

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Ernst Pöppel

Körperdysmorphophobie

Evaluation und Validierung des Fragebogen-Instruments

BDD — MM

(Body-dysmorphic-disorder — munich modul)

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
Heidmarie Schaer

aus
München

Im Jahre
2006

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. Ernst Pöppel

**Mitberichterstatter: Prof. Dr. G. Stucki
Priv. Doz. Dr. A. M. Möller-Leimkühler**

**Betreuung durch
die promovierte
Mitarbeiterin: Prof. Dr. W. Tunner
Dr. med. Reinhilde Zimmer**

Dekan: Prof. Dr. Dietrich Reinhardt

**Tag der mündlichen
Prüfung: 08.05.2006**

**Diese Dissertation widme ich den starken und schönen Frauen
meiner Familie:
meiner Großmutter Centa, meiner Mutter Traudl,
meinen Töchtern Teresa und Antonia.**

Danksagung

Für die Durchführung und Fertigstellung dieser Dissertationen bin ich vielen hilfreichen Menschen zu Dank verpflichtet.

Herrn Prof. Dr. Ernst Pöppel, Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie an der LMU-München, danke ich dafür, die Arbeit als erster „Doktorvater“ zu betreuen.

Herrn Prof. Dr. Wolfgang Tunner danke ich als zweiten Betreuer für die Beratung hinsichtlich der psychologischen Schwerpunkte.

Herr Prof. Dr. Edgar Biemer, Herr Oberarzt Dr. Kovacs und Priv. Doz. Dr. Papadopoulos haben es mir ermöglicht, im Klinikum Rechts der Isar die Patienten aus der Studiengruppe MRI auf den Stationen 1.3 und 1.5 zu rekrutieren. Herr Dr. Nathrath war so freundlich mir aus seiner Klinik die Patienten der Privatgruppe zur Verfügung zu stellen und die Studie somit hilfreich zu unterstützen.

Frau Oberärztin Dr. Zimmer, die mir das Thema der Dissertation überließ, betreute die Studie innerhalb der Forschungsgruppe mit konstruktiven Vorschlägen und hilfreichen Diskussionssitzungen.

Die Kolleginnen Dipl. Psych. Einödshofer, Dipl. Psych. Winkler, Frau cand. med. Reichhart und Frau cand. med. Krammer halfen die Daten der Gesamtstudie zu erheben und unterstützten die vorliegende Dissertation zusammen mit Frau cand. Dipl. psych. Harzer in der Inter-Rater-Erhebung.

Herr Dr. Alexander Yassouridis, Leiter der AG Statistik des Max-Planck-Instituts München danke ich im Besonderen für die umfangreiche Beratung und die hervorragende statistische Betreuung der Arbeit.

Herrn cand. Dr.-Ing. Bernhard Angerer gebührt mein Dank für unermüdliche Hilfe hinsichtlich des Textsatzes und der Formatierung, sowie für den freundschaftlichen Austausch in den schwierigen Phasen des Entstehungsprozesses dieser Arbeit.

Meiner Freundin und Kollegin Dr. rer. biol. hum. Christina Fentrop bin ich für die strenge, unerbittliche und sachliche Kritik und Korrektur der Arbeit dankbar. Sie ist mir stets, auch in Momenten größter Zweifel, konstruktiv zur Seite gestanden.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei den Patienten und Probanden, die sich freiwillig für die Erhebung der Daten zur Verfügung gestellt haben.

Wegen Emil seiner unanständ'ge Lust

Mein Emil, der meckert mir so bresenklötrich an,
mein Emil der hat keine Scham.
Mein Emil, der sagt zu mir, ich bin doch nur dein Mann
Und ick möchte von der Ehe noch was hah'm.
Ick möchte dir hübscher und niedlicher,
mit eenem Wort appetitlicher,
dann würd ick mich viel mehr amüsieren.
Jeh zum Doktor, sacht er, laß dir operieren.

Ick laß mir nich die Neese verpatzen,
wegen Emil seine unanständ'ge Lust.
Ich laß mir nich das Fett aus de Oberschenkel kratzen,
wegen Emil seine unanständ'ge Lust.
Wie ick bin, hat ja der Emil schon immer jewußt,
ja da hätte er mir eebn nich nehmen jemußt.
Ick lasse keenen Doktor ran an meine Brust,
wegen Emil seine unanstäng'ge Lust.

Die Emma von Meiers ging bei Doktor Veilchenfeld
Und ließ sich auf hübsch operieren.
Die dusslige Emma gab dem Veilchenfeld ihr Jeld,
un nun jluabt se kann se jeden Mann verführen.
Man hat ihr vermanscht in de Charite` - sie war schon mies,
aber nu erst – nö,
nun hat se ne Bauch wie ne Kerl
und ein Podeks wie ein 16jähriges Girl.

Ick wer doch mein Leben nich bei sonen Doktor jehn.
Ick hab für son Blödsinn keen Jeld.
Ick denk nur immer nach und ick kann es nich verstehn,
det die Männer so ne vermanschtes Ding jefällt.
Aus Liebe ans Messer, da lach ick nu
Een richtger Mann sagt, ick will Natur
Und macht det nich selber hmtamtam,
da hilft ihm och die neue Brust nich uffn Damm.

Text: Paul Strasser/Musik: Julian Arendt
Wurde 1929 von Claire Waldorff auf Platte aufgenommen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Theoretischer Hintergrund	7
2.1	Körperdysmorphie Störung (KDS)	7
2.1.1	Epidemiologie	11
2.1.2	Herleitung einer wissenschaftlichen Definition	12
2.1.3	Historische Entwicklung des Begriffes KDS	13
2.2	Klassifikationssystem DSM-IV	15
2.3	Verwandte Störungen und Komorbidität	16
2.4	Psychologische Entstehungstheorien: Manifestation einer KDS	19
2.4.1	Körperkonzept- Gesamtkörperschema: Körperbild	20
2.4.2	Lerntheoretischer Ansatz	24
2.4.3	Attributionstheorie	26
2.5	Optische Schönheit als gesellschaftliche Norm	28
2.5.1	Die Bedeutung körperlicher Attraktivität	29
2.5.2	”Narziss und sein Retter“: die Klientel und der Arzt	30
2.6	Diagnostische Instrumente: Erfassung der KDS	31
2.6.1	Forschungsansatz	31
2.6.2	Messinstrumente nach Kriterien des DSM-IV	32
2.6.3	BDD-MM: Body-Dysmorphic-Disorder-Munich-Modul	38
3	Methoden	39
3.1	Beschreibung der Studie	39
3.1.1	Ziel der Dissertation	40
3.1.2	Arbeitshypothesen	40
3.2	Aufbau der Studie	41
3.2.1	BDD-MM: Testentwicklung	41
3.2.2	Aufbau des BDD-MM: inhaltliche Struktur	42
3.2.3	Durchführung des Interviews	44
3.2.4	Studienpopulation: Stichproben	45
3.2.5	Einschluss- und Ausschlusskriterien, Diagnosen	46
3.2.6	Studienbearbeitung: Messinstrumente und Erhebung	48

3.3	Instrumente der BDD–MM Studie	49
3.4	Beschreibung der psychometrischen sowie der Validierungskriterien . .	51
3.4.1	Überprüfung der Fragebogenkonstruktion	51
3.4.2	Reliabilitätsanalyse	52
3.4.3	Validitätsbestimmung	53
3.4.4	Faktorenanalyse	54
3.4.5	Interrater-Reliabilität	55
3.4.6	Cut–Off–Berechnung	56
3.4.7	Diskriminanzanalyse	57
4	Ergebnisse	58
4.1	Darstellung des Instruments	58
4.2	Beschreibung der Stichprobenpopulation	59
4.3	Deskriptive Statistiken und Verteilungscharakteristika	59
4.3.1	Häufigkeitsverteilung der Bewertungen der Skalenitems	60
4.3.2	Verteilung der Subskalen–Scores	64
4.3.3	Weitere statistische Kennwerte der Verteilung: Itembewertung und Subskalen–Scores	66
4.3.4	Inferentielle Statistik	70
4.4	Faktorenanalyse	72
4.5	Reliabilitätsanalyse	74
4.6	Überprüfung der Validität	76
4.6.1	Konvergente Validität	76
4.6.2	Diskriminante Validität	77
4.7	Inter-Rater-Reliabilität	77
4.8	Goldstandard: Korrelation des BDD–MM mit Expertenurteilen	78
4.9	Cut–off Berechnung: roc–Kurve und Youden–Index	81
4.10	Diskriminationspower des BDD–MM	85
4.11	Zusammenfassung: Ergebnisteil	87
5	Diskussion	90
5.1	Interpretation und Diskussion der psychometrischen Ergebnisse	90
5.1.1	Datenqualität	91
5.1.2	Deskriptive Statistik: Verteilungsform	91
5.1.3	Missingwerte	92
5.1.4	Reliabilität	93
5.1.5	Validität	95
5.1.6	Faktorenanalyse und Überprüfung der Fragebogenkonstruktion	97
5.1.7	Inter-Rater-Reliabilität	98
5.1.8	Goldstandard: Expertenurteile	98
5.1.9	Berechnung des cut-off Punkts: roc–Kurve; Youden-Index	100

5.1.10	Diskriminationspower zwischen Experimental- und Kontrollgruppe	101
5.2	Zusammenfassung der psychometrischen Ergebnisse	102
5.3	Erweiterung der diagnostischen Kriterien des DSM-IV	105
5.4	Hypothesenbezug: Fazit	107
5.5	Anwendbarkeit des BDD-MM	107
5.6	Weiterführende Forschung: Optimierung der Studie	108
5.7	Behandlungsansätze der KDS	110
5.8	BDD – Munich – DM	114
6	Zusammenfassende Darstellung der Studie	115
	Literaturverzeichnis	118
	Abbildungsverzeichnis	130
	Tabellenverzeichnis	132
	Anhang	134

Kapitel 1

Einleitung

”Wer schön sein will muß leiden!“

Dieser alte Ausspruch muss nicht stimmen und ist nicht generell zutreffend. Der Wunsch nach körperlicher Schönheit und Attraktivität alleine ist es nicht, der an sich psychisches Leiden verursacht. Wohl aber das Verlangen ein/eine anderer/e zu sein, innerhalb des heute gängigen Motto’s: ”höher, stärker, schöner, mehr“. Wenn durchaus attraktive, dem westlichen Schönheitsideal normentsprechend ”gut aussehende“ Menschen beiderlei Geschlechts, unter ihrem Aussehen leiden, sich aufgrund der Ausbildung eines speziellen Körpermerkmals im privaten Bereich ebenso, wie innerhalb ihrer gesamten Sozialisation zurückziehen, wenn die Leistungsfähigkeit dieser Menschen deshalb absinkt und sich die Gedanken nur noch um die Ausprägung eines speziellen Körpermerkmals dreht, so spricht der psychologisch/psychiatrisch orientierte Wissenschaftler, anlehnend an die gängigen Klassifikationssysteme zur Erfassung eben dieser Störungen, von einer ”Körperdysmorphophobie“. Die Körperdysmorphophobie (KDS) ist keine ”Modekrankheit“, sondern erscheint, wissenschaftlich dokumentiert, bereits Ende des achtzehnten Jahrhunderts.

Angesichts der heute vermehrt in Anspruch genommenen, ästhetisch plastischen Operationsmöglichkeiten und der wunschgenerierenden Einflussnahme aus Rundfunk- und Fernsehmedien, wie aus allen Hochglanzzeitschriften die sich mit dem Thema Körperkult befassen, erscheint es, besonders als Überseeimport aus den USA, selbstverständlich, dass ”Mensch“ sich auch optisch beliebig verändern lässt. Der Kreativität der eigenen Phantasie sind hier heute ebenso wenige Grenzen gesetzt, wie den tatsächlichen Möglichkeiten der entsprechenden Fachärzte, den ästhetisch plastischen Chirurgen.

Die Menschen jedoch, deren Veränderungsabsicht auf eine Störung oder Erkrankung der Psyche zurückzuführen ist, werden durch ein dergestalt operatives invasives Mittel nicht zufriedengestellt oder gesunden – bestenfalls lassen sich durch Symptomverschiebung Folgeoperationen vermerken, schlimmsten Falls suizidiert sich der Patient - oder attackiert den Operateur mit rechtlichen Klagen. Da der Körperdys-

morphophobie (KDS) eine psychische Erkrankung zugrunde liegt, trifft eine, das Aussehen verändernde Operation, den Kern der Störung nicht, sondern vertieft selbige unter Umständen. Um dazu beizutragen, psychiatrische oder gesellschaftliche Folgereaktionen, wie im Punkt Komorbiditäten beschrieben, zu mindern, stellt sich die Autorin dieser Studie die Frage, wie die Ausprägung der psychischen Erkrankung KDS differentialdiagnostisch erkannt werden kann und damit folgenschwere Entwicklungen bereits im Vorfeld eingedämmt oder verhindert werden können. Eingedenk der psychologischen Integrationstheorie, die vom Zusammenhang leib-seelischer Prozesse ausgeht, wird im theoretischen Teil der Studie auf psychologische Entstehungstheorien der KDS abgehoben.

Das Vorkommen der Körperdysmorphophobie innerhalb der operationswilligen Klientel ist, je nach klinischem Setting (z.B. Dermatologie, ästhetische Chirurgie) auf 2 - 15% erfassbar. Um diese Personen/Patienten aus dem Klientel der "normal-narzisstischen" oder "normal-neurotischen" operationswilligen Gesellschaft herausfiltern zu können, bedarf es spezieller, eigens dafür entwickelter diagnostischer Instrumente.

Die wissenschaftliche Relevanz der vorliegenden Arbeit ergibt sich aus der Tatsache, dass nach dem momentanen Stand der Diagnostik eher unzureichend entwickelte Forschungsinstrumente existieren. Es existieren zwar eine Reihe etablierter Instrumente, die jedoch entweder sehr zeit-intensiv sind, oder eine eindeutige Diagnose mit Zuordnung zu einem Schweregrad innerhalb des Symptomkontinuums nicht zulassen. Die Autorin hat einen Fragebogen entworfen, der es jedem entsprechenden Berufsstand (Chirurgen, Psychiater, Psychologen) erlaubt, innerhalb von etwa 10 Minuten eine Verdachtsdiagnose der Körperdysmorphophobie zu stellen. Dies sollte sodann zu weiterer psychiatrischer Diagnostik und psychologischer Therapie führen. Die Diagnosefindung und Zuordnung zu dem Störungsbild KDS wird somit ermöglicht und erleichtert. Dieses Vorgehen erlaubt es dem operierenden Arzt, bei Verdacht oder Vorliegen einer KDS, den Patienten zunächst einer selbstwertstabilisierenden psychotherapeutischen Intervention zuzuführen, anstelle womöglich zum Skalpell zu greifen. Eine fundierte Psychotherapie kann helfen, kosten- und schmerzintensive und, im Sinne der Symptombehebung, erfolglose Operationen zu vermeiden.

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen einer interdisziplinären Forschungsarbeit zur Lebensqualitätsforschung und ästhetisch plastischem Operationswunsch, zwischen den beiden Universitäten Münchens (Technische Universität TUM und Ludwig-Maximilians-Universität LMU) durchgeführt.

Das hier bearbeitete Diagnostikinstrument Body-Dysmorphic-Disorder-Munich-Modul (BDD-MM) ist ein praktikables und kurzes Screening Instrument in Form eines strukturierten Interviews, das auf die im DSM-IV (APA, 1994) zugrunde gelegten Diagnostikkriterien Bezug nimmt. Bei der Untersuchung der speziellen Zielgruppe von Patienten mit ästhetisch plastischem Operationswunsch, handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung, eine prospektive Studie mit Erhebung eines klinischen

Expertenurteils bei nur einem Untersuchungszeitpunkt. Die Expertenbefragung findet zeitlich unmittelbar nach dem Interview statt.

Die Dissertation gliedert sich in fünf Bereiche. In der theoretischen Einlassung (Kapitel zwei) wird zunächst versucht mögliche Entstehungsursachen und -ansätze zur Körperwahrnehmung allgemein und zur KDS im speziellen zu elaborieren. Konstrukte wie Selbstwahrnehmung, Selbstwert und das Selbst als der soziale Andere werden ebenso beleuchtet, als auch Einflußnahmen der medialen Umwelt. Es wird auf die Patienten Bezug genommen und auf das ausführende Organ, den ästhetisch plastischen Chirurgen. Die historische Basis-Diagnostik zur KDS und bereits validierte Diagnostikinstrumente werden vorgestellt. Dies geschieht detailliert um zu klären, dass ein spezifisches, kurzes und einfach durchzuführendes klinisches Instrument zur Erleichterung der Diagnosefindung notwendig ist. Durch das Instrument BDD-MM soll die Zuteilung zu einem Ausprägungsgrad innerhalb des kontinuierlichen Spektrums von dysmorphophoben Verhaltensauffälligkeiten hin zum Syndrom KDS erhoben werden. In Kapitel drei werden die Fragestellung, die methodologischen Schritte und die statistischen Analysen dargestellt. Die Ergebnisse werden in Kapitel vier bearbeitet. Kapitel fünf umfasst die Diskussion dieser Ergebnisse unter Bezugnahme zu den in Kapitel drei formulierten Arbeitshypothesen.

Abschließend wird diskutiert, aus den vorliegenden Ergebnissen Konsequenzen für die Planung einer möglichen Erweiterung der Diagnosekriterien innerhalb des DSM-IV (evtl. Erweiterung der Kriterien zur KDS) zu formulieren. Optimierungsmöglichkeiten der Studie und weiterführende Forschung werden erarbeitet. Mögliche pharmakologische und therapeutische Interventionen bei Diagnose der Störung werden dargestellt. Ein von der Autorin erarbeitetes Psychotherapiekonzept auf verhaltenstherapeutischer Grundlage wird vorgestellt.

Das Instrument selbst, der Interviewleitfaden, sowie das zur statistischen Bearbeitung des BDD-MM relevante Instrument (Y-BOCS) befinden sich im Anhang.

Kapitel 2

Theoretischer Hintergrund

”Man sieht nur mit dem Herzen gut. Wahre Schönheit ist für das Auge unsichtbar.“

Saint Exupery

2.1 Körperdysmorphie Störung (KDS)

Von jeher ist der Mensch als reflexives, selbstbezügliches Wesen bestrebt aus sich heraus etwas Neues und Einzigartiges zu erschaffen. Dieses Bestreben des Neuerschaffens einer eigenen Welt und seiner eigenen Objekte ist eine Voraussetzung für die Entwicklung eines Verständnisses von sich ”Selbst“. Das Begehren nach Erschaffen einer individuellen Persönlichkeit kann sich gestaltend, verändernd auch auf den eigenen Körper richten. Der Begriff ”Körper“ beschreibt damit ein instrumentelles, zwecksetzendes Verhältnis des ”Selbst“ zu seiner Leiblichkeit. Dieses Verhältnis zu sich selbst kann in pathologischer Weise eine dysfunktionale Spaltung des ”Selbst“ in Körper, Geist und Seele beinhalten. Ausgehend von der psychologischen Integrationstheorie körperlich seelischer Prozesse, ist eine Abspaltung beeinträchtigender körperlicher Reaktionen ohne psychische Beteiligung oder Ursache nicht denkbar. Die Abspaltung einzelner, im und am Menschen zusammenwirkender Faktoren kann in entsprechend fruchtbarem Setting, zu physiologisch, psychologisch und medizinisch relevanten Veränderungen bis hin zu Störungen des gesamten ”Konzeptes des Selbst“ führen. Eine das Leben der Betroffenen stark beeinträchtigende Störung des integrativen Leib–Seele Systems ist die dysfunktionale Wahrnehmung des körperlichen Selbst. Dies kann sich in einer Körperschema- oder Körperwahrnehmungsstörung zeigen, die als ”Körperdysmorphie

Störung“(KDS) in die Klassifikationssysteme psychologisch psychiatrischer Diagnostik Eingang gefunden hat.

In unserer auf optische Äußerlichkeiten orientierten Gesellschaft ist es normal, sich in gewissem Masse mit der äußeren Erscheinung zu befassen und sich Gedanken über ”allgemeingültige“ Schönheitsmerkmale und die Funktionalität des eigenen Körpers zu machen. Von werbeorientierten Medien induziert, herrscht ein klar vorgegebenes Schönheitsbild als Ideal vor: perfekte Haut, strahlendes Haar und ein perfekt geformter Körper werden als erstrebenswerte Normen dargestellt und angesehen. Diesen optischen Merkmalen werden im übertragenen Sinne positiv bewertete Attributionen von Erfolg, Macht, Akzeptanz und Dynamik zugeschrieben. Schon in jungen Jahren, insbesondere bei pubertierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen, entwickeln sich reale und ideelle, imperative Wünsche hinsichtlich ihrer körperlichen Erscheinung. Die universellen Bestrebungen des jungen Menschen nach auch optischem Unterscheiden von den Erzeugern und doch nach übereinstimmender Gleichheit oder Ähnlichkeit innerhalb einer akzeptierenden Normgruppe, sind kulturübergreifend als ein wesentliches Merkmal der psychischen Entwicklung in der Adoleszenz zu betrachten. Nicht die individuelle Unterschiedlichkeit, sondern die globale Ähnlichkeit oder gar Gleichheit innerhalb einer bestimmten Gruppe (Peer-Group) und damit die demonstrative Abgrenzung von den Erziehungspersonen, ist eine sympathiegenerierende Norm, an der sich Pubertierende ubiquitär innerhalb dieser Lebensphase zu orientieren scheinen. So kann z.B. Akne der Gesichtshaut mit damit einhergehenden möglichen Vernarbungen, oder beginnender Bart- und Haarwuchs im Schambereich oder auf der Brust, sowie Wachstum der Brust als primäres Geschlechtszugehörigkeitsmerkmal eine zunächst Sorgen induzierende Tatsache bei Jugendlichen sein. Dieses Verhalten kann sich, wenn der Individuationsprozess hinderlich verläuft, sorgeninduzierend (”...ich könnte anders sein...“) bis ins Erwachsenenalter hinein fortsetzen, dysfunktional verfestigen und pathologischen Ausdruck finden.

Eine andauernde Beschäftigung mit und anhaltende Besorgnis um die Einstellung in der äußeren Erscheinung (Saß et al., 1996), kann sich zu einer beeinträchtigenden Furcht, bis hin zu beschämender Angst steigern und manifestieren. Das Gefühl rein subjektiv nicht in ”Ordnung“ zu sein und existenziell als bedrohlich empfundene Mängel oder für andere deutlich sichtbare Makel aufzuweisen (z.B. zu große/kleine Nase oder ungenügend ausgeprägte Brust) kann den sich entwickelnden Menschen auf allen Ebenen des Individuationsprozesses beeinträchtigen. Initial ist die Furcht des jugendlichen Individuums vor Ausgrenzung und Stigmatisierung oder die Angst davor, aus der normgenerierenden Gruppe negativ heraus zu stechen. Diese externale Orientierung könnte als eine Ursache für, als schmerzlich empfundene, Ausgrenzung angesehen werden – aber auch als Indiz für übermäßige negative internale Be- und Selbstabwertung wahrgenommen werden. Wenn diese Prozesse einen überwertigen Einfluss auf die Gefühle des Menschen als auch auf sein Verhalten in der Gruppe nehmen, so kann eine Störung des sozialen Interaktionsverhaltens auftreten.

Aus einem gestörten Interaktionsverhalten heraus wäre möglicherweise der Beginn einer tieferen psychischen Störung anzusetzen: Die exzessive Besorgnis, dass ein optisch zentraler Aspekt der eigenen Erscheinung nachhaltig fehlerhaft wäre und diese internale Attribution als Ursache für als negativ empfundene soziale Interaktionen gesehen wird. Die Besorgnis kann in die Entstehung diverser Ängste münden; diese wiederum können perpetuieren und zu einer negativen Generalisierung der optischen Erscheinung als Ganzes und der Wirkung der Gesamtpersönlichkeit führen. Wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Folge (Phillips, 1999) manifestieren sich diese körperbezogenen Wahrnehmungsstörungen über einen relativ langen Zeitraum in der zweiten Lebensdekade, haben ihre Entstehung initial lebensgeschichtlich vermutlich aber früher.

In einer bestimmten Variante der individuell zur Verfügung stehenden Verarbeitungsmöglichkeiten von Lebensereignissen (Coping-Stil, Attributionsverhalten) kann sich die Furcht vor dem globalen "Nichtangenommen sein", vor dem anders sein und vor dem sich ausgeschlossen Fühlen auf einzelne, vornehmlich sichtbare, unverdeckbare Körperteile verlagern. Die Betroffenen können beispielsweise überzeugt sein, dass ihre vermeintlichen "Fehler" offen und für alle sichtbar zu Tage lägen. Würde diese Störung der Wahrnehmung des eigenen Körpers beispielsweise die Augen betreffen, wäre es möglich, dass die entsprechende Person zum Teil oder zur Gänze unfähig wäre, anderen Menschen direkt in die Augen zu sehen. Um ihre "missgestaltete" Augenpartie nicht den als prüfend oder beurteilend antizipierten Blicken anderer auszusetzen, kaschieren, isolieren oder verbergen sie das Körpermerkmal. Im Falle der Augen z.B. durch starkes Schminken oder durch andauerndes Tragen einer Sonnenbrille. Falls hier kein korrektiver Verarbeitungsmodus erlernt wurde oder wird, kann von einem übertriebenen Fokus auf ein spezielles Körpermerkmal gesprochen und von einer dysfunktionalen externalen ("alle anderen starren mich andauernd an") als auch internalen Attribution ("weil meine Nase so auffallend hässlich ist") ausgegangen werden.

Wenn diese auf den eigenen Körper attribuierten Ängste und Befürchtungen überhand nehmen, leidet unter Umständen zunehmend die soziale Einbindung der Person. Es kann als Reaktion darauf z.B. zu Vermeiden öffentlicher Veranstaltungen kommen, in denen es zur unvermeidlichen Exposition des angstinduzierenden Körperteiles käme (Fitnesscenter, Sauna, Schwimmbäder, Discothekenbesuche). Dieses Vermeidungsverhalten kann sich von zunehmendem Rückzug bis hin zur völligen Aufgabe typischer Aktivitäten der entsprechenden Altersklasse (z.B. Sommervergnügungen in leichter Bekleidung) und somit zu selbstgewählter Isolation steigern. Viele betroffene Menschen weigern sich vermehrt und zunehmend, außerhäuslichen beruflichen oder anderen sozialisierenden Beschäftigungen nachzugehen. Sie fühlen sich verstärkt mit den als abwertend antizipierten Blicken und den vermeintlich herabsetzenden Bemerkungen anderer bezüglich der Ausprägung des Körpermerkmals konfrontiert: Sie versuchen diese als Demütigung erlebten Situationen zu vermeiden.

Wird dieses Vermeidungsverhalten kontinuierlich oder intermittierend verstärkt,

kann in aller Regel von der Manifestation einer Störung der Wahrnehmung des eigenen Aussehens und der eigenen optischen Wirkung gesprochen werden. Im psychopathologischen Sinn könnte dieses erworbene, erlernte Verhalten die Entwicklung einer dysfunktionalen Körpersicht, dem körperdysmorphen Verhalten oder einer "Körperdysmorphen Störung" erklären.

Wenn die tiefgreifende Furcht und das teils sehr aufwendige Vermeidungsverhalten zu groß werden, entscheiden sich körperdysmorph auffällige Menschen entweder aus Scham, oder aber in Unkenntnis der Möglichkeit einer Psychotherapie, häufig und sogar wiederholt für aufwendige ästhetisch plastische chirurgische Interventionen (Phillips, 1997). Dieses, in dem Fall fragwürdige Mittel der Wahl, ist nicht dienlich, um eine psychisch manifeste pathologische Vermischung von Innen- und Außenperspektive zu mindern. Es kommt vor, dass dergleichen Operationen, besonders wenn sie nicht fachgerecht ausgeführt werden, tatsächliche Entstellungen bewirken und damit die Störung verstärken. Die Hoffnung, dass ihre selbstbeeinträchtigende internale Sichtweise des eigenen Körpers external invasiv korrigiert werden kann, trifft nicht zu. Ästhetisch plastische Operationen schließen, wenn körperdysmorphes Verhalten vorliegt, nicht mit einem zufriedenstellenden Gesamtergebnis ab - häufig kommt es zu Symptomverschiebungen auf einen anderen Körperteil, der dann einer weiteren Operation unterzogen werden soll. Da die erhoffte positive Wirkung ausbleibt, kann es durch die hohe Erwartungshaltung und die narzisstische Kränkung über das als unzureichend empfundene Ergebnis, zur Entwicklung weiterer psychischer Folgestörungen wie z.B. Depressionen, Zwänge, wahnhaftige Entwicklungen oder Suizid kommen. So kann eine körperdysmorphe Störung als solche über Jahre unerkannt und ohne differentialdiagnostische Abklärung bleiben. Die Betroffenen zögern meist aus Furcht oder Scham, über ihre Sorgen zu sprechen und sich Hilfe zu suchen, da sie nicht wissen, dass sie an einer behandlungsfähigen psychischen Störung leiden.

Empirischen Studien zu Folge (z.B. Rief & Hiller, 1992), tritt eine häufige Komorbidität der KDS mit Depression oder wahn- und zwanghaften sowie phobischen Störungen auf. Beachtenswert scheint, ob diese Störungen tatsächlich als Folgeerscheinungen betrachtet werden können (z.B. in dysthymen Reaktionen oder einer Depression nach unbefriedigender Operation), oder ob sie eher als Initialstörung mit komorbider Ausprägung einer KDS entsprechen.

Diskutiert wird (Phillips, 2002), ob angenommen werden kann, dass, aufgrund formaler Ähnlichkeit mit Zwangsgedanken und -handlungen, die KDS als Erkrankung innerhalb der Zwangsspektrumserkrankungen zu betrachten ist. Abzugrenzen ist die körperdysmorphe Störung als eigenständige Krankheitsentität von zunächst ähnlich anmutenden Symptomen einer Körperbildstörung, wie sie im Kontext der Anorexia Nervosa, der Bulimie oder dem Transsexualismus besteht. Obwohl das Störungsbild weiter verbreitet scheint als bisher angenommen, liegen kaum Untersuchungen vor, in denen ätiologische Hypothesen überprüft werden. Es werden, zumindest auf konzeptueller Ebene, ähnliche Entstehungsbedingungen wie bei Hypochondrie oder

Konversionsstörungen angenommen, nämlich die Somatisierung emotionaler und zwischenmenschlicher Konflikte (Küchenhoff, 2002).

2.1.1 Epidemiologie

Da die KDS als eigene Störungsentität bisher wenig erforscht ist, gibt es über die Prävalenzrate nur ungefähre Schätzungen. Amerikanische Studien geben eine Prävalenz von 2 - 7% innerhalb der Patienten ästhetisch plastischer Chirurgie an (Hollander & Aronowitz, 1999; Kapfhammer et al., 1999). In Deutschland wird ein ähnlicher Prozentsatz angenommen (Keller, 2001), wobei die Angaben zur Häufigkeit vom jeweiligen Untersuchungssetting abhängig zu sein scheinen. Daher fanden unterschiedliche aktuelle Untersuchungsansätze teils nur geringfügig voneinander abweichende Ergebnisse in der Auftretenshäufigkeit:

- Phillips, Dufrense et al. (2000): Stichprobe aus einem amerikanischen dermatologischen Setting; Prävalenz 11,9 %.
- Stangier & Gieler (1997): Stichprobe ambulanter Patienten einer deutschen dermatologischen Klinik; Prävalenz 15 %.
- Zimmermann & Mattia (1998): Ambulante psychiatrische Stichprobe von 500 Patienten; Prävalenz 3 %.
- Grant, Kim & Crow (2001): Stationäre psychiatrische Stichprobe von 122 Patienten; Prävalenz 13,1 %.

Geschlechterverteilung

Bezüglich der Geschlechterverteilung sind wissenschaftliche Befunde widersprüchlich (Phillips & Diaz, 1997), jedoch wird zunehmend eine Gleichverteilung Frauen zu Männer (1:1) angenommen. Im spezialmedizinischen Setting der plastisch ästhetischen Chirurgie scheint die weibliche Klientel noch zu überwiegen (Phillips, 1997), im psychiatrisch klinischen Setting ist die Geschlechterverteilung jedoch ausgewogen (Kapfhammer, 1999; Phillips, 1991):

- Frauen scheinen besorgter um ihre Hüften und ihr Gesicht zu sein, betasten und befühlen sich eher an Haut und Gesicht, verdecken und kaschieren Körperteile eher und leiden, komorbid, eher an einer Essstörung.
- Männer machen sich mehr Gedanken um ihren Körperbau, die Ausprägung ihrer Genitalien, den Haarverlust und leiden, komorbid, eher unter Zwangserkrankungen, Alkoholabusus oder anderen Abhängigkeiten.

In den oben genannten klinischen Studien ergeben sich hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbildes mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Diese äußern sich in folgenden Parametern: Dauer der Störung, Schweregrad der Symptome, Alter bei Beginn der Störung, erlebter Leidensdruck sowie der Komorbidität zu anderen psychischen Störungen.

Manifestation und Entwicklung

Das Durchschnittsalter der vermuteten Erstmanifestation der KDS variiert in den entsprechenden Studien zwischen 14,8 Jahren (Phillips & McElroy, 1993) und 17,9 Jahren (Veale et al., 1996). Es wird kein Altersunterschied zwischen Jungen und Mädchen angenommen. Frauen berichten ein Eintrittsalter von ca. 16,9 Jahren, Männer von ca. 16,3 Jahren (Phillips, 1997). Die Störung beginnt meist in der Adoleszenz bis hin zum frühen Erwachsenenalter. Mögliche Auslöser könnten typische zentrale Reifungs- und Entwicklungsprobleme dieses Lebensabschnittes sein. Der Verlauf ist oft kontinuierlich, mit einer Tendenz zur Chronifizierung bei wenigen störungsfreien Intervallen. Die Intensität der Symptome kann jedoch im Verlauf, lebensgeschichtlich bedingt, zu- bzw. abnehmen (APA, 1994).

KDS kann bereits im Kindes- und Jugendalter erhebliche Auswirkungen und Ausprägungen annehmen: in einer ethnisch umfassenden Stichprobe von 566 Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren fand sich eine KDS-Prävalenz von 2,2 % (Mayville et al., 1999). Es zeigte sich, dass Mädchen in der Adoleszenz mit ihrem Körper unzufriedener sind als gleichaltrige Jungen, wobei insgesamt afro-amerikanische Jugendliche weniger unzufrieden mit ihrer körperlichen Erscheinung sind, als Vertreter anderer ethnischer Gruppen (Kaukasier, Asiaten und Hispanios).

2.1.2 Herleitung einer wissenschaftlichen Definition

Menschen mit einer körperdysmorphen Störung beschäftigen sich kognitiv und emotional ständig mit einem eingebildeten oder minimal vorhandenen, aber überbewerteten Mangel in ihrer körperlichen Erscheinung. Die Gesichtslokalisation ist dabei eher typisch. Die häufigsten Sorgen betreffen vermeintliche Schönheitsfehler im Gesicht, wie Falten, Hautflecken, übermäßige Gesichtshaarung, die Form der Nase, des Mundes, des Kiefers oder der Augenbrauen (APA, 1994). Andere klagen über Form und Beschaffenheit der Füße, Hände, Brüste oder der Geschlechtsorgane. Die meisten Personen mit KDS, insbesondere Männer, klagen über vermeintlich sichtbare Veränderungen im Bereich des Gesichts (Nase, Kinn, Lippen, Zähne), während bei Frauen zudem die Form der Brust häufig zum Thema wird (Mester, 1982). Es entsprechen entweder einzelne Gesichtsareale nicht der idealen Vorstellung, oder aber das Gesicht wird als Ganzes inadäquat wahrgenommen. Die als unpassend und defizitär ausgeprägt erlebten Gesichtszüge können im Bewusstsein der Personen einen

als verändert empfundenen physiognomischen Ausdruck annehmen. Die faciale Lokalisation überrascht nicht, denn das Gesicht ist, besonders die Partien um Mund und Augen, Hauptträger des physiognomischen Ausdrucks und damit das Körperteil, welches den Blicken anderer am eindringlichsten exponiert ist (Dietrich, 1962).

Manche der betroffenen Menschen klagen über mehrere körperliche Eigenheiten. Andere sind besorgt wegen übler Gerüche, die von ihrem Körper auszugehen scheinen z.B. durch Schwitzen verursacht, von schlechtem Atem oder von Gerüchen die den Genitalien entströmen oder aus dem Rektum kommen (Marks, 1987). Diese fortgesetzte und den Handlungsspielraum der Personen beeinträchtigende Beschäftigung mit einem schamgenerierenden vermeintlichen Makel, kann zu erheblichen psychischen Belastung führen, die sich auf mehreren psychischen Strukturebenen (OPD, 2001) und komorbiden psychischen Symptomen manifestieren. Die Beschäftigung mit der eigenen Erscheinung und den Ausprägungen von Körpermerkmalen scheint in einer, äußerlichen Merkmalen verhafteten, Gesellschaft normal zu sein. Ebenso ist es normal, leichte Unregelmäßigkeiten zum eigenen Vorteil zu beschönigen, raffiniert zu vertuschen oder zu kaschieren. Körpermerkmale als "ich-synton", i.e. als zum Gesamtbild der körperlichen Erscheinung zugehörig zu betrachten und als angenehm zu empfinden, ist im Rahmen des gesellschaftlichen Umfeldes eine Basis für einen ausgeglichenen Umgang mit sich selbst. Man kann seine Körpermerkmale aber prädominant als "ich-dyston", als nicht zu sich gehörig empfinden und sie, wie auch sich selbst als Ganzes, deshalb ablehnen. Aus diesem Empfinden kann die Entwicklung pathologisch auffälligen Verhaltens resultieren. Dieses kann sich als allmählicher und, möglicherweise in wahn- oder zwanghafter Art, als schrittweiser Rückzug des zentralen "Ich-Gefühls" vom eigenen Körper äußern. Betroffene ziehen sich von der Wirklichkeit zunehmend gänzlich zurück und isolieren sich in dysfunktionalem Denken durch ausgeprägtes Situations- und Kontaktvermeidungsverhalten völlig.

2.1.3 Historische Entwicklung des Begriffes KDS

Eine pathologische Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen, der eingebildeten Hässlichkeit bestimmter Körpermerkmale und den damit einhergehenden Ängsten vor Ausgrenzung, Nichtakzeptanz oder Zurückweisung wurde unter der klinischen Bezeichnung "Dysmorphophobie" zusammengefasst.

Das Wort "dysmorphia" entstammt der griechischen Sprache: man verstand darunter "Hässlichkeit", speziell ein hässliches Gesicht. Erstmals wird der Begriff in der griechischen Mythologie erwähnt: Die "Legende des hässlichsten Mädchens von Sparta" in "Geschichte des Herodotos" (Phillipopoulos, 1979). Der italienische Psychiater Morselli prägte im Jahre 1886 (Morselli, 1886) den Begriff der "dismorphophobia". Er beschreibt, dass relativ normal gestaltete Menschen von der ängstlichen Vorstellung getrieben sind, ihre Nase sei hakenförmig oder zu groß, ihre Lippen wulstig und abstoßend, oder sie sind der Überzeugung, dass ihre Zähne zu weit auseinander ste-

hen, so dass sie aus Scham nicht wagen den Mund zu öffnen (in Kapfhammer et al., 1999). Bis zu diesem Zeitpunkt wurde die Dymorphophobie in Auftretenseinheit mit anderen psychiatrischen Störungen, besonders mit der einer Psychose diagnostiziert. Morselli ordnete die Störung zunächst der "rudimentären Paranoia" und der "Monomania abortiva" zu. Dies entsprach der nosologischen Forschung der Zeit, in der isolierte oder umschriebene Paranoiaformen zu beschreiben und zu klassifizieren versucht wurden (Kretschmer, 1966). Im Verlauf der Forschungsarbeiten plädierte Morselli (1892) dafür, die Dymorphophobie als eigenständig und von Psychosen getrennt zu bewerten.

Er legte drei bis heute gültige diagnostische Kriterien fest, welche die Frage nach der psychopathologischen Ein- und Zuordnung der Dymorphophobie als KDS innerhalb der Klassifikationssysteme DSM-IV (APA, 1994) und der International Classification of Diseases (ICD-10, 1992) bis heute im Wesentlichen leiten:

1. wahnhafte Überzeugung von einem körperlichen Defekt,
2. daraus resultierende Scham gegenüber den Mitmenschen,
3. sexuelle Hemmung aufgrund des eingebildeten Defekts.

Morselli beschrieb die Dymorphophobie als seltene psychische Erkrankung, die vorzugsweise zusammen mit zwanghaften Gedanken auftritt: die Patienten sind demnach in irgend einer Art und Weise fortgesetzt mit ihrem Aussehen beschäftigt.

Als eigenständige Störungsentität hatte es die KDS zunächst schwer, sich in der psychiatrischen Fachsprache durchzusetzen. Das Phänomen wurde zwar gesehen, aber immer anders benannt und häufig der Hypochondrie subsumiert. Die diagnostische Zuordnung war der jeweiligen klinischen Betrachtungsweise der behandelnden Wissenschaftler unterworfen. Beginn des 20ten Jahrhundert, stellten Definitionen wie "Schönheitshypochondrie" die Dymorphophobie erstmalig in den Kontext hypochondrischer Störungen (Jahrreiss, 1930), da sich innerhalb der KDS die Sorge der Patienten in dem selben Maße und ähnlichen Ausprägungen um Schönheit oder Häßlichkeit dreht, als sich die Hypochondrie um Gesundheit respektive Krankheit dreht. In Erinnerung an die Sagengestalt "Thersites", einen homerischen griechischen Helden, der als der häßlichste Mann des griechischen Heeres vor Troja bezeichnet wurde, wird von Stutte (1957) der Terminus "Thersites-Komplex" eingeführt. Er umschließt real vorhandene ebenso, als auch rein vorgestellte körperliche Mängel. Somit ist dieser Komplex definitorisch weiter gefasst als die Dymorphophobie, die die imaginierten Mängel oder minimale Abweichungen von der Norm meint.

Seit Beginn der 90iger Jahre hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Dymorphophobie zwar nosologisch unspezifisch ist, doch eine phänomenologische Eigenständigkeit besitzt, somit eine eigenständige Krankheitsentität ist. Beide Wortteile des zusammengesetzten Begriffes (dymorph und Phobie) sind deskriptiv anschaulich und beschreiben die wesentlichen Merkmale, nämlich die beinträchtigende Furcht und

die als real erlebte Missgestaltung (Küchenhoff, 1992). Die wissenschaftliche Definition der KDS wurde zusammengefasst, als das subjektive Gefühl der Hässlichkeit oder der körperlichen Missgestaltung trotz normalen Aussehens, wobei der Patient glaubt, von anderen in gleicher Weise wahrgenommen zu werden (APA, 1994). Die Störung kann die vermeintliche Entstellung von Nase, Mund, Wangen, Kinn, Lippen, Zunge, Zähnen, Kiefer, Ohren, Haaren, aber auch von Händen, Beinen, Genitalien, Gesäß, Bauch, Schultern, Hüften u. a. betreffen. Objektiv liegen allenfalls geringfügige Anomalien vor – dennoch besteht subjektiv das Gefühl hässlich zu sein und einen ästhetischen Mangel im äußeren Erscheinungsbild zu zeigen, der für andere zur Zielscheibe von Spott, Verachtung, Zurückweisung oder Beschämung sein könnte (Kapfhammer et al., 1999).

Erst ab 1980 hatte sich die Bezeichnung "Körperdysmorphophobie" als Fachterminus zur Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes der "eingebildeten Hässlichkeit" etabliert. Dysmorphophobie wird in der amerikanischen Nosologie erstmals 1980 erwähnt, jedoch ohne diagnostische Kriterien, sondern als Beispiel einer "atypischen somatoformen Störung", wahnhaft und nicht wahnhaft Formen wurden nicht unterschieden.

Ab 1990 wurde hervorgehoben, dass der Begriff "Dysmorphophobie" nicht korrekt sei, da durch die Störung kein phobisches Vermeidungsverhalten hervorgerufen werde. Seit 1991 ist die offizielle Bezeichnung "Körperdysmorphie Störung" mit der Abkürzung "KDS". Zeitgleich fand eine erstmalige Aufnahme der Störung in die amerikanische Klassifikation des DSM-III-R (1986) mit eigenem diagnostischen Status statt: "Körperdysmorphie Störung-KDS" unter der Kodierung 300.7. Man unterschied nun zwischen wahnhafter und nicht-wahnhafter Ausprägung der KDS: Zum einen KDS, zum anderen KD-Störung mit körperbezogenem Wahn, somatischer Typ (i.e. wenn die Beschäftigung mit dem vermeintlichen Defekt im Aussehen wahnhaft Ausmaße annimmt) mit der Kodierung 297.1. Als solches wurde die Definition in die International classification of diseases and related health problems (ICD-10, 1992) übernommen. Die irreführende psychopathologische Konnotation einer Phobie oder einer phobischen Vermeidung wurde damit korrigiert.

2.2 Klassifikationssystem DSM-IV

Im DSM-IV (APA, 1994) ist die Diagnosemöglichkeit der Doppelkodierung als "KDS und KDS mit wahnhafter Störung, somatischer Typ" als Zuordnung zu den somatoformen Störungen unter der Kodierung 300.7 und 297.1 weiter gegeben. Im Folgenden sind die Kriterien der momentan gültigen Ausgabe der deutschsprachigen Klassifikation DSM-IV (1996) dargestellt:

- Kriterium A: Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung. Wenn eine leichte körperliche

Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis der betroffenen Person stark übertrieben.

- Kriterium B: Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Kriterium C: Die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung (z.B. die Unzufriedenheit mit Körperform und -umfang bei Anorexia Nervosa) besser erklärt.

Spezielle Beschreibungsmerkmale und besondere Auffälligkeiten lassen sich als der Störung zugehörig zusammenfassen:

- permanentes Überprüfen der vermeintlichen Entstellung, extremes Pflegeverhalten, verdeckte oder entfernte Spiegel, Wechsel zwischen intensivem Prüfverhalten und Vermeidung, andauerndes Vergleichen mit anderen Personen, Kaschieren des "Schönheitsfehlers", zunehmende oder extreme soziale Isolation, suizidale Gedanken mit Suizidversuchen oder Suizid, mehrere fachärztliche Behandlungen (Schönheitschirurg, Zahnarzt), trotz Behandlung unzufrieden mit sich.

Im europäischen Raum nahm die psychiatrische Nosologie die "Dysmorphophobie" in die ICD-10 (WHO, 1992) auf. Auch hier wird zwischen einem wahnhaften Subtypus (F22.8) und einem nicht-wahnhaften Subtypus (F45.2) unterschieden. Der nicht-wahnhafte Subtypus wird als hypochondrische Störung klassifiziert, dem das Störungsbild KDS als solches untergeordnet ist; auf differenzierende Kriterien wird verzichtet. Die Forschungsleitlinien gehen in der ICD-10 nicht differenziert auf die phänomenologisch von der hypochondrischen Störung abzugrenzenden KDS ein. Deshalb scheint die Kategorisierung der KDS im DSM-IV relevanter für die Erfassung der Störungsentität zu sein, da sie eine differenzierte Diagnostik zulässt. Dies ist sowohl auf die deutliche Darstellung differential-diagnostischer Aspekte einer "Wahnhaften Störung mit körperbezogenem Wahn", als auch auf den differential-diagnostischen Ausschluss der Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie, Adipositas) zurückzuführen.

2.3 Verwandte Störungen und Komorbidität

Die KDS wird häufig in Zusammenhang mit anderen psychopathologischen Störungsbildern gesehen. Es gibt durchaus Gemeinsamkeiten mit einigen Störungsbildern, die im Folgenden näher erörtert werden. Die Probleme differential-diagnostischer Abgrenzung bestehen darin, dass sich die klinischen Erscheinungsbilder überlappen und die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme (ICD-10: F45.2; DSM-IV 300.7) für die KDS vage formuliert sind. Es lassen sich aber durchaus Abgrenzungen aufzeigen.

Die häufigsten komorbiden Störungen sind solche, in denen das Empfinden an sich und dem eigenen Körper gegenüber, verändert ist. Dies kann sowohl bei Depressionen, Hypochondrie und Manie, Angststörungen, Psychosen als auch bei Zwangsstörungen in wechselnder Ausprägung der Fall sein. Innerhalb der Essstörungen (z.B. Bulimie und Anorexia nervosa) nimmt die Rolle des Körperbildes und die Störungen der Wahrnehmung desselben, ebenfalls eine zentrale Position ein. Im Folgenden werden zur Verdeutlichung der Schwierigkeit einer Differentialdiagnose, exemplarisch komorbide Merkmale für Depression, Zwangsstörung, Hypochondrie und Anorexie dargestellt.

Depression

Die KDS tritt innerhalb der affektiven Störungen besonders häufig komorbid mit der Major Depression auf (u.a. Nierenberg, 1995; Nierenberg et al., 2002), in den zitierten Studien liegen die Häufigkeiten bei zwischen 6% und 11%. Patienten mit KDS beschreiben oft Gefühle niedrigen Selbstwertempfindens, Ablehnung der und durch die Umwelt, Scham, Verlegenheit und Wertlosigkeit. Weiter weisen körperdysmorphe Personen depressive Symptome auf, wie sozialen Rückzug, selbstgewählte Isolation, Siuzidgedanken, auch Suizidversuche (Phillips, 1999). Die selben Merkmale finden sich bei Episoden einer Major Depression. Die Hauptstörung ist nicht leicht zu ermitteln, da es schwierig ist festzustellen, ob die KDS ein Symptom der Major Depression ist, oder umgekehrt. In einer Untersuchung von 500 psychiatrisch-ambulanten Patienten (Zimmermann & Mattia, 1998) ergab die DSM-IV Achse-I Anamnese eine beachtlich hohe Lebenszeitprävalenz der Major Depression bei als körperdysmorph diagnostizierten Personen von 68,8% an.

Ein wichtiges Unterscheidungskriterium zur Depression ist die fast wahnhaft, zumindest aber zwanghafte Beschäftigung mit einzelnen spezifischen Merkmalen der körperlichen Erscheinung. Bei körperdysomorphen Personen geht dieses Erleben auf die Überzeugung zurück, in den Augen anderer, aufgrund der Ausprägung eines bestimmten Körpermerkmals, hässlich zu sein (Phillips, 1996, 1998, 2000). Im Gegensatz dazu stellt der Depressive nicht einzelne Merkmale seines Körpers, sondern seine ganze Person und Persönlichkeit in Frage. In der Regel kümmert er sich wenig um das äußere Erscheinungsbild, vernachlässigt es eher. Die KDS steht nach Corove & Gleaves (2001) jedoch in näherem Bezug zur Major Depression als zu Zwangsstörungen.

Zwangsstörung

Da sowohl bei der KDS als auch bei Zwangsstörungen intrusive und repetitive Zwangsgedanken und -handlungen auftreten, kann die KDS gelegentlich als Zwangsstörung fehldiagnostiziert (Phillips, 2000) werden.

Im Unterschied zu an KDS erkrankten Personen erlebt der Zwangserkrankte seine Gedanken und Handlungen als ich-dyston: er weiß dass seine Handlungen unsinnig sind und dieses Wissen darob und dennoch handeln zu müssen verursacht Leiden. Der

Körperdysmorphie ist absolut überzeugt davon, dass er eine körperliche Entstellung aufweist, obwohl sie faktisch nicht vorhanden ist. Die von ihm zwanghaft ausgeführten Verhaltensweisen und Rituale des Überprüfens in spiegelnden Flächen beispielsweise, werden als real und angemessen (ich-synton) empfunden und können obsessiven Charakter annehmen (Kapfhammer, 1999). Dem Patienten gelingt es nur begrenzt, sich von solchen überwertigen Vorstellungen zu distanzieren und deren objektive Unbegründetheit einzusehen (Saxena et al., 2001).

Repetitive Gedanken werden innerhalb der KDS als natürlich erlebt: der Betroffene ist von der Tatsache seiner Verunstaltung überzeugt; diese Gedanken werden, im Gegensatz zur Zwangsstörung, ohne inneren Widerstand zugelassen (de Leon, 1998) wobei die Befürchtungen die eine KDS kennzeichnen "strukturell" stark an Zwangsgedanken erinnern (Niedermeier et al., 1998). Gefühle wie Scham, Peinlichkeit, Demütigung und niedriger Selbstwert sind jedoch für Personen mit KDS charakteristischer als für Zwangspatienten (Rosen & Ramirez, 1998). Nicht zuletzt deshalb wird die KDS aufgrund der Ähnlichkeiten in vielen Symptomen auch im Bereich der Zwangsspektrumsstörung beschrieben (Hollander, 1993). Hierbei wird versucht die KDS mit zwanghafter und risikovermeidender Ausprägung innerhalb des dimensional Modells einzuordnen (Niedermeier et al., 1998). Wie die Zwangserkrankung so beginnt auch die KDS häufig bereits in der Adoleszenz und zeigt ebenso einen chronischen Verlauf, jedoch steht die KDS eher für eine sozial-phobische, depressive und psychotische Variante der Zwangserkrankung. Für die enge Beziehung beider Krankheiten sprechen die hohen Komorbiditätsraten, die eine Lebenszeitprävalenz bei primär an einer Zwangsstörung erkrankter Personen von ca. 20% angeben (Pigott et al., 1994).

Hypochondrie

Die KDS wird häufig der Hypochondrie zugeordnet (siehe ICD-10, 1992), was der eigenständigen Entität nicht gerecht wird (Kapfhammer et al., 1999). Gemeinsam ist beiden Störungen eine gesteigerte Wahrnehmungssensitivität und selektive Aufmerksamkeit bezüglich des eigenen Körpers, sowie der Stellenwert der Versicherung von Dritten, dass die vermeintliche Störung harmlos und man eigentlich nicht krank sei (Fallon et al., 1991): weder der Hypochonder noch der KDS Kranke glauben an den Wahrheitsgehalt fremder Aussagen. Unterschiedlich ist jedoch die perzeptive Ausrichtung. Der Hypochonder bewertet körperliche Sensationen als Beginn oder Ausprägung einer schweren Krankheit. Meist bezieht sich das Empfinden auf die inneren Organe, weshalb die Bereitschaft zu häufigen Arztbesuchen (doctor-shopping) und invasiver Diagnostik groß ist.

Im Gegensatz dazu richtet der an KDS Erkrankte seine Aufmerksamkeit auf das äußere Erscheinungsbild: er ist davon überzeugt, entstellt oder hässlich zu sein, obwohl objektiv kein, oder nur ein geringer Makel, sichtbar ist. Dies erfüllt ihn mit Scham und veranlasst ihn in der Regel zu sozialem Rückzug, was häufig soziale Isolation

zu Folge hat, die bei Hypochondern weniger auftritt (APA, 1994). Es stehen bei der KDS demnach nicht Krankheitsbefürchtungen im Vordergrund, sondern das subjektive Empfinden an einzelnen Körperzonen entstellt zu sein. Meist betrifft dies solche Körperzonen mit denen der Kontakt zur Umwelt gehalten wird (Gesicht, Hände, optische Ausprägung der Brust etc.), (Wegner et al., 1999).

Anorexia Nervosa

Der KDS und der Anorexie sind Merkmale der verzerrten Körperwahrnehmung sowie mangelnde Krankheitseinsicht gemeinsam. Es wird diskutiert beide Störungen als Varianten einer Körperbild- bzw. Körperwahrnehmungsstörung zu sehen (Corove & Gleaves, 2001). Beide Varianten beinhalten die Besorgnis über bestimmte Körperteile, über Gewicht und Körperform. Essstörungspatienten sind hauptsächlich über Gewicht und Körperform besorgt, KDS Patienten hingegen über bestimmte Körperzonen (Rosen & Ramirez, 1998). Angenommen wird (Phillips et al., 1993, Phillips, 1996) dass die Anorexia nervosa auf eine KDS folgen kann, um als Coping-Strategie genutzt, das Aussehen zu verbessern. Die Lebenszeitprävalenzrate der Anorexie in Zusammenhang mit KDS beträgt nach Phillips 10% (1993; 1996). Rosen & Ramirez (1997) sehen ebenfalls einen engen Zusammenhang zwischen Anorexia nervosa und KDS: angenommen wird, dass die Patienten von einer Ausprägung in die andere "wechseln" können und dass Anorexie als Folgeerkrankung der KDS gesehen werden könnte.

2.4 Psychologische Entstehungstheorien: Manifestation einer KDS

Zur Entstehung der spezifischen Störung KDS gibt es bisher keine kongruente, in sich schlüssige Herleitungstheorie. Unterschiedliche psychologische Forschungsrichtungen entwickelten verschiedene Erklärungsversuche, -theorien und Modelle, die im weitesten Sinne mit "Lernen" in Zusammenhang stehen. Es sind vor allem die Theorien und Modelle der behavioralen und kognitiven Verhaltenstheorie, die es nach Meinung der Autorin erlauben Entstehungstheorien zur KDS zu formulieren.

Die Frage nach den Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper wird seit der Antike, dem platonischen Leib-Seele-Dualismus, gestellt. Die psychologische Sicht der Integrationstheorie geht davon aus, dass psychische und physische Prozesse nicht getrennt betrachtet oder voneinander unabhängig bearbeitet werden können. Die Ausbildung eines psychischen Raumes ist entwicklungspsychologisch von sich ständig weiter generalisierenden Interaktionserfahrungen abhängig. Aus ihnen bilden sich die psychischen Repräsentanzen und damit die Innenwelt des Menschen heraus (Stern, 1992) – physisch generierte somatische Reaktionen stehen in abhängiger Verbindung

dazu.

Es gibt vielschichtige und mannigfaltige Variablen, die die Entwicklung und Wahrnehmung eines Körperbildes beeinflussen. Die Dymorphophobie ist fast immer eine Erkrankung des Jugendalters (Braddock, 1982), zumindest tritt die Erkrankung, wenn sie angelegt ist, hier verstärkt zu Tage. In dieser Zeit ist das Körpererleben besonders verletzlich. Durch fortschreitende Pubertät und sexuelle Reifung stellt sich dem Adoleszenten generell die Aufgabe, ein verändertes Körperschema zu integrieren (Meyer, 1972). Wenn erwachsene Personen in Behandlung kommen, lässt sich der Krankheitsbeginn meist in die zweite Lebensdekade zurückverfolgen. Das Körperschema als psychische Selbstrepräsentanz bildet sich durch, und bewährt sich im Spiegel mitmenschlicher Beziehungen (Schilder, 1924). Es wirkt zurück auf das Selbstbewusstsein und wird, in Wechselwirkung, von ihm gestaltet.

Folgende drei Dimensionen können bei Personen die an einer KDS leiden auffällig sein (Phillips, 2001):

- das Körperschema,
- das Selbstkonzept,
- die interpersonalen Beziehungen.

Diese Dimensionen können unterschiedlich schwer gestört sein. Eine Differenzierung ist im einzelnen schwer darzustellen, da die Dimensionen verzahnt sind, ineinander übergehen, sich bedingen und somit nicht getrennt voneinander zu betrachten sind. Die nachfolgenden Punkte stellen einen Erklärungsversuch zur Entwicklung der Körperlichkeit und des Körperempfindens dar.

”Jeder Mensch hat nur einen Körper, in dem oder gegen den er sein Leben lebt“.

E. Redler

2.4.1 Körperkonzept– Gesamtkörperschema: Körperbild

Mit dem Körper drücken alle Wesen ihre unverwechselbare leibliche Individualität aus. Dabei spielt das Äußere eine entscheidende Rolle, denn es bestimmt auch die zwischenmenschliche, nonverbale Kommunikation (Redler, 1994) stark mit. Der enge Zusammenhang zwischen Körper, Selbst und Identität als auch die Bezogenheit auf die Umwelt, bringt den Zusammenhang als Person–Umwelt–Interaktion zum Tragen: das internalisierte Körperbild hat essentiellen Anteil daran, wie wir uns wahrnehmen und wer wir sein wollen (Diaz, 2000). Das Körperkonzept (body image) ist die mentale

Repräsentation, die vorhandene Vorstellung vom eigenen Körper, einschließlich der Gliedmaßen und des Kopfes – aber auch die Abgrenzung des Körpers von der Umwelt durch die Körperoberfläche, die bekleidete Körperhaut und die in unserer Kultur unbedeckte Haut an Händen und Gesicht (Deusinger, 1997).

Überwiegend funktioniert das Körperschema unbewusst. Es bildet für alle Aktionen und Reaktionen des Organismus eine wichtige Bezugsgröße. Das bewußt wahrgenommene Körperschema formt sich in Ansätzen schon vor der Geburt (Hüter & Krens, 2005), erfährt die volle Ausbildung aber erst in der Pubertät (Frey & Haußer, 1987). Für die intakte Ausbildung des Körperschemas sind ständig wechselnde Rückmeldungen aus der Umwelt erforderlich, wie z.B. Spiegelungen oder interaktive Handlungen. Sich wiederholende aktive Betätigungen des Individuums führen zur Bestätigung des individuellen Körperschemas. Durch die im Gehirn eingehenden multisensorischen Informationen der Haut-, der Gleichgewichts-, und Bewegungsorgane erfährt das Körperschema immer neue Bestätigungen oder die Modifikation von bereits Erlerntem. Diese Wiederholungen und damit verbunden, das Erlernen von Schemata sind für den Menschen die Grundlage der Entstehung subjektiv wahrgenommener Individualität, also der Unterschiedlichkeit zum jeweiligen anderen. Somit kann ein Bewußtsein seiner Selbst in Raum und Zeit entstehen: das Selbstbewusstseins.

Das kognitive Körperselbstbild (”wie habe ich gelernt mich in Beziehung zum anderen zu sehen“) bildet demnach einen wesentlichen Aspekt von Identität (Frey & Haußer, 1987). Verschiedene entwicklungsprägende Zusammenhänge treten in Aktion miteinander: es kommt zu einem Koppelungsmechanismus von Interaktionen, bei dem körperinterne und -externe Vorgänge in Wechselwirkung treten. Somit erfährt das Individuum eine Auseinandersetzung mit den biophysischen Gegebenheiten ebenso, wie mit den sozialökonomischen Anforderungen an das Körperkonzept (Kluge, 1999).

Erweitert gebraucht wird der Begriff des Körperschemas, indem emotionale Faktoren und Bewertungskriterien über das eigene Verhalten und die dazu gehörigen Rückmeldungen durch die Umgebung einbezogen werden. Auf diese Weise entsteht die Vorstellung eines Gesamtkörperschemas. Bei ungenügender Betätigung aber auch Bestätigung kann dieses System störanfällig sein. Bei Störungen im psychischen Bereich die Bewusstseins-elemente beinhalten, kann es zu Verzerrungen des Körperschemas und Störungen des Körperbildes kommen. Diese können sich in unterschiedlicher Ausprägung und verschiedenen Schweregraden wahrgenommener Verzerrungen der Körpergrenzen und -merkmale im Zusammenhang mit Schizophrenie zeigen oder innerhalb des Körperbildes bei Depression, dem Borderline-Syndrom sowie körperdysmorphem Verhalten.

Körperselbst

Eine der Besonderheiten der Körperselbstentwicklung liegt darin, dass Körperrepräsentanzen eine Doppelnatur haben (Plassmann, 2002). Sie enthalten subjektive Wahrnehmungen aus der Körperoberfläche und dem Körperinneren. Somit haben sie auch eine Beimischung von Objektwahrnehmung. Der eigene Körper kann mit den Sinnen wie ein äußeres Objekt wahrgenommen werden: so entsteht eine Unterscheidung zwischen "Körper-Sein" und "Körper-Haben": In formaler Hinsicht sind Körperrepräsentanzen somit psychische Anzeichen, die sich aufgrund der Wahrnehmung des Körpers als Subjekt aber auch als Objekt bilden. Die Doppelnatur als Subjekt und Objekt zeigt sich in der psychischen Annäherung – indem z.B. subjektive Körperwahrnehmungen dissoziiert und inkompatible psychische Inhalte zu Abwehrzwecken sowohl auf ein äußeres Objekt, als auch auf den eigenen Körper projiziert werden. Der Begriff der "Projektion in den Körper" bezeichnet einen Abwehrvorgang, wodurch sich betroffene Personen von inkompatiblen psychischen Inhalten befreien, indem sie den Körper wie ein äußeres, beliebig veränderbares Objekt verwenden. Psychisch Ungeklärtes kann hierbei internal deponiert werden und dabei eine mögliche Pathologie des Körperselbst vergrößern (Plasmann, 1993). Dieser intrapsychische Vorgang ist innerhalb der Entstehung einer KDS denkbar.

Die pathologischen Inhalte des Körperselbst können sich auf unterschiedlichen Symbolisierungsniveaus manifestieren:

- Unbewusste sprachlose Autodestruktion
- Agieren in sozialen Beziehungen
- Sprachsymbolisierung

Demnzufoolge kann davon ausgegangen werden, dass sich das Körperselbst aus zwei Hauptkomponenten bildet:

- Body image (Schilder, 1938): die vorwiegend unbewusste und subjektive Vorstellung über den Körper,
- Body ego (Hoffer, 1950): der Körper als Werkzeug des Ich, das durch Libidinisierung entwickelt ist.

Vorstellbar ist, dass zwischen diesen Komponenten und zusätzlich zwischen externalen Komponenten Konflikte auftreten, die wiederum ihren Niederschlag im Körperlichen finden. Wenn die Verarbeitungsmöglichkeiten im Sinne eines erlernten Coping-Stils (Verarbeitungs- oder Anpassungsfähigkeit) ungenügend zur Differenzierung zwischen den o.g. Komponenten beiträgt, kann dies ein Erklärungsversuch für die Entstehung von Störungen wie die der KDS zu betrachten sein. Denkbar ist zusätzlich, dass das integrative System der Körperorganisation aufgrund eines nicht zuordenbaren, manifesten Konfliktes (z.B. Traumatisierung, sexueller Mißbrauch) u.a. durch Dissoziation

durcheinander geraten kann. Dieses "durcheinander geraten sein" könnte sich als Konflikt innerhalb der Organisation des "Selbst" (Schüssler, 2002) ebenso in Form einer Störung der Körperwahrnehmung zeigen. Aus dem Konflikt entsteht ein innerer Widerstreit von Motiven, Bedürfnissen, Wünschen, Vorstellungen und Werten. Dieser führt zu äußeren und inneren konflikthafter Belastungen. Dem Menschen als Konfliktwesen, sind diese Belastungen in der Regel bewusst, somit einer Verarbeitung und Lösung zugänglich. Innere unbewusste Konflikte jedoch, werden als konstitutiv für das menschliche Leben und somit als ursächlicher Faktor für die Entstehung von psychophysischen Störungen angesehen, die, wenn sie chronischer Natur sind, zu pathologischen Ausprägungen führen können.

Das Vorhandensein innerer unbewusster, zeitüberdauernder Konflikte ist an bestimmte ich-strukturelle, vermutlich erlernte, (somit erworbene) Voraussetzungen geknüpft. Der denkende Mensch hat sich kognitive Schemata erarbeitet, derer er sich bedient. Diese bestimmen seine Stellung innerhalb der Sozialisation aber auch seine innere Einbindung sich selbst und anderen gegenüber. Greve (in Staudinger & Geve, 1997) bietet für die Ordnung des Wissens "über sich Selbst" eine dreiteilige Taxonomie an.

1. Zeitliche Perspektive.
2. Unterscheidung zwischen realem und möglichem Selbst.
3. Evaluative Ebene.

Der Grad der Vernetzung der inhaltlichen Selbstkonzeptstruktur hat unmittelbare Konsequenzen für die Verletzlichkeit oder Widerstandsfähigkeit der Person gegen externale und internale bedrohliche Erfahrungen (Linville, 1987). Unter Selbstpsychologen herrscht die Auffassung, dass selbst-relevante Informationen systematisch verarbeitet und nicht einfach übernommen und integriert werden (u.a. Linville & Calston 1994; Vaillant, 1993). Die subjektiv erlebte Kontinuität und Konsistenz des Selbst über die Lebensspanne hinweg, bildet die personale und soziale Identität, da die Informationsverarbeitung durch das Selbst immer auch im Sinne des Selbst operiert.

Alle Verarbeitungsprozesse dienen, unter Verwendung zweier klassischer Termini aus der Tiefenpsychologie, entweder dem "Realitätsprinzip" oder dem "Lustprinzip". Während das "Realitätsprinzip" die Handlungsfähigkeit des Individuums verbessern, oder wenigstens erhalten soll, sichert das "Lustprinzip" ein konsistentes, integriertes, differenziertes und dabei möglichst positives Selbstbild (Greve & Wentura, 1999).

Vorstellbar ist, dass ein Individuum im Falle der Diagnose einer Körperbildstörung, in einer frühen Entwicklungsphase die systematische, selbst-relevante Informationsverarbeitung subjektiv Erlebten, als real, dem "Realitätsprinzip" zugehörig eingestuft hat (z.B. Aussagen enger Bezugspersonen über Attraktivität im Zusammenhang mit Glück und sozialem Erfolg bezüglich des Individuums). Aus einer derartigen, sich

über die Lebensspanne weiter entwickelnden, erlernten "Fehleinschätzung" z.B. von Anteilen des eigenen Körpers, kann sich, im o.g. Sinne, eine KDS manifestieren. Diese in der frühen Prägungsphase anzusiedelnde Entstehungstheorie würde zudem die schwierige Therapierarbeit bei Körperschemastörungen im allgemeinen erklären.

2.4.2 Lerntheoretischer Ansatz

Das menschliche Verhalten, seine Handlungen und das Erleben der umgebenden Umwelt sind von Lebenserfahrungen bestimmt. Menschen sind die Summe ihres gelernten äußeren, gesellschaftlich relevanten sowie des inneren, emotionalen Verhaltens. Bestimmte Verhaltensweisen, besonders die Reaktion des eigenen Organismus auf die Umwelt, als auch die Gesetzmäßigkeit des Lernens selbst, das zu Verhaltensanpassung oder -veränderung führt, helfen dem Individuum, ein glückliches, produktives Leben zu führen und die alltäglichen Aufgaben zu erfüllen. Es können auch normabweichende und unerwünschte Verhaltensweisen gelernt werden. Individuen können im Sinne von Konditionierung und Attribution auch "falsche" Informationen und dysfunktionales Verhalten erlernen. So ist das Verhalten, ob normentsprechend oder gestört, für den kognitiven und verhaltenstheoretisch orientierten Ansatz aus Lerngesetzen abzuleiten. Drei Arten des assoziativen Lernens stellen danach die Grundlage von Verhalten dar:

- Klassische Konditionierung (Pawlow, 1927)
- Operante Konditionierung (Skinner, 1953)
- Lernen am Modell als Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1979).

Im Lernprozess der klassischen Konditionierung treffen in zeitlicher und räumlicher Assoziation zwei Ereignisse zusammen (Kontiguitätsprinzip), die als Reize nahe beieinander liegen und als Reaktion, im Bewusstsein der Person, zu einem Ereignis verschmelzen. Bei günstiger Verstärkung, also Belohnung, wird dies zu erwünschtem gelerntem Verhalten führen. Bei der operanten Konditionierung lernen Personen zufällig, durch Exploration, bestimmte Handlungen mit bestimmten Ergebnissen zu verbinden und sich aufgrund von Belohnung oder Strafe für das zufällig auftretende Verhalten auf die sozial erwünschte Art zu geben. Beim Modellernen erwerben Individuen Reaktionen dadurch, dass sie andere beobachten und das beobachtete Verhalten, bei positiver Reaktion aus der Umwelt, nachahmen (Comer, 2001).

Diese Arten des Erlernens nach dem Verstärkerprinzip verändern die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines bestimmten Verhaltens aufgrund der Konsequenz, die das gezeigte Verhalten für ein Individuum bringt. Konsequenzen können aus Umweltreizen oder interpersonellen Reaktionen bestehen. Reaktionen, die infolge seines Verhaltens auf das Individuum einwirken, können positiv, als belohnend oder negativ, als bestrafend erfahren werden. Belohnte Aktivitäten werden tendenziell verstärkt

auftreten, bestrafte Aktivitäten abgeschwächt: somit werden interaktive Reaktionen ausgeformt, die den Kontakt des Individuums mit seiner Umwelt durch die Interaktion mit der Umwelt prägen. Auf diesem Prinzip bauen die meisten Theorien auf, die sich mit der Entstehung sozialen Verhaltens befassen: instrumentelle und klassische Konditionierung, die Austauschtheorie (Thibaut & Kelly, 1986), die Interaktionstheorie (Horman, 1972) sowie auch die Theorie des Modelllernens (Bandura, 1985,1988).

Bezogen auf die KDS liegt tendenziell eine Kombination verschiedener Entstehungstheorien nahe. Die bereits dargestellten Theorien erlauben einen Rückschluß darauf, dass in Hinblick auf die Entstehung einer KDS, in der Entwicklung früh angelegte Verstärker durch die Interaktionen des Individuums mangelhaft oder fehlerhaft verarbeitet wurden. Somit fand eine Verschiebung der externalen Bedürfnisbefriedigung auf internal verarbeitete Reaktionsmechanismen statt. Das Individuum hat gelernt, dass es nicht genügt, wie es an und für sich "ist". Der Rückschluss daraus könnte sein, dass es ein "anderes" sein müßte, um seine Bedürfnisse adäquat erfüllt zu bekommen. Dieses "anders-sein" ist für Menschen mit entsprechender, bereits chronifizierter Störung zunächst über die Veränderung von Körpermerkmalen leichter zu erreichen, als über die Vorstellung einer therapeutischen Intervention.

Ein wesentliches Augenmerk hinsichtlich der Ausprägung einer durch Lernen erworbenen psychischen Störung ist auf die Theorie des Sozialen Lernens am Modell zu lenken.

Lernen am Modell

Menschen sind soziale Wesen, günstigsten Falls eingebettet in ein tragfähiges Netz sozialer Bezugsgrößen. Abgesehen von kulturell unterschiedlichen spezifischen Wertigkeiten, gibt es ubiquitär gültige Regeln, die ein Funktionieren innerhalb sozialer Gesellschaften bestimmen und determinieren. Wir erfahren und erleben uns weitgehend in der Spiegelung durch unsere Mitmenschen, in Beziehung mit anderen und durch ihre Reaktionen auf uns, als optisch wirkende Personen, handelnde Individuen und sozial reflexiv Interagierende. Wir erleben Sozialisation durch das Lernen von Verhaltensweisen, die uns erlauben in einem sozialen System integriert und als "wertes Mitglied" darin existieren zu können.

Die unterschiedlichen Settings sozial erwünschter Verhaltensweisen erlernt der Mensch von frühester Kindheit an. Eine besondere Form des sozialen Lernens ist das Lernen durch Beobachtung, das Lernen am Modell (Bandura, 1979). Hierbei wird durch ein Individuum (Nachahmer) ein anderes, günstigenfalls mit positiver Vorbildfunktion (Leitbild, Modell), beobachtet. Wenn das Verhalten des Leitbildes soziale Erwünschtheit zeigt, indem es für Verhalten belohnt (verstärkt) wird, ahmt der Beobachtende das Verhalten nach, um auch in den Genuß der gesellschaftlichen Belohnung und somit zu Akzeptanz im erwünschten Rahmen zu kommen. Nach Bandura (1979) erfolgt das Lernen am Modell, am anderen, in wenigstens zwei Stufen: Zuerst wird

ein Verhaltensmodell gelernt und im Gedächtnis gespeichert. Später, in einer geeigneten Situation, wird das Gelernte abgerufen und in tatsächliches Verhalten umgesetzt. Falls trotz der antizipierten Ergebnisse (Belohnung, Zuwendung, Anerkennung) andere Reaktionsweisen auftreten, obliegt es dem individuell erworbenen Attributionstil der Person, sich als akzeptiert, positiv, gesund oder kritisiert, ungeliebt oder ausgeschlossen zu erleben.

Der Bezug zur Entwicklung einer KDS und der vermutlich steigenden Auftrenshäufigkeit könnte sich wie folgt erklären:

Heutzutage ist beobachtbares Verhalten nicht nur im persönlichen zwischenmenschlichen Interaktionsstil oder in der Phantasie kreiert vorzufinden, sondern visuell direkt, über Massenmedien wie TV, Internet oder aus Zeitschriften erfahrbar (Secord & Backmann, 1997). Direkt beobachtbares Verhalten realer Personen (Beliebtheit, Erfolg, Macht und Medienpräsenz bestimmter Stars mit Vorbildfunktion = Modell) führt in der Regel schnell zu Verinnerlichung und Nachahmung der beobachteten Verhaltensmodelle und zu Identifikationen mit denselben. Hieraus ist die Entstehung von Wünschen und Sehnsüchten abzuleiten, dem Idol und dem ihm zugeschriebenen positiven Attributen möglichst zu entsprechen. Sekundäre Beobachtung von Medien (intermittierende Verstärkung) kann ihren Einfluss mit großer zeitlicher Verzögerung zeigen (Kroeber-Riel, 1999), sodass Vor- und Leitbilder z.B. der Elterngeneration als optischer Anspruch von Nachkommen nach der Ablösephase übernommen werden. Zusätzlich zur Identifikation mit nahestehenden Personen kann erlebte Verstärkung durch Leitbilder aus Rundfunk und Presse dazu beitragen, ein schon geschwächtes Selbstbild negativ zu bestärken. Der Wunsch z.B. das Aussehen in eine bestimmte Richtung verändern zu wollen kann verstärkt werden. Um am vermeintlichen Erfolg der als attraktiv wahrgenommenen Leitbilder und Modelle zu partizipieren, werden bestimmte Aspekte von "Schönheit als gesellschaftliches Kriterium", die als Äquivalent für Akzeptanz und Erfolg dienen, zu einem erstrebenswerten Zustand erhoben - defizitäre persönliche Merkmale kompensiert. Die Identifikation mit Modellen und der Wunsch ihnen immer ähnlicher zu werden, verfestigt sich.

Die Mechanismen der Entstehung einer derart pathologischen Schleife basieren möglicherweise auf unzulässigen Kausalattributionen.

2.4.3 Attributionstheorie

Innerhalb der Persönlichkeitspsychologie gilt der Attributionstil einer Person als Persönlichkeitsdimension - oder -merkmal. Ob eine Person external oder internal attribuiert, kann entscheidend zur Entwicklung diverser psychischer Störungen beitragen (Seligmann, 1995). Als "extern attribuiierend" wird ein Individuum bezeichnet, das der erlernten Überzeugung ist, dass positive wie auch negative Verstärker in seinem Leben auf Zufall oder Glück beruhen, somit außerhalb der eigenen Kontrolle und Einflussmöglichkeit liegen. Eine "intern attribuiierende" Person glaubt, dass die ei-

genen Verstärker kontrollierbar und selbst herbeiführbar sind und dass, was immer geschieht, dies einzig eine Frage der erworbenen Fertigkeiten und eigenen Fähigkeiten ist. Hieraus ergibt sich die Entwicklung eines kognitiven Faktors, der zu einer selbstwirksamen Einstellung führt, die die Kontrollierbarkeit der Umwelt, aber auch die vermeintliche Kontrollierbarkeit des sozialen Anderen betrifft. Meist treten, situationsbedingt, Mischformen des Attributionsstils auf. Menschen können eine stabile, internale und globale Attribution aufbauen, auf die sie die breitgefächerten Mannigfaltigkeiten von Anerkennung und Akzeptanz, oder aber interpersonelle Zurückweisung oder Ablehnung zurückführen.

Die individuelle Ausprägung des Attributionsstils und daraus resultierend, der Interaktionsstil mit der Umwelt und sich selbst, lässt die Ausbildung einer Störung der Persönlichkeit, einer psychischen oder körperlichen Erkrankung vulnerabel erscheinen. Im Sinne der Entwicklung psychosomatischer Störungen kann als unlösbar Erlebtes seelisches Leiden an bestimmten Merkmalen/Situationen (z.B. Selbstwertdefizite) in eine körperliche Ausprägung oder Attribution konversieren (Ehrmann, 2002) " ... wäre ich weniger häßlich, meine Nase kleiner, würde ich nicht unangenehm auffallen, wäre beliebter, akzeptierter usw... ". Der kognitive Faktor der Kontrollierbarkeit des eigenen Erlebens scheint im Sinne der Selbstwirksamkeit, von fundamentaler Wichtigkeit zu sein.

So konnte Hiroto (1975) nachweisen, dass external attribuierende Personen weniger leistungsfähig, schneller erschöpft und eher bereit sind in Testsituationen aufzugeben, als internal attribuierende Personen, da sich bei ersteren ein intensives Gefühl von faktischem oder vermeindlichem Kontrollverlust einstellt. Permanent wahrgenommener Kontrollverlust entbehrt zunehmend der Suche nach Bewältigungsmechanismen.

Dergleichen Persönlichkeitsdimensionen werden in der Kindheit bereits erlernt (Seligmann, 1995). Das Kind lernt durch Erfahrung, dass Agieren, ebenso wie Reagieren, zu Konsequenzen führt und dass im allgemeinen eine Synchronisation zwischen Reaktion und Konsequenz besteht. Da für das Kind jeder Handlungsschritt mit einer Reaktion der Umwelt einhergeht, können asynchrone Reaktionen und Konsequenzen dazu führen sich als hilflos zu empfinden. Dieses Erleben von Wirkungslosigkeit wiederum kann dazu führen, dass aktives Verhalten eingeschränkt oder gar abgestellt wird, in jedem Fall aber eine Art der kausalen Attribution gefunden wird, die sich im Verlauf der Entwicklung zu einem Attributionsstil verfestigen kann. Die früheste Synchronisation zwischen Mensch und Umwelt, die unterbrochen werden kann, ist die der Reafferenz (Seligmann, 1995). Reafferenz bezieht sich auf die Kontingenz zwischen Handlung und visueller Rückmeldung, wodurch der Mensch ein Idealbild seiner Selbst und eine ideale Korrelation mit der Außenwelt entwickeln kann, was dazu führt, ein gewisses Maß an Kontrollierbarkeit zu erlernen.

Bei der Entwicklung und dem Erfahren der eigenen Körperwahrnehmung, sowie der Wirksamkeit, oder eben Unwirksamkeit, des Einsatzes körperlicher Signale, könnte sich theoretisch, ein durch ungenügende Reafferenz erworbener Attributionsstil,

verstärkend auf die Entstehung einer globalen Wahrnehmungsverzerrung oder spezifisch in einer Körperwahrnehmungsstörung abbilden. Aufgrund dieser Erkenntnisse gehen psychologisch–psychiatrisch orientierte Wissenschaftler davon aus, dass durch negative Attribution besetzte Körperteile nicht eigentlich Ursache für "Unzufriedenheit" sind, sondern sich dahinter, wie bereits diskutiert, psychische Defizite verbergen, die zur Aufdeckung und Behandlung zunächst therapeutischen Interventionen zugeführt werden sollten. Entsprechend der psychologischen Theorien zur Entstehung einer KDS sind gesellschaftliche Normen bei entsprechender Disposition, ebenso als Wirkfaktoren und als mögliche Auslöser und Trigger (Verstärker) einer Störung der Körperwahrnehmung betrachtbar.

2.5 Optische Schönheit als gesellschaftliche Norm

Die große Bedeutung einer allgemeingültigen körperlichen Attraktivität, führte in der Psychologie zu einer eigenen Forschungsrichtung, der Attraktivitätsforschung (Haasebrauck & Niketta, 1993). Diese Forschung ergab, dass es kein einheitliches absolutes Schönheitsideal gibt, sondern dass jeder Typus "Mensch", von jedem Menschen unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt wird. Allerdings stehen bestimmte Merkmale bei der allgemeinen Beurteilung von Schönheit eher im Mittelpunkt als andere. So versuchte Cunningham (1986) mit Hilfe mathematischer Formeln das ideale weibliche Gesicht zu definieren.

Er konnte zunächst bestimmte, für die USA gültige "Schlüsseleigenschaften" herausstellen:

- Große Augen, kleine Nase und kleines Kinn gelten als "Kindchenschema" und als Idealbild des amerikanischen Frauentypes.
- Hohe, breite Wangenknochen signalisieren, dass das weibliche Wesen in gebärfähigem Alter ist.
- Breites Lächeln, erweiterte Pupillen und hochstehende Augenbrauen weisen auf Interesse, Erregung und Kontaktfreudigkeit hin.

Cunningham (1986) schließt daraus, dass das Idealbild amerikanischer Frauen jung, eher hilflos, sexuell reif und von freundlichem, kindlichem Wesen ist.

Anfang der neunziger Jahre wurde versucht, ein allgemeingültiges Schema für weibliche Attraktivität zu finden. Das "ideale" weibliche Gesicht wurde in der Gesichtserkennung (Bruce, 1993) aus computertechnisch übereinandergelegten Portraits konstruiert (in Kluge et al., 1999). Die Beurteilung dieses künstlichen Gesichtes nach Merkmalen wie "gesund, sexy, schön, dominant" ergab, dass sich 70% der männlichen Versuchsteilnehmer eindeutig für ein bestimmtes Idealbild "Frau" entschieden. Bei den weiblichen Teilnehmerinnen waren es nur 20% die auf ein optisches Schema fokuzierten. Dieses Ergebnis führte zu der Annahme, dass Männer im Gegensatz

zu Frauen, eine annähernd gleiche Vorstellung eines optischen "Idealbildes" von attraktiven Frauen haben. Weiter ist zu vermuten, dass es zumindest einige bestimmte Gesichtsm Merkmale gibt, die gleichermaßen bevorzugt und somit als "schön" idealisiert werden. Für Frauen ist anzunehmen dass andere Merkmale als die der optischen Attraktivität als Auslöser für Sympathie anzusehen sind.

2.5.1 Die Bedeutung körperlicher Attraktivität

"Gutem Aussehen" werden in jeder, besonders aber in der westlichen Gesellschaft standardisierte und in der Regel positive Attribute zugeschrieben. Die äußerlichen Kriterien der Beurteilung beeinflussen die zwischenmenschliche Anziehung und erlauben scheinbar auch einen Rückschluss auf Persönlichkeitsmerkmale. Bezüglich eines Zusammenhanges zwischen Attraktivität und persönlichem Erfolg zeigte Dion (1986) in einer Studie zu Attraktivität und beruflicher Erfolgsaussicht bei Studenten, dass attraktiveren Personen vermehrt positive Eigenschaften zugeschrieben werden und dass ihnen eher eine bessere Aussicht auf eine gute Stellung und ein glückliches Leben bescheinigt werden, als unattraktiveren Personen.

Um die erwünschten gesellschaftlichen Attribute für sich in Anspruch zu nehmen, kann ein kosmetischer Operationswunsch zur Veränderung des als unliebsam empfundenen Makels im Aussehen die Folge sein. Hierbei kann auf ein bestimmtes Körperteil fokussiert werden oder man ist mit einer bestimmten Körperzone besonders unzufrieden, da angenommen wird, dass Mißerfolg, Ohnmacht oder Ablehnung mit der Ausprägung exakt dieses Körpermerkmals in direktem Zusammenhang stehen. Wenn der Wunsch nach einer operativen Korrektur primär durch fehlendes Selbstvertrauen, Hilflosigkeit und unzureichende oder objektiv unzutreffende Einstellungen hinsichtlich des eigenen Erscheinungsbildes geprägt ist, werden die Betroffenen mit dem Operationsergebnis nicht zufrieden sein können. Möglicherweise erlangen sie dadurch zwar gesellschaftliche Bestätigung, nicht aber die Reduktion der Selbstzweifel, seelische Balance oder stabile Anerkennung.

Allerdings ist die Diagnose einer KDS ohne diagnostische Hilfsmittel nicht eindeutig zu stellen. Differenzial-diagnostisch betrachtet, ist in einigen psychopathologischen Ausprägungen von Körperschemastörungen eine als negativ verändert wahrgenommene Körperausprägung möglicherweise nicht auf Lernmodelle zurückzuführen, sondern haben ihren Ursprung in der Eigenart der Störung selbst (z.B. Anorexia nervosa), oder im komorbiden Zusammenspiel mit anderen Störung (z.B. Psychosen) aus dem psychiatrischen Formenkreis. Diese Differenzierung und Abgrenzung gilt es mit entsprechenden Instrumenten diagnostisch zu eruieren.

2.5.2 "Narziss und sein Retter": die Klientel und der Arzt

Es ist scheinbar einfach ein störendes, als unpassend und Leid verursachend empfundenen sichtbares Körpermerkmal zu behandeln: mit dem heutigen Stand der chirurgischen plastischen Operationstechniken und einem entsprechenden Finanzierungsplan für die teuren Operationen, kann jeder Person fast jeder Wunsch nach optischer Veränderung erfüllt werden. Wie aus obiger Einlassung hinlänglich hervorgeht, lassen sich dadurch zwar die äußeren Merkmale, nicht aber die inneren Selbstwertdefizite verändern. Deshalb ist es naheliegend, dass bei Vorliegen einer entsprechenden Störung, eine Operation nur vorübergehende Erleichterung verschafft. Eine langfristige Verbesserung intrapsychischer und interpersoneller Probleme kann bei der Diagnose einer KDS durch Operationen nicht erreicht werden.

Deutlich gesagt werden soll an dieser Stelle, dass nicht jeder der den Wunsch verspürt, sich einer ästhetisch plastischen Operation zu unterziehen und diese durchführen lässt, an einer psychischen Störung leidet. In der Tat ist die Mehrheit dieses Personenkreises psychisch weitgehend gesund — abgesehen von einem möglicherweise überzogenen Narzissmus. Dieser ist aber heutzutage nicht mehr zwingend als pathologisch anzusehen, sondern eher ein verhaltensbestimmendes Merkmal in unserer auf Äußerlichkeit orientierten Gesellschaft — es sei denn die Gesellschaft wird hinsichtlich eines herrschenden Gesundheits- und Schönheitswahnes mit dem Ziel der ewig andauernden Jugend, gesamt als pathologisch eingestuft.

Jedoch ist ein Teil der Bevölkerung hinsichtlich des operationswilligen Verhaltens pathologisch auffällig. In den o.g. wissenschaftlichen Studien wird von 2-7% körperdysmorph auffälliger Personen aus der Klientel derer, die sich um eine Schönheitsoperation bemühen, gesprochen. Die Dunkelziffer liegt dabei vermutlich höher (Philips, 1999; Stangier, 2002). Etwa 1,6 Millionen Frauen in Deutschland wünschen sich aktiv eine Schönheitsoperation (über Männer wurde in dem Zusammenhang nicht referiert), (Bauer, 2004). Aktiv bedeutet, sie haben persönlichen Kontakt mit Kliniken und anderen Stellen aufgenommen und über ein Beratungsgespräch hinaus, ihre Bereitschaft für eine Operation signalisiert. Weltweit ist das Fettabsaugen (Liposuktion) die häufigste Operation, gefolgt von Brustoperationen (Mamma augmentation: Brustvergrößerung; Mamma reduktion: Brustverkleinerung). Diese Tatsache entspricht auch den Verhältnissen in der BRD, mit einem deutlichen Nord-Süd Gefälle (BR-Interview Dr. Partick Bauer, Leiter der Schönheitsklinik Grünwald). Dies würde bedeuten, dass, je weiter man nach Südeuropa kommt, eine größere Brust als attraktiver, weiblicher und somit zwischenmenschlich und gesellschaftlich als eher erfolgversprechend wahrgenommen wird.

Eine derartig hohe Anzahl von operationswilligen Frauen läßt den Rückschluß auf eine große Zahl operierender Ärzte zu. Schönheitsoperationen können von jedem Arzt fachgerecht durchgeführt werden, der die offizielle Bezeichnung für ausgebildete Schönheitschirurgen "Facharzt für plastische Chirurgie" erworben hat. In Deutschland

führen zur Zeit ungefähr 30.000 Ärzte (und Zahnärzte) plastisch ästhetische Chirurgie durch, jedoch nur ca. 300 haben die, von der Ärztekammer vorgeschriebene, nötige Zulassung als Facharzt dafür erworben (BR-Interview Dr. Patrick Bauer, Leiter der Schönheitsklinik Grünwald). Um die Zulassung zu erwerben und den Titel führen zu dürfen, muss der Chirurg, zusätzlich zum abgeschlossenen Studium, eine 6 jährige Zusatzausbildung absolvieren und mindestens 1000 entsprechende Operationen durchgeführt haben. Erst dann kann er vor der Ärztekammer eine Zulassungsprüfung ablegen und darf sich offiziell als entsprechender Facharzt ausweisen.

Hinsichtlich der Patienten Klientel ist es für den Arzt wichtig, welche Kriterien herangezogen werden können oder müssen, um zu entscheiden, wer sich einer kosmetischen Korrektur seines Aussehens unterziehen kann und nach welchen Gesichtspunkten die jeweilige Entscheidung gefällt wird. Wünschenswert wäre es vor Operationen die weiterführende Frage zu stellen, welche Ziele der Patient mit der Veränderung von Körpermerkmalen verfolgt und was zu tun ist, wenn durch die invasive Technik das gewünschte Resultat z.B. das der sozialen Anerkennung, nicht langfristig befriedigend erzielt wird - bei auffälligem Verhalten des Patienten oder bei Unsicherheit des Arztes sollte psychologischer oder psychiatrischer Rat konsultiert werden.

Um dazu beizutragen KD-Verhalten im Vorfeld identifizieren zu können und somit psychisch dysfunktionale Folgereaktionen zu vermindern, stellen sich interdisziplinäre Forscher, (ästhetisch plastische Chirurgen, Psychologen und Psychiater) die Frage, wie die Ausprägung dieser Erkrankung differential-diagnostisch erkannt werden kann und damit folgenschwere Entwicklungen im Vorfeld eingedämmt oder verhindert werden können.

2.6 Diagnostische Instrumente: Erfassung der KDS

2.6.1 Forschungsansatz

Aufgrund des vorliegenden differenziert dargestellten, theoretischen und praktischen Hintergrunds und Forschungsstandes zu KD-Verhalten und KDS ist an dieser Stelle zusammenfassend festzuhalten: Bei der KDS handelt es sich um eine unterdiagnostizierte Störung mit erheblichem Einfluss auf die Lebensfähigkeit und die allgemeine Lebensqualität der betroffenen Personen. Innerhalb einer diagnostischen Datenerhebung in der Anamnese kann es zu Irrtümern kommen. Diese können vorher nicht absehbaren gravierenden Einfluß auf die weitere Entwicklung der Ausprägung der Störung und auf das Leben der Betroffenen haben:

1. Typ-1-Irrtum (falsch positives Resultat): bei einer körperdysmorphen Person wird Gesundheit diagnostiziert. Die Folge ist/sind eine/mehrere Operationen.
2. Typ-2-Irrtum (falsch negatives Resultat): bei einer gesunden Person wird KDS oder KD-Verhalten diagnostiziert. Sie wird nicht operiert.

Zur Erfassung der KD-Störung stehen verschiedene Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Neben dem ausführlichen persönlichen Gespräch erweisen sich diagnostische Instrumente im Einzelnen als hilfreich, sind alleine aber nicht ausreichend zur Diagnosefindung. Es ist zu bedenken, dass ein negatives Körperkonzept als ein bedeutsames Kennzeichen der KDS gilt, das Vorhandensein von körperdysmorpher Besorgnis muss jedoch nicht die Diagnose KDS bedeuten (Jorgensen, Castle, Roberts et al., 2001).

Dem heutigen Stand der Forschung entsprechend müssen zur Diagnostik bisher mehrere Instrumente zu einer umfangreichen Erhebung zusammengefasst werden. Im folgenden Kapitel werden zur Übersicht die heute gängigen publizierten Messinstrumente zur Diagnosestellung und /oder Schweregraderfassung der KDS vorgestellt.

2.6.2 Messinstrumente nach Kriterien des DSM–IV

Die aktuellen Instrumente die als Interview (Fremdrating) oder Selbstrating Instrumente durchgeführt werden, basieren weitgehend auf den diagnostischen Kriterien des DSM–IV. Es werden nachfolgend nur solche Instrumente vorgestellt, die in direktem Zusammenhang mit der Erfassung der KDS stehen. Alle bekannten Instrumente, die den aktuellen Forschungsstand repräsentieren, werden an dieser Stelle differenziert dargestellt. Sofern sie in die vorliegende Studie aufgenommen wurden, wird zusätzlich kurz im Methodenteil auf das jeweilige Instrument verwiesen.

Alle Messinstrumente der nachfolgenden Kategorie dienen ausschließlich der Diagnosestellung. Ausprägungen des Symptompektrums körperdysmorphen Verhaltens bis hin zur Störung, was durch einen festlegbaren Cut–off Punkt angegeben wird, ab welchem eine Diagnose KDS erlaubt ist, können bisher mit keinem der vorliegenden Instrumente in adäquatem, dem Patienten zumutbarem Zeitrahmen erfasst werden.

1. SKID–I: Strukturiertes klinisches Interview–Achse I Diagnose (Wittchen et al. 1997)

Das SKID–I ist ein strukturiertes klinisches Interview mit dessen Hilfe die Diagnose psychischer Störungen der Achse-I (Psychopathologie) des heute vorliegenden DSM–IV (APA, 1994) abgefragt werden. Mit Hilfe dieses Instrumentes soll die Diagnose psychischer Störungen der Achse I (Psychopathologie) innerhalb der Patientenstichprobe erfasst werden. Achse I erfasst somit Symptome der psychopathologischen Störungen und deren komorbider Erkrankungen. Achse II dagegen ist verhaltens- und erlebnisorientiert. Folgende Achse I–Störungen werden abgefragt: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, Essstörungen, Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen.

Die "Körperdysmorphie Störung" wird den somatoformen Störungen zugeordnet, im spezifischen der Körperwahrnehmungsstörung. Die Abfrage umfasst drei

Teilbereiche: Beschäftigung, Leiden oder die soziale Einbindung, mit jeweils entsprechenden Unterfragen. Aufgrund der Antworten beurteilt der Interviewer, ob ein Mangel in der äußeren Erscheinung vorliegt und ob dieser Mangel eine übermäßige Beschäftigung nach sich zieht. Bei wahrnehmbarer Anomalie ist der Grad der Abweichung von der Norm einzuschätzen. Die Diagnose KDS wird im Kontext anderer erfasster psychiatrischer Störungen gestellt (Kriterium C). Die Interrater-Reliabilität des Gesamtinstruments wird als zufriedenstellend eingestuft (.70). Das SKID-I, als strukturiertes klinisches Interview, entspricht der aktuellen Ausgabe des DSM-IV (APA, 1994).

2. BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (Phillips, Atala, Pope 1995, zit. in Dufresne, Phillips, Vittorio et al. 2001)

Der BDDQ ist ein kurzer Screening Fragebogen mit offenen Fragen, der vom Patienten selbst ausgefüllt wird. Die Kriterien des DSM-IV setzen das Vorliegen keines oder nur eines minimalen Defekts voraus. Andere psychiatrische Störungen, die das Merkmal der übermäßigen Besorgnis beinhalten, müssen ausgeschlossen werden (Grant, Kim, Eckert 2002). Der BDDQ erhebt, ob der jeweilige Patient sich übermäßig um eines oder mehrere Körperteile sorgt, beschäftigt, ob dies sein Leben durch einen stark empfundenen Leidensdruck beeinflusst oder deutliche Einschränkungen im Ablauf des alltäglichen Lebens darstellt. Der durchschnittliche Zeitaufwand der Beschäftigung pro Tag bezüglich des Körperteils wird erhoben.

Der BDDQ wurde besonders für die Anwendung bei psychiatrischen Patienten entwickelt. Dufresne et al. (Dufresne, Phillips, Vittorio, 2001) modifizierten den BDDQ für die Anwendung bei dermatologischen Patienten (BDDQ-Dermatology Version) indem sie "ja/nein" Fragen und "Rating scales" zur Erfassung des Schweregrades hinzufügten. Ein Nachteil des Fragebogens dürfte die Auswertbarkeit der offenen Antworten sein. Der Schweregrad kann nur tendenziell erfasst werden. Der Fragebogen ist meines Wissens nach nicht in deutscher Sprache erschienen.

3. BDD-DM: Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (Phillips 1993; dt. Stangier, Hungerbühler, Meyer 1996 zit. in Stangier, Hungerbühler, Meyer 2000,)

Phillips (1993) entwickelte das teilstrukturierte klinische Fragebogen-Modul um die Diagnosefindung der KDS zu unterstützen und abzusichern. Es wurde von Stangier ins Deutsche übertragen (Stangier, Hungerbühler, Meyer 1996 zit. in Stangier, Hungerbühler, Meyer 2000). Erfragt werden die diagnostischen Kriterien einer KDS nach den Kriterien des DSM-IV. Die Interrater-Reliabilität (.96), (Stangier, Hungerbühler, Meyer 2000) ist sehr gut. Das BDD-DM besteht aus sechs Fragen, die neben den Kriterien des DSM-IV den Zeitpunkt des Erstauftretens der Symptome erheben. Der Schweregrad kann nicht erfasst werden,

es dient lediglich der Diagnosestellung. Das BDD-DM wurde von K. Phillips 1993 (deutsch: U. Stangier, 1996) entwickelt um die Diagnosefindung bei KDS Verdacht, zusätzlich zum SKID-I, zu unterstützen oder aber um als Einzelinstrument angewendet zu werden. Die Fragestellung fokussiert auf die drei SKID-I Schwerpunkte des KDS-Syndroms:

- (a) Beschäftigung: der Abschnitt umfasst neun Fragen die Kriterium A des DSM-IV entsprechen
- (b) Soziale Auswirkung: entspricht mit drei Fragen Kriterium Ba und Bb des DSM-IV
- (c) Andere psychische Erkrankung (Anorexia nervosa) entspricht Kriterium C

Das Instrument umfasst Zusatzfragen. In diesen wird die Dauer der Symptome und die Beschäftigung damit in den vergangenen fünf Jahren ermittelt. Die Beantwortung der Fragen ist in vier Antwortmöglichkeiten unterteilt, die wiederum den Skalen des SKID-I entsprechen.

Das Instrument erlaubt keine Differenzierung in Schweregrade und scheint auch sonst eher vage in der Zuweisung der Störungsausprägung. Werden in Frage eins und zwei die Antworten mit "ja" beantwortet, kann laut Phillips vom Vorliegen einer Störung ausgegangen werden.

4. BDDD-Y-BOCS: Modifizierte Version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale für körperdysmorphe Störung (Phillips, Hollander, Rasmussen et al. 1997)

Das halbstrukturierte klinische Interview erfasst den Schweregrad der KDS und den Faktor "Leiden an den Ausprägungen der Störung", bezogen auf die Woche vor Interviewführung. Es handelt sich hier um die Modifikation der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) zur Erfassung von Zwangserkrankungen. Diese gilt als zuverlässiges und valides Fremdbeurteilungsinstrument um den Schweregrad der Zwangshandlungen und -gedanken während der vorhergehenden Woche zu erfassen. Sie wurde von Phillips auf dem Hintergrund der phänomenologischen Ähnlichkeit der KDS Symptome mit den Zwangssymptomen, als modifizierte Version zur Erfassung eines möglichen Schweregrades von KDS eingesetzt.

Die Formulierung der Originalfragen wurde wenig verändert; es fand eine Anpassung an die spezielle Problematik der KDS (Beschäftigung mit dem Aussehen) statt. Die BDDD-Y-BOCS ist ein 12 Fragen umfassendes, halb strukturiertes klinisches Interview. Cronbach's alpha (.80), die Interrater-Reliabilität für die einzelnen Items/Fragen ($r=.79$ bis $r=1.00$) und Test-Retest Reliabilität (.88) sind zufriedenstellend. Zusätzlich korreliert die BDDD-Y-BOCS signifikant mit allgemeinen Instrumenten (Phillips et al., 1997) zur Messung der Schwere einer Erkrankung (.55).

Anhand von 12 Fragen soll mittels eines halbstrukturierten Interviews der Schweregrad des Leidens der PatientInnen innerhalb der letzten Woche erfasst werden. Die Formulierung der Originalfragen wurde an die spezielle Problematik der KDS, der Beschäftigung mit Aspekten der äußeren Erscheinung, angepasst. Zudem wurden der Y-BOCS zwei zusätzliche Experimentalitems hinzugefügt (Einsicht und Vermeidung) die gesondert ausgewiesen sind. Die Antworten können je nach Schwere- und Ausprägungsgrad auf einer Skala von 0 bis vier eingeteilt werden.

Phillips weist explizit darauf hin, dass mit diesem Instrument allein die Diagnose KDS nicht gestellt werden kann. Es kann allenfalls der Schweregrad der KDS in Hinblick auf Zwangshandlungen und Zwangsgedanken in der vergangenen Woche erfasst werden.

5. BDDE–SR: Body Dysmorphic Disorder Examination–Self Report (Rosen & Reiter, 1993)

Das Selbstrating–Instrument ist in drei Teile gegliedert. Der Patient gibt die Beurteilung seiner Probleme sowie der damit einhergehenden spezifischen Merkmale ab, indem er die entsprechenden Körperteile markiert. Veränderungs- und Verbesserungsversuche der letzten Wochen werden festgehalten und Fragen zur Unzufriedenheit mit dem Aussehen, Vermeidungsverhalten so wie die negative Selbsteinschätzung werden erhoben. Um die Diagnose einer KDS zu stellen soll der BDDE–SR als Ergänzung zu den DSM–IV Kriterien dienen. Wenn bestimmte Fragen mit vier oder höher auf der fünfstufigen Skala beantwortet werden, ist anzunehmen, dass eine Störung vorliegt.

Der Kliniker muss entscheiden, ob der vom Patienten empfundene körperliche Defekt tatsächlich existiert oder nicht beobachtbar ist. Zudem muss er abklären, ob eine andere Störung das Leiden besser erklären könnte, wie zum Beispiel eine Essstörung. Der BDDE–SR weist eine Test–Retest Reliabilität von .89, eine interne Konsistenz von .94 und eine externe Validität von .69 - .83 (Rosen, Ramirez, 1998, S. 444) auf. Der BDDE–SR ist folglich in der Lage, die Diagnosestellung zu unterstützen und, eher als andere Instrumente, einen Schweregrad der Erkrankung zu erfassen.

Als Nachteil des Instruments ist zu bewerten, daß der BDDE–SR ca. 35 - 40 Minuten in Anspruch nimmt. Dies dürfte länger sein, als ein Patient, vor allem in einem nicht psychiatrischen Setting, tolerieren wird (Cunningham, Bryant, Manisali et al., 1996). Auch im Falle des BDDE–SR ist ein Experte erforderlich, zum einen für die Einschätzung des Patienten zum anderen für die Auswertung des Instrumentes. Bislang liegt keine deutsche Übersetzung und Validierung vor.

6. BDD–E: Body Dysmorphic Disorder Examination Fragebogen (Rosen & Reiter, 1996)

Es handelt sich um ein klinisches Interview, bestehend aus 34 Fragen, die die Bereiche Beschäftigung mit dem Aussehen, negative Bewertung des Aussehens, Selbstbewusstsein und Leidensdruck, Bedeutung der äußeren Erscheinung in der Selbsteinschätzung, Vermeidungsverhalten, Überprüfen und Kaschieren der betroffenen Körperbereiche während der letzten vier Wochen erfragen. Zu jeder Frage gibt es eine Likert-Skala von null bis sechs, wobei null die Abwesenheit des Symptoms bedeutet. Dreizehn Items, die den Kriterien des DSM-IV zugeordnet sind, sollen die Diagnosestellung unterstützen. Der Schweregrad der Erkrankung soll über die Gesamtsumme des BDDE ermittelt werden: Je höher die Summe, desto ausgeprägter sind die Symptome. Der BDDE erlaubt Veränderungen der Symptomstärke nach einer Behandlung zu erfassen.

Die interne Konsistenz ist gut [Cronbach's alpha für das KDS Sample .81, für das klinische Nicht-KDS Sample (n=177) .88, für die 1. Kontrollgruppe (n=295) .93 und für die 2. Kontrollgruppe (n=140) .91]. Die Interrater-Reliabilität beträgt .86 für das klinische Sample.

Mit dem Instrument scheint es möglich, über einen Cut-off-score die Verdachtsdiagnose KDS zu stellen, als auch den Ausprägungsgrad von KDS-Symptomen zu erfassen. Der Nachteil ist die Zeitintensität (bis zu 30 Minuten) und die Notwendigkeit eines qualifizierten Interviewers. Der BDDE kann deshalb nicht als Screening-Instrument eingesetzt werden (Rosen & Reiter, 1996). Nach aktuellem Wissen existiert bisher keine deutsche Version und Validierung des Bogens.

7. DCQ: Dysmorphic Concern Questionnaire (Oosthuizen, Lambert und Castle, 1998)

Der DCQ basiert frei auf dem General Health Questionnaire (GHQ). Das als Selbstrating durchzuführende Instrument soll das Ausmaß körperdysmorpher Besorgnis messen. Die Autoren gehen davon aus, dass diese eher ein Symptom bei unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen sei, als die Grundlage für eine eigenständige Diagnose. Der DCQ fordert die Patienten auf im Vergleich zu anderen Personen, ihre Besorgnis über ihre körperliche Erscheinung und ihre Versuche mit dem vermeintlichen Defekt umzugehen, einzuschätzen. Zu sieben Aussagen sollen die Patienten einschätzen, ob sie im Vergleich zu anderen Menschen weniger, genauso, mehr oder sehr viel mehr besorgt sind. Zum Beispiel wird gefragt, ob viel Zeit auf kaschierendes Verhalten verwendet wird.

Der Fragebogen wurde zunächst an psychiatrischen Patienten getestet (n=63), die vor allem unter Schizophrenie oder schweren affektiven Störungen litten. Hierbei wies der DCQ eine gute interne Konsistenz (.88) und konvergente Validität (.55 bis .73) auf, die in Korrelation zum BDD-E (Rosen & Reiter, 1996) überprüft wurde. Es stehen nur limitierte psychometrische Informationen zur Verfügung (Cororve & Gleaves, 2001). Jedoch scheint die Aussage zulässig, dass

Patienten, die eine KDS diagnostiziert bekamen, höhere Werte im DCQ erreichten als Patienten ohne KDS. Eine Schwierigkeit des Instrumentes ist, dass die Einschätzung der eigenen Besorgnis im Vergleich zu anderen Menschen sehr schwer und sehr subjektiv zu bewerten ist. Der DCQ ist nach momentanem Wissensstand nicht auf deutsch erschienen.

8. Pisa Body Dysmorphic Symptoms Scale (Perugi, Akiskal, Gianotti et al., 1997)

In Form eines Selbstausfüllerbogens soll anhand von zehn Fragen das Vorhandensein von psychopathologischen Symptomen der KDS abgeklärt werden: vermehrtes Überprüfen im Spiegel, Vermeiden des Spiegelbildes, Angst vor Spott, Kaschieren, Verlangen nach chirurgischer Korrektur, Verzweiflung bis hin zu Selbstschädigung bzw. Suizid. Die Fragen können mit "ja /nein" beantwortet werden. Der Gesamtscore entsteht durch die Summe der positiv beantworteten Items. Mühlbauer, Holm und Wood (2000) sehen den Fragebogen als einen nützlichen Leitfaden, der von einem plastischen Chirurgen angewandt werden kann, um herauszufinden, ob die Diagnose KDS bei dem jeweiligen Patienten wahrscheinlich ist. Je mehr Fragen positiv beantwortet werden, desto eher sollte der plastische Chirurg von einer Operation abraten und, soweit der Patient kooperiert, weitere psychologische Diagnostik anraten.

Die Pisa Body Dysmorphic Symptoms Scale kann lediglich das Vorhandensein einiger wichtiger KDS Symptome einschätzen. Sie ist nicht zur Diagnosestellung oder Schweregradbestimmung validiert. Nach momentanem Wissensstand existiert keine deutschsprachige Ausgabe der Skala.

Aus der vorangestellten Übersicht an diagnostischen Instrumenten ist ersichtlich, dass die Notwendigkeit besteht, ein prägnantes Instrument zu erarbeiten, das die differenzierte Diagnosefindung unterstützt und absichert und das der Erfassung des kontinuierlichen Symptompektrums, das letztlich in eine KDS mündet, dient. Keines der genannten Instrumente ist spezifisch geeignet, diese Merkmale in kurzer Zeit zu erfassen. Die geeignet erscheinenden Instrumente sind zeitaufwendig in der Durchführung (30 - 50 Minuten). Eine KDS kann bisher nur im Rahmen einer umfangreichen Erhebung, durch den Einsatz mehrerer Instrumente und gesondert geschulte Experten erfasst werden.

Ein derartiger Aufwand ist weder vom Personal im klinisch ästhetischen Setting vor einer Operation zu leisten, noch den PatientInnen zumutbar. Die Erfahrung zeigt, dass diese aus verschiedenen, in Punkt zwei der vorliegenden Arbeit beleuchteten Gründen der Scham und Furcht, die Teilnahme an umfassenden Befragungen verweigern, oder für die Diagnosefindung unbrauchbare Antworten hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit geben.

Vorrangiges Ziel der Dissertation ist es daher, ein einfach durchzuführendes, kurzes Erhebungsinstrument zur standardisierten Beurteilung einer KDS nach den Kri-

terien des DSM–IV einzuführen. Diese Notwendigkeit führte zum Arbeitskonzept der vorliegenden Studie innerhalb derer das Fragebogeninstrument BDD–MM entworfen wurde. Es soll die erforderlichen Kriterien der einfachen knappen Durchführbarkeit erfüllen und anhand eines Cut–off Punktes eine Zuordnung innerhalb des Schweregradkontinuums erlauben.

2.6.3 BDD-MM: Body-Dysmorphic-Disorder-Munich-Modul

Das Instrument befindet sich zur Einsicht im Anhang. Das Ziel war ein einfach durchzuführendes, sinnvoll auswertbares Fragebogeninstrument zu entwerfen, das ab einem bestimmten Cut–off die Zuordnung zur Störung KDS oder zu KDS assoziiertem Verhalten erlaubt. Kann eine Zuordnung zur KDS anhand der Antworten des Patienten vorgenommen werden, sollte von einer Operation abgesehen werden und der/die PatientIn zunächst einer psychiatrischen oder psychologischen Therapie zugeführt werden. Das BDD–MM wird von der Verfasserin in der vorliegenden Studie operationalisiert, evaluiert und validiert (siehe Methoden). Das Instrument ist ein standardisiertes Interview zur Bestimmung des Schweregrades der körperdysmorphen Störung und dient damit der erweiterten Operationalisierung der Diagnose der KDS nach den Kriterien des DSM–IV. Es unterteilt sich, nach Vorgabe dieser Kriterien in die drei Schwerpunkte: Beschäftigung, Leiden und soziale Interaktionen. Die Annahme von der hier ausgegangen wird ist, dass das Instrument es erlaubt eine einheitliche, standardisierte Diagnose zu stellen, ferner dass mit Hilfe des Instruments epidemiologisch vergleichbare Daten über das Vorliegen körperdysmorphen Verhaltens, der Störung und der Symptome gewonnen werden können – diese Annahme konnte bestätigt werden.

Die Darstellung der Studie, des Instruments, die Arbeitshypothesen und das statistische Vorgehen sind Inhalt des folgenden Methodenteils (Kapitel 3).

Kapitel 3

Methoden

3.1 Beschreibung der Studie

Die hier bearbeitete Studie ist ein Teilbereich einer umfangreichen Gesamtstudie. Die Gesamtstudie wird im Folgenden nur soweit beschrieben, wie sie für die Entwicklung des BDD-MM relevant ist. In diesem Kapitel wird deshalb die Teilstudie, der Fragebogen selbst, die Stichprobe anhand welcher die Daten gewonnen wurden, die Validierung des Fragebogens und die zur Analyse verwendeten psychometrischen Kriterien definiert und beschrieben.

In der vorliegenden Studie wird die Eignung des von der Verfasserin neu entwickelten Interviewfragebogens BDD-MM (Body-dysmorphic-disorder Munich-Modul) als Diagnostikinstrument überprüft. Ziel ist es, eine klare Diagnose von entweder KDS oder KD-Verhalten erheben zu können. Ebenso soll die Möglichkeit der Zuteilung zu einem bestimmten Schweregrad innerhalb der KDS oder der Ausprägung gestörten Verhaltens bei Menschen mit ästhetisch plastischem Operationswunsch evaluiert werden. Das Instrument orientiert sich an den Kriterien des DSM-IV (APA, 1999). Demzufolge ist das Instrument in drei Teilbereiche unterteilt: A (Beschäftigung), Ba (Leiden) und Bb (soziale Interaktion), sowie C (Abgrenzung von anderen Störungen). Die Erhebung des Fragebogeninstrumentes BDD-MM ist in eine großangelegte Geamsstudie eingebettet, wobei die Planung und Durchführung von der Verfasserin selbst bestimmt wurde.

Titel der Geamtstudie:

”Psychologisch/psychiatrische Auffälligkeiten bzw. Störungen bei Patienten mit ästhetisch plastischem Operationswunsch“

Der offizielle Arbeitstitel der Gesamtstudie lautet: Erhebung der Lebensqualität und psychiatrisch - psychologischer Auffälligkeiten bei Patienten mit kosmetischem Operationswunsch. Den Patienten wird mitgeteilt, es handle sich um eine Studie zur

Erfassung der Lebensqualität und des allgemeinen psychischen Befindens vor und nach einer ästhetisch plastischen Operation.

3.1.1 Ziel der Dissertation

Der Fragebogen BDD-MM ist ein standardisiertes Interview zur Bestimmung des Schweregrades des körperdysmorphen Verhaltens und soll der erweiterten Operationalisierung der Diagnose der körperdysmorphen Störung nach den Kriterien des DSM-IV (APA, 1999) dienen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, den neu entwickelten Fragebogen (BDD-MM) zur Diagnosefindung der KDS klinisch zu validieren. Dies geschieht unter Einbeziehung bereits etablierter Instrumente, die unter Punkt zwei detailliert dargestellt wurden und sofern sie in die Studie integriert wurden, an dieser Stelle nochmal genannt werden. Um vergleichbare störungsbezogene Inhalte festzustellen, werden die Daten aus diesen Instrumenten innerhalb der statistischen Berechnung hinzugezogen.

Sollte der Fragebogen geeignet sein, die Ausprägung der Störung hinsichtlich des Symptompektrums in Schweregrade zu unterteilen und die Klienten eindeutig den jeweiligen Kategorien zuzuordnen, wird in Erwägung gezogen, einen Beitrag zur Erweiterung und Differenzierung der Kriterien des DSM-IV Manuals (APA, 1999) zur KDS anzustreben. Bis heute fehlen, besonders im deutschsprachigen Raum, differenzierte Instrumente zur Erfassung des Schweregrades körperdysmorpher Symptome.

Die wissenschaftliche Relevanz der Arbeit ergibt sich, wie im theoretischen Teil bereits ausgeführt, aus der Tatsache, dass mit dem momentanen Stand der Diagnostikinstrumente nur mit großem zeitlichen Aufwand Personen mit KDS oder entsprechendem Verhalten erfasst werden können.

3.1.2 Arbeitshypothesen

Hypothese 1: Das Instrument erlaubt eine differenzierte, einheitliche Diagnose einer KDS auf der Basis des Symptompektrums körperdysmorphem Verhaltens unterschiedlicher Ausprägung.

Hypothese 2: Mit Hilfe des Instruments können epidemiologisch vergleichbare Daten über das Vorliegen einer KDS bei Operationswunsch gewonnen werden.

Hypothese 3: Aufgrund der Ergebnisse ist das Instrument geeignet im ästhetisch plastischen, klinischen Operationssetting als Diagnostikinstrument eingesetzt zu werden.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine prospektive Studie mit begleitendem klinischen Expertenurteil. Dieses wird in der statistischen Auswertung als "Goldstandard" zur Validierung des Instruments herangezogen.

3.2 Aufbau der Studie

Die Studie folgt einem vorab festgelegten Ablaufplan:

1. Erstellung des Fragebogeninstruments Munich–Modul of Body dysmorphic Disorder: BDD–MM
2. Erprobung des Instruments im Rahmen von Interviews zu chirurgischen Interventionen mit anschließender Expertenbeurteilung. In dieser Phase befand sich das Projekt wiederholt, da vor der vorläufigen endgültigen Form des Instrumentes zwei Vorfassungen erprobt wurden. Diese wurden modifiziert um die hier vorgestellte Form zu erarbeiten.
3. Erstellung der klinischen Diagnose KDS im Rahmen eines Expertenurteils und Ermittlung eines Cut–off Punktes, ab dem eine Person als auffällig oder krank im Sinne von körperdysmorphem Verhalten oder KDS bezeichnet werden kann. Dieser soll der Normerstellung des Instruments dienen. Per definitionem gilt die Annahme einer KDS nur für Personen die einen geringen Makel oder keine Abweichung von der optischen Norm aufweisen und dennoch ein hohes Maß an Beschäftigung, Leiden und Einschränkungen in der sozialen Interaktion angeben. Anzunehmen ist, dass aufgrund der geringen Anzahl an klinischen Probanden ($n=130$) nur eine vorläufige Empfehlung hinsichtlich des Cut–off's gegeben werden kann - eine anerkannte Richtlinie bedarf einer größeren Stichprobe.
4. Zur Beurteilung der Interraterreliabilität werden Interviews anhand eines Interviewleitfadens durchgeführt. Sie entsprechen inhaltlich den Items des Fragebogens und dienen der Erhebung der Interraterreliabilität durch geschulte Fremdrater (wissenschaftliche Mitarbeiter der Gesamtstudie). Anhand der übereinstimmenden Zuordnung der Rater soll die statistische Qualifikation des Instrumentes bewiesen werden.
5. Statistische Auswertung der erhobenen Daten mittels SPSS 12.0.

3.2.1 BDD–MM: Testentwicklung

Die Entwicklung des Fragebogeninstrumentes bis zum Einsatz der vorläufig endgültigen, hier vorgestellten, Form verlief in drei Phasen mit zwei vorangegangenen Testentwicklungsphasen. Vorgesehen waren ursprünglich mehr Fragen (ca. 30), was sich als wenig praktikabel erwies, da einige Items zu ähnlich oder unklar waren, sodass Klienten nachfragen mussten, oder zu wenig differenzierten. Nach statistischer Überprüfung der einzelnen Items wurden unklare Fragen modifiziert, sodass sie im Antwortverhalten eindeutig zuzuordnen waren. Testvorform eins wurde an 17 Probanden, Testvorform zwei an 22 Probanden erhoben. Fragen die dort eine doppelte Antwortaufforderung enthielten wurden eliminiert oder ersetzt. Dies waren Frageformen

die „..und/oder...“ enthielten, sodass von den Probanden nicht eindeutig Stellung bezogen werden konnte. Auf die Testvorformen wird im Weiteren nicht Bezug genommen, da sie verworfen wurden. Die dritte und vorerst endgültige Form des Diagnostikinstrument BDD–MM kam ab April 2003 zum Einsatz, die Datenerhebung ist seit September 2004 abgeschlossen.

3.2.2 Aufbau des BDD–MM: inhaltliche Struktur

Da die Ausprägung einer KDS mit der Vorstellung der „Häßlichkeit“ eines entsprechenden Körpermerkmals einhergeht und diese Vorstellung zu einer internalen Überzeugung geworden zu sein scheint, ist anzunehmen, dass die Person in ihren internalen und externalen Zuschreibungstendenzen unangenehme persönliche Erlebnisse eher external oder aber auf die Merkmalsausprägung selbst internal attribuieren. Deshalb sind Faktoren wie Kaschieren des Körpermerkmals, Kontaktvermeidung, Ortsvermeidung, die Orientierung an anderen aber auch die Beeinflussbarkeit durch Personen im Freundeskreis, durch eine Idealvorstellung oder einen Modell-Bezug als meinungsbildende Variablen anzusehen. Diese Faktoren wurden als Variablen bei der Erstellung der Items besonders berücksichtigt.

Bei der Itemkonstruktion wurde darauf geachtet positiv formulierte Aussagen und Fragen einzusetzen, wobei Negationen oder doppelte Verneinungen vermieden wurden. Durch die Eindeutigkeit der Fragen soll die Objektivität der Aufgabenbeantwortung eingehalten werden. Jedes einzelne Item wurde vorab am Team erprobt, um zu untersuchen ob die Formulierung klar und unmißverständlich ist.

Die Testitems umfassen vier Teilbereiche die inhaltlich gruppiert wurden:

- Teil A: Beschäftigung mit dem Körpermerkmal (KM)
- Teil Ba: Leiden, verursacht durch das Körpermerkmal
- Teil Bb: soziale Interaktion und Einbindung
- In Teil C wird anhand einer Frage ermittelt, ob das Verhalten nicht besser durch eine andere psychopathologische Störung erklärt werden kann.

Die Durchführung der Datenerhebung nimmt ca. 5 – 10 Minuten in Anspruch.

Das Instrument besteht aus insgesamt 22 Fragen, die sich in die vier o.g. Teilbereiche unterteilen.

- Subskala A enthält sieben Fragen zur übermäßigen Beschäftigung mit dem Körpermerkmal.
- Subskala Ba bezieht sich auf das durch das Körpermerkmal verursachte Leiden und umfasst ebenfalls sieben Fragen.

- Subskala Bb bezieht sich auf Beeinträchtigungen in sozialen Bereichen oder sozialen Funktionen und umfasst wieder sieben Fragen.
- Subskala C beinhaltet eine Frage, die auf die Differenzialdiagnose zu anderen psychopathologischen Störungen des Körperempfindens (z.B. Essstörungen) abhebt und entspricht einer "...ja /nein..." Antwortmöglichkeit.

Subskala C findet im Folgenden keine weitere statistische Erwähnung, da die positive Beantwortung dieses Items einem Ausschlusskriterium entspricht. Bei allen in die Studie aufgenommenen Probanden konnte diese Frage verneint werden.

Zusätzlich zu den 22 Fragen aus A, Ba, Bb und C, sind im Instrument Fragen zur Erfassung von Randdaten enthalten, die der zusätzlichen Information und zur Kontrolle der Testdurchführung dienen. Diese umfassen Teilgebiete, die der Einschätzung des Interviewleiters Raum geben und vom jeweiligen Testleiter unmittelbar nach der Testdurchführung ausgefüllt werden:

1. Geschlecht, Datum, Ort der Durchführung
2. Vorhandensein eines tatsächlich auffälligen Körpermerkmals (nach optischer Einschätzung des Interviewleiters)
3. Anzahl vorhergehender ästhetisch plastischer Operationen
4. individuelle Beurteilungsmöglichkeit des Interviewleiters
5. Einschätzung über das nachfolgende, nicht in das Instrument direkt inkludierte Expertenurteil (Übertragung des Ergebnisses)

Die diagnostische Zuteilung der Patienten/Probanden wird zunächst, ohne das nachfolgende Expertenurteil zu berücksichtigen, aus dem Gesamtscore der Summe aus A und B ermittelt. Die Diagnostikkriterien sind so differenziert angelegt, dass die Auswertung der Ausprägung der Antworten in fünf Schweregrade unterteilt angegeben werden kann.

- 1 = kein KD-Verhalten
- 2 = leichtes KD-Verhalten
- 3 = mittelgradiges KD-Verhalten
- 4 = ziemlich ausgeprägtes KD-Verhalten (Verdacht: körperdysmorphe Störung)
- 5 = schweres KD-Verhalten = körperdysmorphe Störung KDS

Eine diagnostizierbare Störung mit Handlungsbedarf wird ab Schweregrad vier angenommen, wobei Schweregrad drei grenzwertig zu betrachten ist. Möglicherweise sind hier Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit abzuwägen.

3.2.3 Durchführung des Interviews

Die Entscheidung zu einer ästhetisch plastischen Chirurgie wird in der Regel nicht leichtfertig gefällt. Einer derartigen Operation geht ein längerer Prozess der Entscheidungsfindung voraus, der oft mit Zweifeln, Ängsten aber auch Leiden an der Ausprägung des als mißgestaltet empfundenen Körperteils einhergeht. Zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung wird mit dem Patienten ein kurzes Gespräch geführt ("warming up", Vorstellung des Interviewleiters, Zielerklärung der Interviewsdurchführung im Sinne des Forschungsinhaltes der Gesamtstudie), in dem das Verständnis der Gesamtsituation vermittelt und auf die bevorstehende Operation eingegangen wird. Das Interview wird nach der kurzen erklärenden Einführung des Interviewleiters, mündlich im Frage- und Antwortstil durchgeführt. Die Fragen und Antwortmöglichkeiten werden langsam und deutlich vorgelesen.

Der Begriff "Körpermerkmal" wird im gesamten Fragebogen nach der ersten ausgeschriebenen Variante mit KM abgekürzt. Die Interviewleiterin ersetzt im Fragebogen KM durch die Originalbezeichnung (Nase; Brust etc.) des betreffenden Körperteils.

Hier zur Verdeutlichung ein Beispiel für eine Frage mit entsprechenden Antwortmöglichkeiten aus der Subskala A: Übertriebene Beschäftigung mit dem Körpermerkmal.

Frage A1: Überprüfen Sie Ihr KM über die notwendige tägliche Toilette hinaus in spiegelnden Flächen?

Folgende Antwortmöglichkeiten stehen den PatientInnen zur Verfügung:

- 0 (Stufe 1): Überprüft das KM nicht zusätzlich.
- 1 (Stufe 2): Überprüft das KM selten (bis zu 15 Min.) zusätzlich täglich.
- 2 (Stufe 3): Überprüft das KM öfter (bis zu 30 Min.) zusätzlich täglich.
- 3 (Stufe 4): Überprüft das KM häufig (bis zu einer Stunde) zusätzlich täglich.
- 4 (Stufe 5): Überprüft das KM sehr häufig (mehr als eine Stunde) zusätzlich täglich.
- Antwortmöglichkeit 9: Diese Frage trifft für mich nicht zu.

Falls der Patient eine Frage für sich als nicht zutreffend benennt, wird sie in der statistischen Auswertung unter Stufe 1 subsummiert (siehe Ergebnisse). Ist die Antwort: "Diese Frage kann/will ich nicht beantworten", wird die Antwort als "missing item" behandelt.

In der selben Weise sind die Antworten aus Ba und Bb zu bearbeiten.

3.2.4 Studienpopulation: Stichproben

Es wurden nur Personen in die Studie aufgenommen, die das Interview vollständig durchgeführt hatten. Personen die das Interview abgebrochen oder nur teilweise durchgeführt hatten, wurden nicht mit einbezogen. Die PatientInnen aus der ambulanten und stationären klinischen Gruppe (MRI; Privat) werden im Verlauf statistisch weitgehend zusammengefasst und als "klinische Experimentalgruppe" behandelt. Die befragten Personen sind "zufällige" Patienten/Probanden. Insgesamt wurden 193 Probanden in die Auswertung der Daten einbezogen. Die Population der Studie setzt sich aus drei Stichproben zusammen:

1. "MRI": Bei der klinischen Stichprobe MRI (München Rechts der Isar; n=65) handelte es sich vorwiegend um weibliche (n=48), aber auch männliche Patienten (n=17), die am Vortag einer Operation stationär aufgenommen wurden und die anfallenden Voruntersuchungen durchlaufen mussten.
2. "Privat": Die klinische Vergleichsgruppe rekrutierte sich aus Patienten einer Münchner Privatklinik (n=65). Die Patienten beabsichtigten sich, überwiegend im ambulanten Setting, identischen Operationen zu unterziehen.
3. "Kontrolle": Die Kontrollgruppe besteht aus Personen (Kontrolle: n=63) der "Normalbevölkerung", die sich bisher keiner ästhetisch plastischen Operation unterzogen hatten und dies in absehbarer Zeit auch nicht vorhaben. Sie wurden zur klinischen Gruppe MRI in Alter, Geschlecht und Schulbildung parallelisiert. Die Probanden wurden durch Direktansprache, Mundpropaganda und Flyer rekrutiert.

Der Ort der Untersuchung der Lebensqualitäts-Studie ist die Abteilung für plastische und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität (TUM) München. Die ästhetisch plastischen Operationen sind hauptsächlich Gesichts- und Halsstraffungen, Brustvergrößerungen und -verkleinerungen sowie Absaugen von Fettgeweben an Beinen, Hüften, Bauch, Po oder von den Armen.

Die PatientInnen sind in Einzel-, Zweibett oder Mehrbett Zimmern auf den Stationen 1.2 und 1.5 des Klinikums untergebracht. Eine ruhige und möglichst angenehme Gesprächsatmosphäre wurde hergestellt. Die gesamte Erhebung aller in die Testbatterie inkludierten Instrumente nahm ca. 90 Minuten pro Person in Anspruch, wovon maximal ca. 10 Minuten für das Instrument BDD-MM vorgesehen waren. Die Anonymität der PatientInnen und der erhobenen Daten gegenüber nicht an der Studie mitwirkenden Personen (Mitpatienten, Schwestern, Pfleger, Ärzte) wurde streng gewahrt. Die Interviews wurden ausschließlich von im Klinikum dafür geschulten Mitarbeiterinnen des Forschungsprojektes durchgeführt (z. B. SKID-I Durchführungs- und Auswertungsschulung).

Die PatientInnen rekrutierten sich aus der Menge derer, die sich im Klinikum auf eigenen Wunsch einer ästhetisch plastischen Operation unterzogen. Die Teilnahme am Interview war freiwillig. Sie wurden mündlich über die Art der Durchführung und die Ziele der Gesamtstudie aufgeklärt. Es war jeweils ein Erhebungszeitpunkt pro PatientIn vorgesehen innerhalb dessen auch das Expertenurteil als Fremdbeurteilung erhoben wurde. Anhand des wöchentlichen Operationsplanes wurde festgelegt, welche der PatientInnen für die kommende Woche die Einschlusskriterien erfüllten. Die Daten wurden tageweise, von unterschiedlichen Interviewleiterinnen erhoben, um einen Versuchsleitereffekt auszuschließen. Die Befragung von "MRI und Privat" fand idealerweise am Vortag der OP statt. In einigen wenigen Ausnahmefällen, in denen dies aus bestimmten, innerklinischen Gründen nicht möglich war, wurde an einem der nächsten Tage nach OP interviewt, sobald der Patient klar ansprechbar war. Nach dem Interview erhob die leitende Oberärztin der psychiatrischen Ambulanz das Expertenurteil anhand freier Exploration orientiert an den Kriterien des DSM-IV (APA, 1999).

3.2.5 Einschluss- und Ausschlusskriterien, Diagnosen

Die integrierten Personen, die in den beschriebenen Gruppen zur Datenerhebung der BDD-MM Studie herangezogen wurden, entsprachen bestimmten, vorher festgelegten Einschlusskriterien. Die Kontrollgruppe hatte geringere Vorgaben, da bei diesen Personen keine Operation geplant war, deshalb wurden operationsrelevante Instrumente (z.B. operationsrelevante Fragen aus dem Demographiebogen) nicht erhoben.

Einschlusskriterien

1. Einschlusskriterien stationäre (MRI) und ambulante klinische Experimentalgruppe (Privat):
 - PatientInnen mit ästhetisch plastischem Operationswunsch
 - Gute Deutschkenntnisse
 - Alter 18 – 75
 - Der Organbefund sei normal bzw. gering von der Norm abweichend
 - Es liegt keine pathologische medizinische Diagnose vor
 - Einwilligung der Patienten zur Mitwirkung an der Gesamtstudie (inkl. zwei follow-up Erhebungen zur veränderten Lebenszufriedenheit)
 - Freiwilligkeit der Teilnahme

Bei den PatientInnen der Privatklinik konnten aus organisatorischen und Datenschutz relevanten Gründen die follow-up Erhebungen nicht eingesetzt werden.

2. Einschlusskriterien Kontrollgruppe:

- Gleiches Alter, Geschlecht und gleicher höchster Schulabschluß wie die entsprechenden PatientInnen der stationären klinischen Experimentalgruppe MRI
- Bisher keine ästhetisch plastische Operation durchgeführt und auch in nächster Zeit keine entsprechende Operation geplant
- Freiwilligkeit der Teilnahme (durch persönlich Unterschrift kundgetan) bei Zusicherung der Wahrung der Anonymität

Ausschlusskriterien

Es wurden folgende Parameter festgelegt:

- Medizinisch induzierte Operationen (z.B. Kapsolutomien, Implantatwechsel aufgrund medizinischer Indikation, Madelung u.ä.)
- Organpathologischer Befund bei anlagebedingten Missbildungen oder Traumata
- Veränderung des Körpers im Rahmen medizinischer Erkrankungen
- Hirnorganische Psychosynndrome und akute psychiatrische oder chronische Erkrankungen wie z.B. Psychosen, aktuelle Major Depression u.ä.
- Narbenkorrekturen und Muttermalentfernungen
- Schwere internistische oder sonstige Erkrankungen

Operationsindikationen und relevante Diagnosen

Folgende Operationsindikationen waren im Sinne der Einschlusskriterien relevant:

1. Face-Lift (Gesichtsstraffung)
2. Endo-Stirn (Endoskopische Stirn-Straffung)
3. Blepheroplastik (Ober- und/oder Unterlidstraffung)
4. Rhinoplastik (Nasen- oder Nasenseptumoperation)
5. Otoklisis (abstehende Ohren)
6. Mamma augmentation (Brustvergrößerung)
7. Mamma reduction (Brustverkleinerung)
8. geringfügige Gynäkomastie (leichte Brustbildung bei Männern)

9. Liposuction (Fettabsaugen) oder Dermolipektomie an den Extremitäten zwecks Straffung (z.B. Oberarm)
10. Abdominoplastik (Bauchstraffung)

Anhand der dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Operationsindikationen konnten aus der Gesamtklientel der angesprochenen in Frage kommenden Patienten- und Kontrollgruppen 193 Probanden für die vorliegende BDD-MM-Studie rekrutiert werden.

3.2.6 Studienbearbeitung: Messinstrumente und Erhebung

Die Bearbeitung des BDD-MM folgte Kriterien, die sich aus dem Ziel der Evaluation und Validierung des Instruments ergeben. Baseline war hierbei die präoperativ durchgeführte, einmalige Befragung der Patienten. Insgesamt wurden Fremdbeurteilungen auf mehreren Ebenen erhoben, von denen im Ergebnisteil als "Goldstandard" das klinische Expertenurteil zur Validierung des Instruments herangezogen wird.

- Präoperative Erhebung:
 1. Freies Interview (warming -up)
 2. Standardisiertes Interview
 3. Klinisches Expertenurteil

- Bearbeitung des BDD-MM:
 1. Durchführung eines standardisierten Interviews anhand eines von der Verfasserin entworfenen Interviewleitfadens (siehe Anhang) zur Erfassung der einheitlichen Zuordnung der Antworttendenzen innerhalb des Instruments.
 2. Erhebung des Expertenurteils
 3. Berechnung der Interrater-Reliabilität zur statistischen Ermittlung des "Symptomwertes" des Instruments.
 4. Erstellung des statistischen und klinischen cutt-off's als Normwert: ab welcher erreichten Punktzahl ist von testnegativ oder testpositiv zu sprechen und ab welcher Punktzahl in Stufe vier und fünf ist von klinisch relevanter Auffälligkeit oder Störung zu sprechen.

Das BDD-MM wurde zusammen mit anderen Instrumenten erhoben, die z.T. zu seiner Validierung herangezogen werden (z.B. Y-BOCS). Die demographischen Daten bezüglich Name und Adresse wurden, den Datenschutzbestimmungen entsprechend, kodiert und damit unkenntlich gemacht. Alle Instrumente pro PatientIn werden mit

jeweils der gleichen Code-Nummer versehen, sodass die eindeutige Zuordnung jedes Fragebogeninstrumentes zur jeweiligen Person gewährleistet ist. Weitere Messinstrumente und Selbstbeurteilungsskalen werden insofern dargestellt, als sie Relevanz für das BDD-MM und dessen statistische Berechnungen von Korrelationsmaßen und andere statistisch relevante Kennwerte besitzen.

Nach einem "warming up" Gespräch in dem die Studie vorgestellt wird, findet die Erhebung der Instrumente und die Befragungen durch die Expertin statt.

- Erhebung der demographischen Daten (Demographiebogen)
- Diagnose psychiatrischer Störungen anhand der Gesamtversion des SKID-I, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen Störungen, mit Schwerpunkt Körperwahrnehmungs- und Körperbildstörung.
- Erfassen der KDS und mit dem Versuch einer Schweregradzuteilung innerhalb des Syndroms (Y-BOCS, BDD-MM).
- Befragung der Patienten mit dem Ziel einer Expertenbeurteilung des Körpermerkmals und der inneren Einstellung dazu.

Die Daten der Gesamtstudie im Zusammenhang mit der Erhebung des BDD-MM wurden von der Verfasserin erhoben und selbst verwaltet.

3.3 Instrumente der BDD-MM Studie

Die genaue Beschreibung des Initialinstrumentes BDD-MM ist bereits dargestellt. Die im Folgenden beschriebenen Instrumente sind für die Evaluation und Validierung des BDD-MM von Bedeutung.

Demographischer Erfassungsbogen

Die Angaben zur Person werden über den Demographiebogen erhoben, der von den PatientInnen selbst auszufüllen ist. Die Angabe von Adresse und Telefonnummer ist hierbei nur für die klinische Gruppe der stationären PatientInnen (MRI) verbindlich, um die follow-up Unterlagen zuzusenden. Erhoben werden Daten zu Alter, Geschlecht, Gewicht, Größe, Familienstand und Anzahl der Kinder, sowie Schul- und Berufsausbildung, Haushaltseinkommen und Konfession. Kosmetische chirurgische Aspekte werden erfasst, z.B. Art und Anzahl bisher durchgeführter Schönheitsoperationen, bedeutende Aspekte für die aktuelle Operationsentscheidung, erwartete Vorteile, Kostenträger und Informationen hinsichtlich der Freiwilligkeit der Operationsdurchführung zum jetzigen Zeitpunkt.

Je nach Antwortvorgabe sind Einfach- oder Mehrfachnennungen möglich.

Die Dauer der Bearbeitung des Instrumentes liegt bei drei bis fünf Minuten.

SKID-I, BDDD-Y-BOCS

Die folgenden Instrumente wurden bereits detailliert dargestellt. Hier werden sie noch einmal erwähnt, weil sie als Bestandteil der BDD-MM Studie in der statistischen Auswertung Verwendung finden.

SKID-I (Wittchen et al. 1997)

Strukturiertes Klinisches Interview–Achse–I Diagnose (Wittchen, Zaudig & Frydrich, 1997) Abschnitt: Somatoforme Störungen; Blatt Körperwahrnehmungsstörung.

Zur Erkennung oder zum Ausschluss anderer psychischer Störungen wurde das SKID-I Interview durchgeführt. Im Speziellen wurde hier Wert auf die Fragen zu Angst und Zwangsstörungen gelegt, da ein komorbider Zusammenhang korrelativ errechnet werden soll.

Die Erhebung des gesamten SKID–I kann, je nach Störungsausprägungen bis zu einer Stunde und länger dauern.

BDDD–Y-BOCS; (Phillips, 1997)

Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS, for Body-dysmorphic-disorder-diagnosis

Die Durchführung des Fragbogens dauert ca. drei bis fünf Minuten.

Interview: Expertenbeurteilung

Nach der Durchführung des standardisierten Interviews wird wechselweise von zwei erfahrenen Mitarbeiterinnen der Arbeitsgruppe ein kurzes freies Interview durchgeführt, das ausschließlich auf den betreffenden Körperteil abhebt und sich in der Fragestellung an den Kriterien des DSM–IV anlehnt. Sofern die PatientInnen einverstanden sind, läßt sich die Expertin das betreffende Körperteil zeigen. Nach der Einschätzung der Begutachtung des Körperteils, wird die Zuordnung zu einem Schweregrad anhand der definierten Stufen (0 = keine KDS bis 5 = KDS) vorgenommen. Im Expertengremium wird das Ergebnis mit dem Eindruck (Stufenzuordnung) der jeweiligen Interviewleiter verglichen und im Team diskutiert und begründet.

Die Durchführung nimmt zwischen 10 und 15 Minuten in Anspruch.

Das Expertenurteil wird in den statistischen Berechnungen als "Goldstandard" herangezogen und zur Interviewereinschätzung mit dem Instrument in Korrelation gesetzt.

3.4 Beschreibung der psychometrischen sowie der Validierungskriterien

Die statistischen Berechnungen werden anhand des SPSS Programmes des Leibnitz Rechenzentrums Version 11.5 und Version12.0 erhoben.

Die statistische Analyse der vorliegenden Studie erfolgt sowohl explorativ als auch inferentiell (konfirmatorisch). Zur Feststellung von Verteilungsformen und Gruppenunterschieden in den Itembewertungen bedient sich die Verfasserin in erster Linie bekannter deskriptiver Statistiken, die in Form von Tabellen oder Diagrammen dargeboten werden. In der explorativen Phase der statistischen Analyse wird auch von Modellen Gebrauch gemacht, die zwar in sich manche inferentielle Untersuchungen beinhalten, jedoch im Ganzen als explorative Werkzeuge angesehen werden. Die Prüfung von Verteilungen oder der Anpassung von Modellen geschieht im Prinzip auf beiden Ebenen der Statistik.

Neben der bekannten Histogrammdarstellung erfolgt die Prüfung der Normalverteilung, die als Grundlage für die meisten parametrischen und multivariaten statistischen Verfahren gilt, normalerweise über den Kolmogorov - Smirnov Test. Da eine derartige Prüfung die Stetigkeit der zu prüfenden Größen voraussetzt, eignen sich hier meines Erachtens nur die Summen und/oder Mittelwertsvergleiche der Subskalenscores (zentraler Grenzwert der Wahrscheinlichkeitstheorie). Für die Itembewertung wird das "Equiprobability - Model" zugrundegelegt, d.h. die Annahme einer multimodalen Verteilung mit gleichen Parametern. Die Richtigkeit wird mit Hilfe der Log-Ratio-Statistik geprüft.

Gruppenunterschiede in den Summen oder Mittelwerten der Subskalenscores werden über einfache Varianzanalysen auf Signifikanz getestet. Hier ist anzumerken, dass die Varianzanalyse robust gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung ist, so dass sie auch bei Ablehnung der Normalverteilungshypothese für die abhängigen Variablen anzuwenden ist.

Neben den erwähnten statistischen Analysen werden mit dem vorliegenden Datenmaterial auch weiterführende statistische Verfahren angewandt (z.B. roc-curve, Youden-index) die der Zielsetzung der Studie Rechnung tragen.

Die Verfahren werden nachfolgend einzeln beschrieben.

3.4.1 Überprüfung der Fragebogenkonstruktion

Im Unterschied zum Vorgehen bei der Skalenreplikation wird hier die Skalenvorgabe quasi als Faktum akzeptiert. Bei der Betrachtung der Skalen-Item-, sowie Interskalenkorrelation ist daher zu beachten, dass die verwendeten Skalen anhand von Algorithmen gebildet wurden, die von der Testkonstrukteurin vorgegeben waren. Zur Beurteilung der Fragebogenkonstruktion werden verschiedene korrelative Zusammenhänge

betrachtet:

- **Item–Item Korrelation:** Hier werden die Items einer Subskala miteinander korreliert. Da die Items dasselbe inhaltliche Konzept abbilden sollen, gilt als Kriterium für eine gute Inter – Itemkorrelation ein Koeffizient von $r \geq .40$
- **Skala–Skala–Korrelation:** Bei der Korrelation von Subskalen eines Fragebogens ist zu beachten, dass die Subskalen ein und dasselbe Konstrukt abbilden sollen: hier die Ausprägung der KDS. Deshalb sollten sie positiv und in ausreichend hohem Maße ($r \geq .40$) miteinander korrelieren.

3.4.2 Reliabilitätsanalyse

Die Reliabilitäts- oder Itemanalyse beschäftigt sich mit der Zusammenstellung von einzelnen Items zu einem Test oder Fragebogen. Anhand verschiedener Kriterien lässt sich entscheiden, ob die einzelnen Items eines Fragebogens für eine genaue Messung geeignet sind. Lienert (1969) nennt besonders den Trennschärfekoeffizient als maßgeblich. Der Trennschärfekoeffizient gilt als das wichtigste Maß für die Brauchbarkeit eines Items. Er ist der Korrelationskoeffizient zwischen der Item-Antwort und dem Gesamtskalenwert und wird als Summe aller zur Skala gehörigen Items berechnet. Als Korrelationskoeffizient werden verschiedene Möglichkeiten vorgeschlagen z.B. der Pearson–Koeffizient. Ein Koeffizient um null bringt zum Ausdruck, dass die Antwort zum Item von "gesunden und kranken" Probanden gleich häufig gegeben wurde, somit für die Skala zunächst weniger geeignet scheint.

Der Reliabilitätskoeffizient ist ein Kennwert zur Beurteilung des Gesamttests und gilt als Maß der Genauigkeit und der Zuverlässigkeit mit der ein Merkmal (KDS) erfasst wird. Ziel einer jeglichen Messung ist es, in dem gemessenen Testwert den größtmöglichen Anteil an wahren Wert (Ausprägung einer KDS) zu erhalten und im Gegensatz dazu den Fehlerwert niedrig zu halten. Je höher der Reliabilitätskoeffizient ausfällt, desto zuverlässiger und konsistenter ist die über das Interview erhaltene Information und desto weniger Fehler sind vorhanden.

Die Analyse der internen Konsistenz (Lienert 1969, bezeichnet sie als instrumentelle Reliabilität) kennzeichnet die tatsächliche Leistungsfähigkeit des Tests als Messinstrument. Diese soll anhand Cronbach's–Alpha gemessen werden. Hier wird die Äquivalenz der Antworten innerhalb eines Tests zu einem einzigen Meßzeitpunkt berechnet. Bei der internen Konsistenz gilt es zu erkennen, wie gut die Items zusammenhängen. Da sie das gleiche Phänomen messen sollen, sollte dieser Zusammenhang ausreichend groß sein. Um Gruppenvergleiche anhand eines Instruments vornehmen zu können soll der Koeffizient $\geq .70$ sein (Nunnally 1978). Soll das Instrument zu Vergleichen zwischen Individuen dienen, soll der Koeffizient höher sein $\geq .85$ (nach McDowell & Newell 1987). Die interne Konsistenz kann sich in Abhängigkeit von der Länge eines Instrumentes verändern: längere Instrumente haben zumeist eine größere

Reliabilität. Auch verbessern sich die Reliabilitätswerte eines Instrumentes mit der zunehmenden Größe der Population – der Standardmessfehler fällt kleiner aus.

3.4.3 Validitätsbestimmung

Anhand der Validität soll überprüft werden, inwieweit ein Instrument das Merkmal misst, das es zu messen vorgibt. Die Validität des Instruments soll sich aus dem Gesamtpunktwert des Tests ergeben. Anhand der Trennschärferechnung der Items, die zwischen "guten" Probanden, die die Merkmalsausprägung repräsentieren, also einen hohen Gesamtpunktwert aufweisen, und "schlechten" Probanden, die eine geringe Ausprägung (niedrige Punktzahl) aufweisen, soll mehr oder weniger scharf zwischen KDS auffälligen und KDS unauffälligen Personen getrennt werden können. Durch die Homogenität der einzelnen Subskalen (A, Ba, Bb) soll das eng umschriebene Merkmal der KDS entweder als Störung oder zumindest als auffälliges Verhalten erfasst werden. Innerhalb der Subskalen ist durch die Heterogenität der Iteminhalte eine Vielgestaltigkeit angestrebt, um Submerkmale oder verschiedene Aspekte der Skalenschwerpunkte "Beschäftigung, Leiden und soziale Interaktion" herauszufiltern. Es besteht die Annahme, dass das zu erfassende Kriterium KDS über die Skalen repräsentativ erfasst werden kann, sodass bestimmte Antwortausprägungen und -häufigkeiten einen Vorhersagewert über die Ausprägung der Störung zulassen.

Im vorliegenden Fall gilt es zu prüfen, inwieweit der Anspruch des BDD-MM, ein Instrument zu Erfassung des Schweregrades einer KDS zu sein, bei der bearbeiteten Stichprobe gehalten werden kann. Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen, je nachdem, ob man über einen Goldstandard verfügt (i.E. ein festgelegtes Orientierungskriterium i.d.F. Expertenurteile) oder nicht. Sodann ist die Validität über die Korrelation des Instruments mit dem Kriterium zu bestimmen.

Durch ein Inter-Rater-Verfahren (Interrater-Reliabilität s.u.) soll zusätzlich die kriterienbezogene Validität bestimmt werden. Da das Instrument schlußendlich für einen speziellen Personenkreis in Frage kommt, nämlich für Personen, die sich einer ästhetisch plastischen Operation unterziehen wollen und in der optischen Ausprägung ihres Körpermerkmals keine oder nur eine geringe Normabweichung aufweisen, ist der Geltungsbereich des Instruments eng gefasst.

Konvergente Validität

Hier betrachtet man die Beziehung zwischen dem zu testenden Messinstrument und anderen Instrumenten oder Variablen mit gleichem oder ähnlichem Hintergrund (z.B. Y-BOCS). Bei der Messung der konvergenten Validität ist es wichtig im Vorfeld bereits klare Hypothesen über die Größe und Richtung einer möglichen Beziehung zu formulieren (a priori Vorhersagen). Dabei gelten folgende Kriterien:

Die gefundene Korrelation r soll signifikant sein. Falls $r \geq .50$ entspricht dies einer hohen bzw. starken Korrelation, zwischen $.35$ und $.50$ entspricht einer moderaten

bis mittleren Korrelation und zwischen .20 und .35 entspricht einer schwachen bzw. niedrigen Korrelation (Juniper et al. 1996).

Nachfolgende vorformulierte Annahmen sollen überprüft werden:

1. Die Y-BOCS korreliert signifikant hoch mit dem BDD-MM.
2. Die Expertenurteile korrelieren signifikant hoch mit dem BDD-MM.
3. SKID-I korreliert hinsichtlich des Punktes "Allgemeine Körperbildstörung" signifikant hoch mit dem BDD-MM.

Zudem soll überprüft werden, ob andere Störungen aus dem SKID-I, wie z.B: die Angststörung oder Zwangsstörung mit dem BDD-MM korrelieren um einen eventuellen Zusammenhang zu überprüfen.

Diskriminante Validität

Die diskriminante Validität zeigt sich in der Fähigkeit eines Instrumentes, zwischen Patientengruppen mit unterschiedlicher Diagnose bzw. Erkrankungsschwere zu unterscheiden. Hieraus kann sodann der Schweregrad der Ausprägung der KDS aus dem Grad der Beschäftigung, des Leidens sowie der sozialen Interaktion abgeleitet werden.

Die diskriminante Validität des BDD-MM wird anhand folgender Hypothese überprüft:

Die klinische Experimentalgruppe (N=130) unterscheidet sich in den drei Subskalen signifikant von der Kontrollgruppe (N=63).

Dies würde den Schluss zulassen, dass das Instrument in der Lage ist, zwischen "KD auffällig und unauffällig" zu diskriminieren, da davon auszugehen ist, dass die Kontrollgruppe nicht KDS auffällig ist, einige Mitglieder der Experimentalgruppe hingegen schon.

3.4.4 Faktorenanalyse

Anhand der Faktorenanalyse wird überprüft, inwieweit sich die einzelnen Subskalen eines Fragebogens replizieren lassen. Dadurch ist zu erkennen, ob sich die einzelnen Items auf der Grundlage des vorliegenden Datensatzes den drei Subskalen so zuordnen lassen, wie dies von der Testkonstrukteurin vorgeschlagen ist. Bei der Faktorenanalyse handelt es sich um ein datenreduzierendes Verfahren, in dessen Rahmen, aufgrund hoher Korrelationswerte, Variablen zu Faktoren zusammengefasst werden. Die Faktoren repräsentieren dabei möglichst unabhängige Konzepte oder Inhalte. Die Variablen (21 Fragen, je sieben pro Subskala) aus den drei Faktoren (A, Ba und Bb) sollten idealerweise hoch miteinander korreliert sein.

Angewandt auf das vorliegende Beispiel der Fragebogenüberprüfung stellen die einzelnen Items die Variablen dar. Die Summe der auf einen Faktor am höchsten

ladenden Items bildet die Subskalen des Fragebogens ab. Ziel dieses Vorgehens ist es, eine solche Anzahl von Faktoren (Subskalen) zu ermitteln, die die beobachtbaren Zusammenhänge zwischen den Fragebogenitems (Variablen) möglichst vollständig erklären.

Die Faktoren, die es zu überprüfen gilt, lauten

- Beschäftigung = A1 mit A7
- Leiden = Ba1 mit Ba7
- soziale Interaktionen = Bb1 mit Bb7

Für die vorliegende Studie kann angenommen werden, dass sich die Subskalen Ba und Bb nicht sauber in zwei Faktoren unterteilen lassen, da sie inhaltlich relativ "verbacken" sind.

Bei der Darstellung der faktorenanalytischen Beschreibung sind folgende Kriterien von Bedeutung: Faktorladung, Kommunalität und Gesamtvarianz.

Faktorladungen sind Korrelationen zwischen den ursprünglichen Variablen und den Faktoren. Sie werden anhand von Matrizen dargestellt. Je höher die Variablen mit einem Faktor korrelieren, desto besser beschreiben sie den Hintergrund eines Faktors und umso leichter verständlich ist die inhaltliche Deutung eines Faktors. Ein Korrelationskoeffizient von mindestens $\geq .50$ gilt als Kriterium für eine gelungene Zuordnung.

Die Kommunalität (h^2) gibt an, in welchem Ausmaß die Varianz einer Variable durch die Faktoren aufgeklärt bzw. erfasst wird. Summiert man die quadrierte Ladung der Variablen pro Faktor, erhält man den Anteil der Gesamtvarianz, der durch einen Faktor aufgeklärt wird. Deshalb gilt: je größer die Korrelation zwischen den einzelnen Items und dem jeweils gebildeten Faktor ist (mindestens $\geq .50$), desto besser bilden diese Items die Subskalen ab.

Weiter gilt: je größer die durch die Faktoren erklärte Gesamtvarianz, desto besser bildet der Fragebogen die mögliche Einteilung in "keine KDS, KD-Verhalten oder KDS" ab.

3.4.5 Interrater-Reliabilität

Das Fragebogeninstrument BDD-MM wurde von der Autorin in einen strukturierten Interviewleitfaden (Nummendey, 1995; Fink, 2000) umgewandelt (s. Anhang). Geplant war die Durchführung von jeweils vier Interviews pro möglicher Schweregradausprägung gemäß der Vorgabe des BDD-MM, welche im Expertengremium durch ein Fremdrating quantifiziert werden sollen. Die PatientInnen wurden ab Januar 2004 angesprochen, ob sie innerhalb der Gesamtstudie an der Durchführung eines Interviews teilnehmen würden. Die Dauer des Interviews war mit 15 bis 20 Minuten festgelegt.

Bezüglich der besonderen intrapsychischen Merkmale der KDS (u.a. Schambesetzung), war davon auszugehen, dass es schwer sei, 20 Probanden für die Interviewführung zu gewinnen. Diese Annahme hat sich bestätigt. Aus dem Pool der angesprochenen PatientInnen der stationären Experimentalgruppe konnten gerade sechs Personen zu einem Interview, das in Anwesenheit mehrerer Experten stattfinden sollte, angeregt werden. Ein Raum mit Einwegspiegel stand nicht zur Verfügung. Für die ursprünglich geplante Aufzeichnung der Interviews auf Video war nur eine Patientin bereit, sodass dieses Vorhaben verworfen wurde.

Die Interrater-Reliabilität wurde anhand von sechs Ratern (inkl. der Interviewleiterin) an sechs PatientInnen erhoben.

3.4.6 Cut-Off-Berechnung

Ein "kritischer Punktwert" (cut-off-point) wird festgelegt. Dieser soll der Normierung dienen. Erreicht ein Proband diesen Wert, so gilt das Urteil: "Kriterium erreicht". Bleibt ein Proband unterhalb des Wertes, so bedeutet dies: "Kriterium nicht erreicht". Für das hier zu validierende Testinstrument BDD-MM wurden zunächst Intervalle (Skalenstufen) festgelegt, denen ein präziser Punktwert zugeordnet wird. Für die Zuteilung zu testpositiven und testnegativen Ergebnissen ist die Angabe von Schwellenwerten nötig, ab deren Unter- oder Überschreitung der Test als positiv zu gelten hat. Aus diesen Werten lassen sich Testnormwerte ableiten.

Sensitivität und Spezifität

Die Testgütekriterien Sensitivität und Spezifität sollen helfen, die bereits dargestellten Irrtümer erster und zweiter Art möglichst gering zu halten. Sie werden als Vorhersagewerte und Eigenschaften eines Tests im engeren Sinne, sowie zur Zuteilung innerhalb des positiven und negativen Tests herangezogen.

Die Sensitivität entspricht der bedingten Wahrscheinlichkeit, unter der Maßgabe, man sei tatsächlich krank, als auffällig oder krank identifiziert zu werden. Sie erlaubt die Anzahl der richtig positiven Personen aus der Anzahl der untersuchten Population zu ermitteln.

Die Spezifität erlaubt die bedingte Wahrscheinlichkeit, vorausgesetzt man ist wirklich gesund, als gesund identifiziert zu werden. Sie erlaubt die Anzahl negativer Personen aus der Population zu erheben, also die Anzahl derer, die als gesund gelten, im Sinne nicht an KD-Verhalten oder KD-Störung erkrankt zu sein.

Die Maßzahlen werden in Prozentzahlen (%) angegeben.

Youden-Index

Es existieren eine Reihe von Maßzahlen, die aus Sensitivität und Spezifität gebildet werden und die Güte eines diagnostischen Tests zusammenfassen. Dazu gehört der

Youden-Index. Bei "vernünftigen" diagnostischen Tests liegen die Werte zwischen Null und eins. Der Test ist "gut", wenn der Youden-Index nahe eins liegt. Genau dann erreichen die Sensitivität als auch die Spezifität Werte nahe eins.

Das Ergebnis errechnet sich aus der Definition des Youden-Indexes:

$$\text{Youden-Index} = \text{Sensitivität} + \text{Spezifität} - 1$$

ROC Kurve

Um den Zusammenhang von Sensitivität und Spezifität graphisch darzustellen, wird eine Receiver Operating Characteristic (ROC) Kurve entworfen. Der optimale cut-off-point ist der Punkt, bei dem Kranke und Gesunde am Besten getrennt werden. Dieser Punkt lässt sich in einer entsprechenden Grafik als der Punkt bestimmen, bei dem der Abstand zur Winkelhalbierenden am Größten ist. Das ist gleichzeitig der Punkt, bei dem der Youden - Index maximal ist. Die abgeleiteten Maßzahlen entsprechen den Likelihood-Quotienten. Diese Quotienten gibt es in zwei Versionen, den Likelihood-Quotienten für den positiven Testausgang (LQ+) und den Likelihood-Quotienten für den negativen Testausgang (LQ-). Die beiden Maße sind in Abhängigkeit von Sensitivität und Spezifität darzustellen:

- $LQ+ = \frac{\text{Sensitivität}}{(1 - \text{Spezifität})} \quad \left[= \frac{P(\text{positiver Test krank})}{P(\text{positiver Test gesund})} \right]$
- $LQ- = \frac{(1 - \text{Sensitivität})}{\text{Spezifität}} \quad \left[= \frac{P(\text{negativer Test krank})}{P(\text{negativer Test gesund})} \right]$

LQ+ gibt an, um wievielfach wahrscheinlicher ein positiver Test, bei tatsächlichem Vorliegen der Krankheit im Vergleich zum Nicht-Vorliegen der Krankheit ist. LQ- gibt an, um wievielfach wahrscheinlicher ein negativer Test bei tatsächlichem Vorliegen einer Krankheit im Vergleich zum Nicht-Vorliegen der Krankheit ist.

3.4.7 Diskriminanzanalyse

Es wird angenommen, dass das BDD-MM Instrument als Ganzes, d.h. mit all seinen Items, optimal zwischen gesunden und kranken Probanden/Patienten trennen (diskriminieren) kann. Falls ja, ist die Frage, welches der 21 Items am stärksten zur Trennung der zwei Populationen beizutragen vermag. Sollte die Diskriminationspower des Instrumentes nicht besonders groß sein, stellt sich die Frage, ob es möglich wäre, durch Einbeziehung zusätzlicher Informationen (z.B. durch eine Moderatorvariable aus den demographischen Variablen) dies auf optimale Grenzen zu erhöhen. Diesen Fragen wird aus statistischer Hinsicht mit diskriminanz-analytischen Verfahren nachgegangen.

Kapitel 4

Ergebnisse

4.1 Darstellung des Instruments

Das standardisierte Interview-Instrument soll einen normorientierten Test darstellen. Indem das individuelle Testergebnis zum Populationsmittelwert in Beziehung gesetzt wird, kann ein Normwert bestimmt werden. Da das Instrument kriteriumsbezogen ist (KD-Störung oder entsprechendes Verhalten), wird das Punktergebnis im Sinne eines Cut-off, auf die Gesamtzahl der Aufgaben bezogen. Das BDD-MM erhebt den Anspruch, ein hochstrukturiertes Instrument zu sein, da die Items nur jeweils eine Beantwortung zulassen, die objektiv auswertbar ist. Das Instrument repräsentiert ein Verfahren mit gebundener Aufgabenbeantwortung, mehrere Antwortmöglichkeiten sind innerhalb eines Items bereits vorgegeben (Likert-Skala von 0 – 4), aus denen der Proband die für ihn zutreffende Aussage wählen soll, entsprechend eines Mehrfach-Wahl-Antwort Tests.

Die Antworten werden Stufen zugeteilt. Diese diagnostischen Stufen bilden ein Kontinuum ab: Stufe eins entspricht dem Punktwert null (0), keinem Vorliegen von KD-Verhalten, Stufe zwei mit Punktwert eins (1) einer geringen Ausprägung, Stufe drei einer mäßigen Ausprägung bei einem Punktwert von zwei (2). Stufe vier entspricht bei einem Punktwert von drei (3) auffälligem KD-Verhalten und Stufe fünf bildet mit vier (4) Punkten die Ausprägung der Störung KDS ab. In seinem Antwortverhalten ist der Proband an diese Vorgaben gebunden. In der Auswertung wird für jede Antwort die entsprechende Punktzahl für den Gesamttestpunktwert verrechnet.

Bei den Antworttendenzen ist von einer Beantwortung im Sinne der Erwartung (Lienert & Raatz, 2000) auszugehen: Es wird erwartet, dass Personen mit KD-Störung oder entsprechend auffälligem Verhalten, Antworten im Sinne der Schlüsselrichtung (drei oder vier Punkte) in Stufe vier oder fünf geben, demnach Personen ohne die Merkmale der Störung in Richtung null bis max. zwei Punkte antworten, was den Stufen eins bis drei entspricht. Für die Itemauswahl gab es keinen Grund, vorab in Patienten mit und ohne Makel zu unterscheiden. Der Test ist gemäß der Fragestellung und der Interviewgestaltung als objektiv anzusehen, da alle Beurteiler die jeweiligen

Antworten exakt im Sinne der Vorgabe eintragen können.

4.2 Beschreibung der Stichprobenpopulation

Die Ergebnisse der Untersuchung des standardisierten Interviewfragebogens BDD-MM basieren auf den Daten der folgenden drei Stichproben:

- Erste Stichprobe (MRI): beinhaltet PatientInnen, die sich im Erhebungszeitraum (Januar 2003 bis Juni 2004) auf den Stationen 1.2 und 1.5 des Klinikums Rechts der Isar einer ästhetisch plastischen Operation mit stationärem Aufenthalt unterziehen wollten ($n = 65$).
- Zweite Stichprobe (Privatklinik): Die Interviewdaten wurden im Setting einer ästhetisch plastischen Privatklinik im Zeitraum von Mai mit Juli 2004 erhoben. Die PatientInnen planten sich im ambulanten Bereich vergleichbaren Operationen zu unterziehen ($n = 65$).

Diese Experimentalgruppen werden für die statistische Auswertung zusammengefasst und stellen somit die klinische Experimentalstichprobe (Referenzstichprobe) dar. Sie umfasst 130 Patienten, wovon 10 männlich und 120 weiblich (7,7% : 92,3%) sind.

- Dritte Stichprobe (Kontrollstichprobe): Die in Alter, Geschlecht und Schulbildung zur ersten Stichprobe MRI parallelisierte Gruppe wurde aus der "Normalbevölkerung" zwischen Juni 2003 und Juni 2004 rekrutiert ($n = 63$). Bei zwei Patienten konnte kein Proband zur Parallelisierung gefunden werden.

Die Überrepräsentation von Frauen in den Stichproben entspricht den Angaben aus den in Kapitel zwei berichteten Theorien, dass sich mehr Frauen der gesellschaftlichen Norm "Attraktivität und optische Schönheit" beugen als Männer. Sie bestätigt aber auch, dass sich letztere zunehmend für ästhetisch plastische Operationen entscheiden. In die vorliegende Gesamtpopulation ($N = 193$) konnten 17 männliche und 176 weibliche Probanden (8,8% : 91,2%) integriert werden.

Aufgrund der geringen Anzahl männlicher Studienteilnehmer und der kaum zu erwartenden Unterschiede im körperdysmorphen Verhalten und im Wunsch nach kosmetischer Operation (vgl. Phillips 1999, Diaz 1997) wurde auf eine geschlechtsspezifische Auswertung verzichtet.

4.3 Deskriptive Statistiken und Verteilungscharakteristika

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Verteilungskennwerte der Items und der Subskalenscores des BDD-MM erhoben. Zunächst wird die gesamte Stichprobe

(N = 193) betrachtet, sodann wird die Experimentalgruppe zusammengefasst aus MRI und Privatklinik (n = 130) der Kontrollgruppe (n = 63) gegenüber gestellt.

4.3.1 Häufigkeitsverteilung der Bewertungen der Skalenitems

In Tabelle 4.1 sind die Häufigkeitsverteilungen in den diagnostischen Stufen der einzelnen Skalenitems für die Gesamtpopulation zu ersehen. In der ersten Zeile wurden exemplarisch die Antwortmöglichkeiten von Variable A1 zugrunde gelegt, um die Steigerung im Antwortverhalten darzustellen. Diesen Antwortmöglichkeiten wurden die Punktwerte null bis vier zugeordnet. Sie entsprechen den Stufenzuordnungen eins bis fünf.

	nicht zusätzlich zur tägl. Toilette	seltenes Überprüfen (ca. 15 Min. pro Tag)	öfter Überprüfen (bis zu 30 Min. am Tag)	häufiges Überprüfen (bis zu 1 Std. am Tag)	sehr häufiges Überprüfen (mehr als 1 Std. am Tag)	nicht Zutref.
Stufe / Punktwert	1 / 0	2 / 1	3 / 2	4 / 3	5 / 4	- / -
N = 193	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
BESCHÄFTIGUNG						
tägl. Überprüfen	81	63	24	14	11	
Vermeiden	135	14	16	20	8	
Kaschieren	78	12	15	14	74	
Vergleichen	63	70	24	17	19	
Gedanken loswerden	98	31	24	18	21	1
Rückversicherung	116	38	25	10	2	2
Gedankl. Beschäft.	78	57	20	9	28	1
LEIDEN						
Psych. Verfassung	75	60	21	16	21	
Körpl. Stress	149	14	11	9	10	
Beobachtung	95	56	15	13	14	
Abwertung	146	23	10	9	5	
Lebensqualität	76	39	38	24	16	
Verzweiflung	167	14	2	6	4	
Vertrauen	40	28	28	35	57	4
SOZ. INTERAKTION						
Einschränkung	88	42	18	15	30	
Freundeskreis	160	14	8	10	1	
Intime Beziehungen	113	14	26	15	24	1
Rückzug	165	11	7	4	6	
Arbeitsplatz	155	17	5	8	6	2
Konzentration	162	15	10	1	4	1
Verbesserung durch OP	29	43	24	25	38	34

Tabelle 4.1: Häufigkeitsverteilung der einzelnen Items in der gesamten Population (N=193)

In den Tabellen 4.2, 4.3 und 4.4 werden die Häufigkeitsverteilungen im Antwortverhalten innerhalb der Patientenpopulationen aus den drei Gruppen MRI, Privat und Kontrolle gezeigt.

Für die Gruppe MRI (Tab.: 4.2) wurde die Antwort "Frage nicht zutreffend" für keines der Items oder Variablen zugeteilt. Verschiedene Items aus A, Ba und Bb wurden oft, d.h. über 10 mal in den KD-Verhalten oder KDS betreffenden Spalten, mit vier oder fünf Punkten angegeben. Besonders oft wurden die Variablen "Kaschieren" aus A (zusammen 34 mal), "Mangelndes Vertrauen in Aussagen anderer" aus Ba (zusammen 43 mal) und die "erwartete Verbesserung der Lebensqualität" aus Bb (zusammen 34 mal) angegeben. Acht Personen erwarteten keine Verbesserung der Lebensqualität durch eine Operation.

	nicht zusätzlich zur tägl. Toilette	seltenes Überprüfen (ca. 15 Min. pro Tag)	öfter Überprüfen (bis zu 30 Min. am Tag)	häufiges Überprüfen (bis zu 1 Std. am Tag)	sehr häufiges Überprüfen (mehr als 1 Std. am Tag)	nicht Zutref.
Stufe / Punktwert n = 65	1 / 0	2 / 1	3 / 2	4 / 3	5 / 4	- / -
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
BESCHÄFTIGUNG						
tägl. Überprüfen	21	20	9	8	7	
Vermeiden	38	6	6	11	4	
Kaschieren	19	5	7	4	30	
Vergleichen	16	20	10	9	10	
Gedanken loswerden	24	13	7	9	12	
Rückversicherung	32	12	14	6	1	
Gedankl. Beschäft.	17	17	12	5	14	
LEIDEN						
Psych. Verfassung	15	19	13	6	12	
Körpl. Stress	43	8	7	2	5	
Beobachtung	24	16	8	10	7	
Abwertung	41	12	5	6	1	
Lebensqualität	9	14	19	15	8	
Verzweiflung	51	7	1	3	3	
Vertrauen	8	6	8	12	31	
SOZ. INTERAKTION						
Einschränkung	17	10	9	10	19	
Freundeskreis	47	8	5	5		
Intime Beziehungen	27	4	9	11	14	
Rückzug	48	7	3	3	4	
Arbeitsplatz	48	6	2	6	3	
Konzentration	47	10	6		2	
Verbesserung durch OP	8	9	14	13	21	

Tabelle 4.2: Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen der einzelnen Items aus MRI (n=65)

	nicht zusätzlich zur tägl. Toilette	seltenes Überprüfen (ca. 15 Min. pro Tag)	öfter Überprüfen (bis zu 30 Min. am Tag)	häufiges Überprüfen (bis zu 1 Std. am Tag)	sehr häufiges Überprüfen (mehr als 1 Std. am Tag)	nicht Zutref.
Stufe / Punktwert n = 65	1 / 0	2 / 1	3 / 2	4 / 3	5 / 4	- / -
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
BESCHÄFTIGUNG						
tägl. Überprüfen	26	19	12	5	3	
Vermeiden	46	2	7	7	3	
Kaschieren	17	2	6	5	35	
Vergleichen	21	20	11	6	7	
Gedanken loswerden	20	15	15	7	8	
Rückversicherung	41	13	7	3		1
Gedankl. Beschäft.	15	30	4	4	12	
LEIDEN						
Psych. Verfassung	19	22	7	10	7	
Körpl. Stress	50	4	3	4	4	
Beobachtung	32	19	7	3	4	
Abwertung	54	3	2	3	3	
Lebensqualität	23	14	14	7	7	
Verzweiflung	58	4		2	1	
Vertrauen	7	9	9	14	22	3
SOZ. INTERAKTION						
Einschränkung	34	10	8	5	8	
Freundeskreis	52	5	3	4	1	
Intime Beziehungen	37	2	13	4	8	1
Rückzug	56	3	4		2	
Arbeitsplatz	53	3	3	2	2	2
Konzentration	56	2	4	1	1	1
Verbesserung durch OP	3	27	10	12	13	

Tabelle 4.3: Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen der einzelnen Items in der Privatklinik (n=65)

Für die Gruppe der Patienten aus der Privatklinik (Tab.: 4.3) ist eine ähnliche Tendenz zu sehen: in den fraglichen Punktabschnitten vier und fünf sind auch wieder die Variablen "Kaschieren" aus A (zusammen 40 mal), "Vertrauen" aus Ba (zusammen 36 mal) und die Erwartung einer "verbesserten Lebensqualität durch eine Operation" (zusammen 25 mal) häufig gegeben. Nur drei Patienten erwarteten eine geringe oder keine Verbesserung der Lebensqualität.

Tabelle 4.4 stellt die Antworthäufigkeit der Kontrollgruppe dar. Hier ist auffällig, dass von 63 Personen, die als Einschlusskriterium "keine geplante und bisher keine ästhetisch plastisch Operation durchgeführt" hatten, 34 Personen angaben, dass sie durch eine Operation keine Verbesserung der Lebensqualität erwarten würden. Vier Personen antworteten, dass sie eine sehr große Verbesserung der Lebensqualität

	nicht zusätzlich zur tägl. Toilette	seltenes Überprüfen (ca. 15 Min. pro Tag)	öfter Überprüfen (bis zu 30 Min. am Tag)	häufiges Überprüfen (bis zu 1 Std. am Tag)	sehr häufiges Überprüfen (mehr als 1 Std. am Tag)	nicht Zutref.
Stufe / Punktwert n = 63	1 / 0	2 / 1	3 / 2	4 / 3	5 / 4	- / -
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
BESCHÄFTIGUNG						
tägl. Überprüfen	34	24	3	1	1	
Vermeiden	51	6	3	2	1	
Kaschieren	42	5	2	5	9	
Vergleichen	26	30	3	2	2	
Gedanken loswerden	54	3	2	2	1	1
Rückversicherung	43	13	4	1	1	1
Gedankl. Beschäft.	46	10	4		2	1
LEIDEN						
Psych. Verfassung	41	19	1		2	
Körpl. Stress	56	2	1	3	1	
Beobachtung	39	21			3	
Abwertung	51	8	3		1	
Lebensqualität	44	11	5	2	1	
Verzweiflung	58	3	1	1		
Vertrauen	25	13	11	9	4	1
SOZ. INTERAKTION						
Einschränkung	37	22	1		3	
Freundeskreis	61	1		1		
Intime Beziehungen	49	8	4		2	
Rückzug	61	1		1		
Arbeitsplatz	54	8			1	
Konzentration	59	3			1	
Verbesserung durch OP	18	7			4	34

Tabelle 4.4: Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen der einzelnen Items: Kontrollgruppe (n=63)

erwarten würden.

Eine interessante Frage stellt sich dahingehend, ob die Bewertung der Items zufällig ist, oder eher eine Systematik aufweist. Um die Zufälligkeit nachzuweisen wird das Äquiprobability-Modell zugrunde gelegt und dessen Anpassung mit Hilfe der Likelihood-Ratio χ^2 -Statistik überprüft. Bei allen Items wiesen die ermittelten χ^2 -Statistiken auf eine Ablehnung der Hypothese der "Äquiprobabilität" auf (Ergebnisse werden nicht gezeigt). Somit kann geschlossen werden, dass die Itembewertung nicht gleichverteilt ist.

Es ist anzumerken, dass die 21 Items des BDD-MM über ihre Ausprägungen, denen ordinale Zahlen zugeordnet wurden, nicht normalverteilt sein können. Um eine Faktorenanalyse, wie im methodischen Teil beschrieben, durchführen zu können, werden diese ordinalen Bewertungen z-transformiert, was zu einer Annäherung der

Normalverteilung führt. Die Voraussetzung der Normalverteilung für die Faktorenanalyse kann dadurch als erfüllt angesehen werden. Betrachtet man die Summe oder die Mittelwerte der Subskalen-Scores, welche aus den Bewertungen von je sieben Items zustande kommen, kann man für sie, nach dem zentralen Grenzwertsatz der Wahrscheinlichkeitstheorie, zumindest eine stetige, wenn nicht eine Normalverteilung annehmen.

4.3.2 Verteilung der Subskalen-Scores

Die Mittelwerte der Antworten (Bewertungen) der jeweils sieben Items innerhalb der Subskalen A, Ba, und Bb verteilen sich hinsichtlich der Antworthäufigkeit in jeder der Stichprobenpopulationen rechtsschief. Dies bedeutet, dass innerhalb der Likert Skala die Antwortmöglichkeiten per Item null bis zwei häufiger gegeben werden als die Antwortmöglichkeiten drei und vier. Dies ist für die Experimentalgruppe aus den folgenden Histogrammen der Subskalenscores ersichtlich.

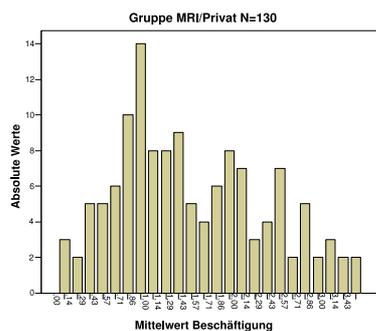


Abbildung 4.1: Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Ba Beschäftigung in der Experimentalgruppe n=130

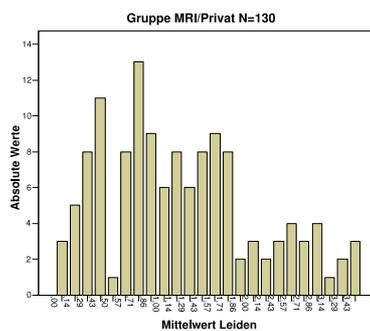


Abbildung 4.2: Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Ba Leiden in der Experimentalgruppe n=130

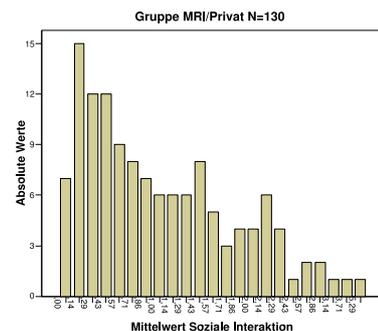


Abbildung 4.3: Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Bb Soz. Interaktion in der Experimentalgruppe n=130

Für die Kontrollgruppe weisen die Histogramme 4.4 und 4.5 ebenfalls auf eine rechtsschiefe Verteilung hin. Eine Ausnahme bildet die Subskala soz. Interaktion (Abb.: 4.6). Die zweigipfelige Ausprägung in der Kontrollgruppe lässt darauf schließen, dass durchaus eine Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion wahrgenommen wird, die aber keine vermehrte Beschäftigung mit dem Körpermerkmal (Abb.: 4.4) und auch kein statistisch signifikantes Maß an Leiden (Abb.: 4.5) nach sich zieht. Das Kriterium war keine Operation durchgeführt zu haben und auch keine zu planen - daher kann hier, trotz dieser Auffälligkeit, nicht vom Vorliegen einer KDS ausgegangen werden.

Bei einem Vergleich der Experimentalgruppe mit der Kontrollgruppe ergibt sich daraus folgende Beschreibung und Darstellung der Mittelwerte:

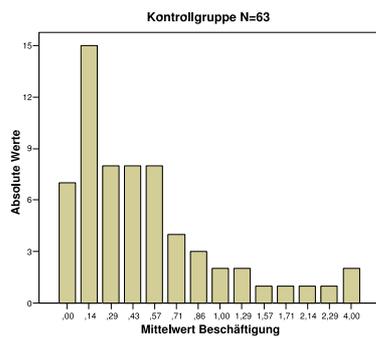


Abbildung 4.4: Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Ba A Beschäftigung in der Kontrollgruppe n=63

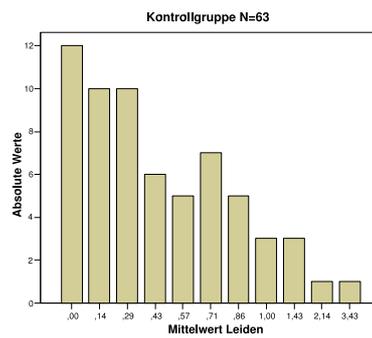


Abbildung 4.5: Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Ba Leiden in der Kontrollgruppe n=63

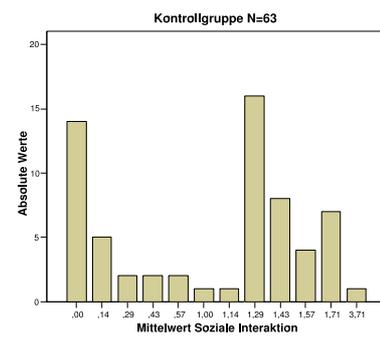


Abbildung 4.6: Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Bb soz. Interaktion in der Kontrollgruppe n=63

Subskala A: Beschäftigung mit dem Körpermerkmal

Für die Subskala A befinden sich in der klinischen Experimentalgruppe häufig getroffene Antworten im Mittel zwischen .57 und Punkt 2.71, wobei eine kumulierte Antworthäufigkeit im Bereich zwischen .71 und 1.29 auftritt. Wenig vertreten sind dagegen die den Antworten "nie/nicht" entsprechenden Punktwerte. Im rechten, die Antwortwertung 4 und 5 betreffenden Spektrum, belaufen sich die Werte im Mittel zwischen 2.57 und 3.43, was auf vermehrte Antworten in diesem Bereich schließen läßt.

Für die Kontrollgruppe ist der Antwortschwerpunkt deutlich linkszentriert, zwischen .0 und 1.29, was bedeutet, dass hier die Antwortmöglichkeiten der Stufen vier und fünf (entspricht den Punktwerten drei und vier) auf dem Skalenniveau weniger abgegeben wurden.

Subskala Ba: Leiden am Körpermerkmal

Für die Subskala Ba ergibt sich innerhalb der klinischen Gruppen (Abb.:4.2) ein ähnliches Verteilungsbild. Für die Kontrollgruppe (Abb.:4.5) ist deutlich, dass das Antwortverhalten eher im als KDS unauffällig definierten Bereich liegt. Dennoch sind auch hier Antworten in dem als auffällig definierten Bereich zu ersehen. Dies mag darauf hin deuten, dass auch Menschen, die keine ästhetisch plastische Operation durchführen möchten, durch die Ausprägung ihres Körpermerkmals Leiden empfinden könnten, dies aber statistisch nicht signifikant im Sinne einer KDS ist.

Subskala Bb: Einschränkung in der sozialen Interaktion

In Subskala Bb (Abb.:4.3) ist die Verteilung in der klinischen Gruppe mit Schwerpunkt im Bereich zwischen null und drei anzusiedeln, was zwar für eine deutliche

Einschränkung im sozialen Interaktionsverhalten spricht, diese Einschränkungen jedoch weniger drastisch wahrgenommen werden als das Leiden und die Beschäftigung mit dem Körpermerkmal. Für die Kontrollgruppe (Abb.:4.6) ist zu sehen, dass auch hier Einschränkungen im sozialen Interaktionsverhalten gelebt und wahrgenommen werden.

4.3.3 Weitere statistische Kennwerte der Verteilung: Itembewertung und Subskalen-Scores

Missings: In der Gesamtstichprobe gibt es bis auf einen Fall, keine fehlenden Werte (missing values). Dieser fehlende Wert betraf das Item “Vertrauen in die Aussagen anderer” und wurde bei einer einzigen Person nicht beantwortet. Ansonsten gaben alle Patienten bei allen Items entsprechende Antworten an.

Schiefe und Exzess: Obwohl Schiefe und Exzeß nur für stetige Größen einen Sinn haben, werden sie gelegentlich auch für ordinale Variablen verwendet, um einen besseren Eindruck in der Häufigkeitsverteilung dieser Variablen zu erhalten. Extreme Werte

Beschäftigung mit dem Körpermerkmal = A (0-4)*	N	Missing	m**	sd	Schiefe	Exzess
A1 tägliches Überprüfen	193	0	1.02	1.16	1.12	.44
A2 Vermeiden	193	0	.72	1.22	1.45	.68
A3 Kaschieren	193	0	1.97	1.81	.02	-1.83
A4 Vergleichen	193	0	1.27	1.27	.90	-.24
A5 Gedanken loswerden	192	1	1.13	1.41	.92	-.56
A6 Rückversicherung	191	2	.66	.96	1.36	1.03
A7 Gedankliche Beschäftigung	192	1	1.23	1.40	.97	-.36
Durch das Körpermerkmal verursachtes Leiden = Ba (0-4)*						
Ba1 Psychische Verfassung	193	0	1.21	1.33	.94	-.30
Ba2 Körperlicher Stress	193	0	.53	1.12	2.07	3.07
Ba3 Beobachtung	193	0	.94	1.22	1.31	.69
Ba4 Abwertung	193	0	.47	.97	2.23	4.21
Ba5 Lebensqualität	193	0	1.30	1.32	.62	-.81
Ba6 Verzweiflung	193	0	.27	.81	3.39	11.06
Ba7 Vertrauen	188	5	2.22	1.53	-.22	-1.45
Beeinträchtigung in sozialen Bereichen = Bb (0-4)*						
Bb1 Einschränkung	193	0	1.26	1.48	.84	-.77
Bb2 Freundeskreis	193	0	.33	.82	2.57	5.69
Bb3 Intime Beziehungen	192	1	1.08	1.47	.96	-.60
Bb4 Rückzug	193	0	.32	.88	3.06	8.76
Bb5 Arbeitsplatz	191	2	.39	.96	2.62	6.02
Bb6 Konzentration	192	1	.28	.76	3.24	11.07
Bb7 Verbesserung LQ durch OP	159	34	2.00	1.45	.11	-1.40

*Es gilt: je höher der Mittelwert, desto mehr möglicherweise körperdysmorphe Einschränkungen sind durch die jeweiligen Items zu erwarten. Ausnahme Item Bb7

*in Klammern sind die jeweiligen Ausprägungen der Antwortmöglichkeiten (min.-max.) angegeben

Tabelle 4.5: Deskriptive Statistik des BDD-MM total (N = 193)

bei Schiefe und Exzeß deuten auf wenig Varianz der Items hin. Werte der Schiefe > 0 deuten auf eine rechtschiefe Verteilung, während Werte < 0 auf eine linksschiefe Verteilung hinweisen. Werte wiederum für den Exzeß < 1 (bzw. > 1) lassen erkennen, dass bei den meisten Items eine spitzgipflige (bzw. breitgipflige) Verteilung vorliegt.

Die Daten aus Tabelle 4.5 weisen für fast alle Items der BDD-MM Studie Werte der Schiefe > 0 auf, so dass bei der Gesamtpopulation nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Da die Spitze der schiefen Verteilung bei den kleineren Messwerten liegt und die Schiefe $>$ oder nahe 1 ist, ist hier von einer asymmetrischen tendenziell rechtsschiefen Verteilung auszugehen. Kennzeichen einer solchen Verteilung ist es, dass der Median größer als der Mittelwert ist, was, bis auf die Items A3 und Ba3, der Fall ist.

Die Exzesswerte aus Tabelle 4.5 sind teils kleiner als 1 und teils größer als 1. Somit kann gesagt werden, dass bei manchen Items dieselbe Bewertung von den Patienten sehr oft vergeben wurde, während bei anderen Items ein breiter Bewertungsbereich z. B. Bewertungen zwischen 0 und 3 bevorzugt wurde, was zu einer eher breitgipfligen Verteilung führt. Die extremen Werte des Exzesses in Tabellen 4.5 und 4.6 bestätigen zudem, dass die Daten eine hohe Heterogenität aufweisen.

Item	G	N	Missings	m**	sd	Schiefe	Exzess
A1	K	130 / 63	0 / 0	1.23 / .59	1.25 / .79	.82 / 1.88	- .34 / 5.09
A2	l	130 / 63	0 / 0	.89 / .35	1.33 / .84	1.11 / 2.7	- .32 / 7.30
A3	i	130 / 63	0 / 0	2.46 / .95	1.74 / 1.52	- .47 / 1.23	-1.56 / - .21
A4	n	130 / 63	0 / 0	1.50 / .79	1.36 / .91	.59 / 1.71	- .85 / 3.72
A5	i	130 / 62	0 / 1	1.54 / .27	1.45 / .81	.47 / 3.23	-1.14 / 10.16
A6	k	129 / 62	1 / 1	.76 / .45	1.01 / .82	1.09 / 2.25	.11 / 5.76
A7		130 / 62	0 / 1	1.62 / .42	1.44 / .87	.60 / 2.65	-1.01 / 7.65
Ba1	/	130 / 63	0 / 0	1.58 / .46	1.38 / .82	.52 / 2.76	- .97 / 9.56
Ba2		130 / 63	0 / 0	.66 / .27	1.22 / .84	1.75 / 3.23	1.81 / 9.66
Ba3	K	130 / 63	0 / 0	1.14 / .52	1.30 / .91	.95 / 2.68	- .27 / 8.14
Ba4	o	130 / 63	0 / 0	.55 / .29	1.07 / .70	1.93 / 3.23	2.63 / 12.53
Ba5	n	130 / 63	0 / 0	1.69 / .49	1.32 / .89	.23 / 2.04	-1.05 / 4.01
Ba6	t	130 / 63	0 / 0	.34 / .13	.92 / .49	2.97 / 4.50	8.06 / 21.48
Ba7	r	126 / 62	4 / 1	2.69 / 1.26	1.42 / 1.30	- .70 / .64	- .88 / - .81
Bb1	o	130 / 63	0 / 0	1.59 / .57	1.58 / .92	.41 / 2.47	-1.41 / 6.98
Bb2	l	130 / 63	0 / 0	.46 / .06	.94 / .39	2.01 / 6.98	2.93 / 50.87
Bb3	l	129 / 63	1 / 0	1.42 / .38	1.58 / .86	.51 / 2.81	-1.34 / 8.44
Bb4	e	130 / 63	0 / 0	.44 / .06	1.02 / .39	2.48 / 6.98	5.26 / 50.87
Bb5		128 / 63	2 / 0	.49 / .19	1.08 / .59	2.17 / 4.75	3.47 / 27.86
Bb6		129 / 63	1 / 0	.36 / .11	.84 / .54	2.66 / 6.36	7.22 / 44.28
Bb7		130 / 29	0 / 34	2.27 / .79	1.34 / 1.37	- .05 / 1.82	-1.31 / 2.01

*Es gilt: je höher der Mittelwert, desto größere körperdysmorphie Einschränkungen sind durch die jeweiligen Items zu erwarten. Ausnahme Item Bb7/A3

Tabelle 4.6: **Statistische Kennwerte in der Experimental- und Kontrollgruppe**

Anhand der Werte für Schiefe und Exzess kann hier auf der sog. explorativen Ebene ein Vergleich zwischen den Gruppen MRI/Privat vs. Kontrollgruppe herangezogen werden. Tabelle 4.6 gibt eine Übersicht über den Vergleich der Werte von Schiefe und Exzess zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe. Der hohe Wert in der

Kontrollgruppe für Item Bb7 (34) ist nicht mit "missing" gleichzusetzen. Hier trifft das Item für viele Probanden schlicht nicht zu, was nicht mit einer unbeantworteten Frage zu vermischen ist.

Mediane und Box-Plots: Box-Plots bieten eine einfache Darstellungsmöglichkeit, die auch dem visuellen Vergleich Rechnung tragen. Die drei Gruppen der Gesamtpopulation werden zunächst getrennt voneinander abgebildet (MRI = 65; Privatklinik = 65, Kontrolle = 63). Bei der Betrachtung der nachfolgenden Box-Plots zeigt sich, dass die Mediane der Summenscores bei fast allen Subskalen für die klinische Experimentalgruppe signifikant höher liegen, als für die Kontrollgruppe in der einige "Ausreißer" (= für die Gruppe extrem hohe oder zu niedrige Werte), zu verzeichnen sind. Die beiden klinischen Gruppen unterscheiden sich nur geringfügig.

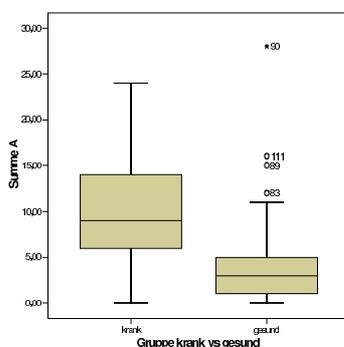


Abbildung 4.7: **Box-plot der Summenscores: Subskala Beschäftigung (Experimental- vs. Kontrollgruppe)**

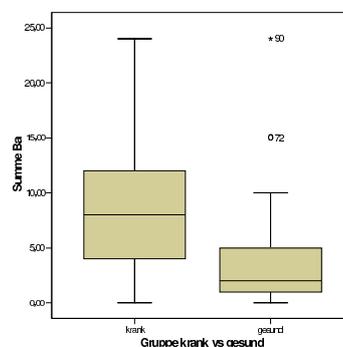


Abbildung 4.8: **Box-plot der Summenscores: Subskala Leiden (Experimental- vs. Kontrollgruppe)**

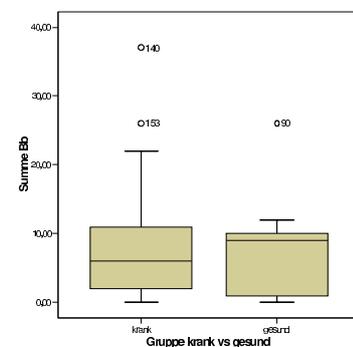


Abbildung 4.9: **Box-plot der Summenscores: Subskala soz. Interaktion (Experimental- vs. Kontrollgruppe)**

Aus den Graphiken ist zu ersehen, dass bei Patienten die sich für eine ästhetisch plastische Chirurgie entschieden haben, innerhalb aller Subskalen in Summe punkthöhere Antworttendenzen (zw. drei und fünf auf der Likert -Skala von 0 – 5) in diesen Bereichen ersichtlich sind. Die höheren Werte sind, (Levine-Test; Mittelwert, Standardabweichung) verglichen mit der Kontrollgruppe überzufällig oft und somit signifikant erfassbar. So ist z.B. ersichtlich, dass Personen aus der Kontrollgruppe in der Subskala Beschäftigung in fast allen Items niedriger punkten, vorwiegend in den Kategorien null bis zwei, was besagen könnte, dass sie sich weniger mit der Ausprägung ihres Körpermerkmals beschäftigen, als Personen aus der Experimentalgruppe.

Anhand der Box-Plots (Abb.:4.7 bis 4.12) und Tabelle 4.7 ist zusammenfassend Folgendes zu sagen:

Subskala A Beschäftigung: Bei einem Mittelwert von $m = 1.43$ ($sd = .83$) unterscheidet sich die klinische Gruppe signifikant (ANOVA, $F = 7.30$; $p = .008$) von der Kontrollgruppe ($m = .61$; $sd = .79$).

Subskala Ba Leiden: Die Mittelwerte der Experimentalgruppe MRI und Privat unterscheiden sich signifikant von denen der Kontrollgruppe [(m = 1.25; sd = .86; für die klinische Gruppe, vs. Kontrolle: m = .51; sd = .57 (ANOVA, F = 17.34; p < .0001)]. Es sind Ausreißer in der Gruppe MRI und Kontrolle zu vermerken.

Subskala Bb soziale Interaktionen: Die Medianvergleiche hinsichtlich der Skala Bb unterscheiden sich in den Gruppen MRI/ Privat vs. Kontrolle im Gesamtmittel (vergl. Abb. 4.9 und 4.10) nicht signifikant (p = .446). Hier liegen die Werte der privaten Gruppe niedriger. Im Ganzen jedoch unterscheidet sich die Kontrollgruppe von der zusammengefassten Experimentalgruppe (Tab.:4.7). Die Skalenwerte sind hier: Experimentalgruppe m = 1.04, sd = .89 vs. Kontrolle, m = .94; sd = .75.

Subskalen	klinische vs. Kontrollgruppe	N	F	p	m	sd
Beschäftigung	MRI / PRIVAT	130	7.30	.008	1.44	.83
	KONTROLLE	63			.61	.79
Leiden	MRI / PRIVAT	130	17.34	.000	1.25	.86
	KONTROLLE	63			.51	.57
Soziale Interaktion	MRI / PRIVAT	130	.58	.446	1.04	.89
	KONTROLLE	63			.94	.75

Tabelle 4.7: Gruppenstatistik: Gruppen MRI/Privat (n = 130) vs. Kontrolle (n = 63)

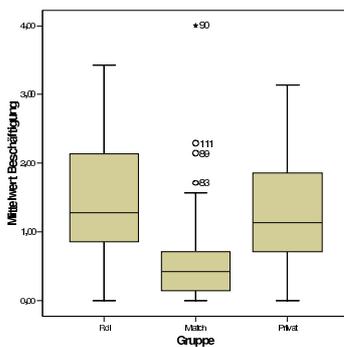


Abbildung 4.10: Box-plot der Summenscores über Subskala Beschäftigung: Vergleich zwischen den Gruppen

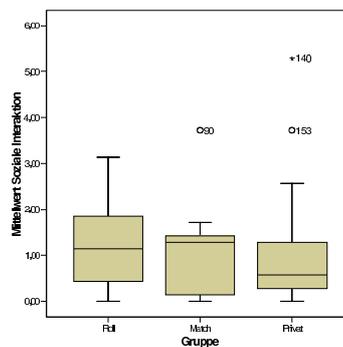


Abbildung 4.11: Box-plot der Summenscores über Subskala Leiden: Vergleich zwischen den Gruppen

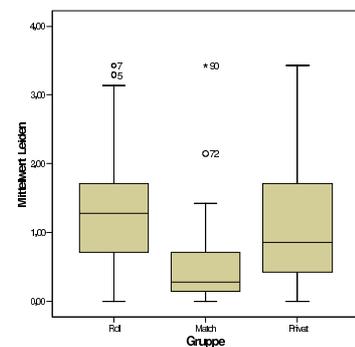


Abbildung 4.12: Box-plot der Summenscores über Subskala soz. Interaktion: Vergleich zwischen den Gruppen

4.3.4 Inferentielle Statistik

Gruppenvergleiche

Die Mittelwerte der Subskalen des BDD-MM Beschäftigung, Leiden und soziale Interaktion werden im Folgenden durch den nichtparametrischen Kruskal-Wallis- oder Mann Whitney U-Test auf Unterschiede zwischen den Gruppen geprüft.

Die Auswertungen mittels dieser Tests (Tab.:4.8) haben Folgendes ergeben: Bei einem Vergleich zwischen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe durch den Mann Whitney U-Test wird deutlich, dass sich die Gruppen hinsichtlich der Subskalen Beschäftigung und Leiden signifikant ($p < .001$) voneinander unterscheiden, es jedoch hinsichtlich der sozialen Interaktion keinen signifikanten Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe gibt ($p = .49$).

Subskalen	Gruppen	Mittlerer Rang	Z-Wert / p=sign.
A:	MRI/Privat	117.37	53.14 / .000
	Kontrolle	54.97	
Ba:	MRI/Privat	115.32	43.04 / .000
	Kontrolle	59.20	
Bb:	MRI/Privat	98.91	.47 / .49
	Kontrolle	93.06	

Tabelle 4.8: Mann-Whitney U-Test: Mittelwertsvergleich der Subskalen

Subskalen-Vergleich innerhalb der Experimental- und Kontrollgruppe

Interessant erscheint zusätzlich der Vergleich der drei Subskalen in ihren Mittelwertscores innerhalb der Experimental- und der Kontrollgruppe zu sein. Die drei Skalen wurden mit Hilfe des nichtparametrischen Friedman und für paarweise Vergleiche der Wilcoxon Test ausgewertet. In der Experimentalgruppe wies die Subskala "Beschäftigung" höhere Werte auf ($m = 1.44$; $sd = .83$), als die Subskalen "Leiden" ($m = 1.25$; $sd = .86$) und die Subskala "soziale Interaktion" ($m = 1.04$; $sd = .89$) (Tab.:4.7). Der Gesamtmittelwert über alle Gruppen beträgt 1.06 ; $sd = .74$.

Für die Kontrollgruppe ist ersichtlich, dass innerhalb der Subskalen "Beschäftigung" und "Leiden" am Körpermerkmal die Werte eher im Bereich der erwarteten Antworttendenz zwischen 0 und 3 liegen. Für die Subskala "Soziale Interaktion" ist zu sehen, dass hier eine soziale Beeinträchtigung wegen der Ausprägung des Körpermerkmals tendenziell häufig wahrgenommen wird - weshalb sich der Mittelwert der Subskalenscores von Beschäftigung A ($.61 + / - .79$) und von Leiden Ba ($.51 + / - .57$) signifikant von dem Mittelwert der Subskala Bb soz. Interaktion unterscheidet.

Subskalenkorrelation der Gesamtpopulation

Die Interskalen-Korrelation wurde bei $N = 193$ anhand des Spearman-Rho Tests erhoben (Tab. 4.9). Es zeigt sich, dass die drei Subskalen positiv und signifikant miteinander korrelieren, wobei die Korrelation zwischen Ba und Bb etwas kleiner als die Korrelation zwischen A und Bb ist.

	A	Ba	Bb
A	1.00		
Ba	.65**	1.00	
Bb	.53**	.42**	1.00

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von < 0.01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 4.9: Interskalen-Korrelationsmatrix Spearman-Rho

Der Zusammenhang oder die Abhängigkeit der Subskalen zu- und untereinander kann graphisch mittels Streudiagrammen verdeutlicht werden (Abb. 4.13 bis 4.15)

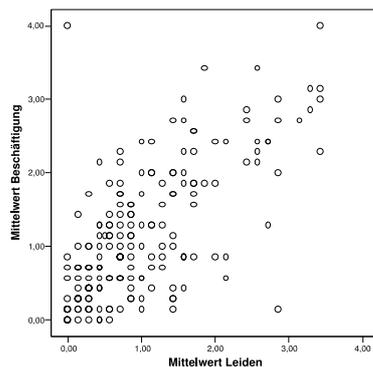


Abbildung 4.13: Streudiagramm: Zusammenhang der Subskalen Beschäftigung und Leiden am Körpermerkmal

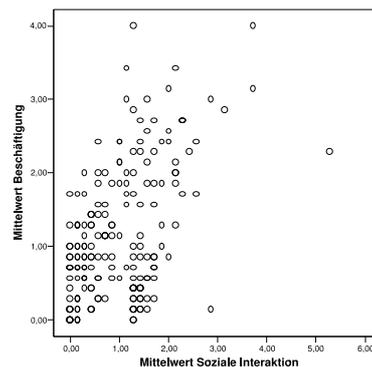


Abbildung 4.14: Streudiagramm: Zusammenhang der Subskalen Beschäftigung und soziale Interaktion

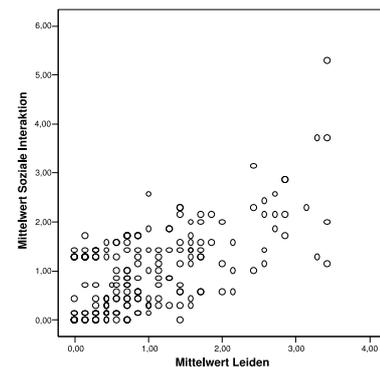


Abbildung 4.15: Streudiagramm: Zusammenhang der Subskalen Leiden am Körpermerkmal und soziale Interaktion

Das Streudiagramm 4.13 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen den Subskalen "Beschäftigung" und "Leiden". Hohe Werte auf der x-Achse (Leiden) gehen hier mit hohen Werten auf der y-Achse (Beschäftigung) einher. Dies bedeutet, dass bei Probanden, die ein hohes intrinsisches Leidensniveau aufgrund der Ausprägung ihres Körpermerkmals empfinden auch ein hohes Maß an psychischer und physischer Beschäftigung mit dem Körpermerkmal gegeben ist. Die Korrelation beträgt hier .65 (Tab. 4.9) ($r^2 = .46$). Die Proportion der durch die zwei Subskalen erklärbaren gemeinsamen Varianz beläuft sich auf ca 46%. Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 hoch signifikant ($p < .001$).

Das Streudiagramm 4.14 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen den Subskalen "Leiden" und "soziale Interaktion". Hier gehen hohe Werte auf der x-Achse (Leiden)

nur bedingt mit hohen Werten auf der y-Achse (soziale Beeinträchtigung) einher. Die Probanden, die ein hohes Leidensniveau angeben, geben zwar auch ein höheres Maß an Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion an - diese lässt aber nicht auf eine durchgängige Beeinträchtigung in sozialen Interaktionen schließen, die durch das Körpermerkmal hervorgerufen wäre. Die Korrelation der Subskalen beträgt .42 und ist auf dem Niveau von .01 signifikant ($p < .001$). Hier beläuft sich $r^2 = .21$, somit beträgt die durch die Subskalen gemeinsamen erklärte Varianz ca 21%.

Die Korrelation der Subskalen "Beschäftigung" und "soziale Interaktion" beträgt .49, wobei $r^2 = .25$ ergibt. Damit ist die Proportion der durch die Subskalen gemeinsam erklärten Varianz auch hier nicht besonders groß (ca 25%). Die Korrelation ist dennoch auf dem Niveau von .01 signifikant ($p < .0001$).

Das Streudiagramm 4.15 zeigt, dass hohe Werte auf der x-Achse der Subskala soziale Interaktion, nur bedingt mit hohen Werten auf der y-Achse Beschäftigung einhergehen. Es kann gesagt werden, dass demnach Probanden, die ein hohes Maß an Beschäftigung mit dem Körpermerkmal angeben, auch ein vergleichsweise hohes Maß an wahrgenommener Beeinträchtigung hinsichtlich sozialer Interaktionen angeben. Eine intensive Auseinandersetzung mit dem beeinträchtigenden Körpermerkmal kann sich demnach hemmend oder beeinträchtigend auf bestimmte soziale Interaktionen auswirken.

4.4 Faktorenanalyse

Da das BDD-MM der Erfassung der KD-Störung oder entsprechend auffälligem Verhalten dient, erhebt es den Anspruch, die wesentlichen Dimensionen der Störung zu erfassen. Anhand einer Faktorenanalyse, nach vorheriger z-Transformation der Itembewertung, wird versucht, die einzelnen Indikatorvariablen (hier 21 Items) in möglichst wenig Dimensionen abzubilden. Zur Ermittlung der Dimensionalität des Fragebogens wurden die Antworten der Gesamtstichprobe ($N = 193$) einer Hauptkomponentenmatrix mit anschließender Varimaxrotation unterzogen. Items mit hohen Korrelationswerten (größer .300) werden zu Faktoren zusammengefasst. Die Faktoren sollten unabhängige Konzepte oder Inhalte repräsentieren, wobei die Variablen innerhalb der Faktoren idealerweise hoch korrelieren, die Faktoren selbst untereinander hingegen niedrig.

Die drei Subskalen A = Beschäftigung; Ba = Leiden und Bb = soziale Interaktion/Beeinträchtigung wurden gemäß der Definition des DSM-IV innerhalb von zwei Faktoren vorgegeben: Faktor A = Beschäftigung mit dem Körpermerkmal, Faktor B setzt sich im BDD-MM aus Ba und Bb zusammen. Ba und Bb sind im DSM-IV durch "oder" definiert: Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionen. Somit können sie unabhängig voneinander bewertet werden, da ein "oder" ein "entweder" voraussetzt. Die Verfasserin hat Faktor B in Ba und Bb unter-

teilt ausgewertet, was zunächst keine Aussage über einen Zusammenhang bedeutet.

	Faktor/Ladungen	
	Ba / Bb	A
Tägliches Überprüfen		416
Vermeiden		462
Kaschieren		496
Vergleichen		529
Gedanken loswerden		715
Rückversicherung		348
Gedankl. Beschäftigung		613
Psych. Verfassung		657
Körperlicher Stress	464	
Beobachtung	629	
Abwertung	503	
Lebensqualität	581	
Verzweiflung	468	
Vertrauen	020	104
Einschränkung	490	
Freundeskreis	679	
Intime Beziehungen	441	469
Rückzug	844	
Arbeitsplatz	602	
Konzentration	599	
Verbesserung durch OP	029	-043

Extraktionsmethode: Maximum-Likelihood.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Tabelle 4.10: **Rotierte Faktorenmatrix**

Fast alle Items laden hoch bis sehr hoch (.844 für "Rückzug" aus Bb) auf zwei Faktoren (Tab.:4.10), die hier der Subskala "Beschäftigung" und der Vereinigung der Subskalen "Leiden" und "soziale Interaktionen und /oder Beeinträchtigungen" zugeordnet werden können. Zwei Items ("Vertrauen, Verbesserung durch OP") ließen sich den Faktoren nicht eindeutig zuordnen, verbleiben aber vorab in den Subskalen. Die, zur Verdeutlichung fett gedruckten Items aus Tabelle 4.10 ("Vertrauen, Intime Beziehungen und Verbesserung durch Operation"), lassen sich nicht eindeutig einem der beiden Faktoren (Ba/ Bb) zuordnen - sie könnten in beiden Faktoren gleichermaßen aussagekräftig sein.

Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangt eine Faktorenzuteilung anhand der Oblimin-Rotationsmethode nach Kaiser-Normalisierung. Auch hier lassen sich unter Vorgabe von drei Faktoren sauber nur zwei extrahieren, da Ba und Bb zu einem Faktor subsummiert werden können. In diesem Fall sind die auffälligen Items (Ba "Vertrauen" .554 und Bb7 "Verbesserung durch OP" .754) in den Skalen zu belassen, weshalb

sich die Verfasserin entschieden hat, in den statistischen Analysen und Berechnungen beide Items inkludiert zu belassen. Es wurde entschieden im weiteren Vorgehen die Vorgabe der 21 Items zugrunde zu legen, wobei die Einteilung in zwei Hauptfaktoren die sich in drei Subskalen einteilen lassen, beibehalten wird, da dies die zugrundegelegte Struktur des DSM-IV vorgibt.

Insgesamt ist zu sagen, dass sich die Items zwar den Subskalen zuordnen lassen, einige Items aber sowohl als auch in beiden Skalen repräsentiert sein könnten (z. B. Lebensqualität, Kaschieren). Wie im DSM-IV gefordert, soll die Diagnose einer KD-Störung bzw. eines KD-Verhaltens vor allem durch die Erhebung und Korrelation von A und Ba oder A und Bb zustande kommen. Diese Forderung dürfte anhand der Überprüfung durch die Faktorenanalyse als erfüllt betrachtet sein.

4.5 Reliabilitätsanalyse

Anhand der Reliabilitätsanalyse soll versucht werden, den Fragen der Leistungsfähigkeit bzw. Zuverlässigkeit des BDD-MM-Messinstruments statistisch Rechnung zu tragen. Die Reliabilität kann über die interne Konsistenz bei Gruppenvergleichen oder Vergleichen zwischen Individuen abgebildet werden.

Die folgende Abbildung (Tab.: 4.11) zeigt zunächst Werte für die Kontrollgruppe, sodann für die Experimentalgruppe und am Ende die Daten für die Gesamtstichprobe. Bei der Betrachtung der Werte der internen Konsistenz ergibt sich folgendes Bild:

Die Subskalen (Tab. 4.11) erfüllen für beide Gruppen (Kontrollgruppe vs. Experimentalstichprobe (MRI/Privat)) das für den Cronbach's alpha-Wert geforderte Kriterium für Gruppenvergleiche von .70 (Nunally, 1978; Streiner & Norman, 1995). Die Gesamtskalen halten dem von McDowell (1987) geforderten, strengeren Kriterium für Individuenvergleiche von $\alpha = .85$ stand ($\alpha = .91$).

Aufgrund der festgestellten, hohen internen Konsistenz der Daten kann gesagt werden, dass das Instrument als Ganzes geeignet ist, in den befragten Personengruppen das Kriterium des KD - Verhaltens, das Vorliegen einer KDS oder das nicht Vorliegen einer KDS zuverlässig zu messen. Das heißt, dass das BDD-MM zuverlässig erfassen kann ob eine Störung im Sinne des DSM-IV vorliegt oder nicht. Ein weiteres Maß der Reliabilitätsanalyse ist die Itemtrennschärfe.

Kontroll- gruppe	N	Item	Varianz%	Varianz%	Varianz %	Cronbach's Alpha	Varianz % total
total	63	21				.95	
A	63	7	.74				40.55
Ba	63	7		.80			36.40
Bb	63	7			.77		33.68

Fortsetzung der Tabelle auf der folgenden Seite

MRI/Privat	N	Item	Varianz %	Varianz %	Varianz %	Cronbach's Alpha	Varianz % total
total	129	21				.89	
A	129	7	.74				33.93
Ba	126	7		.82			37.15
Bb	126	7			.79		31.23
Gruppe und Subskalen	N	Item	Varianz %	Varianz %	Varianz %	Cronbach's Alpha	Varianz % total
total	193	21				.91	
A	191	7	.78				38.19
Ba	188	7		.84			36.17
Bb	156	7			.83		33.39

Tabelle 4.11: Übersichtstabelle: Cronbach's α in der Kontrollgruppe, der Experimentalgruppe und der Gesamtstichprobe nach Subskalen getrennt erhoben

Itemtrennschärfe

Die Itemtrennschärfe wird über den Korrelationskoeffizienten zwischen der Itembewertung und dem Gesamt-Skalenwert, der als Summe aller Items berechnet wird, erfaßt.

Die Trennschärfe erlaubt Aussagen hinsichtlich der Brauchbarkeit der Items für die Skala. Die anschließende Übersichtstabelle stellt die Trennschärfe der BDD-MM Items innerhalb der Subskalen dar. Der Übersicht halber ist in Tabelle 4.12 die interne Konsistenz für die einzelnen Subskalen hinzugefügt. Cronbach'alpha beträgt unter Beibehaltung aller Items für die Gesamtpopulation .91.

Subskala	N = 193	α	Subskala	N = 193	α	Subskala	N = 193	α
A		.78	Ba		.84	Bb		.83
A1	.34		Ba1	.67		Bb1	.59	
A2	.40		Ba2	.46		Bb2	.48	
A3	.45		Ba3	.60		Bb3	.57	
A4	.47		Ba4	.45		Bb4	.53	
A5	.57		Ba5	.66		Bb5	.41	
A6	.19		Ba6	.40		Bb6	.42	
A7	.60		Ba7	.07		Bb7	-.04	

Tabelle 4.12: Trennschärfe der Items und interne Konsistenz der Skalen

Viele Items zeigen einen mittleren bis hohen Trennschärfekoeffizienten. Damit erfüllen sie das geforderte Kriterium von $r_{it} = .40$. Somit erweisen sie sich als brauchbar und aussagekräftig für die jeweilige Skala. Lediglich die markierten Items A1 "Überprüfen des KM" und A6 "Rückversichern" der Subskala A, sowie die Items Ba7 "Vertrauen" und Bb7 "Erwartete Verbesserung der LQ durch OP" zeigen Werte unter .40. Die Items A6, Ba7 und Bb7 scheinen als "Ausreißer" zunächst wenig aussagekräftig für ihre jeweiligen Skalen zu sein.

Wie aus Tabelle 4.11 und 4.12 ersichtlich ist, trennen die Items des BDD-MM

signifikant zwischen gesund und krankheitsauffällig. Dies besagt, dass ab einem bestimmten Prozentsatz seiner Verteilung innerhalb der Antworthäufigkeit, ein Item als "gut" oder "schlecht" für seine Skala eingeteilt werden kann. Bei Werten über .80 im Bereich von null bis drei kann von trennscharfen Items, guten Items ausgegangen werden.

Das vorliegende Instrument ist somit brauchbar zur Erfassung von bestimmten Ausprägungen körperdysmorphen Verhaltens innerhalb eines Störungskontinuums der KDS, da es misst, was psychisch auffällige Probanden innerhalb der Experimentalgruppe miteinander verbindet. Zudem lässt das BDD-MM eine Unterscheidung der Gruppen voneinander und eine Differenzierung von Probanden innerhalb der jeweiligen Gruppen zu.

4.6 Überprüfung der Validität

Wie im Methodenteil bereits erwähnt überprüft die Validität im strengen Sinne den Gebrauch eines Instruments auf seine Gültigkeit und Richtigkeit (McHorney, 1996; Light et al., 1990). Der hier bearbeitete Datensatz betrifft die Stichprobe ästhetisch plastischer Patienten im klinischen Setting (n=130).

4.6.1 Konvergente Validität

Die Überprüfung der konvergenten Validität erfolgt durch die Korrelation von Instrumenten oder Variablen inhaltlich vergleichbaren Hintergrundes mit dem BDD-MM. Dies trifft für die Y-BOCS und spezifische, geeignet erscheinende Variablen aus dem SKID-I (Angststörungen und Zwang) zu, sowie für die Interviewer-Einschätzung. Die Parameter und Variablen sind im Methodenteil eingehend besprochen. Deshalb werden hier nur die Ergebnisse anhand des Signifikanzniveaus dargestellt und kommentiert.

Tabelle 4.13 zeigt, dass die Y-BOCS ($r=.87$), die Interviewer - Beurteilung ($r=.59$) und das Expertenurteil ($r=.74$) hoch und somit signifikant mit dem BDD-MM ($p=.01$) korrelieren. Eine Korrelation mit den SKID-I Variablen ist nur für "Zwang" signifikant ($r=.28$ bei $p=.05$). Da die KDS als den Zwangsspektrumserkrankungen ähnlich betrachtet werden kann, war eine Korrelation mit dieser Variable zu erwarten.

	BDD - MM
Y-BOCS	.87**
SKID-I Zwang	.28*
Expertenurteil	.74**
Interviewer-Urteil	.59**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) sign.
 ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) sign.

Tabelle 4.13: Korrelation des BDD-MM mit Fragebogenparametern

Es war zudem erwartet worden, dass Angststörungen oder spezifische Phobien mit einer KD-Ausprägung korrelieren. Hierzu wurden die Ergebnisse aus dem SKID-I, die die entsprechenden Symptomatik abfragen mit den Ergebnissen des BDD-MM korreliert. Die Annahme konnte nicht signifikant bestätigt werden (Phobien: $r=.13$; Angststörung $r=.06$; generalisierte Angststörung $r=-.09$). Die Tabelle wird, wegen der gering korrelierenden Ergebnisse nicht aufgeführt.

4.6.2 Diskriminante Validität

Die diskriminante Validität soll hier zeigen, ob sich Personengruppen hinsichtlich ihrer deskriptiven Werte im Demographiebogen im Vergleich mit dem BDD-MM unterscheiden lassen. In Tabelle 4.14 werden die Korrelationswerte des BDD-MM für die Altersgruppen, die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Schulabschlussniveau, zum aktuellen Familienstand und dem BMI (Body mass index) dargestellt. Hier werden wieder die Daten der gesamten Population ($N = 193$) zu Grunde gelegt. Es war angenommen worden, dass eine niedrige Schulbildung, ein höheres Alter und eine größere Körpermasse (BMI), als auch ein lediger Familienstand einen Einfluss auf das Antwortverhalten in Hinblick auf die Operationsbereitschaft nehmen.

	BDD-MM
Alterstufe	-.24**
Schulbildung	.23**
BMI	.11*
Familienstand	-.04*

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) sign.
 ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) sign.

Tabelle 4.14: Korrelation des BDD-MM mit Demographievariablen

Die Variable Schulbildung ($r=.23$, $p=.01$ für abgeschlossene Schule s.o.) korreliert gering, aber signifikant mit dem Fragebogeninstrument BDD-MM. Die Korrelation der Alterstufe mit dem BDD-MM weißt eine negative Korrelation von $r=-.24$ auf, was darauf hinweist, dass ein negativer Zusammenhang besteht. Familienstand ($r=-.04$) und BMI ($r=.11$) weisen keinen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten auf.

4.7 Inter-Rater-Reliabilität

Anhand der BDD-MM Skala wurde ein Interviewfragebogen (s. Anhang) entworfen, der in den Fragen und der Stufen- bzw. Punktezuteilung dem Original BDD-MM entspricht, das Selbe misst und wiedergibt. Damit wurden Ende Juli 2004 Interviews mit freiwilligen Personen aus der MRI Gruppe ($N = 6$) in der psychiatrischen Ambulanz des Klinikums Rechts der Isar durchgeführt. Das Interview wurde von der Verfasserin selbst geführt, die Zuordnung zu den Schweregradsubskalen erfolgte durch sechs Rate-

rinnen, die Teilnehmerinnen der Forschungsgruppe waren (Ärztinnen, Psychologinnen und Psychiaterinnen $N = 6$).

Rater	R1	R2	R3	R4	R5
R2	.83*				
p	.022				
R3	.93*	.97**			
p	.011	.007			
R4	.55	.73*	.69		
p	.126	.039	.56		
R5	.97**	.87*	.97**	.60	
p	.007	.015	.007	.091	
R6	.69	.87*	.83*	.87*	.73*
p	.056	.015	.022	.015	.039

* Korrelation auf .05 Niveau sign. (zweiseitig)

* Korrelation auf .01 Niveau sign. (zweiseitig).

Tabelle 4.15: **Inter-Rater-Korrelationen (Kendals-Tau-b)**

Tabelle 4.15 zeigt, dass die Ergebnisse der Rater signifikant hoch ($r=.75^*$) bis sehr hoch ($r=.96^{**}$) korrelieren. Sie kommen, bis auf die Einschätzungen der Rater R1 ($r = .55$; $p=.12$) und R3 ($r=.69$; $p=.56$) mit Rater R4, zu gleichen oder ähnlichen punktuellen (numerischen) Einschätzungen hinsichtlich der aus dem Interview gewonnenen Antworten und damit zu einer ähnlichen oder gleichen Zuordnung zu einem einzelnen Schweregrad. Die Abweichungen zwischen den Ratern sind gering - daher kann davon ausgegangen werden, dass Einigkeit über die aus den Antworten des Probanden antizipierten Zuteilung zu einer Ausprägung der KDS, im Sinne der im BDD-MM vorgeschlagenen Stufeneinteilung gewonnen wird. Somit kann gesagt werden, dass das BDD-MM, egal von wem es durchgeführt wird, aufgrund der Struktur seiner Antwortvorgaben die gleichen objektiven Ergebnissen zeigen wird.

4.8 Goldstandard: Korrelation des BDD-MM mit Expertenurteilen

Ein diagnostischer Test ist ein Verfahren, zur Klassifikation einer Gruppe von Personen in testpositive und testnegative Personen. Beabsichtigt ist dabei eine möglichst zutreffende Zuteilung der Testpositiven zu der Teilgruppe, die an der Zieldiagnose des Tests, hier KDS, leiden. Entsprechend sollen die Testnegativen der Teilgruppe zuzuordnen sein, die nicht an der Zielkrankheit leidet. Diese Zuteilung geschieht im BDD-MM durch ein zusätzlich abgehaltenes Interview (Expertenurteil) und der Beurteilung durch die jeweiligen Interviewleiter. Zunächst werden die Einschätzungen der Interviewleiter und das Expertenurteil selbst verglichen.

Beurteilung durch die Interviewleiter

Beobachtet wird, ob der Proband in seinem Verhalten während des Tests Fragen im Sinne der Tendenz zur "sozialen Erwünschtheit" beantwortet und die optisch erfassbare Ausprägung des Körpermerkmals (Abb.:4.16).

In der Gesamtpopulation der Studie konnten anhand der Einschätzung der Interviewleiter 45,6 % der Probanden und Patienten (n = 88) als "unauffällig hinsichtlich ihres Körpermerkmals" definiert werden: diese Personen hatte keinen sichtbaren, als normabweichend anzusehenden Makel vorzuweisen (Abb.:4.18)

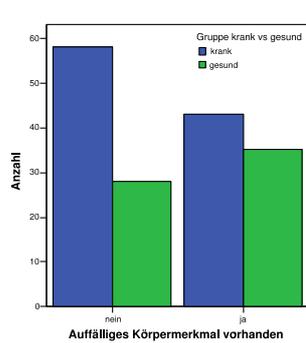


Abbildung 4.16: Interviewleiter: Auffälliges Körpermerkmal vorhanden ja/nein Experimental- vs. Kontrollgruppe

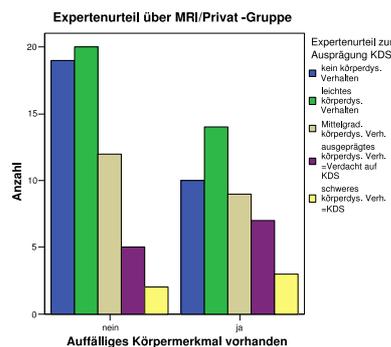


Abbildung 4.17: Expertenurteil: Vergleich Experimental- vs. Kontrollgruppe. Schweregradzuteilung nach Interview

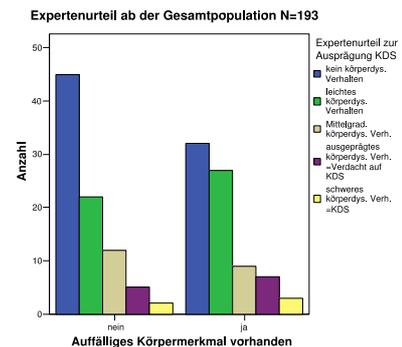


Abbildung 4.18: Interviewereinschätzung: Beurteilung des Körpermerkmals. Schweregradzuteilung in der Gesamtpopulation.

Hier ist naheliegend, dass eine psychopathologische Einstellung der Person zu sich oder Teilen ihres Körpers vorliegen könnte. Bei 40,4 % (n = 78) wurde ein auffälliges Körpermerkmal bestätigt. Bei 29 Personen (15 %) war eine Zuordnung nicht möglich, diese Personen stammten aus der Kontrollgruppe und gaben ein Körpermerkmal an, das durch Augenschein nicht sauber beurteilt werden konnte.

Expertenurteil

Das Expertenurteil dient der Plausibilisierung des BDD-MM. Es wurde für jeden Probanden in Form eines kurzen mündlichen Interviews durchgeführt, innerhalb dessen die Kriterien des DSM-IV zugrundegelegt wurden. Je nach Ausprägung eines Störungsgrades der KDS, bekam jeder Proband eine Bewertungsnote die den Stufen eins bis fünf entsprach. Bei Note eins bis drei liegt keine oder nur eine harmlose Beeinträchtigung im klinischen Sinne vor, während die Zuteilung vier und fünf auf starke Auffälligkeit oder KD-Störung hinweisen. Bei 45,6 % (n = 88) der 193 Testpersonen konnte die Expertin keine KD-Störung oder entsprechendes Verhalten feststellen (Abb.:4.18). Bei 56 Personen (29,0 %) wurde leichtes bis mittleres KD-Verhalten (n = 28; 14,5 %) festgestellt. Dies entspricht hinsichtlich der Stufeneinteilung nicht

klinisch auffälligem Verhalten sondern einem gesteigerten kritischen Interesse am eigenen Aussehen, was einer ausgeprägten narzisstischen Komponente am ehesten nahe käme. In Abbildung 4.17 ist die Unterteilung in Experimental- und Kontrollgruppe in der Expertenurteilung der möglichen Schweregradzuteilung dargestellt. Bei 15 Personen (7,8 %) wurde ein ausgeprägtes KD-Verhalten mit Verdacht auf körperdysmorphes Störung erfasst. 3,1 % ($n = 6$) weisen laut Expertenurteil eine körperdysmorphe Störung auf. Damit entspricht die in der vorliegenden Studie dargestellte Häufigkeit des Vorkommens der KD - auffälligen Störung (ca. 10%) den zugrunde gelegten Erkenntnissen internationaler klinischer Studien (u.a. Stangier, 2000; Phillips, 2000).

	Mittelwert	sd	N	Minimum	Maximum
Kontrollen					
Expertenurteil zur KDS	1.24	0.05	63	1.00	2.00
Summe A/Ba/Bb bei BDD-MM	14.38	1.46	63	0.00	78.00
Mittelwert über alle Skalenitems	0.68	0.07	63	0.00	3.71
MRI					
Expertenurteil zur KDS	2.49	0.13	65	1.00	5.00
Summe A/Ba/Bb bei BDD-MM	28.78	1.96	65	0.00	61.00
Mittelwert über alle Skalenitems	1.37	0.09	65	0.00	2.90
Privat					
Expertenurteil zur KDS	2.06	0.15	65	1.00	5.00
Summe A/Ba/Bb bei BDD-MM	23.48	1.93	65	1.00	77.00
Mittelwert über alle Skalenitems	1.12	0.09	65	0.05	3.67

Tabelle 4.16: **Gruppenmittelwerte und Standardfehler des Expertenurteils, des Gesamtscores und dessen Mittel über alle Skalen-Einheiten n=130)**

Die Testgruppen wurden (Tab.:4.16) über das Expertenurteil gemittelt. Für die Population der Experimentalgruppe liegt der Mittelwert über die gesamten Skalenitems (MRI: $m=1.37$; Privat: $m=1.12$) fast doppelt so hoch wie für die Kontrollgruppe ($m=.68$). Der Mittelwert der Summe über die Skalen liegt für die Kontrollgruppe bei 14.38 ($sd=1.46$), wobei hier als maximaler Stufenwert eine zwei (2) vergeben wurde. Die zwei steht für "leichtes körperdysmorphes Verhalten". In MRI liegt der Summenmittelwert bei 28.78 ($sd=1.96$) und in der Privatgruppe bei 23.48 ($sd=1.93$). Für beide Gruppen wurde das Expertenurteil auf Stufe vier und fünf (V.a auf KDS oder KDS) 21 mal vergeben (10,9%).

Für die Referenzstichprobe ($n=130$)(Tab.:4.17) wurde die Korrelation des Expertenurteils [(Ausprägung KDS)(KDS.EXP)] mit dem Gesamtsummenscore (SUMA-BABB) des BDD-MM nach Spearman gesondert, und getrennt in die klinischen Gruppen berechnet. Für die Gruppe MRI ($n=65$) konnte eine gute Korrelation von $r=.69$ ($p<.0001$) gewonnen werden. Eine hohe Korrelation ergab sich auch für die Privat-Gruppe ($n=65$; $r=.81$; $p<.0001$). Über die gesamte Experimentalgruppe ($n=130$) konnte eine hohe Korrelation mit dem Summenscore der Skalen des BDD-MM von $r=.77$ ($p \leq .0001$) erreicht werden.

a) GRUPPE: Items aus MRI (n=65)		KDS.EXP
	SUMABABB	$r = 0.6904$
		Sig of $p < 0.0001$
b) GRUPPE: Items aus der Privatlinik (n=65)		KDS.EXP
	SUMABABB	$r = 0.8159$
		Sig of $p < 0.0001$
c) Gesamtgruppe (n=130)		KDS.EXP
	SUMABABB	$r = 0.7687$
		Sig of $p < 0.0001$

Tabelle 4.17: Korrelation des Expertenurteils mit dem Gesamtscore des BDD-MM für $n=130$

Die Interviewereinschätzung und das tatsächliche Experteninterview korrelieren hoch miteinander ($r = .632$; $p < .001$).

4.9 Cut-off Berechnung: roc-Kurve und Youden-Index

Gesamtscore über die Referenzstichprobe: $n=130$

Im weiteren Vorgehen soll erhoben werden, ab welchem numerischen Punktwert ein statistischer cut-off angegeben werden kann. Ein cut-off Wert im Sinne der roc-Kurve ist der Punkt, ab dem eine Person tendenziell als in ihrem Verhalten als testnegativ oder testpositiv betrachtet werden kann. Also der Punkt (Schwellenwert), der zwischen auffällig oder unauffällig im Sinne einer möglichen diagnostischen Zuweisung trennt. Dieser Punkt dient als Norm im Sinne der statistischen Trennlinie.

In den folgenden Abbildungen ist der Verlauf der roc-Kurven für die einzelnen Items der Subskalen des Instruments dargestellt. Je größer die Entfernung des Verlaufs von der winkelhalbierenden Diagonalen ist, desto besser ist eine Trennung zwischen klinisch auffälligen Personen und klinisch nicht Auffälligen durch den Cut-off Wert bestimmbar. Innerhalb der Subskala "Beschäftigung" (Abb.:4.19) weisen die Items "Gedanken loswerden" und "Kaschieren" die besten Trennungseigenschaften auf.

In Abbildung 4.20 (Subskala Leiden) sind die Items "Psychische Verfassung", "Vertrauen" und "erwartete verbesserte Lebensqualität nach Operation" jene, die innerhalb der Skala, die Trennung in testnegativ und testpositiv klarer zulassen als die anderen. In Abbildung 4.21 (Subskala Soziale Interaktion) ist zu sehen, dass die Items "Einschränkung in sozialer Interaktion" und "Intime Beziehungen" die höchsten Trennungseigenschaften zwischen KDS frei und KDS auffällig oder KDS Ausprägung aufweisen. Abbildung 4.22 verdeutlicht visuell den Verlauf des Graphen für den ge-

samten cut-off über alle Items und Subskalen und zeigt die Daten der roc-Kurve über die Skalen und Items der Experimentalgruppe.: Die winkelhalbierende Gerade wird rechts von der gezackten Linie flankiert. Der errechnete cut-off Punkt liegt bei 27.5 und entspricht einer Spezifität von $1 - .275 (= .725)$ und einer Sensitivität von .952.

Die Aussage, die hier gemacht werden kann lautet: Innerhalb der Experimentalgruppe ergibt sich über den Gesamtscore ein cut-off Punkt von 27.5. Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, als eine gesunde Person als solche erkannt zu werden, laut Tabelle 4.18 bei etwa 73% liegt. Die Wahrscheinlichkeit bei KD-auffälligem Verhalten als solches identifiziert zu werden liegt bei einer Sensitivität von etwa .952

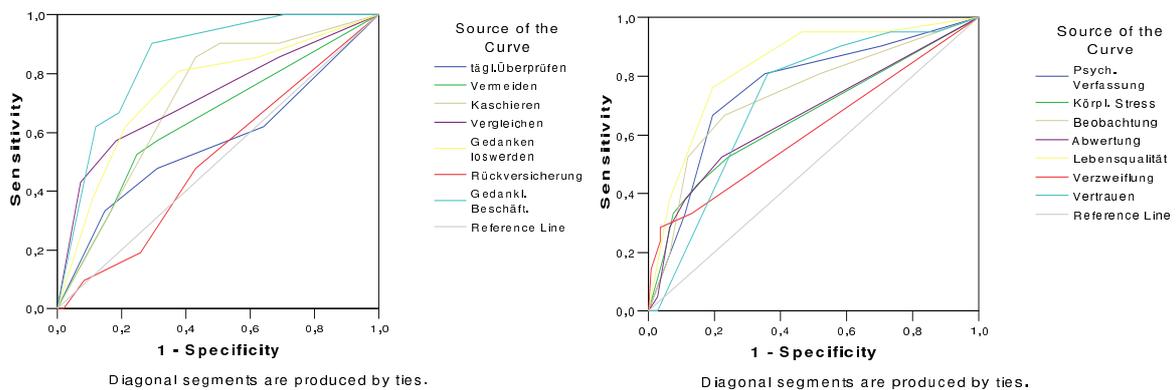


Abbildung 4.19: roc-Kurve für A: Beschäftigung n=130

Abbildung 4.20: roc-Kurve für Ba: Leiden n=130

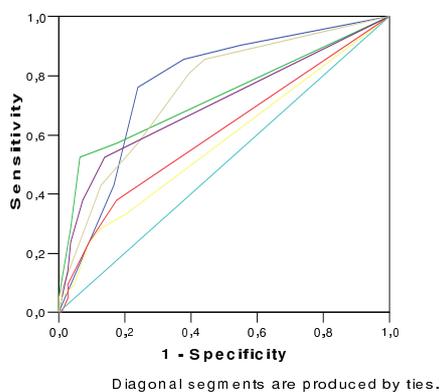


Abbildung 4.21: roc-Kurve für Bb: Soz. Interaktion n=130

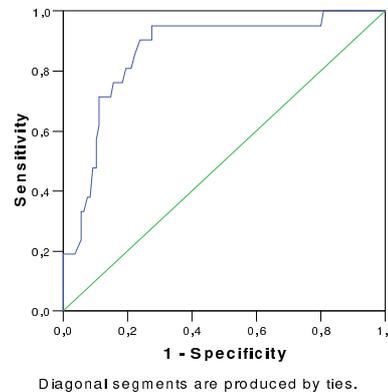


Abbildung 4.22: roc-Kurve für den Summenscore BDD-MM über die Subskalen n=130

Der cut-off Punkt, d.h. die Itemsausprägung, die am besten zwischen KD-auffälligen und KD - unauffälligen Personen diskriminiert, liegt über alle Subskalen zwischen Punkt 1.5 und Punkt 2.5.

Variablen: Summe A/Ba/Bb bei BDD-MM

Positive if Greater Than	Sensitivity	1 - Specificity
-1.0000	1.000	1.000
.5000	1.000	.991
2.0000	1.000	.982
3.5000	1.000	.963
4.5000	1.000	.945
5.5000	1.000	.936
7.0000	1.000	.927
8.5000	1.000	.899
9.5000	1.000	.835
10.5000	1.000	.807
11.5000	.952	.798
12.5000	.952	.780
13.5000	.952	.734
14.5000	.952	.725
15.5000	.952	.688
16.5000	.952	.624
17.5000	.952	.587
18.5000	.952	.569
19.5000	.952	.514
20.5000	.952	.450
22.0000	.952	.413
23.5000	.952	.358
24.5000	.952	.330
26.0000	.952	.312
27.5000	.952	.275
28.5000	.905	.275
29.5000	.905	.248
30.5000	.905	.239
31.5000	.857	.220
32.5000	.810	.211
34.0000	.810	.193
35.5000	.762	.183
36.5000	.762	.156
37.5000	.714	.147
38.5000	.714	.128
39.5000	.714	.110
40.5000	.619	.110
42.0000	.571	.101
43.5000	.476	.101
44.5000	.476	.092
46.5000	.381	.083
48.5000	.381	.073
49.5000	.333	.064
50.5000	.333	.055
51.5000	.238	.055
52.5000	.190	.037
53.5000	.190	.028
55.5000	.190	.018
58.0000	.190	.009
59.5000	.190	.000
60.5000	.143	.000
66.0000	.095	.000
74.0000	.048	.000
78.0000	.000	.000

Tabelle 4.18: Cut-off-Point über alle Items und Skalen für n=130 Experimentalgruppe (=28.50)

Stufenzuteilung des Expertenurteils für KD-Verhalten und KDS

Die Tabellen 4.19 bis 4.21 zeigen die Summenscores der Probanden (n=21) die anhand des Expertenurteils den Skalenstufen vier (n=21) "körperdysmorphes Verhalten mit Verdacht auf Störung" und Stufe fünf (n=6) "KDS" zugeordnet werden konnten.

Experten-Urteil 4 (n=15)						
Subskalen-Summscores	Mittelwert	SEM	Minimum	Maximum	Spannweite	N
Subskala A : Beschäftigung	16.40	0.98	9	22	13	15
Subskala Ba: Leiden	14.20	1.30	8	24	16	15
Subskala Bb: soz. Interaktion	12.67	0.95	4	20	16	15
Summe A/Ba/Bb	43.27	2.40	28	61	33	15
Mittelwert über alle Items	2.06	0.11	1.33	2.90	1.57	15

Tabelle 4.19: Expertenurteil: Stufe 4 körperdysmorphes Verhalten (n=15)

Experten-Urteil 5 (n=6)						
Subskalen-Summscores	Mittelwert	SEM	Minimum	Maximum	Spannweite	N
Subskala A : Beschäftigung	14.33	2.80	6	22	16	6
Subskala Ba: Leiden	18.00	2.97	5	24	19	6
Subskala Bb: soz. Interaktion	16.67	5.38	0	37	37	6
Summe A/Ba/Bb	49.00	10.02	11	77	66	6
Mittelwert über alle Items	2.33	0.48	0.52	3.67	3.14	6

Tabelle 4.20: Expertenurteil für Stufe 5 (n=6) körperdysmorphe Störung

Experten-Urteil 4 oder 5 (n=21)						
Subskalen-Summscores	Mittelwert	SEM	Minimum	Maximum	Spannweite	N
Subskala A : Beschäftigung	15.81	1.04	6	22	16	21
Subskala Ba: Leiden	15.29	1.27	5	24	19	21
Subskala Bb: soz. Interaktion	13.81	1.64	0	37	37	21
Summe A/Ba/Bb	44.90	3.22	11	77	66	21
Mittelwert über alle Items	2.14	0.15	0.52	3.67	3.14	21

Tabelle 4.21: Expertenurteile für die Stufen 4 und 5 (n=21)

Der Punktwert von Minimum 11 in der Stufenzuteilung fünf kam durch eine Patientin mit auffälligem Antwortverhalten zustande. Sie hörte sich die Antwortmöglichkeiten kaum an, sondern verneinte alle Antwortmöglichkeiten als unzutreffend. Über das Expertenurteil jedoch, für das das Antwortverhalten im Interview zunächst unmaßgeblich war, wurde sie diagnostisch Stufe fünf (KD-Störung) zugeordnet.

Mit zunehmender Stufenbewertung des Experten nimmt die Gesamtsumme der Itembewertung und somit auch der Mittelwert über alle Items der BDD-MM-Skala zu. Für Stufe vier ergibt sich in der Experimentalgruppe eine maximale Punktesumme von 61 (m=43.27) bei maximalen Subskalenwerten von A=22 und einem Mittelwert von 16.40. Für die Subskala Ba ist der Mittelwert 14.20 bei einer Summe von 24

und für Bb liegt der Mittelwert bei 12.67, bei einer Summe von 20. Für Stufe fünf liegt der Mittelwert bei 49.0 bei einer Gesamtsumme von 77 wobei die maximalen Subskalensummen bei A=22 (m=14.33); Ba=24 (m=18.00) und Bb=37 (m=16.67) liegen.

Diese Werte deuten auf eine hohe Korrelation zwischen dem Expertenurteil und der BDD-MM-Auswertung hin, was bereits bewiesen und erwähnt wurde. Es bleibt festzuhalten, dass die Werte des Expertenurteils nicht, wie erwartet, um eine Einheit höher als die Mittelwerte der BDD-MM-Skala liegen, sondern um 1.5 bis 2.3 Einheiten. Das dürfte nicht beunruhigen, denn beide, Expertenurteil und BDD-MM messen im Prinzip dasselbe. Dem Experten zufolge liegt bei der Stufenbewertung vier oder fünf d.h. bei einem Wert über den Stufenmittelwert (welcher bei den Stufen 1, 2, 3, 4, 5 die Zahl drei ist), eine KD-Auffälligkeit innerhalb des Störungskontinuums vor. In der BDD-MM-Skala liegt der Mittelwert der Bewertungen bei allen Skalen-Items gleich der Zahl zwei (der Mittelwert der Zahlen 0, 1, 2, 3 und 4). Somit sollte ein Wert des Gesamtmittelwerts, der über zwei liegt, auf eine KD-Auffälligkeit hindeuten. Das tut es auch. Dort, wo der Experte eine Stufenzuteilung über drei vergibt, liegt der Mittelwert über alle Skalenitems über zwei.

4.10 Diskriminationspower des BDD–MM

Items, die das equiprobability–Modell erfüllen, also eine näherungsweise gleiche und somit zufällige Antworthäufigkeit in ihrer Ausprägung aufweisen, entsprechen dem Bereich der Antworterwartung nicht. Sie scheinen somit zunächst weitgehend unbrauchbar für die Zuordnung innerhalb des Störungsbildes KDS zu sein: sie diskriminieren nicht optimal. Es stellt sich dennoch die Frage, ob sie in der Gesamtheit betrachtet und unter Hinzuziehung von Mediatorvariablen (i.d.F. demographische Variablen, wie z.B. Alter oder Geschlecht) dem BDD–MM eine große Diskriminationspower verleihen können. Wäre dadurch eine hohe Diskriminationspower oder Trefferquote erreicht (z.B. über 90%) so könnte das BDD–MM als exzellentes Diagnostikinstrument im Sinne des DSM–IV erklärt werden.

Die Verfasserin entschied sich für die Einbeziehung des Items 16 aus dem Demographiebogen, da hier innerhalb der demographischen Variablen eine hohe Korrelation mit dem BDD–MM gegeben war.

Abbildung 4.27 zeigt die Antworttendenz der Probanden der Experimentalgruppe in Bezug auf Frage 16 aus dem Demographiebogen. Es ist zu sehen, dass das Antwortverhalten signifikant im Bereich von ein bis fünf Jahren der gedanklichen Beschäftigung mit einer ästhetisch plastischen Operation auftritt. Da dieses Item eine hohe Korrelation mit dem BDD–MM aufwies (s.o.) wurde entschieden, diese Variable dem Fragbogen hinzuzufügen. Wie unten zu sehen ist, erhöht sich dadurch die Diskriminationspower des gesamten Instruments auf 100%.

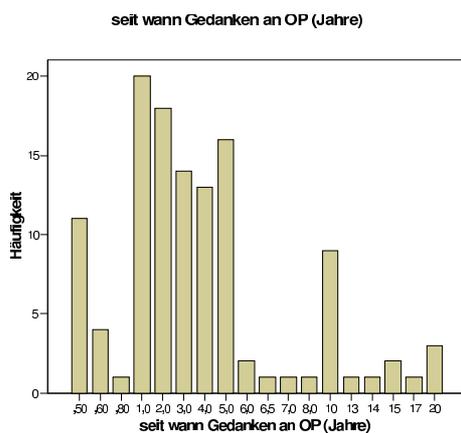


Abbildung 4.23: Gedankliche Beschäftigung mit Operation in Jahren: Experimentalgruppe n=130

Diskriminanzanalyse der Stichprobenpopulationen

Die Gruppen MRI/ Privat und Kontrollgruppe wurden, mit allen Items des BDD-MM ohne Hinzuziehen der Mediatorvariable (Items 16 Demographiebogen), einer Diskriminanzanalyse (Tab.: 4.22 und 4.23) unterzogen. Es zeigte sich, dass die Personen der Experimentalgruppe durch die Items des Instruments deutlich von der Kontrollgruppe getrennt werden können.

Ohne Differenzierung zwischen den Patienten ist die Diskriminationspower des BDD-MM akzeptabel (über 80 %), wobei hier die Sensitivität (ca. 88 %) besser als die Spezifität (ca. 70 %) ist. Differenziert man zwischen den zwei Patientengruppen, dann reduziert sich die Diskriminationspower des BDD-MM-Instruments (von 80% auf 61%), wobei bei allen Gruppen etwa die gleiche Trefferquote (ca. 61 %) erreicht

			Vorhersage: Gruppenzugehörigkeit		
	Gruppe	n	1	3	2
MRI	1	65	39 / 60.0%	6 / 9.2%	20 / 30.8%
Kontrolle	3	63	9 / 14.3%	39 / 61.9%	15 / 23.8%
Privat	2	65	18 / 27.7%	7 / 10.8%	40 / 61.5%
Klassifikationsergebnisse: "gruppierte" Fällen, die richtig zugeordnet wurden: 61.14%					

Tabelle 4.22: Differenzierung zwischen MRI, Kontrollgruppe und Privat bei N=193

			Vorhersage: Gruppenzugehörigkeit	
	Gruppe	n	1	2
Experimental	1	130	114 / 87.7%	16 / 12.3%
Kontrolle	2	63	19 / 30.2%	44 / 69.8%
Klassifikationsergebnisse: "gruppierte" Fällen, die richtig zugeordnet wurden: 81.87%				

Tabelle 4.23: Ohne Differenzierung zwischen MRI und Privat

werden kann (Tab. 4.22 und 4.23).

Ohne Differenzierung zwischen den Patientgruppen aber unter Hinzuziehung des demographischen Merkmals "Wie lange denken sie bereits über eine Operation nach" steigt jedoch die Diskriminationspower des BDD-MM-Fragebogen-Instruments auf 95 % (Tab.: 4.24), wobei hier die Spezifität das absolute Maximum (100 %) erreicht.

			Vorhersage: Gruppenzugehörigkeit	
	Gruppe	n	1	2
Experimental	1	129	120 / 93.0%	9 / 7.0%
Kontrolle	2	63	0 / 0%	63 / 100%
Klassifikationsergebnisse: "gruppierte" Fällen, die richtig zugeordnet wurden: 95.31%				

Tabelle 4.24: Differenzierung mit zusätzlicher Variable 16 aus Demographiebogen

Somit ist das BDD-MM am Besten im Zusammenhang mit dem Item aus dem Demographiebogen (Item 16) zu bewerten, da es hiermit signifikante Ergebnisse in der Aussage hinsichtlich einer KDS liefert. In der zukünftigen Kliniken und Praxen empfohlenen Form, wird das BDD-MM zusätzlich mit diesem Item versehen.

4.11 Zusammenfassung: Ergebnisteil

Das BDD-MM wurde umfassenden statistischen psychometrischen Untersuchungen unterzogen. Zunächst wurden Instrument und Stichprobe dargestellt. Sodann wurden die deskriptiven Statistiken und Verteilungscharakteristiken überprüft und hinsichtlich ihrer Ausprägung untersucht. Die Items unterliegen aufgrund der speziellen Fragestellung nicht der Normalverteilung. Antworten im Stufenbereich zwischen eins und drei werden deutlich häufiger gegeben als im Stufenbereich vier und fünf. Letztere entsprechen einer Symptomanahme im Sinne einer KD-Verdachtsdiagnose. Es gibt nur einen missing Wert, sodass von der Objektivität des BDD-MM ausgegangen werden kann. Die Subskalenkorrelation zeigt deutliche Unterschiede im Antwortverhalten - die Mittelwerte der Experimentalgruppe bestätigen einen Unterschied zur Kontrollgruppe. Die Subskalenkorrelation der Gesamtpopulation (N=193) zeigt für Skala A und Ba .65 bei einer erklärten Varianz von $r^2=.46$; für Ba und Bb .42; $r^2=.21$ und für A und Bb .53 bei $r^2=.25$ (sign.<.01). Die Faktorenanalyse wurde genutzt um die Einteilung des Fragebogens in drei Subskalen zu überprüfen, was dahingehend bestätigt werden konnte, als sich klar zwei Faktoren (A; Ba und Bb) abbilden lassen, wobei die Subskalen Ba und Bb hier, trotz der "Verbackenheit" ihrer inhaltlichen Aussagen dennoch als getrennte Faktoren beibehalten werden. Die Orientierung am DSM-IV erlaubt dieses Vorgehen, da hier die Faktoren Ba und Bb durch ein "oder" differenziert zu betrachten sind.

Ob das Instrument misst, was es messen soll und ob es dies auch zuverlässig tut, wurde anhand von Reliabilitäts und Validitätsbestimmungen erhoben und konnte bestätigt werden. Die interne Konsistenz wurde über Cronbach's alpha anhand der Skalen (A, Ba und Bb) in den einzelnen Gruppen (MRI/Privat und Kontrolle) erhoben: Kontrollgruppe: c-alpha .95; Experimentalgruppe: c-alpha .89; Gesamtpopulation: c-alpha .91. Die Itemtrennschärfe erwies sich in den meisten Items als mittel bis hoch (z.B. Ba1 .67; Ba5 .66). Die konvergente Validität wurde über die Korrelation ähnlicher Instrumente oder Beurteilungen errechnet und ist für die Y-BOCS sehr hoch (.87) ebenso für das als Goldstandard herangezogene Expertenurteil (.74) auf einem Niveau von $p \leq .01$. Die Überprüfung der diskriminaten Validität fand mit geeigneten Variablen des Demographiebogens statt. Es konnte gezeigt werden, dass entgegen der Annahme, weder der Familienstand (-.04) noch das Alter (-.24) oder die Schulbildung (.11) den erwarteten Einfluss auf die Beantwortung des BDD-MM hatten. Die Inter-rater-Reliabilität zeigte signifikante Korrelationsergebnisse, die zwischen .55 und .97 ($p=.05$) liegen.

Eine Überprüfung des Instruments anhand des Goldstandards (Expertenurteil) fand statt. Hier konnte durch Korrelationen der Interviewereinschätzung und dem Expertenurteil ($r=.623$ $p<.001$) mit dem BDD-MM gezeigt werden, dass die Diagnose einer KDS oder KD-auffälliges Verhalten sowohl durch das Instrument selbst, und im Besonderen in Zusammenhang mit der visuellen Überprüfung durch einen Experten gestellt werden kann. Dies trifft für ca. 10% der Studienpopulation zu und entspricht somit den Ergebnissen der internationalen Studien zum Thema KDS im ästhetisch plastischen Setting.

Um den Zusammenhang von Sensitivität und Spezifität graphisch darzustellen, wird eine Receiver Operating Characteristic (ROC) Kurve entworfen. Der cut-off Punkt wurde durch die roc-Kurve und den Youden-Index ermittelt. Über die Experimentalgruppe ($n=130$) konnte ein cut-off Punkt von 27.5 erhoben werden. Der cut-off Punkt, d.h. die Itemsausprägung, die am besten zwischen KD-auffälligen und KD-unauffälligen Personen diskriminiert, liegt hier über alle Subskalen zwischen Punkt 1.5 und Punkt 2.5. Ab dieser Punktwertung soll eine Trennung in KD-auffällig und somit nicht zu operieren, erreicht sein. Über die Expertenzuteilung zu Stufe vier oder fünf konnte eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen des BDD-MM bewiesen werden, die Zuteilung ist gleichwertig, bei einem Mittel von 2.5 bis 3.5. Mit zunehmender Stufenbewertung des Experten nimmt die Gesamtsumme der Itembewertung und somit auch der Mittelwert über alle Items der BDD-MM-Skala zu.

Der Mittelwert des Summscores über alle Skalen und Items der Personen, die Stufe vier zugeteilt wurden liegt bei $m=43$ (min.28; max.61). Für Personen, die über das Expertenurteil Stufe fünf entsprechen, liegt der Mittelwert bei $m=49$ (min.11; max.77). Der Wert 11 kam über eine "unehrliche" Interviewteilnehmerin zustande, die allerdings im Expertenurteil eindeutig Stufe fünf zugeteilt werden musste. Unterteilt in die Kriterien des DSM-IV wäre bei Stufe vier für die Subskala Beschäftigung (A)

bei einem Maximum von 22 Punkten einen Mittelwert von 16.40 erreicht. Kriterium Ba liegt mit maximal 24 Punkten und einem Mittelwert von 14.20 nur wenig über der maximalen Punktschme von Kriterium Bb (20) bei einem Mittelwert von 12.67. In Stufe fünf erreichen die Kriterien einen höheren Punktwert, so A 22 Punkte bei einem Mittelwert von 14.3, Ba 24 bei $m=18.0$ und Bb 37 bei $m=16.7$. Somit lassen sich Stufe vier und fünf anhand der zahlenmäßigen erreichten Punkte signifikant unterscheiden.

Die Diskriminationspower des Instruments, mit und ohne Hinzufügen einer Moderatorvariable (Item 16 aus dem Demographiefragebogen) wurde errechnet. Es konnte gezeigt werden, dass durch Hinzufügen der genannten Variable die Diskriminationspower des BDD-MM auf 95% erhöht wird (93% Spezifität und 100% Sensitivität).

Kapitel 5

Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Interview-Fragebogeninstrument BDD-MM den statistischen Kriterien der Testvalidierung unterzogen. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung interpretiert und in Zusammenhang mit den Hypothesen diskutiert und in einer Übersicht zusammengefasst. Dabei werden die einzelnen psychometrischen Kriterien analog jener Reihenfolge besprochen, die im Methoden- und Ergebnisteil gewählt wurde. Danach wird ein Brückenschlag vorgenommen, bei welchem der Beitrag des Instruments zur Erfassung und Erhebung einer körperdysmorphen Störung im weiteren Kontext der operationswilligen Klientel diskutiert wird. Die Verfasserin entwirft ein psychotherapeutisches Modell das mit verhaltenstherapeutischen Methoden kombiniert und ergänzt wird. Die Studie schließt mit kritischen Anmerkungen zur Anwendung des Fragebogens im klinischen Alltag und einer Diskussion hinsichtlich der Erweiterung der Kriterien des DSM-IV.

Es konnte gezeigt werden, dass das Fragebogeninstrument BDD-MM geeignet ist, die Diagnose KDS zu erheben und anhand eines cut-off Punktes mit einer sehr guten Trennschärfe zwischen gesunden und an KDS erkrankten Probanden zu trennen. Somit gilt die wissenschaftliche Forderung der Studie als erfüllt.

5.1 Interpretation und Diskussion der psychometrischen Ergebnisse

Die Ergebnisse der psychometrischen Analyse erlauben Aussagen, die sowohl Schlussfolgerungen hinsichtlich der Qualität des Instruments, als auch hinsichtlich der Studienstichprobe selbst zulassen (Alwin, 1989; Light et al., 1990). Dies beruht auf der Tatsache, dass die Gütekriterien eines Instruments, wie z.B. die Reliabilität oder die Validität relative Konzepte sind, die je nach Studienstichprobe, Studienziel, Studienart oder Studiendauer variieren können (McHorney, 1996; Light et al., 1990). Bei der

folgenden Diskussion der Ergebnisse wird daher so vorgegangen, dass zunächst mögliche Schlussfolgerungen bzgl. der Qualität des Instrumentes gezogen und anschließend Aussagen bzgl. der Studienstichprobe getroffen werden.

5.1.1 Datenqualität

Die notwendige Voraussetzung einer aussagekräftigen Dateninterpretation ist die Qualität des Datensatzes. Diese Qualität wurde im Ergebnisteil statistisch überprüft, für gut und geeignet befunden. Bei der Erhebung der Daten sind die Regeln der wissenschaftlich notwendigen Ethik, der Klarheit und Ehrlichkeit eingehalten worden.

5.1.2 Deskriptive Statistik: Verteilungsform

Die Daten der vorliegenden Studie sind von ihrer Struktur her nicht normalverteilt. Selbst vor dem Hintergrund, dass die Summenscores oder Mittelwerte von der Skalen-Itembewertung gemäß dem zentralen Grenzwertsatz der Wahrscheinlichkeitstheorie u.U. normalverteilt sein könnten, ist dies hier nicht der Fall. Weder die Summe der Subskalenscores, noch die Gesamtsumme ist normalverteilt. Anhand der Werte von Schiefe und Exzess ist bei fast allen Items (Ausnahmen: A3, Ba3) von einer schiefen Verteilung auszugehen. Die Antworten mit hohem oder niedrigem Mittelwert weisen auf Antworttendenzen innerhalb der Extremausprägungen (garnicht vs. sehr stark) hin. Anhand dieser Tendenz kann auch von einer Gleichverteilung der Daten ausgegangen werden. Es wurde daher, abgesehen von der Faktorenanalyse, bewusst darauf verzichtet, den Datensatz in eine normalverteilte Datei zu transformieren.

Vergleiche zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe, aber auch innerhalb der Gruppen lassen das Instrument als geeignet erscheinen, Unterschiede zu messen - die hinsichtlich einer Ausprägung eines KD-Syndroms gewertet werden können. Hinsichtlich der Mittelwertvergleiche zwischen den Gruppen und den Subskalenscores ist in allen Subskalen ein signifikanter Unterschied festzustellen.

Innerhalb den Subskalen A und Ba punktet die Experimentalgruppe, bis auf einige Ausreißer, signifikant höher. Das bedeutet, dass Patienten eher als Personen aus der Kontrollgruppe Antworten geben, deren Werte höher oder gleich der Stufe drei liegen ($> 0-2$). Die Anzahl derer die durch das Wählen der Antworttendenz näher an die mögliche Diagnose KDS heranrücken (Stufe vier oder fünf), ist demnach in der Experimentalgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Für die gesamte Population ist auffällig, dass Item Ba7 (Vertrauen) mit sehr hohen Punktwerten aufwartet. Für Item A5 ist zu sehen, dass, wie in der theoretischen Einlassung dargestellt, der Aspekt der Scham und des geringen Selbstvertrauens dafür verantwortlich sein könnte, dass die betreffenden Personen sich keine Rückversicherung bei anderen einholen oder aber dieser keinen Glauben schenken können. Sie empfinden sich selbst als unschön und ihr Körpermerkmal als extrem abstoßend - somit wird der Selbst-Bewertung mehr

Gewicht als der Fremd-Bewertung beigemessen.

Insgesamt korreliert hier wesentlich das Faktum der Operationsbereitschaft: Personen aus der Kontrollgruppe erzielen stellenweise höhere Werte im Antwortverhalten bezüglich einer erhofften Verbesserung der Lebensqualität. Tatsächlich weisen sie eine Operation aber von sich (Einschlusskriterien). An dieser Stelle soll bereits auf das in der Diskriminanzanalyse beschriebene Item 16 aus dem Demographiebogen hingewiesen werden, das als Moderatorvariable in die Auswertung integriert wurde: "Seit wievielen Jahren beschäftigen Sie sich gedanklich mit einer Operation?". Die Anzahl an Jahren, die sich ein an einer bestimmten Ausprägung eines Körpermerkmals leidender Mensch gedanklich bereits mit einer Operation beschäftigt, hat demnach einen hohen Einfluss auf das tatsächliche Operationsverhalten. Somit kann auch ein Zusammenhang mit der Entwicklung eines KD-Verhaltens oder einer KDS angenommen werden.

In Subskala Bb ist der geringe Unterschied zwischen den drei Gruppen auffällig: Experimental- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem Sozialverhalten. Augenfällig ist, dass letztere mehr Einschränkung zu empfinden scheinen, daran aber weniger leiden. Sie scheinen bessere Kompensationsstrategien entwickelt zu haben oder aber sich aktiver Lösungsmöglichkeiten zu besinnen (z.B. Hobbies oder andere selbstwertstärkende Unternehmungen) während sich die Patienten aus der Experimentalgruppe bereits für eine passive Lösungsmöglichkeit, eine Operation, entschieden haben.

5.1.3 Missingwerte

Wie bereits erwähnt, wird zur Beurteilung der Datenqualität auch die Rate an Missing-Werten hinzugezogen. Dabei kann das Fehlen von Werten verschiedene Gründe haben. Im Kontext der Erfassung des Konstrukts "Lebensqualität" im Zusammenhang mit einem ästhetisch plastischen Operationswunsch bei Frauen und Männern zwischen 18 und 75 Jahren ist die Methode der Datenerhebung durch ein Fragebogen-Instrument sowie die inhaltliche Relevanz der Fragen von Bedeutung.

Der Datensatz der vorliegenden Studie weißt nur einen Missingwert auf: Lediglich einmal wurde ein Item nicht beantwortet. Dieses überaus positive Ergebnis ist vor allem auf die gewählte Methode der Datenerhebung des Interviews zurückzuführen. In einer ausführlichen Schulung wurden sowohl die Prüfärzte und Prüfpsychologen auf die Besonderheit der Erfassung per Fragebogen und Tests vorbereitet. Dabei wurde besonderer Wert auf den Umgang mit möglichen Problemen (z.B. Antwortblockaden, Tendenz zur sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten), die im Zusammenhang mit der Beantwortung der Fragen auftauchen können, gelegt. Die Interviewleiter wurden angehalten, sich hinsichtlich einer Unterstützung der Beantwortung der Fragen des BDD-MM zurückzunehmen und den Probanden keine Antworten in den "Mund zu legen" oder Antworten interpretativ zu behandeln. Sie lesen, bei zweifelhaften Ant-

worten oder Nachfragen des Patienten, die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (Stufe eins bis fünf) langsam und, bei Bedarf, mehrfach vor, so dass der Proband eine sichere Entscheidung hinsichtlich der Zuordnung seiner individuellen Antwort-Ausprägung per Item treffen konnte.

Deshalb ist davon auszugehen, dass der geringe Wert der "missings" auf die sorgfältige Durchführung und eine eindeutige Antwortunterteilung zurückzuführen ist. Die Ausführungen zeigen, dass das Auftreten von missing-Werten im Rahmen einer Untersuchung anhand eines Interviews aufgrund der geeigneten Erhebungsmethode, eines genauen Monitoring sowie eines adäquaten Fragebogenlayouts minimiert werden kann.

Die Antwortmöglichkeit: "diese Frage trifft für mich überhaupt nicht/nie zu", wie sie bei Frage Bb7 (Operation und Lebensqualität) häufig gegeben wurde, ist nicht als "fehlender Wert" zu interpretierenden. Bezüglich des Items ist für die geringe Punktzahl innerhalb der Kontrollgruppe zu sehen, dass diese Personen sich nicht mit einem Operationsvorhaben tragen, oder mit einer Operation keine Verbesserung der Lebensqualität in Verbindung gebracht wird.

5.1.4 Reliabilität

Die Reliabilität des BDD-MM wurde in der vorliegenden Studie auf Itemebene anhand des Trennschärfekoeffizienten und auf Skalenebene über die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) bestimmt.

Bei der Betrachtung der internen Konsistenz soll daran erinnert werden, dass in Abhängigkeit vom Gebrauch des Instrumentes unterschiedliche Kriteriumswerte gelten. Da das Instrument zum Vergleich von Individuen eingesetzt werden soll, muß der Wert für die interne Konsistenz bei $>.85$ liegen (Nunnally, 1978; Streiner & Norman, 1995), bei Gruppenvergleichen wäre ein Cronbach's alpha Wert von $>.70$ ausreichend.

In der vorliegenden Stichprobe erfüllen die Subskalen den geforderten Kriteriumswert für Gruppenvergleiche. Die ausreichend hohen Reliabilitätswerte erlauben es zudem die Subskalen zum Vergleich von Individuen heranzuziehen, was ein Ziel der Fragebogenkonstruktion war. Somit gilt das Kriterium der internen Konsistenz als erfüllt.

Cronbach's alpha für die Gesamtskalen beträgt $.91$, ist somit sehr hoch und sehr aussagekräftig. Die Werte der einzelnen Skalen (A: $.78$; Ba: $.84$ und Bb: $.83$) sind brauchbar für die Zielsetzung des Instruments. Anhand der Einzelitemwerte ist zu ersehen, dass die Items aussagekräftig und brauchbar für ihre Subskalen sind. Bei den Items, die diese Forderung nur bedingt erfüllen, wird für die weitere wissenschaftliche Forschung eine verbale Umstrukturierung empfohlen - die Items sollten inhaltlich jedoch beibehalten werden, da sie aufgrund des jeweiligen Frageinhaltes wichtig für ihre Skalen und aussagekräftig in Hinsicht der Zieldiagnose sind. Bis auf drei Items erfüllen alle das geforderte Kriterium von $.40$; sie sind somit statistisch für ihre Skalen

sehr gut geeignet.

Trennschärfe der Items innerhalb der Subskalen

In Subskala A (Cronbach's alpha .78) ist Item A1 (.34) diskussionswürdig. Dass die Trennschärfe dieses Items geringer als .40 ist, mag an den Antworttendenzen von Patienten und Kontrollprobanden liegen, die von einem gesellschaftlich anspruchsvollen Normverhalten der Attraktivität und optischen Gepflegtheit ausgehen. Es kann vor einem generell auffälligen Allgemeinverhalten hinsichtlich der Selbstkontrolle in Spiegeln gesehen werden.

Item A6 ("Rückversicherung" .19) zeigt, dass hier eine Abweichung besteht. Diese könnte mit der Umformulierung des Items behoben werden. Insgesamt scheint die Rückversicherungsbereitschaft mit dem Aspekt des "Vertrauens, Ba7" (Ba Leiden: Cronbach's alpha gesamt: .84; Ba7:.07) in Zusammenhang zu stehen. Dies kann folgendermaßen interpretiert werden: bestimmte Personen scheinen sich ihre Meinung über ihr Aussehen selbst oder anhand von medialen Vorbildern (Schauspieler, Sänger, Photomodels etc.) zu suchen, weniger in direkter An- und Rücksprache mit sie umgebenden sozialen Anderen. Bei einer Tendenz zur KDS scheint wenig Vertrauen hinsichtlich der Objektivität solcher subjektiven Zusicherungen hinsichtlich eines als mangelhaft empfundenen und zu kaschierenden Körpermerkmals zu herrschen.

In Item Bb7 (Cronbach's alpha .83 für Bb gesamt; Bb7: "Erwartete Verbesserung durch OP": -.04) zeigt sich, dass sich erstens die Gruppe der Kontrollpersonen sowieso nicht operieren lassen würde, somit diese Frage nicht relevant ist, aber auch in der Experimentalgruppe der Zusammenhang Operation und Verbesserung der Lebensqualität nicht prädominant ist. Die Formulierung des Items könnte spezifischer gestaltet werden, z.B. durch Vorschlagen konkreter zukünftiger Ereignisse, im Sinne von antizipatorischer Klarheit z.B. wenn ich mich operieren lasse, erwarte ich konkret, dass meine Beziehung oder mein Liebesleben insgesamt zufriedenstellender verläuft. KD erkrankte Menschen würden hier eine mangelhafte Beziehung auf die Ausprägung des Körpermerkmals zurückführen und hoffen bzw. fest daran glauben, dass dieser Mangel durch eine Operation behoben werden könnte.

Es ist zu bemerken, dass die positive interne Konsistenz als Maß für die Reliabilität aus Daten gewonnen werden konnte, die zu einem (1) Meßzeitpunkt erhoben wurden. Daher können Aussagen über die Wiederholbarkeit der Erhebung und der Werte nicht getroffen werden. Dies wäre für den Einsatz des Instruments bei Längsschnittstudien von Wichtigkeit. Maße für die Wiederholbarkeit (z.B. Test-Retest) sind anfälliger für Veränderungen durch Erinnerungseffekte. Im vorgegebenen Setting war eine derartige Erhebung nicht vorgesehen, und wäre zudem nicht möglich gewesen, da die Patienten maximal fünf bis zehn Tage in der Klinik waren.

5.1.5 Validität

Ein zentrales Ziel der BDD-MM Studie war es, die Anwendbarkeit des BDD-MM zur validen Erfassung der körperdysmorphen Störung oder entsprechenden Verhaltens zu überprüfen. Gefragt ist nach dem Erfassungsgrad dessen, was die KD-Störung im Großen und Ganzen charakterisiert, durch das Instrument BDD-MM. Strenggenommen ist dieses Ziel identisch mit dem Prozess der Validitätsbestimmung, da diesen Gebrauch des Instruments und weniger das Instrument selbst auf seine Gültigkeit und Richtigkeit hin überprüft (McHorney, 1996; Light et al., 1990). Dies mag so zu interpretieren sein, dass sich ein Instrument für eine bestimmte Stichprobe bzw. Subpopulation als valide und gültig erweist, für eine andere Population als eher ungeeignet. Diese Tatsache soll bei der Übertragbarkeit der berichteten Ergebnisse in ein abweichendes Setting (z.B. dermatologische oder psychiatrische Studie) stets berücksichtigt werden.

Konvergente Validität

Die konvergente Validität wurde anhand von Korrelationen mit anderen Fragebogen-Instrumenten (Y-BOCS) und Teilaspekten von Instrumenten (Angst, Panik, Zwang aus SKID-I) und den Interviewer- und Expertenbeurteilungen überprüft. Diese Variablen messen ähnliche oder gleiche Konstrukte und stehen in engem Zusammenhang mit der Beschäftigung, dem Leiden und sozialen Interaktionsverhalten bei ästhetisch plastischem Operationswunsch. Die, durch die relativ kleine Stichprobe von 193 Probanden teils niedrigen, dennoch signifikanten Korrelationswerte zeigen, dass das BDD-MM seinem Anspruch die KDS zu erfassen, genügt. Die hohe Korrelation mit der Y-BOCS bestätigt, dass das BDD-MM hinsichtlich der Diagnosestellung entsprechende Aussagen zulässt und besonders dem Anspruch einer möglichen Schweregradzuteilung innerhalb des körperdysmorphen Symptomspektrums gerecht wird. Die hohe Korrelation mit den Expertenurteilen zeigt, dass das Instrument den geforderten inhaltlichen Kriterien sehr gut entspricht.

Prädiktive Validität

Der vorliegende Datensatz erlaubt keine Aussagen über die prädiktive Validität des BDD-MM. Das bedeutet, dass aufgrund des Antwortverhaltens z.B. der Kontrollgruppe zwar Aussagen über gesteigerte Beschäftigung oder Leiden am Körpermerkmal sowie über sozial inadäquates Verhalten zu treffen sind. Es ist aber nicht möglich Aussagen darüber zu treffen, ob es im Verlauf (Lebenszeit) zur Ausprägung einer KDS oder aber zur Entscheidung für eine ästhetisch plastische Operation kommen wird. Ebenso sind keine Aussagen darüber möglich, ob bei einer bereits operierten Person auffälliges Verhalten im Sinne einer KDS auftreten kann. Desweiteren kann keine Vorhersage über Folgeoperationen vorgenommen werden. Eine Korrelation mit

entsprechenden Items aus dem Demographiebogen (z.B. Anzahl an bisherigen Operationen) wurden vorgenommen. Diese war jedoch nicht signifikant, daher wird hier nicht weiter darauf eingegangen.

Die Aussage, die allerdings möglich ist, ist festzustellen ob, bei Vorliegen einer pathologischen Auffälligkeit in Richtung einer Symptomatik von KD-Verhalten oder KDS, die Person durch das BDD-MM als testpositiv im Sinne der Diagnose identifiziert werden kann: das ist der Fall.

Diskriminante Validität

Als Grundlage für die Bewertung der diskriminanten Validität dienen Alterseffekte, Schulbildung und Body-Mass-Index (BMI). Der statistische Vergleich der Altersgruppen zeigte, dass die meisten Operationen im Alter zwischen dem 30. und 55. Lebensjahr durchgeführt werden (Tabellen wurden nicht gezeigt). In ganz jungen Jahren (unter 25) und mit zunehmendem Alter (über 55) ist ein Absinken auf allen Subskalen zu registrieren. Die negative Korrelation lässt darauf schließen, dass sich ältere Menschen seltener operieren lassen als Menschen im Alter zwischen 30 und 55. Die persönlichen Erwartungen und Bewertungsmaßstäbe scheinen sich im Laufe des Alterns zu verändern. Ältere Menschen scheinen bescheidenere Ansprüche an ihre eigene körperliche Funktionsfähigkeit zu stellen, als sie das in jüngeren Jahren taten (Tornstam, 1975). Wenn nun in Hinsicht auf das optische Altern Abbauerscheinungen erwartet werden, scheint deren Auftreten das Wohlbefinden bei gesunden Menschen nicht zu belasten. Dies könnte daran liegen, dass im Alter Adaptationsprozesse im Sinne einer Konzentration auf persönlich bedeutsame Ziele, welche intensiver verfolgt werden, einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden ausüben können.

Hinsichtlich der Schulbildung war erwartet worden, dass niedrigere und mittlere Schulabschlüsse häufiger vertreten seien. Dies trifft nicht zu. Die Mehrheit der operationswilligen Personen waren in der Experimentalgruppe aus der Bildungsschicht der höheren Schulabschlüsse (Abitur, Studium, Universität) zu finden. Ein Grund hierfür ist möglicherweise das höhere Einkommen, über das diese Personen verfügen, aber auch breitere überregionale Kontakte durch Reisen (z.B. nach USA, wo ästhetisch plastische Operationen wesentlich häufiger durchgeführt werden und als "normal" angesehen werden). Eine andere Erklärung wäre die gesellschaftliche Repräsentationspflicht, die Personen mit höherer Schulbildung und gehobenen Berufsklassen inne haben. Über die Errechnung des BMI (Body mass Index) war kein signifikanter Zusammenhang zu ersehen. Es zeigte sich, dass einige Personen aus der Kontrollgruppe statistisch höhere Punktwerte im BMI vertreten, also korpulenter sind (BMI über 28), als Personen aus der klinischen Experimentalgruppe. Hier ist ein durchschnittlicher BMI von 23-25 angegeben. Die dickeren Personen aus der Kontrollgruppe scheinen nicht über figurformende Operationen wie Liposuction nachzudenken obwohl diese Operation, neben den Mammoplastiken, eine der häufigsten Operationsarten ist.

Geschlechtsunterschiede bzgl. der Ausprägung der KDS sind nach Phillips (& Diaz, 1997) nicht zu erwarten, die Symptombildung verläuft ähnlich. Deshalb und aufgrund der niedrigen Anzahl an männlichen Probanden ($n=17$ von $N=193$) wurde auf geschlechtsspezifische Einlassungen in der vorliegenden Studie verzichtet.

5.1.6 Faktorenanalyse und Überprüfung der Fragebogenkonstruktion

Anhand der Faktorenanalyse wurde geprüft, inwieweit eine Reduktion der Skalen-Items nötig und möglich ist und wie gut sich die Items ihren jeweiligen Skalen (A, Ba und Bb) zuordnen lassen. Es konnte gezeigt werden, dass sich, der Vorgabe des DSM-IV entsprechend, zwei Hauptskalen replizieren lassen. Ba (Leiden an der Ausprägung des Körpermerkmals) und Bb (soziale Interaktionen) könnten nach der Faktorenauswertung zu einem Faktor zusammengefasst werden. Bei Vorgabe von drei Faktoren können sie jedoch auch getrennt bewertet werden. Die Unterschiede in den Faktorladungen sind nicht so gravierend, dass voneinander völlig unabhängige Subskalen gebildet werden müssten, was in der Charakteristik der Fragestellung im Hinblick auf die Störung selbst begründet ist. Zunächst ließen sich drei Items (Vertauen, Intime Beziehungen und Verbesserung durch OP) den vorgegebenen Faktoren anhand der Maximum-Likelihood Extraktionsmethode nicht zuordnen. Bei der zusätzlich angewandten Faktorenanalyse der Oblimin-Analyse zeigte sich, dass die Items integrierbar sind. Es wurde entschieden, die 21 Items des Fragebogens in ihrer Einteilung von drei Subskalen bestehen zu lassen.

Faktoren: Subskalen

Die gesamten Items laden hoch bis sehr hoch auf den Faktoren "Beschäftigung und soziale Interaktion und Leiden". Der Vorschlag des DSM-IV zur Beurteilung einer KDS Diagnose Skala A mit Werten der Skalen Ba oder Bb zusammenzufassen, nicht aber Ba mit Bb ohne A, kann somit bestätigt werden.

Insgesamt ist zu sagen, dass sich, wie erwartet, als Ganzes keine definitorische Eindeutigkeit in der Zuordnung zu von einander unabhängigen Subskalen Ba und Bb ersehen läßt. Die Inhalte der Subskalen sind tendenziell voneinander abhängig. Personen, die an der Ausprägung eines Körpermerkmals leiden (Ba), beschäftigen sich damit auch mehr (A) und verhalten sich aufgrund der Ausprägung in sozialen Interaktionen (Bb) anders als Personen, die nicht an der Ausprägung eines Körpermerkmals leiden. Jedoch beschäftigen sich auch Menschen, die sich nicht für eine ästhetisch plastische OP entscheiden, durchaus mit der Ausprägung eines ungeliebten Körpermerkmals, leiden entsprechend, kaschieren dieses auch und können Beeinträchtigungen in bestimmten sozialen Interaktionen empfinden.

Die Subskalen zeigen Inter-Item-Korrelationen in zufriedenstellendem bzw. hohem

Ausmaß. Die Ergebnisse der Inter-Skalen-Korrelationen zeigen, dass die Subskalen untereinander signifikant miteinander korrelieren, was darauf hinweist, dass sie ein gemeinsames Konstrukt abbilden. Erwartungsgemäß korrelieren die körperorientierten Subskalen A und Ba höher miteinander als mit der psychosozial orientierten Subskala Bb. Die Aussagebezogenheit der Skalen Ba und Bb erlaubt eine Einteilung in zwei Subskalen - theoretisch jedoch könnten diese Subskalen zu einer Skala zusammengefasst werden, da, s.o. verstärktes Leiden an einem Körpermerkmal auch soziale Beeinträchtigung oder Einschränkungen im sozialen Interaktionsverhalten erwarten läßt. Da die Items weitgehend höhere Korrelationswerte zu ihren eigenen Subskalen zeigen, wird eine Unterteilung in drei Subskalen (A, Ba,Bb) beibehalten. Die Ergebnisse der Skalenreplikation bzw. der Fragebogenkonstruktion können die drei vorgegebenen Skalen des Fragebogens bestätigen.

5.1.7 Inter-Rater-Reliabilität

Um die Objektivität des BDD-MM darzustellen, wurde über die Inter- Rater- Reliabilität mit sechs Probanden ein strukturiertes Interview durchgeführt. Sechs Raterinnen kamen, die Zuteilung in die vorgegebenen Stufen durchführend, zu annähernd ähnlichen oder gleichen Ergebnissen. Die Korrelationen der Raterergebnisse fiel hoch bis sehr hoch aus (.96), was für die Objektivität des Fragebogeninstruments BDD-MM spricht. Eine Raterin war neu in der Arbeitsgruppe. Ihre Ergebnisse in der Antwortzuteilung wichen geringfügig vom Zuteilungsempfinden der übrigen Rater ab, dies mag daran liegen, dass die Kollegin zu dem Zeitpunkt noch nicht als Spezialistin hinsichtlich ästhetisch plastischer Operationen anzusehen war, sie somit die Antworten der Patienten teils weniger differenziert wahrnehmen konnte.

Kritisch zu bemerken ist die geringe Anzahl (n=6) an tatsächlich gerateten Patienten. Vorgesehen waren 4 pro vorgegebener Stufe, was n=20 gewesen wäre - Versuche mehrere Personen für das Interview zu gewinnen schlugen fehl - hier könnten die in der theoretischen Einlassung dargestellten Aspekte zum Thema Scham, Selbstwert und Konflikt (s. Kapitel 2) ausschlaggebend gewesen sein.

5.1.8 Goldstandard: Expertenurteile

Expertenurteile dienen der Plausibilisierung eines Fragebogeninstruments. Expertenurteile sind Fremderhebungen im Gegensatz zu einer Selbsteinschätzung oder der durch das Interview gewonnenen Daten. Für die vorliegende Studie wurden zwei Arten von Expertenurteilen erhoben: die Beurteilung des Interviewleiters und das Expertenurteil anhand eines freien Interviews. Um zu überprüfen, ob das Instrument zu validen Ergebnissen hinsichtlich der Zuteilung einer KD-Störung im Symptomkontinuum kommt, wurden die Expertenurteile untereinander und mit dem BDD-MM korreliert. Die Korrelation lagen über $r=.632^{**}$; ($p<.001$). Dies besagt, dass die Expertengrup-

pen zu einem ähnlichen Ergebnis in der Beurteilung eines KD-Verhaltens oder der Ausprägung einer KDS kamen und hinsichtlich der Beurteilung der Patienten und der Ausprägungen des Körpermerkmals übereinstimmten.

Beurteilung des Interviewleiters

Per se betrachtet ist die Person, die das Interview durchführt, als Experte anzusehen. Sie beurteilt den Patienten/Probanden, ohne zusätzliche Fragen außerhalb des Testinstruments zu stellen. Bei dieser Beurteilung und der anschließenden Einschätzung handelt es sich um die subjektive Einschätzung des Interviewleiters, der zum Zeitpunkt des durchzuführenden Interviews wenn möglich das Körpermerkmal in Augenschein nimmt, ohne mit dem Klienten explizit darüber zu sprechen. Die erhobenen Daten wurden dadurch zusätzlich verifiziert und bestätigten die Ausarbeitung des Instruments.

Expertenurteil

Zunächst wurde durch eine direkte Einschätzung beurteilt, ob das betroffene Körpermerkmal tatsächlich optisch auffällig war, sodann mit dem Probanden ein Interview durchführt, das sich an den Kriterien des DSM-IV orientierte. Nach dem Gespräch und unter Berücksichtigung der optischen Einschätzung der Normabweichung des entsprechenden Körpermerkmals, wurden die Patienten den BDD-MM entsprechenden fünf möglichen Stufen zugeteilt. Diese Stufen bilden das körperdysmorphe Symptompektrum ab, sodass von einer Schweregradzuteilung gesprochen werden kann. Die Stufen können von "keine körperdysmorphesn Symptome" bis "schweres körperdysmorphes Verhalten = KDS" geratet werden. Diese Zuteilung wurde in den Beurteilungen gleichermaßen vorgenommen.

Das Expertenurteil wurde über alle 193 Probanden erhoben. Schwierig war eine Stufenzuteilung für die Personen aus der Kontrollgruppe, da sich hier das Körpermerkmal oft nicht begutachten ließ. Die hohe Korrelation des Expertenurteils mit den Ergebnissen des Fragebogeninstruments für die Experimentalgruppe lag bei $r=.74$ ($p<.001$).

Es bleibt festzustellen, dass, zusätzlich zur Durchführung des Interviewfragebogens, eine visuelle Einschätzung der Ausprägung des als makelhaft empfundenen Körperteils durchgeführt werden muss, um den diagnostischen Kriterien des DSM-IV gerecht zu werden. Hier heißt es, dass nur eine Person mit keinem oder einem gering von der Norm abweichenden Makel für die Diagnose KDS in Frage komme.

5.1.9 Berechnung des cut-off Punkts: roc-Kurve; Youden-Index

Wie im Methodenteil erwähnt wurde, ist als cut-off Punkt eines Skalenitems jene Itemausprägung definiert, die am besten zwischen den Gruppen diskriminiert. Diese Ausprägung wird durch den maximalen Youden-Index ermittelt. Der cut-off Punkt d.h. die Itemausprägung, die am besten zwischen den zwei Gruppen KDS auffällig oder krank und gesund diskriminiert, wird durch den maximalen Youden-Index (Sensitivität + 1 minus Spezifität) angegeben.

Für die drei Subskalen des BDD-MM Instruments wurde eine cut-off Berechnung anhand der roc-operator-reciever-curve und dem Youden Index zunächst getrennt, sodann über alle Items errechnet. Auffällige Items die bereits in anderen psychometrischen Berechnungen herausstachen (s.o.) waren in Subskala A, "Kaschieren, Gedanken loswerden und gedankliche Beschäftigung". In Subskala Ba, "psychische Verfassung, Lebensqualität und Vertrauen". Aus Subskala Bb fallen die Items "Einschränkung und intime Beziehungen" auf. Die Subskalen A und Ba würden demnach in sich einen höheren cut-off aufweisen als eine Kombination von A und Bb.

Cut-off Expertenurteil und Experimentalgruppe

Bei 130 gültigen Datensätzen über die Experimentalgruppe (n=130) konnten 21 test-positive und 109 testnegative Personen ermittelt werden. Der cut-off Punkt, d.h. die Itemausprägung, die am besten zwischen KD-auffälligen und KD - unauffälligen Personen diskriminiert, liegt in der Experimentalgruppe über alle Subskalen zwischen Punkt 1.5 und Punkt 2.5. Für den Gesamtscore liegt der cut-off Punkt bei 27.5, was einer Sensitivität von ca. 95% und einer Spezifität von ca. 73% entspricht. Der Stufenmittelwert der Bewertungen ist bei allen Skalen-Items gleich der Zahl 2 (der Mittelwert der Zahlen 0, 1, 2, 3 und 4). Somit sollte ein Wert des Gesamtmittelwerts, der über zwei liegt, auf eine KD-Auffälligkeit hindeuten. Dort, wo der Experte eine Stufenzuteilung über drei vergibt, liegt der Mittelwert über alle Skalenitems numerisch über zwei.

Es bleibt zu diskutieren, ab welcher numerischen Ausprägung eindeutig von krank (KDS-Diagnose) im Symptomkontinuum ausgegangen werden kann. Ab dieser und bei höheren Punktwertungen sind nach der statistischen Berechnung vor einem operativen Vorhaben definitiv psychologische oder psychiatrische Interventionen zu erwägen.

Über die Zuteilung des Expertenurteils wurde der Gesamtsummenscore der betreffenden Personen aus Stufe vier und fünf über alle Skalen erhoben. Hierbei konnte gezeigt werden, dass 15 Personen die Stufe vier zugeordnet wurden, Punktwerte bis maximal 61 (m=43.27) über die drei Subskalen erreichten. Sechs Personen wurden Stufe fünf zugeordnet, mit einer maximalen Punktzahl von 77 (m=49). Wenn die dem DSM-IV zugrundeliegende Formulierung empfiehlt es sei Skala A und Ba oder A

und Bb das Kriterium für eine KDS Diagnose, so ist im BDD-MM für Stufe vier unter Ausschluss von Stufe fünf eine maximale Punktzahl von 43 Punkten zu erreichen (14 Items aus A und Ba oder Bb mit der Punktwertung drei). In der vorliegenden Studie konnte bei Stufe vier eine maximale Summe für je A=22 (m=16.4), Ba=24 (m=14.2) und Bb=20 (m=12.7) bei n=15 erreicht werden. Für Stufe fünf (56 Punkte bei 14 Items aus A und Ba oder Bb mit der Punktwertung vier) und bei maximaler Antwortausprägung, wurden in der Stichprobe (n=6) für A=22 (m=14.3), Ba 24 (m=18.0) und Bb=37 (m=16.7) Punkte abgegeben.

Die Verfasserin empfiehlt daher ab einem Gesamtpunktwert über alle Items ab 43, was dem Mittelwert der Summenscores über alle Subskalen für Stufe vier entspricht, zusätzlich zu der Beurteilung "unauffälliges Körpermerkmal" ein körperdysmorph auffälliges Verhalten mit Verdacht auf Störung zu diagnostizieren.

Der Punktwert 43 wird für das BDD-MM als Normwert für den Verdacht auf eine KDS angegeben.

Selbstverständlich kann auch jemand, der nicht KDS auffällig ist, eine hohe Punktwertung erlangen - dies ist für sich allein noch nicht das ausschlaggebende Kriterium. Erst in Zusammenschau mit der Merkmalsausprägung ist eine Diagnose gültig.

Die resumierende Aussage, die anhand des Datensatzes hier getroffen werden kann lautet: Unter Ausschluss der Kontrollgruppe ergibt sich ein cut-off Punkt von 27.5. Während in der Gesamtpopulation die Sensitivität durchschnittlich ist, ist sie für die Experimentalgruppe exzellent (ca. 95%).

Ab einem Punktwert von über 43 muss von körperdysmorphem Verhalten mit Verdacht auf Störung ausgegangen werden. Der Übergang zu Stufe fünf (KD-Störung) ergibt sich aus dem Mittelwert der Summenscores der Personen, die über das Expertenurteil hier zugeteilt wurden und liegt bei Punkt 49.

5.1.10 Diskriminationspower zwischen Experimental- und Kontrollgruppe

Die Leistungsfähigkeit und Aussagekraft des BDD-MM als Gesamteinheit wurde letztlich einer Diskriminanzanalyse unterzogen. Mit Hilfe der Diskriminanzanalyse, in die alle 21 Items einbezogen wurden, konnte gezeigt werden, dass durch das BDD-MM per se bereits eine gute Trennung zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe getroffen werden kann: die globale Trefferquote liegt bei den Probanden der Experimentalgruppe bei ca. 87 % (Sensitivität) und bei den Kontrollpersonen bei ca. 70 % (Spezifität).

Dies Ergebnis ist jedoch nicht optimal und somit in der Praxis nur bedingt anwendbar. Daher wurden von der Verfasserin zu den 21 Items zusätzliche Items aus dem Demographiebogen hinzugezogen. Durch Hinzuziehen dieser Variable kann die

Unterscheidungsfähigkeit zwischen diagnostisch "gesund und krank" zusätzlich erhöht werden. Als am besten geeignet zeigte sich Item 16 aus dem Demographiebogen: "Seit wievielen Jahren beschäftigen Sie sich ernsthaft mit dem Gedanken einer kosmetischen Operation". Die Entscheidung zu einer ästhetisch plastischen Operation kann mit finanziellen aber auch gesundheitlichen Risiken verbunden sein. Deshalb wird eine solche Entscheidung in der Regel überdacht sein. Bei 12,4% ($n = 16$) war der Zeitraum der gedanklichen Beschäftigung mit unter einem Jahr angegeben. Die Mehrheit der Patienten ($n=81$; 62,3%) gibt einen Zeitraum zwischen einem und fünf Jahren an. Einige wenige Patienten (2,3%) geben um die 20 Jahre Beschäftigung mit dem Gedanken an eine Operation an.

Das Item 16 aus dem Demographiebogen wurde von 119 von insgesamt 130 Personen beantwortet. Die gedankliche Beschäftigung mit einer Operation wurde in Jahren angegeben ($m=4,2$; $sd: 4,3$). Durch das Hinzufügen des Items 16 konnte die globale Trefferquote bei der Experimentalgruppe auf 95 % gesteigert werden, die maximale Spezifität wurde auf 100 % erhöht. Somit kann gesagt werden, dass das BDD-MM Instrument, versehen mit der zusätzlichen Frage nach der gedanklichen Beschäftigung in Jahren, vor dem Entschluss eine Operation an sich vornehmen zu lassen, ein sehr leistungsstarkes Diagnostik-Instrument zur Feststellung einer "Körperdysmorphen Störung" innerhalb des Symptomkontinuums ist, da die Beschäftigung mit einem Körpermerkmal in Jahren ein wesentlicher Faktor für die Diagnose KDS zu sein scheint.

5.2 Zusammenfassung der psychometrischen Ergebnisse

- Die Erfahrung mit der gewählten Methode der Datenerhebung zeigt, dass das Interview von entsprechendem Fachpersonal (Ärzte, Psychologen, Psychiater) erhoben werden kann, ohne dass eine hohe Quote fehlender Werte zustande kommt.
- Anhand der Reliabilitätsanalyse wurde versucht, den Fragen der Leistungsfähigkeit bzw. Zuverlässigkeit des BDD-MM als Messinstrument Rechnung zu tragen. Die Reliabilität kann über die interne Konsistenz bei Gruppenvergleichen oder Vergleichen zwischen Individuen abgebildet werden. Die Subskalen erfüllen für beide Gruppen (MRI/Privatpatienten und Kontrollgruppe) das für den Cronbach's alpha-Wert geforderte Kriterium für Gruppenvergleiche von .70. Die Gesamtskalen halten dem von McDowell (1987) geforderten, strengeren Kriterium für Individuenvergleiche (.85) stand.
- Die Itemtrennschärfe wird über den Korrelationskoeffizienten zwischen der Itembewertung und dem Gesamt-Skalenwert, der als Summe aller Items berechnet

wird, erfaßt. Die Trennschärfe erlaubt Aussagen hinsichtlich der Brauchbarkeit der Items für die Skala. C'alpha total beträgt unter Beibehaltung aller Items .91 und ist somit sehr gut. Anhand der Items, die in der Item- sowie Skalenanalyse eine zu geringe Trennschärfe aufweisen sind folgende Verbesserungsvorschläge zu machen: Die Items A6 sowie Ba7 und Bb7 könnten umformuliert werden. Als Anregung für Bb7 könnte gelten, nicht die durch Operation verbesserte Lebensqualität abzufragen, sondern spezieller zu sein: "Glauben Sie dass eine Operation zu einer Verminderung ihrer Probleme mit dem Körpermerkmal führt?".

Das vorliegende Instrument ist nach dieser Überprüfung sehr gut zur Erfassung einer Schweregradausprägung innerhalb des Syndromkontinuums der KDS brauchbar, da es misst, was psychisch auffällige Probanden innerhalb der Experimentalgruppe miteinander verbindet. Zudem lässt das BDD-MM eine Unterscheidung der Gruppen voneinander und eine Differenzierung innerhalb der jeweiligen Gruppen zu.

- Die Faktorenanalyse bzw. Überprüfung der Itemreduktion erbrachte zufriedenstellende Ergebnisse im Sinne einer Bestätigung der gewählten Skalenunterteilungen sowie der Itemformulierungen und der Unterteilung in die entsprechenden Antwortkategorien. Die Subskalen Ba und Bb konnten nicht eindeutig als eigenständige Subskalen repliziert werden. Die faktorenanalytischen Ergebnisse empfehlen eine Beibehaltung von zwei Hauptskalen. Dies bestätigt die Einteilung des DSM-IV in zwei Hauptskalen, die durch Subskala "A und Ba oder Bb" Verwendung in der diagnostischen Erhebung finden.
- Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse weisen darauf hin, dass das BDD-MM in seiner derzeit bestehenden Form bei Patienten mit ästhetisch plastischem Operationswunsch herangezogen werden kann, um die Einschätzung einer KD-Störung oder KD-Verhalten zu treffen und um eine Schweregraddifferenzierung innerhalb des Syndromkontinuums vorzunehmen. Insofern ist das BDD-MM in der Lage, klinisch relevante Informationen zu liefern, auf deren Grundlage Operationsentscheidungen oder psychologische Therapieempfehlungen für die weitere Behandlung des einzelnen Individuums getroffen werden können.
- Bei der Validitätsbestimmung zeigen die Subskalen des BDD-MM signifikant hohe Übereinstimmungen mit inhaltlich verwandten Instrumenten oder Fremdbeurteilungen. Des Weiteren kann das BDD-MM aufgrund der Ausprägung seiner Subskalen zwischen Experimental- und Kontrollpersonen trennen. Wegen des einmaligen Erhebungszeitpunktes und der inhaltlichen Orientierung auf den momentanen Zeitpunkt besitzt das BDD-MM einen geringen Vorhersagewert. Falls die Bewertung des Patienten punktniedrig ausfällt, wird er/ sie operiert

werden. Es ist damit, besonders bei jungen PatientInnen, nicht vorherzusagen, ob sich eine KDS entwickeln wird.

- Anhand eines eigens entworfenen Interviewleitfadens wurde mit sechs Patienten die Inter-Rater-Reliabilität erhoben. Die Rater korrelieren hoch (.75*) bis sehr hoch (.96**) in der punktuellen Einschätzung innerhalb des BDD-MM, hinsichtlich der aus dem Interview gewonnenen Antworten und der damit einhergehenden Zuordnung zu den einzelnen Stufen.
- Der Goldstandard wurde durch die Korrelation des BDD-MM und die Expertenurteile (Interviewleitereinschätzung und Expertenurteil) in unterschiedlicher Weise errechnet. Die Beurteilung wurde im Sinne der Fremdbeurteilung durchgeführt, mit dem Ziel, die Diagnose KDS zu stellen oder abzulehnen. Bei 45,6 % (n = 88) der 193 Testpersonen konnte die Expertin keine KD-Störung oder entsprechendes Verhalten feststellen. Bei 56 Personen (29,0 %) wurde leichtes KD-Verhalten und bei 28 Personen mittleres KD-Verhalten (14,5 %) festgestellt. Dies entspricht jedoch noch keinem kranken oder auffälligem Verhalten sondern einem gesteigerten kritischen Interesse am eigenen Aussehen, was einer ausgeprägten Narzissmuskomponente am ehesten nahe käme. Bei 21 Personen wurde Stufe vier (n=15; 7,8%) "Verdacht auf kd-Verhalten" und fünf (n=6; 3,1%) "KDS" vergeben.
- Anhand der roc-Kurve konnte ein statistischer cut-off Punkt errechnet werden. Dieser liegt bei 27.5 Punkten und wurde über den Gesamtscore des BDD-MM in der Experimentalgruppe bestimmt. Zwischen 43 und 60 Punkten wird von körperdysmorphem Verhalten mit Verdacht auf KDS ausgegangen (Stufe vier). Stufe fünf beinhaltet ein Punktespektrum, das in der vorliegenden Population (m=49) bis zu 77 Punkten reicht. Ab einem Punktwert von 43 und normalem Körperbefund bzw. leichter Abweichung von der Norm, ist von einem Operationsvorhaben abzusehen. Die betreffende Person sollte psychologisch oder psychiatrisch zusätzlich überprüft werden. Im grenzwertigen Bereich ist abzuklären, inwieweit die Erkrankung bereits etabliert ist.

Der Punktwert von 27.5 ist der statistische Normwert, der zwischen testpositiv und testnegativ unterscheidet. Ab 43 im Interview erreichten Punkten kann vom Vorliegen auffälligen Verhaltens im Kontinuum der KDS ausgegangen werden. Daher wird der Wert von 43 als Testnormwert vorgeschlagen.

- Die Diskriminationspower des BDD-MM wurde durch Hinzufügen einer Mediatorvariable (Demographie-Item 16) auf 95 % gesteigert, wodurch die Sensitivität auf 93 % und die Spezifität auf 100 % erhöht wurde. Somit kann gesagt werden, dass das BDD-MM, versehen mit der zusätzlichen Frage nach der gedanklichen Beschäftigung in Jahren, vor dem Entschluss eine Operation an sich vorneh-

men zu lassen, ein sehr leistungsstarkes Diagnostikinstrument zur Feststellung einer Körperdysmorphen Störung ist. Diese Berechnung wurde über die Experimentalgruppe allein und zusammen mit der Kontrollgruppe durchgeführt. In der zukünftigen, Kliniken und ambulanten Praxen empfohlenen Form sollte das BDD-MM mit diesem Item versehen werden.

5.3 Erweiterung der diagnostischen Kriterien des DSM-IV

Die Absicht der Autorin ist es, neben der Vorstellung des neuen Diagnostikinstruments, eine Erweiterung der diagnostischen Kriterien des DSM-IV zu ermöglichen. Sicherlich kann gesagt werden, dass die Kriterien des DSM-IV es im Allgemeinen zulassen, eine klinisch relevante Störung im Sinne von testpositiv vs. testnegativ abzubilden. Die Kriterien erlauben eine Einteilung in "symptomauffällig" und "symptomunauffällig" hinsichtlich eines klinisch auffälligen oder unauffälligen Verhaltens. Allerdings ist es die Meinung der Verfasserin, dass die breite Symptomatik der KD-Störung damit nicht vollständig erfasst werden kann. Falsch positive oder falsch negative Beurteilungen im Sinne einer klinischen Störung können daher nicht genügend differenziert erarbeitet werden (Spitzer & Wakefield, 1999), denn Patienten mit KD-auffälligem Verhalten können hinsichtlich eines Schweregrads der Ausprägung innerhalb des Syndromkontinuums bisher nicht herausgearbeitet werden. Das vorliegende Instrument BDD-MM weist eine standardisierte Befunderhebung verbunden mit einer Schweregradabstufung auf. Somit kann die Unterscheidung der Stufenzuteilung im DSM-IV (1 = trifft nicht zu, 2 = trifft etwas zu, 3 = trifft immer zu) erleichtert werden.

Das DSM-IV geht im Symptomkriterium davon aus, dass die Beeinträchtigung in der individuellen Funktionsfähigkeit auf einem Level ist, das bereits klinisch signifikant ist. Um diese Aussage zu treffen, ist die Einteilung in die drei Kriterien Beschäftigung, Leiden und soziale Interaktion oder Beeinträchtigung nicht ausreichend, denn auch Personen die nicht an einer KDS erkrankt sind, weisen u.U. auf Grund komorbider Störungen, auffällige Ausprägungen innerhalb der Kriterien auf. Es ist davon auszugehen, dass, ohne ein zusätzliches differenzierendes Kriterium und ohne ein entsprechendes Instrument (BDD-MM), die Differenzierung einer symptomatischen Beeinträchtigung individuell nicht von einer klinischen Diagnose vorgenommen werden kann. Somit kommt es häufig zur falsch positiven oder falsch negativen Einschätzungen hinsichtlich der Krankheitsausprägung (First & Pincus, 2002). Daher sollte zusätzlich, um das Syndrom der KDS mit allen symptomatischen Feinheiten zu erfassen, hinterfragt werden, welche Bewertung der Aspekte der Beschäftigung, des Leidens und der sozialen Beeinträchtigung für die Zukunft antizipiert wird. Grundsätzlich muss davon

ausgegangen werden, dass eine individuell empfundene Beeinträchtigung per se nicht pathologisch ist. Um der Gefahr einer ansteigenden falsch negativen Diagnostik entgegen zu wirken, scheint es empfehlenswert, wie in der vorliegenden Studie dargeboten, Mediatorvariablen auch in das DSM-IV zu übernehmen. Dies könnten Variablen sein, die Art und Dauer der als signifikant empfundenen Beeinträchtigung, die Anzahl an Operationen oder andere begleitende klinische Symptome erheben.

Durch die Ergebnisse dieser Studie kann davon ausgegangen werden, dass, erweitert man das DSM-IV um Kriterien nach der antizipierten Zukunft, Personen mit dem Störungsbild KDS test positiv aus der Klientel der operationswilligen "normalnarzisstischen" Personen herausgefiltert werden können. Eine mögliche Formulierung könnte lauten:

Kriterium Bc: "Durch die Ausprägung des KM sind Zukunftsvisionen beeinträchtigt".

Dem Aspekt der Hoffnung sollte zudem Rechnung getragen werden. Worauf hofft der Patient und welcher Tatsache schreibt er die mögliche Erfüllung seiner Hoffnung zu:

"Die Ausprägung des Körpermerkmals verhindere Glücklichkeit und Lebensfreude".

Die "Zukunftsvision" und ein "zufriedenes Leben" wären hier Kriterien, die in die Erhebung einer Diagnose integriert werden könnten.

Das vorliegende Interviewinstrument ist in der Lage die Zielperson durch die Erarbeitung des cut-off von 27.5 eindeutig zwischen testpositiv (KD-auffälliges Verhalten) oder testnegativ (keine KDS) zu differenzieren. Anhand des Expertenurteils wurde ein Cut-off von ab 43 Punkten erarbeitet, der eine klinische pathologische Verdachtsdiagnose zulässt. Zusammen mit einem Expertenurteil kann dargestellt werden, ob die empfundene Beeinträchtigung als klinisch relevant anzusehen ist, somit ausreichend ist, um als behandlungbedürftige Störung im Sinne des DSM-IV identifiziert zu werden. Ab dieser Punktzahl und somit einer Verdachtsdiagnose sollte ein Patient nicht ohne Heranziehen zusätzlicher Diagnostik, oder therapeutischer Interventionen, operiert werden.

Ergänzt durch das visuelle Expertenurteil, das die Normalausprägung des Körpermerkmals einschätzt, ist das BDD-MM ein valides, objektives und reliables Instrument zur Erfassung der KDS und der Zuteilung eines Schweregrads innerhalb des Syndromkontinuums.

Daher gilt die Hypothese der möglichen Erweiterung der DSM-IV Diagnostikkriterien durch die BDD-MM-Studie als erfüllt.

5.4 Hypothesenbezug: Fazit

- Das Diagnostik-Instrument BDD–MM ist ein leistungsstarkes, aussagekräftiges Instrument um die Diagnose KDS im Sinne von KD-Verhalten oder KD-Störung zu erteilen. Es ist praktikabel, einfach durchzuführen und leicht auszuwerten.
- Das Diagnostik-Instrument BDD–MM ist in unterschiedlichsten Settings epidemiologisch einsetzbar.
- Eine Unterstützung der Erhärtung der Diagnose durch das Diagnostik-Instrument BDD–MM wird in Form einer Begutachtung des Körpermerkmals durch den Interviewleiter gegeben.
- Das Diagnostik-Instrument BDD–MM wird in der klinischen Form durch Hinzufügen eines neuen Items erweitert: "Seit wievielen Jahren beschäftigen Sie sich gedanklich schon mit der Durchführung einer Operation?"
- Eine Modifikation der DSM-IV Kriterien durch Erarbeiten einer Skala "Zukunftserwartungen" und "Lebenszufriedenheit" wurde vorgeschlagen.

Die vorab verfassten Arbeitshypothesen hinsichtlich des BDD–MM und seines diagnostischen Einsatzes und Wertes können bestätigt werden.

5.5 Anwendbarkeit des BDD–MM

Das Fragebogeninstrument BDD–MM ist in der klinischen Praxis sowohl stationär als auch ambulant, ein leicht und schnell durchführbares Instrument zur Diagnostik und Erfassung eines Schweregrades der KDS. Anhand des erarbeiteten Cut-off Punkts (über die roc-curve 27.5) von 43 über die Expertenbeurteilung für Stufe vier ist eine Zuordnung hinsichtlich des Verdachtes einer KDS, schnell, sachlich und einfach durchzuführen.

Die gesonderte Einführung des durchführenden Personals ist wegen der Einfachheit der Durchführung nicht notwendig; eine kurze Schulung würde genügen. Es muß hinsichtlich der optischen Einschätzung eines tatsächlich vorliegenden Makels des entsprechenden Körpermerkmals oder auf eine mögliche Abweichung von der Norm aufmerksam gemacht werden. Da eine derartige Einschätzung der Attraktivitätsnorm individuell ist, ist eine geschlechtspezifische Abhängigkeit dieser Bewertung zu bedenken. Möglicherweise ist der interindividuelle Faktor der persönlich wahrgenommenen Sympathie als kritisches Kriterium zu beachten. Daher wäre es ratsam, dass das Interview und die Einschätzung des Körpermerkmals von zwei verschiedenen Personen vorgenommen werden.

Von einer Interpretation der Antworten des Patienten muss Abstand genommen werden. Die einzelnen Items sind derart formuliert, dass die Frage, bei nicht eindeutigem Antwortverhalten nochmal vorgetragen werden sollte. Es sollte vermieden werden, dem Patienten eine Antwortskala und somit möglicherweise einen Schweregrad innerhalb der Stufen uneindeutig zuzuweisen.

Es ist der ethisch moralischen Einstellung der jeweiligen Institution zuzuschreiben, inwieweit, bei Vorliegen eines Verdachtes auf KD-Verhalten oder einer KD-Störung der Patient aufgeklärt wird und einer weiterführenden psychologischen oder psychiatrischen Abklärung zugeführt wird. Bedenkt man das pathologische Schamverhalten der Patienten, bedarf es einer sensiblen Hinführung zu der Thematik der KDS. Ein Risiko ist hier sicher, dass der Patient sich zurückgewiesen fühlen könnte und u.U. eine andere Institution aufsuchen wird, die die gewünschte Operation, auch ohne entsprechende Diagnostik und ohne die möglichen Folgen zu beachten, durchführen würde.

Wünschenswert ist es daher, das Instrument BDD-MM in entsprechenden Institutionen wie Kliniken, Praxen und anderen Orten, an denen Schönheitsoperationen heutzutage durchgeführt werden, breitgefächert zum Einsatz zu bringen.

5.6 Weiterführende Forschung: Optimierung der Studie

Gespräche mit operationswilligen PatientInnen im Sinne der Beratung und nach dem dieser Studie zugrunde liegenden Interview, ergaben, dass die Bewertung einer veränderten sozialen, gesellschaftlichen Interaktion in der Zukunft, bereits vor der Operation plastisch positiv imaginiert und antizipiert wird und in Verbindung zu gesteigerter Lebenszufriedenheit gebracht wird.

- Nach eingehender statistischer aber auch verbaler Überprüfung im interdisziplinären Rahmen kam die Verfasserin zu dem Schluß, eines weiterführenden Themas innerhalb der Fragebogenforschung: die Antizipation der Zukunft und die Bewertung der Lebenszufriedenheit. Hier gibt es bereits einige diagnostische Instrumente, die allerdings nicht in Zusammenhang mit KDS gebracht wurden.

Was der Patient aufgrund der veränderten optischen Ausprägung durch die ästhetisch - plastische Operation an Veränderungen in seinen privaten, beruflichen und sozialen Bezugssystemen erwartet, scheint demnach einen eigenständigen Item Block [Faktor] bilden zu können. So wird z.B. bei vielen KD-verdächtigen Patienten die Erwartung der Anerkennung im gleich- aber auch im gegengeschlechtlichen Bereich, nach der Operation als verändert bis stark zum Positiven verändert eingestuft. Der Tenor war deutlich: "Alles sei nach einer Operation

besser, unkomplizierter und leichter.“ Davon scheinen die meisten der betroffenen Patienten überzeugt zu sein. Diese Einstellung bietet eine gute Basis für eine sicherlich schwierige, aber, wie die Therapie von Körperbildstörungen zeigt, durchaus Erfolg versprechenden Psychotherapie.

Da für diese Hypothese der antizipierten Zukunftsfragen nach Operation keine Daten erhoben wurden, sondern ausschließlich beratende Gespräche oder Interviews ohne Aufzeichnung geführt wurden, erschließt sich hier der Ansatz für eine weiterführende Forschung auf dem Gebiet der KDS.

- Ein weiterer Ansatz wäre die Erhebung des BDD-MM vor der Operation und einige Monate nach einer ästhetisch plastischen Operation: das Ziel wäre hier neben der Erfassung der Zufriedenheit mit dem Körpermerkmal, einer möglichen Symptomverschiebung auf die Spur zu kommen.
- Zukünftige breitgefächerte Erhebung des BDD-MM in unterschiedlichen klinischen Settings, z.B. Dermathologie, Psychiatrie.
- Für die Erfassung der Komorbiditäten mit anderen körperbezogenen Störungen wäre es hilfreich, das Instrument in psychosomatischen Kliniken (Windach, Roseneck etc.) an einer breiteren Klientel zu erheben.
- Es konnten keine Personen mit "KDS wahnhafter Typus" in die Studie aufgenommen werden, sodass zur "KDS wahnhafter Typus" keine Aussage möglich ist. Ein interessanter Aspekt wäre unter diesem Gesichtspunkt übergreifend in z.B. Bezirkskrankenhäusern zu forschen.
- In die vorliegende Studie konnten aufgrund des vorgegebenen Settings (Klinikum Rechts der Isar und Privatklinik) nur Personen aus dem ästhetisch plastischen Operationsbereich mit einbezogen werden. Um einen, über eine Empfehlung von 43 bei Verdachtsdiagnose KDS hinausgehenden, allgemein gültigen cut-off Punkt angeben zu können, sollte die Studie in einem größeren Rahmen, klinikübergreifend, repliziert werden können.
- Bei entsprechendem Setting kann eine Langzeiterhebung angeschlossen werden.
- Eine weitere Möglichkeit die Studie zu optimieren ist, Klienten zu includieren die die Entscheidung zu einer Operation noch nicht getroffen haben. Es scheint günstig das Instrument vorab in Beratungsstellen für Essstörungen oder bei niedergelassenen Ärzten und Chirurgen einzusetzen. Die Durchführung des Interviews könnte von Seiten der Krankenkassen bei operationswilligen Klienten zum Einsatz gebracht werden. Sodann könnten, bei auffälligem Verhalten, zunächst andere Interventionen (z.B. Psychotherapie oder medikamentöse Behandlung) zur Anwendung gelangen.

- Innerhalb einer laufenden Therapie könnte das Instrument in regelmäßigen Abständen erhoben werden um eine Veränderung zu erfassen und somit eine Bestätigung der Therapieform und Verstärkung des Klienten bewirken.

Die Patienten der Experimentalgruppe unterzogen sich alle einer Operation, so dass keine Aussage darüber möglich ist, ob das für sie gut war oder nicht, ob das erwartete Ergebnis tatsächlich für sie eintraf und zufriedenstellend war. Die Ergebnisse der follow-up Studien, die in einer psychologischen Diplomarbeit bearbeitet werden sollen, liegen noch nicht vor. In der Referenzgruppe waren keine Person vertreten, deren Ausprägung körperdysmorphem Verhaltens einem wahnhaften Typus entsprach. Daher können über die körperdysmorphe Störung mit wahnhaftem Typus an dieser Stelle keine Aussagen gemacht werden. Da sich alle 130 Personen der Experimentalgruppe nach der Datenerhebung einer vorher bereits beschlossenen Operation unterzogen, kann hier über den Erfolg anderer Interventionen z.B. pharmakologischer oder therapeutischer Art, keine Aussage getroffen werden.

5.7 Behandlungsansätze der KDS

In der Behandlung der KDS haben sich psychologische und psychopharmakologische Ansätze in Kombination als wirksam erwiesen. Ästhetisch plastische chirurgische Methoden lassen keine Besserung der Symptome erwarten und sind deshalb kontraindiziert (Grossbart & Sarwer, 1999).

Pharmakologische Behandlung

Patienten mit einer diagnostizierten KDS sind in jedem klinischem Setting sehr schwierig zu behandeln. In einer klinischen Studie über Hauterkrankungen und KDS (u.a. Harth & Linse, 2001) konnte festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Patienten "life-style" Medikamente (Finasteride) einforderten – Psychotherapie und psychopharmakologische Interventionen (Fluvoxamine) jedoch eher ablehnten. Phillips (et al. 2001) propagiert, dass Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI's) bei wahnhaftem als auch nicht wahnhaftem Typus der KDS erfolgversprechende Resultate zeigen würden.

Es wird diskutiert (Niedermeier et al. 1998, Hollander & Wong, 1995), die KDS innerhalb der Zwangsspektrumserkrankungen zu sehen. Wobei davon ausgegangen wird, dass die KDS eher am zwanghaften, risikovermeidenden Ende des dimensional Modells anzusiedeln sei. Deshalb scheint hier die psychopharmakologische Behandlung mit entsprechenden Medikamenten (SSRI) eher erfolgversprechend (Phillips, Dwight et al. 1998). Hollander (et al. 1999) vergleicht Patienten die trizyklische Antidepressiva (Clomipramin, SSRI und Desipramin, Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer) 16 Wochen lang verabreicht bekamen. Die Patienten, die SSRI's einnahmen, zeigten

eine signifikante Verbesserung im selbstkontrollierenden Verhalten. Deshalb wird davon ausgegangen, dass von psychopharmakologischer Seite Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bis dato die erfolgversprechendste Therapie darstellen.

Um hier allerdings eine eindeutige Aussage treffen zu können lagen zum Zeitpunkt der Durchführung der vorliegenden Arbeit noch zu wenige kontrollierte Studien vor, ebenso um eine Aussage über die Wirksamkeit kombinierter Behandlungsstrategien (Psychotherapie mit pharmakologischer Therapie) zu treffen.

Es ist der Vorschlag der Verfasserin, zusätzlich zur möglichen pharmakologischen Einstellung (Phillips, Najjar 2003) eine Psychotherapie nach den Kriterien der verhaltenstherapeutischen Methoden anzubieten. Für andere Störungen, z.B. für die Depression ist es hinlänglich erforscht, dass eine Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie die besten Heilungschancen bietet.

Psychotherapeutische Aspekte

Bei Krankheitsbildern, in denen das Körpererleben maßgeblich verändert ist, bietet sich an, das komplizierte Zusammenspiel von Leib und Körper, Gefühlen und Wahrnehmung sowie die auffälligen Kommunikationsmuster einer phänomenologischen Analyse zu unterziehen (Moldzio et al., 2002). Um therapeutische Konzepte oder Modelle zu entwerfen, müssen auch die komorbiden Störungen (u.a. Depression, Zwänge, Essstörungen) in Betracht gezogen werden. Verhaltenstherapeutische Erklärungs- und Therapieansätze sprechen z.B. von einer engen Verbindung der Zwangserkrankungen und der KDS: Salkovskis (1996) berichtet über eine funktionale Ähnlichkeit zwischen der Suche nach Rückversicherung und zwanghaften Ritualen. Diese Rituale dienen bekanntermaßen der Reduktion von Angst bzw. von Anspannung, sowie dem Abbau von Stress. Deshalb sollte eine Psychotherapie kognitive Elemente in Verbindung mit Reizkonfrontation, Exposition und Reaktionsverhinderung in ambulanter Gruppen- als auch in Einzeltherapie beinhalten (z.B. Warwick & Marks, 1988). Aspekte wie z.B. die Identifikation negativer Gedanken über den körperlichen Mangel, sowie die Korrektur der Fehlinterpretation (Josephson & Brondolo, 1993) sollten enthalten sein.

Aufgrund der Diskrepanz zwischen objektivem Erscheinen des betroffenen Körperteiles und dem subjektiven Leiden, sind die Belastungen des Patienten für Außenstehende schwierig nachzuvollziehen. Daher können die als real empfundenen beruflichen, sozialen und emotionalen Beeinträchtigungen im Leben des Patienten leicht unterschätzt werden. Im Sinne der "preparedness" (Harris, 1982) wird von einem gesteigerten Empfinden von Ästhetik (Ästhetikalität) gesprochen, die auf einer biologisch determinierten Disposition beruhen soll. Demzufolge soll ein evolutionär verankertes Bedürfnis nach Symmetrie, Proportion und Größe bestimmter Körperteile bei Personen die eine KDS entwickelt haben, bezüglich einer erhöhten Sensibilität für ästhetische Proportionen, übersteigert sein. In diesem Sinne ist es notwendig und

durch therapeutische Interventionen möglich, neues Verhalten und neue Bewertungen des Aussehens zu erlernen. Angstausslösende und daher vermiedene Situationen sollten da zunächst hierarchisch geordnet werden. Hierbei können Rahmenbedingungen wichtig sein wie u.a. der Abstand einer Person vom exponierten Körperteil, tageszeitlich bedingte Einflüsse, wie z.B. Lichtverhältnisse, die Anzahl und der Vertrautheitsgrad von anwesenden Personen bei Expositionen usw. (Müller, Stangier, 2001).

Verhaltenstherapie

Um ein angemessenes Problemverständnis zu entwickeln und einen langfristigen Therapieerfolg aufzubauen (u.a. Stangier & Hungerbühler, 2001) ist es innerhalb einer intensiven Motivationsphase notwendig, störungsspezifische, kognitiv-behavioralen Interventionen durchzuführen. Das therapeutische Vorgehen in der Anfangsphase der Therapie sollte (z.B. Stangier, 2001; Meiss et al. 2001), über mehrere Phasen hinweg, folgende inhaltliche Schwerpunkte ausweisen:

1. Beziehungsaufbau: Vertrauensbildung, Empathie für subjektives Erleben, Aktivierung von Ressourcen
2. Diagnostik: Exploration, Entstellungs - Rating, Fragebögen (z.B. BDI, Y-BOCS, BDD -MM), Zeichnung der Symptomatik, Selbstbeobachtung
3. Modellbildung: individualisiertes Erklärungsmodell für die Störung, Behandlungsrational: "Entlastung"

Die bedeutendsten Behandlungselemente stellen die Exposition mit dem Aufsuchen von vermiedenen Situationen und das Verhindern problematischer Verhaltensweisen dar. Darunter lassen sich Verhaltensweisen subsumieren, wie z.B. Kontrollrituale, Abdecken des als entstellt angenommenen Körperteiles, sowie andauerndes Einfordern von Rückmeldungen über das Aussehen (Veale et al., 1996), deren Richtigkeit vom Patienten oft angezweifelt werden (siehe Aspekt des "Vertrauens"). Um hier einen erfolgversprechenden Ansatz zu finden scheint die kognitive Umstrukturierung als Instrument der Verhaltenstherapie hilfreich. Die Aufmerksamkeit des Patienten soll besonders auf überzeugungsinkongruente Aspekte gelenkt werden und der Abbau von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten soll kontrollierbarer werden. Im Folgenden ist ein mögliches therapeutisches Modell dargestellt, das die Verfasserin entworfen hat und dabei ist, es zu erproben (Schaer, 2005 hic!):

- Aufbau einer therapeutischen Vertrauensbasis: Therapeut akzeptiert zunächst die vermeintliche Entstellung des betreffenden Körpermerkmals
- Individuelle Diagnostik

- Herausarbeiten von Zielen und Ressourcen: Einbinden von Aspekten der Hypnotherapie
- Bearbeiten der Grundüberzeugung in Hinblick auf den Selbstwert: Automatische Gedanken etc.
- Herausarbeiten der Kontrollrituale
- Exposition (Konfrontation) vermiedener sozialer Situationen in sensu und in vivo
- Reaktionsverhinderung bezüglich der Kontrollrituale
- Herausarbeiten der Überbewertung des Aussehens
- Durchführung von Verhaltensexperimenten z.B. Rollenumkehr, Durchführung der Schritte als Hausübungen
- kognitive Umstrukturierung: Korrektur der Überbetonung des Aussehens und des vermeintlichen Defekts als Maßstab für die Bewertung der gesamten Person
- Video Feedback: dynamische Rückmeldung des Erscheinungsbildes
- Maßnahmen zur Rückfallprävention
- weitere Diagnostik: Veränderungswahrnehmung

Ein Hinterfragen der Grundüberzeugungen, die die Relevanz des eigenen Aussehens für ein positives Selbstwertgefühl zum Inhalt haben, ist für die Etablierung einer konstanten Änderung von dysfunktionalen Einstellungen bedeutsam. So hat sich die Technik der Rollenumkehr als wirkungsvoll erwiesen, logische Denk- und Handlungsmuster zu hinterfragen und als fehlerhaft zu identifizieren. Die Bearbeitung der Grundüberzeugung ist zur Stabilisierung eines Therapieerfolges unerlässlich. Als mit einzubeziehender therapeutischer Ansatz ist das EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) denkbar. Dies scheint dann besonders erfolgversprechend, wenn die Patienten von intensiven, intrusiven, visuellen Vorstellungen und quälenden, somit beeinträchtigenden, verhaltensprägenden inneren Bildern berichten (Brown et al. 1997). Ansätze aus der Hypnotherapie (Revenstorf & Peter, 2001) können, sofern sich die Patienten darauf einlassen, durch die Erzeugung einer symbolischen Symptomrepräsentation, zur Externalisierung, Utilisierung und Reintegration der Symptomrepräsentation genutzt werden. Die Methode der Zukunftsprojektion und Altersregression kann hier ressourcenstärkend eingebracht werden.

Die Behandlung der KDS in psychodynamischem analytischem Setting sollte nach Meinung der Autorin erst dann eingesetzt werden, wenn der Patient im Selbstwert

stabilisiert ist und Verhaltens- sowie Bewertungsänderungen erreicht worden sind. Sicherlich könnte eine nachfolgende Psychoanalyse die Verhaltensänderungen und damit den bereits erreichten Therapieerfolg vertiefen um die Störungansätze, die in einer frühen Bindungsstörung verankert sein könnten, aufzuarbeiten.

5.8 BDD – Munich – DM

Sowohl die Autorin selbst, als auch die Studie stammen aus München. Um eine Abgrenzung von anderen internationalen Studien mit ähnlich anmutenden Buchstabenkürzeln (BDDE; BDDD; BDI etc.) zu erleichtern, wird vorgeschlagen, den Arbeitstitel des Instruments an dieser Stelle umzubennen:

Das bisher als Body-Dysmorphic-Disorder-Munich-Modul (BDD – MM) titulierte Instrument soll in Zukunft heißen:

BDD – Munich – DM

Body - Dysmorphic - Disorder - Munich - Diagnostic - Modul

Kapitel 6

Zusammenfassende Darstellung der Studie

Thema der vorliegenden Studie ist die Erhebung eines neuen Fragbogeninstruments BDD–Munich–DM (body-dysmorphic-disorder–munich-diagnostic-modul). Das Instrument soll eine Zuteilung zu einem Ausprägungsgrad der Störung innerhalb des diagnostischen Kontinuums ermöglichen und die Körperdysmorphophobie als eigenständige Störungsentität "Körperdysmorphie Störung" (KDS) erfassen.

In der theoretischen Einführung wird sowohl die Epidemiologie zur KDS, die wissenschaftliche Herleitung des Störungsbegriffs und die psychologischen Entstehungstheorien betrachtet. Die Diagnostik wird am Klassifikationssystem DSM–IV angelehnt und verwandte Störungen, im Sinne einer Komorbidität, erläutert und in Bezug zur gesellschaftlichen Norm von "Schönheit" und körperlicher Attraktivität gesetzt. Der momentane Stand der Forschung und bisher gängige Instrumente zur Erfassung einer KDS werden aufgezeigt. Es wird anhand der existierenden Instrumente begründet, wieso ein neues, kurzes, einfach durchzuführendes Instrument von wissenschaftlicher Relevanz ist.

Im Methodenteil wird das BDD-MM präsentiert, sowie das Studien-Setting besprochen: Die Daten von 130 klinischen Patienten (Referenzgruppe: n=65 MRI; n=65 Privat) und 63 Personen aus der Kontrollgruppe werden, bei einer Gesamtpopulation von N=193, statistisch nach deskriptiven und psychometrischen Methoden (Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität) ausgewertet. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse weisen darauf hin, dass das BDD-MM in seiner derzeitigen Form, bei Menschen mit ästhetisch platischem Operationswunsch zum Vergleich von einzelnen Individuen herangezogen werden kann. Das BDD-MM zeigt signifikant hohe Übereinstimmungen mit inhaltlich verwandten Instrumenten und Beurteilungen. Zur gelungenen Darstellung der Validität konnte die Y-BOCS, einzelne Teile des SKID-I (Angst-, Zwangs- und Panikstörungen), sowie Items aus dem Demographiebogen als Variablen herangezogen werden.

Die Ausprägung des Körpermerkmals wurde durch Fremdanamnese erhoben. Das

BDD-MM wird mit Expertenbeurteilungen (Goldstandard) korreliert: es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Ergebnisse. Die Inter-Rater-Reliabilität zur Gültigkeit der erhobenen Ergebnisse ergibt sich aus den Ratings von sechs Ratern zu sechs Patienten im Interview. Anhand der roc-curve (SPSS) wird ein cut-off errechnet: wie viele Personen können als krank erfasst werden und sind tatsächlich krank (Sensitivität und 1-Spezifität). Für die Experimentalgruppe wurde der cut-off erhoben: der numerische Wert liegt bei 27.5; darunter gilt eine Person als testnegativ, darüber als testpositiv. In der Stufenzuteilung konnte über das Expertenurteil der Punktwert von 43 ($n=15$) für Stufe vier (körperdysmorphes Verhalten mit Verdacht auf Störung) und 49 für KD-Störung festgelegt werden. Die Autorin nimmt in Anlehnung daran 43 als Trennwert und gibt diesen als Normrichtlinie für die Auswertung des BDD-Munich-DM an. Die Diskriminationspower des Instruments ist gut, konnte durch Hinzuziehen einer Moderatorvariable (Demographievariable 16) auf 100% optimiert werden.

Für die weitere Erhebung des BDD-Munich-DM wird empfohlen, diese Variable hinzuzuziehen: Seit wievielen Jahren befasst sich der Klient gedanklich schon mit einer ästhetisch plastischen Operation. Übersteigt der Zeitraum fünf Jahre, so ist das als verstärkendes Kriterium für die Verdachtsdiagnose KDS anzusehen.

Die psychometrische Überprüfung der Daten weist sehr zufriedenstellende Ergebnisse auf. Diese werden im Ergebnisteil dargestellt und im Diskussionsteil zu den Hypothesen in Verbindung gesetzt. Die Brauchbarkeit der vorliegenden Studie zur Erweiterung der diagnostischen Kriterien des DSM-IV wird diskutiert und bestätigt. Es werden Optimierungsvorschläge gemacht und weitere Forschungsansätze (z.B. Einsetzen des Instruments in anderen speziellen klinischen Settings und die Zukunftsantizipation nach OP) für wissenschaftliche Folgestudien vorgeschlagen. Psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen werden diskutiert. Die Verfasserin bringt Ergänzungsvorschläge zu gängigen Behandlungsmodellen um ein selbst entwickeltes Therapiekonzept der KDS vorzustellen.

Folgende Haupt-Hypothesen wurden entwickelt und konnten statistisch bestätigt werden:

1. Das BDD-Munich-DM erfasst eine körperdysmorphe Störung oder auffälliges Verhalten innerhalb eines Symptomkontinuums im Sinne des DSM-IV.
2. Die Diagnose KDS sowie eine Zuteilung innerhalb des Symptomkontinuums im Sinne einer Schweregradzuteilung kann, in Zusammenhang mit einem visuellen Expertenurteil, angegeben werden: KD-Verhalten oder KD-Störung.
3. Cut-off: Es ist möglich einen Punktwert anzugeben, ab welchem (erreichte Punktzahl) eine Person als unauffällig in der Symptomatik (testnegativ) oder als auffällig (testpositiv) diagnostiziert werden kann (Trennpunkt: 27.5). Ab einem

Punktwert von 43 ist eine Person als krank im Sinne einer Verdachtsdiagnose zu betrachten und, vor einer Operation, entsprechender psychiatrischer oder psychologischer Intervention zuzuführen.

4. Das Instrument ist aufgrund der Standardisierung der Items, für die epidemiologische Forschung einsetzbar.

Die gültige Umbenennung des Fragebogeninstrumentes in "BDD-Munich-DM" wird festgelegt.

Literaturverzeichnis

- Abelin E. L., (1980). Triangulation, the role of the father and the origins of core gender identity during the rapprochement aubphase. In: Lax R., Bach S., Burland J.A., (eds.). Rapprochement. New York: Jason Asonson. 151 - 169.
- Adler R., Herrmann J. M., Köhle K., Schonecke O.W., von Uexküll Th., Wesiack W., (1990) (Hersg.). Psychosomatische Medizin. Nördlingen: Urban & Schwarzenberg.
- Alexander F., (1951). Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter.
- Alwin D., (1989). Problems in the estimation and interpretation of the reliability of survey data. *Quality and Quantity*, 23. 277-331.
- Amelang M. & Zielinski W., (2002). Psychologische Diagnostik und Intervention. Berlin: Springer-Verlag
- American Psychiatric Association (APA), (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - III - R). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA), (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - VI). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Bandura A., (1979). Sozialkognitive Lerntheorie. Stuttgart.
- Bandura A., (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
- Bankofer H., (2002). Fernsehsendung, Bayerischer Rundfunk
- Barsky A. J., (1983). Psychology of the patient undergoing plastic surgery. *American Journal of Surgery*, (2). 238 - 244.
- Bianchi N., (1973). Patterns of hypochondriasis. A principle component analysis. *British Journal of Psychiatry*, 122. 541 - 548.
- Bion W.R., (1962). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1990.
- Bortz, J., (1979). Lehrbuch der Statistik. Springer. Heidelberg

- Braddock L.E., (1982). Dymorphophobia in adolescence: a case report. *British Journal Psychiatry*, 140. 199 - 201.
- Bräutigam W., (1956). Analyse der hypochondrischen Selbstbeobachtung. *Nervenarzt*, 27. 409 - 418.
- Brown K. W., McGoldrick T. & Buchanan R., (1997). BDD: Seven Cases Treated with EMDR. In: *Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 25. 203-207.
- Bruce V., (1993). Face Recognition. *European Journal Cog Psychol Contempor Psychol.*, 38. 63-65.
- Bruner J. S. & Postman L., (1949). Perception, Cognition and Behavior. *Journal of Personality*, 18. 14 - 32.
- Bullinger M., (1991). Quality of Life - Definition. Conceptualization and Implications: A Methodologists View. *Theor. Surg.*, 6. 143 - 148
- Castle D.J., Honigman R. J. & Phillips K. A., (2002). Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeeing?. In: *Med Journal* 176. 601-604.
- Comer R. J., (2001). *Klinische Psychologie*. Heidelberg, Berlin: Spektrum. Akademischer Verlag.
- Corove M. B. & Gleaves D. H., (2001). Body Dysmorphic Disorder: a review of Conceptualizations, Assessment and Treatment Strategies. *Clinical Psychol. Review*, Vol. 21. (6). 949 - 970.
- Cunningham M. R., (1986). Measuring the physical in physical attractiveness. Quasi experiments of the socialbiology of female beauty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50. 925 - 935.
- Cunningham S. J., Bruyant C. J., Manisali M., Hunt N. P. & Einemann C. (1996). Dymorphophobia: recent developments of interest to the maxillofacial surgeon. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 34. 368-374
- DeLeon J., Bott A. & Simpson G.M. (1989). Dymorphophobia: Body Dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*. 457 - 472.
- Deusinger I. M., (1997). *Untersuchungen zum Körperkonzept*. Göttingen: Hogrefe
- Deusinger I. M., (1998). *Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)*. Handanweisungen. Göttingen: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- Deyo, R.A. & Inui, T.S., (1984). Towards clinical applications of health measures: sensitivity of scales to clinical important changes. *Hlth Serv Res*, 19. 277 - 289.

- Diaz M. C., (2000). Body Image and self concept in two Generations of Women. Dissertation Abstract. The science and Engineering, 2001 May, 61 (10 - B).
- Dietrich, H., (1962). Über Dymorphophobie (Mißgestaltsfurcht). Archiv Psychiatrische Zeitschriften Neurologie, 203. 511-518.
- Dion K., (1986). Stereotyping based on physical attractiveness: Issues and conceptual perspectives. In: Hermann C.P., Zanna M.P., Higgins E.T. (Eds.). Physical appearance, stigma and social behavior. Hillsdale N.Y.: Erlbaum. 7 - 21.
- Dion K., Berscheid E. & Walser E., (1972). What is beautiful is good. Journal of Personality and Social Psychology, 24. 285 - 290.
- Dufrense R. C., Phillips K. A., Vittorio C.C. & Winkel C. S., (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. In: Dermatologic Surgery, 27 (5). 457 - 462.
- Faust V., (2002). Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang.
Internetseite: www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/dysmorphophobie.html
- Fiedler P., (1997). Persönlichkeitsstörungen. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fink, U., (2000). Qualitative Forschung - Ein Handbuch. Reinbek/Hamburg: Rowolt
- First, M. B. & Pincus, H.A., (2002). The DSM-IV Text Revision: Rationale and Potential Impact on Clinical Practice. Psychiatric Services. (Vol. 53) No. 3 288 ff.
- Fischer G. & Riedesser P., (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. Verlag.
- Freud A., (1975). Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler
- Freud S., (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. In: Sigmund Freud Collected Papers (Vol.3). New York: Basic Books.
- Freud S., (1916). Eine Beziehung zwischen einem Symbol und einem Symptom. G.W. X. 393 - 395.
- Freud S., (1914). Zur Einführung des Narzismus. GW X. Frankfurt: Fischer. 137 - 170.
- Freud S., (1931). Über die weibliche Sexualität. G.W. XIV. 515 - 537.
- Frey H.- P. & Hauber K., (1987). Identität. Entwicklungslinien sozialwissenschaftlicher Identitätsforschung. Stuttgart. 3 - 27.
- Furberg C, C., (1985). Assessment of quality of life. In: L. Friedman, C. Furberg, D. Dements (eds.). Fundamentals of clinical trials. Littleton: PSG Publishing.

- Gabbard G.O., (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin Menn. Clin.* 56. Suppl. A. A3 - A 13.
- Goffman E., (1972). *Asyle*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Grant J.E., Kim S.W. & Crow S. J., (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (7). 517 - 522.
- Grant J. E., Kim S. W. & Eckert E. D., (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence clinical features and delusionality of body image. In: *International Journal of Eating Disorders*, 32. 291-300.
- Greve W., (2000). (Hrsg.). *Psychologie des Selbst*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Grossbart T. A. & Sarwer D. B., (1999). Cosmetic surgery: Surgical tolls - psychosocial goals. In: *Cutaneous Medicine and Surgery*, 18. 101-111.
- Gründl M., (1999). *Beautycheck*. Ursachen und Folgen von Attraktivität. Abb. Der Gesamtstudie als Internetseite: [www. Beautycheck.de](http://www.Beautycheck.de)
- Haaf U., Pohl U., Deusinger I. M. & Bohus M., (2001). Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Störung. IN: *Psychother Psychosom med Psychol*, 51. 246-254.
- Harth W. & Linse R., (2001). Body dysmorphic disorder and life-style drugs. In: *International Journal Clin Pharmacol Ther* 39. 284-287.
- Harris, D. L., (1982) Cosmetic surgery - where does it begin? *British Journal Plast. Surg.*, 35. 281 - 286.
- Hassebrauck M. & Niketta R., (1993). *Physische Attraktivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Henrich G. & Herschbach P., (2000). Questions of life satisfaction (FLZM) - A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16 (3). 150 - 159.
- Henss R., (1992). "Spieglein, Spieglein an der Wand". *Geschlecht, Alter und physische Attraktivität*. Weinheim: Psychologische - Verlags - Union.
- Hiroto D. S., (1980). Ort der Kontrolle und gelernte Hilflosigkeit. In: W. Herkner (Hrsg.), *Attribution - Psychologie der Kausalität*, Bern: Huber
- Hirsch M., (2002). Symbolfunktion und Objektverwendung des eigenen Körpers. In: *Der eigene Körper als Objekt*. 126.

- Hirsch M., (1989). (Hg.)Hypochondrie und Dysmorphophobie. In: Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Heidelberg: Springer. 77 - 93.
- Hoffer W., (1950). Die Entwicklung des Körper - Ichs. In: Overbeck (Hrsg.) (1978): Seelischer Konflikt - Körperliches Leiden. Reinbeck: Rowohlt . 185 - 191.
- Hoffmann S.O., (1998). Somatisierungsstörungen und somatoforme Störungen - Herkunft der Konzepte und ihre Abbildung in den neuen diagnostischen Glossaren. In: Rudolf G., Hennighausen P., (Hrsg.). Somatoforme Störungen. New York: Schattauer. 3 - 10.
- Hollander E., (1993). Obsessive-compulsive related disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Hollander E. & Aronowitz B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the comorbid patient. *Journal Clin Psychiatry*, 60 (9). 27 - 31.
- Hollander E., Cohen L. J., Simeon D., (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23. 359 - 364.
- Hollander E. & Wong C. M., (1995a). Introduction: Obsessive-compulsive-spectrum disorders. *Journal Clin Psychiatry*. 56. 3-6.
- Hollander E., Allen A., Kwon J., Aronowitz B., Schmeidler J., Wong C. & Simeon D., (1999). Clomipramine vs desipramin crossover trial in BDD. *Archives of General Psychiatry*, 56. 1033-1039.
- Hormans G. C., (1972). Elementarformen sozialen Verhaltens. Köln
- Jahrreiss W., (1930). Das hypochondrische Denken. *Archiv der Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 92. 686 - 923.
- Janet P., (1903). Les obsessions et la psychasthenie. Paris : Felix Alcan.
- Joraschky P. & Moesler T.A., (1992). Die Dysmorphophobie. In: Kaschka P. & Lungerhausen E. (Eds.), *Paranoide Störungen*. (Vol. VII). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Joraschky P., (1998). Psychodynamische Therapie der Sozialphobie. In: Katschnig H., Demal U., Windhaber J. (Hrsg.). *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird*. Wien: Facultas. 105 - 118.
- Joraschky P., (1983). *Das Körperschema und das Körper - Selbst*. München: Minerva - Publikation.
- Jorgensen L., Castle D., Roberts C. & Groth-Marnat G., (2001). A clinical validation of the Dysmorphic Concern Questionnaire. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37. 100 - 105.

Psychiatry, 35. 124-128.

- Josephson S. C. & Brondolo E., (1993). Cognitive-behavioral approaches to obsessive compulsive related disorder. American Psychiatric Press, Inc
- Juniper, E.F., Guyatt, G.H. & Jaeschke, R. (1996). How to develop and validate a new health related quality of life instrument. In: B. Spilker (Eds.), Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials (49-56). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Kaan H., (1892). Der neurasthenische Angsteffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. Wien, Leipzig: Deuticke. Kapfhammer H. P., (1991). Bizarre Körperfühlstörungen. Psychiatrie für die Praxis, 14. 35 - 52.
- Kapfhammer H. P., Möller H.-J., Laux, (1999). Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kegan R., (1979). The evolving self: a process conception for ego psychology. In: Counseling Psychologist, 8. 5 - 34.
- Keller K., (1975). Psychosomatik: Eine Bestätigung der Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 51. 14 - 18.
- Kellner R., (1982) Psychotherapeutic strategies in hypochondriasis: a clinical study. American Journal of Psychotherapy, 36. 147 - 157.
- Kluge N., Hippchen G. & Fischinger E., (1999). Körper und Schönheit als soziale Leitbilder. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in West - und Ostdeutschland. In: Studien zur Sexualpädagogik, Bd. 13. Frankfurt/Main: Peter Lang. Europ. Verlag der Wissenschaft.
- Kohut H., (1973). Narzismus. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kohut H., (1977). The restoration of the self. New York: International Universities Press.
- Korkina M.V., (1965). The syndrome of dysmorphomania (dysmorphophobia) and psychopathic personality. Zh Nevropat. Psikhiat. (Korsakow), 65. 1212 - 1217.
- Kraepelin E., (1909). Psychiatrie (8). Leipzig: J. A. Barth.
- Kretschmer E., (1966). Der sensitive Beziehungswahn. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg New York: Springer.
- Kroeber - Riehl W., Weinberg P., (1999). Konsumentenverhalten. München: Verlag Franz Vahlen.

- Kroeber - Riehl W., Behrens, Dombrovsky, (1998). Kommunikative Beeinflussung der Gesellschaft. Wiesbaden.
- Küchenhoff J., (1984). Dymorphophobie. *Nervenarzt*, 55. 122 - 126.
- Küchenhoff J., (1993). Der psychogen motivierte Operationswunsch. *Chirurg*, 64. 382 - 386.
- Küchenhoff J., (2002). Psychosomatik. In: Mertens W. & Waldvogel B., (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. München: Kohlhammer.
- Küchenhoff J., (1992). *Körper und Sprache*. Heidelberg: Asanger.
- Lexikon der Neurowissenschaft (2000). Red.: Hanser H. & Scholtyssek, C., Bd. 1 - 4. Heidelberg, Berlin: Spektrum, Akad. Verlag.
- Ladee G. A., (1966). *Hypochondrial syndromes*. Amsterdam, London, New York: Elsevier.
- Levine S. & Croog S.H., (1984). What constitutes quality of life? A conceptualisation of the dimension of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease. In:?
- Lienert G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz
- Lienert G. A. & Bortz J., (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Heidelberg: Springer-Verlag
- Light R. J., Singer J. D. & Willett J. B., (1990). *By design: Planning research on higher education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marks I.M. & Misham J., (1988). Dymorphophobia avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152. 674 - 678.
- Marks I. M., (1987). *Fears, phobias and rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- McDowell, I. & Newell, C. (1987). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New-York: Oxford University Press. Merleau-Ponty M., (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Mertens W., Waldvogel B., (2002). (Hrsg.). *Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe*. 2. Auflg. Kohlhammer
- Mester H., (1983). Die Dymorphophobie. *Klinische Bilder und die ihnen gemeinsame Psychodynamik*. *Extr. Dermatology*, 7. 113 - 135.
- Meyer S., (1982). The thoery of gender identity disorders. *Journal of American Psa. Ass.* 30. 381 - 418.

- Miller S. B., (1985). The shame experience. London: Analytic Press.
- Moldzio, A. & Schmid - Siegel, B., (2002). Selbstverletzendes Verhalten. *Psychotherapeut*, 47. 165 - 170
- Morselli E., (1886). Oder 1891 Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bolletino della Regia Accademia di Genova*, 6. 110 - 119
- Mühlbauer W., Holm C. & Wood D. L., (2001). The Tersites Complex in Plastic Surgical Patients. In: *Plastic Reconstr Surg*, 107. 319-326.
- Newell, R. & Marks, I., (2000). Phobic nature of social difficulty in facial disfigured people. *British J of Psychiatry*, 176. 177 - 181.
- Niedermeier M., Hegerl U., Zaudig M., (1998). Zwangs - Spektrum Erkrankungen. In: *Psychotherapie (Vol. 3, Heft 2)*. München: CIP - Medien. 189 - 200.
- Nierenberg A. A., Phillips K. A., Petersen T.J., Kelley K. E., Alpert J. E., Worthington J. J., Tedlow J. R., Rosenbaum J. F. & Fava M., (2002). Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. In: *J Affect Disord* 69. 141-148.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory (2nd edition)*. New-York: McGraw-Hill.
- Nummendej, H. D., (1995). *Die Fragebogenmethode*. Göttingen: Hogrefe.
- Nummendej, H. D., (2000). *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. Fink, U. (Hrsg.). Reinbek: Rowolt
- Oosthuizen P., Lambert T. & Castle D. J., (1998). Dysmorphic concern: prevalence and association with clinical variables. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32. 129-132.
- OPD - Arbeitskreis, (2000). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Pawlow I. P., (1928). *Lectures on conditioned reflexes: Twenty - five years of objective studies of higher nervous activity (behavior of animals)*. (Vol. 1). New York: International Publishers.
- Perugi G., Akiskal H. S., Giannotti D., Frare F., Di Vaio S. & Cassano G. B. (1997). Gender-related Differences in Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia). In: *Journal Nerv Ment Dis* 185. 578-582.
- Phillipopoulos G. S., (1979). The analysis of a case of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24. 379 - 401.

- Phillips K. A., Diaz S. F., (1997). Gender Differences in Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Nervous and mental Disease*, 185. 570 - 577
- Phillips K. A. & McElroy S. L., (1993). Insight, overvaluated ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181. 699 - 702.
- Phillips K. A., (1991) Body Dysmorphic Disorder: The Distress of Imagined Ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148. 1138 - 1149.
- Phillips K. A., McElroy S. L., Keck P. E., Pope H.G. & Hudson J.I., (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150. 302 - 308.
- Phillips K. A., (1996). *The broken mirror: Understanding and treating Body Dysmorphic Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Phillips K. A., Hollander E., Rasmussen S. A., Aronwitz B. R., DeCaria C. & Goodman W. K., (1997). A Severity Rating Scale for Body Dismorphic Disorder: Development, Reliability and Validity of a Modified Version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull* 33. 17-22.
- Phillips K. A., Dwight M. M. & McElroy S. L., (1998). Efficacy and savety of Fluvoxamine in BDD. *Jounal of Clinical Psychiatry*, 59. 165-171.
- Phillips K. A., (1999). Body Dysmorphic Disorder and Depression: Theoretical Considerations and Treatment Strategies. *Psychiatric Quarterly*, (Vol. 70, No. 4) 313 - 331.
- Phillips K. A., (2000). Body Dysmorphic Disorder: Diagnostic controversies and treatment challenges. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64 (1). 18 - 35.
- Phillips K. A. (2000b). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (3). 170 - 175.
- Phillips K. A., Albertini R. S., Siniscalchi J. M, Kahn A. & Robinson M., (2001) Effeciveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chat review study. In: *Jounal of Clinical Psychiatry* 62. 721-727.
- Phillips K. A., McElroy S. L., Dwight M. M., Eisen J. L. & Rasmussen S. A., (2001). Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal Clin Psychiatry*. 62. 87-91
- Phillips K. A. & Castle D. J., (2002). (Hrsg.) *Disorders of Body Image*. Hampshire, Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing Ltd.

- Phillips K.A. & Najjar F., (2003). An open - label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*, 64. 715 - 720.
- Pigott A. L., Heures F. & Dubbert B., (1994). Obsessive-compulsive disorder: co-morbid conditions. In: *Journal Clin Psychiatry*. 55 (10). 15-27.
- Plassmann R., (1993). Organwelten: Grundriß einer analytischen Körperpsychologie. *Psyche*, 47. 261 - 282.
- Plassmann R., (2002). Körperbild, Körperschema, Körperselbst. In: Mertens W. & Waldvogel B.: *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. ORT Kohlhammer Verlag
- Posch W., (1999). *Körper machen Leute. Der Kult um die Schönheit*. Frankfurt/Main, New York: Campus - Verlag.
- Pöppel E., (1997). *Grenzen des Bewußtseins*. Frankfurt/Main: Insel-Verlag
- Rapaport D., (1967). A theoretical analysis of the superego concept. In: Gill M. (ed.). *The collected papers of David Rapaport*. New York, London: Basic Books. 685 - 709.
- Redler E., (1994). *Der Körper als Medium der Welt. Eine Annäherung von außen: Schönheit und Gesundheit*. Frankfurt: Mabuse
- Revenstorff D. & Peter B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer
- Riedle G., (2003). Die neue Bedeutung des Körpers. 06. In: *Geo*: 51-80
- Rief W. & Hiller W., (1992). *Somatiforme Störungen*. Bern: Huber.
- Robert L., Spitzer M.D. & Wakefield, J., (1999). DSM-IV Diagnostic for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry*, 156. 1856 - 1864.
- Rogers C.R., (1951). *Client - centered therapy*. Boston Houghton Mifflin. Deutsch: (1973). *Die Klientenzentrierte Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rohde-Dachser C., (1990). Psychoanalytische Theorien zur Entstehung der frühen Objektbilder und ihrer Bedeutung für die unbewusste Erfahrung der Geschlechtsdifferenzierung bei Mann und Frau. In: Bartl G., Pesendorfer F., (Hrsg.). *Strukturbildung im therapeutischen Prozess*. Wien: Literas. 29 - 45.
- Rosen J. C. & Ramirez E., (1998). A comparison of Eating disorders and Body dysmorphic disorder and psychological adjustment. *Journal Psychosom Res*. 44. 441-449
- Rosen J. C. & Reiter J., (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behavioral Research and Therapy* 34 (9). 755 - 766.

- Rosen J. C., Jones A., Ramirez E. & Waxman S., (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of Validity and Reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20. 315-319.
- Rosen J. & Reiter J., (1993). BDDE-SR: unveröffentlichtes Manuskript. Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, VT 05405 U.S.A.
- Rycroft C., (1968). *A critical dictionary of psychoanalysis*. London: Penguin.
- Salkovskis P. M., (1996). Zwangssyndrome. In: Markgraf J.: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 2. Berlin: Springer.
- Saß H., Wittchen H.U. & Zaudig M., (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe
- Saxena S., Winograd A., Dunkin J. J., Maidment K., Rosen R., Vapnik T., Tarow G., Bystritsky A., (2001). A Restrospective Review of Clinical Characteristics and Treatment Response in Body Dysmorphic Disorder versus Obsessive - Comulsive Disorder. *Joernal of Clinical Psychiatry*, 62. 67 - 72.
- Schilder P., (1923). *Das Körperschema*. Berlin: Springer - Verlag.
- Schilder P., (1938). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press. 1950.
- Schneider S., (2002). Äußere Einflüsse auf die Entscheidung für eine plastisch - ästhetische Operation. Unveröffentlichte Diplomarbeit aus der Psychologie. LMU München.
- Schneider D. J., (1973). Implicit Personal Theorie. A Riview. *Psychological Bulletin*, 79. 294 - 309.
- Schöpf A., (2002). Hermeneutik. In: Mertens W. & Waldvogel B. (Hersg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. München: Kohlhammer
- Schüssler G., (2002). Konflikt. In: Mertens W. & Waldvogel B. (Hersg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. München: Kohlhammer
- Seligman M., (1995). *Erlernte Hilflosigkeit*. Psychologie Verlags Union Beltz, Weinheim
- Skinner B. F., (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Spitzer, R.L., (1998). Diagnosis and need for treatment are not the same. *Arch Gen Psychiatry*, 55. 120 f.
- Spitzer, R.L. & Wakefield, J.C., (1999). DSM-IV Diagnostic Criterion for Clinical Significance: Does It Help Solve the False Positives Problem? *Am J Psychiatry* 156:12.

1856-1864.

- Stangier U. & Gieler U., (1997). Somatoforma Störungen in der Dermatologie. *Psychother. Psychiatrie, Psychotherap. Med. Klin. Psychol.* 2 (2). 91 - 101.
- Stangier U., Hungerbühler R. & Meyer A., (1996). Deutsche Übersetzung des Moduls Körperdysmorphie Störung für Strukturierte Diagnostische Interviews. Frankfurt am Main: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Stangier U., Hungerbühler R., Meyer A. & Wolter M., (2000). Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphie Störung. Eine Pilotstudie. *Der Nervenarzt*, 71. 876 - 884.
- Stangier U. & Hungerbühler R., (2001). Eingebildete Häßlichkeit: die KDS aus psychologischer Sicht. In: *Zeitschrift für kl. Psycholo. und Psychotherapie.* 30 (2). 77-83.
- Stangier U., (2001). *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe
- Stekel W., (1949). *Compulsion and Doupt.* New York: Liveright.
- Stern D., (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings.* Stuttgart: Klett - Cotta.
- Stutte H., (1974). Neurotische Dissozialität auf dem Boden eines Thersiteskomplexes. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 23 (5). 161 - 166.
- Strasser P. & Arendt J., (1929). Wegen Emil seiner unanständ'ge Lust. In: Franke A. & Kämmerer A. (2001). *Klinische Psychologie der Frau.* u.a. Göttingen: Hogrefe - Verlag.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (1995). *Health measurment scales. A practical guide to their development and use.* Oxford: Oxford University Press.
- Tangney J. P. & Fischer K.W., (1995). (eds.) *Self - concious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride.* New York: Guilford.
- Thibaut J. W. & Kelly H. H., (1959). *The Social Psychology of Groups.* New York
- Tölle R., (1999). *Psychiatrie.* Heidelberg: Springer Verlag.
- Uexküll T. von & Wesiak W., (1981). Das Leib - Seele - Problem in psychosomatischer Sicht. In: *Psycholanalytisches Kompendium LMU*
- Uexküll T. von., Fuchs, M. Müller - Braunschweig H. & Johnen R., (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer.
- Veale D., Boocock A., Gournay K., Dryden W., Sha F., Wilson R. & Walburn J., (1996). *Body Dysmorphic Disorder. A survey of fifty cases.* *British Journal of Psychiatry*,

169. 196 - 201.

- Waller, E. & Scheidt C.E., (2002). Somatoforme Störungen und Bindungstheorie. *Psychotherapeut*, 47. 157 - 164.
- Walter K., (1965). Über das "phobische Beziehungssyndrom". *Nervenarzt*, 36. 7 - 11.
- Warwick H. M. & Marks I. M., (1988) Behavioral treatment of illness phobia and hypochondriasis: a pilot study. *Br J Psychiatry*. 152. 239-241.
- Wenger N., M. Mattson, C. Furberg, J. Ellison (eds.): Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York: Le Jacq. 44 - 66.
- Wegner U., Meisenzahl E. M., Möller H.-J., Kapfhammer H.-P., (1999). Dysmorphophobie - Symptom oder Diagnose? *Nervenarzt*, 70. 233 - 239.
- Winnicott D.W., (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho - Anal.*, 34. 89 - 97.
- World Health Organisation (WHO) (1992). The tenth revision of the International Classification of diseases and related health problems (ICD - 10). Genf: WHO.
- Wittchen H.-U., Zaudig M. & Frydreich T., (1997). SKID - I: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM - VI. Achse I: Psychische Störungen. Göttingen: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- Zimmermann M. & Mattia J.I., (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlations. *Comprehensive psychiatry*, 39 (5). 265 - 270.

Abbildungsverzeichnis

4.1	Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für A Beschäftigung in der Experimentalgruppe n=130	64
4.2	Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Ba Leiden in der Experimentalgruppe n=130	64
4.3	Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Bb Soz.Interaktion in der Experimentalgruppe n=130	64
4.4	Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für A Beschäftigung in der Kontrollgruppe n=63	65
4.5	Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Ba Leiden in der Kontrollgruppe n=63	65
4.6	Verteilung des Mittelwertes der Subskalen-Scores für Bb soz.Interaktion in der Kontrollgruppe n=63	65
4.7	Box-plot der Summenscores: Subskala Beschäftigung (Experimental- vs. Kontrollgruppe)	68
4.8	Box-plot der Summenscores: Subskala Leiden (Experimental- vs. Kontrollgruppe)	68
4.9	Box-plot der Summenscores: Subskala soz. Interaktion (Experimental- vs. Kontrollgruppe)	68
4.10	Box-plot der Summenscores über Subskala Beschäftigung: Vergleich zwischen den Gruppen	69
4.11	Box-plot der Summenscores über Subskala Leiden: Vergleich zwischen den Gruppen	69
4.12	Box-plot der Summenscores über Subskala soz. Interaktion: Vergleich zwischen den Gruppen	69
4.13	Streudiagramm: Zusammenhang der Subskalen Beschäftigung und Leiden am Körpermerkmal	71
4.14	Streudiagramm: Zusammenhang der Subskalen Beschäftigung und soziale Interaktion	71
4.15	Streudiagramm: Zusammenhang der Subskalen Leiden am Körpermerkmal und soziale Interaktion	71

4.16 Interviewleiter: Auffälliges Körpermerkmal vorhanden ja/nein Experimental- vs. Kontrollgruppe	79
4.17 Expertenbeurteilung: Vergleich Experimental- vs. Kontrollgruppe. Schweregradzuteilung nach Interview	79
4.18 Interviewereinschätzung: Beurteilung des Körpermerkmals. Schweregradzuteilung in der Gesamtpopulation.	79
4.19 roc-Kurve für A: Beschäftigung n=130	82
4.20 roc-Kurve für Ba: Leiden n=130	82
4.21 roc-Kurve für Bb: Soz. Interaktion n=130	82
4.22 roc-Kurve für den Summenscore BDD-MM über die Subskalen n=130	82
4.23 Gedankliche Beschäftigung mit Operation in Jahren: Experimentalgruppe n=130	86

Tabellenverzeichnis

4.1	Häufigkeitsverteilung der einzelnen Items in der gesamten Population (N=193)	60
4.2	Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen der einzelnen Items aus MRI (n=65)	61
4.3	Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen der einzelnen Items in der Privatklinik (n=65)	62
4.4	Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen der einzelnen Items: Kontrollgruppe (n=63)	63
4.5	Deskriptive Statistik des BDD-MM total (N = 193)	66
4.6	Statistische Kennwerte in der Experimental- und Kontrollgruppe . . .	67
4.7	Gruppenstatistik: Gruppen MRI/Privat (n = 130) vs. Kontrolle (n = 63)	69
4.8	Mann-Whitney U-Test: Mittelwertsvergleich der Subskalen	70
4.9	Interskalen-Korrelationsmatrix Spearman-Rho	71
4.10	Rotierte Faktorenmatrix	73
4.11	Übersichtstabelle: Cronbach's α in der Kontrollgruppe, der Experimentalgruppe und der Gesamtstichprobe nach Subskalen getrennt erhoben	75
4.12	Trennschärfe der Items und interne Konsistenz der Skalen	75
4.13	Korrelation des BDD-MM mit Fragebogenparametern	76
4.14	Korrelation des BDD-MM mit Demographievariablen	77
4.15	Inter-Rater-Korrelationen (Kendals-Tau-b)	78
4.16	Gruppenmittelwerte und Standardfehler des Expertenurteils, des Gesamtscores und dessen Mittel über alle Skalen-Einheiten n=130) . . .	80
4.17	Korrelation des Expertenurteils mit dem Gesamtscore des BDD-MM für n=130	81
4.18	Cut-off-Point über alle Items und Skalen für n=130 Experimentalgruppe	83
4.19	Expertenurteil: Stufe 4 körperdysmorphes Verhalten (n=15)	84
4.20	Expertenurteil für Stufe 5 (n=6) körperdysmorphe Störung	84
4.21	Expertenurteile für die Stufen 4 und 5 (n=21)	84
4.22	Differenzierung zwischen MRI, Kontrollgruppe und Privat bei N=193 .	86
4.23	Ohne Differenzierung zwischen MRI und Privat	86
4.24	Differenzierung mit zusätzlicher Variable 16 aus Demographiebogen . .	87

Anhang

- Fragebogeninstrument BDD – MM
- Interviewleitfaden
- Y-BOCS

Patienten – Code – Nr.:

Datum:

Untersucher:

**Standardisiertes Interview zur Bestimmung des
Schweregrades körperdysmorphen Verhaltens
und der erweiterten Operationalisierung der
Diagnose der Körperdysmorphen Störung nach DSM-IV**

Körpermerkmal:

Interviewleiter:

Expertenbeurteilung:

Standardisiertes Interview zur Bestimmung des Schweregrades des körperdysmorphen Verhaltens zur erweiterten Operationalisierung der Diagnose der Körperdysmorphen Störung nach DSM-IV

A) Übertriebene Beschäftigung mit dem Körpermerkmal

		Schweregradstufen				
Körpermerkmal wird im Folgenden mit KM abgekürzt.	9	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
Frage nicht zutreffend codiere:						
A 1) Überprüfen Sie Ihr KM über die notwendige tägliche Toilette hinaus in spiegelnden Flächen?		0__ Überprüft das KM nicht zusätzlich täglich.	1__ Überprüft das KM selten (bis zu 15 Min.) zusätzlich täglich .	2__ Überprüft das KM öfter (bis zu 30 Min.) zusätzlich täglich .	3__ Überprüft das KM häufig (bis zu einer Std.) zusätzlich täglich .	4__ Überprüft das KM sehr häufig (mehr als eine Std.) zusätzlich täglich.
A 2) Vermeiden Sie es, Ihr KM in spiegelnden Flächen zu überprüfen?		0__ Kein Vermeiden.	1__ Überprüfen wird selten vermieden.	2__ Überprüfen wird manchmal vermieden.	3__ Überprüfen wird oft vermieden.	4__ Überprüfen wird immer vermieden.
A 3) Kaschieren Sie Ihr KM über das übliche modische Verhalten hinaus?		0__ Kein Kaschieren.	1__ 1 mal pro Monat zusätzliches Kaschieren.	2__ 1 mal pro Woche zusätzliches Kaschieren.	3__ Mehr als die Hälfte aller Tage zusätzliches Kaschieren.	4__ Tägliches zusätzliches Kaschieren.
A 4) Müssen Sie Ihr KM mit dem anderer Personen vergleichen?		0__ Muß KM nicht mit anderen Personen vergleichen.	1__ Muß KM gelegentlich mit anderen Personen vergleichen.	2__ Muß KM oft mit anderen Personen vergleichen.	3__ Muß KM sehr oft mit anderen Personen vergleichen.	4__ Muß KM immer mit anderen Personen vergleichen.
A 5) Können Sie den Gedanken an Ihr KM loswerden?		0__ Kann den Gedanken an KM meist loswerden.	1__ Kann den Gedanken an KM selten loswerden.	2__ Kann den Gedanken an KM oft nicht loswerden.	3__ Kann den Gedanken an KM häufig nicht loswerden.	4__ Wird den Gedanken an KM nie los.
A 6) Lassen Sie sich von anderen versichern, daß Ihr KM nicht so schlimm ist, wie Sie glauben?		0__ Nein, keine Rückversicherung nötig.	1__ Seltene Rückversicherung, ca.1 x pro Monat.	2__ Gelegentliche Rückversicherung, ca.1 x pro Woche.	3__ Häufige Rückversicherung, mehrmals wöchentlich.	4__ Sehr häufige Rückversicherung, jeden Tag.
A 7) Welchen Zeitraum pro Tag nimmt die gedankliche Beschäftigung mit Ihrem KM ein?		0__ Vernachlässigbar geringe gedankliche Beschäftigung.	1__ Seltene gedankliche Beschäftigung, bis zu 15 Minuten pro Tag.	2__ Vermehrte gedankliche Beschäftigung, ca.30 Minuten pro Tag.	3__ Häufige gedankliche Beschäftigung, ca. 1 Stunde pro Tag.	4__ Sehr häufige gedankliche Beschäftigung, mehr als 1 Stunde pro Tag.

Zwischenscore

B a) Durch das Körpermerkmal verursachtes Leiden

Frage nicht zutreffend codiere	9 Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
Ba 1) Fühlen Sie sich psychisch schlecht, wenn Sie an Ihr KM denken?	0__ Fühlt sich wegen des KM nie psychisch schlecht.	1__ Fühlt sich wegen des KM manchmal psychisch schlecht.	2__ Fühlt sich wegen des KM oft psychisch schlecht.	3__ Fühlt sich wegen des KM sehr oft psychisch schlecht.	4__ Fühlt sich wegen des KM immer psychisch schlecht.
Ba 2) Fühlen Sie sich durch die Beschäftigung mit dem KM körperlich unter Stress?	0__ Fühlt sich wegen des KM körperlich nicht unter Stress.	1__ Fühlt sich wegen des KM körperlich selten unter Stress.	2__ Fühlt sich wegen des KM körperlich manchmal unter Stress.	3__ Fühlt sich wegen des KM körperlich oft unter Stress.	4__ Fühlt sich wegen des KM körperlich immer unter Stress.
Ba 3) Leiden Sie darunter, wegen Ihres KM von anderen Personen beobachtet zu werden?	0__ Leidet nicht darunter wegen des KM beobachtet zu werden.	1__ Leidet gelegentlich darunter wegen des KM beobachtet zu werden.	2__ Leidet oft darunter wegen des KM beobachtet zu werden.	3__ Leidet häufig darunter wegen des KM beobachtet zu werden.	4__ Leidet immer darunter wegen des KM beobachtet zu werden.
Ba 4) Glauben Sie, dass andere wegen Ihres KM abwertend über Sie als Mensch urteilen?	0__ Glaubt, wegen KM nie abwertend beurteilt zu werden.	1__ Glaubt, wegen KM selten abwertend beurteilt zu werden.	2__ Glaubt, wegen KM manchmal abwertend beurteilt zu werden.	3__ Glaubt, oft abwertend beurteilt zu werden.	4__ Glaubt, wegen KM immer abwertend beurteilt zu werden.
Ba 5) Ist Ihre Lebensqualität durch das KM beeinträchtigt?	0__ Die Lebensqualität ist nicht beeinträchtigt.	1__ Die Lebensqualität ist kaum beeinträchtigt.	2__ Die Lebensqualität ist mittelmäßig beeinträchtigt.	3__ Die Lebensqualität ist stark beeinträchtigt.	4__ Die Lebensqualität ist sehr stark beeinträchtigt.
Ba 6) Waren Sie wegen Ihres KM jemals so verzweifelt, dass Sie nicht mehr leben wollten?	0__ War überhaupt nie so verzweifelt.	1__ War wegen des KM nie so verzweifelt.	2__ War wegen des KM fast nie so verzweifelt.	3__ War wegen des KM durchaus schon einmal so verzweifelt.	4__ War wegen des KM mehrfach so verzweifelt.
Ba 7) Können Sie anderen glauben, wenn diese Ihnen versichern, Ihr KM sei nicht so häßlich wie Sie meinen?	0__ Kann dies anderen immer glauben.	1__ Kann dies anderen sehr oft glauben.	2__ Kann dies anderen oft glauben.	3__ Kann dies anderen manchmal glauben.	4__ Kann dies anderen nie glauben.

Zwischenscore

B b) Beeinträchtigung in sozialen Bereichen oder anderen Funktionen

Frage nicht zutreffend codiere	9	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
B b 1) Sind Sie wegen Ihres KM hinsichtlich öffentlicher sozialer Aktivitäten (Sauna, Bäder, Veranstaltungen etc.) beeinträchtigt?	0	Fühlt sich hinsichtlich sozialer öffentlicher Aktivitäten nicht beeinträchtigt.	1__ Fühlt sich hinsichtlich sozialer öffentlicher Aktivitäten gelegentlich beeinträchtigt.	2__ Fühlt sich hinsichtlich sozialer öffentlicher Aktivitäten häufig beeinträchtigt.	3__ Fühlt sich hinsichtlich sozialer öffentlicher Aktivitäten sehr häufig beeinträchtigt.	4__ Fühlt sich hinsichtlich sozialer öffentlicher Aktivitäten immer beeinträchtigt.
B b 2) Haben Sie Kontakte in Ihrem privaten Umfeld (Freundes- und Bekanntenkreis) wegen Ihres KM eingeschränkt?	0	Kontakte im privaten Umfeld wurden nie eingeschränkt.	1__ Kontakte im privaten Umfeld wurden gelegentlich eingeschränkt.	2__ Kontakte im privaten Umfeld wurden häufig eingeschränkt.	3__ Kontakte im privaten Umfeld wurden sehr häufig eingeschränkt.	4__ Alle Kontakte im privaten Umfeld wurden immer eingeschränkt.
B b 3) Schämen Sie sich wegen Ihres KM in intimen Beziehungen?	0	Schämt sich wegen des KM in intimen Beziehungen nie .	1__ Schämt sich wegen des KM in intimen Beziehungen selten .	2__ Schämt sich wegen des KM in intimen Beziehungen schon manchmal .	3__ Schämt sich wegen des KM in intimen Beziehungen durchaus häufig .	4__ Schämt sich wegen des KM in intimen Beziehungen immer .
B b 4) Leben Sie wegen Ihres KM zurückgezogener als andere Menschen?	0	Lebt nicht zurückgezogener als andere Menschen.	1__ Lebt gelegentlich zurückgezogener.	2__ Lebt häufig zurückgezogener als andere.	3__ Lebt sehr oft zurückgezogener als andere.	4__ Lebt wegen des KM immer zurückgezogen.
B b 5) Fühlen Sie sich wegen Ihres KM am Arbeitsplatz gehemmt?	0	Fühlt sich am Arbeitsplatz nicht gehemmt.	1__ Fühlt sich am Arbeitsplatz selten gehemmt.	2__ Fühlt sich am Arbeitsplatz manchmal gehemmt.	3__ Fühlt sich am Arbeitsplatz oft gehemmt.	4__ Fühlt sich am Arbeitsplatz immer gehemmt.
Bb 6) Ist durch die Beschäftigung mit Ihrem KM ihre Konzentration (ihre Leistungsfähigkeit) eingeschränkt?	0	Die Konzentration ist durch die Beschäftigung mit dem KM nicht eingeschränkt.	1__ Die Konzentration ist durch die Beschäftigung mit dem KM selten eingeschränkt.	2__ Die Konzentration ist durch die Beschäftigung mit dem KM häufig eingeschränkt.	3__ Die Konzentration ist durch die Beschäftigung mit dem KM stark eingeschränkt.	4__ Die Konzentration ist durch die Beschäftigung mit dem KM sehr stark eingeschränkt.
B b 7) Erwarten Sie, dass sich durch die kosmetische OP Ihre Lebensqualität gravierend verbessert?	0	Erwartet durch eine OP keine gravierende Verbesserung der Lebensqualität.	1__ Erwartet durch eine OP eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.	2__ Erwartet durch eine OP eine starke Verbesserung der Lebensqualität.	3__ Erwartet durch die OP eine ziemlich starke Verbesserung der Lebensqualität.	4__ Erwartet durch die OP eine sehr starke Verbesserung der Lebensqualität.

Zwischenscore

Gesamtscore

C) Die Störung kann besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z.B. Anorexia nervosa) Ja Nein

Diagnosekriterien:

Ausprägung körperdysmorphen Verhaltens:

1 = Kein körperdysmorphes Verhalten
2 = Leichtes körperdysmorphes Verhalten
3 = Mittelgradiges körperdysmorphes Verhalten
4 = Ziemlich ausgeprägtes körperdysmorphes Verhalten (Verdacht auf Körperdysmorphie Störung)
5 = Schweres körperdysmorphes Verhalten körperdysmorphie Störung)

Beachte : Bei Frage B werden Ba und Bb getrennt ausgewertet.

Patient: Geschlecht

Weiblich = 2

Männlich = 1

Auffälliges Körpermerkmal vorhanden: Ja Nein

Habe Sie bereits ästhetisch plastische Operationen durchführen lassen? Ja Nein

Wieviele?

Wann?

Interviewereinschätzung:

Expertenurteil:

Interviewleitfaden:
strukturiertes Interview zur Erfassung
der Ausprägung des Schweregrades
einer körperdysmorphen Störung
KDS
nach den Kriterien des DSM – IV

Dem Interviewleitfaden liegt das
BDD - MM
(Body-Dysmorphic-Disorder-Munich-Modul)
zugrunde

Heidemarie Schaer, 2004

1. Vorstellung des Klienten und der Thematik für das Interview

(warming – up Phase).

Begrüßung des Klienten

- Vorstellen des Interviewleiters
- Dank beim Forschungsprojekt mitzuwirken
- Versicherung der Wahrung der Anonymität hinsichtlich der Daten, Namen und Auswertung.
- Und ebenfalls Hinweis darauf, dass die gegebenen Informationen freiwillig sind. Wenn im Verlauf des Interviews auf ein abgefragtes Thema nicht reagiert werden will: unbedingt akzeptieren und nicht in die Patientin dringen.
- Hinweis auf Datum und Uhrzeit

- Erhebung demographischer Daten: Alter, Familienstand, Beruf, Schulabschluss

- Frage nach dem betroffenen Körperteil
 - Welcher/s?
 - Seit wann ist das Körpermerkmal störend?
 - Besteht Operationswunsch? Und seit wann?
 - Gibt es auslösende Vorkommnisse für das Empfinden des Störens?
 - Gibt es Schlüsselerlebnisse, die zum jetzigen Zeitpunkt zum Wunsch nach einer OP oder zum jetzigen OP Termin führen?

(Dauer: ungefähr 5 Minuten)

2. Direkte Interviewphase

Hinweis für die Interviewer/innen: Alle Antworten sollen so erfragt werden, dass sie in eine 5 stufige Antwortskala übertragbar sind.

Stufe 1 = 0 entspricht den Antworten: nicht; nie ; kein.

Stufe 2 = 1 entspricht den Antworten: selten, gelegentlich, manchmal,
kaum.

Stufe 3 = 2 entspricht den Antworten: öfter, oft, vermehrt, gelegentlich,
manchmal, häufig.

Stufe 4 = 3 entspricht den Antworten: häufig, oft, sehr oft, sehr stark.

Stufe 5 = 4 entspricht den Antworten: sehr häufig, immer, sehr stark.

Die exakte Zuordnung zu den Stufen innerhalb der Antwortmöglichkeiten erlauben die strukturierten Unterfragen.

Moduleil A.

Zu A1

- **Sie sagten Ihr Körpermerkmal, im Folgenden KM genannt störe Sie.**
- **Ist es so dass Sie sich darum häufiger im Spiegel oder anderen spiegelnden Flächen (z.B. Kaufhausfenster) betrachten?**

Wenn Ja:

- Was überprüfen Sie genau in den spiegelnden Flächen?
- Was empfinden Sie dabei?
- Wie geht es Ihnen damit?
- Wie häufig überprüfen Sie sich und ihr KM in den spiegelnden Flächen?

(Diese Fragen erlauben es einen Schweregrad zuzuordnen von Stufe 1 gar nicht =0 bis Stufe 5 sehr häufig =4)

Zu A2

- **Vermeiden Sie es eher, sich in spiegelnden Flächen zu betrachten?**

Wenn Ja:

- Warum vermeiden Sie es?
- Was empfinden Sie dabei?
- Wie häufig vermeiden Sie es?

(Die Antwortmöglichkeiten umfassen Stufe 1 = kein Vermeiden bis Stufe 5 = immer vermeiden).

Zu A3

- **Kaschieren Sie Ihr KM?**
- **Versuche Sie es evtl. je nach KM durch weite Kleidung oder durch das Tragen einer Sonnenbrille zu verdecken?**
- **Übersteigt dieses Kaschieren das übliche modische Verhalten?**

Falls Ja:

- Können Sie sich vorstellen Ihr KM nicht zu kaschieren?
- Wie häufig kaschieren Sie ihr KM?

(Die Antwortmöglichkeiten umfassen wieder die Varianten Stufe 1= kein Kaschieren bis Stufe 5 = tägliches zusätzliches Kaschieren.)

Zu A4

- **Wenn Sie sich in der Öffentlichkeit bewegen, oder Fernsehen, Hochglanzzeitschriften betrachten, vergleichen Sie sich und speziell ihr KM mit dem anderer Personen?**

Falls Ja:

- Ist es so dass Sie sich automatisch mit jeder Frau/Mann vergleichen?
- Können Sie dieses Vergleichen unterdrücken oder läuft das selbständig ab?
- Welche Gefühle stellen sich als Ergebnis solcher Vergleiche bei Ihnen ein?

Gefühle kurz schildern lassen.

- Verstärken solche Gefühle den Wunsch nach einer kosmetischen Operation?

(Hier entspricht Stufe 0 keinem Vergleichen und Stufe 5 sich immer mit anderen vergleichen.)

ZU A5

➤ **Können Sie den Gedanken an Ihr KM loswerden?**

- Wie ist das tagsüber oder abends, beschäftigen Sie sich gedanklich durchgängig mit der Ausprägung Ihres KM?
- Belastet sie dieses Gedankenkreisen um Ihr KM psychisch?
- Wäre es Ihnen lieber nicht darüber nachdenken zu müssen?
- Verselbständigen sich diese Gedanken?
- Können Sie die Gedanken abstellen?

(Die Antwortmöglichkeiten umfassen Stufe 0 = meist dem Gedanken nicht nachgeben zu müssen. Stufe 5 = immer darüber nachdenken zu müssen.)

Zu A6

➤ **Lassen Sie sich von anderen, Freunden, Bekannten immer wieder versichern, dass Ihr KM nicht so schlimm aussieht wie Sie vielleicht denken?**

- Kommt das häufig vor?
- Suchen Sie vielleicht sogar die Bestätigung, dass Sie mit der Vermutung, Ihr KM wäre sehr auffällig, richtig liegen?
- Sind Sie der Meinung Ihr KM sei hässlich?

(Stufe 1 = 0 entspricht hier: keine Rückversicherung; Stufe 5 = 4 entspricht: sehr häufig Rückversicherungen einzuholen.)

Zu A7

➤ **Wir haben ja bereits im Ansatz darüber gesprochen aber ich habe noch einige Fragen zu Ihren Gedanken: Welchen Zeitraum pro Tag nimmt die gedankliche Beschäftigung mit Ihrem KM ein?**

- Denken Sie verstärkt über Ihr KM nach oder befassen sich aktiv einen längeren Zeitraum pro Tag damit?

- Welche Zeitspanne, würde man es in Minuten oder Stunden fassen, nimmt Ihre tägliche gedankliche Beschäftigung mit dem KM ein?
- Können Sie dieses Gedankenkreisen um Ihr KM vermeiden?
- Ist das eher wie ein selbständiges Gedankenkreisen?

(Stufe 1 = 0 entspricht einer geringen gedanklichen Beschäftigung mit dem KM, Stufe 5 = 4 einer sehr häufigen gedanklichen Beschäftigung.)

Modul Teil Ba

Zu Ba1

- **Fühlen Sie sich psychisch schlecht, wenn Sie an Ihr KM denken?**

Falls Ja:

- Inwiefern verschlechtert sich dann Ihre Stimmung? Können Sie mir das kurz beschreiben?
- Welche Auswirkung hat das auf Ihr Verhalten in dem Moment?
- Was Denken und Fühlen sie in solchen Momenten?

(Stufe 1 = 0 entspricht der Antwort: fühlt sich psychisch nie schlecht wegen der Gedanken an das KM, Stufe 5 = 4 entspricht: fühlt sich deshalb psychisch immer schlecht.)

Zu Ba2

- **Fühlen Sie sich durch die Beschäftigung mit dem KM körperlich unter Stress?**

Wenn Ja:

- Wie wirkt sich das aus?
- Treten dann bestimmte körperliche Reaktionen wie z. B. Schwitzen, Erröten, Stottern oder ähnliches auf?
- Geschieht Ihnen das oft, oder nur gelegentlich?
- Bei welchen Gelegenheiten treten diese körperlichen Stressreaktionen vermehrt auf?

(Hier entspricht Stufe 1 = 0: fühlt sich nicht körperlich unter Stress, Stufe 5 = 4 entspricht fühlt sich dadurch immer unter körperlichen Stresssymptomen.)

Zu Ba3

- **Fühlen Sie sich aufgrund der Ausprägung, des Aussehens Ihres KM von anderen Menschen in Ihrer Umgebung (z.B. Mitarbeiter) beobachtet?**

Bitte schildern Sie mir einer derartige Situation.

➤ **Leiden Sie darunter wegen Ihres KM von anderen beobachtet zu werden?**

- Wie reagieren Sie wenn Sie feststellen, dass Sie offensichtlich beobachtet werden?
- Attribuieren Sie dieses Beobachtet werden auf Ihr KM?

Falls LEIDEN bestätigt wurde:

Um Ihr Leiden zu verstehen, möchte ich Sie bitten mir zu schildern, was Sie in einer solchen Situation fühlen. Was geht in Ihnen vor?

(Hier ist vorsichtig aber konsequent zu erfragen, ob es zu tatsächlichen oder nur vermeintlichem Beobachten des KM kommt. Stufe 0 = 1 entspricht nicht beobachtet werden/fühlen; Stufe 5 = 4 entspricht einem andauernden Leiden darunter von anderen wegen des KM beobachtet zu werden.)

Zu Ba4

➤ **Glauben Sie, dass Personen in Ihrem Umfeld abwertend wegen Ihres KM über Sie urteilen?**

Falls Ja:

- Bitte schildern Sie mir einen entsprechenden Vorfall.
- Glauben Sie dass über Ihre Person allgemein abwertend geurteilt wird oder wegen des KM?
- Kann es sein, dass Sie sich aufgrund dieses Urteils oder aber wegen Ihres KM als Mensch für weniger wertvoll erachten?

(Hier ist das Selbstbild des Patienten zu beachten, der Fokus soll auf dem KM liegen: Stufe 1 = 0 entspricht der Antworttendenz es wird nicht/nie abwertend wegen des KM beurteilt, Stufe 5 = 4 entspricht einer abwertenden Beurteilung in toto.)

Zu Ba5

➤ **Ist Ihre Lebensqualität durch die Ausprägung des KM beeinträchtigt?**

Falls Ja:

- Wie alt waren Sie , als dieses bestimmte KM anfang Ihre Lebensqualität zu beeinflussen?
- Inwiefern wirkt sich das auf Ihre Lebensqualität aus?

Bitte schildern Sie mir Beispiele.

(Stufe 1 = 0 entspricht keinerlei Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Ausprägung des KM, Stufe 5 =4 entspricht einer sehr starken Einschränkung der Lebensqualität.)

Zu Ba6

- **Kommt es schon mal vor, dass sie wegen Ihres KM das Leben nicht mehr als lebenswert erachten.**

- Waren Sie jemals so verzweifelt, dass Sie nicht mehr leben wollten?

Bitte Schildern Sie mir dieses Erlebnis.

- Haben Sie durch dieses Unglücklich sein schon einmal daran gedacht sich etwas anzutun?

Falls Ja:

- Haben sie in diesem Zusammenhang schon einmal einen Suizidversuch unternommen?
- Haben Sie überhaupt schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

Bitte erzählen Sie mir kurz davon.

(Vorsicht: diese Frage ist mit viel „Fingerspitzengefühl“ und empathischem Einfühlen zu stellen: Stufe 1 = 0 entspricht: noch nie derart verzweifelt gewesen zu sein; Stufe 2 entspricht: wegen des KM noch nie so verzweifelt gewesen zu sein nicht mehr leben zu wollen. Stufe 3 – 4 entspricht mehrfacher Verzweiflung bis zum Suizidversuch, wegen der Ausprägung des KM.)

Zu Ba7

- **Können Sie anderen Personen glauben, wenn diese Ihnen versichern, Ihr KM wäre gar nicht so hässlich, wie Sie glauben?**

Falls Ja: Warum und worüber sorgen Sie sich dann so sehr?

Falls Nein:

- Wie reagieren Sie auf die Aussagen Ihrer Freunde?
- Können oder wollen Sie Ihren Freunden nicht glauben?
- Wie reagieren Ihre Freunde auf Ihre ablehnende Haltung?
- Glauben Sie ihren Freunden generell nicht, oder nur in Bezug auf das KM?

(Diese Frage betrifft das Glaubenssystem des Patienten: Stufe 1 = 0 entspricht einem großen Vertrauen in die Mitmenschen: kann anderen immer glauben; hingegen entspricht Stufe 5 = 4 dass der Patient den Mitmenschen nie Glauben schenken kann. Zu beachten ist, ob das „Glauben Können/Wollen auf das KM beschränkt ist, oder ob sich hier eine generelle Einstellung präsentiert.)

Modul Teil Bb

Bb1

Manche Menschen, die sich als nicht attraktiv empfinden meiden öffentliche Institutionen.

- **Kommt es vor, dass Sie wegen Ihres KM den Besuch öffentlicher Institutionen, wie Sauna, Disco, Schwimmbäder etc. vermeiden?**

Falls Ja:

- Schildern Sie bitte kurz warum genau Sie einen derartigen Besuch vermeiden?
- Was empfinden Sie, wenn Sie an den Freizeitvergnügungen Ihrer Freunde nicht teilnehmen können?

(Hier entspricht Stufe 1 = 0 keiner Beeinträchtigung des Freizeitverhaltens hinsichtlich öffentlicher Aktivitäten, Stufe 5 = 4 jedoch einer andauernden Beeinträchtigung im Sinne der Vermeidung.)

Zu Bb2

- **Kommt es vor, dass Sie wegen Ihres KM des Kontakt zu Freunden oder Bekannten einschränken?**

Falls Ja:

- An welchen gemeinsamen Aktivitäten nehmen Sie eingeschränkt, an welchen gar nicht mehr teil?
- Warum genau vermeiden Sie den Kontakt mit Freunden und Bekannten?
- Kam es schon vor, dass Sie im Bekanntenkreis hinsichtlich Ihres KM „schief“ angeschaut oder „schwach“ angesprochen wurden?
- Schränken Sie den Kontakt deshalb ein, oder weil Sie der Ansicht sind man würde über Sie reden oder Sie würden ausgegrenzt?

(Ein uneingeschränkter Kontakt und unbeschwerter Umgang mit Freunden oder Bekannten entspricht Stufe 1 = 0; eine völlige Einschränkung entspricht Stufe 5 = 4.)

Zu Bb3)

(Vorsicht! Diese Frage erfordert empathisches Einfühlen und Fingerspritzengefühl!)

- **Wenn Sie jemanden neu kennen lernen und sich sympathisch finden, vielleicht verliebt haben, so kommt irgendwann der Punkt an dem Zärtlichkeiten ausgetauscht werden.**

- Haben Sie wegen Ihres KM Minderwertigkeitsgefühle hinsichtlich intimer Kontakte?

Falls Ja:

- Vermeiden Sie sexuelle Kontakte?
- Ergreifen Sie besondere Maßnahmen, wenn es zum Austausch von Zärtlichkeiten kommt, um den Anblick Ihres KM zu vermeiden? (z. B. Licht löschen, sich an bestimmten Stellen nicht oder ungern berühren lassen...)

Wenn Sie es möchten, und damit ich Sie besser verstehe, schildern Sie mir bitte kurz eine derartige Situation.

(Falls Patient/in keine Situation schildern möchte, nicht insistieren. Stufe 1 = 0 entspricht hier einem freien uneingeschränkten Umgang mit Sexualität und Intima, Stufe 5 = 4 entspricht einem tiefen, Sexualität immer vermeidendem Schamgefühl des Patienten.)

Zu Bb4)

➤ **Leben Sie insgesamt wegen Ihres KM zurückgezogener als andere Personen?**

- Wie äußert sich dieses zurückgezogen Leben in Ihrem Alltag?
- Leiden Sie darunter derart zurückgezogen/einsam zu leben?

Bitte schildern Sie dies kurz.

(Die Frage zielt auf die eigenen Beurteilung eines sozialisierten Umgangs, Stufe 1 = 0 entspricht keiner Einschränkung, Stufe 5 = 4 entspricht einem sehr zurückgezogenen, wenig sozialisiertem Leben.)

Lassen sie uns von diesem sehr privaten Bereich wieder zu einem eher öffentlichen Bereiche kommen.

Zu Bb5

➤ **Fühlen Sie sich wegen Ihres KM am Arbeitsplatz gehemmt?**

Falls Ja: Wie wirkt sich dieses gehemmt Fühlen aus?

Bitte schildern Sie mir kurz ein Beispiel.

- Kommt es vor, dass Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz aufgrund Ihres KM von den Mitarbeitern ausgegrenzt fühlen?

Falls Ja: Wie wirkt sich dieses ausgegrenzt Fühlen aus?

Bitte schildern Sie mir auch hier ein Beispiel.

- Kommt es vor, dass Sie sich aufgrund Ihres KM aktiv belästigt fühlen?

Falls Ja: Werden Sie tatsächlich aktiv belästigt, oder fühlen Sie sich aktiv belästigt?

Bitte schildern Sie mir zum besseren Verständnis ein derartiges Vorkommen.

(Hier entspricht die Antworttendenz „nicht gehemmt“ der Stufe 1 = 0; „immer“ der Stufe 5 = 4.)

Zu Bb6

Sie erzählten, dass Sie sich doch ausgiebig mit Ihrem KM beschäftigen.

- **Ist Ihre Konzentration im Job oder Ihre persönliche Leistungsfähigkeit wegen der Beschäftigung mit Ihrem KM beeinträchtigt?**

Falls Ja:

- Wie wirkt sich das aus?
- Haben Sie dadurch schon mal Probleme mit Mitarbeitern oder Vorgesetzten bekommen?

(Stufe 1 = 0 entspricht keiner Einschränkung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, Stufe 5 = 4 einer sehr starken Einschränkung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit.)

Zu Bb7

- **Erwarten Sie, dass sich durch eine kosmetische OP Ihre Lebensqualität gravierend verändert?**

- Welche Veränderung genau erwarten und erhoffen Sie?
- Haben Sie an diesem oder an einem anderen KM schon einmal eine kosmetisch – plastische OP durchführen lassen?

(Hier ist die Erwartungshaltung des Patienten zu erfragen: Stufe 1 = 0 entspricht keiner Erwartung einer Verbesserung der LQ, Stufe 5 = 4 jedoch einer sehr starken Verbesserung der LQ.)

3. Freie Phase des Interviews

Wir sind nun fast am Ende unseres Interviews angekommen.

- **Gibt es noch etwas, was Sie gerne zu Ihrem KM erzählen möchten, was wir bisher nicht bearbeitet haben?**

Dann haben Sie jetzt kurz Gelegenheit dazu.

4. Ende des Interviews

Ich bedanke mich persönlich und auch im Namen unseres Forschungsteams für Ihre Teilnahme und Ihre Offenheit.

Sie können versichert sein, dass alle Ihre Angaben vertraulich behandelt werden.

Voraussichtliche Dauer des Interviews: ca. 15 - 20 Minuten.

Es wird empfohlen die behandelten Fragen abzuhaken, damit keine vergessen werden und Doppelfragen vermieden werden.

Anmerkungen des Interviewers zum Interview:**1. Verhalten des Patienten:****2. Stimmung:****3. Compliance:****4. Besondere Beobachtungen:**

Name: _____

Date: _____

Unters. _____

BDD Modifikation der Y-BOCS (BDD-Ybocs, 1997)

Markieren Sie für jede Frage die Zahl mit der dazugehörigen Antwort, die den Patienten während der **vergangenen Woche** am ehesten charakterisiert.

1. ZEITAUFWAND FÜR DIE GEDANKLICHE BESCHÄFTIGUNG MIT DEM KÖRPERLICHEN DEFEKT

Wieviel Zeit verwenden Sie auf GEDANKEN über einen Defekt oder Makel in Ihrer äußeren Erscheinung [Führen Sie die entsprechenden Körperstellen auf]?

- 0 = kein Zeitaufwand
1 = geringer Zeitaufwand (weniger als 1 Std./ Tag)
2 = mäßiger Zeitaufwand (1-3 Std./Tag)
3 = großer Zeitaufwand (mehr als 3 und bis zu 8 Std./pro Tag)
4 = sehr großer Zeitaufwand (mehr als 8 Std./Tag)

2. BEEINTRÄCHTIGUNG DURCH GEDANKEN AN DEN KÖRPERLICHEN DEFEKT

Wie stark werden Sie durch Ihre GEDANKEN an den/die körperlichen Makel im Umgang mit anderen Menschen oder bei der Arbeit (Rollenverhalten) beeinträchtigt?
(Gibt es irgend etwas, was Sie deswegen nicht tun oder nicht tun können?)

- 0 = keine Beeinträchtigung
1 = leichte, geringe Beeinträchtigung im Umgang mit anderen; Aufgaben können aber noch voll erfüllt werden
2 = mäßige, aber doch schon deutliche Beeinträchtigung im Umgang mit anderen bzw. am Arbeitsplatz; Aufgaben können jedoch noch ausreichend erfüllt werden
3 = starke Beeinträchtigung im Umgang mit anderen bzw. am Arbeitsplatz (Rollenverhalten); Aufgaben können nicht mehr ausreichend erfüllt werden
4 = extreme, stark einschränkende Beeinträchtigung im Alltagsleben

3. LEIDENSDRUCK IN VERBINDUNG MIT GEDANKEN AN DEN KÖRPERLICHEN DEFEKT

Wie stark werden Sie durch Ihre GEDANKEN an Ihre/n körperlichen Makel geplagt?

Bewerten Sie „störende“ Gefühle oder Angst, die durch diese Gedanken offenbar getriggert werden, nicht jedoch die generalisierte Angst oder Angst, die anderen Symptomen zugeordnet werden kann.

- 0 = gar nicht
1 = leicht, nicht allzu störend
2 = mäßig störend, aber noch zu bewältigen
3 = stark, sehr störend
4 = extremer, nahezu lähmender Leidensdruck

4. WIDERSTAND GEGEN GEDANKEN AN DEN KÖRPERLICHEN DEFEKT

Welche Anstrengungen machen Sie, um diesen GEDANKEN Widerstand zu leisten? [Pause]
Wie oft versuchen Sie, die Gedanken nicht zu beachten oder Ihre Aufmerksamkeit von den Gedanken abzuwenden, wenn sie Ihnen in den Sinn kommen?

Bewerten Sie nur die Anstrengung, Widerstand zu leisten, NICHT Erfolg oder Mißerfolg der Gedankenkontrolle. Wie stark der Patient den Gedanken widersteht, kann, muß aber nicht mit seiner Fähigkeit, diese zu kontrollieren zusammenhängen.

- 0 = bemüht sich, immer zu widerstehen, oder die Symptome sind so minimal, daß es nicht nötig ist, aktiv Widerstand zu leisten
1 = versucht, fast immer zu widerstehen
2 = macht einige Anstrengungen zu widerstehen
3 = läßt alle Gedanken ohne Kontrolle zu, tut dies jedoch mit einigem Widerstreben
4 = läßt alle Gedanken vollständig und bereitwillig zu

Markieren Sie für jede Frage die Zahl mit der dazugehörigen Antwort, die den Patienten während der **vergangenen Woche** am ehesten charakterisiert.

5. GRAD DER KONTROLLE ÜBER DIE GEDANKEN AN DEN KÖRPERLICHEN DEFECT

Wieviel Kontrolle können Sie über Ihre GEDANKEN in bezug auf Ihre/n Makel ausüben?

Wie erfolgreich sind Sie dabei, Ihre Gedanken zu stoppen bzw. sich davon abzulenken?

0= völlige Kontrolle bzw. Kontrolle ist nicht notwendig weil Gedanken zu selten oder zu schwach sind
1= starke Kontrolle, die normalerweise mit einigem Aufwand und Konzentration diese Gedanken stoppt oder von ihnen ablenkt

2= mäßige Kontrolle, mit der es manchmal gelingt, die Gedanken zu stoppen bzw. von ihnen abzulenken

3= wenig Kontrolle; Patient gelingt es selten, Gedanken zu beenden, kann die Aufmerksamkeit nur unter Schwierigkeiten ablenken

4= keine Kontrolle; Gedanken werden als völlig unkontrollierbar empfunden; Patient gelingt es kaum, die Aufmerksamkeit auf nur für Augenblicke anzuwenden

6. ZEITAUFWAND FÜR DIE AUSFÜHRUNG VON AKTIVITÄTEN, DIE SICH AUF DEN KÖRPERLICHEN DEFECT BEZIEHEN

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Aktivitäten / Handlungen, die Sie wegen Ihres körperlichen Defektes durchführen.

Lesen Sie die unten aufgeführte Liste von Aktivitäten, um zu ermitteln, welche Handlungen der Patient ausführt.

Wieviel Zeit verbringen Sie mit AKTIVITÄTEN, die in Zusammenhang mit Ihrer Besorgnis über Ihre äußere Erscheinung stehen? [Lesen Sie die Aktivitäten, in die der Patient involviert ist] ?

0 = kein Zeitaufwand

1= geringer Zeitaufwand (weniger als 1 Std./Tag)

2= mäßiger Zeitaufwand (1-3 Std./Tag)

3= großer Zeitaufwand (verwendet mehr als 3 und bis 8 Std./Tag)

4= extrem großer Zeitaufwand (verwendet mehr als 8 Std. für die genannten Aktivitäten)

Lesen Sie die Liste von Aktivitäten

(Überprüfen Sie diejenigen Aktivitäten näher, die auf den Patienten zutreffen)

___ in den Spiegel/ andere Oberflächen schauen

___ Pflege der Kleidung/der Person

___ Anwenden von Make up

___ Überspielen mit Kleidung / anderen Materialien (Geben Sie eine Einschätzung der Zeit, die zur Auswahl/zum Wechseln der Kleidung benötigt wird; es geht nicht um die Zeit, in der die Kleidung getragen wird)

___ die äußere Erscheinung von anderen genauestens prüfen (vergleichen)

___ die anderen über das eigene Aussehen befragen / mit ihnen darüber diskutieren

___ an der Haut manipulieren

___ anderes _____

Markieren Sie für jede Frage die Zahl mit der dazugehörigen Antwort, die den Patienten während der vergangenen Woche am ehesten charakterisiert.

7. BEINTRÄCHTIGUNGEN DURCH AKTIVITÄTEN, DIE SICH AUF DEN KÖRPERDEFEKT BEZIEHEN

Wie stark werden Sie durch diese AKTIVITÄTEN im Umgang mit anderen Menschen oder bei der Arbeit (in Ihrem Rollenverhalten) beeinflusst? (Gibt es irgend etwas, was Sie deswegen nicht tun?)

- 0= keine Beeinträchtigung
1= leichte, geringe Beeinträchtigung im Umgang mit anderen; Aufgaben können aber noch voll erfüllt werden
2= mäßige, aber doch schon deutliche Beeinträchtigung im Umgang mit anderen bzw. am Arbeitsplatz; Aufgaben können jedoch noch ausreichend erfüllt werden
3= starke Beeinträchtigung im Umgang mit anderen Menschen bzw. am Arbeitsplatz (Rollenverhalten); Aufgaben können nicht mehr ausreichend erfüllt werden
4 = extreme Behinderung in der täglichen Lebensführung

8. LEIDENSDRUCK IN VERBINDUNG MIT AKTIVITÄTEN, DIE SICH AUF DEN KÖRPERDEFEKT BEZIEHEN

Wie ginge es Ihnen, wenn Sie an der Ausführung dieser AKTIVITÄTEN gehindert würden? [Pause]
Wie ängstlich/beunruhigt wären Sie?

Bewerten Sie das Ausmaß des Leidensdruckes / der Frustration, die der Patient erlebt, wenn die Durchführung der Aktivitäten plötzlich unterbrochen wird.

- 0= gar nicht ängstlich, beunruhigt
1= wenig, nur geringfügig ängstlich, wenn die Aktivitäten verhindert werden, oder nur leichte Angst während der Durchführung der Aktivitäten
2= mäßig; Patient berichtet, daß Angst/Unruhe ansteigen, aber zugleich noch zu bewältigen wären, wenn die Aktivitäten verhindert würden, bzw. daß sie während der Ausführung der Aktivitäten zwar ansteigen aber noch zu bewältigen sind
3= starke, beherrschende und als sehr störend empfundene Zunahme der Angst /Unruhe wenn die Aktivitäten unterbrochen werden, oder beherrschende und als sehr störend empfundene Zunahme der Angst / Unruhe während der Ausübung der Aktivitäten
4= extreme, stark einschränkende Angst / Unruhe, durch jede Art von Intervention die die Aktivitäten verändert, oder extrem einschränkende Angst, während der Aktivitäten, die sich auf den Körperdefekt beziehen

9. WIDERSTAND GEGEN ZWANGSHANDLUNGEN

Wie stark bemühen Sie sich, den AKTIVITÄTEN zu widerstehen?

Schätzen Sie nur den versuchten Widerstand gegen die Zwangshandlungen ein, NICHT das tatsächliche Gelingen oder Mißlingen des Versuches, Kontrolle über die Aktivitäten zu erlangen.

Wie stark der Patient diesen Verhaltensweisen widersteht kann, muß aber nicht mit seiner Fähigkeit, diese zu kontrollieren zusammenhängen.

- 0= bemüht sich, immer zu widerstehen, oder die Symptome sind so minimal, daß es nicht nötig ist, Widerstand zu leisten
1= versucht, meistens zu widerstehen
2= macht einige Anstrengungen zu widerstehen
3= führt fast alle Verhaltensweisen ohne Kontrollversuch aus, tut dies jedoch mit einigem Widerstreben
4= führt alle Handlungen vollständig und bereitwillig aus

Markieren Sie für jede Frage die Zahl mit der dazugehörigen Antwort, die den Patienten während der vergangenen Woche am ehesten charakterisiert.

10. AUSMAß DER KONTROLLE ÜBER ZWANGSHANDLUNGEN

Wie stark ist der Drang, diese Verhaltensweisen durchzuführen? [Pause]
Wieviel Kontrolle haben Sie über sie?

- 0 = völlige Kontrolle bzw. Kontrolle ist überflüssig, weil Symptome minimal sind
1 = starke Kontrolle, der Patient empfindet den Drang, die Handlungen auszuführen, ist jedoch gewöhnlich in der Lage, willkürlich Kontrolle darüber auszuüben
2 = mäßige Kontrolle, starker Drang zur Ausführung der Handlung; Patient kann sie nur unter Schwierigkeiten kontrollieren
3 = wenig Kontrolle, sehr starker Drang zur Ausführung der Handlung; Handlung muß bis zum Ende ausgeführt werden. Patient kann sie nur unter Schwierigkeit hinauszuögern
4 = keine Kontrolle; Drang zur Ausführung der Handlung wird als völlig unkontrollierbar und übermächtig erlebt. Patient ist kaum in der Lage, die Aktivitäten kurzfristig aufzuschieben

11. EINSICHT

Ist es möglich, daß Ihr Makel weniger auffällig oder weniger unattraktiv sein könnte als Sie denken? [Pause]
Wie überzeugt sind Sie, daß Ihr [nennen Sie den Körperteil] so unattraktiv ist, wie Sie annehmen? [Pause] Kann irgendjemand Sie davon überzeugen, daß er/sie /es nicht so schlimm aussieht?

- 0 = hervorragende Einsicht, völlig rational
1 = gute Einsicht; Patient gibt bereitwillig die Absurdität seiner Gedanken zu (aber scheint nicht völlig davon überzeugt, daß es neben der Angst nichts mehr gibt, über das man sich Sorgen machen müßte)
2 = mäßige Einsicht; Patient gibt widerwillig zu, daß Gedanken unsinnig sind, ist aber unschlüssig
3 = wenig Einsicht; Patient hält daran fest, daß Gedanken nicht unsinnig sind
4 = keine Einsicht, wahnhaft; Patient ist entschieden überzeugt, daß seine Befürchtungen berechtigt sind, er reagiert nicht auf Gegenbeweise

12. VERMEIDUNG

Vermeiden Sie es, irgendwelche Dinge zu tun, irgendwohin zu gehen, oder aber mit jemandem zusammenzutreffen, wegen Ihrer Gedanken oder Handlungen, die mit Ihrem Körperdefekt zusammenhängen.
Wenn JA, dann fragen Sie: Was vermeiden Sie?

Schätzen Sie das Ausmaß ein, in dem der Patient vorsätzlich versucht, soziale Interaktion oder mit der Arbeit zusammenhängende Aktivitäten oder ähnliches zu vermeiden. Lassen Sie dabei das Vermeiden von Spiegeln oder das Vermeiden von Zwangshandlungen unberücksichtigt.

- 0 = kein vorsätzliches Vermeidungsverhalten
1 = leichtes, minimales Vermeidungsverhalten
2 = mäßig, geringfügiges Vermeidungsverhalten deutlich zu erkennen
3 = stark; asugeprägtes Vermeidungsverhalten, zu sein Vermeidung steht im Vordergrund
4 = extrem ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, Patient vermeidet fast alle Aktivitäten

Eckige Klammern [] verweisen auf Material, das gelesen werden soll. Sie verweisen ebenfalls auf eine Pause.
Runde Klammern () verweisen auf wahlweise zu verwendendes Material, das gelesen werden kann.
Kursivdruck bezeichnet Anweisungen an den Interviewer.

München, im November 2005

Ich habe die Dissertation selbständig angefertigt und mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient. Alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen.

Die hier vorgelegte Dissertation ist weder in gleicher noch ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht worden.

Heidemarie Schaer

Dipl. Psychologin

Curriculum Vitae

Name: Heidemarie Schaer

Geburtsdatum: 19.08.1959

Geburtsort: München

1981: Abitur am Städt. Theodolinden-Gymnasium München; Sozialwissenschaftlicher Zweig

1981 – 1985: Studium der Dt. und vergl. Volkskunde, Kunstgeschichte und Psychologie im Nebenfach

1985: Abbruch ohne Examen wg. Geburt von Zwillingen Teresa und Julian,

1991: Geburt der Tochter Antonia

Nov. 1996 – Juni 2002: Studium der Psychologie:

Sept. 2002: Diplomarbeit: „Die Wirkung von Weinkonsum auf die mentale Kompetenz von gesunden Probanden“. Überprüfung des Zusammenhangs zwischen moderatem Weinkonsum und kognitiver Leistungsfähigkeit.

Studienschwerpunkte:

- Tiefenpsychologisches Curriculum (Prof. Dr. W. Mertens)
- Verhaltenstherapeutisches Curriculum: Prüfungsängste (Dr. Ch. Kraiker)
- Persönlichkeits- und Familienpsychologie, Familiendiagnostik (Dr. Martin Schmid)
- Neuropsychologische Hauptseminare: Neglectforschung (Prof. Ziehl)
- Planung und Auswertung klinisch- empirischer Studien über SPSS
- Nachbarfach: Forensische Psychiatrie
- Markt- und Werbepsychologische Vertiefungsseminare (Prof. Rosenstil)
- Gutachtenerstellung
- Verhaltensanalyse bei spezifischen psychologischen und psychiatrischen Störungen
- Kommunikations- und Verhaltenstraining

Juni 2002: Diplom in Psychologie, Studiennachbarfach: Forensik an der Psychiatrischen Abteilung der LMU-München (Nussbaumstrasse) (Prof. Nedopil)

Sept. 2002: Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde durch Dipl. Psychologen

Nov. 2002 – Sept. 2005: Promotionsstudium

Sept. 2002 – Feb. 2003: Promotionspraktikum am Klinikum Rechts der Isar

Nov. 2002 – Feb. 2004: Doktorandenseminare am Institut für Medizinische Psychologische der LMU (Prof. E. Pöppel)

Feb. 2002 – Aug. 2004: Gastpsychologin in psychiatrischem und psychosomatischen Jahr: Klinikum Rechts der Isar, Psychiatrische Ambulanz mit Schwerpunkten Toxikologie und Schizophrenie

2003: Diplom als Gesprächstherapeutin

Feb. 2003 – März 2006: Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin am Institut VFKV (Verein zur Förderung klinischer Verhaltenstherapie): (Staatsexamen März 2006)

2004: Diplom als Hypnotherapeutin

2006: Diplom als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

Tätigkeiten:

1998 Mai mit September: von Hauner`sches Kinderspital: Spezialambulanz für hyperkinetische Kinder (Prof. Egger)

Feb. 2000 -- 2002: Freie wissenschaftliche Tätigkeit am Institut für Medizinische Psychologie der LMU – München

Nov. 2000 -- Juli 2001: Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose

Juli 2002 – Dez. 2003: Praxispraktikum Prof. Dr. Anna Schoch: Systemische Familien- und Paarberatung

2003 Juni: Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck; Praktikum

April 2005: Anstellung als Psychologin in der Drogenlangzeitentwöhnung Prop e.V.

Juni 2005: Leiterin des Adaptionsphasenhauses Prop. e.V. Drogen- und Suchtmittelentwöhnung in Langzeittherapie.

November 2005: Abgabe der Dissertation: „Körperdysmorphophobie: Evaluation und Validierung eines Fragebogeninstruments“. Interdisziplinäre Forschungsarbeit TU-München, LMU-München. 1. Betreuer: Prof. Dr. E. Pöppel, 2. Betreuer: Prof. Dr. W. Tunner, Studienleiterin: OÄ Dr. R. Zimmer.