
Mirjam Karoline Handrack

**Wirksamkeit und Nachhaltigkeit stationärer Psychotherapie bei
körperdysmorpher Störung**

**KATAMNESESTUDIE ZUM VERLAUF
KÖRPERDYSMORPHER STÖRUNG NACH
STATIONÄRER INTEGRATIV
PSYCHODYNAMISCHER THERAPIE**

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

**KATAMNESESTUDIE ZUM VERLAUF
KÖRPERDYSMORPHER STÖRUNG NACH
STATIONÄRER INTEGRATIV
PSYCHODYNAMISCHER THERAPIE**

INAUGURALDISSERTATION
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin der
Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Mirjam Karoline Handrack

aus Gießen

2016

Aus dem Zentrum für psychosomatische Medizin
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Leiter: Prof. Dr. med. Johannes Kruse

1. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Gieler
2. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Falk Leichsenring

Tag der Disputation: 24.01.2017

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Theoretische Grundlagen	3
2.1 Die körperdysmorphe Störung (KDS) - ein Überblick	3
2.2 Geschichte der KDS	4
2.3 Epidemiologie	5
2.4 Ursachenmodelle	6
2.5 Klinik	8
2.5.1 Wahrnehmungs- und Denkstörung	8
2.5.2 Verhaltensänderung	9
2.6 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik	10
2.6.1 Depression	11
2.6.2 Zwangsstörung	11
2.6.3 Soziale Phobie	12
2.6.4 Substanzstörung	12
2.6.5 Essstörungen	12
2.6.6 Hypochondrische Störung	13
2.6.7 Persönlichkeitsstörungen	13
2.6.8 Schizophrenie	13
2.6.9 Weitere Erkrankungen	14
2.7 Diagnostik	14
2.8 Therapie	15
2.8.1 Psychotherapie	16
2.8.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie	16
2.8.1.2 Metakognitive Therapie	17
2.8.1.3 Integrative psychodynamische Therapie	18
2.8.2 Pharmakotherapie	20
2.9 Verlauf und Prognose	20
3 Herleitung der Fragestellung	22
4 Methodik	27
4.1 Procedere	27
4.2 Patienten- und Probandengruppen.....	28
4.3 Verwendete Testverfahren	29
4.3.1 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)	29
4.3.2 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)	30
4.3.3 Hospitality-Anxiety and Depression Scale (HAD-S)	32
4.3.4 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)	32

Inhaltsverzeichnis

4.3.5 Fragebogen zur Hautzufriedenheit (Hautzuf)	33
4.3.6 Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8)	34
4.3.7 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	34
4.3.8 Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)	35
4.3.9 Halbstandardisiertes Interview	36
4.4 Fragestellungen und statistische Datenanalyse	36
4.4.1 Hauptfragestellungen	36
4.4.1.1 Evaluation kurzfristiger und langfristiger Therapieerfolge	36
4.4.1.2 Evaluation kurzfristiger Therapieerfolge	37
4.4.2 Nebenfragestellungen	38
4.4.3 Datenanalyse	38
4.5 Kritische Bewertung des Verfahrens	39
4.6 Ethik & Datenschutz	39
5 Ergebnisse	40
5.1 Stichprobenbeschreibung	40
5.2 Soziodemographische Daten	42
5.3 Therapiemotivation der Patienten	43
5.4 Vorbehandlung der Patienten	43
5.5 Komorbiditäten	44
5.6 Parameter zum Aufnahmezeitpunkt	46
5.6.1 Das interpersonales Verhalten	46
5.6.2 Die Beeinträchtigung	47
5.6.2.1 Selbstbeurteilung mittels SCL-90-R	47
5.6.2.2 Fremdbeurteilung mittels BSS und GAF	49
5.6.3 Ängstlichkeit und Depressivität (HADS)	50
5.6.4 Alexithymie (TAS-20)	51
5.6.5 Hautzufriedenheit/ Schamgefühl (HautZuf)	51
5.7 Verlauf der stationären Therapie	52
5.7.1 Das interpersonales Verhalten	52
5.7.2 Die Beeinträchtigung	54
5.7.2.1 Selbstbeurteilung mittels SCL-90-R	54
5.7.2.2 Fremdbeurteilung mittels BSS und GAF	56

Inhaltsverzeichnis

5.7.3 Ängstlichkeit und Depressivität (HADS)	58
5.7.4 Alexithymie (TAS-20)	59
5.7.5 Das Schamgefühl (HautZuf)	60
5.7.6 Therapiezufriedenheit (ZUF-8)	61
5.8 Parameter der Katamneseuntersuchung	62
5.8.1 Interpersonales Verhalten und dessen Verlauf	62
5.8.2 Psychische und körperliche Beeinträchtigung im Verlauf (SCL-90-R)	63
5.8.3 Ängstlichkeit und Depressivität im Verlauf	65
5.8.4 Alexithymie und andere Subskalen im Verlauf	66
5.8.5 Hautzufriedenheit/ Schamwahrnehmung im Verlauf	67
5.8.6 Therapiezufriedenheit im Verlauf (ZUF-8)	67
5.9 Geschlechtsunterschiede	68
5.10 Aufenthaltsdauer	69
5.11 Art der Beendigung der Therapie	69
5.12 Einschätzung durch Therapeuten (Zeitpunkt B)	69
5.13 Weiterführende Behandlung	70
5.14 Befinden nach der Therapie (Zeitpunkt C)	71
5.15 Belastendes Ereignis (Zeitpunkt C)	71
5.16 Halbstandardisiertes Interview	71
6 Diskussion	76
6.1 Wertung des methodischen Vorgehens	76
6.2 Therapieeffekte	77
6.3 Diskussion der Ergebnisse	78
6.3.1 Stabilität	78
6.3.2 Datenerhebung	78
6.3.3 Soziodemographische Daten	79
6.3.4 Therapiemotivation	80
6.3.5 Vorbehandlung	80
6.3.6 Komorbiditäten	81

Inhaltsverzeichnis

6.3.7 Ergebnisse der standardisierten Fragebögen	82
6.3.7.1. Das interpersonale Verhalten (IIP-C)	82
6.3.7.2 Die Beeinträchtigung	84
Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R)	84
BSS und GAF	87
6.3.7.3 Ängstlichkeit und Depressivität (HADS).....	89
6.3.7.4 Alexithymie (Tas-20)	92
6.3.7.5 Schamgefühl und Ekel (Hautzuf)	93
6.3.7.6 Die Therapiezufriedenheit	94
6.3.7.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede	96
6.3.8 Halbstandardisierte Einzelinterviews	96
7 Zusammenfassung und Ausblick	97
Summary.....	100
8 Abkürzungsverzeichnis	102
8.1 Abkürzungen allgemein	102
8.2 Abkürzungen bzgl. der Tests bzw. Auswertung	102
8.3 Abkürzungen statistischer Begriffe	104
9 Literaturverzeichnis	105
Anhang	
Anhang A: Anschreiben, Einverständniserklärung, Fragebögen	
Anhang B: Ergebnistabellen	
10 Eidesstattliche Erklärung	
11 Danksagung	

1 Einleitung

Kalokagathia (καλοκαγαθία) - dieser Begriff (*kalós*–schön, *agathós*–gut) beschrieb in der griechischen Antike eine Verbindung zwischen dem äußerem Erscheinungsbild und dem Charakter einer Person. Von einem schönen Äußeren könne man auch auf innere Schönheit schließen, so die Vorstellung (Jaeger, 1954).

Heute, rund 3000 Jahre später, ist uns dieser Ausdruck zwar nicht mehr geläufig, die Idee der Kalokagathia besteht aber durchaus noch in der Gesellschaft. Laut aktuellen Studien werden attraktive Menschen erfolgreicher, intelligenter und sympathischer eingestuft als weniger attraktive Menschen (Braun et al., 2001). Vorteile bei der Partnerwahl und im Berufsleben sind die Folge (Pfeifer, 2012; Bauer & Ganser, 2006/7). Viele Menschen bemühen sich, diesen Schönheitsidealen gerecht zu werden. Hiervon versprechen sie sich Anerkennung und sozialen Erfolg.

In den Medien sind diese Ideale allgegenwärtig. Sie suggerieren, dass Schönheit durch Diäten, Fitnessprogramme oder Schönheitsoperationen für alle zugänglich sei, und verstärken den Wunsch und das Streben nach gutem Aussehen. Dies spiegelt sich auch in einer Zunahme der Schönheitsoperationen innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte wieder. Der Eifer nach Schönheitsidealen in unserer Gesellschaft ist verbreitet. Wird die Sorge über das Aussehen jedoch unverhältnismäßig groß und dominiert das Leben desjenigen, muss man von einem Übergang in die Krankheit sprechen.

So ist bei andauerndem Auftreten quälender Gedanken über das Aussehen eines Körperteils an das Krankheitsbild der **Körperdysmorphen Störung** (kurz **KDS**) zu denken. Großes Schamgefühl führt zu zwanghaftem, kontrollierendem und vermeidendem Verhalten. Die Lebensqualität der Betroffenen ist stark eingeschränkt. Meist sind sie davon überzeugt, die Ursache ihrer Probleme läge in einem körperlich begründeten Defekt. Die Veränderung des Makels scheint für die Patienten die Lösung zu sein. Mit Hilfe kosmetischer Verfahren und schönheitschirurgischer Eingriffe versuchen sie dieses Ziel zu erreichen. Da die Ursache jedoch psychischer Natur ist, bringen die Eingriffe keine dauerhafte Besserung. Bis dies für den an KDS-Leidenden jedoch erkennbar wird, vergehen meist Jahre. Für Außenstehende ist die Sorge der Erkrankten oft schwer nachzuvollziehen, was häufig zu negativen Reaktionen führt. Dieser Umstand und die starke Scham der Erkrankten erschweren die endgültige Diagnosestellung.

Häufige Komorbiditäten, ein chronischer Verlauf und eine erhöhte Suizidalität zeigen die Schwere der Erkrankung auf.

Der Stellenwert des Aussehens in der Gesellschaft ließe vermuten, es handele sich bei der KDS um eine Erkrankung der heutigen Zeit. Der italienische Psychiater Enrico Morselli (1891) beschrieb erstmals das Krankheitsbild jedoch bereits im Jahre 1891. Schon in der Antike thematisierte man das Phänomen der Angst vorm „Angestarrt-Werden“ aufgrund eines makelhaften Aussehens.

In der wissenschaftlichen Forschung allerdings ist das Thema der KDS verhältnismäßig neu. Erst in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts erfolgte die Aufnahme in die Klassifikationssysteme (DSM, ICD). Ein Anstieg des Interesses an dem Krankheitsbild KDS innerhalb der letzten zwei bis drei Jahrzehnte ist zu verzeichnen. Neue Erkenntnisse über das Krankheitsbild konnten gewonnen werden. Viele Fragen sind noch offen und weitere Untersuchungen – vor allem zur Behandlung der KDS – indiziert.

Die vorliegende Studie untersucht die Wirkung einer stationären integrativen psychodynamischen Therapie auf die KDS. Diese sehr häufig angewandte Behandlungsform wurde bis heute in Hinblick auf diese Erkrankung nicht erforscht.

Unsere retrospektive Katamnesestudie erfasst psychologisch-klinische Parameter bei KDS-Erkrankten, welche die Therapieeffekte zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung abbilden. Somit leistet sie einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis der bisher gering erforschten körperdysmorphen Störung, insbesondere zum Verlauf und der Therapie.

In der vorliegenden Dissertation soll zunächst das Krankheitsbild der KDS nach aktuellem Forschungsstand näher vorgestellt werden. Angeknüpft daran werden die zu untersuchenden Fragestellungen erläutert. Genauere Ausführungen zum Vorgehen schließen sich im Kapitel der Methodik an, gefolgt von den Ergebnissen in Kapitel 5. In der Diskussion werden die gewonnenen Ergebnisse in Bezug zu den Fragestellungen gesetzt. Das Vorgehen der Studie wird diskutiert und die Bedeutung und mögliche Konsequenzen, welche sich aus der Untersuchung ergeben, werden erörtert.

2 Theoretische Grundlagen

Der folgende Abschnitt soll unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage einen Überblick über das Krankheitsbild der körperdysmorphen Störung geben. Aufgrund der Bedeutung für die geplante Untersuchung wird der Fokus insbesondere auf das klinische Bild, die Therapie und den Verlauf gelegt.

2.1 Die körperdysmorphe Störung (KDS) - ein Überblick

Die Bezeichnung der körperdysmorphen Störung entstand in Anlehnung an den Begriff der Dysmorphophobie. Zusammengesetzt aus den altgriechischen Silben *Dys* für *miss-* oder *schlecht-*, *morpho* (*morphé*) für *Gestalt* und *phobie* (*phobos*) für *Angst* bedeutet dieser Terminus so viel wie die Angst davor, missgestaltet zu sein. Da Scham und Ekel bei der Pathogenese dieses Krankheitsbild nach heutigem Wissensstand eine größere Rolle spielen als die Angst, ist die Bezeichnung der körperdysmorphen Störung dem Begriff der Dysmorphophobie vorzuziehen (Stangier, 2002).

Die KDS ist im ICD-10 (Dilling et al., 2011) den *somatoformen Störungen* zugeteilt und wird dort als eine Unterform der *Hypochondrie* (F45.2) beschrieben. Abzugrenzen davon ist eine wahnhaft Form der KDS (unter F.22.8 *sonstige wahnhaft Störungen*). Im DSM-V wird die KDS - nachdem sie in der vorherigen Ausgabe ebenfalls den somatoformen Störungen zugeteilt wurde - nun den Zwangsstörungen zugeordnet.

Die übermäßige Beschäftigung mit einem Makel des eigenen Aussehens, der in der Regel kaum oder überhaupt nicht vorhanden ist, gilt als Hauptkriterium. Eventuell gering vorhandene Makel werden stark überbewertet. Für Außenstehende ist die Sorge nicht nachzuvollziehen, der Erkrankte ist jedoch überzeugt von der Entstellung. Der Makel ist meist auf das Gesicht, insbesondere die Haut bezogen, kann aber auch andere Körperteile betreffen. Die Gedanken kreisen dauerhaft um das vermeintliche Problem und führen häufig zu Zwangsritualen, Vermeidungsverhalten oder Manipulationen.

Ein weiteres Kriterium ist der durch das starke Schamgefühl hervorgerufene ausgeprägte Leidensdruck, der häufig zu einem Rückzug im beruflichen und privaten Bereich bis hin zur vollkommenen Isolation des Patienten führt.

Wichtig ist es auszuschließen, ob die vorliegende Symptomatik durch eine andere psychische Störung, insbesondere eine andere Körperschemastörung wie beispielsweise die Anorexia nervosa, erklärt werden kann.

2.2 Geschichte

Bereits in der Antike wurde das Phänomen der Dymorphobia -der Angst des Entstelltseins- in der Sage um Thersites thematisiert. Der Mythos erzählt von einem jungen griechischen Krieger, der sich aufgrund eines ihn vermeintlich entstellenden Makels angestarrt fühlt. Aufgrund dieser Erzählung wird der Begriff des *Thersites-Komplex* auch synonym zur KDS bei jungen Patienten verwendet (Peters, 1997). Näher beschrieben wird das Erkrankungsbild der körperdysmorphen Störung erstmals 1891 durch den italienischen Psychiater Morselli in seinem Aufsatz: „Sulla dismorfofobia & sulla talefobia“. In einem Fallbeispiel berichtet er über einen Patienten, der in einer Narbe auf der Nase Parästhesien wahrnimmt, die ihn denken lassen, seine Nase habe eine Kugelform angenommen. Aufgrund der Vorstellung, man würde ihn wegen der kugeligen Nase anstarren, zieht er sich völlig zurück und meidet jegliche sozialen Kontakte. Ein ähnlicher Fall wird 1918 von Freud im Fallbericht der Wolfsmann geschildert (Küchenhoff, 1984; Stangier, 2002, S.3).

Über einen langen Zeitraum wird die KDS nicht als eigenstehende Krankheit beschrieben. 1980 taucht sie erstmals in einem diagnostischem Handbuch, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) unter der Bezeichnung der *atypischen somatoformen Störung* auf. Als selbstständiges Erkrankungsbild wird sie schließlich 1987 im DSM-III aufgeführt. 1991 erfolgt auch die Erfassung durch den ICD-10.

Seit Aufnahme in die Diagnoseklassifikationssysteme ist auch das Interesse an der KDS gestiegen. Innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte konnte mittels vieler Studien zur KDS eine bis dato geringe Informationslage durch neue Kenntnisse erweitert werden. So konnten Unterformen beschrieben werden wie das Dorian-Gray-Syndrom, bei dem der alternde Patient nach ewiger Jugend strebt und versucht mittels Anwendung von Lifestyle-Medizin diesem Ideal gerecht zu werden (Brosig et al., 2001), oder die Muskeldysmorphia, auch als Adonis-Komplex bezeichnet, welche vorwiegend bei Männern auftritt, und sich im Besonderen kennzeichnet durch die Sorge um

Muskelmasse (Olivardia, 2001). Dennoch bedarf es noch vieler weiterer Untersuchungen, um die körperdysmorphe Störung besser verstehen und behandeln zu können.

2.3 Epidemiologie

Die Prävalenz der KDS liegt zwischen 1-2% (Faravelli et al., 1997; Koran et al., 2008; Rief et al., 2007; Buhlmann et al., 2010).

Aufgrund der Überzeugung des körperlichen Makels und getrieben von der Hoffnung, ein operativer Eingriff könne das Leid mindern, findet sich eine erhöhte Prävalenz an KDS-Patienten in der kosmetischen Dermatologie (14%, Conrado et al., 2010; 8,4%, Dogruk Kacar et al., 2014), der Dermatologie (6,7%, Conrado et al., 2010; 4,2%, Dogruk Kacar et al., 2014, Dey et al., 2015) und der kosmetischen Chirurgie (3-18%, Castle et al., 2004; Veale et al., 2003). Aufgrund unrealistischer Erwartungen werden die Hoffnungen durch einen operativen Eingriff jedoch meist nicht erfüllt (Lai et al., 2010; Phillips et al., 2001a, Crerand et al 2005).

Der durchschnittliche Erkrankungsbeginn liegt im Jugendalter (Phillips et al., 2006a). Eine Abnahme der Prävalenz ab dem 44. Lebensjahr ist beschrieben (Koran et al., 2008). Untersuchungen zur Auftretenswahrscheinlichkeit bei Studenten zeigen eine erhöhte Prävalenz von 2,3% (Bartsch, 2007) bis 9,7% (Rich et al., 1992 zitiert nach Veale & Neziroglu, 2010, S.42). Vor allem junge Frauen mit Essstörung seien häufiger betroffen. Man geht allerdings davon aus, dass es sich um weniger schwere Fälle der KDS handelt und die erhöhte Prävalenz für KDS im jungen Erwachsenenalter unter anderem durch die erschwerte Abgrenzung zu subklinischen Essstörungen hervorgerufen wird (Veale & Neziroglu, 2010, S.43).

Die Mehrzahl der KDS-Patienten ist alleinstehend (Koran et al., 2008).

Einige Untersuchungen zeigen bei Frauen im Vergleich zu Männern eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit (Gieler et al., 2015; Veale et al., 1996b ; Phillips, Menard & Fay, 2006a). Unterschiede können im klinischen Bild der KDS liegen: Bei Männern bezieht sich die Sorge häufig auf die Muskelmasse (Muskeldysmorphia), auf die Genitalien oder auch auf Haarausfall, während bei Frauen eine größere Variation des betroffenen Körperteils (Gesicht, Hüfte, Brust, Beine, Zehen etc.) vorliegt. Häufig

treten Komorbiditäten auf. Bei Frauen ist die KDS eher mit Essstörungen (Bulimia Nervosa, Phillips & Diaz, 1997), bei Männern hingegen mit Substanzstörungen assoziiert (Phillips et al., 2006a). Eine Studie aus dem Jahr 2013 erfasst, dass betroffene Männer mehr unter Zwängen und Frauen mehr unter sozialen Ängsten leiden. Möglicherweise liegt hier ein Unterschied in der Entstehung der KDS. Während bei den männlichen Probanden ein kognitiver Prozess zur Sorge bezüglich des Aussehens führt, so steht bei Frauen eine emotionale Komponente im Vordergrund (Barahmand & Shahbazi, 2013). Die Suizidalität ist erhöht.

In Ländern (Philippinen, Länder Südamerikas), in denen die äußere Erscheinung von großer Bedeutung ist und häufiger schönheitschirurgische Eingriffe durchgeführt werden, nimmt man auch eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit der KDS an (Veale & Neziroglu, 2010, S.118). In anderen Kulturen, in denen Aussehen hingegen eine untergeordnete Rolle spielt (wie im arabischen Kulturkreis), wurden geringere Prävalenzwerte gemessen. Eine niedrig gemessene Prävalenz in Entwicklungsländern könnte auch durch eine geringere Verbreitung und Integration der psychosomatischen Medizin in traditionellen und weniger ausgebauten Medizinsystemen bedingt sein (Al-Adawi et al. 2001).

2.4 Ursachenmodelle

Die körperdysmorphe Störung wird nach bisherigem Forschungsstand als eine Erkrankung multifaktorieller Genese angesehen. Die KDS geht vermutlich aus der Interaktion neurobiologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren hervor. Folgende unterschiedliche Ansätze werden diskutiert:

Die kognitiv-behaviorale Theorie geht von einer erlernten Fehlwahrnehmung der eigenen Gestalt sowie erhöhter Sensibilität für Ästhetik und Perfektionismus bezüglich des eigenen Aussehens aus (Veale et al., 1996a; Harris, 1982). Studien konnten die erhöhte Empfindsamkeit bei Abweichungen von standardisierten Schönheitsvorstellungen aufzeigen (selektive Aufmerksamkeit, Stangier et al., 2008, Buhlmann et al., 2002). Aufgrund der Diskrepanz zwischen aktuellem Selbstbild und Ideal kommt es zu wiederholten negativen Bewertungen (Higgins, 1987) mit der Folge der Selbstentwertung. Scham und Ekel führen zur Aufrechterhaltung der übermäßigen Beschäftigung und zum Rückzug des Patienten.

In Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur der KDS-Erkrankten konnte ein erniedrigtes Selbstwertgefühl festgestellt werden. Möglicherweise ist dieses nicht nur als Folge der negativen Erfahrung zu sehen, sondern auch grundlegend für die Entstehung. Von Selbstzweifeln geplagte Menschen neigen dazu, sich an ihrem Aussehen zu messen und räumen ihm somit eine größere Bedeutung ein (Buhlmann et al., 2008). Als prädisponierend wurden sensible, zwanghafte, narzisstische oder schizoide Persönlichkeitsstrukturen beschrieben (Phillips & McElroy, 2000).

Psychodynamisch erklärt sich die KDS aus einem Konflikt in der Kindheit: Das Erleben unsicherer Bindungen führt zu einem geringen Selbstwertgefühl. Durch erfahrene Kränkungen werden Selbstzweifel größer. Aufgrund der Unfähigkeit zur Bewältigung wird der Konflikt somatisiert - der Körper oder Teile des Körpers werden als Ursache erlebter Zurückweisung empfunden (Berg-Nielsen et al., 2003). Scham- und Ekelgefühle treten auf und verstärken den Prozess (Gieler, 2010). Das „Psychodynamische Erklärungsmodell“ der KDS nach Gieler (2010) vereint dieses, der Krankheit zugrunde liegende, Konfliktmodell mit dem oben beschriebenen Verhaltensmuster.

In der Kindheit erlebte Zurückweisungen, emotionale und physische Vernachlässigungen sowie körperlicher und sexueller Missbrauch gehen mit einer erhöhten Prävalenz von KDS einher (Didie et al., 2006; Buhlmann et al., 2012). Die Erfahrung von Hänseleien im Kindes- und Jugendalter wurde von etwa 60% der KDS-Patienten beschrieben (Phillips et al., 2005a).

Soziokulturelle Faktoren bestimmen aktuelle Schönheitsideale und können so je nach Abweichen, Übereinstimmen und gesellschaftlicher Gewichtung Einfluss auf die KDS haben.

Auf neurobiologischer Ebene lässt das Ansprechen auf Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) ein Ungleichgewicht des serotonergen Systems vermuten. Dieser Pathomechanismus liegt auch den Zwangsstörungen zu Grunde und könnte erklären, warum diese bei KDS-Patienten häufig begleitend auftreten (Phillips et al., 1995; Cororve & Gleaves, 2001; Neziroglu et al., 2001; Patterson et al., 2001; Phillips & Najjar 2003; Aski & Chilli, 2002).

Eine amerikanische Forschergruppe (Gabbay et al.) berichtete 2003 von einem Fall einer organisch bedingten KDS. Ein zerebraler Entzündungsprozess führte zu einer

Frontalhirnatrophie mit Auftreten körperdysmorpher Symptome. Untersuchungen an vierzehn KDS-Patienten konnten Einschränkungen in exekutiven Funktionen feststellen, welche ebenfalls mit Veränderungen im frontalen Kortex einhergehen könnten (Dunai et al., 2010).

2.5 Klinik

Das Krankheitsbild - wie oben schon kurz erläutert - äußert sich in einer übermäßigen Sorge bezogen auf einzelne Körperteile. Diese ist vor allem auf das Gesicht, die Haut, die Nase, Haare aber auch andere Bereiche des Körpers gerichtet (Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1993a). Im Verlauf kann der betroffene Körperteil auch wechseln (Stangier, 2002, S.16). Teilweise ist die Sorge sehr vage und nicht explizit auf einen Bereich bezogen. So werden auch diffuse Ekelgefühle als mögliche Symptomatik bei KDS beschrieben (Veale & Neziroglu, 2010, S.191). Für die Patienten ist ihr Makel real, während er von Außenstehenden nicht nachvollzogen werden kann.

2.5.1 Wahrnehmungs- und Denkstörung

Die Fehlwahrnehmung des eigenen Körpers ist charakteristisch für die KDS. Die Ausprägung der Sorge kann von einer überwertigen Idee bis hin zum Wahn reichen. Im ICD-10 erfolgt diesbezüglich eine Abgrenzung zu einer wahnhaften Form der KDS. Im DSM-V erfolgt diese Abgrenzung nicht. Insgesamt wurden mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede im klinischen Bild der Erkrankungen festgestellt. Die Unterschiede beziehen sich auf die Schwere der KDS mit Folgen wie Rückzug, dem Auftreten von Substanzstörungen und Suizidalität (Phillips et al., 2006b). Das Ansprechen auf SSRI zeigt sich gleichermaßen bei der nichtwahnhaften als auch bei der wahnhaften Form (Phillips, 2002b). Aufgrund der großen Übereinstimmungen wird die Eigenständigkeit der Diagnose einer wahnhaften KDS in Frage gestellt (Mancuso et al., 2010). Bestärkt wird dies durch die Tatsache, dass bei den Patienten im Verlauf häufig Übergänge und Wechsel in der Ausprägung der Überzeugung auftreten. So kann man die Denkstörung zeitweise als überwertige Idee, zeitweise als wahnhaft beschreiben. Diskutiert wird inwieweit die Einteilung für den klinischen Alltag sinnvoll ist, da die Therapie der nichtwahnhaften KDS gleicht. Interessant mag sie als prognostischer Faktor sein, da die Stärke der Überzeugung mit dem Behandlungserfolg der kognitiven Verhaltenstherapie korreliert (Neziroglu et al., 1996).

2.5.2 Verhaltensänderung

Konsequenzen der überwertigen Ideen resultieren in charakteristischen Verhaltensänderungen. Kontrollrituale stellen den Versuch dar, den vermeintlichen Makel zu beherrschen. Häufig nehmen sie viel Zeit in Anspruch: im Schnitt verbringt ein KDS-Patient ein bis drei Stunden am Tag mit Zwangshandlungen (Phillips (1986) zitiert nach Driesch et al., 2004).

Oft versuchen die Patienten den Makel zu kaschieren. Dies kann je nach betroffenem Körperteil durch kosmetische Eingriffe, Make-Up (78% der erkrankten Frauen, 23,5% der erkrankten Männer (Phillips et al., 2006a)), den Besuch von Bräunungsstudios (25% der Erkrankten (Phillips et al., 2006c)), Kopfbedeckungen, Verschleierungen, aber auch durch den Einsatz von Lifestyle-Medizin (z.B. Mittel gegen Haarausfall), körperlichem Training, oder polsternde oder stützende Kleidungsstücke geschehen. Des Weiteren sind Manipulationen am eigenen Körper beispielsweise in der Form von Skin-Picking, vor allem bei auf die Haut bezogenen Störungen, insbesondere bei Frauen, möglich (Lebenszeitprävalenz von Skin Picking bei KDS: 44,9% (Grant et al., 2006)). Die Sorge führt dazu, dass die Patienten ihre gesunde Haut oder kleine Unreinheiten bzw. Veränderungen durch Kratzen, Quetschen, Drücken etc. schädigen, was zu sichtbaren Verletzungen und Entzündungen führen kann (Arnold et al., 2001). Diese Verhaltensweisen treten häufig zusammen mit „*Mirror-Gazing*“, dem wiederholten und andauerndem Blick in den Spiegel oder andere reflektierende Gegenstände auf. Ein Phänomen, welches bei etwa 80-90% der KDS-Erkrankten, beschrieben wird (Veale et al., 1996b). Das Misstrauen an das eigene Erinnerungsvermögen bezüglich des Erscheinungsbildes und das Streben nach Gewissheit über das aktuelle Aussehen, aber auch die Hoffnung anders auszusehen als in der Vorstellung motivieren den Blick in den Spiegel (Veale & Riley, 2001). Vergleiche werden mit Mitmenschen (Prävalenz: 90%, Phillips & Diaz, 1997) und Idealvorstellungen gezogen, aber auch zwischen aktuellem und früherem Aussehen aufgestellt. Neben Spiegeln oder spiegelnden Oberflächen dienen Fotos, wiederholtes Betasten, Wiegen oder Messen dem Vergleich. Neben der andauernden Vergleiche, wollen sich viele der KDS-Erkrankten rückversichern und holen Zweitmeinungen ein (47% der Erkrankten, Phillips & Diaz, 1997).

Vor allem bei länger andauerndem Blick in den Spiegel ist die Aufmerksamkeit der Erkrankten mehr auf ein inneres Gefühl für das Aussehen gerichtet als auf das

äußere Erscheinungsbild (Baldock et al., 2012; Veale & Riley, 2001). Anhand visueller Analogskalen konnte festgestellt werden, dass Patienten, die über längere Zeit in den Spiegel schauen, stärkeres Leid empfinden (Anstieg des Leidensdrucks um 18,5%) als Patienten, die dem Blick in den Spiegel widerstehen (Anstieg des Leidensdrucks um 5,9%, Veale & Riley, 2001).

Neben Mirror-Gazing tritt auch das Meiden von Spiegeln bzw. spiegelnden Oberflächen auf. Teilweise sind es nur betroffene Körperteile, die beim Blick in den Spiegel gemieden werden oder bestimmte Spiegel, insbesondere öffentliche Spiegel. Als ursächlich wird das Verhindern negativer Gedanken und Gefühle diskutiert. Häufig treten Mirror-Gazing und Spiegel-meidende Verhalten im Wechsel auf. Andere Vermeidungsverhalten zeigen sich in Veränderungen der Körperhaltung, um den vermeintlichen Makel zu kaschieren (Phillips & Diaz, 1997), und dem Meiden bestimmter öffentlicher und sozialer Situationen.

Die exzessive Beschäftigung mit dem Selbst führt zur Abnahme in der Konzentrations- und Motivationsfähigkeit. Durch Vermeidungsverhalten sowie die große zeitliche Inanspruchnahme der Kontrollrituale tritt bei KDS eine erhöhte Arbeitslosigkeit auf (Buhlmann et al., 2010). Die Lebensqualität nimmt mit der Schwere der Erkrankung ab (Marques et al., 2011). Der Rückzug kann zur vollkommenen Isolation führen und schließlich in Depression, sozialer Phobie, Substanzmissbrauch und Suizidalität resultieren. Eine prospektive Studie aus dem Jahre 2006 (Phillips & Menard, 2006e) erfasste bei 185 KDS-Patienten über vier Jahre eine Wahrscheinlichkeit von 57,8% für das Auftreten von Suizidgedanken pro Jahr. 2,6% Suizidversuche/Jahr, sowie 0,3% Suizide wurden beschrieben.

2.6 Komorbiditäten und Differentialdiagnosen

Aufgrund der großen Heterogenität des klinischen Krankheitsbildes fällt eine Abgrenzung zu anderen Krankheiten häufig schwer. Krankheiten, die differentialdiagnostisch abgegrenzt werden, aber auch als Komorbiditäten auftreten können, sollen im folgenden Abschnitt besprochen werden.

2.6.1 Depression

Die Depression, insbesondere in Form einer Major Depression, ist die häufigste komorbide Erkrankung bei KDS. Die Datenlage zur Prävalenz ist sehr unterschiedlich. Die niedrigste Prävalenz für die Major Depression wurde mit 8% gemessen (Veale et al., 1996b). Die bisher größte Studie mit 293 Patienten konnte eine Komorbiditätsrate von 58 % und eine Lebenszeitprävalenz von 76% feststellen (Gunstand & Phillips, 2003). Eine Unterscheidung von KDS und Depression ist häufig schwierig, da auch bei Depression ein negatives Selbstbild auftreten kann. Die Patienten empfinden sich als unattraktiv. Die Sorge um das Aussehen ist jedoch nicht so stark ausgeprägt wie bei der KDS. Es tritt typischerweise kein Zwangsverhalten auf. Bei ursächlicher KDS sollten körperdysmorphe Symptome vor einer depressiven Symptomatik auftreten (Gunstad & Phillips, 2003).

2.6.2 Zwangsstörung

Zwangsstörungen und KDS weisen viele Gemeinsamkeiten auf, weshalb die KDS auch als eine Variante der Zwangsstörung diskutiert wird (DSM-V, McKay et al., 1997). Die Zwangsrituale der KDS-Erkrankten und die Zwangshandlungen bei Zwangsgestörten können sich ähnlich präsentieren. Zudem zeigt sich bei beiden Erkrankungen die Wirksamkeit von SSRI und kognitiver Verhaltenstherapie. In einer Zwillingsstudie konnten gemeinsame genetische Faktoren als Grundlage für die Zwangsstörungen und KDS festgestellt werden (Monzani et al., 2012).

Unterschiede zeigen sich in der Motivation der Zwangshandlungen. Während der an einer Zwangsstörung leidende Patient einen inneren Drang verspürt ein bestimmtes Verhalten auszuführen, dienen die Zwangsrituale beim körperdysmorphen Patienten vor allem dazu unangenehmen Situationen vorzubeugen. Sie müssen nicht unbedingt wiederholt auftreten, was bei den Zwangsstörungen charakteristisch ist. Ein weiterer Unterschied ist, dass die Zwangshandlungen von den Zwangsgestörten als unsinnig und übertrieben empfunden werden (ich-dyston), während sie bei der KDS häufiger als ich-synton erlebt werden (Driesch et al., 2004).

Der Erkrankungsbeginn ist bei der KDS früher als bei den Zwangsstörungen (Gunstand & Phillips, 2003). Die Krankheitseinsicht der KDS-Erkrankten ist geringer und sie weisen im Gegensatz zu Zwangsstörungen größere psychosoziale

Beeinträchtigungen und ein höheres Risiko an einer anderen psychischen Erkrankung zu leiden auf (Phillips et al., 2012).

Bei KDS-Erkrankten konnte eine Lebenszeitprävalenz von 32% gemessen werden (Gunstad & Phillips, 2003).

2.6.3 Soziale Phobie

Wie der Sozialphobiker meidet auch der KDS-Patient bestimmte soziale Situationen. Unterschiede liegen in der Motivation des Vermeidungsverhaltens. Während der an einer Sozialphobie leidende Patient unter einer starken Angst leidet, sich durch ein peinliches Verhalten zu blamieren, sorgt und schämt sich der KDS-Kranke vor einer Negativbewertung seines Aussehens. Eine klare klinische Abgrenzung erweist sich häufig als schwierig und so beschreibt eine soziale Phobie auch die Folge einer KDS durch Rückzugs und Isolation (Driesch et al., 2004). Folge sind eine erhöhte Arbeitslosigkeit, eine erhöhte Suizidalität sowie geringere psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit (Coles et al., 2006). Die Lebenszeitprävalenz der Komorbidität bei KDS liegt bei 37% (Gunstad & Phillips, 2003).

2.6.4 Substanzstörung

Der große Leidensdruck im Rahmen der KDS führt gehäuft zu Drogeninsbesondere Alkoholabusus und Abhängigkeit. So beschreibt Grant et al. (2005) eine Lebenszeitprävalenz von 35,8% für Substanzstörungen, welche auch mit einer erhöhten Rate an Suizidalität einhergeht.

2.6.5 Essstörungen

Die Essstörungen zählen wie auch die KDS zu den Körperschemastörungen. Charakteristisch für diese Erkrankungen sind eine gestörte Selbstwahrnehmung, das Auftreten überwertiger Ideen sowie von Kontroll- und Vermeidungsverhalten (Driesch et al., 2004). Häufig treten ein ausgeprägter Perfektionismus und ein geringes Selbstwertgefühl auf.

Bei der KDS bezieht sich die Sorge allerdings auf einen Teil des Körpers während bei der Anorexia nervosa oder der Bulimia nervosa das ganze Körperbild - wie Gewicht oder Figur - betroffen sind. Eine Abgrenzung ist mitunter schwierig. Untersuchungen zur Lebenszeitprävalenz ergaben Prozentränge zwischen 4% (Gunstad & Phillips, 2003) und 21% (Nierenberg et al., 2002). Unter den Betroffenen befinden

sich häufiger Frauen. Insbesondere bei schweren Essstörungen tritt häufig eine Unzufriedenheit mit nicht-gewichtsbezogenen Körperteilen wie Haut oder Haaren hinzu, welche sich auch im Ausmaß einer komorbiden KDS zeigen kann (Kollei et al., 2012).

2.6.6 Hypochondrische Störung

Im ICD-10 wird die KDS auch unter den hypochondrischen Störungen aufgezählt. Typisch bei hypochondrischen Störungen ist die Aufmerksamkeit auf einen vermeintlichen inneren oder - wie bei der KDS - äußeren Defekt. Der von einer pathologischen Veränderung überzeugte Patient sucht medizinisches Fachpersonal auf. Dieses und auch andere Außenstehende können die Sorge oder auch die vermeintliche Veränderung nicht feststellen. Das ständige Rückversichern charakterisiert beide Erkrankungen. Chronizität wird beschrieben.

Da im Mittelpunkt der Hypochondrie jedoch die Angst (an einer Erkrankung zu leiden) steht, während die körperdysmorphe Störung vor allem der Affekt der Scham (bezüglich eines empfundenen Defektes im Aussehen) kennzeichnet, wird diskutiert ob die Einteilung der KDS, wenn auch als Sonderform der Hypochondrie, sinnvoll ist (Kapfhammer, 2003, zitiert nach Driesch et al., 2004).

2.6.7 Persönlichkeitsstörungen

Vor allem ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstrukturen des Cluster C (ängstlich, vermeidend, zwanghaft, abhängig) treten in Zusammenhang mit KDS auf und gehen häufig mit einem schweren Verlauf einher. Fraglich ist, ob sie bei schon bei Beginn der KDS vorlagen oder als Folge der Erkrankung zu verstehen sind (Phillips & McElroy, 2000). Auch bei paranoiden oder borderlinen Persönlichkeiten kann eine KDS auftreten (Semiz et al., 2008). Bei Borderlinern mit instabilem Selbstbild und instabiler Selbstwahrnehmung ist eine Abgrenzung erschwert.

2.6.8 Schizophrenie

Die teils wahnhaftige Überzeugung bei KDS kann an psychotische Phänomene im Rahmen einer Schizophrenie erinnern. Allerdings zeigen sich bei der Schizophrenie häufig komplexere Wahnvorstellungen. Es treten außerdem Ich-Störungen, Halluzinationen und motorische oder kognitive Defizite auf. So ist die Differenzierung in der Regel einfach. Als komorbide Erkrankung tritt sie selten bei KDS auf (Veale &

Neziroglu, 2010, S.23-24). Die Abgrenzung zwischen einer nichtwahnhaften und wahnhaften KDS wurde bereits besprochen.

2.6.9 Weitere Erkrankungen

Andere seltenere Erkrankung, die im Zusammenhang mit der KDS diskutiert werden, sind die Body Integrity Identity Disorder und Störungen der Geschlechtsidentität, der Eigengeruchswahn (Olfactory Reference Syndrome), BDD by proxy oder Koro (Driesch et al., 2004; Veale & Neziroglu, 2010, S.23-26; Greenberg et al., 2013).

2.7 Diagnostik

Die Diagnosestellung gestaltet sich häufig als problematisch. Verschiedene Faktoren sind dafür verantwortlich:

1. Die bereits erwähnte Überzeugung des Patienten, es handele sich um einen physischen Makel und nicht um eine psychosomatische Erkrankung.

2. Die fehlende Erfahrung und das mangelnde Bewusstsein für die Erkrankung seitens des Fachpersonals.

- Selbst in psychiatrischen Fachkliniken ist die Diagnostik mitunter schwierig. Lange Zeit wurde von einer erhöhten Prävalenz von KDS in der Psychiatrie (6,6% (Dyl et al., 2006; Nierenberg et al., 2002) - 16% (Conroy et al., 2008)) ausgegangen. Eine Studie aus dem Jahr 2011 (Kollei et al.) zeigt hingegen sogar eine im Vergleich zur Normalbevölkerung erniedrigte Prävalenz.

3. Das große Schamgefühl und die Angst vor Stigmatisierung.

- Die Scham sowie auch die Angst und eventuell auch die Erfahrung von seinem Umfeld als „eitel“ oder „narzisstisch“ erlebt zu werden, führen zu einem Rückzug des Patienten und verhindern, dass er sich Fachkräften anvertraut (Grant et al., 2001; Conroy et al., 2008).

4. Die Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Krankheitsbildern.

All dies kann zu Verzögerungen in der Diagnostik führen. So wird die Diagnose der KDS im Schnitt erst 15 Jahre nach Erstmanifestation gestellt (Veale et al., 1996b). Meist liegt zu diesem Zeitpunkt eine Chronifizierung vor. Das Bewusstsein und Wissen

über die Erkrankung insbesondere in den Settings mit erhöhter Prävalenz ist von elementarer Bedeutung für eine schnellere Diagnosestellung. Durch einfache Screeningverfahren wie den Dysmorphic Concern Questionnaire (*DCQ*) kann bei Verdacht auf KDS auch durch nicht spezialisiertes Personal körperdysmorphe Besorgnis erfragt werden (Oosthuizen et al., 1998). Ein störungsspezifischer Fragebogen ist der KDS-Fragebogen (*KDS-F*), der in seiner Kurzform (*KDS-K*) auch als Screeningverfahren eingesetzt werden kann (Brunhoeber & Maes, 2007). Weiterhin entwickelt wurde der Cosmetic-Procedure-Screening-Questionnaire (*CPSC*), ein Fragebogen, der speziell in der Schönheitschirurgie KDS-Patienten ausfindig machen soll (Veale et al., 2012). Psychotherapeutische oder psychiatrische Settings werden von den Betroffenen primär meist wegen vorhandener Begleiterkrankungen aufgesucht. Die große Scham des Patienten erfordert ein behutsames Vorgehen von Seiten des Therapeuten. Nach Aufbau einer stabilen Therapeuten-Patienten-Beziehung können gezieltere Untersuchungen zur KDS durchgeführt werden. Zu diesen gehören beispielsweise Fremdbeurteilungsverfahren wie das strukturierte klinische Interview (*SKID*) (Wittchen et al., 1997) oder das Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (*BDDDM*). Das halbstrukturierte Interview *BDD-YBOCS* orientiert sich an der Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (*YBOCS*) einem Interview zur Ermittlung von Zwangserkrankungen. Es erfasst den Schweregrad der KDS (Phillips et al., 1997b). Ein weiteres Verfahren, der Body Dysmorphic Disorder Examination Fragebogen (*BDDE*) erfasst ebenfalls körperdysmorphe Symptome und deren Ausprägung (Rosen & Reiter, 1996).

Ein geeignetes und einfaches Diagnostikum ist die Ratingskala zur Evaluation der Entstellung. Die Beeinträchtigung wird sowohl von Patient als auch von Therapeut anhand einer visuellen Analogskala von 0 (keine Beeinträchtigung) - 10 (sehr starke Beeinträchtigung) eingeschätzt. Eine Diskrepanz größer 4 spricht für das Vorliegen einer körperdysmorphen Störung (Stangier et al., 2002, S.45).

2.8 Therapie

Die bisherige Datenlage zur Therapie der KDS ist sehr klein. In den nachfolgenden Unterkapiteln sollen die bisher angewandten und teils in Studien untersuchten Behandlungsformen besprochen werden. Ob und inwieweit sich die

integrative psychodynamische Therapie bei Behandlung der KDS als wirksam erweist, soll in der geplanten Studie untersucht werden.

2.8.1 Psychotherapie

2.8.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist die bisher am häufigsten untersuchte Therapieform der KDS. Eine Reihe unkontrollierter (Geremia & Neziroglu, 2001; Khemlani-Patel et al., 2011 & Khemlani-Patel, 2001; Wilhelm et al., 1999; Neziroglu et al., 1996; Schmidt & Harrington, 1995; Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1993b) und kontrollierter Untersuchungen (McKay et al., 1997 & 1999; Rosen et al., 1995; Veale et al., 1996a) konnte eine Besserung der körperdysmorphen Symptomatik aufzeigen. Auch die Wirksamkeit bei jugendlichen Erkrankten wurde beschrieben (Krebs et al., 2012). Die Stichproben der Untersuchungen fielen klein aus (1-54 Probanden). Angewandte Verfahren waren Methoden der Exposition mit Reaktionsverhinderung und der kognitiven Umstrukturierung.

Im folgenden Abschnitt wird die kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung der KDS anhand eines Konzeptes von Stangier näher erläutert. Nach Stangier (2002) ist Voraussetzung für eine gelungene Therapie eine gute Therapeuten-Patienten-Beziehung. Aufgrund der Erfahrung, dass die KDS in ihrem Umfeld auf Unverständnis trifft, ist es umso wichtiger, dem Patienten mit Empathie und Verständnis für die Belastung entgegenzutreten. Häufig liegt vor einem Erstgespräch eine lange Phase der Motivationsfindung, welcher ein ambivalentes Verhältnis zu Psychotherapie zugrunde liegt. Behutsames Vorgehen, insbesondere bei der Diagnosevermittlung, ist elementar. Erst wenn der Patient eine ausreichende Einsicht zeigt, können Kontrollrituale sowie Gedanken und Emotionen in kritischen Situationen überdacht werden (Stangier, 2002, S.75). In der Vorbereitungsphase der Therapie wird das Verhalten, insbesondere auf Kontrollrituale, Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten analysiert. Eine hierarchische Anordnung vermiedener Situationen soll aufgestellt werden. Vorbereitend auf die Exposition werden die Befürchtungen des Patienten, wie beispielsweise negative Reaktionen anderer auf sein Aussehen, besprochen. Schrittweise wird der Patient zunehmend belastenden Situationen ausgesetzt. Dabei soll die Aufmerksamkeit nach außen gelenkt werden. Bei den geringsten Anzeichen negativer Reaktionen und/oder dem Aufkommen dysfunktionaler Kognitionen (wie „Körperteil xy ist hässlich“) sollen

in der Situation Alternativgedanken (wie „ich werde von anderen in meinem Aussehen akzeptiert“) angewandt werden. Die Bedeutung des Aussehens soll bestimmt und nach „Sokratischem Dialog“ hinterfragt und umgewichtet werden. Sicherheitsverhalten soll (im Sinne einer Reaktionsverhinderung) unterlassen werden. Im Rahmen der Exposition erfolgt somit eine kognitive Umstrukturierung. Konfrontationen über Videofeedback oder Spiegel ermöglichen dem Patienten eine andere Sichtweise. Der Beobachtungsfokus liegt vermehrt auf dem äußerlich beobachteten Bild als auf dem inneren Gefühl für das Aussehen. So kann wiederum die Bedeutsamkeit des Aussehens zu Gunsten anderer Bereiche an Gewicht verlieren. Außerdem können diese Verfahren zur weiteren Einübung der Festigung von Alternativgedanken genutzt werden, die auch in zukünftigen kritischen Situationen angewandt werden können, um Zwangs- und Vermeidungsrituale zu verhindern.

Cromarty & Marks (1995) berichten über den zusätzlichen Einsatz von Rollenspielen (Reverse-Role Play). Durch Rollenwechsel sollen dem Patienten Fehler in Selbst- und Fremdwahrnehmung aufgezeigt werden.

Eine unkontrollierte Studie von Wilhelm et al. (2011) konnte eine Verminderung der Schwere (gemessen mittels *BDD-YBOCS*) durch eine *modulierte Verhaltenstherapie* bei 10 KDS-Patienten nachweisen. Neben der bereits beschriebenen Verhaltenstherapie wurden Therapiemodule für unterschiedliche Begleiterscheinungen (Depressionen, Skin-Picking, Inanspruchnahme schönheitschirurgischer Behandlung) oder Fokus der KDS (Muskeldysmorphia) sowie ein allgemeines motivierendes Eingangsmodul entwickelt und angewandt.

2.8.1.2 Metakognitive Therapie

Eine weitere Therapieform - die metakognitive Therapie für KDS- wurde 2012 in einer kontrollierten Studie von Rabiei et al. an iranischen Patienten untersucht. Bei Metakognitionen handelt es sich um „*jedwedes Wissen oder kognitive Prozesse, die involviert sind bei der Bewertung, Steuerung oder Kontrolle von Kognitionen*“. (Flavell 1979, zitiert nach Neumann, 2005). Als Ursache für die Entstehung psychischer Erkrankungen und in diesem Kontext auch der KDS werden Veränderungen in Verarbeitungs- und Denkprozessen angenommen. Die metakognitive Therapie nach Wells (2009) wurde ursprünglich zur Therapie von Angststörungen und Depressionen entwickelt. Unter Berücksichtigung einer Studie von Cooper & Osman (2007), welche

einen Zusammenhang von Metakognitionen und KDS-Symptomen aufzeigen konnte, wurde dieses Verfahren auf die Behandlung der KDS übertragen. In der Studie erfuhren 10 Patienten eine ambulante metakognitive Behandlung (45-60/min pro Woche über 8 Wochen) während sich 10 andere Patienten als Kontrollgruppe auf der Warteliste befanden. Neben des BDD-YBOCS wurde das *Thought Fusion Instrument* (TFI, Wells et al., 2009) zur Bestimmung von metakognitiven Überzeugungen bezüglich der Einflussstärke der eigenen Gedanken eingesetzt. Im Vergleich zur einer Kontrollgruppe konnte eine Abnahme der Krankheitsschwere, vor allem aber eine Reduktion der metakognitiven Überzeugungen, aufgezeigt werden.

2.8.1.3 Integrative psychodynamische Therapie

Neben einem erlernten Fehlverhalten soll in der integrativen psychodynamischen Therapie auch der, der Symptomatik zu Grunde liegende, Konflikt behandelt werden. Die Therapie verbindet psychodynamische und kognitive Behandlungsformen auf der Basis eines gemeinsamen Ursachenmodells (Gieler, 2010). Die Verknüpfung von psychodynamischer und kognitiver Therapie bei somatoformen Erkrankungen in einzel- und gruppentherapeutischen Settings wird u.a. von Kholmogorava & Garanjan beschrieben (2001). Angelehnt daran wird die integrative psychodynamische Therapie zur Behandlung von KDS-Patienten in der Psychosomatischen Klinik Gießen eingesetzt. Neben der Fokussierung auf eingespielte Verhaltensmuster werden mit dem Patienten durch Spiegelung unbewusste Anteile erarbeitet, die sich in der Übertragung zeigen. Hierdurch soll erreicht werden, dass der Patient seine Krankheit besser versteht (Gieler & Joraschky, 2010). Demnach richtet sich das therapeutische Vorgehen nach folgendem Muster:

1. Ermitteln der aktuellen Problematik und des unbewussten Konfliktes des Patienten unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte sowie der Gegenübertragung und Übertragung.
2. Erarbeiten eines zentralen Konfliktes, der wiederholt hypothetisch untersucht und auf Stabilität geprüft werden soll.
3. Behutsames Vermitteln des Konfliktes. Anhand von Beispielsituationen soll der Konflikt für den Patienten emotional erlebbar gemacht werden. Dies kann durch die Technik der interaktionellen Deutung geschehen.

4. Nach Erkennen des Konfliktes von Patientenseite soll auch dessen Bedeutung in vielen Alltagssituationen erkennbar und verständlich und schließlich verinnerlicht werden.
5. Nach der Erkenntnis können nun erste alternative Verhaltensweisen eingeübt werden. Diese sollen wiederholt angewandt und in die vorbestehende Lebensstruktur integriert werden. Die an das neue Verhalten gekoppelten Erfahrungen führen schließlich auch zu einer Speicherung der Alternativhandlungen auf emotionaler Ebene.
6. Als letzter Schritt folgt die Stabilisierung des neu erlernten Verhaltens vor dem Hintergrund der biographischen Muster. Der Patient soll auch in Krisensituationen auf die erlernten Handlungsalternativen zurückgreifen können.

Die ganzheitliche Betrachtung des Patienten und seiner Erkrankung und das daran geknüpfte multimodale (Einzel- & Gruppentherapie, aber auch Kunst-, Körper- und Musiktherapie) Vorgehen verhelfen dem Patienten sich auf verschiedene Art und Weise mit seinem Krankheitsbild auseinanderzusetzen und Methoden zur Krankheitsbewältigung zu finden (Rudolf et al., 2007). Gerade auch aufgrund der multifaktoriellen Genese und der häufigen Komorbiditätssymptomatik scheint dieser multimodale Therapieansatz sinnvoll. Die stationäre Behandlung ermöglicht dem Patienten, neben der dauerhaften Inanspruchnahme von Hilfe eines professionellen Teams aus ärztlichen und psychologischen Fachpsychotherapeuten, Therapeuten für Kunst-, Musik und Körpertherapie, Krankenschwestern und -pflegern sowie einer Sozialarbeiterin, sich in einem strukturierten, geschützten Rahmen, frei und distanziert vom Alltag, mit der Krankheitsproblematik auseinanderzusetzen. Somit kann sie einen wichtigen Beitrag im Prozess der Heilung leisten (Zeeck et al., 2003).

Bisher gibt es zu integrativen psychodynamischen Therapieverfahren bei KDS noch keine Untersuchungen. Da zur Behandlung anderer somatoformer Störungen, die sich ebenfalls durch schwer behandelbare Patienten und starke Chronizität auszeichnen, psychodynamische Therapiekonzepte mit Erfolg eingesetzt worden sind, erscheint es lohnenswert, den Einsatz dieses Verfahrens zur Behandlung der KDS zu überprüfen.

Inwieweit diese Therapieform auch bei KDS-Erkrankten Wirksamkeit zeigt, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

2.8.2 Pharmakotherapie

Pharmakotherapeutisch erweist sich der Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern bei schweren Formen von KDS als effizient (Fluoxetin (Phillips et al., 2001b, 2002a) Citalopram (Phillips & Najjar, 2003), Escitalopram (Phillips, 2006)). Die Dosierung orientiert sich an der Dosierung der Therapie von Zwangsstörungen. Häufig sind hohe Dosierungen nötig. Bei Unwirksamkeit der SSRI kann Clomipramin alternativ eingesetzt werden (Veale & Neziroglu, 2010, S.366). Wenn eine Besserung durch SSRI oder Clomipramin erzielt werden kann, sollte die Therapie mindestens 1 - 3 Jahre fortgeführt werden (Veale & Neziroglu, 2010, S.366). Je nach Komorbidität können zusätzlich Antipsychotika eingesetzt werden. Die Wirksamkeit beim alleinigen Einsatz von Antipsychotika, z.B. in der Therapie der wahnhaften Form der KDS, konnte retrospektiv nicht bestätigt werden (Phillips, 2002b).

Ein Vergleich von kognitiv-behavioraler und pharmakologischer Therapie zeigt die Wirksamkeit beider Behandlungsformen, erfasst die Verhaltenstherapie jedoch als die wirkungsvollere Methode (Metaanalyse von Williams et al., 2006). Aufgrund größerer Drop-Out-Raten in der Gruppe mit pharmakologischer Therapie sowie unterschiedlicher Schweregradverteilung und insgesamt geringer Fallzahl kann die Überlegenheit jedoch nicht als gesichert angesehen werden.

Nach den Empfehlungen des National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) des United Kingdom sollten Patienten zunächst mit kognitiver Verhaltenstherapie, in schwereren Fällen zusätzlich mit SSRI therapiert werden (National Collaborating Centre for Mental Health 2006).

2.9 Verlauf und Prognose

Die KDS verläuft meist chronisch mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von etwa 15 Jahren (Phillips et al., 2006d; Veale et al., 1996a). Abhängig von Begleiterkrankungen und deren Mitbehandlung ist der Therapieerfolg.

Die Forschergruppe um Katherine Phillips beschrieb 2005 in einer retrospektiven Follow-up-Studie den Verlauf der KDS bei 95 Patienten unter medikamentöser KDS-spezifischer Therapie. Ein Teil der Patienten (34 %) erfuhr zusätzlich unterschiedliche nicht näher beschriebene psychotherapeutische Verfahren.

Nach 6 und 12 Monaten zeigte sich bei 24,7% eine volle Remission; 57,8% zeigten Teil- oder Vollremission. Nach 4 Jahren war die Wahrscheinlichkeit, eine Vollremission oder Teilremission für mindestens 6 Monate erfahren zu haben, auf 83,3% angestiegen (nur Vollremission: 58,2%). Innerhalb dieser Gruppe trat bei 28,6% ein Rezidiv auf (Phillips et al., 2005b).

In dem darauf folgenden Jahr untersuchte eine prospektive Follow-up-Studie (Phillips et al., 2006d) körperdysmorphe Symptome über einen 12-monatigen Zeitraum. Die Mehrzahl der Patienten (84,2% von 183 Patienten) befand sich währenddessen in psychotherapeutischer Behandlung. In dieser Studie konnte lediglich eine 9%-Wahrscheinlichkeit für eine Vollremission und eine Wahrscheinlichkeit von 21% für eine Teilremission innerhalb eines Jahres festgestellt werden. Die Rezidivwahrscheinlichkeit lag bei 15%. Ursachen für die unterschiedlichen Ergebnisse sind eventuell auf eine KDS-spezifische Therapie in der retrospektiven Studie zurückzuführen. Gründe können aber auch in der Schwere der Erkrankung liegen.

Insgesamt gibt es bisher nur wenige Untersuchungen zum Verlauf der Erkrankung. Die bisherigen Untersuchungen zeigen niedrigere Remissionsraten bei KDS im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen welche mit der KDS im Zusammenhang stehen und an deren Behandlung sich die Therapie der KDS orientiert (Angststörungen, Zwangsstörungen, soziale Phobie etc.). Es stellt sich die Frage, inwieweit eine Übertragung von Therapieformen anderer Erkrankungen sinnvoll ist und ob und wie Verbesserungen im Verlauf erzielt werden können.

3 Herleitung der Fragestellung

Innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte hat man begonnen die Therapie der KDS zu erforschen. Dennoch gibt es bisher nur wenige Studien mit meist geringer Fallzahl und häufig ohne Kontrollgruppe. Auch zum Verlauf insbesondere dem Langzeitverlauf gibt es bisher nur wenige Untersuchungen. Dennoch belegen die bisherigen Studien eindeutig eine starke Chronizität der Erkrankung. Dieser chronische Verlauf, die häufige Komorbidität und die erhöhte Suizidalität verdeutlichen die Schwere des Krankheitsbildes. Der große Leidensdruck der Patienten, häufiges *Doktor-Hopping*, nicht zielführende kosmetische Eingriffe und eine oft begleitend auftretende Arbeitsunfähigkeit sowie die daraus resultierenden hohen volkswirtschaftlichen Kosten (Kosten durch somatoforme Erkrankungen nach Bell, 1994) begründen die Notwendigkeit weitergehender Untersuchungen zum Krankheitsbild der KDS und ihrer Therapie.

Der bisherige Schwerpunkt der Therapieforschung liegt auf der kognitiven Verhaltenstherapie und der Pharmakotherapie mittels SSRI, in der Regel unter ambulanten Therapiebedingungen. In der vorliegenden Studie soll die Wirkung einer stationären integrativen psychodynamischen Therapie auf das Krankheitsbild und dessen Verlauf untersucht werden. Gerade im Hinblick auf den weit verbreiteten stationären Einsatz psychodynamischer Verfahren in Deutschland (Schauenburg et al., 2006) und der zunehmenden Integration anderer Therapieverfahren in die psychodynamische Behandlung (Schauenburg, 2007) ist die Untersuchung zur Wirksamkeit dieses Verfahrens von großem Interesse. Die Tatsache, dass die psychodynamische Therapie bei verwandten, häufig zur KDS komorbiden Erkrankungen (Depression, Zwangsstörung, andere somatoforme Störungen, Bulimia nervosa & Anorexia nervosa etc.) angewandt und in bisher durchgeführten Untersuchungen ihre Wirksamkeit gezeigt hat, (Leichsenring, 2005) legt nahe psychodynamische Verfahren auch zur Behandlung der KDS einzusetzen.

Die stationäre Psychotherapie wird zwar generell als effektiv beschrieben (Rudolf et al., 2004). Allerdings gibt es hierzu trotz des häufigen Einsatzes nur wenige Studien. Vor allem die spezifische Wirkung auf einzelne Krankheitsbilder wurde bisher selten untersucht.

In der vorliegenden retrospektiven Katamnese studie soll der Effekt einer stationären integrativen psychodynamischen Therapie auf das Krankheitsbild der KDS und dessen Verlauf untersucht werden. Dazu werden mittels Fragebögen Parameter erhoben, welche den Therapieerfolg abbilden. Die zu prüfenden Fragestellungen werden im Folgenden näher erläutert:

Verändert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig die interpersonalen Verhaltensmuster (IIP)?

Im Rahmen stationärer Psychotherapiebehandlungen wurde die signifikante Abnahme interpersonalen Problemverhaltens beschrieben. Nicht nur unmittelbar nach, sondern auch ein Jahr nach Therapie zeigten sich stabile Werte (Junge & Ahrens, 1996). Didie et al. (2012) beschrieben bei KDS-Patienten eine ausgeprägte interpersonelle Problematik, v.a. bzgl. sozialer Hemmung und geringem Durchsetzungsvermögen. Inwieweit eine erhöhte interpersonelle Problematik vorliegt und eine Besserung zu verzeichnen ist, soll die vorliegende Studie erfassen.

Vermindert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig die Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R)?

Im Rahmen stationärer Psychotherapiebehandlungen konnte eine signifikante Abnahme der Symptombelastung (GSI) festgestellt werden, welche auch noch ein Jahr nach Therapieabschluss Bestand hatte (Junge & Ahrens, 1996). Aufgrund dieser Ergebnisse vermuten wir im Rahmen der Studie eine Reduktion der Symptombelastung (Abnahme des GSI).

Verbessert sich während des stationären Aufenthaltes die durch einen geschulten Experten beurteilte Beeinträchtigungsschwere?

Klinische Untersuchungen zur KDS zeigen eine Abnahme des Schweregrads nach Therapie (anhand der BDD-YBOCS (Phillips et. al., 2005b; Phillips et al. 2006d; Wilhelm et al., 2011)). Wie oben bereits beschrieben, konnte im Verlauf stationärer psychotherapeutischer Behandlungen eine Abnahme der Belastung (GSI) festgestellt werden (Junge & Ahrens, 1996). Aufgrund dieser Ergebnisse ist davon auszugehen, dass auch im Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS), der als Parameter für die Schwere einer Erkrankung herangezogen werden kann, eine Reduktion zu verzeichnen ist.

Verbessert sich während des stationären Aufenthaltes das durch einen geschulten Experten beurteilte Funktionsniveau ?

Insgesamt zeigt sich bei KDS-Erkrankten ein eingeschränktes globales Funktionsniveau (*GAF*), welches mit der Krankheitsschwere korreliert. Therapiestudien zeigen unterschiedliche Verläufe auf: Eine prospektive Studie konnte im Verlauf nur geringe Veränderungen feststellen (Phillips et al., 2008), eine vorherige Untersuchung (Phillips et al., 2005c) zeigte keine signifikanten Veränderungen im Rahmen einer Therapie während andererseits auch Verbesserungen des Funktionsniveaus beschrieben werden (Phillips et al., 2005b). Inwiefern sich das Funktionsniveau bei Patienten mit KDS unter stationärem Aufenthalt ändert, soll untersucht werden.

Vermindert die stationäre Therapie kurz- und/oder langfristig die Ängstlichkeit (HADS)?

Neben Schamgefühlen treten häufig auch Ängste im Rahmen einer KDS auf (Phillips & Menard, 2006). Ob und wie stark Angstgefühle ausgeprägt sind und wie sie sich im Verlauf entwickeln, soll anhand der Studie erfasst werden.

Vermindert die stationäre Therapie kurz- und/oder langfristig die Depressivität (HADS)?

Depressive Symptome treten bei einem Großteil der KDS-Erkrankten auf. Wilhelm et al. (2011) konnten eine signifikante Abnahme der Depressivität im Laufe der Therapie der KDS feststellen (anhand des *Becks Depression Inventory*). Ob dies auch in der vorliegenden Studie zutrifft, soll untersucht werden.

Verbessert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig eine gestörte Emotionsregulation (TAS 20)?

Insgesamt wurde eine Einschränkung der Wahrnehmung und Benennung von Gefühlen sowie der Differenzierung körperlicher und emotionaler Vorgänge bei somatoformen Krankheitsbildern beschrieben (Kholmogorava & Garanjan, 2001). Fenwick & Sullivan (2011) beschreiben dies insbesondere für das Krankheitsbild der KDS. In der vorliegenden Studie soll die Alexithymie mittels *TAS 20* gemessen werden.

Verringert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig die Schamwahrnehmung (HautZuf)?

Das Auftreten von Schamgefühlen ist charakteristisch für die KDS. Inwieweit eine Reduktion des Schamempfindens möglich ist, soll mittels *HautZuf* gemessen werden.

Gibt es Unterschiede bezüglich der Therapiezufriedenheit zwischen männlichen und weiblichen Patienten?

Männer nehmen im Vergleich zu Frauen seltener medizinische - insbesondere psychotherapeutische oder psychiatrische - Hilfe in Anspruch. Als Folge der größeren Präsenz von Frauen, orientiert und entwickelt sich die Therapie vor allem an ihren Bedürfnissen (Rutz & Klotz, 2007). Dies könnte dazu führen, dass angewandte Therapieformen bei Männern weniger erfolgreich sind und sich diese weniger zufrieden zu der Therapie äußern.

Gibt es Unterschiede bezüglich der Schamwahrnehmung zwischen männlichen und weiblichen Patienten?

Die Forschungsgruppe um Gieler et al. (2008) zeigte bei Frauen mittels *HautZuf* ein im Vergleich zu Männern ausgeprägteres Schamgefühl. Ob dieses Ergebnis auch für die untersuchten KDS-Patienten zutrifft oder ob die Scham im Rahmen dieses Krankheitsbildes gleich ausgeprägt ist, soll die vorliegende Studie erfassen.

In der vorliegenden Studie soll der Verlauf der KDS unter Behandlung untersucht und Nachhaltigkeit und Langzeiteffekte der durchgeführten stationären Therapie geprüft werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Indikation zu einer stationären Therapie meist bei schweren Krisen und Dekompensation des Patienten gestellt wird. Das Therapieziel ist hier zunächst eine Linderung der Symptomatik, wodurch eine ambulante Weiterbehandlung wieder möglich wird. Dies ist im Rahmen der Evaluation zu berücksichtigen. Wenn auch eine Heilung wünschenswert ist, so stellt die Reduktion der Krankheitssymptome ein vorerst realistisches Therapieziel dar (Henningsen et al., 2002).

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu verhelfen, den Verlauf und die Wirksamkeit der stationären Therapie der KDS genauer zu beschreiben. Damit können

die gewonnenen Ergebnisse Hinweise zur Optimierung der Therapie liefern und so einen Beitrag für die zukünftige Behandlung leisten.

4 Methodik

4.1 Prozedere

Aus dem Patientenkollektiv der Psychosomatischen Klinik Gießen werden die Patienten mit körperdysmorpher Störung rekrutiert, die sich zwischen März 2005 und Juli 2012 stationär in der Psychosomatik Gießen zu einer psychodynamischen Psychotherapie befanden. Vor (Zeitpunkt A) und unmittelbar nach ihrer stationären Behandlung (Zeitpunkt B) wurden mittels verschiedener Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren (*SCL-90-R*, *IIP-C*, *HAD-S*, *TAS-20*, *Haut-ZUF*, *ZUF-8*, *BSS*, *GAF*) Parameter wie die allgemeine psychische Belastung, Therapiezufriedenheit, Hautzufriedenheit, Depressivität, Ängstlichkeit und die Alexithymie bestimmt. Neben den Fragebögen werden u.a. Informationen zu Komorbiditäten, Therapiemotivation, möglicher Vorbehandlung, und bei Entlassung eine Therapeuteneinschätzung des Patienten und die empfohlene Weiterbehandlung eingeholt. Im Anschluss findet eine erneute Befragung mittels der zuvor angewandten Verfahren statt. Dazu wird die Bereitschaft der Patienten telefonisch erfragt. Den Probanden, die zugestimmt haben, werden ein Aufklärungsschreiben, eine Einverständniserklärung sowie die Fragebögen zugesendet. Außerdem wird erfragt, wie es dem Patienten im Vergleich zu vor dem stationären Aufenthalt geht. Eventuell aufgetretene belastende Ereignisse sollen ebenfalls erfasst werden. Ein beiliegender frankierter Umschlag dient der Rücksendung an die Versuchsleitung. Um Rückschlüsse über den Verlauf der KDS ziehen zu können, sollen die Fragebögen zu den Zeitpunkten A und B untereinander sowie mit den neu erhobenen katamnestischen Daten (Zeitpunkt C) verglichen werden. Zur Vertiefung der in den Fragebögen erhobenen Information sollen mit einigen der ausgewählten Patienten zusätzlich halbstandardisierte Interviews in der Psychosomatischen Klinik durchgeführt werden. Eine Anfrage zum Gesprächstermin wird per Telefon gestellt. Anreize für das Teilnehmen am Interview sind ein Büchergutschein im Wert von 20 Euro sowie die Erstattung der Fahrtkosten.

Tabelle 4.1.1 Studienablauf und Messinstrumente

	Aufnahme (Zeitpunkt A)	Entlassung (Zeitpunkt B)	Katamnese (50d-900d)
Selbstbeurteilung des Patienten	SCL-90R	SCL-90R	SCL-90R
	IIP-C	IIP-C	IIP-C
	HAD-S	HAD-S	HAD-S
	TAS-20	TAS-20	TAS-20
	HautZuf	HautZuf ZUF-8	HautZuf ZUF-8
Fremdbeurteilung durch Therapeuten	BSS	BSS	
	GAF	GAF	

+ halbstandardisiertes Interview bei drei Probanden zum Zeitpunkt C

4.2 Patienten- und Probandengruppen

Es werden alle Patienten mit einer diagnostizierten KDS, welche sich innerhalb des Zeitraums von März 2005 bis Juli 2012 in stationärer Therapie der Psychosomatischen Klinik Gießen befanden, rekrutiert. Das Alter der Patienten zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes ist zwischen 18 und 65 Jahren definiert. Dies ist sinnvoll, da es sich bei der KDS um eine Erkrankung des jüngeren und mittleren Lebensalter handelt. Die Kenntnis der deutschen Sprache, um das Verstehen der Fragebögen zu garantieren, wird vorausgesetzt. Zu den Ausschlusskriterien gehören andere chronische Erkrankungen und therapiebedürftige psychiatrische Störungen, die nicht im Zusammenhang mit der KDS stehen. Die Information über Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Nationalität, eventuelle Komorbiditäten, sowie die stationäre Aufenthaltsdauer, Motivation zur Therapie, möglicher Vorbehandlung und Nachbehandlung, sowie prästationär und unmittelbar poststationär ausgefüllte Fragebögen werden aus dem Archiv der Psychosomatischen Klinik bezogen.

Die Zahl der aufgrund einer KDS stationär therapierten Patienten für den oben beschriebenen Zeitraum liegt bei 34. Wie in einigen Studien gezeigt, überwiegt in der Stichprobe der Anteil an Frauen (25 (73,5%)). Von ihnen stimmten 20 Patienten auch einer erneuten poststationären Befragung (Zeitpunkt C) zu. Ein Widerruf der Teilnahme kam nicht vor.

Als problematisch erweist sich, dass die Befragten nicht immer alle gewünschten Fragebögen bearbeiteten. Genauere Angaben hierzu sowie zu den soziodemographischen Merkmalen der Probanden (Familienstand, Schulabschluss, Partnerschaft etc.) finden sich im Ergebnisteil.

4.3 Verwendete Testverfahren

Es folgt die Beschreibung der eingesetzten Testverfahren.

4.3.1 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

Das **IIP** ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches der Bestimmung problematischer zwischenmenschlicher Verhaltensmuster dient. Bestimmt wird, was dem Patienten besonders schwer fällt und welche Handlungsweisen bei ihm besonders ausgeprägt sind (Horowitz et al, 2000). In den achtziger Jahren wurde das **IIP**, angelehnt an das Circumplex-Modell nach Leary (1957), von Horowitz entwickelt. Die zwischenmenschlichen Verhaltensweisen werden anhand zweier Achsen eines zweidimensionalen Raumes beschrieben. Zu den zwei Dimensionen gehören auf der einen Achse unterwürfiges bis hin zu dominantem Verhalten und auf der dazu senkrecht stehenden Achse extrem feindseliges bis hin zu freundlichem Verhalten. Dieses Modell wurde erweitert, so dass heute insgesamt acht Skalen vorliegen, die sich jedoch in das zweidimensionale Modell eingliedern lassen. Veranschaulicht sind diese in folgender Abbildung:

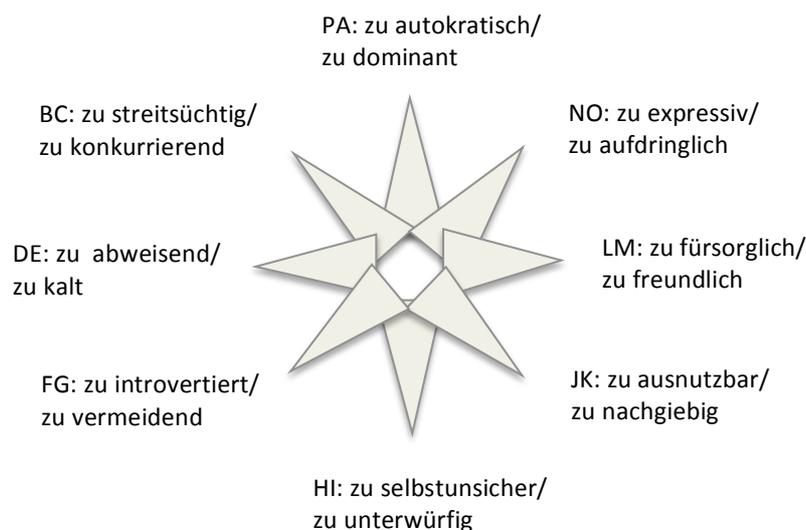


Abb. 4.3.1 Circumplex-Skalen des IIP (nach Alden, Wiggins & Pincus, 1990)

Es liegt nach Alden eine Langform mit 127 (IIP-D) und eine Kurzform mit 64 Items (IIP-C) vor, welche in der Studie verwendet wird. Bewertet wird über eine fünfstufige Rating-Skala (0 = nicht bis 4 = sehr) (Horowitz et al., 2000). Bei bis zu 5% fehlenden Werten, können diese durch den jeweiligen Mittelwert der Subskala ersetzt werden. Hohe Werte in eine der acht Skalen sprechen für eine problematisches Muster in der jeweiligen Dimension. In der vorliegenden Studie soll der IIP-Gesamtwert (Summe aller Skalen/8) angewandt werden. Ein insgesamt erhöhter Wert lässt, unabhängig von der Art der Ausprägung, auf Schwierigkeiten im interpersonalem Verhaltensmuster schließen. Das IIP-C kann zur Eingangs- und Verlaufsbeurteilung in der psychotherapeutischen Therapie sowie zu Vorhersagezwecken eingesetzt werden. Dies rechtfertigt den Einsatz dieses Messinstrumentes in der vorliegenden Studie. Eine 2012 veröffentlichte Studie (Didie et al., 2012) untersuchte 51 KDS-Patienten mit dem IIP-C und zeigte im Vergleich zur amerikanischen Bevölkerung insgesamt stärkere interpersonale Problematiken in allen 8 Skalen mit einem erhöhten IIP-Gesamtwert. Die Schwierigkeiten bezogen sich vor allem auf vermeidendes, introvertiertes, unsicheres und unbestimmtes Verhalten. Die standardisierte Form sichert Objektivität. Die Reliabilität hat sich als zufriedenstellend erwiesen. Validität wurde unter anderem im Vergleich mit anderen Fragebögen nachgewiesen (Alden et al., 1990).

4.3.2 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Die **SCL-90-R** erfasst die subjektive Beeinträchtigung der letzten Woche durch körperliche und psychische Symptome (Franke, 2002). Entwickelt wurde der Test in den siebziger Jahren von Derogatis (USA) und schließlich in den neunziger Jahren von Franke in deutscher Sprache veröffentlicht. Heutzutage wird dieses Selbstbeurteilungsverfahren international und national häufig eingesetzt. Insgesamt werden innerhalb von 10-15 Minuten 90 Items abgefragt, von denen 83 in neun Skalen eingeteilt sind.

Dazu gehören:

- Somatisierung (*SOM*, 12 Items, Beispielitem: *Herz- oder Brustschmerzen*).
- Zwanghaftigkeit (*ZWA*, 10 Items, Beispielitem: *Zwanghafte Wiederholung derselben Tätigkeit*).
- Unsicherheit im Sozialkontakt (*SOZ*, 9 Items, Beispielitem: *Starke Befangenheit im Umgang mit anderen*).

- Depressivität (*DEPR*, 13 Items, Beispielitem: *Gefühl der Hoffnungslosigkeit*).
- Ängstlichkeit (*ÄNG*, 10 Items, Beispielitem: *Nervosität oder inneres Zittern*).
- Aggressivität/Feindseligkeit (*AGGR*, 6 Items, Beispielitem: *das Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen*).
- Phobische Angst (*PHO*, 7 Items, Beispielitem: *Abneigung gegen Menschenmengen*).
- Paranoides Denken (*PARA*, 6 Items, Beispielitem: *das Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden*).
- Psychotizismus (*PSY*, 10 Items, Beispielitem: *Hören von Stimmen, die sonst keiner hört*).

Die weiteren sieben Items fragen unterschiedliche Bereiche ab und sind keiner Skala unterzuordnen. Bewertet wird über eine fünfstufige Likert-Skala (von überhaupt nicht = 0 bis sehr stark = 4).

Neben den einzelnen Symptomen wird mittels des Globalen Kennwertes GSI („*global severity index*“) die gesamte psychische Belastung durch Einbeziehung aller Items ermittelt. Dieser Wert soll in der Studie als Verlaufsparemeter herangezogen werden. Weiterhin können die Intensität im Antwortverhalten (*PSDI*- „*positive symptom distress index*“) und die Symptomanzahl (*PST*- „*positive symptom total*“) bestimmt werden. Als übermäßig psychisch belastet gilt laut Derogatis „*eine Erhöhung der T-Werte zweier Skalen und/ oder ein zu großer T-Wert beziehungsweise ein T-Wert gleich 63 beim GSI*“ (Derogatis (1992) zitiert nach Franke, 2002). Bei missing data sollen die Gesamtwerte der einzelnen Skalen und des Gesamt-GSI durch die reduzierte Itemanzahl geteilt werden. Eine geringe Anzahl fehlender Daten kann toleriert werden, ab einer größeren Anzahl von fehlenden Antworten ist eine Verwertung des Fragebogens ausgeschlossen (> 18 (*GSI*); > 4 (*SOM*); > 3 (*ZWA*); > 3 (*SOZ*); > 4 (*DEPR*); > 3 (*ÄNG*); > 1 (*AGGR*); > 2 (*PHO*); > 1 (*PARA*); > 3 (*PSY*)).

Die **SCL-90-R** kann demnach als schnelles diagnostisches Verfahren zum Nachweis psychischer Belastung eingesetzt werden und im Rahmen der Studie die psychische Belastung körperdysmorpher Patienten ermitteln.

Die Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (Aaronson & Beckmann 1987, Franke et al., 1995, zitiert nach Franke, 2002) werden ausreichend erfüllt. Einige Autoren kritisieren die dimensionale Struktur der neun Skalen würde

aufgrund hoher Interkorrelationen nicht gerecht abgebildet werden und vermuten einen übergeordneten Faktor, welcher die allgemeine Belastung des Untersuchten verantwortet (Hessel et al., 2001). Da in der geplanten Studie der GSI als zu untersuchender Wert gilt, kann diese Kritik außer Acht gelassen werden.

4.3.3 Hospitality-Anxiety and Depression Scale (HAD-S)

Die **HAD-S** ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches der Erfassung von Angst und Depressivität innerhalb der letzten Woche dient. Abwechselnd werden jeweils sieben verschiedene Angst- und Depressionsitems mit vier itemspezifischen Antwortmöglichkeiten dargeboten. Diese werden mit 0 bis 3 Punkten bewertet. Die Summation innerhalb beider Qualitäten (Ängstlichkeit und Depression) ergibt jeweils einen Subskalenwert, der deren Ausprägung bestimmt. Während in der Depressionsskala vor allem Interessenverlust und Anhedonie deutlich werden, werden in der Angstskaala insbesondere Panikattacken und eine generelle Angstsymptomatik aufgedeckt (Herrmann-Lingen, 2002). Als unauffällig werden Subskalenwerte unter sieben angesehen. Werte von acht bis zehn gelten als suspekt und Werte über zehn als auffällig. Maximal ein fehlender Wert pro Subskala kann durch den Mittelwert der Subskala ersetzt werden. Entwickelt wurde das Verfahren von Zigmond und Snaith 1983 als Screeningverfahren für psychische Belastung in allgemeinmedizinischen Settings, weshalb es insbesondere dazu dienen soll, auch geringe psychische Beeinträchtigungen aufzuzeigen. Durch die standardisierte Durchführung ist Objektivität gewährleistet. Verschiedene Studien ermittelten eine ausreichend bis gute Reliabilität und Validität des Verfahrens (Herrmann et al., 1995).

4.3.4 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

Die **TAS-20** misst die sich aus drei Subskalen ergebende Alexithymie. Die erste Skala erfasst Schwierigkeiten bei der Identifikation von emotionalen als auch von körperlichen Vorgängen. Die zweite Skala untersucht Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen. Die dritte Skala soll einen automatisch-mechanistischen Denkstil erfassen. Hierbei sollen Einschränkungen im analytischen Denken beispielsweise in der Reflexion von Lösungswegen aufgedeckt werden. Es gibt Antwortmöglichkeiten von 1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft völlig zu). Einige Items müssen invertiert werden (TAS 20: I4, I5, I10, I18, I19). Je höher die Werte desto stärker die Alexithymie (Gesamtwert aus den drei Subskalen). Im Falle von fehlenden

Werten wird, angelehnt an das Auswertungsvorgehen der TAS-26, maximal ein fehlender Wert pro Subskala durch den Mittelwert der Subskala ersetzt. Als Cut-Off-Punkt für Alexithymie wird in der *TAS-20* ein Gesamtwert ≥ 61 (3.05) vorgeschlagen. Die *TAS-20* wurde auf Grundlage der *TAS-26* entwickelt (Bagby et al., 1994; dt. Version: Bach et al., 1996, zitiert nach Kupfer, 2002). Der deutschen Fassung der *TAS-26* nach Kupfer et al. (2001) ging die *TAS-26* nach Taylor et al. (1985) mit ursprünglich 4 Skalen voraus. Eine zusätzliche Skala sollte "reduzierte Tagträume" erfassen, zeigte sich aber mit dem Alexithymie-Konzept nicht kompatibel.

In Studien zeigten sich für die TAS-26 neben Objektivität auch eine gute Reliabilität und Validität (Kupfer et al., 2001). Dies konnte auch für die TAS-20 im angloamerikanischen Raum bestätigt werden. Für die deutsche Version der TAS-20 zeigte sich eine weniger präzise Reliabilität mit geringeren Werten der internen Konsistenz in der dritten Skala (Taylor et al., 2003). Dies soll in der vorliegenden Studie berücksichtigt werden.

Mittels der *TAS-20* kann eine gestörte emotionale Verarbeitung, die bei verschiedenen psychogenen Erkrankungen, wie auch bei der KDS diskutiert, eine Rolle spielt, aufgedeckt werden und das Therapieziel, eine Besserung der Affektregulation, kontrolliert werden.

4.3.5 Fragebogen zur Hautzufriedenheit (*Hautzuf*)

Der 2003 von der Forschungsgruppe Grolle, Kupfer, Brosig, Niemeier & Gieler entwickelte *Hautzuf* kann ab dem 18. Lebensjahr zur Ermittlung des subjektiven Empfindens der eigenen Haut angewandt werden. Dazu wird der eigene Umgang mit der Haut und dem Körper sowie deren Wahrnehmung abgefragt. Auch das Erleben und Verhalten Anderer bezogen auf die eigene Haut und den eigenen Körper fließt in die Bestimmung der Hautzufriedenheit mit ein. Einbezogen werden außerdem Scham und Ekel als zwei stark hautassoziierte Emotionen. Insgesamt werden 30 Items, die fünf Inhaltsgebieten untergeordnet sind, abgefragt. Dazu gehören: *partnerschaftliche Berührung, familiäre Berührung, Selbstberührung, Scham und Ekel*. Bewertet wird über eine fünfstufige Likert-Skala von 0 (trifft vollkommen zu) bis 4 (trifft gar nicht zu). Bei Missing Data kann der fehlende Wert durch den Mittelwert der Gesamtskala ersetzt werden. Aufgrund der häufig auf die Haut bezogenen KDS macht ihn dies, insbesondere auch auf die Exploration von Scham und Ekel, zu einem interessanten Messinstrument

für die Untersuchung der KDS. Standardisierte Durchführung und Auswertung lassen auf hohe Objektivität schließen. Reliabilität und Validität konnten ebenfalls als gut befunden werden (Kupfer, 2005).

4.3.6 Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8)

Der **ZUF-8** ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches mittels acht Items mit vier Antwortmöglichkeiten die generelle Zufriedenheit zu Therapie und Krankenhausaufenthalt erfragt (Schmidt & Nübling, 2002). Entwickelt wurde der ZUF-8 beziehungsweise die englische Variante der CSQ-8 aus dem Client Satisfaction Questionnaire von Attkinson u. Zwick (1982) mit ursprünglich 31 Items. Die aktuelle Version stellt acht Fragen, welche mit eins (Unzufriedenheit mit Therapie) bis vier (positivste Bewertung der Therapie) beantwortet werden kann. Anhand des Gesamtscores kann auf das Maß an Therapiezufriedenheit geschlossen werden. Ab einem Wert unter 24 gilt ein Patient als unzufrieden (Hannöver et al., 2000). In der vorliegenden Studie wird maximal ein fehlender Wert durch den Mittelwert aller Items ersetzt.

Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit und der subjektiv empfundenen Besserung der Symptome festgestellt werden (Schmidt et al., 1989; Hannover et al., 2000). Die Therapiezufriedenheit kann bei der Motivation zur Teilnahme an einer erneuten Befragung eine Rolle spielen. Daher soll der ZUF-8 herangezogen werden, um mögliche Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Patienten, die an der Katamnese teilnehmen und denen, die nicht teilnehmen, aufzudecken. Außerdem konnte eine, wenn auch nur, „leichte prognostische Validität“ (Schmidt et al., 1994) verzeichnet werden. Auch dies macht den Fragebogen für die Untersuchung zu den Langzeitergebnissen interessant. Objektivität sowie Validität und Reliabilität zeigten sich ausreichend bis gut (Schmidt et al., 1989, Schmidt et al., 1994).

4.3.7 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Der **Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)** dient der quantitativen Bestimmung des Schweregrads einer psychogenen Erkrankung (Schepank, 1995). Der BSS entstand 1975 als Modifikation des Neurose-Schwere-Score (NSS). Dieser wurde zur Investigation der Ätiologie von psychogenen Erkrankungen bei Zwillingspaaren entwickelt.

Als Ermittlungskriterium des *BSS* dient die Beeinträchtigung durch ein Symptom, welche auf drei verschiedenen Ebenen bestimmt wird: körperlich, psychisch und sozialkommunikativ. Gewichtet werden diese von 0 - 4 (0 = gar nicht bis 4 = extrem). Die Werte dieser drei Achsen werden auch als *BSS*-Profil bezeichnet. Die Addition der einzelnen *BSS*-Profile ergibt einen Gesamt-*BSS*-Wert (von 0-1 = normale Gesundheit, 2-3 = leichte Störung, 4-5 = deutliche Störung, 6-7 = ausgeprägte Störung, 8-9 = schwere Erkrankung und 10-12 = schwerst gestört). Dieser kann für den aktuellen Zustand, das letzte Jahr oder auch lebenslang ermittelt werden (Schepank, 2004). Der *BSS* kann somit in der vorliegenden Studie zur quantitativen Evaluierung der Beeinträchtigung herangezogen werden. Die Beurteilung erfolgt durch einen außenstehenden Experten, was Objektivität sicher stellen soll. Hohe Validität und Reliabilität (Schellberg, 1995) konnten vermerkt werden.

4.3.8 Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Die *Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)* beurteilt kollektiv die aktuelle psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit mit einem Zahlenwert zwischen 1 und 100 (= hervorragende Leistung in einem breitem Spektrum von Aktivitäten). Die Skala ist in zehner Schritte untergliedert, dabei soll immer der schlechteste Wert der drei Bereiche das Ergebnis bestimmen. Durch einen geübten Untersucher kann die Beurteilung innerhalb kurzer Zeit durchgeführt werden. Als grenzwertig und Indikator für weitere professionelle Unterstützung gelten Werte von 50 abwärts (Möller, 1994, zitiert nach Lange & Heuft, 2004). Allerdings werden von einigen Autoren auch schon höhere Werte zur Unterscheidung zwischen gesund und pathologisch angesehen (Köpcke, 1994, zitiert nach Lange & Heuft, 2004). Durch körperliche oder umweltbedingte Einschränkungen hervorgerufene Funktionsbeeinträchtigungen sollen nicht einbezogen werden. Eine prognostische und somit für die Studie besonders interessante Bedeutung hat der Parameter des höchst erreichten Niveaus im letzten Jahr (American Psychiatric Association, 1996). Auch wenn körperliche und umweltbedingte Beeinträchtigungen nicht mit einbezogen werden sollen, so ist eine strikte Trennung häufig nicht einhaltbar und der Begriff des globalen Funktionsniveaus mitunter ungenau (Bacon et al., 2002). In einer prospektiven Studie von 2008 konnte mit zunehmender Ausprägung der KDS-Symptomatik, eine Abnahme des Funktionsniveaus gemessen werden (Phillips et al., 2008).

Durch klar formulierte Instruktionen und die Orientierung anhand von zehn Ankerpunkten wird ausreichend Objektivität gewährleistet. Die Reliabilität, die sehr stark von der Übung des Untersuchers abhängig ist, zeigt sich bei erfahrenen Prüfern hoch. Hinreichende Konstrukt- und Kriteriumsvalidität wird angenommen (Lange & Heuft, 2004).

4.3.9 Halbstandardisiertes Interview

Das *halbstandardisierte Interview* behandelt in 20 Fragen verschiedene Aspekte der KDS. Es wurde im Rahmen der Studie entwickelt und erfragt typische klinische Symptome der KDS sowie psychosoziale Beeinträchtigungen und Folgen der KDS. Weitere behandelte Themen sind die familiäre Belastung, eine eventuelle Ursachenzuschreibung der KDS, das Krankheitsverständnis und der Therapieerfolg. Aufgrund der erschwerten Standardisierung im Rahmen eines solchen Interviews wird es nur exemplarisch mit einer geringen Patientenzahl geführt.

4.4 Fragestellungen und statistische Datenanalyse

4.4.1 Hauptfragestellungen

4.4.1.1 Evaluation kurzfristiger und langfristiger Therapieerfolge

Für die Überprüfung der folgenden Fragestellungen sollen die unmittelbar nach stationärer Therapie erhobenen Daten (Zeitpunkt B) sowie die poststationär erhobenen Daten zum Zeitpunkt C mit den prästationären Daten (Zeitpunkt A) verglichen werden.

1.) Vermindert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (*SCL-90-R*)?

H0: Die Therapie vermindert nicht die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

H1: Die Therapie vermindert kurz- und/oder langfristig die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

2.) Verbessert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig die interpersonalen Verhaltensmuster (*IIP*)?

H0: Die Therapie verändert nicht interpersonale Verhaltensmuster.

H1: Die Therapie verbessert kurz- und/oder langfristig interpersonale Verhaltensmuster.

3.) Vermindert die stationäre Therapie kurz- und/oder langfristig die Depressivität (HADS)?

H0: Die Therapie vermindert nicht die Depressivität.

H1: Die Therapie vermindert kurz- und/oder langfristig die Depressivität.

4.) Vermindert die stationäre Therapie kurz- und/oder langfristig die Ängstlichkeit (HADS)?

H0: Die Therapie vermindert nicht die Ängstlichkeit.

H1: Die Therapie vermindert kurz- und/oder langfristig die Ängstlichkeit.

5.) Verbessert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig eine gestörte Emotionsregulation (TAS-20)?

H0: Die Therapie vermindert nicht die Alexithymie.

H1: Die Therapie vermindert kurz- und/oder langfristig die Alexithymie.

6.) Verringert die stationäre Therapie der KDS kurz- und/oder langfristig die Schamwahrnehmung (HautZuf)?

H0: Die Therapie verringert nicht die Schamwahrnehmung.

H1: Die Therapie verringert kurz- und/oder langfristig die Schamwahrnehmung.

4.4.1.2 Evaluation kurzfristiger Therapieerfolge

Zur Überprüfung dieser Fragestellungen sollen die unmittelbar poststationär erhobenen Daten (Zeitpunkt B) mit prästationären Daten verglichen werden.

7.) Vermindert sich während des stationären Aufenthaltes die durch einen geschulten Experten beurteilte, körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung (BSS)?

H0: Die Therapie vermindert den Beeinträchtigungs-Schwere-Score nicht.

H1: Die Therapie vermindert den Beeinträchtigungs-Schwere-Score.

8.) Erhöht sich während des stationären Aufenthaltes das durch einen geschulten Experten beurteilte globale Funktionsniveau (*GAF*)?

H0: Die Therapie erhöht das globale Funktionsniveau (*GAF*) nicht.

H1: Die Therapie erhöht das globale Funktionsniveau (*GAF*).

Eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) soll einen Vergleich der in den Hauptfragestellungen untersuchten Parameter zu unterschiedlichen Zeitpunkten ermöglichen.

4.4.2 Nebenfragestellungen

9.) Ist die Therapiezufriedenheit (*ZUF-8*) bei weiblichen Patienten größer als bei männlichen Patienten?

H0: Die Therapiezufriedenheit bei weiblichen Patienten ist nicht größer als bei männlichen Patienten.

H1: Die Therapiezufriedenheit bei weiblichen Patienten ist größer als bei männlichen Patienten.

10.) Ist die Schamwahrnehmung (*HautZuf*) bei weiblichen Patienten stärker ausgeprägt als bei männlichen Patienten?

H0: Bei weiblichen Patienten zeigt sich keine stärkere Ausprägung der Schamwahrnehmung im Vergleich zu männlichen Patienten.

H1: Bei weiblichen Patienten zeigt sich eine stärkere Ausprägung der Schamwahrnehmung im Vergleich zu männlichen Patienten.

Hierzu soll ein T-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt werden.

4.4.3 Datenanalyse

Zunächst werden die Aufnahme-Parameter aller Patienten erfasst und anhand von χ^2 -Tests und T-Tests für unabhängige Stichproben auf mögliche Unterschiede zwischen der Katamnese- und der Nicht-Katamnese-Gruppe untersucht. Anhand von Mittelwertvergleichen und Werteverteilungen soll ein Überblick über die Ausprägung der jeweiligen Parameter gegeben werden. Zur Verlaufsdarstellung werden Vergleiche der Prä-Post-Messungen und der Prä-Post-Katamnese-Messungen mittels Varianzanalysen durchgeführt. Diese untersuchen außerdem mögliche Unterschiede im stationären Verlauf zwischen den Patienten, die an der Katamnese teilnehmen und denen, die nicht teilnehmen. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = 5\%$ festgelegt. Durchgeführt werden diese Verfahren mit dem Programm SPSS (Statistical Package of the Social Sciences). Ganz herzlich bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei PD Dr. biol. hom., Dipl.-Psych. Jörg P. Kupfer vom Institut für Medizinische Psychologie Gießen, durch den die Betreuung und Auswertung der Statistik erfolgt.

4. 5 Kritische Bewertung des Verfahrens

Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl sinkt die Repräsentativität der Studie und die externe Validität nimmt ab. Wegen der kleinen Patientengruppe kann keine Rücksicht auf die Rekrutierung genommen werden, was zu Stichprobenfehlern mit geminderter interner Validität führt. Da bei kleiner Stichprobe die Testpower abnimmt und damit verbunden die Wahrscheinlichkeit, einen alpha- oder beta-Fehler zu begehen zunimmt, nimmt auch Validität der statistischen Hypothesenprüfung ab. Die Ergebnisse der Studie können somit nicht als valide angesehen werden. Sie können jedoch wichtige Hinweise für zukünftige Untersuchungen in dem Forschungsgebiet der KDS liefern.

Insbesondere bei geringer Rücklaufquote besteht die Gefahr, dass nur die Patienten, die von der Therapie profitiert haben, motiviert sind, an der katamnestischen Befragung teilzunehmen. Dies kann dazu führen, dass die Effektivität der Behandlung überschätzt wird. Im Rahmen der Untersuchung sollen daher mögliche Unterschiede zwischen den Patienten, die an der erneuten Befragung teilnehmen und denen, die nicht teilnehmen, aufgedeckt und beschrieben werden.

4. 6 Ethik & Datenschutz

Die Aufklärung der Patienten in schriftlicher und mündlicher Form wird gewährleistet. Die schriftliche Einwilligung wird nach Aufklärung eingeholt und die Probanden werden über ihr jederzeitiges Rücktrittsrecht informiert.

Die Daten können vollständig pseudonymisiert erhoben werden. Die unterschriebenen Einverständniserklärungen werden unabhängig von den erhobenen Daten aufbewahrt. Die Originalunterlagen werden im Archivraum der Psychosomatischen Klinik aufbewahrt. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission des Fachbereichs Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen unter der Nr. 181/15 genehmigt.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobenbeschreibung

Es konnten von den ursprünglich 34 Patienten 20 Patienten für die Katamnese studie gewonnen werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 58,8%. Ein Widerruf der Teilnahme kam in keinem Fall vor. Die Abbildung 5.1.1 beschreibt die Stichprobengröße im Verlauf und die jeweiligen Drop-Outs.

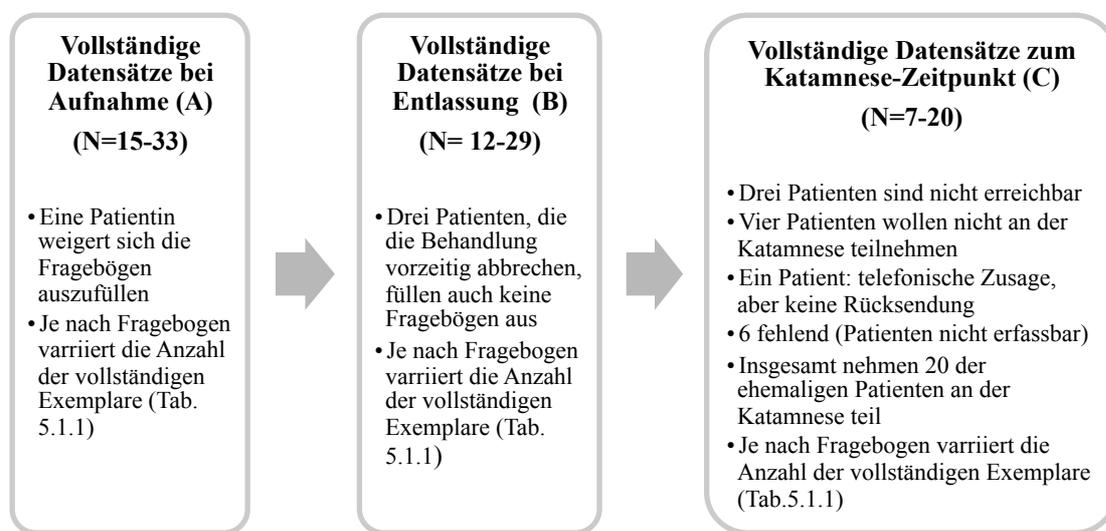


Abb. 5.1.1 Flussdiagramm zu Stichprobengröße und Drop-Out

Da nicht von allen Patienten zu jedem Zeitpunkt alle erwünschten Fragebögen ausgefüllt wurden, kann die Anzahl der Probanden je nach Fragebogen variieren (Tab. 5.1.1). Bei der sich anschließenden Interpretation ist daher zu berücksichtigen, dass die gewonnenen Datensätze der Fragebögen aus verschiedenen Patientengruppen stammen.

In der geplanten Studie werden außerdem die Parameter der Patienten, die an der Katamnese teilnehmen und derer, die nicht an der Katamnese teilnehmen, getrennt aufgelistet und auf mögliche Unterschiede untersucht.

Ergebnisse

Tab. 5.1.1 *Vollständige Datensätze je nach Fragebogen*

	Vollständige Datensätze bei Aufnahme (A)	Vollständige Datensätze Entlassung (B)	bei Vollständige Datensätze bei Katamnese (C)
HP-C	31	27	18
Ursache	-1x nicht ausgefüllt, da verweigert (s.Abb.5.1.1) -2x nicht ausgefüllt (Ursache unklar)	-4x nicht ausgefüllt bei vorzeitigem Therapieabbruch (3 davon s.Abb.5.1.1) -3x fehlend aus A	-2 der 20 sind zu einem früheren Zeitpunkt nicht ausgefüllt worden (A & B)
SCL-90-R	33	29	19
Ursache	-1x nicht ausgefüllt, da verweigert (s.Abb.5.1.1)	-3x nicht ausgefüllt bei vorzeitigem Therapieabbruch (s.Abb.5.1.1) -1x nicht ausgefüllt (Ursache unklar) -1x fehlend aus A	-1 der 20 ist zu einem früheren Zeitpunkt nicht ausgefüllt worden (A & B)
BSS/GAF	31	27	-
Ursache	-1x nicht ausgefüllt, da verweigert (s.Abb.5.1.1) -2x nicht ausgefüllt (Ursache unklar)	-2x nicht ausgefüllt bei vorzeitigem Therapieabbruch (s.Abb.5.1.1) -2x nicht ausgefüllt (Ursache unklar) -3x fehlend aus A	-
HADS	20	12	10
Ursache	-1x nicht ausgefüllt, da verweigert (s.Abb.5.1.1) -13x fehlend, da vor 11/2007 nicht eingesetzt	-4x nicht ausgefüllt bei vorzeitigem Therapieabbruch (3 davon s.Abb.5.1.1) -4x nicht ausgefüllt (Ursache unklar)	-10 der 20 sind zu einem früheren Zeitpunkt nicht ausgefüllt worden (A & B)
TAS-20	21	14	11
Ursache	-1x nicht ausgefüllt, da verweigert (s.Abb.5.1.1) -12x fehlend, da vor 07/2007 nicht eingesetzt	-4x nicht ausgefüllt bei vorzeitigem Therapieabbruch (3 davon s.Abb.5.1.1) -4x nicht ausgefüllt (Ursache unklar) 12x fehlend aus A	-9 der 20 sind zu einem früheren Zeitpunkt nicht ausgefüllt worden (A & B)
HautZuf	15-16	12-13	7-8
Ursache	-1x nicht ausgefüllt, da verweigert (s.Abb.5.1.1) -1x unvollständig, einzelne Subskalen erhalten -17x fehlend, da vor 02/2008 nicht eingesetzt	-3x nicht ausgefüllt bei vorzeitigem Therapieabbruch (s.Abb.5.1.1) -18x fehlend aus A -1x unvollständig aus A	-2x nicht ausgefüllt (Ursache unklar) -10 der 20 sind zu einem früheren Zeitpunkt nicht ausgefüllt worden (A & B) -1x unvollständig aus A
Zuf-8	-	20	10
Ursache	-	-10x nicht ausgefüllt (Ursache unklar) -4x nicht ausgefüllt bei vorzeitigem Therapieabbruch	-10 der 20 sind bei Entlassung (B) nicht ausgefüllt worden

5.2 Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Merkmale für alle Probanden, die Katamnese-Gruppe und die Nicht-Katamnese-Gruppe werden in der folgenden Tabelle (Tab. 5.2.1) erfasst. Signifikante Unterschiede in den soziodemographischen Eigenschaften der beiden Gruppen bestehen nicht.

Tabelle 5.2.1 Soziodemographische Merkmale

	Alle (N=34)	Katamnese- Gruppe (N=20)	Nicht- Katamnese- Gruppe (N=14)	Chi ² nach Pearson	df	Asymptomatische Signifikanz (2-seitig)
	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit			
Geschlecht				1,045	1	0,307
♂	9 (26,5 %)	4 (20 %)	5 (35,7%)			
♀	25 (73,5 %)	16 (80 %)	9 (64,3%)			
Schulabschluss				3,559	2	0,169
Hauptschulabschluss	4 (11,8 %)	2 (10 %)	2 (14,3%)			
Realschulabschluss	11 (32,4 %)	9 (45 %)	2 (14,3%)			
Abitur/Fachabitur	19 (55,9 %)	9 (45 %)	10 (71,4%)			
Berufstätigkeit				0,441	3	0,932
In Ausbildung	8 (23,5 %)	4 (20 %)	4 (28,6 %)			
Berufstätig	14 (41,2 %)	9 (45 %)	5 (35,7 %)			
Arbeitslos	7 (20,6 %)	4 (20 %)	3 (21,4 %)			
Arbeitsunfähig	5 (14,7 %)	3 (15 %)	2 (14,3 %)			
Familienstand				1,178	2	0,555
Ledig	25 (73,5 %)	15 (75 %)	10 (71,4 %)			
Verheiratet	4 (11,8 %)	3 (15 %)	1 (7,1 %)			
Geschieden	5 (14,7 %)	2 (10 %)	3 (21,4 %)			
In Partnerschaft						
Zeitpunkt A	18 (52,9 %)	9 (45 %)	9 (64,3 %)	1,229	1	0,268
Zeitpunkt B	19 (55,9 %)	10 (50 %)	9 (64,3 %)	0,682	1	0,409
Zeitpunkt C	8 (61,5%)* *(N=13)	8 (61,5%)* *(N=13)	-	-	-	-
Kinder	6 (17,6%)	4 (20 %)	2 (14,3%)	0,185	1	0,667
Deutsche Nationalität	34 (100%)	20 (100 %)	14 (100 %)	-	-	-
Migrations- hintergrund	7 (20,6%)	5 (25 %)	2 (14,3%)	0,578	1	0,447

Das durchschnittliche Alter der gesamten Patientengruppe zum Zeitpunkt des Therapiebeginns liegt bei etwa 33 Jahren (33,12). In der Katamnese-Gruppe und der Nicht-Katamnese-Gruppe zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (K-Gruppe: 33,4 Jahre & NK-Gruppe: 32,71 Jahre).

5.3 Therapiemotivation der Patienten

Zu Beginn der Behandlung wurde durch die Therapeuten die Therapiemotivation der Patienten, von nicht motiviert (= 0) bis sehr motiviert (= 4), eingestuft. Der Großteil der KDS-Patienten beginnt die Therapie motiviert. In der Katamnese-Gruppe zeigt sich die Motivation besonders hoch. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen lassen sich nicht aufzeigen ($p_{MOT;K/NK}=0,56$).

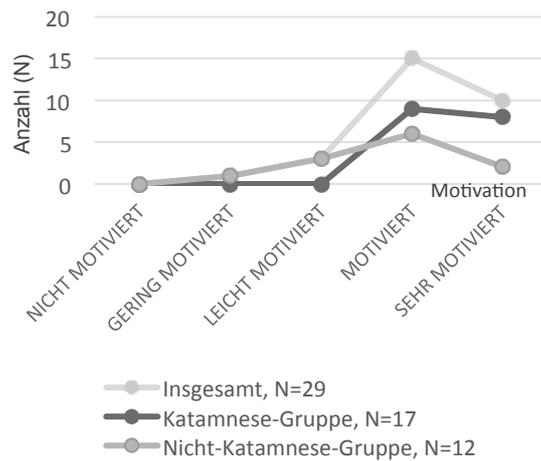


Abb. 5.3.1. Therapiemotivation bei Aufnahme

5.4 Vorbehandlung der Patienten

Im Rahmen der Aufnahme wird jeder Patient gefragt, ob er sich zu einem früheren Zeitpunkt in psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung befand, bzw. ob der stationären Aufnahme eventuell auch unmittelbar eine ambulante Therapie voranging. Hierbei zeigt sich etwa die gleiche Anzahl an Patienten, die unmittelbar vor der Aufnahme eine ambulante Therapie durchführten und diejenigen, die bis dato keine Vorbehandlung erfuhren. Zwischen der Katamnese-Gruppe und den anderen Patienten kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

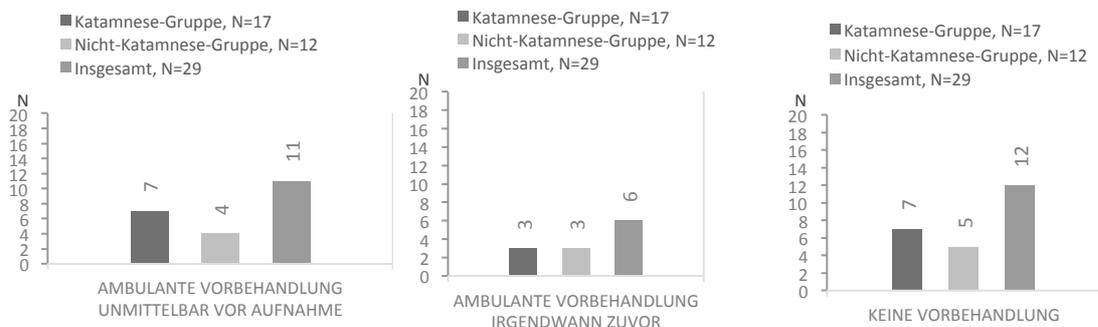


Abb. 5.4.1 Vorbehandlung

Etwa ein Drittel der Patienten wurde vor Aufnahme dauerhaft mit Psychopharmaka therapiert. Vier Patienten erhielten eine Bedarfsmedikation. Insgesamt überwog der Anteil an Patienten ohne medikamentöse Therapie. Innerhalb der Katamnese-Gruppe und der Nicht-Katamnese-Gruppe zeigt sich eine ähnliche Verteilung. 13 von 31 Patienten (42%) waren zu einem früheren Zeitpunkt bereits in stationärer Therapie. In der Nicht-Katamnese-Gruppe befand sich die Mehrzahl der Patienten in stationärer Behandlung, während es in der Katamnese-Gruppe weniger als ein Drittel waren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag insgesamt bei drei Monaten und neun Tagen. Innerhalb der Nicht-Katamnese-Gruppe lag sie bei vier Monaten und vier Tagen und für die Katamnese-Gruppe bei zwei Monaten und 18 Tagen. Die beschriebenen Unterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant (Tab. 5.4.1 und .2, Anhang B).

5.5 Komorbiditäten

Alle KDS-Patienten leiden bei Aufnahme an mindestens einer komorbiden Erkrankung. Häufig führen gerade diese zusätzlichen Diagnosen auch primär zur Aufnahme. Am häufigsten treten Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und soziale Phobien auf. Aber auch häufig mit der KDS einhergehende artifizielle Störungen werden verzeichnet. Die folgende Tabelle gibt einen genauen Überblick.

Ergebnisse

Tabelle 5.5.1 Komorbiditäten

	Alle (N=34)	Katamnese- Gruppe (N=20)	Nicht- Katamnese- Gruppe (N=14)	Chi ² nach Pearson	df	Asympto- matische Signifikanz (2-seitig)
	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit			
Depression	21(61,7 %)	15 (75 %)	6 (42,9%)	5,916	3	0,116
Dysthymia bis leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Erkrankung (F33.0)	3 (8,8 %)	2 (10 %)	1 (7,1 %)			
Mittelgradige depressive Episode (F32.1), auch rezidivierend (F33.1)	17(50 %)	13(65%)	4 (28,6 %)			
Schwere depressive Episode (F33.2)	1 (2,9 %)	0	1 (7,1 %)			
Zwangsstörung (F42.-)	2 (5,90 %)	0	2 (14,3%)	3,036	1	0,081
Soziale Phobie (F40.1)	8 (23,50%)	4 (20 %)	4	0,336	1	0,562
Somatoforme dermatologische Symptome	7 (20,5 %)	4 (20 %)	3 (21,4 %)	1,583	2	0,453
Artifizielle Störung (Skin-Picking-Syndrom, Urticaria factitia)	6 (17,6 %)	4 (20%)	2 (14,3%)			
Undifferenzierte somatoforme Symptome (Pruritus, Schmerzen, sensorische Beschwerden)	1 (2,9 %)	0	1 (7,1 %)			
Persönlichkeitsstörung (F60.-)	13 (38,2%)	7 (35 %)	6 (42,9%)	0,215	1	0,643
Andere psychische Erkrankungen (F.43-, etc.)	5 (14,7%)	3 (8,8 %)	2 (14,3%)	0,003	1	0,954
Schwere und/oder chronische körperliche Erkrankungen	5 (14,7%)	4 (10 %)	1 (7,1 %)	1,085	1	0,298
(MS; Trikuspidaldysplasie mit Rechtsherzdilatation; M.Bechterew; Hypothyreose; M.Raynaud; Rhinitis allergica)						
Hauterkrankungen	9 (26,5 %)	7 (35 %)	2 (14,3%)	1,815	1	0,178
Rosazea	5 (14,7 %)					
Hirsutismus	1 (2,94 %)					
periorale Dermatitis	1 (2,94 %)					
Akne	1 (2,94 %)					
Lichen follicularis	1 (2,94 %)					
Substanzstörungen	3 (8,8 %)	2 (10 %)	1 (7,1 %)	0,084	2	0,773
Esstörungen (F50.-)	2 (5,9 %)	2 (10 %)	0	1,488	1	0,223
Bulimia nervosa (F.50.2/3)	2(5,9 %)	2 (10 %)	0			
Anorexia nervosa (F.50.0/1)	0	0	0			

5.6 Parameter zu Behandlungsbeginn im Vergleich

Es folgt eine kurze Darstellung der erhobenen Parameter zum Aufnahmezeitpunkt. Hierbei sollen - neben den gewonnenen Werten aller - auch wieder die Werte der Patienten, die an der Katamnese teilnahmen und die Werte derer, die nicht teilnahmen aufgeführt und mögliche Unterschiede aufgezeigt werden.

5.6.1 Das interpersonale Verhaltensmuster

Besonders hohe Werte treten in den Bereichen uFG und uHI auf. Dies verdeutlicht eine starke Ausprägung von *sozial vermeidendem bzw. introvertiertem* und *selbstunsicherem* bishin zu *unterwürfigem* Verhalten der KDS-Patienten. Die folgende Tabelle gibt genaue Informationen über die gewonnenen Daten. Ein signifikanter Unterschied zwischen der Katamnese- und der NK-Gruppe konnte nicht festgestellt werden (Tab.5.6.1.2).

Tabelle 5.6.1.1 IIP bei Aufnahme

	Katam- nese	M	SD	N		Katam- nese	M	SD	N
IIP a	Nein	11,757	3,7085	12	uHI a	Nein	15,750	5,0114	12
Gesamt	Ja	12,371	4,1864	19		Ja	16,380	6,4688	19
	Ges.	12,133	3,9561	31		Ges.	16,136	5,8662	31
uPA a	Nein	7,8333	5,9975	12	uFG a	Nein	15,643	6,8381	12
	Ja	6,9400	3,6368	19		Ja	15,342	8,3101	19
	Ges.	7,2858	4,6174	31		Ges.	15,458	7,6552	31
uNO a	Nein	10,167	5,6542	12	uDE a	Nein	10,583	5,6320	12
	Ja	10,368	6,3767	19		Ja	11,447	5,9742	19
	Ges.	10,290	6,0108	31		Ges.	11,113	5,7644	31
uLM a	Nein	12,500	7,1031	12	uBC a	Nein	10,417	5,1603	12
	Ja	15,068	5,9195	19		Ja	9,3647	3,6257	19
	Ges.	14,074	6,4141	31		Ges.	9,7719	4,2335	31
uJK a	Nein	11,167	7,0432	12					
	Ja	14,056	5,2475	19					
	Ges.	12,938	6,0628	31					

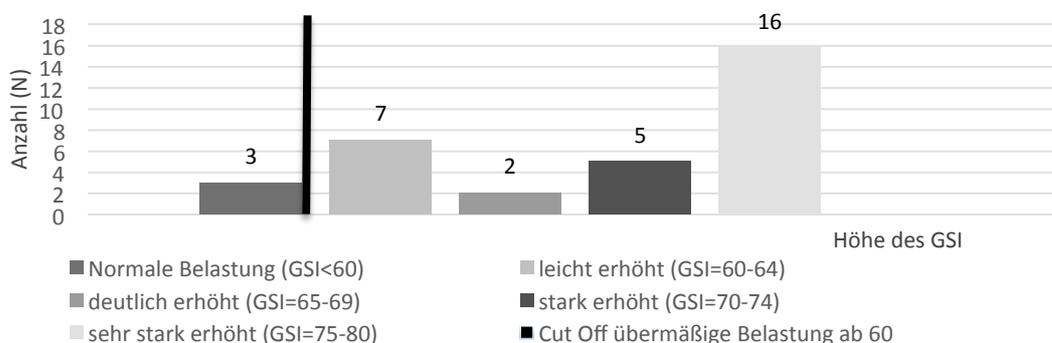
Tabelle 5.6.1.2 *T-Testung zur Unterscheidung zwischen den Gruppen*

Annahme des Levene-Test	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig.(2-seitig)</i>	<i>Mittlere Differenz</i>	<i>SE der Differenz</i>
IIP a Gesamt Varianzen sind gleich	-,415	29	,681	-,61346	1,47931
uPA a Varianzen sind gleich	,518	29	,608	,89333	1,72373
uNO a Varianzen sind gleich	-,090	29	,929	-,20175	2,25396
uLM a Varianzen sind gleich	-1,089	29	,285	-2,56789	2,35780
uJK a Varianzen sind gleich	-1,308	29	,201	-2,88965	2,20956
uHI a Varianzen sind gleich	-,287	29	,776	-,63000	2,19695
uFG a Varianzen sind gleich	,105	29	,917	,30039	2,87043
uDE a Varianzen sind gleich	-,401	29	,692	-,86404	2,15591
uBC a Varianzen sind gleich	,668	29	,510	1,05193	1,57567

5.6.2 Die Beeinträchtigung

5.6.2.1 Selbstbeurteilung mittels SCL-90-R

Die Evaluation anhand des SCL-90-R zeigt, dass die Gesamtbeeinträchtigung (gemessen anhand des *Globalen Schweregrad Index GSI*) in der Mehrzahl der Fälle (30 von 33) über dem Cut-off-Wert von 60 liegt. Demnach weisen diese Probanden eine übermäßige psychische Belastung (s. Abb. 5.6.2.1.1) auf. Auch der durchschnittliche Belastungswert (*GSI*) ist erhöht. Innerhalb der einzelnen Subskalen zeigen sich vor allem in den Bereichen *Depressivität*, *Unsicherheit im sozialen Kontakt*, *Zwanghaftigkeit* und *Ängstlichkeit* hohe Werte (Tab. 5.6.2.1.1). Zwischen den Gruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (Tab. 5.6.2.1.2).

Abb. 5.6.2.1.1 *Verteilung der Belastung insgesamt (N=33)* (Einteilung nach Franke, 2007/8)

Ergebnisse

Tabelle 5.6.2.1.1 *SCL-90-R bei Aufnahme*

	Katamnese	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>		Katamnese	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
GSI a	Nein	1,217	,64837	13	ÄNG a	Nein	1,077	,79284	13
	Ja	1,286	,59711	20		Ja	1,215	,74704	20
	Gesamt	1,259	,60869	33		Gesamt	1,160	,75614	33
SOM a	Nein	,6841	,50062	13	AGGR a	Nein	1,205	1,17685	13
	Ja	,9935	,63206	20		Ja	,8875	,50020	20
	Gesamt	,8716	,59562	33		Gesamt	1,013	,83232	33
ZWA a	Nein	1,621	,74047	13	PHO a	Nein	,7991	,84464	13
	Ja	1,533	,79626	20		Ja	1,195	1,09828	20
	Gesamt	1,568	,76418	33		Gesamt	1,039	1,01108	33
SOZ a	Nein	1,573	1,03224	13	PARA a	Nein	,9872	,85381	13
	Ja	1,572	,76304	20		Ja	1,133	,73469	20
	Gesamt	1,572	,86329	33		Gesamt	1,076	,77403	33
DEPR a	Nein	1,906	,94558	13	PSY a	Nein	,8308	,64857	13
	Ja	1,835	,69848	20		Ja	,8475	,56881	20
	Gesamt	1,863	,79135	33		Gesamt	,8409	,59154	33

Tabelle 5.6.2.1.2 *T-Testung zur Unterscheidung zwischen den Gruppen*

Annahme des Levene-Test	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2-seitig)	<i>Mittlere Differenz</i>	<i>SE der Differenz</i>
GSIa Varianzen sind gleich	-,313	31	,757	-,06876	,21998
SOMa Varianzen sind gleich	-1,486	31	,148	-,30944	,20831
ZWAa Varianzen sind gleich	,319	31	,752	,08812	,27615
SOZa Varianzen sind gleich	,001	31	,999	,00043	,31248
DEPRa Varianzen sind gleich	,251	31	,804	,07172	,28615
ÄNGa Varianzen sind gleich	-,505	31	,617	-,13778	,27257
AGGRa Varianzen sind nicht gleich	,921	14,854	,372	,31763	,34503
PHOa Varianzen sind gleich	-1,102	31	,279	-,39574	,35901
PARAa Varianzen sind gleich	-,524	31	,604	-,14615	,27894
PSYa Varianzen sind gleich	-,078	31	,938	-,01673	,21409

5.6.2.2. Fremdbeurteilung mittels BSS und GAF

Durch die Fremdeinschätzung konnte zunächst eine Zunahme der Belastung innerhalb des letzten Jahres bis zum Therapiebeginn festgestellt werden. Auch das globale Funktionsniveau verschlechterte sich vor Therapiebeginn (Tab. 5.6.2.2.1).

Tabelle 5.6.2.2.1 BSS- und GAF-Wertverteilung bei Therapiebeginn

	Innerhalb des letzten Jahres vor Therapiebeginn	7 Tage vor Therapiebeginn
BSS – Gesamtwert (N=31)		
< 4 = normales Funktionsniveau	11 (35,5%)	6 (19,4%)
≥ 5 = pathologisches Funktionsniveau	20 (64,5%)	25 (80,7%)
GAF (N=31)		
> 50 normales Funktionsniveau	17 (54,8%)	6 (19,4%)
≤ 50 pathologisches Funktionsniveau	14 (45,2%)	25 (80,7%)

Psychische Einschränkungen machen den Großteil der Beeinträchtigung aus. Dies verdeutlicht die folgende Tabelle (5.6.2.2.2), welche die Mittelwerte des BSS und GAF innerhalb der einzelnen Gruppen aufführt. Zwischen der Katamnese-Gruppe und der NK-Gruppe lassen sich keine signifikanten Unterschiede aufzeigen (Tab. 5.6.2.2.3).

Tabelle 5.6.2.2.2 BSS und GAF bei Aufnahme

	Katamnese	M	SD	N
BSSa 12 Mon. Körperlich	Nein	1,583	,7930	12
	Ja	1,158	,8983	19
	Gesamt	1,323	,8713	31
BSSa 12 Mon. Psychisch	Nein	2,333	,6513	12
	Ja	2,632	,4956	19
	Gesamt	2,516	,5699	31
BSSa 12 Mon. Sozial-kommunikativ	Nein	1,500	1,0871	12
	Ja	1,632	1,3829	19
	Gesamt	1,581	1,2589	31
BSSa 12 Mon. Gesamtwert	Nein	5,4167	2,02073	12
	Ja	5,4211	1,98090	19
	Gesamt	5,4194	1,96255	31
BSSa 7d Körperlich.	Nein	1,750	,8660	12
	Ja	1,421	,9016	19
	Gesamt	1,548	,8884	31
BSSa 7d Psychisch	Nein	3,000	,0000	12
	Ja	3,000	,3333	19
	Gesamt	3,000	,2582	31
BSSa 7d Sozial-kommunikativ	Nein	2,083	1,084	12
	Ja	1,789	1,398	19
	Gesamt	1,903	1,274	31
BSSa 7d Gesamtwert	Nein	6,8333	1,5859	12
	Ja	6,2105	1,7505	19
	Gesamt	6,4516	1,6899	31
GAFa 7d	Nein	44,417	9,0800	12
	Ja	42,474	8,2756	19
	Gesamt	43,226	8,4998	31
GAFa höchster Wert im letzten Jahr	Nein	55,833	9,5044	12
	Ja	53,842	9,9681	19
	Gesamt	54,613	9,6805	31

Tabelle 5.6.2.2.3 T-Testung zur Unterscheidung zwischen den Gruppen

Annahme des Levene-Test	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	SE der Differenz
BSSa 12 Mon. Körperl. Varianzen sind gleich	1,342	29	,190	,4254	,3171
BSSa 12 Mon. Psych. Varianzen sind gleich	-1,445	29	,159	-,2982	,2064
BSSa 12 Mon. Soz.kom. Varianzen sind gleich	-,279	29	,782	-,1316	,4715
BSSa Ges.wert 12 Mon. Varianzen sind gleich	-,006	29	,995	-,00439	,73603
BSSa 7d Körperl. Varianzen sind gleich	1,004	29	,324	,3289	,3275
BSSa 7d Psych. Varianzen sind gleich	,000	29	1,000	,0000	,0968
BSSa 7d Soz.kom. Varianzen sind gleich	,619	29	,541	,2939	,4748
BSSa Ges.wert 7d Varianzen sind gleich	,999	29	,326	,62281	,62315
GAFa 7d Varianzen sind gleich	,613	29	,544	1,9430	3,1673
GAFa höchster Wert letztes Jahr Varianzen sind gleich	,551	29	,586	1,9912	3,6117

5.6.3 Ängstlichkeit und Depressivität

Wie bereits im SCL-90-R werden auch in der HADS im Durchschnitt hohe Werte für die *Ängstlichkeit* und *Depressivität* erhoben (Tab. 5.6.3.1).

Tabelle 5.6.3.1 HADS bei Aufnahme

	Katamnese	M	SD	N
HADS/Ä a	Nein	14,0000	3,65148	7
	Ja	10,7692	2,91987	13
	Gesamt	11,9000	3,47775	20
HADS/D a	Nein	13,8571	3,93398	7
	Ja	12,4615	3,45484	13
	Gesamt	12,9500	3,59056	20

Die nebenstehende Abbildung verdeutlicht, dass bei Aufnahme fast alle Patienten mindestens „suspekte“ *Ängstlichkeits-* und *Depressivitäts-*Werte aufweisen. Bezüglich der *Ängstlichkeit* können signifikant höhere Werte in der Nicht-Katamnese-Gruppe festgestellt werden, während für die Subskala der *Depressivität* keine signifikanten Gruppenunterschiede aufgezeigt werden können (Tab. 5.6.3.2).

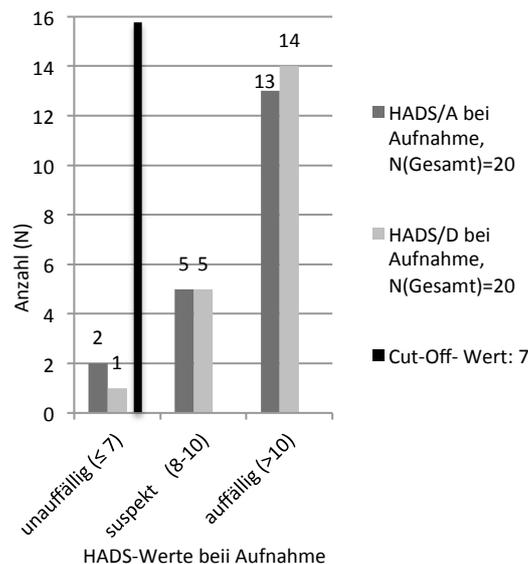


Abb. 5.6.3.1 HADS-Werteverteilung bei Aufnahme

Tabelle 5.6.3.2 *T-Testung zur Unterscheidung zwischen den Gruppen*

	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-seitig)</i>	<i>Mittlere Differenz</i>	<i>Standardfehler der Differenz</i>
HADS/Ä a Varianzen sind gleich	2,165	18	,044	3,23077	1,49197
HADS/D a Varianzen sind gleich	,822	18	,422	1,39560	1,69783

5.6.4 Alexithymie

Bei Aufnahme wird die Alexithymie anhand der TAS-20 bestimmt. Der durchschnittliche Alexithymie-Wert der TAS-20 liegt unterhalb des Grenzwertes für Alexithymie (<3.05). In der TAS-20 zeigen vier von einundzwanzig Patienten Alexithymie-Werte oberhalb des Cut-Off-Wertes. Die Gruppe der KDS-Patienten kann demnach nicht als klinisch bedeutend alexithym beschrieben werden. Signifikante Unterschiede zwischen der Katamnese- und der Nicht-Katamnese-Gruppe konnten in der TAS-20 nicht festgestellt werden.

Tabelle 5.6.4.1 *Übersicht über die TAS-20 bei Aufnahme*

	Katamnese	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
TAS20 a <i>Alexithymie</i>	Nein	2,3786	,42018	7
	Ja	2,5970	,53674	14
	Gesamt	2,5242	,50135	21
TAS20 a I <i>Identifikation von Gefühlen</i>	Nein	2,3673	1,02969	7
	Ja	2,7670	,79096	14
	Gesamt	2,6338	,87293	21
TAS20 a B <i>Beschreibung von Gefühlen</i>	Nein	2,4286	,53452	7
	Ja	2,7143	,86189	14
	Gesamt	2,6190	,76656	21
TAS20 a EO <i>Extern orientierter Denkstil</i>	Nein	2,3571	,85522	7
	Ja	2,3750	,37660	14
	Gesamt	2,3690	,55828	21

Tabelle 5.6.4.2 *T-Testung zur Unterscheidung zwischen den Gruppen*

Annahme des Levene-Test	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-seitig)</i>	<i>Mittlere Differenz</i>	<i>Standardfehler der Differenz</i>
TAS20 a <i>Alexithymie</i> Varianzen sind gleich	-,939	19	,360	-,21846	,23278
TAS20 a I Varianzen sind gleich	-,989	19	,335	-,39969	,40432
TAS20 a B Varianzen sind gleich	-,798	19	,435	-,28571	,35812
TAS20 a EO Varianzen sind gleich	-,067	19	,947	-,01786	,26512

5.6.5 Das Schamgefühl

Für das im HautZuf ermittelte Schamgefühl wurde ein durchschnittlicher Wert von etwa drei erhoben (Tab. 5.6.5.1). Signifikante Gruppenunterschiede werden weder in der Schamskala noch in den anderen Subskalen deutlich (Tab. 5.6.5.2).

Tabelle 5.6.5.1 *HautZuf bei Aufnahme*

	Katamnese	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
HautZuf a Scham	Nein	3,1333	,72072	5
	Ja	2,8636	,71809	11
	Gesamt	2,9479	,70637	16
HautZuf a Ekel	Nein	2,3000	,95307	5
	Ja	2,3500	,97642	10
	Gesamt	2,3333	,93435	15
HautZuf a Selbstberührung	Nein	,8667	,60553	5
	Ja	,8667	,87065	10
	Gesamt	,8667	,76946	15
HautZuf a Berührung Eltern	Nein	1,4000	1,09671	5
	Ja	2,4167	1,05482	10
	Gesamt	2,0778	1,14238	15
HautZuf a Berührung Partner	Nein	2,3353	1,19206	5
	Ja	2,3014	,55222	11
	Gesamt	2,3120	,76322	16

Tabelle 5.6.5.2 *T-Testung zur Unterscheidung zwischen den Gruppen*

Annahme des Levene-Test	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
HautZuf a Scham Varianzen sind gleich	,696	14	,498	,26970	,38772
HautZuf a Ekel Varianzen sind gleich	-,094	13	,926	-,05000	,53090
HautZuf a Selbstberührung Varianzen sind gleich	,000	13	1,000	,00000	,43736
HautZuf a Berührung Eltern Varianzen sind gleich	-1,738	13	,106	-1,01667	,58491
HautZuf a Berührung Partner Varianzen sind nicht gleich	,061	4,800	,954	,03397	,55850

5.7 Der Verlauf der stationären Therapie

insgesamt und innerhalb der Katamnese- und der Nicht-Katamnese-Gruppe

5.7.1 Das interpersonale Verhalten

Das bei Aufnahme ausgeprägte sozial vermeidende bzw. introvertierte und selbstunsichere bzw. unterwürfige Verhalten nimmt im Durchschnitt während des stationären Aufenthaltes ab. Insgesamt kann jedoch in keiner der Subskalen oder der Gesamtskala eine Signifikanz der Änderung festgestellt werden. Auch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen werden nicht beschrieben. Die folgende Tabelle zeigt die Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung auf.

Ergebnisse

Tabelle 5.7.1.1 *Veränderung des IIP-C während des stationären Aufenthalts*

	Katamnese	M	SD	N		Katamnese	M	SD	N
IIP a	Nein	12,4404	3,97225	9	uJK b	Nein	12,2222	4,43784	9
Gesamt	Ja	12,0303	4,02795	18		Ja	12,9722	5,62419	18
	Gesamt	12,1670	3,93726	27		Gesamt	12,7222	5,18380	27
IIP b	Nein	12,0199	2,19838	9	uHI a	Nein	16,3333	5,72276	9
Gesamt	Ja	11,3958	4,39047	18		Ja	16,2344	6,62424	18
	Gesamt	11,6038	3,76571	27		Gesamt	16,2674	6,22658	27
uPA a	Nein	8,3333	6,76387	9	uHI b	Nein	15,8889	5,60010	9
	Ja	6,8256	3,70684	18		Ja	14,4722	5,61634	18
	Gesamt	7,3281	4,85653	27		Gesamt	14,9444	5,54411	27
uPA b	Nein	10,5556	5,89727	9	uFG a	Nein	15,3011	7,08421	9
	Ja	7,1944	4,84203	18		Ja	14,6389	7,94800	18
	Gesamt	8,3148	5,35140	27		Gesamt	14,8596	7,53970	27
uNO a	Nein	11,7778	5,65194	9	uFG b	Nein	12,3333	7,03562	9
	Ja	10,1667	6,49887	18		Ja	12,4167	7,91917	18
	Gesamt	10,7037	6,16794	27		Gesamt	12,3889	7,49915	27
uNO b	Nein	11,1111	5,25463	9	uDE a	Nein	10,3333	4,97494	9
	Ja	10,3333	5,75990	18		Ja	10,7500	5,29220	18
	Gesamt	10,5926	5,50705	27		Gesamt	10,6111	5,09588	27
uLM a	Nein	14,0000	7,63217	9	uDE b	Nein	9,7144	6,99385	9
	Ja	14,6272	5,76149	18		Ja	9,9444	6,96818	18
	Gesamt	14,4181	6,30223	27		Gesamt	9,8678	6,84182	27
uLM b	Nein	14,0000	6,50000	9	uBC a	Nein	10,7778	5,99537	9
	Ja	14,8611	5,06953	18		Ja	9,2183	3,67261	18
	Gesamt	14,5741	5,47495	27		Gesamt	9,7381	4,52108	27
uJK a	Nein	12,6667	7,59934	9	uBC b	Nein	10,3333	4,09268	9
	Ja	13,7817	5,25724	18		Ja	8,9722	5,79673	18
	Gesamt	13,4100	6,01062	27		Gesamt	9,4259	5,24900	27

Tabelle 5.7.1.2 *Signifikanzprüfung der Veränderung des IIP-C während des stationären Aufenthalts*

	Korrekturverfahren	df	F	Sig.		Korrekturverfahren	df	F	Sig.
IIP-Gesamt	Greenhouse-Geisser	1,000	,486	,492	uHI	GG	1,000	,827	,372
uPA	GG	1,000	1,164	,291	uFG	GG	1,000	4,037	,055
uNO	GG	1,000	,093	,763	uDE	GG	1,000	,599	,446
uLM	GG	1,000	,020	,889	uBC	GG	1,000	,097	,758
uJK	GG	1,000	,251	,621					

5.7.2 Die Beeinträchtigung

5.7.2.1 Selbstbeurteilung mittels SCL-90-R

Insgesamt kann eine signifikante Reduktion in der subjektiven Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome gemessen werden. Die Signifikanz der Veränderung zeigt sich nicht nur im Globalen Schweregrad Index (GSI), sondern auch in allen Subskalen (Tab. 5.7.2.1.3). Insbesondere die zu Beginn der Therapie stark erhöhten Werte für Depressivität, Unsicherheit, Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit haben deutlich abgenommen. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Veränderung der Werteverteilung während des stationären Aufenthaltes. Signifikante Gruppenunterschiede konnten nicht festgestellt werden. Die anschließend aufgeführten Tabellen listen die Mittelwerte der Gruppen (Tab. 5.7.2.1.2) sowie die Verteilung bezüglich des Cut-Off-Werts (Tab. 5.7.2.1.1; Abb. 5.7.2.1.1) zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt auf.

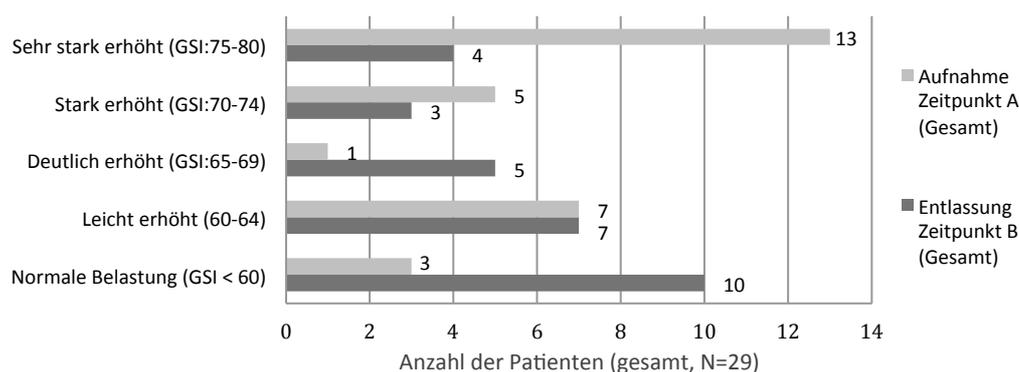


Abb. 5.7.2.1.1 Veränderung des GSI während des stationären Aufenthalts

Tabelle 5.7.2.1.1 Werteverteilung nach Einteilung der Beeinträchtigung im Verlauf (GSI)

	A (N=29) Gesamt	B (N=29) Gesamt	A (N=19) K-Gruppe	B (N=19) K-Gruppe	A (N=10) NK-Gruppe	B (N=10) NK-Gruppe
Normale Belastung (GSI < 60)	3	10	1	6	2	4
Leicht erhöht (GSI:60-64)	7	7	5	4	2	3
Deutlich erhöht (GSI:65-69)	1	5	1	2	0	3
Stark erhöht (GSI:70-74)	5	3	4	3	1	0
Sehr stark erhöht (GSI:75-80)	13	4	8	4	5	0

Ergebnisse

Tabelle 5.7.2.1.2 Übersicht über den GSI und die Subskalenwerte der SCL-90-R im Verlauf

	Katamnese	M	SD	N		Katamnese	M	SD	N
GSI a	Nein	1,1844	,72050	10	ÄNG a	Nein	1,0700	,86929	10
	Ja	1,2545	,59653	19		Ja	1,2102	,76723	19
	Gesamt	1,2303	,62990	29		Gesamt	1,1619	,79114	29
GSI b	Nein	,6020	,21816	10	ÄNG b	Nein	,4631	,19167	10
	Ja	,7913	,51889	19		Ja	,7632	,60019	19
	Gesamt	,7260	,44359	29		Gesamt	,6597	,51425	29
SOM a	Nein	,7393	,51222	10	AGGR a	Nein	1,2667	1,26735	10
	Ja	,9800	,64642	19		Ja	,8289	,43786	19
	Gesamt	,8970	,60540	29		Gesamt	,9799	,82726	29
SOM b	Nein	,2500	,18840	10	AGGR b	Nein	,5750	,60150	10
	Ja	,8433	,60271	19		Ja	,6316	,49012	19
	Gesamt	,6387	,57210	29		Gesamt	,6121	,52102	29
ZWA a	Nein	1,5872	,81128	10	PHO a	Nein	,7103	,85193	10
	Ja	1,4766	,77631	19		Ja	1,1374	1,09711	19
	Gesamt	1,5148	,77578	29		Gesamt	,9901	1,02457	29
ZWA b	Nein	,9700	,34010	10	PHO b	Nein	,2857	,45175	10
	Ja	,9468	,75065	19		Ja	,6165	,67855	19
	Gesamt	,9548	,63209	29		Gesamt	,5025	,62226	29
SOZ a	Nein	1,4222	1,13771	10	PARA a	Nein	1,0500	,90284	10
	Ja	1,5088	,72772	19		Ja	1,0965	,73559	19
	Gesamt	1,4789	,87077	29		Gesamt	1,0805	,78125	29
SOZ b	Nein	,7830	,55486	10	PARA b	Nein	,6000	,43176	10
	Ja	,8041	,60246	19		Ja	,6579	,69272	19
	Gesamt	,7968	,57653	29		Gesamt	,6379	,60761	29
DEPR a	Nein	1,8100	,97560	10	PSY a	Nein	,8100	,66575	10
	Ja	1,8016	,70142	19		Ja	,8553	,58331	19
	Gesamt	1,8045	,78882	29		Gesamt	,8397	,60139	29
DEPR b	Nein	,9115	,56644	10	PSY b	Nein	,3500	,21213	10
	Ja	,9880	,70151	19		Ja	,4842	,41802	19
	Gesamt	,9616	,64874	29		Gesamt	,4379	,36195	29

Tabelle 5.7.2.1.3 Signifikanzprüfung der Veränderung des SCL-90-R während des stationären Aufenthalts

	Korrekturverfahren	df	F	Sig.		Korrekturverfahren	df	F	Sig.
GSI	Greenhouse-Geisser	1,000	19,04	,000	ÄNG	GG	1,000	11,75	,002
SOM	GG	1,000	5,953	,022	AGGR	GG	1,000	11,62	,002
ZWA	GG	1,000	15,42	,001	PHO	GG	1,000	6,728	,015
SOZ	GG	1,000	19,97	,000	PARA	GG	1,000	13,65	,001
DEPR	GG	1,000	30,34	,000	PSY	GG	1,000	15,503	,001

5.7.2.2 Fremdbeurteilung

Auch die durch die behandelnden Therapeuten durchgeführten Fremdbeurteilungsverfahren zeigen signifikante Reduktionen für die Beeinträchtigung (Tab. 5.7.2.2.3). Der BSS-Gesamtwert hat sowohl gegenüber dem Wert innerhalb der letzten Woche vor Aufnahme als auch dem Gesamtwert des letzten Jahres abgenommen

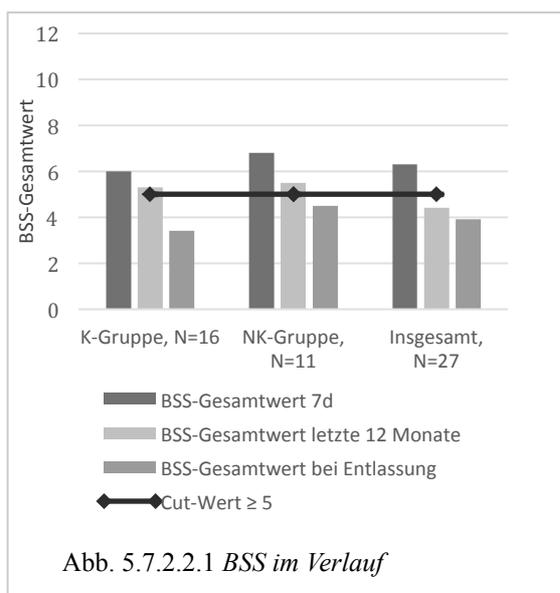


Abb. 5.7.2.2.1 BSS im Verlauf

Die folgende Tabelle (5.7.2.2.1) verdeutlicht die starke Abnahme der als pathologisch beeinträchtigt geltenden Patienten innerhalb der gesamten Stichprobe.

(s. Abb. 5.7.2.2.1). Ein signifikanter Anstieg im Globalen Funktionsniveau nach der Therapie kann außerdem beschrieben werden (s. Abb. 5.7.2.2.2). Und zwar sowohl für das Funktionsniveau sieben Tage vor Aufnahme als auch für den höchsten Wert im letzten Jahr.

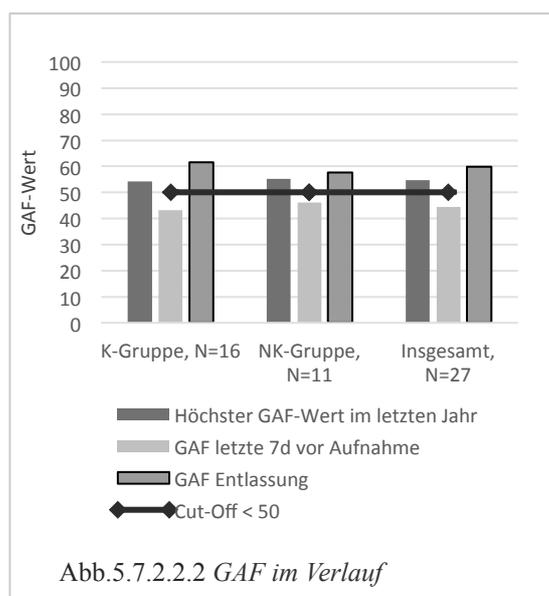


Abb. 5.7.2.2.2 GAF im Verlauf

Tabelle 5.7.2.2.1 BSS-Werte und GAF-Werteverteilung im Verlauf

	7 Tage vor Therapiebeginn	Bei Entlassung
BSS – Gesamtwert (N=27)		
< 4 normales FN	6 (22,2%)	19 (70,4%)
≥ 5 pathologisches FN	21 (77,8%)	8 (29,6%)
GAF (N=27)		
> 50 normales FN	5 (18,5%)	23 (85,2%)
≤ 50 pathologisches FN	22 (81,5%)	4 (14,8%)

Tabelle 5.7.2.2.2 BSS-Werte und GAF-Werte im Verlauf

	Katamnese	M	SD	N		Katamnese	M	SD	N
BSS a 7d Körperlich	Nein	1,818	,8739	11	BSS b Sozialkommunikativ	Nein	1,455	,6876	11
	Ja	1,375	,8062	16		Ja	,875	1,0247	16
	Gesamt	1,556	,8473	27		Gesamt	1,111	,9337	27
BSS a 12 Monate Körperlich	Nein	1,636	,8090	11	BSS a Gesamtwert 7d	Nein	6,8182	1,66242	11
	Ja	1,250	,8563	16		Ja	6,0000	1,75119	16
	Gesamt	1,407	,8439	27		Gesamt	6,3333	1,73205	27
BSS b Körperlich	Nein	,909	,9439	11	BSS a Gesamtwert 12 Monate	Nein	5,4545	2,11488	11
	Ja	,875	,8851	16		Ja	5,3125	2,12034	16
	Gesamt	,889	,8916	27		Gesamt	5,3704	2,07824	27
BSS a 7d Psychisch	Nein	3,000	,0000	11	BSS b Gesamtwert	Nein	4,4545	1,50756	11
	Ja	3,000	,3651	16		Ja	3,4375	1,93111	16
	Gesamt	3,000	,2774	27		Gesamt	3,8519	1,81243	27
BSS a 12 Monate Psychisch	Nein	2,364	,6742	11	GAF a 7d	Nein	46,182	7,0401	11
	Ja	2,563	,5123	16		Ja	43,188	7,9181	16
	Gesamt	2,481	,5798	27		Gesamt	44,407	7,5817	27
BSS b Psychisch	Nein	2,091	,7006	11	GAF a höchster Wert im letzten Jahr	Nein	54,091	7,7001	11
	Ja	1,688	,6021	16		Ja	55,313	8,6542	16
	Gesamt	1,852	,6624	27		Gesamt	54,815	8,1479	27
BSS a 7d Sozialkommunikativ	Nein	2,000	1,0954	11	GAF b	Nein	57,545	8,3470	11
	Ja	1,625	1,4549	16		Ja	61,500	10,2111	16
	Gesamt	1,778	1,3107	27		Gesamt	59,889	9,5327	27
BSS a 12 Monate Sozialkommunikativ	Nein	1,455	1,1282	11					
	Ja	1,500	1,4606	16					
	Gesamt	1,481	1,3118	27					

Signifikante Unterschiede in der Veränderung beider Gruppen konnten nicht verzeichnet werden.

Tabelle 5.7.2.3 Signifikanzprüfung der Veränderung des BSS und GAF während des stationären Aufenthalts

	Korrekturverfahren	df	F	Sig.		Korrekturverfahren	df	F	Sig.
BSS-Gesamt 12 Monate	Greenhouse-Geisser	1,000	16,890	,000	BSS-Körperl. 7d	GG	1,000	17,112	,000
BSS-Körperl. 12 Monate	GG	1,000	9,934	,004	BSS-Psych 7d	GG	1,000	56,062	,000
BSS-Psych 12 Monate	GG	1,000	13,474	,001	BSS-Soz.kom. 7d	GG	1,000	12,587	,002
BSS-Soz.kom. 12 Monate	GG	1,000	3,223	,085	GAF höchster Wert letztes Jahr	GG	1,000	4,416	,046
BSS-Gesamt 7d	GG	1,000	56,107	,000	GAF 7d	GG	1,000	31,254	,000

5.7.3 Ängstlichkeit und Depressivität

Auch mittels HAD-S konnte eine signifikante Reduktion der Ängstlichkeit und Depressivität festgestellt werden (Tab. 5.7.3.1 und 5.7.3.2). Insbesondere in der Nicht-Katamnese-Gruppe werden die starken Veränderungen deutlich. Dennoch können zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Tabelle 5.7.3.1 Übersicht über die HADS-Skalen im Verlauf

	Katamnese	M	SD	N		Katamnese	M	SD	N
HADS/Äa	Nein	16,0000	1,41421	2	HADS/Da	Nein	11,0000	1,41421	2
	Ja	11,7000	2,45176	10		Ja	11,7000	3,23351	10
	Gesamt	12,4167	2,81096	12		Gesamt	11,5833	2,96827	12
HADS/Äb	Nein	11,0000	,00000	2	HADS/Db	Nein	6,1650	4,47599	2
	Ja	9,4000	3,47051	10		Ja	8,7000	5,31350	10
	Gesamt	9,6667	3,20038	12		Gesamt	8,2775	5,08871	12

Tabelle 5.7.3.2 Signifikanzprüfung der Veränderung der HADS während des stationären Aufenthalts

	Korrekturverfahren	df	F	Sig.
HADS/Ä	Greenhouse-Geisser	1,000	11,088	,008
HADS/D	Greenhouse-Geisser	1,000	9,024	,013

Während bei der stationären Aufnahme für die Depressivität und Ängstlichkeit jeweils nur ein Patient unauffällige Werte aufweisen konnte, zeigte sich bei Entlassung ein

Anstieg auf drei unauffällige Patienten in der Ängstlichkeitsskala bzw. vier innerhalb der Depressionsskala. Außerdem konnte im Bereich der klinisch bedeutenden Werte innerhalb der Ängstlichkeitsskala ein Abfall von 10 auf 5 und innerhalb der Depressionsskala ein Abfall von 7 auf 2 (Tabelle 5.7.3.3) verzeichnet werden.

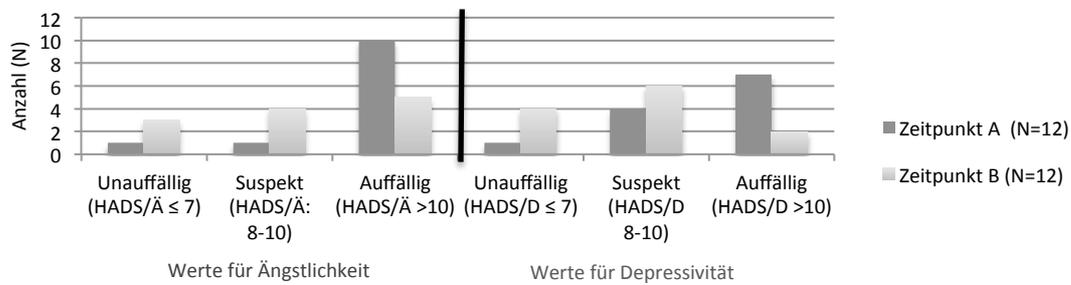


Abb. 5.7.3.1 HADS-Werte im Verlauf

Tabelle 5.7.3.3 Veränderung der HADS-Skalenwerte in Bezug auf Cut-Off und klinische Einteilung

	A (N=12) Gesamt	B (N=12) Gesamt	A (N=10) K-Gruppe	B (N=10) K-Gruppe	A (N=2) NK-Gruppe	B (N=2) NK-Gruppe
HADS/Ä ≤ 7	1	3	1	3	0	0
HADS/Ä 8-10	1	4	1	4	0	0
HADS/Ä >10	10	5	8	3	2	2
HADS/D ≤ 7	1	4	1	3	0	1
HADS/D 8-10	4	6	3	5	1	1
HADS/D >10	7	2	6	2	1	0

5.7.4 Alexithymie

Innerhalb der TAS-20 kann eine Reduktion der Alexithymie-Werte festgestellt werden. Diese ist allerdings nicht signifikant. Die Subskalenwerte nehmen ebenfalls ab. Signifikant sind diese Veränderungen in der Skala für die Identifikation von Gefühlen in der TAS-20 (Tabelle 5.7.4.2). Die genauen Werte hierzu werden in der Tabelle 5.7.4.1 erfasst. Zwischen den einzelnen Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgemacht werden.

Tabelle 5.7.4.1 *Verlauf der Tas-20-Werte*

	Katamnese	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>		Katamnese	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Tas20a	Nein	2,60	,56	3	Tas20b	Nein	2,30	,30	3
<i>Alexithymie</i>	Ja	2,673	,54	11	<i>Alexithymie</i>	Ja	2,36	,50	11
	Gesamt	2,667	,52	14		Gesamt	2,34	,45	14
Tas20a I	Nein	3,295	,87	3	Tas20b I	Nein	2,43	,14	3
	Ja	2,911	,83	11		Ja	2,46	,69	11
	Gesamt	2,991	,82	14		Gesamt	2,45	,61	14
Tas20a B	Nein	2,800	,69	3	Tas20b B	Nein	2,27	,70	3
	Ja	2,838	,85	11		Ja	2,60	,54	11
	Gesamt	2,814	,79	14		Gesamt	2,53	,57	14
Tas20a EO	Nein	1,885	,38	3	Tas20b EO	Nein	2,21	,26	3
	Ja	2,385	,35	11		Ja	2,11	,57	11
	Gesamt	2,27	,40	14		Gesamt	2,13	,51	14

Tabelle 5.6.4.2 *Signifikanzprüfung der Veränderung der TAS-20 während des stationären Aufenthalts*

	<i>Korrekturverfahren</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
TAS20 <i>Alexithymie</i>	Greenhouse-Geisser	1,000	3,591	,082
TAS20 I	Greenhouse-Geisser	1,000	6,297	,027
TAS20 B	Greenhouse-Geisser	1,000	2,472	,142
TAS20 EO	Greenhouse-Geisser	1,000	,084	,777

5.7.5 Das Schamgefühl

Das im HautZuf gemessene Schamgefühl nimmt im Therapieverlauf, wie die Tabelle 5.7.5.1 verdeutlicht, ab. Diese Veränderungen sind jedoch nicht signifikant (Tab. 5.7.5.2). Auch Gruppenunterschiede lassen sich nicht feststellen. Die übrigen Skalen des HautZufs zeigen ebenfalls keine signifikanten Veränderungen.

Tabelle 5.7.5.1 *Veränderungen in den Skalen des HautZuf*

	Katamnese	M	SD	N		Katamnese	M	SD	N	
HautZufa Scham	Nein	3,00	,73	3	HautZufb Scham	Nein	2,83	1,04	3	
	Ja	2,75	,644	10		Ja	2,63	,58	10	
	Gesamt	2,81	,641	13		Gesamt	2,67	,66	13	
HautZufa Ekel	Nein	1,72	,35	3	HautZufb Ekel	Nein	1,61	,096	3	
	Ja	2,45	,99	9		Ja	2,11	,88	9	
	Gesamt	2,26	,91	12		Gesamt	1,99	,78	12	
HautZufa Selbstberührung	Nein	1,28	,19	3	HautZufb Selbstberührung	Nein	1	,17	3	
	Ja	0,96	,87	9		Ja	1,34	,79	9	
	Gesamt	1,04	,76	12		Gesamt	1,26	,69	12	
HautZufa Berührung Eltern	Nein	1,33	1,30	3	HautZufb Berührung Eltern	Nein	1,39	1,42	3	
	Ja	2,67	,56	9		Ja	2,66	1,095	9	
	Gesamt	1,75	1,035	12		Gesamt	2,34	1,25	12	
HautZufa Berührung Partner	Nein	3,11	,43	3	HautZufb Berührung Partner	Nein	,00	3,11	,69	3
	Ja	2,27	,57	10		Ja	2,3	,85	10	
	Gesamt	2,46	,64	13		Gesamt	2,49	,87	13	

Tabelle 5.7.5.2 *Signifikanzprüfung der Veränderung des HautZuf während des stationären Aufenthalts*

	Korrekturverfahren	df	F	Sig.
HautZuf Scham	Greenhouse-Geisser	1,000	,696	,422
HautZuf Ekel	Greenhouse-Geisser	1,000	1,076	,324
HautZuf Selbstberührung	Greenhouse-Geisser	1,000	,072	,793
HautZuf Berührung Eltern	Greenhouse-Geisser	1,000	,015	,905
HautZuf Berührung Partner	Greenhouse-Geisser	1,000	,010	,921

5.7.6 Die Therapiezufriedenheit

Die am Therapieende durch den Zuf-8 ermittelte Zufriedenheit mit der Behandlung zeigt, dass die Patienten durchschnittlich zufrieden sind mit der durchgeführten Therapie. Außerdem wird deutlich (Tab. 5.7.6.3), dass die Patienten der Katamnese-Gruppe signifikant höhere Werte in der Zufriedenheit der Therapie aufweisen.

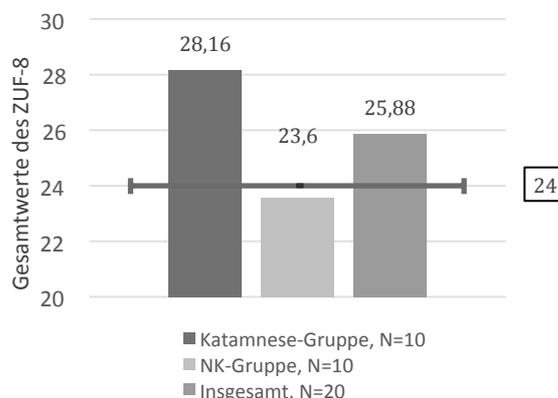


Abb. 5.7.6.1 *Zuf-8 bei Entlassung*

Die Nicht-Katamnese-Gruppe liegt im Durchschnitt (23,6) sogar unter dem Cut-Off-Wert (24) (Tabelle 5.7.6.2) und gilt somit als unzufrieden. Betrachtet man die Werteverteilung, so zeigt sich, dass zum Entlassungszeitpunkt 14 von 20 Befragten zufrieden mit der Therapie sind. Dies entspricht 70%. Die folgende Tabelle gibt genaue Informationen über die Verteilung der Werte in den beiden Gruppen (Tabelle 5.7.6.1).

Tabelle 5.7.6.1 Verteilung der Zuf-8-Werte

	Anzahl der Patienten < Cut-Off-Wert	Anzahl der Patienten \geq Cut-Off-Wert
Katamnese-Gruppe, N=10	2	8
NK-Gruppe, N=10	4	6
Gesamt, N=20	6	14

Tabelle 5.7.6.2 Zuf-8 Werte im Vergleich

	Katamnese	M	SD	N
Zuf-8	Nein	23,60	4,30	10
Gesamt B	Ja	28,16	3,77	10
	Gesamt	25,88	4,58	20

Tabelle 5.7.6.3 T-Testung zum Gruppenvergleich

Annahme des Levene-Test

	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	SE der Differenz
Zuf-8 Gesamt B					
Varianzen sind gleich	-2,520	18	,021	-4,55700	1,80849

5.8 Parameter der Katamneseuntersuchung

Die folgenden Parameter wurden in Prä-Posttestungen und der Katamneseuntersuchung erhoben.

5.8.1 Interpersonales Verhalten und dessen Verlauf

Es konnten keine signifikanten Veränderungen weder des IIP-Gesamtwertes noch der einzelnen Subskalen ermittelt werden (Tabelle 5.8.1.1)

Tabelle 5.8.1.2 Signifikanzprüfung der Veränderung des IIP-C während des Verlaufs

		Korrekturverfahren	df	F	Sig.			Korrekturverfahren	df	F	Sig.
IIP-Gesamt	Greenhouse-Geisser		1,896	,499	,602	uHI	GG		1,999	1,419	,256
uPA	GG		1,851	,104	,888	uFG	GG		1,818	1,474	,245
uNO	GG		1,734	,899	,405	uDE	GG		1,980	,524	,595
uLM	GG		1,722	,121	,858	uBC	GG		1,831	,035	,957
uJK	GG		1,988	,606	,550						

Tabelle 5.8.1.1 IIP im Verlauf

	M	SD	N		M	SD	N
IIP Gesamt a	12,0303	4,02795	18	uHI a	16,2344	6,62424	18
IIP Gesamt b	11,3958	4,39047	18	uHI b	14,4722	5,61634	18
IIP Gesamt c	11,2604	3,11544	18	uHI c	14,6667	4,70294	18
uPA a	6,8256	3,70684	18	uFG a	14,6389	7,94800	18
uPA b	7,1944	4,84203	18	uFG b	12,4167	7,91917	18
uPA c	6,8333	3,94447	18	uFG c	12,6111	7,08054	18
uNO a	10,1667	6,49887	18	uDE a	10,7500	5,29220	18
uNO b	10,3333	5,75990	18	uDE b	9,9444	6,96818	18
uNO c	9,1667	4,47542	18	uDE c	9,7778	5,70403	18
uLM a	14,6272	5,76149	18	uBC a	9,2183	3,67261	18
uLM b	14,8611	5,06953	18	uBC b	8,9722	5,79673	18
uLM c	15,1667	3,79241	18	uBC c	9,2778	5,03874	18
uJK a	13,7817	5,25724	18				
uJK b	12,9722	5,62419	18				
uJK c	12,5833	4,49918	18				

5.8.2 Psychische und körperliche Beeinträchtigung im Verlauf anhand des SCL-90-R

Insgesamt zeigt sich im GSI für die Gesamtbelastung eine signifikante Reduktion während des stationären Aufenthalts. Zur Katamnese wird ein erneuter geringer Anstieg deutlich. Eine signifikante Reduktion der Werte von der Aufnahme zur Entlassung und einem leichten Anstieg der Werte zum Katamnesezeitpunkt zeigen sich in den Subskalen für *Unsicherheit im sozialen Kontakt*, *Zwanghaftigkeit*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Paranoidität* und *Psychozistizität*. *Phobisches Verhalten* nahm über den gesamten Zeitraum (von A nach B nach C) signifikant ab. Des Weiteren wird eine Abnahme der *Somatisierungs*-Werte und *Aggressivitäts*-Werte erkennbar. Diese

Veränderung ist jedoch nicht signifikant. Das folgende Balkendiagramm zeigt die einzelnen Mittelwerte der Skalen und des *GSI* im Verlauf an.

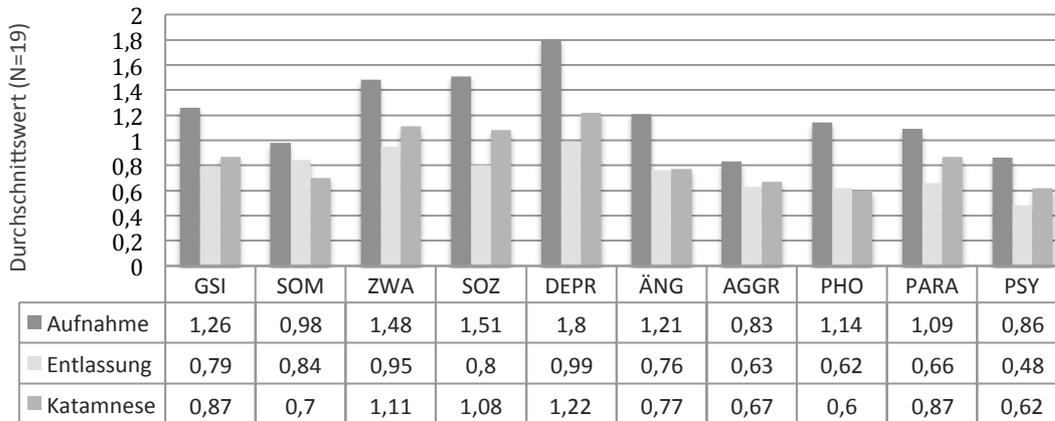


Abb. 5.8.2.1 *SCL-90-R* im Verlauf

Tabelle 5.8.2.1 *SCL-90-R* im Verlauf (N=19)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
GSIa	1,2545	,59653	19	ÄNGa	1,2102	,76723	19
GSIb	,7913	,51889	19	ÄNGb	,7632	,60019	19
GSIc	,8714	,64713	19	ÄNGc	,7658	,76049	19
SOMa	,9800	,64642	19	AGGRa	,8289	,43786	19
SOMb	,8433	,60271	19	AGGRb	,6316	,49012	19
SOMc	,7039	,65952	19	AGGRc	,6711	,50802	19
ZWAa	1,4766	,77631	19	PHOa	1,1374	1,09711	19
ZWAb	,9468	,75065	19	PHOb	,6165	,67855	19
ZWAc	1,1136	,78888	19	PHOc	,6015	,74013	19
SOZa	1,5088	,72772	19	PARAa	1,0965	,73559	19
SOZb	,8041	,60246	19	PARAb	,6579	,69272	19
SOZc	1,0819	,85894	19	PARAc	,8860	,94616	19
DEPRa	1,8016	,70142	19	PSYa	,8553	,58331	19
DEPRb	,9880	,70151	19	PSYb	,4842	,41802	19
DEPRc	1,2146	,81461	19	PSYc	,6211	,62679	19

Tabelle 5.8.2.2 *Signifikanzprüfung der Veränderung des SCL-90-R während des Verlaufs*

		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	
GSI	Greenhouse-Geisser	1,954	6,922	,003	ÄNG	GG	1,819	5,261	,012
					AGGR	GG	1,947	1,259	,296
SOM	GG	1,719	1,703	,201	PHO	GG	1,690	4,401	,026
ZWA	GG	1,926	5,196	,011	PARA	GG	1,753	3,429	,051
SOZ	GG	1,993	10,066	,000		Huynh-Feldt	1,927	3,429	,045* ¹
DEPR	GG	1,998	9,475	,000	PSY	GG	1,836	5,822	,008

¹Da nur leichte Verletzung der Zirkularität mit Epsilon Box > 0,75 (0,964 = Epsilon für Huynh-Feldt im Mauchly-Test auf Sphärizität) auch Huynh-Feldt-Korrektur anwendbar.

Tabelle 5.8.2.3 Werteverteilung bezüglich der klinischen Einteilung

	A (K-Gruppe, N=19)	B (K-Gruppe)	C (K-Gruppe)
Normale Belastung (GSI < 60)	1	6	6
Leicht erhöht (GSI:60-64)	5	4	3
Deutlich erhöht (GSI:65-69)	1	2	3
Stark erhöht (GSI:70-74)	4	3	4
Sehr stark erhöht (GSI:75-80)	8	4	3

5.8.3 Ängstlichkeit und Depressivität im Verlauf

Innerhalb beider Skalen des HADS, der Ängstlichkeit und Depressivität, konnte eine signifikante Reduktion über den gesamten Untersuchungszeitraum festgestellt werden (Abb. 5.8.3.1 & Tab. 5.8.3.1-4). Die Abb. 5.8.3.2 verdeutlicht die Umverteilung der als pathologisch geltenden Werte zu niedrigeren Werten im Therapieverlauf.

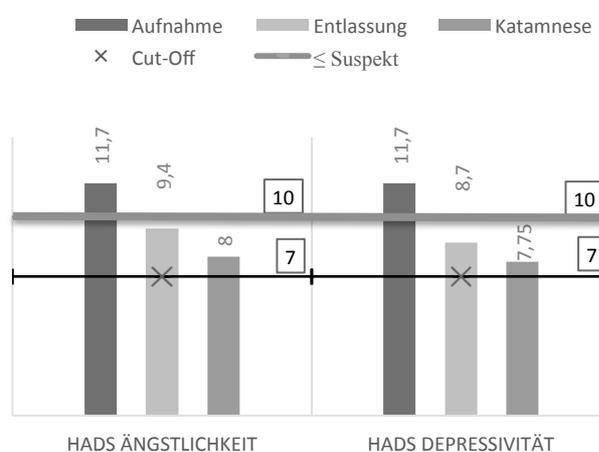


Abb. 5.8.3.1 Veränderung der HADS-Werte

Tabelle 5.8.3.2 HADS-Skala Ängstlichkeit im Verlauf

	M	SD	N
HADSÄa	11,7000	2,45176	10
HADSÄb	9,4000	3,47051	10
HADSÄc	8,0000	3,55903	10

Tabelle 5.8.3.3 Signifikanz des Verlaufs (Ä)

	df	F	Sig.	
HADS/Ä	Greenhouse-Geisser	1,765	5,878	,015

Tabelle 5.8.3.4 HADS-Skala Depressivität im Verlauf

	M	SD	N
HADSDa	11,7000	3,23351	10
HADSDb	8,7000	5,31350	10
HADSDc	7,7500	5,42243	10

Tabelle 5.8.3.5 Signifikanz des Verlaufs (D)

	df	F	Sig.	
HADS/D	Greenhouse-Geisser	1,656	4,060	,045

5.8.5 Hautzufriedenheit/ Schamwahrnehmung im Verlauf

Die folgende Tabelle zeigt den Verlauf der Werte aller Subskalen. Die Veränderungen der mittels HautZuf gewonnenen Werte erweisen sich nicht als signifikant.

Tabelle 5.8.5.1 *Haut-Zuf im Verlauf*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
HautZuf a Scham	2,7083	,72237	8	HautZuf a	2,7381	,80425	7
HautZuf b Scham	2,5313	,60739	8	Berührung Eltern			
HautZuf c Scham	2,5625	,61681	8	HautZuf b	2,6310	1,14651	7
HautZuf a Ekel	2,4286	1,10075	7	Berührung Eltern			
HautZuf b Ekel	2,0000	,93789	7	HautZuf c	2,5714	,99469	7
HautZuf c Ekel	1,9286	1,15413	7	Berührung Eltern			
HautZuf a	1,2143	,81487	7	HautZuf a	2,4367	,49420	7
Selbsberührung				Berührung Partner			
HautZuf b	1,3929	,81467	7	HautZuf b	2,3958	,93409	7
Selbstberührung				Berührung Partner			
HautZuf c	1,4524	,82054	7	HautZuf c	2,1042	,87712	7
Selbstberührung				Berührung Partner			

Tabelle 5.8.5.2 *Signifikanz des Verlaufs*

		<i>dj</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>		<i>dj</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	
HautZuf Scham	<i>Greenhouse-Geisser</i>	1,225	,651	,472	HautZuf	<i>GG</i>	1,278	,245	,691
HautZuf Ekel	<i>GG</i>	1,338	2,246	,172	Berührung Eltern				
HautZuf	<i>GG</i>	1,504	1,453	,270	HautZuf	<i>GG</i>	1,908	1,148	,348
Berührung Partner					Selbstberührung				

5.8.6 Therapiezufriedenheit im Verlauf (Zuf-8)

Die Mehrzahl der Probanden, die an der Katamnese teilnahmen, war bei Therapieende zufrieden mit der Behandlung. Über den Katamnesezeitraum hinweg kann ein signifikanter Abfall der Werte und somit der Zufriedenheit mit der Behandlung verzeichnet werden (Tabelle 5.8.6.2). Die Werte fallen jedoch nicht unter den Cut-Off-Punkt, so kann nach wie vor von Zufriedenheit mit der Behandlung gesprochen werden. Innerhalb der Katamnese-Gruppe gibt es einen Patienten, dessen Werte vom zufriedenen in den unzufriedenen Bereich gerutscht sind (Tabelle 5.8.6.3).

Tabelle 5.8.6.1 *Verlauf der Zuf-8-Werte*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Zuf-8 Gesamt B	28,1570	3,77062	10
Zuf-8 Gesamt C	26,3860	4,28654	10

Tabelle 5.8.6.2 *Signifikanz des Verlaufs*

	<i>Korrekturverfahren</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Zuf-8 Gesamt B	Zuf-8	1,000	5,377	,046
Zuf-8 Gesamt C				

Tabelle 5.8.6.3 *Entwicklung der Zufriedenheitswerte (N=10)*

	<i>Zufrieden bei Entlassung</i>	<i>Unzufrieden bei Entlassung</i>
Zufrieden zum Katamnesezeitpunkt	70% (7)	0
Unzufrieden zum Katamnesezeitpunkt	10% (1)	20% (2)

5.9 Geschlechtsunterschiede in Schamgefühl und Therapiezufriedenheit

Das Schamgefühl bei Aufnahme ist bei den weiblichen Probanden höher als bei den männlichen Probanden. Die erhobenen Werte sind allerdings nicht signifikant.

Auch bei der Therapiezufriedenheit erscheinen die Frauen auf den ersten Blick zufriedener, sowohl zum Entlassungszeitpunkt (B) als auch bei der Katamnesebefragung. Die Signifikanz der Werte kann jedoch auch hier nicht bestätigt werden.

Die folgenden Tabellen veranschaulichen die Geschlechtsunterschiede des Schamgefühls und der Therapiezufriedenheit.

Tabelle 5.9.1 *Geschlechtsunterschiede im HautZuf (bei Aufnahme) und Zuf-8 (zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt)*

	<i>Geschlecht</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
HautZuf a Scham	männliche Probanden	5	2,7667	,74162
	weibliche Probanden	11	3,0303	,71031
Zuf-8 Gesamt B	männliche Probanden	5	24,8000	2,68328
	weibliche Probanden	15	26,2380	5,08243
Zuf-8 Gesamt C	männliche Probanden	4	24,7500	5,31507
	weibliche Probanden	15	25,7907	5,37987

Tabelle 5.9.2 *T-Testung zur Unterscheidung zwischen den Gruppen*

	<i>T</i>	<i>Df</i>	<i>Sig. (2-seitig)</i>	<i>Mittlere Differenz</i>	<i>SE der Differenz</i>
HautZuf a Scham	-,679	14	,508	-,26364	,38801
Zuf-8 Gesamt B	-,598	18	,557	-1,43800	2,40504
Zuf-8 Gesamt C	-,344	17	,735	-1,04067	3,02102

5.10 Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Dauer der stationären Therapie aller Probanden lag bei 69 Tagen. In den Untergruppen beträgt die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt 82 Tage (Katamnese-Gruppe) und 52 Tage (Nicht-Katamnesegruppe). Die Probanden der Katamnese-Gruppe befanden sich somit durchschnittlich einen Monat länger in stationärer Behandlung als die NK-Gruppe. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

5.11 Art der Beendigung der Therapie

In der Regel wurde die Therapie nicht vorzeitig abgebrochen. In der Katamnese-Gruppe treten im Gegensatz zur NK-Gruppe signifikant weniger vorzeitige Therapieabbrüche ($p_{\text{Therapieende}}=0.032$) auf (Tabelle 5.11.1, Anhang B).

5.12 Einschätzung durch Therapeuten (Zeitpunkt B)

Zum Entlassungszeitpunkt folgt eine Einschätzung des psychischen und körperlichen Befindens sowie der sozialen und der Beziehungssituation des Patienten durch den Therapeuten. Die folgenden Balkendiagramme verdeutlichen, dass nach deren Einschätzung die meisten Patienten eine Besserung des Befindens, insbesondere des psychischen Befindens, erfahren haben. Eine Verschlechterung wird in keinem Fall angegeben. Die Diagramme aller drei Bereiche verdeutlichen, dass vor allem die Katamnesegruppe eine Linderung erfahren hat. Signifikant sind diese Gruppenunterschiede allerdings nur bezogen auf das psychische Befinden ($p_{\text{PSYCH}}=0.045$).

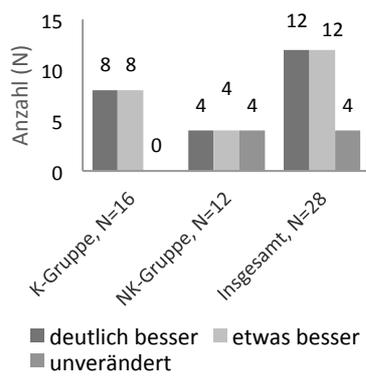


Abb.5.12.1

Psychisches Befinden

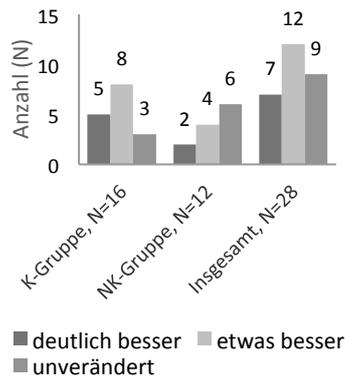


Abb.5.12.2

Körperliches Befinden

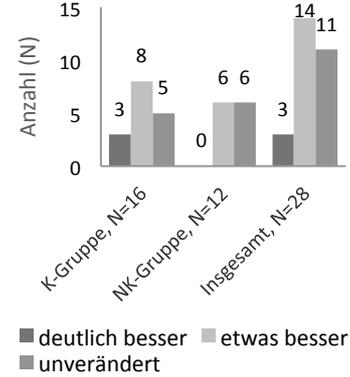


Abb.5.12.3

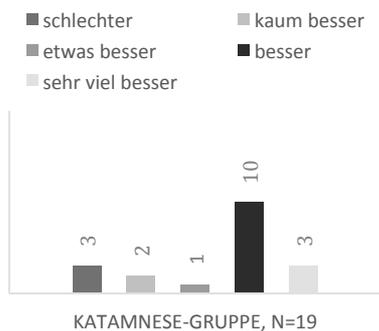
Soz. & Beziehungssituation

5.13 Weiterführende Behandlung

Im Anschluss an die stationäre Therapie wurde allen Patienten eine ambulante Weiterbehandlung empfohlen. Eine dauerhafte medikamentöse Therapie (Psychopharmaka) wurde in 11 von 29 Fällen, eine Bedarfsmedikation in zwei Fällen verschrieben. Wie bei Aufnahme liegt die Anzahl der Probanden ohne jegliche medikamentöse Therapie über 50%. Auch hier zeigen sich keine Gruppenunterschiede zwischen den Patienten, die an der Katamnese teilnahmen und denen, die nicht erneut befragt wurden. Die Motivation zu einer Fortführung der Behandlung im ambulanten Setting fiel in den beiden Gruppen unterschiedlich aus. Über die Hälfte der Katamnese-Gruppe wurde von den Therapeuten bei Behandlungsende als sehr motiviert eingestuft, während in der Nicht-Katamnese-Gruppe nur ein Viertel der Probanden als sehr motiviert eingeschätzt wurden. Dieser Unterschied liegt allerdings über dem Signifikanzniveau von $p=0,05$ ($p_{Mot}=0,056$); (Tabelle 5.11.1, Anhang B).

Die Probanden der Katamnese-Gruppe (N=20) wurden zu der anschließend durchgeführten Behandlung befragt. 17 der Probanden führten eine ambulante Weiterbehandlung durch, dies entspricht etwa 85% der Probanden. Von diesen 17 waren neun auch noch zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung in Behandlung.

5.14 Befinden nach der Therapie (Zeitpunkt C)



Zum Katamnese-Zeitpunkt sollen die Probanden ihr aktuelles Befinden in Vergleich zu ihrem Befinden vor der stationären Behandlung setzen. Über zwei Drittel der Probanden berichten von einer deutlichen Besserung, drei (15%) hingegen von einer Verschlechterung (Tabelle 5.14.1, Anhang B1).

Abb. 5.14.1 Wie geht es dem Patienten nach dem stationären Aufenthalt im Vergleich zu vorher?

5.15 Außergewöhnliche psychische Belastung (Zeitpunkt C)

Vierzehn von neunzehn Patienten geben an während des Katamnese-Zeitraums außergewöhnliche psychische Belastungen erlebt zu haben.

5.16 Halbstandardisiertes Interview

Mit drei Probanden wurde ein Interview durchgeführt. In diesem wurden Fragen zu KDS-Symptomen, psychosozialer Beeinträchtigung, Folgen der KDS, familiärer Belastung, Ursache und Auslöser und zum Erfolg der Therapie gestellt.

Es folgt eine kurze Zusammenfassung der Interviews. Im Anschluss werden die gewonnenen Informationen nach den genannten inhaltlichen Aspekten tabellarisch aufgelistet (Tabelle 5.16.1).

Alle drei Patienten schildern eine Abnahme körperdysmorpher Symptome im Vergleich zu vor dem stationären Aufenthalt (Mirror-Gazing, übermäßige Beschäftigung mit dem Aussehen, Vermeidungsverhalten). Die jeweils betroffenen Körperteile unterscheiden sich bei den Patienten. Zwei Patientinnen berichten über eine fast vollständige Genesung, während der dritte Probanden nach wie vor Einschränkungen erlebt, die jedoch nicht nur auf die KDS, sondern auch auf eine Angst- und Bindungsproblematik zurückzuführen sind. Als Folgen der KDS werden suizidale

Gedanken und von einer Patientin auch ein Suizidversuch berichtet. Bei allen drei Patienten wird eine komorbide mittelgradige depressive Episode diagnostiziert.

Neben erwähnten Gemeinsamkeiten wird durch die Interviews vor allem die Diversität des Krankheitsbildes deutlich. Während bei einer Patientin eine typische KDS-Symptomatik vorliegt, zeigen sich bei den anderen Patienten weitere Faktoren, die das Krankheitsgeschehen beeinflussen. So schildert die Patientin aus dem Interview 1, dass die depressive Symptomatik im Vordergrund gestanden habe und die körperdysmorphen Symptome im Rahmen dieser depressiven Episode akzessorisch auftraten. Der Patient des zweiten Interviews leidet zusätzlich an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Bindungsproblematik und starken Ängsten, die teilweise zu KDS-typischen Verhalten führen. Dementsprechend unterscheiden sich auch die jeweiligen Erklärungen für die Ursachen und Auslöser der KDS und das Erkrankungsalter. So berichtet die Patienten des ersten Interviews über Belastungen am Arbeitsplatz (Mobbing), der Patient aus dem zweiten Interview schildert schwere Vernachlässigungen in der Kindheit und als Auslöser einen Kommentar zu seiner Penisgröße im Sportverein. Die Patientin aus dem Interview 3 kann keine Auslöser oder Ursachen für die KDS nennen. Sie schildert allerdings, dass ihre Großeltern ihr als Kind häufiger zu einem Pony rieten, um ihre „große Stirn“ zu kaschieren.

Insgesamt geben alle drei Probanden an, dass ihnen die stationäre Therapie geholfen hat. Einzelgespräche, Gruppentherapie und der Austausch mit anderen Patienten sowie Expositionsverfahren haben dazu beigetragen. Die Symptomlinderung, die bei allen drei Patienten trotz der Variation des Krankheitsbildes beschrieben wird, bestärkt das individuelle und multimodale therapeutische Vorgehen während des stationären Aufenthalts.

Tabelle 5.16.1 *Antworten des halbstandardisierten Interviews*

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Soziodemographische Daten			
Geschlecht	Weiblich	Männlich	Weiblich
Alter bei Aufnahme	46	38	26
Schulabschluss	Abitur	Realschulabschluss	Abitur

Ergebnisse

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Ausbildung	Studium (Wirtschaftswissenschaften)	Ausbildung (Industriekaufmann)	Krankenpflegeausbildung und aktuell Studium (Soziale Arbeit)
Berufstätig	Ja (Managerin)	Ja (Buchhalter)	Studentin
Nationalität	Deutsch	Deutsch	Deutsch (Migrationshintergrund)
KDS-typische Symptome			
Besserung der Symptomatik	Ja	Ja	Ja
Einschränkung im Alltag aufgrund der KDS	Nein	Ja (aufgrund starker Angstgefühle)	Nein
Vermeidungsverhalten	Nein	Ja (Duschen im Verein)	Nein
Durchschnittliche Dauer am Tag vor dem Spiegel	Etwa 5 Min.	Etwa 5 Min.	Etwa 5 Min.
Vgl. mit dem Aussehen Anderer	Nein	Ja (Penisgröße)	Weniger
Betroffene Körperteile	Gesichtshaut	Penis, Haare, Haut	Stirn, Wangenhaut
Psychosoziale Beeinträchtigung			
Verheiratet	Ja	Nein, partnerlos (Bindungsproblem)	Ja
Kinder	Nein	Nein	Nein
Durchschnittliche Zahl enger Freunde	4	3-4	5
Vertrauensperson	Ehemann, ehemalige Mitpatienten	Niemand bestimmtes, viele, sehr-zu offen, evtl. auch zu offen	Ehemann, guter Freund
Folgen der KDS			
Auseinandersetzen mit Möglichkeiten der Veränderung	Nein	Informiert über Internet, in der plastische Chirurgie vorstellig gewesen (Penisverlängerung)	Vorstellig in kosmetischer Dermatologie (Haarimplantate, Laserbehandlung der Wangenhaut)
Suchtverhalten	Kein Drogenabusus	Kein Drogenabusus	Kein Drogenabusus
Komorbiditäten	Mittelgradig depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung	Mittelgradig depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung V.a. kombinierte Persönlichkeitsstörung Rosacea erythematososa, Rhinitis allergica	Mittelgradig depressive Episode Rosacea erythematososa Std.1

Ergebnisse

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Suizidgedanken aufgrund der KDS	Ja. Die Sorge um das Aussehen stand dabei nicht im Vordergrund.	Ja, kurze Impulse, kurze Momente, in denen der Proband daran denkt	Ja
Suizidversuche aufgrund der KDS	Nein	Nein	Ja
Familiäre Belastung und Erfahrungen in der Vergangenheit			
Vernachlässigung in der Kindheit	Keine Vernachlässigung; im Erwachsenenalter tilgen der Schulden, die Vater hinterlassen	Ja, wiederholte Vernachlässigung, Alkoholismus in der Familie	Nein. Habe sich in der Kindheit etwas abgelehnt gefühlt: das Kommentar der Großmutter „Sie hätte wohl eher ein Junge werden sollen“ hat die Probandin als sehr verletzend in Erinnerung
Hänseleien	Nein	s. Auslöser KDS	Nicht direkt. Von Großeltern und Eltern häufig gesagt bekommen, sie solle lieber ein Pony tragen aufgrund der „großen“ Stirn - Außerhalb der Familie keine solchen Kommentare und auch sonst keine Hänseleien
Zwangsverhalten in der Familie	Nein	Ja: Tante	Ja: Mutter und Großmutter
Rolle von Aussehen im Elternhaus	Keine große Rolle	Keine große Rolle	Keine große Rolle
Kontakt zu Familienangehörigen	Eltern verstorben, Kontakt zu einer Cousine	Nach wie vor schwieriges Verhältnis zu Eltern; nach Therapie Kontaktaufnahme zur Mutter; teilweise Kontakt zu Schwestern (diese auch in „schwierigen Verhältnissen“, u.a. psychische Erkrankung)	Verbesserter Kontakt nach Therapie: - von Mutter vorher sehr bemuttert worden. - dem Vater gegenüber selbstbewusster Früher sehr abhängig, heute unabhängiger
Berührungen/Körperkontakt in Kindheit	„Normal“	Distanzierte Mutter und auch Stiefvater distanziert, zeitweise Nähe bei Stiefmutter	Großeltern und Mutter sehr herzlich im Körperkontakt, Vater etwas distanzierter
Missbrauchserfahrungen in der	Nein	Nein	Nein

Ergebnisse

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Kindheit			
Ursachenzuschreibung/ Krankheitsverständnis			
Ursache der KDS	Mobbing	Schwere Kindheit	Keine Erklärung
Auslöser der KDS	Entziehen der Mitarbeiterführung	Kommentar zu meinem „kleinen Penis“ in der Umkleide meines Sportvereins während der Schulzeit	Nein
Beginn der KDS		Mit 14 Jahren	Mit 26 Jahren
Therapieerfolg			
Hilfe durch Therapie	Ja: Mehr Zeit für sich: regelmäßiger Sport und Freunde treffen	Ja: Ruhiger und geduldiger	Ja: Selbstbewusster, unabhängiger
Was besonders geholfen?	Gruppentherapie Kontakt zu Mitpatienten	Beziehung zu Mitpatientin Gespräche mit Frau Schallmayer, Prof. Gieler und Herr Kolbinger	Gesprächstherapie Austausch mit anderen Patienten (Feedback der Mitpatienten, dass Makel nicht offensichtlich) Expositionen
Was gebessert?	Früher schlapp, antriebslos und schlecht aussehend -> Jetzt geht es ihr besser	Gelernt sich der Angst zu stellen und Situationen, die vor der Therapie gemieden wurden, nun einzugehen. Weniger Sorge wegen Gesichtshaut und weißer Haare Weiterhin Sorgen wegen der Größe des Penis, allerdings weniger als vor der Therapie Die Sorge und Stimmungslage schwanke jedoch von Tag zu Tag Vor der Therapie bestehender Ordnungszwang hat sich gebessert	Geht es viel besser-fast wieder gut Früher Meiden von Menschenmengen aus Angst aufgrund der „großen“ Stirn angestarrt zu werden. Genauso wie Referate in der Uni Pat. berichtet über das Gefühl zu Erröten, was das Unwohlsein bezüglich der „roten“ Wangen noch bestärkte

6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Wertung des methodischen Vorgehens

Das gewählte naturalistische retrospektive Studiendesign erfüllt nicht die Kriterien einer randomisiert kontrollierten Studie, welche als Goldstandardverfahren in der medizinischen Forschung gilt (Shadish et al., 2002, zitiert nach Leichsenring, 2005; S.842). Vertreter der psychodynamischen Therapieformen beklagen jedoch, die Standardisierung und Vereinheitlichung im Rahmen empirischer Untersuchungen werde der Komplexität psychischer Erkrankungen und deren Therapie nicht gerecht (Seligman, 1995). Die mittels randomisierter kontrollierter Studien gewonnenen Ergebnisse seien aufgrund der künstlichen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt in die Praxis übertragbar (Leichsenring, 2005). Ein Blick auf die angewandten Studiendesigns zeigt, dass in der Psychotherapieforschung häufig naturalistische Studien durchgeführt werden. Das Verfahren erlaubt den Einschluss möglichst vieler Patienten. Dadurch kann die Studiendauer verringert und Ergebnisse schneller gewonnen werden als bei randomisierten Untersuchungen. So ist es auch in der vorliegenden retrospektiven Katamnese studie möglich, eine größere Anzahl an Patienten in die Untersuchungen aufzunehmen, die im Rahmen von randomized controlled trials allein schon aufgrund der zahlreich vorhandenen Komorbiditäten bei KDS-Erkrankten stark limitiert wäre. Außerdem ermöglicht das naturalistische Vorgehen es, die Komplexität der psychotherapeutischen Behandlungsverfahren unter klinischen Alltagsbedingungen abzubilden und zeichnet sich somit durch die Nähe zur Praxis aus (Shadish et al., 2000). Die Möglichkeit, dass die Patienten ihr natürliches Verhalten aufgrund des Wissens über die Teilnahme an einer Studie, verändern (Hawthorne-Effekt) besteht bei der Form der Datenerhebung so gut wie nicht (Adair, 1984). Zudem verhindert das retrospektive katamnestische Vorgehen, in dem alle Erkrankten in einem bestimmten Zeitraum in die Studie einbezogen werden, eine ausgeprägte Vorselektion, wie sie im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien auftritt. Letztendlich führt der Gewinn der externen Validität zu einem Verlust der internen Validität und somit zu Einschränkungen in der Aussagekraft und Übertragbarkeit (Roth & Fonagy, 2005) der Ergebnisse. Dies muss zur Kenntnis genommen werden und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

6.2 Therapieeffekte

Bisherige Behandlungsstudien zur körperdysmorphen Störung konnten eine Wirksamkeit der eingesetzten Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie oder Pharmakotherapie) aufzeigen. Die Therapie wurde meist unter naturalistischen Bedingungen untersucht (Neziroglu et al., 1996; Wilhelm et al., 2012). Seltener wurden auch randomisierte kontrollierte Studienverfahren angewandt (Phillips et al., 2002a; Veale et al., 1996c, Rosen et al., 1995).

Die untersuchten Verfahren wurden meist im ambulanten Setting durchgeführt. Teilweise wurden auch kleine Untergruppen, die sich in stationärer Behandlung befanden sowie Untergruppen, welche supportiv psychodynamische Psychotherapie erfuhren, in die Studien miteinbezogen (Phillips et al., 2005b).

Inwiefern sich stationäre Therapie sowie integrative psychodynamische Psychotherapie auf die KDS auswirken, wurde bisher allerdings nicht isoliert betrachtet.

Viele stationäre Psychotherapie-Studien belegen deren allgemeine Wirksamkeit ohne gezielt die Wirkung auf ein bestimmtes Krankheitsbild zu untersuchen (Junge & Ahrens, 1996; Rudolf et al., 2004; Franz et al., 2000a). Trotz unterschiedlicher Diagnosen, zeigen sich Gemeinsamkeiten in der Krankheitsschwere, die zu einem stationären Verfahren führt, sowie der in den meisten Fällen gegebenen Chronizität der psychischen Erkrankung.

Im folgenden Abschnitt sollen die einzelnen Parameter im Vergleich mit anderen Therapieformen bei KDS und stationären Verfahren bei meist gemischten Patientengruppen diskutiert werden. Hierbei stellt die große klinische Variation des Krankheitsbildes und das Auftreten unterschiedlicher Komorbiditäten ein Problem dar. Durch das multimodale Vorgehen ist eine genaue Aussage darüber, welche Aspekte der Therapie eine Wirkung bzw. welchen Anteil diese auf den Verlauf und die Krankheitsbewältigung haben, nicht möglich. Evaluert werden kann nur das „Gesamtpaket“ der stationären integrativen psychodynamischen Psychotherapie, wobei die Wirksamkeit der einzelnen Therapiekomponenten bei den verschiedenen Patienten stark variieren kann. Eine weitere Schwierigkeit stellt die Abbildbarkeit von Therapieerfolg dar. Mithilfe von Fremd- und Selbstevaluation soll ein möglichst umfassendes Bild vom Erfolg der Therapie gezeichnet werden.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

6.3.1 Stabilität

Die Messungen zum Katamnesezeitpunkt zeigen keine signifikanten Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt auf (siehe Tabelle 6.3.1.1, Anhang B). Auch die gemessenen Effektstärken sind gering, teilweise konnte man leichte, jedoch nicht signifikante, Verschlechterungen der erhobenen Parameter feststellen. Auch andere Therapiestudien (Mestel et al., 2000, Fliege et al. 2002) konnten eine geringe Verschlechterung nach stationärer Behandlung aufzeigen, weshalb dies vor der Erhebung bereits vermutet wurde.

Es besteht Grund zur Annahme, dass eine sich anschließende ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Therapie zur Stabilität beitragen kann (³Schramm et al., 2004). So berichten Lamprecht et al. (1999) von einer zunehmenden Besserung bei Depressionskranken unter ambulanter Nachsorge nach stationärer Therapie im Vergleich zu einer nicht anschließend weiterbetreuten Patientengruppe.

6.3.2 Datenerhebung

Ein weit verbreitetes Problem von psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien stellt die Abbildbarkeit von Therapieerfolg dar. Um ein möglichst umfassendes Bild der klinischen Veränderung abzeichnen zu können, wurden verschiedene Methoden (Selbst- sowie Fremdbeurteilungen) herangezogen. Zum Katamnesezeitpunkt konnten allerdings nur Selbstbewertungsverfahren eingesetzt werden. Objektivierbare Einschätzungen der behandelnden Therapeuten fehlen daher.

Ein weiteres Problem stellt die Unvollständigkeit der Datensätze dar. Bei keinem der untersuchten Patienten konnte zu allen drei Messzeitpunkten ein kompletter Datensatz erhoben werden. Auch die Anzahl der Probanden, die einen Fragebogen zu allen untersuchten Zeitpunkten ausgefüllt haben, ist teilweise sehr gering. Die Rücklaufquote liegt mit 58,8% im Bereich vergleichbarer Psychotherapie-Studien (Fliege et al., 2002⁴; Lamprecht et al., 1999⁵).

³ Bzgl. Depressiv-Erkrankter

⁴ 38,9% Rücklaufquote

⁵ 78% Rücklaufquote

Bei der Auswertung der Daten des Aufnahme- und Entlassungszeitpunkts wurden die Patienten, die an der Katamnese und die, die nicht daran teilnahmen, getrennt aufgelistet und untersucht. Signifikante Unterschiede ließen sich kaum feststellen. Die Patienten, die nicht an der Katamnese teilnahmen, waren zum Entlassungszeitpunkt signifikant unzufriedener mit der Therapie. Unter ihnen waren auch mehr Therapieabbrecher. Eine Korrelation zwischen Therapiezufriedenheit und Therapieabbruch besteht statistisch jedoch nicht. Bezüglich der übrigen mittels der Fragebogen erhobenen klinischen Parameter konnten keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt werden. Lediglich im HADS konnte zum Aufnahmezeitpunkt für die Patienten der Nichtkatamnese-Gruppe eine signifikant größere Ängstlichkeit gemessen werden. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Überwindung von großer Ängstlichkeit innerhalb der Behandlung als ein schmerzhafter Prozess erlebt wird. Dieser führe zu einer negativen Einschätzung der Therapie oder gar zum vorzeitigen Therapieabbruch. Eine Korrelation zwischen Ängstlichkeit und Therapieabbruch besteht statistisch jedoch nicht. Zudem zeigt sich im klinischen Verlauf zwischen den beiden Gruppen kein Unterschied: die Ängstlichkeit innerhalb der Nichtkatamnese-Gruppe nimmt im Laufe der Behandlung ebenso ab wie innerhalb der Katamnese-Gruppe.

6.3.3 Soziodemographische Daten

25 der 34 KDS-Patienten sind Frauen (73,5%), während die Anzahl der Männer bei ungefähr einem Viertel liegt. Auch andere Studien führen eine höhere Anzahl an Frauen auf (Veale et al., 1996c (90%); Phillips, Menard & Fay, 2006a). Da der Unterschied allerdings nicht signifikant ist, gehen wir von einer zufälligen Verteilung aus.

Die meisten Patienten haben einen hohen Schulabschluss (Abitur). In der Literatur wird häufig von weniger hohen Schulabschlüssen berichtet (Albertini & Phillips, 1999). Dies wird unter anderem durch bereits im frühen Jugendalter auftretende Beeinträchtigungen erklärt, die zu Vermeidungsverhalten wie Schulausfall führen.

Das durchschnittliche Alter der KDS-Patienten mit 33,12 Jahren und einem Median von 31 Jahren, ist erwartungsgemäß niedrig. Die Erkrankungsschwere und der lange Vorlauf bevor es zu einer Behandlung kommt, lassen einen frühen Krankheitsbeginn vermuten. Durchschnittlich wird die Diagnose erst 15 Jahre nach Erstmanifestation gestellt (Veale

et al., 1996). Dies ließe einen Krankheitsbeginn im frühen Jugendalter vermuten, wie auch andere Studien beschreiben (Phillips et al., 2006a).

Fast ein Viertel der Patienten befinden sich in der Berufsausbildung. Ursache mag das junge Alter der Patienten sein. So zeigen Untersuchungen zur Auftretenswahrscheinlichkeit bei Studenten höhere Prävalenzraten von 2,3% (Bartsch, 2007) - 9,7% (Rich et al., 1992). Etwa 40% sind berufstätig und etwa 35% sind arbeitslos oder arbeitsunfähig. Eine erhöhte Arbeitslosigkeit bei KDS (Vgl. Bundesagentur für Arbeit, 02/2014⁶) wird auch in anderen Studien beschrieben (Nierenberg et al., 2002, Wilhelm et al.1999, Veale et al., 1996b; Phillips & Diaz, 1997). Zu berücksichtigen ist allerdings auch, dass die KDS-Schwere unserer Patienten so stark ausgeprägt ist, dass sie zu einer stationären Aufnahme führt. Wie auch in der Literatur (Koran et al., 2008) beschrieben sind die meisten ledig und die Anzahl verheirateter Patienten gering. Allerdings lebt etwa die Hälfte aller Patienten in einer Partnerschaft und das junge Durchschnittsalter könnte eine niedrige Zahl verheirateter Patienten und die hohe Kinderlosigkeit erklären.

6.3.4 Therapiemotivation

Fast alle Patienten werden vor der Therapie als motiviert eingestuft. Die Motivation innerhalb der Katamnese-Gruppe wird etwas stärker bewertet. Vielleicht könnte sie auch die Ursache dafür sein, an der Katamneseerhebung teilzunehmen. Allerdings liegen die erhobenen Unterschiede knapp über dem Signifikanzniveau. Bezüglich der klinisch erhobenen Parameter zeigen sich keine Korrelationen zu der fremdeingeschätzten Therapiemotivation. Lediglich mit den fremdevaluierten Parametern des BSS und GAF zeigt sich eine Korrelation. Die Beurteilung der Therapeuten bezüglich Beeinträchtigung und deren Einschätzung der Therapiemotivation scheinen gekoppelt zu sein. Je stärker die Therapeuten die Beeinträchtigung einschätzen, desto geringer wird die Therapiemotivation eingestuft.

6.3.5 Vorbehandlung

Etwas weniger als die Hälfte der Patienten hat keine Vorbehandlung erfahren. Fünfzig Prozent der Patienten war bereits in ambulanter, vierzig Prozent sogar schon einmal in stationärer Behandlung. Ein Drittel wurde mit Psychopharmaka therapiert. Die in der Mehrzahl der Fälle bereits durchgeführten Behandlungen verdeutlichen die Schwere

⁶ 6,9% Arbeitslosenquote von 2013

und Chronizität des Krankheitsbildes. Zudem stellt sich die Indikation zur stationären Therapie bei ausgeprägter Krankheitsschwere, wenn eine ambulante Therapie nicht mehr ausreicht.

6.3.6 Komorbiditäten

Wie in der Literatur beschrieben, tritt auch bei den untersuchten KDS-Patienten eine Vielzahl von Komorbiditäten auf. Jeder Patient leidet an zumindest einer komorbiden Erkrankung. Am häufigsten tritt - wie auch in anderen Studien - eine begleitende Depression auf (Gunstad & Phillips, 2003). Eine komorbide soziale Phobie wird in acht Fällen (23,5%) beschrieben. Persönlichkeitsstörungen treten bei etwa 40% (13) der Erkrankten auf. Das gleichzeitige Auftreten von Zwangsstörungen und KDS wird entgegen der in der Literatur beschriebenen erhöhten Prävalenz bei vermuteter Verwandtschaft (Monzani, 2012) bei nur zwei betroffenen Patienten beschrieben. Verhältnismäßig häufig treten Manipulationen wie Skin-Picking, auf. (Grant et al., 2006). Essstörungen sowie Substanzstörungen treten bei jeweils zwei Patienten auf. Dies entspricht etwa den erhobenen Daten von Gunstad und Phillips (2003)⁷.

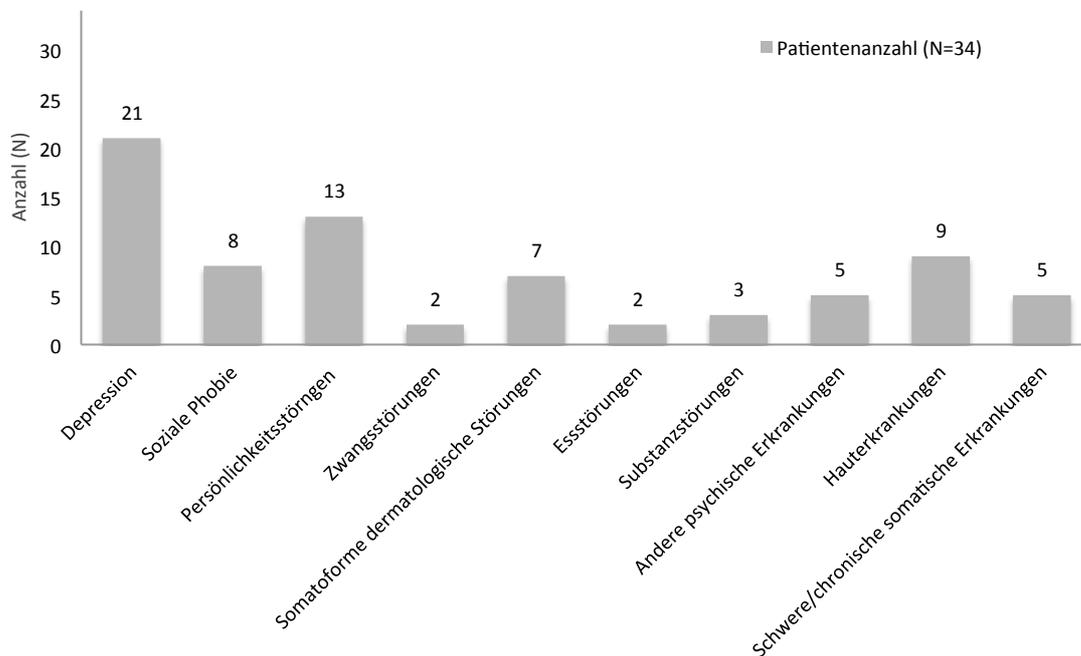


Abb. 6.3.6.1 Häufigkeitsverteilung der Komorbiditäten (N=34)

⁷ 4% komorbide Essstörung und 8% komorbide Substanzstörung bei N=293

6.3.7 Ergebnisse der standardisierten Fragebögen

6.3.7.1 Das interpersonale Verhalten (IIP-C)

Bei Aufnahme liegt der durchschnittliche Gesamt-IIP-C-Wert⁸ oberhalb des durchschnittlichen Wertes einer Vergleichsstichprobe aus der Normalbevölkerung⁹ und etwa in Höhe des Durchschnittswert von Patienten mit somatoformer Störung¹⁰ (Horowitz et al., 2000) und etwas oberhalb einer Gruppe psychosomatischer Patienten¹¹ (Rommel et al., 2007-2009).

Hohe Werte innerhalb der Bereiche uFG und uHI verdeutlichen ein sozial vermeidendes bzw. introvertiertes und selbstunsicheres bis hin zu unterwürfigem Verhalten der KDS-Patienten. Diese Ausprägung wurde auch für eine Gruppe KDS-Patienten (N=51) in einer Studie von Didie et al. 2012 beschrieben. Eine Erhöhung der genannten Subskalen tritt auch bei Persönlichkeitsstörungen des Cluster C (vermeidend, abhängig, zwanghaft) auf, der Gruppe von Persönlichkeitsstörungen, die bei KDS gehäuft auftritt (Phillips & McElroy, 2000; Neziroglu et al, 1996). So kann sich die Erhöhung ebendieser Werte auch durch das Auftreten komorbider Persönlichkeitsstörungen oder subklinischer Verhaltensveränderungen erklären. Ähnlich erhöhte Werte innerhalb der Bereiche uFG und uHI zeigen sich jedoch auch für Patientengruppen mit somatoformer Störung und psychosomatischen Krankheitsbildern sowie gemischten Patientengruppen aus der stationären Psychotherapie (Franz et al., 2000). Anhand dieser Daten kann man vermuten, dass solch eine Ausprägung des interpersonellen Verhaltens typisch ist für Patienten, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden. Wie spezifisch die Veränderungen für ein einzelnes Krankheitsbild sind, bleibt fraglich. So wird der Einsatz des IIP-C innerhalb der Psychotherapie-Forschung für Krankheitsbilder, bei denen das interpersonelle Verhalten nicht als Hauptkriterium gilt, in der Literatur diskutiert. Messungen des interpersonellen Verhaltens würden der Diversität der Patientengruppen nicht gerecht (Salzer, 2010).

⁸ $12,133/8 = 1,51$

⁹ 1,28 bei N=3047 (Horowitz et al., 2000)

¹⁰ 1,57 bei N=117 (Horowitz et al., 2000)

¹¹ 1,4 bei N=111 (Rommel et al., 2007-2009)

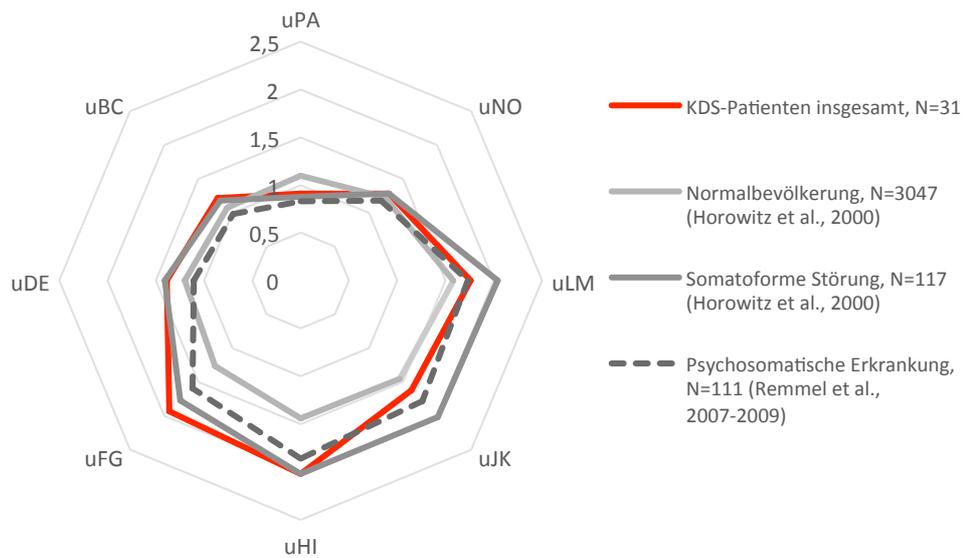


Abb.6.3.7.1.1.1 Das interpersonale Verhaltensmuster zu Therapiebeginn

Zum Therapieende sinkt der Gesamt-IIP-C auf 1,45 ab. Damit liegt er aber immer noch über der Norm, auf dem Niveau anderer psychosomatischer Patienten und unterhalb des Werts der Probandengruppe mit somatoformer Störung. Die Durchschnittswerte der meisten Subskalen haben abgenommen, insbesondere innerhalb der Subskalen uHI und uFG. Dennoch liegen sie größtenteils (außer uPA -zu autokratisch / zu dominant) oberhalb den Werten der Normalbevölkerung.

Allerdings konnte im Gegensatz zu einigen anderen allgemeinen Therapiestudien keine Signifikanz der Veränderung im IIP-C festgestellt werden (Franz et al., 2000a). Auch die Effektstärken sind nur gering¹²; ähnlich wie in der Literatur (Liedtke & Geiser, 2001¹³).

Zum Katamnesezeitpunkt sinkt der Gesamt-IIP-Wert ganz leicht und liegt nach wie vor etwas über Normalniveau. Innerhalb der Subskalen zeigen sich zum Katamnesezeitpunkt in den Bereichen uFG, uHI, uJK und uLM höhere Durchschnittswerte als in der Normalpopulation. In den Subskalen uPA und uNO liegen die Werte unter der Normstichprobe. Im Vergleich zu einer Patientengruppe mit somatoformer Störung liegen geringere Werte für den IIP-Gesamtwert und allen Subskalenwerte vor. Teilweise sind die durchschnittlichen Subskalen wieder leicht

¹² Effektstärke IIP-C Ges von Prä-Post: 0.15 , Effektstärke IIP-C Ges von Prä-Kat: 0.19

¹³ Effektstärke IIP-C Ges von Prä-Kat: 0.47 (Liedtke & Geiser, 2001, N= 45)

angestiegen (uLM, uHI, uFG, uBC), teilweise leicht abgesunken (uPA, uNO, uJK, uDE). Diese beschriebenen Veränderungen sind nicht signifikant.

Die aufgestellte Hypothese einer Besserung des interpersonalen Verhaltens im Laufe der stationären Therapie kann aufgrund der mangelnden Signifikanz der Veränderungen nicht bestätigt werden. Auch andere Studien (Liedtke & Geiser, 2001; Franz et al., 2000a) berichten über eingeschränkte Veränderungen des interpersonellen Verhaltens im Laufe der Therapie. So scheinen zwischenmenschliche Verhaltensmuster resistenter gegenüber Veränderung durch Psychotherapie als beispielweise die Belastung durch Symptome (SCL-90-R). Sie berichten (Liedtke & Geiser, 2001) und vermuten (Franz et al., 2000a), dass die interpersonellen Veränderungen zeitlich verzögert eintreten. In der Katamneseuntersuchung konnte dies nicht aufgezeigt werden.

6.3.7.2 Die Beeinträchtigung

Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Zu Therapiebeginn weisen die KDS-Patienten durchschnittlich erhöhte Belastungswerte im Vergleich zu einer Gruppe aus der Normalbevölkerung auf. Insgesamt liegen 32 der 33 erhobenen Probandenwerte des GSI oberhalb des durchschnittlichen Werts einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung¹⁴ und 21 der Probandenwerte (63.64%) oberhalb der Werte einer Vergleichsgruppe aus der Psychosomatik¹⁵. Innerhalb der einzelnen Subskalen zeigen sich vor allem im Bereich der Depressivität, Unsicherheit im sozialen Umgang, Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit erhöhte Werte. Dies entspricht einigen Merkmalen der KDS und der mit ihr assoziierten Komorbiditäten, wie der Depression, der sozialen Phobie, den Zwangsstörungen und den bereits erwähnten Persönlichkeitsstörungen des Cluster C. Der Vergleich mit einer Stichprobe aus einer Psychosomatischen Klinik zeigt höhere Werte für die KDS-Gruppe innerhalb der Subskalen Depressivität, Unsicherheit und Zwanghaftigkeit. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick.

¹⁴ GSI: 0.38; Hessel et al., 2001; N= 2179

¹⁵ GSI: 0.91; Franke & Derogatis, 1995; N(GSI)=94; N=103

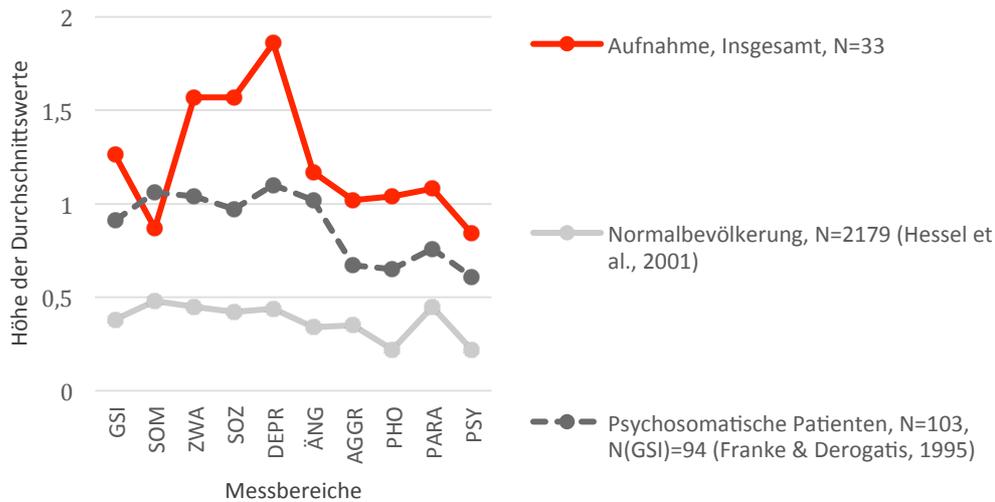


Abb. 6.3.7.2.1 SCL-90-R bei Aufnahme

Im Verlauf nimmt der durchschnittliche GSI ab¹⁶. Er liegt aber nach wie vor über dem Durchschnitt der Normalbevölkerung, allerdings unter dem Wert einer Vergleichsgruppe von psychosomatischen Patienten. Auch die durchschnittlichen Subskalenwerte haben signifikant abgenommen und liegen nun unterhalb der Werte der Patientengruppe aus der psychosomatischen Klinik, allerdings noch oberhalb der Werte der Normalbevölkerung.

Zum Katamnesezeitpunkt steigt der durchschnittliche GSI leicht an (0,87) und liegt somit weiterhin oberhalb einer Vergleichsstichprobe aus der Normalbevölkerung. Er entspricht dann etwa dem durchschnittlichen Wert der psychosomatischen Patientengruppe. Auch innerhalb der Subskalen findet, außer innerhalb der Subskalen für phobisches Verhalten (signifikanter Abfall zum Katamnesezeitpunkt), Somatisierung und Aggressivität (nicht signifikanter Abfall), ein signifikanter leichter Anstieg statt. Die durchschnittlichen Werte liegen oberhalb den Werten einer Vergleichsstichprobe aus der Normalbevölkerung. Bis auf die Subskalen für Paranoides Denken und Psychotizismus, welche ähnliche Werte annehmen wie in einer psychosomatischen Patientengruppe, liegen alle Subskalen unterhalb dieser Vergleichsgruppe aus der Psychosomatik.

Innerhalb einer Studie von Rosen et al. (1995) in der 27 KDS-Patienten über einen Zeitraum von acht bis zwölf Wochen eine ambulante kognitive Verhaltenstherapie (2 Std./Woche) erfuhren, wurde der Globale Schweregrad Index (GSI) durch den Brief

¹⁶ GSI Prä: 1.23 auf GSI Post: 0.73

Symptom Inventory, eine Kurzform des SCL-90-R, erfragt. Der Fragebogen korreliert in hohem Maße mit dem SCL-90-R, dennoch ist zu beachten, dass es sich bei einem Vergleich um verschiedenartig gewonnene GSI-Werte handelt.

Die GSI-Werte der KDS-Patienten aus der Studie von Rosen et al. liegen unter denen der hier vorliegenden Studie. Einerseits ist die unterschiedliche Form der Erhebung zu beachten, andererseits könne man vermuten, dass das Krankheitsbild in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der Indikation zu einer stationären Behandlung schwerer ausgeprägt ist, was die stärkere Belastung der stationär behandelten Patienten erklären könnte. Für eine gemischte Gruppe von Patienten, welche eine stationäre psychosomatische Behandlung erfahren haben, zeigt sich eine ähnliche Ausprägung in der Symptombelastung und auch ein ähnlich signifikanter Verlauf (Junge & Ahrens, 1996). Dies gilt ebenso für eine Patientengruppe mit Depression unter stationärer Behandlung (Mestel et al., 2000).

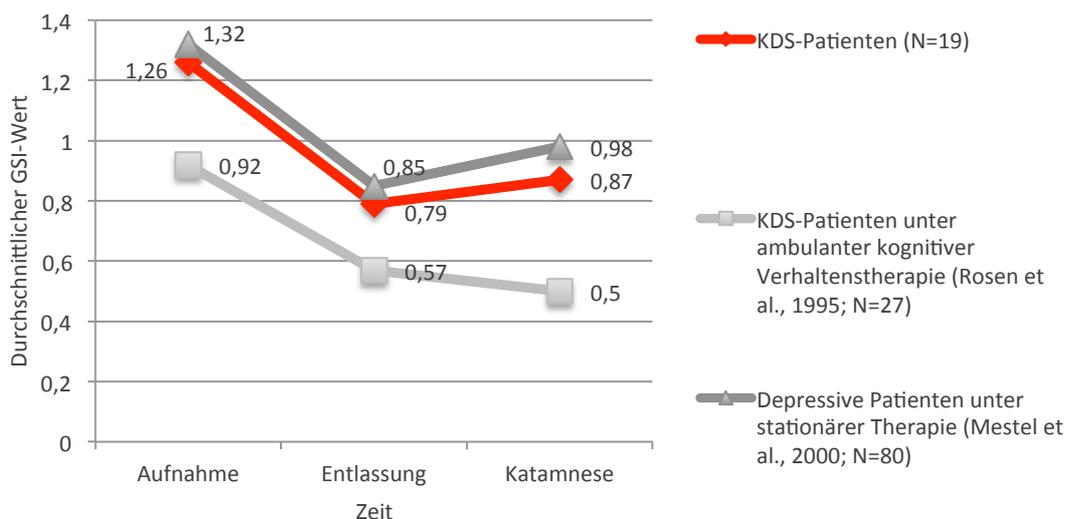


Abb. 6.3.7.2.2 GSI im Verlauf

Die Hypothese einer Symptomlinderung durch die stationäre Therapie kann im Gegensatz zum IIP-C mit signifikanten Veränderungswerten bestätigt werden.

Bereits in anderen allgemeinen und speziellen Psychotherapie-Studien wurden häufiger signifikante Änderungen in der Symptombelastung (SCL-90-R) als im interpersonellem Verhalten beschrieben (Liedtke & Geiser, 2001; Franz et al., 2000a).

Auch die Effektstärken für den SCL-90-R¹⁷ sind im Vergleich zum IIP-C wie auch in anderen Therapiestudien¹⁸ als groß einzustufen.

Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Eine Zunahme der Beeinträchtigungsschwere (BSS-Gesamtwert) und eine Abnahme des globalen Funktionsniveaus (GAF) innerhalb des letzten Jahres bis hin zum Aufnahmezeitpunkt werden beschrieben.

Der durchschnittliche Wert des Funktionsniveaus liegt in den letzten sieben Tagen vor *Aufnahme* bei 43,23 und somit unterhalb des Grenzwertes (50), der eine professionelle Unterstützung als notwendig einstuft (Möller, 1994).

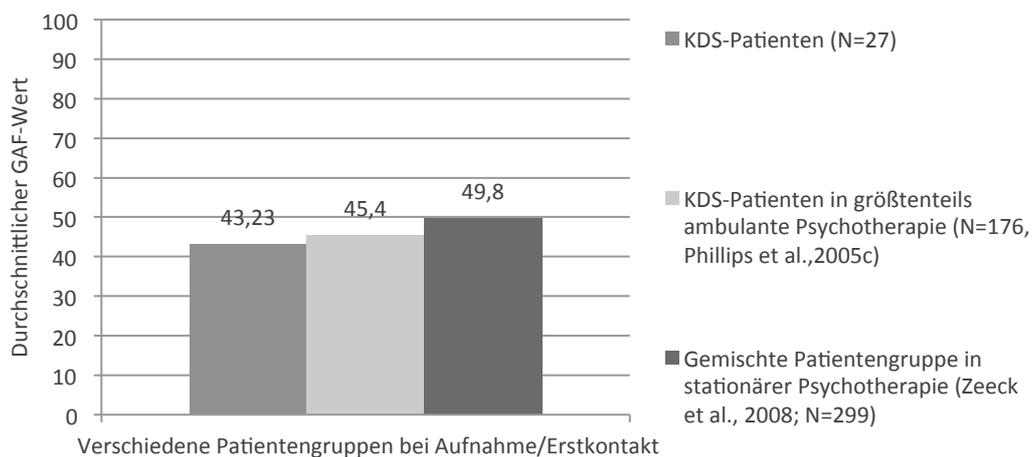


Abb. 6.3.7.2.3 GAF bei Aufnahme/Erstkontakt

Ähnliche Werte liegen auch in anderen Untersuchungen zur KDS vor. So liegen die durchschnittlichen GAF-Werte in anderen ambulanten KDS-Studien nur minimal darüber (Phillips et al., 2005c; Phillips et al., 2006d). So scheint das globale Funktionsniveau bei KDS-Patienten - sei es im stationären oder ambulanten Setting - stark beeinträchtigt. Eine gemischte Patientengruppe aus der ambulanten Psychotherapie bei Erstkontakt (Scheidt et al., 1998) sowie eine Gruppe in stationärer Psychotherapie (Zeeck et al., 2008)¹⁹ zeigen ebenfalls geringe Werte.

¹⁷ Effektstärke GSI Prä-Post: 0.79 (N=29); Effektstärke GSI Prä-Kat: 0.65 (N=19)

¹⁸ Effektstärke GSI Prä-Post: 0.84 (Franz et al., 2000a; N=348); Effektstärke GSI Prä-Post: 0.91 und Effektstärke GSI Prä-Kat: 0.64 (Mestel et al, 2000; N=80)

¹⁹ GAF Prä: 49,8 ; GAF Post: 65,9 (Zeeck et al., 2008; N=299)

Im *Verlauf* wird eine Erhöhung des globalen Funktionsniveaus verzeichnet, die den Grenzwert, der die Notwendigkeit professioneller Hilfe markiert, überschreitet. Verlaufsstudien von KDS-Patienten in ambulanter Behandlung (vorwiegend kognitive Verhaltenstherapie, teils auch supportive psychodynamische Psychotherapie (Phillips et al., 2005b)), aber auch Pharmakotherapie (Phillips & Menard, 2009) zeigen vergleichbare Ergebnisse. Andere KDS-Studien konnten keine wesentlichen bzw. nur sehr geringe Veränderungen nach Behandlung messen (Phillips et al., 2008; Phillips et al., 2005c).

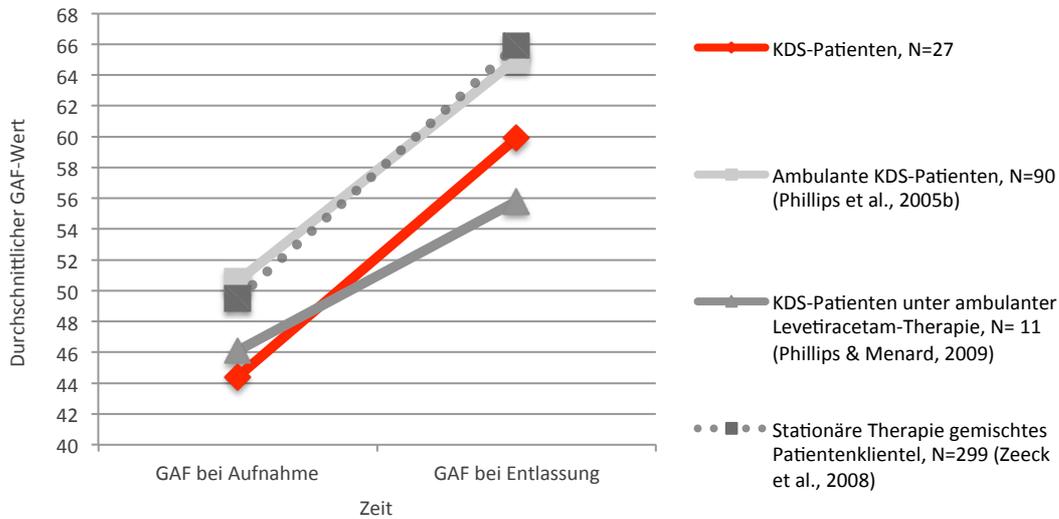


Abb. 6.3.7.2.4 GAF im Verlauf

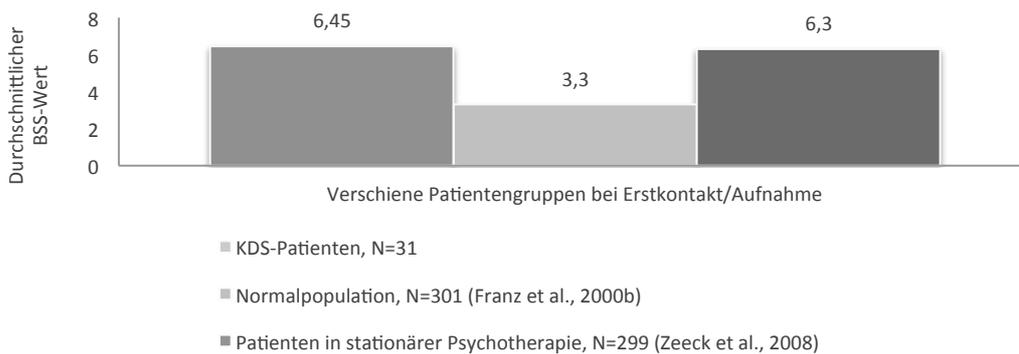


Abb. 6.3.7.2.5 BSS-Gesamtwert bei Erstkontakt/Aufnahme

Wie auch im SCL-90-R lässt sich bei Aufnahme eine erhöhte Belastung im Beeinträchtigungsschwerescore feststellen. Der durchschnittliche Gesamtwert liegt mit 6,45 bzw. 5,42 über dem Cut-Off und führt zur Einstufung als pathologisch. Ein

Vergleich mit einer Stichprobe aus der Normalpopulation macht dies ebenfalls deutlich (3,3). Eine Gruppe von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen aus einer stationären Psychotherapie zeigt ähnlich hohe Werte.

Zum Therapieende fällt der mittlere BSS-Gesamtwert signifikant ab. Eine signifikante Reduktion zeigt sich auch in gemischten Patientengruppen, die sich in stationärer Psychotherapie befanden und mit ähnlichen Ausgangswerten in die Behandlung gehen (Franz et al., 2000a; Zeeck et al., 2008).

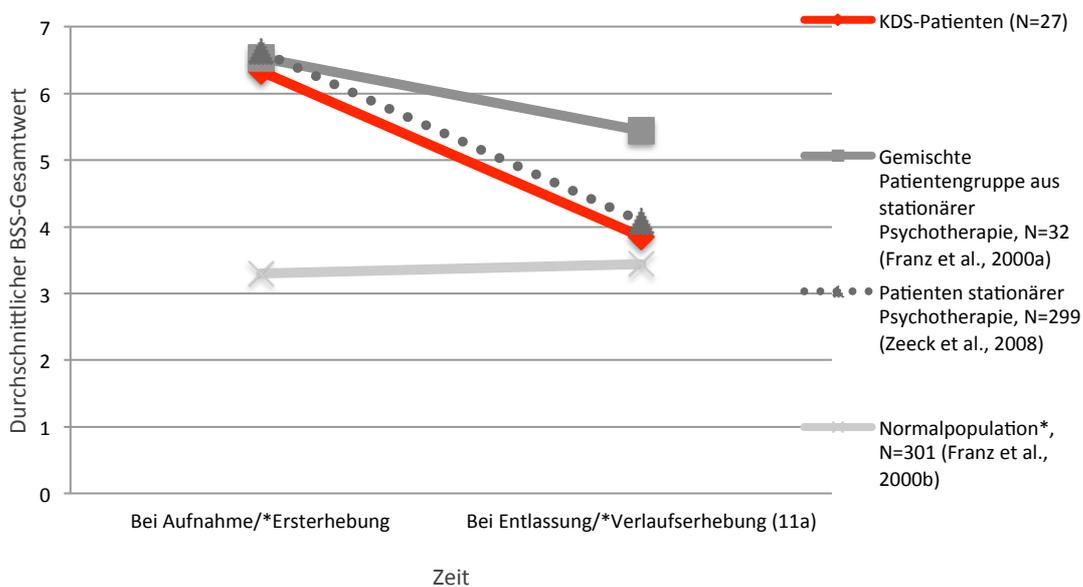


Abb. 6.3.7.2.6 BSS im Verlauf

6.3.7.3 Ängstlichkeit und Depressivität (HADS)

Zu Therapiebeginn wird für die Depressivität ein durchschnittlicher Wert erhoben, der im Gegensatz zu Werten einer gesunden Kontrollgruppe fast vierfach erhöht ist. Die Werte für Ängstlichkeit sind im Schnitt um das Doppelte bzw. in der NK-Gruppe fast um das Dreifache erhöht. Auch im Vergleich mit einer Patientengruppe aus der Psychiatrie (Herrmann-Lingen et al., 2011) ²⁰ zeigt sich bei den KDS-Patienten ein etwas höherer Durchschnittswert in der Ängstlichkeit-Skala (11,9) und weitaus höhere Werte im Bereich der Depressivität (12,95).

²⁰ HADS/Ä=10,8 sowie HADS/D=8; N=69 (Herrmann-Lingen et al., 2011)

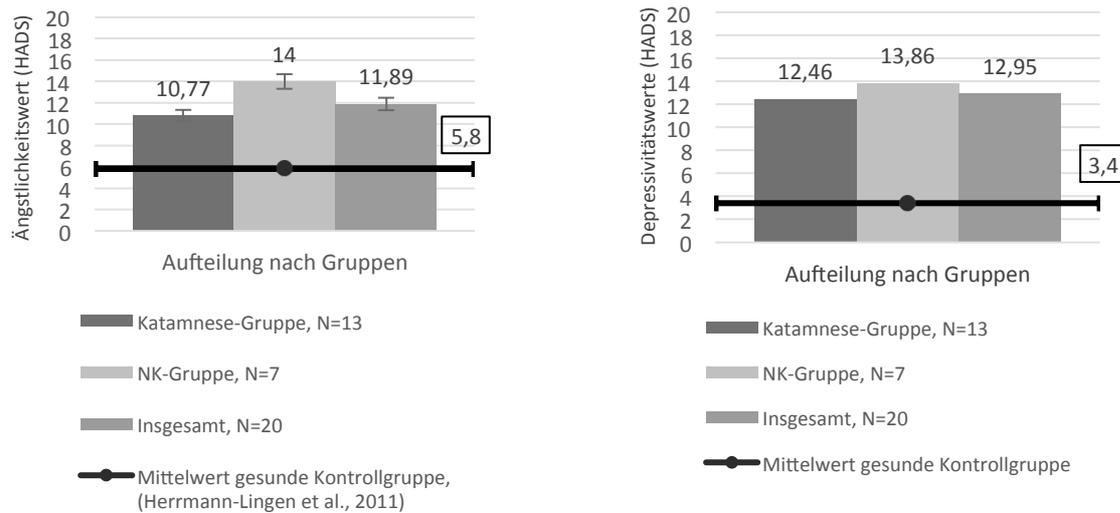


Abb. 6.3.7.3.1 Ängstlichkeit und Depressivität bei Aufnahme

Eine durchschnittlich erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit bei KDS wird ebenfalls in anderen Studien beschrieben (Wilhelm et al., 2011; McKay, 1999; Geremia & Neziroglu, 2001; Phillips & Najjar, 2003). Hierbei wurden meist der Becks Depression Inventory (BDI) und Becks Anxiety Inventory (BAI) sowie die Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) eingesetzt. Die verschiedenen eingesetzten, in der Regel ambulant durchgeführten, Behandlungsverfahren (z.B. modulierte Verhaltenstherapie (Wilhelm, 2011), kognitive Therapie (Geremia & Neziroglu, 2001), Pharmakotherapie mit SSRI)) führten zu einer signifikanten Reduktion der Depressivität und Ängstlichkeit.

Auch in der vorliegenden Studie nehmen die durchschnittlichen Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte im Verlauf ab. Bei Therapieende²¹ liegen sie noch über denen der gesunden Kontrollgruppe²², jedoch unterhalb der durchschnittlichen Werte der Angstskala bzw. gleich zu den Depressivitätswerten einer Vergleichsstichprobe aus der Psychiatrie²³. Die Längsschnittbefunde einer Katamnese studie bei 85 Patienten, welche sich in stationärer internistisch-psychosomatischer Behandlung befanden, beschreiben ähnliche Durchschnittswerte²⁴.

Aufgrund identischer Messverfahren ist ein Vergleich mit der KDS-Studie von Veale et al. (1996c) möglich. Mittels HADS wurde die Depressivität und Ängstlichkeit

²¹ Therapieende: HADS/Ä=9,67 und HADS/D=8,28

²² Gesunde Kontrollgruppe (N=152): HADS/Ä=5,8 und HADS/D= 3,4

²³ Psychiatrie-Gruppe (N=69): HADS/Ä=10,8 und HADS/D=8

²⁴ HADS/Ä=11,3 und HADS/D=10,6 innerhalb der Längsschnittstudie während bei den behandelten KDS-Patienten der Durchschnitt der HADS/Ä=11,05 und der HADS/D= 9,96 beträgt

von neun KDS-Patienten vor und nach zwölfwöchiger kognitiver Verhaltenstherapie erfasst. Im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe (waiting list, N=10) zeigten sich zumindest signifikante Veränderungen innerhalb der Depressivitätsskala. Ähnlich wie auch in der vorliegenden Erhebung werden hohe Werte in der Ängstlichkeitsskala ermittelt. Die Werte für Depressivität sind hingegen niedriger. Möglicherweise könnte die große Anzahl einer komorbiden Depression in der vorliegenden Studie die höheren Werte erklären. Da in der Studie von Veale et al. nicht aufgeführt ist, unter welchen Komorbiditäten die KDS-Patienten leiden, können wir nicht wissen, ob die Anzahl komorbider Depression tatsächlich geringer ausfiel. Weiterhin könnten sich die hohen Werte durch die Schwere und Indikation zur stationären Aufnahme erklären. Die Patienten der Studie von Veale et al. führten lediglich eine ambulante kognitive Verhaltenstherapie durch.

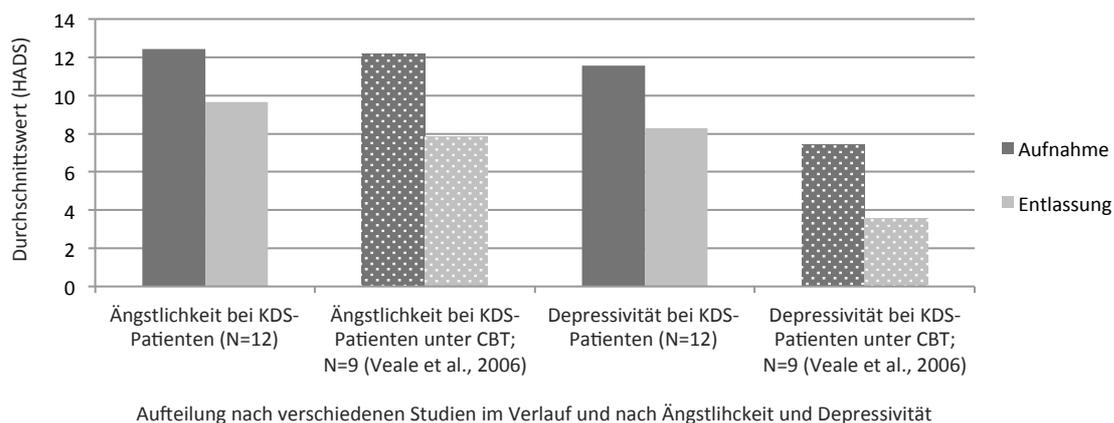


Abb. 6.3.7.3.1 HADS im Verlauf und Vergleich zur ambulanten CBT-Studie von Veale et al., 2006

Zum Katamnesezeitpunkt nehmen die durchschnittlichen Werte der KDS-Patienten weiter signifikant ab. Sie liegen aber nach wie vor über den Werten der Stichprobe gesunder Kontrollpersonen. Eine Vergleichsstichprobe psychiatrischer Patienten zeigt höhere Werte in der Ängstlichkeitsskala als die untersuchten KDS-Probanden. Die Depressivität ist bei ihnen ähnlich stark ausgeprägt.

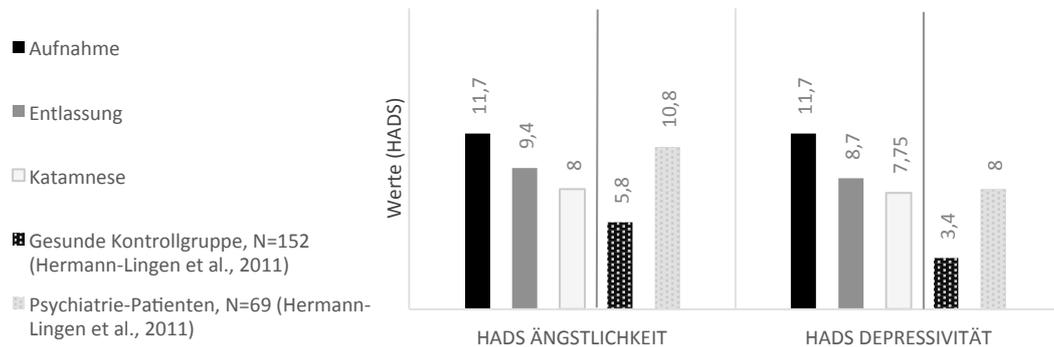


Abb. 6.3.7.3.2 HADS-Werte im Verlauf und Vergleich

Die Hypothese, die durchgeführte Therapie führe zu einer Abnahme der Depressivität und Ängstlichkeit wird durch signifikante Reduktion der Werte, wie auch in anderen KDS-Studien, bestätigt.

6.3.7.4 Alexithymie (Tas-20)

Der durchschnittliche Alexithymie-Wert der TAS-20 (2,52 bei N=21) bei Aufnahme entspricht etwa dem Wert einer Vergleichsgruppe aus der Normalbevölkerung²⁵ (Franz et al., 2008), einer Vergleichsstichprobe von Patienten mit somatoformer Störung²⁶ (Leweke et al., 2011) und dem einer Gruppe von Psychiatrie-Patienten²⁷ (Bach et al., 1996). Der Mittelwert der Subskala TAS-20I (Identifikation von Gefühlen) ist mit 2,64 im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht (1,9). Dies gilt insbesondere für die Katamnese-Gruppe (2,77). Der Mittelwert der Subskala zur Beschreibung von Gefühlen (TAS-20B: 2,62) entspricht dem der Normalpopulation (2,6). Der durchschnittliche Wert des extern orientierten Denkstils (TAS-20EO: 2,37) liegt ähnlich wie bei den psychiatrischen Patienten (TAS-20EO: 2,26) unter dem der Normalbevölkerung (2,9).

Im Verlauf nimmt der durchschnittliche Alexithymie-Wert der TAS-20 ab, allerdings nicht signifikant. Signifikante Veränderungen zeigen sich lediglich innerhalb

²⁵ TAS-20-Durchschnittswert Normalbevölkerung (N=1859): 2,44 (Franz et al., 2008)

²⁶ TAS-20-Durchschnittswert Psychosomatische Patienten (N =171): 2,44 (Leweke et al., 2011)

²⁷ TAS-20-Durchschnittswert Psychiatrische Patienten (N=101): 2,52 (Bach et al., 1996)

der Subskala zur Identifikation von Gefühlen (von 2,99 auf 2,45). Nach wie vor sind die Werte jedoch oberhalb der Norm.

Zum Katamnesezeitpunkt liegen die Durchschnittswerte bis auf einen im Vergleich zur Normalbevölkerung durchschnittlich erhöhten Wert in der Skala zur Identifikation von Gefühlen unterhalb der Norm.

Die Hypothese einer Verbesserung der Emotionsregulation konnte nicht bestätigt werden, da sich die Veränderungen nicht als signifikant erweisen. Allerdings konnten auch bei Therapiebeginn keine erhöhten Alexithymie-Werte festgestellt werden. Auffällig ist lediglich ein erhöhter Wert bei der Identifikation von Gefühlen. Dies bestärkt die Annahme einer gestörten emotionalen Verarbeitung bezüglich der Identifikation von emotionalen und körperlichen Vorgängen, welche als grundlegend für die Entstehung der KDS diskutiert wird.

Fenwick et al. untersuchten 2011 vierzig Frauen, die aufgrund einer Essstörung in Behandlung waren bezüglich des Auftretens körperdysmorpher Symptome und Alexithymie. Die Ergebnisse zeigten, dass im DCQ (Dysmorphic Concern Questionnaire) ermittelte Besorgnis bezüglich des Aussehens signifikant und positiv mit Schwierigkeiten in der Identifizierung mit Gefühlen korreliert. Eine signifikant negative Korrelation bestand zwischen der Sorge (DCQ) und einem extern orientiertem Denkstil. In der vorliegenden Studie liegen die Werte der TAS-20EO unterhalb der Norm, so dass auch hier eine negative Korrelation möglich wäre. Eine andere Studie beschreibt Schwierigkeiten von KDS-Patienten bei der Identifikation von emotionalen Gesichtsausdrücken (Feusner et al., 2010). Eine verminderte Fähigkeit der Identifikation von Gefühlen bei KDS-Patienten, wie in der vorliegenden Studien beschrieben, kann dem zugrunde liegen.

6.3.7.5 Schamgefühl und Ekel (HautZuf)

Zu Therapiebeginn liegt der durchschnittliche Wert für das Schamgefühl bei 2,95 und ist so fast doppelt so hoch wie der Wert innerhalb einer Vergleichsgruppe aus der Normalbevölkerung²⁸(Schut et al., 2013). Ein für das Krankheitsbild typisches erhöhtes Schamgefühl wird deutlich. Vergleichbare Untersuchungen zum Schamgefühl mittels

²⁸ Mittelwert HautZuf Scham (N=2373) in der deutschen Normalbevölkerung: 1,52 (Schut et al., 2013)

HautZuf bei KDS-Patienten zeigen ähnlich hohe Werte²⁹ (Wiedersich, 2011). Im Verlauf lässt sich zwar eine Reduktion im Schamgefühl messen. Diese ist jedoch nicht signifikant. Zum Katamnesezeitpunkt wird ein leichter Anstieg verzeichnet, welcher jedoch ebenfalls nicht signifikant ist.

Im Rahmen der KDS wird auch von einem mitunter stark ausgeprägtem Ekelgefühl berichtet (Veale & Neziroglu, 2010, S.191). Die hier gewonnenen Werte bestätigen dies nicht. Der Durchschnittswert liegt schon bei Aufnahme (2,26) etwas unter dem Durchschnittswert der Normalbevölkerung³⁰ und sinkt im Verlauf (1,99) weiter unter den Durchschnittswert der Normalpopulation (Schut et. al, 2013). Diese Veränderungen sind ebenfalls nicht signifikant.

Insgesamt wurde der HautZuf nur bei einer sehr kleinen Gruppe von Patienten eingesetzt. Dies beschränkt die Repräsentativität der Ergebnisse und schränkt die Signifikanz der Veränderungen ein.

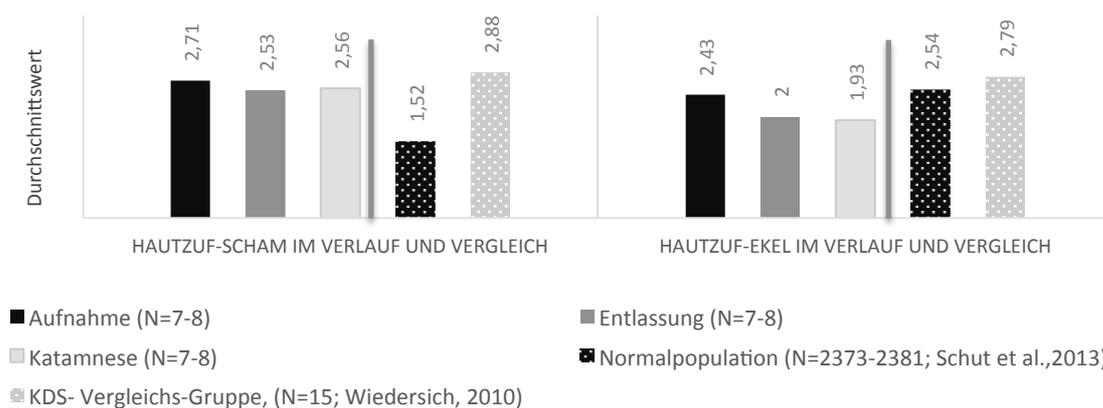


Abb. 6.3.7.5.1 HautZuf im Vergleich

6.3.7.6 Die Therapiezufriedenheit

Bei Entlassung sind die KDS-Probanden im Vergleich zu einer Stichprobe aus der Orthopädie durchschnittlich unzufriedener mit der Behandlung. Im Vergleich zu einer Stichprobe von psychosomatischen Patienten zeigen sich gering höhere Zufriedenheitswerte in der KDS-Gruppe (Kriz et al., 2008).

²⁹ Mittelwert HautZuf Scham (N=14) bei KDS-Patienten: 2,88 (Wiedersich, 2011)

³⁰ Mittelwert HautZuf Ekel (N=2381) in der deutschen Normalbevölkerung: 2,54 (Schut et al., 2013)

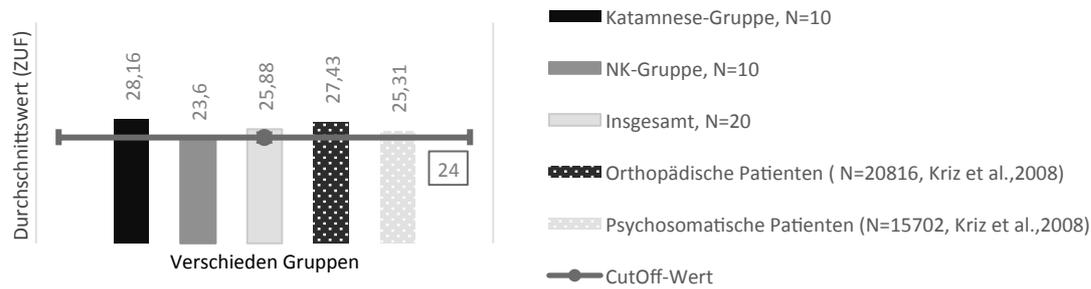


Abb. 6.3.7.6.1 *Therapiezufriedenheit (ZUF-8) bei Entlassung*

Auch zum Katamnesezeitpunkt können durchschnittlich zufriedene Werte ermittelt werden. Die Werte innerhalb der Katamnese-Gruppe haben signifikant abgenommen, sie liegen aber auf dem Niveau der orthopädischen Patienten und oberhalb der Zufriedenheitswerte einer Gruppe somatoformer Patienten. Ein Anhalten der Zufriedenheit wird auch in anderen Studien (Hannöver et al., 2000) beschrieben. Allerdings werden Angaben in Katamneseerhebungen skeptisch betrachtet, da man vermutet, dass zufriedene Patienten häufiger bereit sind auch an der Katamnese teilzunehmen (Hannöver et al., 2000). So zeigt sich auch hier ein signifikanter Unterschied zum Entlassungszeitpunkt zwischen Patienten, die an der Katamnese teilnahmen, und der NK-Gruppe. Der Durchschnitt der NK-Gruppe liegt sogar unter dem Cut-Off für Therapiezufriedenheit, was die eingeschränkte Teilnahme an der Katamnese erklären könnte.

Die Therapiezufriedenheit körperdysmorpher Patienten wurde von Wilhelm et al. 2011 mittels Client Satisfaction Inventory (CSI) beschrieben: Die durchgeführte modulierte kognitive Verhaltenstherapie führte zu hohen Zufriedenheitswerten. Über die Therapie-Zufriedenheit von KDS-Patienten mit einer kognitiven Verhaltenstherapie berichten Rosen, Reiter und Orosan (1995): 80% würden die Behandlung weiterempfehlen (N=27). Ähnliche sogar etwas höherer Werte konnten für die Gesamtgruppe bei Entlassung erzielt werden: 18 von 20 Patienten (90%) würden die Behandlung einem Freund, wenn er sich in einer ähnlichen Situation befinden würde, weiterempfehlen. Betrachtet man nur die Patienten, die auch an der Katamnesebefragung teilnahmen (N=10), würden all diese zum Entlassungszeitpunkt die Behandlung weiterempfehlen. Das Kriterium der Therapiezufriedenheit wird somit von der durchgeführten psychodynamischen stationären Therapie erfüllt.

6.3.7.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Schamgefühl bei Aufnahme (HautZuf)

Für das Schamgefühl zum Aufnahmezeitpunkt zeigt sich bei den weiblichen Patienten zwar im Gegensatz zu den männlichen Patienten ein höherer Durchschnittswert, von einem signifikanten Geschlechtsunterschied kann allerdings nicht gesprochen werden. Dies spricht gegen die Annahme, das Schamgefühl sei auch bei an KDS-leidenden Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern, wie man für die Normalbevölkerung aufzeigen konnte (Grolle et al., 2003). Auch bei Essstörungen konnte ein verstärktes Schamgefühl bei Frauen festgestellt werden (Grabhorn et al., 2006; Tiggemann & Kuring, 2004). So zeigt sich bei aller Gemeinsamkeit von Essstörungen und KDS als Körperschemastörungen ein weiterer Unterschied beider Krankheitsbilder.

Diese Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu bewerten, da für diese nur eine sehr geringe Fallzahl vorliegt.

Die Therapie-Zufriedenheit

Ein vermuteter Geschlechtsunterschied in der Therapiezufriedenheit konnte nicht bestätigt werden. Auch hier liegt nur eine sehr geringe Fallzahl vor³¹.

6.3.4 Halbstandardisierte Einzelinterviews

Die Interviews spiegeln die Vielfalt körperdysmorpher Störungen wieder. Trotz der unterschiedlichen Ausprägung bewerten alle Patienten die stationäre Therapie als hilfreich und beschreiben eine Linderung körperdysmorpher Symptome. Dies bestärkt das individuelle und multimodale therapeutische Vorgehen.

³¹ Zuf-8 bei Entlassung: N (männlich)=5 sowie N(weiblich)=15
Zuf-8 zur Katamnese: N (männlich)=4 sowie N(weiblich)=15

7 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Doktorarbeit wird erstmals die Wirksamkeit sowie die Stabilität der Ergebnisse stationärer integrativ psychodynamischer Psychotherapie bei körperdysmorpher Störung untersucht. Bis dato beschäftigten sich Therapiestudien zur KDS vorwiegend mit den Effekten kognitiver Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie (Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer), meist im ambulanten Setting. Der häufige stationäre Einsatz psychodynamischer Verfahren in Deutschland und deren nachgewiesene Wirksamkeit für andere häufig komorbide psychiatrische Krankheitsbilder haben uns bestärkt, die vorliegende Untersuchung durchzuführen.

Aus dem Patientenkollektiv der Psychosomatischen Klinik Giessen wurden alle Patienten mit körperdysmorpher Störung rekrutiert, welche sich zwischen Oktober 2005 Juli 2012 und in stationärer Behandlung befanden und entsprechenden Einschlusskriterien unterliegen (Alter zwischen 18-65 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse, keine chronischen Erkrankungen oder therapiebedürftige, nicht im Zusammenhang mit der KDS stehende psychiatrische Störungen).

Vor und unmittelbar nach ihrer stationären Behandlung werden mittels verschiedener Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren (*SCL-90-R*, *BSS*, *GAF*, *IIP*, *HAD-S*, *TAS-20*, *Haut-ZUF*, *ZUF-8*) Parameter zur Symptomatik und zur psychischen Belastung erhoben. Im Verlauf findet eine erneute Befragung mittels der zuvor angewandten Verfahren statt. Neben den erwähnten Beurteilungsverfahren werden weitere Patienten- und therapiebezogene Informationen (soziodemographische Merkmalen, Komorbiditäten, Therapiemotivation, Vorbehandlung, Aufenthaltsdauer, Art der Beendigung der Therapie etc.) erfasst. Zur Vertiefung der in den Fragebögen erhobenen Informationen wird exemplarisch mit drei Patienten zusätzlich ein halbstandardisiertes Interview in der Psychosomatischen Klinik durchgeführt. Einschränkungen der Repräsentativität der Studie ergeben sich aufgrund einer geringen Anzahl an Probanden sowie der Unvollständigkeit kompletter Datensätze dar. Aufgrund der geringen Fallzahl werden auch Patienten, die nicht an der Katamnese-Erhebung teilnahmen mit in die Studie einbezogen. Diese und die Patienten, die auch an der Katamnese teilnahmen, wurden getrennt aufgelistet und auf mögliche Unterschiede untersucht.

Die erhobenen soziodemographischen Eigenschaften stimmen größtenteils mit

bisher gewonnenen Daten überein. Deutlich wird eine hohe Anzahl an unterschiedlichen Komorbiditäten, insbesondere an Depression, Persönlichkeitsstörung und sozialer Phobie. Dies verdeutlicht die Diversität innerhalb des Patientenlientels mit KDS, was sich auch in den Einzelinterviews zeigt.

Zu Therapiebeginn stellt sich im Vergleich zur Normalbevölkerung insbesondere *sozial vermeidendes bzw. introvertiertes* und *selbstunsicheres* sowie *unterwürfiges* Verhalten (ermittelt mittels *IIP-C*) als problematisch dar. Entsprechende Ergebnisse werden auch für andere allgemeine psychosomatische Patientengruppen erhoben. Die KDS-Patienten sind in ihrem Alltag stark beeinträchtigt (Selbstbeurteilung mittels *SCL-90-R*/ Fremdbeurteilung mittels *BSS & GAF*). Schwierigkeiten zeigen sich insbesondere in den Bereichen *Depressivität, Unsicherheit im sozialen Umgang, Zwanghaftigkeit* und *Ängstlichkeit* entsprechend einigen Merkmalen der KDS sowie häufig assoziierter Komorbiditäten. Das erhöhte Angst- und Depressivitätsniveau kann auch mittels *HADS* erfasst werden. Die mittels *TAS-20* erhobenen Werte für Alexithymie liegen im Normbereich; innerhalb der Subskalen werden lediglich bei der *Identifikation von Gefühlen* Defizite deutlich, was als grundlegend für die Entstehung von Somatisierung diskutiert wird. Zudem zeigt sich unabhängig vom Geschlecht ein durchschnittlich erhöhtes Schamgefühl (*HautZuf*).

Signifikante Veränderungen nach Therapie zeigen sich in einer Besserung der Beeinträchtigung (sowohl in der Fremd- (*BSS/GAF*) als auch der Selbsteinschätzung (*SCL-90-R*)). Insbesondere innerhalb der bei Aufnahme erhöhten Bereiche *Depressivität, Unsicherheit im sozialen Umgang, Zwanghaftigkeit* und *Ängstlichkeit*. Bestätigt wird die signifikante Abnahme von Depressivität und Ängstlichkeit auch mittels *HADS*. Hingegen lassen sich im interpersonalen Verhalten (*IIP-C*) sowie der Alexithymie (*TAS-20 Gesamt*) keine signifikanten Veränderungen festhalten. Lediglich im Bereich *TAS-20 I* - der Identifikation von Gefühlen - zeigt sich eine signifikante Verbesserung. Ekel- sowie Schamgefühl nehmen leicht, jedoch nicht signifikant ab. Zu beachten ist allerdings, dass insbesondere im Bereich des HautZuf im Verlauf nur eine äußerst geringe Anzahl an Probanden erfasst werden konnte. Das Kriterium der Therapiezufriedenheit wird erfüllt.

Innerhalb der meisten Bewertungsverfahren zeigt sich bei Katamneseerhebung eine dezente jedoch nicht signifikante Verschlechterung im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung. Dennoch bleibt eine signifikante Veränderung zum Ausgangszeitpunkt bestehen (*SCL-90-R; HADS; TAS-I, TAS-EO*). Andere Fragebögen (*IIP-C, TAS Gesamt,*

HautZuf) zeigen – wie auch unmittelbar nach Behandlung - keine signifikanten Veränderungen. Lediglich im Bereich der Therapiezufriedenheit kann zum Katamnesezeitpunkt ein signifikanter Abfall verzeichnet werden. Allerdings fallen die Werte nicht unter den Cut-Off-Punkt, weshalb nach wie vor von Zufriedenheit mit der Behandlung gesprochen werden kann.

Ebenso wie die bisherigen Behandlungsstudien zu KDS (VT; medikamentös) konnte die durchgeführte Therapie eine Linderung der psychischen Beeinträchtigung und der mit KDS einhergehenden Symptome aufzeigen. Die Arbeit zeigt somit erstmals positive Effekte stationärer integrativer psychodynamischer Therapie auf das Krankheitsbild der KDS. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei dem Untersuchungsobjekt um ein Krankheitsbild großer Diversität handelt, einhergehend mit einer großen Anzahl an Komorbiditäten. Inwieweit die Therapie spezifische Auswirkungen auf körperdysmorphe Symptome hat, lässt sich in der vorliegenden Studie nicht eindeutig erfassen. Die Wirksamkeit in Hinblick auf das komplexe Gesamtbild der Erkrankung insgesamt schon. Auch wenn unsere Untersuchung somit erste deutliche Hinweise für positive Behandlungseffekte der stationären integrativ psychodynamischen Psychotherapie ergibt, sind weitergehende Untersuchungen mit größerer Fallzahl erforderlich, um in der Zukunft das vielschichtige Krankheitsbild der KDS besser zu erfassen und signifikante Ergebnisse zu generieren. Eine Vergleichsstudie zu den bisher angewendeten Behandlungsverfahren ist angezeigt.

Summary

In this thesis it is investigated for the first time the effectiveness and stability of the results of an inpatient integrative psychodynamic psychotherapy towards body dysmorphic disorder. To date studies of therapy were examining largely the effect of behaviour therapy and pharmacotherapy (Serotonine-Reuptake-Inhibitors); mostly in outpatients.

The frequent inpatient exertion of psychodynamic methods in Germany and their proven effectiveness towards other often comorbid psychiatric diseases confirmed the following study.

Every inpatient, who was treated at the department of psychosomatic medicine of the university of Gießen during October 2005 and July 2012 underlying some specific including criteria (age between 18-65 years; sufficient knowledge of German language, no chronic or therapy-indicated diseases, psychiatric diseases not related to BDD) was included in the study.

Before and directly after therapy patients are asked by different types of self and foreign assessment instruments (*SCL-90-R*, *BSS*, *GAF*, *IIP*, *HAD-S*, *TAS-20*, *Haut-ZUF*, *ZUF-8*) to evaluate specific symptomatic parameters. A follow-up uses the same methods. Additional patient and therapy-associated information (sociodemographic features, comorbidities, motivation for therapy, treatment before study, duration of therapy etc.) were collected.

Furthermore in the example of three patients a half-standardized personal interview towards BDD concerns was made.

Limitations in the representativeness are caused by a small sample of patients as well as incomplete data.

The collected sociodemographic information mostly corresponded with present data.

A high amount of different comorbidities, especially depression, social phobia and personality disorder demonstrates the diversity of BDD, also shown in the single interviews.

In comparison to normal population a high range of social avoidance or introverted or unconfident or submissive behavior (by *IIP-C*) at the beginning of therapy was shown like in other groups of general psychosomatic diseases. BDD-Patients suffer from high impairment in everyday life (self-assessment by *SCL-90R*;

foreign assessment bei *GAF & BSS*). Difficulties are shown especially in the area of depressivity; insecurity in social contact, compulsiveness and anxiety according to known features of bdd and bdd-associated disorders. The high level of anxiety and depressivity is also detected by *HADS*. Alexithymia (by *TAS-20*) does not differ from normal population; deficits are only shown in the subscale identification of emotions, which are discussed as fundamental causes for somatization. Independent from gender a high range of shame is demonstrated (*HautZuf*).

Improve in impairment after therapy, especially in depressivity, insecurity in social contact, compulsiveness and anxiety are significant changes (self-assessment by *SCL-90R*; foreign assessment bei *GAF & BSS*). Also shown by *HADS*. However in interpersonal behavior (*IIP-C*) such as alexithymia (*Tas-20*) no significant change is determined. Only the subscale identification of emotions indicates significant improvement. Feelings of shame and disgust decrease a little, but not significantly after therapy (*HautZuf*). It should however be noted the small amount of probands, especially for *Hautzuf*.

Within the most evaluation methods a decent, but not significant, worsening in comparison to the immediate end of therapy is shown at the time of catamnesis. Nevertheless the significance of improvement towards the beginning of therapy remains (*SCL-90-R*; *HADS*; *TAS-I*, *TAS-EO*). Other assessment methods (*IIP-C*, *TAS Gesamt*, *HautZuf*) do not reveal – as described immediate after therapy- any significant changes. Only the loss of therapy satisfaction at the time of catamnesis decreases significantly. Though it does not drop below the cutoff grade still therapy satisfaction is marked.

As well as the previous bdd therapy studies (CBT; Pharmacotherapy) the applied therapy shows a relief of psychological impairment and bdd-associated symptoms. First time positive effects of inpatient integrative psychodynamic therapy towards bdd patients were described. Taking account the diversity of the examined disease and its comorbidities, the specific effect on body dysmorphic symptoms can not be clearly detected. The effectiveness regarding the complex overall character of the disease however.

This thesis presents first remarkable indication of positive therapy effects of inpatient integrative psychodynamic therapy, still more detailed examination with higher number of patients are necessary to capture the complexity of bdd and generate more significant results.

A comparative study of different treatments is indicated.

8 Abkürzungen

8.1 Abkürzungen allgemein

BDD - body dysmorphic disorder

CBT - cognitive behaviour therapy

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

KDS - körperdysmorphe Störung

ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

SSRI - Serotonine-Reuptake-Inhibitor

VT - Verhaltenstherapie

bzw. - beziehungsweise

8.2 Abkürzungen bzgl. der Tests/Auswertung

BSS - Beeinträchtigungs-Schwere-Score

- Körperl. - körperlich
- Psych. - psychisch
- Soz.kom. - sozialkommunikativ
- FN : Funktionsniveau

Ges. - Gesamt

GAF - Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus

HADS - Hospitality-Anxiety and Depression Scale (HAD-S)

- HADS/Ä - Ängstlichkeit gemessen mittels HADS
- HADS/D - Depressivität gemessen mittels HADS

Hautzuf - Fragebogen zur Hautzufriedenheit

K-Gruppe - Katamnese-Gruppe; Gruppe, die an der Katamnese teilnahm

IIP-C - Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme

- uPA – zu autokratisch/zu dominant
- uNO – zu expressiv/zu aufdringlich
- uLM – zu fürsorglich/zu freundlich
- uJK – zu ausnutzbar/ zu nachgiebig
- uHI – zu selbstunsicher/zu unterwürfig
- uFG – zu introvertiert/zu vermeidend
- uDE – zu abweisend/zu kalt
- uBC – zu streitsüchtig/ zu konkurrierend

NK-Gruppe – Nichtkatamnese-Gruppe; Gruppe, die nicht an der Katamnese teilnahm

SCL-90-R - Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

- GSI : global severity index
- SOM: Somatisierung
- ZWA: Zwanghaftigkeit
- SOZ: Unsicherheit im Sozialkontakt
- DEPR: Depressivität
- ÄNG: Ängstlichkeit
- AGGR: Aggressivität/Feindseligkeit
- PHO: Phobische Angst
- PARA: Paranoides Denken
- PSY: Psychotizismus

TAS-20 - Toronto-Alexithymie-Skala

- Tas-I: Skala untersucht Schwierigkeiten in der Identifikation von emotionalen als auch von körperlichen Vorgängen
- Tas-B: Skala untersucht Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen.
- Tas-EO: Skala erfasst extern orientierter Denkstil

Zeitpunkt A: Aufnahme; auch als A oder Anhängsel a

Zeitpunkt B: Entlassung; auch als B oder Anhängsel b

Zeitpunkt C: Katamesezeitpunkt,; auch als C oder Anhängsel c

8.3 Abkürzungen statistischer Begriffe

df : Anzahl der Freiheitsgrade

F: F-Wert

GG – Greenhouse Geisser Korrektur

p (x): Wahrscheinlichkeit (x-variabel)

M : Mittelwert

N - Anzahl

T: empirische Prüfgröße

SD: Standardabweichung

SE der Differenz: Standardfehler

Sig. Signifikanz

9 Literaturverzeichnis

Aaronson, N.K. & Beckmann, I. (1987). The quality of life of cancer patients. *New York: Raven Press.*

Adair, J. G. (1984). The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact. *Journal of applied psychology, 69(2)*, 334

Al-Adawi, S., Martin, R., Al-Naamani, A., Obeid, Y. & Al-Hussaini. (2001). A Body dysmorphic disorder in Oman: cultural and neuropsychological findings. *East Mediterr Health J., 7(3)*, 562-567.

Albertini, R. S., & Phillips, K. A. (1999). Thirty-Three Cases of Body Dysmorphic Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38(4)*, 453-459.

Alden, L.E., Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems (IIP). *Journal of Personality Assessment, 55*, 521-536.

Alexander, L.B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In Greenberg, L.S. & Pinsof, W. (Hrsg.), *In the psychotherapeutic process: a research handbook*, 325-366. New York: Guilford.

American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. (Dt.Bearbeitung und Einf. von Hennig Saß et al.). Göttingen: Hogrefe.

American Society of Plastic Surgeons (2011). Plastic Surgery Statistics Report

Arnold, L.M., Auchenbach, M.B. & McElroy, S.L. (2001). Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment., *CNS Drugs., 15(5)*, 351-359.

Aski, R. & Chilli, A.S. (2002). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: diagnosis, other psychiatric diagnosis, demographic and clinical correlates. *Turk Psikiyatri Derg, 13*, 197-203.

- Bach, M. Bach, D. deZwaan, M. Serim, M. & Bohmer, F. (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 23-28.
- Bacon, S.F., Collins, M.J. & Plake, E.V. (2002). Does the Global Assessment of Functioning assess functioning? *Journal of Mental Health Counseling*, 24(3), 202-212.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A & Taylor, G.J. (1994). The Twenty Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 23-32.
- Baldock, E., Anson, M. & Veale, D. (2012). The stopping criteria for mirror-gazing in body dysmorphic disorder. *Br J Clin Psychol.*, 51(3), 323-44.
- Barahmand, U., & Shahbazi, Z. (2015). Prevalence of and associations between body dysmorphic concerns, obsessive beliefs and social anxiety. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7(1), 54-63.
- Bartsch, D. (2007). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clinical Psychologist*, 11 (1), 16–23.
- Bassler, M. (2002). Helping Alliance Questionnaire. In: Brähler, E., Schumacher J. & Strauß B. (Hrsg): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie- Beschreibung von 94 Testverfahren der Psychodiagnostik*. Hogrefe, Göttingen, S. 187-190.
- Bassler, M., Potraz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Bauer, J. & Ganser, C. (2006/2007). Münchner Studie zu Partnerwahl und Partnerschaft, www.ls4.sozioologie.uni-muenchen.de/downloads/partnerstudie.pdf LMU München, Institut für Soziologie (letzter Abruf: 18.12.2015)
- Bell, I. R. (1994). Somatization disorder: Health care costs in the decade of the brain. *Biological Psychiatry*, 35(2), 81-83.
- Berg-Nielsen, T.S., Vika, A. & Dahl, A.A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child Care Health Dev*, 29, 207-213.

Bloch, S., & Glue, P. (1988). Psychotherapy and dysmorphophobia: a case report. *The British Journal of Psychiatry*, 152(2), 271-274.

Borkenhagen, A. (2011). Der Natur nachgeholfen. In: *Gehirn und Geist*, 1-2, 30-36.

Braun, C., Gründl, M., Marberger, C. & Scherber, C. (2001). Beautycheck - Ursachen und Folgen von Attraktivität. Projektabschlussbericht. Verfügbar unter http://www.uni-regensburg.de/Fakultaeten/phil_Fak_II/Psychologie/Psy_/II/beautycheck/english/bericht/beauty_mi_zensiert.pdf (letzter Abruf: 18.12.2015)

Brosig, B., Kupfer, J., Niemeier, V., Gieler, U. (2001). The "Dorian Gray Syndrome": psychodynamic need for hair growth restorers and other "fountains of youth." *Int J Clin Pharmacol Ther.*, 39(7), 279-83.

Brunhoeber, S. & Maes, J. (2007). Diagnostik der Körperdysmorphen Störung. Entwicklung und Validierung eines Screeningfragebogens. *Diagnostica*, 53, Heft 1, 17-32.

Buhlmann, U., Etcoff, N.L. & Wilhelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res.*, 40(2), 105-111.

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J.M., Wilhelm, S., Brähler, E., Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res.* 178(1), 171-5.

Buhlmann, U., McNally, R.J., Wilhelm, S. & Florin, I. (2002). Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord*, 16, 289-298.

Buhlmann, U., Marques, L.M. & Wilhelm, S. (2012). Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.*, 200(1), 95-98.

Buhlmann, U., Teachman, B.A., Gerbershagen, A., Kikul, J., & Rief, W. (2008). Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 213-225.

Bundesagentur für Arbeit (BA): Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf 02/2014, http://www.bpb.de/wissen/H9NU28,0,Arbeitslose_und_Arbeitslosenquote.html; /letzter Aufruf: 18.12.2015).

- Castle, D.J., Molton, M., Hoffman, K., Preston, N.J. & Phillips, K.A. (2004). Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(6), 439-44.
- Coles, M.E., Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., Weisberg, R.B. & Stout, R.L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*, 23(1), 26–33.
- Conrado, L.A., Hounie, A.G., Diniz, J.B., Fossaluza, V., Torres, A.R., Miguel, E.C. & Rivitti E.A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol.*, 63(2), 235-243.
- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H. & Phillips, K.A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(1), 67-72.
- Cooper, M. & Osman, S. (2007). Metacognition in Body Dysmorphic Disorder - A Preliminary Exploration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, N.2 ,148-155(8).
- Cororve, M.B. & Gleaves, D.H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev*, 21, 949-970.
- Crerand, C.E., Phillips, K.A. & Menard, W. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549–555.
- Cromarty, P. & Marks, I. (1995). Does Rational Role-play Enhance the Outcome of Exposure Therapy in Dysmorphophobia? A Case Study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 399-402.
- <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1224/umfrage/arbeitslosenquote-in-deutschland-seit-1995/>; letzter Aufruf: 17.12.2015 10:32
- Degele, N. (2007). Schönheit-Erfolg-Macht, In: *Körperkult und Schönheitswahn*, APuz 18/2007, 26-32.
- Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the Psychopathological Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Dey, J. K., Ishii, M., Phillis, M., Byrne, P. J., Boahene, K. D., & Ishii, L. E. (2015). Body Dysmorphic Disorder in a Facial Plastic and Reconstructive Surgery Clinic: Measuring

Prevalence, Assessing Comorbidities, and Validating a Feasible Screening Instrument. *JAMA facial plastic surgery*, 17(2), 137-143.

Didie, E.R., Loeke, E.H., Howes, S.E. & Phillips, K.A. (2012). Severity of Interpersonal Problems in Individuals with Body Dysmorphic Disorder. *J Pers Disord*. 26(3), 345-356.

Didie, E.R., Tortolani, C.C., Pope, C.G., Menard, W., Fay, C. & Phillips, K.A. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl.*, 30(10), 1105-1115.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis.

Driesch, G., Burgmer, M. & Heuft, G. (2004). Körperdysmorphie Störung. Epidemiologie, klinische Symptomatik, Klassifikation und differenzielle Therapieindikation. Eine Übersicht. *Nervenarzt*, 75, 917-931.

Dogruk Kacar, S., Ozuguz, P., Bagcioglu, E., Coskun, K. S., Uzel Tas, H., Polat, S., & Karaca, S. (2014). The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: a study from Turkey. *Clinical and experimental dermatology*, 39(4), 433-438.

DSM V; <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>, letzter Aufruf: 18.12.2015

Dunai, J., Labuschagne, I., Castle, D. J., Kyrios, M. & Rossell, S.L. (2010). Executive function in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*, 40(9), 1541–1548.

Driesch, G., Burgmer, M. & Heuft, G. (2004). Körperdysmorphie Störung. Epidemiologie, klinische Symptomatik, Klassifikation und differenzielle Therapieindikation. Eine Übersicht. *Nervenarzt*, 75, 917-931.

Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K.A. & Hunt, J.I. (2006). Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 36(4), 369-382.

Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 32(1), 24-29.

Fenwick, A.S. & Sullivan, K.A (2011). Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. *Psychiatry Research*, 189(2), 299–304.

Feusner, J. D., Bystritsky, A., Helleman, G., & Bookheimer, S. (2010). Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatry research*, 179(3), 318-323.

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.

Fliege, H., Rose, M., Bronner, E., & Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 52(02), 47-55.

Franke, G.H., Jäger, H. & Sträcker, K.H. (1995). Die Symptomcheckliste SCL-90-R-im Einsatz bei HIV infizierten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 195-208.

Franke, G.H. (2002). SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis - Deutsche Version. In: Brähler, E., Schumacher J. & Strauß B., (Hrsg): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie- Beschreibung von 94 Testverfahren der Psychodiagnostik*. Hogrefe, Göttingen, 299-303.

Franke, G.H. (2007/8). <http://www.franke-stendal.de/WS0708/Bachelor/GHF-SCL-Skript-2007.pdf> Die Symptom-Check-Liste SCL-90-R. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) Studiengang Rehabilitationspsychologie Diplom, B.Sc. und M.Sc. Arbeitseinheit Diagnostik & Intervention Stendal Wintersemester 2007/2008; zuletzt 18.12.2015

Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., Decker, O. & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.

Franz, M., Häfner, S., Lieberz, K., Reister, G., & Tress, W. (2000b). Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre. *Psychotherapeut*, 45(2), 99-107.

Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G. & Heuft, G. (2000a). Effekte stationärer

- psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med*, 46, 242-258.
- Gabbay, V., Asnis, G.M., Bello, J.A., Alonso, C.M., Serras, S.J. & O'Dowd, M.A. (2003). New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology*, 61(1), 123–125.
- Geremia, G.M. & Neziroglu, F. (2001). Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(4), 243–251.
- Gieler, T., Schmutzer, G., Braehler, E., Schut, C., Peters, E., Kupfer, J., Gieler, U. (2015). Shadows of beauty-Development of the prevalence of Body Dysmorphic Concerns in Germany: Data from two representative samples from 2002 and 2013.
- Gieler, U. & Joraschky, P. (2010). Plastische Chirurgie und Dysmorphophobie. In: Adler, R.H., Herzog, W., Joraschky, P. & Köhle, K. (Hrsg.): Uexküll Psychosomatische Medizin: *Theoretische Modelle und klinische Praxis*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, München, 1049-1057.
- Gieler, U., Jungblut, F. M., Harth, W., Reimer, C., Niemeier, V., Höring, C. M., & Kupfer, J. (2008). Scham und Berührung. *Psychotherapeut*, 53(1), 27-34.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 12-19.
- Grant, J.E., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C. & Phillips, K.A. (2005). Substance Use Disorders in Individuals With Body Dysmorphic Disorder, *Clin Psychiatry*, 66(3), 309–405.
- Grant, J.E., Kim, S.W., Crow, S.J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric patients. *J Clin Psychiatry*, 62(7), 517-522.
- Grant, J.E., Menard, W. & Phillips, K.A. (2006). Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 28(6), 487-493.
- Grolle, M., Kupfer, J., Brosig, B., Niemeier, V. & Gieler, U. (2003). The skin satisfaction questionnaire - an instrument to assess attitudes towards the skin in healthy persons and patients. *Dermatology and Psychosomatics*, 4, 14-20.

- Gugutzer, R. (2007). Körperkult und Schönheitswahn - Wider den Zeitgeist. In: Körperkult und Schönheitswahn, *APuz 18/2007*, 3-6.
- Gunstad, J. & Phillips, K.A., (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270-276.
- Hannöver, W., Dogs, C.P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292–300.
- Harris, D.L. (1982). Cosmetic surgery-where does it begin? *British Journal of Plastic Surgery*, 35, 281-286.
- Hennigsen, P., Hartkamp, N., Loew, T. & Sack, M. (2002). *Somatoforme Störungen: Leitlinien und Quelltexte*, Schattauer, F.K. Verlag, S.65.
- Herrmann, Ch., Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin, Testdokumentation und Handanweisung*. Bern: Huber.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version (HADS-D). *Manual*. Bern: Huber. 3. Auflage
- Herrmann-Lingen, Ch. (2002). HADS- Hospitality Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. In: Brähler, E., Schumacher J. & Strauß B. (Hrsg): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie- Beschreibung von 94 Testverfahren der Psychodiagnostik*. Hogrefe, Göttingen, 176-179.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostika*, 47(1), 27-39.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Handanweisung (2.Aufl.)*, Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Jaeger, W. (1954). Platos Symposium Eros. In Paideia: *Die Formung des griechischen Menschen*. Band 2. Zweite Auflage, Walter de Gruyter & Co., Berlin. 244-269.

- Junge, A. & Ahrens, S. (1996). Stationäre psychosomatische Behandlung - Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol*, 46, 430-437.
- Kapfhammer, H.P. (2003). Somatoforme Störungen. In: Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.P. (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 1372–1455.
- Khemlani-Patel, S. (2001). *Cognitive and Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Comparative Investigation*. PhD Thesis, Hofstra University, Hemstead, NY.
- Khemlani-Patel, S., Neziroglu, F. & Mancusi, L.M. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Comparative Investigation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, Special Section: Recent Advances in BDD, 363-380.
- Kholmogorova, A. & Garanjan, N. (2001). Combination of Cognitive and Psychodynamical Components in the Psychotherapy of Somatoform Disorders *Psychother Psych Med*, 51(5), 212-218.
- Köpcke, W. (1994). Design, methodological and statistical issues in prediction research of neuroleptic response. In W.Gaebel & P.Ambrosini (Hrsg.): *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia*, 155-164. Wien: Springer.
- Kollei, I., Martin, A., Rein, K., Rotter, A., Jacobi, A. & Mueller, A. (2011). Prevalence of body dymorphic disorder in a German psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Res.*, 189(1), 153-155.
- Kollei, I., Schieber, K., de Zwaan, M., Svitak, M. & Martin, A. (2012). Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord*.
- Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D. & Serpe, R.T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr.*, 13(4), 316-322.
- Krebs, G., Turner, C., Heyman, I. & Mataix-Cols, D. (2012). Cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: a case series. *Behav Cogn Psychother.*, 40(4), 452-461.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des

ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. Patients' satisfaction in inpatient rehabilitation. Psychometrical evaluation of the ZUF-8 based on a multicenter sample of different indications. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17(2), 67-79.

Küchenhoff, J. (1984). Dysmorphophobie. *Der Nervenarzt*.

Kupfer, J. (2005). Hautzuf-Fragebogen zur Hautzufriedenheit (2006) In: Kupfer, J., Schmidt S. & Augustin, M.(Hrsg.): *Psychodiagnostische Verfahren für die Dermatologie*, Hogrefe, Göttingen, 119-122.

Kupfer, J. (2002). TAS-26. Toronto-Alexithymie-Skala-26 (Deutsche Version). In: Brähler, E., Schumacher J. & Strauß B.(Hrsg): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie - Beschreibung von 94 Testverfahren der Psychodiagnostik*. Hogrefe, Göttingen, 366-369.

Kupfer, J., Brosig, B. & Brähler, E. (2001) TAS-26: Toronto-Alexithymie-Skala-26 (deutsche Version); Manual. Göttingen: Hogrefe.

Lai, C.S., Lee, S.S., Yeh, Y.C. & Chen, C.S. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung J Med Sci.*, 26(9), 478-482.

Lamprecht, F., Kobelt, A., Künsebeck, H., Grosch, E., & Schmid-Ott, G. (1999). Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 49, 387-391.

Lange, C. & Heuft, G. (2004). GAF – Skalen zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus. In: Strauß, B. & Schumacher, J.(Hrsg): *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Hogrefe, Göttingen, 143-148.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal*, 86, 841–868.

Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2011). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22-28.

Liedtke, R., & Geiser, F. (2001). Veränderungen interpersonaler Probleme während und zwei Jahre nach stationärer Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37, 214-228.

- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F.W, Ferguson, B, Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, Ch., Ono, Y. & Regier, D. A. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration - international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215.
- Mancuso, S.G., Knoesen, N.P. & Castle, D.J. (2010). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 51(2), 177-182.
- Marques, L., LeBlanc, N., Robinaugh, D. , Hilary Weingarden, H., Keshaviah, A. & Wilhelm, S. (2011). Correlates of Quality of Life and Functional Disability in Individuals with Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 52 (3) 245-254.
- McKay, D. (1999). Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behav Modif*, 23, 620–629.
- McKay, D., Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 447–454.
- Mestel, R., Erdmann, A., Schmid, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K., & Hautzinger, M. (2000). 1-3-Jahres-Katamnesen bei 800 depressiven Patienten nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. *Leitlinien zur stationären Psychotherapie–Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen*, 243-273.
- Möller, H.J. (1994). General aspects of predictor research in schizophrenia and depression. In W.Gaebel & P.Ambrosini (Hrsg.): *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia*, 27-36. Wien: Springer.
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Iervolino, A.C., Anson, M., Cherkas, L. & Mataix-Cols, D. (2012). Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive-compulsive symptoms in an adult female community twin sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.*, 159B(4), 376-382.
- Morselli, Enrico (1891). Sulla dismorfofobia e sulla talefobia: due forme non per anco descritte di Pazzia con idee fisse. *Boll R Accad Genova*, 6, 110-119.

- Mottarella, K.E., Philpot, C.L. & Fritzsche, B.A. (2001). Don't take out this appendix! Generalizability of the global assessment of Relational Functioning Scale. *Am J Fam Ther.*, 29, 271-278.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2006). *Obsessive compulsive disorder: Core interventions in the treatment of OCD and BDD*. London: Gaskell and BPS.
- Neumann, A. (2005). *Metakognitionen bei Zwangsstörungen*. Dissertation. Otto-Friedrich-Universität Bamberg. S.21.
- Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias, J.A. (1993a) Body Dysmorphic Disorder: Phenomenology and Case Descriptions, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 27-36.
- Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias, J.A. (1993b). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J. & Yaryura-Tobias, J.A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid Axis II diagnosis, *Journal of Behav Ther*, 27, 67-77.
- Neziroglu, F., Stevens, K.P., McKay, D. & Yaryura-Tobias, J.A. (2001). Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behav Res Ther*, 39, 745-756.
- Nierenberg, A.A., Phillips. K.A., Petersen, T.J., Kelly, 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. *J Affect Disord*, 69, 141-148.
- Oosthuizen, P., Castle, D.J. & Lambert, T. (1998). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatry*, 32, 129-132.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harv Rev Psychiatry*, 9, 254-259.
- Parker J.D., Taylor G.J., Bagby, R.m. (1993). Alexthymia and the recognition of facial expression of emotion. *Psychother Psychosom*, 59 (3-4), 197-202.

Patterson, W.M., Bienvenu, O.J., Chodynicky, M.P., Janniger, C.K. & Schwartz, R.A. (2001). Body Dysmorphic Disorder. *Int J Dermatol*, 40, 688-690.

Peters (1997), Körperdysmorphie Störung. Etymologie. In: *Wörterbuch der Psychiatrie*, Bechtermünz Verlag, S.136.

Pfeifer, Ch. (2012). Physical attractiveness, employment and earnings. *Applied Economics Letters*, 19(6), 505-510

Phillips, K.A. (1986). *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, New York.

Phillips, K.A. (2002b). Pharmacologic Treatment of Body Dysmorphic Disorder: Review of the Evidence and a Recommended Treatment Approach. *CNS Spectr.*, 7(6), 453-460.

Phillips, K.A. (2006). An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol.*, 21(3), 177-179.

Phillips, K.A., Albertini, R.S. & Rasmussen, S.A. (2002a). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59: 381–388.

Phillips, K.A., Albertini, R.S., Siniscalchi, J.M., Khan, A., Robinson, M. (2001b) Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry*, 62(9),721-727.

Phillips, K.A., Atala, K.D. & Pope, H.G. (1995). *Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder*. American Psychiatric Association. 148th Annual Meeting. Miami, FL: New Research Program and Abstracts, 157.

Phillips, K.A., Conroy, M., Dufresne, R.G., Menard, W., Didie, E.R., Hunter-Yates, J., Fay, C. & Pagano M. (2006c). Tanning in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q.*, 77(2), 129-138.

Phillips, K.A. & Diaz, S.F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.*,185(9), 570-577.

Phillips, K.A., Didie, E.R., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., Weisberg, R.B. (2006b): Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res*, 141(3), 305-314.

- Phillips, K.A., Dufresne, R.G., Wilkel, C.S. & Vittorio C.C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*, 42, 436-441.
- Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J. & Albertini, R.S. (2001a). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42, 504–510.
- Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J., Stout, R. & Price, L.H. (2005b). A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 315–321.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronwitz, B. R., DeCaria, C. & Goodman, W. K., (1997b). A Severity Rating Scale for Body Dysmorphic Disorder: Development, Reliability and Validity of a Modified Version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull*, 33, 17-22.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 41(4), 229-236.
- Phillips, K.A. & Menard, W. (2006e). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*, 163, 1280-1282.
- Phillips, K. A., & Menard, W. (2009). A prospective pilot study of levetiracetam for body dysmorphic disorder. *CNS spectrums*, 14(5), 252.
- Phillips, K.A., Menard, W. & Fay, C. (2005a). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317–325.
- Phillips, K.A., Menard, W. & Fay, C. (2006a) Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 47(2), 77-87.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C & Pagano, M.E. (2005c). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 254–260.
- Phillips, K.A. & Najjar, F. (2003). An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*, 64, 715-720.
- Phillips, K.A., Pagano, M.E., Menard, W. & Stout, R.L. (2006d). A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *American Journal of Psychiatry* 163(5), 907– 912.

- Phillips, K.A., Pinto, A., Hart, A.S., Coles, M.E., Eisen, J.L., Menard, W. & Rasmussen, S.A. (2012). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.*, 46(10), 1293-1299.
- Phillips, K.A., Quinn, G. & Stout, R.L. (2008). Functional impairment in body dysmorphic disorder: A prospective, follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (9), 701-707.
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H. & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy in body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *J.Behav.Ther & Exp. Psychiatr.*, 43, 724-729.
- Rommel, A., Tran,U., Walter, T. (2007-2009). Daten aus Psychosomatischem Zentrum Waldviertel Eggenburg (AT) in Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H.; Beltz Test GmbH, Göttingen, IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - deutsche Version, Hogrefe Testsystem 4
- Rich, N., Rosen, J.C., Orosan, P.G. & Reiter, J.T. (1992). *Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Non-clinical Populations*. Presentation at Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877 – 885.
- Rosen, J.C. & Reiter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther*, 34(9), 755 – 766.
- Rosen, J.C., Reiter, J. & Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *"What works for whom?"*, The Guildford press, New York-London, 2.Auflage, Chapter: Research and Practice, S. 16-17.
- Rudolf, G., Jakobsen, Th., Micka, R. & Schumann, E. (2004). Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (50), 37-52.

Rudolf, G. & Henningsen, P. , Kramer, A. (2007). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Thieme, Stuttgart; 6.Auflage, S. 240.

Rufer, M., Hand, I., Braatz, A., Alsleben, H., Fricke, S., & Peter, H. (2004). A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 101-106.

Rutz,W. & Klotz,T. (2007).Gesundheitsverhalten bei Männern - kaum eine Besserung in Sicht. Healthy Lifestyles and Help-Seeking in Males - No Improvement in Sight. *Psychiat. Prax.*, 34, 367 - 369.

Saarijärvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(2), 107-112.

Salzer, S. (2010). *Bedeutung, Erfassung und Veränderung interpersonaler Problemmuster in der Psychotherapieforschung: Eine Untersuchung mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* (Doctoral dissertation, Niedersächsische Staats-und Universitätsbibliothek Göttingen).

Schauenburg, H. (2007). *Stationäre psychodynamisch-psychoanalytische Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme. Psychotherapie im Dialog. 8.Jahrgang, Heft 1/2007, 16 - 20.

Schauenburg, H., Hildenbrand, G. & Koch, U. (2006). *Klinikführer - Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen*. Stuttgart: Schattauer.

Schellberg, D. (1995). In H.Schepank (Hrsg.): *BSS. Der Beeinträchtigungsschwerescore*. Reliabilität der BSS, S.18-20. Göttingen: Beltz Test

Scheidt, C. E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, Strasser, F., Strasser, P. & Wirsching, M. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43(2), 92-101.

Schepank, H. (1995). BSS. Der Beeinträchtigungsschwerescore. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. *Manual und Testmappe*. Göttingen: Beltz Test.

- Schepank, H. (2004). BSS. Der Beeinträchtigungsschwerescore. In: Strauß, B. & Schumacher, J.(Hrsg): *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Hogrefe, Göttingen, S.68-72.
- Schmidt, N. & Harrington, P. (1995). Cognitive-behavioral treatment of body dysmorphic disorder: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(2), 161-167.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, 248-255.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler, E., Schumacher J. & Strauß B. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie- Beschreibung von 94 Testverfahren der Psychodiagnostik*. S.392-396. Hogrefe, Göttingen.
- Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1994). Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. In F.Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?*, 271-283. Frankfurt am Main: VAS-Verlag.
- Schramm, E., van Calker, D., & Berger, M. (2004). Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung-Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie*, 54(02), 65-72.
- Schut, C., Linder, D., Brosig, B., Niemeier, V., Ermler, C., Madejski, K., Saad, S., Gieler, U. & Kupfer, J. (2013). Appraisal of touching behavior, shame and disgust: a cross-cultural-study. *International Journal of Culture and Mental Health*, 6(1), 1-15.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965.
- Semiz, U., Basoglu, C., Cetin, M., Ebrinc, S., Uzun, O. & Ergun, B. (2008). Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma. *Acta Neuropsychiatrica*, 20(1), 33–40.

Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 126(4), 512-529.

Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Stangier, U. (2002) *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung*, Hrsg. Schulte, D., Grawe, Klaus, Hahlweg, K. & Vaitl, D., Hogrefe, Göttingen.

Stangier, U., Janich, C., Adam-Schwebe, S., Berger, P. & Wolter, M. (2003). Screening for Body Dysmorphic Disorder in Dermatological Outpatients. *Dermatol Psychosom*, 4, 66-71.

Stangier, U., Adam-Schwebe, S., Müller, T. & Wolter, M. (2008). Discrimination of facial appearance stimuli in body dymorphic disorder. *J Abnorm Psychol.*, 117(2), 435-443.

Stasch, M. & Cierpka M. (2006). Beziehungsdagnostik mit der GARF-Skala – Ein Plädoyer für die interpersonelle Perspektive nicht nur in der Mehr-Personen-Psychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 11, 56-63.

Strauß, B. (2002). IIP-D. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. (2002) In: Brähler, E., Schumacher J. & Strauß, B. (Hrsg.) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie - Beschreibung von 94 Testverfahren der Psychodiagnostik*. Hogrefe, Göttingen, 206-210.

Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res.*, 55(3), 277-283.

Taylor, G.J., Ryan, D. & Bagby, R.M.(1986). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.

Thess, K. (2010). *Körperdysmorphie Störung oder die Angst hässlich zu sein*, Schattauer GmbH, Stuttgart, 235.-248

Tiggemann, M., & Kuring, J. K. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 299-311.

- Veale, D., De Haro, L. & Lambrou, C. (2003). Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg.*, 56(6), 546-551.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996b). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.*, 169(2), 196-201.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996a). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*, 34, 717–729.
- Veale, D., Ellison, N., Werner, T.G., Dodhia, R., Serfaty, A. & Clarke, A. (2012). Development of a cosmetic procedure screening questionnaire (COPS) for body dysmorphic disorder. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(4), 530-532.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996c). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 34(9), 717-729.
- Veale, D. & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. Wiley Blackwell, 2010.
- Veale D. & Riley S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1381–1393.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wiedersich, A.K. (2010). *Die körperdysmorphe Störung: Das Bild der körperdysmorphen Störung in verschiedenen klinischen Settings*. Diss. Universitätsbibliothek Giessen.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Lohr, B. & Deckersbach, T. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: A case series. *Behav Res Ther*, 37, 71–75.
- Wilhelm, S., Phillips, K.A., Fama, J.M., Greenberg, J.L. & Steketee, G. (2011). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 42, 624-633.

Wilkins, L.P. & White, M.B. (2001): Interrater reliability and concurrent validity of the Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale using a card sort method: A pilot study. *Fam Ther*, 28, 157-170.

Williams, J., Hadjistavropoulos, T. & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther*, 44(1), 99–111.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Frydrich, T., (1997). SKID - I: *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM - VI. Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe - Verlag.

Zeeck, A., Hartmann, A., Küchenhoff, J., Weiss, H., Sammet, I., Gaus, E., Semm, E., Harms, D., Eisenberg, A., Rahm, R. & von Wietersheim, J. (2008). Differenzielle Indikationsstellung stationärer und tagesklinischer Psychotherapie: die DINSTAP-Studie. *Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 59(09/10), 354-363.

Zeeck, A., Scheidt, C.E., Hartmann, A. & Wirsching, M. (2003). Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut* 48, 420–425.

Anhang

Anhang A: Anschreiben, Einverständniserklärung, Fragebögen, Zusätzliche Daten

- A1 Anschreiben
- A2 Einverständniserklärung
- A3 IIP-C
- A4 SCL-90-R
- A5 BSS
- A6 GAF
- A7 HADS
- A8 TAS-20
- A9 HautZuf
- A10 ZUF-8
- A11 Patientenangaben
- A12 Fremdeinschätzung/-erhebung
- A13 Halbstandardisiertes Interview

Anhang B Ergänzende Tabellen

A1 Anschreiben

Liebe/r

Sie waren vor einiger Zeit in unserer Klinik in stationärer Behandlung. Wir möchten Sie gerne noch einmal ansprechen, da wir die langfristigen Ergebnisse Ihrer Behandlung und Ihren persönlichen Umgang mit Ihrer Erkrankung erfassen wollen.

Dies ist für die weitere Versorgung von Menschen mit körperdysmorpher Störung sehr wichtig und soll helfen weitere Erkenntnisse über dieses Erkrankungsbild zu erlangen. Wir bitten Sie daher in den Ihnen vorliegenden Fragebögen um einige Angaben.

Die Fragebögen beziehen sich unter anderem auf Ihre Erfahrungen und Ihre Zufriedenheit mit der bei uns durchgeführten Behandlung, Ihre momentane körperliche und seelische Verfassung, Ihre Einschätzung zum Umgang mit Anderen sowie weitere Themen aus verschiedenen Lebensbereichen.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Jedoch leisten Sie durch die Bearbeitung der Fragen einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung des Therapieangebotes für Betroffene. Sofern Sie nicht an der klinischen Studie teilnehmen oder später aus ihr ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Selbstverständlich werden die Angaben streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte geben Sie die ausgefüllten Fragebögen in den beiliegenden Umschlag und senden Sie diesen an uns zurück.

Wir bedanken uns für die Mitarbeit und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Uwe Gieler
Leitender Oberarzt und Stellvertretender
Direktor der Psychosomatischen Klinik Giessen

Mirjam Handrack
Studienleiterin -Doktorandin

Liebe/r....

Sie waren vor einiger Zeit in unserer Klinik in stationärer Behandlung. Wir möchten Sie nun gerne noch einmal ansprechen, da wir die langfristigen Ergebnisse Ihrer Behandlung und Ihren persönlichen Umgang mit Ihrer Erkrankung erfassen wollen.

Dies ist für die weitere Versorgung von Menschen mit körperdysmorpher Störung sehr wichtig und soll helfen weitere Erkenntnisse über dieses Erkrankungsbild zu erlangen.

Neben einem persönlichen Gespräch bitten wir Sie in Fragebögen um einige Angaben. Das Interview sowie die Fragebögen beziehen sich unter anderem auf Ihre Erfahrungen und Ihre Zufriedenheit mit der bei uns durchgeführten Behandlung, Ihre momentane körperliche und seelische Verfassung, Ihre Einschätzung zum Umgang mit Anderen sowie weitere Themen aus verschiedenen Lebensbereichen.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Jedoch leisten Sie durch die Bearbeitung der Fragen einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung des Therapieangebotes für Betroffene. Sofern Sie nicht an der klinischen Studie teilnehmen oder später aus ihr ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Selbstverständlich werden die Angaben streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bedanken uns für die Mitarbeit

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Uwe Gieler
Leitender Oberarzt und Stellvertretender
Direktor der Psychosomatischen Klinik Giessen

Mirjam Handrack
Studienleiterin -Doktorandin

A2 Einverständniserklärung

Liebe Probandin, lieber Proband,

wir möchten Sie als freiwilligen Teilnehmer/in für eine wissenschaftliche Untersuchung zum Thema „körperdysmorphe Störung“ gewinnen.

Die Studie läuft im Rahmen einer Doktorarbeit. Sie soll helfen, Veränderungen bzw. Verbesserungen der Behandlung dieser Erkrankung, die mit einer Störung der Wahrnehmung des Körpers und Gesichts einhergeht, hervorzubringen. Die Studie wird ohne Unterstützung einer Firma oder sonstigen Trägers unter der Leitung von Prof. Dr. med. Gieler der Universität Giessen durchgeführt.

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Ihr Einverständnis kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, dann werden sämtliche Daten vernichtet. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Betreuung.

Alle Personen, die Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind dem Datengeheimnis verpflichtet. Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode, evtl. mit Angabe des Geburtsjahres.

Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten über Sie erhoben. Die Speicherung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahm an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung bearbeitet werden.

.....
Ort, Datum

.....
Name der/des Probandin/en

.....
Studienleitung

Einwilligungserklärung

Inhalte, Vorgehensweise, Risiken und Ziele dies oben genannten Forschungsprojektes, sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten wurden mir ausreichend erklärt. Ich hatte die Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an der Studie zu entscheiden. Ich willige in die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ein.

.....
Ort, Datum

.....
Name der/des Probandin/en

.....
Studienleitung

Liebe Probandin, lieber Proband

wir möchten Sie als freiwilligen Teilnehmer/in für eine wissenschaftliche Untersuchung zum Thema „körperdysmorphe Störung“ gewinnen.

Die Studie läuft im Rahmen einer Doktorarbeit. Sie soll helfen, Veränderungen bzw. Verbesserungen der Behandlung dieser Erkrankung, die mit einer Störung der Wahrnehmung des Körpers und Gesichts einhergeht, hervorzubringen. Die Studie wird ohne Unterstützung einer Firma oder sonstigen Trägers unter der Leitung von Prof. Dr. med. Gieler der Universität Giessen durchgeführt.

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Ihr Einverständnis kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, dann werden sämtliche Daten vernichtet. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Betreuung.

Alle Personen, die Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind dem Datengeheimnis verpflichtet. Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode, evtl. mit Angabe des Geburtsjahres.

Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten über Sie erhoben. Die Speicherung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahm an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung bearbeitet werden.

.....
Ort, Datum

.....
Name der/des Probandin/en

A3 IIP-C

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie für jedes Problem das an, was beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit Anderen schwierig sein.
Es fällt mir schwer...

	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen.					
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen.					
3. mich Gruppen anzuschließen.					
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten.					
5. andere wissen zu lassen, was ich will.					
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll.					
7. mich fremden Menschen vorzustellen.					
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren.					
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten.					
10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin.					
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber jemand anderem einzugehen.					
12. jemandem gegenüber die „Chefrolle“ einzunehmen.					
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert					
14. mit anderen etwas unternehmen.					
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen.					
16. mit anderen zurechtzukommen.					
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen.					
18. meine Gefühle gegenüber anderen frei heraus zu äußern.					
19. wenn nötig, standfest zu sein.					
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden empfinden.					
21. anderen Grenzen zu setzen.					
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen unterstützen.					
23. mich anderen nahe fühlen.					
24. mich wirklich um die Probleme anderer kümmern.					
25. mich mit jemand anderem streiten.					
26. alleine sein.					
27. jemandem ein Geschenk machen.					
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger gestatten, die ich mag.					
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen stellen.					
30. mich aus den Angelegenheiten anderer heraushalten.					
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind.					
32. mich über das Glück eines Anderen zu freuen.					
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen.					
34. mich über andere zu ärgern.					

Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit Anderen schwierig sein.	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
Es fällt mir schwer...					
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen.					
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war.					
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist.					
38. fest und bestimmt bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle andere verletze					
39. selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin.					
Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
40. Ich streite mich zuviel mit anderen.					
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich.					
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden.					
43. Ich öffne mich anderen zu sehr.					
44. Ich bin zu unabhängig.					
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv.					
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen.					
47. Ich spiele zu oft den Clown.					
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden.					
49. Ich vertraue andren zu leicht.					
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.					
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen.					
52. Ich versuche zu sehr, andere zu ändern.					
53. Ich bin zu leichtgläubig.					
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig.					
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst.					
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch.					
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will.					
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge.					
59. Ich streite mich zu oft mit anderen.					
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz.					
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen.					
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen.					
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich sehr.					
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.					

A5 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beeinträchtigung für: letzte 7 Tage	Punkte (0-4)	Skalierung	Beeinträchtigung für: letzte 12 Monate	Punkte (0-4)
Körperlich		0 = gar nicht	Körperlich	
Psychisch		1 = geringfügig	Psychisch	
Sozialkommunikativ		2 = deutlich	Sozialkommunikativ	
		3 = stark		
		4 = extrem		

A6 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

1. Die letzten 7 Tage _____
2. Der höchste GAF = beste Woche _____
(über mindestens 7 Tage) während
des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn

Skalierung (Zwischenstufen möglich):

- 100-91 = Hervorragende Leistungsfähigkeit
- 90-81 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80-71 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
- 70-61 = Leichte Beeinträchtigung
- 60-51 = Mäßig ausgeprägte Störung
- 50-41 = Ernsthafte Beeinträchtigung
- 40-31 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30-21 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 10-1 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
- 0 = unzureichende Information

A7 HADS-D

Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf.

<p>1. Ich fühle mich oft angespannt oder überreizt</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> Oft <input type="radio"/> Von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="radio"/> Überhaupt nicht 	<p>8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fast immer <input type="radio"/> Sehr oft <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> Überhaupt nicht
<p>2. Ich kann mich heute noch genauso freuen wie früher</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ganz genau so <input type="radio"/> Nicht ganz so sehr <input type="radio"/> Nur noch ein wenig <input type="radio"/> Kaum oder gar nicht 	<p>9. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Überhaupt nicht <input type="radio"/> Gelegentlich <input type="radio"/> Ziemlich oft <input type="radio"/> Sehr oft
<p>3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas schreckliches passieren könnte</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, sehr stark <input type="radio"/> Ja, aber nicht allzu stark <input type="radio"/> Etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="radio"/> Überhaupt nicht 	<p>10. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, stimmt genau <input type="radio"/> Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="radio"/> Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="radio"/> Ich kümmere mich soviel darum wie immer
<p>4. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, so viel wie immer <input type="radio"/> Nicht mehr ganz so viel <input type="radio"/> Inzwischen viel weniger <input type="radio"/> Überhaupt nicht 	<p>11. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, tatsächlich sehr <input type="radio"/> Ziemlich <input type="radio"/> Nicht sehr <input type="radio"/> Überhaupt nicht
<p>5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Einen Großteil der Zeit <input type="radio"/> Verhältnismäßig oft <input type="radio"/> Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="radio"/> Nur gelegentlich/nie 	<p>12. Ich blicke mit Freude in die Zukunft</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, sehr <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Viel weniger als früher <input type="radio"/> Kaum bis gar nicht
<p>6. Ich fühle mich glücklich</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Überhaupt nicht <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> Meistens 	<p>13. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, tatsächlich sehr oft <input type="radio"/> Ziemlich oft <input type="radio"/> Nicht sehr oft <input type="radio"/> Überhaupt nicht
<p>7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, natürlich <input type="radio"/> Gewöhnlich schon <input type="radio"/> Nicht oft <input type="radio"/> Überhaupt nicht 	<p>14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oft <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> Eher selten <input type="radio"/> Sehr selten

A8 TAS-20

Abschließend geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte nur diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft:

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu und teils nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe	1	2	3	4	5
Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden	1	2	3	4	5
Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht richtig verstehen	1	2	3	4	5
Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben	1	2	3	4	5
Ich gehe Problemen lieber auf den Grund als sie nur zu beschreiben	1	2	3	4	5
Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiss ich oft nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin	1	2	3	4	5
Ich bin oft über Vorgänge in meinem Körper verwirrt	1	2	3	4	5
Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie gerade passieren	1	2	3	4	5
Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen	1	2	3	4	5
Sich mit Gefühlen zu beschäftigen finde ich sehr wichtig	1	2	3	4	5
Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde	1	2	3	4	5
Andere fordern mich auf meine Gefühle zu beschreiben	1	2	3	4	5
Ich weiss nicht, was in mir vorgeht	1	2	3	4	5
Ich weiss oft nicht, warum ich wütend bin	1	2	3	4	5
Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gern über Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen	1	2	3	4	5
Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an	1	2	3	4	5
Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen	1	2	3	4	5
Ich kann mich anderen in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen	1	2	3	4	5
Ich finde, dass das Mir-Klarwerden über meine Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss	1	2	3	4	5
Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken	1	2	3	4	5

A10 ZUF-8

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen
 - Ausgezeichnet
 - Gut
 - Weniger gut
 - Schlecht

2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?
 - Eindeutig nicht
 - Eigentlich nicht
 - Im Allgemeinen ja
 - Eindeutig ja

3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?
 - Sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen
 - Sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen
 - Sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen
 - Sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

4. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigt?
 - Eindeutig nicht
 - Ich glaube nicht
 - Ich glaube ja
 - Eindeutig ja

5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie erhalten haben?
 - Ziemlich unzufrieden
 - Weitgehend zufrieden
 - Leidlich oder leicht unzufrieden
 - Ziemlich unzufrieden

6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?
 - Ja, sie half eine ganze Menge
 - Ja, sie half etwas
 - Nein, sie half eigentlich nicht
 - Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?
 - Sehr unzufrieden
 - Weitgehend zufrieden
 - Leidlich oder leicht unzufrieden
 - Ziemlich unzufrieden

8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?
 - Eindeutig nicht
 - Ich glaube nicht
 - Ich glaube ja
 - Eindeutig ja

A11 Patientenangaben

Bei Aufnahme

Geschlecht: weiblich/männlich

Nationalität:

Familienstand:

Haben Sie einen festen Partner?

Wieviel Kinder haben Sie?

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Welchen höchstens Berufsabschluss haben Sie?

Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

Sind sie derzeit arbeitsunfähig?

Zum Katamnesezeitpunkt

Wie geht es Ihnen, seit Beendigung des stationären Aufenthalts in unserer Klinik, im Vergleich zum Zeitpunkt vor Behandlungsbeginn ?

- Sehr viel besser
- Besser
- Kaum besser
- Schlechter
- Sehr viel schlechter

Waren Sie im Anschluss an Ihre Behandlung in unserer Klinik in weiterer ambulanter oder stationärer Behandlung? Ja/Nein

Waren Sie seit Abschluss der Behandlung in unserer Klinik mit außergewöhnlichen Belastungen in z.B. Familie, Beruf, Partnerschaft konfrontiert?

Ja/Nein

Mit welchen?

A13 Interviewfragen zur körperdysmorphen Störung

1. Fühlen Sie sich in ihrem täglichen Leben (Beruf, Freizeit, zu Hause) aufgrund ihres Aussehens eingeschränkt? In welchen Situationen? Welche Folgen hat das für Sie?
2. Vermeiden Sie bestimmte Situationen aufgrund Ihres Aussehens?
3. Wie viel Zeit verwenden Sie mit Gedanken an Ihr Aussehen am Tag? Wie häufig beziehungsweise wie lange stehen Sie am Tag vor dem Spiegel?
Wie viel Zeit verbringen Sie mit auf Ihr Aussehen bezogenen Handlungen oder Vermeidungsverhalten (z.B. Überprüfen des Aussehens in Spiegeln/spiegelnden Oberflächen, oder Vermeiden von Spiegeln, exzessive Körperpflege)? Wie sieht dieses Verhalten aus? Vergleichen Sie Ihr Aussehen häufig mit dem anderer?
4. Seit wann beschäftigen Sie sich mit diesen Beschwerden?
5. Gibt es für Sie eine Erklärung für ihre Beschwerden?
6. Gibt es für Sie eine auslösende Situation für ihre Beschwerden?
7. Wie war ihre Kindheit? Haben Sie als Kind Hänseleien erfahren? Spielte Aussehen in ihrem Elternhaus eine wichtige Rolle?
8. Haben Sie in Ihrer Familie zwanghaftes Verhalten erfahren?
9. Gab es Berührungen in der Kindheit? Wie war der Körperkontakt während der Kindheit?
10. Haben Sie sich zurückgewiesen oder vernachlässigt gefühlt?
11. Wie ist das Verhältnis zu ihren Familienangehörigen?
12. Haben Sie die Erfahrung von Missbrauch gemacht?
13. Wie viele enge Freunde haben Sie?
14. Leben Sie in einer Partnerschaft ?
15. Gibt es jemandem mit dem Sie über Ihr Problem reden können?
16. Hat Ihnen die Therapie geholfen? Was am meisten? Was hat sich verändert?
17. Beschäftigen Sie sich genauso intensiv wie zuvor mit ihrem Aussehen? Fühlen Sie sich weniger beeinträchtigt als früher?
18. Waren Sie aufgrund Ihres Problems schon mal in der kosmetischen Chirurgie/Dermatologie vorstellig bzw. haben sich behandeln lassen?
19. Konsumieren Sie übermäßig Alkohol oder andere Drogen aufgrund der KDS?
20. Haben Sie schon mal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, weil Sie Teile Ihrer körperlichen Erscheinung hässlich finden? Haben Sie schon mal versucht, sich das Leben zu nehmen, weil Sie Teile Ihrer körperlichen Erscheinung hässlich finden?

B Ergänzende Tabellen

Tabelle 5.4.1 *Zusätzliche Fragen (Zeitpunkt A)*

		Gesamt	K	NK	Chi ² -Quadrat-Test	Chi ² nach Pearson	df	Asymptomatische Signifikanz (2-seitig)
Motivation zur Therapie	Sehr motiviert	10	8	2		7,563	3	0,080
	Motiviert	15	9	6				
	Etwas motiviert	3	0	3				
	Kaum motiviert	1	0	1				
	Nicht motiviert	0	0	0				
N(Ges.)=29 N(K)=17 N(NK)=12								
Ambulante psych. Vorbehandlung direkt vor Therapie	Ja	11	7	4		,184	1	,668
	Nein	18	10	8				
N(Ges.) =29 N(K)=17 N(NK)=12								
Ambulante psych. Vorbehandlung irgendwann	Ja	6	3	3		0,711	2	0,701
	Nein	23	14	9				
N(Ges.) =29 N(K)=17 N(NK)=12								
Medikation bei Aufnahme (NL, Psychopharmaka)	Ja	9	5	4		0,35	2	0,983
	Bei Bedarf	4	2	2				
	Nein	15	8	7				
N(Ges.) =28 N(K)=15 N(NK)=13								
Stationäre Behandlung zuvor	Ja	13	5	8		2,425	1	0,119
	Nein	18	12	6				
N(Ges.) =31 N(K)=17 N(NK)=14								

Anhang

Tabelle 5.4.2 Dauer der stationären Vorbehandlung

		M	SD	T-Test Annahme LeveneTest: Varianzen gleich	T	df	Sig. (2- seitig)	Mittlere Differenz	SE der Differenz
Dauer der stationären Vorbehandlung in Monaten	Ges. (N=31)	3,29	6,6443		0,642	29	0,526	1,5546	2,4218
	K (N=17)	2,5888	6,0421						
	NK (N=14)	4,143	7,4509						

Tabelle 5.11.1 Zusätzliche Fragen (Zeitpunkt B)

		Gesamt	K	NK	Chi ² - Quadrat- Test	Chi ² nach Pearson	df	Asympto- matische Signifikanz (2-seitig)
Einschätzung durch den Therapeuten: Psychisches Befinden	Deutlich besser	12	8	4		6,222	2	0,045
	Etwas besser	12	8	4				
	unverändert	4	0	4				
	Etwas schlechter	0	0	0				
	Deutlich schlechter	0	0	0				
N(Ges.)=28 N(K)=16 N(NK)=12								
Einschätzung durch den Therapeuten: Körperliches Befinden	Deutlich besser	7	5	2		3,111	2	0,211
	Etwas besser	12	8	4				
	unverändert	9	3	6				
	Etwas schlechter	0	0	0				
	Deutlich schlechter	0	0	0				
Einschätzung durch den Therapeuten: Soziale und Beziehungssituation	Deutlich besser	3	3	0		2,864	2	0,239
	Etwas besser	14	8	6				
	unverändert	11	5	6				
	Etwas schlechter	0	0	0				
	Deutlich schlechter	0	0	0				
Therapieende	regulär	23	16	7		6,911	2	0,032
	Vorzeitig durch Patient	5	1	4				
	Vorzeitig durch Arzt und Patient	2	0	2				
N(Ges.)=30 N(K)=17 N(NK)=13								
Medikation bei Entlassung	Ja	11	6	5		,236	2	,889
	Bei Bedarf	2	1	1				
	Nein	16	10	6				
N(Ges.)=29 N(K)=17 N(NK)=12								
Motivation zur empfohlenen Therapie	Sehr motiviert	8	5	3		8,328	4	0,080
	Motiviert	8	5	3				
	Etwas motiviert	2	0	2				
	Kaum motiviert	2	0	2				
	Nicht motiviert	1	1	0				
N(Ges.)=26 N(K)=16 N(NK)=10								

Anhang

Tabelle 5.14.1 *Zusätzliche Fragen (Zeitpunkt C)*

		Anzahl der Patienten aus der Katamnese-Gruppe
Befinden nach Therapie im Vgl. zu vorher (N=20)	Sehr viel besser	3
	besser	12
	Kaum besser	2
	schlechter	3
	Sehr viel schlechter	0
Durchgeführte Therapie nach stationärem Aufenthalt (N=20)	Ja	17
	Nein	3
Aktuelle Therapie? (N=19)	Ja	9
	Nein	10
Außergewöhnliche psychische Belastung (N=19)	Ja	14
	Nein	5

Tabelle 6.3.7 *Veränderungen Poststationär-Katamnese*

<i>Mittelwert B</i>	<i>Mittelwert C</i>	<i>Signifikanz der Veränderung von B nach C</i>	<i>Effektstärke</i>
IIP-Ges B: 1,43	IIP-Ges C: 1,41	0,85	IIP-Gesamt: 0,03
GSI B: 0,79	GSI C: 0,87	0,56	GSI: -0,15
HADS-Ä B: 9,40 HADS-D B: 8,70	HADS-Ä C: 8,00 HADS-D C: 7,75	0,21 0,56	HADS-Ä: 0,4 HADS-D: 0,18
TAS-20 Ges B: 2,36	TAS-20 Ges C: 2,27	0,50	TAS-20 Gesamt: 0,16
HautZufSchamB: 2,53	HautZufScham C: 2,56	0,81	HautZufScham: -0,05
HautZufEkel B: 2,00	HautZufEkel C: 1,93	0,63	HautZufEkel: 0,08

*IIP-Ges*N=18; GSI*N=19; HADS-Ä/D*N=10; TAS-20*N=11; HautZufScham*N=8; HautZufEkel*N=7*

10 Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

11 Danksagung

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Uwe Gieler für seine konstruktive, kompetente, freundliche und unterstützende Betreuung.

Außerdem danke ich Herrn Dr. biol. hom. Dipl. Psych. Jörg Kupfer für die große Hilfe und Beratung hinsichtlich statistischer Fragen.

Ich danke den Patienten, ohne deren Beteiligung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ein großer Dank geht an meine Familie und Freunde, insbesondere meine Eltern und Domi, die über die ganze Zeit geduldige Zuhörer, Motivatoren und Ratgeber gewesen sind, und alle auf ihre Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.