und deren Merkmale, sowie über die Akzeptanz von kosmetischen Körperkorrekturen mit Hilfe einer Onlinebefragung zu erheben. Daneben wurde unter den Internetnutzern auch die Einstellung hinsichtlich des eigenen Körperbildes untersucht. Neben bereits standardisierten Fragebögen, kam auch ein neuentwickeltes Testinstrument zum Einsatz.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

4.1.1 Das untersuchte Kollektiv

Insgesamt nahmen an der Untersuchung 190 Personen teil. Die Stichprobe setzte sich dabei aus 112 Frauen und 70 Männern zusammen. 8 Personen machten keine Angaben zum Geschlecht. Diese Verteilung ließ die Beurteilung der Ergebnisse sowohl hinsichtlich des Gesamtkollektivs, als auch in Abhängigkeit des Geschlechts zu. Somit konnten aus den Resultaten auch geschlechtsspezifische Rückschlüsse auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, sowie hinsichtlich der Akzeptanz von kosmetischen Körperkorrekturen gezogen werden.

Unter den Teilnehmern befanden sich unter anderem Personen, die im Rahmen eines Besuches der Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg auf die Onlinestudie aufmerksam gemacht wurden. Dabei ist anzunehmen, dass sich unter diesen Teilnehmern einige Personen befanden, die sich vermehrt für kosmetische Körperkorrekturen interessierten und möglicherweise bereits an Erkrankungen des Körperbildes litten. Um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu rekrutieren, wurden die Teilnehmer zudem mit Hilfe von Flyern, die in Cafés, Universitätsbibliotheken und Fitnessclubs ausgelegt, sowie auf der Straße verteilt wurden, aufgerufen sich an dieser Onlineuntersuchung zu beteiligen. Weiterhin wurden Mitarbeiter und Studenten der Universität Magdeburg mittels E-Mail, in der sich ein Link zum Online-Fragebogen befand, zur Teilnahme aufgefordert. Eine Reihe der Befragten stießen zudem mit Hilfe von Internet-Suchmaschinen auf die Fragebögen.

Das untersuchte Kollektiv war zwischen 17 und 55 Jahre alt. Die Altersverteilung war somit weit gefächert und umfasste alle Altersgruppen. Die Mehrheit der Teilnehmer stammte aus den neuen Bundesländern, hier insbesondere aus Sachsen-Anhalt. Dies mag vor allem daran gelegen haben, dass diese Untersuchung ihren Ursprung in Magdeburg hatte. Allerdings konnten auch zahlreiche Probanden aus den alten Bundesländern, v.a. aus Bayern und Nordrhein-Westfalen, rekrutiert werden. Die übrigen Bundesländer waren dagegen unterrepräsentiert, so dass keine ortsabhängigen Aussagen getroffen werden konnten.

Die Mehrheit der Teilnehmer besaß das Abitur bzw. ein abgeschlossenes Studium. Dies zeigt den hohen Bildungsstand des untersuchten Kollektivs und deutet darauf hin, dass sich insbesondere Personen aus besseren sozialen Schichten vermehrt Gedanken über ihr äußeres Erscheinungs- bzw. Körperbild machen.

Darüber hinaus befanden sich zwei Drittel der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung in einer festen Beziehung und bewerteten diese überwiegend positiv. Dies zeigt, dass auch bei Personen, die in stabilen partnerschaftlichen Verhältnissen leben, das Interesse an kosmetischen Körperkorrekturen groß ist.

4.1.2 Darstellung der Vergleichsgruppe

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wurden den Resultaten einer Vergleichsgruppe, bestehend aus plastisch-chirurgischen Patienten, gegenübergestellt. Die Probanden sollten bei ihrer Erstvorstellung in der Ambulanz der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg die verschiedenen Fragebögen ausfüllen. Insgesamt waren 55 Patienten bereit an dieser Untersuchung teilzunehmen, was einer Rücklaufquote von 82% entspricht. Unter ihnen befanden sich 48 Frauen und 6 Männer. Eine Person machte keine Angaben zum Geschlecht. Diese Verteilung ließ eine geschlechtsabhängige Gegenüberstellung zwischen der UG und der VG nur hinsichtlich des weiblichen Geschlechts zu. Auf den Vergleich der Ergebnisse bzgl. der Männer musste wegen der geringen Anzahl verzichtet werden.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass genau diejenigen Patienten die Teilnahme an der Untersuchung verweigerten, welche bezüglich ihres Makels im äußeren Erscheinungsbild einem besonderen Leidensdruck ausgesetzt waren. Es ist denkbar, dass diese Personen Angst hatten ihre psychische Belastung und die damit verbundenen Einschränkungen im täglichen Leben preiszugeben. Zudem scheint es möglich, dass Patienten, die sich ihrer übertriebenen Sorge bzgl. ihres äußeren Erscheinungsbildes bewusst waren, aus Angst ihre operativer Körperkorrektur könnte abgelehnt werden, nicht an der Untersuchung teilnahmen.

Darüber hinaus ist es ebenfalls denkbar, dass sich unter den teilnehmenden Patienten Personen befanden, die aufgrund ihres großen Schamgefühls die Fragebögen nicht ehrlich ausfüllten.

Der Vorteil des Untersuchungsablaufs liegt darin, dass die gegebenen Antworten aufgrund des persönlichen Kontaktes zu den Patienten überprüfbar sind und somit die Entscheidung, ob eine Störung des Körperbildes vorliegt oder nicht besser beurteilt werden kann.

4.1.3 Diskussion der angewandten Testverfahren

4.1.3.1 Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ; Oosthuizen et al. 1998)

Im DCQ (Oosthuizen et al. 1998) erreichten innerhalb der UG 7% den von Stangier et al. (2003) angegebenen Cutoff-Wert von ≥ 14 . Nach Geschlecht differenziert waren es bei den Frauen 8% und bei den Männern 4%. Unter den Teilnehmer der Internetumfrage wiesen somit erwartungsgemäß weniger Personen Symptome einer Körperdysmorphen Störung auf, als unter den Patienten (10%) der VG. Literaturangaben zufolge geht man allerdings in der Normalbevölkerung von einer Prävalenz aus, die zwischen 0,7 und 5% liegt (Bohne et al. 2002^a, Bohne et al. 2002^b, Otto et al. 2001, Rief et al. 2006). Die für die UG mittels DCQ gewonnenen Ergebnisse liegen somit über den bisher veröffentlichten Untersuchungsergebnissen. Dies mag vor allem daran liegen, dass der Fragebogen auf der Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg positioniert war. Diese Seite wurde womöglich besonders von Personen besucht, die sich für kosmetische Eingriffe interessieren. Es ist dabei nicht auszuschließen, dass sich unter ihnen Personen befanden, die bereits eine Störung des Körperbildes aufwiesen und daher im DCQ höhere Werte erreichten.

Insgesamt handelt es sich beim DCQ um ein gut validiertes Testinstrument (Oosthuizen et al. 1998), welches nach bisherigem Wissensstand allerdings bis zum jetzigen Zeitpunkt nur unter psychisch auffälligen (Oosthuizen et al. 1998; Jorgensen et al. 2001) und dermatologischen Patienten (Stangier et al. 2003), nicht aber innerhalb der Normalbevölkerung bzw. unter Internetnutzern, eingesetzt wurde.

Der Nachteil des DCQ ist, dass es sich um ein Screeninginstrument handelt, welches die übermäßige Besorgnis bezüglich des Aussehens beurteilt, ohne dabei die eindeutige Diagnose KDS stellen zu können (Oosthuizen et al. 1998). Eine weitere Schwierigkeit zeigt sich darin, dass die sieben gestellten Fragen nicht die nach dem DSM-IV geforderten Kriterien abdecken.

4.1.3.2 Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ; Cash 2000)

Laut Thompsen (1998) stellt der MBSRQ (Cash 2000) einen der am besten validierten Selbstbeurteilungsbogen zur Bewertung des Körperbildes dar. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Ergebnisse der UG auf Item- und auf Skalenebene analysiert und den Resultaten der VG gegenübergestellt.

Bei Betrachtung der Einzelitems konnten zahlreiche signifikante Unterschiede, sowohl bzgl. der Gesamtstichprobe, als auch nur bei der Gruppe der Frauen festgestellt werden. Wie erwartet, hatten die Teilnehmer der Internetbefragung eine deutlich positivere Einstellung zu ihrem Körper, als das entsprechende Vergleichskollektiv. Allerdings müssen drei der Items, die einen signifikanten Unterschied aufwiesen, kritisch beurteilt werden. So stimmten deutlich weniger

Personen der UG als der VG der Aussage „Ich denke niemals über mein Aussehen nach“ (Mittlerer Rang: UG = 73,12; VG = 96,39; $p = .002$) zu. Dieses Ergebnis ist v.a. aus Sicht der VG überraschend, da sich innerhalb dieser Gruppe Personen befinden, die eine operative Körperkorrektur wünschen und sich somit eigentlich mit ihrem äußeren Erscheinungsbild auseinander gesetzt haben sollten. Auch die Items „Bevor ich ausgehe, überprüfe ich mein Aussehen“ (Mittlerer Rang: UG = 84,88; VG = 70,29; $p = .026$) und „Ich bin eine körperlich gesunde Person“ (Mittlerer Rang: UG = 86,03; VG = 65,64; $p = .006$) wurden entgegen der Erwartung von den Teilnehmern der Internetbefragung im Durchschnitt höher bewertet. Die deutlichen Unterschiede bezüglich dieser Items sind am ehesten aus Sicht des Vergleichskollektivs zu erklären. Man kann davon ausgehen, dass sich unter den Patienten Personen befanden, die aus Angst vor einer Stigmatisierung im Rahmen geltender gesellschaftlicher Normen die verschiedenen Aussagen im Sinne der sozialen Erwünschtheit bewerteten.

Auch auf Skalenebene ergaben sich signifikante Unterschiede. Dabei konnte ein Zusammenhang zwischen der Bewertung des eigenen Aussehens und dem Gesundheitszustand, sowie der körperlichen Leistungsfähigkeit innerhalb der jeweiligen Kollektive hergestellt werden. Die Teilnehmer der Internetbefragung bewerteten ihr Aussehen deutlich besser ($p = .004$) und hatten weniger Veranlassung sich mit ihrem äußeren Erscheinungsbild zu beschäftigen ($p = .050$). Auch spielte die körperliche Leistungsfähigkeit bei ihnen eine wesentlich größere Rolle als in der VG, was sich auch bei der Bewertung der eigenen Gesundheit widerspiegelte ($p = .000$). So schätzten die Personen der UG ihre körperliche Verfassung sehr viel besser ein. Im Gegensatz dazu stuft die VG ihr Äußeres und ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein. Sie legte zudem weniger Wert auf die körperliche Fitness.

Insgesamt ließen sich mittels MBSRQ deutliche Unterschiede hinsichtlich des Körperbildes zwischen Personen, die mit ihrem Körper größtenteils zufrieden sind und plastisch-chirurgischen Patienten, die eine operative Körperkorrektur wünschen, darstellen. Weiterhin deuten diese Ergebnisse auch darauf hin, dass sich eine positive Einstellung hinsichtlich des körperlichen Erscheinens auch positiv auf die Gesundheit und die physische Leistung niederschlägt.

4.1.3.3 Körperbezogener Locus-of-Control Fragebogen (KLC; Mrazek 1989)

In dieser Studie wurde hinsichtlich des KLC nur der Teilbereich „Aussehen“ untersucht. Im Gegensatz zur VG spielten in der UG dabei Glück und die eigene Schuld im Zusammenhang mit dem eigenen Aussehen eine untergeordnete Rolle. Insgesamt bewerteten die Teilnehmer der Internetbefragung allerdings die Aussagen sowohl auf internaler, als auch auf externale Ebene durchgehend niedriger. Verglichen mit den Ergebnissen einer Untersuchung an 309 Erwachsenen (Mrazek 1989), sind die durchschnittlichen Mittelwerte der vorliegenden Studie

allerdings hinsichtlich jeder Aussage höher. Dieses Resultat kann, wie schon beim DCQ damit zusammenhängen, dass sich unter den Teilnehmern, die die Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg wegen des Interesses an einer operativen Körperkorrektur besuchten, bereits auffällige Personen befanden.

Da lediglich der Teilbereich „Aussehen“ des KLC bewertet wurde, konnte nicht beurteilt werden, inwieweit das gezeigte Antwortverhalten auch für die anderen Bereiche gültig ist.

4.1.3.4 Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (*FMEVA*; *Preiß & Borkenhagen 2005*)

Dieses neuentwickelte Testinstrument dient der Erfassung psychosozialer Aspekte. Bisher liegen noch keine validierten Ergebnisse zu diesem Fragebogen vor. Allerdings basiert dieses Testinstrument auf dem Fragebogen zu krankheitsspezifischen Aspekten und Behandlungserwartungen (*FKABE*; *Preiß & Borkenhagen 2003*), der sich bei der prä- und postoperativen Erfassung des Körpererlebens bei Mammareduktionspatientinnen als sensitives Testverfahren erwies (*Preiß 2007*).

Ebenso wie in den bereits erwähnten Fragebögen zeigte sich auch mit Hilfe dieses Testinstrument, dass die Teilnehmer der Internetbefragung deutlich zufriedener mit ihrem Aussehen sind, als die plastisch-chirurgischen Patienten, was auch die Kleidungsgewohnheiten der beiden Gruppen verdeutlicht. Einfluss auf die Zufriedenheit der UG hatten dabei vor allem äußere Faktoren wie der Partner, Freunde und Bekannte, sowie Familienmitglieder und Medien. In der VG spielten dagegen weniger externe Faktoren eine wichtige Rolle, als vielmehr die eigene Überzeugung. In beiden Kollektiven wurde Schönheit mit Erfolg in Zusammenhang gebracht. Die UG versuchte dabei ihr Aussehen v.a. mit Sport zu verbessern und stand operativen Eingriffen eher kritisch gegenüber.

Inwieweit eine Körperdysmorphie Störung vorliegt, kann durch dieses Testinstrument nicht abgeleitet werden. Allerdings besteht aufgrund des Antwortverhaltens die Möglichkeit Rückschlüsse sowohl auf die Zufriedenheit mit dem Aussehen als auch auf Motive und Einstellung hinsichtlich operativer Körperkorrekturen zu ziehen.

Insgesamt könnte sich dieser Fragebogen dazu eignen, den Schweregrad einer Körperbildstörung zu unterstreichen. Dies sollte aber in weiteren Studien genauer untersucht werden.

4.2 Prävalenz der Körperdysmorphen Störung unter den Teilnehmern der Internetbefragung

Mittels DCQ (*Oosthuizen et al. 1998*) konnte bei 7% der Befragten eine vermehrte Besorgnis bzgl. der eigenen Aussehens festgestellt werden. Dieses Ergebnis zeigt zwar, dass sich im untersuchten Kollektiv potentielle Personen mit KDS befinden könnten, es erfüllt aber nicht die nach DSM-IV für die Diagnosestellung erforderlichen Kriterien (*Saß et al. 1996, S. 532*), nach

denen sich die Betroffenen übermäßig mit einem scheinbaren oder geringen Defekt in ihrem äußeren Erscheinungsbild beschäftigen, die übermäßige Beschäftigung zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt und diese Verhaltensweise nicht durch andere psychische Erkrankungen erklärt werden kann.

Auch im MBSRQ (*Cash 2000*), im KLC (*Mrazek 1989*) und Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (*FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005*) gab es Personen die mit ihrem äußeren Erscheinen unzufrieden waren und auch Zeichen einer Körperbildstörung aufwiesen. Dennoch kann auch aus diesen Resultaten keine eindeutige Diagnose hinsichtlich der Körperdysmorphen Störung gestellt bzw. eine Prävalenz für diese Erkrankung berechnet werden. Damit dies möglich ist, müssen Informationen über die Biographie, Einschränkungen im sozialen Leben und bisherigen Therapieversuchen ergänzt werden. Um unter den Internetnutzern Personen mit KDS exakt identifizieren zu können, ist es zudem wichtig die Resultate der Fragebögen durch objektive Einschätzung zu bestätigen.

Insgesamt kann man nach der Betrachtung aller Ergebnisse aber davon ausgehen, dass sich unter Teilnehmern der Internetbefragung weniger potentielle Personen mit KDS befanden, als innerhalb des Vergleichskollektivs.

4.3 Methodische Kritik

In die Untersuchungsgruppe wurden alle Teilnehmer eingeschlossen, die von Oktober 2005 bis März 2008 auf der Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg den dort positionierten Onlinefragebogen ausfüllten. Die Wahl der Onlinerekrutierung hatte den Vorteil, dass in Zeiten, in den das Internet eine immer wichtigere Rolle in der Gesellschaft einnimmt, der Zugang zur Studie erleichtert wurde. Weiterhin wurde durch die Onlinebefragung die Anonymität der Teilnehmer gewahrt, was die Aufrichtigkeit bei der Beantwortung der Fragen fördern sollte. Dies hatte jedoch auch den Nachteil, dass die angegebenen Aussagen der Befragten nicht überprüfbar waren.

Insgesamt führte die Onlinerekrutierung zwar zu einer relativ großen Stichprobe, allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sich unter den Befragten auch Teilnehmer befanden, die die Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg primär aus Interesse an einer kosmetischen Körperkorrektur besuchten. Es besteht daher die Möglichkeit, dass sich unter ihnen bereits Personen an Körperbildstörungen litten, woraus falsch hohe Werte resultieren könnten. Es wäre wünschenswert, derartige Personen in Zukunft durch Einsatz von entsprechenden Fragen im vornherein zu selektieren und von der Umfrage auszuschließen. Ein weiterer Nachteil bestand darin, dass sich unter den plastisch-chirurgischen Patienten der Vergleichsgruppe zum Großteil nur Frauen befanden. Aufgrund dieser Verteilung war eine repräsentative Gegenüberstellung der Ergebnisse in Abhängigkeit des männlichen Geschlechts nicht möglich. Für weitere Untersuchungen ist diesbezüglich ein optimiertes Vergleichsgruppenmatching anzustreben.

Mit Hilfe des neuentwickelten Testinstrumentes „Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens“ (*FMEVA; Preiß & Borkenhagen 2005*) wurden eine Vielfalt von Parametern zur Bewertung des Körperbildes gemessen. Allerdings wurde auf eine genaue Erhebung einer klinischen Anamnese verzichtet. Aufgrund dieser fehlenden Informationen, konnte trotz der Summe an Ergebnissen die Diagnose KDS nicht eindeutig gestellt werden. Das Ziel nachfolgender Untersuchungen sollte es deshalb sein, den Gesamtfragebogen zu kürzen und im Hinblick auf die Diagnosestellung „KDS“ zu optimieren.

5 Zusammenfassung

In der heutigen Zeit wird das ideale Körperbild durch die Massenmedien propagiert. Durch die ständige Präsenz der Medien wird der Druck auf die Bevölkerung erhöht, den gültigen Schönheitsidealen entsprechen zu müssen. In Zeiten, in denen es immer schwieriger wird das ideale Körperbild zu erreichen, stellt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und Krankheiten, die in Zusammenhang mit dem Körperbild stehen, ein allgegenwärtiges Problem dar. Vor diesem Hintergrund beschäftigte sich die vorliegende Arbeit mit der Frage, inwieweit Körperdysmorphie Störungen und deren Merkmale bei Nutzern des Internets auftreten und durch welche Faktoren diese, sowohl die steigende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild als auch die Motivation zu plastisch-chirurgischen Körperkorrekturen, beeinflusst werden.

Mit Hilfe eines Onlinefragebogens, der auf der Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universität Magdeburg positioniert war, konnten 190 Personen für die vorliegende Studie rekrutiert werden. Die Ergebnisse wurden den Resultaten von 55 plastisch-chirurgischen Patienten gegenübergestellt. Sowohl in der UG als auch in der VG gab es Personen, die aufgrund ihres Aussehens übermäßige Bedenken äußerten. Erwartungsgemäß lag der Anteil unter den Teilnehmern der Internetbefragung (7%) unter dem der plastisch-chirurgischen Patienten (10%). Diese Tendenz konnte durch den MBSRQ bestätigt werden; auch hier bewertet die UG ihr Aussehen insgesamt deutlich besser als die VG (Mittlerer Rang: UG = 125,19; VG = 94,82). Aus der positiveren Einschätzung ihres äußeren Erscheinungsbildes ergab sich in der UG, im Gegensatz zur VG, neben einer guten körperlichen Leistungsfähigkeit (Mittlerer Rang: UG = 120,79; VG = 95,43) auch eine bessere Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes (Mittlerer Rang: UG = 129,12; 86,71).

Mit dem für diese Untersuchung entwickelten „Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens“ (FMEVA; *Preiß & Borkenhagen 2005*) wurden neben krankheitsspezifischen Aspekten der KDS, auch die Ergebnisse bzgl. der Einstellung zur Schönheitschirurgie und körperbezogener Selbsteinschätzung erfasst. Dabei zeigte sich, dass die Teilnehmer der Internetbefragung deutlich weniger Erfahrung mit kosmetischen Körperkorrekturen hatten, als das Vergleichskollektiv (UG: 9%, VG: 43%). Die VG versuchte eher mit Hilfe von Sport und körperlicher Fitness ihr Aussehen zu verbessern. Insgesamt scheint der Einsatz des FMEVA als lohnenswert, um den Schweregrad einer Körperbildstörung zu unterstreichen.

In der vorliegenden Arbeit wurde gezeigt, dass die Teilnehmer der Internetbefragung eine positivere Einstellung zu ihrem Körperbild haben als plastisch-chirurgische Patienten. Daneben fühlten sie sich auch in sozialen Bereichen aufgrund ihres Aussehens weniger eingeschränkt. Im Gegensatz zur VG verband die UG eine Operation nicht mit der Hoffnung körperliche und

seelische Beschwerden, sowie Einschränkungen des alltäglichen Lebens, zu minimieren, sondern versuchte ihr Leben aktiver und gesünder zu gestalten.

6 Literaturverzeichnis

1. **Allen, A., Hadley, S.J., Kaplan, A., Simeon, D., Friedberg, J., Priday, L., Baker, B.R., Greenberg, J.L. & Hollander, E. (2008):** An open-label trial of venlafaxine in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.* 13 (2): 138-144.
2. **Altamura, C., Paluello, M.M., Mundo, E., Medda, S. & Mannu, P. (2001):** Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 251 (3): 105-108.
3. **Andersen, A.E. & Di Domenico, L. (1992):** Diet vs. shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 11 (3): 283-287.
4. **Anderson, B.S. & Zinsser, J.P. (2000):** A history of their own. Women in Europe from prehistory to the present. Vol. II. New York, Oxford: Oxford University Press.
5. **Angeli, W. (1989):** Die Venus von Willendorf. Wien: J & V Edition Wien.
6. **ARD-ZDF-Onlinestudie (2009):** Entwicklung Onlinenutzung. Online im Internet: URL: <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/index.php?id=onlinenutzung> [02.12.2009].
7. **Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Riddle, M.A., Hoehn-Saric, R., Liang, K.Y., Cullen, B.A.M., Grados, M.A. & Nestadt, G. (2000):** The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorder: Results from a family study. 48 (4): 287-293.
8. **Biesalski, H.K., Fürst, P. & Kasper, H. (1995):** Ernährungsmedizin. Stuttgart: Thieme.
9. **Bohne, A., Keuthen, N.J., Wilhelm, S., Deckersbach, T. & Jenike, M.A. (2002^a):** Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics.* 43 (6): 486-490.
10. **Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N.J., Florin, I., Baer, L. & Jenike, M.A. (2002^b):** Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res.* 109 (1): 101-104.
11. **Brähler, E., Felder, H., Florin, I. & Tuschen, B. (1993):** Soziodemographischer Fragebogen (SOZIODAT). Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Leipzig.
12. **Buhlmann, U., Teachman, B.A., Gerbershagen, A., Kikul, J. & Rief, W. (2008):** Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. *Cogn Ther Res.* 32 (2):213-225.
13. **Buhlmann, U., Teachman, B.A., Naumann, E., Fehlinger, T. & Rief, W. (2009):** The meaning of beauty: implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord.* 23 (5): 694-702.
14. **Bürgy, M. (1998):** Dymorphophobie. Das Sich-selbst-fremd-werden als Störung der Kommunikation. *Nervenarzt.* 69 (5): 446-450.
15. **Cash, T.F. (2000):** The Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire. User Manuel. Third Revision.
16. **Cash, T.F. (2006):** Body image and plastic surgery. In: Sarwer, D.B., Pruzinsky, T., Cash, T.F., Goldwyn, R.M., Persing, J.A. & Whitaker, L.A.: Psychological aspects of

- reconstructive and cosmetic surgery: clinical, empirical, and ethical perspectives. pp 37-59. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
17. **Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (2002):** Understanding body images. Historical and Contemporary Perspectives. In: Cash, T.F. & Pruzinsky, T.: Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice. pp 3-12. New York: Guilford Press.
 18. **Cash, T.F., Winstead, B.A. & Janda, L.J. (1986):** The great American shape-up. Body image survey report. *Psychology Today*. 20 (4): 30-37.
 19. **Coles, M.E., Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., Weisberg, R.B. & Stout, R.L. (2006):** Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*. 23 (1): 26-33.
 20. **Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H. & Phillips, K.A. (2008):** Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 30 (1): 67-72.
 21. **Crerand, C.E., Phillips, K.A., Menard, W. & Fay, C. (2005):** Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 46 (6): 549-555.
 22. **Daig, I., Albani, C., Rief, W. & Brähler, E. (2006):** Körperdysmorphie Beschwerden: Welche Rolle spielt die Diskrepanz zwischen Ideal- und Realkörperbild? *Psychother Psych Med*. 56 (6): 259-267.
 23. **De Leon, J., Bott, A. & Simpson, G.M. (1989):** Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Compr Psychiatry*. 30 (6): 457-472.
 24. **Derenne, J.L. & Beresin, E.V. (2006):** Body image, media, and eating disorders. *Acad Psychiatry*. 30 (3): 257-261.
 25. **Didie, E.R., Menard, W., Stern, A.P. & Phillips, K.A.: (2008):** Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 49 (6): 561-569.
 26. **Didie, E.R., Tortolani, C., Walters, M., Menard, W., Fay, C. & Phillips, K.A. (2006):** Social functioning in body dysmorphic disorder: assessment considerations. *Psychiatr Q*. 77 (3): 223-229.
 27. **Didou-Manent, M., Ky, T. & Robert, H. (1998):** Dick oder dünn? Körperkult im Wandel der Zeit. München: Kneesebeck.
 28. **Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2008):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Aufl. Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber.
 29. **Driesch, G., Burgmer, M. & Heuft, G. (2004):** Körperdysmorphie Störung. Epidemiologie, klinische Symptomatik, Klassifikation und differentielle Therapieindikation-eine Übersicht. *Nervenarzt*. 75 (9): 917-931.
 30. **Eco, U. (2006):** Die Geschichte der Schönheit. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
 31. **Feusner, J.D., Townsend, J., Bystritsky, A., McKinley, M., Moller, H. & Bookheimer, S. (2009):** Region brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder. *Psychiatry res neuroimag*. 172 (2): 161-167.
 32. **Feusner, J.D., Yaryura-Tobias, J. & Saxena, S. (2008):** The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 5 (1): 3-12.

33. **Field, A.E., Austin, S.B., Camargo, C.A., Taylor, C.B., Striegel-Moore, R.H., Loud, K.J. & Colditz, G.A. (2005):** Exposure to the mass media, body shape concerns, and use of supplements to improve weight and shape among male and female adolescents. *Pediatrics*. 116: e214-e220. Online im Internet: URL: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/116/2/e214.pdf> [02.12.2009].
34. **Field, A.E., Cheung, L., Wolf, A.M., Herzog, D.B., Gortmaker, S.L. & Colditz, G.A. (1999):** Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*. 103 (3): e36. Online im Internet: URL: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/103/3/e36.pdf> [02.12.2009].
35. **Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G. & Toni, C. (2004):** Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry*. 19 (5): 292-298.
36. **Goldberg, D.P. (1972):** The detection of psychiatry illness by questionnaire. Maudsley Monograph 21. London: Oxford University Press.
37. **Grant, J.E., Kim, S.W. & Eckert, E.D. (2002):** Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional quality of body image. *Int J Eat Dis*. 32 (3): 291-300.
38. **Grant, J.E., Menard, W., Pegano, M.E., Fay, C. & Phillips, K.A. (2005):** Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 66 (3): 309-316.
39. **Groesz, L.M., Levine, M.P. & Murnen, S.K. (2002):** The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord*. 31 (1): 1-16.
40. **Gunstad, J. & Phillips, K.A. (2003):** Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 44 (4): 270-276.
41. **Hardy, G.E. (1982):** Body image disturbance in dysmorphophobia. *Brit J Psychiatry*. 141: 181-185.
42. **Hersey, G.L. (1998):** Verführung nach Maß. Ideal und Tyrannei des perfekten Körpers. Berlin: Siedler.
43. **Holzwarth, P. (2004):** Medien, Körperbild und Wahrnehmung. LUB@M 2004. Ludwigsburger Beiträge zur Medienpädagogik. (6). 1-5. Online im Internet: URL: http://www.ph-ludwigsburg.de/fileadmin/subsites/1b-mpxx-t-01/user_files/Online-Magazin/Ausgabe6/Holzwarth6.pdf [01.12.2009].
44. **Hrabosky, J.I., Cash, T.F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E.A., Garner, D.M., Strachan-Kinser, M., Bakke, B., Clauss, L.J. & Phillips, K.A. (2009):** Multidimensional body image comparison among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image*. 6 (3): 155-163.
45. **Jorgensen, L., Castle, D., Roberts, C. & Groth-Marnat, G. (2001):** A clinical validation of the dysmorphic concern questionnaire. *Aust N Z J Psychiatry*. 35 (1). 124-128.
46. **Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D. & Serpe, R.T. (2008):** The prevalence of body dysmorphic disorder in the united states adult population. *CNS Spectr*. 13 (4). 316-322.

47. **Kraepelin, E. (1915):** Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd. 4 (3). 8. Auflage. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.
48. **Lawrie, Z., Sullivan, E.A., Davies, P.S.W. & Hill, R.J. (2006):** Media influence on the body image of children and adolescents. *Eat Disord.* 14 (5): 355-364.
49. **Leit, R.A., Pope, H.G. & Gray, J.J. (2001):** Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds. *Int J Eat Disord.* 29 (1): 90-93.
50. **McKenna, P.J. (1984):** Disorders with overvalued ideas. *Br J Psychiatry.* 145: 579-585.
51. **Morselli, E. (1886):** Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll Accad Sci Med.* 6: 100-119.
52. **Mrazek, J. (1989):** Die Erfassung körperbezogener Kontrollüberzeugung. In G. Kampen (Hrsg.): *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen.* S. 112-118. Göttingen: Hogrefe.
53. **Mühlhan, H. (2002):** Aspekte des präoperativen Körperkonzepts in der Ästhetischen Chirurgie. Differenzierung, Erweiterung und Prüfung zentraler Komponenten eines heuristischen Modells. Unveröffentl. Diplomarbeit an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
54. **Ogden, J. & Munday, K. (1996):** The effect of the media on body satisfaction: the role of gender and size. *Eur Eat Disord Rev.* 4 (3): 171-182.
55. **Oosthuizen, P., Lambert, T. & Castle, D.J. (1998):** Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatry.* 32 (1): 129-132.
56. **Otto, M.W., Wilhelm, S., Cohen, L.S. & Harlow, B.L. (2001):** Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry.* 158 (12): 2061-2063.
57. **Petersen, L.E. (2005):** Der Einfluss von Models in der Werbung auf das Körperbild der Betrachter/innen. *Zeitschrift für Medienpsychologie.* 17 (2): 54-63.
58. **Phillips, K.A. (1993):** Body dysmorphic disorder diagnostic module. Belmont MA. McLean Hospital. Unveröffentlichtes Manuskript.
59. **Phillips, K.A. (2005):** The Broken Mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press.
60. **Phillips, K.A. (2006):** An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 21 (3): 177-179.
61. **Phillips, K.A., Atala, K.D. & Pope, H.G. (1995):** Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. New Research Program and Abstracts, American Psychiatric Association 148th annual meeting. American Psychiatric Association. Miami.
62. **Phillips, K.A. & Diaz, S.F. (1997):** Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 185 (9): 570-577.
63. **Phillips, K.A., Didie, E.R. & Menard, W. (2007^a):** Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord.* 97 (1-3): 129-135.

64. **Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J. & Albertini, R.S. (2001):** Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 42 (6): 504-510.
65. **Phillips, K.A., Grant, J.E., Siniscalchi, J.M., Stout, R. & Price L.H. (2005^a):** A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 46 (5): 315-321.
66. **Phillips, K.A., Gunderson, C.G., Mallya, G., McElroy S.L. & Carter W. (1998):** A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 59 (11): 568-575.
67. **Phillips, K.A. & Hollander, E. (2008):** Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconception, and a suggested approach. *Body Image*. 5 (1): 13-27.
68. **Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R., DeCaria, C. & Goodman, W.K. (1997):** A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull*. 33 (1): 17-22.
69. **Phillips, K.A. & Menard, W. (2006):** Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 163 (7): 1280-1282.
70. **Phillips, K.A. & Menard, W. (2009):** A prospective pilot study of levetiracetam for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 14 (5): 252-260.
71. **Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C. & Weisberg, R. (2005^b):** Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 46 (4): 317-325.
72. **Phillips, K.A., Pegano, M.E., Menard, W. & Stout, R.L. (2006):** A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry*. 163 (5): 907-912.
73. **Phillips, K.A., Pinto, A. Menard, W., Eisen, J.L., Mancebo, M. & Rasmussen, S.A. (2007^b):** Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety*. 24 (6): 399-409.
74. **Phillips, K.A. & Rasmussen S.A. (2004):** Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: a placebo-controlled study. *Psychosomatics*. 45 (5): 438-444.
75. **Preiß, S. (2007):** Das Körpererleben von Frauen vor und nach Mammareduktionsplastik. Unveröffentlichte Dissertation.
76. **Preiß, S. & Borkenhagen, A. (2003):** Fragebogen zu krankheitsspezifischen Aspekten und Behandlungserwartungen (FKABE). Unveröffentlicht.
77. **Preiß, S. & Borkenhagen, A. (2005):** Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (FMEVA). Unveröffentlicht.
78. **Rauch, S.L., Phillips, K.A., Segal, E., Makris, N., Shin, L.M., Whalen, P.J., Jenike, M.A., Caviness, V.S. & Kennedy, D.N. (2003):** A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 122 (1): 13-19.
79. **Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2006):** The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 36 (6): 877-885.

80. **Rosen, J.C. & Ramirez E. (1998):** A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *J Psychosom Res.* 44 (3-4): 441-449.
81. **Rosen, J.C. & Reiter, J. (1996):** Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther.* 34 (9): 755–766.
82. **Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
83. **Sonnenmoser, M. (2007):** Körperdysmorphie Störung: Der eingebildete Mangel. *Deutsches Ärzteblatt.* PP 6 (1): 29-31.
84. **Stangier, U. (2002):** Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung. Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe.
85. **Stangier, U., Hungerbühler, R., Meyer, A. & Wolter, M. (2000):** Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphie Störung. Eine Pilotstudie. *Nervenarzt.* 71 (11): 876-884.
86. **Stangier, U. Janich, C., Adam-Schwebe, S., Berger, P. & Wolter, M. (2003):** Screening for body dysmorphic disorder in dermatological outpatients. *Dermatol Psychosom.* 4 (2): 66-71.
87. **Thesander, M. (1997):** The Feminine Ideal. London: Reaktion Books.
88. **Thompson J.K. (1998):** Discussion to: bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg.* 101 (7): 1962-1963.
89. **Tiggemann, M. (2002):** Body image development: media influences. In: Cash, T.F. & Pruzinsky, T.: *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice.* pp 91-98. New York: Guilford Press.
90. **Tiggemann, M. & Pickering, A.S. (1996):** Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *Int J Eat Disord.* 20 (2):199-203.
91. **Tiggemann, M. & Slater, A. (2004):** Thin ideals in music television: a source of social comparison and body dissatisfaction. *Int J Eat Disord.* 35 (1). 48-58.
92. **Thomsen, S.R., Weber, M.M. & Brown, L.B. (2002):** The relationship between reading beauty and fashion magazines and the use of pathogenetic dieting methods among adolescent females. *Adolescence.* 37 (145): 1-18.
93. **Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996):** Body Dysmorphic Disorder. A Survey of Fifty Cases. *Br J Psychiatry.* 169 (2): 196-201.
94. **Veale, D., Kinderman, P., Riley, S. & Lambrou, C. (2003):** Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *Br J Clin Psychol.* 42 (Pt 2): 157-169.
95. **Wegner, U., Meisenzahl, E.M., Möller, H.J. & Kapfhammer, H.P. (1999):** Dysmorphophobie – Symptom oder Diagnose? *Nervenarzt.* 70 (3): 233-239.
96. **WHO (2009):** Global Database on Body Mass Index. Online im Internet: URL: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [21.11.2009].
97. **Wilhelm, S., Otto, M.W., Zucker, B.G. & Pollack M.H. (1997):** Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 11 (5): 499-502.

-
98. **Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997):** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV. Göttingen: Hogrefe.

7 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Beschäftigungsverhältnis der Untersuchungsgruppe (UG).....	30
Abbildung 2: Gegenüberstellung der Beschäftigungsverhältnisse von UG und VG	31
Abbildung 3: Herkunft der Untersuchungsgruppe (UG).....	32
Abbildung 4: Art des Zusammenlebens der Untersuchungsgruppe (UG)	32
Abbildung 5: DCQ-Summscore der UG in Abhängigkeit des Geschlechts.....	38
Abbildung 6: Zufriedenheit mit spezifischen Körperregionen: Durchschnittliche Mittelwerte der einzelnen Körperregionen in Abhängigkeit des Geschlechts	49
Abbildung 7: Einstellung zum Aussehen: Darstellung der Mittelwerte der Frauen (UG und VG) und der Männer (UG).....	54
Abbildung 8: Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Aussehen	55
Abbildung 9: Mittelwerte, der das Aussehen verändernden Maßnahmen	58
Abbildung 10: Rat zu kosmetischen Eingriffen	59

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der UG und VG	33
Tabelle 2: BMI-Klassifikation der <i>WHO (2009)</i> und Einordnung der UG und VG	36
Tabelle 3: DCQ-Scores der UG, Cutoff-Wert ≥ 14	37
Tabelle 4: Ergebnisse des DCQ auf Niveau der Einzelitems	39
Tabelle 5: Items mit signifikanten Unterschieden in Abhängigkeit des weiblichen Geschlechts zwischen UG und VG	43
Tabelle 6: Vergleich des Körperbildes zwischen UG und VG auf Skalenebene	47
Tabelle 7: Selbsteinstellung der UG und VG zum Aussehen auf externaler und internaler Ebene	50
Tabelle 8: Einstellung zum Aussehen: statistischer Vergleich mittels Allgemeinem Linearem Modell	53
Tabelle 9: Das Aussehen verändernde Maßnahmen: statistischer Vergleich mittels Allgemeinem Linearem Modell.....	57
Tabelle 10: Kleidungsgewohnheiten der UG und VG: Vergleich der Mittelwerte.....	60
Tabelle 11: Gegenüberstellung der Kleidungsgewohnheiten von UG und VG auf Itemebene	61
Tabelle 12: Einstellung der UG zu ästhetisch-chirurgischen Eingriffen.....	62
Tabelle 13: Einstellung der UG und VG gegenüber ästhetisch-chirurgischen Eingriffen: Darstellung der signifikanten Items.....	63

Danksagung

Zum Abschluss möchte ich Allen, die mich während der Entstehung dieser Arbeit begleitet haben, an dieser Stelle Dank sagen.

Als erstes möchte ich mich bei Prof. Dr. med. W. Schneider, Leiter der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, der mir die Möglichkeit gab meine Dissertation in seiner Abteilung zu erstellen, bedanken.

Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Dr. med. Simone Preiß (Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) für ihre fachliche Bewertung und konstruktive Kritik meiner Arbeit. Sie stand mir jederzeit mit Anregungen und Ratschlägen zur Seite und sorgte durch ihre Ideen und Unterstützung immer wieder für die nötige Motivation.

Im Zusammenhang mit den Anfangszeiten meiner Datenauswertung danke ich besonders Frau Daniela Adolf (Institut für Biometrie und Medizinische Informatik – Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) für ihre Hilfe bei der statistischen Datenanalyse und ihrer Geduld mir statistische Zusammenhänge zu erläutern.

Meiner Mitdoktorandin Kristin Schikora möchte ich für die außerordentlich gute Zusammenarbeit während der letzten zwei Jahre danken.

Ein großer Dank richtet sich auch an meinen Bruder, Christian Schedl, der mir mit zahlreichen Ratschlägen die Arbeit am Computer und damit die Fertigstellung der Dissertation erleichtert hat.

Danken möchte ich auch meinen Eltern, die mich während meiner gesamten Ausbildung unterstützten und mir immer mit Rat und Tat zur Seite standen. Sie gaben mir die nötige Ruhe und Sicherheit für das Gelingen des Studiums und der Erstellung dieser Arbeit.

Mein Dank gilt nicht zuletzt auch meinem Freund, Andreas Streng. Er war zu jeder Zeit für mich da und hat mich nicht nur im Rahmen meiner Dissertation, sondern auch während des gesamten Studiums begleitet und mich jederzeit mit voller Kraft unterstützt.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Internetbefragung, ohne die die Untersuchungsergebnisse und somit diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Akzeptanz kosmetischer Körperkorrekturen und Prävalenz Körperdysmorpher Störungen bei Internetnutzern“

in der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Medizinischen Fakultät Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, am 15.12.2009

Unterschrift

Curriculum vitae

Angaben zur Person

Name, Vorname	Schedl, Theresa
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Geburtsdatum	20.12.1982
Geburtsort	München
Geschlecht	weiblich
Familienstand	ledig

Schul- und Berufsbildung

April 2004 – November 2009	Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg
Oktober 2003 – März 2004	Studium der Zahnmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
Dezember 2002 – September 2003	Tätigkeit als Tennistrainerin (C-Trainer)
September 1993 – Juni 2002	Erwerb der Allgemeinen Hochschulreife am Franz-Marc-Gymnasium Markt Schwaben
September 1989 – August 1993	Besuch der Grundschule Anzing

Studienbegleitende Praktika

30.03.2009 – 19.07.2009	3. Terial-Praktisches Jahr: Innere Medizin (Kardiologie und Gastroenterologie) am Krankenhaus St. Marienberg Helmstedt
08.12.2008 – 29.03.2009	2. Terial-Praktisches Jahr: Gynäkologie und Geburtshilfe am Hospital Aleman Buenos Aires
18.08.2008 – 07.12.2008	1. Terial-Praktisches Jahr: Chirurgische Klinik am Kantonsspital Winterthur
27.08.2007 – 29.09.2007	Famulatur (Chirurgische Klinik München-Bogenhausen)
26.02.2007 – 26.03.2007	Famulatur (Klinik für Radiologie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg)

14.08.2006 – 12.09.2006	Famulatur (Orthopädie und Traumatologie, OCV Markt Schwaben)
03.03.2006 – 02.04.2006	Famulatur (Klinik für Gastroenterologie; Otto-von-Guericke Universität Magdeburg)

Unterschrift

Anhang: CD-ROM

Studie

Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens.

Preiß & Borkenhagen, 2005

Willkommen bei der Studie zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körper.

Im Mittelpunkt der Studie steht die Erhebung der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Durch Ihre Teilnahme an dieser Befragung tragen Sie dazu bei, das Verständnis für das Bedürfnis von Menschen, ihr Erscheinungsbild chirurgisch verändern zu lassen, zu erweitern. Ein weiteres Ziel der Untersuchung besteht darin, eine besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Beratung und Therapie durchführen zu können.

Es ist wichtig, dass Sie diese Umfrage vollständig ausfüllen. Bei einigen Aussagen wird es Ihnen vielleicht schwer fallen, sich hierzu zustimmend oder ablehnend zu verhalten. Versuchen Sie sich dennoch möglichst spontan auf das festzulegen, was Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Noch ein wichtiger Hinweis:

Diese Untersuchung dient der Wissenschaft. Alle Informationen, die wir von Ihnen erhalten, werden von uns streng vertraulich behandelt. Die Auswertung erfolgt anonym, gemäß den Richtlinien des Datenschutzes.

1. Werden Sie häufig wegen Ihres Aussehens kritisiert?

- nie
- selten
- häufig
- sehr oft

2. Wer oder was hat einen Einfluss darauf, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit Ihrem Aussehen sind?

(Mehrfachantworten möglich)

- Mutter
- Vater
- Partner
- Freunde/Bekannte

- Kinder
- Schauspieler
- Fotomodelle in Zeitschriften
- Andere/s

3. Wie zufrieden ist (bzw. war) Ihr (letzter) Partner mit ihrem Körper?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- neutral
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

4. Gab es Menschen, die Ihnen zu kosmetischen Eingriffen zur Veränderung Ihres Aussehens geraten haben?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- nein
- Ärzte
- Partner
- Arbeitskollegen
- Kinder
- Eltern
- Freunde und Bekannte
- Sonstige

Beurteilen Sie bitte, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

	nie	manchmal	zum Teil	sehr oft	immer
Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen!					
5. Wenn ich einen Raum betrete, vergleiche ich mich häufig mit Anderen.	<input type="checkbox"/>				
6. Im Vergleich zu Anderen schneide ich gar nicht so	<input type="checkbox"/>				

schlecht ab.					
7. Ich glaube normalerweise, die Anderen sehen besser aus als ich.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich unterhalte mich häufig mit Anderen über Schönheitsfragen und Fragen des Aussehens.	<input type="checkbox"/>				
9. Aufgrund meines Aussehens vermeide ich es, fotografiert zu werden.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich vermeide Sex in hellen Räumen.	<input type="checkbox"/>				

Bitte beurteilen Sie, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen?

Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen!	gar nicht	eher nicht	teilweise	eher ja	völlig
11. Durch mein Aussehen fühle ich mich im alltäglichen Leben (beruflich wie privat) sehr eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>				
12. Ich möchte wieder so wie früher aussehen, als ich noch jünger war.	<input type="checkbox"/>				
13. Manchmal schäme ich mich wegen meines Aussehens.	<input type="checkbox"/>				
14. Mit den Jahren hat sich	<input type="checkbox"/>				

mein Aussehen negativ verändert, in meiner Jugend fand ich mich schön.

15. Ich hatte schon häufiger das Gefühl, dass Andere mich nur wegen meines Aussehens anschauen.

16. Manchmal nehme ich eine bestimmte Körperhaltung ein, damit Teile meines Körpers nicht so zur Geltung kommen, mit denen ich unzufrieden bin.

17. Mein Aussehen hat noch nie zu mir gepasst. Ich war diesbezüglich schon immer sehr unzufrieden.

18. Ich habe es schon häufiger erlebt, dass andere sich über mein Aussehen lustig gemacht haben oder abfällige Bemerkungen gefallen sind.

19. Ich hege seit meiner Jugendzeit den Wunsch, Form und Größe eines oder mehrerer Körperteile verändern zu lassen.

20. In meinem Leben ist vieles schief gegangen, was sicher auch mit meinem Aussehen



zusammen hängt.

21. Wie viel Angst haben Sie allgemein vor Operationen?

- sehr viel
- ziemlich viel
- ein wenig
- keine

Mit welchen Maßnahmen haben sie bisher versucht, Ihr Aussehen zu verändern?

Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen!	gar nicht	selten	machmal	oft	ständig
22. Diäten	<input type="radio"/>				
23. Sport	<input type="radio"/>				
24. Tabletten (z.B. Appetitzügler, Abführmittel, Anti-Aging-Hormone)	<input type="radio"/>				
25. Operationen	<input type="radio"/>				

27. Ist bei Ihnen schon einmal eine kosmetische Operation durchgeführt worden, mit deren Ergebnis Sie nicht zufrieden sind?

- ja
- nein

30. Haben Sie irgendwann einmal Ärzte, wie Dermatologen oder plastische Chirurgen, wegen Ihres Aussehens aufgesucht?

- ja
- nein

Worauf achten Sie, wenn Sie sich Kleidung kaufen?

Bitte in jeder Zeile	trifft	trifft	trifft	trifft	trifft
----------------------	--------	--------	--------	--------	--------

ein Kästchen ankreuzen!	überhaupt nicht zu	eher nicht zu	teilweise zu	eher zu	vollkommen zu
31. Dass mir die Sachen gut stehen.	<input type="checkbox"/>				
32. Dass ich damit besonders anziehend wirke.	<input type="checkbox"/>				
33. Dass die Kleidung bequem ist.	<input type="checkbox"/>				
34. Dass die Kleidung nicht zu eng ist und bestimmte Körperpartien, z.B. Problemzonen, verdeckt.	<input type="checkbox"/>				
35. Es gibt Sachen, die ich aufgrund meines Aussehens gar nicht tragen kann.	<input type="checkbox"/>				

Im Folgenden interessiert uns Ihre ganz persönliche Meinung zu Schönheitsoperationen. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu?

Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen!	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
	<input type="checkbox"/>				

36. Es wird immer wichtiger, gut auszusehen, wenn man privat und beruflich erfolgreich sein will.



37. Schön sein heißt vor allem, schlank zu sein.



38.

Schönheitsoperationen sollten nur Menschen durchführen lassen, die wirkliche Mängel haben.



39. Die zunehmenden Möglichkeiten, den Körper operativ verschönern zu lassen, sind Besorgnis erregend.



40. Wahre Schönheit kommt von innen.



41. Schönheitsideale spielen für mich überhaupt keine Rolle.



42. In der Zukunft wird es normal sein, sich einer



Schönheitsoperation
zu unterziehen.

43. Die Menschen
sollten eigentlich in der
Lage sein, ihren
Körper so zu
akzeptieren, wie er ist.



44. Ich habe
Verständnis dafür,
wenn Menschen sich
einer
Schönheitsoperation
unterziehen, um
leichter einen Partner
zu finden.



45. Menschen werden
sich immer häufiger
einer
Schönheitsoperation
unterziehen, um einen
bestimmten Beruf
ausüben zu können.



46. Wer nicht an
seiner Figur arbeitet,
ist selbst schuld, wenn
er berufliche Nachteile
erleidet oder
Schwierigkeiten bei
der Partnersuche hat.



47. Die Vorstellung,
eine Operation nur zur
Verschönerung
durchführen zu lassen,
finde ich moralisch
nicht vertretbar.



48. Eine
Schönheitsoperation
kann dazu führen,
dass eine Frau ihre
Weiblichkeit positiver
erlebt.



49. Weil körperliche
Attraktivität das ist,
wonach Menschen
beurteilt werden, ist es
verständlich, dass sie
sich einer
Schönheitsoperation
unterziehen, um jünger
auszusehen.



50. Wer gut aussieht,
dem öffnen sich die
Türen leichter.



51. Wenn jemand nicht
von Natur aus schön
ist, können
Schönheitsoperationen
ein Mittel sein, dies zu
verändern.



52. Die meisten Moderatoren, die im Fernsehen gezeigt werden, sind operiert.

Es folgen eine Reihe von Aussagen darüber, wie Menschen denken, sich fühlen oder verhalten können. Kreuzen Sie bitte der Reihe nach an, inwieweit jede Aussage in diesem Moment (oder die meiste Zeit über) auf Sie zutrifft.

Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen!

überhaupt
nicht

eher
nicht

werder
noch

eher

vollkome
n

53. Bevor ich ausgehe, überprüfe ich mein Aussehen.

54. Ich achte darauf, Kleidung zu kaufen, die mir steht.

55. Die meisten Fitness-Tests würden mir keine Probleme bereiten.

56. Es ist mir wichtig, dass ich mich körperlich ausgesprochen stark fühle.

57. Mein Körper hat sexuelle Ausstrahlung.

58. Ich trainiere nicht

regelmäßig.

59. Ich habe meine
Gesundheit im Griff.



60. Ich weiß eine
Menge über Dinge, die
meine körperliche
Gesundheit
beeinflussen.



61. Ich habe bewusst
einen gesunden
Lebensstil entwickelt.



62. Ich Sorge mich
ständig darüber, zu
dick zu sein oder zu
dick zu werden.



63. Ich mag mein
Aussehen, so wie es
ist.



64. Ich prüfe mein
Aussehen im Spiegel,
wann immer ich kann.



65. Bevor ich ausgehe
nehme ich mir
gewöhnlich eine Menge
Zeit, mich fertig zu
machen.



66. Meine körperliche
Verfassung ist gut.



67. Die Teilnahme an Sport ist unwichtig für mich.



68. Ich mache aktiv nichts, um mich körperlich fit halten.



69. Meine Gesundheit ist von unerwarteten Höhen und Tiefen gekennzeichnet.



70. Eine gute Gesundheit ist eines der wichtigsten Dinge in meinem Leben.



71. Ich tue nichts, von dem ich weiß, dass es meine Gesundheit schädigen könnte.



72. Ich bin mir auch kleiner Veränderungen meines Gewichts bewusst.



73. Die meisten Menschen würden mich als gutaussehend bezeichnen.



74. Es ist wichtig, dass ich immer gut aussehe.



75. Ich benutze sehr wenige Pflegeprodukte.



76. Ich eigne mir sehr schnell motorische Fähigkeiten an.



77. Körperlich fit zu sein ist nicht besonders wichtig in meinem Leben.



78. Ich mache Dinge um meine körperliche Stärke zu erhöhen.



79. Ich bin selten körperlich krank.



80. Ich sehe meine Gesundheit als gegeben.



81. Ich lese oft Bücher und Magazine, die sich mit Gesundheit beschäftigen.



82. Ich mag mein Aussehen, wenn ich nichts an habe.



83. Ich bemerke es von selbst, wenn etwas mit meiner Körperpflege nicht stimmt.



84. Gewöhnlich ziehe ich alles an, was praktisch ist, ohne mich darüber zu sorgen, wie es aussieht.



85. Ich bin schlecht im Sport oder in Spielen.



86. Ich denke selten über meine athletischen Fähigkeiten nach.



87. Ich arbeite daran, mein körperliches Durchhaltevermögen bzw. meine Kondition zu verbessern.



88. Ich weiß nie genau, wie ich mich körperlich am nächsten Tag fühlen werde.



89. Wenn ich krank bin, schenke ich meinen Symptomen nicht viel Aufmerksamkeit.



90. Ich gebe mir keine besondere Mühe, mich ausgewogen und nahrhaft zu ernähren.



91. Mir gefällt mein Aussehen in meinen Anzihsachen.	<input type="radio"/>				
92. Es ist mir egal, was Menschen über mein Aussehen denken.	<input type="radio"/>				
93. Ich gebe mir besondere Mühe bei der Haarpflege.	<input type="radio"/>				
94. Meinen Körperbau bzw. meine Konstitution mag ich nicht.	<input type="radio"/>				
95. Ich kümmere mich nicht darum, meine Fähigkeiten bezüglich körperlicher Aktivitäten zu verbessern.	<input type="radio"/>				
96. Ich versuche körperlich aktiv zu sein.	<input type="radio"/>				
97. Ich fühle mich oft empfänglich für Krankheiten.	<input type="radio"/>				
98. Ich beobachte meinen Körper sehr genau auf jedes Anzeichen einer Krankheit.	<input type="radio"/>				

99. Wenn ich von einer Erkältung oder einer Grippe angeschlagen bin, ignoriere ich das einfach und mache weiter wie gewöhnlich.



100. Ich bin körperlich unattraktiv.



101. Ich denke niemals über mein Aussehen nach.



102. Ich versuche immer mein Aussehen zu verbessern.



103. Ich habe eine sehr gute Koordination.



104. Ich weiß eine Menge über körperliche Fitness.



105. Ich betreibe das ganze Jahr über regelmässig Sport.



106. Ich bin eine körperlich gesunde Person.



107. Ich bin mir auch kleiner Veränderungen meiner körperlichen



114. Welche Körperteile oder Körpermerkmale sind am wichtigsten für Sie? (Bitte der Reihenfolge nach eintragen)

115. Welches Körperteil oder Körpermerkmal ist am unwichtigsten für Sie? (Bitte der Reihenfolge nach eintragen)

Haben Sie irgendwann einmal ...

Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen!	überhaupt nicht	wie die meisten anderen auch	mehr als andere Menschen	viel mehr als andere Menschen
116. ... sich stärkere Sorgen wegen Ihres Aussehens gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. ... gedacht, dass einzelne Teile Ihres Körpers Makel oder Mängel aufweisen (z.B. der Bauch oder auch Ihr Körper insgesamt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. ... gedacht, dass Ihr Körper nicht richtig funktioniert, z.B. wegen starkem Körpergeruch,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blähungen oder
Schwitzen?

119. ... wegen Ihres
Aussehens einen
Plastischen
Chirurgen, Hautarzt
oder einen anderen
Arzt aufgesucht oder
schon einmal daran
gedacht, dies tun zu
müssen?



120. ... fest daran
geglaubt, dass etwas
mit Ihrem Aussehen
oder Ihren
Körperfunktionen
nicht stimmt, obwohl
andere Menschen
oder Ärzte Ihnen
gesagt haben, dass
mit Ihnen alles in
Ordnung ist?



121. ... sehr viel Zeit
mit sorgvollen
Gedanken wegen
eines körperlichen
Mangels in Ihrem
äußeren
Erscheinungsbild
oder Ihrer



Körperfunktionen
verbracht?

122. ... sehr viel Zeit
damit verbracht,
körperliche Mängel
oder Makel zu
verbergen?



Auf welche Körperteile beziehen sich Ihre Sorgen?

Wie stark fühlen Sie sich durch das angegebene Problem in Ihrem Aussehen beeinträchtigt?
(Bitte in den Kästchen eine Zahl auswählen, von 0 = gar nicht im Aussehen beeinträchtigt bis
10 = extreme Beeinträchtigung des Aussehens)

Gesicht

Dekoltée

Schultern

Brust

Oberarme

Unterarme

Bauch

Gesäß

Oberschenkel

Unterschenkel

Füße

Abschließend werden Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person gebeten: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie das jeweils auf Sie zutreffende ankreuzen.

Alter:

Körpergröße (in cm):

Gewicht (in Kg):

Wo sind Sie überwiegend aufgewachsen?

DDR bzw. neue Bundesländer

BRD bzw. alte Bundesländer

Bundesland, in dem Sie gegenwärtig leben:

Ungefähre Einwohnerzahl des Ortes oder der Stadt, in der Sie gegenwärtig leben:

Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?:

Kein Schulabschluss

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Fachabitur

Abitur/ Hochschulreife

Abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium

Erlerner Beruf:

Gegenwärtig ausgeübter Beruf:

Berufsgruppe des ausgeübten Berufs:

Arbeiter/in

Angestellte/r

Beamte/r

Selbständige/r

Sonstiges

Zeitstruktur der gegenwärtigen Berufstätigkeit:

- Stundenweise, weniger als halbtags
- Teilzeit, mindestens halbtags
- Ganztags

Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen in Euro?

- unter 1000
- 1000-2000
- 2001-3000
- 3001-4000
- 4001-5000
- über 5000

Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

Wieviele Kinder haben Sie?

Art des Zusammenlebens:

- Single
- unverheiratet mit Partner/in
- feste Partnerbeziehung, aber in getrennten Haushalten lebend
- verheiratet mit Ehepartner/in
- verheiratet, aber getrennt lebend

Wie schätzen Sie die Qualität Ihrer Partnerschaft ein?

- sehr unzufrieden
- meistens unzufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- meistens zufrieden
- sehr zufrieden

Wie würden Sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

- sehr gut
- gut
- zufriedenstellend
- weniger gut
- schlecht

Treffen die folgenden Aussagen zu?

Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen!	überhaupt nicht	eher nicht	weder noch	eher ja	sehr
Wer immer gut aussieht, hat eben Glück.	<input type="radio"/>				
Gutes Aussehen ist überwiegend Zufall.	<input type="radio"/>				
Man kann für sein Aussehen nicht viel tun.	<input type="radio"/>				
Wer nicht gut aussieht, ist überwiegend selbst schuld.	<input type="radio"/>				
Wenn man auf sich selbst achtet, sieht man gut aus.	<input type="radio"/>				
Jeder ist für sein Aussehen selbst verantwortlich.	<input type="radio"/>				

Fragebogen absenden