

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar**

Psychische Störungen bei Patienten mit ästhetisch-plastischen Operationen

Insa Methfessel

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender:	Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier
Prüfer der Dissertation:	1. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl
	2. Priv.-Doz. Dr. L. Kovacs-Hintz

Die Dissertation wurde am 21.01.2009 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 22.07.2009 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Allgemeiner Teil	6
2.1 Epidemiologie psychischer Störungen	6
2.2 Krankheitsbilder	7
2.3 Berücksichtigte Operationen	14
2.4 Entwicklung des strukturierten klinischen Interviews zum DSM-IV	16
2.5 Stand der Literatur	16
3. Fragestellung und Ziel der Arbeit	18
4. Methoden	20
4.1 Beschreibung der Stichprobe	20
4.2 Datenerhebung	20
5. Ergebnisse	24
5.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe	24
5.2 Prävalenz psychischer Störungen	28
5.3 Verschiedene psychische Störungen und ihre Häufigkeit bei den untersuchten Patienten	34
6. Diskussion	46
6.1 Prävalenz psychischer Störungen in der untersuchten Stichprobe	46
6.2 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit	54
7. Zusammenfassung	58
8. Literatur	61
9. Danksagung	65
10. Anhang: Fragebögen	66

Abkürzungen

BMI	Body-Mass-Index
BDD	Body Dysmorphic Disorder
BDD-DM	Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module
BDI	Beck Depressions Inventar
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
GHS	German Health Survey
ICD	International Classification of Disorders
KDS	Körperdysmorphie Störung
OCD	Obsessive-compulsive Disorder (=Zwangsstörung)
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
YBOCS	Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht, wie häufig psychische Erkrankungen bei Patienten sind, die ästhetisch-plastische Operationen vornehmen lassen. Einer der Ersten, der sich mit diesem Thema befasste war Milton Edgerton, der 1975 in den USA einen Artikel mit dem Titel „Die Verpflichtungen des plastischen Chirurgen dem emotional gestörten Patienten gegenüber“ (45, Übersetzung durch die Verfasserin) veröffentlichte. Seitdem wurde dieses Thema in mehreren Studien bearbeitet. Bis jetzt liegen jedoch keine mit zeitgemäßen validierten psychiatrischen Diagnose-Instrumenten durchgeführten Studien vor, die Rückschlüsse auf die psychische Gesundheit dieses Patientenklintels erlauben könnten.

Kosmetische Chirurgie ist laut American Medical Association definiert als Chirurgie, die angewendet wird, um normale Strukturen des Körpers zu verändern mit dem Ziel, die Erscheinung und das Selbstgefühl des Patienten zu verbessern (30). Rekonstruktive oder Wiederherstellungschirurgie hat dagegen zum Ziel, an abnormalen Strukturen des Körpers, bedingt durch angeborene Defekte, Verletzungen, Infektionen, Tumoren etc. die normale Funktion des Körpers wiederherzustellen oder auch, sich an ein normales Erscheinungsbild wieder anzunähern (30).

Diese Feststellung über die Ziele kosmetischer oder ästhetisch-plastischer Chirurgie impliziert, dass einer der Wünsche von Patienten an ihre Operation neben der Verbesserung ihrer äußeren Erscheinung eben auch der Wunsch nach Verbesserung ihres Selbstwertgefühls durch die Verbesserung ihrer äußeren Erscheinung ist. Grossbart und Sarwer suggerieren sogar, dass psychosoziale Auswirkungen der zentrale Punkt bei der Frage nach ästhetisch-plastischen Operationen seien: „Wenn diese Verfahren nicht zu Verbesserungen in Körperbild, Selbstwertgefühl und Lebensqualität führen, was ist dann ihr Zweck?“ (14, Übersetzung durch die Verfasserin). Auch Pruzinsky et al. stellen die Linderung psychischen Leides in den Mittelpunkt ästhetisch-chirurgischen Handelns (28, S. 4).

Dabei ist es laut Adamson und Kraus (1) für das Maß an Beeinträchtigung nicht entscheidend, dass der „Defekt“, über den der Patient klagt, besonders hervorstechend ist, da „der Grad psychologischer Beeinträchtigung, den der Patient fühlt, keine direkte Beziehung zu der Schwere der Deformität (...)“ haben muss (1, Übersetzung durch die Verfasserin). Auch Pruzinsky et al. stellen fest, dass „eine Deformität zu haben, egal

ob echt oder eingebildet, großen emotionalen Stress hervorruft (...)“ (28, Übersetzung durch die Verfasserin).

Ebenso wenig müsse der Grad an Zufriedenheit, den ein Patient aus der chirurgischen Veränderung schöpft, nicht in direkter Korrelation mit der objektiven Qualität des chirurgischen Ergebnisses stehen (1). Weil also die Verbesserung der psychischen Lebensumstände der Patienten ein erklärtes Ziel ästhetisch-plastischer Chirurgie ist, ist es notwendig, etwas über diese Lebensumstände und die psychische Gesundheit der Patienten im Vorfeld ihrer Operation zu erfahren. Prospektive Untersuchungen zu diesem Thema sind bisher allerdings selten (35).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, mit dem SKID-I (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse 1: psychische Störungen, Wittchen et al 1997) die Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen bei Patienten mit plastischen Operationen zu bestimmen. Hierzu wurden 220 Patienten der Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München untersucht.

2. Allgemeiner Teil

2.1 Epidemiologie psychischer Störungen

In den Jahren 1998, 1999 und 2000 hat es einige größer angelegte Studien zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen in Europa gegeben. Da war zunächst 1998 die niederländische NEMESIS-Studie (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) (3), eine prospektive Studie an der niederländischen Bevölkerung, in die 7076 Personen zwischen 18 und 64 Jahren eingeschleust wurden und mit dem von der Weltgesundheitsorganisation WHO entwickelten CIDI (Composite International Diagnostic Interview) auf affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Psychosen und Substanzmissbrauch untersucht wurden. Diese Störungen wurden jeweils getrennt nach Lebenszeit-, 12-Monats und 4-Wochenprävalenz erfasst.

1999 veröffentlichten Wittchen et al. erste Ergebnisse zur psychischen Morbidität in der deutschen Allgemeinbevölkerung aus dem German Health Survey (GHS) (42). Hierbei wurden 4181 Personen zwischen 18 und 65 Jahren mit dem computergestützten Dia-X-M-CIDI untersucht, einer leicht abgewandelten Version des CIDI. Hierbei wurden zunächst nur derzeitige Diagnosen veröffentlicht (42). 2004 wurden aus derselben Studie, dem GHS, noch die Lifetime- und 12-Monatsprävalenzen veröffentlicht (19).

Die TACOS-Studie aus dem Jahr 2000 (23), hervorgegangen aus dem Projekt „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“, beschreibt die „Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung“. Sie untersucht 4075 Personen einer zu 70% ausgeschöpften norddeutschen Einwohnermeldeamtstichprobe im Alter von 18-64 Jahren, ebenfalls mit dem M-CIDI.

In der folgenden Tabelle sind die oben erwähnten Studien mit ihren Ergebnissen stichwortartig zusammengestellt:

Studienname	NEMESIS	Bundesgesundheits-survey (GHS)	Bundesgesundheits-survey (GHS)	TACOS
Jahr	1998	1999	2004	2000
n=	7076	4181	4181	4075
Instrument	CIDI	DIA-X-M-CIDI	DIA-X-M-CIDI	M-CIDI
untersuchter Zeitraum	Lifetime, 4-Wochen, Einjahresprävalenz	4-Wochen	Lifetime, Einjahresprävalenz	Lifetime
Häufigkeit v. Störungen in %	42,5 (lifetime), 23,5 (12-month), 15,9 (1-month)	17,2 (1-month)	42,6 (lifetime), 31 (12-month), 20 (1-month)	45,5 (lifetime)
Affektive Störungen	19,0 (lifetime), 3,9 (1-month)	6,3	18,6 (lifetime)	12,3
Essstörungen	0,7 (lifetime)	nicht untersucht	0,8 (lifetime)	0,7
Angststörungen	19,3 (lifetime), 9,7 (1-month)	9,0	14,5 (12-month)	15,1
Somatoforme Störungen	nicht untersucht	7,5	16,2 (lifetime)	12,9
Substanzmißbrauch	18,7 (lifetime)	nicht untersucht	9,9 (lifetime)	25,8
Psychotische Störungen	0,4 (lifetime)	nicht untersucht	nicht untersucht	nicht untersucht

Tab. 1: Übersicht über einige epidemiologische Studien

2.2 Krankheitsbilder

In der vorliegenden Arbeit wurden verbreitete psychische Störungen berücksichtigt. Persönlichkeitsstörungen, sexuelle Störungen und Schlafstörungen wurden ausgeklammert, Entwicklungsstörungen aufgrund des Alters der untersuchten Patienten über 16 Jahren nicht berücksichtigt. Im Folgenden wird auf diejenigen Erkrankungen, die in die vorliegende Untersuchung Eingang gefunden haben, kurz eingegangen.

2.2.1 Affektive Störungen

Zu den affektiven Störungen werden Erkrankungen mit manischer und depressiver Stimmungslage gerechnet. Die gängigen Klassifikationssysteme DSM und ICD-10 unterscheiden hier zwischen unipolaren Störungen und bipolaren Störungen, wobei bei

den bipolaren Störungen entweder nur manische oder manische und depressive Phasen auftreten können. Als unipolare affektive Störung bezeichnet man eine Erkrankung, bei der nur depressive Episoden vorkommen.

Affektive Störungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Insgesamt wird die Prävalenzrate für affektive Störungen in Deutschland mit 6,3% angegeben. 4,75% der bundesdeutschen Männer und 7,82% der Frauen leiden laut einer bundesweiten Untersuchung an einer zum Untersuchungszeitpunkt aktiven affektiven Störung (42). Die Lebenszeitprävalenz in Deutschland beträgt nach der TACOS-Studie 12,3% (23) bzw. im GHS 18,6% (19) und in Holland (NEMESIS-Studie) 19,0% (3).

Die häufigste unipolare affektive Störung ist die Major Depression. Sie tritt bei Frauen häufiger auf als bei Männern und rezidiert häufig im Verlauf des Lebens (5, S.254). Eine Major Depression Episode ist gekennzeichnet durch das Auftreten von mindestens fünf der folgenden neun Symptome während eines Zeitraumes von mindestens zwei Wochen: Depressive Verstimmung, erheblicher Verlust von Interesse und Freude an Aktivitäten, erheblicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme, Schlaflosigkeit oder größeres Schlafbedürfnis, für andere beobachtbare psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Erschöpfung oder Energieverlust, Gefühl von Wertlosigkeit, verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit, wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizidgedanken (37, S.406). Diese Symptome müssen so gravierend sein, dass sie den Betroffenen im täglichen Leben beeinträchtigen.

Während einer manischen Episode dagegen ist der Betroffene über einen Zeitraum von mindestens einer Woche entweder gehobener oder reizbarer Stimmung. Mindestens drei der folgenden sieben Kriterien müssen erfüllt sein: Übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen, vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerte Gesprächigkeit, Ideenflucht oder Gedankenjagen, leichte Ablenkbarkeit, Zunahme zielgerichteter Aktivitäten (z.B. bei Hobbies, in der Arbeit), unreflektierte Zügellosigkeit (z.B. Großeinkäufe, sexuelle Überreaktionen, Fahrlässigkeit beim Autofahren). Ist die Episode schwer genug, um deutliche soziale Beeinträchtigung zu bedingen, einen Klinikaufenthalt notwendig zu machen oder mit psychotischen Symptomen einherzugehen, ist das Vollbild einer manischen Episode erreicht, ansonsten spricht man von einer Hypomanen Störung. (37, S. 412)

Man geht davon aus, dass es bei Patienten mit rezidivierenden manischen Episoden immer wieder auch Abweichungen der Stimmungslage in Richtung einer depressiven Verstimmung gibt, daher spricht man hier von einer bipolaren Störung.

2.2.2 Störungen im Zusammenhang mit Substanzmißbrauch

Unter diesem Krankheitsbild werden alle Erkrankungen mit Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zusammengefasst, wobei Substanzmissbrauch sich durch „unangepassten“ Gebrauch der psychotropen Substanz definiert, der entweder zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Pflichten führt oder bei dem es aufgrund des Substanzkonsums zu einer körperlichen Gefährdung des Konsumenten kommt, z.B. wenn er alkoholisiert Auto fährt. Auch wiederholte Probleme mit dem Gesetz oder mit Familienangehörigen oder dem sonstigen sozialen Umfeld aufgrund des Substanzgebrauches werden als diagnostisches Kriterium gewertet. Substanzabhängigkeit definiert sich darüber hinaus durch Toleranzentwicklung und Entzugssymptome sowie durch erfolglose Versuche, den Konsum einzuschränken oder das Aufgeben sozialer oder beruflicher Aktivitäten. „Das Hauptmerkmal der Substanzabhängigkeit ist ein Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass das Individuum den Substanzgebrauch trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt.“ (37, S.233).

Besonders weit verbreitet sind Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. Nelson et al. beschreiben bei 3021 untersuchten Münchner Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 24 Jahren Lebenszeitprävalenzraten von 10,0% bei Männern und 2,5% bei Frauen für Alkoholabhängigkeit (24). Meyer et al. fanden bei 4075 untersuchten 18-64jährigen in Norddeutschland sogar eine Lebenszeitprävalenz von 25,8% (22).

2.2.3 Angststörungen

Die Hauptmerkmale dieser sehr heterogenen Gruppe von Erkrankungen sind Angstsymptome und Vermeidungsverhalten. Dabei ist die Angstreaktion dem Auslöser gegenüber nicht mehr angemessen bzw. überdauert die Situation. Bei der Panikstörung, den Phobischen Störungen und der Generalisierten Angststörung überwiegt die Angst als Symptom, bei der Panikstörung mit Agoraphobie tritt auch Vermeidungsverhalten

auf. Bei der Zwangsstörung wird die Angst durch den Versuch ausgelöst, den Zwangsgedanken oder –handlungen Widerstand zu leisten. (37, S. 480)

Die Angststörungen stellen in der Allgemeinbevölkerung die häufigste Gruppe psychischer Störungen dar (37), (42). In einer bundesweiten Untersuchung litten 9% der Allgemeinbevölkerung zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer Angsterkrankung (Vier-Wochen-Prävalenz). Frauen waren mit 12,74% deutlich häufiger betroffen als Männer (5,25%) (42). Meyer et al. berichten über eine Lebenszeitprävalenzrate von 15,1% (23), die holländische NEMESIS-Studie ergab eine Lebenszeitprävalenz von 19,3% (3).

Auf zwei der besonders häufigen Angststörungen soll im Folgenden gesondert eingegangen werden.

2.2.3.1 Soziale Phobie

Hauptmerkmal der Sozialen Phobie ist eine „anhaltende Angst vor einer oder mehreren Situationen (den phobischen Situationen), in denen die Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht und befürchtet, etwas zu tun, was demütigend oder peinlich sein könnte. Beispiele sind: Angst, in der Öffentlichkeit zu sprechen, sich vor anderen beim Essen zu verschlucken, in einer öffentlichen Toilette zu urinieren, beim Schreiben vor anderen zu zittern oder in sozialen Situationen vor anderen etwas Lächerliches zu sagen oder nicht antworten zu können.“ (37, S.501) Der Beginn der Erkrankung liegt häufig in der späten Kindheit oder frühen Adoleszenz. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. (37) Die Lebenszeitprävalenzraten wurden nach DSM-III-R- und DSM-IV- Kriterien mit 13,3% in den USA, 10% in Kanada und über 15% in Schweden angegeben (9).

2.2.3.2 Zwangsstörung

Bei der Zwangsstörung beherrschen rezidivierende Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen das klinische Erscheinungsbild. Zwangsgedanken sind länger andauernde Gedanken, die von der betroffenen Person als lästig und sinnlos empfunden werden. Der Betroffene versucht, sie zu ignorieren oder zu unterdrücken oder mit anderen Gedanken und Handlungen auszuschalten (37). Zwangshandlungen sind wiederholt aus-

geführte Tätigkeiten, deren Sinnlosigkeit von der betroffenen Person durchaus erkannt wird, die aber stereotyp immer wieder ausgeführt werden. Der Versuch, einer Handlung oder einem Gedanken zu widerstehen, löst Angst aus, daher zählt man die Zwangsstörung auch zu den Angststörungen. Zweck der Handlungen ist die Reduktion der Angst, die beim Versuch, einer bestimmten Handlung zu widerstehen, aufkommt. Die meisten Zwangshandlungen bestehen z.B. in häufigem Händewaschen, der Kontrolle bestimmter Dinge (Herd ausgeschaltet?), in zwanghaftem Zählen oder dem Berühren bestimmter Gegenstände.

Die Erkrankung ist bei Männern und Frauen gleich häufig und beginnt meist in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter; selten auch schon in der Kindheit. Der Verlauf ist meist chronisch mit ausgeprägten und weniger symptomatischen Phasen (37). Grabe et al. fanden im Jahr 2000 in Norddeutschland bei 4057 untersuchten Personen aus der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18-64 Jahren eine Lebenszeitprävalenzrate von 0,5% und eine Zwölfmonats-Prävalenzrate von 0,39% (11). Von Fireman et al. wird die Vierwochenprävalenzrate für eine Zwangsstörung für Kalifornien deutlich niedriger, nämlich mit 0,084% angegeben (8). Das DSM-IV-TR schätzt die Lebenszeitprävalenz der Zwangsstörung auf ca. 2,5% (37, S.511)

2.2.4 Somatoforme Störungen

Die sehr heterogene Gruppe der somatoformen Störungen umfasst die Konversionsstörungen, die Somatisierungsstörung, die Schmerzstörung, die Körperdysmorphe Störung und die Hypochondrie. Bei all diesen Störungen klagen die Patienten über körperliche Symptome, für die sich aber auch bei eingehender Untersuchung keine adäquate Ursache finden lässt.

Somatoforme Störungen sind mit 7,5% 4-Wochen-Prävalenz in der deutschen Bevölkerung relativ häufig. Frauen waren mit 9,99% deutlich häufiger betroffen als Männer (4,93%) (42). Bei der Lebenszeitprävalenz werden von Meyer et al. sowie Jacobi et al. 12,9 bzw. 16,2% angegeben (23), (19).

2.2.4.1 Körperdysmorphie Störung (KDS)

Eine somatoforme Störung, von der Patienten mit ästhetisch-plastischen Operationen häufig betroffen zu sein scheinen, ist die Körperdysmorphie Störung oder Körperwahrnehmungsstörung. Bei der Körperdysmorphie Störung bilden sich die Betroffenen einen Mangel in ihrer äußeren Erscheinung ein oder sind über eine geringfügige physische Abweichung übertrieben besorgt. Das kann soweit führen, dass der Betroffene täglich mehrere Stunden vor dem Spiegel verbringt in dem Versuch, den eingebildeten Defekt zu kaschieren. Sehr weit verbreitet sind auch zwanghafte, ritualisierte Handlungen wie z.B. mehrmals täglicher Kleiderwechsel. Das alles kann zu deutlicher sozialer Beeinträchtigung führen, etwa indem die Betroffenen Menschenansammlungen oder bestimmte Orte wie Sauna oder Schwimmbad meiden oder es vermeiden, sich selbst vor ihren Angehörigen oder ihrem Partner nackt zu zeigen. (37)

Definition der Körperdysmorphie Störung nach dem DSM-IV-TR

Drei diagnostische Kriterien sind nach dem DSM-IV-TR (37) für die Körperwahrnehmungsstörung entscheidend:

- A) „Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung. Wenn eine leichte körperliche Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis der betroffenen Person stark übertrieben.
- B) Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C) Die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung (z.B. die Unzufriedenheit mit Körperform und -umfang bei Anorexia Nervosa) besser erklärt.“(37, S.567)

Von Rief et al. wird im Jahr 2006 für die deutsche Allgemeinbevölkerung eine Prävalenzrate von 1,7% nach DSM-IV-Kriterien angegeben (31). Bohne et al. berichten über eine Prävalenzrate von 5,3% für die Körperdysmorphie Störung nach DSM-IV-Kriterien bei 133 deutschen Psychologiestudenten (4). Otto et al. fanden dagegen bei 976 Frauen der Bostoner Bevölkerung im Alter von 36-44 Jahren in nur 0,7% der Fälle eine Körperdysmorphie Störung (27).

Häufiger wird die Störung in klinischen psychiatrischen Kollektiven diagnostiziert: Nierenberg, Phillips et al (2002) (25) fanden bei 350 ambulant behandelten Patienten

mit Major Depression in 6,6% der Fälle zusätzlich eine Körperdysmorphie Störung. Grant et al. berichten über eine Komorbidität von 13,3% bei 122 heranwachsenden und erwachsenen Patienten, die sich stationär in der Psychiatrie eines akademischen Lehrkrankenhauses behandeln ließen, bei denen eine Körperdysmorphie Störung zusätzlich zu der Störung wegen der sie ursprünglich in Behandlung waren nachgewiesen wurde. Keiner dieser Patienten hatte zuvor mit dem behandelnden Arzt über die körperdysmorphen Symptome gesprochen (12).

In vielen Studien wird die Körperdysmorphie Störung als besonders häufig bei Patienten mit ästhetisch-plastischen Operationen oder bei Patienten in dermatologischen Kliniken oder Praxen beschrieben. Altamura et al. berichten beispielsweise über eine Prävalenz für das Vorliegen einer Körperdysmorphie Störung nach DSM-IV-Kriterien von 6,3% bei 478 Patienten von Kliniken für ästhetische Medizin in Italien (2). Sarwer et al fanden ebenfalls 7 Fälle von KDS (7%) bei 100 Patienten, die sich einer ästhetisch-plastischen Operation unterzogen (33). In dermatologischen Kollektiven scheint die Prävalenz sogar noch höher zu liegen: Dufresne et al fanden bei 15,2% von 46 Patienten einer operativ tätigen dermatologischen Praxis eine derzeitige Körperdysmorphie Störung (6).

2.2.5 Eßstörungen

In der Gruppe der Eßstörungen werden in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter die Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa und die Störung mit Essanfällen (Binge eating) zusammengefasst. Die Lebenszeitprävalenz liegt in mehreren großen epidemiologischen Studien jeweils bei 0,7-0,8%, die 4-Wochen.Prävalenz bei 0,3% und 0,2% (23), (3), (19).

2.2.5.1 Anorexia nervosa

Patienten mit Anorexia nervosa weigern sich, das für ihr Alter und ihre Größe normale Körpergewicht zu halten; häufig sind sie stark unterernährt oder sogar kachektisch und fühlen sich insgesamt oder auch nur einen bestimmten Körperteil immer noch zu dick. Bei Frauen liegt wegen des starken Untergewichtes oft eine Amenorrhoe vor. Die Reduktion des Körpergewichtes wird einerseits über extreme Reduktion der Nahrungsaufnahme erreicht, andererseits häufig zusätzlich über ausufernde körperliche Betäti-

gung. Ein Teil der Betroffenen berichtet auch über selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamißbrauch. Hier sind die Grenzen zur Bulimia nervosa fließend.

Die Erkrankung beginnt meist in der frühen bis späten Adoleszenz und betrifft überwiegend (zu 95%) Frauen (37). Neuere Untersuchungen berichten über durchschnittliche Prävalenzraten um die 0.3% bei jungen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (16).

2.2.5.2 Bulimia nervosa

Hauptmerkmal der Bulimia nervosa sind wiederholte Episoden schneller Aufnahme großer Nahrungsmengen, gefolgt von selbstinduziertem Erbrechen oder Laxantienabusus. Während der Fressanfälle haben die Betroffenen das Gefühl, ihr Essverhalten nicht kontrollieren zu können; das folgende Erbrechen dient dazu, das Gewicht dennoch konstant zu halten.

Gewöhnlich beginnt die Erkrankung in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter; Frauen sind häufiger betroffen als Männer (37). Durchschnittliche Prävalenzraten um 1% für Frauen und 0,1% für Männer in nichtklinischen Stichproben werden berichtet (16).

2.3 Berücksichtigte Operationen

Eine ästhetisch-plastische Operation stellt einen Eingriff an einem gesunden Körper dar, um das Aussehen eines bestimmten Körperteils zu verändern. Im Gegensatz dazu hat die Wiederherstellungschirurgie zum Ziel, bei Patienten, bei denen Funktionseinschränkungen oder Entstellungen angeboren oder durch Unfall, Tumoren, Krankheit oder andere Gründe erworben sind, die Funktionsfähigkeit des Körpers wiederherzustellen oder das Erscheinungsbild der Patienten wieder zu normalisieren.

In der vorliegenden Untersuchung wurden nur Patienten berücksichtigt, die sich einer rein ästhetisch-plastischen Operation unterzogen, das heißt, es lag keine medizinische Indikation für den Eingriff vor. Mammaasymmetrie und echte Gynäkomastie sind zwar definitionsgemäß angeborene oder erworbene Fehlbildungen, stellen aber keine

funktionelle Beeinträchtigung dar. Im Folgenden werden die im Rahmen dieser Studie untersuchten Eingriffe kurz erläutert.

Bei der Mammareduktion wird ein Teil der Haut und des Drüsen- und Fettgewebes der weiblichen Brust entfernt und die Brustgröße damit reduziert. Bei der Mammastraffung wird die Größe der Brust belassen und lediglich Haut entfernt, um bei der vorhandenen Brustgröße ein strafferes Aussehen zu erreichen. Brustvergrößerungen (Mammaaugmentationen) werden durch Einsetzen eines Implantats unter das Brustgewebe oder bei kleinen Brüsten unter den Pektoralismuskel erreicht. Bei einer Mammaasymmetrie liegt eine sichtbare Größendifferenz der beiden Brüste vor, die entweder mittels Reduktion der größeren Brust wie bei der Mammareduktion behoben werden kann oder aber mittels Vergrößerung (Augmentation) der kleineren durch ein Implantat. Eine Gynäkomastie ist die ein- oder beidseitige Vergrößerung der männlichen Brustdrüse. Sie kann entweder als echte Gynäkomastie durch Vermehrung des Brustdrüsengewebes vorkommen oder als falsche Gynäkomastie durch Fettansammlung in der männlichen Brust bei Adipositas. Dieses überschüssige Fett- bzw. im Rahmen einer echten Gynäkomastie auch Drüsengewebe, wird operativ entfernt.

Liposuctionen werden meist im Bereich des Bauches oder der Oberschenkel durchgeführt, sind aber auch an anderen Stellen möglich. Dabei wird ins Unterhautfettgewebe breitflächig eine Substanz injiziert, die das Fettgewebe lysiert und dieses verflüssigte Fettgewebe dann mittels einer Kanüle abgesaugt. Diese Operation kann mit und ohne gleichzeitige Entfernung von Haut durchgeführt werden. Bei einer Abdominoplastik wird die Bauchdecke durch eine Raffung der Muskelfaszie gestrafft und oberflächliches Fettgewebe und Haut entfernt. Der Bauch bekommt durch Entfernung von Haut und Unterhautfettgewebe ein strafferes Aussehen.

Im Kopf-/Halsbereich werden unterschiedliche ästhetisch-plastische Eingriffe durchgeführt: Beim Facelifting wird ein Teil der Gesichtshaut entfernt und dadurch die Haut insgesamt gestrafft. Das kann größere oder kleinere Areale des Gesichtes betreffen. Auch am Hals kann durch Entfernung überschüssiger Haut die verbleibende Haut gestrafft werden. Bei einer Blepharoplastik wird das Aussehen der Augenlider verändert, z.B. bei Schlupflidern. Bei einer Rhinoplastik wird durch einen Eingriff am Nasenskelett die Form der Nase neu modelliert. Häufig werden Höcker auf dem Nasenrücken entfernt oder die Größe der Nase insgesamt reduziert.

2.4 Entwicklung des strukturierten klinischen Interviews zum DSM-IV (SKID)

Das strukturierte klinische Interview zum DSM-IV dient der Erfassung und Diagnostik der psychischen Störungen, wie sie im „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM)“ definiert sind (44). Die Entwicklung des „Structured Clinical Interview for DSM-III“ (38) unter der Leitung von R. Spitzer 1983 in New York gab der bis dahin auf unstandardisierte klinische Einschätzungen angewiesenen Ärzteschaft erstmals ein standardisiertes diagnostisches Instrument an die Hand, das Ergebnisse, die von verschiedenen Untersuchern erhoben wurden, vergleichbar machte. 1993 wurde durch eine internationale Arbeitsgruppe mit der Anpassung des SKID an das mittlerweile herausgebrachte und in den Diagnosen teilweise vom DSM-III-R abweichenden DSM-IV begonnen. (44, S. 8)

2.5 Stand der Literatur

Breite Anwendung fand die Plastische Chirurgie als Wiederherstellungschirurgie erstmals nach dem ersten Weltkrieg, als viele kriegsversehrte Männer operiert werden mussten und aufgrund der fortgeschrittenen medizinischen Technologie auch operiert werden konnten. Die guten Erfahrungen, die hierbei mit der positiven Beeinflussung der Psyche durch die Wiederherstellung eines normalen Äußeren gemacht werden konnten, führten dazu, dass kosmetische Eingriffe auch als elektive Operationen an nicht entstellten Personen durchgeführt wurden (34).

Bereits in den 1950er Jahren beschäftigte sich Milton Edgerton in den USA mit den psychologischen Nebenwirkungen ästhetisch-plastischer Chirurgie (28). Er operierte viele Patienten, oft mit komplexen psychischen Störungen, deren Behandlung von anderen Kollegen abgelehnt worden war. Edgerton glaubte an die Heilung von psychischem Leid durch die Veränderung des Äußeren. Er forderte auch früh schon eine engere Zusammenarbeit von Chirurgen und Psychiatern und eine klare Unterscheidung derjenigen Patienten, deren Leid mit chirurgischen Maßnahmen zu lindern sein würde von denen, die eine Psychotherapie benötigten (45).

In den 1970er Jahren forschte das Ehepaar John und Marcia Goin in Kalifornien über die psychologischen Hintergründe kosmetisch operierter Patienten. John Goin war plastischer Chirurg, Marcia Goin Psychiaterin und gemeinsam widmeten sie sich dem Feld psychiatrischer Störungen bei ästhetisch-plastisch operierten Patienten (46, 28, 47).

In den darauf folgenden Jahren bis heute hat es immer wieder Untersuchungen an ästhetisch-plastisch operierten Patientengruppen gegeben, vor allem in den USA, wo kosmetische Operationen früher in Mode gekommen sind und die Zahl solcher Operationen auch heute noch höher ist als in Europa. Allerdings ist die Aussagekraft vor allem der früheren dieser Studien aus methodischen Gründen oft begrenzt: meist benutzen sie keine standardisierten diagnostischen Instrumente und oft auch keine klar definierten diagnostischen Kriterien (34). Eine klare und zunehmend auch international anerkannte Standardisierung psychiatrischer Diagnosen entwickelte sich erst in den 1980er Jahren mit der Verbreitung des DSM.

Je nach Methode variieren die erzielten Ergebnisse verschiedener Studien zu psychischen Störungen bei Patienten mit kosmetischen Operationen manchmal deutlich. Sarwer et al. berichteten 1998 in einer Übersichtsarbeit, dass vor allem Untersuchungen mit unstandardisierten Untersuchungsmethoden zu hohen Raten pathologischer Ergebnisse führten, wogegen bei Verwendung standardisierter Instrumente die Patientengruppen meist in ihren psychischen Auffälligkeiten nur gering von den Kontrollgruppen abwichen. Überwiegend handelt es sich um Untersuchungen mit kleinen Patientengruppen zwischen 10 und 60 Personen, eine Ausnahme bildet eine Arbeit von Goin et al aus dem Jahr 1991 mit 121 Patienten (34). In einigen Studien werden Verbesserungen der psychischen Befindlichkeit postoperativ beschrieben, beispielsweise eine Verbesserung des Selbstwertgefühls (47).

Es ist uns keine Untersuchung ästhetisch-plastisch operierter Patienten mit dem standardisierten Diagnoseinstrument SKID-I (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: psychische Störungen, Wittchen et al 1997) bekannt, insbesondere nicht im deutschen Sprachraum. Da ästhetisch-plastische Operationen aber weltweit zunehmen, sind hier weiterführende Studien über die psychischen Begleitumstände solcher Operationen dringend notwendig.

3. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die Prävalenz und Art psychischer Erkrankungen bei Patienten mit ästhetisch-plastischem Operationswunsch zu untersuchen. Bisher gibt es im deutschen als auch im angloamerikanischen Sprachraum kaum Studien, die mit standardisierten Instrumenten speziell ästhetisch-plastisch operierter Patienten das ganze Spektrum psychischer Störungen untersucht haben. Wir haben uns folgende Fragen gestellt:

- Sind Menschen, die sich einer ästhetisch-plastischen Operation unterziehen im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit gesünder oder kränker als die Allgemeinbevölkerung?
- Gibt es einzelne Erkrankungen, die bei diesen Menschen besonders häufig vorkommen und möglicherweise sogar den Wunsch nach einer solchen Operation überhaupt erst hervorrufen?

Die vorliegenden Daten sind im Rahmen einer interdisziplinären prospektiven klinischen Studie erhoben worden, die in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Technischen Universität München, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychologie der TUM sowie der Abteilung für Klinische Psychologie des Psychologischen Instituts der LMU München durchgeführt wurde. Sie hatte zum Ziel, die prä- und postoperative Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Patienten mit ästhetisch-plastischem Operationswunsch sowie Veränderungen bei den Patienten hinsichtlich der Einschätzung ihres eigenen Körpers vor und nach der Operation zu untersuchen. Darüber hinaus wurde die Häufigkeit psychischer Erkrankungen der untersuchten Patienten erfasst, insbesondere im Hinblick auf die Körperdysmorphie Störung.

Dieser Teil der Auswertung, in dem die Häufigkeit und Art psychischer Erkrankungen bei 220 Frauen und Männern im Alter von 17-71 Jahren, die im Begriff waren, sich einer ästhetisch-plastischen Operation zu unterziehen, erfasst wurden, liegt hier vor. Diese Daten werden mit den Ergebnissen verschiedener großer epidemiologischer Studien im europäischen Raum in Beziehung gesetzt. Hierbei geht es nicht um einen direkten statistischen Vergleich, der nur mit einer wirklichen Kontrollgruppe möglich gewesen wäre, sondern zunächst darum, Tendenzen bezüglich der Häufigkeit psychi-

scher Störungen insgesamt und der Häufigkeit bestimmter Arten von Störungen im Einzelnen erkennen zu können um hier möglicherweise weiter forschend tätig zu werden. Methodisch wendeten wir das validierte Diagnoseinstrument SKID-I (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse 1: psychische Störungen, Wittchen et al 1997) an.

4. Methoden

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Wir haben für unsere Untersuchung Patienten aus der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums rechts der Isar der TU München interviewt.

Befragt wurden stationär und ambulant behandelte Patienten der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums rechts der Isar der TU München. Patienten unter 16 Jahren wurden von der Studie ausgenommen. Eingeschlossen wurden nur Patienten mit einem ästhetisch-plastischen Operationswunsch ohne medizinische Indikation. Patienten mit zugrunde liegender Erkrankung (z.B. bösartige Erkrankungen, Fibrosekapsel um ein Brustimplantat, Z. n. Trauma, angeborene Fehlbildungen) wurden nicht angesprochen. Selbstverständlich war die Teilnahme freiwillig.

4.2 Datenerhebung

4.2.1 Durchführung der Befragung

Die SKID-Interviews wurden von neun verschiedenen Interviewern (Medizinstudentinnen und Psychologiestudentinnen im Rahmen ihrer Promotion oder Diplomarbeit) durchgeführt, die eine spezielle Einweisung erhalten hatten und regelmäßig an Interrater-Treffen teilnahmen. Im Anschluss an das Interview füllten die Probanden noch im Befragungsraum die Selbstrating-Fragebögen aus und händigten sie den Interviewern aus. In seltenen Fällen (Zeitmangel) nahmen die Probanden die Fragebögen mit und gaben sie später beim Pflegepersonal ihrer Station ab oder schickten sie per Post zurück.

Die gesamte Untersuchung dauerte ca. eineinhalb Stunden. Die Patienten konnten auch während der Befragung das Interview jederzeit abbrechen und ihre Teilnahme an der Studie beenden.

4.2.2 Zeitraum

Über einen Zeitraum von ca. drei Jahren, nämlich vom 5.3.2001 bis 12.03.2004, wurden insgesamt 235 Patienten angesprochen und haben an der Befragung teilgenommen. Bei weiteren 15 Patienten stellte sich im Verlauf der Studie heraus, dass sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten, weil es einen medizinischen Grund für ihre Operation gab, beispielsweise wegen einer vorangegangenen Krebserkrankung oder einer Kapsel Fibrose an ihrem Brustimplantat oder es war nicht möglich, die Daten, die für die vorliegende Untersuchung erhoben werden mussten, ausreichend komplett zu erhalten. Mit den Daten von 220 Patienten ist für die vorliegende Untersuchung eine Auswertung möglich.

4.2.3 Fragebögen

4.2.3.1 Fragebogen für Demographische Daten

Die demographischen Daten der Patienten wurden anhand eines eigens entwickelten Fragebogens erfasst, der im Anhang beigefügt ist. Er erfragt in 22 Punkten Angaben zu Alter, Größe, Gewicht, Familienstand, Schulausbildung, Anzahl und Art der vorangegangenen ästhetisch-plastischen Operationen, Einkommen, Beruf und verschiedene andere Fragen (z.B. zur Operationsmotivation), die in einem anderen Kontext Erwähnung finden.

4.2.3.2 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I)

Das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV“, kurz „SKID“ [Spitzer, 1998 #72] ist ein weit verbreitetes Fremdrating-Instrument zur Erfassung psychiatrischer Krankheitsbilder. Um psychische Erkrankungen diagnostizieren zu können, wurde in der vorliegenden Studie das SKID-I für Achse-I-Störungen verwendet. Persönlichkeitsstörungen (Achse II des DSM-IV) wurden nicht untersucht. Im SKID wird sowohl nach Ereignissen gefragt, die in den letzten vier Wochen aufgetreten sind (4-Wochen-Prävalenz) als auch nach solchen, die irgendwann im Verlauf des Lebens aufgetreten sind (Lebenszeitprävalenz). Bei den meisten Diagnosen wird sowohl die 4-Wochen-Prävalenz als auch die Lebenszeitprävalenz erfasst, bei einigen, z.B. den

somatoformen Störungen jedoch nur derzeitige Störungen. Wir haben jedoch bei der Auswertung unser Augenmerk hauptsächlich auf die Lebenszeitprävalenz gelegt. Lediglich bei einigen affektiven Störungen haben wir getrennt frühere und aktuelle Episoden erfasst, bei den somatoformen Störungen nur derzeitige. Das SKID ist wegen des großen Umfangs nicht im Anhang beigelegt, es ist jedoch ein häufig verwendetes Instrument und über den Hogrefe-Verlag erhältlich (43).

4.2.3.3 Body Dysmorphic Disorder Diagnostik Modul (BDD-DM)

Da in der vorliegenden Studie besonders viel Wert auf die korrekte Identifikation von Patienten mit Körperdysmorpher Störung gelegt wurde, wurde zur Erfassung dieser Störung eine leicht erweiterte Version der Fragen zur Körperwahrnehmungsstörung aus dem SKID verwendet. Dem "Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Modul", das von Katherine Phillips in den USA entwickelt wurde und das 2000 von Stangier und Hungerbühler ins Deutsche übersetzt wurde (39), liegen die drei Fragen (G60-G62) aus dem SKID zur Körperdysmorphen Störung zugrunde. Es ist ebenfalls ein teilstrukturiertes Fremdrating-Instrument. Die Fragen sind leicht erweitert und präzisiert, so dass es für den Interviewer einfacher ist, die Diagnose „Körperdysmorphie Störung“ zu stellen oder zu verwerfen. Leider gibt es zum BDD-DM keine veröffentlichten Arbeiten, Stangier sowie auch Phillips beziehen sich bei diesem Instrument nur auf unveröffentlichte Manuskripte (39). Auch das BDD-DM ist im Anhang beigelegt.

4.2.4 Einstufung der Patienten anhand der Fotos

Damit ein Patient die Diagnose einer Körperdysmorphen Störung bekommt, muss sein „Mangel in der äußeren Erscheinung“ eingebildet sein oder „wenn eine leichte körperliche Anomalie vorhanden ist, ist die Sorge der betroffenen Person deutlich übertrieben“ (37). Das machte es notwendig, zusätzlich zu der anhand des BDD-DM erfragten Beeinträchtigung des Patienten festzustellen, ob in seiner äußeren Erscheinung eine wirkliche Abweichung von der Norm vorlag oder ob ein mehr oder weniger normales Äußeres als „unnormale“ empfunden wurde.

Der Großteil der Patienten, die hier im Hause ästhetisch-plastisch operiert wurden, wurde präoperativ, ein kleiner Teil auch postoperativ, fotografiert. Anhand dieser Fotos wurde die äußere Erscheinung der Patienten beurteilt. Für die Eingruppierung der

Patienten anhand der Fotos wurde die Schwankungsbreite des Aussehens der Menschen in unserer mitteleuropäischen Bevölkerung zugrunde gelegt. Dabei wurde auch versucht, den altersentsprechenden Veränderungen Rechnung zu tragen. Dennoch bleibt dies ein spontanes und intuitives Urteil, das sich auch am Selbstbild und an den Erfahrungen der Rater orientiert. Um die Subjektivität einer solchen Beurteilung an den ästhetischen Konsens unserer Gesellschaft anzunähern wurde aus den Ergebnissen von je drei bis fünf „Ratern“ ein Mittelwert gebildet.

Die Stufen in denen die Fotos beurteilt wurden waren:

1. keine Abweichung
2. geringe Abweichung
3. mäßige Abweichung
4. starke Abweichung
5. sehr starke Abweichung von der Norm.

Ab einem Mittelwert der größer als 3,5 war wurde eine wirkliche „Abweichung“ der äußeren Erscheinung von der Norm angenommen und der betreffende Patient würde trotz eines erheblichen (im BDD-DM erfassten) Leidensdrucks nicht die Diagnose KDS bekommen.

4.2.5 Sonstige Informationsquellen

Da nicht alle Patienten fotografiert wurden, musste bei den Patienten, bei denen keine Fotos zu Verfügung standen, versucht werden, aus der Patientenakte Informationen über die vorgenommene Operation und den präoperativen Status zu bekommen, so z.B. über das Gewicht des entfernten Gewebes bei Brustverkleinerungen.

4.2.6 Angewandte statistische Verfahren

Die statistische Auswertung wurde mit verschiedenen SPSS-Versionen, zuletzt mit „SPSS 16.0 for Mac“ vorgenommen. Die erhobenen Daten liegen zum größten Teil als diskrete Variablen vor.

5. Ergebnisse

5.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe

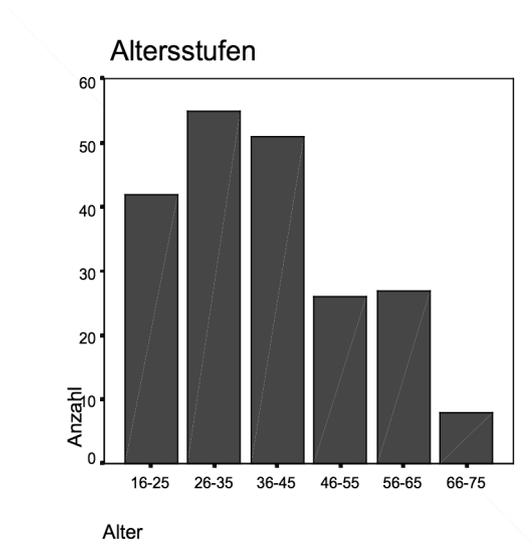
Insgesamt wurden 235 Personen untersucht, 220 davon werden hier ausgewertet. Bei den restlichen 15 Patienten wurde kein SKID-Interview geführt, sodaß sie für die hier vorliegende Auswertung nicht berücksichtigt wurden.

5.1.1 Alter und Geschlechterverteilung

199 Frauen (90,5%) und 20 Männer (9,1%) im Alter von 17 bis 71 Jahren (Median 39, Standardabweichung 14,0) wurden untersucht.

		Altersstufen		
		Anzahl	Prozent	Prozent Gültige
Alter	16-25	42	19,1	20,1
	26-35	55	25,0	26,3
	36-45	51	23,2	24,4
	46-55	26	11,8	12,4
	56-65	27	12,3	12,9
	66-75	8	3,6	3,8
	Gesamt	209	95,0	100,0
fehlend	nicht	11	5,0	
n		220	100,0	

Tab. 2: Altersverteilung der Patienten, tabellarisch



Graphik 1: Altersverteilung der Patienten

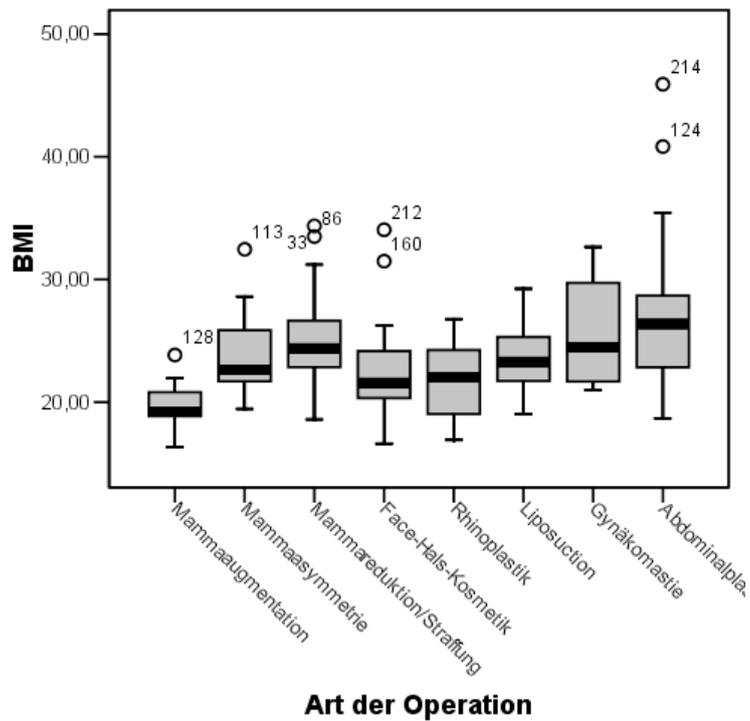
148 der 220 Patienten waren zwischen 16 und 45 Jahren alt, das entspricht 67,3%. Immerhin knapp ein Viertel, nämlich 53 Patienten (24,1%), befanden sich im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Nur acht Patienten waren älter als 65 Jahre, bei 11 ist das Alter nicht bekannt.

5.1.2 Familienstand

83 unserer Patienten waren ledig (37,7%), 99 verheiratet (45,0%), 7 verwitwet (3,2%) und 25 geschieden oder getrennt lebend (11,3%). Bei 6 (5,4%) konnte der Familienstand nicht ermittelt werden.

5.1.3 Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index der Patienten reichte von 16,3 bis 45,9 bei einem Median von 23,6 und einer Standardabweichung von 4,2.



Graphik 2: Durchschnittlicher Body-Mass-Index in den einzelnen OP-Gruppen

5.1.4 „Abweichung des körperlichen Erscheinungsbildes von der Norm“

133 der Patienten (60,5%) wurden anhand der Fotos als äußerlich normal im Sinne des durchschnittlichen Erscheinungsbildes in der mitteleuropäischen Bevölkerung eingestuft. Diese werden hier zu Gruppe A zusammengefasst. Bei 61 (27,7%) ließ sich tatsächlich eine mehr als mäßige Abweichung des Äußeren von der Norm feststellen (Mittelwert > 3,5). Diese bilden Gruppe B. Bei 26 Patienten (11,8%) ließ sich über ihr

Aussehen nichts in Erfahrung bringen.

Abweichung des Äußeren von der Norm			
	Anzahl	Prozent	Prozent der Gültigen
keine Abweichung	133	60,5	68,6
Abweichung vorhanden	61	27,7	31,4
Gesamt	194	88,2	100,0
fehlend	26	11,8	
Gesamt	220	100,0	

Tab. 3: Abweichung der äußeren Erscheinung von der Norm

5.1.5 Anzahl vorangegangener kosmetischer Operationen

147 Patienten (66,8%) hatten sich vorher noch nie einer ästhetisch-plastischen Operation unterzogen, 30 (13,6%) hatten eine, 15 (6,8%) hatten zwei, sechs (2,7%) hatten drei und zwei (0,9%) hatte bereits vier Operationen vor der Untersuchung. In 20 Fällen (9,1%) ist die Anzahl der vorausgegangenen Operationen nicht bekannt.

5.1.6 Welche Operationen wurden durchgeführt?

55 Patientinnen (25,0%) ließen sich die Brüste verkleinern oder straffen (Mammareduktion), 27 (12,3%) die Brüste vergrößern (Mammaaugmentation). 30 Patienten und Patientinnen (13,6%) ließen Fett absaugen (Liposuction mit und ohne Hautwegschnitt). 28 (12,7%) ließen eine straffende Gesichtsoption vornehmen (Facelifting, Blepharoplastik, Halsstraffung). 17 Patienten (7,7%) unterzogen sich einer Nasenkorrektur (Rhinoplastik). 18 Frauen (8,2%) ließen bei ungleich großen Brüsten deren Größe angleichen (Mammaasymmetrie). 37 Patienten (16,8%) ließen eine Abdominoplastik vornehmen und sechs Männer (2,7%) eine Gynäkomastie entfernen.

OP-Kategorien		
	Anzahl	Prozent
Mammaaugmentation	27	12,3
Mammaasymmetrie	18	8,2
Mammareduktion/Straffung	55	25,0
Face-Hals-Kosmetik	28	12,7
Rhinoplastik	17	7,7
Liposuction	30	13,6
Gynäkomastie	6	2,7
Abdominalplastik	37	16,8
Gesamt	218	99,1
fehlend	2	,9
Gesamt	220	100,0

Tab. 4: Verteilung der Patienten auf die einzelnen OP-Kategorien

5.2 Prävalenz psychischer Störungen

Für die vorliegende Arbeit wurden psychische Erkrankungen untersucht, die entweder irgendwann im Verlauf des Lebens (Lebenszeitprävalenz) oder in den letzten vier Wochen symptomatisch waren (Vierwochenprävalenz). Bei den meisten Diagnosen fragt das SKID nach beidem, Lifetime- und Vierwochenprävalenz. Wir haben uns bei fast allen Störungen auf die Lebenszeitprävalenz bezogen. Lediglich bei einigen affektiven Störungen wurde getrennt nach Lebenszeit-Diagnosen und Symptomen in den letzten vier Wochen gefragt. Die somatoformen Störungen werden im SKID nur derzeitiger erfragt, bei diesen handelt es sich dann auch in unserer Untersuchung um 4-Wochen-Prävalenzen. Bei 106 (51,5%) der Patienten wurde keine psychiatrische Diagnose gestellt. 100 (48,5%) litten an einer psychischen Störung.

Häufigkeit psychischer Störungen				
		Anzahl	Prozent	Prozent der Gültigen
gültig	nein	106	48,2	51,5
	ja	100	45,5	48,5
	gesamt	206	93,6	100,0
fehlend		14	6,4	
gesamt		220	100,0	

Tab. 5: Gesamtprävalenz psychischer Störungen

Am weitesten verbreitet waren in der vorliegenden Stichprobe die Angststörungen. Hiervon waren 48 Patienten (21,8%) betroffen. An einer affektiven Störung litten 42 der Patienten (19,1%). Eine somatoforme Störung hatten 28 Patienten (12,7%), eine Essstörung 24 (10,9%). Von einer Störung mit Substanzmissbrauch waren acht Patienten (3,6%) betroffen, von einer Anpassungsstörung einer (0,5%).

5.2.1 Häufigkeit psychischer Störungen bezogen auf die Gruppen A und B

In der Gruppe der Patienten, die sich ohne objektiven körperlichen Befund dennoch ästhetisch-plastisch operieren ließen (Gruppe A, n=132), waren 61 (46,2%) psychisch gesund, bei 71 (53,8%) wurde jedoch eine psychische Störung festgestellt. Demgegenüber hatten in der Gruppe B (n=61) 38 Patienten keine psychische Störung, das entspricht 62,3%. Nur bei 23 (37,7%) wurde eine Störung festgestellt.

Häufigkeit psychischer Störungen mit und ohne "Makel"				
		keine Störung	Störung	
keine Abweichung	Anzahl	61	71	
	Prozent	46,2%	53,8%	
	% of Total	31,6%	36,8%	
Abweichung vorhanden	Anzahl	38	23	
	Prozent	62,3%	37,7%	
	% of Total	19,7%	11,9%	
Total	Anzahl	99	94	
	Prozent	51,3%	48,7%	
	% of Total	51,3%	48,7%	

Tab. 6: Prävalenz psychischer Störungen in den Gruppen A und B

5.2.2 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bezogen auf die Anzahl der vorangegangenen ästhetisch-plastischen Operationen

Bei den Patienten, die sich zum ersten Mal ästhetisch-plastisch operieren ließen, konnten wir 79 (54,1%) als psychisch gesund einstufen, 67 (45,9%) hatten eine oder mehrere psychische Störungen. Von den 30 Patienten mit einer vorangegangenen Operation hatten 14 (46,7%) keine psychische Störung, bei 16 Patienten (53,3%) fanden wir eine oder mehrere psychische Störungen. Bei den Patienten mit zwei früheren Operationen verschob sich das Gewicht noch mehr auf die Seite der psychisch Kranken: es hatten nur 6 (40,0%) keine psychische Störung, 9 (60,0%) aber schon. In der Gruppe mit drei vorangegangenen Operationen waren zwei (33,3%) psychisch gesund, vier (66,7%) hatten eine oder mehrere psychische Störungen. Bei den beiden Patienten, die schon vier Operationen vor der jetzigen hatten vornehmen lassen, wurde bei einem ebenfalls eine psychische Störung festgestellt, bei dem anderen nicht.

Anzahl bisheriger Operationen und Häufigkeit psychischer Störungen

		keine Störung		Störung	Gesamt
wieviele kosmetische OPs bisher?	keine	Anzahl	79	67	146
		Prozent	54,1%	45,9%	100,0%
		% insgesamt	39,7%	33,7%	73,4%
1		Anzahl	14	16	30
		Prozent	46,7%	53,3%	100,0%
		% insgesamt	7,0%	8,0%	15,1%
2		Anzahl	6	9	15
		Prozent	40,0%	60,0%	100,0%
		% insgesamt	3,0%	4,5%	7,5%
3		Anzahl	2	4	6
		Prozent	33,3%	66,7%	100,0%
		% insgesamt	1,0%	2,0%	3,0%
4		Anzahl	1	1	2
		Prozent	50,0%	50,0%	100,0%
		% insgesamt	,5%	,5%	1,0%
Total		Anzahl	102	97	199
		Prozent	51,3%	48,7%	100,0%

Tab. 7: Prävalenz psychischer Störungen nach Anzahl vorangegangener ästhetisch-plastischer Operationen

5.2.3 Häufigkeit psychischer Störungen bezogen auf die Art der durchgeführten Operation

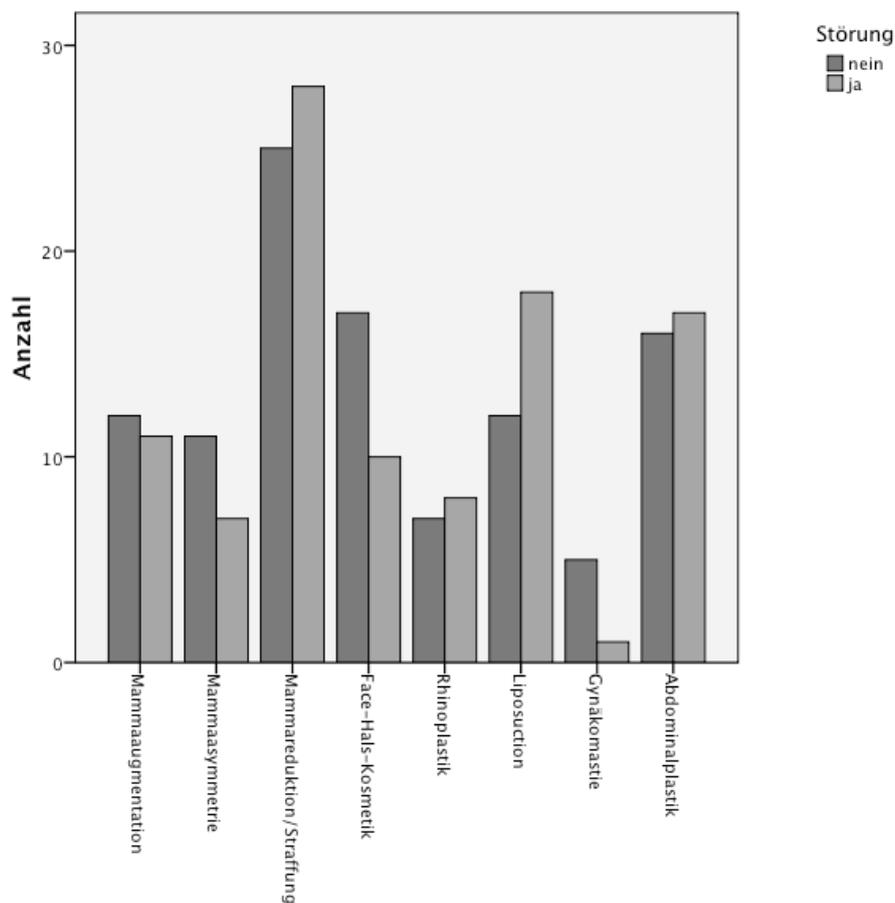
		Störung		
		nein	ja	gesamt
Mammaaugmentation	Anzahl	12	11	23
	Prozent	52,2%	47,8%	100,0%
Mammaasymmetrie	Anzahl	11	7	18
	Prozent	61,1%	38,9%	100,0%
Mammareduktion/ Straffung	Anzahl	25	28	53
	Prozent	47,2%	52,8%	100,0%
Face-Hals-Kosmetik	Anzahl	17	10	27
	Prozent	63,0%	37,0%	100,0%
Rhinoplastik	Anzahl	7	8	15
	Prozent	46,7%	53,3%	100,0%
Liposuction	Anzahl	12	18	30
	Prozent	40,0%	60,0%	100,0%
Gynäkomastie	Anzahl	5	1	6
	Prozent	83,3%	16,7%	100,0%
Abdominalplastik	Anzahl	16	17	33
	Prozent	48,5%	51,5%	100,0%
gesamt	Anzahl	105	100	205
	Prozent	51,2%	48,8%	100,0%

Tab. 8: Prävalenz psychischer Störungen nach OP-Kategorie

Am häufigsten waren psychische Störungen in der Gruppe der Patienten mit Liposuction. Hier waren psychische Störungen in 60,0% der Fälle zu finden. Bei den Patienten, die sich an der Nase operieren ließen litten 53,3% an einer psychischen Störung. In den Gruppen mit Abdominoplastik (51,5%), Mammareduktion (52,8%) und Mammaaugmentation (47,8%) waren psychische Erkrankungen etwa gleich häufig. Am

niedrigsten war die Rate psychischer Störungen bei den Patienten mit anderen Kopf-Hals-Operationen außer Rhinoplastik (37,0%) und bei den Männern mit Gynäkomastie (16,7%) und Frauen mit Mammaasymmetrie (38,9%).

Häufigkeit psychischer Störungen in den einzelnen OP-Kategorien



Graphik 3: Anzahl psychischer Störungen nach OP-Kategorie

5.3 Verschiedene psychische Störungen und ihre Häufigkeit bei den untersuchten Patienten

5.3.1 Affektive Störungen

Affektive Störungen		
	Anzahl	Prozent
nein	176	80,0
ja	42	19,1
Total	218	99,1
fehlend	2	,9
n	220	100,0

Tab. 9: Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen

Insgesamt hatten 42 (19,1%) der untersuchten Probanden eine oder mehrere affektive Störungen.

Am weitesten verbreitet war hier die Major Depression. 33 (15,7%) der Untersuchten berichtete über eine frühere Major Depression-Episode, sechs (2,8%) litten zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer Major Depression. Zwei der Patienten hatten in ihrer Vorgeschichte schon eine manische oder hypomane Episode gehabt, einer hatte eine manische/hypomane Episode in den letzten vier Wochen. Drei litten zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer dysthymen Störung und jeweils zwei an einer Minor Depression bzw. einer dysthymen Störung.

Häufigkeit einer affektiven Störung derzeit

		Anzahl	Prozent	Prozent der Gültigen
gültig	nein	210	95,5	95,9
	ja	9	4,1	4,1
	gesamt	219	99,5	100,0
fehlend		1	0,5	
gesamt		220	100,0	

Tab.10: Vierwochenprävalenz affektiver Störungen

Neun Patienten litten zum Zeitpunkt der Untersuchung an eine affektiven Störung. Die 4-Wochen-Prävalenz betrug damit 4,1%.

Affektive Störungen in den einzelnen OP-Kategorien				
		Affektive Störung vorliegend		Gesamt
		nein	ja	
Mammaaugmentation	Anzahl	21	6	27
	Prozent	77,8%	22,2%	100,0%
	Prozent absolut	9,7%	2,8%	12,5%
Mammaasymmetrie	Anzahl	16	2	18
	Prozent	88,9%	11,1%	100,0%
	Prozent absolut	7,4%	,9%	8,3%
Mammareduktion/ Straffung	Anzahl	45	9	54
	Prozent	83,3%	16,7%	100,0%
	Prozent absolut	20,8%	4,2%	25,0%
Face-Hals-Kosmetik	Anzahl	22	6	28
	Prozent	78,6%	21,4%	100,0%
	Prozent absolut	10,2%	2,8%	13,0%
Rhinoplastik	Anzahl	10	6	16
	Prozent	62,5%	37,5%	100,0%
	Prozent absolut	4,6%	2,8%	7,4%
Liposuction	Anzahl	25	5	30
	Prozent	83,3%	16,7%	100,0%
	Prozent absolut	11,6%	2,3%	13,9%
Gynäkomastie	Anzahl	6		6
	Prozent	100,0%		100,0%
	Prozent absolut	2,8%		2,8%
Abdominalplastik	Anzahl	29	8	37
	Prozent	78,4%	21,6%	100,0%
	Prozent absolut	13,4%	3,7%	17,1%
Total	Anzahl	174	42	216
	Prozent	80,6%	19,4%	100,0%

Tab. 11: Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen in den einzelnen OP-Kategorien

Affektive Störungen waren in der Gruppe der Patienten, die eine Rhinoplastik vornehmen ließen, am häufigsten: hier lag die Lebenszeitprävalenz bei 37,5%. Bei den Patienten, die eine andere Gesichtsoption vornehmen ließen, hatten 6 (21,4%) schon einmal eine affektive Störung gehabt. In der Gruppe der Mammaaugmentations-Patientinnen lag die Lebenszeitprävalenz bei 22,2%, bei den Patienten mit Abdominoplastik bei 21,6%. In den übrigen vier Gruppen lag die Häufigkeit von affektiven

Störungen unter dem Durchschnitt von 19,4%. Bei den drei Patienten mit Gynäkomastie kamen überhaupt keine affektiven Störungen vor.

5.3.2 Psychotische Störungen und Schizophrenie

Psychotische Störungen oder eine Schizophrenie fanden sich bei keinem der untersuchten Patienten.

5.3.3 Störungen mit Substanzmissbrauch

Störungen mit Substanzmissbrauch fanden sich bei 8 (3,6%) der Patienten. Zumeist handelte es sich um Alkohol- oder Tablettenmissbrauch. Nikotinkonsum haben wir nicht erfragt.

Häufigkeit von Störungen mit Substanzmißbrauch in den einzelnen OP-Kategorien				
		Missbrauch und Abhängigkeit		n
		nein	ja	
Mammaaugmentation	Anzahl	27		
	Prozent	100,0%		
Mammaasymmetrie	Anzahl	18		
	Prozent	100,0%		
Mammareduktion/Straffung	Anzahl	52	3	
	Prozent	94,5%	5,5%	
Face-Hals-Kosmetik	Anzahl	24	4	
	Prozent	85,7%	14,3%	
Rhinoplastik	Anzahl	16		
	Prozent	100,0%		
Liposuction	Anzahl	30		
	Prozent	100,0%		
Gynäkomastie	Anzahl	6		
	Prozent	100,0%		
Abdominalplastik	Anzahl	35	1	
	Prozent	97,2%	2,8%	
Gesamt	Anzahl	208	8	216
	Prozent	96,3%	3,7%	100,0%

Tab. 12: Lebenszeitprävalenz von Störungen mit Substanzmissbrauch und –abhängigkeit in den einzelnen OP-Kategorien

Störungen mit Substanzmissbrauch kamen am häufigsten bei den Patienten vor, die sich am Gesicht oder Hals operieren ließen: hier waren 4 von 28 (14,3%) betroffen. Bei den Patientinnen, die eine Mammareduktion vornehmen ließen, hatten 3 von 55 (5,5%) schon einmal eine Störung mit Substanzmissbrauch, bei denen mit Abdominoplastik einer von 36 (2,8%). In den anderen Gruppen kamen keine Störungen mit Substanzmissbrauch vor.

5.3.4 Angststörungen

Angststörungen		
	Anzahl	Prozent
nein	169	76,8
ja	48	21,8
Gesamt	217	98,6
fehlend	3	1,4
n	220	100,0

Tab. 13: Lebenszeitprävalenz von Angststörungen

Bei 48 (21,8%) der untersuchten Patienten fanden sich eine oder mehrere Angststörungen. Am häufigsten war hier die spezifische Phobie mit 24 betroffenen Patienten. Neun der untersuchten Patienten litten an einer Panikstörung, drei an einer Panikstörung mit Agoraphobie, zwei an einer Agoraphobie ohne frühere Panikstörung, drei an einer Zwangsstörung, fünf an einer Posttraumatischen Belastungsstörung, drei an einer generalisierten Angststörung und zwei an einer Angststörung nicht näher benannt.

Häufigkeit von Angststörungen in den einzelnen OP-Kategorien			
		Angststörung(en)	
		nein	ja
Mammaaugmentation	Anzahl	21	6
	Prozent	77,8%	22,2%
Mammaasymmetrie	Anzahl	11	7
	Prozent	61,1%	38,9%
Mammareduktion/Straffung	Anzahl	40	14
	Prozent	74,1%	25,9%
Face-Hals-Kosmetik	Anzahl	24	4
	Prozent	85,7%	14,3%
Rhinoplastik	Anzahl	12	4
	Prozent	75,0%	25,0%
Liposuction	Anzahl	25	5
	Prozent	83,3%	16,7%
Gynäkomastie	Anzahl	5	1
	Prozent	83,3%	16,7%
Abdominalplastik	Anzahl	29	7
	Prozent	80,6%	19,4%
Gesamt	Anzahl	167	48
	Prozent	77,7%	22,3%

Tab. 14: Lebenszeitprävalenz von Angststörungen in den einzelnen OP-Kategorien

Angststörungen waren in der Gruppe der Patientinnen mit Mammaasymmetrie am häufigsten (38,9%), gefolgt von Mammareduktion (25,9%) und Rhinoplastik (25,0%). Die Mammaaugmentations-Patientinnen waren durchschnittlich häufig von einer Angststörung betroffen (22,2%). In den anderen vier Gruppen waren Angststörungen deutlich seltener als der Durchschnitt von 21,8%

5.3.5 Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen			
	Anzahl	Prozent	Prozent der Gültigen
nein	168	76,4	85,7
ja	28	12,7	14,3
gesamt	196	89,1	100,0
fehlend	24	10,9	
n	220	100,0	

Tab. 15: Vierwochenprävalenz somatoformer Störungen

28 der untersuchten Patienten (12,7%) litten an einer somatoformen Störung. Die allermeisten, nämlich 26 (11,8%) der Patienten mit somatoformen Störungen hatten eine Körperdysmorphie Störung. Einer litt an einer Somatisierungsstörung, einer an einer unspezifischen somatoformen Störung. Hypochondrie und Schmerzstörung kamen nicht vor.

Häufigkeit somatoformer Störungen in den einzelnen OP-Kategorien				
		nein	ja	gesamt
Mammaaugmentation	Anzahl	19	2	21
	Prozent	90,5%	9,5%	100,0%
Mammaasymmetrie	Anzahl	17	0	17
	Prozent	100,0%	0%	100,0%
Mammareduktion/Straffung	Anzahl	40	9	49
	Prozent	81,6%	18,4%	100,0%
Face-Hals-Kosmetik	Anzahl	24	3	27
	Prozent	88,9%	11,1%	100,0%
Rhinoplastik	Anzahl	11	4	15
	Prozent	73,3%	26,7%	100,0%
Liposuction	Anzahl	21	7	28
	Prozent	75,0%	25,0%	100,0%
Gynäkomastie	Anzahl	6	0	6
	Prozent	100,0%	0%	100,0%
Abdominalplastik	Anzahl	29	3	32
	Prozent	90,6%	9,4%	100,0%
gesamt	Anzahl	167	28	195
	Prozent	85,6%	14,4%	100,0%

Tab. 16: Vierwochenprävalenz somatoformer Störungen in den einzelnen OP-Kategorien

Somatoforme Störungen waren in der Gruppe der Patienten mit Rhinoplastik am häufigsten: hier waren 4 von 15 (26,7%) von einer somatoformen Störung betroffen. 25% der Patienten mit Liposuction litten an einer somatoformen Störung, ebenso 18,4% der Patientinnen mit Mammareduktion und 11,1% der Patienten mit Kopf-/Hals-OPs und 9,4% der Patienten mit Abdominoplastik. Bei den Patienten mit Gynäkomastie kamen keine somatoformen Störungen vor, ebenso wenig wie bei den Patientinnen mit Mammaasymmetrie.

5.3.6 Essstörungen

Essstörungen		
	Anzahl	Prozent
nein	194	88,2
ja	24	10,9
Total	218	99,1
fehlend	2	,9
n	220	100,0

Tab. 17: Lebenszeitprävalenz von Essstörungen

Eine oder mehrere Essstörungen fanden sich bei 24 (10,9%) der Patienten.

12 Patienten (5,5%) litten an Bulimia nervosa, 8 (3,6%) an Anorexia nervosa und neun (4,1%) hatten eine Störung mit Essanfällen.

Häufigkeit von Eßstörungen in den einzelnen OP-Kategorien			
		Eßstörung	
		nein	ja
Mammaaugmentation	Anzahl	24	3
	Prozent	88,9%	11,1%
Mammaasymmetrie	Anzahl	17	1
	Prozent	94,4%	5,6%
Mammareduktion/Straffung	Anzahl	49	6
	Prozent	89,1%	10,9%
Face-Hals-Kosmetik	Anzahl	26	2
	Prozent	92,9%	7,1%
Rhinoplastik	Anzahl	14	2
	Prozent	87,5%	12,5%
Liposuction	Anzahl	24	6
	Prozent	80,0%	20,0%
Gynäkomastie	Anzahl	6	
	Prozent	100,0%	
Abdominalplastik	Anzahl	32	4
	Prozent	88,9%	11,1%
Gesamt	Anzahl	192	24
	Prozent	88,9%	11,1%

Tab. 18: Lebenszeitprävalenz von Essstörungen in den einzelnen OP-Kategorien

Essstörungen waren bei den Patienten mit Liposuction am häufigsten: hier litten sechs von 30 (20,0%) an einer oder mehreren Essstörungen. Zwei von 16 Patienten mit Rhinoplastik litten an einer Essstörung (12,5 %). Bei den Patientinnen mit einer Mammareduktion lag die Häufigkeit einer Essstörung im durchschnittlichen Bereich der Stichprobe (6 von 55 Patienten, 10,9 %), ebenso wie bei den Patienten, die eine Abdominoplastik durchführen ließen (4 von 36 Patienten, 11,1%) und bei denen mit Mammaaugmentation (11,1%). Bei den Patienten mit einer Operation im Kopf-/Halsbereich, Mammaasymmetrie oder Gynäkomastie waren Essstörungen unterrepräsentiert.

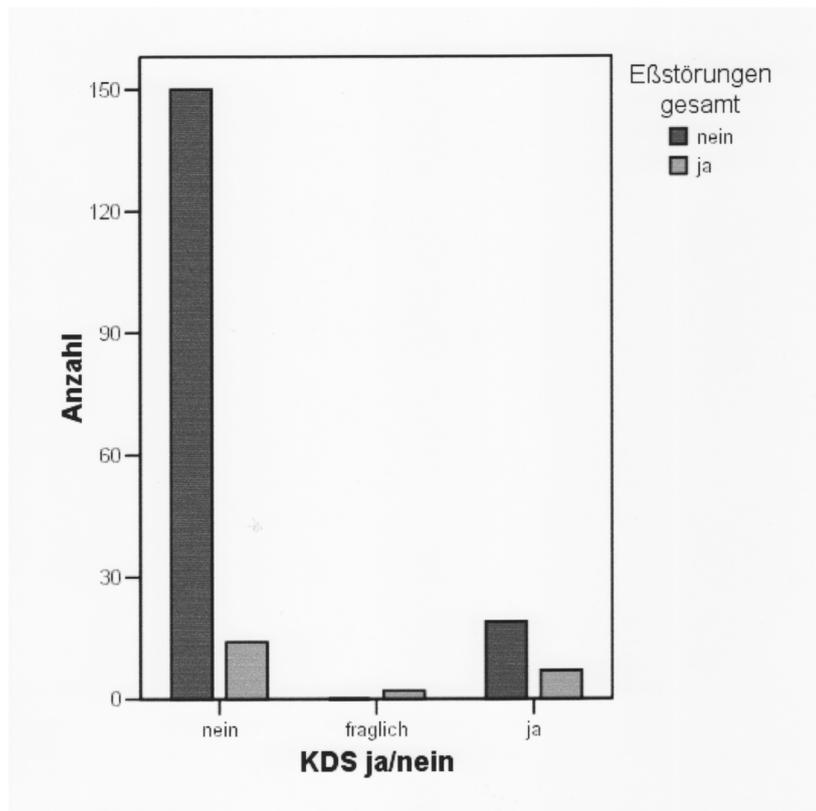
5.3.6.1 Häufigkeit von Essstörungen bei Patienten mit KDS

Interessant ist, dass diejenigen der Probanden, bei denen eine Körperdysmorphie Störung diagnostiziert wurde, überdurchschnittlich häufig auch von Essstörungen betroffen zu sein scheinen. Die beiden Erkrankungen scheinen nebeneinander oder hintereinander im Verlauf des Lebens zu existieren, da ja bei der Diagnosefindung für die KDS explizit danach gefragt wird, ob die Symptome der KDS nicht besser z.B. durch die Symptome einer Essstörung erklärt werden können und die Diagnose KDS nur gestellt werden darf, wenn die Symptome durch eine Körperdysmorphie Störung und eben nicht durch eine Essstörung hervorgerufen werden. Dies deutet auf eine häufige Koexistenz von KDS und Essstörung bzw. auf ein Hintereinanderexistieren beider Erkrankungen hin.

		Eßstörung			Total
		nein	ja		
KDS ja/nein	nein	Anzahl	150	14	164
		Prozent	91,5%	8,5%	100,0%
	fraglich	Anzahl		2	2
		Prozent		100,0%	100,0%
	ja	Anzahl	19	7	26
		Prozent	73,1%	26,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	169	23	192	
	Prozent	88,0%	12,0%	100,0%	

Tab. 19: Lebenszeitprävalenz von Eßstörungen bei Patienten mit KDS

Auch Grant et al (13) berichten von einer Prävalenzrate von 39% für KDS bei 41 amerikanischen Patienten mit Anorexia nervosa. Rosen und Ramirez (32) halten die beiden Erkrankungen für nahe verwandt, da bei beiden eine Störung des Körperbildes im Mittelpunkt steht. Auch eine tschechische Untersuchung (29) untersuchte im Jahr 2000 die Zusammenhänge zwischen Essstörungen und Körperdysmorpher Störung bei 93 heranwachsenden Mädchen und fand bei 25% der Mädchen mit Anorexie eine der Magersucht vorausgehende Episode mit KDS.



Graphik 4: Häufigkeit von KDS bei Patienten mit vorangegangener oder derzeitiger Eßstörung

In unserer Stichprobe waren von den 26 Patienten mit KDS mehr als ein Viertel, nämlich sieben (26,9%) im Verlauf ihres Lebens auch von einer Eßstörung betroffen gewesen, in der Gruppe ohne KDS jedoch nur 14 von 164 (8,5%).

5.3.6.3 Häufigkeit von Anpassungsstörungen

An einer Anpassungsstörung litt einer von 217 Patienten (0,5%).

6. Diskussion

6.1 Prävalenz psychischer Störungen in der untersuchten Stichprobe

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen betrug in der von uns untersuchten Stichprobe 48,5%. Jakobi et al. stellten im bundesdeutschen Gesundheitssurvey eine Lebenszeit-Prävalenz von 43% in der deutschen Allgemeinbevölkerung (18-65 Jahre) für eine psychische Störung nach DSM-IV fest (19). Die TACOS-Studie beschreibt eine Lebenszeitprävalenz von 45% (23). Die Gesamtprävalenz liegt damit also in der von uns untersuchten Stichprobe leicht über der für die Allgemeinbevölkerung beschriebenen.

Interessant ist, dass in der Gruppe A (der Patienten, deren Äußeres wir als „normal“ oder als höchstens mäßig vom „normalen“ Aussehen abweichend eingestuft haben) die Häufigkeit psychischer Erkrankungen deutlich höher ist als in der Gruppe B. In der Gruppe A litten 53,8% der untersuchten Patienten an einer psychischen Erkrankung, in der Gruppe B nur 37,7%. Es scheint tatsächlich so, dass der Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Operation bei den Patienten, deren Äußeres normal ist oder wo nur eine leichte Abweichung von der Norm vorliegt, stärker auf innerpsychischer Motivation beruht als bei denen, deren Erscheinungsbild in irgendeiner Weise nicht dem gesellschaftlichen Konsens des „Normalen“ entspricht.

Auch mit der Zahl der vorangegangenen ästhetisch-plastischen Operationen stieg die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer psychischen Störung: während von den Patienten, die sich zum ersten Mal ästhetisch-plastisch operieren ließen, 45,9% an einer psychischen Erkrankung litten, waren es bei denen mit einer Zweit-Operation 53,3% und bei denen, die die dritte Operation vornehmen ließen, schon 60,0%. Bei den Patienten mit drei ästhetisch-plastischen Vor-Operationen war die Häufigkeit psychischer Erkrankungen noch größer (66,7%).

Am häufigsten waren die Patienten mit Liposuction (60,0%) von einer psychischen Erkrankung betroffen. Bei den Patienten mit Rhinoplastik (53,3%), Mammaaugmentation (47,8%), Mammareduktion (52,8%) oder Abdominoplastik (51,5%) bewegte sich die Häufigkeit psychischer Störungen ungefähr im Durchschnitt der Gesamtstich-

probe bzw. knapp darüber, bei den Patienten mit anderen Operationen im Kopfhalsbereich (37,0%), Mammaasymmetrie (38,9%) und bei den Männern mit Gynäkomastie war sie geringer (16,7%).

6.1.1 Affektive Störungen

Die Lebenszeit-Prävalenzrate der von uns untersuchten Patienten betrug 19,1% für eine affektive Störung, die 4-Wochen-Prävalenzrate 4,1%. Im Bundesgesundheitsurvey geben Wittchen et. al. die 4-Wochen-Prävalenzrate für affektive Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit 6,3% an (42), die Lebenszeitprävalenz mit 18,6% (19). In der TACOS-Studie lag die Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen dagegen nur bei 12,3% (23).

Die von uns erhobenen Daten zeigen eine eher geringere 4-Wochen-Prävalenzrate verglichen mit der deutschen Allgemeinbevölkerung, zumal der Frauenanteil in der von uns untersuchten Stichprobe sehr hoch war und affektive Störungen bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern (42). Die Lebenszeitprävalenz lag, je nach Daten, leicht über der Prävalenz affektiver Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung oder verhielt sich ähnlich. Demnach waren bei den von uns untersuchten Patienten affektive Störungen ähnlich hoch bzw. ein wenig höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung.

Wie erklärt sich dann die geringe 4-Wochen-Prävalenz bei der von uns untersuchten Stichprobe? Möglicherweise lassen sich die von einer affektiven Störung betroffenen Patienten nicht während einer depressiven oder manischen Episode operieren, sondern eher im symptomfreien Intervall dazwischen.

6.1.2 Schizophrenie und psychotische Störungen

Schizophrenie und andere psychotische Störungen kamen bei den von uns untersuchten Patienten nicht vor. Möglicherweise sind derartige Störungen zu eindeutig psychisch bedingt als dass sich Patienten, die an einer Psychose oder einer Schizophrenie leiden, ästhetisch-plastisch operieren lassen würden oder sie sind so eindeutig psychisch krank, dass die Operation von den behandelnden Ärzten abgelehnt wird. Mög-

licherweise liegt es aber auch an der relativen Seltenheit der psychotischen Störungen, dass in unserer Stichprobe keine nachgewiesen werden konnten.

6.1.3 Störungen mit Substanzmissbrauch und -Abhängigkeit

Die Prävalenz für Störungen mit Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit lag in der von uns untersuchten Stichprobe bei 3,6%. Die Lebenszeit-Prävalenz für Störungen mit Substanzmissbrauch wird von Meyer et al. nach der TACOS-Studie mit 25,8% angegeben (22), im Bundesgesundheitsurvey wird dagegen nur eine Lebenszeitprävalenz von 9,9% erreicht (19). Die Zwölf-Monats-Prävalenz für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit beträgt nach Nelson und Wittchen bei jungen Frauen zwischen 14 und 24 Jahren 4,9%, bei Männern im selben Alter 15,7% (24).

Da die von uns untersuchten Patienten zu 90,5% weiblich waren, korrespondieren unsere Ergebnisse durchaus mit den Prävalenzangaben von Nelson und Wittchen. Dennoch ist die Lebenszeitprävalenz immer noch deutlich niedriger als epidemiologische Untersuchungen erwarten lassen würden. Störungen mit Substanzmissbrauch scheinen in unserer Stichprobe deutlich seltener vorzukommen als in der Allgemeinbevölkerung. Vor allem in der TACOS-Studie werden sehr hohe Prävalenzraten für Substanzmißbrauch beschrieben, was allerdings auch an dem speziellen Focus dieser Studie liegen mag (Die TACOS-Studie ist Teil eines Projektes zur Erfassung von Alkohol- und Zigarettenkonsum). Darüber hinaus haben wir den weit verbreiteten Nikotinkonsum nicht als Störung erfasst.

Am häufigsten waren diejenigen Patienten von einer Störung mit Substanzmissbrauch betroffen, die sich im Kopf-/ Halsbereich operieren ließen (14,3%). Vor allem exzessiver langjähriger Alkoholkonsum schädigt die Haut und lässt sie älter wirken, was die höhere Prävalenz von Störungen mit Substanzmissbrauch bei dieser Patientengruppe erklären würde.

6.1.4 Angststörungen

21,8% der von uns untersuchten Patienten litten an einer oder mehrerer Angststörungen, davon die meisten an einer spezifischen Phobie. Nach der TACOS-Studie (23) beträgt die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen in Deutschland 15,1%. Der

Bundesgesundheitsurvey fand ebenfalls eine Lebenszeitprävalenzrate von 14,5% (19).

Die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen lag also bei der von uns untersuchten Stichprobe etwas höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Am häufigsten kamen spezifische Phobien vor, z.B. vor Spinnen.

6.1.5 Somatoforme Störungen

Die Vierwochenprävalenz für somatoforme Störungen in der von uns untersuchten Stichprobe betrug 12,7%. Nach Wittchen et al. beträgt die 4-Wochen-Prävalenz für somatoforme Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung 7,5% (42). Die Lebenszeitprävalenz für somatoforme Störungen nach der TACOS-Studie beträgt 12,9% (23), nach dem Bundesgesundheitsurvey 16,2% (19). Fink et al fanden eine Vierwochenprävalenz von 20,2% für somatoforme Störungen nach DSM-IV-Kriterien bei 294 stationären internistischen Patienten in Dänemark (7). Damit liegt die 4-Wochen-Prävalenz für somatoforme Störungen in unserer Stichprobe über der von Wittchen et al. beschriebenen Vierwochenprävalenz in der Allgemeinbevölkerung jedoch unter der für eine klinische Stichprobe in Dänemark erhobenen. Die Lebenszeitprävalenz somatoformer Störungen wird durch das SKID nicht erfasst.

Die bei weitem häufigste somatoforme Störung in unserer Stichprobe war die Körperdysmorphie Störung oder Körperwahrnehmungsstörung. 11,8% unserer Patienten litten an dieser Störung. Über die Prävalenz der Körperdysmorphen Störung in der deutschen Allgemeinbevölkerung gibt es eine große epidemiologische Studie von 2006: Rief et al berichten von einer Prävalenzrate von 1,7% für eine derzeitige Körperdysmorphie Störung bei 2552 Personen aus der deutschen Allgemeinbevölkerung (31). Bohne et al. fanden bei 5,3% von 133 deutschen Psychologiestudenten die Kriterien für eine Körperdysmorphie Störung nach DSM-IV erfüllt (4). Otto et al. fanden dagegen bei 976 Frauen der Bostoner Allgemeinbevölkerung im Alter von 36-44 Jahren in nur 0,7% der Fälle eine Körperdysmorphie Störung (27).

In vielen Studien wird die Körperdysmorphie Störung als besonders häufig bei Patienten mit ästhetisch-plastischen Operationen oder bei Patienten in dermatologischen Kliniken oder Praxen beschrieben. Altamura et al. berichten beispielsweise über eine Prävalenz für das Vorliegen einer Körperdysmorphen Störung nach DSM-IV-Kriterien

von 6,3% bei 478 Patienten von Kliniken für ästhetische Medizin in Italien (2). Sarwer et al fanden ebenfalls 7 Fälle von KDS (7%) bei 100 Patienten, die sich einer ästhetisch-plastischen Operation unterzogen (33). In dermatologischen Kollektiven scheint die Prävalenz sogar noch höher zu liegen: Dufresne et al fanden bei 15,2% von 46 Patienten einer operativ tätigen dermatologischen Praxis eine derzeitige Körperdysmorphie Störung (6). Die Prävalenz, die wir bei den Patienten unserer Stichprobe beobachten konnten, liegt also über der von Altamura bzw. Sarwer für Patienten mit ästhetisch-plastischen Operationen beschriebenen aber für Patienten in Hautkliniken oder dermatologischen Praxen werden teilweise sogar noch höhere Prävalenzen berichtet.

Dass alle unsere Patienten die Sorge um ein bestimmtes Körperteil zumindest so stark beschäftigte, dass sie sich daran operieren lassen wollten, könnte eine Erklärung für das gehäufte Auftreten der Körperdysmorphie Störung sein. Allerdings muss man eingestehen, dass die diagnostischen Kriterien der Körperwahrnehmungsstörung mehr als unscharf sind.

Es ist nämlich so, dass für die Diagnose eine Körperdysmorphie Störung zwei Dinge zusammentreffen müssen: zum einen muss der Patient die eingangs erwähnten DSM-Kriterien für die Störung erfüllen, nämlich übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel der äußeren Erscheinung, die in „klinisch bedeutsamer Weise Leid verursacht“ (37, S.567). Andererseits muß der Mangel eben eingebildet sein. Das bedeutet, dass jemand, bei dem tatsächlich mehr als eine geringe Anomalität vorliegt, schon nicht mehr die Diagnose KDS erhalten kann. Was die Definition der Anomalität angeht und mehr noch, ob eine Anomalität jetzt gering oder schwerer wiege, unterscheiden sich die möglichen Definitionen je nach persönlichem und gesellschaftlichem Hintergrund. Eine mögliche Haltung wäre die gänzliche moralische Ablehnung jeder ästhetisch-plastischen Chirurgie, solange der makelbehaftete Körperteil nicht in seiner Funktionalität eingeschränkt ist. Das Gegenteil davon wäre die vollkommene Akzeptanz auch chirurgischer Wege in Ergänzung anderer kosmetischer Methoden in dem Bestreben des Einzelnen nach körperlicher Perfektion.

Stangier und Hungerbühler (39) umgehen dieses Problem, indem sie auf einer Skala von 0 (=„gar nicht beeinträchtigt“) bis 10 (=„sehr stark beeinträchtigt“) zunächst die Probanden sich selbst einschätzen ließen und dann den Interviewer sowie den Arzt um Abgabe einer Beurteilung baten. Die Differenz aus Selbst- und Fremdurteil nahmen

sie als Maß zur Einschätzung der Übertriebenheit der Sorge um den betreffenden Körperteil.

Wir haben in unserer Untersuchung durch die Bildung eines Mittelwertes aus den Rating-Ergebnissen mehrerer Betrachter so etwas wie einen Konsens geschaffen; allerdings bleibt die Ziehung der Grenze „was liegt noch im Bereich des Normalen, was nicht mehr“ dennoch rein willkürlich. Hätte man den cut-off bei der Beurteilung der präoperativen Fotos großzügiger gewählt, wäre mehr Patienten eine wirkliche Auffälligkeit in ihrer äußeren Erscheinung zugestanden worden und es wären deutlich weniger KDS-Diagnosen gestellt worden. Bei einem cut-off von 2,5 beispielsweise erhielten nur noch 7,7% unserer Patienten die Diagnose Körperwahrnehmungsstörung. Hier muß man unsere Ergebnisse sicher sehr kritisch betrachten und eine gewisse Übersensibilisierung der Untersucher als mit ursächlich annehmen.

KDS bleibt eine schwer definierbare Diagnose, da andere Patienten mit stärkerer „Entstellung“ durchaus den gleichen oder einen stärkeren Leidensdruck aufweisen können und eine ähnliche Zwanghaftigkeit im Umgang mit ihrem Defekt entwickeln können ohne (im Rahmen unserer Definition) die Diagnose KDS zu erfüllen, da ja ihre Anomalität auch von anderen als solche wahrgenommen wird. Letztlich bleibt es eine Frage dessen, ob die Gesellschaft jemandes Beschäftigung mit einem abweichenden Erscheinungsbild (bei dem aber noch keine körperliche Dysfunktionalität vorliegt) für übertrieben hält oder nicht. Andererseits konnten wir bei vielen Patienten, bei denen ganz klar eine Abweichung vorlag, nicht dieselbe Zwanghaftigkeit in der Sorge um das betreffende Körperteil feststellen.

Am häufigsten kamen somatoforme Störungen in der Gruppe der Patienten vor, die eine Rhinoplastik vornehmen ließen (26,7%), dicht gefolgt von den Patienten mit Liposuction (25,0%).

6.1.6 Essstörungen

Wir fanden in unserer Stichprobe bei 10,9% der untersuchten Patienten eine oder mehrere Essstörungen. Die von uns untersuchten Patienten waren zwischen 17 und 71 Jahren alt, der Median lag bei 39 Jahren und die Standardabweichung bei +/- 14 Jahren.

Meyer et al fanden in der TACOS-Studie in der norddeutschen Allgemeinbevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 0,7% für Essstörungen (23). Auch der Bundesgesund-

heitssurvey gibt die Häufigkeit von Essstörungen mit 0,8% an (19). Hoek et al. fanden 2003 in einer Arbeit über die Literatur epidemiologischer Studien über die Häufigkeit von Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung relativ konstante Prävalenzraten von um die 0,3% für Anorexie und 1% für Bulimie. „Binge eating“ kam ebenfalls mit einer Häufigkeit von 1% vor (16).

Eine spanische Studie an 455 Universitätsstudenten (298 Frauen, 157 Männer) fand dagegen 2002 deutlich höhere Prävalenzraten, nämlich bei 6,4% der Untersuchten das Vorhandensein einer Essstörung (20). Ghaderi et al. untersuchten 1157 schwedische Frauen im Alter von 18-30 Jahren und stellten bei 7,8% eine aktive oder abgelaufene Essstörung fest (10). Essstörungen beginnen gewöhnlich in der frühen bis späten Adoleszenz und betreffen fast ausschließlich Frauen (37), daher scheint es durchaus plausibel, dass in Studien an Universitätsstudenten oder jungen Frauen eine deutlich höhere Prävalenzrate festgestellt wird als in epidemiologischen Studien, die die ganze Bevölkerung berücksichtigen.

Selbst wenn man die Ergebnisse unserer Untersuchung mit denen von Studien vergleicht, die sich mit jüngeren Patienten befasst haben, ist die von uns festgestellte Prävalenzrate mit 10,9% immer noch deutlich höher als die von Lameiras Fernandez et al. oder Ghaderi et al. beschriebene. Am häufigsten fanden sich Essstörungen in der Gruppe der Patienten, die eine Liposuction durchführen ließen. Hier litten 20,0% an einer Essstörung.

Diese Konstellation lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Patienten mit Essstörungen häufig sehr stark über ihr Gewicht und ihre Körperform besorgt sind und weniger über das spezifische Erscheinungsbild einzelner Körperteile. Liposuction und Abdominoplastik sind diejenigen der von uns untersuchten Eingriffe, die am stärksten das allgemeine Aussehen des Körpers modellieren, stärker als beispielsweise Gesichtsoptionen, die ein bestimmtes Körpermerkmal sehr gezielt verändern. Allerdings waren die Patienten mit Liposuction auch die Gruppe, bei der psychische Erkrankungen generell am häufigsten vorkamen.

Die Prävalenz von Essstörungen ist bei den von uns untersuchten Patienten deutlich erhöht verglichen mit der Prävalenz von Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung. Das lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Patienten mit Essstörungen häufig sehr besorgt über ihr Aussehen sind und für sie ihre äußere Erscheinung eine große

Rolle im Umgang mit ihrer Umwelt spielt. Dadurch scheinen sie besonders häufig Hilfe in ästhetisch-plastischen Operationen zu suchen. Nur ein kleiner Teil der Patienten mit Essstörung findet psychologische Behandlung (16).

6.1.7 Essstörungen und KDS

Eine enge Verwandtschaft von KDS und Essstörungen wird in der Literatur immer wieder diskutiert. Rosen und Ramirez (32) halten die beiden Erkrankungen für nahe verwandt, da bei beiden eine Störung des Körperbildes im Mittelpunkt steht. Auch eine tschechische Untersuchung (29) untersuchte 2000 die Zusammenhänge zwischen Essstörungen und Körperdysmorpher Störung bei 93 heranwachsenden Mädchen und fand bei 25% der Mädchen mit Anorexie eine vorausgehende Episode mit KDS. Grant et al (13) berichten von einer Prävalenzrate von 39% für KDS bei 41 amerikanischen Patienten mit Anorexia nervosa. Gunstad und Phillips (15) fanden bei zwei verschiedenen Gruppen von insgesamt 293 Patienten mit Körperdysmorpher Störung Lebenszeitprävalenzraten von 7% bzw 14% für eine Essstörung. Allerdings lagen in dieser Studie auch die Komorbiditäten für affektive und Angststörungen sehr hoch (z.T. bis 90%!!) und die meisten Patienten berichteten noch über mindestens eine psychische Störung außer der Körperdysmorphen Störung.

Auch in unserer Stichprobe war die Zahl der Patienten, die eine Essstörung hatten, bei denen mit KDS höher als bei denen ohne Körperdysmorphie Störung.

6.1.8 Bilanz

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Anteil der Patienten mit psychischen Erkrankungen sich in unserer Stichprobe in ähnlichen Bereichen bewegt wie in der Allgemeinbevölkerung, eine aktuelle Major Depression-Episode ist sogar seltener. Störungen mit Substanzmissbrauch fanden sich ebenfalls deutlich seltener. Die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen ist leicht erhöht.

Vor allem bei den Essstörungen lassen sich allerdings deutlich höhere Prävalenzraten finden als in der Allgemeinbevölkerung, was sicher mit an der Körperbezogenheit dieser Gruppe von psychischen Erkrankungen liegt. Auch die somatoformen Störungen

finden sich in unserer Stichprobe häufiger als epidemiologische Daten erwarten lassen würden.

Es zeigt sich hier aber auch die Wichtigkeit, die behandelnden Ärzte, allen voran natürlich die Chirurgen als die Ausführenden, für diese Problematik zu sensibilisieren und ihnen Möglichkeiten an die Hand zu geben, von bestimmten psychischen Störungen betroffene Patienten präoperativ herausfinden zu können. Während nämlich eine Major Depression Episode in der Vorgeschichte oder eine spezifische Phobie nicht unbedingt die Zufriedenheit des Patienten mit dem Ergebnis der Operation beeinflussen wird, können andere Störungen durchaus die postoperative Sicht auf das Ergebnis beeinflussen. Ein Teil der psychiatrisch auffälligen Patienten, vor allem diejenigen mit Körperdysmorpher Störung, profitieren unter Umständen wenig von der Operation. Ihre Unzufriedenheit mit ihrem Aussehen hat innerpsychische Gründe und ist für Außenstehende definitionsgemäß auch schwer nachzuvollziehen.

Sensibilisieren sollte den Operateur auch, wenn die Patienten schon über mehrere ästhetisch-plastische Voroperationen berichten, denn in dieser Gruppe ist die Rate psychischer Störungen und damit auch von Körperwahrnehmungsstörungen besonders hoch.

Die vorliegende Arbeit bestätigt die Hypothese, dass die Körperdysmorphie Störung bei ästhetisch-plastisch operierten Patienten häufiger vorkommt als in der Allgemeinbevölkerung. Die erhöhte Lebenszeitprävalenz von Essstörungen war in dieser Form nicht zu erwarten und sollte auf jeden Fall in weiteren Studien genauer untersucht werden.

6.2 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten, die sich ästhetisch-plastisch operieren lassen, zu untersuchen und hinsichtlich der Zahlen, die epidemiologische Studien in der Allgemeinbevölkerung oder auch die für kleinere Untergruppen festgestellten Häufigkeit erwarteten lassen würden zu beurteilen.

Im deutschen Sprachraum gibt es bislang keine vergleichbare Studie, die nach festgelegten Kriterien die psychiatrische Morbidität speziell ästhetisch-plastisch operierter

Patienten untersucht. Diese Fragestellung ist von einiger Relevanz, da eben nicht funktional krankhafte Befunde operiert werden, sondern gerade gesunde Strukturen wegen der subjektiven Empfindung der betroffenen Person, der entsprechende Körperteil würde ihren Ansprüchen nicht gerecht, verändert werden sollen. Der Satz von Grossbart und Sarwer ist nicht ganz von der Hand zu weisen, die einen ihrer Artikel mit „Cosmetic Surgery: Surgical Tools: Psychosocial Goals“ (14) betiteln. Umso wichtiger ist es, auch für den deutschsprachigen Raum genaue Zahlen zu bekommen, wie häufig psychische Erkrankungen bei Patienten, die sich ästhetisch-plastisch operieren lassen, denn nun wirklich sind

6.2.1 Stärken der gewählten Vorgehensweise

Das „Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV-TR) (37) ist ein international verwendetes Standardwerk, das dem Anwender mit dem „Strukturierten klinischen Interview zum DSM-IV“ (SKID) ein strukturiertes Interview an die Hand gibt, das es möglich macht, psychische Störungen nach einem internationalen Standard abzufragen. Das DSM wurde von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) entwickelt und ist seither in mehreren überarbeiteten Versionen erschienen. Parallel dazu wird von der WHO seit 1948 die „Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)“ herausgegeben, die den Anspruch erhebt, weltweit anwendbar zu sein und alle körperlichen Krankheiten zu erfassen, seit der ICD-6 von 1948 aber auch psychische Störungen abbildet. Mit DSM und ICD liegen also zwei verschiedene Klassifikationssysteme mit unterschiedlichen Schwerpunkten vor, die sich allerdings in ihren neueren Versionen um engere Abstimmung bemühen (37, S. XI). In den USA dienen die Codierungsziffern des DSM-IV, die denen der ICD-9-CM (einer in den USA verwendeten klinischen Modifikation der ICD) entsprechen, auch zur Verschlüsselung der Diagnosen, in Deutschland findet dagegen zur Verschlüsselung die ICD-10 Anwendung. Die deutschsprachige Übersetzung des DSM wird dennoch in großem Umfang in der klinischen Forschung und Praxis verwendet. „Die größte Bedeutung hat DSM-III/DSM-III-R sicherlich im Zusammenhang mit internationalen Studien, jedoch auch bei rein deutschsprachigen Forschungsarbeiten gehabt (...)“ (37, S.X). Wir haben uns entschieden, für unsere Studie das DSM-IV-TR zu verwenden. Die Ergebnisse werden so international leichter vergleichbar.

6.2.2 Fehlerquellen

6.2.2.1 Fehlen einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe

Verschiedene Studien mit ihrem unterschiedlichen Studiendesign und den unterschiedlichen Auswahlkriterien für ihre Patienten sind nur bedingt miteinander vergleichbar. Oft genügen schon geringe Abweichungen im Design, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gering zu halten.

Eine wirkliche statistische Aussagekraft für die vorliegende Stichprobe, die auch vergleichende statistische Tests ermöglichen würde, hätte man nur mit wenigstens einer Kontrollgruppe erreichen können. Daher wäre es wünschenswert gewesen, zusätzlich zu der Gruppe der ästhetisch-plastisch operierten Patienten noch eine oder zwei Vergleichsgruppen zu rekrutieren, im Idealfall eine, die aus chirurgischen Patienten besteht, die aufgrund einer medizinischen Indikation operiert würden und eine, die eine „gesunde“ nichtklinische Kontrollgruppe bildet. Die Ergebnisse, die sich aus dem direkten Vergleich dieser drei Gruppen ergäben, wären statistisch deutlich aussagekräftiger und würden einen direkten statistischen Vergleich dieser drei Gruppen sowie auch statistische Tests ermöglichen. Hier sollten auf jeden Fall noch weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

6.2.2.2 Einfluss der verschiedenen Interviewer auf die Ergebnisse

Die Häufigkeit, mit der von den einzelnen Interviewern bei den von ihnen befragten Patienten psychiatrische Diagnosen gestellt wurden, variierte sehr stark. Eine Interviewerin diagnostizierte bei 33,3%, eine andere bei 75,0% der von ihr untersuchten Patienten eine psychiatrische Störung, die anderen bewegten sich in der Mitte zwischen diesen Extremen. Generell ist die Reliabilität bei Interviewstudien wie der hier vorliegenden geringer als bei Fragebogenuntersuchungen. Auch strukturierte Interviews wie das „SKID“ können die größere Varianz in der Beurteilung durch den Interviewer nicht ganz vermeiden. Dennoch hätten hier Interrater-Treffen in kürzeren Abständen die Interrater-Reliabilität sicher verbessern können. Allerdings kann man die bei unserer Studie verhältnismäßig große Zahl von Interviewern auch durchaus po-

sitiv sehen, da dann statistisch gesehen die „Ausreißer“ weniger stark ins Gewicht fallen als wenn beispielsweise nur zwei Studentinnen die Interviews geführt hätten.

Generell scheinen in klinischen Interviews zu diesem Thema mehr Diagnosen gestellt zu werden als in Studien gefunden werden, die sich standardisierter diagnostischer Instrumente bedienen. Zu diesem Ergebnis kommen jedenfalls Sarwer et al. in einem Übersichtsartikel von 1998 (34).

7. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die psychische Morbidität von Patienten, die sich ästhetisch-plastisch operieren lassen, zu untersuchen. Im deutschen Sprachraum gibt es bislang keine vergleichbare Studie, die die Häufigkeit von psychischen Störungen speziell bei ästhetisch-plastisch operierten Patienten untersucht. Dennoch wird immer wieder die Meinung geäußert, Menschen, die sich ästhetisch-plastisch operieren ließen, litten häufiger an psychischen Störungen als die Allgemeinbevölkerung. Eine ästhetisch-plastische Operation erfolgt auf Wunsch des Patienten, der einen bestimmten Körperteil chirurgisch verändert haben möchte. Grossbart und Sarwer betiteln einen ihrer Artikel mit „Cosmetic Surgery: Surgical Tools: Psychosocial Goals“ (14) und auch Pruzinsky et al sehen den ästhetisch-plastischen Chirurgen durchaus als jemanden an, der in erster Linie psychisches Leid lindert (28). Umso wichtiger ist es, auch für den deutschsprachigen Raum genaue Zahlen zu bekommen, wie häufig psychische Erkrankungen bei Patienten, die sich ästhetisch-plastisch operieren lassen, denn wirklich sind und welche Störungen besonders häufig vorkommen.

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer interdisziplinären prospektiven Studie, die in Zusammenarbeit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München (TUM), der Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der TU München, der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychologie der TUM und der Abteilung für klinische Psychologie des Psychologischen Instituts der LMU München durchgeführt wurde. Ziele der Gesamtstudie waren über die Untersuchung der Häufigkeiten psychischer Störungen bei Patienten mit ästhetisch-plastischen Operationen hinaus einerseits der Vergleich der prä- und postoperativen Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität sowie von Veränderungen im Körperempfinden der Patienten und andererseits die Entwicklung und Validierung eines neuen Fragebogens zur genaueren Erfassung der Körperdysmorphen Störung.

Eine Auswertung der Ergebnisse über die Häufigkeit psychischer Störungen bei Patienten mit ästhetisch-plastischen Operationen liegt hier vor.

Insgesamt wurden im Zeitraum von 05.03.2001 bis 12.3.2004 235 Patienten der Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums Rechts der Isar angesprochen. 220 davon wurden mit dem „strukturierten klinischen Interview zum DSM-IV“ (43) von neun unterschiedlichen Interviewerinnen untersucht. Regelmäßige Tref-

fen zur Verbesserung der Interrater-Reliabilität zwischen den einzelnen Untersucherinnen haben stattgefunden. Gleichzeitig wurden die Patienten anhand von Fotos, die in der Klinik von fast allen Patienten präoperativ angefertigt wurden, in einem Team von drei bis fünf voneinander unabhängigen Ratern hinsichtlich des Körperteils, den sie operieren lassen wollten und dessen Abweichung von der gesamtgesellschaftlichen Norm bewertet und anschließend der Mittelwert aus diesen unterschiedlichen Meinungen gebildet. Dies war uns zum einen deshalb wichtig, weil z.B. die Diagnose Körperdysmorphie Störung voraussetzt, dass gerade kein Mangel in der äußeren Erscheinung vorliegt und zum anderen, weil wir auch vergleichen wollten, ob psychische Störungen häufiger sind, wenn tatsächlich eine äußerliche Abweichung von der Norm vorliegt oder nicht.

Die Häufigkeit, mit der bei unseren Patienten psychische Störungen diagnostiziert wurden (Lebenszeitprävalenz, teilweise auch 4-Wochen-Prävalenz), wurden insgesamt und nach den einzelnen Störungsgruppen getrennt erhoben. Zum anderen untersuchten wir innerhalb unserer Stichprobe, inwieweit sich beispielsweise die einzelnen OP-Kategorien hinsichtlich der Häufigkeit psychischer Störungen unterschieden oder ob es zwischen Patienten mit und ohne Abweichung ihrer äußeren Erscheinung von der Norm Unterschiede gab.

Insgesamt lag die Lebenszeitprävalenz für mindestens eine psychische Störung in der untersuchten Stichprobe bei 48,5%. Dies liegt leicht über der im Bundesgesundheits-survey erhobenen Lebenszeitprävalenz von 43% (19). Am weitesten verbreitet waren in der vorliegenden Stichprobe die Angststörungen. Hiervon waren 48 Patienten (21,8%) betroffen. An einer affektiven Störung litten 42 der Patienten (19,1%). Eine somatoforme Störung hatten 12,7% der Patienten, eine Essstörung 24 (10,9%). Von einer Störung mit Substanzmissbrauch waren acht Patienten (3,6%) betroffen, von einer Anpassungsstörung einer (0,5%).

Vor allem die Lebenszeitprävalenz für eine Essstörung ist mit 10,9% gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Selbst der hohe Frauenanteil in unserer Studienpopulation liefert hierfür keine Erklärung. Ebenso scheint die Körperdysmorphie Störung aus der Gruppe der somatoformen Störungen mit 11,8% deutlich häufiger vorzukommen als in nichtklinischen Populationen. Die Prävalenz von Angststörungen ist ebenfalls leicht erhöht, allerdings nicht ganz so ausgeprägt. Störungen mit Substanzmißbrauch, Anpassungsstörungen und Psychosen waren unterrepräsentiert.

Deutliche Unterschiede zeigten sich auch bei der Häufigkeit psychischer Störungen, was verschiedene Parameter der einzelnen Patienten angeht: je häufiger ein Patient im Vorfeld schon einmal kosmetisch operiert wurde, umso häufiger war auch die Rate der psychischen Erkrankungen. In der Gruppe der Patienten ohne morphologische Abweichung von der Norm kamen psychische Störungen ebenfalls häufiger vor.

Ebenso unterschieden sich die einzelnen OP-Kategorien hinsichtlich der Häufigkeit mit der bei den Patienten der jeweiligen Gruppe psychische Störungen vorlagen. In den Gruppen mit Liposuction waren 60% von mindestens einer psychischen Störung betroffen. Am geringsten war die Prävalenz psychischer Störungen mit 16,7% in der Gynäkomastie-Gruppe.

Unsere Ergebnisse bestätigen, wie wichtig fundierte wissenschaftliche Untersuchungen vor allem zum Thema Körperdysmorphie Störung bei ästhetisch-plastisch operierten Patienten sind. Da in der ästhetisch-plastischen Chirurgie gesunde Patienten aus ästhetischen Gründen und daher aus einer sehr viel weniger nachvollziehbaren Indikationsstellung heraus operiert werden als das in anderen Bereichen der Medizin der Fall ist, sollte hier noch viel stärker als anderswo sichergestellt sein, dass die Patienten von der Behandlung auch profitieren. Die Rate der unzufriedenen Patienten wird bei denjenigen mit bestimmten psychischen Störungen, z.B. der Körperdysmorphie Störung, deutlich erhöht sein. Hier würde es auch für den operierenden Chirurgen und die betroffene Abteilung eine Hilfe darstellen, diejenigen Patienten, bei denen eine Operation voraussichtlich nicht zu mehr Zufriedenheit mit dem operierten Körperteil führt, leicht herausfinden zu können. So würde sich die Abteilung viel Ärger mit unzufriedenen Patienten sparen können und denjenigen Patienten, deren Operationswunsch primär Teil einer psychischen Störung darstellt, bliebe eine Operation erspart, die ihnen hinsichtlich ihres psychischen Leidensdrucks möglicherweise keine Verbesserung bringen wird. Auch hinsichtlich der peri- und postoperativen Risiken wie Thrombosen, Embolien, Blutungen, Infektionen sollten Operationen, deren Erfolg zweifelhaft ist, nach Möglichkeit vermieden werden.

Daher sollten vor allem die Essstörungen wie auch die Körperdysmorphie Störung in ästhetisch-plastisch operierten Patientenkollektiven weiterhin Gegenstand klinischer Studien bleiben. Die Entwicklung eines einfach anzuwendenden Fragebogens zur Erfassung der Körperdysmorphie Störung wäre eine große Hilfe für ästhetisch-plastische tätige Chirurgen und sollte unbedingt weiter vorangetrieben werden.

8. Literatur

1. Adamson, P; Kraus, WM; (1995). "Management of Patient Dissatisfaction with Cosmetic Surgery." Facial Plastic Surgery **11**(2): 99-104.
2. Altamura, C; Paluello, MM; Mundo E; Medda, S; Mannu, P (2001). "Clinical and subclinical body dysmorphic disorder." European Archieve of Psychiatry and Clinical Neuroscience **251**(3): 105-8.
3. Bijl, RV; Ravelli, A; van Zessen, G (1998). "Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey an Incidence Study (NEMESIS)" Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **33**: 587-595.
4. Bohne, A; Wilhelm, S; Keuthen, NJ; Florin, I; Baer, L; Jenike, MA. (2002). "Prevalence of body dysmorphic disorder in a german college student sample." Psychiatry Reserarch **109**: 101-104.
5. Davison, G; Neale, JM (1998). Klinische Psychologie. Weinheim, Urban & Schwarzenberg.
6. Dufresne, RG. Phillips, K A.; Vittorio, CC.; Wilkel, CS. (2001). "A Screening Questionnaire for Body Dysmorphic Disorder in a Cosmetic Dermatologic Surgery Practice." American Society for Dermatologic Surgery **27**: 457-462.
7. Fink, P; Hansen, MS; Oxhoj, M-L; (2004). "The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients." Journal of psychosomatic research **56**: 413-418.
8. Fireman, B; Koran, LM; Leventhal, JL; Jacobson, A; (2001). "The Prevalence of Clinically Recognised Obsessive-Compulsive Disorder in a large Health Maintenance Organisation." American Journal of Psychiatry **158**: 1904-1910.
9. Furmark, T. (2002). "Social Phobia: overview of community surveys." Acta Psychiatrica Scandinavica **105**(2): 84-93.
10. Ghaderi, A; Scott, B; (1999). "Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 years in the general population." Acta Psychiatrica Scand **99**(4): 261-266.
11. Grabe, H; Meyer, C; Hapke, U; Rumpf, HJ; Freyberger, HJ; Dilling, H; John, U (2000). "Prevalence, quality of life and psychosozial funktion in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern germany." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **250**: 262-268.
12. Grant, JE ; Kim SW; Crow, SJ (2001). "Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and psychiatric inpatients." J clin Psychiatry **62**(7): 517-22.
13. Grant, JE; Kim, SW; Eckert, ED. (2002). "Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusionality of body image." International Journal of Eating Disorders **32**(3): 291-300.

14. Grossbarth, T; Sarwer, DB. (1999). "Cosmetic Surgery: Surgical Tools - Psychosocial Goals." Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery **18**(2): 101-111.
15. Gunstad, JP, Phillips, KA. (2003). "Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder." Comprehensive Psychiatry **44**(4): 270-276.
16. Hoek, H; van Hoeken, D (2003). "Review of the Prevalence and Incidence of eating disorders." International Journal of eating disorders **34**(4): 383-396.
17. Holly, A; Wittchen, HU (1998). "Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults." Eur Addict Res **4**(1-2): 50-57.
18. Honigmann, R; Phillips, KA; Castle, DJ (2004). "A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery." Plastic and reconstructive surgery **113**(4): 1229-1237.
19. Jakobi, F; Wittchen, HU; Holting, C; Hofler, M; Pfister, H; Muller, N; Lieb, R (2004). "Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)." Psychol Med **34**(4): 597-611.
20. Lameiras Fernandez, M ; Calado Otero, M; Rodriguez Castro, Y; Fernandez Prieto, M (2002). "[Eating disorders among Spanish university students]." Actas Esp Psiquiatr **30**(6): 343-349.
21. McLearn, S; Orr, DJA; O'Dwyer, AM (2004). "Psychiatric Morbidity in a regional plastic surgery centre - one-year review with a proposed categorisation." British Journal of Plastic Surgery **57**: 440-445.
22. Meyer, C; Rumpf, HJ; Hapke, U; Dilling, H; John, U (2000). "Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption. findings from the German TACOS study." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **35**(12): 539-547.
23. Meyer, CR; Rumpf, HJ; Hapke, U; Dilling, H; John, U (2000). "Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie." Der Nervenarzt **71**(7): 535-542.
24. Nelson, C ; Wittchen, HU (1998). "DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults." Addiction **93**(7): 1065-1077.
25. Nierenberg, A; Phillips, KA; Petersen, TJ.; Kelly, KA.; Alpert, JE.; Worthington, JJ; Tedlow, JR.; Rosenbaum, JF.; Fava, M (2002). "Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression." Journal of Affective Disorders **69**: 141-148.
26. O'Brien, K ; Vincent, NK (2003). "Psychiatric Comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships." Clinical Psychology Review **23**: 57-74.
27. Otto, MW, Wilhelm, S; Cohen, LS; Harlow, B (2001). "Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women." Am J Psychiatry **158**(12): 2061-3.
28. Pruzinsky, T; Sarwer, DB; Cash, TF; Goldwyn, RM; Persing, JA; Whitaker, LA: „Multiple Perspectives on the Psychology of Plastic Surgery“. In Sarwer, DB; Pruzinsky, T; Cash, TF; Goldwyn, RM; Persing, JA; Whitaker, LA: Psychological Aspects of Reconstructive and Cos-

- metic Plastic Surgery. A Clinical, Empirical and Ethical Perspective. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2006
29. Rabe-Jablonska, J; Sobow, T (2000). "The links between body dysmorphic disorder and eating disorders." European Psychiatry **15**: 302-305.
 30. Rankin, MB; Borah, GL; Perry, AW.; Wey, PD. (1998). "Quality-of-Life Outcomes after Cosmetic Surgery." Plastic and Reconstructive Surgery **102**(6): 2139-2145.
 31. 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.
 32. Rosen, JC, Ramirez, E (1998). "A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment." Journal of Psychosomatic Research **44**(3/4): 441-449.
 33. Sarwer, DB; Wadden, TA; Pertschuk, MJ; Whitaker, LA (1998). "Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients." Plastic and Reconstructive Surgery **101**(6): 1644-1649.
 34. Sarwer, DB; Wadden, TA; Pertschuk, MJ; Whitaker, LA (1998). "The Psychology of Cosmetic Surgery: a Review and Reconceptualisation" Clinical Psychology Review **18**(1): 1-22
 35. Sarwer, DB, Nordmann, JE.; Herbert, JD. (2000). "Cosmetic Breast Augmentation Surgery: A Critical Overview." Journal of Women's Health and gender-based Medicine **9**(8): 843-856.
 36. Sarwer, DB. (2002). "Awareness and identification of BDD by aesthetic surgeons: results of a survey of american society for aesthetic plastic surgery members." Aesthetic Surgery Journal **22**(6): 531-535.
 37. Saß, HW; Wittchen, HU; Zaudig, M; Houben, I (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevison- DSM-IV-TR, Hogrefe-Verlag Göttingen 2003
 38. Spitzer, R; Williams, JBW (1998). „Structured clinical interview for DSM-IV“. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometric Research.
 39. Stangier, U; Hungerbühler, R; Meyer, A.; Wolter, M. (2000). "Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphen Störung." Der Nervenarzt **71**: 876-884.
 40. Thomas, JR; Sclafani, AP; Hamilton, M; McDonough, E (2001). "Preoperative Identification of Psychiatric Illness in Aesthetic Facial Surgery Patients." Aesthetic Plastic Surgery **25**: 64-67.
 41. Vargel, S; Ulusahin, A (2001). "Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients." Aesthetic plast Surg **25**(6): 474-8.
 42. Wittchen, HU; Müller, N; Pfister, S; Winter, S; Schmidtkunz, B (1999). "Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". " Gesundheitswesen **61**(Sonderheft 2): 216-222.
 43. Wittchen HU; Wunderlich, U; Gruschwitz, S; Zaudig, M: „Strukturiertes klinisches Interview

für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen“, Hogrefe Verlag, Göttingen 1997

44. Wittchen, HU; Zaudig, M; Fydrich, TH: “Handanweisung für SKID Achse I und II”, Hogrefe Verlag, Göttingen Bern Toronto Seattle 1997

Ältere Quellen (vor 1995):

45. Edgerton, MT (1975): “The plastic surgeon’s obligations to the emotionally disturbed patient”. Plast reconstr surgery **55** (1), 81-83
46. Burgoyne, RW; Goin, JM; Goin, MK (1977): “Intraoperative psychological reactions in face-lift patients under local anesthesia”. Plast reconstr surgery **60** (4): 582-588
47. Goin, MK; Rees, TD (1991): “A Prospective Study of Patient’s Psychological Reactions to Rhinoplasty”. Annals of Plastic Surgery **27**(3): 210-215

9. Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meiner Betreuerin, Frau Dr. R. Zimmer, für ihre Ideen zum Thema und ihre Unterstützung bei der Durchführung und Erstellung dieser Arbeit.

Herrn Prof. H. Förstl danke ich für die Möglichkeit, diese Arbeit an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München auszuführen.

Herrn Prof. Dr. Dr. E. Biemer und den Oberärzten PD Dr. Kovacs und PD Dr. Papadopoulos danke ich für die Möglichkeit in der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums rechts der Isar Patienten zu untersuchen.

Desgleichen gilt mein Dank der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Dr. G. Henrich und PD Dr. P. Herschbach des Instituts für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Technischen Universität München.

Frau Hollweck vom Institut für medizinische Statistik danke ich für die Beratung bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse.

Und vor allem danke ich meinen Eltern, die mir ein Medizinstudium überhaupt erst ermöglicht haben und die mich jederzeit und immer aus vollem Herzen unterstützt haben.

10. Anhang: Fragebögen