



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Schönheit, das Genie der Materie
oder: Bin ich schön?“ – Selbstbild versus vermutetes Fremdbild bei Patienten eines
ästhetisch-chirurgischen Eingriffs im Vergleich zu einer Kontrollgruppe

Verfasserin

Anna Katharina Schuchter

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Andreas Hergovich

DANK

Ich möchte mich sehr herzlich bei Herrn Prof. ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Hergovich Bakk. und Frau Prim. Dr. Dagmar Millesi bedanken, die mir die Möglichkeit gaben diese Studie durchzuführen. Vielen Dank für die Zeit, die Sie mir gewidmet haben!

Lieben Dank Elena, Angelo, Alex, Clara, Connie, Heidi, Naama, Heinz, Lisa, Sunny für Eure Stütze im Laufe meiner Studie und des gesamten Studiums. Mein ganz besonderer Dank gilt allen Teilnehmern und Mitorganisatoren dieser Studie. Eure Mitarbeit und Unterstützung hat es mir erleichtert, meine Daten problemlos zu erheben – tausend Dank! Speziellen Dank Matthias und Edith, dass ihr mir in der Phase der Auswertung beigestanden seid.

Von Herzen danke ich auch meiner Familie, die mich im gesamten Studium unterstützte.

ABSTRACT

In der vorliegenden Studie wurden die Unterschiede der Diskrepanzen zwischen (i) Selbstbild und vermutetem Fremdbild, (ii) *actual self* und *ideal self*, (iii) *actual self* und *ought self* und (iv) *actual self* und *ought other*, ästhetisch-chirurgischer Patienten im Vergleich zu Nicht-Patienten untersucht. Zusätzlich geht es um den (v) subjektiven Einfluss des körperlichen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehung, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle. In einer Paper-Pencil-Befragung bewerteten insgesamt 107 Teilnehmer, davon 53 Patienten, Teile ihres Körpers und beantworteten Fragen zum subjektiven Einfluss körperlichen Aussehens.

Es konnte gezeigt werden, dass es keinen Unterschied in der Diskrepanz zwischen (i) Selbstbild und vermutetem Fremdbild gibt und sich sowohl Patienten als auch Nicht-Patienten insgesamt selbst schlechter bewerten als sie glauben, dass ihr Partner sie sieht, und dass es einen Unterschied hinsichtlich (ii) und (iii) gibt. Patienten haben eine größere Diskrepanz zwischen dem (ii) *actual self* und *ideal self* sowie dem (iii) *actual self* und *ought self*. Weiters wurde kein Unterschied in der Diskrepanz zwischen (iv) *actual self* und *ought other* gefunden.

Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass (v) Patienten den Einfluss des körperlichen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehung, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle höher bewerten als Nicht-Patienten.

Die vorliegende Arbeit gibt einen Einblick über die Wahrnehmung körperlichen Aussehens ästhetisch-chirurgischer Patienten und Nicht-Patienten.

INHALTSVERZEICHNIS

DANK	2
ABSTRACT.....	3
I. THEORETISCHER TEIL.....	6
1. EINLEITUNG	6
2. ÄSTHETISCHE CHIRURGIE, LEBENSQUALITÄT UND SELBSTWERT.....	8
3. WISSENSCHAFTLICHE AUSEINANDERSETZUNG MIT DEM THEMA WAHRNEHMUNGSVERZERRUNG IN BEZUG AUF DEN KÖRPER.....	10
3.1 KÖRPERWAHRNEHMUNGSSTÖRUNG.....	10
3.1.1 Körperwahrnehmungsstörung bei Patienten, die einen ästhetisch- chirurgischen Eingriff vornehmen möchten.....	12
3.2 SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE UND KONTEXTUELLE FAKTOREN ALS EINFLUSSFAKTOREN DER WAHRNEHMUNGSVERZERRUNG	14
3.2.1 Geschlecht	14
3.2.2 Alter	15
3.3 SELBSTDISKREPANZTHEORIE	16
3.3.1 Selbstdiskrepanz bei der Körperwahrnehmungsstörung	17
3.4 REGULATORY FOCUS THEORY.....	18
4. EXKURS LABIOPLASTIK	19
II. EMPIRISCHER TEIL	21
5. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	21
6. METHODE	24
6.1 UNTERSUCHUNGSSETTING.....	24
6.2 UNTERSUCHUNGSTICHPROBE	25
6.3 DURCHFÜHRUNG.....	26
6.4 ERHEBUNGSINSTRUMENTE	27
6.4.1 Estimating Physical Attractiveness Scale (EPA).....	27
6.4.2 Selbstdiskrepanz-Skala nach Veale, Kinderman, Riley und Lambrou (2003).....	28
6.4.3 Beliefs About Appearance Scale (BAAS) nach Spangler und Stice, (2001)	30
6.4.4 Soziodemografische Merkmale.....	30
7. ERGEBNISSE.....	31
7.1 SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE	31
7.2 RELIABILITÄTSANALYSEN	36
7.2.1 Fragebogen zur Einschätzung der körperlichen Attraktivität	36
7.2.2 Fragebogen zur Einschätzung körperlicher Eigenschaften	38
7.2.3 Fragebogen zur Einstellung körperlichen Aussehens	40
7.3 HYPOTHESENPRÜFUNG	41
7.3.1 Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild	41
7.3.2 Diskrepanz zwischen actual self und ideal self	49
7.3.3 Diskrepanz zwischen actual self und ought self	52
7.3.4 Diskrepanz zwischen actual self und ought other	53
7.3.5 Einstellung bezüglich der Konsequenzen der wahrgenommenen körperlichen Erscheinung..	55
7.3.6 Kann mit einer Diskriminanzanalyse vorhergesagt werden, ob sich eine Person einem ästhetisch- chirurgischen Eingriff unterzieht?.....	57
8. DISKUSSION	60

9. LITERATURVERZEICHNIS	65
10. ANHANG	70
10.1 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	70
10.2 TABELLENVERZEICHNIS	70
10.3 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (IN ANLEHNUNG AN TALBOT, 2012).....	72
10.4 ESTIMATING PHYSICAL ATTRACTIVENESS SCALE (EPA)	73
10.5 SELBSTDISKREPANZSKALA	75
10.6 BELIEFS ABOUT APPEARANCE SCALE	77
10.7 SOZIODEMOGRAFISCHE INFORMATIONEN	79

I. THEORETISCHER TEIL

Es wird darauf hingewiesen, dass in der gesamten Arbeit auf ein Gendering mit dem Binnen-I, also auf eine sprachliche Gleichbehandlung der Vergeschlechtlichung keine Rücksicht genommen wurde, jedoch allgemein immer Männer und Frauen gemeint sind.

1. Einleitung

In der heutigen Zeit wächst die Anzahl der Menschen, die sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen, rapide (Profil, 2008). In dieser Studie wird der Begriff Ästhetische Chirurgie verwendet. Er bezieht sich auf die Wiederherstellung oder Verbesserung bestimmter Körperregionen und umfasst sowohl medizinische als auch rein kosmetische Eingriffe. Oft werden in der Literatur auch die Begriffe Plastische Chirurgie, Kosmetische Chirurgie oder Schönheitschirurgie gebraucht.

Die Grenzen zwischen einem medizinisch-chirurgischen und einem rein ästhetischen Eingriff verlaufen oft schwimmend. Eine Mammareduktion (Brustverkleinerung) beispielsweise kann einerseits aufgrund starker Rückenschmerzen, andererseits aufgrund kosmetischer Wünsche erfolgen. In erstem Fall besteht eine medizinische Indikation, in letzterem liegt ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff vor. Die Ästhetische Chirurgie besteht sowohl aus invasiven als auch nicht-invasiven Eingriffen (Sarwer & Cerward, 2004) wie zum Beispiel dem Spritzen von Botulinumtoxin zur Faltenbehandlung.

Gewisse Teile des Körpers, mit denen eine Person unzufrieden ist, werden verändert, um zum Beispiel jünger, dünner oder straffer auszusehen. Schon seit vielen Jahren sagen Sozialpsychologen und Evolutionsbiologen, dass das äußerliche Erscheinungsbild wichtig ist (Sarwer & Crerand, 2004). Es gibt verschiedene Gründe für die wachsende Zahl ästhetisch-chirurgischer Eingriffe wie zum Beispiel die Entwicklung neuer Operationstechniken, Fortschritte der Kenntnisse um die postoperative Wundheilung, die kürzere Genesungsdauer und die zunehmende mediale Aufmerksamkeit (Sarwer & Crerand, 2004). Zu den häufigsten operativen Eingriffen im Jahr 2013 gehören unter Anderem die Mammaaugmentation

(Brustvergrößerung), Liposuction (Fettabsaugung), Blepharoplastik (Ober- und/oder Unterlidkorrektur) und Rhinoplastik (Nasenkorrektur) (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2014).

Zu den häufigsten nicht-operativen Eingriffen im Jahr 2013 gehörten unter Anderem das Spritzen von Botulinumtoxin, das Auffüllen durch Filler, die Laserhaarentfernung, nicht-invasive Gesichtsverjüngung, und chemische Peelings (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2014).

Neben einer körperlichen Veränderung ist die Erwartung einer psychischen Veränderung oft sehr groß (Adams, 2010). Ein wichtiger Faktor für die Entscheidung, sich einer körperlichen Veränderung zu unterziehen, sind die kulturellen Einflüsse. In einigen Kulturen (wie zum Beispiel in Brasilien) sind körperliche Kurven ein Schönheitsideal, in Mitteleuropa wiederum gelten meist möglichst dünne und schmale Körperformen als wünschenswert. Die Menschen vergleichen sich mit Personen, die dem kulturellen Ideal entsprechen und bewerten ob sie den Erwartungen entsprechen oder nicht (Sarwer & Crerand, 2004).

In allen unterschiedlichen Kulturkreisen wird jeweils ein bestimmtes Äußeres geschätzt. Diese von der Gesellschaft festgelegten Normen können zum Impuls verleiten, sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff zu unterziehen, obwohl dies oft nicht unbedingt erforderlich ist (Nikolić, Janjić, Marinković, Petrović, & Božić, 2013). Jedoch liegt auch die Schönheit im Auge des Betrachters. Das Zusammenspiel zwischen der kulturellen Norm und dem eigenem Körperideal beeinflusst die Sicht auf den eigenen Körper (nach Bessenoff & Snow, 2006). Die Beweggründe, eine körperlich-ästhetische Veränderung durchzuführen, können nach Nikolić et al. (2013) aus innerlichen und äußerlichen Motivationen bestehen. Eine innere Motivation wäre nach dem Beispiel der genannten Autoren die Verbesserung des Körperbildes oder die Steigerung des Selbstvertrauens nach einer Operation. Ein Beispiel für eine äußerliche Motivation wäre es, eine andere Person (zum Beispiel den Partner) zufriedenzustellen. Die Autoren geben an, dass die Motivation, eine Mammaaugmentation (Brustvergrößerung) durchzuführen, durch den Wunsch beeinflusst wird, sich attraktiver, weiblicher und selbstsicherer zu fühlen. Eine häufig durchgeführte Operation ist die Bauchdeckenstraffung, wo nach einem Gewichtsverlust die überschüssige Haut entfernt wird.

Die Studie von Stuerz, Piza, Niernann und Kinzl (2008) befasst sich mit Patienten dieser Operation und kommt zu dem Ergebnis, dass sich das Körperbild der Patienten nach einer

Operation in eine positiven Weise verbessert und auch die subjektive Qualität des Lebens zunimmt.

2. Ästhetische Chirurgie, Lebensqualität und Selbstwert

Bensoussan et al. (2013) zeigen, dass sich die Lebensqualität nach einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff positiv verändert. Die Lebensqualität ist die Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation in Bezug auf kulturelle Faktoren und Wertvorstellungen im Zusammenhang mit den eigens gesetzten Zielen, Erwartungen und Standards (World Health Organization, 1997).

Die Studie von Mohammadshahi, Pourreza, Orojlo, Mahmoodi und Akbari (2014) kommt zu dem Ergebnis, dass sich die gesamte Lebensqualität nach einer Rhinoplastik (Nasenkorrektur) kurzfristig sogar verschlechtert. Dies kann zum Beispiel mit unerwünschten medizinischen Nebenwirkungen zusammenhängen. Auf lange Sicht verbessert sich aber die Lebensqualität (Mohammadshahi et al., 2014). Es wird erwähnt, dass die Lebensqualität sehr komplex ist und aus unterschiedlichen Aspekten besteht. Die eigene Sichtweise und auch das individuelle Bewusstsein können sich bei den Patienten über die Zeit verändern, dies kann wiederum die Lebensqualität beeinflussen und verbessern (Mohammadshahi et al., 2014). Meningaud et al. (2003) kamen zu dem Ergebnis, dass ästhetisch-chirurgische Patienten depressiver waren als eine Vergleichsstichprobe. Weiters konnten die Autoren zeigen, dass ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff für die Behandlung einer affektiven Beeinträchtigung nicht wirksam ist.

Eine Mammareduktion (Brustverkleinerung) kann medizinisch oder ästhetisch indiziert sein (siehe Kapitel 1). Ist eine große Brust mit Rückenschmerzen verbunden, so kann eine Verkleinerung der Brust einen medizinischen Nutzen mit sich bringen. Eine Studie von Shakespeare und Cole (1997) beschäftigte sich mit Patienten, die eine Mammareduktion durchführten und kamen zu dem Ergebnis, dass die Verbesserung des Selbstwerts nach der Behandlung an beiden Nachfolgetestungen hoch signifikant war. Auch eine Studie von Mello, Domingos, und Miyazaki (2010) kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Lebensqualität und der Selbstwert nach einer Mammareduktion verbesserten. Eine Studie von Saariniemi et al. (2012) kommt zu dem Schluss, dass sich der Selbstwert und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper nach einer Mammaaugmentation (Brustvergrößerung) verbessert und das

Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, geringer ausfällt. Auch Papadopulos et al. (2014) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass eine Brustvergrößerung die Lebensqualität positiv beeinflusst.

Ein wichtiger Bereich der Ästhetischen Chirurgie beschäftigt sich mit der Wiederherstellung der weiblichen Brust nach einer Brustkrebserkrankung. Eine schöne Brust ist für viele Frauen ein wichtiges Symbol von Weiblichkeit. Wird einem diese Weiblichkeit aufgrund einer Erkrankung genommen, kann dies psychologische Folgen mit sich ziehen. Die Ästhetische Chirurgie ist hierbei ein wichtiges Feld in der Medizin, einer Frau einen wichtigen Teil der Weiblichkeit, die sie verloren hat, zurück zu geben.

Abschließend kann gesagt werden, dass es wichtig ist, einem Patienten klarzumachen, dass er sich keine großartige Verbesserung der Lebensqualität nach einem Eingriff erhoffen sollte. Weiters ist es wichtig abzuwägen, ob sich tiefgründige psychologische Probleme hinter dem Wunsch einer körperlichen Korrektur verstecken, die alleinig durch einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff nicht gelöst werden können. Das nachfolgende Kapitel setzt sich mit der Körperwahrnehmungsstörung, einer schwerwiegenden psychischen Störung, welche oft mit dem Wunsch einer ästhetisch-chirurgischen Korrektur einhergeht, auseinander. Eine genauere Auseinandersetzung mit dem Thema Körperwahrnehmungsstörung wurde deswegen in die Arbeit miteinbezogen, weil es einen Erklärungsansatz dafür geben kann, weshalb sich Personen bewusst für einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff entscheiden (vgl. Lai, Lee, Yeh und Chen, 2010).

3. Wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Wahrnehmungsverzerrung in Bezug auf den Körper

3.1 Körperwahrnehmungsstörung

Die körperdysmorphe Störung, im englischen *body dysmorphic disorder* (BDD), ist eine Störung der eigenen Körperwahrnehmung. Sie zeichnet sich durch eine übertriebene Beschäftigung mit dem eigenen Körper aus, mit der ständigen Befürchtung und der Annahme, Mängel zu entdecken (Driesch, Burgmer & Heuft, 2004). Die ständige Beobachtung des eigenen Körpers und die Einbildung körperlicher Schäden sind oft sehr zeitraubend und lösen einen sehr hohen Leidensdruck bei den beteiligten Personen aus (Cororve & Gleaves, 2001). Die betroffenen Personen betrachten sich oft im Spiegel, was als ‚mirror gazing‘ bezeichnet wird, und suchen Merkmale, die sie stören. Oft sind solche Menschen aber sehr verschwiegen gegenüber diesem Verhalten, da sie glauben, als narzisstisch oder eitel abgestempelt zu werden (Veale & Riley, 2001). Die Studie von Veale und Riley (2001) zeigt, dass es unterschiedliche Beweggründe gibt, weshalb Personen die unter einer BDD leiden, ‚mirror gazing‘ betreiben:

- sie hoffen sich durch den Blick in den Spiegel besser zu gefallen;
- sie sind sich ihrer äußerlichen Erscheinung unsicher und wollen genau wissen, wie sie tatsächlich aussehen;
- sie glauben, dass sie sich schlechter fühlen werden, wenn sie sich nicht im Spiegel betrachten.

Laut Driesch, Burgmer und Heuft (2004) wird „die Body dysmorphic disorder nosologisch sowohl den Zwangsstörungen als auch den hypochondrischen Störungen zugeordnet“ (S.917). 1986 wurde die Krankheit in die DSM-Klassifikation aufgenommen (Ambs, 2008). Personen, die unter einer BDD leiden, bewerten einen Mangel in ihrer körperlichen Erscheinung übertrieben negativ. Dies löst großen Stress und eine Beeinträchtigung im sozialen Leben aus (Lambrou, Veale & Wilson, 2011).

„In den aktuellen, internationalen Klassifikationssystemen psychischer Störungen werden die körperdysomorphen Störungen im umfassenden Sinn durch die ‚Dysmorphophobie (nicht

wahnhaft)', die ,sonstigen anhaltenden wahnhaften Störungen', die ,körperdysmorphe Störung' und die ,wahnhafte Störung mit körperbezogenem Wahn' erfasst" (Burgmer et al., 2004, S. 918). Die körperdysmorphe Störung hat auf die Wahrnehmung, Denken, das Verhalten einen Einfluss und kann auch komorbid mit Depressionen und Angst auftreten.

Tabelle 1: Körperdysmorphe Störung im ICD-10 und DSM-IV

	Dysmorphophobie (nicht wahnhaft) (ICD-10: F45.21)	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen (ICD-10: F22.8)	Körperdysmorphe Störung (DSM-IV: 300.7)	Wahnhafte Störung mit körperbezogenem Wahn (DSM-IV: 297.1)
Wahrnehmung und Denken	Überzeugung vom Vorhandensein einer vermuteten Entstellung; normale Erscheinungen werden von der betroffenen Person oft als abnorm und belastend interpretiert; fixierte Wahnvorstellungen dürfen nicht vorhanden sein	Lang andauernder Wahn, der nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden kann; die Wahnvorstellungen sind auf die Person bezogen	Es hält ein bedeutender Anteil der Personen mit körperdysmorpher Störung an ihren Überzeugungen mit wahnhafter Intensität fest; Beobachtungswahn, dass andere ganz besonders auf den vermeintlichen Schönheitsfehler achten (könnten)	Das Hauptmerkmal dieser Störung ist das Vorhandensein von nichtbizarren Wahnphänomenen; die Interpretationen stehen normalerweise im Einklang mit dem Inhalt ihrer wahnhaften Überzeugung
Verhalten	Ständige Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Erscheinung	Abgesehen von Handlungen und Einstellungen, die sich direkt auf den Wahn oder das Wahnsystem beziehen, sind Affekt, Sprache und Verhalten normal	Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Einstellung in der äußeren Erscheinung; das Überprüfen der Einstellung kann mehrere Stunden täglich in Anspruch nehmen	Streitbares Verhalten, Einfordern unnötiger medizinischer Tests und Untersuchungsverfahren
Affekt	Häufig finden sich Depressionen und Angst	Depressive Symptome können zeitweilig auftreten	Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden	Reizbar oder dysphorisch

(nach Driesch et al., 2004, S. 918)

Personen mit einer BDD denken negativ über ihr Aussehen, die Gedankenmuster können nach einiger Zeit automatisch ablaufen und zu negativer Selbstbewertung, einem geringen Selbstwert, Angst, Scham und Traurigkeit führen (Buhlmann, Teachman, & Kathmann, 2011). Diese Gedanken resultieren in einem Teufelskreis, der schwer zu durchbrechen ist, da sie dekonstruktives Verhalten wie zum Beispiel ‚mirror gazing‘ und Vermeidungsverhalten (zum Beispiel das Vermeiden sozialer Situationen) auslösen, welches wiederum zu Angst und Scham führt.

Ein beispielhaftes Gedankenmuster einer typischen BDD nach Rosen (1996) wäre:

„Ich schaue hässlich aus und andere Menschen bemerken nur meine körperlichen Mängel. Ich wirke auf alle unattraktiv. Ich werde nur negativ bewertet und alle schließen darauf, dass mein Charakter auch negativ ist und ich nichts Wert bin.“ (S. 152). Der Forschungsbericht von Lambrou, Veale und Wilson (2011) zeigt, dass sich Personen mit einer BDD (im Gegensatz zu Personen die nicht unter dieser Krankheit leiden) viel analytischer im Spiegel betrachten und ihren Fokus auf die körperlichen Unzufriedenheiten lenken. Nach Buhlmann et al. (2010) sind die Körperteile, die eine BDD-Gruppe am wenigsten an sich selbst mochte, der Bauch, Haut, Brust, Gesäß, während eine Kontrollgruppe eher mit ihrem Gewicht unzufrieden war.

3.1.1 Körperwahrnehmungsstörung bei Patienten, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten

Ästhetisch-chirurgische Patienten beschreiben immer wieder ihr körperliches Erscheinungsbild auf eine Weise, die nicht der objektiven Realität entspricht (Sarwer & Crerand, 2004). Auch sagen sie oft, dass sie aufgrund ihres Aussehens ausgelacht wurden, oft kann das auch Jahre her gewesen sein (Sarwer & Crerand, 2004). Eine Studie von Lai, Lee, Yeh, und Chen (2010) kommt zu dem Ergebnis, dass 7,7% der 817 untersuchten Patienten, die sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen wollten, eine BDD hatten. Die Patienten glauben, dass mit ihrem Körper etwas nicht in Ordnung sei, und nicht, dass sie an einer psychischen Störung litten (Lai et al., 2010). Die Studie von von Soest, Kvaalem, Roald und Skolleborg (2009) zeigt, dass sich psychische Probleme nach einem Eingriff nicht signifikant verändern. Der Selbstwert stieg um einen geringen Wert und die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen hat sich erhöht (von Soest et al., 2009).

In einer Studie von Felix et al. (2014) geht es um Patienten mit leichter bis mittlerer Körperwahrnehmungsstörung, die eine Rhinoplastik (Nasenkorrektur) durchgeführt haben. Die Ergebnisse zeigen, dass nach einer solchen Operation die Unzufriedenheit mit dem Aussehen stark zurückging. Die Autoren erwähnen auch, dass eine Nasenkorrektur nicht unbedingt kontraindiziert für Patienten mit milder Körperwahrnehmungsstörung sein muss. Eine große Anzahl der Patienten können von so einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff profitieren, indem auch das emotionale Leiden verringert wird. Wichtig ist aber, dass es sich um keine schwerwiegende Körperwahrnehmungsstörung handelt. Diese Gruppe wurde in dieser Studie ausgenommen. Adams (2010) beschreibt in seiner Studie, dass manche seiner Testpersonen so glücklich nach ihrem Eingriff waren, sodass sie sofort weitere Eingriffe planten. Andere wiederum, die mit dem Ergebnis nicht zufrieden waren, meinten, dass sie sich trotzdem zukünftig womöglich einem weiteren Eingriff unterziehen würden, aber nur wenn die Medizin Fortschritte geleistet hat. Adams (2010) zeigte ebenfalls, dass sich Patienten nicht nur eine körperliche Veränderung, sondern auch eine psychische Veränderung aufgrund eines Eingriffes erwarteten. Ferraro, Rossano und D'Andrea (2005) zeigen wiederum, dass Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff planen, keine signifikant größeren psychopathologischen Profile als seine Kontrollgruppe aufweisen und sich des weiteren auch nicht im Selbstwert unterscheiden. Der globale Selbstwert ist, so die Ergebnisse der Studie, keine feste Komponente für die Beweggründe zur Entscheidung eines ästhetisch-chirurgischen Eingriffs. Harth und Hermes (2011) zeigen, dass es wichtig ist, auch die psychischen Aspekte eines Patienten zu betrachten, da eine psychische Störung Komplikationen in der gesamten Behandlung hervorrufen kann und somit ein Eingriff kontraproduktiv sein könnte. Vargel und Uluşahin (2001) beschrieben in ihrer Studie, dass der Wunsch nach einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff keine hohe Wahrscheinlichkeit dafür ist, an einer psychiatrischen Störung zu leiden, jedoch eine präoperative Einschätzung oder Diagnostik einer Beeinträchtigung vor eventuellen nachfolgenden Komplikationen schützen kann. Ein Ästhetischer Chirurg sollte beim Beratungsgespräch genau abwägen, ob ein Patient eine solche Störung haben könnte. Wenn nötig, sollte dieser einen Psychologen zu Rate ziehen, denn psychischer Probleme können den positiven Effekt eines ästhetisch-chirurgischen Eingriffes auch verhindern (von Soest et al., 2009). Es ist selten, dass Personen mit einer Körperwahrnehmungsstörung von einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff profitieren, obwohl sie glauben, dass sich dadurch ihr Leid verringert (Sarwer & Cerward,

2004). Wenn die allgemeinen Erwartungen, etwas im Leben durch einen Eingriff zu verändern, zu hoch sind, ist die Gefahr groß, dass ein Patient mit dem Ergebnis des Eingriffs nicht zufrieden ist und somit weitere Eingriffe plant, statt die Lösung des Problems anderswo zu suchen. Damit kann auch ein Ästhetischer Chirurg in eine problematische Situation kommen, was vermieden werden sollte.

3.2 Soziodemografische Merkmale und kontextuelle Faktoren als Einflussfaktoren der Wahrnehmungsverzerrung

Nachfolgend wird der bisherige Forschungsstand der Einflüsse soziodemographischer Merkmale beschrieben

3.2.1 *Geschlecht*

Ob es Geschlechterdifferenzen in der Verbreitung der BDD gibt, ist relativ unschlüssig. Einige Studien belegen, dass Männer häufiger betroffen sind als Frauen (Hollander, Cohen, & Simeon, 1993; Aouizerate et al., 2003), wobei andere Studien wiederum belegen, dass gleich viele Frauen wie Männer an einer BDD leiden, dass es aber Geschlechterunterschiede bezüglich der Körperbereiche gibt, unter denen gelitten wird (Phillips, Menard & Fay, 2006). Männer konzentrieren sich mehr auf ihren Intimbereich, ihren Körperbau und Haarausfall, Frauen richten ihre Aufmerksamkeit eher auf ihre Brust, Haut, Beine und Gesäß (Phillips et al., 2006).

Generell kann gesagt werden, dass Frauen eher eine psychologische Untersuchung aufsuchen oder zu einem Ästhetischen Chirurgen gehen, um die übertriebene Aufmerksamkeit mit dem Körper im Griff zu bekommen beziehungsweise um eine körperliche Veränderung herbeizuführen. Obwohl sich immer mehr Männer zu Ästhetischen Chirurgen wagen, zeigt Adams (2010), dass noch immer die Mehrheit der ästhetisch-chirurgischen Patienten Frauen sind. Dies liegt womöglich auch am sozialen Kontext, da Frauen allgemein eher mit ihrem Körper aufgrund der Medien und der Werbung konfrontiert sind. Im Jahr 2013 waren 12.8% der Patienten ästhetisch-chirurgischer und ästhetisch nicht-chirurgischer Eingriffe männlich und 87.2% der Patienten Frauen (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2014).

3.2.2 Alter

Das Durchschnittsalter von Patienten, die in einer Studie von Aouizerate et al. (2003) vor einem Eingriff die Diagnose BDD erhalten haben, war 35 Jahre.

Die Statistiken der American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2013) zeigen folgende Altersverteilung ästhetisch-chirurgischer und ästhetisch nicht-chirurgischer Eingriffe im Jahr 2013 (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Altersverteilung

Alter	Prozent
≤ 18	1.0%
19-34	17.9%
35-50	41.5%
51-64	29.9%
≥ 65	9.7%

Die hohe Beteiligung der 35-50 Jährigen könnte damit zu tun haben, dass diese Gruppe gegenüber der 19-34 Jährigen und der unter 18 Jährigen in einem anderen Lebensabschnitt stehen, die ihnen die finanzielle Möglichkeit derartiger Eingriffe erlaubt.

In den vorherigen Kapiteln wurde ein Überblick über die Körperwahrnehmungsstörung gegeben und gezeigt, wie wichtig es ist, im Bereich der Ästhetischen Chirurgie ausreichend darüber informiert zu sein. Es gibt unterschiedliche Meinungen darüber, ob vorwiegend Männer oder Frauen betroffen sind. In den folgenden Kapiteln wird ein Überblick über die Selbstdiskrepanztheorie, die Regulatory Focus Theory und die Selbstdiskrepanz bei der Körperwahrnehmungsstörung gegeben.

3.3 Selbstdiskrepanztheorie

Es gibt unterschiedliche Aspekte des Selbstbildes oder des Selbst eines Menschen, und zwar folgende drei Bereiche (Higgins, 1987):

- *actual self* (wie man ist)
- *ideal self* (wie man gerne wäre, basierend auf Hoffnungen und Wünschen)
- *ought self* (wie man sein sollte, basierend auf den Aufgaben Pflichten und der Verantwortung einer Person)

Higgins (1987) beschreibt ein Beispiel zwischen der Spannung von *ideal self* und *ought self*: Frauen, die gerne Karriere machen würden (*ideal self*), aber wo es gesellschaftliche Konvention ist, dass sie Hausfrauen sind (*ought self*).

Durch diese Spannung zwischen den eigenen Wünschen, Pflichten und Verantwortungen, die ein jeder mit sich trägt, können oft Konflikte entstehen.

Turner (1956); zitiert nach Higgins (1987), bezeichnet die unterschiedlichen Standpunkte des Selbst als wichtig. So gibt es den eigenen Standpunkt und den Standpunkt anderer Personen. Kombiniert man jeden der drei Bereiche des Selbst mit jedem der zwei Standpunkte, so ergeben sich sechs Darstellungen des Selbst:

actual self, actual other, ideal self, ideal other, ought self, ought other.

Die Selbstdiskrepanztheorie nach Higgins (1987) besagt, dass sich Personen in ihren Selbstbildern unterscheiden. Abweichungen zwischen dem *actual self* und dem *ideal self* bzw. *ought self* können zu Angst, Spannungen, Schuldgefühlen, zu Dissonanzen führen. Personen unterscheiden sich in den Diskrepanzen des Selbst. Diese hängen von den Zielen, Standards und motivationalen Prädispositionen der jeweiligen Person ab (Higgins, 1987). Dies bedeutet aber nicht, dass alle Personen Selbstdiskrepanzen besitzen (Higgins, 1987).

Nach Higgins (1987), gibt es vier unterschiedliche Selbstdiskrepanzen:

1. *actual own* vs. *ideal own*

Ein Beispiel wäre, dass eine Person glaubt, dass sie gegenüber ihren Mitmenschen hässlich ist (*actual own*), jedoch schön sein möchte (*ideal own*).

2. *actual own* vs. *ideal other*

In diesem Fall wäre ein Beispiel, dass eine Frau gerne Karriere machen möchte (*actual own*), aber glaubt, dass andere von ihr erwarten, dass sie eine Hausfrau sein soll (*ideal other*).

3. *actual own* vs. *ought own*

Eine Person glaubt zum Beispiel von sich selbst, eine außergewöhnliche Karriere zu machen zu müssen (*ought own*), meint aber, dass sie bis jetzt nur Durchschnittliches geleistet hat (*actual own*).

4. *actual own* vs. *ought other*

Hier wäre die Diskrepanz, dass sich eine Person für sehr schüchtern hält (*actual own*), von ihr aber verlangt wird, dass sie unter viele Leute geht und einige von diesen auch ansprechen soll bzw. vor mehreren Personen einen Vortrag halten soll (*ought other*).

Diskrepanzen zwischen dem *ideal self*, dem *ought self* und der Wahrnehmung des *actual self* können zu Unzufriedenheit und Verletzlichkeit führen (Bessenoff & Snow, 2006).

3.3.1 Selbstdiskrepanz bei der Körperwahrnehmungsstörung

Veale, Kinderman, Riley und Lambrou (2003) zeigen, dass Patienten mit BDD signifikante Diskrepanzen zwischen ihrem *actual self* und ihrem *ideal self* bzw. *ought self* zeigten. Es gab jedoch keine Diskrepanzen zwischen dem, wie sie sich selbst sehen (*actual self*) und der Annahme, wie eine ihnen nahestehende Person sie sieht (*ought other*) (Veale, Kinderman, Riley & Lambrou, 2003).

3.4 Regulatory Focus Theory

Nach Higgins (1997) versuchen Menschen, Schmerz und Verlust zu vermeiden und sich Freude und Erfolg zu nähern. Ein Verhalten, welches positiv erlebt wird, wird mit einer höheren Wahrscheinlichkeit wiederholt als eines mit einem negativen Ausgang.

Higgins (1997) beschreibt anhand der Regulatory Focus Theory, dass es zwei unterschiedliche Foki der Selbstregulation gibt:

Der ‚Promotion Focus‘ konzentriert sich auf Leistung und Fortschritt. Personen mit diesem Fokus sind gewinnorientiert und bemüht, durch großen Einsatz ihr Ziel zu erreichen. Das Bedürfnis nach Wachstum ist ein wichtiger Faktor (Fellner, Holler, Kirchler & Schabmann 2007). Eine solche Person kann ein Geschäftsessen als Chance sehen und ihr Ziel auf einen möglichen Nutzen und Gewinn dieses Abends legen, indem sie zum Beispiel ihre Visionen für das Unternehmen präsentiert (Förster & Higgins, 2005).

Der ‚Prevention Focus‘ wird auf Sicherheit und Verantwortung gelegt (Higgins, 2007). Personen mit diesem Fokus sind mehr darauf bedacht, in Situationen Misserfolg zu vermeiden. Sicherheitsbedürfnisse sind von großer Bedeutung (Fellner et al, 2007).

Eine Person, die ein Geschäftsessen als Pflicht versteht, wird sich womöglich auf Dinge konzentrieren, um Misserfolg zu vermeiden (wie zum Beispiel rechtzeitig kommen oder nicht zu viel trinken) (Förster & Higgins, 2005).

Je nach gewünschten Zielen wird entweder der ‚Promotion Focus‘ oder ‚Prevention Focus‘ angewandt (Higgins, 2007). Auch die psychische Situation, in der sich eine Person befindet, und die persönlichen Bedürfnisse sind wichtige Faktoren, die den Fokus einer Person beeinflussen (Brockner & Higgins, 2001).

Das Ziel ist immer die Vermeidung von Verlust (‚Prevention Focus‘) und die Annäherung an Erfolg (‚Promotion Focus‘).

4. Exkurs Labioplastik

Der Bereich Labioplastik (Schamlippenkorrektur) in der Ästhetischen Chirurgie beschäftigt sich mit der Korrektur und der Verschönerung des weiblichen Genitalbereichs. Oft handelt es sich um die Korrektur bzw. die Verkleinerung der inneren Schamlippen.

Die Ästhetische Labioplastik ist eine Operation im normalen weiblichen Genitalbereich der Frau und fällt in den selben Kategoriebereich wie eine Liposuction (Fettabsaugung), Mammaaugmenatation (Brustvergrößerung) und jeden anderen ästhetisch-chirurgischen Eingriff (Dobbeleir, Van Landuyt & Monstrey, 2011).

Was im Genitalbereich als schön gilt, ist kulturell geprägt (Dobbeleir, Van Landuyt & Monstrey, 2011). Die Autoren berichten in ihrem Artikel, dass in der westlichen Gesellschaft hervorstechende innere Schamlippen als wenig attraktiv gelten, in Teilen Afrikas jedoch werden die inneren Schamlippen von Klein auf absichtlich gedehnt.

Es gibt unterschiedliche Gründe, weshalb sich eine Frau einer Labioplastik unterziehen möchte. Zu große innere Schamlippen können beim Geschlechtsverkehr zu Problemen führen. Sexueller Missbrauch kann ebenfalls ein Grund für den Wunsch einer Veränderung sein (Dobbeleir, Van Landuyt & Monstrey, 2011). Veale et al. (2014) erwähnen, dass sexuelle Gründe wie zum Beispiel die Angst vor einem negativen Urteil des Geschlechtspartners den Wunsch zu einer Korrektur des Genitalbereichs herbeiführen. Gleichzeitig erwähnen sie auch nicht-sexuelle Gründe wie zum Beispiel die Reduktion von Schmerzen bei anderen Aktivitäten. Zu diesen Aktivitäten können Sportarten wie zum Beispiel Radfahren zählen.

Die Studie von Veale et al. (2014) berichtet, dass Patienten nach einer Labioplastik auf lange Sicht ein verbessertes Körperbild in Bezug auf den Genitalbereich zeigten, sich die sexuelle Funktionsfähigkeit jedoch nicht signifikant verbessert hat.

Eine qualitative Studie von Bramwell, Morland und Garden (2007) beschäftigt sich mit den Erwartungen und Erfahrungen von einer Labienreduktion. Die Frauen haben ihren Genitalbereich als abnormal bezeichnet und haben auch geglaubt, dass dieser einen Einfluss auf ihr Intimleben hätte. Sie erwarteten ein höheres Selbstvertrauen nach einer Operation und dass sie den sexuellen Austausch besser genießen können. Einige Frauen haben eine Verbesserung des Selbstvertrauens beschrieben, was wiederum ihre Erfahrung mit sexuellen

Tätigkeiten positiv beeinflusste. Der Effekt auf das Sexualleben dieser Frauen konnte eher auf das verbesserte Selbstbild zurückgeführt werden als auf eine vom Partner wahrgenommene veränderte Attraktivität.

Bei allen ästhetisch-chirurgischen Operationen – egal ob es sich um eine Labienreduktion, Mammaaugmentation oder einen anderen Eingriff handelt – ist es wichtig, dass der jeweilig durchführende Arzt in der Erstkonsultation die Grenzen einer Operation aufzeigt. Oft kommt ein Patient mit hohen Erwartungen einer Veränderung zum Arzt, die durch einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff nicht immer erfüllt werden können.

In den vorherigen Kapiteln wurde gezeigt, dass es unterschiedliche Bereiche des Selbst gibt und Diskrepanzen zwischen den Selbstbildern zu Angst und Spannung führen können. Es wurde auch ein Überblick darüber gegeben, dass Personen ihren Fokus je nach Zielvorstellung auf Erfolg oder auf die Vermeidung von Misserfolg legen. In einem Exkurs wurde die Labioplastik (Schamlippenkorrektur) beschrieben, da diese Operation als ein immer häufiger verbreiteter Eingriff gilt. In den nachfolgenden Kapiteln wird die Ausgangssituation der Studie und deren konkrete Realisierung näher vorgestellt.

II. EMPIRISCHER TEIL

5. Fragestellungen und Hypothesen

In der Literatur gibt es vor allem Studien, die sich mit der körperlichen Attraktivität anderer auseinandersetzen. Studien zur Bewertung der eigenen körperlichen Attraktivität gibt es weniger (Swami, Furnham, Georgiades & Pang, 2007). Eine Studie von Swami et al. (2007) zeigt, dass Personen generell ihren Partner körperlich attraktiver einschätzen als sich selbst. Es gab signifikante Geschlechterunterschiede in der Selbstbewertung der Attraktivität des Gesichtes und der Bewertung oberer Bereiche des Körpers (Frauen bewerteten höher), jedoch gab es keine Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Bewertung der gesamten körperlichen Attraktivität und der unteren Körperbereiche (Swami et al., 2007). Auch eine Studie von Swami, Stieger, Haubner, Voracek, und Furnham (2009) macht darauf aufmerksam, dass sowohl Männer als auch Frauen ihren Partner als attraktiver einschätzen als sich selbst, da es eine positive Illusion in der Wahrnehmung des Partners gibt. Der Partner wird in Bezug auf körperliche Komponenten als attraktiver gesehen als der eigene Körper, was auch als *love is blind bias* bezeichnet wird (Swami et al., 2009). Eine frühere Studie von Murstein (1972) hat gezeigt, dass Personen ihren Partner attraktiver als sich selbst ansehen. Wie anzunehmen ist, zeigen die Ergebnisse einer Studie von Soest et al. (2009), dass sich die Bewertung des eigenen Körpers nach einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff verbessert.

Bislang gibt es keine Studie, die sich mit der präoperativen und postoperativen Selbstbewertung ästhetisch-chirurgischer Patienten und der Bewertung wie der eigene Partner einen als attraktiv einschätzen würde, befasst hat. Da man sich vor einem Eingriff weniger attraktiv fühlen müsste und somit die Selbstbewertung des eigenen Körpers eine Abweichung im Vergleich zu einer Vergleichsstichprobe zeigen müsste, wäre es interessant zu untersuchen, ob die Versuchs- und die Kontrollgruppe in der Einschätzung dessen, wie ihr Partner sie beurteilen würde, voneinander signifikant abweichen.

Die Studie von Veale, Kinderman, Riley und Lambrou (2003) beschäftigte sich mit der Selbstdiskrepanz des eigenen Aussehens bei Patienten mit einer BDD. BDD-Patienten zeigten

eine Diskrepanz zwischen dem *self actual* und *self should*. Trotz gewissenhafter Recherche konnten keine Studien gefunden werden, die sich mit dem Unterschied in der Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild körperlichen Aussehens bei Patienten auseinandersetzen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten oder auch schon einen oder mehrere Eingriffe hatten und einen weiteren planen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. In Anlehnung an die Studie von Veale, Kinderman, Riley und Lambrou (2003) und der Selbstdiskrepanztheorie von Higgins (1987) wurde in vorliegender Arbeit eine Studie entwickelt, die sich mit den Diskrepanzen unterschiedlicher Selbstbilder ästhetisch-chirurgischer Patienten beschäftigt.

Da sich viele Menschen nach einer körperlichen Veränderung eine allgemeine Veränderung in ihrem Leben erhoffen ist es interessant zu untersuchen inwiefern Personen annehmen, dass das körperliche Aussehen einen Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen, Erfolg, Gefühle und Selbstsicht hat. Bisher gibt es keine Studie, die sich mit dieser Fragestellung auf ästhetisch-chirurgische Patienten spezialisiert.

Aufgrund der genannten Ansichten und der gefundenen Forschungslücken haben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen ergeben:

Gibt es einen Unterschied in der Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild bei Personen, die sich einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen, im Vergleich zu einer Kontrollstichprobe? Bewerten Patienten ihr Aussehen generell schlechter als Nicht-Patienten? Angelehnt an den *love is blind bias* wird angenommen, dass es eine positive Illusion in der Wahrnehmung des Partners gibt und Patienten annehmen, dass ihr Partner sie besser bewertet als sie sich selbst bewerten würden. Es wird angenommen, dass Patienten kritischer gegenüber ihrem eigenen Aussehen sind und sich aus diesem Grund einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen möchten. Patienten müssten somit einen größeren Unterschied in der Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und dem vermuteten Fremdbild aufweisen als Nicht-Patienten. Des Weiteren wird angenommen, dass Patienten allgemein ihr körperliches Aussehen schlechter bewerten als Nicht-Patienten und aufgrund dieser Ursache eine körperliche Veränderung wünschen. Folgende Hypothese ergibt sich aus diesen Fragestellungen:

H1: Der Unterschied in der Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild bei Personen, die sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen, ist größer als jener von Personen, die sich keinem Eingriff unterziehen. Ästhetisch-chirurgische Patienten bewerten ihr körperliches Aussehen allgemein schlechter als sie glauben, dass ihr Partner sie sieht.

Gibt es einen Unterschied in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ideal self*; *actual self* und *ought self*; *actual self* und *ought other* bei Patienten verglichen mit Nicht-Patienten? Ausgehend von den Studienergebnissen von Veale, Kinderman, Riley und Lambrou (2003) wird auch in der vorliegenden Studie angenommen, dass Diskrepanzen in unterschiedlichen Selbstbildern vorliegen. Diese Untersuchung unterscheidet sich jedoch hinsichtlich der Zielgruppe. Während in der Studie von Veale et al. (2003) angenommen wird, dass es Unterschiede in den Diskrepanzen verschiedener Selbstbilder bei Personen mit einer Körperwahrnehmungsstörung gibt, wird in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf andere Personengruppen gerichtet. Die Vermutung liegt nahe, dass ästhetisch-chirurgische Patienten, welche eine Risikogruppe für eine Körperwahrnehmungsstörung sind, ebenfalls Diskrepanzen in ihren Selbstbildern aufweisen und aus diesem Grund einen Eingriff in Erwägung ziehen um diese zu verringern. Daraus lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

H2: Es gibt einen Unterschied in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ideal self* bei Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten, verglichen mit einer Kontrollgruppe.

H3: Es gibt einen Unterschied in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ought self* bei Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten, verglichen mit einer Kontrollgruppe.

H4: Personen, denen ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff bevorsteht unterscheiden sich signifikant in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ought other*, verglichen mit einer Kontrollgruppe.

Bewerten Patienten den Einfluss körperlichen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehung, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle höher als Nicht-Patienten? Da sich viele Patienten nach einem Eingriff nicht nur eine körperliche Veränderung wünschen, wird angenommen, dass Patienten den Einfluss des körperlichen Aussehens auf

die genannten Bereiche größer einschätzen als Nicht-Patienten.

H5: Es gibt einen Unterschied zwischen Patienten und Nicht-Patienten hinsichtlich dem Einfluss körperlichen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehung, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle. Patienten bewerteten den Einfluss körperlichen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehung, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle höher als Nicht-Patienten.

Zusätzlich wurde mittels einer Diskriminanzanalyse getestet, durch welche Variablen am besten vorhergesagt werden kann, ob sich eine Person einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterzieht.

6. Methode

In dem Kapitel der Methode wird das Untersuchungssetting, die Stichprobe, die Durchführung der Untersuchung und die Messung mit den dazu gehörigen Fragen beschrieben.

6.1 Untersuchungssetting

Um die Qualität der Untersuchung zu gewährleisten ist es wichtig, die Anonymität der Untersuchungsteilnehmer zu wahren. Sozial erwünschte Antworten treten seltener auf, wahrheitsgetreue Antworten auf etwaige sensible Fragen werden eher gegeben.

Computerbasierte Erhebungen weisen im Gegensatz zu Paper-Pencil-Befragungen allgemein eine höhere Objektivität in Bezug auf die Testdurchführung und -auswertung auf. Des Weiteren sind sie mit geringeren Kosten und Aufwand verbunden, da sie von zu Hause ausgeführt werden können (Kubinger, 2009). In dieser Studie wurde jedoch eine Paper-Pencil-Befragung eingesetzt, da eine höhere Akzeptanz zur Teilnahme an dieser Studie erreicht werden konnte, indem ein direkter Kontakt mit den Versuchspersonen in der Ordination aufgenommen wurde. Gleichzeitig bestand auch der Vorteil eines vergleichbaren Settings für alle Versuchsteilnehmer.

Die Teilnehmer setzten sich aus einer Anfallsstichprobe zusammen, da jeder Person, welche die Ordination von Prim. Dr. Dagmar Millesi betrat, der Fragebogen gegeben wurde, und selbst entschieden werden konnte, an der Studie teilzunehmen oder nicht. Es wurde keine Beschränkung bezüglich der Art der Operation oder des Operationswunsches gemacht. Der Fragebogen konnte innerhalb von höchstens 15 Minuten beantwortet werden, damit wurde die Bereitschaft zur Teilnahme erhöht. Die Vergleichsstichprobe war ebenfalls eine Anfallsstichprobe. Personen aus dem Bekanntenkreis wurden gefragt und auch Ausschreibungen in sozialen Medien erfolgten, um an Versuchspersonen zu kommen. Kriterium war, dass diese keinen ästhetisch-chirurgischen Eingriff in Erwägung zogen oder auch noch keinen Eingriff in der Vergangenheit hatten. Außerdem mussten sowohl Patienten als auch Nicht-Patienten volljährig sein.

6.2 Untersuchungsstichprobe

Insgesamt nahmen an der Studie 107 Personen teil, davon waren 53 Personen Patienten, die sich schon einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterzogen haben oder vorhatten, sich einem Eingriff oder einem weiteren Eingriff zu unterziehen. Die weiteren 54 Personen, welche als Vergleichsstichprobe dienten, wurden größtenteils persönlich im Bekanntenkreis und durch soziale Medien rekrutiert. Die Einschlusskriterien für die Untersuchungsteilnahme für die Versuchsgruppe war, dass es sich um Personen handelt, die sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen wollen oder schon einen oder mehrere Eingriffe hinter sich haben. Die Einschlusskriterien der Untersuchungsteilnahme der Vergleichsstichprobe waren Personen, die keinen ästhetisch-chirurgischen Eingriff in Erwägung ziehen und sich noch keinem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterzogen haben.

Von den Auswertungen wurden 5 Personen ausgeschlossen, da sie den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben.

Das Alter wurde zwischen 18 und 99 Jahren angesetzt, da ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff erst mit der Volljährigkeit von 18 Jahren ohne einem psychologischen Gutachten vollzogen werden darf.

6.3 Durchführung

Mittels Paper-Pencil-Fragebogen wurden die Daten zwischen 13. November 2014 und 30. November 2014 durch persönliche Kontaktaufnahme mit Patienten in der Ordination von Prim. Dr. Dagmar Millesi erhoben. Die Fragebögen für die Versuchsgruppe wurden an Patienten vor einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff ausgeteilt bzw. an Patienten, die schon einen oder mehrere Eingriffe hatten und/oder einen bzw. einen weiteren Eingriff in Erwägung zogen.

Personen in Begleitung wurden aufgrund der möglichen Beeinflussung durch den anderen nicht befragt.

Die Kontrollgruppe erhielt die gleichen Fragebögen im gleichen Zeitraum vom 13. November 2014 bis 30. November 2014 und wurde mittels sozialer Medien und mündlicher Verbreitung im Bekanntenkreis rekrutiert. Am Ende jedes Fragebogens wurde bei diesen Teilnehmern Punkt 5 der sozialdemographischen Daten (Welchem Eingriff wollen Sie sich unterziehen?) ausgelassen, da diese Personen keinen Eingriff in Erwägung zogen oder noch keinen Eingriff vorgenommen hatten.

Alle Untersuchungsteilnehmer erfuhren lediglich, dass es sich um eine Studie der vorliegenden Abschlussarbeit für Psychologie handelt und nicht viel Zeit in Anspruch nimmt. Bei Fragen konnten sie sich jederzeit persönlich beziehungsweise per E-Mail an die Testleiterin wenden, jedoch hat dies niemand in Anspruch genommen. Bevor die Fragebögen ausgeteilt wurden, wurde ein Pretest durchgeführt. Dazu wurde der Fragebogenentwurf 10 Personen vorgelegt, die nicht an dieser Studie teilnahmen. Im Pretest wurde die Angemessenheit der Dauer sowie die Verständlichkeit der Fragen getestet.

Allen Untersuchungsteilnehmern wurde, nachdem sie sich für die Studie bereit erklärt hatten, mit dem Fragebogen eine Einwilligungserklärung (in Anlehnung an Talbot , 2012) zum Unterschreiben gegeben, auf welcher sie zugestimmt haben, freiwillig an der Studie teilzunehmen und wo sie über die Anonymität und über das Ziel der Studie informiert wurden.

Insgesamt dauerte die Teilnahme ca. 10-15 Minuten.

6.4 Erhebungsinstrumente

Die Fragen wurden aus bestehenden Fragebögen teilweise übernommen, verändert und ins Deutsche übersetzt:

1. Fragebogen zur Einschätzung der körperlichen Attraktivität (Estimating Physical Attractiveness Scale, EPA; Swami et al., 2007).
2. Fragebogen zur Einschätzung körperlicher Eigenschaften (Selbstdiskrepanz Skala nach Veale, Kinderman, Riley & Lambrou , 2003)
3. Fragebogen zur Einstellung körperlichen Aussehens (Beliefs About Appearance Scale, BAAS nach Spangler & Stice, 2001)

6.4.1 Estimating Physical Attractiveness Scale (EPA)

Der Fragebogen wurde teilweise von der Studie zur Einschätzung der eigenen körperlichen Attraktivität und der des Partners von Swami et al (2007) übernommen und ins Deutsche übersetzt. Der ursprüngliche Fragebogen besteht aus einem Raster mit 22 Zeilen (22 Körperbereiche) und 5 Spalten (Selbstbewertung und Fremdbewertung durch wichtige Bezugspersonen). Es wurden alle Items der 22 Reihen übernommen, jedoch wurde in den Zeilen nur die Selbsteinschätzung der eigenen Attraktivität übernommen. Statt der Einschätzung der Attraktivität des Partners wurde hier die Einschätzung der eigenen Attraktivität durch den Partner abgefragt (in der Folge als vermutetes Fremdbild bezeichnet).

Bei den ersten 5 Items geht es um die Gesamtbeurteilung der selbst- und vermuteten fremd-Körperwahrnehmung der Untersuchungsteilnehmer. Anhand der weiteren 17 Items bewerten die Teilnehmer ganz bestimmte Körperteile wie zum Beispiel die Brust, Arme, Beine.

Der EPA wurde anhand einer Stichprobe aus dem Großraum London auf einen Mittelwert $M = 100$ und die Standardabweichung $SD = 15$ normiert (Swami et al., 2007). Die Versuchspersonen werden aufgefordert, sich selbst und ihren Partner anhand eines Fragebogens zu bewerten, wobei folgendes gilt: 55 = sehr unattraktiv; 70 = unattraktiv; 85 =

ein bisschen unattraktiv; 100 = durchschnittlich; 115 = ein bisschen attraktiv; 130 = attraktiv; 145 = sehr attraktiv (Swami et al., 2007). Weiters wurde ihnen mitgeteilt, dass diese Zahlen als Richtwert dienen sollen und sie werden gebeten, so ehrlich wie möglich zu antworten (Swami et al., 2007).

In Sinne einer besseren Vergleichbarkeit der einzelnen Fragestellungen wurden in der vorliegenden Studie die Teilnehmer ersucht, bei der Bewertung der angegebenen Körperteile eine Zahl zwischen 1 und 5 zu wählen, wobei 5 sehr attraktiv bedeutet und 1 sehr unattraktiv.

6.4.2 Selbstdiskrepanz-Skala nach Veale, Kinderman, Riley und Lambrou (2003)

Der Fragebogen wurde aus der Studie von Veale, Kinderman, Riley und Lambrou, 2003 über Selbst-Diskrepanzen bei Personen mit einer *body dysmorphic disorder* teilweise übernommen und ins Deutsche übersetzt. Die Teilnehmer bewerten auf einer 10-Punkte-Skala die ihnen vorgegebene fünf Bereiche des Körpers. Hierbei bedeutet 10, dass diese Eigenschaft stark ausgeprägt ist, und 1, dass dieser Körperbereich sehr gering ausgeprägt ist (Veale et al. 2003).

In der Studie von Veale et al. (2003) wurden die Bereiche Brust, Beine, Gesäß, Nase und Haare ausgewählt. In dieser Studie wurden die Körperbereiche Augen, Mund, Brustbereich, Bauchbereich und Beine ausgewählt, da anhand der Statistiken der International Society of Aesthetic Plastic Surgery im Jahr 2013 die Brustvergrößerung, Augenlidkorrektur und die Liposuction zu den häufigsten Operation gehören. Liposuctionen finden häufig im Bauch und Beinbereich statt. Der Mund wurde gewählt, da das Einspritzen von Fillern ebenfalls zu einem der häufigsten Eingriffe gehört (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2014). In dieser Studie wurde absichtlich der Begriff Brustbereich gewählt, um auch die Möglichkeit zu geben, dass männliche Teilnehmer an dieser Untersuchung teilnehmen. Würde nur Brust stehen, dann würden Männer womöglich eher diese Frage auslassen. Ebenfalls wurde die Beschreibung der Körperteile verändert, um genderfreundlich testen zu können. So wurde nicht nach schlaffen Brüsten gefragt, sondern nach dem gesamten Brustbereich.

Die fünf Körperbereiche (Augen, Mund, Brustbereich, Bauchbereich, Beine) bewerteten die Teilnehmer anhand folgender Bedingungen, angelehnt an die Studie von Veale et al. (2003):

1. Bewertung der Bereiche, wie man sich selbst sieht (*actual self*)
2. Bewertung der Bereiche, wie man am liebsten sein würde (*ideal self*)
3. Bewertung der Bereiche, wie man glaubt, dass man sein sollte (*ought self*)
4. Bewertung der Bereiche, wie man aus Sicht einer nahestehenden Person aussehen sollte (*ought other*)

Folgende Diskrepanzen wurden anschließend berechnet:

- a) *actual self / ideal self*
- b) *actual self / ought self*
- c) *actual self / ought other*

(angelehnt an die Studie von Veale et al. (2003))

Die Bewertungen wurden wie in der Studie von Veale et al. (2003) miteinander verglichen und folgendermaßen kodiert:

- +2 (wenn die Bewertungen identisch sind)
- +1 (wenn sich die Bewertungen um 1 Punkt unterscheiden)
- 0 (wenn sich die Bewertungen um 2 Punkte unterscheiden)
- 1 (wenn sich die Bewertungen um 3 Punkte unterscheiden)
- 2 (wenn sich die Bewertungen um mehr als 3 Punkte unterscheiden)

Jeder der fünf Vergleichsbereiche wird summiert. Wenn das Ergebnis positiv ist, so bedeutet das Konsistenz, negative Ergebnisse bedeuten eine Diskrepanz (Veale, Kinderman, Riley & Laambrou, 2003).

Um einen Vergleich herzustellen, wurde die Testung auch ohne die genannte Kodierung durchgeführt (siehe Kapitel 7.3.2, 7.3.3., 7.3.4).

6.4.3 Beliefs About Appearance Scale (BAAS) nach Spangler und Stice, (2001)

Die BAAS erhebt das Ausmaß dysfunktionaler Einstellungen über das eigene Aussehen (Spangler & Stice, 2001). Sie besteht aus 20 Items. Auf einer Skala von 0 – 4 bewerten die Versuchspersonen, in welcher Ausprägung die vorgegebenen Aussagen über das Aussehen auf sie zutreffen. Die Skala erfasst die Vorstellungen über die Konsequenzen eigenen Aussehens, welches die vier Bereiche zwischenmenschliche Beziehungen, Erfolg, Selbstsicht Gefühle beeinflusst (Spangler & Stice, 2001). Nach Spangler und Stice (2001) gibt die BAAS einen Einzelfaktor wieder: den Glauben über die Auswirkung des eigenen Aussehens. Das bedeutet, dass der Glaube einer Auswirkung des Aussehens auf einen der vier Bereiche auch die anderen Bereiche beeinflusst. Der Fragebogen wurde aus der Studie von Spangler und Stice (2001) übernommen und ins Deutsche übersetzt.

6.4.4 Soziodemografische Merkmale

Die soziodemografischen Daten beziehen sich auf das Geschlecht, Alter und die höchste abgeschlossene Bildung. Zusätzlich wurde bei der Patientengruppe auch nach dem gewünschten oder auch schon gemachten Eingriff, welchen sich die Testpersonen unterziehen möchten / unterzogen haben, gefragt.

7. Ergebnisse

Die Daten wurden mittels der Statistik-Software SPSS (IBM, 2013) ausgewertet.

7.1 Soziodemografische Merkmale

Folgende Tabelle (Tabelle 3) zeigt die Geschlechter, Alters und Bildungsverteilung der Versuchsteilnehmer:

Tabelle 3: Statistische Kennzahlen

Gruppe	N	Weiblich	Männlich	Alter Mittelwert (SD)	Bildungsstatus PS, L, M, U %
kein Patient	50	34	16	38.8 (14,77)	0/8/33/58
Patient	52	38	14	39.8(12.29)	8/31/20/41

Anmerkung: PS = Pflichtschule; L = Lehre; M= Matura; U= Universitätsabschluss/ FH-Abschluss

Die Geschlechterverteilung zwischen den Nicht-Patienten und Patienten ist sehr ähnlich, wobei in beiden Stichproben weniger Männer vertreten sind. Es nahmen insgesamt mehr Frauen als Männer an der Studie teil, was dem generellen Trend in der Ästhetischen Chirurgie entspricht. Allgemein suchten mehr Frauen die Ordination von Prim. Dr. Dagmar Millesi auf. Dies bestätigt die Annahme von Adams (2010), dass sich allgemein mehr Frauen als Männer einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen. Aufgrund dieser Annahmen und Ergebnisse wurde versucht, auch die Kontrollstichprobe vergleichbar zusammenzustellen und die Anzahl der Frauen und Männer beider Stichproben ähnlich zu wählen, um einen aussagekräftigen Vergleich zu erhalten. Beim Durchschnittsalter der Patienten und Nicht-Patienten zeigte sich keine signifikante Abweichung. Abbildung 1 zeigt die Verteilung von Geschlecht und Patient, Nicht- Patient, Abbildung 2 zeigt die Verteilung von Geschlecht und Alter (in Gruppen), Abbildung 3 zeigt die Verteilung von Patient, Nicht-Patient und Alter.

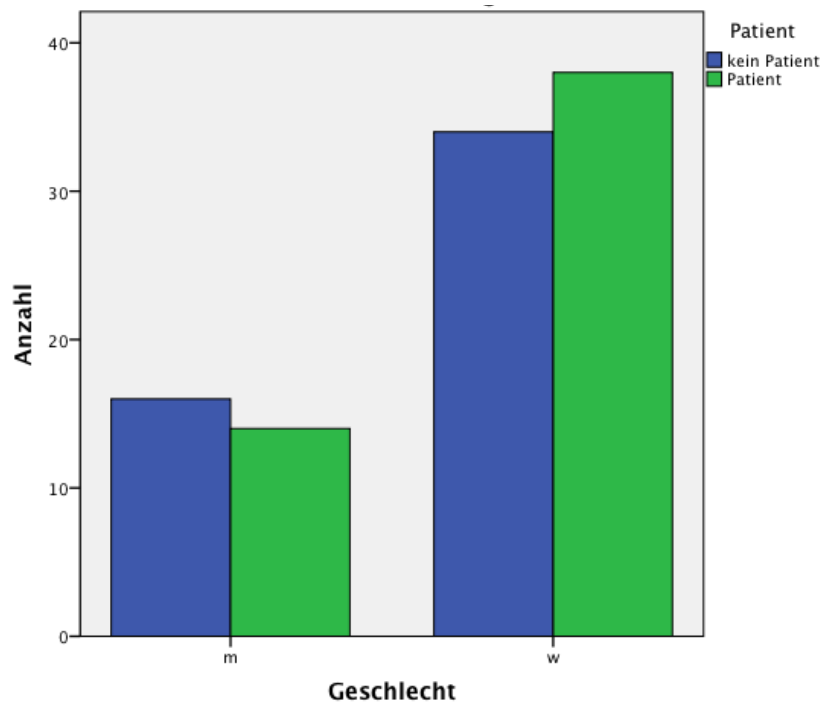


Abbildung 1: Verteilung Geschlecht/ Patient, Nicht-Patient

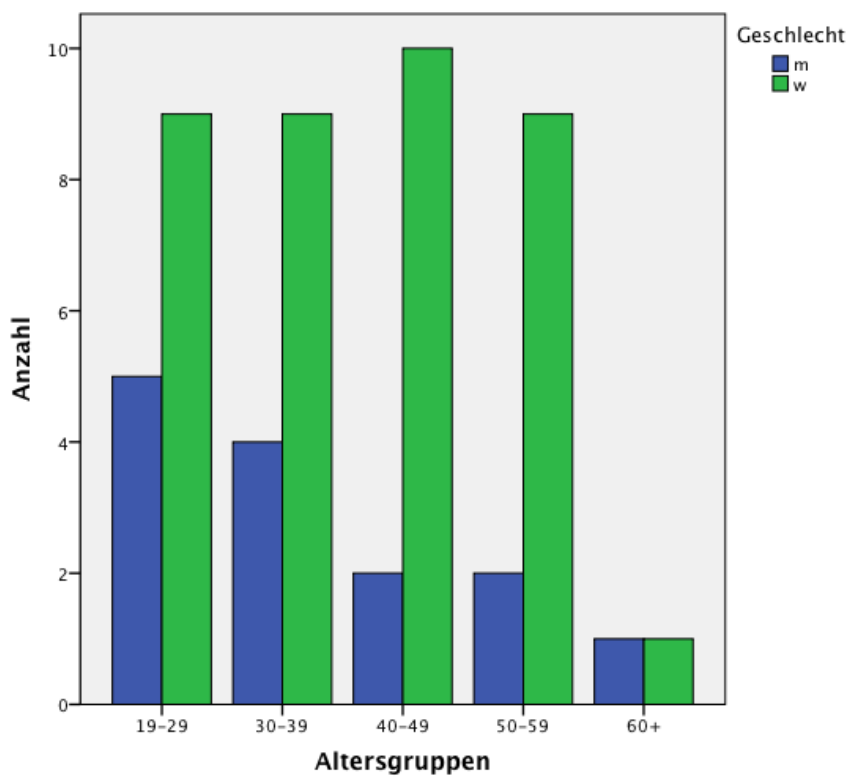


Abbildung 2: Verteilung Geschlecht/ Alter in Gruppen

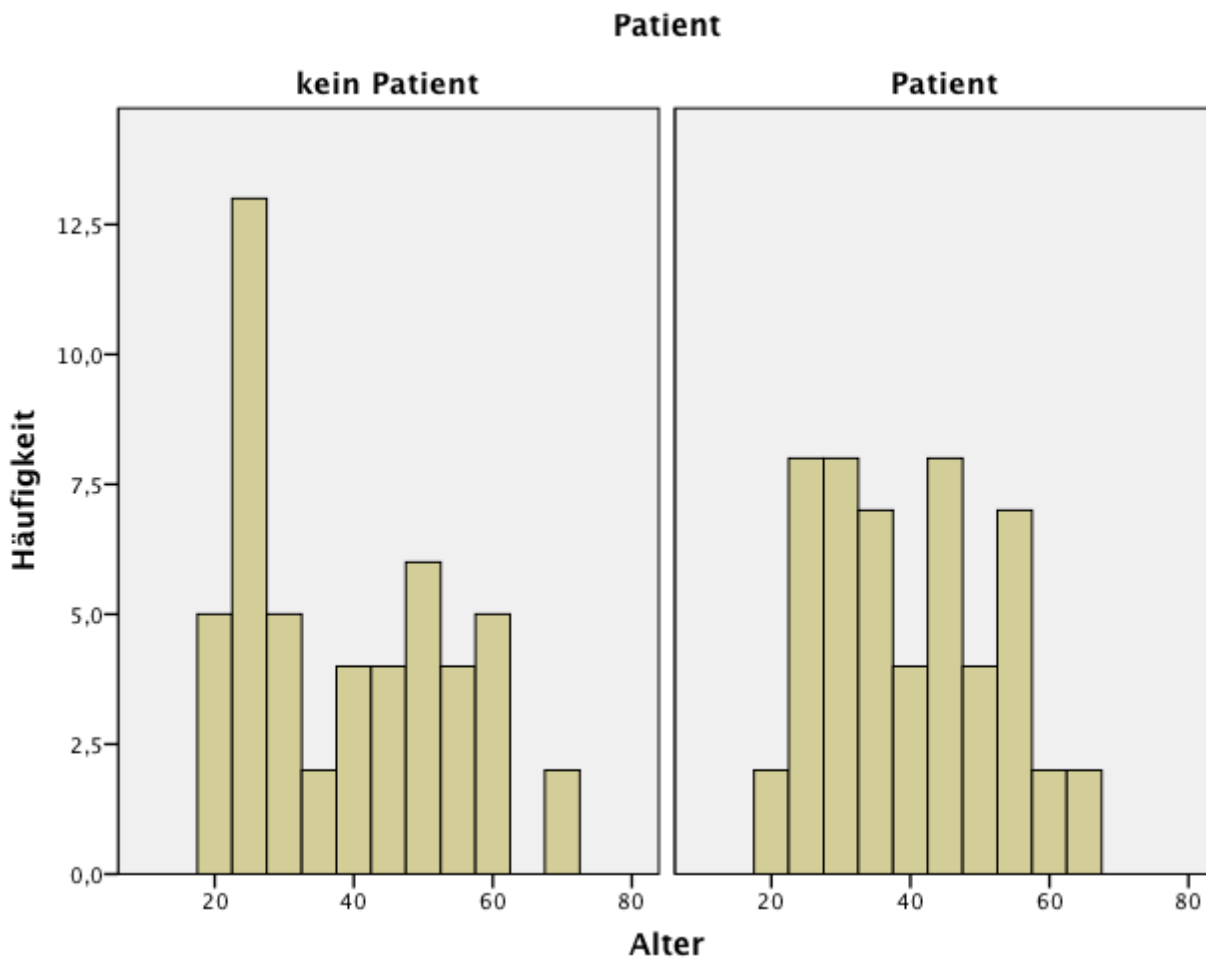


Abbildung 3: Verteilung Patient, Nicht-Patient/ Alter

Sowohl bei den Patienten als auch bei den Nicht-Patienten war die höchste abgeschlossene Ausbildung ein Universitätsabschluss.

Die häufigsten gewählten Eingriffe in dieser Studie waren die Liposuction (Fettabsaugung), gefolgt von der Blepharoplastik (Ober- und/oder Unterlidkorrektur), Mammaaugmentation (Brustvergrößerung), Labienkorrektur (Schamlippenkorrektur) und Facelift (siehe Tabelle 4 und Abbildung 4).

Tabelle 4: statistische Kennzahlen

Eingriff	Anzahl Männlich	Anzahl Weiblich	Gesamtsumme	%
Augenlider	3	5	8	15.3
Botox	2	2	4	7.6
Bruststraffung	0	2	2	3.8
Facelift	0	6	6	11.5
Labienkorrektur	0	6	6	11.5
Liposuction	6	6	12	23.0
Mammaaugmentation	0	6	6	11.5
Narbenkorrektur	3	1	4	7.7
Straffung	0	4	4	7.7
Gesamtsumme	14	38	52	100

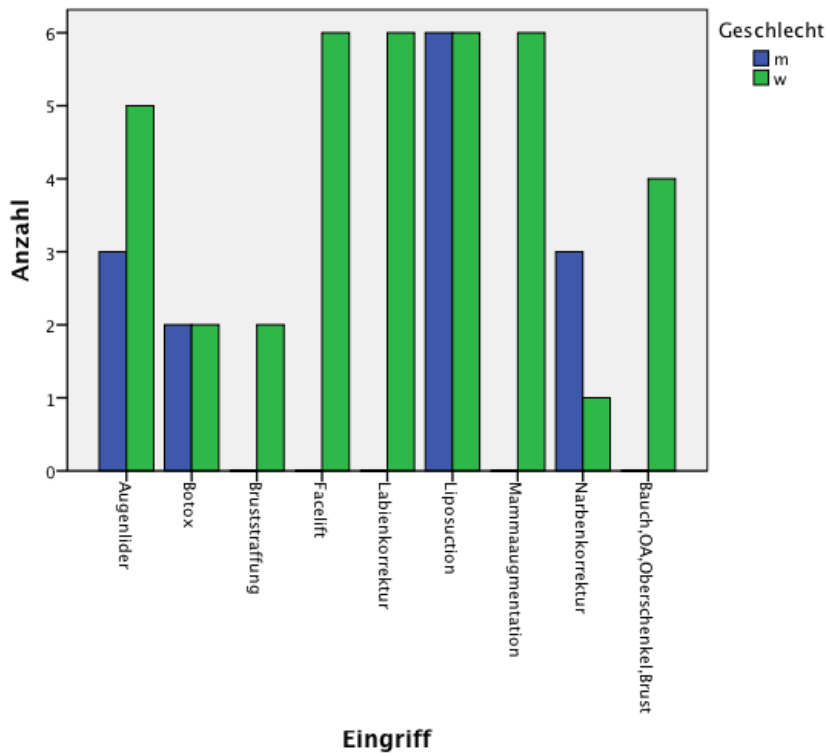
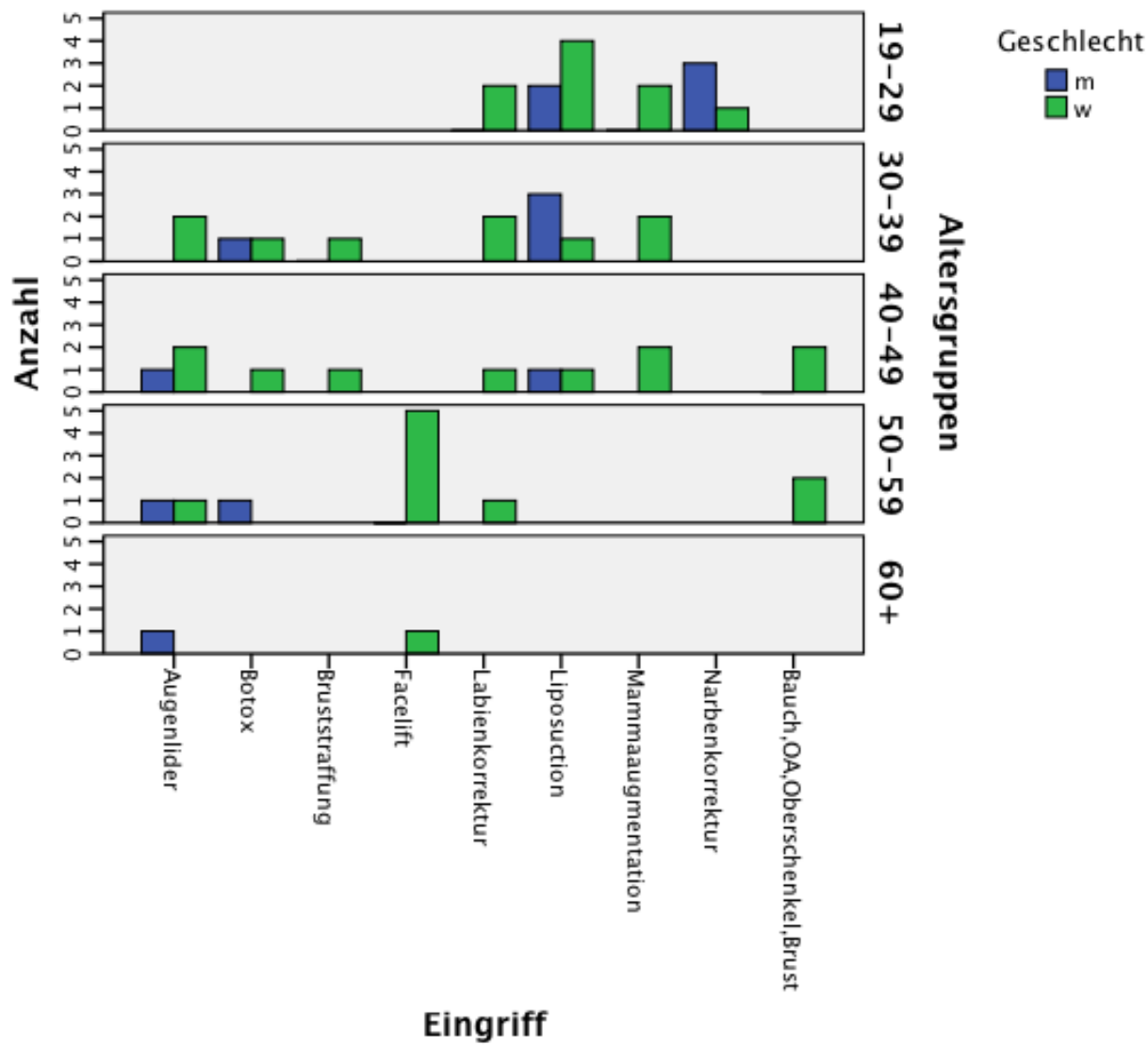


Abbildung 4: Verteilung Eingriffe / Geschlecht

Abbildung 5 zeigt die Verteilung von Geschlecht, Altersgruppen und Operationen. Im Alter von 50-49 wurde in dieser Studie von Frauen am meisten ein Facelift gewählt. Eine Liposuction (Fettabsaugung) wurde bei Frauen häufiger im Alter von 19 – 29 Jahren gewählt und bei Männern im Alter von 30 – 39 Jahren.



Anmerkung: Bauch, OA, Oberschenkel, Brust = Straffung der jeweiligen Bereiche; OA = Oberarme

Abbildung 5: Verteilung Geschlecht/ Altersgruppen/ Eingriffe

7.2 Reliabilitätsanalysen

Folgendes Kapitel beinhaltet die Reliabilitätsanalysen der Fragebogenskalen für diese Studie:

7.2.1 Fragebogen zur Einschätzung der körperlichen Attraktivität

Beim ersten Fragebogen zur Einschätzung der körperlichen Attraktivität, welcher aus der Studie von Smami et al (2007) adaptiert wurde, sollten die Probanden unterschiedliche Körperbereiche bewerten. Nachfolgendes Beispielitem veranschaulicht dies:

Bitte bewerten Sie in der ersten Spalte die angegebenen Teile ihres Körpers, so wie Sie sich selbst sehen. Bitte bewerten Sie in der zweiten Spalte dieselben Körperteile, so wie Sie glauben, dass Ihr Partner oder eine Ihnen nahestehende Person Sie einschätzt. Sie können jede Zahl von zwischen 1 und 5 wählen, wobei 5 sehr attraktiv bedeutet und 1 sehr unattraktiv. Wenn Sie zum Beispiel Ihren Mund attraktiv finden, würden Sie ihn womöglich mit der Zahl 5 bewerten. Wenn Sie Ihre Füße unattraktiv finden, so könnten Sie zum Beispiel die Ziffer 1 wählen.

	Sie	Wie schätzt Ihr Partner Sie ein
15. Bauch		

Für die Auswertung wurden die Items Augen, Mund, Nase, Zähne, Stimme zum Bereich **Caput** zusammengefügt, die Items Bauch, Hüfte, Taille, Arme, Brust zum Bereich **Thorax**, die Items Hände, Gesäß, Füße, Beine und Oberschenkel wurden zum Bereich **Abdomen** und die beiden Items Haare und Haut wurden zum Bereich **Crinis** summiert.

Selbstbild: Cronbachs α betrug für die Skala Caput $\alpha = .747$, Thorax $\alpha = .795$, Abdomen $\alpha = .831$, Crinis $\alpha = .547$.

Vermutetes Fremdbild: Cronbachs α betrug für die Skala Caput $\alpha = .843$, Thorax $\alpha = .847$, Abdomen $\alpha = .873$, Crinis $\alpha = .692$.

In den Tabellen 5, 6, 7 und 8 sind die Trennschärfen aller Items des Selbstbilds und vermuteten Fremdbilds angegeben.

Tabelle 5: Trennschärfenskala Caput

Selbstbild:		Vermutetes Fremdbild:	
	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
Augen	.54	Augen	.54
Mund	.64	Mund	.77
Nase	.49	Nase	.65
Zähne	.35	Zähne	.64
Stimme	.56	Stimme	.67

Tabelle 6: Trennschärfenskala Thorax

Selbstbild:		Vermutetes Fremdbild:	
	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
Taille	.67	Taille	.74
Hüfte	.75	Hüfte	.75
Bauch	.60	Bauch	.68
Arme	.47	Arme	.57
Brust	.42	Brust	.54

Tabelle 7: Trennschärfenskala Abdomen

Selbstbild:		Vermutetes Fremdbild:	
	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
Hände	.59	Hände	.69
Gesäß	.64	Gesäß	.65
Beine	.71	Beine	.79
Oberschenkel	.63	Oberschenkel	.76
Füße	.59	Füße	.63

Tabelle 8: Trennschärfenskala Crinis

Selbstbild:

Vermutetes Fremdbild:

	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
Haare	.40	Haare	.53
Haut	.40	Haut	.53

7.2.2 Fragebogen zur Einschätzung körperlicher Eigenschaften

Beim zweiten Fragebogen, in Anlehnung an die Studie von Veale, Kinderman, Riley und Lambrou (2003), ging es um die Einschätzung der körperlichen Eigenschaften.

Beispielitem: Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie die Körperteile der vorgegebenen Bereiche Ihres Körpers sind. 10 bedeutet, dass diese Eigenschaft stark ausgeprägt ist, 1 bedeutet, dass die Eigenschaft wenig ausgeprägt ist.

Fragen	Einschätzung
schöne Augenlider	

Das Cronbach α betrug für das *actual self* $\alpha = .787$, *ideal self* $\alpha = .960$, *ought self* $\alpha = .904$ und *ought other* $\alpha = .880$.

In den Tabellen 9 und 10 sind die Trennschärfen aller Items des *actual self*, *ideal self*, *ought self* und *ought other* angegeben.

Tabelle 9: Trennschärfenskala *actual self* und *ideal self*

actual self:

ideal self:

	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
SchöneAL	.58	SchöneAL	.66
WohlgeM	.63	WohlgeM	.83
SchönerB	.73	SchönerB	.82
SchönBa	.56	SchönBa	.71
WohlgefB	.59	WohlgefB	.75

SchöneAL = Schöne Augenlider; WohlgeM = Wohlgeformter Mund; SchönerB = Schöner Brustbereich; SchönBa = Schöner Bauchbereich; WohlgefB = Wohlgeformte Beine

Tabelle 10: Trennschärfenskala *ought self* und *ought other*

ought self

ought other:

	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
SchöneAL	.81	SchöneAL	.71
WohlgeM	.85	WohlgeM	.75
SchönerB	.90	SchönerB	.83
SchönBa	.88	SchönBa	.74
WohlgefB	.80	WohlgefB	.73

SchöneAL = Schöne Augenlider; WohlgeM = Wohlgeformter Mund; SchönerB = Schöner Brustbereich; SchönBa = Schöner Bauchbereich; WohlgefB = Wohlgeformte Beine

7.2.3 Fragebogen zur Einstellung körperlichen Aussehens

Die Items des letzten Fragebogens, übernommen aus der Studie von Spangler und Stice (2001), wurden in folgende vier Skalen zusammengefasst:

Zwischenmenschliche Beziehungen (Item 1-5), Erfolg (Item 6-10), Selbstsicht (Item 11-15) und Gefühle (Item 16-20).

Beispielitem:

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0 = „ich stimme nicht zu“ bis 4 = „ich stimme voll zu“, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

1. Die Meinung, die andere Personen über mich haben, hängt von meinem Aussehen ab.

0-1-2-3-4

Cronbachs α betrug für die Skala zwischenmenschliche Beziehungen $\alpha = .839$, Erfolg $\alpha = .844$, Selbstsicht $\alpha = .818$, Gefühle $\alpha = .857$.

In den Tabellen 11 und 12 sind die Trennschärfen aller Items der Faktoren zwischenmenschlichen Beziehungen, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle angegeben.

Tabelle 11: Trennschärfenskala Zwischenmenschliche Beziehungen und Erfolg

Zw Beziehungen:

Erfolg:

	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
Item 1	.67	Item 6	.61
Item 2	.63	Item 7	.68
Item 3	.68	Item 8	.73
Item 4	.63	Item 9	.70
Item 5	.61	Item 10	.55

Anmerkung: Zw Beziehungen = zwischenmenschliche Beziehungen

Tabelle 12: Trennschärfenskala Selbstsicht und Gefühle

Selbstsicht:		Gefühle:	
	Korr. Item-Skala-Korrelation		Korr. Item-Skala-Korrelation
Item 11	.64	Item 16	.65
Item 12	.60	Item 17	.60
Item 13	.63	Item 18	.70
Item 14	.55	Item 19	.71
Item 15	.63	Item 20	.70

7.3 Hypothesenprüfung

7.3.1 Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild

Die erste Fragestellung befasst sich mit der Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild bei Personen, denen ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff bevorsteht oder die sich schon einem Eingriff unterzogen haben und noch einen weiteren in Erwägung ziehen. Es wird angenommen, dass diese Personen glauben, dass ihr Partner oder ein nahe stehende Person sie besser bewertet als sie sich selbst bewerten. Als Begründung wird angenommen, dass es wie im *love-is-blind-bias* eine positive Illusion in der Wahrnehmung des Partners gibt. In diesem Kontext wird angenommen, dass das vermutete Fremdbild körperlicher Komponenten (also die vermutete Einschätzung durch den Partner) besser bewertet wird als das Selbstbild, da Personen wie im *love is blind bias* ihrem eigenen körperlichen Aussehen kritischer entgegen sehen als dem Aussehen des Partners. Es wird angenommen, dass Patienten ihr Aussehen kritischer bewerten und aus diesem Grund eine größere Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermuteten Fremdbild aufweisen als Nicht-Patienten.

Nach Swami et al. (2007) wurden bei der EPA die einzelnen Items zu Faktoren zusammengefügt wie jene zur Erfassung der Bewertung von Mund, Haare usw. (die nicht in die Gesamtbeurteilung des Körpers einfließen). Es wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, um eine zugrundeliegende Struktur der Items erkennen zu können. Faktor 1 besteht bei Swami et al. (2007) aus den Items Taille, Bauch, Hüfte, Arme. Faktor 2 setzte sich aus den Items Bein, Oberschenkel, Füße, Gesäß, Hände, Haut zusammen. Faktor 3 bestand aus den Items Mund, Zähne, Nase und Stimme und Faktor 4 setzte sich aus den Items Haare, Brust,

und Augen zusammen.

Eine Faktorenanalyse wurde durchgeführt, um zu überprüfen, ob sich auch bei der vorliegenden Arbeit diese Faktorenstruktur finden lässt. Nachfolgend sind die Faktorenanalysen für das Selbst- und vermutete Fremdbild angeführt:

Selbstbild:

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß der Stichprobeneignung besagt, wie gut die Items miteinander korrelieren und beträgt für die Items über die 17 Körperbereiche (Haare, Brustkorb, Augen, Mund, Stimme, Nase, Zähne, Taille, Hüfte, Bauch, Arme, Hände, Gesäß, Beine, Oberschenkel, Füße, Haut) .838. Dieser Wert ist als gut zu betrachten (Janssen & Laatz, 2005, S. 523).

Der Barlett-Test auf Sphärizität mit $p < 001$ ($df = 136$), zeigt, dass die Korrelationskoeffizienten der Korrelationsmatrix von 0 abweichen (Janssen & Laatz, 2005, S. 523). Somit sind die Daten für eine Faktorenanalyse geeignet.

Bei allen in der Folge dargestellten Faktorenanalysen wurde das Kaiser-Kriterium als Abbruchkriterium gewählt. Das bedeutet, dass Faktoren mit einem Eigenwert von mindestens 1 ausgewählt werden (Janssen & Laatz, 2005, S. 506).

Die durchgeführte Faktorenanalyse besagt, dass mit 4 Faktoren 65.00 % der Varianz erklärt werden kann, siehe Tabelle 13.

Tabelle 13: Erklärte Gesamtvarianz Faktorenanalyse Selbstbild

Komponente	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %
Faktor 1	6.99	41.13	41.13
Faktor 2	1.56	9.16	50.29
Faktor 3	1.40	8.25	58.54
Faktor 4	1.10	6.46	65.00

Aus nachfolgender Tabelle gehen die Faktorladungen hervor (Tabelle 14)

Tabelle 14: Faktorladungen Selbstbild

	Komponente			
	1	2	3	4
sOberschenkel	.864	.085	-.010	.187
sBeine	.829	.148	.278	.084
sArme	.633	.390	.223	.130
sGesäß	.631	.052	.163	.510
sNase	.013	.744	.139	.233
sFüße	.339	.719	.204	.223
sZähne	.033	.548	.048	.401
sHände	.436	.546	.368	.027
sHaut	.197	.533	.261	.344
sStimme	.295	.440	.384	.021
sAugen	.169	.258	.812	.029
sBrust	.236	-.110	.735	.315
sMund	.156	.330	.731	.105
sHaare	-.027	.238	.548	.306
sTaille	.029	.333	.237	.801
sHüfte	.239	.192	.313	.743
sBauch	.301	.240	.019	.700

Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Faktor 1 besteht hiernach aus den Items Oberschenkel, Beine, Arme und Gesäß. Faktor 2 setzt sich aus den Items Nase, Füße, Zähne, Hände, Haut und Stimme zusammen. Faktor 3 besteht aus den Items Augen, Brust, Mund, Haare. Faktor 4 setzt sich aus den Items Taille, Hüfte und Bauch zusammen.

Diese Zuordnung zu den Faktoren ist jedoch inhaltlich nur schwer zu interpretieren. Aufgrund inhaltlicher Sinnhaftigkeit wurden in der vorliegenden Studie die Items daher zu folgende Körperbereiche zusammengefasst:

- der Bereich **Caput** umfasst Augen, Mund, Nase, Zähne und Stimme
- der Bereich **Thorax** umfasst Taille, Hüfte, Bauch, Arme und Brust
- der Bereich **Abdomen** umfasst Oberschenkel, Beine, Gesäß, Füße und Hände
- der Bereich **Crinis** umfasst Haut und Haare

Vermutetes Fremdbild:

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß der Stichprobeneignung beträgt für die Items über die 17 Körperbereiche (Haare, Brustkorb, Augen, Mund, Stimme, Nase, Zähne, Taille, Hüfte, Bauch, Arme, Hände, Gesäß, Beine, Oberschenkel, Füße, Haut) .913.

Der Barlett-Test auf Sphärizität mit $p < 001$ (df=136), zeigt, dass die Daten für eine Faktorenanalyse geeignet sind.

Eine durchgeführte Faktorenanalyse besagt, dass mit 2 Faktoren 59.09 % der Varianz erklärt werden kann, siehe Tabelle 15.

Tabelle 15: Erklärte Gesamtvarianz Faktorenanalyse vermutetes Fremdbild

Komponente	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %
Faktor 1	8.92	52.49	52.49
Faktor 2	1.12	6.60	59.09

Die Faktorenanalyse ergibt 2 Faktoren, die lediglich 59.09 % der Varianz erklären. Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass die Faktoren inhaltlich nur äußerst schwer zu interpretieren und die Faktorladungen größtenteils schwach sind (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Faktorenladungen vermutetes Fremdbild

	Komponente	
	1	2
fZähne	.793	.238
fBauch	.764	.193
fHüfte	.712	.364
fArme	.693	.339
fGesäß	.676	.357
fTaille	.668	.447
fMund	.666	.387
fNase	.602	.352
fHaare	.586	.402
fBeine	.251	.837
fOberschenkel	.285	.769
fAugen	.240	.685
fHaut	.364	.654
fFüße	.380	.654
fStimme	.387	.626
fBrust	.346	.586
fHände	.520	.563

Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Faktor 1 besteht hier aus den Items Zähne, Bauch, Hüfte, Arme, Gesäß, Taille, Mund, Nase, Haare. Faktor 2 aus den Items Augen, Haut, Füße, Stimme, Brust, Hände. Aufgrund der inhaltlich unbefriedigenden Faktorenlösung wird eine inhaltliche Gruppierung wie folgt vorgezogen: Auch für das vermutete Fremdbild werden die Bereiche Caput, Thorax, Abdomen, und Crinis gebildet, dies bietet zusätzlich den Vorteil, dass auf Basis theoretischer Überlegungen Vergleiche zwischen dem Selbstbild und dem vermuteten Fremdbild möglich sind.

Nun wurden Tests für die einzelnen Körperteile berechnet, um zu sehen, ob es innerhalb der einzelnen Körperteile einen Unterschied sowohl beim Selbstbild als auch beim vermuteten Fremdbild zwischen Patienten und Nicht-Patienten gibt. Der Kolmogorov-Smirnov-Test für das Selbst- und vermutete Fremdbild zeigt, dass alle hier betrachteten Variablen sowohl für das Selbstbild als auch für das vermutete Fremdbild signifikant von der Normalverteilung abweichen. Daher werden die Mittelwertsvergleiche mittels Mann-Whitney-U-Test realisiert.

Aus den Tabellen 17 und 18 geht hervor, dass sich Patienten und Nicht-Patienten in Bezug auf zahlreiche Bewertungen voneinander unterscheiden. Beim Selbstbild bestehen lediglich im Bezug auf Figur, Mund, Nase, Zähne, Füße und Haut keine Unterschiede in der Bewertung, beim vermuteten Fremdbild bestehend nur in Bezug auf Mund, Nase, Zähne, Arme und Füße keine Unterschiede. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Attraktivitätsbewertung bei den Patienten schlechter ist.

Deskriptive Statistiken der einzelnen Körperteile des Selbstbilds:

Tabelle 17: Selbstbild nach Patient / Nicht-Patient (Mittelwertsvergleiche)

Variable	Patient (n= 52) Mittelwert(SD)	Nicht-Patient (n=50) Mittelwert(SD)	Signifikanz laut U-Test <i>p</i> - Wert
Ges. Attraktivität	3.23 (.83)	3.58 (.79)	.022
Gesicht	3.15 (.87)	3.70 (.82)	.004
Körpergewicht	3.10 (1.07)	3.50 (.95)	.033
Figur	3.13 (.82)	3.38 (.92)	.126
Körpergröße	3.42 (1.02)	3.84 (1.01)	.034
Haare	3.42 (.98)	3.80 (1.09)	.032
Brust	3.21 (1.12)	3.70 (.93)	.022
Augen	3.50 (1.11)	4.34 (.87)	<.001
Mund	3.56 (1.04)	3.94 (.98)	.062
Stimme	3.27 (.95)	3.92 (1.12)	.002
Nase	3.15 (1.04)	3.44 (1.07)	.151
Zähne	3.17 (1.03)	3.18 (1.27)	.884
Taille	3.08 (.91)	3.44 (1.09)	.044
Hüfte	2.94 (.92)	3.46 (.97)	.006
Bauch	2.83 (.97)	3.28 (1.12)	.029
Arme	3.06 (.98)	3.62 (.92)	.002

Hände	3.15 (1.04)	3.72 (1.03)	.009
Gesäß	2.85 (.92)	3.68 (1.02)	<.001
Beine	3.12 (1.06)	3.72 (.88)	.003
Oberschenkel	2.90 (1.07)	3.62 (1.07)	.001
Füße	3.15 (.92)	3.44 (1.22)	.094
Haut	3.23 (.90)	3.52 (1.06)	.164

Anmerkung: Ges. Attraktivität = Gesamte körperliche Attraktivität;
Skala 5= sehr attraktiv, 1= sehr unattraktiv.

Deskriptive Statistiken der einzelnen Körperteile des vermuteten Fremdbilds:

Tabelle 18: Vermutetes Fremdbild nach Patient / Nicht-Patient (Mittelwertsvergleiche)

Variable	Patient (n= 52) Mittelwert(SD)	Nicht-Patient (n=50) Mittelwert(SD)	Signifikanz laut U-Test <i>p</i> - Wert
Ges. Attraktivität	3.62 (1.21)	4.18 (.78)	.003
Gesicht	3.54 (.92)	4.06 (.79)	.004
Körpergewicht	3.31 (1.09)	4.02 (1.00)	.001
Figur	3.42 (1.24)	4.00 (.95)	.004
Körpergröße	3.65 (1.12)	4.30 (.91)	.001
Haare	3.69 (1.21)	4.14 (.97)	.033
Brust	3.60 (.94)	4.14 (.95)	.002
Augen	4.00 (.99)	4.60 (.76)	<.001
Mund	3.96 (1.01)	4.18 (.85)	.329
Stimme	3.69 (.98)	4.22 (.82)	.005
Nase	3.60 (.82)	3.78 (.87)	.242
Zähne	3.56 (1.20)	3.76 (.96)	.322
Taille	3.37 (1.01)	4.08 (.97)	<.001
Hüfte	3.38 (1.01)	3.94 (1.01)	.009
Bauch	3.23 (1.00)	3.68 (1.10)	.026
Arme	3.62 (1.16)	3.90 (.84)	.091
Hände	3.44 (1.15)	4.14 (.88)	.001
Gesäß	3.69 (.96)	4.42 (.88)	<.001
Beine	3.52 (1.00)	4.06 (.87)	.004
Oberschenkel	3.42 (1.04)	4.06 (.84)	.001
Füße	3.46 (.96)	3.74 (1.20)	.076
Haut	3.56 (.94)	4.02 (.98)	.011

Anmerkung: Ges. Attraktivität = Gesamte körperliche Attraktivität;
Skala 5= sehr attraktiv, 1= sehr unattraktiv.

In der Folge wird überprüft, ob sich die Diskrepanz zwischen Selbst- und vermutetem Fremdbild bei Patienten und Nicht-Patienten signifikant unterscheidet. Allgemein schätzen

sich Patienten und Nicht-Patienten selbst schlechter ein als sie glauben, dass ihr Partner sie sieht, was man an den negativen Mittelwerten gut erkennt (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Diskrepanz zwischen Selbst- und vermutetem Fremdbild nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Patient (n= 52) Mittelwertsdifferenz(SD)	Nicht-Patient (n=50) Mittelwertsdifferenz(SD)
Crinis	-.60 (1.72)	-.84 (1.11)
Caput	-2.15 (3.41)	-1.72 (2.47)
Thorax	-2.08 (3.48)	-2.24 (3.48)
Abdomen	-2.37(3.37)	-2.24 (2.96)

Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt, dass die Daten für die Bereiche Crinis, Caput, Thorax und Abdomen signifikant von der Normalverteilung abweichen. Daher werden für die Mittelwertsvergleiche statt den *t*-Tests nicht parametrische Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: U-Test der Bereiche Crinis, Caput, Thorax und Abdomen

Bereich	Test	Test Statistik(df)	<i>p</i> -Wert
Crinis	<i>U</i> - Test	-0.72	.475

Bereich	Test	Test Statistik(df)	<i>p</i> -Wert
Caput	<i>U</i> - Test	-0.76	.446

Bereich	Test	Test Statistik(df)	<i>p</i> -Wert
Thorax	<i>U</i> - Test	-0.09	.926

Bereich	Test	Test Statistik	<i>p</i> -Wert
Abdomen	<i>U</i> - Test	-0.61	.537

Die verglichenen Mittelwerte zeigen, dass diese sich nicht wesentlich unterscheiden und Patienten und Nicht-Patienten somit keinen signifikanten Unterschied in den Diskrepanzen

des Selbst- und vermuteten Fremdbild aufweisen.

Zusätzlich wurden die Differenzen des Selbst- und vermuteten Fremdbildes detailliert für die einzelnen Körperteile in beiden Gruppen berechnet. Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt, dass die Daten für alle Bereiche signifikant von der Normalverteilung abweichen.

Beim durchgeführten Mann-Whitney-U-Test konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Daraus kann geschlossen werden, dass die jeweiligen Abweichungen zwischen dem Selbst- und vermuteten Fremdbild immer gering waren. Sowohl Patienten als auch Nicht-Patienten antworten homogen. Wenn sich eine Person selbst schlecht bewertet, so glaubt sie, dass sie eine andere Person sie ebenfalls schlecht bewertet. Dies gilt für beide Gruppen. Es konnten somit auch keine signifikanten Unterschiede in den Diskrepanzen zwischen Selbst- und vermuteten Fremdbild gefunden werden, wenn die einzelnen Körperteile betrachtet wurden.

7.3.2 Diskrepanz zwischen *actual self* und *ideal self*

Es wurde angenommen, dass es einen Unterschied in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ideal self* bei Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe gibt. Da ästhetisch-chirurgische Patienten mit einer gewissen Unzufriedenheit zum Arzt kommen und eine Korrektur gewisser Körperteile anstreben, um ihrer körperlichen Idealvorstellung näherzukommen, wird eine größere Diskrepanz angenommen. Es wird angenommen, dass Nicht-Patienten zufriedener mit ihrem Körper sind und deshalb vermehrt konsistente Antworten geben. Im Fragebogen stehen fünf Körperbereiche im Vordergrund, die in Bezug auf Ästhetische Chirurgie besonders relevant sind: schöne Augenlider, wohlgeformter Mund, schöner Brustbereich, schöner Bauchbereich, wohlgeformte Beine (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2014).

Als Erstes wurde berechnet, ob es eine Abweichung zwischen Patienten und Nicht-Patienten gibt, wenn nur die einzelnen Items des *actual self* betrachtet werden.

Mittels *t*-Test konnte gezeigt werden, dass Patienten immer niedrigere Werte aufweisen, sich also generell schlechter bewerten als Nicht-Patienten (siehe Tabellen 21 und 22). Dies bedeutet wie angenommen, dass Nicht-Patienten zufriedener mit ihrem Körper sind und in der Bewertung der einzelnen Körperbereiche von der Bewertung der Patienten abweichen.

Tabelle 21: *actual self* nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Patient (n= 52) Mittelwert(SD)	Nicht-Patient (n=50) Mittelwert(SD)
Schöne AL	5.31 (2.44)	7.36(2.29)
WohlgeM	5.83 (2.26)	7.08(1.89)
SchönerB	5.25 (2.34)	7.14(1.87)
SchönBa	4.58 (1.99)	6.08(2.14)
KGröße	3.65(1.12)	4.30(.91)
WohlgefB	4.87(2.21)	6.88(1.85)

Anmerkung: SchöneAL = Schöne Augenlider; WohlgeM = Wohlgeformter Mund; SchönerB = Schöner Brustbereich; SchönBa = Schöner Bauchbereich; WohlgefB = Wohlgeformte Beine

Tabelle 22: *T-Test* einzelne Items *actual self*

Variable	Test Statistik(df)	p-Wert
Schöne AL	4.39(100)	<.001
WohlgeM	3.04(100)	.003
SchönerB	4.50(100)	<.001
SchönBa	3.69(100)	<.001
WohlgefB	4.99(100)	<.001

Anmerkung: SchöneAL = Schöne Augenlider; WohlgeM = Wohlgeformter Mund; SchönerB = Schöner Brustbereich; SchönBa = Schöner Bauchbereich; WohlgefB = Wohlgeformte Beine

In einem nächsten Schritt stand die Diskrepanz zwischen *actual self* und *ideal self* im Mittelpunkt. Jeder der fünf Vergleichsbereiche zwischen *actual self* und *ideal self* wurde summiert. Positive Ergebnisse entsprechen einer Konsistenz, negative Ergebnisse bedeuten eine Diskrepanz (Veale, Kinderman, Riley & Laambrou, 2003). Die Bewertungen wurden miteinander verglichen und von -2 bis +2 kodiert:

+2 (wenn die Bewertungen identisch sind)

+1 (wenn sich die Bewertungen um 1 Punkt unterscheiden)

0 (wenn sich die Bewertungen um 2 Punkte unterscheiden)

-1 (wenn sich die Bewertungen um 3 Punkte unterscheiden)

-2 (wenn sich die Bewertungen um mehr als 3 Punkte unterscheiden)

Anschließend wurde die Testung auch ohne der beschriebenen Kodierung durchgeführt, um das Klassifikationssystem von Veale et al. (2003) überprüfen zu können.

Aufgrund des Kolmogorov-Smirnov-Test konnte für die Daten keine Normalverteilung angenommen werden.

Es konnte ein Unterschied zwischen Patienten und Nicht-Patienten gefunden werden. Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten oder bereits einen oder mehrere Eingriffe hinter sich haben, zeigen eine signifikant größere Diskrepanz zwischen dem *actual self* und *ideal self* als eine Kontrollgruppe (siehe Tabelle 23 und 24).

Tabelle 23: Diskrepanz *actual self* / *ideal self* nach Patient / Nicht-Patient

Gruppe	Variable	n	Mittelwert(SD)
kein Patient	IS	50	0.50(5.02)
Patient		52	-3.52 (5.82)

Anmerkung: IS = Diskrepanz *actual self* / *ideal self*

Die Mittelwerte der Patienten und Nicht-Patienten weichen deutlich voneinander ab.

Tabelle 24: U-Test der Diskrepanz *actual self* / *ideal self* nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Test	Test	
		Statistik(df)	p-Wert
IS	U- Test	-3.49	<.001

Anmerkung: IS = Diskrepanz *actual self* / *ideal self*

Anschließend wurde die Testung ohne Kodierung wiederholt, das bedeutet die Diskrepanzen wurden in ihren Absolutwerten betrachtet. Tabelle 25 zeigt die Teststatistik der Variable Diskrepanz *actual self* / *ideal self*.

Tabelle 25: U-Test der Diskrepanz *actual self* / *ideal self* nach Patient / Nicht-Patient ohne Kodierung

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert
IS	U- Test	-4.67	<.001

Anmerkung: IS = Diskrepanz *actual self* / *ideal self*

Auch ohne Kodierung kann gezeigt werden, dass Patienten eine größere Diskrepanz zwischen dem *actual self* und *ideal self* aufweisen und sich immer schlechter als Nicht-Patienten bewerten. Der Mittelwert der Patienten ist deutlich negativer als der der Nicht-Patienten (Nicht-Patient: M = -8.48; Patient: M = -18.25).

Damit kann das Klassifikationssystem von Veale et al. (2003) unterstützt werden.

7.3.3 Diskrepanz zwischen *actual self* und *ought self*

Es wurde angenommen, dass Patienten inkonsistenter antworten und sich eher von den vermuteten gesellschaftlichen Werten beeinflussen lassen, um einem Idealbild zu entsprechen, als Nicht-Patienten. Der Wert von $p=.061$ nach einem Kolmogorov-Smirnov-Test zeigte eine Normalverteilung der Differenz zwischen dem *actual self* und *ought self*. Daher wurde ein *t*-Test durchgeführt (siehe Tabelle 27).

Die Mittelwerte zwischen Patient und Nicht-Patient sind deutlich unterschiedlich (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26: Diskrepanz zwischen *actual self* / *ought self* nach Patient / Nicht-Patient

Gruppe	Variable	n	Mittelwert(SD)
kein Patient	OS	50	0.46(5.09)
Patient		52	-3.13 (6.09)

Anmerkung: OS = Diskrepanz *actual self* / *ought self*

Die Mittelwerte der Patienten und Nicht-Patienten weichen deutlich voneinander ab.

Tabelle 27: T-Test der Diskrepanz *actual self* / *ought self* nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert	Effektstärke Cohens <i>d</i>
OS	t- Test	3.24(98)	.002	0.64

Anmerkung: OS = Diskrepanz *actual self* / *ought self*

Nicht-Patienten haben konsistenter geantwortet, und Patienten zeigten eine höhere Diskrepanz, was an dem negativen Mittelwert gut ersichtlich ist.

Die H3 kann somit bestätigt werden, dass Patienten inkonsistenter antworten und somit die Diskrepanz zwischen dem *actual self* und *ought self* bei Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten größer ist als in einer Kontrollgruppe. Patienten lassen sich eher von den vermuteten gesellschaftlichen Werten beeinflussen als Nicht-Patienten. Ein mittlerer Effekt zwischen den Gruppen konnte gefunden werden.

Führt man die gesamte Testung ohne Kodierung durch, so kommt man ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Diskrepanz zwischen dem *actual self* und *ought self* bei Patienten größer ausfällt als bei Nicht-Patienten. Tabelle 33 zeigt den t-Wert der Diskrepanz *actual self* *ought self*.

Tabelle 28: T-Test der Diskrepanz *actual self* / *ought self* nach Patient / Nicht-Patient ohne Kodierung

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert	Effektstärke Cohens <i>d</i>
OS	t- Test	4.21(91.42)	.<.001	0.83

Anmerkung: OS = Diskrepanz *actual self* / *ought self*

7.3.4 Diskrepanz zwischen *actual self* und *ought other*

Es wurde angenommen, dass es einen Unterschied in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ought other* bei Personen gibt, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen oder bereits einen Eingriff hatten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. *Ought other* meint die Vorstellung darüber, wie man aus Sicht einer nahestehenden Person aussehe sollte. Es wurde angenommen, dass Patienten inkonsistenter antworten, das heißt, dass sich die Bewertung des vermuteten Fremdbilds vom Selbstbild signifikant unterscheidet.

Mittels Kolmogorov-Smirnov-Test wurde die Skala auf Normalverteilung geprüft. Der Wert von $p=.001$ zeigt keine Normalverteilung, es wird der U-Test angewandt. Jedoch kann gezeigt werden, dass die Werte nicht signifikant sind, es gibt somit keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten und Nicht-Patienten (Tabelle 29 und 30).

Tabelle 29: Diskrepanz *actual self / ought other* nach Patient / Nicht-Patient

Gruppe	Variable	n	Mittelwert(SD)
kein Patient	OO	50	2.94(3.60)
Patient		52	1.62(4.58)

Anmerkung: OO = Diskrepanz *actual self / ought other*

Tabelle 30: U-Test der Diskrepanz *actual self / ought other* nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert
OO	U- Test	-1.24	.214

Anmerkung: IS = Diskrepanz *actual self / ought other*

Die Mittelwerte beider Gruppen sind positiv (siehe Tabelle 29). Es gibt keinen großen Unterschied zwischen Patienten und Nicht-Patienten.

Personen, denen ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff bevorsteht oder die auch bereits einen Eingriff hatten und einen weiteren planen, unterscheiden sich nicht signifikant in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ought other* von einer Kontrollgruppe. Es wurde angenommen, dass Patienten inkonsistenter antworten, jedoch zeigen beide Gruppen ein ähnliches Niveau der Bewertung. Die Beurteilung, wie sie sich selbst sehen und wie sie glauben, dass ihr Partner oder eine nahestehende Person sie gerne sehen würde, ist in beiden Gruppen gleich konsistent.

Führt man die gesamte Testung ohne Kodierung durch, so kommt man ebenfalls zu dem Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Diskrepanz zwischen dem *actual self* und *ought other* bei Patienten und Nicht-Patienten gibt. Tabelle 31 zeigt den t-Wert der Diskrepanz *actual self / ought other*.

Tabelle 31: T- Test der Diskrepanz *actual self / ought other* nach Patient / Nicht-Patient ohne Kodierung

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert	Effektstärke Cohens <i>d</i>
OO	t- Test	1.64(100)	.<.104	0.33

Anmerkung: OO = Diskrepanz *actual self / ought other*

7.3.5 Einstellung bezüglich der Konsequenzen der wahrgenommenen körperlichen Erscheinung

Bei Hypothese 5 werden negative Konsequenzen des eigenen Aussehens auf die vier Bereiche zwischenmenschliche Beziehungen, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle bei ästhetisch-chirurgischen Patienten angenommen. Es wird angenommen, dass die negativen Konsequenzen von Patienten als gravierender eingeschätzt werden.

Zur Prüfung der Hypothese wurden zunächst die ins Deutsche übersetzten 20 Items der BAAS nach Spangler und Stice, (2001) in vier Skalen – zwischenmenschliche Beziehungen (Item 1-5) , Erfolg (Item 6-10), Selbstsicht (Item 11-15) und Gefühle (Item 16-20) – zusammengefasst. Anschließend wurde von jeder Skala das Cronbach α berechnet, um die Reliabilität zu prüfen. Cronbachs α betrug für die Skala zwischenmenschliche Beziehungen $\alpha = .839$, Erfolg $\alpha = .844$, Selbstsicht $\alpha = .818$, Gefühle $\alpha = .857$. Anschließend wurden die vier Skalen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung geprüft. Die Werte $p = .035$ der Skala Erfolg und $p = .044$ bei Skala Gefühle zeigen, dass die Normalverteilungs-Hypothese nicht aufrechterhalten werden konnte. Daher wurde alternierend der t-Test und der Mann-Whitney-U-Test angewandt (siehe Tabellen 32-39).

Da bei jedem Test ein Fehler- Wahrscheinlichkeit von 5% auftritt, wurde die Bonferroni-Korrektur vorgenommen mit

$$\alpha^* = \alpha / m$$

$\alpha =$ ist Signifikanzniveau 0.05

$m =$ Anzahl der Tests = 4

$$\alpha^* = 0.0125$$

Aufgrund der Bonferroni-Korrektur ist der Unterschied bei der Skala Erfolg nicht mehr signifikant.

Tabelle 32: Konsequenz für zwischenmenschliche Beziehungen nach Patient/Nicht-Patient

Gruppe	Variable	n	Mittelwert(SD)
kein Patient	Bez	50	7.86(4.99)
Patient		52	11.44(5.28)

Anmerkung: Bez = zwischenmenschliche Beziehungen

Tabelle 33: T-Test zwischenmenschliche Beziehungen nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert	Effektstärke Cohens <i>d</i>
Bez	t- Test	-3.52(100)	<.001	0.7

Anmerkung: Bez = zwischenmenschliche Beziehungen

Tabelle 34: Konsequenz für Erfolg nach Patient / Nicht-Patient

Gruppe	Variable	n	Mittelwert(SD)
kein Patient	Erfolg	50	6.00(4.46)
Patient		52	8.29(5.15)

Tabelle 35: U-Test Erfolg nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert
Erfolg	U- Test	-2.25	.025

Tabelle 36: Konsequenz für Selbstsicht nach Patient / Nicht-Patient

Gruppe	Variable	n	Mittelwert(SD)
kein Patient	Selbsts	49	8.37(4.32)
Patient		51	11.78(5.11)

Anmerkung: Selbsts = Selbstsicht

Tabelle 37: T-Test Selbstsicht nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert	Effektstärke Cohens <i>d</i>
Selbsts	<i>t</i> - Test	-3.60(98)	<.001	0.72

Anmerkung: Selbsts = Selbstsicht

Tabelle 38: Konsequenz für Gefühle nach Patient / Nicht-Patient

Gruppe	Variable	n	Mittelwert(SD)
kein Patient	Gefühle	50	5.68(4.61)
Patient		52	10.23(4.85)

Tabelle 39: U-Test Gefühle nach Patient / Nicht-Patient

Variable	Test	Test Statistik(df)	p-Wert
Gefühle	U- Test	-4.48	<.001

Es konnte ein Unterschied zwischen Patienten und Nicht- Patienten gefunden werden. Dies bedeutet, dass Patienten den Einfluss körperlichen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehung, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle höher bewerten als Nicht-Patienten.

7.3.6 Kann mit einer Diskriminanzanalyse vorhergesagt werden, ob sich eine Person einem ästhetisch- chirurgischen Eingriff unterzieht?

Es wurde eine Diskriminanzanalyse durchgeführt, um zu sehen, ob anhand des Geschlechts und der Diskrepanzen zwischen *actual self* und *ideal self*, *actual self* und *ought self* und *actual self* und *ought other* vorhergesagt werden kann, ob sich eine Person einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterzieht oder nicht. Anhand der Voruntersuchung konnte gezeigt werden, dass sich die Diskrepanzen des *actual self* / *ideal self* und *actual self* / *ought self* zwischen den Patienten und Nicht-Patienten unterscheiden, und sich somit gut für eine Diskriminanzanalyse und als Prädiktor eignen.

Der Eigenwert beträgt 0.29. Die Streuung zwischen den Gruppen beträgt das 0.3-fache der Streuung innerhalb der Gruppen. Dadurch, dass es eine Streuung zwischen den Gruppen gibt, hat das Modell einen Erklärungswert. Jedoch ist der Eigenwert relativ klein und zeigt, dass das Modell verbessert werden könnte.

Der Wert der Kanonischen Korrelation beträgt .47. Das Modell kann als gut angesehen werden. Wilks-Lambda mit einem Wert von $<.001$ ist signifikant. Dies bedeutet, dass sich Patienten und Nicht-Patienten in den Funktionsmittelwerten unterscheiden. Je mehr sie sich unterscheiden, desto leichter kann vorhergesagt werden, ob sich eine Person einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen würde oder nicht.

Die standardisierten Werte der Kanonischen Diskriminanzfunktionskoeffizienten betragen:

IS .823*; **OS .270***; **OO -.026**; **Geschlecht .057**

Anmerkung: IS = Diskrepanz *actual / self ideal self*; OS = Diskrepanz *actual self / ought self*; OO = Diskrepanz *actual self / ought other*

*signifikante Kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

Die Diskrepanzen *actual self / ideal self* und *actual self / ought self* sind stark genug, jedoch dienen die Diskrepanzen des *actual self / ought other* und das Geschlecht nicht als Prädiktoren dafür, ob sich eine Person einem Eingriff unterzieht oder nicht.

Die Funktionen bei Gruppenzentroids liegen mit den Werten .540 (Nicht-Patient) und -.519 (Patient) weit auseinander. Dies bedeutet, dass die Fälle anhand der Funktionswerte zugeordnet werden können und man vorhersagen kann, ob eine Person der Gruppe der Patienten angehört oder nicht.

In Tabelle 40 ist die Treffsicherheit abgebildet. 42 Personen wurden den Nicht-Patienten zugeordnet. 19 Personen wurden den Nicht-Patienten zugeordnet, obwohl sie in Wirklichkeit Patienten sind. 8 Personen wurden den Patienten zugeordnet, obwohl sie keine Patienten sind und 33 Personen wurden wahrheitsgetreu den Patienten zugeordnet.

Tabelle 40: Treffsicherheit

Gruppe	vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit: kein Patient	vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit: Patient	Gesamtsumme
Original: kein Patient	42	8	50
Original: Patient	19	33	52

Insgesamt wurden 73.5% der ursprünglich gruppierten Fälle durch dieses Modell richtig zugeordnet und 26.5% falsch zugeordnet.

Anhand der Werte der Diskrepanzen *actual self / ideal self* und *actual self / ought self* kann somit vorhergesagt werden, ob sich eine Person einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen würde oder nicht. Die Diskrepanz zwischen *actual self / ought other* und das Geschlecht dienen nicht als Prädiktor dafür, ob sich eine Person einem Eingriff unterziehen würde oder nicht.

8. Diskussion

Die vorliegende Studie liefert einen Beitrag zur Erforschung der Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und vermuteten Fremdbild, dem *actual self* und *ideal self*, *actual self* und *ought self*, *actual self* und *ought other* von Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff planen und/oder auch schon einen oder mehrere Eingriffe hinter sich haben und einen weiteren Eingriff planen. Ein weiterer Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit ist der wahrgenommene Einfluss des körperlichen Aussehens auf zwischenmenschliche Beziehungen, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle. Des Weiteren wurde anhand einer Diskriminanzanalyse untersucht, ob ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff vorhergesagt werden kann.

Hierbei zeigte sich, dass es in der Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild bei Personen, denen ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff bevorsteht oder die sich bereits einem Eingriff unterzogen haben und noch einen weiteren in Erwägung ziehen, keinen Unterschied zu einer Kontrollgruppe gibt. In der Untersuchung ist das vermutete Fremdbild auf den Partner oder eine nahestehende Person bezogen. Es wurde, angelehnt an den *love is blind bias*, angenommen, dass ästhetisch-chirurgische Patienten glauben, dass ihr Partner oder ein nahe stehende Person sie signifikant besser bewertet als sie sich selbst bewerten. Dies kann sowohl für Patienten als auch Nicht-Patienten bestätigt werden. Allgemein schätzen sowohl Patienten als auch Nicht-Patienten ihr eigenes Selbstbild negativer als das vermutete Fremdbild ein. Dies könnte mit der permanenten Suggestion der Medien einhergehen, die ein Schönheitsideal vorgeben, das kaum zu erreichen ist. Vermutlich tragen selbstwertschädliche Bewertungen von außenstehenden Personen mehr Gewicht und werden deshalb sensibler wahrgenommen als die kritische Bewertung des eigenen Selbstbildes. Dies kann auch eine Erklärung dafür liefern, dass das vermutete Fremdbild in dieser Studie sowohl bei Patienten als auch Nicht-Patienten positiver bewertet wird als das Selbstbild. Jedoch konnte in der vorliegenden Studie kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten und Nicht-Patienten in der Diskrepanz der Bewertung gefunden werden.

Es konnte gezeigt werden, dass sowohl in Bezug auf das Selbstbild als auch auf das vermutete Fremdbild Unterschiede in Bezug auf zahlreiche Körperteile bestehen, wobei hier nur ausgewählte Ergebnisse zur Diskussion gestellt werden. So wurde gezeigt, dass die

Einschätzung hinsichtlich der Attraktivität der Augen sowohl beim Selbst- als auch beim vermuteten Fremdbild von Patienten signifikant schlechter ausfiel als bei Nicht-Patienten. Angelehnt an die Tatsache, dass in der Ästhetischen Chirurgie Operationen wie die Blepharoplastik (Ober- und/oder Unterlidkorrektur) zu den am häufigsten getätigten operativen Eingriffen zählen, und sich auch in vorliegender Arbeit die Mehrzahl aller Patienten für diese Operation entschieden hat, kann eine Erklärung für die schlechtere Einschätzung der Attraktivität der Augen gefunden werden (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2014).

Ebenfalls wurden das Gesicht, der Bauch, die Taille, die Oberschenkel und die Beine von Patienten bei der Bewertung des Selbstbildes und vermuteten Fremdbildes signifikant schlechter bewertet als von Nicht-Patienten. In diesen Bereichen können Liposuctionen (Fettabsaugungen) durchgeführt werden. In dieser Studie war die Liposuction die am häufigsten genannte Operation. Diese wurde ebenfalls von der International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2014) als eine der häufigsten Eingriffe im Jahr 2013 genannt.

Hier wäre interessant zu wissen, ob Patienten aufgrund des schlechter bewerteten vermuteten Fremdbildes diese Bereiche verändern würden oder ob in diesem Fall die vermutete Meinung einer anderen Person keine Rolle spielt. Zukünftige Studien müssten beispielsweise bei den soziodemographischen Informationen erheben, in welchem Bereich eine angegebene Liposuction (Fettabsaugung) durchgeführt wird.

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, wie die Diskrepanzen zwischen Selbst- und vermutetem Fremdbild bei Patienten und Nicht-Patienten ausfallen, wenn es um einzelne Körperteile geht. Die Abweichungen zwischen dem Selbst- und vermuteten Fremdbild der einzelnen Körperteile waren sehr gering. Sowohl Patienten als auch Nicht-Patienten haben homogen geantwortet. Wenn eine Person einen ihrer Körperteile selbst schlecht bewertet, so glaubt sie auch, dass sie von einer ihr nahe stehenden Person ebenfalls schlecht bewertet wird und umgekehrt.

Weiters konnte die Hypothese, dass sich Personen, denen ein ästhetisch-chirurgischer Eingriff bevorsteht oder die sich einem weiteren Eingriff unterziehen möchten, in der Diskrepanz zwischen *actual self* und *ought other* von einer Kontrollgruppe unterscheiden, nicht bestätigt werden. Bei dieser Fragestellung ging es um den Unterschied in der Diskrepanz zwischen Selbstbild und der vermuteten Idealvorstellung des Partners oder einer

nahestehenden Person. Es wurde hier jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden. Patienten zeigen keine größere Diskrepanz zwischen dem *actual self* und *ought other* im Vergleich zu Nicht-Patienten. Beide Gruppen haben im Sinne des Fragebogens konsistent geantwortet, sie verhalten sich homogen. Beide Gruppen zeigen ein ähnliches Level der Bewertung. Wie sie sich selbst sehen und wie sie glauben, dass ihr Partner oder eine nahestehende Person sie am liebsten sehen möchte, ist konsistent. Dies ist auch an den positiven Mittelwerten deutlich ersichtlich (Nicht-Patient: $M = 2.94$; Patient: $M = 1.62$).

Daraus kann geschlossen werden, dass die Vermutung darüber, wie man aus Sicht eines Partner oder einer nahestehenden Person aussehen sollte, einen Einfluss darauf hat, wie man sich selber sieht und umgekehrt. Dabei macht es keinen Unterschied, ob es sich um einen Patienten oder um einen Nicht-Patienten handelt.

Die vorliegende Studie zeigt, wie wichtig es ist, vor einem Eingriff zu evaluieren, ob es sich bei einem Wunsch einer Veränderung um die eigene Unzufriedenheit handelt oder um die des Partners. Wenn der Wunsch eines Eingriffs nicht aus Eigeninitiative kommt, so sollte ein seriöser Arzt gemeinsam mit dem Patienten nochmals überlegen, ob wirklich eine Operation durchgeführt werden sollte.

Darüber hinaus wurde die Hypothese bestätigt, dass Personen, die sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen möchten oder sich bereits einen oder mehrere Eingriffe unterzogen haben und einen weiteren Eingriff planen, eine größere Diskrepanz zwischen dem *actual self* und dem *ideal self* vorweisen als eine Kontrollgruppe. Der Erklärungsansatz, dass Nicht-Patienten mit ihrem *actual self* (wie man ist) in Bezug auf den Körper zufriedener sein müssten und somit die Diskrepanz zum *ideal self* (wie man gerne wäre) geringer sein sollte, konnte bestätigt werden. Nicht-Patienten sind zufriedener mit ihrem Körper und entsprechen daher eher ihrer idealen Körpervorstellung. Es kann angenommen werden, dass ästhetisch-chirurgische Patienten durch einen Eingriff eine geringere Diskrepanz zwischen dem *actual self* und *ideal self* anstreben.

Des Weiteren konnte die Hypothese bestätigt werden, dass es einen Unterschied zwischen *actual self* und *ought self* bei Personen, die einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff vornehmen möchten oder bereits einen Eingriff hatten, im Vergleich mit einer Kontrollgruppe gibt. Patienten meinen eher, dass sie so aussehen sollten, wie es die

Gesellschaft vorschreibt. Sie antworten inkonsistenter. Daraus kann geschlossen werden, dass sich Patienten eher von den vermuteten gesellschaftlichen Werten beeinflussen lassen, um einem Idealbild zu entsprechen. Nicht-Patienten unterscheiden sich dagegen signifikant von Patienten in dem Sinne, dass bei ihnen eine kleinere Diskrepanz zwischen dem eigenen Selbstbild und dem, was die Gesellschaft vorschreibt, gefunden wurde. Diese Annahme kann auch durch die Hypothese bestätigt werden, dass es einen Unterschied zwischen Patienten und Nicht-Patienten gibt, wenn es um den Einfluss körperlichen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehung, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle geht. Patienten bewerteten den Einfluss des Aussehens durchwegs höher als Nicht-Patienten. Allgemein kann gesagt werden, dass Patienten eher dem wahrgenommenen Idealbild der Gesellschaft entsprechen wollen als Nicht-Patienten. Weiters wurde anhand einer Diskriminanzanalyse gezeigt, dass man aufgrund der Diskrepanzen zwischen *actual self / ideal self* und *actual self / ought self* vorhersagen kann, ob sich eine Person einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterzieht oder nicht.

Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass genaue Vorhersagen erst dann reliabel sind, wenn eine große Stichprobe vorliegt. Des Weiteren wäre es aufschlussreich, weitere Variablen wie zum Beispiel den Familienstand zu erheben, um noch genauere Vorhersagen treffen zu können.

Eine Limitation der Studie ist, dass aus dem Fragebogen nicht genau hervorgeht, ob sich die vermutete Fremdbewertung eines Teilnehmers auf den Beziehungspartner bezieht oder auf eine nahestehende Person. Für weitere Testungen wird eine Selektion bezüglich dieser Kriterien empfohlen, um sich noch stärker auf die Grundlage des *love is blind* bias beziehen zu können. Dies könnte eventuell zu anderen Ergebnissen führen. Eine weitere Limitation kann die Stichprobengröße und der große Unterschied in der Anzahl der männlichen und weiblichen Versuchsteilnehmer sein. Ein möglicher Ansatz wäre es, zu testen, ob mit einer gleichen Anzahl von Männern und Frauen dieselben Ergebnisse erzielt würden. Da aber allgemein laut der Statistiken der International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2014) im Jahr 2013 12.8% der Patienten ästhetisch-chirurgischer und ästhetisch nicht-chirurgischer Eingriffe männlich waren und 87.2% der Patienten Frauen, kann trotzdem angenommen werden, dass diese Studie repräsentativ ist.

Anschließend wäre es interessant, bei den soziodemographischen Informationen zu erheben, um welche genauen Körperbereiche es sich bei diversen Operationen wie zum Beispiel der Liposuction (Fettabsaugung) oder Blepharoplastik (Ober- und/oder Unterlidkorrektur), handelt, vorausgesetzt der Patient gibt diesen Eingriff an.

Eine interessante Fragestellung für eine weitere Untersuchung wäre, ob es eine Differenz zwischen dem Selbstbild und dem vermuteten Fremdbild und dem Selbstbild und dem tatsächlichen Fremdbild der Bezugsperson gibt. Hierzu wäre es sinnvoll, den Partner oder die nahestehende Person direkt in die Studie miteinzubeziehen. Des Weiteren kann ein Vergleich zwischen den Diskrepanzen Selbstbild – vermutetes Fremdbild und Selbstbild – Fremdbild bei ästhetisch-chirurgischen Patienten und einer Kontrollgruppe getätigt werden, um ein aufschlussreicheres Bild über die Selbstbilder ästhetisch-chirurgischer Patienten zu skizzieren.

Zusammenfassend war das Ziel der vorliegenden Arbeit einerseits, Ergebnisse bisheriger Forschung zum Thema <<Ästhetische Chirurgie>> und <<Körperliche Wahrnehmung>> sowie die <<Lebensqualität>> nach einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff zu erörtern. Des weiteren wurde ein kurzer Überblick über die Körperdysmorphie Störung gegeben, die Selbstdiskrepanztheorie nach Higgins (1987) und die Regulatory Focus-Theory nach Higgins (1997) erörtert und darauf aufbauend eine Untersuchung ästhetisch-chirurgischer Patienten zur Diskrepanz zwischen Selbstbild und vermutetem Fremdbild, *actual self* und *ideal self*, *actual self* und *ought self*, *actual self* und *ought other* in Bezug auf den eigenen Körper durchgeführt. Zusätzlich wurde der wahrgenommene Einfluss des eigenen Aussehens auf die Bereiche zwischenmenschliche Beziehungen, Erfolg, Selbstsicht und Gefühle ästhetisch-chirurgischer Patienten erhoben. Diskrepanzen konnten zeigen, wie wichtig es ist, dass Ärzte sensibel vorgehen und individuell auf die Wünsche und Ängste jedes Patienten eingehen.

9. Literaturverzeichnis

- Adams, J. (2010). Motivational narratives and assessments of the body after cosmetic surgery. *Qualitative Health Research*, 20(6), 755-767.
- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L., & Blamey, R. W. (1999). Patient evaluation of cosmetic outcome after conserving surgery for treatment of primary breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 25(4), 344-346.
- Ambs, J. (2008). „Was ich bin hässlich“- wenn der kritische Blick auf den Körper zur Dysmorphophobie wird. *Ärzte-Zeitung*, 92, 2.
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C., Auriacombe, M., Martin, D., Baudet, J. & Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatry*, 18(7), 365-368.
- Bensoussan, J. C., Bolton, M. A., Pi, S., Powell-Hicks, A. L., Postolova, A., Razani, B., Reyes, K. & IsHak, W. W. (2013). Quality of life before and after cosmetic surgery. *CNS spectrums*, 1-11.
- Bessenoff, G. R., & Snow, D. (2006). Absorbing society's influence: Body image self-discrepancy and internalized shame. *Sex Roles*, 54(9-10), 727-731.
- Bramwell, R., Morland, C., & Garden, A. S. (2007). Expectations and experience of labial reduction: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(12), 1493-1499.
- Brockner, J., & Higgins, E. T. (2001). Regulatory focus theory: Implications for the study of emotions at work. *Organizational behavior and human decision processes*, 86(1), 35-66.
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Research*, 178(1), 171-175.
- Buhlmann, U., Teachman, B. A., & Kathmann, N. (2011). Evaluating implicit attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder using the Go/No-go Association Task. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 192-197.

- Buhlmann, U., Teachman, B. A., Gerbershagen, A., Kikul, J., & Rief, W. (2008). Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 213-225.
- Cororve, M. B., & Gleaves, D. H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 949-970.
- Dobbeleir, J. M., Van Landuyt, K., & Monstrey, S. J. (2011, May). Aesthetic surgery of the female genitalia. In *Seminars in plastic surgery* (Vol. 25, No. 2, p. 130). Thieme Medical Publishers.
- Driesch, G., Burgmer, M., & Heuft, G. (2004). Körperdysmorphie Störung. *Der Nervenarzt*, 75(9), 917-931.
- Felix, G. A. A., de Brito, M. J. A., Nahas, F. X., Tavares, H., Cordás, T. A., Dini, G. M., & Ferreira, L. M. (2014). Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 67(5), 646-654.
- Fellner, B., Holler, M., Kirchler, E. & Schabmann, A. (2007). Regulatory Focus Scale (RFS): Development of a scale to record dispositional regulatory focus. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*, 66(2), 109.
- Ferraro, G. A., Rossano, F., & D'Andrea, F. (2005). Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic plastic surgery*, 29(3), 184-189.
- Förster, J., & Higgins, E. T. (2005). How global versus local perception fits regulatory focus. *Psychological science*, 16(8), 631-636.
- Green, S. P., & Pritchard, M. E. (2003). Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 31(3).
- Harth, W., & Hermes, B. (2011). Berücksichtigung biopsychosozialer Aspekte vor kosmetischen Operationen. *Journal für Ästhetische Chirurgie*, 4(2), 68-73.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, 94(3), 319.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American psychologist*, 52(12), 1280.

- Hollander, E., Cohen, L. J., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, S. 359 – 364.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2005). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows* 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Hogrefe Verlag.
- Lai, C. S., Lee, S. S., Yeh, Y. C., & Chen, C. S. (2010). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 26(9), 478-482.
- Lambrou, C., Veale, D., & Wilson, G. (2011). The role of aesthetic sensitivity in body dysmorphic disorder. *Journal of abnormal psychology*, 120(2), 443.
- Mello, A. A., Domingos, N. A., & Miyazaki, M. C. (2010). Improvement in quality of life and self-esteem after breast reduction surgery. *Aesthetic plastic surgery*, 34(1), 59-64.
- Meningaud, J. P., Benadiba, L., Servant, J. M., Herve, C., Bertrand, J. C. & Pelicier, Y. (2003). Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. *Journal of cranio-maxillofacial surgery*, 31(1), 46-50.
- Mohammadshahi, M., Pourreza, A., Orojlo, P. H., Mahmoodi, M. & Akbari, F. (2014). Rhinoplasty as a medicalized phenomenon: a 25-center survey on quality of life before and after cosmetic rhinoplasty. *Aesthetic plastic surgery*, 38(4), 615-619.
- Murstein, B. I. (1972). Physical attractiveness and marital choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22(1), 8.
- Nikolić, J., Janjić, Z., Marinković, M., Petrović, J., & Božić, T. (2013). Psychosocial characteristics and motivational factors in woman seeking cosmetic breast augmentation surgery. *Vojnosanitetski pregled*, 70(10), 940-946.
- Papadopoulos, N., Totis, A., Kiriakidis, D., Mavroudis, M., Henrich, G., Papadopoulos, O., Kovacs, L., Herschbach, P., Machens, H., & Biemer, E. (2014). Quality of life, personality changes, self esteem, and emotional stability after breast augmentation. *European Journal of Plastic Surgery*, 37(9), 479-488.
- Phillips, K. A. (1998a). Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, A33–A48.

- Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 47(2), 77-87.
- Rosen, J. C. (1996). Body dysmorphic disorder: assessment and treatment. In: J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 149 – 170). Washington, DC: American Psychological Association.
- Saariniemi, K. M., Helle, M. H., Salmi, A. M., Peltoniemi, H. H., Charpentier, P., & Kuokkanen, H. O. (2012). The effects of aesthetic breast augmentation on quality of life, psychological distress, and eating disorder symptoms: a prospective study. *Aesthetic plastic surgery*, 36(5), 1090-1095.
- Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body image*, 1(1), 99-111.
- Shakespeare, V., & Cole, R. P. (1997). Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *British journal of plastic surgery*, 50(4), 242-248.
- Spangler, D. L., & Stice, E. (2001). Validation of the beliefs about appearance scale. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 813-827.
- Stuerz, K., Piza, H., Niermann, K., & Kinzl, J. F. (2008). Psychosocial impact of abdominoplasty. *Obesity surgery*, 18(1), 34-38.
- Swami, V., Furnham, A., Georgiades, C., & Pang, L. (2007). Evaluating self and partner physical attractiveness. *Body Image*, 4(1), 97-101.
- Swami, V., Stieger, S., Haubner, T., Voracek, M., & Furnham, A. (2009). Evaluating the physical attractiveness of oneself and one's romantic partner: Individual and relationship correlates of the love-is-blind bias. *Journal of Individual Differences*, 30(1), 35.
- Talbot, T. L. (2012). *Comparing self-perception of attractiveness and overall life satisfaction: the differences between men and women* (Doctoral dissertation, Western Carolina University).
- Turner, R. H. (1956). Role-taking, role standpoint, and reference-group behavior. *American Journal of Sociology*.
- Vargel, S., & Uluşahin, A. (2001). Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic plastic surgery*, 25(6), 474-478.

Veale, D., & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour research and therapy*, 39(12), 1381-1393.

Veale, D., Kinderman, P., Riley, S., & Lambrou, C. (2003). Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 157-169.

Veale, D., Naismith, I., Eshkevari, E., Ellison, N., Costa, A., Robinson, D., Abeywickrama, L., Kavouni, A., & Cardozo, L. (2014). Psychosexual outcome after labiaplasty: a prospective case-comparison study. *International urogynecology journal*, 25(6), 831-839.

Von Soest, T., Kvalem, I. L., Roald, H. E., & Skolleborg, K. C. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62(10), 1238-1244.

World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–1409.

The American Society for Aesthetic Plastic Surgery:

http://www.surgery.org/sites/default/files/Stats2013_3.pdf [Datum des Zugriffs: 05.01.14]

The International Society of Aesthetic Plastic Surgery:

<http://www.isaps.org/Media/Default/Current%20News/ISAPS%202013%20Statistic%20Release%20FINAL%20%282%29.pdf> [Datum des Zugriffs: 05.01.15]

The International Society of Aesthetic Plastic

Surgery:[http://www.isaps.org/Media/Default/global-](http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Results%20(3).pdf)

[statistics/2014%20ISAPS%20Results%20\(3\).pdf](http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Results%20(3).pdf)[Datum des Zugriffs: 05.01.15]

<http://www.profil.at/home/schlachtfeld-schoenheit-der-boom-chirurgie-schattenseiten-217559> [Datum des Zugriffs: 01.03.15]

10. Anhang

10.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung Geschlecht/ Patient, Nicht- Patient **Seite 32**

Abbildung 2: Verteilung Geschlecht/ Alter in Gruppen **Seite 32**

Abbildung 3: Verteilung Patient, Nicht- Patient/ Alter **Seite 33**

Abbildung 4: Verteilung Eingriffe/ Geschlecht **Seite 34**

Abbildung 5: Verteilung Geschlecht/ Altersgruppen/ Eingriffe **Seite 35**

10.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Körperdysmorphie Störung im ICD-10 und DSM-IV **Seite 11**

Tabelle 2: Altersverteilung ästhetisch-chirurgischer und ästhetisch nicht-chirurgischer Eingriffe im Jahr 2013 **Seite 15**

Tabelle 3: Statistische Kennzahlen soziodemographischer Merkmale **Seite 31**

Tabelle 4: Statistische Kennzahlen der am häufigsten gewählten Eingriffe **Seite 34**

Tabelle 5: Trennschärfen Skala Caput **Seite 37**

Tabelle 6: Trennschärfenskala Thorax **Seite 37**

Tabelle 7: Trennschärfenskala Abdomen **Seite 37**

Tabelle 8: Trennschärfenskala Crinis **Seite 38**

Tabelle 9: Trennschärfenskala *actual self* und *ideal self* **Seite 39**

Tabelle 10: Trennschärfenskala *ought self* und *ought other* **Seite 39**

Tabelle 11: Trennschärfenskala Zwischenmenschliche Beziehungen und Erfolg **Seite 40**

Tabelle 12: Trennschärfenskala Selbstsicht und Gefühle **Seite 41**

Tabelle 13: Erklärte Gesamtvarianz Faktorenanalyse Selbstbild **Seite 42**

Tabelle 14: Faktorladungen Selbstbild **Seite 43**

Tabelle 15: Erklärte Gesamtvarianz Faktorenanalyse vermutetes Fremdbild **Seite 44**

Tabelle 16: Faktorenladungen vermutetes Fremdbild **Seite 45**

Tabelle 17: Selbstbild nach Patient / Nicht-Patient (Mittelwertsvergleiche) **Seite 46**

Tabelle 18: Vermutetes Fremdbild nach Patient / Nicht-Patient (Mittelwertsvergleiche) **Seite 47**

Tabelle 19: Diskrepanz zwischen Selbst- und vermutetem Fremdbild nach Patient / Nicht-Patient **Seite 48**

Tabelle 20:	U-Test der Bereiche Crinis, Caput, Thorax und Abdomen	Seite 48
Tabelle 21:	actual self nach Patient / Nicht-Patient	Seite 50
Tabelle 22:	T-Test einzelne Items actual self	Seite 50
Tabelle 23:	Diskrepanz actual self / ideal self nach Patient / Nicht-Patient	Seite 51
Tabelle 24:	U-Test der Diskrepanz actual self / ideal self nach Patient / Nicht-Patient	Seite 51
Tabelle 25:	U-Test der Diskrepanz actual self / ideal self nach Patient / Nicht-Patient ohne Kodierung	Seite 52
Tabelle 26:	Diskrepanz zwischen actual self / ought self nach Patient / Nicht-Patient	Seite 52
Tabelle 27:	T-Test der Diskrepanz actual self / ought self nach Patient / Nicht-Patient	Seite 53
Tabelle 28:	T-Test der Diskrepanz actual self / ought self nach Patient / Nicht-Patient ohne Kodierung	Seite 53
Tabelle 29:	Diskrepanz actual self / ought other nach Patient / Nicht-Patient	Seite 54
Tabelle 30:	U-Test der Diskrepanz actual self / ought other nach Patient / Nicht-Patient	Seite 54
Tabelle 31:	T- Test der Diskrepanz actual self / ought other nach Patient / Nicht-Patient ohne Kodierung	Seite 55
Tabelle 32:	Konsequenz für zwischenmenschliche Beziehungen nach Patient/Nicht-Patient	Seite 56
Tabelle 33:	T-Test zwischenmenschliche Beziehungen nach Patient / Nicht-Patient	Seite 56
Tabelle 34:	Konsequenz für Erfolg nach Patient / Nicht-Patient	Seite 56
Tabelle 35:	U-Test Erfolg nach Patient / Nicht-Patient	Seite 56
Tabelle 36:	Konsequenz für Selbstsicht nach Patient / Nicht-Patient	Seite 56
Tabelle 37:	T-Test Selbstsicht nach Patient / Nicht-Patient	Seite 57
Tabelle 38:	Konsequenz für Gefühle nach Patient / Nicht-Patient	Seite 57
Tabelle 39:	U-Test Gefühle nach Patient / Nicht-Patient	Seite 57
Tabelle 40:	Treffsicherheit	Seite 59

10.3 Einwilligungserklärung (in Anlehnung an Talbot, 2012)

Ich _____ stimme dazu ein, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist.

Die gewonnenen Daten werden vertraulich behandelt und die Anonymität jedes Teilnehmers wird gewahrt.

Ich verstehe folgenden Punkte:

1. Bei dieser Studie handelt es sich eine Abschlussarbeit für das Diplomstudium der Psychologie an der Universität Wien

2. Ziel dieser Studie ist es, die Bewertung der körperlichen Attraktivität und die Bewertung des Selbst- und vermuteten Fremdbild von Patienten, die sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff unterziehen möchten zu evaluieren.

3. Bei Fragen, kann ich mich an folgende Person wenden:

Anna Katharina Schuchter

[die E- Mail- Adresse der Testleiterin war im Original beigelegt]

Unterschrift:

10.4 Estimating Physical Attractiveness Scale (EPA)

Bitte bewerten Sie in der ersten Spalte die angegebenen Teile ihres Körpers, so wie Sie sich selbst sehen. Bitte bewerten Sie in der zweiten Spalte dieselben Körperteile, so wie Sie glauben, dass Ihr Partner oder eine Ihnen nahestehende Person Sie einschätzt. Sie können jede Zahl von zwischen 1 und 5 wählen, wobei 5 sehr attraktiv bedeutet und 1 sehr unattraktiv. Wenn Sie zum Beispiel Ihren Mund attraktiv finden, würden Sie ihn womöglich mit der Zahl 5 bewerten. Wenn Sie Ihre Füße unattraktiv finden, so könnten Sie zum Beispiel die Ziffer 1 wählen.

	Sie	Wie schätzt Ihr Partner Sie ein
1. Gesamte körperliche Attraktivität		
2. Attraktivität des Gesichts		
3. Körpergewicht		
4. Figur		
5. Körpergröße		
6. Haare		
7. Brust/Brustkorb		
8. Augen		
9. Mund		
10. Stimme		
11. Nase		
12. Zähne		
13. Taille		
14. Hüfte		
15. Bauch		

16. Arme		
17. Hände		
18. Gesäß		
19. Beine		
20. Oberschenkel		
21. Füße		
22. Haut		

10.5 Selbstdiskrepanzskala

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie die Körperteile der vorgegebenen Bereiche Ihres Körpers sind. 10 bedeutet, dass diese Eigenschaft stark ausgeprägt ist, 1 bedeutet, dass die Eigenschaft wenig ausgeprägt ist.

Fragen	Einschätzung
schöne Augenlider	
wohlgeformter Mund	
schöner Brustbereich	
schöner Bauchbereich	
wohlgeformte Beine	

Bitte schätzen sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie Sie gerne selbst wären. 10 bedeutet, dass Sie die Körpereigenschaft sehr gerne hätten, 1 bedeutet, dass Sie diese Körpereigenschaft nicht gerne hätten.

Fragen	Einschätzung
schöne Augenlider	
wohlgeformter Mund	
schöner Brustbereich	
schöner Bauchbereich	
wohlgeformte Beine	

Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1 bis 10 ein, wie Sie glauben, dass Sie sein sollten. 10 bedeutet, dass Sie diese Körpereigenschaft unbedingt haben sollten, 1 bedeutet, dass Sie diese Körpereigenschaft nicht haben sollten.

Fragen	Einschätzung
schöne Augenlider	
wohlgeformter Mund	
schöner Brustbereich	
schöner Bauchbereich	
wohlgeformte Beine	

Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1 bis 10 ein, wie Sie glauben, dass Ihr Partner oder eine Ihnen nahestehende Person Sie am liebsten sehen würde. 10 bedeutet, dass diese Eigenschaft stark ausgeprägt ist. 1 bedeutet, dass diese Eigenschaft nicht ausgeprägt ist.

Fragen	Einschätzung
schöne Augenlider	
wohlgeformter Mund	
schöner Brustbereich	
schöner Bauchbereich	
wohlgeformte Beine	

10.6 Beliefs About Appearance Scale

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0= „ich stimme nicht zu“ bis 4= „ich stimme voll zu“, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

1. Die Meinung, die andere Personen über mich haben, hängt von meinem Aussehen ab.

0-1-2-3-4

2. Das Ausmaß des Einflusses, den ich auf andere ausübe, hängt davon ab wie ich aussehe.

0-1-2-3-4

3. Leute halten weniger von mir, wenn ich nicht gut aussehe.

0-1-2-3-4

4. Andere Menschen würden sich mehr für mich interessieren, wenn ich besser aussehen würde.

0-1-2-3-4

5. Meine Beziehungen würden besser funktionieren, wenn ich so aussehen würde, wie ich es mir wünsche.

0-1-2-3-4

6. Der Umfang des Erfolgs, den ich in meinem Job habe, hängt insbesondere davon ab, wie ich aussehe.

0-1-2-3-4

7. Mein Aussehen beeinflusst meine Fähigkeiten, Dinge zu tun.

0-1-2-3-4

8. Meine Leistung in Tätigkeiten (Sport, Arbeit, Schule,...) ist davon beeinflusst, wie ich aussehe.

0-1-2-3-4

9. Die Möglichkeiten, die ich habe, hängen davon ab, wie ich aussehe.

0-1-2-3-4

10. Meine Arbeitsleistung würde sich verbessern, wenn ich so aussehen würde wie ich es gerne hätte.

0-1-2-3-4

11. Der Wert meiner Person hängt davon ab, wie ich aussehe.
0-1-2-3-4
12. Wie ich mich fühle, hängt viel damit zusammen, wie ich aussehe.
0-1-2-3-4
13. Ich würde besser über mich denken, wenn ich so aussehen würde wie ich es mir wünsche.
0-1-2-3-4
14. Mein Aussehen ist ein großer Teil von dem, wer ich bin.
0-1-2-3-4
15. Es ist schwer, dass ich mich gut fühle, wenn ich nicht gut aussehe.
0-1-2-3-4
16. Ob ich glücklich bin, hängt von meinem Aussehen ab.
0-1-2-3-4
17. Mein Aussehen zu verbessern ist eine der wenigen Beschäftigungen, die mir dazu verhelfen, mich gut zu fühlen oder etwas zu erreichen.
0-1-2-3-4
18. Mein Leben würde aufregender oder interessanter sein, wenn ich gut aussehen würde.
0-1-2-3-4
19. Meine Stimmung hängt davon ab, wie ich aussehe.
0-1-2-3-4
20. Ich würde das Leben mehr genießen, wenn ich so aussehen würde wie ich es mir wünsche.
0-1-2-3-4

10.7 Soziodemografische Informationen

1) Bitte geben Sie den 1. Buchstaben Ihres Vornamens und den 1. Buchstaben Ihres Nachnamens an: _____

2) Geschlecht:

☐ Männlich ☐ Weiblich

3) Alter: _____

4) Höchste abgeschlossene Schulbildung:

5) Welchem Eingriff wollen Sie sich unterziehen? _____

Anmerkung: Bei den Soziodemografischen Informationen wurde bei den Nicht- Patienten Punkt 5 ausgelassen.

Eidesstattliche Erklärung:

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im April 2015

Tabellarischer Lebenslauf:

Name: Anna Katharina Schuchter

Ausbildung

seit Oktober 2008	Universität Wien
	Studiengang: Diplomstudium Psychologie
1994 - 2008	Universität für Musik und Darstellende Kunst Wien
	Studiengang: Violine

Berufserfahrung, Praktika

Juni 2014- September 2014	Sommerassistentz Protokoll und Sponsoring der Salzburger Festspiele
März 2014- Mai 2014	Regiehospitantz in der Staatsoper Wien
Oktober 2013- März 2014	Hospitantz im Pressebüro der Wiener Staatsoper
Juli 2013- September 2013	Produktionsassistentin, Schauspielbüro Salzburger Festspiele
Juli 2011- September 2011	Praktikum Medizinische Universität Wien, Univ. Klinik für Strahlentherapie
September 2010 - Dezember 2014	Ordinationshilfe bei Prim. Dr. Dagmar Millesi, Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie