

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

**Prävalenz und Charakteristik der Körperdysmorphen Störung  
in einem plastisch-chirurgischen Patientenkollektiv**

**Dissertation**

Zur Erlangung des Doktorgrades  
Dr. med.  
(doctor medicinae)

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

Vorgelegt von  
aus  
Magdeburg

Kristin Schikora  
Frankfurt (Oder)  
2010

# Dokumentationsblatt

Schikora, Kristin:

*Prävalenz und Charakteristik der Körperdysmorphen Störung in einem plastisch-chirurgischen Patientenkollektiv.-2009.-84 Seiten, 4 Abb., 12 Tab., 1 Anhang*

In der Literatur wird eine erhöhte Häufigkeit (Prävalenz) der Körperdysmorphen Störung unter plastisch-chirurgischen Patienten beschrieben.

In der vorliegenden Studie wurden 55 plastisch-chirurgische Patienten, welche sich einem rein ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen wollten, im Hinblick auf die Charakteristik und Prävalenz der Körperdysmorphen Störung, sowie bezüglich ihres Körperbildes und ihrer sozialen Aktivität zum präoperativen Zeitpunkt untersucht. Darüber hinaus wurden auch die Motive und Einstellungen zu plastisch-chirurgischen Körperkorrekturen erhoben. Die Ergebnisse wurden einer Vergleichsgruppe, welche aus 190 Personen bestand, die keinen ästhetisch-chirurgischen Eingriff wünschten, gegenübergestellt. Zur Operationalisierung der Variablen kamen neben standardisierten Fragebögen auch neuentwickelte bzw. modifizierte Testinstrumente zum Einsatz.

Die Ergebnisse bestätigen, dass plastisch-chirurgische Patienten, verglichen zur Normalbevölkerung, mehr Kriterien für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung erfüllen. Die plastisch-chirurgischen Patienten bewerteten ihr äußeres Erscheinungsbild deutlich negativer als die Probanden der Vergleichsgruppe. Darüber hinaus beurteilten sie auch ihre körperliche Fitness und ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich schlechter als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe. Ferner wiesen mehr plastisch-chirurgische Patienten eine eingeschränkte soziale Aktivität auf und 10 % erreichten den Cut-Off-Wert des Dysmorphic Concern Questionnaire, welcher zur Identifizierung einer übermäßigen Sorge bei vorliegender KDS hinweisgebend ist.

Schlüsselwörter:

Körperdysmorphie Störung, operative Körperkorrektur, Körperbild

# Inhaltsverzeichnis

## Abbildungsverzeichnis

## Tabellenverzeichnis

## Abkürzungsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>9</b>
1.1	Einleitung und Problemstellung	9
1.2	Literatur und Forschungsstand	11
1.2.1	Historische Entwicklung der KDS	11
1.2.2	Epidemiologie und klinische Darstellung der KDS	11
1.2.3	Ätiologie der KDS	13
1.2.4	Geschlechtsunterschiede bei KDS-Patienten	14
1.2.5	Verlauf der Erkrankung	15
1.2.6	Komorbidität und Differentialdiagnostik	16
1.2.6.1	Major Depression	16
1.2.6.2	Schizophrenie	16
1.2.6.3	Zwangsstörung, Angststörung und soziale Phobie	16
1.2.6.4	Essstörungen	17
1.2.7	Pharmakologische Therapie und Kognitive Therapie	18
1.2.8	DSM-IV-Kriterien und Diagnosehilfsmittel	19
1.2.8.1	Body Dysmorphic Disorder Questionnaire	20
1.2.8.2	Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Modul	21
1.2.8.3	Body Dysmorphic Disorder Examination	22
1.2.8.4	Body Dysmorphic Disorder Modification of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale	23
1.2.8.5	The Brown Assessment of Believe Scale	25
1.2.8.6	Body image concern inventory	25
1.2.8.7	Ratingskala zur Einschätzung der Einstellung	26
<b>2</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>28</b>
2.1	Stichproben- und Gruppendesign	28
2.2	Verwendete Instrumente	28
2.2.1	Erfassung des Körperbildes mit dem Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire	28

2.2.2	Erfassung Körperdysmorpher Symptome mittels Dysmorphic-Concern-Questionnaire	30
2.2.3	Erfassung soziodemographischer Daten	31
2.2.4	Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens	31
2.2.5	Erfassung der sozialen Aktivität mittels Sozialer-Aktivität-Selbstbeurteilungsskala	32
2.2.6	Körperbezogener Locus-of-Control Fragebogen	32
<b>3</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b>	<b>34</b>
3.1	Soziodemographische und soziale Daten	34
3.2	Soziale Aktivität	43
3.3	Hinweise für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung	45
3.4	Darstellung des Körperbildes mit dem MBSRQ	48
3.4.1	Vergleich des MBSRQ auf Itemebene	48
3.4.2	Vergleich des MBSRQ auf Skalenebene	49
3.4.2.1	Vergleich der UG mit der Repräsentativerhebung	49
3.4.2.2	Vergleich der UG und der VG auf Skalenebene	51
3.5	Körperbezogene Kontrollüberzeugungen	52
3.6	Darstellung der Motive und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens	54
3.6.1	Kleidungsgeohnheiten plastisch-chirurgischer Patienten	54
3.6.2	Einstellung zur ästhetischen Chirurgie im Allgemeinen	55
3.6.3	Vergleich der Einstellung gegenüber plastisch-chirurgischen Körperkorrekturen	57
3.6.4	Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen	58
3.6.5	Plastisch-chirurgische Vorbehandlungen	59
3.6.6	Weitere, das Aussehen verändernde Maßnahmen	61
3.6.7	Externe Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur operativen Körperkorrektur	61
3.6.8	Darstellung der gewünschten Körperkorrekturen	62
3.6.9	Externe Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der eigenen äußeren Erscheinung	62
3.6.10	Belastende Lebensereignisse	63
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>65</b>
4.1	Diskussion der Ergebnisse	66
4.1.1	Das untersuchte Kollektiv	66
4.1.2	Methodische Kritik	67
4.1.3	Diskussion der angewendeten Testverfahren	67
4.1.4	Die Vergleichsgruppe	70
4.2	Prävalenz der KDS im untersuchten plastisch-chirurgischen Patientenkollektiv	71

<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>73</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>75</b>
<b>7</b>	<b>Danksagung</b>	<b>81</b>
<b>8</b>	<b>Erklärung</b>	<b>82</b>
<b>9</b>	<b>Curriculum vitae</b>	<b>83</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	<b>84</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

### **Abbildung 3.1:**

Darstellung der sozialen Disparitäten der UG und VG 40

### **Abbildung 3.2:**

Darstellung der Körperregionen, für die eine operative Korrektur gewünscht wird 42

### **Abbildung 3.3:**

Darstellung der plastisch-operativen Vorbehandlungen in der UG 60

### **Abbildung 3.4:**

Darstellung der gewünschten operativ korrektiven Eingriffe 62

## **Tabellenverzeichnis**

### **Tabelle 3.1:**

Darstellung der Soziodemographischen Angaben der Untersuchungsgruppe und der Vergleichsgruppe 35 f.

### **Tabelle 3.2:**

Bewertung des Gesundheitszustandes 41

### **Tabelle 3.3**

Übersicht über die Verteilung des BMI 43

### **Tabelle 3.4:**

SASS-Summenscore der UG 44

### **Tabelle 3.5:**

DCQ-Score der UG 45

### **Tabelle 3.6:**

Darstellung der Mittleren Ränge der UG und VG 47

### **Tabelle 3.7:**

Darstellung des MBSRQ auf Skalenebene 52

### **Tabelle 3.8:**

Darstellung der Mittleren Ränge körperbezogener Kontrollüberzeugungen 53

### **Tabelle 3.9:**

Einstellung gegenüber plastisch-chirurgischen Eingriffen 55 f.

### **Tabelle 3.10:**

Statistische Überprüfung mittels allgemeinen Linearen Modells 57

### **Tabelle 3.11:**

Einstellung zur äußeren Erscheinung 58 f.

### **Tabelle 3.12:**

Belastende Lebensereignisse innerhalb der letzten 2 Jahre in der UG 64

## Abkürzungsverzeichnis

KDS	Körperdysmorphie Störung
MBSRQ	Multidimensional Body-Self-Relations Questionnaire
DCQ	Dysmorphic Concern Questionnaire
KLC	Körperbezogener Locus-of-Control
SASS	Soziale-Aktivität-Selbstbeurteilungsskala
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version IV
ICD 10	International Classification of Diseases, aktuelle Revision ICD-10
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination
BDD-SR	Body Dysmorphic Disorder Examination Self-Report
BDDQ	Body Dysmorphic Disorder Questionnaire
BDDM	Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Modul
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination
BDD-YBOCS	Body Dysmorphic Disorder Modification of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
BABS	The Brown Assessment of Believe Scale
BICI	Body image concern inventory
UG	Untersuchungsgruppe
VG	Vergleichsgruppe
BMI	Body Mass Index
SSRI	selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren
M	Mittelwert
SD	Standardabweichung
$\bar{X}$	arithmetisches Mittel
AR	Altersrange
ns	nicht signifikant
n	Anzahl
p	statistische Signifikanz
%	Prozent
Tab.	Tabelle
z. B.	zum Beispiel
Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
z. T.	zum Teil

# 1 Einführung

## 1.1 Einleitung und Problemstellung

Attraktivität und gutes Aussehen sind heutzutage wichtiger denn je. In den Medien, der Film-, Musik- und Showbranche wird man vorrangig mit Menschen konfrontiert, die einen perfekten Körper zu haben scheinen. Aufgrund der Assoziation mit persönlichem Glück, Zufriedenheit, einer erfüllten Partnerschaft und Anerkennung im Berufsleben streben immer mehr Menschen das gängige Schönheitsideal an, was laut einer Umfrage der Firma Dove im Jahr 2004 ([http://www.initiativefuerwahreschoenheit.de/uploadedFiles/de/Dove\\_Beauty\\_Studie.pdf](http://www.initiativefuerwahreschoenheit.de/uploadedFiles/de/Dove_Beauty_Studie.pdf), Stand 09.12.09). vor allem bedeutet schlank, wohl-proportioniert und groß zu sein.

Darüber hinaus gelten gleichmäßige Gesichtszüge und eine reine Haut als „schön“ (*Dove Beauty Studie*: [http://www.initiativefuerwahreschoenheit.de/uploadedFiles/de/Dove\\_Beauty\\_Studie.pdf](http://www.initiativefuerwahreschoenheit.de/uploadedFiles/de/Dove_Beauty_Studie.pdf), Stand 09.12.09). Ist diese vermeintliche Schönheit nicht vorhanden, so kann das zu einem erheblichen Leidensdruck führen. Die Menschen leiden psychisch und physisch sehr unter dem subjektiven Gefühl, mit ihrem eigenen Äußeren dem gängigen Idealbild nicht zu entsprechen. Im Auftrag der Firma Dove wurde eine Studie mit 3300 Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren aus Brasilien, Kanada, China, Deutschland, Italien, Japan, Mexiko, Saudi-Arabien, Großbritannien und den USA durchgeführt. Dabei gaben 72 % der Frauen an, schon einmal bestimmte Aktivitäten ihres gesellschaftlichen Lebens wie zur Schule gehen, Sport oder Saunabesuche gemieden zu haben, weil sie unzufrieden mit ihrem Aussehen waren. Weltweit möchten neun von zehn Mädchen in der Gruppe der 15-17-jährigen mindestens einen Aspekt ihres Aussehens verändern ([http://www.unilever.de/Images/Dove\\_Studie06\\_tcm89-69986.pdf](http://www.unilever.de/Images/Dove_Studie06_tcm89-69986.pdf), Stand 09.12.09).

Die Unzufriedenheit mit dem körperlichen Aussehen ist nicht selten der Anlass für die Patienten einen plastisch-chirurgischen Eingriff vornehmen zu lassen. Die plastische Chirurgie gewinnt aufgrund dieses Schönheitstrends natürlich zunehmend an Bedeutung. Immer mehr Menschen sehen einen plastisch-chirurgischen Eingriff wie eine operative Nasenkorrektur (Rhinoplastik), Lidplastik oder eine Fettabsaugung (Liposuktion) als Notwendigkeit für das Erreichen ihres persönlichen Körperideals an (Pertschuk *et al.* 1998, Veale *et al.* 2003). In den USA stieg die Anzahl der ästhetisch-chirurgischen Eingriffe in den letzten zehn Jahren um 15 %. 1997 wurden 972.996 plastisch-chirurgische Eingriffe in den USA durchgeführt, 2008 waren es 1,7 Millionen (*The American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2008*). Auch Zahlen aus Deutschland belegen, dass der Trend operative Körperkorrekturen durchführen zu lassen stetig zunimmt. So wurden im Jahr 2004 rund 38% mehr Schönheitsoperationen durch die Mitglieder der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland (GÄCD) verzeichnet als noch 2003. Im Jahr 2008 erfolgten bei weiblichen Patienten am zahlreichsten

## Einleitung und Problemstellung

laserchirurgische Eingriffe im Gesicht (33.105), gefolgt von Fettabsaugungen (15.571) und Eingriffen der ästhetischen Phlebochirurgie (9.412).

Bei den männlichen Patienten wurden laut der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland ebenfalls am zahlreichsten laserchirurgische Eingriffe im Gesicht (17.797) gefordert, gefolgt von Entfernen von Tätowierungen (3.646) sowie Lidplastiken (2.891; *Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland*, <http://www.gacd.de/presse/pressemitteilungen/2009/2009-09-03-immermehr-maenner-nehmen-aesthetische-chirurgie-in-anspruch.html>, Stand 03.01.2010).

Doch mit der Tendenz plastisch-chirurgische Eingriffe am eigenen Körper vornehmen zu lassen, um dem vermeintlichen Schönheitsideal zu entsprechen, muss auch die sich wandelnde psychische Konsistenz der Patienten fokussiert werden. Wenn das Bestreben, einen perfekten Körper zu haben, unerfüllt bleibt oder das Ergebnis nur als unbefriedigend erlebt wird, ist ein verringertes Selbstwertgefühl und eingeschränkte Lebensfreude ein häufiges Resultat. Da diese operativen Eingriffe das Äußere eines Patienten z.T. deutlich verändern können, ist die subjektive Unzufriedenheit mit dem körperlichen Aussehen oder der körperlichen Erscheinung somit zusätzlich zu medizinisch gebotenen plastisch-chirurgischen Eingriffen ein wesentlicher Aspekt der heutigen Plastischen Chirurgie. Aus diesem Grund sollte die Fachrichtung der Plastischen Chirurgie nicht nur als rein handwerkliches Fach betrachtet werden.

Eines der Krankheitsbilder, welches aus dem kosmetischen Beeinträchtigungserleben und der Unzufriedenheit bezüglich der eigenen äußeren Erscheinung resultieren kann, wird als Körperdysmorphie Störung (KDS) bezeichnet. Im deutschsprachigen Raum existieren nur wenige Untersuchungen zur Prävalenz der Körperdysmorphen Störung unter plastisch-chirurgischen Patienten, obwohl ausländische Studien die Überrepräsentation der Körperdysmorphen Störung unter diesem Patientenkontext belegen (Sarwer *et al.* 2003, Sarwer *et al.* 1998a, Sarwer *et al.* 1998c, Veale *et al.* 2003).

Daher erscheint es notwendig, die bisherigen Erkenntnisse zu dieser Erkrankung an einer deutschen Patientengruppe zu prüfen. Die Forschungsfrage dieser klinischen Studie besteht darin, erstmals ein größeres Kollektiv ambulanter plastisch-chirurgischer Patienten auf Merkmale der Körperdysmorphen Störung zu untersuchen. Mittels verschiedener Instrumentarien wurde eine präoperative Einpunkterhebung an 55 Patienten durchgeführt, welche sich einem rein plastisch-chirurgischen Eingriff in der Ambulanz der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg unterzogen. Insbesondere soll die Prävalenz, also die Häufigkeit der Körperdysmorphen Störung innerhalb dieser plastisch-chirurgischen Patientengruppe bestimmt werden. Langfristig soll somit eine verbesserte Diagnostik sowie eine frühzeitige Diagnosestellung mit optimaler medizinischer Versorgung erreicht werden.

### 1.2 Literatur und Forschungsstand

#### 1.2.1 Historische Entwicklung der KDS

Im Jahre 1886 beschreibt der italienische Psychiater, Enrico Morselli, erstmalig das Krankheitsbild der Körperdysmorphen Störung (Morselli 1886). Er prägt 1891 dafür den Begriff „Dysmorphophobie“ Hierunter versteht er die wahnhaftige Überzeugung von einem körperlichen Defekt gekennzeichnet zu sein, verbunden mit erheblichen Leidensdruck und Schamgefühlen gegenüber Mitmenschen (Phillips 1998). Der Franzose Pierre Janet berichtet im Jahre 1903 über eine Erkrankung die vor allem junge Frauen betrifft. Die Betroffenen befürchten aufgrund ihres Aussehens niemals einen Liebhaber zu finden. Emil Kraepelin fokussiert in Deutschland 1909 vor allem die extremen Schamgefühle der Patienten und prägt für dieses Krankheitsbild die Begriffe Hässlichkeitskümmerer und Schönheitshypochondrie (Phillips 1991, Phillips 1998).

In den 60er Jahren erscheinen in den USA verschiedene Fallbeschreibungen in der chirurgischen und dermatologischen Literatur, die eine Körperdysmorphie Störung beschreiben (Edgerton *et al.* 1960, Knorr *et al.* 1967). Einhundert Jahre nach der Erstbeschreibung wird die Körperdysmorphie Störung 1987 als eigenständige Erkrankung in die Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen (DSM-III-R, deutsche Version des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aufgenommen und der offizielle Begriff Body Dysmorphic Disorder, BDD (deutsch: Körperdysmorphie Störung, KDS) begründet (Driesch *et al.* 2004). In den späten 90er Jahren sind erste Untersuchungen zur KDS mit plastisch-chirurgischen und dermatologischen Patienten erschienen (Sarwer *et al.* 1998a, Sarwer *et al.* 1998c). In Deutschland existieren einige Studien über die Körperdysmorphie Störung bei dermatologischen Patienten (Stangier 2003), doch plastisch-chirurgische Patienten stehen bis dato kaum im Mittelpunkt der Studien.

#### 1.2.2 Epidemiologie und klinische Darstellung der KDS

Die Körperdysmorphie Störung ist eine Erkrankung bei der sich der oder die Betroffene übermäßig mit einem imaginären oder allenfalls minimal vorhandenen Makel am äußeren Erscheinungsbild beschäftigt (Sonnemoser 2007). Dieser angebliche Defekt ist jedoch objektiv nicht oder nur gering vorhanden und wird von anderen Personen höchstens geringfügig wahrgenommen. Häufig betroffene Regionen sind Haut (80 %), gefolgt von Haaren (58 %), Nase (39 %), Bauch (32 %), Zähne (30 %), Gewicht (30 %) und Brüste (26 %; Phillips *et al.* 2005). In 30 % der Fälle werden Parästhesien, Schmerzen oder Jucken im Bereich des Defektes angegeben (Phillips 1998). Klinisch kennzeichnend sind zeitraubende, wiederkehrende Verhaltensweisen wie permanentes Überprüfen des angeblichen Makels im Spiegel, übermäßiges Kämmen, Rasieren sowie Haarentfernen (so genanntes „grooming“). Darüber hinaus ist das ständige Rückversichern bei Angehörigen oder Freunden über die

## Literatur und Forschungsstand

Unattraktivität des imaginierten Defekts eine typische Verhaltensweise dieser Störung. (Phillips 2004a). Auffällig sind bei den Erkrankten auch ein häufiges Vergleichen mit anderen Menschen, Berühren der eingebildeten Deformität sowie ein starkes Vermeidungsverhalten. So werden nicht nur Menschenmassen, sondern auch das Ansehen im Spiegel oder Schaufenster und grelles Licht häufig gemieden (Phillips 1991, Phillips *et al.* 1993). Weitere typische Verhaltensmuster Betroffener sind das so genannte „Skin Picking“ (Zupfen an der Haut) und Camouflaging (Abdecken oder Verstecken der betroffenen Körperstelle(n) durch Make up, bestimmte Körperhaltungen oder Kleidung).

Diese genannten Verhaltensweisen werden oft mit sehr hoher Intensität und als Zwangshandlungen vollzogen. Nicht selten verbringen die Betroffenen drei bis acht Stunden am Tag damit sich um ihr Aussehen zu sorgen (Castle *et al.* 2004). Dies führt häufig zu erheblichen Beeinträchtigungen in allen Bereichen des Lebens, so zum Beispiel zu sozialem Rückzug, beruflicher Einschränkung bis hin zur Arbeitslosigkeit, verminderter Produktivität, und partnerschaftlicher Dysfunktion. Häufige Inanspruchnahme von dermatologischen und plastisch-chirurgischen Diensten, so genanntes „doktor hopping“ dokumentiert oft den enormen Leidensdruck der Patienten (Phillips *et al.* 1993, Phillips 2005).

Die Erkrankten sind der festen Überzeugung, nur durch einen invasiven Eingriff eine Linderung zu erfahren. Daher suchen sie weitaus häufiger nicht-psychiatrische Hilfe bei Dermatologen oder Plastischen Chirurgen (Phillips 1991). Eine Studie von Sarwer *et al.* (2002) befragte 265 Mitglieder der American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) in Bezug auf ihre Erfahrungen mit KDS-Patienten. Dabei gaben 84 % an, einen Patienten operiert zu haben, bei dem erst postoperativ die Diagnose KDS gestellt wurde (Sarwer 2002). Auch Phillips belegte in einer Studie mit 250 erwachsenen Erkrankten, dass 76 % der Betroffenen nicht-psychiatrische, meist chirurgische oder dermatologische Hilfe aufsuchten und 66 % diese auch für ihren vermeintlichen Defekt in Anspruch nahmen (Phillips *et al.* 2001). Vergleichbare Ergebnisse zeigte die von Crerand *et al.* (2005) durchgeführte Studie, in der 71 % der untersuchten Personen chirurgische oder nicht-psychiatrische medizinische Hilfe suchten und 64 % diese auch erhielten. Die Rhinoplastik (operative Nasenkorrektur), Liposuktion (Fettabsaugung) und die Mamma-Augmentation (Brustvergrößerung) waren dabei die häufigsten gewünschten plastisch-chirurgischen Eingriffe. Das eigentliche Ziel der Angstreduktion und Minderung des Leidensdruckes wird jedoch sowohl durch diese typischen Verhaltensweisen als auch durch die medizinischen Eingriffe, wie eine Rhinoplastik (Veale *et al.* 2003) kaum oder nicht erreicht (Crerand *et al.* 2005).

Die Prävalenz der Körperdysmorphen Störung wird in der Allgemeinbevölkerung mit 1 % bis 2 % angegeben (Rief *et al.* 2006, Sarwer 2002). Phillips beschreibt 2001 das Auftreten der

## Literatur und Forschungsstand

Körperdysmorphen Störung mit 0,7–1 % in Bevölkerungsstichproben, mit 2-13 % in nicht-klinischen Stichproben mit Studenten und mit 13 % unter psychiatrischen Krankenhauspatienten (Phillips 2001). In der plastischen Chirurgie ist die Körperdysmorphie Störung mit 6-15 % überpräsentiert (Honigman *et al.* 2004, Sarwer *et al.* 2003, Sarwer *et al.* 1998a, Sarwer *et al.* 1998c, Veale *et al.* 2003). Erste kulturell vergleichende Studien zur Häufigkeit (Prävalenz) der KDS wurden von Bohne *et al.* im Jahr 2002 durchgeführt. Sie verglichen die Prävalenz von KDS-Symptomen in einer nicht-klinischen Stichprobe mit amerikanischen Studenten (Bohne *et al.* 2002a) mit den Ergebnissen der von Bohne *et al.* 2002 erhobenen Studie in einer deutschen Studentenpopulation (Bohne *et al.* 2002b). Dabei gaben 74 % der amerikanischen Studenten und nur 47 % der deutschen Studenten Bedenken bezüglich ihres Körperbildes an. Etwa 30 % der Amerikaner waren stark beunruhigt wegen ihres körperlichen Aussehens, wohingegen nur 15 % der Deutschen eine große Besorgnis gegenüber ihrer äußeren Erscheinung äußerten. Die Anzahl der Personen, welche die Diagnosekriterien des DSM-IV für eine vorliegende KDS erfüllten, unterschied sich allerdings nicht signifikant zwischen deutschen und amerikanischen Studenten.

Durch die vollkommene soziale Isolation und Hoffnungslosigkeit der Erkrankten wird auch eine erhebliche Suizidgefährdung beobachtet. Rief *et al.* (2006) untersuchten die Suizidalität bei 2552 Teilnehmern im Alter von 14-99 Jahren. Suizidgedanken gaben 19 % der Personen an, bei denen die Kriterien für eine Körperdysmorphie Störung zutrafen. Bei nicht an KDS-Erkrankten lag die Rate dagegen bei nur 3 %. Suizidversuche aufgrund der Beunruhigung bezüglich der äußeren Erscheinung wurden in dieser Studie bei 7 % der von KDS Betroffenen angegeben. Die Rate der Suizidversuche bei den Befragten ohne vorhandene Körperdysmorphie Symptome betrug dagegen nur 1 %. In einer neueren Studie von Phillips und Menard gaben 80 % der 185 der Personen, welche an KDS erkrankt waren an, in der Vergangenheit suizidale Absichten gehegt zu haben. Ferner hatten 28 % bereits einen Suizidversuch unternommen. Phillips und Menard sehen dabei in der erhöhten Hospitalisation in psychiatrischen Anstalten, dem Single-Dasein, der hohen Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Erkrankungen wie der Depression, der geringen sozialen Unterstützung und der spärlichen Selbstwertschätzung mögliche Risikofaktoren für diese erhöhte Suizidalität (Phillips und Menard 2006).

### 1.2.3 Ätiologie der KDS

Die Ätiologie der Körperdysmorphen Störung ist bis heute nicht völlig geklärt. Es werden verschiedenste Theorien diskutiert.

Eine Annahme ist die genetische Ursache der Körperdysmorphen Störung. Phillips *et al.* fanden in ihrer 2005 durchgeführten Studie heraus, dass von 200 Individuen mit diagnostizierter Körperdysmorpher Störung mindestens 20 % einen Verwandten ersten Grades mit einer

## Literatur und Forschungsstand

wahrscheinlichen Körperdysmorphen Störung aufwiesen (Phillips *et al.* 2005). Es werden auch fehlerhafte Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse, zwanghafte Persönlichkeitsstrukturen, Schönheitsideale, soziokulturelle Einflüsse, körperliche Alterungsprozesse und psychosoziale Faktoren diskutiert (Phillips 1991, Sonnemoser 2007). Unter anderem wird ein Zusammenhang mit dem Aufwachen von Kindern in Familien, welche sie vernachlässigen oder gar ablehnen und vor allem in Bezug auf die äußere Erscheinung kritisieren mit der Erkrankung KDS assoziiert (Phillips 1991, Phillips 1998).

Des Weiteren wird aus der kognitiv-behavioralen Perspektive vermutet, dass die Störung aus einer Interaktion aus kognitiven, behavioralen und emotionalen Faktoren entsteht (Rosen *et al.* 1995b, Veale 2004). Ein weiterer Ansatz zur Ätiologie ist die Beeinträchtigung des dopaminergen Systems. Nach einer MRT-Studie von Rauch ergeben sich bei KDS-Patienten asymmetrische Volumina des Nucleus Caudatus und vergrößerte Volumina der weißen Substanz (Rauch 2003). Fallbeschreibungen lassen darüber hinaus die Vermutung zu, dass die KDS durch eine Erkrankung getriggert wird, dessen Entzündungsprozess in die Serotoninsynthese eingreift (Gabbay *et al.* 2002). Darüber hinaus wurde ein Fall beschrieben, der eine Dysfunktion im fronto-temporalen System vermuten lässt (Gabbay *et al.* 2003). Negative persönliche Erfahrungen und kritische Lebenssituationen, speziell Triggersituationen und soziokulturelle Einflüsse, werden als zweitrangig angesehen (Driesch *et al.* 2004, Sonnemoser 2007). Daig *et al.* (2006) halten eine Diskrepanz zwischen Ideal- und Realkörperbild für entscheidend in der Entstehungsgeschichte der Körperdysmorphen Störung.

### 1.2.4 Geschlechtsunterschiede bei KDS-Patienten

Das Geschlechtsverhältnis der Betroffenen ist annähernd ausgeglichen (Phillips und Diaz 1997). Einige Studien zeigen eine leichte Präferenz des weiblichen Geschlechtes (Phillips *et al.* 2005). Es zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der demographischen Daten, der klinischen Symptomatik und Inanspruchnahme nicht-psychiatrischer Therapien, der Suizidalität und der Krankheitseinsicht (Perugi *et al.* 1997, Phillips und Diaz 1997, Phillips *et al.* 2005).

Im Vergleich zu dem weiblichen Geschlecht scheinen die Männer jedoch älter zu sein und sind meist allein, ohne Partner lebend (Phillips *et al.* 2006a). Erkrankte Männer und Frauen unterscheiden sich außerdem in Bezug auf die betroffenen Körperregionen. Die Männer sind meist wegen ihrer Genitalien, exzessiven Körperbehaarung, ausfallendem Kopfhaar und der Körpergröße bzw. zu geringer Muskelmasse besorgt. Pope beschreibt diese Variante der KDS, bei welcher die Betroffenen glauben einen zu schwächtigen Körperbau zu haben, als „Muscle Dysmorphia“. In einer Studie mit 63 Männern litten 22 % der untersuchten Männer an Muscle Dysmorphia (Pope *et al.* 2005).

## Literatur und Forschungsstand

Beim weiblichen Geschlecht stehen verstärkt Brust und Beine und das Körpergewicht im Fokus der Beschwerden (Perugi *et al.* 1997, Phillips *et al.* 2006a). Insgesamt bewerten sich die Frauen negativer und ablehnender als die männlichen Individuen (Wang *et al.* 2005). Eine Inanspruchnahme psychiatrischer Therapien und eine Störung im Essverhalten sind bei betroffenen Frauen häufiger. Erkrankte Männer neigen hingegen mehr zum Gebrauch psychotroper Mittel wie Alkohol und Drogen (Phillips 1998, Phillips *et al.* 2006a).

### 1.2.5 Verlauf der Erkrankung

Der Beginn der KDS liegt meist in der Adoleszenz (Otto *et al.* 2001, Phillips und Diaz 1997). Das Durchschnittsalter der Patienten bei Beginn der Erkrankung beträgt 16 Jahre (Phillips *et al.* 2006b). Darüber hinaus wird auch schon das Auftreten der Körperdysmorphie Störung im Kindesalter beschrieben (Albertini und Phillips 1999, Otto *et al.* 2001, Phillips *et al.* 2005).

Dies bringt zum Ausdruck, dass gerade junge Menschen oft mit ihrem Körper unzufrieden sind. Die Erkrankung verläuft meist chronisch und die Krankheitsdauer liegt im Mittel bei 16 Jahren. Im jüngeren Lebensalter sind die Symptome meist stärker ausgeprägt als im höheren Lebensalter (Sonnenmoser 2007). Möglicherweise ist die Körperdysmorphie Störung in der Adoleszenz häufiger durch die Körperform und die gewichtsbezogene Sorge (z.B. Bauchform, Oberschenkel) charakterisiert, im Gegensatz zur „klassischen“ KDS, welche durch eine übermäßige Besorgnis gegenüber bestimmten Körperteilen wie der Haut oder den Haaren gekennzeichnet ist (Dyl *et al.* 2006).

Bei 40 % der Erkrankten richtet sich die übermäßige Sorge nur auf eine bestimmte Körperregion. Obwohl die Primärregion als Fokus nicht verloren geht, treten im Verlauf der Erkrankung weitere Körperregionen hinzu. Jakubietz *et al.* beschreiben bei der Mehrheit der Patienten drei bis vier Körperareale, die eine übermäßige Besorgnis hervorrufen (Jakubietz *et al.* 2007). Überdurchschnittlich häufig tritt die Körperdysmorphie Störung zusammen mit anderen psychischen Erkrankungen wie der Zwangsstörung, der Major Depression oder der Phobie auf (vgl. 1. 2. 6). Auch die Möglichkeit des Wechsels in wahnhafte Episoden mit Denkstörung und Halluzinationen ist möglich. Bei bis zu 76 % der Erkrankten werden zu einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung wahnhafte Episoden beschrieben (Phillips *et al.* 2005). Da die Betroffenen ihre Symptome aus Angst und Scham lange verschweigen, wird die Diagnose häufig erst nach Jahren gestellt.

## Literatur und Forschungsstand

### 1.2.6 Komorbidität und Differentialdiagnostik

Aufgrund der möglichen Komorbidität der Körperdysmorphen Störung mit anderen psychischen Erkrankungen oder Essstörungen bestehen oftmals diagnostische Schwierigkeiten. Im Folgenden wird auf die typischen Komorbiditäten hingewiesen.

#### 1.2.6.1 Major Depression

Häufig wird in der Literatur die Komorbidität der KDS mit der Major Depression beschrieben (Phillips *et al.* 2007, Phillips *et al.* 2005). Meist geht dabei die Depression zeitlich der Körperdysmorphen Störung voraus. Phillips *et al.* beschreiben eine lebenslange Komorbiditätsraten von bis zu 81 % (2007). Beide Erkrankungen sind mit einem negativen Selbstbild, mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und Gefühlen der Wertlosigkeit assoziiert. Jedoch fokussieren Patienten mit Depression, selbst wenn sie ihre äußere Erscheinung nicht mögen, weniger ihre vermeintlichen Defekte (Grant und Phillips 2005). Darüber hinaus beginnt die Körperdysmorphie Störung schon in der Adoleszenz, wohingegen die Depression vielfach im mittleren Lebensalter auftritt. Ein weiterer Unterschied zeichnet sich in der pharmakologischen Therapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) ab. Die Körperdysmorphen Störung scheint auf eine Therapie mit SSRIs anzusprechen, jedoch nicht auf andere Antidepressiva (Grant und Phillips 2005).

#### 1.2.6.2 Schizophrenie

In der Literatur wird des Weiteren ein gehäuftes Auftreten mit der Schizophrenie beschrieben (Phillips 1998). Gemeinsamkeiten mit der Körperdysmorphen Störung bestehen vor allem bezüglich der wahnhaften KDS. Wie bei der wahnhaften KDS findet man bei der Schizophrenie keine oder nur eine geringe Krankheitseinsicht. Die Halluzinationen und Illusionen werden bei der wahnhaften Körperdysmorphen Störung immer auf den Körper bezogen. Hingegen können bei der Schizophrenie auch andere Personen oder Gegenstände in den Fokus rücken.

#### 1.2.6.3 Zwangsstörung, Angststörung und soziale Phobie

Hohe Komorbiditätsraten finden sich zudem bei Angststörungen, Zwangsstörungen und sozialen Phobien. In einer Studie von Phillips *et al.* wurde bei insgesamt 73 % der untersuchten KDS-Patienten eine Angststörung diagnostiziert. Davon waren 38 % an einer komorbiden obsessiv-compulsiven Zwangsstörung erkrankt und 40 % litten an einer sozialen Phobie, Mehrfachdiagnosen waren möglich (2005). Gemeinsamkeiten zwischen der Körperdysmorphen Störung und der Phobie bestehen in der introvertierten Persönlichkeit der Patienten und in der geringen Selbstwertschätzung. Ebenfalls gemeinsam ist den Störungen das Vermeidungsverhalten in sozialen

## Literatur und Forschungsstand

Situationen aufgrund von Angst- und Schamgefühlen. Nach neuesten Erkenntnissen muss die soziale Phobie jedoch ätiologisch als Folgeerkrankung angesehen werden. Der Patient glaubt in sozialen Situationen in seinem Verhalten und nicht in seiner Erscheinung an sich minderwertig zu sein (Driesch *et al.* 2004). Differentialdiagnostisch muss ebenfalls eine hypochondrische Störung ausgeschlossen werden. Nach ICD-10 ist die nicht-wahnhaft Körperdysmorphie Störung den hypochondrischen Störungen zugeordnet (Grauber 2007). Gemeinsam ist beiden Störungen die überwertige Idee an einem inneren (Hypochondrie) oder äußeren (Körperdysmorphie Störung) Makel zu leiden. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht in dem rückversichernden Verhalten der Betroffenen. Jedoch findet sich bei nur 10 % der von Körperdysmorpher Störung betroffenen Personen die Angst, das als unattraktiv empfundene Körperareal sei auch funktionell minderwertig (Phillips 1998).

### 1.2.6.4 Essstörungen

Laut ICD-10 ist das Vorliegen der Anorexia nervosa ein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer Körperdysmorphen Störung (Grauber 2007). Die korrekte Unterscheidung ob nur eine Körperdysmorphie Störung, nur eine Essstörung oder beide Störungen zusammen vorliegen, ist ein kritisches Thema. Viele Anorexiepatientinnen zeigen klinisch neben der Körperschemastörung auch eine übermäßige Beschäftigung mit gewichtsunabhängigen Makeln des äußeren Erscheinungsbildes, ähnlich einer Körperdysmorphen Störung. Oft kann wiederum der imaginierte Defekt bei Patienten mit Körperdysmorpher Störung eine Körperstelle betreffen, dessen Fokussierung typisch für eine Anorexia nervosa oder Bulimie ist z. B. Hüften, Oberschenkel oder Bauch (Grant und Phillips 2005, Phillips 1998). Nicht selten ist auch die Körperdysmorphie Störung mit einem ungewöhnlichen Essverhalten, exzessiven Diäten oder Sportverhalten verbunden.

Beide Störungen beruhen auf einer überwertigen Idee in Bezug auf die äußere Erscheinung und einer gestörten Selbstwahrnehmung. Darüber hinaus sind beide Störungen mit einem umschriebenen Kontrollverhalten (wie das Wiegen und sich ständig im Spiegel zu betrachten) sowie mit einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten (nicht Essen, Vermeiden von Spiegeln und grellem Licht) assoziiert. Eine weitere Gemeinsamkeit dieser Krankheitsbilder stellt der Erkrankungsbeginn in der Adoleszenz dar und, bei fehlender Diagnosestellung, die lebenslange Persistenz (Phillips 1998).

Im Gegensatz zur Körperdysmorphen Störung ist für die Anorexie, die ausgeprägte Körperschemastörung charakteristisch, welche vorwiegend die weiblichen Körperformen ablehnt. Weiterhin überwiegt bei den Anorexie-Patienten, anders als bei der Körperdysmorphen Störung, das weibliche Geschlecht deutlich (Driesch *et al.* 2004).

Aus den oben aufgeführten Gründen ist die korrekte Diagnosestellung nicht einfach, erschwerend kommt das gehäufte gemeinsame Auftreten der beiden Krankheitsbilder hinzu. Phillips führte genau zu dieser Problematik 2005 eine Studie mit 200 Befragten durch, bei denen eine Körperdysmorphie

## Literatur und Forschungsstand

Störung nach DSM-IV diagnostiziert war. Es erfolgte die Einteilung in eine nicht behandelte Gruppe (n=66) und in eine psychiatrisch behandelte Gruppe (n=134). Von den 134 psychiatrisch behandelten Individuen litten 25 % an einer Essstörung. Die häufigste Essstörung war mit 10 % die Anorexia nervosa, gefolgt von der Bulimia nervosa mit 9 % und der Binge eating disorder mit 6 % (Mehrfachdiagnosen waren möglich, Phillips *et al.* 2005). Die 2007 durchgeführte Studie von Kittler *et al.* bestimmte die Prävalenz von übermäßiger Besorgnis bezüglich des Gewichtes bei 200 Personen mit diagnostizierter KDS (Kittler *et al.* 2007). Insgesamt bestätigten 58 der 200 Untersuchten, also 29 %, ernsthafte Gewichtsbedenken. Bei sieben Teilnehmern bestand der primäre Fokus der extremen Beunruhigung bezüglich des Gewichtes. Diese Patienten waren signifikant jünger und meist weiblich. Frauen sind anscheinend anfälliger für Körperbildstörungen, Unzufriedenheit und das komorbide Auftreten von Essstörungen in Verbindung mit einer Körperdysmorphen Störung. Aufgrund der Essstörung und der damit verbundenen negativeren Selbsteinschätzung sind diese Individuen auch vergleichsweise häufiger in stationärer psychiatrischer Behandlung als KDS-Patienten ohne Essstörung (Ruffolo *et al.* 2006).

Des Weiteren liegt die Suizidrate bei Anorexie-Patienten mit Körperdysmorpher Störung mit 63 % höher als bei Patienten bei denen eine Anorexia nervosa allein diagnostiziert ist. Bei diesen Patienten wird die Suizidrate mit 30 % deutlich geringer angegeben (Phillips 1998).

### 1.2.7 Pharmakologische Therapie und Kognitive Therapie

Es existieren sowohl medikamentöse als auch psychotherapeutische Therapieansätze. Einige Studien belegen die erfolgreiche Therapie mit selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmern. Es konnten mit selektiven Serotonin-Reuptake Hemmern wie Fluvoxamin oder trizyklischen Wiederaufnahmehemmern wie Clomipramin Responderraten von über 60 % erzielt werden (Hollander *et al.* 1999, Phillips und Rasmussen 2004). Diese Ergebnisse gelten sowohl für die wahnhaft als auch für die nicht-wahnhaft Form der Körperdysmorphen Störung und waren unabhängig vom Vorliegen einer zusätzlichen depressiven Störung. Eine 2002 durchgeführte Studie belegte die Überlegenheit von Fluoxetin gegenüber einem Placebo (Phillips *et al.* 2002). Auch die 2004 durchgeführte Studie belegte, dass Fluoxetin die Lebensqualität verbessert und die KDS-Symptome reduziert (Phillips und Rasmussen 2004). Ebenfalls erfolgreich eingesetzt wird die Medikamentenklasse der MAO-Hemmer mit einer Ansprechrate von 30 % (Phillips und Rasmussen 2004).

Ein positiver Effekt durch Antipsychotika konnte dagegen nicht belegt werden (Phillips 1998).

In einer Doppel-Blind-Studie von Phillips wurde der Effekt von dem Neuroleptikum Pimozid auf Patienten mit KDS untersucht. Hier konnte ebenfalls keine Wirkung des Neuroleptikums im Vergleich zu einem Placebo nachgewiesen werden (Phillips 2005).

## Literatur und Forschungsstand

Der überwiegende Teil der KDS-Patienten sucht zuerst nicht-psychiatrische Hilfe bei Dermatologen oder Plastischen Chirurgen, jedoch führt die Behandlung in der Mehrzahl der Fälle zu keinerlei Besserung der Symptome (Crerand *et al.* 2005). Daher lautet die einstimmige Empfehlung Patienten mit Körperdysmorpher Störung nicht zu operieren (Castle *et al.* 2004, Crerand *et al.* 2005, Phillips *et al.* 2001).

Ein weiterer erfolgreicher Ansatz zur Therapie der Körperdysmorphen Störung ist die kognitiv-behaviorale Psychotherapie. Ihre Wirksamkeit wurde bereits in einigen Studien bestätigt (Phillips 1998, Rosen *et al.* 1995b, Veale 2004, Veale *et al.* 1996). Somit wird begründet, dass die kognitiv-behaviorale Psychotherapie der bevorzugte psychologische Zugang ist und die Therapie mit SSRIs als first-line pharmakologische Intervention angesehen wird (Castle und Rossell 2006).

### 1.2.8 DSM-IV-Kriterien und Diagnosehilfsmittel

Diagnostische Schwierigkeiten bestehen in der Abgrenzung der „geringfügigen Deformität“ und der Festlegung des Übergangsbereiches bis zum Vorliegen einer übermäßigen Besorgnis. Erschwerend kommt das Unterschätzen des Schweregrades der Symptome hinzu (Driesch *et al.* 2004). Hauptkriterien für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung sind nach beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV die Verhaltensauffälligkeiten in Form einer „übermäßigen Beschäftigung mit einem Mangel oder Einstellung im körperlichen Aussehen“ (Kriterium A). Des Weiteren ruft „die übermäßige Beschäftigung eine deutliche Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen hervor“ (Kriterium B) und drittens kann „die Beschäftigung mit dem eingebildeten Makel nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden“ (Kriterium C) (Saß *et al.* 2000).

Die KDS wird nochmals in eine wahnhafte und nicht-wahnhafte Form unterschieden. Im ICD-10 schließen sich die wahnhafte und die nicht-wahnhafte Form der Körperdysmorphen Störung aus. Die wahnhafte Form wird den wahnhaften Störungen zugeordnet, die nicht-wahnhafte Form den hypochondrischen Störungen (Grauber 2007). Dagegen können im DSM-IV beide Formen der Körperdysmorphen Störung gleichzeitig diagnostiziert werden. Phillips vertritt die Meinung, dass diese Varianten möglicherweise ein und dieselbe Krankheit charakterisieren und daher weniger als zwei unterschiedliche Störungen betrachtet werden sollten (Phillips 2004b).

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen stellt ein universelles Phänomen dar, bei dem der Übergang in die krankhafte Ausprägung fließend ist. Neben der Abgrenzung zu nicht-pathologischen Formen der Unzufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild muss differentialdiagnostisch das Vorliegen von Zwangsstörungen, sozialen Phobien, Schizophrenie, paranoiden Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen ausgeschlossen werden. Da die Übergänge hierbei oft

## Literatur und Forschungsstand

fließend sind, ist die Diagnosestellung nicht einfach. Vor allem im anglo-amerikanischen Sprachraum werden daher neue Messinstrumente in klinischen Studien getestet und geprüft.

### Als Screeningmethoden eignen sich:

- Ratingskala zur Einschätzung der Einstellung (Stangier *et al.* 2000)
- Dysmorphic Concern Questionnaire (Stangier 2003)
- Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Modul (Aouizerate *et al.* 2003, Phillips 1994)
- Body Image Concern Inventory (Littleton *et al.* 2005)

### Zur Erfassung des Schweregrades der Körperdysmorphie Störung eignen sich:

- Body Dysmorphic Disorder Examination (Rosen und Reiter 1996)
- Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (Dufresne *et al.* 2001, Phillips 1998)
- Body Dysmorphic Disorder Modification of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Phillips *et al.* 1997, Stangier *et al.* 2000)
- The Brown Assessment of Beliefs Scale zur Erfassung wahnhafter Symptome innerhalb einer KDS (Eisen *et al.* 1998)

### **1.2.8.1 Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ ; Dufresne *et al.* 2001)**

Bei dem BDDQ handelt es sich um ein Instrument, welches mittels Selbstauskunft die Bedenken bezüglich der äußeren Erscheinung und deren Einfluss auf das tägliche Leben erfasst (Dufresne *et al.* 2001, Phillips 1998). Es basiert auf der Standarddefinition der DSM-IV Diagnosekriterien. Diese beinhalten:

- 1.) Die übersteigerte Sorge bezüglich eines eingebildeten Defektes die äußere Erscheinung betreffend (Item 1, 2, 3).
- 2.) Die Überzeugung in Bezug auf die Entstelltheit verursacht erhebliche Beeinträchtigungen und Leiden in funktionellen Bereichen des täglichen Lebens (Item 4, 5, 6, 7, 8, 9).
- 3.) Die übersteigerte Sorge bezüglich der äußeren Erscheinung kann nicht besser durch eine andere Erkrankung erklärt werden.

Der BDDQ wurde 1995 entwickelt und an einem Kollektiv von 66 ambulanten Psychatriepatienten geprüft (Phillips 1995). Es wird eine Sensitivität von 100 % und einer Spezifität von 89 % beschrieben. Grant, welcher den BDDQ an 122 stationären Psychatrie-Patienten validierte, erlangt mit einer Sensitivität von 100 % und einer Spezifität von 93 % ähnlich gute Ergebnisse. Somit ist der BDDQ ein

## Literatur und Forschungsstand

gutes Screeninginstrument für Patienten mit KDS sowohl vor einem ambulanten als auch vor einem stationären psychiatrischen Hintergrund. Um jedoch auch einen dermatologischen Hintergrund besser betrachten zu können, wurde eine leicht veränderte Version des BDDQ, der BDDQ-DV entwickelt (Dufresne *et al.* 2001). In dieser Version werden einige Aussagen mit einer fünfstufigen Skala durch Ja-Nein-Antwortmöglichkeiten ersetzt (Item 1, 2, 7, 8, 9). Dabei werden die Antworten der ursprünglichen Version von drei bis fünf als Äquivalent zum „ja“ gewertet. Validiert wurde diese Version an 45 dermatologischen Patienten. Auch hier bewies der BDDQ-DV eine sehr gute Sensitivität mit 100 % und mit 92 % eine gute Spezifität (Dufresne *et al.* 2001).

Allerdings sollte angemerkt werden, dass der BDDQ als Diagnosemittel allein unzureichend ist, da er mit einer Spezifität von 92 % gesunde Personen überdiagnostizieren kann. Daher sollte dieses Testverfahren im Zusammenhang mit anderen diagnostischen Instrumenten wie dem BDD-DM verwendet werden. Der Vorteil des BDDQ ist die Anwendbarkeit bei einem großen Patientenkollektiv und die nicht erforderliche Anwesenheit eines Arztes zum Zeitpunkt der Durchführung des Testverfahrens. Darüber hinaus kann die Befangenheit der Patienten durch das Selbstauffüllen des Fragebogens gemindert werden und somit offenere Antworten erwartet werden. Nach aktuellem Kenntnisstand ist dieser Fragebogen bislang nicht in deutscher Sprache erschienen.

### **1.2.8.2 Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Modul (Phillips 1994); Deutsche Übersetzung ( Stangier 1996a)**

Das Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module basiert auf dem Strukturierten Klinischen Interview (SCID) für DSM-IV, einem im amerikanischen Raum typischen Instrument zur Diagnosestellung einer psychiatrischen Störung (Spitzer *et al.* 1992). Dem Format des SCID folgend, modifizierten Phillips *et al.* (1993) dieses Interview und entwickelten ein neues Instrument zur Diagnosestellung einer Körperdysmorphen Störung, das BDD Diagnostic Module.

Bislang existiert eine Version für Erwachsene und eine Version für jugendliche Personen (Phillips 1998). Entsprechend den DSM-IV Kriterien A bis C für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung werden im BDD-DM die verschiedenen Kriterien wie z.B. die übersteigerte Sorge bezüglich bestimmten Körperteilen vom Interviewer erfragt. Beispielhafte Fragen und Redewendungen zum genauen Erfragen der Kriterien werden dem Interrogator auf dem Fragebogen dargelegt. Der Patient beantwortet die Fragen lediglich mit „ja“ oder „nein“. Das Kriterium C „die Beschäftigung kann nicht besser durch eine andere Störung erklärt werden“, wird nicht direkt abgefragt, sondern untersteht der Beurteilung des klinischen Untersuchers. Eine Person, welche die Kriterien A, B und C erfüllt, wird als an KDS erkrankt diagnostiziert. Somit eignet sich das BDD-DM gut zur Diagnosestellung einer KDS, jedoch nicht zur quantitativen Erfassung der Symptomschwere (Cororve und Gleaves 2001).

## Literatur und Forschungsstand

In klinischen Studien hat das BDD-DM eine sehr gute Interrater-Reliabilität bewiesen ( $\kappa = .96$ ), (Phillips 1994).

Eine deutsche Übersetzung des BDD-DM lieferten Stangier *et al.* 1996 und untersuchten diese im Jahre 2000 an einem Patientengut von 47 Personen. Allerdings wurde das Modul um das Kriterium der übertriebenen Überzeugung bezüglich des vermeintlichen Makels um eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdrating erweitert (Stangier *et al.*, 2000). Dabei bewerten sowohl die Patienten als auch die Dermatologen das Ausmaß des Defektes auf einer elfstufigen Skala mit „0= keine Entstellung“ bis „10= starke Entstellung“. Eine Differenz größer fünf in der Bewertung des Makels wird dabei als Cut-Off-Wert für eine signifikante Diskrepanz festgelegt. Darüber hinaus besitzen Patienten, welche diesen Cut-Off-Wert erreichen, eine hohe Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien einer KDS nach DSM-IV zu erfüllen (Stangier *et al.* 2000).

Als Nachteil dieser Methode muss die benötigte Anwesenheit eines Klinikers und die fehlende Validierung der deutschen Übersetzung angesehen werden.

### 1.2.8.3 Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE; Rosen und Reiter 1996)

Bei dem BDD-E handelt es sich um ein halb-strukturiertes im klinischen Bereich angewendetes Instrument zur Diagnosestellung und zur Erfassung der Schwere einer KDS (Rosen und Reiter 1996). Insbesondere wird mit dem BDDE die Schwere der Symptomatik bezüglich des negativen Körperbildes erfasst. Da Körperbildstörungen ebenfalls zur Pathologie der Essstörungen gehören, wird das BDDE auch angewendet, um das Körperbild bei Patienten mit Essstörungen zu bewerten. Rosen *et al.* sehen im BDDE ein geeignetes Instrument um jede Störung mit Beschwerden, welche die äußere Erscheinung betreffen, zu beurteilen (Rosen *et al.* 1995a).

Es umfasst insgesamt 34 Items und ist auch als Selbstauskunfts-Fragebogen (BDD-SR) anwendbar (Rosen und Ramirez 1998). Der Patient wird zuerst aufgefordert jene Körperregionen zu nennen, welche innerhalb der letzten vier Wochen die größte Unzufriedenheit hervorgerufen haben (Item1). Der Untersucher bewertet daraufhin die wahrgenommenen Makel von „nicht sichtbar“ bis „definitiv abnormal“ (Item2) und erfragt andere somatische Beeinträchtigungen (Item3). Die weiteren 28 Items beziehen sich auf die Symptomschwere der vergangenen 4 Wochen. Es werden folgende Aspekte abgefragt: a) übersteigerte Sorge und negative Bewertung der äußeren Erscheinung; b) Befangenheit, Schamgefühl und überprüfendes Verhalten in der Öffentlichkeit; c) übermäßige Bedeutung des Äußeren in der Selbstbeurteilung; d) Vermeidung von sozialen Aktivitäten in der Öffentlichkeit, vermeiden von Körperkontakten; e) kaschieren des vermeintlichen Makels, exzessives Pflegen; f) überprüfendes Verhalten im Spiegel, rückversichern und vergleichen mit anderen. Die

## Literatur und Forschungsstand

Fragen sind anhand einer siebenstufigen Skala zu bewerten, wobei „0“ für die Abwesenheit einer Besorgnis oder Beeinträchtigung steht und „6“ eine extreme Besorgnis und/oder Beeinträchtigung kennzeichnet. Der Gesamtscore wird aus der Summe dieser Items berechnet (0-168 möglich).

Ein Cut-Off-Wert wird nicht empfohlen, vielmehr soll der erreichte Score als Index für die Symptomschwere dienen. Zusätzlich erfragen einige Items die Überzeugung des Patienten bezüglich der Wahrhaftigkeit und Signifikanz des scheinbaren Defektes. Darüber hinaus wird der Patient aufgefordert auf einer Liste anzugeben, welche korrektiven Mittel bereits ausprobiert wurden (Item 33). Weitere Items (2, 3, 9, 10, 11, 13, 18, 19, 23-26, 34) reflektieren die DSM-IV Kriterien für die Diagnosestellung einer KDS. Höhere Scores diese Items betreffend, lassen eine gegenwärtige KDS vermuten. Damit dient das BDDE nicht nur der Diagnosestellung, sondern ermöglicht durch die detaillierte Erfassung und Beurteilung der typischen Symptome und Verhaltensauffälligkeiten eine auf die individuelle Symptomatik angepasste Therapie. In verschiedenen Studien sind akzeptable Daten bezüglich der Internen Konsistenz ( $\alpha = .81$  bis  $.93$ ) und der Test-Retest Reliabilität ( $.87$  bis  $.94$ ) beschrieben worden (Rosen und Ramirez 1998, Rosen und Reiter 1996, Rosen *et al.* 1995a). Der Selbstauskunft-Fragebogen zeigt ebenfalls eine akzeptable Übereinstimmung mit der Interview-Version (Rosen und Ramirez 1998).

Der Nachteil dieser Methode besteht in der zeitaufwendigen Anwendung (15-30 Minuten) und der benötigten Anwesenheit eines Klinikers. Darüber hinaus scheint das BDDE mehr für mildere Verläufe einer KDS geeignet zu sei, da es nicht in der Lage ist Differenzen zwischen Patienten mit schwerer KDS aufzuzeigen (Phillips 1998). Der große Vorteil gegenüber anderen Instrumenten liegt in der Erfassung des breiten klinischen Spektrums der KDS (Rosen und Reiter 1996).

### **1.2.8.4 Body Dysmorphic Disorder Modification of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD-YBOCS; Phillips *et al.* 1997)**

Das Body Dysmorphic Disorder Modification of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (kurz BDD-YBOCS) ist ein geeignetes Diagnosesystem, um die Symptomschwere einer KDS zu ermitteln. Es basiert auf der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale, welche in den 80er Jahren entwickelt wurde, um die Schwere der Obsessiv-Compulsiven Störung festzustellen.

Da wie bereits beschrieben sehr viele Gemeinsamkeiten zwischen der BDD und der Obsessiv-Compulsiven Störung bestehen, modifizierten Phillips *et al.* 1997 die YBOCS und entwickelte somit ein semi-strukturiertes klinisches Messinstrument zur Erhebung der Symptomschwere einer KDS (Phillips *et al.* 1997). Anhand der insgesamt zwölf Items werden die Symptome der vergangenen Woche des Patienten erfasst. Dabei beziehen sich die ersten fünf Items auf Gedanken die übermäßige Besorgnis betreffend, welche mit einer KDS in Beziehung stehen. Die Items sechs bis

## Literatur und Forschungsstand

zehn bewerten die zwanghaften Verhaltensweisen, welche für eine KDS typisch sind. Entsprechend einem halb-strukturierten Interviews fragt der Untersucher die Items in der gegebenen Reihenfolge ab und verwendet dazu die vom Verfasser vorbestimmten Fragen. Falls diese unzureichend sind, steht es dem Interviewer frei, zusätzliche Fragen an den Patienten zu richten. Die Patienten bewerten die Items anhand einer fünfstufigen Skala (0= "keine Beeinträchtigung"; 4= "extreme Beeinträchtigung"). Die Summenwerte geben damit Auskunft über die Intensität mit welcher zwanghafte Gedanken oder Handlungen vollzogen werden. Ein weiteres Item bezieht sich auf die Einsicht in die Übertriebenheit und ein letztes Item erfasst das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens. Diese beiden Items gehen jedoch nicht in den Gesamtscore ein, sondern werden gesondert ausgewertet.

Der Gesamtscore reicht von 0 bis 48, wobei ein höherer Gesamtscore eine schwerwiegende Zwangssymptomatik widerspiegelt. Es wurden akzeptable biometrische Eigenschaften mit einer adäquaten Interrater-Reliabilität für die Items (0.87 bis 1.00) sowie eine gute Interne Konsistenz ( $\alpha = .80$ ) erreicht. Ferner wurde eine gute Sensitivität (96 %) und Spezifität (93 %) erreicht (Phillips *et al.* 1997). Stangier *et al.* verwendeten im Jahr 2000 erstmals eine deutsche Übersetzung der YBOCS an einem deutschen Patientenkollektiv. Die BDD-YBOCS stellte sich dabei als valide heraus (Stangier *et al.* 2000). Bis dato besteht noch kein empirisch gesicherter Cut-Point der die Anwesenheit einer klinisch signifikanten KDS festlegt. Allerdings wurde die YBOCS diesbezüglich an einem Kollektiv von 500 KDS-Kranken geprüft (Phillips *et al.* 1997). Dabei betrug der durchschnittliche YBOCS-Score 31. Bei zwei Dritteln der Untersuchten war der erreichte YBOCS-Score im Bereich zwischen 25 und 37. Daher wird empfohlen ab einem Score von 20 von einer gegenwärtigen KDS auszugehen. Liegt der erreichte Score bei 24 oder höher, ist von einer mindestens mäßig schweren KDS auszugehen. Bei Werten ab 40 muss die Diagnose einer sehr schweren KDS gestellt werden (Phillips 1998).

Stangier *et al.* (2000) bestimmten in einer Studie mit der deutschen Version des YBOCS eine optimale Zuordnung der Erkrankten bei einem Cut-Off-Wert von  $\geq 9$  und einer Sensitivität von 100 %.

Der Nachteil dieses Verfahrens ist, dass die Anwendung erst nach Diagnosestellung erfolgen kann. Des Weiteren müssen die Körperregionen, welche bei den Patienten eine extreme Besorgnis hervorrufen, bereits identifiziert worden sein, um die YBOCS anzuwenden, da sie als Diagnoseverfahren ungeeignet ist. Kritisiert wurde außerdem der limitierte Fokus bezüglich der obsessiven Symptomatik bei KDS-Patienten (Rosen und Reiter 1996). Der Vorteil des YBOCS besteht in der Anwendung als Verlaufsinstrument, da mit diesem Test eine Veränderung typischer KDS-Verhaltensweisen und Gedanken unter Therapie eruiert und damit die Therapieeffizienz überprüft werden kann (Phillips *et al.* 1997). Darüber hinaus ermöglicht die YBOCS eine valide Anwendung sowohl in der Einzelfalldiagnostik als auch als in größeren Patientengruppen (Stangier *et al.* 2000).

### 1.2.8.5 The Brown Assessment of Believe Scale (BABS; Eisen *et al.* 1998)

Die aus sieben Items bestehende Skala wurde 1998 entwickelt, um wahnhaftige Symptome bei einer Reihe von psychiatrischen Erkrankungen wie der Angststörung, Obsessiv-Compulsiven Störung und verschiedenen Psychosen zu beurteilen. Darüber hinaus wurde die Brown Assessment of Believe Scale auch bei Patienten mit einer KDS angewendet und als nützlich befunden.

Da im anglo-amerikanischen Raum zwischen der wahnhaften KDS und der nicht-wahnhaften KDS unterschieden wird (Saß 1998), kann die Skala somit entsprechend den DSM-IV-Kriterien auf Wahnhaftigkeit beziehungsweise Nicht-Wahnhaftigkeit einer KDS angewendet werden. Validiert wurde die BABS im Rahmen einer Studie mit einer Gruppe von psychiatrischen Patienten mit einer diagnostizierten KDS (n=20) bzw. Obsessiv-Compulsiven Störung (n=20) oder affektiven Psychose (n=10). Dabei werden die Bereiche Überzeugung und den daraus resultierenden Konsequenzen, Wahrnehmung, Beständigkeit der Ideen, zeitliche Stabilität der wahnhaften Gedanken, Versuch des Widerlegens der wahnhaften Ideen und Selbst-Syntonicität erfasst. Zu jedem Item werden beschreibende Statements dargeboten, welche mit dem zu prüfenden Item in Verbindung stehen. Anhand einer fünfstufigen Skala werden die Scores berechnet. Dabei steht „0“ für keine Wahnhaftigkeit oder eine nur geringe Pathologie und „4“ für eine vorhandene Wahnhaftigkeit bzw. hohe Pathologie.

Bei einem möglichen Score von 24 wird bei  $\geq 18$  von einer Wahnhaftigkeit ausgegangen. Dieser Cut Off-Wert in Zusammenhang mit dem Score „4“ im ersten Item „Überzeugung“ hat eine Sensitivität von 100 % und eine Spezifität von 86 %. Mit einer adäquaten internen Konsistenz ( $\alpha = .87$ ) und guten Item Test- Retest Reliabilität (Median = .95) sowie einer konvergenten Validität (.56 bis .85) konnte die BABS in klinischen Studien überzeugen (Eisen *et al.* 1998).

Darüber hinaus kann die BABS erfolgreich zur Beurteilung der Therapie-Effizienz benutzt werden. Ein weiterer Vorteil besteht in der Kürze und einfachen Durchführung der Skala. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass mit der BABS nur die wahnhaften Gedanken der vorangegangenen Woche beurteilt werden können.

### 1.2.8.6 Body image concern inventory (BICI; Littleton *et al.* 2005)

Das Body image concern inventory (BICI) ist ein relativ neu entwickeltes Instrument, welches sich ähnlich dem DCQ auf das Erkennen und Bewerten von übersteigerten Verhaltensweisen bezüglich der äußeren Erscheinung konzentriert. Da einige Störungen wie die obsessiv-compulsive Störung, die Essstörungen und auch die KDS übersteigerte Verhaltensweisen als typische Symptome beinhalten, ist es notwendig zwischen subklinischer und krankhafter Sorge zu unterscheiden (Phillips *et al.* 1993, Rosen und Ramirez 1998).

## Literatur und Forschungsstand

Der BICI zielt auf die verschiedenen Aspekte der krankhaften Sorge ab und soll den Zusammenhang zwischen diesen übersteigerten Verhaltensweisen und der Unzufriedenheit mit der äußeren Erscheinung erfassen. Die Itemauswahl erfolgte durch Experten anhand veröffentlichter Fallstudien in Reviewartikeln und bereits erprobten Messinstrumenten zum Erfassen von Körperdysmorphen Symptomen wie dem Body Dysmorphic Disorder Examination Self-Report (BDDE-SR). Dabei beziehen sich die verschiedenen Items auf das Vermeiden von sozialen Aktivitäten, die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, das prüfende und tarnende Verhalten und die Beeinträchtigung durch die genannten Verhaltensweisen (Littleton *et al.* 2005). Zu jedem Item sollen die Befragten auf einer fünfstufigen Likertskala einschätzen wie oft das entsprechende Verhalten ausgeführt wird (1=„nie“ und 5= „immer“). Erprobt wurde das BICI erstmals an einer vorrangig weiblichen studentischen Stichprobe, da in dieser Population erhöhte Prävalenzen von Körperdysmorphen Störungen bekannt sind. Anhand von fünf Teilstudien wurden die Validität, die interne Konsistenz und die Fähigkeit zur Differenzierung zwischen subklinischen und krankhaften Verhaltensweisen geprüft. Dabei wurden gute psychometrische Daten erreicht ( $\alpha=0.87-0.93$ ). Darüber hinaus korreliert das BICI gut mit dem bereits validierten BDDE-SR und scheint daher zum Erfassen Körperdysmorpher Symptome geeignet. Ein Vorteil des BICI gegenüber dem BDDE-SR besteht in der kürzeren Erhebungszeit. Daher ist dieses Instrument besonders geeignet, wenn größere Stichproben oder verschiedene Methoden gleichzeitig erhoben werden sollen.

In Bezug auf die Differenzierungsfähigkeit zwischen klinischen Störungen und subklinischen Symptomen erreichten Individuen mit einer aktuellen Diagnose einer BDD oder Bulimia Nervosa höhere Scores. Der BICI zeigte bei einem Cut-Off-Wert von  $\geq 72$  eine gute Sensitivität (96%) und eine annehmbare Spezifität (67%). Der BICI scheint somit ein effizientes und brauchbares Instrument zum Erfassen der Schwere einer übersteigerten Besorgnis zu sein, allerdings sind weitere Studien unabdingbar.

### 1.2.8.7 Ratingskala zur Einschätzung der Einstellung (Stangier *et al.* 2000)

Anhand dieser Ratingskala kann die Beeinträchtigung der äußeren Erscheinung sowohl durch den Patienten selbst als auch durch den behandelnden Arzt festgestellt werden. Auf einer Skala, welche elf Stufen umfasst, kann der Grad der Beeinträchtigung festgelegt werden (0=„keine Beeinträchtigung“, 10=„ sehr starke Beeinträchtigung“). Darüber hinaus sollte ebenfalls auf einer elfstufigen Skala von den Untersuchungsteilnehmern eingeschätzt werden, wie andere Personen ihre Beeinträchtigung der äußeren Erscheinung bewerten würden. Eine große Diskrepanz zwischen der vermuteten und der tatsächlichen Fremdbeurteilung liefert einen Hinweis auf geringe Einsicht.

## **Literatur und Forschungsstand**

Validiert wurde die Ratingscale in der von Stangier et al. durchgeführten Studie im Jahre 2000. Hierbei wurden 13 Patienten mit einer KDS, 13 Patienten mit einer Gesichtsentstellung und 21 Patienten ohne Entstellung auf das Vorliegen einer KDS, einer depressiven Störung oder einer Schizophrenie untersucht. Bei dieser Methode wurde eine gute Interrater-Reliabilität (0,95) erzielt.

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Stichproben- und Gruppendesign**

Neben standardisierten Fragebögen, wie dem Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (Cash 2000), dem Dysmorphic Concern Questionnaire (Goldberg 1972, Oosthuizen *et al.* 1998) und dem Körperbezogenen Locus-of-Control Fragebogen (Mrazek 1989) wurde der neuentwickelte Fragebogen zur Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (FMEVA; Preiß und Borkenhagen 2005) verwendet. Dieser Fragebogen wurde auf die erwartbare geringere Ausprägung der Psychopathologie des Patientenkollektivs einer plastisch-chirurgischen Universitätsambulanz abgestimmt und orientiert sich stärker als der Dysmorphic Concern Questionnaire an der Alltagserfahrung von Patienten, die bei einer plastisch-chirurgischen Ambulanz vorstellig werden. Des Weiteren wurden die sozialen Aktivitäten der Probanden mittels Sozialer-Aktivität-Selbstbeurteilungsskala (Duschek *et al.* 2003) und die demographischen Daten anhand des Sozialdatenfragebogens (Brähler *et al.* 1992) erfasst.

Die Untersuchungsgruppe bestand aus 55 Patienten im Alter von 16 bis 65 Jahre, welche im Zeitraum von März 2005 bis Oktober 2006 in der Ambulanz der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universitätsklinik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg vorstellig wurden. Alle Patienten unterzogen sich einer elektiven und rein plastisch-chirurgischen Körperkorrektur. Im Rahmen ihrer Erstvorstellung erhielten die Patienten die Fragebögen (siehe Anhang) und sollten diese bei ihrem präoperativen Untersuchungstermin ausgefüllt zurückgeben. Die Rücklaufquote betrug 82 %. Als Vergleichsgruppe diente eine Population von insgesamt 190 Personen, die durch eine Internetbefragung rekrutiert wurden. Diese Probanden wurden zum Teil durch ausliegende Flyer in Universitätsbibliotheken, Fitnessclubs und Cafés aufgerufen die Onlineversion der verschiedenen Fragebögen via Internet auszufüllen. Des Weiteren wurde auf der Internetpräsenz der Universitätsklinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg ein Link zu der Onlinestudie positioniert.

### **2.2 Verwendete Instrumente**

#### **2.2.1 Erfassung des Körperbildes mit dem Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ, Mühlán 2002, deutsche Version)**

Ein wesentliches Merkmal der Körperdysmorphen Störung ist die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild. Das Körperbild ist nach Paul Schilder definiert als „Ausdruck der subjektiven Geschichte

## Material und Methoden

und der Beziehungserfahrungen des einzelnen Menschen im Hinblick auf seine Körperlichkeit“ (Schilder 1935). Die Einstellung zum eigenen Körper ist durch bewertende und kognitive Komponenten sowie durch Verhaltenskomponenten bestimmt.

Der Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, kurz MBSRQ (Cash 2000) erfasst die körperliche Fitness und das Körpererleben bezüglich Gesundheit und Krankheit. Dabei handelt es sich um ein gut validiertes Instrument zur Bewertung des Körperbildes und wird bei Personen ab 15 Jahren eingesetzt. Um das Körperbild in seiner Gesamtheit zu erfassen, enthält der MBSRQ sieben Faktor-Subskalen, welche die Bereiche äußere Erscheinung, körperliche Leistungsfähigkeit (Fitness), Gesundheits- und Krankheitszustand einschließen. Die Bereiche werden auf einer orientierenden Skala („Orientation Scale“) und einer bewertenden Skala („Satisfaction Scale“) erfasst. Die Befragten bewerten die vorgegebenen Aussagen auf einer fünfstufigen Skala mit 1=„trifft überhaupt nicht zu“ und 5=„trifft vollkommen zu“. Im Folgenden ist beispielhaft dargelegt, inwiefern die Scores auf den jeweiligen Subskalen zu bewerten sind. Niedrigere Werte bezüglich der Skala „Bewertung des eigenen Erscheinungsbildes“ („Appearance Evaluation“) deuten auf eine generelle Unzufriedenheit bezüglich des äußeren Erscheinungsbildes hin. Höhere Werte spiegeln dagegen eine positive Einstellung zum eigenen Körperäußeren wieder. Bezüglich der Skala „Bewertung des Erscheinungsbildes“ („Appearance Orientation“) sind höhere Werte für eine gesteigerte Bedeutung der äußeren Erscheinung hinweisgebend, niedrigere Werte reflektieren eine geringe Bedeutung des Aussehens. Zusätzlich zu den sieben Faktor-Subskalen werden in drei weiteren Subskalen die Bereiche „selbstgeschätztes Gewicht“, „Sorge um (Über-)Gewicht“ und „Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen“ untersucht. Die Skala „Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen“ („Body Areas Satisfaction Scale“) ermittelt die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit bezüglich spezifischer Körperregionen (1=„sehr unzufrieden“, 5=„sehr zufrieden“). Die Skala „Sorge um (Über-) Gewicht“ erfasst Befürchtungen zu dick zu sein, Gewichtszügelung und Diäten (1=„nie“, 5=„sehr oft“). Die Selbstbewertungsskala des Gewichtes reflektiert wie die Person ihr Gewicht wahrnimmt (1=„sehr untergewichtig“, 5=„sehr übergewichtig“).

Darüber hinaus existiert eine verkürzte 34-Item Version des MBSRQs, die MBSRQ-AS (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire Appearance Scales), welche die Subskalen „körperliche Leistungsfähigkeit“ und „Gesundheitszustand“ nicht beinhaltet. Die hier eingesetzte Version entspricht der aus 69 Items bestehenden deutschen Übersetzung von Mühlhan (2002). Es wurde lediglich auf die Subskala „Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen (Item 61-69)“ verzichtet, da davon ausgegangen werden kann, dass für die spezifische Körperregion, welche die größte Unzufriedenheit hervorruft, der plastisch-chirurgische Eingriff gewünscht wird. Die Test-Retest Reliabilität für die verschiedenen Subskalen reichen von 0.61 bis 0.91 und von 0.85 bis 0.88 für die interne Konsistenz.

## Material und Methoden

### 2.2.2 Erfassung Körperdysmorpher Symptome mittels Dysmorphic-Concern-Questionnaire (DCQ; Oosthuizen *et al.* 1998), Eigene Übersetzung

Mit Hilfe des Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) lassen sich Personen mit Körperdysmorpher Störung diagnostizieren. Hierbei wird allerdings die übersteigerte Sorge der KDS-Erkrankten vor allem als Symptom erfasst ohne eine vorschnelle Diagnose zu stellen (Oosthuizen *et al.* 1998).

Basierend auf dem General Health Questionnaire (Goldberg 1972) soll der DCQ per Selbstbeurteilung das Ausmaß der übersteigerten Besorgnis über den scheinbaren Makel bei Patienten mit Körperdysmorpher Störung feststellen. Dabei sollen die Betroffenen anhand von sieben Aussagen einschätzen, ob sie „ 0= überhaupt nicht“, „ 1= genauso“, „ 2= mehr“ oder „ 3= viel mehr als andere Menschen“ um einen scheinbaren physischen Defekt besorgt sind. Es ist somit ein Summenscore von 0-21 möglich. Die verschiedenen Items erfragen das Wesen der übersteigerten Sorge und die in der Vergangenheit unternommenen Versuche mit dem Problem umzugehen. So wird zum Beispiel nach der Überzeugung verunstaltet zu sein oder nach früheren Vorstellungen bei einem Plastischen Chirurgen gefragt. Oosthuizen *et al.* wendeten den DCQ erstmals 1998 an einer Gruppe australischer Psychatriepatienten an, von denen die Mehrheit an einer Schizophrenie oder einer bipolaren affektiven Störung wie der Major Depression erkrankt war (Oosthuizen *et al.* 1998). Für diese Krankheiten wird eine Übersteigerte Sorge als typisches Symptom beschrieben. Jorgensen *et al.* bestimmten 2001 die Validität des DCQ anhand einer Stichprobe mit 65 stationären Psychatriepatienten (Jorgensen *et al.* 2001). Obwohl nur limitierte psychometrische Daten zur Verfügung stehen, konnte in beiden Studien eine zufriedenstellende Interne Konsistenz ( $\alpha = .80$  bis  $.88$ ) und eine konvergente Validität ( $.55$  bis  $.73$ ) berichtet werden (Jorgensen *et al.* 2001, Oosthuizen *et al.* 1998).

Der DCQ ist somit ein verlässliches und valides Testinstrument um eine übersteigerte Besorgnis, wie sie bei einer KDS auftritt, zu bewerten (Jorgensen *et al.* 2001). Stangier *et al.* verwendeten eine eigene Übersetzung des DCQ's bei einer in Deutschland durchgeführten Untersuchung mit 156 dermatologischen Patienten (Stangier *et al.* 2003). Die Ergebnisse waren zufriedenstellend und bestätigen die Validität des DCQ als ein sensitives und spezifisches Screeninginstrument. Bei einem Cut-Off-Wert von  $\geq 14$  erfolgte eine optimale Zuordnung der an KDS erkrankten Patienten (Spezifität 91 %, Sensitivität 72 %; Stangier *et al.* 2003). Ein weiterer Vorteil besteht in dem geringen Zeitaufwand von zwei bis fünf Minuten zum Erheben des DCQs (Jorgensen *et al.* 2001). Somit kann der Fragebogen auch als Routineinstrument für die klinische Praxis empfohlen werden.

Allerdings sollte zusätzlich ein Messinstrument verwendet werden, welches den Schweregrad der KDS erfasst, da der DCQ allein keinen Rückschluss auf das Vorliegen einer KDS erlaubt (Oosthuizen *et al.* 1998). Erschwerend für die Zuverlässigkeit ist jedoch die subjektive Einschätzung der Besorgnis im Vergleich zu anderen Individuen durch die Patienten selbst (Stangier *et al.* 2003).

### **2.2.3 Erfassung soziodemographischer Daten (SOZIODAT; Brähler *et al.* 1992), modifizierte Version (Preiß und Borkenhagen 2003)**

Der SOZIODAT nach Brähler *et al.*(1992) erfasst Merkmale in den Bereichen a) Geschlecht, b) Alter, c) Familie, d) Einkommen, e) Region, f) Schulbildung, Ernährung und h) Sport. In der vorliegenden Studie wurde die modifizierte Version von Preiß und Borkenhagen verwendet, in welcher zusätzliche Daten für die Merkmale Sport und Gesundheit erhoben werden (2003). Des Weiteren wird der Fragebogen um das Merkmal i) belastende Erlebnisse in den letzten 2 Jahren erweitert, um diese Ereignisse im Vorfeld des Entschlusses zu einer plastisch-chirurgischen Körperkorrektur zu erfassen. Gefragt wurde nach Krankheiten, Unfällen, Trennungen vom Partner, Konflikten mit Freunden oder Familienmitgliedern, seelischen Krisen, finanziellen und/oder beruflichen Problemen. Darüber hinaus wird anhand einer offenen Frage nach anderen belastenden Situationen gesucht. Die Patienten werden gebeten, die belastenden Lebensereignisse hinsichtlich ihrer subjektiven Bedeutung einzuschätzen (Preiß und Borkenhagen 2005).

Hierbei wird hinterfragt, ob eines der genannten Ereignisse stattgefunden hat und ob diese Belastung momentan noch von Bedeutung ist.

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

Für die Diagnosestellung einer KDS erscheint es neben der reinen Erhebung der Symptome mittels eines Diagnoseinstruments wie dem DCQ auch bedeutsam die Motive und Einstellungen zu erfassen, die dem Inanspruchnahmewunsch einer plastisch-chirurgischen Körperkorrektur zugrunde liegen. Da bisher aus dem deutschen Sprachraum keine Fragebögen zu den Motiven und Behandlungserwartungen bei einer plastisch-chirurgischen Körperkorrektur vorliegen, wurde ein solcher Fragebogen aus qualitativen Vorstudien (Borkenhagen 2003) entwickelt. Die wesentlichen Teile dieses Tests (FKABE, Preiß und Borkenhagen 2003) wurden im Rahmen einer Pilotstudie (Preiß 2007) bei Patientinnen, welche sich einer Brustverkleinerung (Mammareduktionsplastik) unterzogen, klinisch evaluiert.

Er umfasst neben krankheitsspezifischen Aspekten auch die Motive und Hoffnungen der Patienten, um so einer vorschnellen Pathologisierung plastisch-chirurgischer Patienten entgegen zu wirken (Preiß und Borkenhagen 2005). Dabei interessieren die persönlichen Einstellungen zu plastisch-chirurgischen Eingriffen, das Inanspruchnahmeverhalten und die Zufriedenheit bezüglich

## **Material und Methoden**

kosmetischer Operationen, die Ängste vor plastisch-chirurgischen Eingriffen, externe Empfehlungen zu kosmetischen Eingriffen, die Einstellung zum Aussehen und dem eigenen Körper, bisher durchgeführte Maßnahmen zur Veränderung des Aussehen, äußere Einflüsse auf die Zufriedenheit bezüglich des eigenen Aussehens und dem Verhalten beim Kleidungskauf.

Die Fragen werden offen oder durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten entsprechend einer fünfstufigen Skala, gestellt.

### **2.2.5 Erfassung der sozialen Aktivität mittels Sozialer-Aktivität-Selbstbeurteilungsskala (SASS; Duschek *et al.* 2003)**

Mit der Sozialen-Aktivität-Selbstbeurteilungsskala wird die soziale Aktivität untersucht, das heißt die Interaktion zwischen dem Patient und seiner sozialen Umwelt. Neben der Motivation zu sozialen Aktivitäten werden Qualität und Umfang der bestehenden Sozialbeziehungen, die wahrgenommene soziale Unterstützung, die Rollenzufriedenheit und die Kompetenz zwischenmenschlicher Beziehungen erfasst (Duschek *et al.* 2003).

Die ursprüngliche Form des SASS, die „Social Adaption Self-evaluation Scale“ wurde in Frankreich erstellt und in englischer Sprache publiziert. Die Validierung erfolgte an einer 3363 Testpersonen umfassenden französischen Repräsentativstichprobe (Bosc *et al.* 1997) sowie im Rahmen zweier internationaler Studien zur Wirksamkeit zweier Antidepressiva (Dubini *et al.* 1997b, Dubini *et al.* 1997a). Die Validierung der Deutschen Version erfolgte 2000 durch Schandry an 116 Patienten (Schandry 2000). Insgesamt 20 Items beziehen sich auf die verschiedenen Lebensbereiche Familie, Freizeitaktivitäten, Arbeit, Freundes- und Bekanntenkreis. Die befragten Personen beantworten diese Fragen auf einer vierstufigen Skala (sehr viel, mäßig, wenig, gar nicht) und werden zu einem Gesamtwert aufsummiert. Somit kann die soziale Beeinträchtigung durch depressive Krankheiten und andere Störungen evaluiert werden. Als unterer Schwellenwert des Normbereiches gilt dabei der Wert 35. Niedrige Werte deuten eine Tendenz zu sozialem Rückzug an, hohe Skalenwerte dagegen drücken ein hohes Maß an sozialer Aktivität aus.

### **2.2.6 Körperbezogener Locus-of-Control Fragebogen (KLC; Mrazek 1989), verkürzte Version**

Dieser von Mrazek (1989) entwickelte Fragebogen zielt darauf ab, sowohl internale als auch externale körperspezifische Kontrollüberzeugungen zu erfassen. In der Vollversion umfasst dieses Instrument 18 Items. Die verschiedenen Aussagen sind auf einer fünfstufigen Skala nach dem Grad

## **Material und Methoden**

des Zutreffens von „trifft überhaupt nicht zu (1)“ bis „trifft vollkommen zu (5)“ zu beantworten. Die Kontrollüberzeugungen werden in den spezifischen Bereichen Gesundheit, Aussehen und körperliche Leistungsfähigkeit jeweils mit sechs parallel formulierten Items auf internaler und externaler Ebene erfasst. Als externale Kontrolle wird zwischen „Glück“ und „Zufall“ differenziert. Da in dieser Studie besonders die Kontrollüberzeugungen bezüglich der äußeren Erscheinung von Bedeutung sind, wird eine verkürzte Version verwendet, welche nur den Teilbereich Aussehen Internal und External umfasst. Die bisher erlangten Gütekriterien zu diesem Fragebogen reichen von ungenügend bis gut ( $\alpha = .55 - .79$ ; Mrazek 1989).

### **3 Ergebnisdarstellung**

#### **3.1 Soziodemographische und soziale Daten (Soziodat)**

Die Stichprobe setzte sich aus 48 Frauen und 6 Männern zusammen, eine Person machte zu ihrem Geschlecht keine Angabe. Mit Ausnahme einer Person (mit polnischer Staatsangehörigkeit) hatten alle teilnehmenden Patienten die deutsche Staatsbürgerschaft. Hinsichtlich der soziodemographischen Daten ergaben sich für die Gruppe der plastische-chirurgischen Patienten die in Tabelle 3.1. dargestellten Verteilungen. Die soziodemographischen Angaben der Untersuchungsgruppe (UG) wurden den Angaben der Vergleichsgruppe (VG), welche sich aus 190 Teilnehmern einer Internetbefragung (112 Frauen und 70 Männer, 8 Personen ohne Geschlechtsangabe) zusammensetzt, gegenübergestellt (vgl. Abb 3.1).

##### **3.1.1 Herkunft der Teilnehmer/Innen**

Da die Patienten in der Ambulanz der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universitätsklinik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg vorstellig wurden, stammte der überwiegende Teil (85 %) des Patientenkollektives aus den neuen Bundesländern. Nur 8 Patienten kamen aus den alten Bundesländern (15 %). Im Gegensatz dazu stammte die Mehrheit (61 %) der Teilnehmer aus der Internetbefragung aus den alten Bundesländern, 39 % kamen aus den neuen Bundesländern. Wie erwartet zeigte sich, dass 80 % der Patienten der UG in Sachsen-Anhalt lebten und 10% aus dem Nachbarbundesland Niedersachsen kommen. Jeweils 4 % der Patienten stammten aus Hamburg sowie Nordrhein-Westfalen und 2 % lebten in Berlin/Brandenburg. Für die Teilnehmer aus der Internetbefragung ergab sich eine heterogenere Herkunftsverteilung: 29 % stammten aus Sachsen-Anhalt, 28 % aus Bayern, 15 % aus Nordrhein-Westfalen, 13 % aus Berlin/Brandenburg, 3 % aus Hamburg, 2 % aus Niedersachsen, jeweils 1 % aus Rheinland-Pfalz, Bremen, Hessen, Sachsen sowie dem Saarland. Da die plastisch-chirurgischen Patienten in der Ambulanz der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universitätsklinik Magdeburg vorstellig wurden, stammte erwartungsgemäß die Mehrzahl (57 %) der Patienten aus der ländlichen Umgebung Magdeburgs, also aus Ortschaften mit bis zu 20000 Einwohnern. In Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern, wie z. B. Magdeburg, lebten 35 % der chirurgischen Patienten. Im Gegensatz dazu lebte die Mehrheit der Probanden aus der VG in Großstädten (>100.000 Einwohner, 59 %) und nur 12 % kamen aus Ortschaften die 20000 oder weniger Einwohner beherbergen.

## Ergebnisdarstellung

Ausprägung	UG %(n)	VG % (n)
<b>Geschlecht</b>		
Weiblich	89 (48)	61,5 (112)
Männlich	11 (6)	38,5 (70)
<b>Alter</b>	$\bar{X} = 37,6$ ; SD = 12,7; AR = 16-65	$\bar{X} = 29,5$ ; SD = 8,7 ; AR = 17-55
<b>Altersgruppen</b>		
-25	20 (10)	50 (90)
26-30	12 (6)	17 (31)
31-35	12 (6)	12 (22)
36-40	18 (9)	8 (14)
41-45	14 (7)	7 (13)
46-50	12 (6)	3 (5)
51-55	2 (1)	4 (7)
56-60	4 (2)	0 (0)
>60	8 (4)	0 (0)
<b>Bildung und Beruf</b>		
<b>Bildungsstand</b>		
Keinen Abschluss	0 (0)	1 (1)
Hauptschulabschluss	17 (9)	2 (4)
Realschulabschluss	59 (32)	15 (28)
Fachabitur	0 (0)	4 (8)
Abitur/Hochschulreife	15 (8)	49 (90)
Fach-/Hochschulabschluss	9 (5)	29 (54)
<b>Berufsgruppe</b>		
Angestellte/r	46 (25)	53 (87)
Student/in	0 (0)	24 (40)
Selbständige/r	2 (1)	10 (16)
Beamte/r	2 (1)	4 (6)
Schüler/in	4 (2)	3 (5)
Arbeiter/in	11 (6)	2 (3)
Azubi	7 (4)	2 (3)
Arbeitslos	4 (2)	1 (2)
Hausfrau/-mann	20 (11)	1 (1)
Sonstiges	4 (2)	1 (1)
<b>Zeitstruktur Beruf</b>		
Ganztags	73 (24)	69 (117)
Teilzeit	21 (7)	22 (27)
Stundenweise	6 (2)	9 (16)

## Ergebnisdarstellung

<b>Herkunft</b>		
<b>Aufgewachsen</b>		
Neue Bundesländer	85 (44)	39 (72)
Alte Bundesländer	15 (8)	61 (113)
<b>Wohnort (Einwohner)</b>		
0-500	12 (6)	2 (3)
501-5000	31 (15)	10 (17)
5001-20000	14 (7)	12 (22)
20001-100000	8 (4)	17 (31)
>100000	35 (17)	59 (105)
<b>Familie und Partnerschaft</b>		
<b>Familienstand</b>		
Ledig	47 (25)	78 (139)
Verheiratet	40 (21)	14 (25)
Geschieden	6 (3)	8 (14)
Eingetragene Partnerschaft	6 (3)	1 (1)
Verwitwet	2 (1)	0 (0)
<b>Art des Zusammenlebens</b>		
Single	21 (11)	32 (58)
Unverheiratet mit Partner/in	26 (14)	26 (46)
Beziehung-mit 2 Haushalten	13 (7)	29 (51)
Verheiratet mit Ehepartner	26 (14)	13 (23)
Verheiratet-getrennt lebend	13 (7)	1 (1)
<b>Kinder</b>		
0	29 (14)	79 (108)
1	37 (18)	9 (12)
2	25 (12)	9 (12)
3	8 (4)	3 (4)
4	0 (0)	1 (1)
5	1 (2)	0 (0)
<b>Beziehungsqualität</b>		
Sehr zufrieden	30 (13)	31 (46)
Meistens zufrieden	52 (23)	35 (51)
Weder zufrieden /unzufrieden	16 (7)	13 (19)
Meistens unzufrieden	2 (1)	10 (15)
Sehr unzufrieden	0 (0)	11 (16)

Tab. 3. 1 Darstellung der Soziodemographischen Angaben der Untersuchungsgruppe (UG) und der Vergleichsgruppe (VG),  $\bar{X}$  = arithmetisches Mittel, AR= Altersrange

## **Ergebnisdarstellung**

### **3.1.2 Altersstruktur**

Der jüngste Studienteilnehmer war 16 Jahre, der älteste 65 Jahre alt. Für die Untersuchungsgruppe errechnete sich ein Durchschnittsalter von 38 Jahren. Im Detail ergab sich für die Altersstruktur folgende Verteilung: Zwanzig Prozent der Untersuchungsgruppe waren zwischen 16 und 25 Jahre, jeweils 12 % waren zwischen 26 und 30 Jahre bzw. zwischen 31 und 35 Jahre alt. 18 % der Untersuchten waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 36 und 40 Jahre alt und 13 % zwischen 41 und 45 Jahren alt. In der Altersgruppe der 46- bis 50-jährigen lag die Häufigkeit bei 12 %, lediglich 2 % waren zwischen 51 und 55 Jahre alt. Die Altersgruppe der 56- bis 60-jährigen erreichte eine Häufigkeit von 4 % ,60 Jahre und älter waren 8 % der untersuchten Patienten.

Die Teilnehmer der VG waren mit einem Mindestalter von 17 Jahren (3X) und einem Maximalalter von 55 Jahren (2x) bei einem durchschnittlichen Alter von 29,5 Jahren jünger, als die Patienten der plastisch-chirurgischen Stichprobe. Dies zeigte sich weiterhin in der Verteilung der Altersgruppen: 50 % der Probanden in der VG waren 25 Jahre oder jünger, 17 % waren zwischen 26 und 30 Jahren alt. Die Gruppe der 31 bis 35 jährigen nahm 12 % ein, die Gruppe der 36-40 jährigen kam auf 8 %. Zehn Prozent waren zwischen 41 und 50 Jahren alt. Lediglich 4 % der 190 Teilnehmer aus der Internetbefragung waren über 50 Jahre alt.

### **3.1.3 Schulische Ausbildung**

Die Mehrzahl der 55 untersuchten plastisch-chirurgischen Patienten der UG erlangte einen Realschulabschluss (59 %), 9 Patienten schlossen die Schule mit einem Hauptschulabschluss ab (17 %), 8 Patienten besitzen das Abitur oder eine Hochschulreife (15 %). Nur 5 Patienten können ein abgeschlossenes Fach- oder Hochschulstudium vorweisen (9 %).

In der Gruppe der Teilnehmer der Internetbefragung erlangte die Mehrheit (49 %) das Abitur, 29 % erreichten die Hochschulreife bzw. 4 % ein Fachabitur. Lediglich 15 % erreichten einen Realschulabschluss. 4 Probanden legten einen Hauptschulabschluss ab. Eine Person konnte keinen Abschluss nachweisen.

Insgesamt gesehen haben die Teilnehmer der VG einen höheren Bildungsabschluss als die untersuchten plastisch-chirurgischen Patienten.

### **3.1.4 Beruflicher Status und Beschäftigungsverhältnis**

Um die Studienteilnehmer besser hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes einordnen zu können, wurden die plastisch-chirurgischen Patienten nach ihrem derzeitig ausgeführten Beruf befragt. Fünfzehn der insgesamt 55 Befragten machten hierzu keine Angabe (27 %). Von den verbleibenden 35 Personen überwog der Anteil der kaufmännischen Angestellten mit 16 %. Auffällig war auch eine Häufung (9 %)

## Ergebnisdarstellung

in sozialen Berufen wie Erzieher/in, Altenpfleger/in oder Lehrer/in. Fast 6 % waren im Gesundheitswesen als Krankenschwester/-Pfleger tätig. Jeweils 4 % waren in dem Bereich der Ordnungs- und Sicherheitsberufe, als Verkaufspersonal oder im sonstigen Dienstleistungsbereich beschäftigt. Metall- und Anlagenberufe, Elektroberufe und Dienstleistungskaufleute machten lediglich 2 % aus. Eine Probandin war sowohl als Lehrerin als auch als Dolmetscherin tätig. Sechs Personen der Untersuchungsgruppe waren bereits berentet, wobei eine Person als Frührentner in den Ruhestand ging. Insgesamt 46 % haben ein Arbeitsverhältnis als Angestellte/r und 11 % als Arbeiter/in. Jeweils 2 % sind verbeamtet bzw. selbstständig. Sieben Prozent befinden sich noch in der Ausbildung, 4 % gehen noch zur Schule. Insgesamt 20 % sind Hausmann oder Hausfrau. Die Berufsgruppe „Sonstiges“ nimmt 4 % ein. Hierzu zählen Rentner und Ableistende des Freiwillig Sozialen Jahres

Insgesamt 4 % UG sind derzeit ohne festes Arbeitsverhältnis. Bei diesen plastisch-chirurgischen Patienten war jedoch vergleichend zur VG keine Auffälligkeit in Bezug auf die Dauer der Arbeitslosigkeit, wie ein gehäuftes Auftreten von Langzeitarbeitslosigkeit zu erkennen. Jeweils 33 % der Patienten ohne Beschäftigung waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 1-2 bzw. 3-4 Jahre arbeitslos und jeweils 17 % waren 7-8 Jahre bzw. bis zu sechs Monate ohne Beschäftigung.

Unter den Teilnehmern der Internetbefragung überwog ebenfalls die Gruppe der Angestellten (53 %) gefolgt von den Studenten/innen (24 %). 10% der VG waren zum Untersuchungszeitpunkt selbständig und 4 % verbeamtet. Die Gruppe der Schüler/innen machte unter den Probanden der VG 3 % aus. Jeweils 2 % gaben an Arbeiter/innen bzw. Auszubildende zu sein. Darüber hinaus waren zudem zwei Personen der VG ohne festes Arbeitsverhältnis (1 %). Die Gruppe „ Sonstiges“ machte nur 1 % aus.

Für die Zeitstruktur des Berufes ergaben sich in der UG folgende Angaben: 72 % arbeiteten ganztags, 21 % gingen ihrem Beruf als Teilzeitkraft nach und 6 % führten ihre Tätigkeit stundenweise aus. Auch in der VG war die Mehrzahl der Probanden ganztags beschäftigt (69 %). Zweiundzwanzig Prozent gingen einer Teilzeitbeschäftigung nach und 9 % arbeiteten nur stundenweise.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass in der VG qualifiziertere Tätigkeitsstrukturen erreicht wurden, was vor allem durch den in 3.1.3 bereits erläuterten höheren Bildungsabschluss zu begründen ist.

### 3.1.5 Partnerschaftliche Situation und Familienstand

Die Mehrzahl der plastisch-chirurgischen Patienten (47 %) war zum Untersuchungszeitpunkt ledig, 40 % waren verheiratet, 6 % geschieden, 6 % lebten in einer eingetragenen Partnerschaft und 2 % gaben an, verwitwet zu sein. Von den 25 ledigen Patienten lebten 11 (21 %) als Single, 14 (26 %) zusammen mit einem Partner oder einer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt und 7 (13 %) lebten in getrennten Haushalten. Von den verheirateten Personen lebten 13 % getrennt vom Ehepartner.

## Ergebnisdarstellung

Der größte Anteil der Patienten lebt bereits 5-10 Jahre (n=8) bzw. 11-20 Jahre in einer festen Partnerschaft (n=7). Darüber hinaus gaben 52 % an „meistens zufrieden“ mit ihrer Partnerschaft zu sein. Dreißig Prozent waren „sehr zufrieden“ mit ihrer partnerschaftlichen Situation. Nur 2 % fühlten sich „meistens unzufrieden“ in ihrer Beziehung.

Rund ein Drittel der befragten Patienten hatte zum Untersuchungszeitpunkt ein Kind, 26 % keine, 22 % zwei und 9 % hatten drei oder mehr Kinder.

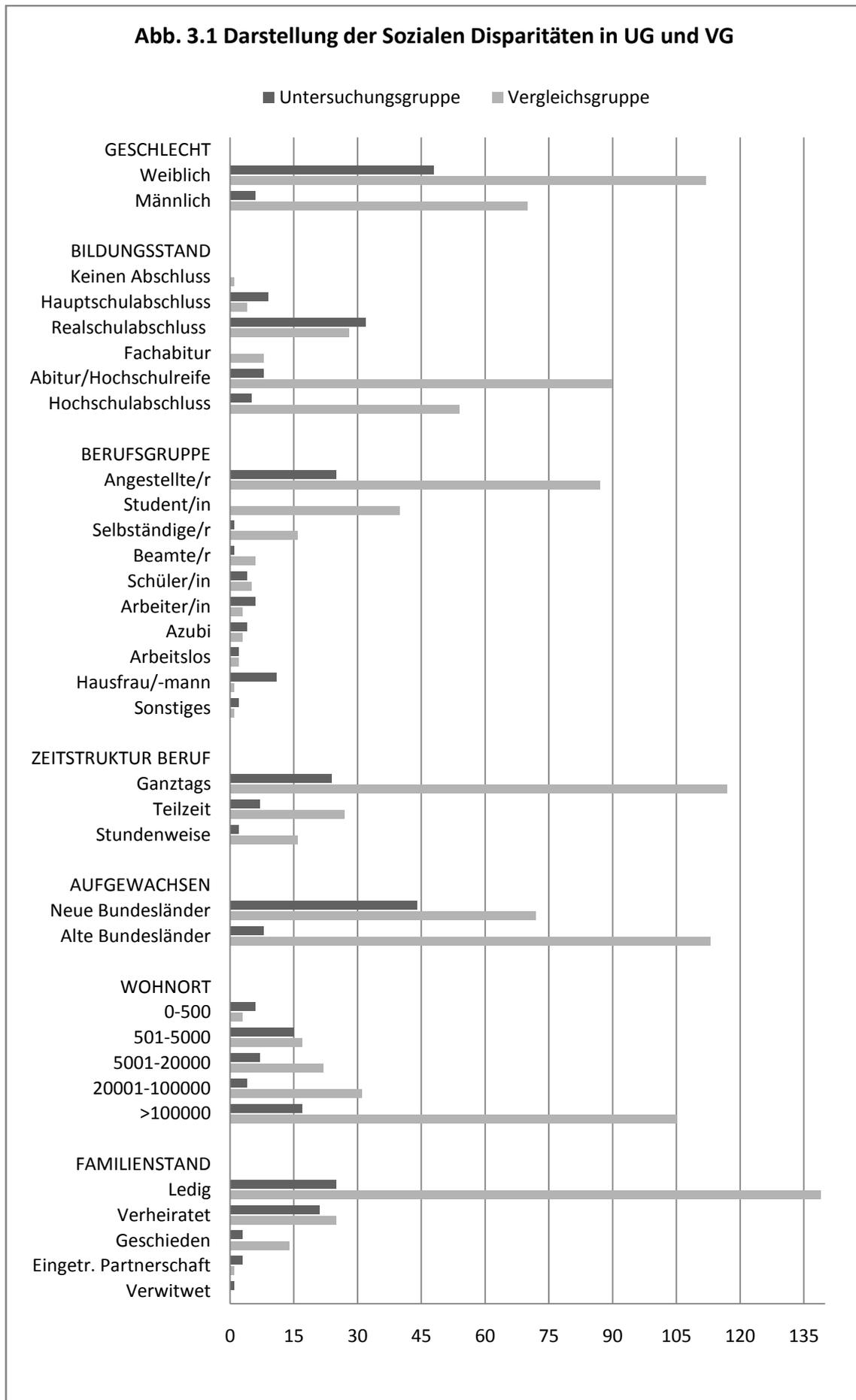
Vergleichend lässt sich feststellen, dass in der VG die Mehrheit der Teilnehmer zum Untersuchungszeitpunkt ledig war (78 %). Darüber hinaus fanden sich unter den Teilnehmern der Internetbefragung weniger verheiratete Probanden (14 %). Der Anteil der geschiedenen Ehepartner in der VG war ähnlich groß wie unter den plastisch-chirurgischen Patienten (8 %). Etwa zwei Drittel der Teilnehmer der Internetbefragung lebten in einer festen Beziehung, davon 29 % in getrennten Haushalten, 26 % unverheiratet mit einem Partner und 32 % als Singles.

Darüber hinaus war der überwiegende Anteil der Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Untersuchung kinderlos (79 %), jeweils 9 % hatten ein bzw. zwei Kinder und 4 % hatten 3 oder mehr Kinder.

Hinsichtlich der positiven Partnerzufriedenheit ergab sich für die VG folgende Aufteilung: 35 % bzw. 31 % der VG gaben an, meistens bzw. sehr zufrieden mit ihrer Partnerschaft zu sein. Es befanden sich jedoch überraschender Weise unter den Teilnehmern der Internetbefragung mehr Personen die sehr (11 %) oder meistens unzufrieden (10 %) mit Ihrer Partnerschaft waren, als unter den plastisch-chirurgischen Patienten, welche einen korrektiven Eingriff wünschten.

Die Unzufriedenheit bezüglich einer bestimmten Körperregion und der damit verbundene Wunsch nach einer operativen Körperkorrektur hatte unter den ästhetisch-chirurgischen Patienten keinen größeren negativen Einfluss auf die Zufriedenheit bezüglich der eigenen Partnerschaft als bei den Teilnehmern ohne Wunsch nach einer ästhetischen Operation.

## Ergebnisdarstellung



## Ergebnisdarstellung

### 3.1.6 Bewertung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes

In Bezug auf Ihren allgemeinen Gesundheitszustand gab der überwiegende Teil der befragten Patienten (54 %) das gesundheitliche Befinden als gut an, 26 % als zufriedenstellend und 7 % sogar als sehr gut. Lediglich 11 % bewerteten ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. 2 % als schlecht. Erwartungsgemäß beurteilte die Mehrheit der Probanden der VG ihren Gesundheitszustand besser als die Probanden der UG: Insgesamt 24 % der Teilnehmer der Internetbefragung beurteilten ihre Gesundheit als sehr gut, 48 % als gut. Siebzehn Prozent waren zufrieden. Lediglich 10 % waren weniger zufrieden mit der gesundheitlichen Verfassung. Nur eine Person empfand ihren Zustand gesundheitlich als schlecht (vgl. Tab. 3.2).

Die plastisch-chirurgischen Patienten beurteilten ihren Gesundheitszustand schlechter als die Teilnehmer der VG. Dieser selbstbewertete schlechtere gesundheitliche Zustand könnte, wie vorher vermutet, ein Grund für den Wunsch nach einer operativen Körperkorrektur sein.

<b>Eigener Gesundheitszustand</b>	<b>UG</b>	<b>VG</b>
Sehr gut	7 (4)	24 (44)
Gut	54 (29)	48 (86)
Zufriedenstellend	26 (14)	17 (31)
Weniger gut	11 (6)	10 (18)
Schlecht	2 (1)	1 (1)

Tab.: 3.2. Bewertung des Gesundheitszustandes

### 3.1.7 Körperregionen der gewünschten Eingriffe

Es interessierte im Besonderen, welche Körperregionen plastisch-chirurgisch verändert werden sollten. Dabei ergab sich eine eindeutige Präferenz der Brust (49 %), gefolgt von Eingriffen die den Bauch betreffen (16 %). Deutlich weniger werden korrigierende Eingriffe im Bereich des Gesichtes (8 %), der Nase (6 %), der Oberarme (5 %), der Oberschenkel (4 %), der Waden (2 %), des Halses (2 %), den Füßen (2 %), des Gesäßes und der Ohren (2 %) angestrebt (vgl. Abb. 3.2).

## Ergebnisdarstellung

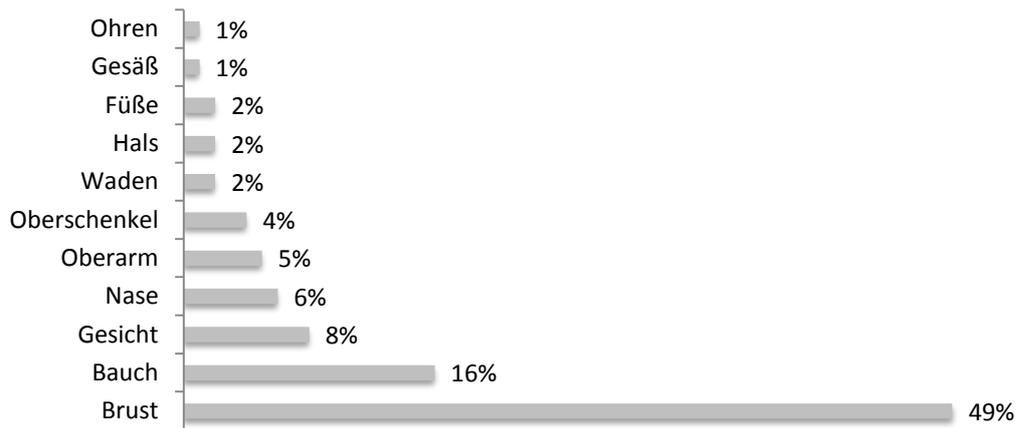


Abb. 3.2. Darstellung der Körperregionen, für die eine operative Korrektur gewünscht wird

### 3.1.8 Anzahl im Vorfeld aufgesuchter Ärzte

Erwartungsgemäß gab ein großer Teil der plastisch-chirurgischen Patienten an, „mehr als andere“ Menschen (36 %), oder „viel mehr als andere“ Menschen (14 %) Arztbesuche in Anspruch zu nehmen. Dagegen gaben 25 % an, den Arzt genauso häufig „wie die meisten anderen auch“ aufzusuchen und 20 % berichteten „überhaupt“ nicht zum Arzt zu gehen. In der VG wurden dieses Item nicht erhoben.

### 3.1.9 Gewicht und BMI

Der Body-Mass-Index (BMI) ist ein vom Geschlecht unabhängiges Gewichtskriterium, welches aus dem Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (m<sup>2</sup>) errechnet wird. Damit lassen sich Voraussagen bezüglich der Mortalität treffen. Von der Gesellschaft für Ernährung (DGE) wurde 1992 vorgegeben, den BMI ebenfalls unabhängig vom Alter zu klassifizieren (Biesalski 1995). Es gilt jedoch prinzipiell die Einteilung des Gewichtes anhand der gebräuchlichen Körpermaße wie in Tabelle 3.3 dargestellt.

Für die Untersuchungsstichprobe ergab sich ein Durchschnittswert für den BMI von 24. Im Einzelnen ergaben sich folgende Verteilungen: Für 13 % der Untersuchten errechnete sich ein BMI von unter 18,5. Damit lagen diese Patienten zum Untersuchungszeitpunkt unter dem laut WHO für das Normalgewicht ermittelten Body Mass Index von 18,5-24,99 ([http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html), Stand 09.12.2009).

Die Mehrheit der Untersuchungsgruppe (55 %) erreichte allerdings einen BMI der dem Normalgewicht entsprach. An einer Präadipositas (BMI 25-29,99) litten 20 % der untersuchten Individuen und 13 % erreichten einen BMI-Wert der einer Adipositas Grad I (BMI 30 bis 34,99) entsprach. Lediglich 4 % der Untersuchungsgruppe waren mit einem BMI von 35-39,99 übergewichtig im Sinne einer Adipositas Grad II und ein Individuum (2 %) erreichte mit einem BMI über 40 eine

## Ergebnisdarstellung

Adipositas dritten Grades. Unter den Probanden der VG befanden sich deutlich mehr Personen, deren BMI dem Normalgewicht entsprach (73 %). Weiterhin litten weniger Teilnehmer der Internetbefragung unter einer Adipositas Grad I (5 %). Lediglich eine Person der VG war mit einem BMI von 48 übergewichtig im Sinne einer Adipositas Grad III. Darüber hinaus lag der Anteil der untergewichtigen Personen mit 3 % deutlich unter dem der Teilnehmer der UG.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Probanden der plastisch-chirurgischen Untersuchungsgruppe häufiger an Übergewicht litten. Inwiefern das Übergewicht der Probanden einen Einfluss auf die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit bezüglich des äußeren Erscheinungsbildes nimmt, kann hierdurch nicht geklärt werden.

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

Tab. 3. 3 Übersicht über die Verteilung des BMI nach WHO

## 3.2 Soziale Aktivität

Anhand der Soziale-Aktivitäts-Selbstbeurteilungs-Skala wurde die Interaktion des Patienten mit seiner sozialen Umwelt untersucht. Die Auswertung der Skala erfolgte analog zu Duschek *et al.* (2003) als Summenscore, wobei der Cut-Off-Wert zur Unterscheidung zwischen „normaler“ und „reduzierter“ sozialer Aktivität bei 35 liegt. Darüber hinaus wurden die Häufigkeiten der Patientenaussagen auf Einzelitemebene erfasst, um genauere Aussagen bezüglich der einzelnen Items treffen zu können. Da einige Patienten den SASS nicht vollständig ausfüllten, wurden zur Berechnung des Gesamtscores nur die komplett beantworteten Bögen verwendet (n=50). Der dabei erreichte Gesamtwert erstreckte sich von 28 bis 58. Insgesamt lagen sieben (14 %) der 50 Patienten unter dem von Duschek *et al.* (2003) festgelegten Cut-Off-Wert von 35 (vgl. Tab.3.4). Werte zwischen null und 34 spiegeln den klinisch relevanten Bereich des sozialen Rückzugs wieder. Es ist anzunehmen, dass diese sieben Patienten zum Untersuchungszeitpunkt eine reduzierte soziale Aktivität aufwiesen. Ein möglicher Grund dafür könnte in den durch die Körperregion, für welche ein plastisch-chirurgischer Eingriff gewünscht wird, hervorgerufenen Schamgefühlen liegen.

## Ergebnisdarstellung

Summenscore	Häufigkeit	Prozent(%)	Summenscore	Häufigkeit	Prozent(%)
28	2	4			
31	1	2	43	4	8
32	1	2	44	6	12
33	2	4	46	2	4
34	1	2	47	2	4
35	1	2	48	2	4
36	2	4	49	3	6
37	1	2	50	3	6
39	3	6	51	2	4
40	2	4	52	3	6
41	2	4	53	2	4
42	2	4	58	1	2
			<b>Gesamt</b>	50	100

Tab. 3.4 SASS-Summenscore der UG, Cut-Off-Wert <35

Weiterhin wurden die Häufigkeiten aller Aussagen auf Einzelitemniveau ermittelt. Erwartungsgemäß bewertete die Mehrzahl der Patienten das Aussehen als sehr wichtig (Item 18: „Achten Sie auf Ihre Erscheinung?“). Vierundsechzig Prozent der Patienten gaben an „sehr“, 27 % „mäßig“ und 4 % „nur wenig“ auf ihr äußeres Erscheinungsbild zu achten. Darüber hinaus ist eine Tendenz bezüglich der erhöhten Bedeutung der Familie als soziales Umfeld aufgefallen. Bei dem plastisch-chirurgischen Patientenkollektiv schien die Familie eine bedeutende Rolle einzunehmen. So gaben 67 % bzw. 20 % an ein „sehr gutes“ bzw. „gutes“ Verhältnis zur Familie zu haben (Item 6: „Wie ist das Verhältnis zu ihrer Familie“).

Auch den Kontakt zur Familie beschrieben 85 % mit „sehr häufig“ oder „häufig“ (Item 5: „Wie häufig sehen Sie ihre Familienmitglieder?“). Den Kontakt mit anderen Menschen suchten dagegen nur 9 % „sehr aktiv“. Als „aktiv“ gaben 38 % und als „mäßig“ 53% der Probanden das Bestreben nach Kontaktaufnahme zu anderen Menschen an (Item 8). Die Beziehungsqualität zu den Menschen, mit denen die Patienten Kontakt hatten, bewerteten 22 % als „sehr gut“ bzw. 55 % als „gut“ (Item 9).

Als „unbefriedigend“ oder „recht gut“ schätzten dagegen 6 % bzw. 17 % der Patienten ihre Beziehungsqualität zu anderen Menschen ein. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass 19 % „häufig“ und 65 % „manchmal“ Schwierigkeiten hatten, ihre persönliche Meinung in Ihrer sozialen Umgebung zum Ausdruck zu bringen (Item16). Nur 15 % der plastisch-chirurgischen Patienten kannten solche Schwierigkeiten zum Untersuchungszeitpunkt nicht. Darüber hinaus fühlten sich 6 % „häufig“ und 43 % „manchmal“ von Ihrem Umfeld abgelehnt (Item 17). Etwa die Hälfte (51 %) der Probanden fühlten sich „nie“ von ihrem Umfeld ausgeschlossen. In der Vergleichspopulation wurde dieses Testinstrument nicht verwendet.

### 3.3 Hinweise für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung

Die Auswertung des Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ; Oosthuizen et al. 1998) erfolgte analog zu Stangier et al. (2003). Wie beschrieben besteht dieses Instrument aus sieben Items, welche anhand einer vierstufigen Skala mit „überhaupt nicht“ (0), „wie die meisten anderen auch“ (1), „mehr als andere Menschen“ (2) und „viel mehr als andere Menschen“ (3) zu beantworten sind. Daraus ergaben sich Werte für den Summenscore von 0 bis 21. Dieses Testinstrument wurde bei der Patientenstichprobe (=Untersuchungsgruppe UG) angewendet und den Ergebnissen aus der Internetbefragung (=Vergleichsgruppe VG) gegenübergestellt. Der Mittelwert des Summenscores betrug in der Untersuchungsgruppe 8,52 bei einem Minimum von 0 und einem Maximum von 17. In der Vergleichsgruppe lag der Mittelwert bei 6,37, wobei ein Minimum von 0 und ein Maximum von 21 erreicht wurden.

Summenscore	0	1	2	3	5	7	8	9	10	11	12	13	14	17
Häufigkeit	1	1	2	6	2	6	7	4	3	5	3	5	4	1
Prozent	2%	2%	4%	12%	4%	12%	14%	8%	6%	10%	6%	10%	8%	2%

Tab. 3.5 DCQ-Score UG; Cut-Off-Wert  $\geq 14$

Zudem ergab sich im statistischen Vergleich mittels Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben ein signifikanter Unterschied bezüglich der Summenscoredifferenz ( $p = .001$ ). Die erhöhten Mittelwerte in der UG waren zum Teil durch die Fragestellung bedingt, wie z.B. „Haben Sie wegen dieser Sorgen bereits einen Hautarzt/plastischen Chirurgen oder Hausarzt aufgesucht, oder glaubten Sie, einen aufsuchen zu müssen?“ (Item 4 Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 161,22; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 108,96). Diese Frage mussten alle plastisch-chirurgischen Patienten bejahen. Bei der Betrachtung der Häufigkeiten der einzelnen Summenscores zeigte sich, dass insgesamt fünf (10 %) der plastisch-chirurgischen Patienten den von Stangier et al. (2003) festgelegten Cut-Off-Wert von  $\geq 14$  erreichten (vgl. Tab. 3.5).

In der Vergleichsgruppe der Teilnehmer aus der Internetbefragung erlangten 13 (7 %) den beschriebenen Cut-Off-Wert. Zum Untersuchungszeitpunkt wiesen somit wie vermutet mehr Teilnehmer unter den plastisch-chirurgischen Patienten Symptome einer Körperdysmorphen Störung auf. Es kann allerdings aus den vorliegenden Ergebnissen kein eindeutiger Rückschluss auf das tatsächliche Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung gezogen werden, da sich der DCQ

## Ergebnisdarstellung

ausschließlich zur Beurteilung einer übermäßigen Sorge bezüglich des Aussehens eignet (Oosthuizen *et al.* 1998). Zur alleinigen Diagnosestellung ist dieses Testverfahren nicht geeignet.

Auf Einzelitemebene zeigten sich neben Item 4 ( $p = .000$ ) auch differenzierte Ergebnisse für Item 5 ( $p = .014$ ), Item 6 ( $p = .000$ ) und Item 7 ( $p = .000$ ) (Tab. 3.6). 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?“ (Item 5; Mittlerer Rang<sub>UG</sub>= 137,12; Mittlerer Rang<sub>VG</sub>= 114,70) beantworteten 22 % der UG und 13 % der VG mit „mehr als andere Menschen“ oder „viel mehr als andere Menschen“.

Auf die Frage „Haben sie schon sehr viel Zeit mit sorgvollen Gedanken wegen eines körperlichen Mangels in Ihrem äußeren Erscheinungsbild oder Ihrer Körperfunktionen verbracht?“ (Item 6 Mittlerer Rang<sub>UG</sub>= 147,21; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 110,88) beantworteten 43 % der UG und 21 % der VG mit „mehr als andere Menschen auch“. Siebzehn Prozent der plastisch-chirurgischen Patienten und 8 % der Teilnehmer der Internetbefragung stimmten dieser Aussage mit „sehr viel mehr als andere Menschen“ zu. Bezüglich der Aussage „Haben Sie sehr viel Zeit damit verbracht, einen Makel im Aussehen oder eine Störung von Körperfunktionen zu verbergen“ (Mittlerer Rang<sub>UG</sub>=151,58; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 109,15) antworteten 29 % der UG und 16 % der VG mit „mehr als andere Menschen“. Insgesamt 23 % der ästhetisch-chirurgischen Patienten und lediglich 5 % der Teilnehmer der Internetbefragung bestätigen diese Aussage mit „sehr viel mehr als andere Menschen“. Erwartungsgemäß wurden mit Ausnahme von Item 3 „Haben Sie irgendwann einmal gedacht, dass Ihr Körper nicht richtig funktioniert, z. B. wegen starkem Körpergeruch, Blähungen oder Schwitzen?“ (Mittlerer Rang<sub>UG</sub>=107,36; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 124,94) durchgehend höhere Werte von den plastisch-chirurgischen Patienten erreicht. Dies ist dahingehend erklärbar, dass sich alle Probanden der UG wegen einer Unzufriedenheit bezüglich eines bestimmten Körperteils vorstellten und sich deshalb einem elektiv ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen wollten.

Es muss angemerkt werden, dass noch keine Studien über den Einsatz und die Anwendbarkeit des DCQ bei Patienten unmittelbar vor einem operativen Eingriff vorliegen. Deshalb sollten diese Ergebnisse kritisch betrachtet werden. Insgesamt sorgten sich die Teilnehmer der UG stärker um ihr äußeres Erscheinungsbild und fühlten sich in den abgefragten Situationen zudem deutlich stärker beeinträchtigt.

## Ergebnisdarstellung

Haben Sie irgendwann einmal...	Gruppe	n	Mittlere Ränge	p
1. ... sich stärkere Sorgen wegen ihres Aussehens gemacht?	UG	54	129,78	ns
	VG	187	118,47	
2. ... gedacht, dass einzelne Teile Ihres Körpers Makel oder Mängel Aufweisen (z.B. der Bauch oder auch Ihr Körper insgesamt)?	UG	53	124,23	ns
	VG	187	119,44	
3. ... gedacht, dass Ihr Körper nicht richtig funktioniert, z.B. wegen Starkem Körpergeruch, Blähungen oder Schwitzen?	UG	54	107,36	ns
	VG	187	124,94	
4. ... wegen Ihres Aussehens einen Plastischen Chirurgen, Hausarzt oder einen anderen Arzt aufgesucht oder schon einmal daran gedacht, dies tun zu müssen?	UG	53	161,22	<b>.000</b>
	VG	187	108,96	
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	51	137,12	<b>.014</b>
	VG	187	114,70	
6. ... sehr viel Zeit mit sorgvollen Gedanken wegen eines körperlichen Mangels in Ihrem äußeren Erscheinungsbild oder Ihrer Körperfunktionen verbracht?	UG	53	147,21	<b>.000</b>
	VG	184	110,88	
7. ... sehr viel Zeit damit verbracht, körperliche Mängel oder Makel zu verbergen?	UG	52	151,58	<b>.000</b>
	VG	184	109,15	

Tab. 3. 6 Darstellung der Mittleren Ränge der UG und VG, ns= nicht signifikant, p= asymptotische Signifikanz, signifikant wenn  $p \leq 0,05$  nach Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger nicht-parametrischer Stichproben, Itemtext verkürzt dargestellt.

### 3.4 Darstellung des Körperbildes mit dem MBSRQ

Um das Körperbild, also die Einstellung zum eigenen Körper, zu erheben, wurde in der vorliegenden Studie der MBSRQ angewendet. Zur Untersuchung der Einzelitems, wurden im Folgenden die Aussagen der Untersuchungsgruppe (UG) mit denen der Vergleichsgruppe (VG) vergleichend betrachtet.

#### 3.4.1 Vergleich des MBSRQ auf Itemebene

Erwartungsgemäß fiel bei der Betrachtung der einzelnen Aussagen (Items) mittels des nicht-parametrischen Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben die Tendenz auf, dass sich die Probanden der UG besonders in Aussagen bezüglich der äußeren Erscheinung schlechter bewerteten: „Meinen Körperbau bzw. meine Konstitution mag ich nicht.“ (Item 42, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 140,62; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 115,33;  $p = .015$ ); „Ich mag mein Aussehen, wenn ich nichts an habe.“ (Item 30, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 99,48; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 125,85;  $p = .011$ ); „Ich mag mein Aussehen so wie es ist.“ (Item 11, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 105,25, Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 125,66;  $p = .045$ ).

Diese negative Einstellung setzte sich auch in der Bewertung der eigenen körperlichen Attraktivität fort: Item 48: „Ich bin Körperlich unattraktiv.“ (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 151,09; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 111,62;  $p = .000$ ), Item 5: „Mein Körper hat sexuelle Ausstrahlung.“ (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 101,31; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 126,69;  $p = .012$ ). Die plastisch-chirurgischen Patienten verwenden daher viel Freizeit für das eigene Aussehen: „Bevor ich ausgehe, nehme ich mir gewöhnlich eine Menge Zeit, mich fertig zu machen.“ (Item 13 Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 160,94; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 109,90;  $p = .000$ ). Insbesondere nahm die Haarpflege hierbei eine wichtige Rolle ein (Item 41, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 153,85; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 111,51;  $p = .000$ ).

Das äußere Erscheinungsbild nimmt im Leben der plastisch-chirurgischen Patienten eine zentrale Bedeutung ein. Erwartungsgemäß erzielten die Probanden der UG bei der Beantwortung der Aussage „Es ist wichtig, dass ich immer gut aussehe.“ (Item 22: Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 142,06, Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 114,92;  $p = .008$ ) einen höheren Rang und stimmten dieser Aussage somit häufiger zu, als die Teilnehmer der Internetbefragung. Darüber hinaus sind ästhetisch-chirurgische Patienten stärker bestrebt, ihre äußere Erscheinung zu verbessern (Item 50: Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 141,02; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 115,22;  $p = .009$ ). Überraschenderweise stimmten der Aussage: „Ich denke niemals über mein Aussehen nach.“ mehr plastisch-chirurgischen Patienten zu als Teilnehmer der Internetbefragung (Item 49, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 143,94; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 114,38;  $p = .003$ ). Es ist anzunehmen, dass die plastisch-chirurgischen Patienten dieser Frage bewusst zugestimmt haben, um einer vorschnellen Stigmatisierung zu entgehen.

## Ergebnisdarstellung

Im Vergleich zu den Teilnehmern der Internetbefragung zeigten die plastisch-chirurgischen Patienten eine deutlich negativere Tendenz hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Verfassung. So erreichte das Kollektiv der Patienten für das Item 54 „Ich bin eine körperlich gesunde Person.“ (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 93,31; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 128,99;  $p = .000$ ) niedrigere und für Item 17 „Meine Gesundheit ist von unerwarteten Höhen und Tiefen gekennzeichnet.“ (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 158,32; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 109,52;  $p = .000$ ) höhere Werte als die Probanden der Internetbefragung. Die ästhetisch-chirurgischen Patienten bewerteten im Vergleich zur VG auch die eigene körperliche Verfassung als weniger gut (Item 14, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 104,30; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 126,56;  $p = .024$ ). Dies bestätigte sich in der hochsignifikant unterschiedlichen Beantwortung des Items 36 „Ich weiß nie genau, wie ich mich körperlich am nächsten Tag fühlen werde.“ (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 149,38; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 112,80;  $p = .000$ )

Die Probanden der UG waren unsicherer, wie lange ein körperlicher Zustand bei ihnen anhält und fühlten sich weniger in der Lage ihre körperliche Verfassung für den nächsten Tag einzuschätzen. Diese Unsicherheit bezüglich des eigenen Körpergefühls konnte mit Hilfe von Item 56 noch verdeutlicht werden („Bei den ersten Anzeichen von Krankheit suche ich medizinischen Rat auf.“, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 147,88; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 112,55;  $p = .000$ ). Daher lesen plastisch-chirurgische Patienten vermehrt Magazine und Bücher, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen (Item 29, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 137,70; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 115,63;  $p = .034$ ), versuchen einen gesünderen Lebensstil zu vollziehen (Item 9, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 137,15; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 116,90;  $p = .049$ ) und meiden schädigende Einflüsse auf die Gesundheit stärker als die Teilnehmer der VG (Item 19, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 141,95; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 115,49;  $p = .011$ )

### 3.4.2 Vergleich des MBSRQ auf Skalenebene

#### 3.4.2.1 Vergleich der UG mit der Repräsentativerhebung

Im Folgenden wurden die Ergebnisse des MBSRQ auf Skalenebene vergleichend zu den von Cash *et al.* (1985, Cash 1986) ermittelten Normwerten ausgewertet. Es sei darauf hingewiesen, dass für diesen Auswertungsteil lediglich die Aussagen der weiblichen Probanden verwendet wurden, um somit eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen, da die Eichstichprobenwerte der Repräsentativerhebung unter 1070 Frauen erhoben wurden

1.) Bewertung der eigenen äußeren Erscheinung (MBSRQ-AE): Hierfür ergab sich für die Untersuchungsgruppe ein Mittelwert von 3,20 (SD= .83). Dieser Wert lag unter dem weiblichen Normwert der amerikanischen Repräsentativerhebung für diese Skala (M= 3,36; SD= .87). Die VG

## Ergebnisdarstellung

erreichte auf dieser Skala einen Mittelwert von 3,48 (SD= .81). Diese niedrigen Werte sind hinweisend für eine generelle Unzufriedenheit bezüglich des äußeren Erscheinungsbildes.

2.) Beschäftigung mit der eigenen äußeren Erscheinung (MBSRQ-AO): Bezüglich dieser Subskala errechnete sich für die UG ein Mittelwert von 3,91 (SD= .49), die VG erreichte einen Mittelwert von 3,78 (SD= .51). Für diese Skala betrug der Normwert für Frauen der amerikanischen Repräsentativerhebung 3,91 (SD= .60). Die VG hat dem eigenen äußeren Erscheinungsbild dabei eine geringe Bedeutung beigemessen als die UG.

3.) Selbsteinschätzung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit (MBSRQ-FE): Für diese Skala lag der erreichte Mittelwert der UG bei 3,53 (SD= .81), für die VG ergab sich ein Wert von 3,63 (SD= .78). Damit lagen beide Gruppen leicht über dem angegebenen Normwert von 3,48 (SD= .97). Es konnte jedoch keine Signifikanz für diese Werte erreicht werden.

4.) Orientierung auf die eigene körperlichen Leistungsfähigkeit (MBSRQ-FO): Im Mittel wurde für die körperliche Fitness und Athletik in der UG ein Wert von 3,25 (SD= .70) und für die VG ein Wert von 3,45 (SD= .85) erreicht. Der Mittelwert der Eichstichprobe für diese Skala betrug 3,20 (SD= .85). Die UG lag damit nur leicht über dem Normwert, im Vergleich zur VG jedoch unter dem Ergebnis der Teilnehmer der Internetbefragung. Die Probanden der UG bewerteten ihre körperliche Leistungsfähigkeit und Athletik somit schlechter als die Teilnehmer in der VG. Ein möglicher Grund hierfür könnte das Beeinträchtigungserleben durch den scheinbaren Defekt in der äußeren Erscheinung und die daraus resultierende Unzufriedenheit mit dem eigenen Erscheinungsbild sein. Ein signifikanter Unterschied konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

5.) Bewertung des eigenen Gesundheitszustands (MBSRQ-HE): Auf dieser Skala ergab sich für die UG ein Mittelwert von 3,29 (SD= .76), für die VG 3,70 (SD= .79). In der amerikanischen Eichstichprobe wurde für diese Skala ein Mittelwert von 3,86 (SD= .80) angegeben. Die Mittelwerte der UG und VG unterschieden sich signifikant ( $p = .003$ ) voneinander. Darüber hinaus lag der Mittelwert der UG deutlich unter dem Normwert. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die plastisch-chirurgischen Patienten ihren Gesundheitszustand im Vergleich zur VG und zur Eichstichprobe signifikant schlechter bewerteten und sich deutlich in ihrer Gesundheit beeinträchtigt fühlten. Dies könnte ein möglicher Grund für das (häufigere) Aufsuchen eines Plastischen Chirurgen sein.

6.) Orientierung auf Gesundheit (MBSRQ-HO): Es wurde auf dieser Skala ein Mittelwert von 3,46 (SD= .66) für die UG und 3,40 (SD= .58) für die VG erreicht. In der amerikanischen Eichstichprobe wurde ein Mittelwert von 3,57 (SD= .70) ermittelt. Die UG und VG unterschieden sich bezüglich dieser Skala nicht signifikant voneinander. Beide Werte lagen jedoch etwas unter dem angegebenen Normwert.

7.) Krankheitsorientierung (MBSRQ-IO): Für diese Skala wurde ein Mittelwert von 2,94 (SD= .77) in der UG und 2,97 (SD= .69) in der VG erzielt. Der Normwert der amerikanischen Eichstichprobe wurde

## Ergebnisdarstellung

mit 3,21 (SD= .84) angegeben. Für die UG und VG ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die erreichten Mittelwerte lagen dennoch unter dem angegebenen Normwert.

8.) Die Beschäftigung mit dem (Über-)Gewicht (MBSRQ-OWPREOC) wurde nur in der UG erhoben und erzielte einen Mittelwert von 3,07 (SD= 1.11). Der zugehörige Eichstichprobenwert lag bei 3,03 (SD=.96). Es ließ sich somit kein signifikanter Unterschied bezüglich der Sorge um Übergewicht oder Beobachtungen von Gewichtsschwankungen, Diäten und Kontrolle von Essgewohnheiten nachweisen. Dieser Fakt könnte dahingehend erklärbar sein, dass die plastisch-chirurgischen Patienten nicht mehr als die Teilnehmer der Eichgruppe unter ihrem allgemeinen Gewicht leiden. Die chirurgischen Patienten fühlten sich vielmehr durch einen speziellen körperlichen Makel in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt und wurden wegen diesem Defekt in der Klinik vorstellig.

9.) Selbsteingeschätztes Gewicht (MBSRQ-WTCLASS): Diese Skala wurde ebenfalls nur in der UG erhoben und ergab einen Mittelwert von 3,28 (SD= .93). Der Vergleichswert der amerikanischen Eichstichprobe lag bei 3,57 (SD= .73). Auch hier bestätigte sich, dass die Unzufriedenheit bezüglich der eigenen äußeren Erscheinung nicht auf das generelle Gewicht zurückzuführen ist, sondern durch spezifische Körperregionen wie z.B. Brust oder Bauch hervorgerufen wurde.

### 3.4.2.2 Vergleich der UG und der VG auf Skalenebene

Im Hinblick auf die Skalenebene ergab sich mittels Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger, nicht-parametrischer Stichproben ein höchst signifikanter Unterschied in der Bewertung der eigenen Gesundheit (MBSRQ-HE). In der Gruppe der Patienten zeigte sich eine starke Verunsicherung bezüglich ihrer gesundheitlichen Verfassung. Die plastisch-chirurgischen Patienten fühlten sich gesundheitlich stark eingeschränkt, die Teilnehmer der Internetbefragung hingegen fühlten sich körperlich gesund (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =86,71; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> =129,12;  $p = .000$ ). Auch das eigene Aussehen bewerteten die Befragten der UG deutlich negativer (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =94,82; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> =125,19;  $p = .004$ ) und gaben zu sich häufiger mit ihrem eigenen Aussehen zu beschäftigen als die Probanden der VG (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =133,87; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> =112,94;  $p = .050$ ). Diese Negativbewertung setzte sich auch bezüglich der Beantwortung der Skala „Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit“ fort (vgl. Tab 3.7). Die Probanden der UG bewerteten sich signifikant negativer als die Teilnehmer der Internetbefragung (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =95,43; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> =120,79;  $p = .018$ ). Weiterhin schätzen die untersuchten Patienten ihre körperliche Leistungsfähigkeit niedriger ein, unterschieden sich jedoch nicht signifikant in der Einschätzung von der VG (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =107,97; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> =122,72;  $p = .169$ ). Hinsichtlich der Sorge krank zu sein bzw. zu werden (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =126,46; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> =118,16;  $p = .440$ ) und hinsichtlich ihrer Orientierung auf Gesundheit (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =117,79; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> =116,78;  $p = .926$ )

## Ergebnisdarstellung

zeigten die Probanden der UG keinen signifikanten Unterschied zu den Teilnehmern der Internetbefragung.

Zusammenfassend kann die Annahme hinsichtlich Selbstbewertung und –orientierung, nach der sich die Teilnehmer der Patientengruppe in ihrer Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit und körperlichen Fitness von den Teilnehmern der Internetbefragung unterscheiden, vorläufig als bestätigt gelten. So zeigten die befragten plastisch-chirurgischen Patienten bezüglich der Bewertung des eigenen Aussehens, der Beschäftigung mit dem Aussehen sowie in der Bewertung ihrer Gesundheit und der Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit einen signifikanten Unterschied zur VG.

MBSRQ Skalen	Mittlerer Rang UG	Mittlerer Rang VG	p
Bewertung des eigenen Aussehens (MBSRQ-AE)	94,82	125,19	<b>.004</b>
Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen (MBSRQ-AO)	133,87	112,94	<b>.050</b>
Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (MBSRQ-FE)	107,97	122,72	ns
Orientierung auf körperliche Leistungsfähigkeit (MBSRQ-FO)	95,43	120,79	<b>.018</b>
Bewertung der eigenen Gesundheit (MBSRQ-HE)	86,71	129,12	<b>.000</b>
Orientierung auf Gesundheit (MBSRQ-HO)	117,79	116,78	ns
Krankheitsorientierung (MBSRQ-IO)	126,46	118,16	ns

**Tab. 3. 7 Darstellung des MBSRQ auf Skalenebene: Mittelwerte und Mittlere Ränge der UG und VG; ns = nicht signifikant; p=asymptotische Signifikanz nach Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger, nicht-parametrischer Stichproben, signifikant wenn  $p \leq 0,05$**

### 3.5 Körperbezogene Kontrollüberzeugungen

Mit Hilfe des Testinstrumentes „Körperbezogener Locus-of-Control“, Teilbereich Aussehen, (KLC; Mrazek 1989) werden mögliche Kontrollüberzeugungen in Bezug auf die eigene äußere Erscheinung erhoben. Der statistische Vergleich der UG und der VG erfolgte für diesen Fragebogen, wie in Tabelle 3.8 dargestellt, mittels des Mann-Whitney-Tests für zwei unabhängige, nicht-parametrische Stichproben.

## Ergebnisdarstellung

Die beiden untersuchten Gruppen unterschieden sich stark ( $p = .004$ ) in der Beantwortung von Item 1 („Wer immer gut aussieht, hat eben Glück.“).

Der Mittlere Rang der UG war mit 139,69 deutlich höher als der Mittlere Rang der VG (111,53). In der UG stimmten 57 % der Probanden dieser Aussage mit „eher“ und „stark“ zu, die Teilnehmer der VG bestätigten diese Aussage mit 43 %.

Bei der Aussage „Wer nicht gut aussieht, ist überwiegend selbst schuld.“ (Item 4) wurde ein marginal signifikanter Unterschied erreicht ( $p = .049$ , Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =133,71; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 113,99).

Diese Aussage muss insofern mehr Zustimmung (32 % in der UG, 25 % in der VG) bei den plastisch-chirurgischen Patienten finden, da jeder Patient in der Ambulanz mit dem Ziel vorstellig wurde, sein Äußeres verändern zu lassen. In diesem Zusammenhang soll angemerkt werden, dass sich für Item 3 „Man kann für gutes Aussehen nicht viel tun.“ Unterschiede auf der Rangebene (Mittlerer Rang<sub>UG</sub> =132,01; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 113,25) ergaben. Allerdings konnte keine Signifikanz mittels Mann-Whitney-Test nachgewiesen werden ( $p = .054$ ).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die plastisch-chirurgischen Patienten die Tendenz aufweisen, Aussehen stärker mit Zufall und Glück in Verbindung zu bringen.

KLC-Subskala Aussehen	Mittlerer Rang UG	Mittlerer Rang VG	Signifikanz p
Wer immer gut aussieht, hat eben Glück.	136,69	111,53	. 004
Gutes Aussehen ist überwiegend Zufall.	122,79	117,23	ns
Man kann für sein Aussehen nicht viel tun.	132,01	113,25	ns
Wer nicht gut aussieht, ist überwiegend selbst schuld.	133,71	113,99	. 049
Wenn man auf sich achtet, sieht man gut aus.	122,25	116,73	.ns
Jeder ist für sein Aussehen selbst verantwortlich.	129,88	115,12	ns

Tab. 3. 8 Darstellung der Mittleren Ränge Körperbezogener Kontrollüberzeugungen (KLC), Subskala Aussehen; ns= nicht signifikant, p =asymptotische Signifikanz des Mann-Whitney-Test für zwei unabhängige, nicht-parametrische Stichproben, signifikant wenn  $p \leq 0,05$

### 3.6 Darstellung der Motive und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (FMEVA, Preiß und Borkenhagen 2005)

Dieses neuentwickelte Testinstrument wurde entwickelt, um verstärkt die Ansichten und Motive der Probanden bezüglich folgenden Bereichen zu erfassen: Einstellung zum Aussehen und zum eigenen Körper; bisherige Maßnahmen zur Veränderung des Aussehens; äußere Einflüsse auf die Zufriedenheit bezüglich des eigenen Aussehens und die Inanspruchnahme operativer, das Aussehen verändernder Maßnahmen (Preiß und Borkenhagen. 2005). Dabei waren häufig Mehrfachantworten möglich. Im Anschluss hatten die Patienten und Patientinnen in Form einer offen gestellten Frage die Möglichkeit, andere Aspekte anzugeben. Weiterhin enthielt der Fragebogen 42 Aussagen zu Einstellungen hinsichtlich Schönheitsoperationen im Allgemeinen, Inanspruchnahme und Zufriedenheit bezüglich plastisch-chirurgischer Eingriffe, Ängste vor plastisch-chirurgischen Eingriffen, externe Empfehlungen zu kosmetischen Eingriffen und zum Verhalten beim Kleidungskauf. Diese Fragen erforderten eine Positionierung der Probanden auf einer fünfstufigen Skala. Um die beiden Stichproben bezüglich der Motive und Ansichten differenziert vergleichend betrachten zu können, wurden die Aussagen der Probanden mit zwei statistisch-biometrischen Testinstrumenten geprüft. Mit Hilfe des multiplen allgemeinen linearen Modells wurde geprüft, ob signifikante Unterschiede bezüglich der gemeinsam betrachteten Fragen zwischen der Untersuchungsgruppe (Patienten) und der Vergleichsgruppe (Internetbefragung) vorliegen.

Anhand der Zwischensubjekteffekte für die einzelnen Aussagen können die Aussagen ermittelt werden, welche den größten Anteil an dieser Signifikanz ausmachen. Um darüber hinaus festzustellen, ob bei den einzelnen Fragen (Items) zudem im Mittel signifikante Unterschiede in der Beantwortung zwischen den beiden Gruppen bestehen, wurde der multivariate standardisierte Summentest nach Läuter verwendet.

#### 3.6.1 Kleidungsgewohnheiten plastisch-chirurgischer Patienten

Für den Bereich „Kleidungskauf“ ergab sich im multiplen allgemeinen Linearen Modell eine Wilks-Lambda Signifikanz von  $p = .005$ , im multivariaten Ansatz mittels Läutertest eine Signifikanz von  $p = .0233$ . Erwartungsgemäß spielte in der Gruppe der plastisch-chirurgischen Patienten das Kaschieren der Problemzone beim Kleidungskauf eine höhere Rolle als bei den Teilnehmern der Internetbefragung. Insgesamt 38 % der Patienten achteten „eher“ und 29 % achteten „vollkommen“ beim Kauf von Kleidungsstücken darauf, dass die Sachen nicht zu eng sind und bestimmte Körperpartien verdecken. Die Teilnehmer der Internetbefragung stimmten dieser Aussage nur mit 15 % „vollkommen“ und 23 % „eher“ zu. Bei Betrachtung der Zwischensubjekteffekte war die Beantwortung des Items 5 „Es gibt Sachen, die ich aufgrund meines Aussehens gar nicht tragen kann“

## Ergebnisdarstellung

mit  $p = .000$  höchst signifikant unterschiedlich. Für die Untersuchungsgruppe ergab sich für dieses Item ein Mittelwert von 3.98 (SD=1.421), die Vergleichsgruppe erreichte nur einen Mittelwert von 3.17 (SD=1.434). Unter den Patienten gaben 58 % an, dieser Aussage „vollkommen“ zuzustimmen und 13 % tendierten zu der Antwort „trifft eher zu“. In der VG waren 31 % der Teilnehmer „vollkommen“ dieser Meinung und 9 % beantworteten diese Aussage mit „trifft eher zu“. Die Probanden der UG achteten beim Kleidungskauf vermehrt darauf, dass die Bekleidung ihre scheinbaren Makel verdeckt und trugen bestimmte Kleidung aufgrund der Unzufriedenheit mit bestimmten Körperpartien erst gar nicht.

### 3.6.2 Einstellung zur ästhetischen Chirurgie im Allgemeinen

In diesem Bereich wurde anhand von 17 Items die Einstellung der Probanden zu ästhetisch-chirurgischen Eingriffen erfragt. Auffallend war, dass die Mehrzahl der Patienten und der Teilnehmer der Internetbefragung sehr wohl wusste, was das gängige Schönheitsideal beinhaltet. Der Aussage: „Schön sein heißt vor allem, schlank zu sein“ stimmten 36 % der UG und 39 % der VG zu. Durch Schönheitsideale ließen sich zum Untersuchungszeitpunkt nur 27 % der UG und 15 % der VG beeinflussen (Item 6). Allerdings stimmte die Mehrzahl der UG (61 %) und VG (58 %) der Aussage zu: „Es wird immer wichtiger gut auszusehen, wenn man privat und beruflich erfolgreich sein will.“ Folglich hatten 22 % der UG und 28 % der VG Verständnis für Personen, welche sich einer ästhetisch-operativen Maßnahme unterziehen, um beispielsweise besser einen Partner zu finden. Die Mehrzahl der Probanden (62 % der UG und 65 % der VG) teilte jedoch die Meinung, diese Eingriffe Menschen vorzubehalten, welche wirkliche Mängel aufweisen. Lediglich 17 % der UG und 21 % der VG fanden es moralisch unvertretbar, eine Operation nur zur Verschönerung durchführen zu lassen. Weitere Einstellungen sind in Tab.3.9 aufgeführt.

Inwiefern stimmen Sie der Aussage 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 (2)	2 (4)	19 (35)	14 (26)	19 (35)
Schön sein heißt vor allem schlank zu sein.	5 (9)	8 (15)	22 (40)	11 (20)	9 (16)
Schönheitsoperationen sollten nur Menschen durchführen lassen, die wirkliche Mängel haben.	2 (4)	8 (15)	11 (20)	14 (26)	20 (36)

## Ergebnisdarstellung

Die zunehmenden Möglichkeiten, den Körper operativ verschönern zu lassen, sind Besorgnis erregend.	4 (7)	8 (15)	24 (44)	8 (15)	11 (20)
Wahre Schönheit kommt von innen.	4 (7)	8 (15)	23 (42)	7 (13)	13 (24)
Schönheitsideale spielen für mich überhaupt keine Rolle.	5 (9)	12 (22)	23 (42)	5 (9)	10 (18)
In der Zukunft wird es normal sein, sich einer Schönheitsoperation zu unterziehen.	4 (7)	6 (11)	24 (44)	13 (24)	8 (15)
Die Menschen sollten eigentlich in der Lage sein, ihren Körper so zu akzeptieren, wie er ist.	3 (6)	9 (16)	26 (47)	12 (22)	5 (9)
Ich habe Verständnis dafür, wenn Mensch sich einer Schönheitsoperation unterziehen, um leichter einen Partner zu finden.	10 (18)	12 (22)	21 (38)	10 (18)	2 (4)
Menschen werden sich immer häufiger einer Schönheitsoperation unterziehen, um einen bestimmten Beruf ausüben zu können.	3 (6)	21 (38)	16 (29)	12 (22)	3 (6)
Wer nicht an seiner Figur arbeitet, ist selbst schuld, wenn er berufliche Nachteile erleidet oder Schwierigkeiten bei der Partnersuche hat.	8 (15)	13 (24)	23 (42)	9 (16)	2 (4)
Die Vorstellung, eine Operation nur zur Verschönerung durchführen zu lassen, finde ich moralisch nicht vertretbar.	12 (22)	16 (29)	18 (33)	6 (11)	3 (6)
Eine Schönheitsoperation kann dazu führen, dass eine Frau ihre Weiblichkeit positiver erlebt.	0	3 (6)	16 (29)	23 (42)	13 (24)
Weil körperliche Attraktivität das ist, wonach Menschen beurteilt werden, ist es verständlich, dass sie sich einer Schönheitsoperation unterziehen, um jünger auszusehen.	9 (16)	6 (11)	19 (35)	13 (24)	8 (15)
Wer gut aussieht, dem öffnen sich die Türen leichter.	0	4 (7)	11 (20)	24 (44)	15 (28)
Wenn jemand nicht von Natur aus schön ist, können Schönheitsoperationen ein Mittel sein, die zu verändern.	6 (11)	2 (4)	24 (44)	17 (31)	6 (11)
Die meisten Moderatoren, die im Fernsehen gezeigt werden, sind operiert.	0	13 (24)	34 (62)	4 (7)	4 (7)

Tab. 3.9 Einstellung gegenüber plastisch-chirurgischen Eingriffen, n=50

### 3.6.3 Vergleich der Einstellung gegenüber plastisch-chirurgischen Körperkorrekturen

Hinsichtlich der Einstellung zu plastisch-chirurgischen Eingriffen fand sich eine große Übereinstimmung zwischen der UG und der VG. Lediglich bezüglich dreier Items konnten im statistischen Vergleich mittels des allgemeinen linearen Modells, wie in Tabelle 3.10 dargestellt, höchst signifikante Unterschiede nachgewiesen werden ( $p_{\text{Wilks-Lambda}} = .000$ ).

Für die Zwischensubjekte ergaben sich folgenden Ergebnisse: Die plastisch-chirurgischen Patienten waren erwartungsgemäß seltener als die Teilnehmer der Internetbefragung der Meinung, dass wahre Schönheit von innen kommt (Item5,  $p_{\text{Wilks-Lambda}} = .002$ ). Auffallend war zudem, dass die plastisch-chirurgischen Patienten verstärkt angaben, sich nicht durch Schönheitsideale beeinflussen zu lassen (Item 6,  $p_{\text{Wilks-Lambda}} = .001$ ).

Ferner stimmten die plastisch-chirurgischen Patienten erwartungsgemäß der Aussage: „Die Menschen sollten eigentlich in der Lage sein, ihren Körper so zu akzeptieren, wie er ist“ (Item 8,  $p = .000$ ) weniger zu als die Teilnehmer der VG, da alle Teilnehmer der UG in Hinblick auf eine bevorstehende kosmetische Körperkorrektur in der Ambulanz der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg vorstellig wurden.

Bei der Betrachtung mittels Läutertest ergab sich jedoch keine Signifikanz ( $p = .9658$ ) bezüglich der Einstellung zu operativen Körperkorrekturen. Das heißt im Mittel ergab sich kein Unterschied in der Beantwortung der Aussagen zwischen den beiden Gruppen.

Aussage	UG (n=54)		VG (n=179)		p
	M	SD	M	SD	
Wahre Schönheit kommt von innen.	3,28	1.204	3,78	.979	.002
Schönheitsideale spielen für mich keine Rolle.	3,06	1.204	2,53	.956	.001
Menschen sollten eigentlich in der Lage sein, ihren Körper so zu akzeptieren, wie er ist.	3,09	.957	3,77	.989	.000

**Tab. 3.10** Statistische Überprüfung mittels allgemeinen Linearen Modells; Test der Zwischensubjekteffekte; signifikant wenn  $p_{\text{Wilks-Lambda}} \leq .0029$

## Ergebnisdarstellung

### 3.6.4 Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen

Ferner wies der Bereich „Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen“ eine hohe Signifikanz auf ( $p_{\text{Wilks-Lambda}} = .000$ , Läutertest  $p = .0002$ ). Zudem erreichten die Zwischengruppeneffekte in den Aussagen 1, 3, 6, 7, 8, 9 sowie 10 signifikante Unterschiede. Für das Item 1 betrug der Mittelwert der UG 2.72, SD= 1,412, in der VG 1.63, SD= 0.884. Die Patienten der plastisch-chirurgischen Ambulanz stimmten der Aussage: „Durch mein Aussehen fühle ich mich im alltäglichen Leben (beruflich wie privat) sehr eingeschränkt“ stärker zu als die Teilnehmer aus der Internetbefragung. Auch der Aussage „Manchmal schäme ich mich wegen meines Aussehens“ stimmten die Probanden der UG stärker zu ( $M_{\text{UG}}=2.93$ ,  $SD=1.387$ ;  $M_{\text{VG}}=1.99$ ,  $SD=0.983$ ). Darüber hinaus nahmen die Probanden der UG vermehrt bestimmte Körperstellungen ein, um bestimmte Körperteile nicht so stark zu betonen (Aussage 6:  $M_{\text{UG}}=3.59$ ,  $SD=1.427$ ;  $M_{\text{VG}}=2.41$ ,  $SD=1.167$ ). Die plastisch-chirurgischen Patienten waren bezüglich ihres Aussehens schon immer stärker unzufrieden (Aussage 7) als die Teilnehmer der Internetbefragung ( $M_{\text{UG}} =2.59$ ,  $SD=1.427$ ;  $M_{\text{VG}}=1.89$ ,  $SD=1.075$ ). Weiterhin glaubten die Probanden der UG schon öfter kritische Bemerkungen bezüglich ihres Aussehens wahrgenommen zu haben ( $M_{\text{UG}}=2.52$ ,  $SD=1.430$ ;  $M_{\text{VG}}=1.78$ ,  $SD=0.899$ ). Des Weiteren lag der erreichte Mittelwert für Aussage 9 „Ich hege seit meiner Jugendzeit den Wunsch, Form und Größe eines oder mehrerer Körperteile verändern zu lassen.“ über dem erreichten Mittelwert der VG ( $M_{\text{UG}}=3.38$ ,  $SD=1.265$ ;  $M_{\text{VG}}=2.02$ ,  $SD=1.284$ ). Außerdem brachten die Patienten vermehrt negative Situationen in Ihrem Leben mit ihrem Aussehen in Verbindung (Aussage 10). Der erreichte Mittelwert war folglich höher ( $M_{\text{UG}}=2.14$ ,  $SD=1.026$ ) als der Vergleichswert aus der VG ( $M_{\text{VG}}=1.47$ ,  $SD=0.874$ , vgl. Tab. 3.11).

Aussage	UG(n=29)		VG(n=180)		p
	M	SD	M	SD	
Durch mein Aussehen fühle ich mich im alltäglichen Leben(beruflich wie privat) sehr eingeschränkt.	2,72	1.412	1,63	.884	.000
Ich möchte wieder so wie früher aussehen, als ich noch jünger war.	2,59	1.570	2,27	1.245	ns
Manchmal schäme ich mich wegen meines Aussehens.	2,93	1.387	1,99	.983	.000
Mit den Jahren hat sich mein Aussehen negativ verändert, in meiner Jugend fand ich mich schön.	2,38	1.321	1,94	1.099	ns

## Ergebnisdarstellung

Ich hatte schon häufiger das Gefühl, das andere mich nur wegen meines Aussehens anschauen.	2,72	1.306	2,19	.969	ns
Manchmal nehme ich eine bestimmte Körperhaltung ein, damit Teile meines Körpers nicht so zur Geltung kommen, mit denen ich unzufrieden bin.	3,59	1.427	2,41	1.167	.000
Mein Aussehen hat noch nie zu mir gepasst. Ich war diesbezüglich schon immer sehr unzufrieden.	2,59	1.427	1,89	1.075	.002
Ich habe es schon häufiger erlebt, dass Andere sich über mein Aussehen lustig gemacht haben oder abfällige Bemerkungen gefallen sind.	2,52	1.430	1,78	.899	.000
Ich hege seit meiner Jugendzeit den Wunsch, Form und Größe eines oder mehrerer Körperteile verändern zu lassen.	3,38	1.265	2,02	1.284	.000
In meinem Leben ist viel schiefgegangen, was sicher auch mit meinem Aussehen zusammenhängt.	2,14	1.026	1,47	.874	.000

Tab.3.11 Einstellung zur äußeren Erscheinung, statistischer Vergleich mittels Allgemeinen Linearen

Modell, Zwischensubjekteffekte signifikant wenn  $p \leq .005$

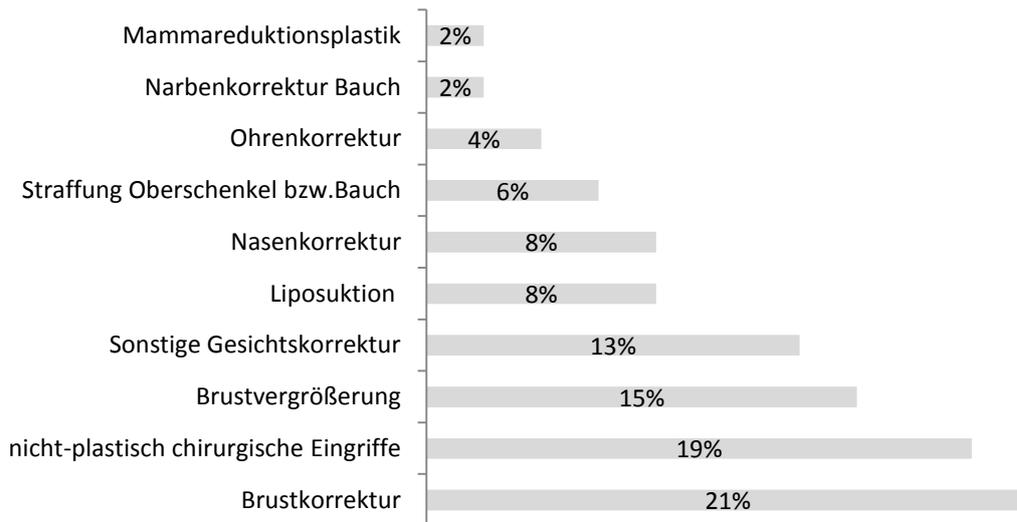
### 3.6.5 Plastisch-chirurgische Vorbehandlungen

Insgesamt 43% der UG gaben an, sich schon einmal einem plastisch-operativen Eingriff unterzogen zu haben um ihr Aussehen zu korrigieren. Zwei der 55 Probanden hatten zum Untersuchungszeitpunkt bereits zwei operative Eingriffe an sich durchführen lassen (Zahnwurzel-Operation und Brustkorrektur), ein Proband war dreimal voroperiert (Korrektur der Ohren) und ein Proband wurde bereits zehnmal an seinem linken Auge operiert. In Abbildung 3.3 ist die Verteilung der dabei erfolgten Eingriffe dargestellt. Diese Eingriffe wurden bis auf eine Operation im Zeitraum von 1995 bis 2006 durchgeführt. Bei einem plastisch-chirurgischen Patienten wurde bereits im Jahr 1984 eine Körperkorrektur an den Ohren vorgenommen.

In der VG waren dagegen nur 8 % plastisch voroperiert, am häufigsten wurde dabei die Brustvergrößerung angegeben (3X), gefolgt von Magenbandeinlagen (2X). Des Weiteren wurden jeweils 1x genannt: Nasenkorrektur, Liposuction, Brustvergrößerung, Operation nach Hundebiss und Melanomentfernung.

Bezüglich der Anzahl der operativ vorbehandelten Personen ließ sich somit wie erwartet ein höchst signifikanter Unterschied ( $p = .000$ ) mittels multiplen allgemeinen linearen Modells zwischen beiden Gruppen nachweisen.

## Ergebnisdarstellung



**Abb. 3.3 Darstellung der plastisch-operativen Vorbehandlungen in der UG**

Hochsignifikant unterschiedlich wurde ebenfalls die Frage: „Ist bei Ihnen schon einmal eine Operation durchgeführt worden, mit deren Ergebnis sie nicht zufrieden waren?“ beantwortet. Hierbei ergab sich im statistischen Vergleich mittels Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger, nicht-parametrischer Stichproben ein signifikanter Unterschied ( $p = .001$ ; Mittlerer Rang<sub>UG</sub>=96,14, Mittlerer Rang<sub>VG</sub>=114,08.). In der UG äußerten 18 % der voroperierten Probanden, dass sie mit dem Ergebnis ihrer Körperkorrektur nicht zufrieden seien, in der VG waren es nur 2 %. Damit gab es in dem plastisch-chirurgischen Kollektiv erwartungsgemäß mehr Patienten, welche bereits eine Operation an sich durchführen ließen mit deren Ergebnis sie unzufrieden sind.

Auf die Frage: „Sind sie schon häufiger operiert worden in der Hoffnung, der nächste Eingriff löst das Problem endgültig?“ antworteten 3 Teilnehmer der UG und 1 Teilnehmer der Internetbefragung mit „ja“. Von den Patienten/Innen der Untersuchungsgruppe, die noch keine operative Veränderung bezüglich ihrer äußeren Erscheinung vornehmen ließen, würden sich 62 % einer Körperkorrektur unterziehen, um ihr Aussehen zu verändern. Lediglich 9 % der Probanden konnten sich zum Zeitpunkt der Erhebung nicht vorstellen, einen plastisch-chirurgischen Eingriff an sich vornehmen zu lassen. Dieser Fakt sollte kritisch betrachtet werden, da sich alle Probanden der UG im Hinblick auf eine operative Körperkorrektur in der Ambulanz vorstellten. Eine mögliche Erklärung könnte allerdings sein, dass diese Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht völlig sicher waren, ob sie den gewünschten operativen Eingriff wirklich durchführen lassen wollen.

„Sehr viel“ oder „ziemlich viel“ Angst vor einer operativen Körperkorrektur hatten 49 % der plastisch-chirurgischen Patienten, in der Vergleichsgruppe nur 35 %. Ein signifikanter Unterschied konnte mittels Mann-Whitney-Test allerdings nicht nachgewiesen werden.

## Ergebnisdarstellung

### 3.6.6 Weitere, das Aussehen verändernde Maßnahmen

In der UG hatten bereits 80 % der Probanden Erfahrungen mit Diäten, wovon 7 % selten bzw. 15 % manchmal von Diäten Gebrauch machten. Insgesamt versuchten 35 % „oft“ und 23 % „ständig“ durch eine Diät ihr Aussehen zu verändern. Der Unterschied zur VG war signifikant (allgemein Lineares Modell  $p = .000$ , multivariater Test nach Läuter  $p = .0057$ ). Von den Teilnehmern der Internetbefragung hatten zum Untersuchungszeitpunkt bisher nur 69 % Erfahrungen mit Diäten gemacht. Nur 32 % gaben an, „nie“ eine Diät ausprobiert zu haben um Gewicht zu verlieren. Es konnten keine signifikanten Unterschiede bezuglich der Anwendung von Sport oder Tabletten (Appetitzuglern, Abfuhrmittel etc.) zur Gewichtsreduktion nachgewiesen werden. In der UG hatten 73 % noch „nie“, 16 % „manchmal“ oder „selten“ und 12 % „oft“ Tabletten angewendet um Gewicht zu verlieren. In der VG gaben 83 % der Teilnehmer der Internetbefragung an noch „nie“, 10 % „selten“, 4 % „manchmal“ und 3 % „oft“ Tabletten zur Gewichtsreduktion zu verwenden. Sport trieben 16 % der UG „ständig“, 31 % „oft“, 35 % „manchmal“ und 20 % „selten“ oder „gar nicht“. In der VG ergab sich eine ähnliche Verteilung: 21 % betätigten sich „ständig“, 36 % „oft“, 24 % „manchmal“ und 19 % „selten“ oder „gar nicht“ sportlich.

### 3.6.7 Externe Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur operativen Körperkorrektur

Von den plastisch-chirurgischen Patienten gaben 30 % an, bereits die Empfehlung zu einer operativen Körperkorrektur erhalten zu haben. In diesem Punkt konnte mittels  $\chi^2$ -Test ein signifikanter Unterschied ( $p = .001$ ; exakter Test nach Fischer) nachgewiesen werden.

Im Kollektiv der VG erhielten deutlich weniger Probanden (10 %) den Rat sich einer plastischen Operation zu unterziehen. In der UG erhielten 11 % eine Operationsempfehlung durch einen Arzt, in der VG lediglich 2 %. Auch in diesem Punkt unterschieden sich die Gruppen signifikant voneinander ( $p = .0005$ ; exakter Test nach Fischer). Daruber hinaus bekamen 6 Patienten der UG den Rat zur Operation vom Partner, 4 Probanden erhielten die Empfehlung zur Körperkorrektur durch die Eltern, 2 durch die Kinder und jeweils ein Patient durch Freunde, Arbeitskollegen oder „sich selbst“. Fünf Teilnehmern der Internetbefragung wurde von den Eltern ein operativer Eingriff nahegelegt, 4 Probanden erhielten die Empfehlung von Freunden und jeweils drei vom Partner oder Arbeitskollegen. Ein Proband der VG gab an von einer Apothekenangestellten beeinflusst worden zu sein.

## Ergebnisdarstellung

### 3.6.8 Darstellung der gewünschten Körperkorrekturen

Im Folgenden (Abb. 3.4) ist die Verteilung der gewünschten Körperkorrekturen der plastisch-chirurgischen Patienten der UG dargestellt.

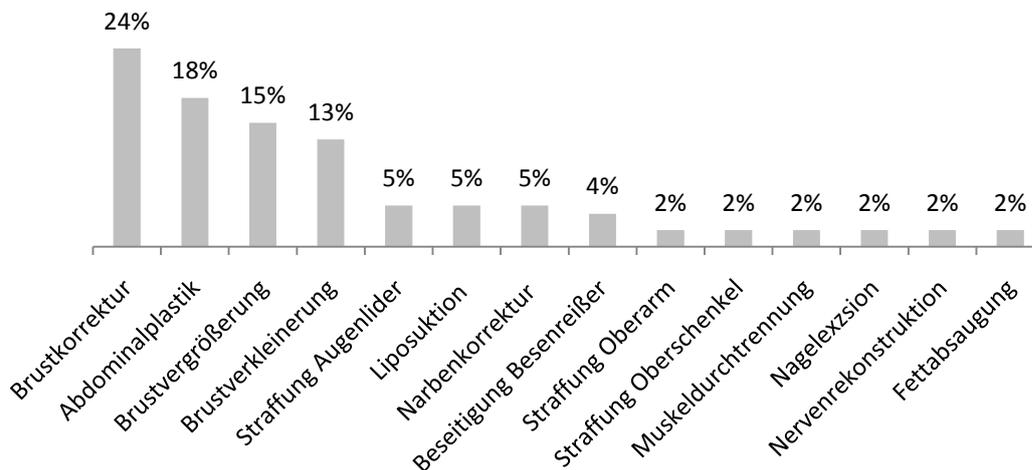


Abb. 3.4 Darstellung der gewünschten operativ-korrektiven Eingriffe der UG

### 3.6.9 Externe Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der eigenen äußeren Erscheinung

Für die die Frage „Werden sie häufig wegen Ihres Aussehens kritisiert?“ konnte kein signifikanter Unterschied mittels Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger nicht-parametrischer Stichproben nachgewiesen werden. Die plastisch-chirurgischen Patienten wurden also nicht häufiger in ihrem Aussehen kritisiert als die Teilnehmer der VG. Zur Klärung der Frage, wer Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen habe, wurden acht Antwortmöglichkeiten vorgegeben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Die Probanden der UG ließen sich am häufigsten durch Freunde (42 %), andere/s (31 %), dem Partner (31 %), oder der Mutter (29 %) beeinflussen. Darüber hinaus hatten Modells in Zeitschriften (15 %), der Vater (9 %), die Kinder (9 %) und Schauspieler/Innen (7 %) Einfluss auf die Zufriedenheit mit der eigenen äußeren Erscheinung. Bei den Teilnehmern der Internetbefragung waren die Freunde (62 %), der Partner (57 %) und die Mutter (26 %) die größten Einflussfaktoren bezüglich der Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen. Weiterhin nahmen in der VG andere/s (15 %), Modells in Zeitschriften (14 %), der Vater (13 %), Schauspieler/Innen (10 %) und die Kinder (3 %) Einfluss auf die Zufriedenheit mit der äußeren Erscheinung. Als andere Einflussfaktoren wurden von plastisch-chirurgischen Patienten angegeben: Eigene Stimmung (4X), Haare (3X), fremde Personen (2X),

## Ergebnisdarstellung

Männer (2X), „ich selbst“ (2X), Arbeitskollegen und Mitschüler (2X), Verwandte (1X), Schwester (1X), Medien(1X) und gesundheitliche Probleme (1X).

Von den Teilnehmern der Internetbefragung wurden unter „andere/es“ folgende Faktoren genannt: ich selbst (14X), aktuelle Tagesform und Stimmung (5X), Geschwister (2X), andere Menschen (2X), Arbeitskollegen (1X), Mannschaftsmitglieder (1X), Sportler (1X), Personen auf der Straße (1X) und die Arbeit (1X). Im Mann-Whitney-Test zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben ergab sich bezüglich der externen Beeinflussung der Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen ein signifikanter Unterschied bezüglich des Einflusses der „Freunde/Partner“ ( $p = .000$ ) und bezüglich „andere/s“ ( $p = .014$ ).

Plastisch-chirurgische Patienten werden weniger durch Freunde oder den Partner beeinflusst und lassen sich stärker durch „andere/s“ wie z.B. Personen, welche sie nicht näher kennen (siehe oben) oder die eigene Person beeinflussen. Die Teilnehmer der Internetbefragung hingegen gaben eine stärkere Beeinflussung durch Freunde oder den Partner an und waren weniger durch „andere/s“ beeinflussbar. Beide Gruppen wurden ebenso häufig durch Models in Zeitschriften, Familienmitglieder und Schauspieler beeinflusst.

Der Wunsch nach einer Körperkorrektur scheint also nicht aufgrund externer Kritiken durch Freunde oder den Partner, sondern vielmehr durch individuelle Einflüsse hervorgerufen zu sein.

### 3.6.10 Belastende Lebensereignisse

Eine auffällig große Anzahl der plastisch-chirurgischen Patienten war, wie Tabelle 3.12 zeigt, in den letzten zwei Jahren psychischen Belastungen ausgesetzt. Am häufigsten wurden mit 83 % seelische Krisen einer nahestehenden Person angegeben, dicht gefolgt von eigenen seelischen Krisen (79 %), Problemen bezüglich der finanziellen Situation (72 %), eigener Krankheit (71 %), Problemen bezüglich der beruflichen Situation (70 %), Problemen bezüglich Arbeitslosigkeit (69 %) und Tod einer nahestehenden Person (67 %). Eigene Unfälle und Unfälle einer nahestehenden Person wurden von den wenigsten Probanden der UG als psychisch belastend empfunden.

Unter „weitere Belastungen“ gaben die Patienten an: „Enttäuschung durch Partner“, „Erwerbsunfähigkeit durch Krankheit“, „Partnerschaft“, „Schmerzzustände“, „Schwangerschaft der 16 jährigen Tochter“, „Frührente“, „Pflegebedürftigkeit der Mutter“ und „psychische Belastung durch Vorgesetzten“.

## Ergebnisdarstellung

Belastende Ereignisse der letzten 2 Jahre	hat stattgefunden %	wenn ja:	
		belastet mich im Moment noch %	belastet mich nicht mehr %
Eigene seelische Krisen	79	73	27
Seelische Krisen einer nahestehenden Person	83	45	55
Eigene Krankheit	71	73	27
Krankheit einer nahestehenden Person	60	33	67
Eigene Unfälle	33	67	33
Unfälle einer nahestehenden Person	33	0	100
Tod einer nahestehenden Person	67	50	50
Trennungen	65	64	36
Probleme bezüglich der Wohnsituation	50	67	33
Probleme bezüglich der Arbeitslosigkeit	69	27	73
Probleme bezüglich der finanziellen Situation	72	83	17
Probleme bezüglich der beruflichen Situation	70	64	36
Weitere Belastungen	60	89	11

**Tab.3.12 Belastende Lebensereignisse innerhalb der letzten 2 Jahre in der UG**

### 4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, ein größeres Kollektiv plastisch-chirurgischer Patienten in Deutschland im Hinblick auf die Merkmale und Charakteristika der KDS zu untersuchen. Dabei wurde neben standardisierten Messinstrumenten auch ein völlig neuentwickelter Fragebogen verwendet. Um das Kollektiv bezüglich des persönlichen und sozialen Umfeldes besser einordnen zu können, wurden auch Testinstrumente angewendet, zu denen noch keine klinischen Studien zur Anwendung im Bereich der KDS vorliegen. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass plastisch-chirurgische Patienten sich stärker mit ihrem Körper und der eigenen Körperwahrnehmung auseinandersetzen als die Teilnehmer aus der Internetbefragung. Plastisch-chirurgische Patienten verwendeten deutlich mehr Freizeit auf das Thema Aussehen und nahmen ärztliche Versorgung häufiger in Anspruch. Wie erwartet, bewerteten sich die ästhetisch-chirurgischen Patienten in Bezug auf ihre äußere Erscheinung negativer als die Probanden der VG. Diese Tendenz zog sich durch alle verwendeten Testinstrumente.

Darüber hinaus wiesen die plastisch-chirurgischen Patienten häufiger eine eingeschränkte soziale Aktivität auf: Sie gingen weniger offen auf andere Menschen zu, hatten Probleme ihre Meinung vor anderen zu vertreten und durchzusetzen. Auch fühlten sie sich öfter unsicher im Umgang mit anderen Menschen und gaben an, sich häufiger durch andere Menschen kritisiert zu fühlen. Es konnte ebenfalls gezeigt werden, dass neben dem Selbstbewusstsein der plastisch-chirurgischen Patienten auch die eigene körperliche Fitness, das Körpererleben und die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit durch die Unzufriedenheit in Bezug auf ein Körperteil eingeschränkt waren. Dies lässt darauf schließen, dass eine starke Unzufriedenheit bezüglich einer Körperregion auch andere Bereiche des Lebens beeinflusst und maßgeblich die Lebensqualität der Betroffenen einschränkt.

Die gewünschten operativen Körperkorrekturen sind kongruent mit den ästhetischen Eingriffen von der American Society for Aesthetic Plastic Surgery: Am häufigsten werden Brustkorrekturen und Fettabsaugungen von plastisch-chirurgischen Patienten gewünscht. Darüber hinaus entsprachen die gewünschten operativen Korrekturen auch den Körperbereichen, welche die Unzufriedenheit bei den untersuchten Probanden auslösten. Dabei überwog in beiden Gruppen unter den weiblichen Teilnehmern die Unzufriedenheit bezüglich der sogenannten Problemzonen, das heißt Brust, Bauch, Beine und Po. Bei den männlichen Teilnehmern fiel dagegen in beiden Gruppen die Tendenz auf, eher mit der Körper-/Muskelmasse, bzw. mit als typisch männlich angesehenen Körperteilen wie Oberarmen, Schultern und Waden unzufrieden zu sein.

## Diskussion

Darüber hinaus lebten die plastisch-chirurgischen Patienten meist in langjährigen Partnerschaften. Die Mehrheit der Probanden bewertete die Beziehung mit gut und sehr gut. Die Suche nach einem Partner oder die Unzufriedenheit in einer Partnerschaft scheint kein Grund für den Wunsch nach einer operativen Körperkorrektur zu sein. Darüber hinaus bekamen die Probanden aus der UG häufiger den Rat von Freunden oder Familienmitgliedern sich einer ästhetischen operativen Körperkorrektur zu unterziehen, so dass man annehmen kann, dass diese tatsächlich einen sichtbaren Makel in ihrer äußeren Erscheinung besaßen.

### 4.1 Diskussion der Ergebnisse

#### 4.1.1 Das untersuchte Kollektiv

Unter den plastisch-chirurgischen Patienten bestand eine hohe Bereitschaft an der Untersuchung teilzunehmen. Die Probanden erhielten die Fragebögen im Rahmen ihrer Erstvorstellung in der plastisch-chirurgischen Ambulanz der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Universitätsklinik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Die Rücklaufquote war mit 82 % sehr hoch und spiegelt die Bereitschaft der Betroffenen wieder über die Problematik einer plastisch-chirurgischen Operation zu reden.

Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass genau die Patienten, welche um ihre übertriebene Sorge bezüglich eines Makels in der äußeren Erscheinung wussten, die Teilnahme an dieser Studie verweigerten, da sie eine Ablehnung der operativen Behandlung fürchteten.

Darüber hinaus ist ebenfalls denkbar, dass die Schamgefühle bezüglich der übertriebenen Sorge zu groß waren, um den tatsächlichen Leidensdruck und die tatsächlichen Einschränkungen im täglichen Leben zu offenbaren.

Unter den untersuchten Patienten befanden sich 48 Frauen und lediglich 6 Männer. Damit lassen die Ergebnisse dieser Studie keine Rückschlüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten und die Einstellung des männlichen Geschlechts bezüglich der plastischen Chirurgie zu. Wie auch die American Society for Aesthetic Plastic Surgery belegt, überwiegt der weibliche Patientenanteil unter plastisch-chirurgischen Patienten mit 92 %. Nur knapp 8 % der operativen Körperkorrekturen im Jahr 2008 wurden an Männern durchgeführt (<http://www.surgery.org/press/statistics-2008.php>, Stand 12.12.2009). Darüber hinaus lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ableiten.

Da das untersuchte Kollektiv aus dem Einzugsgebiet Magdeburg stammt, war die örtliche und ethnische Verteilung sehr homogen. Die Mehrheit der untersuchten Probanden stammte aus

## Diskussion

Sachsen-Anhalt bzw. Niedersachsen und besaß die deutsche Staatsbürgerschaft. Somit sind weder kulturell-ethnische noch örtlich bedingte Unterschiede eruierbar.

Die Altersverteilung war mit 16 bis 65 Jahren weit gefächert und erfasste alle Altersgruppen. Da die KDS häufig schon in der Adoleszenz beginnt (Phillips *et al.* 2006b), war es von besonderer Bedeutung auch die jungen plastisch-chirurgischen Patienten in dieser Studie zu erfassen.

### 4.1.2 Methodische Kritik

In Hinblick auf die Beurteilung des Makels, für den eine operative Korrektur gewünscht wurde, ist auf eine objektivierende Methode verzichtet worden. Damit lassen sich keine Rückschlüsse auf die tatsächlichen Ausmaße des Defektes ziehen. Wünschenswert wäre eine Objektivierung des Makels beispielsweise mittels Foto gewesen, was jedoch den Rahmen der Untersuchung gesprengt hätte. Die vorliegende Studie konzentrierte sich vor allem auf die präoperativen Einstellungen, Wünsche und Vorstellungen der plastisch-chirurgischen Patienten bezüglich operativer Körperkorrekturen. Somit ist kein Vergleich der prä- und postoperativen Einstellungen und Ansichten der Patienten möglich. Wünschenswert wäre vor allem eine postoperative Beurteilung des Körperbildes und der sozialen Aktivität, um eventuelle positive Veränderungen aufgrund des korrektiven Eingriffs zu erheben. Im Falle einer positiven Veränderung ließe sich damit nachweisen, dass die Unzufriedenheit mit einem körperlichen Makel durchaus erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität von plastisch-chirurgischen Patienten haben kann.

Im Speziellen ist kein Vergleich der prä- und postoperativen Zufriedenheit bezüglich des Makels möglich. Daher lässt sich aus den vorliegenden Ergebnissen keine Aussage bezüglich des Outcomes von plastisch-chirurgischen Eingriffen treffen. Dieser Aspekt sollte in weiteren Studien genau berücksichtigt werden. In der vorliegenden Studie wurde ebenfalls auf eine genaue Erhebung der klinischen Vorgeschichte der Patienten verzichtet. Bisherige Therapieversuche z. B. mit Antidepressiva, psychiatrische Nebenerkrankungen wie Angststörungen oder Essstörungen, wie es für KDS-Patienten typisch ist, wurden somit nicht erhoben. Vor allem im Hinblick auf die Diagnosestellung von KDS sind diese Informationen von großer Bedeutung und sollten daher in weiteren Studien genauer untersucht werden.

### 4.1.3 Diskussion der angewendeten Testverfahren

Neben dem gut validierten MBSRQ (Cash 2000) wurde in der vorliegenden Studie der ebenfalls gut validierte DCQ angewendet (Oosthuizen *et al.* 1998). In der Gruppe der plastisch-chirurgischen Patienten erreichten 10 %, in der Gruppe der Teilnehmer der Internetbefragung nur 7 % den angegebenen Cut-Off-Wert (Stangier 2003). Der DCQ legte damit bei 10 % der untersuchten plastisch-chirurgischen Patientin eine Erkrankung an KDS nahe. Diese Prävalenz von übersteigter

## Diskussion

Sorge im Sinne einer KDS unter plastisch-chirurgischen Patienten ist vergleichbar mit den Ergebnissen von Stangier et al. (2003). Sie beschrieben in ihrer Studie mittels DCQ eine Prävalenz der KDS von 9 % unter dermatologischen Patienten.

Allerdings liegen derzeit nach unserem Wissen noch keine Studien zur Anwendbarkeit des DCQ kurz vor einem bevorstehenden operativen Eingriff vor. Falsch positive Ergebnisse bezüglich einer übermäßigen Sorge um ein bestimmtes Körperteil können somit nicht sicher ausgeschlossen werden.

Im Hinblick auf die Soziale-Aktivitäts-Selbstbeurteilungs-Skala korrelierten die Testergebnisse mit den erwarteten Ergebnissen. Plastisch-chirurgische Patienten bzw. potentielle KDS-Patienten zeigten eine eingeschränkte soziale Aktivität. Insgesamt 14 % der plastisch-chirurgischen Patienten erreichen den angegebenen Cut-Off-Wert und befanden sich damit im Bereich des sozialen Rückzuges (Duschek S. 2003). Womöglich lebten diese Patienten aufgrund der großen Schamgefühle bezüglich des scheinbaren Makels in ihrer äußeren Erscheinung zurückgezogener als Menschen ohne diese Sorge. Darüber hinaus ließ sich feststellen, dass die plastisch-chirurgischen Patienten Probleme hatten, sich anderen Menschen gegenüber offen zu zeigen. Allerdings erlaubte die Konzeption der vorliegenden Studie keinen Vergleich mit der Vergleichsgruppe, welche aus Teilnehmern aus einer Internetbefragung bestand. Der SASS stellt ein gutes Testverfahren dar, um die soziale Aktivität von plastisch-chirurgischen Patienten zu charakterisieren. Die erreichten Ergebnisse bedürfen allerdings noch weiterer Vergleichsstudien um in ihrem Aussagewert einschätzbar zu sein.

Bezüglich des körperbezogenen Locus-of-Control Fragebogens (Mrazek 1989) ist eine umfassende Auswertung nicht möglich, da nur ein Teilbereich in der vorliegenden Studie untersucht wurde. In dem Teilbereich „Aussehen“ erreichten die plastisch-chirurgischen Patienten bezüglich externaler und internaler Kontrollüberzeugungen höhere Ränge als die Vergleichsgruppe der Teilnehmer der Internetbefragung. Die plastisch-chirurgischen Patienten brachten Aussehen eher mit Glück und Zufall in Verbindung. Allerdings lässt sich nicht abschätzen, ob die ästhetisch-chirurgischen Patienten auch in den anderen, nicht angewendeten, Teilbereichen des Fragebogens in dieser Weise abgeschlossen hätten.

Beim angewendeten MBSRQ handelt es sich um ein gut validiertes Testinstrument zur Erfassung des Körperbildes (Cash 2000). In der vorliegenden Studie wurde der MBSRQ zum einen auf der Einzel-Itemebene und zum anderen auf Skalenebene vergleichend betrachtet.

Auf der Einzel-Itemebene konnte bei zahlreichen Items ein signifikanter Unterschied zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppe festgestellt werden. Dennoch müssen Items wie „Ich denke niemals über mein Aussehen nach“ kritisch betrachtet werden. Überraschenderweise

## Diskussion

stimmten dieser Aussage mehr plastisch-chirurgische Patienten zu als Teilnehmer aus der Internetbefragung (Item 49, Mittlerer Rang<sub>UG</sub> = 143,94; Mittlerer Rang<sub>VG</sub> = 114,38;  $p = .003$ ). Es ist anzunehmen, dass die plastisch-chirurgischen Patienten häufiger im Sinne einer sozial erwünschten Antworttendenz zustimmten, um einer vorzeitigen Stigmatisierung vorzubeugen. Auch bei der Betrachtung des MBSRQ auf Skalenebene ergaben sich signifikante Unterschiede. Die Probanden der Patientenstichprobe bewerteten wie erwartet ihr eigenes Aussehen schlechter als die Probanden der Vergleichsgruppe. Darüber hinaus bewerteten die ästhetisch-chirurgischen Patienten auch ihren eigenen Gesundheitszustand (Bewertung der eigenen Gesundheit (MBSRQ-HE);  $p = .000$ ) schlechter als die Teilnehmer der Internetbefragung. Dies deutet darauf hin, dass sich plastisch-chirurgische Patienten nicht wie bisher angenommen nur bezüglich ihrer äußeren Erscheinung eingeschränkt fühlen, sondern auch in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre körperliche Fitness durch den Makel und den damit verbundenen Schamgefühlen beeinträchtigt werden. Mittels des MBSRQ ist jedoch nur die Einstellung zum eigenen Körperbild eruierbar. Durch dieses Testinstrument kann keine eindeutige Zuordnung bezüglich einer Diagnose von KDS bei den teilnehmenden Personen getroffen werden. Es lässt sich lediglich vermuten, dass Personen mit einer negativeren Einstellung zu ihrem eigenen Körperbild auch eine KDS aufweisen können.

Eindeutig ließ sich jedoch mittels MBSRQ der Unterschied in der Bewertung des eigenen Körperbildes zwischen Personen, welche mit ihrem Körper relativ zufrieden sind und Menschen, welche ihre Unzufriedenheit bezüglich Teilen ihres Körpers äußern und eine operative Korrektur wünschen, zeigen.

Für die Anwendung des neuentwickelten Fragebogens zu Motivation und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens (FMEVA, Preiß und Borkenhagen 2005) liegen noch keine detailliert validierten Ergebnisse vor. Jedoch erwies sich der wesentliche Teil dieses Testverfahrens in einer klinischen Pilotstudie mit Mammareduktionspatientinnen als ein sensibles Testverfahren, um die genauen Motive und Erwartungen plastisch-chirurgischer Patienten zu eruieren (Preiß 2007).

Mittels dieses Fragebogens konnte in der vorliegenden Studie gezeigt werden, dass sich die plastisch-chirurgischen Patienten weniger durch das gängige Schönheitsideal beeinflussen lassen. Vielmehr geht der Wunsch nach einer Körperkorrektur von ihnen selber aus (intrinsische Motivation) und wird weniger durch äußere Einflussfaktoren wie Freunde, Bekannte, Familienmitglieder, Schauspieler oder Modells in Zeitschriften forciert.

Darüber hinaus ist auffällig, dass ein Großteil der Patienten in den letzten zwei Jahren belastenden Ereignissen ausgesetzt war. Inwiefern diese aber Einfluss auf die Entscheidung zu einem elektiv operativen Eingriff der Patienten nahmen, lässt sich aus dem Testinstrument nicht ableiten.

## Diskussion

Insgesamt scheint dieses Testverfahren als sehr geeignet, um vor allem die Motive und Behandlungserwartungen von plastisch-chirurgischen Patienten zu erfassen.

### 4.1.4 Die Vergleichsgruppe

In der vorliegenden Studie wurde eine Vergleichsgruppe mit 190 Teilnehmern rekrutiert. Diese Probanden wurden zum Teil durch ausliegende Flyer in Universitätsbibliotheken, Fitnessclubs und Cafés aufgerufen, die Onlineversion der verschiedenen Fragebögen via Internet auszufüllen. Diese ausgewählten Auslageorte zielten vor allem darauf ab, junge Erwachsene zu erreichen, da nach aktueller Studienlage in dieser Altersgruppe die höchste Prävalenz von KDS-Patienten vermutet wird. Des Weiteren wurde auf der Internetseite der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg ein Link zu der Onlinestudie positioniert. Dies hatte vor allem zum Ziel, zusätzlich Personen zu erfassen, die sich bereits mit dem Thema plastisch-chirurgischer Körperkorrekturen auseinandergesetzt oder zumindest ein gewisses Interesse an dieser Thematik haben. Darüber hinaus sollten auf diesem Weg auch potentielle KDS-Patienten erfasst werden, da anzunehmen ist, dass Personen, welche mit ihrer äußeren Erscheinung zufrieden sind, keine Informationen über plastisch-chirurgische Eingriffe auf den Internetseiten der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg suchen.

Durch die Wahl einer Onlinerekrutierung sollte der Zugang zur Studie erleichtert werden, da in der heutigen Zeit vor allem junge Menschen viel mit dem Medium Internet arbeiten und somit ein schneller und niederschwelliger Zugang, der mit wenig Zeitaufwand verbunden ist, gewährleistet werden konnte. Weiterhin wurde die Anonymität der Teilnehmer der Internetbefragung gewahrt, da kein persönlicher Kontakt zum Ausfüllen des Online-Fragebogens benötigt wurde. Dies sollte vor allem die Scham oder Angst vor Stigmatisierung heruntersetzen, die Aufrichtigkeit der Angaben fördern und eine hohe Beteiligung erzielen.

Der Nachteil dieser Methode liegt jedoch darin, dass keine Überprüfung der angegebenen Aussagen möglich ist. Zudem kann man auch nur durch die Ergebnisse der Fragebögen vermuten, wie viele von den Teilnehmern der Internetbefragung tatsächlich KDS-Symptome aufweisen, da die Beantwortung der Fragen allein auf der persönlichen Beurteilung der Probanden beruht. Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass die Onlineversion aufgrund von Kapazitäts- und Praktikabilitätsüberlegungen nicht vollends der plastisch-chirurgischen Version entspricht. Der SASS sowie die Subskalen „Beschäftigung mit dem (Über-)Gewicht (MBSRQ-OWPREOC)“ und „Selbsteingeschätztes Gewicht (MBSRQ-WTCLASS)“ des MBSRQ sind in der Onlineversion nicht erfasst worden. Auch die Fragen nach belastenden Ereignissen in den letzten zwei Jahren sowie nach gewünschten operativen Körperkorrekturen sind in der Onlineversion nicht erhoben worden.

## Diskussion

Bis auf die genannten Unterschiede sind jedoch die Ergebnisse der beiden untersuchten Gruppen gut miteinander vergleichbar.

### 4.2 Prävalenz der KDS im untersuchten plastisch-chirurgischen Patientenkollektiv

Die soziale Aktivität gemessen mit der Selbstbeurteilungs-Skala lag bei 14 % der untersuchten Probanden in der Untersuchungsgruppe unter dem Normwert. Auch Phillips erkannte, dass KDS-Patienten aufgrund der Schamgefühle häufig zum sozialen Rückzug neigen (Phillips *et al.* 1993). Bei 10 % der plastisch-chirurgischen Patienten konnte mittels DCQ eine übersteigerte Sorge bezüglich eines körperlichen Makels nachgewiesen werden.

Die Körperregionen, für welche eine operative Korrektur gewünscht wurde, sind mit den Ergebnissen aus klinischen Studien nicht vollständig konform. Häufige Körperteile, welche eine übersteigerte Sorge bei KDS Patienten hervorrufen, sind der Rangfolge nach die Haut (80 %), gefolgt von Haaren (58 %), Nase (39 %), Bauch (32 %), Zähne (30 %), Gewicht (39 %) und Brüste (36 %) (Phillips *et al.* 2005). Häufig geforderte operative Körperkorrekturen bestehen bei KDS-Patienten in Rhinoplastik, Fettabsaugung und Brustvergrößerung (Crerand *et al.* 2005, Veale *et al.* 2003).

Bei den untersuchten plastisch-chirurgischen Patienten überwogen operative Brustkorrekturen (24 %) gefolgt von Abdominalplastiken (18 %), Mamma-Augmentationen (15 %) und Mamma-Reduktionsplastiken (13 %). Deutlich seltener wurde eine Liposuktion (5 %), Straffung der Augenlider (5 %), operative Narbenkorrektur (5 %), Beseitigung von Besenreißern (4 %), Straffung am Oberarm oder Oberschenkel, Aspirationslipektomie, Nervenrekonstruktion, Stirnmuskeldurchtrennung oder Nagelexzision (jeweils 2 %), gewünscht.

Ein möglicher Grund für diese Unterschiede könnte darin bestehen, dass es sich bei der Mehrzahl der untersuchten Patienten um Frauen handelte. Für weibliche KDS-Patienten ist es typisch vor allem mit der Brust unzufrieden zu sein (Perugi *et al.* 1997, Phillips *et al.* 2005). Mit Hilfe des MBSRQ ließ sich nachweisen, dass sich die plastisch-chirurgischen Patienten vor allem im Hinblick auf ihre körperliche Erscheinung, aber auch bezüglich ihres gesundheitlichen und körperlichen Zustandes stärker beeinträchtigt fühlten als die Teilnehmer der Internetbefragung. Auch in Bezug auf alltägliche Lebenssituationen, wie dem Kleidungskauf, konnte für die Untersuchungsgruppe eine stärkere Einschränkung mit Hilfe des Fragebogens zu Motivation und Einstellung zu Veränderungen des Aussehens nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse können hinweisgebend darauf sein, dass unter den untersuchten plastisch-chirurgischen Patienten einige Personen die Kriterien für eine KDS aufweisen.

## Diskussion

Allerdings fehlen wichtige Informationen wie die psychiatrische Vorgeschichte, bisherige Therapieversuche und vor allem die objektive Einschätzung des Makels in der äußeren Erscheinung, um eine eindeutige Diagnose stellen zu können und die Individuen mit einer KDS unter den untersuchten plastisch-chirurgischen Patienten exakt identifizieren zu können. Es konnte allerdings in dieser Studie gezeigt werden, dass sich unter dem plastisch-ästhetischen Kollektiv mehr potentielle KDS-Patienten befinden als unter der Normalbevölkerung. Plastische Chirurgen sollten daher eine genaue Anamnese durchführen, um diese Patienten zu identifizieren und ihnen eine optimale Therapie zukommen zu lassen. Daher bedarf es noch weiterer Studien im deutschsprachigen Raum um ein effizientes und sensitives Testverfahren zur Diagnosestellung einer KDS im plastisch-chirurgischen Umfeld zu entwickeln. Ein Beitrag dafür sollte durch die vorliegende Studie geleistet werden.

### 5 Zusammenfassung

Die Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland verzeichnet eine steigende Inanspruchnahme chirurgisch-operativer Körperkorrekturen. Mit Hilfe eines speziell für plastisch-chirurgische Patienten entwickelten Fragebogens (Fragebogen zu Motivation und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens) wurden in der hier vorliegenden Studie die Motive und Behandlungserwartungen sowie die Einstellung zur ästhetischen Chirurgie von Menschen, welche kurz vor einer operativen Körperkorrektur stehen, erfasst. Es konnte gezeigt werden, dass plastisch-chirurgische Patienten (n=55) deutlich mehr Freizeit auf ihr Aussehen verwenden als die Probanden der rekrutierten Vergleichsgruppe (n=190). Darüber hinaus bewerteten die untersuchten Patienten ihre eigene äußere Erscheinung negativer als die Personen in der Vergleichsgruppe und richteten ihren Kleidungskauf vor allem darauf aus, die Körperteile, welche eine Unzufriedenheit auslösen, zu kaschieren. Es konnte jedoch widerlegt werden, dass eine unzufriedene persönliche Situation, wie ein fehlender Partner, einen Motivationsgrund für den Wunsch nach einer operativen Körperkorrektur darstellt.

Entgegen den Erwartungen waren die meisten (46 %) der untersuchten plastisch-chirurgischen Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer festen (UG=46 %, VG=15 %) und nach eigenen Bewertungsmaßstäben glücklichen Partnerschaft (UG=82 %, VG=66 %). Die untersuchten Patienten erhielten häufiger den Rat zu einer operativen Körperkorrektur (30 %) als die Probanden der Vergleichsgruppe (10 %). Auffällig war jedoch, dass viele plastisch-chirurgische Patienten innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem operativen Eingriff belastende Ereignisse erfahren haben.

Die Prävalenz, also die Häufigkeit der Körperdysmorphie Störung, welche mit einem gestörten Körperbild einhergeht, ist unter plastisch-chirurgischen Patienten höher als in der Normalbevölkerung. In der vorliegenden Studie erreichten 10 % der untersuchten 55 plastisch-chirurgischen Patienten den Cut-Off-Wert des Dysmorphic Concern Questionnaire, welcher hinweisgebend für das Vorliegen einer übermäßigen Sorge bezüglich der äußeren Erscheinung im Sinne einer KDS ist. Die Teilnehmer der Untersuchungsgruppe wiesen verstärkt eine eingeschränkte soziale Aktivität auf (14 %) und zeigten bei der Beantwortung des MBSRQ eine deutlich negativere Tendenz bezüglich ihrer eigenen körperlichen Fitness und der Wahrnehmung ihres eigenen Gesundheitszustandes. Dabei zeigte sich bei den plastisch-chirurgischen Patienten eine große Erfahrungsbreite an bereits durchgeführten Maßnahmen zur Veränderung des eigenen Aussehens, sei es mittels Diäten, Tabletten, Sport oder bereits vorgenommenen operativen Veränderungen. Die übersteigerte Sorge bezüglich eines Körperteils in der äußeren körperlichen Erscheinung, sowie die negative Wahrnehmung der eigenen körperlichen Fitness und des eigenen Gesundheitszustandes sind meist Zeichen des enormen Leidensdruckes von KDS Patienten und dienen als Hinweis für das tatsächliche Vorliegen dieser psychischen Störung. Weiterhin charakterisiert die eingeschränkte

## **Zusammenfassung**

soziale Aktivität die Einsamkeit des Krankheitsbildes aufgrund massiver Schamgefühle. Diese Ergebnisse in der Gesamtheit betrachtet sind hinweisgebend für eine erhöhte Prävalenz der KDS unter dem Patientenklintel plastischer Chirurgen.

Dem Anspruch, das Krankheitsbild der Körperdysmorphen Störung unter einem Kollektiv plastisch-chirurgischer Patienten detailliert zu betrachten und zu charakterisieren, konnte durch den Einsatz der variierenden Testinstrumente entsprochen werden.

## 6 Literaturverzeichnis

**American Society for Aesthetic Plastic Surgery:** Online im Internet: URL:

<http://www.surgery.org/press/statistics-2008.php> [Stand 12.12.2009]

**Albertini RS, Phillips KA:** Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 38. 453-459 (1999)

**Albertini RS, Phillips KA, Guevremont D:** Body dysmorphic disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35. 1425-1426 (1996)

**Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, Auriacombe M, Martin D, Baudet J, Tignol J:** Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. Eur Psychiatry. 18. 365-368 (2003)

**Biesalski, H.K. et. al.:** Ernährungsmedizin. Georg Thieme Verlag. Stuttgart 1995.

**Bohne A, Keuthen N J, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA:** Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. Psychosomatics. 43. 486-490 (2002a)

**Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA:** Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. Psychiatry Res. 109. 101-104 (2002b)

**Borkenhagen A:** Pygmalions Töchter: Weibliche Selbstinszenierung mittels Schönheitschirurgie Eine Studie mit dem Digitalen Körperfoto-Test und qualitativen Interviewsequenzen an Brustreduktionspatientinnen. Psychosozial. 26. 45-53 (2003)

**Bosc M, Dubini A. & Polin V:** Development and validation of social functioning scale, the Social Adaption Self-evaluation Scale. European Neuropsychopharmacology. 57-70 (1997)

**Brähler E, Florin I, Tuschen B:** Sozialfragebogen (SOZIODAT). (unveröffentlicht). (1992)

**Cash TF:** The multidimensional Body Self-Relations Questionnaire. User Manual. Third Revision. (2000)

**Cash TF, Winstead BA, Janda LH:** Your body, yourself: A Psychology Today reader survey. Psychology Today, 19 (7). 22-26 (1985)

**Cash TF, Winstead BA, Janda LH:** The Great American Shape-Up: Body Image Survey Report. Psychology Today 20 (4). 30-37 (1986)

**Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG Jr:** Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. J Cosmet Dermatol. 3. 99-103 (2004)

**Castle DJ, Rossell SL:** An update on body dysmorphic disorder. Curr Opin Psychiatry. 19. 74-78 (2006)

**Cororve MB, Gleaves DH:** Body dysmorphic disorder: A review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. Clin Psychol Rev. 21. 949-970 (2001)

## Literaturverzeichnis

- Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C:** Nonpsychiatric Medical Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*. 46. 549-555 (2005)
- Daig I, Albani C, Rief W, Brähler E:** [Discrepancy between ideal and real body image: does it affect body-dysmorphic disorder symptoms?]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 56. 259-267 (2006)
- Driesch G, Burgmer M, Heuft G:** [Body dysmorphic disorder. Epidemiology, clinical symptoms, classification and differential treatment indications: an overview]. *Nervenarzt*. 75. 917-929 (2004)
- Dubini A, Bosc M, Polin V:** Noradrenaline-selective versus serotonin-selective antidepressant therapy: differential effects on social functioning. *J Psychopharmacol*. 11. 17-23 (1997a)
- Dubini A, Bosc M, Polin V:** Do noradrenaline and serotonin differentially affect social motivation and behaviour? *Eur Neuropsychopharmacol*. 7 Suppl 1. 49-55; discussion 71-43 (1997b)
- Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS:** A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg*. 27. 457-462 (2001)
- Duschek, S., Schandry, R. & Hege, B:** Soziale Aktivität (SASS). Diagnostik sozialer Funktionsfähigkeit bei depressiven Störungen. Handanweisung. Beltz Test. Göttingen 2003
- Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI:** Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev*. 36. 369-382 (2006)
- Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E:** Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg*. 13. 136-145 (1960)
- Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA:** The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. 155. 102-108 (1998)
- Gabbay V, Asnis GM, Bello JA, Alonso CM, Serras SJ, O'Dowd MA:** New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology*. 61. 123-125 (2003)
- Gabbay V, O'Dowd MA, Weiss AJ, Asnis GM:** Body dysmorphic disorder triggered by medical illness? *Am J Psychiatry*. 159. 493 (2002)
- Goldberg, D.P.:** The Detection of Psychiatry Illness by Questionnaire. Oxford University Press. London, New York 1972
- Grant JE, Phillips KA:** Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 17. 205-210 (2005)
- Grauber, B.:** ICD-10-GM 2009 Systematisches Verzeichnis. 10. Revision, German Modification. Deutscher Ärzteverlag 2009

## Literaturverzeichnis

- Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, Simeon D:** Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry.* 56. 1033-1039 (1999)
- Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ:** A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 113. 1229-1237 (2004)
- Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ:** Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg.* 119. 1924-1930 (2007)
- Jorgensen L, Castle DJ, Roberts C, Groth-Marnat G:** A clinical validation of the Dysmorphic Concern Questionnaire. *Aust N Z J Psychiatry.* 35. 124-128 (2001)
- Kittler JE, Menard W, Phillips KA:** Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav.* 8. 115-120 (2007)
- Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE:** The "insatiable" cosmetic surgery patient. *Plast Reconstr Surg.* 40. 285-289 (1967)
- Littleton HL, Axsom D, Pury CL:** Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther.* 43. 229-241 (2005)
- Mrazek J:** Die Erfassung körperbezogener Kontrollüberzeugungen. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* S. 112-118. Hogrefe. Göttingen (u.a.) 1989
- Mühlhan H:** Ed. Aspekte des präoperativen Körperkonzepts in der Ästhetischen Chirurgie. Differenzierung, Erweiterung und Prüfung zentraler Komponenten eines heuristischen Modells. Diplomarbeit Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena. (2002)
- Oosthuizen P, Castle DJ, Lambert T:** Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatry.* 32. 129-132 (1998)
- Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL:** Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry.* 158. 2061-2063 (2001)
- Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA:** Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg.* 22. 20-24 (1998)
- Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di Vaio S, Cassano GB:** Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis.* 185. 578-582 (1997)
- Phillips KA:** Body dysmorphic disorder diagnostic module. 876-884. McLean Hospital. Belmont (1993)
- Phillips KA, Atala AD, Pope HC:** Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. New Research Program and Abstracts, American Psychiatric Association 148th annual meeting. Miami: American Psychiatric Association. 157 (1995)

## Literaturverzeichnis

- Phillips KA:** Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 148. 1138-1149 (1991)
- Phillips KA:** Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry.* 3. 12-17 (2004a)
- Phillips KA:** *The Broken Mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder.* Vol.2. Oxford: Oxford University Press. USA 2005.
- Phillips KA:** Body dysmorphic disorder. In *Somatoform and Factitious Disorders* (ed. K. A. Phillips), pp. 67-94. Washington, DC: American Psychiatric Press.2001.
- Phillips KA:** Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res.* 38. 63-72 (2004b)
- Phillips KA:** Placebo-controlled study of Pimozide Augmentation of Fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry.* 162. 377-379 (2005)
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA:** A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 59. 381-388 (2002)
- Phillips KA, Diaz SF:** Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 185. 570-577 (1997)
- Phillips KA, Didie ER, Menard W:** Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord.* 97. 129-135 (2007)
- Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS:** Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 42. 504-510 (2001)
- Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK:** 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. 17-22 (1997)
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr., Pope HG Jr., Hudson JI:** Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 150. 302-308 (1993)
- Phillips KA, Menard W:** Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 163. 1280-1282 (2006)
- Phillips KA, Menard W, Fay C:** Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 47. 77-87 (2006a)
- Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R:** Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 46. 317-325 (2005)
- Phillips KA, Pagano ME, Menard W, Stout RL:** A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry.* 163. 907-912 (2006b)

## Literaturverzeichnis

- Phillips KA, Rasmussen SA:** Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: a placebo-controlled study. *Psychosomatics*. 45. 438-444 (2004a)
- Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA:** Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2. 395-400 (2005)
- Preiß S:** Das Körpererleben von Frauen vor und nach Mammareduktionsplastik. Unveröffentlicht. (2007)
- Preiß S, Borkenhagen A:** Fragebogen zu krankheitsspezifischen Aspekten und Behandlungserwartungen, FKABE. Unveröffentlicht. (2003)
- Preiß S, Borkenhagen A:** Fragebogen zu Motiven und Einstellungen zu Veränderungen des Aussehens, FMEVA. Unveröffentlicht. (2005)
- Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ, Jenike MA, Caviness VS Jr., Kennedy DN:** A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 122. 13-19 (2003)
- Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E:** The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 36. 877-885 (2006)
- Rosen JC, Ramirez E:** A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *J Psychosom Res*. 44. 441-449 (1998)
- Rosen JC, Reiter J:** Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther*. 34. 755-766 (1996)
- Rosen JC, Reiter J, Orosan P:** Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther*. 33. 77-84 (1995a)
- Rosen JC, Reiter J, Orosan P:** Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 63. 263-269 (1995b)
- Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB:** Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord*. 39. 11-19 (2006)
- Sarwer DB:** Awareness and Identification of Body Dysmorphic Disorder by aesthetic surgeons: a result of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surgery Journal*. 22. 531-535 (2002)
- Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER:** Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg*. 19. 7-18 (2003)
- Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA:** Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 101. 1644-1649 (1998a)

## Literaturverzeichnis

- Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA:** The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev.* 18. 1-22 (1998b)
- Sarwer DB, Whitaker LA, Pertschuk MJ, Wadden TA:** Body image concerns of reconstructive surgery patients: an underrecognized problem. *Ann Plast Surg.* 40. 403-407 (1998c)
- Saß H, Wittchen. HU, Zaudig M:** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe Verlag. Göttingen 2000
- Schandry R:** Die Erfassung der Sozialen Aktivität bei depressiven Patienten mit der Skala „SASS“. *Psychopharmakotherapie.* 168-173 (2000)
- Schilder, P.:** *The Image and Appearance of the Human Body.* 353. Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. London 1935
- Sonnenmoser M:** Der eingebildete Mangel. *Deutsches Ärzteblatt.* 1. 29-31 (2007)
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB:** The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry.* 49. 624-629 (1992)
- Stangier U, Hungerbühler R, Meyer A:** Deutsche Übersetzung des Moduls. Körperdysmorphie Störung für Strukturierte Diagnostische Interviews. Unveröffentlichtes Manuskript, Frankfurt, J.W.Goethe-Universität. (1996a)
- Stangier U, Hungerbühler R, Meyer A:** Deutsche Übersetzung des YBOCS für Körperdysmorphie Störung. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt, J. W. Goethe- Universität (1996b)
- Stangier U, Hungerbühler R, Meyer A, Wolter M:** [Diagnosis of body dysmorphic disorder. A pilot study]. *Nervenarzt.* 71. 876-884 (2000)
- Stangier U, Janich C, Adam-Schwebe S, Berger P, Wolter M:** Screening of Body Dysmorphic Disorder in Dermatological Outpatients. *Dermatol Psychosom.* 4. 66-71 (2003)
- Veale D:** Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 1. 113-125 (2004)
- Veale D, De Haro L, Lambrou C:** Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg.* 56. 546-551 (2003)
- Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, Walburn J:** Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 34. 717-729 (1996)
- Wang Z, Byrne NM, Kenardy JA, Hills AP:** Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eat Behav.* 6. 23-33 (2005)
- WHO Klassifikation BMI** URL Online im Internet:  
[http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html), [Stand 12.12.09]

### 7 Danksagung

Allen, die mich im Laufe der Zeit, in welcher diese Arbeit entstanden ist, begleitet haben, möchte ich an dieser Stelle Dank sagen.

Allen voran Prof. Dr. med. W. Schneider, Leiter der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie danke ich herzlich für seine Hilfestellung und Unterstützung beim Zustandekommen der hier vorliegenden Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Dr. med. Simone Preiß, die mir mit ihren Anregungen, positiven sowie negativen Kritiken aber auch mit ihren aufmunternden Worten und ihrem unaufhörlichen Optimismus kontinuierlich auf dem Weg zu einer wissenschaftlichen Arbeitsweise beiseite stand.

Frau Daniela Adolf danke ich herzlich für ihre Hilfe bei der statistischen Datenanalyse und ihre kompetenten statistischen Optimierungsvorschläge.

Weiterhin gilt mein besonderer Dank Theresa Schedl für ihren andauerndem Antrieb, für ihrem Witz und ihre Unterstützung vom ersten bis zum letzten Tag der Promotion.

Vor allem meinen Eltern und meiner Familie danke ich besonders für die Unterstützung, die aufmunternden Worte und die Geduld, welche sie während meiner gesamten Studienzeit in Magdeburg und der Zeit der Promotion für mich aufbrachten, vor allem, weil dies nicht immer einfach war.

Des Weiteren danke ich allen Freunden, Bekannten und kleinen Helfern, die mir durch ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge, auch wenn sie noch so klein waren, beim Erarbeiten und Optimieren der endgültigen Fassung dieser Arbeit bei Seite standen.

Daniel Wieden danke ich für seine fortwährende Geduld, seinen Optimismus und sein Vertrauen in mich, in Momenten, an denen ich es am meisten benötigte.

Vor allem aber gilt mein Dank jedoch den hier eingeschlossenen plastisch-chirurgischen Patienten ohne deren Beteiligung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Vielen Dank.

## Erklärung

### 8 Erklärung

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

„Prävalenz und Charakteristik der Körperdysmorphen Störung in einem plastisch-chirurgischen Patientenkollektiv“

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

Bei der Abfassung 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 04.01.2010

Unterschrift

## Curriculum vitae

### 9 Curriculum vitae

#### Persönliche Angaben:

Name: Kristin Schikora  
Familienstand: ledig  
Geboren am: 28.06.1983  
Geburtsort: Frankfurt /Oder (Brandenburg)

#### Schulbildung:

1996-2003 Karl-Liebknecht-Gymnasium Frankfurt/Oder, Abitur

#### Studium:

10/03- 11/09 Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke Universität  
Magdeburg

08/05 Erster Teil der ärztlichen Prüfung, „Physikum“, Note: „Gut“

11/09 Zweiter Teil der ärztlichen Prüfung, Note: „Gut“

12/09 Approbation als Ärztin

#### Auslandsaufenthalte:

03/04-04/04 Elderly Care, Royal Bournemouth Hospital, Bournemouth, England

08/08-12/08 Gynäkologie und Geburtshilfe, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Spital  
Wil, Kanton St. Gallen, Schweiz

## Anhang

### 10 Anhang

CD-Rom mit den angewendeten Fragebögen